

Sosiaali- ja terveysvaliokunnalle

Asia: Kansalaisaloite KAA 2/2017 vp Eutanasia-aloite hyvän kuoleman puolesta

Kansalaisaloitteessa esitetään eutanasilain säätämistä ja eutanasian laillistamista Suomessa.

Aloitteessa kiinnitetään aiheellisesti huomiota siihen, että kunnat ja sairaanhoitopiirit tulisi velvoittaa järjestämään asianmukaista ja korkeatasoista palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa ja että niitä tulisi olla saatavilla kaikkialla Suomessa.

Tarkastelen asiaa eritellysti ottaen esiin keskeiset aloitteen arvioinnissa vaikuttavat kysymykset.

Ensinnäkin, kivunlievitys ja korkeatasoinen saattohoito olisi hyvin tärkeää saada kuntoon. Käsitykseni on, että tässä vielä on puutteita. Vasta sen jälkeen, kun palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kysymykset on saatettu kuntoon, on nostettava kysymys, jääkö aidosti tarvetta aktiivisen kuolinavun eli eutanasian laillistamiselle.

En ole asiantuntija asian lääketieteellisessä puolessa, mutta käsittääkseni niitä aidosti vaikeimpia tapauksia, joissa aktiiviseen kuolinapuun voisi olla tarvetta, on erittäin vähän – selvästi vähemmän kuin mitä kansalaisaloitteessa annetaan ymmärtää. Hyvällä kivunlievityksellä ja asianmukaisella saattohoidolla voidaan auttaa useimpia kuolemaa lähestyviä. *Tulisi siis ehdottomasti varmistaa, ettei eutanasia tule korvaamaan saattohoidossa olevia puutteita.*

Kotimainen oikeustila suhtautumisessa eutanasiaan on kohtalaisen selvä. Aktiivinen kuolinapu ei ole sallittua. Toisaalta kuitenkin hyväksytään se, että esimerkiksi kivunlievityksen edellyttämä lääkitys voi lyhentää potilaan elämää. Pidetään siis selvänä, että lääketieteellisesti perusteltu kivunlievitys on aina sallittua, vaikka sillä olisikin tällainen tosiasiallinen kuolemaa edistävää vaikutus.

Suomen oikeudessa on myös omaksuttu kohtalaisen selvä kanta sen suhteen, että itsemurhan avustaminen ei ole rangaistavaa, jos potilas on itsemääräävä. Itsemurhan avustamisen rankaisemattomuus ei kuitenkaan ole kaikissa tapauksissa selvä, koska kuoleman lähestyessä potilaan kyky harkita toimiaan ei välttämättä ole moitteeton. Erityisesti, jos puhutaan (hoitavasta) lääkäristä itsemurhan avustajana, lääkärin tietynlainen vastuuasema suhteessa potilaaseen mutkistaa tilannetta ja saattaa merkitä sitä, ettei lääkärin menettelyn vastuuvapaus olisikaan aivan selvä.

En eri syistä pitäisi avustettua itsemurhaa kovinkaan luontevana tapana päästä hyvään kuolemaan, etenkin ainoana vaihtoehtona. Sekin saattaisi nimittäin edellyttää jonkinlaista tarkempaa menettelysääntelyä, jotta sitä todella käytettäisiin ja jotta voidaan välttää se, että tuetaan itsemurhaa sellaisessa tilanteessa, jossa sille on aitoja vaihtoehtoja. Olettaisin, että terveydenhuollon piirissä

avustettua itsemurhaa tuskin tällä hetkellä juurikaan esiintyy. Olisi tarpeen asian arvioimiseksi selvittää, onko kehittyneimmissä saattohoidon yksiköissä asiasta kokemuksia.

Pyynnöstä surmaaminen on sen sijaan edelleen rangaistavaa. Aktiivisessa eutanasiassa liikutaan juuri tällä alueella. Pyynnöstä surmaamista koskeva erityissääntely kumottiin vuoden 1995 rikoslain uudistuksessa. Lain esitöissä mainitaan, että niissä maissa, joissa pyynnöstä surmaaminen on rangaistavaa, on yleensä myös erityissäännös siitä, että itsemurhan avustaminenkin on rangaistavaa. Suomessa siis itsemurhan avustamista ei ole pidetty rangaistavana, ja pyynnöstä surmaamista koskeva erillisääntely on kumottu.

Pyynnöstä surmaaminen on edelleen rangaistavaa, ja erillissäännöksen kumoaminen oikeastaan ankaroitti suhtautumista pyynnöstä surmaamiseen, koska sellainen teko voi tulla arvioitavaksi joko murhana, tappona tai surmana. Lain esitöissä myös mainitaan siitä, että pyynnöstä surmaamisen säännös soveltui huonosti sääntelemään kuolinapua ja muuta lääkintähenkilöstön antamaa kuolinhoitoa. Sikäli kuin kuolinhoito katsotaan oikeutetuksi, sen pitää esitöiden mukaan jäädä kokonaan rankaisemattomaksi. Surman rangaistusasteikon alaraja on neljä vuotta vankeutta, mikä kertoo, että surmasta seuraa käytännössä tuntuva ehdoton vankeusrangaistus.

Lakivaliokunta lausui vuoden 1995 uudistuksen yhteydessä, että oikeudellisen sääntelyn tarvetta tulisi kuolinhoidon osalta selvittää (LaVM 22/1994 vp, s. 7):

Elintoimintoja ylläpitävistä hoitotoimista luopuminen

Lääketieteen kehitys on tehnyt mahdolliseksi ylläpitää kuolemansairaana potilaan elintoimintoja tilanteissa, joissa tiedetään hoidolla enintään viivytettävän kuolemaa. Nykyisin kuolemansairaana potilaan kuolin- eli saattohoito on vakiintunut hyväksyttäväksi lääkintäkäytännöksi. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/92) sisältää säännökset potilaan itsemääräämisoikeudesta ja oikeudesta kieltäytyä hoitotoimenpiteistä.

Vastaavasti laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/94) velvoittaa alan ammattihenkilön ottamaan huomioon potilaan oikeudet. Hallituksen esitykseen ei sisälly ehdotusta rikoslain säännökseksi, jolla selkeytettäisiin kuolemansairasta potilasta hoitavan henkilön oikeudellista asemaa luovuttaessa elintoimintoja ylläpitävistä hoitotoimista. Asiasta keskusteltuaan valiokunta pitää tärkeänä, että asia selvitetään perusteellisesti ottaen huomioon sen suuri periaatteellinen merkitys.

Jos palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa kehittämällä pystytään varmistamaan hyvä kuolema kaikille, eutanasialeille ei ole tarvetta. Jos kuitenkin vielä tämän jälkeenkin jää jäljelle ryhmä kuolemansairaita ja kuolemaa lähestyviä, jotka tarvitsevat apua mutta joita ei voida riittävästi auttaa, eutanasian sallivaa sääntelyä on aihetta pohtia.

Jos sellainen sääntely toteutettaisiin, sen tulisi olla juuri sen tyyppinen, soveltamisalaltaan hyvin rajattu, jota kansalaisaloitteessa kuvataan.

Pidän kansalaisaloitteessa kuvattuja hyväksyttävän eutanasian kriteereitä onnistuneina. Jos asiasta lähdetään valmistelemaan lainsäädäntöä, sallittavan aktiivisen kuolinavun ala tulee täsmentää ottaen myös huomioon sen, millaisia tyyppitapauksia varten menettelyä tarvitaan.

Aktiivinen kuolinapu olisi syytä rajata lääkärin toteutettavaksi. Tämä tuo kysymyksen myös lääkärin etiikan ja velvollisuuksien sääntelyn piiriin.

Lääkintäetiikka tai oikeudellinen normisto voi tuskin velvoittaa lääkäriä aktiivisen kuolinavun antamiseen. Esimerkiksi lääkärin vala sisältää vaatimuksen elämän kunnioituksesta. Tämä näkökohta on kansalaisaloitteessa otettu huomioon.

Jos lääkärietiikan mukaan lääkärin antama aktiivinen kuolinapu on kategorisesti epäeettistä, asia on hankalampi, sillä sellainen ristiriita olisi hankalasti lainsäädännölläkään korjattavissa.

Eutanasiasta ei siis voisi parhaassakaan tapauksessa voi tulla suorastaan potilaan oikeutta, sillä lääkäriä ei voisi lainsäädännöllä velvoittaa aktiivisen kuolinvun antamiseen. Jos aktiivinen eutanasia rajattaisiin toteuttavaksi harvoissa saattohoitoon erikoistuneissa yksiköissä, kuten lienee tarpeellista, todennäköisesti saatavilla olisi henkilöstöä, joka kokisi voivansa kuolinapua antaa, jos sen antamisen ehdot täyttyvät. Tämä siis edellyttäen, ettei aktiivinen kuolinapu ole lääkärietiikan vastaista.

Aktiivisen eutanasian salliva lainsäädäntö on maailmanlaajuisesti edelleen harvinainen. Tämä kertonee siitä, että tässä asiassa liikutaan sellaisten perimmäisten kysymysten äärellä, ettei lainsäädäntöön vaadittavan yhteiskunnallisen konsensuksen saaminen ole helppoa. Tämä ei ole kuitenkaan syy olla asiaa selvittämättä. Jo keskustelu itsessään on tärkeää, sillä kyse on eettisten näkökohtien punninnasta.

Jos aktiivisesta kuolinvusta säädetään, tämän tulee saada riittävästi tukea kansalaisten arvostuksissa. On myös tärkeää, että lääkärikunnan piirissä asiasta keskustellaan. Näkisin, että ainakin jonkinasteinen kannatus lääkärikunnan piirissä olisi hyvin tärkeä asian edistämisen kannalta, koska tässä on kuitenkin kyse nimenomaan lääkärin toiminnasta ja lääkintäkäytännön kehittämisestä.

Kansalaisaloitteen tavoite, hyvän kuoleman turvaaminen, on erittäin tärkeä. Se on tärkeä inhimillisesti, koska tarpeetonta kärsimystä tulee välttää.

Mutta hyvä kuolema on myös oikeudellisesti tärkeä asia. Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen oikeuskäytännössä on käsitelty lukuisia valituksia, jotka ovat liittyneet elämän päättämiseen. Elämän päättäminen on usean ihmisoikeusartiklan kannalta merkityksellinen kysymys.

EIT:n kanta näkyisi kuitenkin olevan, ettei Euroopan ihmisoikeussopimuksen 2. artiklan tarkoittamasta oikeudesta elämään voi suoraan johtaa oikeutta kuolemaan. 2. artiklan lisäksi 8. artiklan mukainen ihmisen itsemääräämisoikeus ja yksityiselämän suoja ovat olleet esillä. EIT on usein ottanut kantaa siihen, että oikeus elämään ei merkitse, etteikö esimerkiksi pysyvästi aivokuolleen henkilön elämää jatkavaa hoitoa saanut lopettaa.

Vaikuttaa myös siltä, että yksityiselämän suojasta ollaan kehittelemässä oppia, jonka mukaan yksilöllä on kuitenkin oltava jonkinlaisia vaikutusmahdollisuuksia omaan kuolemaansa. (Esim. Haas v. Sveitsi, no. 31322/07)

On oikeastaan luonnollista, että esimerkiksi ihmisoikeussopimuksesta ja sen artiklojen tulkinnoista ei saada kovinkaan vahvaa tukea päätöksien ratkaisuun. Tämä johtuu juuri siitä syystä, että vaikka ihmisoikeussopimus on ”elävä instrumentti”, se ei voi mennä jäsenvaltioiden käytännön edelle. Ja aktiivinen kuolinapu on juuri kysymys, jossa suurin osa EIS:een sitoutuneista valtioista ei ole vielä liikahtanut tähän suuntaan.

Ratkaisussa Haas v. Sveitsi EIT erikseen mainitsee siitä, että Euroopan neuvoston jäsenvaltiot ovat kaukana yksituumaisuudesta, mitä tulee yksilön oikeuteen valita miten ja milloin hän kuolee. Itsemurhan avustaminenkin on rankaisematonta ainoastaan muutamissa jäsenvaltioissa. (Ks. myös Koch v. Saksa.) Jäsenvaltioilla on myös katsottu olevan harkintamarginaali siinä, miten ne lainsäädännössään ja viranomaiskäytännössään käsittelevät elämän päättämiseen liittyviä kysymyksiä. (Lambert ja muut v. Ranska)

Suomi on kehittynyt yhteiskunta, joka on monessa suhteessa edelläkävijä maailmassa. Terveystieteiden huolto on hyvällä tasolla. Lääkärit nauttivat korkeaa yhteiskunnallista arvostusta.

Potilaan oikeuksia koskeva lainsäädäntö on Suomessa ollut erityisen edistyksellinen maailman mittakaavassa. Potilaan oikeuksista säädettiin jo vuonna 1992. Islanti, Tanska ja Norja seurasivat pian perästä, Ruotsiin potilaslaki saatiin Pohjoismaista viimeisenä.

Potilaat oikeudet, kuten itsemääräämisoikeus, antavat tukea vaatimuksille ja näkemyksille, että ihmisen tulee saada vaikuttaa tapaansa kuolla.

Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioitus antaa perustan ihmisille myös hoitotahto-asiakirjan avulla vaikuttaa omaan tulevaan hoitoonsa. Kun hoitotahto on pätevästi ilmaistu, helpotetaan merkittävästi asiaa koskevaa päätöksentekoa sitten, kun asia aikanaan ehkä ajankohtaistuu.

Suomessa on pyritty minimoimaan rikos- tai vahingonkorvauskanteiden nostaminen lääkintähenkilöstöä tai sairaaloita vastaan potilasvahinkojen korvaamisella erityisen potilasvahinkojärjestelmän mukaisesti. Suomen aborttilainsäädäntö on suhteellisen edistyksellinen.

Myös eutanasia-kysymyksen sääntelyssä olisi tarpeen etsiä suomalaiseen yhteiskuntaan ja suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään sopiva toimintatapa ja sääntelymalli, jolla varmistetaan toiminnan asianmukaisuus ja valvonta, mutta ilman, että puututaan meillä vallitsevaan toimintakulttuuriin ja tuodaan siihen vieraita elementtejä.

Kotimaisella lainvalmistelulla olisi mahdollista parhaaseen tietoon perustuen tuottaa sellainen sääntelymalli, joka sitten tuotaisiin hallituksen esityksenä eduskunnan käsiteltäväksi.

Hyvin toteutettu sääntely toteuttaisi valtion positiivista toimintavelvoitetta auttaa ihmistä, joka on joutunut sellaiseen tilaan, ettei muuta tietä ole kuin hyvä, ihmisarvoinen kuolema. Tieto siitä, että tällaisen tilanteen varalta on olemassa menettely, olisi hyvä asia muillekin kuin heille harvoille, joita asia todellisuudessa tulisi koskemaan.

Hyvin säännelty ja toteutettu menettely antaisi myös oikeusturvaa lääkintähenkilöstölle, sillä se antaisi selkeät pelisäännöt, kuinka tulee toimia.

Näkinsin, että jos aktiivisesta kuolinavusta säädetään, se voisi tapahtua laissa potilaan oikeuksista.

Olisi tarpeen selvittää asiaa lisää, koska kannan ottaminen siihen voi tapahtua vasta huolellisen jatkovalmistelun jälkeen. Lainvalmistelussa on tarpeen kerätä tietoa niiden maiden kokemuksista, jotka ovat aktiivista kuolinapua varten luoneet erityisen menettelyn.

Tässä vaiheessa on vaikeaa ennakoida, miten asiantuntijat, kansanedustajat ja puolueet aikanaan tulisivat asiaan suhtautumaan. Pitäisin lainvalmistelua hyödyllisenä siinäkin tapauksessa, että lainmuutokset jäisivät loppujen lopuksi toteuttamatta.

Euroopan neuvoston biolääketiedesopimus, jonka Suomi on ratifioinut, korostaa ihmisen edun ja hyvinvoinnin merkitystä ja on monessa suhteessa hyvä lähtökohta arvioida sitä, kuinka perustavia eettisiä kysymyksiä lääkintäoikeudessa ja etiikassa tulisi lähestyä. Sopimuksessa myös todetaan osapuolina olevien valtioiden velvollisuudeksi, että nousevista peruskysymyksistä käydään asianmukaista julkista keskustelua. Kansalaisaloite ja siitä käytävä keskustelu on tässä mielessä myönteinen asia.

Kuolinavun teema on aikanaan ollut rikosoikeudellinen. Nykyään se on entistä selvemmin lääkintäoikeudellinen ja lääkintäeettinen, sillä lääkintäoikeus uutena oikeudenalana tavoittaa asian merkityksellisen normiympäristön rikosoikeutta paremmin. Lääkintäoikeudellisen normiston ja myös sitä koskevan tutkimuksen kehitys samoin kuin lääketieteen kehitys ja kokemukset saattohoidosta ja siinä esiintyneistä hankalista tilanteista antavat perusteita luoda suomalainen malli aktiiviseen kuolinapuun. Ulkomaiset kokemukset ovat myös arvokkaita.

Oikeudellinen ja yhteiskunnallinen toimintaympäristö ovat Suomessa valmiit siihen, että kansalaisaloitteen tarkoittamat kysymykset nostetaan esille ja että niihin haetaan käytännölliset ratkaisut.

Kansalaisaloitteen hyväksyminen ei vielä merkitsisi eduskunnan kantaa itse asiaan, vaan se johtaisi asiaa koskevan lainvalmistelun aloittamiseen.

Tulisiko nyt sitten asia osoittaa jatkovalmisteluun?

Näkinsin, että kysymys olisi jatkovalmistelun arvoinen. Vasta valmistellun esityksen pohjalta on mielekästä ottaa kantaa siihen, tulisiko laki hyväksyä.

Esityksen valmistelu tukisi julkisen keskustelun käymistä ja antaisi siihen konkretiaa.

Näyttäisi siltä, että jatkovalmistelussa erityisesti tarkasteltavia asiakokonaisuuksia oli kaksi:

- 1) Avustetun itsemurhan tilanteet ja lääkintähenkilöstön asema niissä
- 2) Varsinainen aktiivinen kuolinapu

Helsingissä, 15.2.2018



Kimmo Nuotio

rikosoikeuden professori