

Professori, OTT Raimo Lahti

9.11.2017

Eduskunnan sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnalle

Asia: Eutanasia-aloite hyvän kuoleman puolesta. *Kansalaisaloite (KAA) 2/2017*

Yleistä

Olen käsitellyt eutanasiaa ja sen suhdetta kuolevan potilaan hoitoon Eero Backmanille omistetun juhlakirjan artikkelissa vuodelta 2005. Olen liittänyt sen tämän lausuntoni liitteeksi, koska se on edelleen olennaisissa suhteissa ajantasainen. Seuraavassa lausunnossani kiinnitän tuon artikkelin pohjalta huomiota erityisen tärkeinä pitämiini näkökohtiin samoin kuin eräisiin uusinta oikeuskehitystä koskeviin havaintoihin, jotka ovat merkityksellisiä harkittaessa KAA 2/2017:n perusteltavuutta ja oikeusjärjestyksemme perusteiden mukaisuutta.

Eutanasian oikeudellinen käsitelmääritys

Eutanasian käsitettä ei määritellä Suomen lainsäädännössä. Vuoden 1969 rikoslakiuudistuksen yhteydessä eduskunnan lakivaliokunta määritteli eutanasian (arvosurman) armeliaisuudesta tai säälistä tapahtuvaksi toisen elämän lopettamiseksi (vrt. Belgian vuoden 2002 eutanasiain neutraali määritelmä: tahallinen toisen elämän lopettaminen tämän pyynnöstä).

Yleensä keskustelussa pidetään silmällä *lääketieteellistä* eutanasiaa eli kuolinapua: lääkärin myötävaikutuksella tapahtuvaa toivottomasti ja/tai kivuliaasti (kuoleman)sairaana kuoleman lievittämistä tai jouduttamista potilaan tahdon mukaisesti. Huomattakoon myös Belgian vuoden 2002 eutanasiain mukaiset rankaisemattomuuden edellytykset: oltava lääkärin suorittama, ja potilaan oltava lääketieteellisesti toivottomassa, pysyvien ja sietämättömien kärsimysten tilassa, kärsimyksiä ei kyetä muuten lievittämään ja ne ovat aiheutuneet sairaudesta tai onnettomuudesta seuranneesta vakavasta ja parantumattomasta vaivasta.

Vastaavasti KAA 2/2017:ssä edellytetään, että potilaalla on sietämättömiä fyysisiä ja/tai psyykkisiä oireita, kipuja ja kärsimyksiä, joita ei voida hyvänkään saatto- tai palliatiivisen hoidon avulla ja lääketieteen keinoin olennaisesti lievittää. Edelleen potilaan tulee sairastaa parantumaton kuolemaan johtava tauti ja kuolema toteutuu lähitulevaisuudessa ilman eutanasiaakin. Potilaan tilan on oltava lääketieteellisesti arvioiden toivoton, ilman toivoa

paranemisesta. KKA 2/2017:n perusteluista ilmenee, että erillistä lakia ehdotetaan *aktiivisen* lääketieteellisen eutanasia sallimiseksi, koska palliativista hoitoa ja saattohoitoa ei kaikissa tapauksissa pidetä riittävinä sietämättömien kärsimysten lievittämiseksi.

Lääketieteellinen eutanasia vuosien 1969 ja 1995 rikoslakiuudistuksissa

Vuoden 1969 rikoslakiuudistuksessa pysytettiin itsemurhan edistämisen rankaisemattomuus, samoin säilytettiin pyynnöstä surmaamisen lievempi rangaistavuus. Vuoden 1995 rikoslakiuudistuksessa viimeksi mainittu lievennys poistettiin ja sovellettaviksi tulevat tahallista surmaamista koskevat perussäännökset (RL 21:1-2).

Vuoden 1995 rikoslakiuudistuksen esitysehdotuksessa (1989) oli ns. kuolinhoitoa eli passiivista lääketieteellistä eutanasiaa koskeva rajoitussäännös, mutta lopullisesta esityksestä se oli jätetty pois. Vuoden 1995 uudistusta käsitellessään eduskunnan lakivaliokunta totesi kuolemansairaana potilaan kuolinhoidon vakiintuneen hyväksyttäväksi lääkintäkäytännöksi, mutta oikeudellisen sääntelyn tarve tulisi perusteellisesti selvittää.

Luonnostelin valiokunnalle 25.5.1994 säännösehdotuksen: ”Tämän [21] luvun säännöksissä tarkoitettuna rikoksena ei pidetä sitä, että yhteisymmärryksessä kuolemansairaana potilaan kanssa luovutaan hänen elintoimintojaan ylläpitävistä hoitotoimista (*kuolinhoito*) tai toimeenpannaan tällaisen henkilön vakaa pyyntö hänen kuolemansa jouduttamisesta (*kuolinapu*)”. Lähdin siitä, että tällainen säännös olisi tarvinnut tarkempaa, mieluiten laintasoista sääntelyä kuolinavun edellytyksistä ja sen toimeenpanon menettelytavoista siihen tapaan kuin olemassa olevissa eutanasiaalaeissa on tehty ja samankaltaisesti kuin mihin KAA 2/2017:llä tähdätään.

Eutanasian oikeudellisessa arvioinnissa merkityksellistä lääkintäoikeudellista sekä ihmisoikeus- ja perusoikeusnormistoa ja EIT-käytäntöä

Laissa potilaan asemasta ja oikeudesta (785/1992) säädetään mm. potilaan itsemääräämisoikeudesta ja vajaavaltaisen potilaan asemasta sekä luodaan perusta ns. hoitotahdon oikeudelliselle sitovuudelle (5, 6.1 ja 8 §). Perusoikeusuudistus (1995, 1999) vahvistivat yksilön itsemääräämisoikeutta. Ihmisoikeusnäkökulmasta tärkeimpiä säädöksiä ovat Euroopan ihmisoikeussopimus, johon liitettiin vuonna 1990, sekä ihmisoikeuksia terveydenhuollossa ja lääketieteessä määrittävä Euroopan neuvoston biolääketiedesopimus, joka saatettiin Suomessa voimaan vuonna 2010.

Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen (EIT) käytännössä on eutanasiassa käännteentekevä ratkaisu *Pretty-tapaus* 29.4.2002. Oikeuskäytäntöä on myöhemmin tarkentanut Haas-tapaus 20.1.2011.

Tapauksen tosiseikat: Iältään 43-vuotias valittaja on naimisissa ja hänellä on tytär. Hänellä on motorisen hermoston sairaus, johon liittyy kehon tahdonalaisiin lihaksiin vaikuttavaa etenevää lihasheikkoutta. Sairauden edetessä kädet ja jalat sekä hengitystä sääntelevät lihakset tulevat hyvin heikoiksi. Kuolema seuraa yleensä hengityslihasten heikentymisestä, mikä johtaa keuhkojen vajaatoimintaan ja keuhkokuumeeseen. Mikään hoito ei voi estää sairauden etenemistä. Valittajan sairaus todettiin vuonna 1999, minkä jälkeen hänen tilansa huonontui nopeasti. Tällä hetkellä hän on pääosin halvaantunut kaulasta alaspäin eikä hän kykene puhumaan ymmärrettävästi ja häntä ruokitaan letkulla. Hänen odotettavissa oleva elinikensä mitataan viikkoina tai kuukausina. Kuitenkin hänen älynsä ja kykynsä tehdä päätöksiä ovat säilyneet ennallaan. Sairauden loppuvaiheet ovat erittäin ahdistavia ja arvoa alentavia. Hän pelkää sairautensa kulkuun liittyvää kärsimystä ja epäarvokkuutta ja on ahdistunut niiden vuoksi, hänellä on hyvin voimakas tahto päättää itse kuolemansa tavasta ja ajasta. Hän ei kuitenkaan kykene tekemään itsemurhaa ilman apua.

Valittaja pyysi asianajajansa välityksin ylemmältä syyttäjäviran-omaiselta sitoumusta sille, että hänen aviomiestään vastaan ei nostettaisi syytteitä, jos tämä auttaisi häntä hänen tahtonsa mukaisesti tekemään itsemurhan. Pyyntöön ei kuitenkaan suostuttu. Valittaja vaati tuomioistuimelle tekemällään hakemuksella päätöksen kumoamista ja sen vahvistamista, että asiassa ei meneteltäisi lainvastaisesti, jos pyydetty sitoumus annettaisiin. Tuomari hylkäsi hakemuksen ja valittajan valitettua hylkäämisestä ylähuone pysytti alemman oikeuden päätöksen.

Valittaja kuoli 10.5.2002.

EIT:n kannanottoja ratkaisussa on ensinnäkin, *ettei EIS 2 artiklasta voitu johtaa oikeutta kuolla kolmannen henkilön eikä julkisen viranomaisen avustamana*. Tätä käsitystä tuki EIT:n mielestä myös Euroopan neuvoston parlamentaarisen yleiskokouksen suositus 1418 (1999). Toinen merkittävä perustelujen osa koskee EIS 8 artiklan tulkintaa. EIT:n mukaan tietystä lääketieteellisestä toimenpiteestä kieltäytyminen saattoi johtaa kuolemaan ja siitä huolimatta hoitoon määräämisellä ilman oikeustoimikelpoisen potilaan suostumusta puututtaisiin hänen EIS 8 artiklan 1 kohdassa suojattuun fyysiseen koskemattomuuteensa. *Edelleen ihmisarvon ja -vapauden suoja sisältyi EIS:n perusolemukseen*. Kiistämättä EIS:n suojaamaa elämän pyhyyttä EIT katsoi elämän laadun saavan merkitystä EIS 8 artiklan nojalla.

Kokoavasti Pretty-tapauksesta voidaan todeta, että siinä on annettu *vahva sija oikeudelle arvokkaaseen kuolemaan* EIS 8 artiklan 1 kohdan perusteella, joskin EIT:n sananvalinnat ovat tulkinnanvaraisia. Samalla EIS on tunnustanut valtioilla olevan harkintamarginaalia, miten – etenkin millaisin rikosoikeudellisin sääntelyin – ne suojaavat heikkojen, avuttomien ja painostusuhan alaisten elämää näiden henkeä turvallisuutta vaarantavilta toimilta.

EIT:n *Haas-tapauksessa 20.1.2011* oli kysymys siitä, loukattiinko vaikeasti mielisairaana yksilön oikeutta määrätä elämänsä päättämisestä, kun arvokkaan ja kivuttoman kuoleman mahdollistaneen aineen saaminen edellytti psykiatriin tutkimuksiin perustettua lääkemääräystä.

Tapauksen tosiseikat: Valittajalla on vaikea maanis-depressiivinen mielisairaus. Hän oli kuluneina vuosina yrittänyt kahdesti itsemurhaa ja ollut monesti hoidossa mielisairauksissa. Katsottuaan, ettei hän enää voinut elää ihmisarvoista elämää vaikeasti hoidettavan sairautensa vuoksi, hän liittyi vuonna 2004 Dignitas-yhdistykseen, joka tarjosi apua itsemurhaa aikoville. Saadakseen tarvittavan aineen, 15 grammaa pentobarbituraattia, hän kääntyi tuloksetta eri lääkäreiden puoleen. Vuonna 2005 hän teki eri viranomaisille pyyntöjä siitä, että hän saisi kyseistä ainetta apteekista ilman lääkemääräystä. Hakemukset hylättiin, kun lääkemääräystä pidettiin lain vaatimana pakollisena edellytyksenä. Hän valitti tuomioistuimille tuloksetta. Vuonna 2007 hän lähetti lähes 200 psykiatrilte kirjeen, jolla hän pyysi päästä tutkimuksiin saadakseen kyseistä ainetta. Kukaan lääkäreistä ei antanut myönteistä vastausta hänen pyyntöönsä. Jotkut torjuivat sen ajan tai valtuuksien puutteen vuoksi taikka eettisistä syistä. Toiset totesivat, että hänen sairautensa oli hoidettavissa.

Tuomiosta: Valittaja väitti rikkomusta, kun Sveitsin lain mukaan pentobarbituraatin hankkimiseen tarvittiin perusteellisten psykiatristen tutkimusten jälkeen annettu lääkemääräys. Hänen poikkeukselliseen sairauteensa nähden valtiolla oli velvollisuus tarjota hänelle lääkkeitä elämänsä päättämistä varten. Pentobarbituraatti oli ainut menetelmä, jolla elämä voitiin päättää arvokkaasti, varmasti, nopeasti ja kivutta. Hän ei enää halunnut hoitonsa jatkamista.

EIT viittasi oikeuskäytäntöönsä ja totesi, että *EIS 8 artiklan takaamaan yksityiselämän suojaan kuului yksilön oikeus määrätä siitä, millä tavalla ja millä hetkellä hänen elämänsä tuli päättyä*. Käsillä oleva tapaus koski kysymystä siitä, *oliko valtiolla positiivinen velvollisuus ryhtyä tarpeellisiin toimenpiteisiin, joilla voitiin tarjota yksilölle mahdollisuus arvokkaaseen elämän päättämiseen*. Siten kilpailevien intressien välillä oli löydettävä tasapaino. *Valtiolla oli tiettyä harkintamarginaalia*, jonka ala riippui kysymysten laadusta ja intressien tärkeydestä. Huomioon oli otettava myös, että *EIS 2 artikla perusti viranomaisille velvollisuuden suojella avuttomassa asemassa olevia henkilöitä jopa itseään vastaan*. Artiklan nojalla viranomaisten tuli estää henkilöä lopettamasta elämänsä, jos hän ei ollut tehnyt tuota päätöstään vapaasti ja asiasta täysin tietoisena. Euroopan neuvoston jäsenvaltioissa oltiin kaukana yhtenäisestä sääntelystä, kun kysymys oli yksilön oikeudesta määrätä elämänsä päättämisen tavasta ja ajasta.

Sveitsin rikoslain mukaan yllytys ja avunanto itsemurhaan oli rangaistavaa vain, jos teko perustui itsekkäisiin syihin. Benelux-maissa sellainen teko ei ollut rangaistava tietyissä tarkoin määritellyissä tapauksissa. Tietyissä muissa maissa oli sallittu vain passiivinen avunanto. Kuitenkin valtaosa jäsenvaltioista painotti enemmän yksilön elämän suojaa kuin hänen oikeuttaan päättää elämänsä. Niin ollen *EIT:n mielestä tällä alueella valtioiden harkintamarginaali oli huomattavan väljä*. EIT myönsi valittajan intressin tärkeyden hänen vaikeaan sairauteensa ja itsemurhayrityksiinsä nähden. Toisaalta oli otettava huomioon, että lääkemääräyksen vaatimisella pyrittiin estämään väärinkäytöksiä ja varmistamaan sen, ettei aineen käyttöön ryhdytty ajattelemattomasti. Tällä seikalla oli erityinen merkitys Sveitsin kaltaisessa maassa, jossa laki ja käytäntö sallivat avunannon itsemurhaan varsin väljin kriteerein. *Väärinkäytösten estämiseen oli huomattavaa*

tarvetta maissa, joissa asiaan suhtauduttiin liberaalisti. Apua tarjoavat järjestöt voisivat muutoin syyllistyä laittomuuksiin ja turvautua salamyhkäisiin menettelytapoihin. Mitä tuli siihen, oliko valittajalla ollut tosiasiassa mahdollisuutta saada psykiatrisiin tutkimuksiin perustunutta lääkemääräystä, EIT totesi, että psykiatrit saattoivat suhtautua määräyksen antamiseen vastahakoisesti, jos kysymys oli hengenvaarallisesta lääkaineesta. Myös syytteen nostamisen vaara oli olemassa. Toisaalta valittajan yritykset kääntyä lääkärin puoleen herättivät tiettyjä kysymyksiä. Hän oli psykiatreille lähettämässään kirjeissä todennut, että hän torjui kaiken terapian ja siten tutkimukset siitä, oliko elämän päättämiseksi muita vaihtoehtoja. Sellaiset kirjeet eivät olleet omiaan johtamaan myönteisiin vastauksiin. Saamiensa selvitysten perusteella EIT totesi, että hänelle ei ollut mahdotonta löytää asiantuntijaa, joka voisi tarjota apua. Niin ollen EIT katsoi, että hänen oikeuttaan valita elämänsä päättämisen aika ja tapa ei ollut pidettävä pelkästään teoreettisena ja näennäisenä. EIS 8 artiklaa ei ollut rikottu.

Uusimman oikeustilan ja sen ongelmakohtien arviointia

Myönteistä on ollut *saatto- ja palliatiivista hoitoa koskevien ohjeiden uudistaminen* osana hyväksyttävän lääkintäkäytännön ylläpitoa ja kehittämistä. Toisin termein tällöin on kysymys hyväksyttävästä *passiivisesta lääketieteellisestä kuolinavusta* eli kuolinhoidosta. Ks. tarkemmin ETENE:n raportit vuosilta 2002, 2003 ja 2012 sekä kannanotto 15.12.2011; STM 2010:6: ”Hyvä saattohoito Suomessa”; Duodecimin Käypä hoito suositus: ”Kuolevan potilaan oireiden hoito” (2008, tark. 2012)

Edunvalvontavaltuutuksesta on annettu laissa (648/2007) henkilö oikeutetaan nimeämään toinen valvomaan hänen etuaan mm. hoitotoimenpiteissä henkilön toimintakyvyttömyyden tai toimintakyvyn rajoittuneisuuden varalta.

Hoitotahdon asemaa selkiinnyttävä ja vahvistava potilaslain 6 ja 8 §:n uudistaminen on jäänyt toistaiseksi toteuttamatta, mikä on valitettavaa. Asiaa valmistelleessa sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen työryhmämuistiossa 2003:25 on seuraavanlainen säännösehdotus: henkilön vakaasti ja pätevästi ilmaisemasta hoitotahdosta voidaan poiketa vain, jos on ilmeistä, että hoitotahto on perustunut väärään käsitykseen terveydentilan muutoksista, sairauden luonteesta tai käytettävissä olevan hoitomenetelmän ja lääkityksen vaikuttavuudesta tai että henkilön hoitoaan koskeva tahto on tällaisesta tai muusta syystä muuttunut.

Rikoslain säännösten soveltamisessa on säilynyt ongelmakohtia vedettäessä rajaa rangaistavan (pyynnöstä) surmaaminen ja rankaisematon itsemurhan edistäminen kesken. Jos surmaamaan pyytävällä säilyy vapaa valta päättää elämästään ja kuolemastaan vielä pyynnön kohteena olevan henkilön teon jälkeen ja hän on siis surmaamisteon täytäntöönpanija (esimerkiksi nielee itse lääkkeet), kysymys on itsemurhan edistämisestä; surmaa-

misessa täytäntöönpanotoimen tekee surmaaja itse. Vastuu surmaamisrikoksesta voi johtua myös välillisestä tekemisestä, jolloin eutanasian kohdehenkilö on välikappaleen asemassa syytakeettomuuden, tahallisuuden puuttumisen tai muusta sellaisesta syystä (RL 5:4), taikka suojeluvelvollisuuteen perustuvan laiminlyöntivastuun vuoksi (RL 3:3.2).

Rangaistavuuden rajan vetämistä vaikeuttaa osaltaan se, että *hyväksyttävään lääkintäkäytäntöön nojattava rajoitus- tai oikeutusperuste voi sallia myös tietyt aktiiviset, potilaan tahdon mukaiset hänen kuolemaansa jouduttavat toimenpiteet*: voimakkaiden kipujen lievittämisen, jonka sivuvaikutuksena kuolema nopeutuu; jo aloitetun hoitoprosessin keskeyttäminen aktiivisella toimella (kuten hengityskoneesta irrottamisella) potilaan evätessä sellaiselta hoidolta suostumuksensa.

Jonkin verran epäselvyyttä on myös siitä, *voiko rikoslain nojalla rankaisematon itsemurhan edistäminen tulla arvostelluksi lääkärin ammatinharjoittamiseen liittyvien velvollisuuksien rikkomisena*. Tätä tulisi selkeyttää. Jo lääkärin etiikkaa koskevan normin muutos tässä suhteessa olisi omiaan puoltamaan menettelyn hyväksyttävyyttä. Ks. vertailumielessä edellä EIT:n Haas-tapauksen perusteluja, kun kyseessä oli Sveitsin lain nojalla ratkaistu tapaus, jolloin itsemurhan edistäminen on pääsääntöisesti rankaisematonta.

Sveitsin korkeimman oikeuden tuomiossa vuodelta 2006 asetettiin tiukemmat edellytykset lääkäriavusteisen itsemurhan edistämisen rankaisemattomuudelle: Sodium-Pentobarbital-lääkettä saattoi määrätä vain seuraavin edellytyksin: a) potilaan kuolema oli lähellä, b) vaihtoehdoista on tullut keskustella, c) lääkärin on täytynyt varmistua potilaan päätöksentekokyvystä sekä perusteellisesta ja painostuksesta vapaasta harkinnasta (ks. E. Delbeke, EJHL 2011, p. 155).

Kokoavia oikeudellisia näkökohtia KAA 2/2017:stä

Edeltävä tarkastelu ja liitteenä oleva artikkelini osoittavat, että Suomen rikoslainsäädäntöä uudistettaessa on pidetty tavoiteltavana, että lääketieteellisen eutanasian asemaa ja edellytyksiä selkiinnytetään. *Nykytilaan nähden tulisi vähintäänkin selventää lääkäriavusteisen itsemurhan rikosoikeudellista arviointia*.

Suomen lainsäädäntöä kehitettäessä on otettava erityisesti huomioon perustuslakimme sekä Euroopan ihmisoikeussopimuksen ja Euroopan neuvoston biolääketieteen sopimuksen mukaiset vaatimukset, jolloin edellä mainitut EIT:n ratkaisut (Pretty ja Haas) ovat keskeisiä oikeuslähteitä.

Katson, että *KAA 2/2017:ssä tarkoitettut aktiivisen lääketieteellisen eutanasian mukaiset*

kuolinavun muodot on mahdollista säännellä perustuslain tai ihmisoikeussopimusten sitä estämättä, kunhan se tapahtuu eduskuntalailla tarkkarajaisesti. (Samoin Liisa Nieminen kirjoituksessaan Eutanasia oikeudellisena kysymyksenä. Haaste 2/2017.)

Erikseen totean, *ettei lääkäreille ehdotettu oikeus eettisistä syistä kieltäytyä aktiiviseen eutanasiaan osallistumisesta ole oikeusjärjestyksemme perusteiden vastaista* (samoin Nieminen em. kirjoituksessa). Olen aiemmassa lausunnossani 16.11.2015 sosiaali- ja terveysvaliokunnalle kansalaisaloitteesta 2/2015 vastaavasti puoltanut terveydenhuoltohenkilöille oikeutta vakaumuksellisista syistä kieltäytyä abortin tekemisestä.

Liite. Artikkel, joka on julkaistu teoksessa Rikos, rangaistus ja prosessi. Juhlajulkaisu Eero Backman 1945 – 14/5 – 2005. Turun yliopisto, 2005, s. 91–112. Artikkelin sähköinen versio: www.edilex.fi.

EUTANASIA JA KUOLEVAN POTILAAN HOITO

1. Johdanto

Eutanasiaa ja kuolevan potilaan hoitoa koskeva eettis-oikeudellinen keskustelu on viime vuosina voimistunut niin hyvin Suomessa kuin muualla Euroopassa. Yleiseurooppalaiselle keskustelulle ovat antaneet pontta Alankomaiden vuoden 2001 laki pyynnöstä surmaamisesta ja avustetusta itsemurhasta¹, Belgian vuoden 2002 eutanasia laki² ja Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen (EIT) päätös 29.4.2002 tapauksessa *Pretty v. Yhdistynyt kuningaskunta*. Suomessa vastaavaa keskustelua on käyty etenkin henkeen ja terveyteen kohdistuvia rikoslain (RL) säännöksiä vuosina 1969 ja 1995 uudistettaessa (491/1969 ja 578/1995) sekä valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) aloitteesta vuosina 2002 ja 2003 laadituissa asiakirjoissa³. Tuoreessa oikeuskirjallisuudessamme *Irma Pahlmanin* lääkintäoikeuden väitöskirjassa "Potilaan itsemääräämisoikeus" käsitellään laajasti eutanasia, ja se on myös yksi *Vilja Hahdon* rikos- ja vahingonkorvausoikeuden alan väitöskirjan "Uhrin myötävaikutus ja rikoksentekijän vastuu" osakysymyksistä.⁴ Myös common law -maissa ja esimerkiksi Saksassa on tapahtunut kiinnostavaa kehitystä.⁵

Seuraavassa selvitetään tämän keskustelun keskeistä sisältöä lähinnä suomalaisen oikeuskehityksen ja oikeuspolitiikan kannalta. Aikaisempia kannanottojani asiassa sisältyy rikoslain mainittuja säännöksiä uudistettaessa antamiini lausuntoihin⁶ sekä terminaalihoitoa, eutanasiaa ja kuolevan potilaan hoitoa käsitteleviin artikkeleihin⁷. Hyödynnän ja kehittelen edelleen näitä pohdintojani seuraavassa. Kirjoituksen mottona olkoon eduskunnan tulevaisuusvaliokuntaa varten syksyllä 2004 laaditun esiselvityksen "Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet" sisältämä

¹ Tämän 10.4.2001 annetun ja 1.4.2002 voimaan tulleen lain englanninkielinen käännös (Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act) on julkaistu *European Journal of Health Law (EJHL)* -lehdessä 2001, s. 183-191.

² Belgian 28.5.2002 annetun ja 23.9.2002 voimaan tulee lain englannink. käännös (Act on Euthanasia) on julkaistu *EJHL*-lehdessä 2003, s. 329-335. Belgian lain vertaamisesta Alankomaiden vastaavaan lakiin ks. *Nys* 2003.

³ Ks. ETENE 2002 ja 2003.

⁴ Ks. *Pahlman* 2003, luku 9 ja *Hahto* 2004, luku V.2.

⁵ Common law -maiden tilanteesta ks. erit. *Otlowski* 1997 ja Saksan *Roxin* 2000. Oikeusvertailevasti eri maista ks. *Taupitz* 2000.

⁶ Noilla lausunnoilla viitataan lähinnä oikeusministeriön rikoslakiprojektin ehdotusta (1989) valmisteltaessa tekemääni muistiooni sekä eduskunnan lakivaliokunnalle mietinnön (LaVM) 22/1994 vp valmistelussa 25.5.1994 antamaani lausuntoon.

⁷ Ks. *Lahti* 1986a ja b, 1996 ja 2002a.

arvio, jonka mukaan suuntaus kulkee kohti eutanasian laajempaa hyväksymistä sekä Suomi ja moni muu EU-maa seuraavat Hollannin ja Belgian esimerkkiä 10–15 vuodessa.⁸

2. Eutanasian oikeudellisesta käsitelmäärittelystä ja oikeustilasta vuoteen 1969

Eutanasian käsitettä ei käytetä Suomen lainsäädännössä. Rikoslain 21 lukua vuonna 1969 uudistettaessa eduskunnan lakivaliokunta kiinnitti erityistä huomiota eutanasiaan tarkoittaen sillä *armosurmaa* eli armeliaisuudesta tai säälistä tapahtuvaa toisen elämän lopettamista.⁹

Etymologisesti eutanasia tarkoittaa kreikan kielen sanat 'eu' ja 'thanatos' suoraan kääntäen hyvää kuolemaa. Tähän alkuperäiseen merkitykseen pohjautuu *lääketieteellisen* eutanasian eli *kuolinavun* käsitteisisältö, jolla yleensä tarkoitetaan lääkärin myötävaikutuksella tapahtuvaa toivottomasti ja/tai kivuliaasti (kuoleman)sairaan kuoleman lievittämistä tai jouduttamista potilaan tahdon mukaisesti.¹⁰ Eutanasian käsite ei kuitenkaan ole yksiselitteinen, eikä sen sisältö ole kansainvälisessä tai kotimaisessa eettis-oikeudellisessa keskustelussa vakiintunut.¹¹ Seuraavassa pidetään silmällä lääketieteellistä eutanasiaa, jollei erikseen muuta ilmene.

Eutanasian merkityssisällön vakiintumattomuus samoin kuin sitä koskevan sääntelyn epäyhtenäisyys näkyvät muun muassa Euroopan neuvoston bioetiikkakomitean neuvoston jäsenmaille äskettäin osoittaman kyselyn tuloksista.¹² Esimerkiksi Belgian vuoden 2002 laissa eutanasia määritellään neutraalisti tahalliseksi toisen elämän lopettamiseksi tämän pyynnöstä, joskin rankaisemattomuuden edellytyksistä on annettu seikkaperäisiä aineellisia ja menettelyllisiä säännöksiä: esimerkiksi kysymys on lääkärin suorittamasta eutanasiasta ja potilaan on oltava lääketieteellisesti toivottomassa, pysyvien ja sietämättömien kärsimysten tilassa, kärsimyksiä ei kyetä muuten lievittämään ja ne ovat aiheutuneet sairaudesta tai onnettomuudesta seuranneesta vakavasta ja parantumattomasta vaivasta (lain 2 ja 3 §). Alankomaiden vuoden 2001 laissa ei käytetä eutanasian käsitettä.

Suomalaisessa keskustelussa vuoden 1969 rikoslakiuudistus oli merkittävä rajakohta. Tuolla vuoden 1969 lainmuutoksella uudistettiin rikoslain hengen ja terveyden suojaa koskeva RL 21 luku. Silloin säilytettiin erillissäännös, joka säätää toisen tämän omasta vakaasta pyynnöstä

⁸ Ks. Ryynänen ym. 2004, s. 85–86.

⁹ Ks. LaVM 11/1969 vp, s. 4 (Hallituksen esityksen, HE, 68/1966 vp johdosta).

¹⁰ Ks. esim. *Uotila* 1975, s. 514 ja *Pahlman* 2003, s. 305–307.

¹¹ Eutanasian erilaisista määrittelyistä, jaotteluista ja sääntelyistä laajasti ks. *Pahlman* 2003, luku 9 viittauksineen.

¹² Ks. Council of Europe 2003.

surmaavalle tavallista tahallista surmaamista lievemmän rangaistuksen. Tällöin ei toteutettu ajatusta, joka sisältyi vuonna 1922 valmistuneeseen *Allan Serlachiuksen* rikoslakiehdotukseen ja jonka mukaan vakaasta pyynnöstä tapahtuneeseen surmaamiseen olisi rinnastettu säälistä tapahtuva toisen kuoleman tahallinen aiheuttaminen¹³.

Mainitussa 1960-luvun lopulla toimeenpannussa RL 21 luvun uudistuksessa eduskunta poisti tarpeettomana hallituksen esittämän säännöksen, joka asetti itsemurhan edistämiseksi rangaistuksen. Rikoslaki ei vuoden 1889 alkuperäisessä muodossaan sisältänyt sellaista erilliskriminalisointia, joskin sellaista ehdotti myös Serlachius äsken todetussa rikoslakiehdotuksessaan¹⁴. Lähtökohtaisesti siis toisen henkilön itsemurhan edistäminen tai muu osallisuus siihen on siis rikoslain nojalla rankaisematonta, mutta pyynnöstä surmaaminen rangaistavaa tahallisena henkirikoksena joko erityisen tai yleisten surmaamissäännösten nojalla. Pyyntöä surmaamisen erilliskriminalisointi on Suomen rikoslainsäädännössä ollut vuoden 1995 uudistuksen saakka. Käsittelen sanottua rajanvetoa ja kysymystä siitä, missä erityistilanteissa toisen itsemurhan edistäminenkin voi tulla rangaistavaksi, jäljempänä (jakso 4).

Kun eduskunnan lakivaliokunta käsittelee eutanasiakysymystä vuoden 1969 rikoslakiuudistuksen yhteydessä, se katsoi silloisen eutanasiakeskustelun keskittyneen lääketieteellisen hoidon ja rikoslain kieltämän surmaamisen rajankäyntiin. Lääketieteen kehityksen ansiosta olivat mahdollisuudet pitää yllä ns. kuolevan potilaan eräitä elintoimintoja lisääntyneet. Lääkärit olivat korostaneet valiokunnalle, että lääkärin hoitovelvollisuus ulottuu myös kuolevaan potilaaseen ja hoitoon kuuluu hoidon lopettamista koskevan päätöksen teko. Valiokunnan mielestä näytti olevan muodostumassa yhä ongelmallisemmaksi se, kuuluuko ja missä määrin potilaan hoitoon myös ns. kuolinapu. Valiokunta ja eduskunta pidättäytyivät kuitenkin ottamasta asiaa koskevia erityissäännöksiä rikoslakiin, koska ne saattaisivat johtaa väärinkäsityksiin potilaiden turvallisuudesta. Lakivaliokunta edellytti, että pysytään ehdottoman eutanasiakiellon kannalla.¹⁵

Selostettu eduskunnan lakivaliokunnan kannanotto on vuosikymmeniä merkinnyt arvovaltaista kotimaista oikeuskäsitystä asiassa, olkoonkin että valiokunnan perusteluissa on tulkinnanvaraisuutta. Kerrotuista valiokunnan perusteluista ei käy riidattomasti ilmi, haluttiinko ehdottoman eutanasiakiellon ulottuvan myös "kuolevan potilaan" hoitoon. Olen arvioinut valiokunnan

¹³ Ks. *Serlachius* 1922, s. 32 (RL 25:1.2).

¹⁴ *Serlachius* 1922, s. 32 (RL 25:2). Ks. samanlaisesta aiemmasta ehdotuksesta *Kaila* 1913, s. 314.

¹⁵ LaVM 11/1969 vp, s. 4.

jättäneen hyväksyttävän lääkintäkäytännön varaan, millä edellytyksillä ennusteeltaan toivottomien potilaiden tietyistä, näiden elämää pitkittävästä tai ylläpitävästä hoitotoimenpiteistä saadaan luopua.¹⁶

Käsitys ei ole oikeuskirjallisuudessa uusi, koska *Inkeri Anttila* päätyi 60 vuotta sitten vastaavansiin lopputuloksiin "kuolinavun" antamisen oikeudenmukaisuutta pohtiessaan: Ei tulisi katsoa välttämättömäksi pitää keinotekoisesti hengissä kuolevaa potilasta, ellei tämä itse sitä halua, eikä sellaista laiminlyöntiin perustuvaa kuolinapua pitäisi katsoa oikeudenvastaiseksi. Erillissäätely ei olisi tarpeen, vaan tavanomaista oikeutta tulisi kehittää tämän suosituksen mukaiseen suuntaan. Anttilan tuolloinen oikeuspoliittinen kanta tätä laajempaankin lääketieteelliseen kuolinapuun – toivottomasti sairaan, kovia tuskia kärsivän potilaan kuoleman jouduttaminen hänen pyynnöstään lääkärin toimenpitein – on melko myönteinen.¹⁷

3. Eutanasia ja kuolevan potilaan hoito ajanjakson 1969 – 1995 eettis-oikeudellisessa keskustelussa

Oikeuslääketieteen professori *Unto Uotila* käsitteli 30 vuoden takaisessa artikkelissaan lääketieteellistä kuolinapua ja hyödynsi siinä psykiatri *Clarence Blomquistin* käsitejaottelua aktiiviseen ja passiiviseen eutanasiaan sekä niistä erotettuihin kuoleman jouduttamiseen ja kuolema hoidon ei-tarkoitettuna sivuvaikutuksena.¹⁸ Uotilan loppupäätelmiä oli pitäytyä eutanasian alkuperäiseen merkitykseen ja hyväksyä kuoleman lievittäminen ahtaissa, lääkärin harkitsemissa rajoissa; tällöin toivottomasti kuolemansairaana potilaan kärsimyksiä ei tule tarpeettomasti jatkaa epätavallisilla, elämää ylläpitävin keinoin. Tämän kannanoton johdosta ja kun lisäksi itsemurhan edistäminen on rankaisematonta, potilaan itsemääräämisoikeutta eli oikeutta kieltäytyä hoidosta on kunnioitettava ja aivokuoleman käsite on hyväksytty, ei Uotilan mukaan ollut tarvetta omaksua laajempaa (passiivisen) eutanasian käsitettä. Aktiivinen eutanasia taas on surmaamis säännösten nojalla kielletty (paitsi jos on kysymys itsemurhan edistämisestä). Kuoleman tarkoituksellinen jouduttaminen on yhtä lailla rangaistavaa, mutta sietämättömien tuskien lievittämisestä kipulääkityksen johdosta sivuvaikutuksena aiheutuva kuoleman jouduttaminen olisi oikeutettua.¹⁹

¹⁶ Ks. *Lahti* 1986b, s. 27 ja *Lahti* 1996, s. 4.

¹⁷ Ks. *Anttila* 1945, erit. s. 247.

¹⁸ Ks. *Blomquist* 1967 ja *Uotila* 1975.

¹⁹ *Uotila* 1975, s. 515 ja 521. Uotilan kanta passiivisen eutanasian käsitteeseen ja hyväksyttävyyteen ei ole kirjoituksessa selvä.

Selostettu Uotilan käsitys, joka tuntuu sopivan yhteen eduskunnan lakivaliokunnan vuoden 1969 kannanottojen kanssa, heijastaa jokseenkin hyvin suomalaisten asiantuntijoiden enemmistön keskuudessa silloin ja myöhemminkin vallinneita näkemyksiä. Voidaan jopa väittää, että voimassa olevan oikeuden tilaa ja käsitejaotteluja on siihen käsitykseen verrattuna kolmen viime vuosikymmenen aikana lähinnä *selkiinnytetty* ilman mainittavia asiallisia muutoksia. Eutanasian laaja-alaisemman hyväksymisen puolesta on kuitenkin 1980-luvulta alkaen ilmaantunut entistä useampia ja äänekkäämpiä puolestapuhujia niin hyvin tutkijoiden joukossa kuin vuonna 1993 perustetun Exitus-nimisen yhdistyksen toimesta (ks. jäljempänä jakso 4).

Inkeri Anttilan edellä mainittu viittaus kehittyvään tavanomaiseen oikeuteen ja Unto Uotilan lausuma lääkärin harkinnan (ns. kliinisen autonomian) merkityksestä on yhdistettävissä vaatimukseksi, että noudatettavan lääketieteellisen käytännön tulee määräytyä hyväksyttävien (lääkintä)oikeudellisten periaatteiden mukaan. Ne taas saavat olennaisen sisältönsä lääkärin ja muun terveydenhuoltohenkilöstön toimintaa ohjaavasta lääkintäetiikasta. Nämä periaatteet ja säännöt eivät ole muuttumattomia, vaan esimerkiksi kotimaisessa ja kansainvälisissä lääkintäeettisissä ja -oikeudellisissa normistoissa tapahtuvat muutokset vaikuttavat niiden sisältöön. Kaikkiaan terveydenhuollon etiikan ja oikeuden kesken vallitsee molemminpuolinen vuoro-vaikutus.²⁰

Viime vuosikymmenen kehitykselle on ollut tunnusomaista terveydenhuoltohenkilöstön toiminnan lisääntynyt oikeudellinen sääntely sekä lääkintäeettisten ohjeistojen sisällyttäminen osaksi kansainvälistä ihmisoikeusnormistoa, jolloin erityisen merkityksellinen on ollut ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskevan Euroopan neuvoston yleissopimuksen eli biolääketiedesopimuksen aikaansaaminen vuonna 1997.²¹ Edellisessä suhteessa on todettavissa, että lääkintäoikeuden (ja sille rinnakkaisen bio-oikeuden) kehitys ilmentää oikeudellisen normiston painoarvon suhteellista kasvua. Ennen kaikkea on huomattava yleisten perus- ja ihmisoikeusnormien sekä erityisesti potilaiden asemaa (hoitosuhdetta) sääntelevän normiston lisääntynyt merkitys, tyypillisinä esimerkkeinä potilasvahinkolain (585/1986) ja potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992; jäljempänä potilaslaki) säätäminen.²² Vuoden 1997 biolääketiedesopimus tuli kansainvälisesti voimaan 1.12.1999, mutta Suomi ei ole sitä toistaiseksi ratifioinut – olkoonkin että se on sitoutunut sen lähiaikoina tapahtuvaan voimaan saattamiseen.

²⁰ Ks. tästä laajemmin *Lahti* 2002b.

²¹ Ks. *European Treaties*, ETS No. 164, Oviedo 4.4.1997, Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine.

²² Ks. myös yleisesti *Lahti* 2003a, *Pahlman* 2003 sekä *Lötjönen* 2004a ja 2004b.

Suomessa hyväksyttävän käytännön muotoutumiseen kuolevan potilaan hoidossa ovat olennaisesti vaikuttaneet lääkintöhallituksen vuodelta 1982 olevat ns. *terminaalihoito-ohjeet*.²³

Ohjeiden tarkoittamaa terminaalihoitoa on sellainen hoito, jota annetaan potilaalle sairauden siinä vaiheessa, kun käytettävissä olevilla hoitomenetelmillä ei enää ole mahdollista parantaa potilaan sairauden ennustetta, sekä kuoleman lähestyessä annettavaa hoitoa. Ohjeiden määrittelemänä terminaalihoidon sisältönä on potilaan riittävä oireenmukainen perushoito ja muu hänen ihmisarvoaan kunnioittava huolenpito sekä hänelle läheisten henkilöiden henkinen tukeminen.

Lääkintöhallituksella oli tapana muun muassa ohjekirjein vaikuttaa sen ohjaus- ja valvontavallan alaisissa terveydenhuollon yksiköissä omaksuttaviin käytäntöihin. Ne eivät saaneet sisältää lainsäädännön tai tavanomaisen oikeuden kanssa ristiriidassa olevia ohjeita tai määräyksiä, mutta tulkintaepäselvyyksien ja epäyhtenäisten käytäntöjen vallitessa niillä oli oikeudellista hyväksyttävää käytäntöä muokkaava ja vahvistava. Arvelenkin terminaalihoito-ohjeiden tällä tavoin vaikuttaneen lääkintökäytäntöön ja ihmisten asenteisiin. Ohjeet ovat osaltaan vahvistaneet sitä eettisesti ja oikeudellisesti hyväksyttävää käsitystä, että lääkärin toimintaa ohjaa myös potilaan kärsimysten lievittäminen ja hänen ihmisyytensä kunnioittaminen – ihmisellä on oikeus arvokkaaseen kuolemaan.²⁴

Noissa terminaalihoito-ohjeissa oli myös tulkinnanvaraisuutta esimerkiksi sen määrittelyssä, milloin on kysymys terminaalihoitovaiheesta ja minkälaisista hoitotoimenpiteistä luopumista ohjeet tarkoittavat. Ohjeista ei yksiselitteisesti ilmennyt, että pätevään tahdonmuodostukseen kykenevän potilaan kuolinhoidosta on päätettävä yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.²⁵

Tältä osin oikeustila selveni ja vahvistui 1.3.1993 lukien, kun potilaslaki tuli voimaan. Laissa säädetään muun muassa potilaan itsemääräämisoikeudesta ja vajaavaltaisen potilaan asemasta sekä luodaan perusta ns. hoitotahdon eli -testamentin oikeudelliselle sitovuudelle (ks. etenkin 5, 6.1 ja 8 §). Tosin potilaan itsemääräämisoikeus on jo aiemmin voitu johtaa henkilön vapauden ja

²³ Ks. DNO 3024/02/80, 14.4.1982. Lääkintöhallituksen lakkauttamisen yhteydessä vuonna 1990 nämäkin ohjeet kumottiin, mutta niissä kirjatut periaatteet ovat olleet senkin jälkeen sovellettavissa (ks. ETENE 2003, s. 9).

²⁴ Terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaan kuuluu muun ohella sairaiden kärsimysten lievittäminen (ks. heitä koskevan lain, 559/1994, 15 §). Ihmisarvon oikeudellisesta perustasta ks. Suomen perustuslain (731/1999) 1.2 ja 7.2 § sekä biolääketiedesopimuksen 1 artiklan 1 kappale.

²⁵ Ks. kritiikistäni jo Lahti 1986b, s. 28 (ja lausunnessani ohjekirjeluonnoksesta lääkintöhallitukselle 13.11.1981).

koskemattomuuden turvaavista perus- ja ihmisoikeuksista.²⁶

Rikoslain kokonaisuudistuksen toista vaihetta koskevassa, oikeusministeriön rikoslakiprojektin ehdotuksessa (1989) esitettiin – asian valmistelussa tämän rikoslakihankkeen johtoryhmän jäsenenä tekemäni ehdotuksen pohjalta – ns. kuolinhoitoa koskevan rajoitussäännöksen sisällyttämistä rikoslakiin. Säännös olisi laintasoisesti vahvistanut terminaalihoidon ohjeita vastaavan oikeuskäsityksen, ettei rikoslain surmaamissäännösten nojalla ole rangaistavaa sellainen menettely, jossa hyväksyttävää lääkintäkäytäntöä noudattaen luovutaan kuolemansairaahan potilaan elintoimintoja ylläpitävistä hoitotoimista. Hoitotoimista luopuminen käsittää niin hyvin niiden aloittamatta jättämisen kuin niiden keskeyttämisenkin. Rajoitussäännöksen perustelujen mukaan se ei olisi oikeuttanut sellaiseen aktiiviseen kuolinapuun, jossa kuolema suoranaisesti aiheutetaan esimerkiksi tappavalla lääkeannoksella. Säännös ei myöskään olisi ratkaissut kaikkia kuolinhoitoon liittyviä oikeudellisia ongelmia. Esimerkiksi potilaan tahdon ja suostumuksen merkitys edellytettiin ratkaistavan niitä koskevien lääkintäoikeuden periaatteiden mukaan.²⁷

Asian jatkovalmistelussa mainitunlaisen rajoitussäännöksen sisällyttämisestä rikoslakiin luovuttiin, koska lausuntokierroksella oli esitetty epäilyjä säännöksen tarpeellisuutta vastaan. Oikeutettu kuolinhoito määräytyisi edelleen tavanomaisoikeudellisen käytännön mukaan.²⁸ Toisaalta kansanedustaja *Henrik Laxin* ynnä muiden lakialoitteella tähdättiin sellaisen säännöksen omaksumiseen.²⁹ Hallituksen esitystä käsitellessään eduskunnan lakivaliokunta totesi lääketieteen kehityksen mahdollistaneen kuolemansairaahan potilaan elintoimintojen ylläpitämisen tilanteissa, joissa tiedetään hoidolla enintään viivytettävän kuolemaa. Edelleen lakivaliokunta katsoi kuolemansairaahan potilaan kuolinhoitoon vakiintuneen hyväksyttäväksi lääkintäkäytännöksi. Kun hallituksen esitykseen ei sisällynyt tällaista kuolemansairasta potilasta hoitavan henkilön oikeudellista asemaa selkeyttävää lainsäädäntöä, lakivaliokunta piti tärkeänä asian perusteellista selvittämistä sen suuren periaatteellisen merkityksen vuoksi.³⁰

Olin asiasta kuultavana eduskunnan lakivaliokunnassa, ja lausunnossani 25.5.1994 luonnostelin

²⁶ Ks. aiemmasta oikeustilasta *Lahti* 1972 ja *Pahlman* 2003, eri kohdin.

²⁷ Ks. Rikoslakiprojektin ehdotus 1989, s. 230–232 ja 256–257. Olin 8.9.1988 päivätyssä muistiossani ehdottanut omaksuttua yksityiskohtaisempaa rajoitussäännöstä: "Henkeen kohdistuvana rikoksena ei pidetä sellaista toivottomasti/parantumattomasti sairaan potilaan kuoleman jouduttamista, joka tapahtuu tämän elämää tarkoituksettomasti ylläpitävistä hoitotoimenpiteistä luopumalla tai hänen kipujensa lievittämiseen tarkoitettua lääkitystä antamalla. Tällainen kuolinhoito on annettava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja hyväksyttävää lääkintäkäytäntöä noudattaen."

²⁸ Ks. HE 94/1993 vp, s. 91.

²⁹ Ks. Lakialoite 9/1996 vp.

valiokunnan käyttöön³¹ sekä passiivisen kuolinavun (kuolinhoidon) että aktiivisen kuolinavun käsittävän säännösluonnoksen:

"Tämän [21] luvun säännöksissä tarkoitettuna rikoksena ei pidetä sitä, että yhteisymmärryksessä kuolemansairaahan potilaan kanssa luovutaan hänen elintoimintojaan ylläpitävistä hoitotoimista (kuolinhoito) tai toimeenpannaan tällaisen henkilön vakaa pyyntö hänen kuolemansa jouduttamisesta (kuolinapu).

Kuolinhoidossa ja -avussa noudatettavista menettelytavoista antaa --- --- --- tarkempia määräyksiä/ohjeita."

Jo nimikkeiden erolla (kuolinhoito ja kuolinapu) olisi tämän säännöksen mukaan tehty ero tekotapojen kesken ja siten osoitettu eettis-oikeudellisessa käytännössä pitkään niiden kesken tehtyä eroa. Onhan kuolinhoitoa pidetty siis kauan tavanomaisoikeudellisesti hyväksyttävänä, ja tämän kannan perusteina voidaan nykyään viitata oikeusjärjestyksen tunnustamaan potilaan itsemääräämisoikeuteen ja vakiintuneeseen käsitykseen ymmärtää kuolinhoito (nykyään saattohoidoksi kutsuttuna) yhdeksi terveydenhuollon tuntemaksi hoitomuodoksi. Tällöin siis jo surmaamisrikosten tunnusmerkistön mukaisuuden katsotaan jääneen täyttymättä, ilman että on tarvetta tukeutua oikeudenvastaisuuden poistaviin perusteisiin.³² Sitä vastoin aktiivista kuolinapua silmällä pitäen ei ole tavanomaisoikeudellisesti kehittynyt vastaavaa poikkeusperustetta surmaamissäännösten nojalla arvosteltavalle rangaistavuudelle. Aktiivista kuolinapua koskevalla rajoitussäännöksellä olisi tehty nimenomainen poikkeus toisen surmaamisen rangaistavuuteen.

Huomattakoon, että vuoden 1995 rikoslakiuudistuksessaan ei säädetty itsemurhan edistämistä rangaistavaksi ja että samassa uudistuksessa luovuttiin erillisestä pyynnöstä surmaamisen kriminalisoinnista. Menettelytapoja koskeviin määräyksiin tai ohjeisiin olisi saatavissa mallia Alankomaiden ja Belgian kuolinapua sääntelevistä laeista. Luonnostelemallani säännöksellä ei olisi ketään velvoitettu kuolinhoitoon tai -apuun taikka niiden toteuttamiseen, vaan säännös olisi oikeuttanut sellaiseen menettelyyn ja vaikuttanut negatiivisen rikostunnusmerkistöntekijän tapaan.

Rikosoikeuden yleisten oppien valmistelussa aina vuoden 2000 mietintöön asti oli ns. pakottavia olosuhteita koskeva vastuuvapausperuste. Sen mukaan, mikäli rangaistavaksi säädetty teko oli tehty olosuhteissa, joissa tekijältä ei voimakkaan pakon tai painostuksen, ylipääsemättömän velvollisuuksien ristiriidan taikka muun senkaltaisen pakottavan syyn vuoksi olisi kohtuudella

³⁰ Ks. LaVM 22/1994 vp, s. 7.

³¹ En ottanut omakohtaista kantaa, tulisiko rikoslakiin ottaa myös aktiivisen eutanasian salliva säännös.

³² Ks. esim. *Lahti* 1972, s. 85 ja *Matikkala* 2000, s. 65.

voinut vaatia muunlaista suhtautumista, tekijä olisi ollut rangaistusvastuusta vapaa. Aktiivinen kuolinapu (oikeastaan armosurma) – vaikeasti sairaan tai kovissa tuskissa olevan perheenjäsenen surmaaminen tämän omasta pyynnöstä – mainittiin esimerkkinä säännöksen soveltamistilanteesta.³³ Asiaa koskevaan hallituksen esitykseen (2002) eikä sen pohjalta hyväksytyyn lainsäädäntöön mainittua vastuuvapausperustetta ei sisällynyt, mutta rikosoikeudellinen seuraamusjärjestelmä sisältää erilaisia sellaisia tilanteita varten lieventämiskeinoja, kuten rangaistusasteikon lieventämisen ja poikkeuksellisesti rangaistuksen tuomitsematta jättämisen (ks. RL 6 luvun, 515/2003, 6–8 ja 12 §).³⁴

4. Viimeisen kymmenvuotiskauden keskustelunaiheet eutanasiasta ja kuolevan potilaan hoidosta: hyväksyttävän eutanasian rajat

Kuolinapua ja kuolevan potilaan hoitoa koskeva keskustelu ei suinkaan laantunut vuoden 1995 rikoslakiuudistuksen seurauksena. Jo tuon uudistuksen yhteydessä eduskunnan lakivaliokunta edellytti mietinnössään (1994) kuolevan potilaan aseman selkeyttämistä. Tehtävään tarttui vuonna 1998 perustettu valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE), joka julkaisi vuonna 2002 seminaariraportin kuolemaan liittyvistä eettisistä kysymyksistä. Raportin nimen mukaisesti siinä keskityttiin kuolemaan liittyviin eettisiin kysymyksiin terveydenhuollossa. Erityistä huomiota kiinnitettiin kuolevan potilaan hoidon ongelmakohtiin, joita olin myös raportin kirjoituksessani nostanut esiin: terminaalihoito-ohjeiden tyyppinen uusi saattohoitosuositus oli tarpeen; hoitotahdon sääntelyä ja vajaakykyisen potilaan asemaa tulisi selkeyttää.³⁵

Näissä luettelemissani kysymyksissä aloitettiin jatkovalmistelu. ETENE:n asettama työryhmä valmisti saattohoitoa koskevan muistion, jota suositeltiin käytettäväksi opetuksessa sekä alueellisen ja paikallisen tason ohjeistamisessa. Muistiossa selkeytetään saatto- ja terminaalihoitoon sekä palliatiivisen hoidon käsitteitä: saattohoito on kuolemaa lähestyvän potilaan hoitoa, jolloin välittömästi ennen kuolemaa annettavaa sellaista hoitoa voidaan kutsua terminaalihoitoksi, ja palliatiivista hoitoa annetaan parantumattomasti sairaalle. Olennaista näissä hoidoissa on oireiden ja kärsimyksen lievitys, koska parantavaa hoitoa ei ole olemassa. Näissäkin tapauksissa potilaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava, ja sellainen hoitopäätös ja sitä koskeva

³³ Ks. Rikoslakiprojektin ehdotus 2000, s. 167-169.

³⁴ Seuraamusvaihtoehtojen pohdinnasta eutanasiatapauksissa ks. *Hahto* 2004, s. 262-269 viittauksineen. Ks. myös jäljempänä jakso 6.

³⁵ Ks. ETENE 2002 ja *Lahti* 2002a, s. 30-32.

hoitosuunnitelma edellytetään tehtävän yhteisymmärryksessä potilaan kanssa tai hänen hoito-
tahtonsa mukaisesti.³⁶ Nämä muistion kannanotot vastaavat vuodelta 1999 olevaa Euroopan
neuvoston parlamentaarisen yleiskokouksen suositusta n:o 1418 kuolevan potilaan ihmisoikeuk-
sien ja ihmisarvon suojaamisesta.³⁷

Edelleen pantiin vireille potilaslain 6 ja 8 §:n uudistaminen, jotta potilaan itsemääräämisoikeutta
biolääketiedesopimuksen hengessä vahvistettaisiin ja jotta myös hoitotahdon asema selkiintyisi
ja voimistuisi. Potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista edistettäisiin myös sääntelyllä, jossa
potilas oikeutetaan nimeämään henkilö toimintakyvyttömyyden tai toimintakyvyn rajoittunei-
suuden varalta.³⁸

Nämä toimenpiteet voidaan nähdä muun ohella keinoiksi, joilla parantumattomasti ja/tai
kivuliaasti kuolemansairaiden oikeutta heidän itsensä tahtomaan, hyvään ja inhimilliseen
hoitoon elämän loppuvaiheessa vahvistetaan. Siten vähennetään myös ulkoista painetta laillistaa
aktiivisen kuolinavun antaminen. Tällainen oletus on äskettäin esitetty parillakin lääkäri-
kuntamme julkaisufoorumilla.³⁹ Aktiivisen eutanasian arvellaan saaneen monessa maassa pontta
tilanteista, joissa sairaalan henkilökunta on itsepäisesti kieltäytynyt lopettamasta hoitoa toivot-
tamassa tilanteessa potilaan kärsimyksistä huolimatta.⁴⁰

Toisaalta suuntauksen otaksutaan kulkevan kohti eutanasian laajempaa hyväksymistä, koska
"[i]hmiset ovat entistä valmiimpia kontrolloimaan omaa kuolemaansa".⁴¹ Suomalaisista mieli-
pidetutkimuksista saa tukea tälle kannalle. Taloustutkimus Oy:n Yleisradiota varten tekemissä
noin 500 vastaajan haastatteluotoksissa vuosina 1994 ja 2004 aktiiviseen eutanasiaan myönteis-
esti suhtautuvan väestön osuus on vaihdellut 75–80 prosentissa, kun on kysytty, onko parantu-
mattomasti sairaalla, kovia kipuja kärsivällä potilaalla oikeus itse päättää, milloin hänen elä-
mänsä lopetetaan. Vuoden 2004 tutkimuksessa tuo myönteisesti vastanneiden määrä oli 75 %
(17 % kielteisesti suhtautuvia ja 9 % vastaamatta jättäneitä). Lisätietona kysymyksessä oli, että

³⁶ Ks. ETENE 2003, erit. jakso 9 (suositukset).

³⁷ Ks. Recommendation 1418 (1999): Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying.

³⁸ Ks. STM:n työryhmämuistio 2003:25. Asiaa koskeva lainmuutosesitys on tarkoitus antaa vuoden 2005 aikana. Ks. myös OM:n työryhmämietintö 2004:13, jossa ehdotetaan yleistä lakia edunvalvontavaltuutuksesta.

³⁹ Ks. Vainio 2003 ja Ryyänen ym. 2004, s. 86. Ks. myös Pahlman 2003, s. 364–365 ja Kokkonen ym. 2004, s. 130–135. Vainion (2003) mukaan olisi elämää pitkittävästä hoidosta luopumista toivottomassa tilanteessa lakattava kutsumasta (passiiviseksi) eutanasiaksi; vastaavasti Kokkonen ym. 2004, s. 132.

⁴⁰ Vainio 2003.

⁴¹ Ryyänen ym. 2004, s. 86.

potilaan oli oltava tietoinen tilastaan ja kahden lääkärin oli vahvistettava päätös.⁴²

Toisaalta hoitoalan ammattilaisten suhtautuminen aktiiviseen eutanasiaan on varsin kielteinen eivätkä heidän asenteensa eroa kovin paljon sen suhteen, onko kysymys aktiivisesta eutanasiasta vai avustetusta itsemurhasta. Vuonna 1998 toteutettiin satunnaisotantaan perustuva kysely, johon vastasi 506 lääkäriä (otos Suomen Lääkäriliiton jäsenistä), 582 hoitajaa (otos Suomen Sairaanhoidajaliiton jäsenistä) ja 587 väestöön kuuluvaa (otos 18–65-vuotiaista suomalaisista). Kyselyn tapauksessa, jossa potilas (ikä vaihdellen 10:stä 80 vuoteen) sairastaa kivuliasta ja parantumatonta syöpää, jonka arvellaan johtavan lyhyessä ajassa kuolemaan, lääkäreistä 8 % hyväksyi aktiivisen eutanasian ja 20 % avustetun itsemurhan, hoitajien keskuudessa vastaavat prosenttiluvut olivat 22 ja 34 sekä väestön keskuudessa 42 ja 49.⁴³ Suomen lääkärikunnassa on myös sanottuun enemmistökäsitykseen nähden toisinajattelijoita.⁴⁴

Suomen oikeuden kannalta mainituissa tutkimuksissa on kiinnostavaa huomata, että vastaajien moraalikäsitteet eivät juurikaan tehneet eroa itsemurhan edistämisen ja pyynnöstä surmaamisen tyyppisen lääketieteellisen eutanasian kesken, vaikka rikoslain säännöksissä sellainen ero on meillä vanhastaan tehty – kuten edellä (jaksoissa 2–3) on ilmennyt. Tämän rajan vetäminen ei kiperissä tapauksissa ole riidatonta, vaikka lähtökohtaiset kriteerit ovat selkeitä:

Jos surmaamaan eutanasiaa pyytävällä säilyy vapaa valta ("herruus") päättää elämästään ja kuolemastaan vielä pyynnön kohteena olevan henkilön teon jälkeen ja hän on siis surmaamisteon täytäntöönpanija (esimerkiksi nielee itse lääkkeet), kysymys on itsemurhan edistämisestä; surmaamisessa täytäntöönpanotoimen tekee surmaaja.⁴⁵ Vastuu surmaamisrikoksesta voi johtua myös ns. välillisestä tekemisestä, jolloin eutanasian kohdehenkilö on välikappaleen asemassa syyntakeettomuuden, tahallisuuden puuttumisen tai muusta sellaisesta syystä, tai rikosoikeudellista suojeluvastuuta koskevan opin soveltamisesta.⁴⁶

Rangaistavuuden rajan vetämistä vaikeuttaakin se, että hyväksyttävään hoitokäytäntöön nojattava rajoitus- tai oikeutusperuste voi sallia myös tietyt aktiiviset, potilaan tahdon mukaiset

⁴² Taloustutkimus Oy:ltä saatuja tietoja.

⁴³ Ks. Ryynänen ym. 2003.

⁴⁴ Ks. erit. Palo 1994 ja Kosonen 2003. Huom. myös saattohoitoa antavan Terhokodin johtaja Hänninen (2003): saattohoito ja eutanasia eivät ole toistensa vaihtoehtoja eivätkä eutanasia ja elämän kunnioittaminen välttämättä ristiriidassa keskenään. Suomalaisfilosofien eutanasialle myönteisistä puheenvuoroista ks. erit. Häyry – Häyry 1987, II osa.

⁴⁵ Ks. esim. Honkasalo 1970, s. 28, Lahti 1972, s. 70–71 ja Pahlman 2003, s. 360–361.

⁴⁶ Ks. LaVM 11/1969 vp, s. 4, Lahti 1972, s. 71 ja Nuotio 2003, s. 422. Etenkin suojeluvastuusta ks. esim. Nuutila 1997, s. 178–186.

hänen kuolemaansa jouduttavat toimenpiteet: voimakkaiden kipujen lievittämisen, jonka sivuvaikutuksena kuolema nopeutuu; ja aloitetun hoitoprosessin keskeyttämisen aktiivisella toimella (kuten hengityskoneesta irrottamisella) potilaan evätessä sellaiselta hoidolta suostumuksensa, mikä aiheuttaa tämän kuoleman. Näistä edellisessä tapauksissa rangaistavuuden alan supistaminen lienee osuvimmin perustettavissa surmaamisen tunnusmerkistön mukaisuuden poissulkeutumiseen, ilman että on tarvis toissijaisesti pohtia oikeuttamisperustetta. Jälkimmäisessä tapauksessa on olennaista rinnastaa hoitoprosessin keskeyttäminen sen laiminlyönnin luonteiseen aloittamatta jättämiseen eli edellä mainittuun potilaan oikeutettuun kieltäytymiseen tietystä hoitotoimenpiteestä.⁴⁷

Lisäksi rajanvetoa hämärtää epäselvyys, voiko rikoslain nojalla rankaisematon itsemurhan edistäminen tulla arvostelluksi lääkärin ammatinharjoittamiseen liittyvien velvollisuuksien rikkomisena vai onko sanktioimattomuus perusteltavissa hyväksyttävän ammattikäytännön mukaisena kärsimysten lievittämisenä. Suomen Lääkäriliiton hyväksymän Lääkärin etiikka - ohjeiston mukaan lääkärin osallistumista itsemurhan avustamiseen säätelee tämän velvollisuus suojella potilastaan.⁴⁸ Alankomaiden vuoden 2001 laki sääntelee yhtäläisesti pyynnöstä surmaamista ja avustettua itsemurhaa, kun taas Belgian vastaavan eutanasia lain vaikeneminen avustetusta itsemurhasta on synnyttänyt oikeudellista epäselvyyttä.⁴⁹

Kuvatunlainen soveltamisongelmia sisältävä oikeustila on saanut Pahlmanin argumentoimaan väitöskirjassaan ensinnäkin sen puolesta, ettei lääkärin suorittama, itsemurhan edistämisen tyyppinen kuolinapu olisi katsottavissa lääkärille sopimattomaksi menettelyksi. Lääkintäoikeudellisessa punninnassa tulisi pääpaino panna potilaan kärsimysten lievittämislle ja itsemääräämisoikeudelle. Tälle kannalle on vahvoja perusteita. Sitä vastoin, pyynnöstä surmaamisen tyyppisen eutanasian arviointi on voimassa olevan näkökulmasta paljon ongelmallisempaa. Pahlman katsoo olevan lääkintäoikeudellisen punnintamallin nojalla perusteltavissa, että myös sellainen eutanasia voisi tarkasti määritellyissä tilanteissa kehittyä hyväksyttäväksi lääkintäkäytännöksi ja muodostaa surmaamisrikosvastuuta rajoittavan perusteen.⁵⁰

⁴⁷ Vrt. saksalaiseen rikosoikeuskeskusteluun, jossa olennaisesti samoihin tuloksiin on tultu osaksi eri argumentein, *Roxin* 2000, s. 90-91 ja 95 viittauksineen. (Saksassakaan itsemurhan edistämistä ei ole kriminalisoitu.)

⁴⁸ Ks. Lääkärin etiikka 2005, jakso Eutanasia. Ks. myös *Ryynänen - Myllykangas* 2003. Vrt. toisaalta *Kokkonen ym.* 2004, s. 131, jossa - aktiivisen eutanasian jaksossa - vain todetaan itsemurhan edistämisen rankaisemattomuus. Kirjoittajista Paula Kokkonen oli Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (TEO) pitkäaikainen johtaja vuoteen 2004 ja Tarja Holli on TEO:n apulaisjohtaja.

⁴⁹ Ks. *Nys* 2003, s. 241-242.

⁵⁰ Ks. *Pahlman* 2003, luvut 8 ja 9, erit. s. 341 ja 360-365 ja Pahlmanin kritiikkinä *Nuotio* 2003, s. 421-424.

Pahlmanin argumentointi ei ole polveilevuudessaan yksiselitteistä ja vaatisi vakuuttavuuden parantamiseksi lisäperusteluja. Kysymykseen tulevia rikosoikeudellisen vastuun rajoitusperusteita ja -tapoja tulisi Pahlmanin idean toteutuskelpoisuutta harkittaessa selvittää seikka-peräisesti. Rikostapauksen poikkeuksellisuusasteikolla ovat tunnusmerkistön mukaisuuden, oikeudenvastaisuuden, tekijän syyllisyyden ja seuraamusharkinnan tasot.⁵¹ Tavoitellaanko surmaamisrikosten tunnusmerkistöjen tulkinnan supistamista lääkintäoikeudellisten periaatteiden tietynlaisen punninnan tuloksena, jolloin on tarkkaan arvioitava kysymykseen tulevia periaatteita ja niiden oikeudellista painoarvoa kollisiotilanteiden ratkaisemiseksi? Sovellettaanko sittenkin väljästi rikosoikeudellisen pakkotilan ja siihen läheisessä yhteydessä olevaa velvollisuuksien kollision oppia? Entä mikä on ylipääsemättömän velvollisuuksien ristiriidan merkitys rikosoikeudellisena anteeksiantoperusteena, kun pakottavia olosuhteita koskeva säädännäinen vastuuvapausperuste jätettiin rikoslakiin ottamatta. Rangaistusta lieventää ja voi viime kädessä perustaa tuomitsematta jättämisen, jos teko on tehty olosuhteissa, jotka läheisesti muistuttavat vastuuvapausperusteen soveltamiseen johtavia olosuhteista (ks. RL 6 luvun 8 §:n 1 momentin 4 kohta ja 12 §).

Ensimmäistä kysymyksenasettelua tarkastelen EIT:n Pretty-tapauksen valossa (jaksossa 5). Kaksi seuraavaa kysymystä on jätettävä sellaisen maininnan varaan, että vertailumielessä kiinnostavaa rikosoikeusteoreettista argumentointia on löydettävissä Alankomaiden korkeimman oikeuden käytännöstä ennen vuoden 2001 lain antamista samoin kuin lainsäädännöllisessä suhteessa Suomelle läheisen Saksan oikeustieteellisestä keskustelusta. Ennen erityislain antamista Alankomaissa kehitettiin rikosoikeudellisen pakkotila- ja velvollisuuksien kollisio-opin pohjalta perusteet sille, missä tapauksissa lääkäriavusteinen itsemurha ja aktiivinen eutanasia ovat jätettävissä rankaisematta.⁵² Vastaavasti saksalaisessa keskustelussa on esitetty mielipiteitä, joissa aktiivisesta eutanasiasta rankaisematta jättäminen olisi perustettavissa pyynnöstä surmaamista koskevan rangaistussäännöksen supistavaan tulkintaan (potilaan itsemääräämisoikeuden painoarvoon nojautuen) tai pakkotilasäännöksen soveltamiseen (painottamalla intressiristiriidan ratkaisussa potilaan itsemääräämisoikeutta ja kärsimysten lievittämistä).⁵³

⁵¹ Ks. esim. *Lahti* 1974, s. 334–336 ja *Hahto* 2004, s. 155–175.

⁵² Ks. tarkemmin esim. *Tak* 2002, luku 3. Vrt. yleisesti Suomen pakkotila- ja velvollisuuksien kollisio-oppiin rikoslakiuudistuksen jälkeen, *Backman* 2004.

⁵³ Ks. tästä keskustelusta kokoavasti *Roxin* 2000, s. 106–110 viittauksineen. Roxin ei itse hyväksy mainittuja käsityksiä, koska niiden omaksumisella olennaisesti muutettaisiin lääkärin ammattikuvaa eikä itsemurhan edistämisen rankaisemattomuuden vuoksi ole riittävä tarvetta oikeustilan muutokseen. Hän

5. EIT:n tapaus *Pretty v. Yhdistynyt kuningaskunta* 29.4.2002

Lääkintä- ja bio-oikeuden periaatteiden punninnassa ovat erityisen huomion arvoisia ihmis- ja perusoikeusnormit sekä niiden – varsinkin Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimuksen (EIS) ja biolääketiedesopimuksen – soveltamiskäytäntö. Niihin on myös syytä tukeutua eutanasian sallittavuutta ja rajoja arvioitaessa. Tuota soveltamiskäytäntöä on vielä niukahkosti.⁵⁴ Huomattakoon varsinkin EIT:n *Pretty*-tapaus 29.4.2002, joka koskee EIS:n soveltamista itsemurhan edistämiseen ja armosurmaan.⁵⁵

Tapauksen tosiseikat: Iältään 43-vuotias valittaja on naimisissa ja hänellä on tytär. Hänellä on motorisen hermoston sairaus, johon liittyy kehon tahdonalaisiin lihaksiin vaikuttavaa etenevää lihasheikkoutta. Sairauden edetessä kädet ja jalat sekä hengitystä sääntelevät lihakset tulevat hyvin heikoiksi. Kuolema seuraa yleensä hengityslihasten heikentymisestä, mikä johtaa keuhkojen vajaatoimintaan ja keuhkokuumeeseen. Mikään hoito ei voi estää sairauden etenemistä. Valittajan sairaus todettiin vuonna 1999, minkä jälkeen hänen tilansa huonontui nopeasti. Tällä hetkellä hän on pääosin halvaantunut kaulasta alaspäin eikä hän kykene puhumaan ymmärrettävästi ja häntä ruokitaan letkulla. Hänen odotettavissa oleva elinikänsä mitataan viikkoina tai kuukausina. Kuitenkin hänen älynsä ja kykynsä tehdä päätöksiä ovat säilyneet ennallaan. Sairauden loppuvaiheet ovat erittäin ahdistavia ja arvoa alentavia. Hän pelkää sairautensa kulkuun liittyvää kärsimystä ja epäarvokkuutta ja on ahdistunut niiden vuoksi, hänellä on hyvin voimakas tahto päättää itse kuolemansa tavasta ja ajasta. Hän ei kuitenkaan kykene tekemään itsemurhaa ilman apua.

Valittaja pyysi asianajajansa välityksin ylemmältä syyttäväviranomaiselta sitoumusta sille, että hänen aviomiestään vastaan ei nostettaisi syytteitä, jos tämä auttaisi häntä hänen tahtonsa mukaisesti tekemään itsemurhan. Pyyntöön ei kuitenkaan suostuttu. Valittaja vaati tuomioistuimelle tekemällään hakemuksella päätöksen kumoamista ja sen vahvistamista, että asiassa ei meneteltäisi lainvastaisesti, jos pyydetty sitoumus annettaisiin. Tuomari hylkäsi hakemuksen ja valittajan valitettua hylkäämisestä ylähuone pysytti alemman oikeuden päätöksen.

Valittaja kuoli 10.5.2002.

Tapauksessa oli esillä EIS:n artiklojen 2 (elämän suoja), 3 (epäinhimillisen ja halventavan kohtelun kielto), 8 (yksityiselämän suoja), 9 (ajatuksen vapaus) ja 14 (syrjinnän kielto) mahdollinen rikkominen. Tapaus ei suoranaisesti koske lääketieteellisen eutanasian sallittavuutta, eikä kysymyksessä ollut jo tapahtuneen itsemurhan edistämisen tai armomurhan arviointi. Muutoinkin päätöksen tulkintaan sisältyy epävarmuustekijöitä. Näistä varauksista

puoltaa kuitenkin eutanasiaa koskevan erityisen tuomitsemattajättämissäännöksen antamista.

⁵⁴ Ks. *Lötjönen* 2004b, luku 3 ja etenkin ihmisarvon näkökulmasta *Nieminen* 2005, kumpikin viittauksineen.

⁵⁵ Tapausta ovat kommentoineet mm. *Leenen* 2002, *Husabø* 2003, *Lötjönen* 2004b,

huolimatta EIT:n ratkaisussa on merkittäviä eutanasiakysymystä koskettavia perusteluja.

EIT:n selkeitä kannanottoja on ensinnäkin, ettei EIS 2 artiklasta voitu johtaa oikeutta kuolla kolmannen henkilön eikä julkisen viranomaisen avustamana. Tätä käsitystä tuki EIT:n mielestä myös Euroopan neuvoston parlamentaarisen yleiskokouksen suositus 1418 (1999). EIT:n tutkittavana ei ollut, rikkoivatko itsemurhan avustamisen sallivat maat EIS:ta, ellei sen katsottaisi tunnustavan oikeutta kuolemaan. EIT viittasi tapaukseen Keenan v. Yhdistynyt kuningaskunta 3.4.2001, jossa todetun mukaan EIS 2 artiklasta tosin johtui velvollisuuksia suojella vankia myös tämän itsensä vahingoittamiselta, mutta samalla sellaisiin suojaamistoimiin kohdistui EIS:n muiden säännösten asettamia rajoituksia ja henkilökohtaista autonomiaa koskevia periaatteita.⁵⁶

Toinen merkittävä perustelujen osa koskee EIS 8 artiklan tulkintaa. EIT:n mukaan tietystä lääketieteellisestä toimenpiteestä kieltäytyminen saattoi johtaa kuolemaan ja siitä huolimatta hoitoon määräämisellä ilman oikeustoimikelpoisen potilaan suostumusta puututtaisiin hänen EIS 8 artiklan 1 kohdassa suojattuun fyysiseen koskemattomuuteensa. Edelleen ihmisarvon ja -vapauden suoja sisältyi EIS:n perusolemukseen. Kiistämättä EIS:n suojaamaa elämän pyhyttä EIT katsoi elämän laadun saavan merkitystä EIS 8 artiklan nojalla. "Lääketieteen kehittyessä ja eliniän kasvaessa monet ihmiset tunsivat huolta siitä, ettei heitä tulisi pakottaa jatkamaan elämäänsä vanhoina ja heikkoina vastoin itsestä ja henkilökohtaisesta identiteetistä omaksuttuja vakaita käsityksiä. Käsillä olevassa tapauksessa laki esti valittajaa tekemästä valintaa, jolla hän voisi välttää epäarvokkaana ja ahdistavana pitämänsä kuolintavan." Lopputuloksena perusteluketjusta oli, ettei tapauksessa voitu sulkea pois yksityiselämän suojaan puuttumista EIS 8 artiklan 1 kohdan mielessä.⁵⁷ EIT kuitenkin katsoi, että EIS 8 artiklan 2 kohdassa tarkoitetut perusteet olivat olemassa avunantoa itsemurhaan koskevalle kriminalisoinnille (eikä EIS 8 artiklaa ollut rikottu), koska tuolla lailla oli pyritty suojelemaan heikkoja ja avuttomia henkilöitä ja varsinkin niitä, jotka eivät kyenneet vastustamaan painostusta elämänsä loppuvaiheessa.⁵⁸

Kokoavasti Pretty-tapauksesta voidaan todeta, että siinä on annettu vahva sija oikeudelle arvokkaaseen kuolemaan EIS 8 artiklan 1 kohdan perusteella, joskin EIT:n sananvalinnat ovat

s. 102-106 ja lyhyesti *Pahlman* 2003, s. 344 av. 1216.

⁵⁶ Ks. *Pretty*-tapauksen perustelujen kappaleet 37-41.

⁵⁷ EIT viittasi sanotun perustelun tueksi myös Kanadan korkeimman oikeuden samansuuntaiseen ratkaisuun *Rodriguez v. the Attorney General of Canada* (1994), kappale 66 (tarkemmin kappaleissa 19-23).

⁵⁸ Perustelujen kappaleet 61-78, erit. 65 ja 74. Käännöksen suora lainaus on *Finlex-tietojärjestelmään* (www.finlex.fi) sisältyvästä tapausselesteesta.

tulkinnanvaraisia. Samalla EIS on tunnustanut valtioilla olevan harkintamarginaalia, miten – etenkin millaisin rikosoikeudellisin sääntelyin – ne suojaavat heikkojen, avuttomien ja painostuhan alaisten elämää näiden henkeä turvallisuutta vaarantavilta toimilta. Vaikeinta on tapauksen pohjalta arvioida, ovatko valtiot EIS 2 artiklan turvaamiseksi *velvollisia* poikkeuksetta rikosoikeudellisesti sanktioimaan myös armosurman ja lääketieteellisen eutanasian tyyppiset surmaamisen muodot ja – jos eivät ole – millaisia oikeusturvajärjestelyjä on luotava väärinkäytösten torjumiseksi. Tärkeä tätä koskeva perustelujen virke kappaleessa 41 kuuluu tulkinnanvaraisuudessaan näin: "missä määrin valtio salli vapaudessa olevien yksilöiden vahingoittamisen itsensä tai toisen toimesta taikka yritti säännellä tuota kysymystä, saattoi tuoda esiin henkilökohtaista vapautta ja yleistä etua koskevia ristiriitaisia seikkoja, joista voitiin lausua vasta kunkin tapauksen konkreettisen asianhaarojen tutkinnan jälkeen".

Tämän EIT:n ratkaisun perusteella jää siis tulkinnanvaraiseksi, miten EIS:ssa turvattu yksilön ihmisarvon ja vapauden sekä itsemääräämisen periaatteita sekä niistä johdettavaa oikeutta arvokkaaseen kuolemaan punnitaan konkreettisissa tilanteissa suhteessa valtiovallan turvaamaan ihmiselämän suojaan ("elämän pyhyteen"), kun kysymyksessä ovat armosurman tai aktiivisen eutanasian tyyppiset surmaamisen muodot.⁵⁹ Mielestäni ratkaisusta ei ole johdettavissa valtioille velvollisuutta säätää itsemurhan edistäminen rangaistavaksi eikä myöskään poikkeuksetonta velvoitetta sanktioida surmaamiskiellon rikkomisen.⁶⁰ Euroopan neuvoston parlamentaarisen yleiskokouksen suositus 1418 (1999) menee nähdäkseni tässä suhteessa pitemmälle, koska suosituksen 9.c.iii-kohta edellyttää sen tunnustamista, ettei kuolemansairaana potilaan toive kuolla saa sellaisenaan perustaa tälle juridista oikeutusta kuoleman jouduttamista tarkoittavien toimenpiteiden suorittamiselle.⁶¹

YK:n ihmisoikeuskomitea on arvioinut YK:n vuoden 1966 kansalais- ja poliittisia oikeuksia koskevan ihmisoikeussopimuksen (KP-sopimuksen) mukaista Alankomaiden määräaikaissraporttia käsitellessään vuoden 2001 eutanasia lakia seuraavin kriittisin kommentein: uudella lailla ei luotu riittäviä ennalta vaikuttavia kontrollikeinoja väärinkäytösten, kuten epäasianmukaisen painostuksen, torjumiseksi maan tilanteessa, jossa jälkikäteisen tarkastuksen tietoon

⁵⁹ Varovaisuuteen tapauksesta tehtävissä johtopäätöksissä suosittavat *Leenen* 2002, s. 261 ja *Husabø* 2003, s. 46.

⁶⁰ Vrt. *Lötjönen* 2004b, s. 105, joka katsoo *Pretty*-tapauksessa asetetun absoluuttiseksi rajaksi, ettei henkilö voi suostua kuolemaansa.

⁶¹ Englanninkielisenä: "recognising that a terminally ill or dying person's wish to die cannot itself constitute a legal justification to carry out actions intended to bring about death".

tulleita eutanasiatapauksia oli yli 2 000 vuodessa.⁶² Tämäkin YK:n ihmisoikeuskomitean kanta on mielestäni tulkittavissa niin, ettei oikeutta elämään koskevasta koskevista KP-sopimuksen ihmisoikeusartikloista johdettu ehdotonta eutanasiakieltoa, joskin niistä katsottiin seuraavan sopimusta valvovalle toimielimelle mitä tiukimman tutkintavelvollisuuden, onko hengensuoja asianomaisessa valtiossa turvattu.

6. Johtopäätöksiä

Viimeisenä vuosikymmenenä voimistunutta eutanasiakeskustelusta on syytä maassamme entisestään laajentaa eri ammatti- ja kansalaispiireissä tapahtuvaksi sekä syventää keskustelun perustaa monipuolisella filosofisella, eettisellä, lääketieteellisellä, oikeudellisella ja yhteiskunnallisella tiedolla. Keskustelussa ei tule rajoittua vain passiivisen eutanasian käsitteellä kuvattuun lääketieteelliseen kuolinapuun (kuten palliatiivisen tai saattohoidon kehittämiseen), vaikka se on varmaankin jatkuvasti tärkein osa-alue turvattaessa kuolemansairaiden oikeus arvokkaaseen kuolemaan.

Pretty-tapauksen ja eräiden muiden EIT:n ratkaisujen perustelut, Alankomaiden ja Belgian eutanasiailait ja niistä saatavat kokemukset, suomalaisväestön jokseenkin salliva suhtautuminen myös aktiiviseen eutanasiaan sekä eettis-oikeudellisten rajanvetojen vaikeudet nykyistä lainsäädäntöä sovellettaessa puoltavat koko lääketieteellistä eutanasiaa koskevan problematiikan perusteellista oikeuspoliittista selvittämistä maassamme. Hyvää pohja-aineistoa tällaisesta selvittämistä varten on jo olemassa niin hyvin kotimaassa kuin eurooppalaisessa ja kansainvälisessä keskustelussa.⁶³

Ei ole oletettavaa, että ilman lainsäätöä, Alankomaiden ja Belgian mallin mukaista sääntelyä lääkintäkäytäntö lähitulevaisuudessa kehittyisi maassamme myös pyynnöstä surmaamisen tyyppisen eutanasian hyväksyväksi. Se ei olisi Pretty-tapauksen perustelujen valossa elämän suoja koskevan ihmisoikeuseriaatteen mukaistakaan, koska valtioiden on erityisesti huolehdittava heikkojen, avuttomien ja painostusuhan alaisten turvallisuudesta. Tämä edellyttää lainsäädäntöä, jossa aineellisin ja menettelytapasäännöksin luodaan riittävät oikeuskeinot väärinkäytösten torjumiseksi.

⁶² Concluding Observations of the Human Rights Committee, The Netherlands, U.N.Doc. CCPR/CO/72/NET (2001).

⁶³ Viittaa yleisesti tämän kirjoituksen lähdeaineistoon ja lisäksi Tanskan valtakunnallisen eettisen neuvoston keskusteluaineistoon aiheesta (ks. *Vestergaard* 1995 ja *Dødshjælp* 1996).

Toinen asia on, että erityislainsäädännön tie ei moraalisesti voimakkaasti ladatuilla alueilla ole helppo ratkaisu. Jopa passiivista eutanasiaa koskevan selventävän lainsäädännön aikaansaaminen on – edellä ilmenneen mukaisesti – osoittautunut vaikeaksi hankkeeksi. Yhteiskunnallisten arvostuserojen vahvasti leimaamalla lääkintäoikeuden ja -etiikan raja-alueilla onkin syytä ennakkoluulottomasti selvittää erilaisia sääntelyvaihtoehtoja.⁶⁴ Rikosoikeudellinen vastuu- ja seuraamusjärjestelmä tarjoaa malliksi huomattavan vaihtoehtojen kirjon: rikoksen tunnusmerkistönmukaisuuden mukaisuutta tulkitaan supistavasti; tunnusmerkistön täyttävä teko on oikeutamisperusteen käsillä ollessa yhteiskunnallisesti hyväksyttävä; tekijän syyllisyyden poistavan perusteen käsillä ollessa teko on anteeksiannettava ja siten ymmärrettävä; rikosseuraamusten harkinnassa teko katsotaan poikkeuksellisen lieväksi ja siten tekotyypin vakavuuteen nähden joko lievästi rangaistavaksi tai kokonaan rankaisematta (tai jopa syyttämättä) jätettäväksi – toisin sanoen yhteiskunnallisesti siedettäväksi.

Tällaista asteikollisuusajattelua on hyödyllistä soveltaa yhteiskunnalliselta hyväksyttävyydeltään kiistanalaisiin lääketieteellisiin toimenpiteisiin, kuten aktiivisen eutanasian sääntelyyn. Vaihtoehtojen ei siis tulisi olla jyrkän kaksijakoisia: joko toimenpiteet yhteiskunnallisesti hyväksytään ja annetaan ilman rajoituksia oikeus niitä turvaaviin julkisiin terveydenhuoltopalveluihin taikka toimenpiteet ovat kiellettyjä ja ehkä ankarastikin rangaistuja. Tulee olla tarjolla myös yhteiskunnallista *sietämistä* ilmentävä sääntelymalli, ja sellainen lienee lähitulevaisuudessa realistisimmin sovellettavissa aktiiviseen eutanasiaan. Tähän nähden ei ole syytä sulkea pois tuomitsematta jättämisen sovellettavuutta sellaiseen tekemuotoon (ks. lähinnä RL 6 luvun 12 §:n 3 kohta).⁶⁵

Lähteet:⁶⁶

Anttila, Inkeri, 1945. Onko "kuolinavun" antaminen oikeudenmukaista? *Lakimies* 1945, s. 244–248.

Backman, Eero, 2004. Pakkotila ja velvollisuuksien kollisio rikosoikeudessa. *Lakimies* 3/2004, s. 395–403.

⁶⁴ Olen kiinnittänyt samaan seikkaan aiemmin huomiota poikien ympärileikkauksen sallittavuutta arvioidessani; ks. *Lahti* 2003b, s. 17.

⁶⁵ Vastaavasti *Pahlman* 2003, s. 340. Vrt. *Hahto* 2004, s. 266. Laissa sääntelemättömän anteeksiantoperusteen (kohtuuttomuusopin) sovellettavuudesta aktiiviseen eutanasiaan ja armosurmaan ks. *Laukkanen* 1989, erit. s. 253–255.

⁶⁶ Lähdeluetteloon ei ole sisällytetty valtiopäiväasiakirjoja eikä eräitä virallisiasiakirjoja (jotka on yksilöity viittauksissa).

Blomquist, Clarence, 1967. Eutanasia – lääketieteellinen kuolinapu. Helsinki: Tammi.
[Ruotsink. alkuteos ilmestyi 1964.]

Council of Europe, 2003. Steering Committee on Bioethics (CDBI). Replies to the questionnaire for member states relating to euthanasia. CDBI/INF (2003) 8. Strasbourg.

Dødshjælp? 1996, Sammenfatning af en redegørelse til brug i den offentlige debat. Det Ethiske Råd. København.

ETENE 2002. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). ETENE-julkaisuja 4. Helsinki.

ETENE 2003. Saattohoito - Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. [Muistio päivätty 17.9.2003.]

Hahto, Vilja, 2004. Uhrin myötävaikutus ja rikoksentekijän vastuu. Väitöskirja. Helsinki: Edita.

Honkasalo, Brynolf, 1970. Suomen rikosoikeus. Erityinen osa I.1. Henkilöön kohdistuvat rikokset. Helsinki.

Husabø, Erling Johannes, 2003. Legalisering av aktiv dødshjelp i lys av menneskerettane (med særlig fokus på Pretty-saka). Omsorg. Nordisk tidsskrift for palliativ medisin 3/2003, s. 41–47.

Hänninen, Juha, 2003. Armoa, keskustelussa surmataaan arvot. Suomen Lääkärilehti 51–52/2003, s. 5222–5223.

Häyry, Matti – Häyry, Heta, 1987. Rakasta kärsi ja unhoita. Moraalifilosofisia pohdintoja ihmiselämän alusta ja lopusta. Helsinki: Kirjayhtymä.

Kaila, Kustavi, 1913. Yllytys ja avunanto itsemurhaan. Lakimies 1913, s. 294–315.

Kokkonen, Paula – Holi, Tarja – Vasantola, Satu, 2004. Hoitotahto. Helsinki: Talentum.

Kosonen, Tapani, 2003. Arvokeskustelu armokuolemasta. Suomen Lääkärilehti 48/2003, s. 4968–4970.

Lahti, Raimo, 1972. Potilaalta hoitotoimenpiteeseen hankittavan suostumuksen oikeudellista arviointia. Teoksessa Rikosoikeudellisia kirjoitelmia III Niilo Kullervo Salovaaralle 13.10.1972 omistettu. Suomalaisen Lakimiesyhdistyksen (SLY) julkaisuja A-sarja N:o 99. Vammala, s. 64–92.

Lahti, Raimo, 1974. Toimenpiteistä luopumisesta rikosten seuraamusjärjestelmässä. Väitöskirja. SLY:n julkaisuja A-sarja N:o 106. Vammala.

Lahti, Raimo, 1986a. Lääkintätoimi ja rikosoikeus. Teoksessa Rikosoikeudellisia kirjoitelmia V Sylvi Inkeri Anttilalle 29.11.1986 omistettu. SLY:n julkaisuja A-sarja N:o 168. Vammala, s. 125–138.

Lahti, Raimo, 1986b. Terminaalipotilas ja lainsäädäntö. Käytännön Lääkäri 29:26–29, 1986.

Lahti, Raimo, 1996. Eutanasiasta – oikeudellinen näkökulma. Monisteessa Ulrica Gabrielsson (toim.): Eutanasia – elämän loppuvaiheen etiikka. TUTKAS, Julkaisuja 5/1996, s. 1–7.

Lahti, Raimo, 2002a. Kuolevan hoitoon liittyviä oikeudellisia näkökohtia. Teoksessa ETENE 2002 (ks. edellä), s. 27–32.

Lahti, Raimo, 2002b. Terveystieteellisen etiikan ja oikeuden rajankäyntiä. Teoksessa Eettisyyttä terveydenhuoltoon. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 1998–2002. ETENE-julkaisuja 5. Helsinki, s. 18–21.

Lahti, Raimo, 2003a. Lääkintäoikeuden kehitys Suomessa. *Lakimies* 6/2003, s. 1008–1015.

Lahti, Raimo, 2003b. Poikien ympärileikkaus kyseenalaista. *Lakimiesuutiset* 5/2003, s. 15–17.

Laukkanen, Vesa, 1989. Kohtuuttomuus "Unzumutbarkeit" – syyllisyyden poistava anteeksiantoperuste? Teoksessa Raimo Lahti (toim.): Rikosoikeudellisia kirjoitelmia VI rikosoikeuden juhlavuonna 1989. SLY:n julkaisuja A-sarja N:o 185. Helsinki, s. 247–258.

Leenen, H. J. J., 2002. Assistance to Suicide and the European Court of Human Rights: the Pretty Case. *European Journal of Health Law* 9:257–262, 2002.

Lääkärin etiikka, 2005. Suomen Lääkäriliitto. (Verkkoversio: www.laakariliitto.fi/julkaisut/)

Lötjönen, Salla, 2004a. Loukatun suostumuksesta potilaan itsemääräämisoikeuteen. *Lakimies* 7–8/2004, s. 1398–1420.

Lötjönen, Salla, 2004b. Lääketieteellinen tutkimus ihmisillä. Väitöskirja. [Artikkeliväitöskirjan yhteenveto.] Helsinki: Forum Iuris.

Matikkala, Jussi, 2000. Henkeen ja terveyteen kohdistuvat rikokset. Helsinki: Kauppakaari.

Nieminen, Liisa, 2005. Ihmisarvon loukkaamattomuus perus- ja ihmisoikeussuojan lähtökohtana. *Lakimies* 1/2005, s. 49–78.

Nuotio, Kimmo, 2003. Mitä lääkitäoikeus on ja miten sitä tutkitaan? Irma Pahlman potilaan itsemääräämisoikeudesta. *Oikeus* 2003 (32); 4:412–425.

Nuutila, Ari-Matti, 1997. Rikoslain yleinen osa. Helsinki: Kauppakaari.

Nys, Herman, 2003. A Presentation of the Belgian Act on Euthanasia Against the Background of Dutch Euthanasia Law. *European Journal of Health Law* 10:239–255, 2003.

Oikeusministeriön (OM) työryhmämietintö, 2004:13. Edunvalvontavaltuutus. Holhouslainsäädännön tarkistamistyöryhmän mietintö.

Otlowski, Margaret F. A., 1997. Voluntary Euthanasia and the Common Law. Oxford: Clarendon Press.

Pahlman, Irma, 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Väitöskirja. Helsinki: Edita.

Palo, Jorma, 1994. Eutanasia – elämän halveksimista vai kunnioittamista? *Duodecim* 110:465–

467, 1994.

Rikoslakiprojektin ehdotus, 1989. Rikoslain kokonaisuudistus II. Oikeusministeriön lainvalmisteluosaston julkaisu 1/1989. Helsinki.

Rikoslakiprojektin ehdotus, 2000. Rikosoikeuden yleisiä oppeja koskevat säännökset. Oikeusministeriön lainvalmisteluosaston julkaisu 5/2000. Helsinki.

Roxin, Claus, 2000. Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterhilfe. Teoksessa Claus Roxin – Ulrich Schroth (Hrsg.): Medizinstrafrecht. Im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Strafrecht. Stuttgart [et al.]: Richard Boorberg Verlag, s. 87–112.

Ryynänen, Olli-Pekka – Myllykangas, Markku – Viren, Markku – Heino, Harri, 2003. Lääkäreiden, hoitajien ja väestön asenteet eutanasiaan Suomessa. Suomen Lääkärilehti 43/2003, s. 4331–4337. (Ryynänen ym.)

Ryynänen, Olli-Pekka – Myllykangas, Markku, 2003. Olisi korkea aika selkeyttää pelisäännöt lainsäädännöllä. Suomen Lääkärilehti 47/2003, s. 4855.

Ryynänen, Olli-Pekka – Kinnunen, Juha – Myllykangas, Markku – Lammintakanen, Johanna – Kuusi, Osmo, 2004. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Esiselvitys. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunta, Teknologian arviointeja 20.

Serlachius, Allan, 1922. Ehdotus uudeksi rikoslaiksi. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) työryhmämuistio, 2003:25. Potilaslain 6 §:n uudistamistarpeita selvittäneen projektityöryhmän muistio.

Tak, Peter J. P., 2002. Essays on Dutch Criminal Policy. Nijmegen: Wolf Legal Publishers.

Taupitz, Jochen (Hrsg.), 2000: Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens – Eine internationale Dokumentation. Regulations of Civil Law to Safeguard the Autonomy of Patients at the End of Their Life – An International Documentation. Berlin [et al.]: Springer.

Uotila, Unto, 1975. Lääketieteellisestä kuolinavusta. Lakimies 1975, s. 514–523.

Vainio, Anneli, 2003. Potilaalla on oikeus kuolla, vai onko? Suomen Lääkärilehti 43/2003, s. 4329.

Vestergaard, Jørn (red.), 1995. Aktiv dødshjælp – er der behov for nye regler? Konferencerapport 1995. Det Etske Råd.