

TARTU ÜLIKOOL  
ÕIGUSTEADUSKOND  
KRIMINAALÕIGUSE ÕPPETOOL

Kristiina Kruusel

**AKTIIVSE VABATAHTLIKU EUTANAASIA  
LEGALISEERIMISE VÕIMALIKKUS EESTI VABARIIGIS**

Magistritöö

Juhendaja: dr. iur. Ants Nõmper

Tartu 2010

# SISUKORD

SISSEJUHATUS .....	4
1. EUTANAASIA MÕISTE JA OLEMUS.....	8
1.1. Eutanaasia mõiste .....	8
1.2. Eutanaasia ajalugu .....	10
1.3. Eetiline ja religioosne tagapõhi .....	13
1.4. Eutanaasia eetilised ja moraalsed aspektid.....	15
2. EUTANAASIA LIIGID .....	19
2.1. Vabatahtlik ja tahtevastane eutanaasia .....	19
2.2. Passiivne eutanaasia .....	20
2.2.1. Soovitud passiivne eutanaasia .....	22
2.2.2. Soovimatu passiivne eutanaasia .....	23
2.2.3. Kaudne eutanaasia .....	24
2.3. Aktiivne eutanaasia.....	25
2.4. Tapmine patsiendi palvel.....	27
2.5. Varajane eutanaasia .....	28
3. EUTANAASIA POOLT JA VASTU ARGUMENDID .....	29
3.1. Argumendid eutanaasia poolt .....	29
3.1.1. Autonoomia argument .....	29
3.1.2. Kaastunde argument .....	32
3.1.3. Majanduslikud kaalutlused .....	34
3.1.4. Arsti huvid ja õigus surra .....	36
3.1.5. Eutanaasia pooltargumentide ülevaade .....	37
3.2. Argumendid eutanaasia vastu .....	38
3.2.1. Õigus elule .....	39
3.2.2. Libeda tee argument .....	41
3.2.3. Patsiendi ärakasutamise ja manipuleerimise oht .....	43
3.2.4. Eutanaasia ja diskriminatsioon .....	45
3.2.5. Eutanaasia vastuargumentide ülevaade .....	46

4.	EUTANAASIA REGULATSIOON EUROOPAS .....	47
4.1.	Holland .....	47
4.2.	Belgia.....	55
4.3.	Luksemburg.....	58
5.	EUTANAASIA VÕIMALIKUST REGULATSIOONIST EESTIS.....	60
5.1.	Olukord Eestis .....	60
5.2.	Eestlaste suhtumine eutanaasiasse.....	70
5.3.	Muudatuste võimalused.....	78
5.3.1.	Halastustapmine .....	78
5.3.2.	Arsti-assisteeritud enesetapu seadustamine.....	81
5.3.3.	Aktiivse vabatahtliku eutanaasia seadustamine.....	83
	KOKKUVÕTE.....	89
	SUMMARY .....	94
	KASUTATUD ALLIKAD.....	101
	Kasutatud kirjandus .....	101
	Kasutatud normatiivmaterjalid .....	104
	Kasutatud kohtupraktika.....	105

## SISSEJUHATUS

Käesoleva magistritöö teemaks on aktiivse vabatahtliku eutanaasia legaliseerimise võimalikkus Eesti Vabariigis.

Nagu mujal maailmas, on eutanaasiaga seostuvad probleemid aktuaalsed ka Eestis. Eutanaasiaga kaasneb rida keerulisi meditsiinilisi, õiguslikke, eetilisi ja muid probleeme, millele ühest lahendust on väga raske leida. Mingisugusele seisukohale selles küsimuses peab aga varem või hiljem asuma ka Eesti meditsiini- ja õiguspraktika. Aktiivse vabatahtliku eutanaasia seadustamine läbi seadusandliku reformi, on vaieldamatult oluline samm ühiskonnale ja mõistetavalt on tõstatatud küsimusi sellise praktika, mis lubab arstidel oma patsiente tappa, seadusesse ja avalikku poliitikasse hõlmamise mõjude kohta. Nii kaua, kui aktiivne vabatahtlik eutanaasia on illegaalne, seda tõenäoliselt teostatakse salajas, ilma professionaalsest arutelust ja juhtnööridest saadavate eelistena, mis on heaks arstipraktikaks üliolulised. Järelduseks on, et on tulnud aeg meditsiiniliselt läbiviidava aktiivse vabatahtliku eutanaasiaga konkreetselt tegeleda ja välja arendada sobiv seadusandlik reform. Siiski peab teadvustama, et olenemata sellest, kui hästi või ettevaatlikult formuleeritakse seadusandlik lahendus, võib see parimal juhul olla osaline vastus raskustele, millega paljud patsiendid on vastamisi.

Käesoleva töö autor valis antud teema eelkõige just seetõttu, et autori arvates ei ole Eesti meditsiini- ja õiguskirjanduses eutanaasia problemaatika vajalikku tähelepanu pälvinud. Siiani ilmunud ajaleheartiklid viitavad küll probleemi aktuaalsusele, kuid samas leiavad üheselt, et Eesti pole eutanaasia seadustamiseks veel valmis või enamgi eutanaasiast rääkimine on liiga varajane. Samuti on viidatud, et Eestis pole olnud sellel teemal ka põhjust avalikult arutleda. Selle all on mõeldud mingit konkreetset avalikku juhtumit, kus inimene väga selgelt palub surra. Töö autor leiab, et aeg eutanaasia legaliseerimise aruteluks on küps ja Eesti eutanaasia seadustamiseks valmis. Seda enam, et käesoleval aastal on kohtusse jõudnud esimene sooviavaldus kohtu poolt loa andmiseks eutanaasia sooritamiseks arstide kaasabil. Nimetatud kohtuasjast on lähemalt juttu käesoleva töö 5. peatükis.

Käesoleva töö peamine eesmärk on anda põhjalik ülevaade eutanaasia alasest probleemistikust nii õigusteoreetilisest kui ka meditsiini ja eetika aspektist, analüüsida Euroopa riikide eutanaasia alaseid regulatsioone ja praktilisi kogemusi ning esitada ettepanekud muudatuste võimalusteks Eesti tingimustes. Magistritöö piiratud mahu tõttu jääb vaatluse alt välja Šveitsi ja Rootsi arsti-assisteeritud enesetapu regulatsioonide analüüs ning vaadeldakse üksnes Hollandi, Belgia ja Luksemburgi aktiivse eutanaasia alaseid regulatsioone. Töö põhieesmärki toetab hinnangu andmine Eesti õiguse sellekohasele regulatsioonile erinevate õiguskordade vastavate normide taustal ja ettepanekute tegemine võimalike eutanaasia alaste muudatuste tegemiseks.

Algusest peale olgu öeldud, et erinevad võimalused muudatusteks, mis on välja toodud, langevad kahte kindlasse kategooriasse: need, mis tegelevad peamiselt „halastustapmistega“ ja need, mis on konkreetselt piiratud aktiivse vabatahtliku eutanaasiaga (või arsti-assisteeritud enesetapuga) meditsiinilises kontekstis. Nende erinevuste äratundmine on oluline, kuna sel on mõjusid, mis puudutavad vastavate ettepanekute sisu ja võimalikku kohaldamist.

Püstitatud eesmärgi saavutamiseks on käesolevas töös kasutatud analüüsiv-võrdlevat kui ka ajaloolist meetodit.

Käesolev magistritöö on jaotatud viieks peatükiks. Esimene peatükk tutvustab eutanaasia mõistet ja olemust, selle ajalugu, eetilist ja religioosset tagapõhja ning eutanaasia eetilisi ja moraalseid aspekte. Termin eutanaasia mitmesuguse tõlgendamise tõttu, pidas töö autor vajalikuks esmalt käsitleda eutanaasia mõistet ja olemust, vaadeldes, kuidas on nimetatud mõistet defineeritud erinevates allikates. Seoses sellega, et kasutatavate terminite täpne määratlemine on iga teadusliku uurimistöö puhul väga oluline, püütakse ka selles peatükis täpsustada eutanaasia mõistet ning anda üldine ülevaade eutanaasiast.

Teises peatükis leiavad käsitlemist eutanaasia liigid. Kõige laiemas plaanis liigitatakse eutanaasia kaheks: aktiivseks ja passiivseks. Aktiivne eutanaasia tähendab surma esilekutsumist, passiivne on loobumine ravist, mis kiirendab surma saabumist. Aktiivne eutanaasia on keelatud ja karistatav, passiivne põhimõtteliselt lubatud. Aktiivset eutanaasiat võib liigitada omakorda veel vabatahtlikuks (haige soovib seda ise) ja sotsiaalseks (haige vaimne tervis või seisund ei võimalda tal oma seisukohta avaldada). Kuna nimetatud liigitus on liiga pinnapealne, et probleemi analüüsida, käsitletakse eutanaasia liike üksikasjalikumalt.

Magistritöö kolmandas peatükis analüüsitakse eutanaasia poolt ja vastu argumente, tuues ära nii poolt kui ka vastu argumentide ülevaade. On olemas mitmeid põhilisi argumente, mis

toetavad eutanaasiat. Enne nende analüüsimist on oluline märkida, et nende osas on täpsus ja selgus hädavajalikud. Ei ole sobilik lihtsalt mainida põhjendusi eutanaasia kasuks (nagu autonoomia ja sümpaatia), seejärel tõdeda, et eutanaasia on lubatav ning siis liikuda edasi selle kohaldamise seaduslike mehhanismide juurde. See on seetõttu, et teguviisi õigustamine ja selle käsitusala on lahutamatult seotud. Näiteks, kui loogiliselt võttes peaks eutanaasia olema kättesaadav kõigile neile, kes kogevad taluvusepiiri ületavaid kannatusi – kaasa arvatud näiteks alaealised ja vaimupuudega – olenemata, kas neil on surmaga lõppev haigus või ei. Samas, kui soovikohase eutanaasia aluseks on autonoomia, siis peaks elu kiirendatud lõpetamine olema kättesaadav võimalus kõikidele iseseisvatele isiksustele, sest võime teha iseseisvaid otsuseid ei ole sõltuv valust.

Laias laastus on eutanaasia vastu kahte tüüpi argumente. Esimene on, et eutanaasia on vale tulenevalt oma iseloomulikest omadustest; teine on, et see on vale tulenevalt juhuslikest halbade tagajärgedest, mis sellele järgnevad. See on oluline erinevus. Kui ükskord on tekitatud vastuseis tegevusele, pelgalt seostatavate võimalike ebasoodsate kõrvalmõjude osas, on pooldajatele üks lahti tõestamaks oma seisukohti, üritades tegevust turvalisemaks muuta, minimaliseerides võimalikku kaasnevat kahju. Kummaliselt tundub, et see vahetegu on jäänud eutanaasia debatis suuresti tähelepanuta. Eutanaasia vastased on üldiselt kasutanud halbade tagajärgede argumenti oma peamise relvana. Eutanaasia vastaste stardipunkt oleks pidanud olema rõhutada, et eutanaasia on vale iseneses ja seejärel toetuda võimalikele juhuslikele halbadele tagajärgedele, et kindlustada oma positsiooni. See on eriti nii, arvestades äärmiselt tugevat argumenti, mida tunduvad ignoreerivat kõik peale kristliku kiriku, et kõik inimelud on pühad ja vääramatud tänu kaasasündinud väärtusele, mida nad kannavad ja seega igasugune elu kaotamine on ebasoovitav, ükskõik kas see võib või ei või kaasa tuua halbu tagajärgi.

Töö neljandas peatükis käsitletakse Hollandi, Belgia ja Luksemburgi eutanaasia alaseid regulatsioone ja praktilisi kogemusi. Olgu öeldud, et nimetatud Euroopa riikides on legaliseeritud nii aktiivne eutanaasia kui ka arsti-assisteeritud enesetapp. Nagu eelpool mainitud, ei analüüsita tulenevalt töö piiratud mahust Šveitsi ja Rootsi vastavaid regulatsioone, kuna neis on lubatud üksnes arsti-assisteeritud enesetapp.

Praktika seisukohalt on magistritöö olulisemaks osaks viies peatükk, milles käsitletakse olukorda Eestis, eestlaste suhtumist eutanaasiasse ning muudatuste võimalusi. Käsitlemist leiavad muudatuste võimaluste osas halastustapmise, arsti-assisteeritud enesetapu ning aktiivse vabatahtliku eutanaasia seadustamine.

Töö kokkuvõttesse on koondatud magistritöös esitatud olulisemad järeldused ja seisukohad ning välja toodud ka ettepanekud eutanaasia võimalikust regulatsioonist Eestis.

Kirjandusele viitamisel on ruumi kokkuhoidu silmas pidades vaid esimesel korral esitatud teose täiskirje, edaspidi aga antud viidatav allikas esimese viitenumbriga või osundatud viidatud teosele (*op cit*). Kõikide viidatud materjalide täiskirjed leiab kasutatud allikate loetelust.

Autor tänab oma akadeemilist juhendajat A. Nõmperit, kelle nõuanded olid töö koostajale suureks abiks.

# 1. EUTANAASIA MÕISTE JA OLEMUS

## 1.1. Eutanaasia mõiste

Mõiste eutanaasia ehk halastussurm tuleneb kreeka keelest (eu – hästi + thanatos – surm) ja tähendab kerget, valuta suremist, ka surma kiirendamist ja kergendamist.

Oxfordi sõnaraamatu põhjal on eutanaasia patsiendi, kes kannatab ravimatu haiguse käes või on pöördumatus koomas, valutu tapmine.<sup>1</sup>

Dorlandi illustreeritud arstiteaduslik sõnaraamat defineerib eutanaasiat nii: kerge või valuta surm, tahtlik elu lõpetamine inimesel, kes kannatab ravimatu haiguse käes, sealhulgas kasutades ebatavalisi viise või „kangelaslikke viise“ ja seega lastes patsiendil surra. Traditsiooniliselt tehakse vahet positiivsel ehk aktiivsel eutanaasial ja negatiivsel ehk passiivsel eutanaasial, kuid viimasel ajal peetakse kogu eutanaasiat aktiivseks. Termin elu pikendavad viisid on asendatud passiivse eutanaasiaga. Aktiivne eutanaasia on halastustapmine, meelega elu lõpetamine ja tavaliselt ravimite kasutamisega. Passiivne eutanaasia on elu lõpetamine meelega ravimite mittevõtmise või elu pikendavate raviviiside mittekasutamine.<sup>2</sup>

Täpsemalt võib eutanaasiat määratleda kui kaastundest ajendatud ja tahtlikult toimepandud tegu, mis seisneb kellegi elu lühendamises ravimatute valude või vaevuste olemasolu korral ning surma suhtelises läheduses (nn terminaalses seisundis).

Sellisel käsitletuna on eutanaasia abi suremisel, st sellel, mis on looduse poolt ette määratud ja mis looduse poolt määratud kujul ka saabub. Surm on paradoksaalne oma

---

<sup>1</sup> Euthanasia. – Compact Oxford English Dictionary. Oxford University Press, 2006. Available: [http://askoxford.com/concise\\_oed/euthanasia?view=uk](http://askoxford.com/concise_oed/euthanasia?view=uk), 23 March 2010.

<sup>2</sup> Euthanasia, active euthanasia, passive euthanasia. – Dorland's Illustrated Medical Dictionary. Elsevier Books Customer Service, 1965. Available: [http://www.mercksource.com/pp/us/cns/cns\\_hl\\_dorlands\\_split.jsp?pg=/ppdocs/us/common/dorlands/dorland/three/000037429.htm](http://www.mercksource.com/pp/us/cns/cns_hl_dorlands_split.jsp?pg=/ppdocs/us/common/dorlands/dorland/three/000037429.htm), 23 March 2010.



kahetähenduslikkuses – olles elu lõpp, kuulub ta elu juurde, kuid teisalt ei ole surm elusündmus.

Probleemi praktilisi aspekte käsitledes on kasutatav Saksa õigusteadlase K. Engischi määratlus: eutanaasia on kaastundest põhjustatud tahtlik tegu, elu lühendamine ravimatute valude või vaevuste olemasolul ja surma suhtelises läheduses (nn terminaaelses seisundis).<sup>3</sup>

Seega on eutanaasia põhimõtteliselt võimalik vaid surija suhtes. Sellega seoses on väga tabav ka selline eutanaasia definitsioon: eutanaasia on surija abistamine suremisel, aga mitte suremiseks. Toodud määratlusest tulenevalt on eutanaasia antud võrdlemisi kitsalt, mistõttu siit jäävad välja mitmed teod, mida sageli tuuakse eutanaasia liikidena. Tegemist on mitmesuguste peamiselt kaastundest toimepandud tegudega, mis aga ei vasta muudele eutanaasia tunnustele.<sup>4</sup>

1. Nõrgamõistusliku (näiteks idioodi) või nõdrameelse surmamine tema mõttetu elu, poolteadvusetu puhtbioloogilise oleskelu lõpetamiseks. Siin puuduvad mitmed olulised eutanaasia tunnused, nagu näiteks terminaalne seisund ja ravimatud valud. Kriminaalõiguslikult on tegemist tapmise põhi- ehk lihtkoosseisuga ning teo motiiv – kaastunne – võib olla arvestatud karistuse mõistmisel.
2. Ebardist vastsündinu surmamine. Sageli kasutatakse sisuliselt ebaõiget määratlust „varajane eutanaasia“, püüdes rõhutada erinevust klassikalisest eutanaasiast, mis seondub elu lõpu, mitte aga selle algusega. Arusaadavalt ei ole siin tegemist eutanaasiaga, sest nagu eelmiselgi juhul, puuduvad olulised eutanaasia tunnused. Kvalifitseeritakse analoogiliselt eelmise variandiga tapmise põhikoosseisu järgi.
3. Abi enesetapul. Siia kuulub näiteks juhtum, kus arst jätab teadlikult patsiendi lauale vastavatoimelise ravimi. Selline tegu rikub küll arstieetikat, kuid ei ole enamiku riikide kriminaalseaduste järgi karistatav. Põhjendus on juriidiliselt lihtne: enesetapp iseenesest ei ole kriminaalkorras karistatav ja järelikult ei saa olla karistatav ka sellele teole kaasaaitamine. Eutanaasia tunnustest puudub siin tegu, mis põhjustab surma – selle paneb toime mitte arst, vaid patsient ise, see tähendab, et puudub vahetu põhjuslik seos arsti käitumise ja patsiendi surma vahel.
4. Ravist loobumine tingimusel, et see ei too kaasa surma lähenemist, see tähendab, et ei kutsu iseenesest esile patsiendi surma. Tegemist on päästmatu haigega (näiteks aju on hävinud). Puudub põhjuslik seos surma saabumise ja arsti tegevuse vahel, sest kui arst

---

<sup>3</sup> K Engisch. Euthanasie und Vernichtung lebensunwerten Lebens in strafrechtlicher Beleuchtung. Stuttgart, 1948, S 12.

<sup>4</sup> J. Sootak. Kuriteod elu ja tervise vastu. Õppevahend. Tartu: Sihtasutus Iuridicum, 1995, lk 25.

püüabki rakendada ravi- või elustamisvõtteid, ei ole nende tagajärjeks jäämine surma põhjus.<sup>5</sup>

## 1.2. Eutanaasia ajalugu

Ajalugu on täis lugusid ja legende deformeerunud imikutest ja lastest, keda nähti ohuna perekonna lagunemisel. Iidsetel aegadel soovimatud lapsed lihtsalt visati välja surema. Nimelt vanemad kirjalikud seadused reguleerisid lapsetappu. Mõnedes varajastes ühiskondades peeti lapsi isade omandiks ja tema absoluutne võim nende üle sisaldas ka privileegi otsustada nende elu, müümise ning ohverdamise üle. Lapsetapp oli tavaline ja sanktsioneeritud Rooma reeglite kohaselt *patria potestasega* ehk isa võimuga, mis andis isale õiguse otsustada, mida teha oma lastega. Seda viidi läbi avalikult suurel territooriumil Vahemere aladel, samuti ka Austraalia Aborigeenides, Okeaanias ja Eskimo maades. Kreekas ja Roomas aktsepteeriti lapsetappu kui loomulikku nähtust.

Lapsetappu peeti sama loomulikuks kui sündmust, mis oli aktsepteeritud kui toleaeagne huumor. Filosoof Seneca on kirjutanud: „Me hävitame monstrumid sünnilt ja uputame oma lapsed, kui nad sünnivad nõrkadena ja ebaloomuliku välimusega.“ Spartas oli see reguleeritud seadusega, et deformeerunud imikud pidi ära tapma. Mitmes Euroopa riigis peeti lapsetappu seadusega kuriteoks, kuid väga vähesed inimesed läksid selle eest kohtusse. Lapsemõrva kindlaks määramine on raske, vahel isegi võimatu, sest kui seda üldse registreeritakse, siis registreeritakse kui õnnetust sünnilt. Enamikes ühiskondades tehakse seda vaikselt ema poolt või kellegi teise lähedase poolt ilma suure aruteluta.<sup>6</sup>

Pythagoras, Platon ja Aristoteles pidasid enesetappu kui argpükslikku viisi vältida elu raskusi ning kohustusi enda ja riigi ees. Eelpool nimetatud Kreeka filosoofid leidsid, et on rumal keelata enesetappu igas olukorras. Nad lubasid seda juhul, kui parandamatule haigusele kaasnes suur valu, et siis on inimesel õigus valida varajasem surm.<sup>7</sup>

Tähtsaks ei peetud erinevust enesetapu ja eutanaasia vahel. Kui surev inimene vajab abi enda elu lõpetamiseks, siis lubati teistel teda abistada. Hippokrates oli selles probleemis

---

<sup>5</sup> J. Sootak (viide 4), lk 25.

<sup>6</sup> K. S. Skye. Euthanasia. Available: <http://www.umm.maine.edu/BEX/students/KryseSkye/ks360.html>, 15 March 2008.

<sup>7</sup> *Ibid.*

vähemusmõtlejaid.<sup>8</sup>

Hippokratese vandes peitub arsti ameti sisu. Eestikeelses tõlkes kõlab Hippokratese vande tekst<sup>9</sup> järgmiselt:

„Ma vannun arst Apolloni ja Asklepiose, Hügieia ja Panakeia ja kõikide jumalate ja jumalannade juures, neid tehes tunnistajaks, et ma täidan järgmise vandelise kohustuse, nii palju kui jätkub mul jõudu ja otsusevõimet.

Ma tahan austada oma õpetajat selles minu kunstis nagu oma lihalikke vanemaid; minu elu peab temale kuuluma ja ta võib kasutada minu vara ja omandust, kui ta seda vajab; ma austan tema järglasi nagu oma vendi ja õpetan neile ravikunsti, kui nad tahavad seda õppida, ilma tasuta ja ilma lepinguta; ma annan eeskirja ja suusõnalise õpetuse ja kogu sinna kuuluva teaduse oma poegadele edasi kui ka minu õpetaja omadele, ja peale selle ainult seesuguseile õpilasile, kes juba kohustatud ja vannutatud arstilise seaduse põhjal, muidu ei kellelegi.

Ma korraldan haigete eluviisi nende kasuks parema võime ja otsuse järele; aga kõik, mis kahjustab või vigastab haiget, tahan neilt eemal hoida.

Ma ei anna kellelegi surmavalt toimivat mürki, isegi kui ta seda minult palub; ka ei anna ma sellele sihitud nõu.

Samuti ei anna ma kunagi naisele vahendit idaneva elu hävitamiseks.

Pühalt ja puhtalt tahan ma oma elu ja meie kunsti säilitada.

Kellelegi ei tee ma kivilõiget, vaid jätan selle käsialustele, kes seda tegelust tunnevad.

Kui paljudesse majadesse ma ka ei astu, ikka tahan ma sisse astuda haigete tervistuseks ja eemale jääda igast ettenähtavast ja hävitavast kahjustusest, eriti aga lihahimu tegudest naiste ja meeste, vabade ja orjade kehadel.

Mis ma aga ravi ajal näen või kuulen või ka väljaspool ravi läbikäimises inimestega, mis ei tohi levida, sellest tahan vaikida ja kõiki neid asju käsitleda kui saladusi.

Kui ma seda vannet pean ja ei riku, siis olgu mulle lubatud minu elust ja minu kutsest rõõmu tunda, igaveseks ajaks jäädes kõikide inimeste juures lugupidamisse. Kui ma aga vannet murran ja vaevandlikuks saan, siis tabagu mind vastupidine saatus.“

---

<sup>8</sup> K. S. Skye. *Op cit.*

<sup>9</sup> Hippokratese vanne. Arvutivõrgus. Kättesaadav: [http://et.wikipedia.org/wiki/Hippokratese\\_vanne](http://et.wikipedia.org/wiki/Hippokratese_vanne), 23. aprillil 2009.

Hippokratese vandest lähtuva arsti ülesanne on surmamääratluse korral suhteliselt lihtne – patsiendi kannatusi leevendades saadab ta *moribundi* selle piirini, kust ainult surija üle astub.

Kristluse tulekuga muudeti suhtumist. Kirik, oma kolme esimese sajandi jooksul ei omanud ametlikku positsiooni tapmise üle. Seal oli teatav konsensus kristluse järgijate seas juba varajases ajas, nad olid patsifistid (rahuarmastajad). Patsifistid olid inimese tapmise vastu igas kontekstis ja selline jäikus pani kristluse vastuseisu eelneva kultuuriga. Aga hiljem tehti ka erandeid, et kiriku doktriin ei oleks niivõrd radikaalne. Selle kiriku mõju all muutus tapmine surmapatuks, mis enne Kreeka ja Rooma filosoofide poolt oli mõistlik lahend surma allutamisele. Kiriku poolt oli enesetapp ja lapsetapp keelatud, kuna elu vaadeldi kui usaldust Jumala poolt ning ainult temal oli õigus see ära võtta. Isegi kohutavaid piinasid vaadeldi kui koormat, mis on pandud Jumala poolt. Igasugused tapmised olid keelatud, kaasa arvatud ka tapmine hädakaitse seisundis ja tapmine riigi hüvanguks. Aegade jooksul kirik korrigeeris oma suhtumist vastavalt poliitilistele vajadustele ning muutis arvamust sõja ja surmanuhtluse kohta.<sup>10</sup>

Läbi sajandite, alates keskajast on domineerinud põhimõte, et süütute inimeste tahtlik tapmine on alati vale ja kogu kristluse ajal eutanaasiat, enesetappu ning lapsetappu on peetud süütute tahtlikuks tapmiseks ja on seega hukka mõistetud. Kristlus on olnud üks tugevamaid mõjusid Lääne moraali kujundamisel, aga mitte ainuke süsteem, mis keelas eutanaasia. Juudi seadused ja Islami traditsioonid keelustasid samuti eutanaasia. Kui Lääne traditsioonid olid eutanaasia vastu, siis enamuse Ida rahvaid hakkasid seda aktsepteerima. Confuciuse eetika lubas vabatahtliku surma lootusetutes haigustes ning budism oli sellega sarnasel seisukohal.<sup>11</sup>

Tänapäeval on eri riikides kasutusel erinevaid Hippokratese vande modifikatsioone. Eestis ei kasutata Hippokratese vannet, vaid kasutusel on arstivanne, milles kajastuvad olulisemad Hippokratese sõnastatud põhimõtted, kuid välja on jäetud see, mis tänapäeval juba iganenud on (jumalate ees vandumine või keeld kasutada nuga), lisatud on kaasaegse arstieetika olulisemad põhimõtted (tõenduspõhistus, patsiendi autonoomia, informeeritud nõusolek). Arstivanne on järgmine: „Olles omandanud arstikutse, tänan oma õpetajaid.

Töotan oma au ja südametunnistuse nimel, et pühendun arstitöös inimese abistamisele ja humaansuse põhimõtete teenimisele. Minu tegevuse sihiks olgu rahva tervise säilitamine ja edendamine, haiguste ennetamine, haigete ravimine ning nende kannatuste leevendamine.

---

<sup>10</sup> K. S. Skye. *Op cit.*

<sup>11</sup> *Ibid.*

Lähtun oma töös arstiteaduse põhimõtetest ja kasutan vaid selliseid raviviise, mille tulemuslikkus on teaduslikult ja eduka praktika kaudu tõendatud. Uuringu või raviviisi soovitamisel austan patsiendi tahet ning teavitan teda nii selle oodatavast kasust kui ka võimalikest ohtudest.

Suhtun oma kolleegidesse austusega ega keeldu abist, kui nad oma patsiente ravides minu poole pöörduvad. Täiendan pidevalt oma teadmisi ja oskusi ning jagan neid oma kolleegidega. Hoian kõrgel arstikutse au nii patsientide kui ka kogu ühiskonna ees.

Pean hoolikalt saladuses, mida patsiendiga seoses mulle on usaldatud. Täidan oma arstikohust ühtviisi kõigi patsientide suhtes, kedagi eelistamata. Miski ei saa mind sundida oma oskusi kasutama arstieetika põhimõtete vastu.<sup>12</sup>

### 1.3. Eetiline ja religioosne tagapõhi

Inimese elu on loomulik nähtus, mida ei tohi peale sundida ega korraldada; surm on inimese vältimatu saatus. Eutanaasia seisukohalt on selles kontekstis aga oluline, kas inimesel on õigus oma surmale. Vastusest sellele küsimusele oleneb ka vastutus teisele küsimusele – kuivõrd on inimesel õigus enesetappule ja eutanaasiale. Olenemata sellest on aga igal inimesel õigus nõuda, et talle tagataks tema surma kui vältimatu saatusena väärikas kulgemine. Selline õigus välistab elu ebaloomuliku lühendamise, aga ka elu ebaloomuliku pikendamise.<sup>13</sup>

Antiigist pärineb niinimetatud totaalse humanismi kontseptsioon, mis lähtub vabaduse radikaalsest käsitlusest. Väidetakse, et ainult inimene ise ja ei keegi teine on talle viimane. Sellise lähenemise juures ei saa moraalselt hukka mõista enesetappu ega juriidiliselt keelata tapmist kannatanu nõusolekul, nõudmisel või palvel.<sup>14</sup>

Totaalse humanismi ehk radikaalse vabaduse kontseptsiooni vastu saab ainult üks argument – see on religioosne. Inimene on Jumala looming, elu on talle Jumala poolt kingitud ja Jumal võtab selle temalt kord ka tagasi. Seega otsustab Jumal selle, kuidas ja millal inimene sureb.<sup>15</sup>

Siit tuleneb aga teatud vastuolu eetilise ja teoloogilise aspekti vahel. Kes teab, kuidas Jumal inimese elu piirid määrab ja kuidas suudab inimene Jumala tahte ära tunda? Jumal ei ole

---

<sup>12</sup> Arsti- ja proviisorivande uuendatud tekst. – Eesti Arst, 2009, nr 88 (6), lk 449.

<sup>13</sup> J. Sootak (viide 4), lk 24.

<sup>14</sup> *Ibid.*

<sup>15</sup> *Ibid.*

loonud inimest tahtetuks mehhanismiks ja kui arst otsustab inimese elu „kunstlikult“ pikendada, kas pole see siis Jumala tahe ja inimese soov teisele inimesele Jumala poolt antud elu kui kõrgeimat andi alles hoida?<sup>16</sup>

Eelpool kirjeldatud eetilisele ja teoloogilisele vastuolule tuleb lahendust otsida teoloogilise ja eetilise aspekti kompromissis – kui me tunnistamegi, et inimese elu on Jumala käsutada, siis toimub see osaliselt looduslike, bioloogiliste protsesside kaudu ja teisalt inimese mõistusliku vabaduse vahendusel. Seega peab inimene ise lahendama järgmised küsimused:

- 1) otsustama ise oma elu üle (näiteks enesetapp, ravile minekust keeldumine jms);
- 2) nõudma oma surma teistelt (enesetapmisele kaasaaitamine, nõudmine end tappa);
- 3) jätta oma surm teiste otsustada.<sup>17</sup>

Eutanaasiaalases õiguskirjanduses on näiteks osutatud asjaolule, et ravist või surmaabist loobumine võib olla tingitud soovist käia lõpuni see tee, mis arvatakse olevat Jumalast või saatusest määratud. Selles mõttes tuleb nõustuda väitega, et ei saa rääkida inimese õigusest sellele, mis nahunii on tema vääramatu saatus, küll on aga inimesel õigus soovida selle vääramatu saatus väärikat teostumist. Sellest lähtudes ei ole teoloogid passiivse eutanaasia vastu.<sup>18</sup>

Inimeselt elu võtmise keeld põhineb fundamentaalsetel ning sügavalt juurdunud eetilistel ja religioossetel veendumustel. Näiteks juudiusu traditsiooni kohaselt põhineb elu pühadus arusaamal, et elu on kingitus, mida me valitseme, kuid mille üle meil pole lõplikku kontrolli. Niisugust veendumust on mitmeti väljendatud, ühiseks jooneks on aga idee, et elul on väärtus, mida tuleb võtta moraalse absoluudina. Igal inimesel on õigus elule – see on inimese staatuse ja inimeksistentsi lahutamatu osa.<sup>19</sup>

Religioosse ilmavaatega inimesed kaitsevad elu pühaduse kontseptsiooni selle alusel, et elu on oma olemuselt jumalik. Kuid ka looja olemasolu eitajad võivad eutanaasiasse sama rangelt suhtuda. Pole sugugi raske konstrueerida utilitaarseid argumente toetamaks arvamust, et kui lubatakse elu võtmist, siis mõjuks see suuremale osale ühiskonnast destruktiivselt.<sup>20</sup>

Sellele vaatamata leiavad väga paljud elu väärtuse hindajad, et vähemalt teatud olukordades võib elu võtta. Näiteks võidakse enesekaitse printsiibi alusel lubada teiste tapmist. Samuti

---

<sup>16</sup> J. Sootak (viide 4), lk 24.

<sup>17</sup> *Ibid.*

<sup>18</sup> J. Sootak. Surm kui kokkulepe. Surma mõiste õiguslikke ja eetilisi probleeme. – Akadeemia, 1996, nr 9, lk 1820.

<sup>19</sup> J. K. Mason, R. A. McCall Smith. Õigus ja meditsiinieetika. Tallinn: Juura, 1996, lk 139.

<sup>20</sup> *Ibid.*

võivad need, kes tavaliselt mõistaksid hukka mõrva, suhtuda seaduslikku hukkamisse kui kriminaalprotsessi asjakohasesse koostisossa. Me tunnistame ka isiku õigust enesetapule, kuna enesemääramise õigus on üldiselt kõige fundamentaalsem inimõigus. Seega on üks valla, et hakata eutanaasiat pidama moraalselt vastuvõetavaks praktikaks.<sup>21</sup>

#### 1.4. Eutanaasia eetilised ja moraalsed aspektid

Mõnede autorite arvates on aktiivse ja passiivse eutanaasia eristamine vaid illusioon – kavatsus, tulemus ja vastutus on ju mõlema puhul samad. See aga ei tähenda, et surmamine ja surra laskmine oleksid seetõttu alati moraalselt ekvivalentsed. Tegevusetuse ja tegevuse vahel on oluline moraalne vahe. Põhiline erinevus on vahendeis, millega surma tulemus saavutatakse. Aktiivsete sammude astumine tähendab autokraatlikku kontrolli toimuva üle. Arst, kes annab ravimi, et kannatava patsiendi elu lõpetada, määrab patsiendi surma aja ja mooduse. Ravimi toime muudab surma füüsilist põhjust ja sellel on oluline tähtsus. Hoopis teine on olukord siis, kui surmal lastakse saabuda mõnel muul (näiteks haiguse) toimel.<sup>22</sup>

Üksikisiku enesemääramise õigus on nüüdseks saanud määravaks teguriks mistahes konfliktsituatsioonis – olgu siis tegemist abordi, raviks nõusoleku andmise või eutanaasiaga. Kuid ikkagi võib küsida, kas on olemas olukordi, kus üksikisiku soove peaks piirama mingitel muudel kaalutlustel?<sup>23</sup>

Teoloog võib vastata: „Jah, on.“ Rooma katoliku kirik näiteks ei tunnista enesetappu, ravist keeldumist võib aga teatud tingimustel ju samuti enesetapuks pidada. On avaldatud arvamust, et vähemtõsisem ja -austavam suhtumine ellu tähendaks inimkonna põhiväärtuste kõrvaleheitmist. Siiski on enesemääramise printsiip nüüdseks küllalt juurdunud. Mistahes piirangud raviga nõustumise või mittenõustumise õigusele on kadumas.<sup>24</sup>

Teerajajaks antud vallas oli Austraalia Victoria osariigi 1988. aasta raviseadus. Selle kohaselt võib patsient keelduda ravist kas üldistel või spetsiifilistel põhjustel, kui ta on oma soovi ka kirjalikult kinnitanud. Vastava kirjaliku tahteavalduse võib koostada vähemalt 18-aastane isik, keda selleks ei ahvatletud ega sunnitud ja keda oli täielikult informeeritud ravist keeldumise tagajärgedest. Victoria seaduses ei tehta mingit vahet terminaalsete ja teiste haiguste vahel. Ravist keeldumise õigust pole piiratud ei riigi ega kolmandate isikute huvidest lähtuvalt.

<sup>21</sup> J. K. Mason, R. A. McCall Smith. *Op cit*, lk 139.

<sup>22</sup> *Ibid*, lk 143.

<sup>23</sup> *Ibid*, lk 144.

<sup>24</sup> *Ibid*, lk 144-145.

Näiteks kui ema ei anna nõusolekut keisrilõikeks, siis loote huvides ei saa Victoria meditsiinipraktikas sellist operatsiooni ka ette võtta. Kõnealune 1988. aasta seadus väljendab seega eriti kindlalt patsiendi autonoomia doktriini ja piirab märkimisväärselt arsti võimalust ravida patsienti oma äranägemisel vastavalt erialastele ja moraalsetele standarditele.<sup>25</sup>

Austrias aga näiteks puudub indiviidil õigus oma elu käsutada. Enesetapp on seal seega õigusvastane tegu, mille karistamine lõpetati alles möödunud sajandil. Niisamuti ei tohi ka ükski kõrvalseisja (nt arst) elu käsutada.<sup>26</sup> K. Stellamori arvates muudab nõ aktiivse eutanaasia kasutamise häbiväärseks asjaolu, et arstiteadus on saavutanud tähelepanuväärset edu võitluses valu, vaeva, hirmu ja piinaga. On olemas ja kasutatavad moodsad ja efektiivsed valuravi meetodid ning nende järjekindel rakendamine välistab vajaduse ja patsiendi soovi aktiivse suretamisabi järele. K. Stellamor taunib fakti, et ülikooliõpetuses ei kuule tulevane arst mitte midagi suremistoetusest ega inimväärsest suremisest. Ometi on arsti ülesanne just siin abi osutada, sest surijad on (kuni oma surmani) elavad ja vajavad viimase minutini arstlikku hooldust.<sup>27</sup> K. Stellamor leiab, et eetilisel kõrgel tasemel ühiskond peab hoolitsema tingimuste eest, mis võimaldaksid inimesel „väärikalt surra“. Ühiskonnalt tuleb nõuda finantsvahendeid, mille eest soetataks haiglas eriruume, kus oleks võimalik jumalagajätt lähedastega, saada arstiabi (valu-, hirmu-, vaevusravi) ja hingekarjase lohutust. Inimväärikuse ja humaansuse seisukohast tuleks eelistada suremist kodus. Selleks peaksid aga hooldajad (sugulased) saama tasulise töövabastuse, nagu praegu vastsündinute isad ja emad.<sup>28</sup>

Inimese enesemääramisõigus põhineb utilitaarsel (konsekventsiaalsel) eetikal – suurim võimalik õnn võimalikult paljudele. See moraalifilosoofia, mille tähtsaim esindaja praegu on Peter Singer, käsitleb nii teadlikku elu – elusolendeid, kes tajuvad valu, rõõmu ja teisi emotsioone, nt imetajad -, kui ka eneseteadvuslikku elu, see tähendab inimest oma eluloolise mälu ja mõistusest tulenevate tulevikulootustega, inimest, keda nimetatakse nendest eeldustest tulenevalt isikuks. Kui inimesel puudub eneseteadvuslik elu - loode, vastsündinu, väikelaps, dementne või pöördumatult komatoosne inimene -, siis selle definitsiooni järgi pole ta isik, ta on kaitsmist väärt (ainult) niipalju, kui temas on teadlikku elu. Üksikisik otsustab moraali seisukohalt, kas ta nõustub loomade tapmisega (nt toiduks) või taunib seda. Igatahes muutub aktiivne eutanaasia eetilisel mõeldavaks just neil juhtudel, kui on olemas patsiendi testament või korraldused.<sup>29</sup>

---

<sup>25</sup> J. K. Mason, R. A. McCall Smith. *Op cit*, lk 145.

<sup>26</sup> K. Stellamor. Eutanaasia artieetika ja õiguse vaatenurgast. – Akadeemia, 1995, nr 11, lk 2376-2377.

<sup>27</sup> *Ibid*, lk 2377.

<sup>28</sup> *Ibid*, lk 2377-2378.

<sup>29</sup> *Ibid*, lk 2380.



Utilitaarse eetika ja inimese enesemääramiseõigusega rikutakse sagedasti hüvise vaagimise kaudu inimelu käsutamatus printsiipi. Selle moraali järgi pole „inimelu pühadus“ mitte millegagi põhjendatav eneseprivileegimine, mis põrmugi ei erine teistest (taunitavaist) eneseprivileegimistest, nt rassi või rahvuse eelistamisest. Selle „moodsa moraali“ esimene läbimurre toimus siis, kui seadustati karistusvaba abort esimese kolme raseduskuu jooksul – sellega seati hüviste vaagimisel tulevaseks emaks saamise õnnetus loote eluõiguse suhtes ülimuslikuks. Sama lugu on ka enesemääramisõigusega halastussurmaks.<sup>30</sup>

### **Kui kaua tuleb säilitada inimelu...**

...näiteks apallilist (ajukooretut) elu intensiivmeditsiiniliste võtetega?

Vatikani selgitus suretusabi kohta aastast 1980 ja American Medical Associationi avaldused 1973. ja 1986. aastast kõlavad peaaegu ühtmoodi: neis öeldakse, et ravi ei ole enam „mõttekas“, kui selleks vajatakse „erakorralisi abinõusid“. Singer väidab õigustatult, et „mõttekas“ on suunatud oodatavale elukvaliteedile ja „erakorralise“ tähendus piirneb „eriti kalli“ ja „proteksionismiga“. Niimoodi mõistetud eetika tuleks ka pühaduse printsiibist lähtudes hukka mõista. Et aga Singer inimelu lõpetamist ei pea ilmtingimata moraalselt lubamatuks, kui elu taga ei seisa (enam) „isikut“, peab pühadusprintsiibi praktiliseks relevantsuseks ometi olema inimese elu piiranguteta tagamine ja seda kõikvõimalike vahenditega, isegi siis, kui pole mingit väljavaadet teadvuse taastamiseks. See ekstreemne seisukoht meditsiini reaalsuses vaevalt kehtib.<sup>31</sup>

Briti arst John Lorber tegi ettepaneku ravida teatud kaasasündinud seljaaju väärarengut juhtudel, mille puhul sünniviga pole ulatuslik. Ulatusliku vea puhul on surm selle haiguse puhul vältimatu. Nüüdseks rakendataksegi peaaegu kõikjal pakutud valikravimist. Ravimiseks valimata lastel lastakse surra – loomulikult leevendades valu ning vältides nälga ja janu. Utilitaristlik eetik esitab siinkohal küsimuse: kui peetakse õigeks lootusetult haigete laste surra laskmist, miks siis arvatakse valeks nende valu ja kiire surmamine? Õige on utilitaristlik argument, et passiivse ja aktiivse eutanaasia vahel pole teatud erakorralistes olukordades mingit moraalset vahet. Seda argumenti ei saa „inimelu pühaduse“ traditsionaaleetikaga kokku sobitada. Sellega seoses tekkinud „tegutsemise või tegemata jätmise õpetuse“ probleemid viivad meid paraku moraali libeteele. Siin pole enam vahet, kas tehakse midagi, millel on mingisugune konsekvents, või jäetakse midagi tegemata, millel on just seesama tagajärg. Ainult et teost hoiduda on kergem. See ongi põhjus, miks varased

<sup>30</sup> K. Stellamor. *Op cit*, lk 2380-2381.

<sup>31</sup> *Ibid*, lk 2381.

eetikakoodeksid olid eitusliku sõnastusega. Alles ligemese armastus viitab sellele, et tegemata jätminegi kätkeb vigu. Eetilisi kaalutlusi, millel on ratsionaalne alus, valitseb süüme. Tegemist on mingi sisemise häälega, mis annab meile teada, et midagi on valesti ja mis võibolla seda ikka edasi väidab, kui me ka pärast hoolsat relevantset moraalihinnangute vaagimist oleme jõudnud otsusele, et meie toimimine ei ole vale.<sup>32</sup>

Eutanaasiaarutelu raames on kaalutlused elukvaliteedist ohtlikud, sest sellega kaasneb „eluvääriva“ ja „elu mittevääriva“ võrdlemine.

Eriti kriitiliselt mõistab K. Stellamor hukka ettekäänded, kus tehakse juttu suurtest kulutustest, mis lähevad „defensiiveetikale“ surma ja suremise asjus, millega mõeldakse mõistagi eutanaasiakeeldu. Mitmed arvustused näitavad, et tihti kulub inimese viimastele elukuudele kolmandik kõigist temale elu jooksul tehtud tervishoiukulutustest. Neid saaks kokku hoida patsiendi testamendi (hoolitsuslikud korraldused) õigusliku aktsepteerimisega. Nii oleks utilitaristliku „eetikaga“ saavutatud, eutanaasiat appi võttes, koguni kokkuhoid tervishoiusüsteemis!<sup>33</sup>

K. Stellamor toob veel välja mõtlemapaneva asjaolu, et „sestpeale, kui arst pole enam ainult tervistaja, vaid võib olla ka tapja, kaob tema vastu usaldus. Arst ei tohi ennast iialgi lasta timukaks degradeerida. See ohustab arsti mainet elu hoidjana, nimbust, mida ta vajab oma ravitöös ja mida on seega tarvis ka patsiendile.“<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> K. Stellamor. *Op cit*, lk 2382-2383.

<sup>33</sup> *Ibid*, lk 2384.

<sup>34</sup> *Ibid*.

## 2. EUTANAASIA LIIGID

Kõige laiemas plaanis liigitatakse eutanaasia kaheks: aktiivseks ja passiivseks. Aktiivne eutanaasia tähendab surma esilekutsumist, passiivne on loobumine ravist, mis kiirendab surma saabumist. Aktiivne eutanaasia on keelatud ja karistatav, passiivne põhimõtteliselt lubatud. Aktiivset eutanaasiat võib liigitada omakorda veel vabatahtlikuks (haige soovib seda ise) ja sotsiaalseks (haige vaimne tervis või seisund ei võimalda tal oma seisukohta avaldada).<sup>35</sup>

Tegelikult on selline liigitus liiga pinnapealne, et probleemi analüüsida. Seetõttu käsitletakse järgnevalt eutanaasia liike üksikasjalikumalt.

### 2.1. Vabatahtlik ja tahtevastane eutanaasia

Need, kes tahavad legaliseerida elu lõpetamist meditsiinilistel põhjustel, on alati keskendunud vabatahtlikule (*voluntary*) eutanaasiale. Patsient nõuab otseselt, et tema elu lõpetataks. Et niisugune palve oleks kasvõi näiliselt siduv, peab selle esitaja kannatama kas talumatute valude all või põdema teadaolevalt mõnd terminaalset haigust. Sellist palvet võib esitada nii enne vastava haiguse väljakujunemist kui ka selle käigus. Patsiendi eest hoolitsevad sugulased ei tohi teda niisugusele otsusele mingil juhul sundida.<sup>36</sup>

Mõned autorid eristavad vabatahtliku eutanaasia alaliigina vaba tahtluseta (*non-voluntary*) eutanaasiat. See tähendab isiku surma, kes pole võimeline väljendama mistahes arvamust antud küsimuses ja kelle puhul tuleb kasutada mõningast volitamist, et paluda tema elu lõpetamist. Vastsündinute valikuline ravimine on siin üheks näiteks, elu lõppjärgus võib arst aga kokku puutuda dementsete või muidu seniilsete teovõimetute patsientidega. Tegelikult on vaba tahtluseta eutanaasia vaid vaieldav alternatiiv mitteravimisele.<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup> J. Sootak (viide 4), lk 25.

<sup>36</sup> J. K. Mason, R. A. McCall Smith. *Op cit*, lk 139.

<sup>37</sup> *Ibid*, lk 140.

Tahtevastane ehk mittevabatahtlik (*involuntary*) eutanaasia on aga täiesti erinev mõiste. See tähendab patsiendi elu lõpetamist, ilma, et isik ise või volitatud isik seda teha paluks. Motiiv – kannatustest vabastamine – võib olla sama, mis vabatahtliku eutanaasia puhul, kuid õigustada saab teda vaid paternalistliku otsustuse alusel, st mis on parem haiguse ohvrile.<sup>38</sup>

Eutanaasiaga seonduvaid kohtuasju on Suurbritannias väga vähe, kuid nende vähestegi põhjal võib öelda, et Briti vandemehed ei taha sugugi meelsasti arste raskes kuriteos süüdi tunnistada, kui arst on toiminud põhjendatud meditsiinilistest kaalutlustest lähtudes. R v Carr kohtuasjas süüdistati arsti tapmiskatses, kuna ta süstis suure annuse fenobarbitaali patsiendile, kellel 7 kuud tagasi leiti kopsuvähk, mida polnud võimalik opereerida. Kuigi arst mõisteti õigeks, pidas kohtunik vajalikuks märkida, et „kui tõsiselt inimene haige poleks, on tal Suurbritannia seaduste järgi õigus igale tunnile siin elus, mida Jumal on talle andnud. See tund või tunnid võivad olla kõige väärtuslikumad ja tähtsamad tema elus.“ Justkui selle kinnituseks mõisteti R v Cox kohtuasjas reumatoloog-konsultant süüdi tapmiskatses, kuna ta süstis ravimatule haigele kaaliumkloriidi, mille tagajärjel patsient ka kohe suri.<sup>39</sup>

## 2.2. Passiivne eutanaasia

Passiivse eutanaasia korral loobub arst surija elu pikendamisest ning laseb paratamatusel käia oma rada. Mõistagi on selline tegevus õiguspärane, iseasi, et arst on kohustatud jätkama võimalikku ravi, mis antud ajal tähendab valude või vaevuste leevendamist. Teisisõnu, arst peab tegema seda, mida eutanaasia õieti tähendabki. Passiivse eutanaasia kuulutamisel õiguspäraseks tuleb aga silmas pidada, et tegemist peab olema abiga suremisel, mitte suremiseks – surma edasilükkamisest loobunud arst käitub õiguspäraselt ainult siis, kui suremisprotsess on juba tagasipöördumatult käivitunud.<sup>40</sup>

Passiivse eutanaasia õiguspärasuse põhjendatus toetub patsiendi enesemääramisõigusele. Igal inimesel on õigus loobuda ravist üldse või surma edasilükkamisest ja agoonia pikendamisest iseäranis. Olukord muutub aga keerukamaks, kui terminaaelses seisundis olev haige on teadvusetu või muul põhjusel võimetu oma tahet avaldama. Sellises olukorras kehtivad järgmised seisuseõiguslikud põhimõtted:

- a. Kui patsiendi otsustusvõimetus on tingitud akuutsest depressioonist, ei ole arstil õigust loobuda ravist ning eeldada patsiendi otsust surra. Alles ravi jätkumise ja patsiendi

---

<sup>38</sup> J. K. Mason, R. A. McCall Smith. *Op cit*, lk 140.

<sup>39</sup> *Ibid.*

<sup>40</sup> J. Sootak. Abi suremisel või suremiseks? – *Juridica*, 1995, nr 8, lk 335.

seisundi täpsema hindamise tulemusena võib vastu võtta lõpliku otsuse.

- b. Koomaseisundis patsiendi puhul tuleb arstil püüda välja selgitada tema lähedaste, hooldajate või muude otsustamisõiguslike isikute arvamused. Pikaajalise haiguse all kannatav patsient võiks olla koostanud nn patsienditestamendi, kus on kirjalikult fikseeritud tema tahe ning antud arstile volitus mitte rakendada elu pikendavaid meetmeid. Kui ülalnimetatud isikutega ei ole võimalik nõu pidada ning puudub ka patsiendi testament, tuleb arstil lähtuda patsiendi oletatavast tahtest. Varasemad vestlused haige või tema lähedastega, samuti haige vestlused teiste arstide, abipersonali või kaaspatsientidega võivad anda raviarstile aluse eeldada patsiendi tegelikku soovi. Kui seda ei ole siiski võimalik kindlaks teha (õnnetusjuhtum, infarkt vms), lasub otsustamisõigus ja -kohustus arstil. Oleks aga alusetu arvata, et sellisel juhul saab arst õiguse otsustada inimese elu ja surma üle. Seisuseõigusliku eeskirja järgi ei ole arst kohustatud jätkama ravi, kui suremisprotsess on käivitunud ning organismi vitaalsed funktsioonid (eelkõige südametegevus ja hingamine) on vaibumas või tõsiselt kahjustatud. Tehniliselt on muidugi võimalik elutalitust vastavate aparaatide abil alles hoida ning ajusurma edasi lükata, kuid organism ise on tegelikult oma funktsioneerimise lõpetanud. Niisiis teeb arst seda, mida tema ja ainult tema on volitatud tegema - otsustab patsiendi seisundi üle.<sup>41</sup>

Järgnevalt toon näite kohtupraktikast: dr W oli 76-aastase naispatsient U koduarst. Pärast mehe surma avaldas südamehaige U korduvalt soovi surra, kartes haige ja abituna sattuda haiglasse või hooldekodusse. Arst oli oma patsiendi enesetapumõtetest teadlik ja püüdis neid hajutada. Kord leidis ta patsiendi laualt järgmise kirja: „Tahteavaldus. Täie mõistuse juures palun ma oma arsti mind mitte haiglasse paigutada, ei soovi intensiivravi ega elu pikendavaid abinõusid. Ma tahan surra väarikat surma. Ei mingeid aparaate ega organite siirdamist.“ Järjekordse kokkulepitud külastuse ajal kl 19:30 ei avanud U ust. Naabrilt saadud võtme abil korterisse sisenenud dr W leidis oma patsiendi teadvusetult diivanil, käes kiri: „Minu arstile - palun mitte haiglasse - lahendus!“ U hingas umbes kuus korda minutis, pulssi ei olnud tunda. Dr W jõudis järeldusele, et patsienti ei ole enam võimalik, vähemalt mitte ilma püsikahjustusteta päästa. Olles ühtlasi teadlik patsiendi kindlast suitsiidikavatsusest, otsustas ta mitte midagi ette võtta ning jäi surija juurde. Hommikul kl 7 võis ta nentida surma. Hiljem ei olnud enam võimalik kindlaks teha, kas viivitamatu intensiivravi oleks võinud U elu pikendada.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> J. Sootak (viide 40), lk 335.

<sup>42</sup> *Ibid.*

Dr W anti kohtu alla süüdistatuna tegevusetusega toimepandud tapmises kannatanu palvel ning abi mitteosutamises. Asja arutanud kohus mõistis kohtualuse õigeks. Kohtus lähtuti eeldusest, et arstil ei olnud õigust jätta patsiendi tahet respektseerimata.<sup>43</sup>

Passiivne eutanaasia on juhtumites, kus otsest tegevust ei ole. Näiteks kirjutatakse haigekaardile märge mitte elustada või lülitades hingamisaparaadi välja. Sellist liiki eutanaasiat juhtub haiglates küllaltki tihti. Kui inimest peetakse elus masinate abil, võib ta paluda ravi mitte anda, isegi kui see tähendab surma. Enamus religioone pole selle vastu, kuna leitakse, et elu lõpeb loomulikult. Seda liiki eutanaasiat ei defineerita kui enesetapu abistamist. Paljudes kohtades on see sanktsioneeritud seaduseandjate poolt ja laialdaselt doktorite poolt praktiseeritud.

Näiteks passiivne eutanaasia oleks juhul, kui 95-aastasele, tugevate valudega vähkipõdevale nõdrameelsele voodihaigele vanainimesele ei süstita riigis kättesaadavaid kõige kallimaid vajalikke rohte ega viida lennukiga välismaale kõige kuulsamasse kliinikusse ravile. Ehk juhul, kui inimene ise ega tema sugulased aktiivselt ei nõua maailma tippravi, piirduakse vaid minimaalsega. Seda siis, kui puudub usk, et nõdrameelne kõrges vanuses voodihaige võiks maailmatasemelise raviga paraneda.

### **2.2.1. Soovitud passiivne eutanaasia**

Patsiendi motiivid võivad siin olla erinevad: vältida edasist piinlemist, mitte lükata edasi seda, mis nagnii varsti tuleb vms. Sellise soovi avaldamise õigus on ainult patsiendil ning siinjuures on vaja arvestada vastavaid tingimusi:

- 1) patsient on teadvusel,
- 2) tal on piisavalt teavet oma tervisliku seisukorra kohta,
- 3) puudub igasugune väline, ka sugulastepoolne surve.<sup>44</sup>

Antud otsuse vormistamisel võivad kõne alla tulla teatud lisanõuded, näiteks, kas vormistada nõusolek kirjalikult, on vaja tunnistajate juuresolek jne. Tegemist on tüüpilise passiivse eutanaasiaga, kus puudub igasugune tegu surma esilekutsumiseks või isegi selle lähendamiseks, vaid lihtsalt loobutakse surma edasilükkamisest.<sup>45</sup>

Soovitud passiivse eutanaasia mõistega on seotud nn palliatiivne ravi, sotsiaalhoolekande

---

<sup>43</sup> J. Sootak (viide 40), lk 335-336.

<sup>44</sup> J. Sootak (viide 4), lk 26.

<sup>45</sup> *Ibid.*

vastavate asutuste tegevus. On loodud nn surijate kodud, kus nad saavad küll valuvaigisteid ja hooldust, aga mitte enam ravi.<sup>46</sup>

### 2.2.2. Soovimatu passiivne eutanaasia

Siin on tegemist kahe juriidiliselt erineva variandiga.

Esiteks, arst laseb patsiendil surra, ilma, et ta teaks tema soovi. Ravi jätkamine tähendaks vaid piinarikka surma edasilükkamist ja agoonia pikendamist. Surm saabuks vältimatult ka siis, kui arst ei katkestaks ravi ning seetõttu ongi tegemist passiivse eutanaasiaga. Kui on tegemist teadvusetu patsiendiga, kuulub otsustamisõigus arstile, kes võib, aga ei ole kohustatud küsima patsiendi lähedaste arvamust. Teovõimetute (laste, nõrgamõistuslike või nõdrameelsete) puhul ei tohi arst aga ilma eestkostja nõusolekuta ravi katkestada.<sup>47</sup>

Erinevalt eelpooltoodud ravist loobumise juhtumist on siin siiski tegemist mingisugusegi intensiivraviga, enamasti vastavate aparaatide abil. Aparaaadi väljalülitamine tähendab vältimatult patsiendi surma; on teada, et mistahes ravist hoolimata ei suuda arst patsienti enam kunagi päästa. Sellises situatsioonis lähtutakse eeldusest, et arst on volitatud kasutama meditsiinitehnikat, mitte aga vastupidi – meditsiinitehnika otsustab arsti tegevuse üle. Teisisõnu, kriitiline, lahendust tingiv väärtus ei saa olla mitte mõttetut surmaga manipuleerimist võimaldav tehnika, vaid inimese elu ning seda õigushüve aparaati väljalülitav arst ei kahjusta. Siinjuures tuleb arvestada veel mõne kriminaalõigusnormiga, mis kehtestavad arsti vastutuse meditsiinilise abi mitteandmise eest. Teatavasti on arst kohustatud õnnetusjuhtumi, haigushoo vms korral alati osutama abi. Meditsiiniliselt või see osutada vaid lootusetu seisukorra nentimiseks, kuid sellest ei tohi arst kunagi loobuda.<sup>48</sup>

Teiseks, kui arst keeldub ravi jätkamast või alustamast, ehkki seda nõuab patsient. Kui arsti sellise teo tagajärjel saabub patsiendi surm, on tegemist tapmisega tegevusetuse vormis. Võib konstrueerida ka vahevariandi – kui arst keeldub patsienti ravimast, too nõuab seda, surm saabub aga olenemata sellest, kas arst oleks ravi jätkanud. Siin on arst rikkunud oma kutseeetikat, kuid tegemist on passiivse eutanaasiaga, kus arst ei kutsu esile surma.<sup>49</sup>

---

<sup>46</sup> J. Sootak (viide 4), lk 26.

<sup>47</sup> *Ibid.*

<sup>48</sup> *Ibid.*

<sup>49</sup> *Ibid.*

### 2.2.3. Kaudne eutanaasia

Olukord, kus arst annab patsiendile valuvaigisteid või muid ravimeid vaevuste leevendamiseks, need aga võivad esile kutsuda surma kiirenemise. Arst täidab oma kohust, teades muidugi sealjuures, et valude või vaevuste leevendamiseks vajaminev ravimidoos nõuab reeglina pidevat suurendamist ning on jõudmas või juba jõudnud organismi taluvuse piirile, see tähendab doosini, mis võib olla surmav. Ravimi toime on teoreetiliselt küll täpselt teada, kuid organismi reaktsioon ei ole alati prognoositav. Arst on küll teadlik riskist, kuid ta ei saa loobuda ka oma kohustuste täitmisest. Patsient on seisundis, kus ta nagunii lähemal ajal sureb, kuid vahetu surmapõhjus seisnes ravimidoosis, mida organism välja ei kannatanud. Formaalselt on patsiendi surma põhjustanud arst, kriminaalõiguslikult tegutses ta ettevaatamatuse või kaudse tahtlusega.<sup>50</sup>

Arsti tegevuse juriidilisel hindamisel võib lähtuda nn kohustuste kollisiooni vormelist. Nimelt kehtib reegel, et vastuolude korral, kus isik peab täitma kahte kohustust ning need mõlemad toovad kaasa õigusvastase tagajärje, st kahjustavad mingit õigushüve, tuleb tegutseda nii, et säiliks väärtuslikum hüve. Inimelu (väärikus) on aga kõrgeima väärtusega hüve ja seega on kohustuste kollisiooni vormeli järgi hinnates arst süüdi – tema tegevus kahjustas elu. Sellele lahendusele vaieldakse siiski vastu ning püütakse kohustuste kollisiooni vormelit tõlgendada nii, et niiöelda miinuspoolele jääb ainult üks kahjustatud hüve (elu), plusspoolele aga kaks: arst täidab oma ametikohustusi kui niisuguseid, ning teiseks, ta tegutseb otseselt patsiendi huvides (leevendades tema kannatusi). Õigusdogmaatilisele ei ole selline aritmeetika kuigi veenev, sest inimelu ei ole nagunii võrreldav mistahes teiste hüvede hinnaga.<sup>51</sup>

Terve mõistus ütleb, et arst ei saa sellisel juhul olla süüdlane tapmises. Sellega on ilmselt nõus nii arstid kui ka juristid. Kuid ülaltoodud õigusdogmaatiliste konstruktsioonidega ei saa vähemalt kuriteomõiste piires arsti süütust põhjendada, sest kasvõi ettevaatamatusest patsiendi surma põhjustanud arst käitub õigusvastaselt ja süüliselt. Õiguskord ei saa pidada lubatavaks tegu, mis seisneb inimese ravimise asemel tema surmamises. Süü kui eetilise etteheide on põhjendatav arsti arusaamaga oma otsusest riskida, kutsuda esile surm, see tähendab kahjustada kõrgeimat õigushüve. Süü kriminaalõiguslikus mõttes võib puududa ehk ainult juhul, kui arst adus võimalust, et suurendatud ravimidoos ei kutsu esile surma, vaid

---

<sup>50</sup> J. Sootak (viide 4), lk 26-27.

<sup>51</sup> *Ibid*, lk 27.



võib vähesel määral selle saabumist kiirendada. Kuid antud situatsioon jääb kirjeldatavast tegelikult välja, sest puudub ettevaatamatus kui subjektiivne koosseisuelement.<sup>52</sup>

Juristid on läinud siin kõige radikaalsemat teed, mis nende käsutuses on. Nimelt väidetakse, et küsimus puudutab õiguskorra selliseid aluseid nagu tapmiskeeld. Teiste sõnadega, siin arvatakse olevat tegemist ühega nendest vähestest eranditest, kus tapmine (õigemini inimese surmamine ehk tema surma põhjustamine) on õiguspärane, lubatud. Selline põhjendus võib olla küll arstidele solvav, kuid teisiti praegu kaudse eutanaasia õiguspärasust õigusdogmaatilisel seletada ei osata.<sup>53</sup>

### **2.3. Aktiivne eutanaasia**

Aktiivne eutanaasia on patsiendi surmamine tema piinade lõpetamise ja valude leevendamise eesmärgil. Siin ei ole surm vaevuste leevendamisega kaasnev, vaid selle vahend. Seega mitte abi suremisel, vaid suremiseks. Sellist tegevust ei saa õigustada kohustuste kollisiooniga, sest patsiendi surmamine ei ole arsti kohus. Surma saabumine on siin paratamatu ja eesmärgipärase tegevuse tulemus. Ka puhtloogiliselt ei saa õigustada situatsiooni, kus isik, keda ollakse kohustatud abistama, selle asemel tapetakse.<sup>54</sup>

Näiteks Suurbritannia seaduste kohaselt suhtutakse aktiivsesse eutanaasiasse üheselt: „Kui vastav tegu tehti kavatsusega patsient surmata ja kui ka tegelikult on tulemuseks surmamine, siis pole tähtsust, kas loomuliku surmani jäi nädal, kuu või aasta, ikkagi on tegu tahtliku tapmisega.“ Seega on esmatähtis tahtlus, mitte motiiv – kui arst kavatseb surma põhjustada, vastutab ta nagu iga teine.<sup>55</sup>

On tehtud ettepanek lülitada eutanaasiaga seonduvalt kriminaalseadusesse uus kuriteokoosseis – „halastussurm“. Seda pole küll tehtud ega ilmselt ka tehta, kuid ikkagi ei taha kohtud omakasupüüdmatut „piinadest vabastajat“ süüdi mõista tahtlikus tapmises. Eriti kehtib see juhtudel, kus näiteks sugulased on suure andumusega haige eest hoolitsenud ja lõpuks otsustavad ta piinadest vabastada. Põhimõtteline alternatiivne võimalus nimetatud delikaatset probleemi lahendada on kvalifitseerida tegu surma põhjustamisena ettevaatamatuse tõttu või

---

<sup>52</sup> J. Sootak (viide 4), lk 27.

<sup>53</sup> *Ibid.*

<sup>54</sup> *Ibid.*

<sup>55</sup> J. K. Mason, R. A. McCall Smith. *Op cit*, lk 140.

süüdistatava psüühikahäire tuvastamisel kohaldada piiratud süüdivuse põhimõtet.<sup>56</sup>

Veel suhteliselt hiljuti oleks eutanaasiaküsimuse niisugune praktiline lahendamine üldsust rahuldanud. Nüüdseks on aga vaidlused taas hoogustunud ja teatud ulatuses on see kahtlemata ajendatud olukorrast Hollandis, kus praktiseeritakse ulatuslikult aktiivset eutanaasiat. Väidetavalt oli 1991. aastal Hollandis kõigist surmajuhtudest ligi 2% tegu eutanaasiaga (st ca 2300 eutanaasia- ja 400 enesetapule kaasaitamise juhtu aastas).<sup>57</sup>

Õiguslikult kuulub siia ka teine situatsioon muust valdkonnast. Näiteks kui õnnetusjuhtumi tagajärjel või muul põhjusel on kannatanu jäänud kinnikiilutuna autosse ning teda ähvardab piinarikas surm uppumise või plahvatuseläbi. Ohus mitteolev kaaslane surmab oma kaaslase, et kergendada tema surma. Kuid inimest ei tohi tappa isegi mitte tema surma kergendamiseks.<sup>58</sup>

Kriminaalõigusdogmaatilisel on püütud seda situatsiooni seletada nn õigustava hädaseisundiga – ärahoitud kahju (piinarikas surm) on suurem kui tekitatud kahju (valu surm). Tuleb aga silmas pidada, et mõlemad pooled võivad situatsiooni hindamisel eksida ning inimesele teise inimese elu ja surma üle otsustamisõiguse andmine võib tekitada nn läbimurdeefekti, st tuua kaasa üha enam erandeid tapmiskeelust. Küll ei ole aga antud situatsioonis õigusvastane ega kuritegelik tingimuste loomine enesetapuks.<sup>59</sup>

Arsti tegevust eutanaasia korral ei saa hädaseisundi eeskirjadega hinnata, sest arst ei ole sundseisus, vaid ta peab tegema viimase hetkeni oma tööd.<sup>60</sup>

Aktiivset eutanaasiat võib leida sellistes juhtumites, kus antakse surmav süst või üledoos morfiini kellelegi, kes pole masinatega ühendatud (hingamisaparaat jms). Enamus maades peetakse seda kuriteoks. Kogu ajaloo vältel on arstid tunnistanud, et on aidanud patsiente suremisel, kuigi see on kuritegu. Raske on tuvastada, kui tihti seda juhtub, kuna enamik inimesi ei taha sellest rääkida kartes õiguslikke tagajärgi.

Aktiivne eutanaasia eeldab kõrvalolijate aktiivsemat sekkumist. Näiteks kui 43-aastasele mehele teatab arst, et tal on avastatud kiiresti edenev ja lähikuudel vältimatult surmatoov vähktõbi, mille viimased päevad võivad olla füüsiliselt vaevalised. Kui see mees leiab, et ta ei tahaks surma määratuna taluda paarinädalast talumatuid valuhooge ning palub arstilt nõu –

---

<sup>56</sup> J. K. Mason, R. A. McCall Smith. *Op cit*, lk 140-141.

<sup>57</sup> *Ibid.* *Op cit*, lk 141.

<sup>58</sup> J. Sootak (viide 4), lk 27.

<sup>59</sup> *Ibid.*, lk 27-28.

<sup>60</sup> *Ibid.*, lk 28.

kuidas, selle asemel, et poomisega oma elu lõpetada, võiks elu lõpetada vähem ebameeldivalt – neelata mingit ravimit. Selle tulemusena saabub surm enne, kui vähitõve viimase vaatuse talumatud valuhood.

## 2.4. Tapmine patsiendi palvel

Sisuliselt ei ole siin tegemist eutanaasiaga, sest abi suremiseks osutatakse mitte valude või vaevuste leevendamiseks vaid vastu tulles patsiendi soovile, kes ei taha elada ülejäänud elu liikumisvõimetu invaliidina, või näiteks vastu tulles sugulaste soovile, kes ei soovi või suuda hooldada nõrgamõistuslikku.<sup>61</sup>

Aktiivset eutanaasiat ja tapmist patsiendi palvel on üritatud põhjendada, argumentidega, et elu puutumatus põhimõte ei ole nagoonii absoluutne (tapmine hädakaitse seisundis on lubatud). Eutanaasia puhul tuleks võtta aluseks: elu elamisväärsus. See oleks määratletud mitte antihumaansete inimeseväliste kriteeriumidega (rassi või riigi huvid, idee jne) vaid inimesekeskselt. Seega oleks aktiivse eutanaasia aluseks inimese soov mitte elada tema arvates mitteelamisväärset elu.<sup>62</sup>

Toodud eutanaasia liigitus ei ole loomulikult ainuvõimalik. Seda on kritiseerinud ka K. Stellamor, kes nimetab eutanaasia suretamisabiks, mis hõlmab kõiki surma põhjustavaid või suremist kiirendavaid abinõusid ja võtteid. Suremistoetuse all tuleks mõista kõiki arstlikke ja põetuslikke pingutusi, mis väldivad või leevendavad surija vaeva ilma elu lühendamata.

Mõiste „abi suremisel“ kätkeb õigusteaduslike ja meditsiiniliste seisukohtade lähenemist ja niisugust õigusõpetuse arengut tuleb K. Stellamori arvates tervitada. Valuleevendus alkaloididega, millel võib teatud olukorras olla deprimeeriv toime elutähtsaile kesknärvisüsteemi keskustele (eeskätt hingamiskeskusele), mida rakendatakse ka siis, kui arvestada tuleb võimaliku, kuid mitte alati tekkiva elulühendamise, peab olema lubatud. See ei ole samastatav kaudse eutanaasiaga – tolle puhul on tegemist suretamisabiga, millega kaasneb elu lühenemine, olgu see siis rohkem või vähem soovitud – , mis vastab tapmismõistes kaudsele tahtlusele (st et tegija küll ei soovi tagajärge, peab seda aga võimalikuks ja lepib sellega, kui see tõepoolest saabub).<sup>63</sup>

---

<sup>61</sup> J. Sootak (viide 4), lk 28.

<sup>62</sup> *Ibid.*

<sup>63</sup> K. Stellamor. *Op cit*, lk 2374-2375.

Õigusõpetuse kohandamine meditsiinitegelikkusega ei muuda midagi põhimõttes, et inimelu on kõrgeim õigushüve. Seda põhimõtet on ammust ajast toetanud ja kinnitanud Hippokratese arstieetika. (Hippokratese vandest: „Ma ei anna kellelegi surmavalt toimivat mürki, isegi kui ta seda minult palub, ka ei anna ma sellele sihitud nõu.“).<sup>64</sup>

Suremistoetuse all mõistab K. Stellamor kõikide meetmete kogumit, mis aitavad pikendada surija elu, vähendada vaevusi ning tema vabadust säilitada. Eetiliselt ja pastoraal-mediitsiiniliselt tuleb hoiduda suremistoetusest, kui elu pikendatakse järelemõtlematult, st ei võeta arvesse, kas ja kuidas suureneb vaev ning aheneb vabadus. *Principium duplicis effectus* sallib soovimatuid tagajärgi (elu lühenemine) siis, kui vahetult taotletakse positiivset, head mõju (vaevuste vähenemist) ja see moraalselt kaalukamana prevaleerib teiste, soovimata tulemuste üle.<sup>65</sup>

## 2.5. Varajane eutanaasia

Varajane eutanaasia – raskelt kahjustatud vastsündinu surra laskmine. Välistades mõistagi eugeenilised kaalutlused, tuleb tunnistada siiski selliste olukordade olemasolu, kus ebari surra laskmine on humaanne. Praktiliselt tuleb siin kõne alla kaks varianti, kus nimetatud tegevus on seisuseõiguslikult seaduslik:

- 1) sellised juhtumid, kus ravimine võimaldaks vastsündinu surma üksnes edasi lükata (näiteks raskekujulised ravimatud südamekahjustused);
- 2) siis, kui on välistatud, et vastsündinu areneks kunagi kommunikatsioonivõimeliseks (näiteks raskete ajukahjustuste korral, mis tingivad poolteadvusetu bioloogilise vegeteerimise).<sup>66</sup>

Meditsiiniliselt ei pea arst „kõiki ravivõimalusi ammendama“, otsustamisel tuleb lähtuda „humaansetest ja eetilistest kriteeriumidest“. Otsuse vastuvõtmisel tuleb siiski nõu pidada lapse vanemate või muude eestkosteõiguslike isikutega.<sup>67</sup>

---

<sup>64</sup> K. Stellamor. *Op cit*, lk 2376.

<sup>65</sup> *Ibid*, lk 2379.

<sup>66</sup> J. Sootak (viide 40), lk 336.

<sup>67</sup> *Ibid*.

## **3. EUTANAASIA POOLT JA VASTU ARGUMENDID**

### **3.1. Argumendid eutanaasia poolt**

On olemas mitmeid põhilisi argumente, mis toetavad eutanaasiat. Enne nende analüüsimist on oluline märkida, et nende osas on täpsus ja selgus hädavajalikud. Ei ole sobilik lihtsalt mainida põhjendusi eutanaasia kasuks (nagu autonoomia ja sümpaatia), seejärel tõdeda, et eutanaasia on lubatav ning siis liikuda edasi selle kohaldamise seaduslike mehhanismide juurde. See on seetõttu, et teguviisi õigustamine ja selle käsitusala on lahutamatult seotud. Näiteks, kui loogiliselt võttes peaks eutanaasia olema kättesaadav kõigile neile, kes kogevad taluvusepiiri ületavaid kannatusi – kaasa arvatud näiteks alaealised ja vaimupuudega – olenemata, kas neil on surmaga lõppev haigus või ei. Samas, kui soovikohase eutanaasia aluseks on autonoomia, siis peaks elu kiirendatud lõpetamine olema kättesaadav võimalus kõikidele iseseisvatele isiksustele, sest võime teha iseseisvaid otsuseid ei ole sõltuv valust.

Selgub, et kummagi poole osa argumentide veenvus sõltub vastavalt sellele, kumb normatiivne eetika omandatakse. Seega näiteks õigus autonoomiale võib olla kaalukam argument õigustele baseeruva teooria kontekstis kui utilitaarses eetikas.

#### **3.1.1. Autonoomia argument**

Ajalooliselt on ilmselt kõige mõjuvam eutanaasia poolt esitatud argument vabadus ja autonoomia, mis oma lihtsaimas ja mõjuvaimas vormis tähendab, et pädeva surmaga lõppevalt haige patsiendi ja koostöövalmis arsti takistamine tegutsemast patsiendi soovi järgi tema elu lõpetada, on individuaalse vabaduse õigustamatu rikkumine.<sup>68</sup> Õigus autonoomiale on olnud võib-olla debati kõige emotsionaalsemate hüüdlauseste ajendiks, kaasa arvatud:

---

<sup>68</sup> H. Kuhse, P. Singer. Active voluntary euthanasia, morality and the law. – Journal of Law and Medicine, 1995, N 129, p 131.

„Kelle elu see on?“; „See on minu ja mitte kellegi teise elu“; „Anna mulle vabadus ja anna mulle surm“; ja „õigus surra väärikalt.“<sup>69</sup>

Autonoomia olemust on defineeritud mitmel moel. Seda on kasutatud sünonüümina tahtevabadusele, suveräänsusele, vabadusele ja iseotsustamisele või võrdsustatud iseteadlikkuse, vastutuse, väärikuse ja rikkumatusena (aususega). Seda on identifitseeritud enda maksmapanekuga, kriitilise endassesüüvimisega, kohustusest vabanemisega, välise põhjuslikkuse puudumisega ja igäihe enda huvidest teadlik olemisega. Selle olemus on seotud tegude, uskumuste, tegutsemispõhjuste, reeglite, teiste tahte, mõtete ja põhimõtetega. G. Dworkini valgustav arutlus autonoomiast toob välja, et ainukesed ühised punktid vaadete erinevustes ja autonoomia definitsioonides on, et see on soovitud mõiste, seondub isikutega ja tuumiktähenduse olemasolu on kaheldav.<sup>70</sup>

Paljud filosoofid rõhutavad autonoomiast rääkides selliseid mõisteid nagu vabadus ja enesedefiniitsioon. Niisiis, G. Dworkin pakub, et autonoomia võimaldab inimestel „defineerida oma olemust, anda tähenduse ja sidususe enda elule ja võtta vastutuse selle eest, millised inimesed nad on.“<sup>71</sup> J. Rawls omakorda pakub, et „autonoomselt tegutsemine tähendab tegutsemist põhimõtete järgi, millega me nõustuksime kui vabad ja võrdsed mõistuslikud olendid.“<sup>72</sup> J. Harris identifitseerib autonoomiat kui võimet kontrollida oma saatust läbi oma oskuste (võimete) elluviimise<sup>73</sup> ja J. M. Finnis võrdsustab seda võimega „ellu viia individuaalseid vabadusi teha mida tahad.“<sup>74</sup> Üheksanda ringkonna kohtunik Reinhart, võttes arvesse Washingtoni õiguse seaduslikkust abistatud enesetapu juures, väidab, et „vabaduse keskmeks on õigus defineerida igäihe enda mõisteid olemasolust, tähendusest, universumist ja inimelu salapärasusest.“<sup>75</sup> Ühine joon, mis neist definitsioonidest esile tõuseb on, et autonoomia on igäihe võime elada oma elu, nagu ta seda soovib.

Autonoomia on individualistlik mõiste ja seetõttu on loomulik kalduvus seostada õigust autonoomiale või vabadusele deontoloogiliste teooriatega. Siiski, kõige kuulsam väide, mis puudutab selle ülimuslikkust, kuulub utilitaristist filosoofile J. S. Millile: „Ainus eesmärk, milleks inimkond on volitatud, individuaalselt või kollektiivselt, sekkudes enda hulgast

---

<sup>69</sup> K. Amarasekara, M. Bagaric. *Euthanasia, morality and the law*. Vol 19. New York [etc]: Peter Lang Publishing, 2002, p 29-30.

<sup>70</sup> G. Dworkin. *The Theory and Practical of Autonomy*. Cambridge University Press, 1986, p 5-6.

<sup>71</sup> *Ibid*, p 20.

<sup>72</sup> J. Rawls. *A Theory of Justice*. Harvard University Press, 1972, p 516.

<sup>73</sup> J. Harris. *The Value of Life: An Introduction to Medical Ethics*. London: Routledge Kegan Paul, 1985, p 195.

<sup>74</sup> J. M. Finnis. *Living Will Legislation in L. Gormally (ed). Euthanasia Clinical Practice and the Law*. London: Linacre Centre, 1994, p 171.

<sup>75</sup> D. C. Thomasma et al. *Asking to Die: Inside the Dutch Debate About Euthanasia*. – Kluwer Academic Publishers, 1998, N 7, p 16.

kuitahes paljude tegutsemisvabadusse, on enesekaitse. Ainus põhjus, miks võib tsiviliseeritud ühiskonna mistahes liikme vastu õigustatult kasutada jõudu vastu tema tahet, on selleks, et ennetada kahju teistele. Tema enda heaolu, ükskõik, kas füüsiline või moraalne, ei ole piisav volitus.“<sup>76</sup>

Lühidalt, väidab J. S. Mill, et meil ei ole kunagi õigustust takistada kellegi vabadust tema enda heaolu pärast ja, et vabaduse takistamine saab olla õigustatud üksnes teiste kaitsmise eesmärgil. Väliselt tundub, et autonoomia argument esmapilgul toetab täielikult informeeritud patsienti ja arsti toime panema eutanaasiat: „põhjustades kellegi surma viisil, mida teised heaks kiidavad, aga tema peab jubedaks vastuoluks oma elule, on hävitav, jälk türannia vorm.“<sup>77</sup>

Eutanaasia pooldajad väidavad, et eutanaasia legaliseerimine lubab patsientidel valida oma surma aja ja viisi ja seega kindlustab, et õigus autonoomiale on kaitstud. Siiski on selle argumentiga mitmeid potentsiaalseid probleeme.<sup>78</sup>

Eutanaasia on vabatahtlik, seega need, kes ei taha, ei pea seda kasutama. Variant autonoomia argumentist on, et arvestades enamiku lääne-ühiskondade pluralistlikku loomust ja erinevaid moraalseid vaatenurki, mis neis eksisteerivad, peaks individuaalne autonoomia olema ülimuslik ja seega eutanaasia lubatav neile, kes tahavad seda ära kasutada. Nende ühiskonnaliikmete, kelle jaoks eutanaasia on vastuvõetamatu, vaateid „austatakse vaikimisi valikupõhise eutanaasia idees endas – see on valik (nagu leevendav ravi ja ravist hoidumine), mis on kättesaadav neile, kes seda soovivad ja see ei ole suremise viis, mida kõik peavad kasutama.“<sup>79</sup>

See argument omandab subjektiivse või relatiivse moraalimõiste. Siiski see ei ole järjekindel arvestades eutanaasia pooldajate valmisolekut pidevalt rääkida ülejäänud ühiskonnale, kuidas see peaks kohtlema neid, kes väljendavad soovi surra – kui moraal on tõesti isikliku eelistuse asi, siis on ka eutanaasia pooldajatel universaalsete moraalnormide kaitsmine (propageerimine) tõkestatud (isegi nende, mis rõhutavad isikliku vabaduse ideaali).

Edasi, toob argument kaasa selle, et kõik selgelt laiduväärt tegevuste tüübid on õigustatud ja väljaspool moraalset tsensuuri. Näiteks annab argument mõista, et tegevused nagu orjapidamine on õigustatud seni, kuni isik valib orjaks olemise. See on selgelt vale, kuna toob

---

<sup>76</sup> K. Amarasekara, M. Bagaric. *Op cit*, p 30.

<sup>77</sup> R. Dworkin. *Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia and Individual Freedom*. New York: Knopf, 1993, p 46.

<sup>78</sup> K. Amarasekara, M. Bagaric. *Op cit*, p 31.

<sup>79</sup> H. Kuhse, P. Singer. *Op cit*, p 131.

kaasa selle, et kõik enesesse puutuvad teod on moraalselt lubatavad. Kui tegevus on objektiivselt moraalselt vale, ei ole nõusolek, kuitahes informeeritud, asjassepuutuv. Asjaolu, et tegevus toimib isiku vabatahtlikul kaasatusel, on üks paljudest aspektidest, mis on selle tegevuse moraalsele staatusele olulised. Kui hoolimata nõusoleku või autonoomia olemasolust ei loeta tegevust ikkagi valeks, ei saa nõusolekut või autonoomiat taas kohaldada selleks, et ümber pöörata algset moraalset hinnangut. Ei saa *double dip* ja ära kasutada autonoomia efektiivsust (väärtust, eelist, paikapidavust) selleks, et ümber lükata „kohtuniku otsust“.<sup>80</sup>

Teine võimalik vastus, kättesaadav eutanaasia vastastele, on, et tänu eutanaasiaga seostatavatele halbadele tagajärgedele ei püsi kord legaliseeritud eutanaasia vabatahtlikuna väga kaua. Selle vastuse veenvust peab kaaluma nende võimalike halbade tagajärgede valguses.

### 3.1.2. Kaastunde argument

Kaastunde või halastuse argumenti on kirjeldatud kui „vabatahtliku eutanaasia legaliseerimise kaasuse nurgakivi.“ Argument ütleb, et on julm keelata väärikat lahkumist inimesele, kes on suures valus ja kelle surm on vältimatu, kui ta seda palub: „suremine on elamise lahutamatu osa ... järelikult õigus surra väärικalt peaks olema kaitstud sama hästi kui õigus elule iga muu aspekt. Riigi takistused (keelud), mis sunnivad õudsat, valulikku surma ratsionaalsele, kuid võimetule (jõuetule) surmaga lõppevat haigust põdevalt patsiendile, on solvang inimväärικusele.“ Samas laadis on märgitud, et „eutanaasia pooldajad väidavad, et vabatahtliku eutanaasia seadusega tõkestamise jätkumine küündib julma ja alandava kohtlemiseni ja julmus on pahe, mida peab vältima nii kaua kui võimalik.“<sup>81</sup>

Eutanaasia kuluaaripoliitika peab kaastunde argumenti oma peamiseks populistlikuks vahendiks. Seda oli värvικalt näha Austraalias 1995. aastal surmaga lõppevalt haigete patsientide õiguste akti (NT) debatil televisioonireklaamide vormis, kus kujutati surevaid inimesi anumas, et neil lubataks surra.<sup>82</sup>

Seega eutanaasiat näidatakse kui südamlικku žesti ja, võib-olla rohkem kui mõni teine debati omadus, on eutanaasia *lobby*-töö võimekus võita „kaastunde-hääli“ selle laialtlevivuse tulemus.

---

<sup>80</sup> K. Amarasekara, M. Bagaric. *Op cit*, p 36-37.

<sup>81</sup> M. Otlowski. *Voluntary Euthanasia and the Common Law*. Oxford University Press, 1997, p 203.

<sup>82</sup> K. Amarasekara, M. Bagaric. *Op cit*, p 37.



Siiski, empiirilised tõendid heidavad kahtlust kaastunde argumendi tugevusele. Leevendava ravi standard lääneriikides on tänapäeval selline, et väga vähesed surmavalt haiged patsiendid taluvad väljakannatamatut valu. Umbes 95% surmavalt haigete patsientide juhtumitest on valu üleelatatav ja ülejäänud 5% puhul saab seda osaliselt leevendada<sup>83</sup> – kuigi kõige kõrgemal tasemel leevendav ravi ei ole kõikidele patsientidele kättesaadavgi. Rimmelinki aruandes väideti 1992. aastal, et väärikuse kadumine oli eutanaasia palumise levinuim põhjendus; alla 5% patsientidest andis põhjuseks väljakannatamatu valu. Edasised uuringud on näidanud, et peamine põhjus, miks patsiendid paluvad eutanaasiat, on mitte valu, vaid sõltumatus kadumine ja üksindus.<sup>84</sup> Seda kinnitavad Oregonist pärit veelgi hiljutisemad andmed, mis näitavad, et levinuim põhjendus elu lõpetamisele on autonoomia kaotamine (2000, 93%; 1999, 78%; 1998, 75%); võimetus osaleda tegevustes, mis muudavad elu nauditavaks (2000, 78%; 1999, 81%; 1998, 69%) ja, mure olla oma perekonnale ja sõpradele koormaks.<sup>85</sup>

Eelneva valguses peab kaastunde argumendi jaotama kaheks. Esimene on toimetulek ravitava kannatusega, teine vältimatuga. On olemas kaks võimalust leevendada füüsilist ennetatavat kannatust. Me saame kas lubada eutanaasiat või pikendada leevendavat ravi. Viimane tundub olevat eelistatuim valik; kindlasti on see rohkem kooskõlas ühiskondlike normidega. Inimtegevuse kõikides valdkondades ei nähta surma põhjustamist rahuldava lahendusena, kui tegeletakse isikutega, kes ühel või teisel põhjusel leiavad end ekstreemsetes või rasketes olukordades. Ükskõik kui haletsusväärne, raisatav või ohtlik tundub elu, pühendatakse ulatuslikke avalikke ressursse tulemaks toime käsitletava probleemiga.<sup>86</sup>

Surma põhjustamine on ka variant inimestele, kel on teised „raskused“, nagu vaimuhaiged, orvud, vaesed, krooniliselt haiged ja need, kellel on vägivaldne meelelaad. Siiski, tänapäeval ei peeta surma teostatavaks viisiks selliste isikutega tegelemisel. See on ka vabalt mõistetav arvestades, et inimellu, igasugusesse inimellu, suhtutakse selleks liialt kõrgelt.<sup>87</sup>

Tavaliselt enne surmamist ammendatakse kõik muud võimalused. Seega (välja arvatud erandlik olukord mõnel pool Ameerika Ühendriikides – kus surmanuhtlust veel kohaldatakse) pühendab ühiskond tohutuid ressursse majutamaks isegi oma kõige jälgimaid ja närusemaid kodanikke – tõeliselt vägivaldseid kriminaale. Kuigi vangi analoogiat võib kritiseerida, kuna enamus vange soovib elada, kehtestatakse sama põhimõtet, et surma ei nähta lahendusena,

---

<sup>83</sup> M. Ashby. *Hard Cases, Causation and Care for the Dying*. – *Journal of Law and Medicine*, 1995, N 3, p 155.

<sup>84</sup> C. Seale, J. Addington-Hall. *Euthanasia: why people want to die earlier*. – *Social Sciences and Medicine*, 1994, N 39, p 647.

<sup>85</sup> Department of Human Services. Available: <http://www.ohd.hr.state.or.us>, 9 May 2008.

<sup>86</sup> K. Amarasekara, M. Bagaric. *Op cit*, p 38.

<sup>87</sup> *Ibid.*

isegi juhtudel, kus isik ise ei väärtusta oma elu ja soovib surra. Palju ressursse pühendatakse enesetappude ennetamisele ja sellele kalduvate inimeste ees seisvate probleemidega tegelemisele, olenemata, kas probleemid tulenevad eneseväärikuse puudumisest, depressioonist, töötusest vms. Sarnaselt võib argumenteerida, et ennetatava kannatusega tegelemisel me peaksime pikendama (laiendama) ravi, mitte tapma. Vastavalt sellele on ravitava kannatuse puhul kaastunde argument rohkem emotsionaalne kui tegelik.<sup>88</sup>

Nende puhul, kelle juures on tegemist vältimatute kannatustega, on asi tõsisem (tugevam). Kuigi siin on oluliseks omaduseks selliste juhtumite suhteline nappus. Seadustada midagi, mis puudutab üksnes väga väikest osa ühiskonnast, on tavapäraselt ebamõistlik: rasked juhtumid loovad halva õiguse. See on seetõttu, et tihti on raske lahterdada seadusandluse mõju väikesele sihtgrupile ja üldine tulemus võib teha rohkem kahju kui kasu.

### **3.1.3. Majanduslikud kaalutlused**

Võib väita, et me peaksime püüdma saada maksimaalset vastutasu oma tervishoiu eest makstava raha eest ja on ebaõige paigutada sedavõrd palju ressursse nendesse, kes peagi niikuinii surevad – kulu/kasu analüüsi kohaselt on kaugelt parem esiplaanile seada nende patsientide huvid, keda on võimalik terveks ravida.

Oleks absurd väita, et me peaksime alati tegema kõik, mis võimalik, et eluaega pikendada, arvestamata patsiendi soovidega või patsiendi väljavaadetega elada elu, mida igauks peaks elamisväärseks. Eraldi julmusest ja autonoomia keelamisest, mida selline tee kaasa tooks, eeldaksid meie niigi koormatud tervishoiu-ressursid märkimisväärseid kärpeid muudes valdkondades, mida oleks raske kaitsta.

Sarnasel moel kirjutati Põhjaringkonna Eutanaasia Komiteele (*Northern Territory Select Committee on Euthanasia*): „Ma ei tea, kas te hindate seda, et umbes 50% tervishoiule kulutatud rahast kulutatakse inimestele, kes surevad 12 kuu jooksul. Samal ajal ei ole korralikku veevarustust kohas nagu Hermannsburg, kus lapsed vanuses alla 5 aasta saavad neerukivid. Selline asi ei peaks sellises vanuses lastega juhtuma. See on tõeline tervishoid minu jaoks.“ Tõenäoliselt see probleem tulevikus üksnes kasvab: lootusetult haigete

---

<sup>88</sup> K. Amarasekara, M. Bagaric. *Op cit*, p 38.

patsientide arv kasvab vastavalt meditsiinitehnoloogia arengule ja peagi võib tulla puudu ühiskonna ressurssidest selliste „tähenduseta“ elude pikendamiseks.<sup>89</sup>

Sellele on mitmeid võimalikke vastuseid. Esimene on, et on põlastusväärne mõelda inimest rahaga kontekstis. Kui sellel argumendil võib olla mõningast intuiitivset kaalu, lükkab selle lõpuks kõrvale suur hulk tõendeid, mis näitavad, et nii individuaalne kui riiklik üldine tendents on, et inimestel on hind. Üle maailma võiks iga-aastaselt päästa miljoneid elusid, kui igaiks meist loobuks vähesest hulgast igapäevastest luksustest. Kuigi peab möönma, et me tundume pidavat palju olulisemaks identifitseeritavaid isikuid kui anonüümseid, inimesed tunduvad olema „ehitatud“ sellisel viisil, et kui identifitseeritav isik kogeb valu või kannatusi (või vajab abi), on selle mõju meile palju suurem, kui samaga toimetulevad näotud tundmatud. Seega 1995. aastal kulutas Austraalia valitsus 5,8 miljonit dollarit päästes Prantsuse purjetajat Isabelle Autissieri, kes sattus raskustesse seilates üksinda ümber maailma, kui sama raha oleks võinud päästa tuhandeid nälgivaid inimesi üle maailma.<sup>90</sup>

Võib väita, et tuleks kulutada rohkem raha leevendavale ravile, sellel alusel, et inimkannatuste mõju ei ole ammendatud eelkäsitatud aspektiga – vahest on see sama piinav vaadata kui taluda. Palju ressursse on pühendatud, ja nii see peaks ka jätkuma, leevendavale ravile, kuna see on ainuke vahend leevendada valu surmavalt haigetel patsientidel. Eutanaasia dekriminaliseerimine võimaldaks alternatiivse lahenduse valu leevendamisele ja seega kaob pakiline vajadus vähendada valu leevendava ravi abil. Püüdlus arendada paremat lõplikku ravi või säilitada praegust rahastamist sellisele ravile nõrgeneks ning oleks suur surve tervishoiu juba niigi pingul eelarvele, juhtimaks rahalised vahendid leevendavalt ravilt eemale.

Võitluses tervishoiu rahastamise eest, võib eelistada surmavat haigust põdevaid patsiente ka sel alusel, et mitte ainult ei ole neile seda kõige enam vaja, vaid ka nende ignoreerimise hind on liialt kõrge. Vähem ressursse leevendavale ravile tähendab rohkem valuga surevaid patsiente ja see tähendab vaieldamatult tsiviliseeritud tervishoiusüsteemi ühe kõige nõutavama eesmärgi mittesaavutamist – valu kohene leevendamine.<sup>91</sup>

Kannatused, mida peaksid taluma ülekaalukas enamus surmavalt haigetest patsientidest, kes ei soovi eutanaasiat, kuid kel puudub ligipääs kohasele leevendavale ravile kaaluvad tõenäoliselt üles läbi eutanaasia seadustamise leevendatava valu hulga ja järeleandmise vähesete surijate soovidele. Ka on väidetud, et surmavalt haigetele vajaliku ravi rahastamises

---

<sup>89</sup> A. Browne. Assisted Suicide and Active Voluntary Euthanasia. – Cdn. J. of Law & Juris, 1989, N 9, p 12.

<sup>90</sup> K. Amarasekara, M. Bagaric. *Op cit*, p 39.

<sup>91</sup> E. J. Cassel. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. – The New England Journal of Medicine, 1982, N 306, p 639.

ebaõnnestumine võib lõppeda surves minna kaugemale kui vabatahtlik eutanaasia: „sedavõrd kuivõrd tervishoiu eelarve on üha kitsam, saab nende, kes vähese aja pärast surevad niikuinii, tapmine ravimise asemel järjest rohkem ahvatlevaks võimaluseks ja see oleks nii seda enam, kui eutanaasia oleks lubatud.“<sup>92</sup>

Siiski, lõpuks peavad mõlemad arvamuspooled möönma, et arutelu, kas eutanaasia lubamine toob kaasa väiksemate ressursside jaotamise leevendavale ravile või mitte, on seotud suure hulga spekulatsioonidega. On ilmne, et debatt ei arene sellistel teemadel mõistatades.

On kaugelt enam tulemuslik asuda tervishoiu rahastamise väite juurde otse. Siiani on kõige olulisem küsimus kui palju raha, vastavalt parimatele praegustele prognoosidele, tõenäoliselt säästetakse, kui eutanaasia oleks lubatud? Tundub, et mitte eriti palju. Lähtudes Hollandi ja Ameerika Ühendriikide andmetele kuludest elu lõpul, on arvestatud, et tõenäoliselt eutanaasia märkimisväärselt raha ei säästaks nii absoluutses kui relatiivses mõistes. Parim hinnang on vähem kui 0,07% kogu tervishoiule kulutatavast summast.<sup>93</sup>

Absoluutses mõistes tähendab see ikkagi mitmeid miljoneid dollareid. Siiski debati kontekstis, kus kaalul on nii inimeste elud kui ühiskonna huvid elu säilitada, ei ole sellised numbrid jahmatavad, eriti nende miljardite dollarite valguses, mida enamuse lääneriikide valitsused igal aastal kulutavad projektidele, mis seda palju vähem vajavad, nagu vangide ülalpidamine (mugavus) ja ühistransport.<sup>94</sup>

#### **3.1.4. Arsti huvid ja õigus surra**

Eutanaasia tandril, ei ole arsti huvid, sõnaselgelt väljaõeldud põhjus eutanaasia legaliseerimise pooldamisel. Siiski on arstide (ja teiste tervishoiu-spetsialistide, nagu näiteks õdede) vaated, huvid ja rollid mänginud olulist rolli selles, kui palju kirjandust on sellele teemale pühendatud. Näiteks on olemas suur hulk uuringuid ja muud sarnast, mis on pühendatud tegemaks kindlaks tervishoiu-spetsialistide hoiakuid eutanaasia suhtes ja isegi sellest, kui palju nad juba praegu (tihti varjatult) selle praktiseerimises osalevad. Enamgi veel, on väidetud, et mõjuv põhjus, miks Holland on valinud teistsuguse lähenemise sellises

---

<sup>92</sup> S. G. Potts. Looking for the exit door: killing and caring in modern medicine. – Houston Law Review, 1988, N 25, p 507.

<sup>93</sup> E. J. Emanuel, M. P. Battin. What are the potential cost savings from legalizing physician-assisted suicide? – New England Journal of Medicine, 1998, N 339, p 167.

<sup>94</sup> K. Amarasekara, M. Bagaric. *Op cit*, p 40-41.

fundamentaalses moraalses teemas ülejäänud maailma suhtes on, et selle riigi kohtud ja seadusandja on võimaldanud arstidele peamise rolli eutanaasia legaliseerimise otsustamisel.<sup>95</sup>

Selles osas kujuneb kaks keskset argumenti. Esiteks, on väidetud, et arstide huvid ja suhtumised ei tohiks olla eutanaasia debatis ülehinnatud. Eutanaasia moraalsel staatusel on vähe tegemist arstide valmidusega teha surmav süst või nende üldise suhtumisega sellisesse teguviisi. Eutanaasia lähtub patsiendi huvidest (ja ühiskonna huvidest tervikuna), mitte südametunnistusest või arstide tööelu edendamisest. See ei ole katse pisendada tähtsat rolli, mis võib arstidel debatis olla, arvestades eutanaasia moraalselt aspekti. Kogemuse kaudu saadud teadmised (praegusel juhul surevate patsientide eest hoolitsemine) on väärtuslik panus igas debatis. Seega, arstidel on ilmselgelt palju panustada, mis puudutab teiste informeerimist surmavat haigust põdevate patsientide vajadustest, soovidest ja nõudmistest. Siiski kindlustamaks, et debatt ei kaldu teemast kõrvale, on oluline, et see oleks ka peamine arstide antud panus.<sup>96</sup>

Teine punkt, mis selles osas esile tuleb on, et kuigi arstide huvid on teisejärgulised eutanaasia moraalse staatuse hindamisel, on valgustav viis, mismoodi eutanaasia pooldajad on toime tulnud arstide rolliga vähemalt ühe keskse moraalse teema puhul debatis. Hoolimata kirest, millega mitmed eutanaasia pooldajad kaitsevad „õigust surra“, ei ole nad reklaaminud sellele vastavat kohustust tappa. See näitab palju veendumuse taseme kohta, kui palju pooldajad tegelikult usuvad, et eutanaasia kandidaatidel on parem surra.<sup>97</sup>

### **3.1.5. Eutanaasia pooltargumentide ülevaade**

Eutanaasia toetajad on liialdanud ulatust, millises osas eutanaasia edendab nende autonoomiat, kes väljendavad soovi surra. Pelgalt võimaldades isikul saavutada oma soovide väljendamine, ei tähenda, et isiku autonoomiat on edendatud. Peab vaatama lähemalt asjaolusid, milles soov on tekkinud ja informatsiooni, millel see põhineb. Otsus peab olema vaba ja mõistuslik. On põhjust väita, et paljudel juhtudel ei ole soov surra vastavuses ühe või mõlemaga neist väga olulistest kriteeriumitest. Siiski, lõpuks tundub ebaseenevä väita, et kõikidel juhtumitel, kus väljendatakse soovi surra puudub üks või teine neist eeltingimustest. Seega, eutanaasia täielik keelamine võib mõnikord tähendada õiguse autonoomiale kärpimist.

---

<sup>95</sup> K. Amarasekara, M. Bagaric. *Op cit*, p 41.

<sup>96</sup> *Ibid.*

<sup>97</sup> *Ibid.*

Kuigi see ei ole ikkagi eutanaasia moraalse staatuse juures otsustav. Õigust autonoomiale peab vaatlema teiste võimalike võistlevate huvide kontekstis.

Kaastunde argument ei ole samuti nii võimas, kui alguses võib tunduda. Leevendav ravi suudab kergendada enamuse kannatustest. Siiski ei ole see täielik lahendus – leevendav ravi on piiratud oma efektiivsuses ja väike aga oluline osa patsiente on sunnitud taluma valulikku surma. See on võimas argument eutanaasia kasuks. Siiski peab ka seda kaaluma teiste võistlevate huvidega tasakaalus.

Majanduslikud kaalutlused ei mängi eutanaasia debatis otsustavat rolli. See raha hulk, mis säästetakse surmates need, kes väljendavad soovi surra on relatiivses mõistes peaaegu ebaoluline võrreldes selle hulgaga, mis kaasneb nende olemasolu säilitamisega (võrrelduna avalike kulutustega teistele teenustele ja tegevustele). Arstid on kõige tõenäolisemad eutanaasiat läbi viima. Siiski nende huvid ei ole debati keskmes. Teisi inimesi võib aegsasti koolitada näiteks tegema surmavat süsti ja arsti kohustus leevendada valu ei ole absoluutne ja osaliselt ei küündi kohustuseni tappa.

### **3.2. Argumendid eutanaasia vastu**

Laias laastus on eutanaasia vastu kahte tüüpi argumente. Esimene on, et eutanaasia on vale tulenevalt oma iseloomulikest omadustest; teine on, et see on vale tulenevalt juhuslikest halbade tagajärgedest, mis sellele järgnevad. See on oluline erinevus. Kui ükskord on tekitatud vastuseis tegevusele, pelgalt seostatavate võimalike ebasoodsate kõrvalmõjude osas, on pooldajatele üks lahti tõestamaks oma seisukohti, üritades tegevust turvalisemaks muuta, minimaliseerides võimalikku kaasnevat kahju.

Kummaliselt tundub, et see vahetegu on jäänud eutanaasia debatis suuresti tähelepanuta. Eutanaasia vastased on üldiselt kasutanud halbade tagajärgede argumenti oma peamise relvana ja seda tehes on üllatavalt paljud neist, võib-olla tahtmatult, loovutanud märkimisväärselt palju maad ja kaevanud kaevikuid kaugemale tagasi kui see oleks olnud loogiliselt vajalik. Eutanaasia vastaste stardipunkt oleks pidanud olema rõhutada, et eutanaasia on vale iseeneses ja sejärel toetuda võimalikele juhuslikele halbadele tagajärgedele, et kindlustada oma positsiooni. See on eriti nii, arvestades äärmiselt tugevat argumenti, mida tunduvad ignoreerivat kõik peale kristliku kiriku, et kõik inimesed on pühad ja vääramatud tänu kaasasündinud väärtusele, mida nad kannavad ja seega igasugune elu

kaotamine on ebasoovitav, ükskõik kas see võib või ei või kaasa tuua halbu tagajärgi. Seda argumenti alljärgnevalt vaadeldaksegi.

### 3.2.1. Õigus elule

Selles alapunktis on kaks peamist teemat, millest esimene on elu pühadus ja selle suhe õigusesse elule. Teine peamine teema on õiguse elule olulisus.

Inimelu olulisus on keskne argument, mida eutanaasia vastased kasutavad. Seda argumenti kasutatakse kahel viisil. Esimene on elu pühaduse argument terminoloogias. Teine on õiguse elule aluses. On ebaselge, kas nende kahe vahel on tähenduslik erinevus või on elu pühadus vaid aluspõhimõtte õigusele elule. Viimane tundub olema enam tõenäoline. Kuid lihtsalt öeldes on elu pühaduse argument vaatenurk, et inimelu on väärtuslik ja seda peaks säilitama. Asjaolu, et see on nii oluline, kasutatakse siis õigusele elule alusena.<sup>98</sup>

Seal siiski on võimalik erinevus nende argumentide vahel. Elu pühaduse argument rõhutab olulisust ja ülimalt staatust, mida peaks omistatama elule. Sellel on rohkem absolutistlik toon kui õigus elule argumendil. Sellega on seotud vaatenurk, et elu pühaduse argument, vähemalt pealtnäha, tundub vihjavat, et elu peab säilitama mistahes hinnaga. Elu pühaduse argument tundub eutanaasia debatile esmapilgul rohkem tabav oma kaitsva kõrvaltähenduse (konnotatsiooni) tõttu. Kontrastina, nagu arutletud allpool, saab õigustest tavaliselt loobuda nende õiguste kandja poolt. Seega, elu pühaduse argument võib pakkuda tugevamat vastukaalu eutanaasiale.<sup>99</sup>

Siiski lähemalt vaadates ei ole see nii. Isegi elu pühaduse argumendi pooldajad ei arva vääramatult, et elu peab säilitama mistahes vahenditega. Sellel normil on palju omaksvõetud (moraalseid ja religioosseid) erandeid. Selline klassikaline näide oleks hukkamise valimise läbi väljendatav märterlus religioosse uskumuse eest, pühaduse teotuse ja türannile kuuletumise asemel. Kirik kaitseb märtri otsust allutada oma õigus elule religioossele tõekspidamisele. Märtri konnotatsioon ja tõstmine pühakuseisusesse pakuvad tõendeid, et õigus elule ei ole absoluutne ja sellest võib teatud asjaoludel loobuda. Märterlus teise isiku kätte läbi on eristatav enesetapust, mis on õigusest elule loobumise nurgakivi. Enesetapu sooritamise motiivid varieeruvad eneseohverdusest religioossetel või muudel põhjustel kuni meeleheiteni. Sõda pakub rabavat illustratsiooni õiguse elule haprusele. See õigus ei takista

---

<sup>98</sup> K. Amarasekara, M. Bagaric. *Op cit*, p 55-56.

<sup>99</sup> *Ibid*, p 56.

riigil saatmast sõdureid tõenäolisesse surma, samuti ei takista see sõduril tapmast teist või paljusid teisi, kaasa arvatud süütuid tsiviiliseid. Samuti rikutakse õigust elule kui valitsus seaduslikult hukkab ühe oma kodanikest, hinnates, et tema elu on justkui hüvitis kuriteo eest. Surmanuhtlus eksisteerib mõnes riigis, kaasa arvatud USA, olenemata sellest, et need riigid peavad ennast inimõiguste kaitsemise eestvedajateks. Veelgi enam, surmanuhtluse juriidiline kehtestamine „vaid kõige rängemate kuritegude eest“ (mis ei pea tingimata olema isikuvastased kuriteod) on lubatud Rahvusvahelise Tsiviil- ja Poliitiliste Õiguste Konventsiooni artikli 6 (2) järgi.<sup>100</sup>

Edasi, ei ole põhjust uskuda, et õiguse elule pakutav kaitsefäär ei tugine elu pühaduse argumentidele, arvestades (nagu ka arutletud allpool), et ei ole mingil juhul kindel, et õiguse kandja on alati vaba õigusest loobuma. Vastavalt tundub, et ei ole tähenduslikku erinevust fraaside vahel ja nii kasutatakse terminit õigus elule.<sup>101</sup>

Nüüd arutleme teisel peamisel teemal – õiguse elule olulisus. Loogiliselt võttes on õigus elule kõige põhilisem ja fundamentaalsem kõikidest inimõigustest – selle mittejärgimine muudab kõik teised inimõigused tühjaks. Õiguse elule argument on algselt vaatenurk, et inimelu on püha ja (peaaegu) puutumatu tänu kaasasündinud väärtusele, mida ta kannab ja seda peab soosima ja kaitsma. Igal ühiskonnal on mingi keeld elu võtmise vastu ja „inimelu tahtlik võtmine ... on kuritegu, mida ühiskond mõistab hukka kõige tugevamalt.“<sup>102</sup>

Samuti õigust elule peavad pühaks mitmed rahvusvahelised konventsioonid (nt kodaniku- ja poliitiliste õiguste pakti<sup>103</sup> artikkel 6, inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni<sup>104</sup> (edaspidi *EIÕK*) artikkel 2).

Eutanaasia hõlmab teise isiku kavatsetud tapmist. Esmapilgul rikub see kindlasti õigust elule ja loob selge vastuseisu sellisele tegevusele. Sellise seisukoha võttis Lordide Koda Pretty kaasuses, kus motoorse närviraku haiguse (*motor neurone disease*) all kannatava isiku abikaasa otsis immuniteti kohtupidamise eest, kui ta abistaks oma naisel surra. Lordide Koda sätestas, et 1998. aasta Inimõiguste Akti artikkel elu kaitsmisest ei tähenda õigust surra: „mistahes võivad olla need plussid, mis paljude arvates kaasnevad vabatahtliku eutanaasia,

---

<sup>100</sup> K. Amarasekara, M. Bagaric. *Op cit*, p 56.

<sup>101</sup> *Ibid*, p 56-57.

<sup>102</sup> P. Singer. *Practical Ethics*. Cambridge University Press, 1993, p 85.

<sup>103</sup> Kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvaheline pakt. 26. september 1991. – RT II 1993, 10/11, 11.

<sup>104</sup> Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon. 4. november 1950. – RT II 1996, 11/12, 34.



enesetapu, arsti abistatud enesetapu ja arsti sekkumiseta abistatud enesetapuga, ei ole need aspektid, mis võiksid leida kaitset artikli kaudu, mis on koostatud elu pühaduse kaitseks.“<sup>105</sup>

Siiski normatiivsel tasemel on kolm viisi, mismoodi see esmane seisukoht võib muutuda. Esimene on sellise õiguse olemasolu eitamine. Nagu on arutletud järgmises peatükis, on õiguste diskursus nüüd nii tugevalt seotud tänapäevase moraalse diskursusega, et on ebatõenäoline, et argument kõige fundamentaalsema inimõiguse eitamisest oleks edukas. Siiski võib olla võimalik argumenteerida, et õigus elule ei laiene kõikidele inimolenditele – eriti neile, kes võiks olla eutanaasia kandidaadid.<sup>106</sup>

Loobumise aspekt annab teise viisi, mismoodi õigus elule võiks olla ületatav. Kui õigusest saab kohaselt lahti öelda, ei saa see olla varajase surma takistuseks.<sup>107</sup>

Kolmandaks võib väita, et kui ka kõik inimesed pooldavad loobumatut õigust elule, ei anna see lõplikku argumenti eutanaasia vastastele võiduks, kuna eutanaasia kujutab endast erandit sellele õigusele.<sup>108</sup>

### **3.2.2. Libeda tee argument**

Paljud võimalikud halvad tagajärjed, mis võivad kaasneda eutanaasiaga, on hõlmatud libeda tee või ohtliku pretsedendi argumentiga. See argument võetakse tihti abiks seoses tegevustega, mis iseenesest on õigustatud, kuid millel on sarnasusi vastuväiteid põhjustavate tegevustega ja see rõhutab, et tegevust moraalselt hinnates ei tohiks me kaaluda üksnes selle loomulikke omadusi vaid ka tõenäosust, et seda kasutatakse sarnaste, kuid tegelikkuses oluliselt erinevate mittesoovitavate tegevuste põhjendusena.

Libeda tee argumenti on kritiseeritud põhjusel, et see loogiliselt takistab muutusi ja arengut: libeda tee argument pädib põhimõttega, et „sa ei peaks praegu tegema sellist asja, mis tundub õige, samas tundes hirmu, et sul ei peaks olema julgust teha õiget asja mõnes tuleviku olukorras, mis hüpoteetiliselt on olemuslikult erinev, kuid pealtäha meenutab käesolevat. Iga

---

<sup>105</sup> *Pretty v Director of Public Prosecutions and Secretary of State for Home Department*, UKHL 61, 29 November 2001.

<sup>106</sup> K. Amarasekara, M. Bagaric. *Op cit*, p 57.

<sup>107</sup> *Ibid.*

<sup>108</sup> *Ibid*, p 58.

avalik tegu, mis ei ole tavapärase, on kas vale või kui see on õige, on ta ohtlik pretsedent. Järeldub, et mitte midagi ei tohiks teha, kui see oleks esimene kord.“<sup>109</sup>

Siit aga ei ole ikkagi näha libeda tee argumendi tõeline jõud, mis peitub meie soodumuses õigustada „progressi“ analogiseerides mõnd olukorda teisega ja meie ekslikkust asjassepuutuvate ja oluliste faktorite taipamises tegevustes, mida me võrdleme.<sup>110</sup>

Järelkult on eutanaasia puhul oluline aspekt libeda tee argumendi jõu hindamisel, et kas põhjused, mis tuuakse välja eutanaasia pooldamiseks on nii iseenesestmõistetavad ja sellele iseloomulikud, et on väike võimalus nende väärititõlgendamiseks ja teiste näiliselt sarnaste aga ebamoraalsete tegevuste „õigustamiseks“.

Libeda tee argumendil on kaks versiooni: loogiline ja empiiriline. On väidetud, et loogiline versioon on veenev, kuna põhjendused, mida öeldakse eutanaasia pooldamiseks, nagu mittevajaliku valu vältimine ja autonoomia austamine, ei õigusta loogiliselt tapmisi. Teoorias annab see argument selge ja ratsionaalse aluse, mida saab kasutada eutanaasia ja teiste tapmisviiside vahel vahetegemiseks.<sup>111</sup>

Alternatiivselt on väidetud, et loogilised erinevused ei ole väga kitsad või täpsed. Liikumine vabatahtlikult mitte-vabatahtlikule eutanaasiale võib olla vältimatu, kui omandatakse teatud põhimõtted surma kiirendamiseks. Kui õigustuseks on vältimatu valu leevendamine, siis tundub, et eutanaasia peaks laienema ka vaimupuuetega patsientidele, samuti neile, kes ei tunne (mitte-tundlikele) ja alaealistele, et vältida diskrimineerimise kaebusi. Selle argumendi tõesus mitte ainult ei tõsta esile teatud põhimõtteid, mida eutanaasiale omistatakse, vaid ka diskrimineerimise mõiste, millel on oma õigusruum. Praegu keskendume libeda tee argumendi empiirilisele versioonile, mis on olnud võib-olla eutanaasia vastaste kõige veenvam argument.<sup>112</sup>

Argumendi empiiriline versioon tähendab, et kui eutanaasia on lubatud, siis on mitte-vabatahtlik eutanaasia ja teised ebamoraalsed tegevused ainult väike samm edasi: kord patsientidel aidatakse surra, edasi neid varjatult õhutatakse surema ja siis avaldatakse survet surra. Ühest küljest peetakse libeda tee protsessi juba käivitunuks ka aktiivse eutanaasia näitel. Asjaolu põhjal, et enesetapp ei ole illegaalne on väidetud, et abistatud enesetapp on lubatav, seega peaks seda olema ka passiivne eutanaasia ja arvestades, et seda praktiseeritakse

---

<sup>109</sup> K. Amarasekara, M. Bagaric. *Op cit*, p 63.

<sup>110</sup> *Ibid.*

<sup>111</sup> P. Singer. *A companion to ethics*. Blackwell Publishing, 1991, p 301.

<sup>112</sup> K. Amarasekara, M. Bagaric. *Op cit*, p 63-64.

laialdaselt peaksime sarnaselt sätestama ka aktiivse vabatahtliku eutanaasia, sest kui me seisame inimese kõrval kuni ta nagunii sureb, siis muidugi peaksime pingutama, et muuta see võimalikult valutuks. Nii tõuseb küsimus, kas seda progresseerumist saab aktiivse eutanaasia puhul peatada.<sup>113</sup>

Libeda tee argumendi „vettpidavust“ on raske hinnata. Abstraktselt lähenedes viib see suure hulga oletusteni. Kuigi oletused ja aimdused pakuvad mõlemale eutanaasia debati poolele viljakat arutluspinda, ei vii see debatti retooriliselt tasemelt tõenäoliselt edasi. Tundub, et kõige sobivamad meetmed libeda tee argumendi veenvust hinnata on analüüsida arenguid ühiskondades, kus eutanaasiat praktiseeritakse või on praktiseeritud.

Selles valguses esimene koht, kuhu paljud eutanaasia vastased tavaliselt pöörduvad on natsi-Saksamaa. Väidetakse, et nende kogemus näitab, et aktiivne eutanaasia võib viia selliste barbaarsete tegudeni, nagu seal juhtusid, nagu patsientide tapmine vaimuhaiglates. Siiski natside hävitamispoliitika ei kasvanud välja vabatahtlikust eutanaasiast ja on raske mõista, miks valu leevendamise soovile põhineval meetodikal ja austusel vabaduse vastu peaks olema sellised jälgid kõrvalnähud.<sup>114</sup>

Natside kogemust ei põhjustanud mitte libisemine mööda libedat teed, vaid pigem rassistlik ja elitaarne ideoloogia, mis oli juurdunud algusest peale.<sup>115</sup> Seega ei ole see selle arutluse juures oluline.

### 3.2.3. Patsiendi ärakasutamise ja manipuleerimise oht

Surmavat haigust põdevat patsiendid on tavaliselt oma elu madalaimas punktis. See nõrkus ja haavatavus teeb nad vastuvõtlikuks manipulatsioonidele ja ärakasutamisele sugulaste poolt, kes võivad kas tahtlikult soovida neile halba või lihtsalt lõpetada kõikide jaoks väga raske aja või panema neid uskuma, isegi mittetahtlikult, et nende elud ei ole väärt elamist. Isegi on väidetud, et kui patsiendid „tajuksid, et arstid on valmis tapma kui nad ei suuda ravida“ ei kahjusta see mitte ainult arsti-patsiendi suhet, vaid võib tuua patsiendile kaasa lisapinge luues õhkkonna, milles osa patsiente nähakse „vaakuvate nuhtlustena, kelle väärtus ja heaolu ei ole enam olulised.“<sup>116</sup>

---

<sup>113</sup> K. Amarasekara, M. Bagaric. *Op cit*, p 64.

<sup>114</sup> J. Glover. *Causing deaths and saving lives*. Harmondsworth: Penguin, 1977, p 186.

<sup>115</sup> J. Rachels. *The end of life: euthanasia and morality*. Oxford University Press, 1986, p 178.

<sup>116</sup> B. Pollard. *The challenge of euthanasia*. Sydney: Little Hills Press, 1994, p 121.

Selle väite toetuseks on öeldud, et „Hollandi näitel on tõestus, et valik võib saada ootuseks ja ootus võib saada kohustuseks.“<sup>117</sup>

Samas vaid 2% juhtumitest „ei tahtnud enam olla koormaks“, mida esitati peamise põhjendusena soovile surra, siis peaaegu neljandikul juhtudest (22%) oli see mõjuvaim (peamine) põhjus.<sup>118</sup> Nagu sai märgitud, pakuvad eelnimetatud näitajad sellele väitele tuge.

Vastuseks on ka väidetud, et reguleerimata keskkonnas, kus ei ole ettevaatusabinõusid, on ärakasutamise võimalus palju suurem. Arstid teevad praegugi otsustusi elu ja surma üle ilma seaduslike või avalikult arutatud ettevaatusabinõudeta (piirideta) ja üksnes kui eutanaasia muudetak lubatavaks, siis saaks paika panna juhtnäärid ja standardid, et minimaliseerida ärakasutamise tõenäosust ja ulatust.<sup>119</sup>

See tõstatab diskussiooni „kahju minimaliseerimise“ poliitika kohasusele. Sarnaseid ettepanekuid on tehtud teiste kahjustavate tegevuste kontekstis, millest on raske lahti saada, nagu näiteks narkootikumide kasutamine. Sellise tegevuse seadustamine ja reguleerimine, mida tundub olema raske välja juurida, ei ole alati kohane. Kahju minimaliseerimine on kõige enam õigustatud seal, kus tegevus ei ole loomult vale ja efektiivselt pidurdamatu (selle tugeva ahvatluse tõttu), nagu hasartmängud ja prostitutsioon ja vähemal määral alaealiste seksuaalvahekord (näiteks alaealiste raseduse vältimise korraldamine). Kuid kumbki neist eeltingimustest ei tundu eksisteerivat seoses eutanaasiaga. Veelgi enam, ei ole ühtegi tõendit, et keskkonnas, kus on eutanaasiavastase seaduse põhjalik täideviimine, oleks patsientide huvide ärakasutamine möödapääsmatu (vältimatu).

Viimaks, argumendi, et eutanaasia legaliseerimine viib selle kandidaatidele tekitatud suurema surveni, tugevus on ebaselge. Praegune tõendusmaterjal näitab, et inimesed hõlmavad lähedaste tõelise või aimatava soovi otsusetegemise protsessi olenemata, kas nad soovivad, et nende surma kiirendataks või mitte. Kuigi on ebaselge, kas see on tingimata ebasobiv kaalutus. Kõikides teistes kontekstides kalduvad inimesed üldiselt sobituma teiste inimeste huvide ja muredega. Heatahtlikkus, mure ja austus teiste huvide vastu on üldiselt imetlusväärsed ideaalid. Kas eutanaasia kandidaatide nõrgenenud seisund on selline, et teiste

---

<sup>117</sup> B. Pollard. *Op cit*, p 121.

<sup>118</sup> G. van der Wal et al. Euthanasia and Assisted Suicide: Do Dutch Family Doctors Act Prydently? – *Family Practice*, 1992, vol 9, N 2, p 135.

<sup>119</sup> T. Cipriani. Give me liberty and give me death. – *Journal of Law and Medicine*, 1995, N 177, p 186.

tegelikud või aimatavad huvid saavad ülekaalukaks, võrreldes nende pelgalt asjassepuutuva kaalutlemisega, on ebaselge.<sup>120</sup>

Eutanaasia seadustamine tõenäoliselt suurendab patsiendi manipulatsiooni võimalust vähese hulga isekate sugulaste võrra. Veelkord – siiski ei ole selge, et korralikult kirjutatud kaitsvad seadused oleksid võimetud sellist võimalust minimaliseerima. Teistes kontekstides on legislatsioon ja seaduse jõustamine tõestanud end olema efektiivsed vahendid kaitsmaks haavatavate gruppide huvisid. See on nii isegi röövelliku teo puhul, millega haavatavad inimesed võivad näiliselt nõustuda, nagu lastega seksuaaltegevuse keelamine seadusandja poolt ja vaimupuudega inimesed.

### 3.2.4. Eutanaasia ja diskriminatsioon

Viimane kriitika eutanaasiale on, et kui see kompetentsete patsientide suhtes seadustatakse, ei ole ebakompetentsete patsientidega rahuldavalt tegelemiseks meetodit. Seega tuleks uurida surmavat haigust põdevate ebakompetentsete patsientide seisukohti selle kohta, kui eutanaasia seadustatakse kompetentsete surmavat haigust põdevate patsientide suhtes. Ebakompetentsed on need patsiendid, kellel jääb puudu võimekusest teha informeeritud ja ratsionaalseid otsuseid ning seega ei saa esitada seaduslikku palvet eutanaasiaks. Sellised on alaealised, intellektuaalse puudega ja teadvuseta isikud.<sup>121</sup>

Seadusandjal on kaks peamist võimalust. Ta võib teha mitte midagi või kasutada institutsiooni või kohtu esindajat otsustamiseks, kas eutanaasia on kohane vahend konkreetse ebakompetentse patsiendi jaoks. Kumbagi neist valikutest arutatakse ja edendatakse väidet, et aktiivse vabatahtliku eutanaasia seadustamise võimalik jätk on aktiivse mitte-vabatahtliku eutanaasia seadustamine. See võib olla vajalik saavutamaks staatuste võrdväarsust kompetentsete ja ebakompetentsete patsientide vahel ja vältimaks kompetentsete kasuks diskrimineerimist lubades neile ainsana võimalust eutanaasiale. Sisuliselt on selles alapunktis uuritav argument see, et kaastunne surmavat haigust põdevate isikute vastu (mis viib vabatahtliku eutanaasiani) julgustab (või isegi toob kaasa) – läbi võrdsuse põhimõtete ja mittediskrimineerimise – kaastunde ebakompetentsete surmavat haigust põdevate isikute vastu, mis viib mitte-

---

<sup>120</sup> K. Amarasekara, M. Bagaric. *Op cit*, p 74.

<sup>121</sup> *Ibid.*

vabatahtliku eutanaasiani – pigem viisil, mida me juba aktsepteerime, et kaastunne on hea põhjus silmnähtavas piinas (mitte-inim-)loomade elude lõpetamiseks.<sup>122</sup>

Argument, mida siin käsitletakse on versioon libeda tee argumendist. Seda siiski käsitletakse eraldi, kuna diskrimineerimise valdkonnal on omaette õigusruum.

### **3.2.5. Eutanaasia vastuargumentide ülevaade**

Eutanaasia hõlmab teise isiku tahtlikku (ettekavatsetud) tapmist. Seega arusaadavalt on õigus elule seadusandlusele takistuseks. Selle takistuse suurus sõltub suuresti õiguse tähtsusest võrreldes vastukaaluks olevate huvidega, nagu õigus autonoomiale. Libeda tee argumendi empiiriline versioon saab tuge Hollandi patsientide ootamatult kõrgetest ärakasutamise tasemetest (mitte-vabatahtliku eutanaasia kujul). See annab mingit tõestust, et keskkonnas, kus eutanaasia on legaliseeritud, kipub elu, vähemalt oma viimastes faasides, olema alla hinnatud (madaldatud). Siiski, selle tõendi veenvust rikub asjaolu, et ei ole olemas andmeid, mis võrdleks ärakasutamise juhtumeid enne ja pärast eutanaasia ametlikku kehtestamist. Samuti on ebaselge, kas põhjalik eutanaasia uurimine või monitooring suudaks efektiivselt minimaliseerida ärakasutamise ulatust, mis puudutab kompetentseid ja mittekompetentseid patsiente. Siiski on tõenäoline, et eutanaasia seadustamine lõppeks survega legaliseerida ka mitte-vabatahtlik eutanaasia. Seda liigutust võib vältida, kui õigus autonoomiale osutub eutanaasia poolt esitatud veenvaks põhimõtteks. Veel üks paikapidav argument eutanaasia vastu, mida üksnes mainiti, on, et see hõlmab vaikivat soostumist seisukohaga, et surmavalt haigete patsientide elud on vähem väärt kui teised.

---

<sup>122</sup> K. Amarasekara, M. Bagaric. *Op cit*, p 74.

## 4. EUTANAASIA REGULATSIOON EUROOPAS

Eutanaasia ja enesetapu abistamine on legaliseeritud Hollandis, Belgias ja Luksemburgis. Enesetapu abistamine on lubatud Šveitsis ja Rootsis.

Seoses käesoleva töö piiratud mahuga, käsitletakse töös ainult neid Euroopa riike, kus on legaalne just aktiivne eutanaasia.

### 4.1. Holland

Hollandi eutanaasiaseadus<sup>123</sup> (*The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*) jõustus 1. aprillil 2002.a. Seeläbi sai Hollandist esimene riik maailmas, kus eutanaasia on ametlikult seadusega legaliseeritud. Tegelikult seadustati kord, mis oli kohtupraktikas välja kujunenud juba alates 1973. aastast.

Haagis avaldas seaduse vastuvõtu päeval parlamendihoone juures meelt kuni 10 000 inimest, kes peavad eutanaasiat mõrvaks. Siiski jäi protest nõrgaks. Eutanaasia vastu on peamiselt kirikuringkonnad, kes kogusid ka allkirju petitsioonile. Kui arvestada, et Hollandis elab 15 miljonit inimest, siis on kogutud allkirjade arv - 25 000 - võrdlemisi tühine.<sup>124</sup>

10. aprillil 2001.a vastuvõetud eutanaasiaseadus hakkas reguleerima täpselt, kuidas see protseduur peab kulgema. Seaduse artikli 2 esimese lõigu järgi peab arst:

- a. olema veendunud, et patsiendi palve on vabatahtlik ja hästi läbimõeldud,
- b. olema veendunud, et patsiendi kannatused on püsivad ja talumatud,
- c. olema informeerinud patsienti tema olukorrast, milles ta on ja tema võimalustest,
- d. ning patsient peab olema veendunud, et puudub muu mõistlik lahendus tema olukorras, kus ta on,

---

<sup>123</sup> Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Staatsblad 194, 2001 (effective 1 April 2002, Staatsblad 165, 2002). Available online in English: <http://www.nvve.nl/assets/nvve/english/EuthanasiaLaw.pdf>, 23 April 2010.

<sup>124</sup> A. Hiietamm. Holland seadustab maailmas esimesena halastussurma. – SL Õhtuleht, 12. aprill 2001, lk 12.

- e. olema konsulteerinud vähemalt ühe teise sõltumatu arstiga, kes on näinud patsienti ja on andnud oma kirjaliku arvamuse hoolsuse nõuete (a-d) kohta, ja
- f. olema lõpetanud elu või abistanud enesetappu vajaliku hoolsusega.

Eutanaasiaseaduse artikli 2 lõigetes 2-4 on sätestatud, et kui patsient vanuses kuusteist aastat või vanem, ei suuda enam väljendada oma tahet, kuid enne jõudis oma tahet väljendada piisavalt arusaadavalt ja ta on teinud kirjaliku avalduse, milles palutakse lõpetada elu, võib arst täita selle palve. Nõuete hoolsust, osutatud esimeses lõigus, kohaldatakse *mutatis mutandis*<sup>125</sup>. Kui alaealine patsient on jõudnud vanusesse kuusteist kuni kaheksateist aastat ja võib lugeda tema huvide arusaamist piisavaks, võib arst patsiendi palvel elu lõpetada või abistada enesetapul, pärast vanema või eestkostja nõusolekul. Kui alaealine patsient on vanuses kaksteist ja kuusteist aastat ja võib lugeda tema huvide arusaamist piisavaks, võib arst patsiendi palvel, tingimusel, et alati vanem või eestkostja on nõus, elu lõpetada või abistada enesetapul.

Kogu asja käik peab olema dokumenteeritud vastavas vormikohases teatises. Pärast eutanaasia teostamist esitab raviarst selle teatise kohalikule koronerile, kes kontrollib vorminõuete täitmist, ei vii läbi omapoolset surmapõhjuse uurimist, edastab teatise prokurörile ning annab matmisloa. Kui ka prokurör ei tuvasta kõrvalekaldumisi ettenähtud korrast, ei algata ta kriminaalasja ning raviarsti tegevus on seega loetud õiguspäraseks.<sup>126</sup>

Erinevalt varasemast tavast, mille järgi pidi ravimatult haigeks osutunud inimene suremiseks ise selget soovi avaldama, piisab nüüd ka kirjalikust ja seejuures veel eelnevalt kirjutatud avaldusest. Näiteks kui keegi on saanud autoõnnetuses väga tõsiselt vigastada ning kui ta on varem kirjutanud eutanaasiataotluse ja pannud selles paika tingimused, mille korral taotlus jõustub, siis ei pea ta seda enam suuliselt kordama. Samas peab arst sellist kirjalikku taotlust arvestama, mitte aga järgima.<sup>127</sup>

Eutanaasiavastaste sõnul on varasem kirjalik taotlus täiesti lubamatu. Pooldajate hinnangul aga on uues seaduses seatud reeglid ikkagi liiga ranged ega anna kõigile humaanset surma soovivatele haigetele inimestele võimalust surra, kuna komitee võib palve tagasi lükata.<sup>128</sup>

---

<sup>125</sup> *Mutatis mutandis* – tehes vajalikud muudatused.

<sup>126</sup> A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Tallinn: Juura, 2007, lk 206.

<sup>127</sup> K. Kopli. Holland maailma esimene, Belgia teine eutanaasiariik. – Eesti Päevaleht, 18. jaanuar 2003, lk 17.

<sup>128</sup> *Ibid.*



Hollandi karistusseadustikus jäid kehtima sätted, mis näevad ette karistuse tapmise eest kannatanu palvel ja enesetapmisele kaasaaitamise eest (artiklid 293 ja 294). Hollandi karistusseadustik<sup>129</sup> (*Wetboek van Strafrecht*) sätestab artiklis 293, et inimene, kes võtab teiselt inimeselt elu ilma teise isiku selgelt väljendatud ja tõsimeelse palveta, on süüdi kuriteos. Artikkel 294 sätestab, et isik, kes tahtlikult õhutab teist isikut enesetappu sooritama, abistab enesetapul teist või juhib toimingut, kus teine isik tahab sooritada enesetappu, on süüdi kuriteos, kuigi enesetapp ise ei ole ebaseaduslik. Nimetatud artiklite alusel süüdistused olid peaaegu tundmatud kuni 1970. aastani.<sup>130</sup>

Hollandis sai murranguliseks dr Postma juhtum. 1971. aastal süüdistati dr Geertruida Postmad surmamises, sest ta oli oma pooleldi halvatud ja kurdile emale, kes kannatas ajuverejooksu ja pneumoonia all, süstinud surmava annuse morfiini. Sel ajal oli piinadest vabastava surmamise eest ette nähtud kuni kaksteist aastat vangistust. Juhtum äratas tähelepanu nii omas riigis kui ka mujal maailmas. Dr Postma tunnistas, et tema ema oli avaldanud soovi surra ja üritanud edutult enesetappu. Ent kui temalt küsiti, kas tema ema piinad olid väljakannatamatud, tunnistas dr Postma vande all, et piinad ei olnud väljakannatamatud. Füüsilised kannatused olid olnud tõsised, kuid mitte rohkem. Kuid ema vaimsed kannatused olid muutunud talumatuteks. Arst ütles, et nüüd, mitu kuud hiljem, on ta veendunud, et ta oleks pidanud tegema seda juba märksa varem. Leewardeni ringkonnakohus mõistis arsti süüdi, ent mõistis talle karistuseks vaid ühe nädala tingimisi aastase katseajaga. Otsusele jõudmise protsessis määratles kohus asjaolud, mille esinemisel arsti ei karistata eutanaasia eest. Nendeks asjaoludeks loeti:

- 1) kui asi puudutab patsienti, keda haiguse või õnnetusjuhtumi tagajärjel ei ole võimalik ravida ning kellel võivad sellega seoses esineda lühema- või pikemaajalised paranemise või halvenemise perioodid;
- 2) subjektiivselt on patsiendi füüsilised või vaimsed kannatused väljakannatamatud või rasked;
- 3) patsient on kirjalikult viidanud - võimalik, et isegi palju varem -, et ta soovib oma elu lõpetada ja tahab, et teda igal juhul säästetaks piinadest;
- 4) arstide arvamuse kohaselt on alanud terminaalne seisundi staadium või selle sümptomid;

---

<sup>129</sup> Wetboek van Strafrecht. Wet van 3 maart 1881. Beschikbaar: <http://www.wetboek-online.nl/wet/Sr.html#2060>, 14. maart 2009.

<sup>130</sup> J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams. Euthanasia and Law in Europe. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2008, p 29-30.

5) eutanaasiat rakendab arst, so raviarst või spetsialist, või tehakse seda arstiga konsulteerides.<sup>131</sup>

Paljude muude kohtuotsuste tulemuse osas tuleks märkida 1984. aasta Hollandi Ülemkohtu otsust. See juhtum (tuntud kui Alkmaari juhtum) sai asjaomaseks 95-aastasele naisele, kes oli raskelt haige ja kellel ei olnud võimalust paranemiseks. Nädal enne surma tema tervis halvenes märkimisväärselt, ta ei saanud süüa, juua ning kaotas teadvuse. Ta oli palunud arstilt mitu korda, et ta tema piinad lõpetaks. Pärast teadvusele tulekut avaldas ta soovi, et ta ei taha kogeda uuesti läbielatud ja nõudis tungivalt, et arst ta elu lõpetaks. Lõpuks arst otsustas tegutseda vastavalt patsiendi soovidele, kuna ta oli veendunud, et iga järgnev päev oleks üksnes raske koorem patsiendile.<sup>132</sup>

Arst lõpetas patsiendi elu ja teda süüdistati Hollandi karistusseadustiku artikli 293 alusel. Kriminaalkohus mõistis arsti õigeks, kuna arst oli hoolikalt kaalunud oma otsuseid ja tegutses vastavalt kehtivatele tingimustele ja arvamustele. 1983. aastal tühistas apellatsioonikohus kriminaalkohtu otsuse ja otsustas, et arvamused eutanaasia kohta ei olnud selgelt välja toodud, et selle arsti tegevust võiks pidada sotsiaalselt aktsepteeritavaks. Arst väitis, et ta tegutses patsiendi huvidest lähtuvalt, kuid kohus ei rahuldanud seda. Kohus otsustas, et kuigi patsient kannatas talumatutes valudes, ei olnud selge, et arstil ei olnud muud võimalust kui lõpetada patsiendi elu. Kuna arst leidis, et ta käitus õigesti ja kohus asus seisukohale, et arsti tegutsemine oli läbimõeldud ja hoolikas, ei karistatud teda. 1984. aastal tühistas Ülemkohus selle veendumuse. Kohus nõustus kaitsjaga, et arst oli silmitsi konfliktiga kohustuste vahel, esiteks säilitades patsiendi elu ning teiseks leevendades patsiendi kannatusi. Kohus otsustas, et konflikt tuleb lahendada lähtudes arsti meditsiinilisest arvamusest, mis vastab meditsiinieetikas kehtivatele normidele. Selles kohtuasjas leiti, et arst on konflikti nõuetekohaselt lahendanud ja arst vabastati kõikidest süüdistustest.<sup>133</sup>

1986. aastal esitas Haagi kõrgema astme kohus arvamuse, et surmavat haigust mittepõdeva patsiendi äärmuslikud kannatused õigustavad eutanaasiat. Ühes hilisemas kohtuasjas väljendas kohus veendumust, et kui tegu on tahtlikult lõpetatud eluga, ei tohi surmatunnistusele märkida surma põhjuseks loomulikku surma. Kui eutanaasiat rakendada, siis tuleb seda teha avalikult, et vajadusel oleks võimalik läbi viia asja uurimist.<sup>134</sup>

---

<sup>131</sup> S. Niklus. Eutanaasia Hollandis. – *Juridica*, 1995, nr 8, lk 336-337.

<sup>132</sup> S. Gevers. Euthanasia: law and practice in The Netherlands. – *British Medical Bulletin*, 1996, 52 (N 2), p 328.

<sup>133</sup> Netherlands Jurisprudence. Alkmaar case, 1983/1984 Available: <http://www.nvve.nl/nvve-english/print.asp?pagkey=72086>, 23 April 2010.

<sup>134</sup> S. Niklus. *Op cit*, lk 337.

Samal ajal, kui kohus kehtestas eutanaasia kindlakstegemise juhiseid, reageerisid seadusandjad mitmete ettepanekute esitamisega. 1984. aasta aprillis algatas väike vasaktsentristlik partei D66 seaduseelnõu, mis oleks lubanud täie mõistuse juures viibivatel ravimatutel haigetel nõuda arsti nõusolekul endale eutanaasiat. Neli kuud hiljem soovitas riiklik komisjon, et kriminaalkoodeksit muudetaks eesmärgiga teha seadust selgemaks eutanaasiaga seonduvates küsimustes. Ettepanek oli selline, et arsti, kes lõpetab patsiendi elu viimase sõnaselgelt ja täie tõsidusega väljendatud soovi peale, ei tohi karistada, kui:

- 1) patsiendi seisund on lootusetu;
- 2) patsient on vabatahtlikult avaldanud soovi surra;
- 3) elu lõpetamine toimub meditsiinilise praktika raames.<sup>135</sup>

1991. aastal dr Chabot abistas 50-aastast naist enesetapul, määrates surmava annuse ravimit. Tema patsient oli pikka aega kannatanud depressiooni, vägivaldse abielu ja tema kahe surma saanud poja tõttu, kellest üks suri vähki ja teine tegi enesetapu. Pärast oma teise poja surma otsustas ta teha enesetapu. Dr Chabot, psühhiaater, diagnoosis, et patsiendil on tugevad vaimsed kannatused. Dr Chabot jõudis järeldusele, et ta saaks täita vastavad suunised patsiendi aitamiseks. Dr konsulteeris mitmete kolleegidega, kellest ükski ei uurinud patsienti isiklikult. Dr Chabot teatas patsiendi surmast, mille järel süüdistati teda Hollandi karistusseadustiku artikli 294 järgi. Kriminaalkohus otsustas 1993. aastal, et vastavalt meditsiinilistele uuringutele ja meditsiinieetikale, oli dr Chabot vastuolus oma tööülesannete ja antud küsimuse vajalikkusega. Ülemkohus otsustas 1994. aastal, et füüsilise kannatuse või pöördumatus etapis haiguse puudumine ei välista automaatselt juhtu, kus kaitsmine on vajalik. Oluline on kannatuste ulatus, mitte päritolu. Ometi tuleb ettevaatlikust arvesse võtta ja seeläbi leiab kohus, et patsiendi kaitsmiseks peaks olema teda uurinud sõltumatu meditsiinieksperit. Dr Chabot mõisteti süüdi Hollandi karistusseadustiku artikli 294 alusel. Ülemkohus vähendas määratud karistust.<sup>136</sup>

Oma otsuses 1994. aastal Chaboti kohtuasjas, vastas Hollandi Ülemkohus mitmetele eelpool seotud diskussiooniga küsimustele. Kohtuotsuses vastati neljale olulisele küsimusele:

- a. Kas abistamine enesetapul on õigustatud juhul, kui patsiendil, kes kannatab, ei ole somaatilist alust ja kes ei ole pöördumatus faasis? Kohus leiab, et saab olla.
- b. Kas patsiendi soov surra, kes kannatab psühhiaatrilise haiguse või häire all, saab juriidiliselt lugeda iseseisvaks (otsustusvõimeline ja vabatahtlik) otsuseks? Kohus leiab, et saab küll.

---

<sup>135</sup> S. Niklus. *Op cit*, lk 337.

<sup>136</sup> Netherlands Jurisprudence. Chabot case, 1993-1994, N 656. Available: <http://www.nvve.nl/nvve-english/print.asp?pagkey=72086>, 23 April 2010.

- c. Kas sellise inimese kannatus saab olla seaduslikult tõlgendatav kui lootusetu, paranematu, kui tal on täielik vabadus keelduda reaalsest alternatiividest kannatuste vähendamiseks? Kohus leiab, et põhimõtteliselt ei saa.<sup>137</sup>
- d. Millised on juriidilised nõudmised konsultatsiooniks juhtumite korral, mis puudutavad nn kaitsmise vajalikkust? Kohus leidis, et sellisel juhul ei ole somaatilist laadi kannatusi, vajadus konsultatsioonile (eriti, et eriarst patsiendi üle vaataks) ei ole üksnes protseduuriline reegel distsiplinaarmenetluse protseduurireeglite täitmiseks, vaid vajalik põhjenduse tingimus. Erinev kohtlemine konsultatsioonide vajadusele situatsioonis, kus mitte-somaatiline kannatus järgneb, on Ringkonnakohtu arvates sellistel juhtudel erakorraline arstiabi kohustuslik.<sup>138</sup>

Pärast otsust Chaboti asjas teatas justiits- ja tervishoiu minister viivitamata prokuratuurile suunised Ülemkohtule kajastamiseks ja 11 kuni 15 süüdistusest loobuti (kaasaarvatud mitte-somaatilised kannatused või mitte pöördumatus faasis patsient).<sup>139</sup>

Välismaa reageeringud Hollandi eutanaasiaseadusele on olnud valdavalt negatiivsed. Saksamaa on korduvalt rõhutanud, et Hollandi eeskuju ei järgi nad kunagi. Saksamaa justiitsminister Herta Däubler-Gmelin näeb selles seaduses rikkumist. „Tuhandeid aastaid on arstide ülesanne olnud elu päästa, mitte see lõpetada,“ ütles Däubler-Gmelin. Saksamaal teevad halastussurma eriti tundlikuks minevikuvarjud. Nii tapeti Natsi-Saksamaal puuetega laste ja vaimsete häiretega täiskasvanute väljasortimiskampania ajal 5000 last ja 100 000 täiskasvanut.<sup>140</sup>

Kategooriliselt astus halastussurma vastu välja ka Venemaa tervishoiuminister Juri Ševtšenko. „Ma olen veendunud, et Venemaal ei võeta niisugust seadust kunagi vastu, sest meie ühiskond, meie traditsioonid ja kultuur ei luba seda,“ vahendas telekanal NTV ministri sõnu. Ševtšenko meenutas ka, et praktiseeriva arstina tuli tal ette juhtumeid, kui talumatult kannatanud patsiendid mõtlesid eutanaasiale, kuid pärast operatsiooni tundsid oma hetkenõrkuse pärast häbi. Veel arvas tervishoiuminister, et Venemaal looks eutanaasiaseadus

---

<sup>137</sup> Chaboti otsuses ei ole kohtu arvamus siduv (*obiter dictum*). Reeglit rakendati pärast seda ka teises asjas, mis näitab, kui keeruline see küsimus saab olla. Haarlemi Ringkonnakohus järeldab selles kaasuses eksperthinnangute alusel, et seal oli reaalse võimalusega, et tegemist oli patsiendi kannatustega, kuna patsiendi halvatus oli põhjustatud mitmest insuldist, käsitles kohus seda nagu põhiliselt mitte-somaatilise iseloomuga. Kohus leidis, et arst oli liiga kergesti nõustunud patsiendi keeldumisega mistahes alternatiividest, kui vaid enesetapu abistamine.

<sup>138</sup> J. Griffiths, A. Bood, H. Weyers. *Op cit*, p 149-150.

<sup>139</sup> *Ibid*, p 151.

<sup>140</sup> A. Hiietamm. *Op cit*, lk 12.

pinna kuritarvitusteks. Ta tõi näite, et sugulased võivad vanu inimesi meelitada surema, et võtta neilt korter ära.<sup>141</sup>

1985. aastal selgus küsitlusest, et 67% Hollandi elanikkonnast pooldas eutanaasiat. Hinnangute järgi toimub aastas 1000-2000 eutanaasia juhtumit. Ent eutanaasia jäi siiski väga vastuoluliseks probleemiks. Hollandi Kuninglikust Meditsiini Seltsist löi lahku rühm arste, kes olid otsustavalt abordi ja eutanaasia vastu ja moodustasid Hollandi Arstide Liiga. Need arstid hoiatavad, et eutanaasiat kasutatakse nõrgematest lahtisaamiseks. Üks Hollandi arst väitis, et aktiivset eutanaasiat kasutatakse ka siis, kui selleks puudub patsiendi nõusolek, vaatamata kõigile rangetele ettekirjutustele. Samuti väitis ta, et vanad inimesed kardavad haiglasse sattumist võimaliku mittevabatahtliku eutanaasia ohu tõttu.<sup>142</sup>

1990. aasta jaanuaris moodustas Hollandi valitsus komitee, uurimaks eutanaasiat (nn Rimmelinki komitee). See komitee volitas Rotterdamis asuva Erasmuse ülikooli sotsiaaltervishoiu instituuti läbi viima üldriikilikku uurimust. Uurimuse esimeses, retrospektiivses osas küsiti enam kui 400 arsti arvamust eutanaasia kohta. Uurimuse teises osas paluti arste üles märkida ja esitleda surmaga lõppevaid juhtumeid. Kolmandas osas paluti neil arstidel, kes olid seotud surmaminejate eest hoolitsemisega, esitada informatsiooni. Komitee avaldas oma uurimustulemused 10. septembril 1991.a. Need on osutunud kõige laialdasemaks ja usaldusväärsemaks informatsiooniks eutanaasia kohta Hollandis.<sup>143</sup>

Vastavalt uurimustulemustele toimub Hollandis iga aasta üle 25 000 eutanaasia juhtumi, neist 2300 aktiivse vabatahtliku ja 1000 aktiivse mittevabatahtliku eutanaasia juhtumit. Nimetatud 25 000 eutanaasia juhtumit moodustavad ligi 20% Hollandis iga aasta aset leidvast 130 000 surmast. Eutanaasiajuhtumite koguarvule tuleb lisada veel puuetega vastsündinute, eluohtlike haigustega laste, psühhiaatriliste patsientide ja AIDS-i all kannatavate patsientide elu lõpetamine, sest vastavalt aruandele praktiseeritakse elu lõpetamist ka nendel juhtudel.<sup>144</sup>

Rimmelinki komitee aruanne näitas, et mittevabatahtlikku aktiivset eutanaasiat praktiseeritakse riigis regulaarselt ja laialdaselt üldise meditsiinipraktika õigustatud osana. Kuigi komitee järeldas, et ainult 1000 aktiivse mittevabatahtliku eutanaasia (ettekavatsetud tegu lõpetada elu ilma patsiendi nõusolekuta) juhtu leiab aset igal aastal, sisaldab see arv ainult neid juhtumeid, kus arstid sõnaselgelt kirjeldasid oma tegevust sellisena. Ülejäänud ligi 14 000 mittevabatahtliku aktiivse eutanaasia juhtumit on aruandes loetletud teiste nimetuste

---

<sup>141</sup> A. Hiietamm. *Op cit*, lk 12.

<sup>142</sup> S. Niklus. *Op cit*, lk 337.

<sup>143</sup> *Ibid.*

<sup>144</sup> *Ibid.*

all. On selge, et näiteks patsiendi teadmise surmava morfiinikoguse andmine eesmärgiga viimase elu lõpetada ei ole midagi muud kui aktiivne mittevabatahtlik eutanaasia, kuigi need 5000 juhtumit on ära toodud peatükis „Valu kergendamine“.<sup>145</sup>

Iga aasta lükkavad arstid tagasi umbes 6700 eutanaasianõuet. Kui nõue eutanaasia sooritamiseks on rahuldatud, siis 92% juhtudest teostatakse halastussurm nädala jooksul pärast palve esitamist; 59% juhtudest nõude esitamise päeval ja 11% juhtudest ühe tunni jooksul palve esitamisest. Komitee arvates näitab see, et selliseid nõudeid kaalutakse hoolikalt ja neid ei rahuldata kergekäeliselt.<sup>146</sup>

14% juhtumitest (ca 140 aastas), kelle suhtes rakendati aktiivset mittevabatahtlikku eutanaasiat, olid patsiendid täielikult kompetentsed ja 11% osaliselt kompetentsed. 8% patsientidest, kelle elu aktiivselt lõpetati ilma nende nõusolekuta, olid dementsed vanainimesed. 8% juhtudest läksid arstid aktiivse mittevabatahtliku eutanaasia peale välja isegi siis, kui nad uskusid mingi muu alternatiivse võimaluse olemasolusse. 45% juhtudest, mil patsientide elu aktiivselt nende nõusolekuta lõpetati, tehti seda ilma perekonna teadmise ta. Vastavalt arstide hinnangutele lühendas 21% juhtumitest eutanaasia patsientide elu 1-6 kuud ja 8% juhtumites rohkem kui 6 kuud. Kohtute poolt väljatöötatud ametlikke juhtnõore eutanaasia sooritamiseks ignoreeriti sageli. Aktiivse mittevabatahtliku eutanaasia kasutamine, ulatudes ligi 6000 juhtumini aastas, on nende juhtnõõride jäme rikkumine, sest patsiendi nõusolek on kohustuslik. 19% juhtumitel ignoreerivad arstid nõuet konsulteerida teise arstiga vabatahtliku ja 60% juhtudel ei konsulteerita enne mittevabatahtliku aktiivse eutanaasia sooritamist. 72% arstidest varjavad surmatunnistuses fakti, et patsient suri vabatahtliku eutanaasia kaudu. Aktiivse mittevabatahtliku eutanaasia juhtudel ei esitanud arstid kunagi, va üks erand, tõde surmatunnistuses.<sup>147</sup>

Kõige rabavam avastus nimetatud aruandes on nende juhtumite koguarv, mil surma ettekavatsetult kiirendati. 130 000 surmajuhtumist 1990. aastal suri 43 300 inimest silmapilkselt (õnnetusjuhtumid, avariid, äkilised kardioloogilised surmad), välistades meditsiinilise otsustuse elu lõpu üle. Ülejäänud 86 700 juhtumist umbes 49 000 korral (56,5%!) langetasid arstid otsuse, mis tegelikult või võib-olla lühendas patsientide elu.<sup>148</sup>

Piirkondlike eutanaasia eksperthinnangukomisjonide aastaaruande andmetel said 2007. aastal komisjonid 2120 teadet, millest 1923 juhul oli eutanaasia, 167 juhul abistatud enesetapp ja 30

---

<sup>145</sup> S. Niklus. *Op cit*, lk 337.

<sup>146</sup> *Ibid*, lk 338.

<sup>147</sup> *Ibid*.

<sup>148</sup> *Ibid*.

juhul nende kahe kombineerimine. Teate esitas 1886 juhul üldarst, 157 juhul haiglas töötav eriarst, 76 juhul hooldushaiglas töötav arst ja 1 juhul arst, kes on koolitatud spetsialist. Haigused oli järgmised: vähk (1768), südame-veresoonkonna haigused (40), neuroloogilised haigused (105), muud terviserikked (128), erinevad haigused (79). 1686 juhul suri patsient kodus, 147 juhul haiglas, 82 juhul hooldushaiglas, 89 juhul hooldekodus ja 116 juhul mujal. Kõikidel juhtudel pidas komitee ise pädevaks tegeleda teavitamisega. Vaadeldaval aastal oli 3 juhtumit, milles leiti, et arst ei ole toiminud kooskõlas hoolsuse kriteeriumiga. Keskmise aeg teate kättesaamise ja komitee järelduste tegemise vahel oli 28 päeva.<sup>149</sup>

Teatiste arv on jätkuvalt avaliku huvi objektiks. Läbi on vaadatud võimalikke põhjuseid 10% kasvu kohta (mis ei ole ühtlaselt jaotunud üle piirkondade ja peegeldab peamiselt rohkem üldarstide poolt teateid). Siiski ei saa teha kindlaid järeldusi ning võib ainult spekuloida. Kuna eksperdi hinnangu komisjonid moodustati 1998. aasta lõpus, on olnud suhteliselt suur kõikumine 1800-2100 (2003. aastal – 1815 ja 2000. aastal – 2123). Ainus järeldus, mida saab selles staadiumis teha, on see, et inimeste elu lõpp on pidevas muutumises. Arvestades kõike seda, tuleks teine siseriiklik läbivaatamine tõenäoliselt läbi viia 2010. aastal.<sup>150</sup>

## 4.2. Belgia

Kuni 2002. aastani eutanaasia seaduse kasutuselevõttu, oli eutanaasia Belgias kuritegu. See ei olnud siiski nagu Hollandis, diskreetne kuritegu. See oleks olnud eeluurimise all ühe või teise 1867. aasta karistusseadustiku üldsätte alusel, eriti seoses artikliga 393 (vabatahtlik tapmine) ja artikliga 394 (mõrv).<sup>151</sup>

Belgia eutanaasiaseadus<sup>152</sup> (*The Belgian Act on Euthanasia*) võeti esindajatekoja poolt vastu 28. mail 2002.a. Seadus jõustus 23. septembril 2002.a. See lõpetas suhteliselt lühikese seadusandliku protsessi, mis oli alanud 1999. aasta suvel. Tähelepanuväärne on, et eutanaasiaseadus võeti vastu nii kiiresti, kuigi seadusandlik protsess ei olnud mingil viisil eelnevalt õiguslikult struktureeritud, nagu näiteks pretsedendiõiguse kogum.

---

<sup>149</sup> J. J. H. Suyver. Regional euthanasia review committees: 2007 annual report. The Hague, 2008, p 36-37. Available: [http://www.euthanasiecommissie.nl/Images/Jaarverslag%202007%20Engelse%20versie\\_tcm21-11566.pdf](http://www.euthanasiecommissie.nl/Images/Jaarverslag%202007%20Engelse%20versie_tcm21-11566.pdf), 30 April 2010.

<sup>150</sup> *Ibid.*

<sup>151</sup> J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams. Euthanasia and Law in Europe. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2008, p 304.

<sup>152</sup> Wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasia. Belgisch Staatsblad (22 June 2002) effective 22 September 2002. Available online in English: <http://www.kuleuven.be/cbmer/viewpic.php?LAN=E&TABLE=DOCS&ID=23>, 4 May 2010.

Eutanaasiaseaduses on sätestatud arstidele tingimused patsientide elu lõpetamiseks, kes on lootusetult haiged ja kannatavad talumatult. Potentsiaalsed eutanaasiaks õigustatud kandidaadid peavad elama Belgias. Patsiendid peavad olema vähemalt 18 aastat vanad ja esitama konkreetse, vabatahtliku ja korduva palve elu lõpetamiseks. Emantsipeerunud alaealiste all mõeldakse iseseisvat inimest, kes suudab otsuseid teha. Emantsipeerunud alaealised on üldjuhul 16-17. aastased patsiendid. See on ebamäärane noorte patsientide autonoomia kaitsmiseks.<sup>153</sup>

Eutanaasia palved kiidetakse heaks ainult juhul, kui patsient on lootusetus haigusseisundis ning kaebab pideva ja väljakannatamatu füüsilise või vaimse valu üle, mida ei saa kergendada ja on selle tulemusena tõsise ja ravimatus või patoloogiline seisukorras. Vähemalt üks kuu peab mööduma kirjaliku palve ja halastussurma vahel. Ühe kuu nõue kehtib ainult siis, kui patsient ei peeta „lõplikult haigeks“ (st neuroloogilised seisundid nagu kvardipleegia<sup>154</sup>).<sup>155</sup>

Ühe kuu nõue on keeruline teema, eriti intensiivravi osakonnas olevatele patsientidele ja arstidele. Professor Jean-Louis Vincent, Erasme Haigla intensiivravi osakonna juhataja, selgitas, et tema ja tema personal ei oota üht kuud nagu seadus nõuab: „seadus ei ole kohaldatav intensiivraviosakonnas“. Ta väitis, et keskmine viibimine tema osakonnas on 3,5 päeva ja ravi sõltub patsiendi seisundist. Kui arstid näevad, et abi anda ei ole võimalik, panevad nad patsiendid magama. Juhindutakse heategevuse reeglist.<sup>156</sup>

Patsiendi arst peab teavitama patsienti tema tervislikust seisundist ja eeldatavast elueast ning arutama patsientiga tema eutanaasia palvet ja võimalikke ravivõtteid, mida oleks veel võimalik kaaluda ja palliatiivhoolduse tagajärgi. See säte on eriti oluline, kuna millalgi võib patsiendi otsust mõjutada tugev valu.<sup>157</sup>

Eutanaasiaseaduse olulisemateks punktideks on, et eutanaasiat saab teha arst (ja ainult arst) ilma, et sooritaks kuriteo, kui patsient, kes seda palub, on täisealine, õiguslikult pädev ja teadlik; kui taotlus on vabatahtlik, hästi läbimõeldud ja korduv ning patsiendil on kestvad, väljakannatamatud ja järjepidevad füüsilised või psüühilised kannatused ravimatu patoloogilise olukorra tõttu, mis on põhjustatud haigusest või õnnetustest. Patsienti tuleb teavitada tema tervislikust seisundist ja tema elueast ning arst peab olema veendunud patsiendi palve ehtsuses. Teise arstiga tuleks konsulteerida, et kontrollida eelnimetatud

---

<sup>153</sup> R. Cohen-Almagor. Belgian euthanasia law: a critical analysis. – J. Med. Ethics, 2009, N 35, p 437.

<sup>154</sup> *Quadriplegia* (ld.k) – kui kahjustatud on nii käte kui jalgade töö.

<sup>155</sup> R. Cohen-Almagor. *Op cit*, p 437.

<sup>156</sup> *Ibid.*

<sup>157</sup> *Ibid.*



asjaolusid. Kui võimalik, tuleks taotlus läbi arutada põetajate ja patsiendi sugulastega. Kui patsient ei ole nn „terminaalses“ olekus, so kui ei eeldata tema loomulikku surma lähitulevikus, teine arst peab konsulteerima ja pidama kinni vähemalt perioodist üks kuu patsiendi kirjaliku taotluse ja eutanaasia teo vahel. Teadvuseta isikute elu lõpetamine on ka võimalik, kui patsient on teinud eelnevalt „elutestamendi“ (juhised) eutanaasia kohta, mis on maksimaalselt viis aastat vana. Pärast eutanaasia sooritamist on arst kohustatud teatama oma teost Föderaalsetele Kontrolli- ja Hindamiskomisjonile.<sup>158</sup>

Belgia eutanaasiaseadus on hollandi omast erinev selles osas, et kehtib patsientidele, kes on vanemad kui 18-aastased ning seab erinevad tingimused haigetele, kes on surmavalt haiged ja neile, kel on küll ravimatu haigus, kuid kel on veel aastaid elada jäänud.

Belgia Bioetika Konsultatiivkomitee (edaspidi *komitee*) käsitles esialgu ainult juhtumeid, kus patsient on lootusetus seisundis ja patsiendi elu lõpetamisele sekkub arst. Eutanaasiaks ei loeta valu leevendamist, millel võib olla elu lühendav mõju, ega asjatu ravi katkestamist või sellise ravi osutamisest keeldumist. Komitee soovitusel leiduva määratluse kohaselt on „otsusevõimetute patsientide elu lõpetamine tahtlik tegevus elu lõpetamiseks, mille viib ellu arst sellise patsiendi puhul, kes on lootusetus seisundis ja võimetu ise oma soovi teatavaks tegema.“ Otsusevõimetu patsient on defineeritud kui isik, kes ei ole võimeline teatavaks tegema oma soovi temasse puutuvate otsuste tegemisel. Terminit *lootusetu seisund* ei ole eraldi defineeritud.<sup>159</sup>

Eutanaasia ja otsusevõimetute patsientide elu lõpetamise õigusliku regulatsiooni kohta on komitees käsitletud nelja erinevat seisukohta. Esimene pooldab eutanaasia ja otsusevõimetute patsientide elu lõpetamise dekriminaliseerimist, käsitledes neid juhtumeid meditsiinilise ravina. Seejuures eristatakse otsusevõimetute patsientide elu lõpetamise puhul kolme tüüpi juhtumeid. Esimesel juhul on patsient ise avaldanud soovi oma elu lõpetamiseks enne otsusevõimetuks muutumist, teisel juhul pole patsient sellist soovi avaldanud, ehkki oli võimeline seda tegema ning kolmandal juhul pole patsient kunagi otsusevõimeline olnudki. Kõikide juhtumite korral peab arst ametiisikuid informeerima sellest, et patsiendi surm oli meditsiiniliselt esile kutsutud ja see peab kajastuma meditsiinilises dokumentatsioonis.<sup>160</sup>

Teise seisukoha pooldajad leiavad, et tuleks säilitada kriminaalkaristus eutanaasia eest.

---

<sup>158</sup> E. Vermeersch. The Belgian Law on Euthanasia. The Historical and Ethical Background. – Acta chir belg, 2002, N 102, p 396.

<sup>159</sup> E. Stubbe. Toward legal recognition for termination of life without request: remarks on advice no 9 of the Belgian Advisory Committee on Bioethics concerning termination of life of incompetent patients. – European Journal of Health Law, 2000, vol 7, N 1, p 57-71.

<sup>160</sup> *Ibid.*

Eutanaasiat võib rakendada erandkorras, kuid selleks peab alati olema patsiendi eelnev nõusolek ning lubamatu on otsusevõimetute patsientide elu lõpetamine, kes pole selleks soovi avaldanud. Kolmanda seisukoha toetajad nõustuvad eelnevaga eutanaasia osas, aga otsusevõimetute patsientide elu lõpetamine nii eelneva soovi alusel kui ilma selleta on neile vastuvõetamatu. Neljanda seisukoha pooldajate arvates tuleks säilitada eutanaasia ja otsusevõimetute patsientide elu lõpetamise keelustamine. Nende arvates on kõik elu tahtliku lõpetamise juhtumid lubamatud.<sup>161</sup>

### 4.3. Luksemburg

Luksemburgist on saanud kolmas Euroopa riik, kes seadustas eutanaasia ja abistatud enesetapu.

Eutanaasia ja abistatud enesetapu seadus (*Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*) võeti vastu teisel lugemisel 18. detsembril 2008.a ja jõustus 16. märtsil 2009.a. Seadus määratleb mitmed tingimused: taotluse esitamise ajal peab patsient olema õigusvõimeline ja teadlik. Palve peab olema esitatud kirjalikult, vabatahtlikult, hästi läbimõeldult, korduvalt ning ilma välise surveta. Patsient peab olema lootusetus tervislikus seisundis ja kannatama füüsiliselt või vaimselt pidevalt ja väljakannatamatult juhuslikust või patoloogilisest seisundist tulenevalt. Alaealised patsiendid (s.o 16-18. aastased) võivad taotleda elu lõpetamist kas vanemate või eestkostja nõusolekul. Patsient võib igal ajal tühistada elu lõpetamise palve. Arst ei tohi sundida eutanaasiat või abistatud enesetappu. Arst peab täitma mitmeid nõudeid enne eutanaasia toimepanemist, sealhulgas konsulteerima teise arstiga patsiendi palve tõsiduse ja ravimatu tervisekahjustuse üle. Üksikasjalikud eeskirjad on sätestatud juhul, kui isik ei ole füüsiliselt võimeline kirjutama ja allkirjastama oma palvet elu lõpetamise kohta. Pärast eutanaasia või abistatud enesetapu toimingut peab arst esitama kaheksa päeva jooksul registreerimise dokumendi Rahvusvahelisele Järelevalve- ja Hindamiskomisjonile.<sup>162</sup>

Eutanaasia ja abistatud enesetapu seaduse<sup>163</sup> II peatüki artikkel 2 lõige 1 sätestab arsti põhitingimused, mis peavad olema täidetud:

---

<sup>161</sup> E. Stubbe. *Op cit*, p 57-71.

<sup>162</sup> Le Luxembourg legalise officiellement l'euthanasie et l'assistance au suicide. – Le Post, 2009, disponible: [http://www.lepost.fr/article/2009/04/25/1510446\\_le-luxembourg-legalise-officiellement-l-euthanasie-et-l-assistance-au-suicide.html](http://www.lepost.fr/article/2009/04/25/1510446_le-luxembourg-legalise-officiellement-l-euthanasie-et-l-assistance-au-suicide.html), 6 mai 2010.

<sup>163</sup> Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Disponible: <http://www.ieb-eib.org/fr/pdf/lux-20090316-euthanasie-et-assist-au-suicide.pdf>, 6 mai 2010.

- 1) patsient on täiskasvanu, õigusvõimeline ja teadlik palve esitamise ajal;
- 2) taotlus on tehtud vabatahtlikult, hoolikalt ja vajadusel korduvalt, ja ei tulene välisest survest;
- 3) patsient on lootusetus tervislikus seisundis ja kannatab füüsilise või vaimse pideva ja väljakannatamatu valu üle, kellel puudub väljavaade paranemisele, mille tulemuseks on juhuslik või patoloogiline seisund;
- 4) patsiendi taotlus kasutada eutanaasiat või abistatud enesetappu on kirjalikult.

Arst peab igal juhul enne eutanaasia või abistatud enesetapu läbiviimist täitma alljärgneva korra:

- 1) teavitama patsiendile tema tervisliku seisundi ja eeldatava eluea, konsulteerima patsiendiga eutanaasia või abistatud enesetapu palve üle ja arutama temaga veel võimalikke ravivõimalusi ning võimalikku palliativset ravi ja nende tagajärgi. Arst peab jõudma veendumusele, et patsiendi palve;
- 2) olema veendunud, et patsiendi füüsilised või vaimsed kannatused on püsivad ja et patsient on väljendanud oma palvet korduvalt;
- 3) konsulteerima teise arstiga patsiendi iseloomu, raske ja ravimatu seisukorra osas, näidates ära põhjused konsulteerimiseks. Konsulteerides peab arst uurima patsiendi ravidokumente. Ta peab aruandesse kirjutama oma järeldused. Konsulteerimisel peab arst olema erapooletu, nii patsiendi kui ka teise arsti suhtes ja vastutab patoloogia suhtes. Arst informeerib patsienti konsulteerimise tulemustest;
- 4) välja arvatud patsiendi vastulause, arutama eutanaasia või abistatud enesetapu kohaldamist meditsiinilise personaliga, kes on regulaarses kontaktis patsiendi või tema perekonnaliikmetega;
- 5) välja arvatud patsiendi vastulause, arutama eutanaasia või abistatud enesetapu palvelt patsiendi usaldusisikuga;
- 6) tagama, et patsiendil on olnud võimalus arutada oma palvet inimestega, kellega ta tahtis kohtuda;
- 7) kontrollima Rahvusliku Järelevalve- ja Hindamise Komisjonist, kas patsient on registreeritud.<sup>164</sup>

---

<sup>164</sup> Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Chapitre II, art 2 (2). Disponible: <http://www.ieb-eib.org/fr/pdf/1-lux-20090316-euthanasie-et-assist-au-suicide.pdf>, 6 mai 2010.

## 5. EUTANAASIA VÕIMALIKUST REGULATSIOONIST EESTIS

### 5.1. Olukord Eestis

Tapmine on meil keelatud ja karistatav. Erisätted halastustapmise või soovitud tapmise suhtes ei ole. Seega puuduvad võimalused eutanaasia läbiviimiseks.

Karistusseadustiku eelnõus oli tapmise erikoosseisuna omaette eluvastase süüteona sätestatud soovitud tapmine (§ 122). Nimetatud paragrahvi kohaselt oli tapmise eest, kui see on toime pandud tapetu selgelt väljendatud palvel, karistuseks üksnes kuni 1-aastane vangistus. Seletuskirjas on märgitud, et uue tapmisliigina on sätestatud soovitud tapmine (eelnõu § 122 „Soovitud tapmine“). Kannatanu tungivat palvet kriminaalkodeks vastutust kergendava asjaoluna ei märgi, nagu seda ei ole ka karistusseadustiku üldosas. Seega pole kohtul olnud ega ka teki seadusejärgset kohustust kannatanu palvet karistuse mõistmisel arvestada. Seda tuleks aga kindlasti teha. Eelnõus esitatud süüteokoosseisu kohaldamiseks tuleb tõendada, et kannatanul oli tõsine soov surra, ning et ta seda soovi ka selgelt, st kirjalikult või tunnistajate juuresolekul suuliselt või oma tegudega väljendas. Teatud juhtudel võib kohus kannatanu sooviavalduse olemasolu eeldada. Näiteks siis, kui tapeti tohutuid valusid kannatav inimene olukorras, kus ta elu päästmine ja tunnistajate kutsumine oli võimatu.<sup>165</sup> Riigikogu menetluse käigus jäeti nimetatud säte eelnõust välja.

Samuti oli karistusseadustiku eelnõus märgitud, et abita jätmine kannatanu soovil ei ole õigusvastane (§ 131 lg 2).<sup>166</sup> Sellise paragrahvi sõnastuse kohaselt oleks olnud passiivne eutanaasia pärast karistusseadustiku jõustumist õiguspärane. Samas 6. juunil 2001.a Riigikogus vastu võetud ja 1. septembril 2002.a jõustunud karistusseadustikus<sup>167</sup> (edaspidi *KarS*) kõnesoleva paragrahvi teine lõige puudub. *KarS* § 124 järgi on karistatav teadvalt

---

<sup>165</sup> M. Ernits jt. Karistusseadustiku eelnõu. Seletuskiri karistusseadustiku eelnõu juurde. Tallinn, 1999. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://web.riigikogu.ee/ems/saros/9916/991610003.html>, 6. veebruaril 2010.

<sup>166</sup> *Ibid.*

<sup>167</sup> Karistusseadustik. 6. juuni 2001. – RT I 2001, 61, 364; RT I 2010, 11, 54.

eluohtlikus seisundis olevale inimesele abi andmata jätmise õnnetuse või üldise ohu korral, kui abi andmine oleks olnud võimalik ilma abistajat ennast ohtu seadmata.

Nagu näha, ei ole tegemist sugugi tervishoiutöötaja spetsiifilise sättega, vaid abita jätmise kuriteo võib toime panna põhimõtteliselt igäüks meist. Seetõttu ei olegi sätte eesmärgiks mitte sundida tervishoiutöötajaid ravima, vaid suurendada ühiskonna turvatunnet karistades seda, kes ei anna teistele inimestele abi.<sup>168</sup>

Kuna tegemist on väga üldise ja igäühele laieneva kohustusega, siis on vaja seda praktikas realiseerimiseks kitsendada. Sellel eesmärgil on sätestatud kolm piirangut. Esiteks on abita jätmise eest võimalik vastutusele võtta ainult siis, kui abi andmise vajadusele eelneb õnnetus (autoavarii, haigushoog) või üldine oht (metsatulekahju, üleujutus). Kui sellist eelnevat sündmust ei ole, siis ei sunni karistusõigus ka kedagi kellelegi abi andma. Teiseks, abi andmise kohustus ei tähenda eneseohverdamise kohustust, st abi tuleb anda ainult siis, kui seda on võimalik anda ilma abistajat ennast ohtu seadmata. Kui abi andmisega kaasneks oht abistaja enda elule või tervisele (nt nakkushaiguse levik abistajale), siis puudub karistusõigusega tagatud abistamiskohustus. Seega sõltub abistamiskohustus palju ka sellest, kas sündmuskohal on juhuslik möödakäija või kõikide enesekaitsevahenditega varustatud kiirabitöötaja. Kolmandaks, isik, kellel on võimalus abi anda, peab teadma, et abivajaja on eluohtlikus seisundis. Selle kriteeriumi täitmine on väljaõppinud tervishoiutöötajal kindlasti kergem kui tavakodanikul.<sup>169</sup>

Abi andmisega ei tohi rikkuda kannatanu enesemääramisõigust. Kui kannatanu keeldub abist ja ta on keeldumiseks pädev, ei ole keegi kohustatud kannatanut abistama, kuna kannatanul on õigus abist keelduda. Enesetapakatse ei tähenda iseenesest veel abist keeldumist.<sup>170</sup>

Eesti Vabariigi põhiseaduse<sup>171</sup> (edaspidi *PS*) §-st 16 tuleneb inimelu reservatsioonideta kaitse. Seega on karistusõiguslikult võrdselt kaitstud kõik inimesed, sõltumata nende tervislikust seisundist. Ka vastsündinute puhul ei oma tähtsust nende väärareng ega võime iseseisvalt ilma meditsiinilise abita ellu jääda. Kui loode on sünnituse alguses elus, moodustab tema tapmine KarS § 113 koosseisu. Samuti ei tee KarS mingeid mööndusi terminaalses seisundis olevate haigete osas. Samas tuleb aga rõhutada, et KarS 2. pkt 2. jaos sätestatud õigusvastasust

---

<sup>168</sup> A. Nõmper, J. Sootak. *Op cit*, lk 124.

<sup>169</sup> *Ibid*.

<sup>170</sup> J. Sootak, P. Pikamäe (koost). *Karistusseadustik. Kommenteeritud väljaanne*. Tallinn: Juura, 2002, § 124, kumm 3.2.

<sup>171</sup> Eesti Vabariigi põhiseadus. 28. juuni 1992. – RT 1992, 26, 349; RT I 2007, 33, 210.

välistavate asjaolude loetelu ei ole ammendav ning kohtule jääb põhimõtteline võimalus tulevikus lootusetult haige isiku surmasoovi õigusvastasust välistava asjaoluna tunnustada.<sup>172</sup>

Omaette liigi õigustavaid asjaolusid moodustavad sellised, mis ei tulene ühestki konkreetsest seadusest. Need, nn seadusülesed õigustavad asjaolud võivad olla karistusõiguses positiveeritud (KarS-is sisalduvad need §-des 28-30) või tuleneda õigusvastasuse instituudi dogmaatikast. Need on eelkõige kannatanu nõusolek, lubatud riisiko ja süüd välistav hädaseisund. Viimased KarS-is ei sisaldu. Siiski on nende asjaolude lugemine õigusvastasust välistavaks vajalik. Nii on Riigikohus nimetanud kannatanu nõusolekut iseseisvaks õigusvastasust välistavaks asjaoluks.<sup>173</sup>

Riigikohus on märkinud: „Kriminaalõiguse teooria tunneb tõepoolest situatsioone, kus vägivalda tarvitamine teise isiku suhtes ei ole koosseisupärane tegu – üheks selliseks on kannatanupoolne nõusolek ning ka see on aktsepteeritav vaid oluliste piirangutega. Nõusolek on määratletav kui teadlik ja vabatahtlik koosseisupärase õigushüve kahjustamise lubamine. Seega on tema konkreetsetes situatsioonides tunnustamiseks vaja rohkem kui lihtsalt õigushüve kahjustamise toimudalaskmine või vägivaldlateo kannatamine – nõusolek peab olema antud enne teo toimepanemist ja ta peab õigushüve rikkumise hetkel veel kehtima. Käesoleval juhul puuduvad aga igasugused andmed kannatanupoolse nõusoleku olemasolu kohta. Kindlasti ei saa selleks olla omavaheliste tülide korduv toimumine ning seetõttu tuleb kassaatori vastavasisuline argument jätta tähelepanuta kui asjasse mittepuutuv.“<sup>174</sup>

Eeltoodud lahendist võiks esmapilgul järeldada, et Eesti kohtupraktika tunnustab kannatanu nõusolekut õigustava asjaoluna kõigi vägivallakuritegude puhul. Samas ei saa see olla lubatav elu vastu suunatud tegude suhtes. Vastasel juhul oleks kohtupraktika tasandil lubatavad ka aktiivse eutanaasia juhtumid. Seega võib järeldada, et kannatanu nõusolek on õigustava asjaoluna lubatav üksnes vägivallakuritegude puhul, mis ei ründa inimese elu. Vastasel juhul oleks riivatud inimese elu absoluutse kaitse põhimõte.

Absoluutsuse põhimõttest tulenevalt ei loeta inimese elu kui kõrgeima õigushüve vastu suunatud tegude toimepanemisel kannatanu soovi tegu õigustavaks, kuid see võib olla üheks kergendavaks asjaoluks. Nii ei ole Eesti kehtiv karistusõigus lugenud õigustavaks asjaoluks tapmise toimepanemist kannatanu soovil (eutanaasia juhtumid). Seevastu osavõtt võõrast enesekahjustamisest ei ole ka Eestis karistatav.

<sup>172</sup> J. Sootak, P. Pikamäe (koost). *Op cit*, § 113, komm 1.3.

<sup>173</sup> *Ibid*, § 27, komm 6.

<sup>174</sup> Riigikohtu kriminaalkollegiumi otsus 15. novembrist 2001 Ain Liase süüdistuses KrK § 114 järgi. – RT III 2001, 32, 335.

Eesti karistusõiguses lahendatakse nimetatud küsimus teovalitsemise teooria kohaselt. Teovalitsemise teooria kohaselt kaasneb vastutus teise isiku surmale kaasaaitamises juhul, kui toimepanija valitses surma kaasa toonud tegu, juhib teo toimepanemist ja hoiab kuriteokoosseisu tunnustele vastavate sündmuste kulgemist enda kontrolli all. Seejuures kannatanu nõusolek ei oma kuriteo täideviimisel õigusvastasust välistava asjaoluna mingit tähendust. Kui toimepanija valitses tegu ja kannatanu poolt oli üksnes nõusolek tagajärje saabumise suhtes, vastutab teovalitseja siiski üldistel alustel. Nimetatud põhimõte on valitsevaks ka kohtupraktikas. Riigikohtu kriminaalkolleegium on oma 6. märtsi 2001.a otsuses 3-1-1-23-01 märkinud: „Viimasel juhul tuleb lähtuda materiaal-objektiivsest ehk teovalitsemise teooriast, mille kohaselt tegu määratletakse seda kujundava ja juhtiva ehk tegu valitseva tahte väljenduse kaudu. Sel puhul tuleb täideviimist sisustada teovalitsemisena - objektiivsete ja subjektiivsete tunnuste kogumina, mis näitab, kelle teod moodustavad kaaluka osa kuriteokoosseisu tunnuste täitmisel ja kelle tahe tegu juhib (valitseb). Teo valitsemisena mõistame siinkohal ühtsest tahtest hõlmatud ja kuriteokoosseisu tunnustele vastava sündmuste kulgemise enda kontrolli all hoidmist. See võib toimuda kolmes vormis: tegutsemise valitsemine ehk üksiktäideviimine, valitsemine ülekaaluga ehk vahendlik täideviimine ja funktsionaalne teovalitsemine ehk kaastäideviimine.“<sup>175</sup>

Samas võiks eeltoodud järgale ja kitsapiirilisele teovalitsemise teooriale esitada mitmeid tõsiseltvõetavaid vastuväiteid. Nimelt on küsitav teo toimepanija vastutus olukorras, kus kannatanu selge ja tõeline tahteväljendus viib teoni. Selle küsimuse lahendamine teo toimepanija kasuks on teerajajaks eutanaasia seadustamisele.

Seejuures näiteks Saksamaa karistusõigus loeb kannatanu nõusolekut üheks privilegeeritud koosseisuks (Saksamaa karistusseadustiku<sup>176</sup> (StGB) § 216 – soovitud tapmine), millisel puhul on tegu karistatud kergema karistusega. Kergem karistus tuleneb asjaolust, et kurjategija andis järele ohvri palvetele ega lähtunud enda initsiatiivist ning teadmisesest.

StGB § 216 järgi on soovitud tapmise eeldused on järgnevad. Kannatanu peab tapmiseks sõnaselgelt ja tõsimeeli soovi avaldama. Sooviavaldus on midagi enam kui pelk kannatanu nõusolek. Teisest küljest ei ole aga nõutav, et teo algne idee lähtuks tapetavast. Tarvilik, kuid ka piisav on nn „kihutamine“ tapetava poolt. Sõnaselgeks sooviavalduseks ei ole vaja, et tapetav väljendaks ennast sõnadega – ka žestidest piisab. Sooviavaldus peab olema

---

<sup>175</sup> Riigikohtu kriminaalkolleegiumi otsus 6. märtsist 2001 Meelis Rehe süüdistusasjas KrK § 142 lg 2 p-de 2 ja 3 järgi ning Andrei Mironovi süüdistusasjas KrK § 142 lg 2 p 3 järgi. – RT III 2001, 8, 91.

<sup>176</sup> Strafgesetzbuch. 15. Mai 1871. Verfügar: <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/stgb/gesamt.pdf>, 8. Mai 2010.

tõsimeelne. Seega peab tegemist olema kannatanu subjektiivselt vaba vastutustundelise otsustustega, mis on sündinud eksimuste mõjuta. Lisaks peab toimijat teole ajendama just nimelt kannatanu sooviavaldus. Kui toimija oli juba varem otsustanud teo toime panna, siis ei ole see tingimus täidetud. Teisest küljest ei ole nõutav, et kannatanu soov oleks tapmise ainus motiiv. Kui näiteks toimijat ajendab tapma lisaks kannatanu soovile ka pärimisloomus, ei välista see § 216 kohaldamist.<sup>177</sup>

Eesti karistusõigus loeb karistatavaks üksnes teise isiku tapmise (KarS § 113). Seega ei ole enesetappimine ega selle katse koosseisupärane tegu ja sellest osavõtt (kihutamine või kaasaaitamine) karistatav. Küll tuleb aga teatud juhtudel piiritleda tapmist ja enesetappimist topeltenesetappimise korral (kui üks suitsidendid jääb ellu); ka võib tekkida garandi vastutuse küsimus tegevusetuse korral (suitsidendi kaitsegarant ei hõlma enesetappimist ära, ehkki on selleks kohustatud).<sup>178</sup>

PS § 16 sätestab: „Igaühel on õigus elule. Seda õigust kaitseb seadus. Meelevaldselt ei tohi kellelki elu võtta.“

Põhiseaduse assamblee on korduvalt arutanud ja hääletanud, kas ja kuidas sätestada igaihe õigust elule, kuid kordagi pole, arutanud selle sätestamist, millal võib tappa. Mitmed eksperdid, sealhulgas ka välisekspertidelt laekunud arvamused on juhtinud tähelepanu sellele, et meil on see väga oluline säte põhiseaduses puudu. Praegu olemasolev tekst järgib üsna täpselt Euroopa inimõiguste konventsioonis olevat teksti.<sup>179</sup>

Õigust elule võib pidada kõige olulisemaks põhiõiguseks, sest see on eelduseks kõigi teiste õiguste ja vabaduste kasutamisele. Õigus elule kaitseb kehalist olemasolu. Õigus elule saab olla ainult füüsilistel isikutel.<sup>180</sup>

EIÕK artikkel 2 sätestab õiguse elule:

1. Igaühe õigust elule kaitstakse seadusega. Kellelki ei või tahtlikult võtta elu, välja arvatud kohtuotsuse täideviimisega, mis järgneb süüdimõistmisele kuriteos, mille eest seadus näeb ette taolise karistuse.<sup>181</sup>
2. Elu võtmist ei käsitata käesoleva artikli rikkumisena, kui see tuleneb absoluutsest vajadusest kasutada jõudu:

<sup>177</sup> E. Samson. Kriminaalõiguse eriosa 1. osa. Abimaterjal kohtunike ja prokuröride järelkoolituse karistusõiguse õppegrupile. Tallinn, 2000, lk 36.

<sup>178</sup> A. Nõmper, J. Sootak. *Op cit*, lk 196.

<sup>179</sup> Põhiseadus ja Põhiseaduse Assamblee. Koguteos. Tallinn: Juura, 1997, lk 819.

<sup>180</sup> E.-J. Truuväli jt. Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. Tallinn: Juura, 2002, § 16, komm 1.

<sup>181</sup> Artikli 2 lõike 1 teise lause muutis sisuliselt kehtetuks konventsiooni 6. protokoll, millega Eesti Vabariik ühines 18. märtsil 1998.a ning mis jõustus Eesti suhtes 1. mail 1998.a (RT II 1998, 12, 22).



- a) inimese kaitsmisel õigusvastase vägivalla eest;
- b) seaduslikul vahistamisel või seaduslikult kinni peetud isiku põgenemise vältimiseks;
- c) seaduslikel toimingutel rahutuste või mässu mahasurumiseks.<sup>182</sup>

EIÕK artikli 2 lõikes 2 peetakse silmas juhtumeid, kus on sisuliselt tegemist hädakaitsega või isiku kinnipidamisega või põgenemise tõkestamisega rakendatava vägivallaga, kusjuures ei ületata hädakaitseks vajalikke piire. Praktikast tõlgendab Euroopa Inimõiguste Kohus neid kriteeriume küllaltki restriktiivselt (kitsendavalt). Eriti rõhutatakse aktsioonide vastavust (proportsionaalsust) faktilisele ohule ning rakendatakse jõu „absoluutset hädavajalikkust”. Kohus on hoidunud panemast süüd riigile selle eest, et ta pole suutnud kaitsta tsiviilisikute elu terroristlike aktide eest ega taganud neile ihukaitset. Samas on kohus märkinud, et artikkel 2 kohustab riigivõimu rakendama positiivseid meetmeid inimelu kaitsmiseks üksikisikute kuritegelike rünnete eest ning teatud juhtudel võib vajalike kaitsemeetmete võtmata jätmine tuua kaasa riigi vastutuse. Artikkel 2 on absoluutne, seda ei saa piirata ka hädaolukorras. Eesti põhiseaduses reguleerib vaadeldavat küsimust § 16.<sup>183</sup>

EIÕK ei anna otsust vastust keerulistele küsimustele, mis tekivad seoses embrüokaitsega, abordiga, elundite siirdamisega, eutanaasiaga jne. Õigust elule täiendab oluliselt EIÕK 6. lisaprotokoll surmanuhtluse keelustamisest (koos eranditega sõja ajal või vaheti sõja ohu korral).<sup>184</sup>

Protokolli nr 6 artikkel 1 sätestab et, surmanuhtlus tuleb kaotada. Kedagi ei või sellega karistada ega surmamõistva kohtuotsuse alusel hukata.<sup>185</sup>

Euroopa Liidu Põhiõiguste Harta<sup>186</sup> artikli 2 kohaselt on igaühel õigus elule ning kedagi ei tohi surma mõista ega hukata.

Õigust elule võib pidada kõrgeimaks sotsiaalseks ja õigushüveks. Ilma õigusetu elule kaotavad tähenduse kõik muud õigused, vabadused ja hüved. Õigus elule on eelduseks kõigi teiste õiguste ja vabaduste kataloogides tavaliselt esikohal (alguses). Eesti põhiseaduses see

<sup>182</sup> Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni (täiendatud protokollidega nr 2, 3, 5 ja 8) ning selle lisaprotokollide nr 1, 4, 7, 9, 10 ja 11 ratifitseerimise seadus. 13. märts 1996. – RT II 1996, 11/12, 34; RT I 2005, 39, 308.

<sup>183</sup> G. Hazak. Inimõigused I. Tallinn, 2002, lk 27.

<sup>184</sup> *Ibid*, lk 26-27.

<sup>185</sup> *Ibid*, lk 76.

<sup>186</sup> Euroopa Liidu Põhiõiguste Harta. 14. detsember 2007. – Euroopa Liidu Teataja 2007/C 303/01. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2007:303:0001:0016:ET:PDF>, 6. märtsil 2010.

millegipärast nii ei ole ning me leiame selle õiguse vastava peatüki üheksandalt positsioonilt.<sup>187</sup>

Erinevalt enamikust teistest õigustest ja vabadustest, mis on oluliselt sotsiaalselt determineeritud ning mida võib käsitada ka kui ühiskondlikke kokkuleppeid, on elu peamiselt bioloogiliselt ehk loodusest determineeritud. Ka on eluõiguse eitamine ehk elu võtmine pöördumatute tagajärgedega. Seetõttu on inimese ellu välise sekkumise ja elu üle otsustamise ulatus kõige delikaatsem ja piiratum ning vastutus selle eest kõige rangem.<sup>188</sup>

Artikli 2 nõuded on absoluutsed, neist ei või taganeda ka sõja tingimustes ega hädaolukorras. Õigus elule tähendab üheaegselt keeldu kelleltki meelevaldselt ja seadusevastaselt elu võtta ning kohustust kaitsta elu. Elu kaitse kohustusele viitab otseselt paragrahvi teine lause.<sup>189</sup>

Igäihe õigus elule tähendab inimese subjektiivset õigust bioloogilisele elule. See on füüsiliste isikute õigus vaimsele ja kehalisele olemasolule. Õigus elule põhiõiguste tähenduses ei oma juriidilised isikud, sest see ei ole „*koosõlas ... selliste õiguste, vabaduste ja kohustuse olemusega*” (PS § 9 lg 2).<sup>190</sup>

PS § 16 teine lause lisab eluõiguse tagatisele PS § 16 esimeses lauses, et seda õigust kaitseb seadus. See kujutab endast kaitsegarantiid, millega rõhutatakse, et elu kaitse on riigi fundamentaalne ülesanne.<sup>191</sup>

Õigust elule kaitsevad ka kesksed rahvusvahelised inimõigusaktid. PS § 16 sõnastus on peaaegu identne kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvahelise pakti artikli 6 lõike 1 sõnastusega. Õiguse elule sätestavad ka inimõiguste ülddeklaratsiooni artikkel 3 ning lapse õiguste konventsiooni artikkel 6. EIÕK artikli 2 lõike 1 kohaselt kaitstakse igäihe õigust elule seadusega. Konventsiooni 6. lisaprotokoll keelustab surmanuhtluse rahuajal. EIÕK 13. lisaprotokolliga keelustatakse surmanuhtlus üldse.<sup>192</sup>

PS § 16 sätestab lisaks isiku subjektiivsele õigusele ka riigi objektiivse kohustuse inimelu kaitsta. Sellele viitab ka paragrahvi teine lause. Elu kaitseks on riik KarS-iga kehtestanud kriminaalõiguslikud sanktsioonid eluvastaste süütegude eest. Riigi roll ei piirdu aga vaid karistusseadustiku kehtestamisega, riik peab tagama ka kuritegude uurimise ning kurjategijate

---

<sup>187</sup> R. Maruste. Konstitutsionalism ning põhiõiguste ja –vabaduste kaitse. Tallinn: Juura, 2004, lk 321.

<sup>188</sup> *Ibid*, lk 322.

<sup>189</sup> *Ibid*.

<sup>190</sup> *Ibid*.

<sup>191</sup> R. Alexy. Põhiõigused Eesti põhiseaduses. – *Juridica*, 2001, Eriväljaanne, lk 78.

<sup>192</sup> E.-J. Truuväli jt. *Op cit*, § 16, komm 2.

vastutusele võtmise ja karistamise. Nende kohustuste täitmata jätmine elu vastu suunatud kuritegude puhul võib kujutada endast PS § 16 rikkumist. Kaudselt teenivad eesmärki kaitsta elu ka mitmesugused muud riiklikud abinõud avaliku korra ja julgeoleku, riigi- ja tervisekaitse jm valdkondades.<sup>193</sup>

Veidi lihtsustatud oleks seisukoht, et õigus elule algab sünniga ning lõpeb surmaga. Elu ei teki hetkeliselt sünnimomendil; elu tekkimist võib vaadelda pigem protsessina. Seega kaitseb PS § 16 ka veel sündimata elu – loodet. Ühest seisukohta ei ole küsimuses, kas lootel on ka subjektiivne õigus elule või kaitseb loodet ainult objektiivne õigus (nt PS käsitletava normi näol).<sup>194</sup>

Loote kaitse puhul võib tekkida kollisioon ema õigusega enesemääratlemisele. Riik – vähemalt ilmalik riik – ei saa ema möödapääsmatult ja sunniviisiliselt kohustada sünnitama. Raseduse katkestamist reguleerib raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus. Selle seaduse kohaselt võib üldjuhul naise soovil tema raseduse katkestada, kui rasedus ei ole kestnud üle 11 nädala. Teatud tingimustel võib raseduse katkestada ka kuni 21. rasedusnädalani. Raseduse ebaseaduslik (sh hilinenud) katkestamine on kriminaalkorras karistatav.<sup>195</sup>

Sarnaselt elu algusega ei ole ka elu lõpp – surm – alati momentaalne. Ka surm on pigem protsess. Kaasaegne meditsiin on võimeline inimorganismi teatud funktsioone (nt hingamist, südametegevust) pikaajaliselt kunstlikult alal hoidma. Õiguslikus mõttes peetakse surmaks enamasti ajusurma, s.t olukorda, kus aju on pöördumatult kahjustatud ning seetõttu oma tegevuse lõpetanud.<sup>196</sup>

Enese või teiste kaitseks surmava jõu kasutamine hõlmab ka hädakaitse või hädaseisundit<sup>197</sup>, kuid ainult juhul, kui jõudu on rakendatud inimes(t)e, aga mitte vara kaitseks, ning üksnes juhul, kui absoluutselt vajalikkuse tingimus on täidetud. Absoluutselt vajalikkuse tingimus on täidetud siis, kui oht inimeste elule on antud olukorras vahetu ja reaalne (nt tulirelva või lõhkeseadeldise kasutamine) ning puuduvad muud võimalused ohu ärahoidmiseks ja elu kaitseks.<sup>198</sup>

---

<sup>193</sup> E.-J. Truuväli jt. *Op cit*, § 16, komm 3.

<sup>194</sup> *Ibid*, komm 4.

<sup>195</sup> *Ibid*.

<sup>196</sup> *Ibid*.

<sup>197</sup> Karistusseadustiku asjakohased §-d 28 (hädakaitse) ja 29 (hädaseisund) ei seo võimaliku ülemäärase jõu kasutamist inimelu kaitsega, vaid laiemalt „ohuga enda või teise isiku õigushüvedele”.

<sup>198</sup> R. Maruste. *Op cit*, lk 326.

Kaitsta inimelu tuleneb otseselt PS § 16 teisest lausest ning inimõiguste rahvusvahelise kaitse üldtunnustatud teooriast ja praktikast. Riigi positiivne kohustus kaitsta elu seisneb riigi kohustuses kehtestada eluvastaste rünnete ja olukordade tõkestamiseks asjakohane materiaalne ning menetlusõiguslik normistik, pakkuda aktiivset kaitset akuutsete eluohustamise juhtumite puhul; samuti protseduurilises kohustuses läbi viia põhjalik surmajuhtumite uurimine, karistada süüdlasi ning pakkuda õiguskaitset ja kompensatsiooni kannatanutele. Negatiivne kohustus tähendab kohustust hoiduda igasugusest elu võtmisest.<sup>199</sup>

Põhiseaduse teine lause viitab otsesele riigi kohustusele kaitsta elu seadusega. Esmalt tähendab see riigi kohustust seaduse karistusähhvardusega tõkestada kõik elu vastu suunatud ründed. Karistusseadustik näeb eluvastased süüteod ette §-des 113-117 ning maksimaalseks karistuseks võib karistusseadustiku järgi olla eluaegne vangistus. Riigi kaudseks positiivseks kohustuseks on näiteks reguleerida tulirelvade jm üldiselt elu ohustavate esemete ja ainete kasutamist, täpselt reguleerida õiguskaitsetöötajate pädevus ja tegevus ning korraldada nende koolitus jmt. Samavõrd oluline on seadusega reguleerida näiteks elu ohustavate ainete, sh ravimite tootmist, levikut ja kasutamist ning mitmesuguseid elu ohustavaid tegevusi.<sup>200</sup>

Juhul kui inimelu on sattunud mingitel asjaoludel vahetusse ja reaalsesse ohtu ning inimene on sellest teavitanud võime või peab see võimudele olema teada asjaoludest tulenevalt, on võimudel kohustus astuda aktiivseid samme ja rakendada meetmeid elu kaitsmiseks. Juhul kui seda ei tehta ning tagajärjeks on kellegi elukaotus, võib tõusetuda riigivastutuse küsimus, sh ka EIÕK artiklist 2 tuleneva üldise kaitsekohustuse rikkumise eest. Mõistagi ei ole see riigi kaitsekohustus absoluutse iseloomuga, sest võimatu on tagada igäühele riigipoolne kaitse igasuguste olmekonfliktide ja –ohtude korral. Kuid see kaitsekohustus on suurem, kui oht lähtub avalikust tegevusest (avaliku ülesande täitmisest) või seondub näiteks kodanikukohustuse täitmisega (nt tunnistajaks olemisega).<sup>201</sup>

Aktiivse kaitsekohustuse alla paigutub ka keeld saata kedagi välja riiki, kust inimest võib ähhvardada elu kaotus surmanuhtluse või omakohtu läbi.<sup>202</sup>

---

<sup>199</sup> R. Maruste. *Op cit*, lk 326.

<sup>200</sup> *Ibid.*

<sup>201</sup> *Ibid*, lk 326-327.

<sup>202</sup> *Ibid*, lk 327.

Elu pühadus ja igäühe õigus elule on demokraatlike ühiskondade üks alusväärtusi. Seetõttu sisaldab õigus elule endas igasuguse meelevaldse eluvõtmise keeldu ning kohustust elu kaitsta.<sup>203</sup>

Põhiseaduse keeld meelevaldselt kelleltki elu võtta jätab lahtiseks võimaluse, et see võib mittemeelevaldselt siiski teatud juhtudel aset leida. Millised need mittemeelevaldsed juhtumid on, selle avab ammendavalt EIÕK artikkel 2, mille järgi „elu võtmist ei käsitata käesoleva artikli rikkumisena, kui see tuleneb absoluutselt vajadusest kasutada jõudu:

- a) inimese kaitsmisel õigusvastase vägivalla eest;
- b) seaduslikul vahistamisel või seaduslikult kinni peetud isiku põgenemise vältimiseks;
- c) seaduslikel toimingutel rahutuste või mässu mahasurumiseks”.<sup>204</sup>

Esimene tingimus eelosundatud lubatud erandite puhul on see, et surmava jõu kasutamine peab olema absoluutselt vajalik, vältimatu ehk möödapääsmatu. Seejuures peab vajalikkus jääma proportsionaalseks taotletava eesmärgi ja sündmuse asjaoludest tulenevate vajadustega. Seetõttu näiteks liikluspolitseiniku peatumiskorraldusele mitteallunud isiku jälitamine üldohtlikul viisil ning eriti sõiduki pihta tule avamine on üldjuhul ebaproportsionaalne rikkumise ohtlikkuse ja taotletava eesmärgiga.<sup>205</sup>

Puudub alus arvata, et vaadeldavad erandid käsitleksid ainult tahtlikku elu võtmist ega hõlma mittetahtlikku, ettevaatamatusest või hooletusest tulenevat elu võtmist. EIÕK järelevalveorganid on kohaldanud artiklit 2 mõlemal juhul. Väärrib tähelepanu, et säte ei anna alust kasutada letaalset jõudu kuriteo ärahoidmiseks üldse, vaid üksnes väga kitsas ulatuses – inimese kaitsmiseks õigusvastase vägivalla eest.<sup>206</sup>

PS § 16 siiski absoluutselt ei välista elu võtmist. Sellele viitab § 16 kolmas lause, mis keelab meelevaldse elu võtmise. Nii ei keela see paragrahv iseenesest surmanuhtlust, kui tegemist on seaduse alusel tehtud kohtuotsuse täideviimisega. Eesti Vabariik on siiski loobunud surmanuhtlusest kui karistusest. Ratifitseerides EIÕK 6. lisaprotokoll, võttis Eesti endale kohustuse mitte kohaldada surmanuhtlust rahuajal. Eesti seadused ei näe surmanuhtlust ette ka sõjaaegsete kuritegude eest.<sup>207</sup>

Elu võtmine võib siiski osutada õiguspäraseks. Seda juhul, kui tegemist on mingi muu olulise õigushüve kaitsega. Nii võib jõu kasutamine (mis võib viia selle isiku elu võtmiseni, kelle

---

<sup>203</sup> R. Maruste. *Op cit*, lk 324.

<sup>204</sup> *Ibid.*

<sup>205</sup> *Ibid.*

<sup>206</sup> *Ibid.*

<sup>207</sup> *Ibid*, lk 146.

vastu jõudu kasutatakse) olla õigustatud ja õiguspärane teiste inimeste kaitseks õigusvastase vägivalda eest, seaduslikul vahistamisel või seaduslikult kinnipeetud isiku põgenemise vältimiseks, rahutuste või mässu mahasurumisel (EIÕK art 2 lg 2). Samuti võib elu võtmine olla õigustatud ka hädakaitse ja hädaseisundi puhul. Elu võtmine ei tohi aga ka neil juhtudel olla omaette eesmärgiks. Elu võtmine võib olla vaid teise õigushüve kaitsega kaasnev kahetsusväärne tagajärg.<sup>208</sup>

Vaieldav on küsimus, kas isiku surmale kaasaaitamine – ja millisel määral kaasaaitamine – on PS §-ga 16 keelatud ja kriminaalõigusega karistatav. Lubatavaks peetakse passiivset eutanaasiat, s.t loobumist terminaalses seisundis haige ravist. Aktiivset eutanaasiat peetakse enamikus riikides, sh Eestis, kuriteoks.<sup>209</sup>

Keelatud ega karistatav ei ole enesetapp. Riigil on siis õigus sekkuda, kaitsmaks inimese elu inimese enda eest: PS § 20 lg 2 p 5 kohaselt võib vaimuhaigelt võtta vabaduse, kui ta on endale ohtlik.<sup>210</sup>

## 5.2. Eestlaste suhtumine eutanaasiasse

Eestis on 1995. aastal tehtud vähihaigete küsitluse tulemused näitasid, et 58% haigetest aktsepteeris eutanaasia rakendamise võimalust, 22% haigetest vastas „võib-olla“ ja 15% haigetest valis variandi „ei oska öelda“; ainult 5% patsientidest oli eitaval seisukohal. Need tulemused erinevad arstide omadest ja tõestavad ka teistes uuringutes kinnitust leidnud arvamust, et haigete suhtumine eutanaasiasse ja arsti kaasabil elu lõpetamisele on märgatavalt pooldavam kui arstidel endil.<sup>211</sup>

Eesti Päevalehe tellimusel küsitles uuringufirma EMOR 1996. aastal Tallinnas 254 elanikku, selgitamaks nende suhtumist halastussurma. Paluti avaldada arvamust, kas eutanaasia peaks olema lubatud juhul, kui inimene on paranemislootuseta ja võimeline eksisteerima ainult haiglapalatis aparatuuri all.

60% vastajatest pooldas halastussurma, 27% oli selle vastu ja 13% jäi vastuse võlgu. Naised olid enam eutanaasia poolt kui mehed. Eestlased ja venelased suhtusid halastussurma erinevalt. Nimetatud tingimustel peab halastussurma lubamist vajalikuks 72% küsitletud

---

<sup>208</sup> R. Maruste. *Op cit*, lk146.

<sup>209</sup> *Ibid.*

<sup>210</sup> *Ibid.*

<sup>211</sup> R. Labotkin, H. Suija, V. Fedossov. Eesti arstide suhtumine eutanaasiasse. – Eesti Arst, 1999, nr 1, lk 3.

eestlastest, muulaste seas oli halastussurma pooldajaid ja vastaseid võrdselt. Eutanaasia seadustamist toetavad enam nooremad, 15-34-aastased inimesed. Pensioniealistest vastajate seas oli halastussurma pooldajaid pea niisama palju kui teisteski vanuserühmades, ent halastussurma eitajaid oli vähem – seda nende arvel, kes jäid vastuse võlgu. Oma kommentaarides rõhutasid küsimusele vastanud, et eutanaasia peaks olema lubatud vaid patsiendi enda soovil. Samas avaldati ka kartust, et halastussurma võimalust võidaks kuritarvitada.<sup>212</sup>

1997. ja 1998. aastate algul tegi Tartu Ülikooli Radioloogia ja Onkoloogia Kliinik Eesti arstkonna hulgas kirjaliku küsitluse. Töö eesmärgiks oli uurida Eesti arstide suhtumist eutanaasiasse ja selle probleemiga kokkupuutumist. Kokku osales küsitluses 405 arsti, nendest oli onkoloogilise teenistusega seotud 57 (14%) ja teiste erialade arste 348 (86%). Küsitluses osalenud arstide spetsialiseeritus: internid – 18 (4%), üldarstid – 165 (41%), residendid – 24 (5%), erialaspetsialistid – 192 (47%); eriala teadmata – 6 (2%). Arsti tööstaaz: alla 5 aasta – 77 (19%), alla 10 aasta – 54 (13%), 10 kuni 20 aastat – 132 (33%), üle 20 aasta – 132 (33%); tööstaaz teadmata – 10 arsti (2%). Arstide kokkupuutumine vähihaigetega: pidevalt – 66 (16%), sageli – 123 (30%), harva – 198 (49%); ei puutu üldse kokku – 5 (1%), teadmata – 13 (4%).<sup>213</sup>

Eutanaasiaprobleemi pidas Eestis aktuaalseks 31% arstidest (sealhulgas 25% vastajaist valis variandi „pigem jah“), ei pidanud aktuaalseks 59% (41% vastajaist vastas „pigem ei“) ja 10% vastajatest ei osanud sellele küsimusele vastata. Eutanaasia rakendamise võimalust Eestis aktsepteeris 40% arstidest (30% vastas „pigem jah“), ei aktsepteerinud 48% arstidest (27% vastas „pigem ei“) ja 12% ei osanud vastata. Arste, kellel praktilise töö käigus oli tekkinud mõtteid patsiendi aitamiseks eutanaasia teel, oli 44% (31% neist vastas „pigem jah“), 48% arstidest ei olnud sellele kunagi mõelnud (21% vastas „pigem ei“) ja 8% arstidest ei osanud vastata.<sup>214</sup>

Arstid aktsepteerisid eutanaasiat sõltuvalt tööstaazist erinevalt, kusjuures kauem töötanud aktsepteerisid eutanaasiat vähem. Kõige suurem vahe esineski üle 20-aastase ja alla 5-aastase tööstaaziga arstide vahel. Samuti esines vahe pikema tööstaazi ja eutanaasia rakendamise

---

<sup>212</sup> K. Kirss. Arst võib võtta valu, mitte elu. – Eesti Päevaleht, 1. aprill 1996, lk 8.

<sup>213</sup> R. Labotkin, H. Suija, V. Fedossov. *Op cit*, lk 5.

<sup>214</sup> *Ibid.*

võimaluse vahel, kus samuti üle 20-aastase ja alla 5-aastase tööstaažiga arstide vahel ilmnis statistiliselt oluline erinevus.<sup>215</sup>

Arstide erialakuuluvus eutanaasia rakendamise tunnustamist ei mõjutanud: eutanaasiat aktsepteeris mitteonkoloogidest 39% ja onkoloogidest 47%; ei aktsepteerinud mitteonkoloogidest 48% ja onkoloogidest 47%. Harva vähihaigetega lävivatest arstidest tunnustas eutanaasiat 39%, sageli lävivatest 42% ja pidevalt kokkupuutuvatest arstidest 41%. Nendes tulemustes statistiliselt olulist lahknevust ei täheldatud.<sup>216</sup>

Erinevalt mitteonkoloogidest oli kõikidel onkoloogidel oma praktika vältel tekkinud soov aidata patsienti eutanaasia rakendamise teel (ükski onkoloog, erinevalt teiste erialade arstidest (9%), ei valinud varianti „ei oska vastata küsimusele, kas teil on kasvõi kord tekkinud mõte aidata patsienti eutanaasia rakendamise teel“). Eutanaasia mitteaktsepteerimise põhjustest oli esikohal arstivigade esinemise kartus (45% vastajatest), samuti peeti eutanaasiat küsitletu olemusele vastuvõetamatuks (38%) ja leiti, et eutanaasia ja arstikutse ei sobi kokku (33%).<sup>217</sup>

Eeltoodud küsitluste tulemused näitavad, et arsti elukutsest olulisemateks teguriteks eutanaasiasse suhtumisel on arsti staaž ja tema isikulised omadused. Mitte vähem tähtis ei ole ka ühiskonnas valitsev arvamus (seadused).

Postimees.ee päevagallup andis 8. veebruaril 2010.a üllatava tulemuse – tervelt 83% vastanutest teatas, et pooldab aktiivse eutanaasia legaliseerimist Eestis.<sup>218</sup> Suurt osa Postimees.ee lugejaid paneb aktiivset eutanaasiat pooldama peamiselt soov vältida raske haigusega kaasnevaid piinu, teisalt rohutakse inimese õigusele surra ja teha seda väärikalt.<sup>219</sup>

Aktiivse eutanaasia juhtumid, kus arst aitab näiteks mürgisüstiga kaasa inimese surmale, on Eesti meditsiinis tõeline tabuteema. Erialauurimustes on anonüümseid vihjeid patsientide halastusmõrvale, kuid ametlikus arstiteaduses, rääkimata Eesti kohtutest, ühtegi aktiivse eutanaasia juhtumit registreeritud ei ole.

Kohtupraktikast rääkides, peab mainima 23. märtsil 2010.a Tartu Halduskohtusse saabunud T. Reialu taotlust riigi õigusabi saamiseks. Probleemi kirjeldusena, mille lahendamiseks riigi õigusabi taotleti, oli märgitud, et soovitakse kohtu poolt loa andmist eutanaasia sooritamiseks

---

<sup>215</sup> R. Labotkin, H. Suija, V. Fedossov. *Op cit*, lk 5.

<sup>216</sup> *Ibid.*.

<sup>217</sup> *Ibid.*

<sup>218</sup> Kiirküsitlus eutanaasiast. – Postimees.ee, 8. veebruar 2010. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.postimees.ee/?id=222436>, 9. märtsil 2010.

<sup>219</sup> A. Raun. Lugejad pooldavad eutanaasiat piinadest pääsemise tõttu. – Postimees.ee, 12. veebruar 2010. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.postimees.ee/?id=224307>, 9. märtsil 2010.



arstide kaasabil. Taotleja märkis, et kuna tal endal pole piisavalt materiaalseid vahendeid ja eutanaasia on Eesti Vabariigis seadusega keelatud, siis vajab ta riigi õigusabi. Taotluse kohaselt on T. Reisalu tervislik seisund väga kehv ja lausa piinasid tekitav ning taotleja arvates Eesti meditsiin kas pole suuteline teda ravima, isegi objektiivset diagnoosi panema või ei soovitagi ravi osutada. T. Reisalu soovis piinadest vabaneda ja inimväärset surra ning märkis, et tema elu pole inimväärne ja haigusest tulenevad füüsilised piinad on ebainimlikud. Kohus asus 7. aprilli 2010.a määruses seisukohale, et T. Reisalul ei saa olla õigust, mille kaitsmiseks ta riigi õigusabi taotleb. Kohus oli seisukohal, et halduskohtu pädevuses ei ole anda luba arstide kaasabil eutanaasia sooritamiseks ega teha ka ettekirjutust isiku suhtes eutanaasia sooritamiseks. Aktiivne eutanaasia kui patsiendi surmamine tema piinade lõpetamiseks ja valude leevendamise eesmärgil on tegu, mis Eestis toob kaasa kriminaalkorras karistamise ning kohus ei saa panna ühelegi arstile kohustust teise isiku surma esilekutsumiseks. Kohus selgitas lisaks, et tervishoiuteenuse osutajal on seadusest tulenev kohustus osutada patsiendile tervishoiuteenust, mis vastab teatud kvaliteedinõuetele ning kui T. Reisalu leiab, et tema suhtes on tervishoiuteenuse osutaja oma kohustusi süüliselt rikkunud, siis on tal võimalik enda õigusi kaitsta tsiviilkohtus.<sup>220</sup>

Pikka aega puudus eutanaasia küsimuses ka EIÕK kohaldamise praktika, kuigi võis kahelda, kas isik saab nõuda riigilt seda, et riik peaks kaasa aitama tema soovile võtta talt elu. Samuti puudub selles valdkonnas ühtne seisukoht Euroopa Nõukogu liikmesriikidel ning meile teadaolevalt on aktiivne eutanaasia seadustatud vaid Hollandis, Belgias ja Luksemburgis.

Järgnevalt peatun Euroopa Inimõiguste Kohtu ühel olulisemal pretsedendil, mis käsitleb eraelu kaitset, täpsemalt kohtupraktikal, mis seostub eutanaasiaga. Eraelu kaitse on sätestatud EIÕK artiklis 8, mille kohaselt on igäihel õigus sellele, et austatakse tema era- ja perekonnaelu ja kodu ning korrespondentsi saladust. Võimud ei sekku selle õiguse kasutamisse muidu, kui kooskõlas seadusega ja kui see on demokraatlikus ühiskonnas vajalik riigi julgeoleku, ühiskondliku turvalisuse või riigi majandusliku heaolu huvides, korratuse või kuriteo ärahoidmiseks, tervise või kõlbluse või kaasinimeste õiguste ja vabaduste kaitseks.

Selge on, et inimelu vabatahtlik lõpetamine tõstatab mitmesuguseid delikaatseid küsimusi seoses erasfääri austamisega. Õiguslikud probleemid tekivad põhiliselt sellest, kui teine isik aktiivselt osaleb patsiendi elu lõpetamises selliselt, et kiirendab patsiendi suremist. Seda sellepärast, et enamiku riikide (sh Eesti) õiguskorrad keelavad enesetapule kaasaitamise, selleks et kaitsta patsienti.

---

<sup>220</sup> Tartu Halduskohtu määrus 7. aprillist 2010 nr 3-10-746 Toomas Reisalu taotluses riigi õigusabi saamiseks.

Selles valdkonnas puudus Euroopa Inimõiguste Kohtul väljakujunenud praktika, kuni 2002. aastal langetati asjas *Pretty v Ühendkuningriik* vastuoluline otsus. Selles juhtumis puutus kohus kokku küsimusega, kas enesetapule kaasaaitamist keelav norm oli kooskõlas EIÕK artikliga 8. *Pretty* kaasuse asjaolude kohaselt kannatas 43-aastane naine ravimatu mittepäriliku närvihaiguse (*motor neurone disease*) all, mis järk-järgult süvenedes viib käte, jalgade ja hingamisteedega seotud lihaste tõsise nõrgenemiseni ning lõpeb surmaga. Pärast haiguse tuvastamist 1999. aastal halvenes *Pretty* tervislik seisund kiiresti. Kaebuse esitamise ajaks oli haigus tõsiselt süvenenud: allpool kaelapiirkonda oli *Pretty* keha halvatud ja teda tuli toita sondiga, kuid tema mõistust ja otsustusvõimet ei olnud haigus nõrgendanud. Kuna haiguse lõppfaas on talumatult ängistav ja inimväärikust alandav, soovis *Pretty* ise otsustada, millisel viisil ja millal ta sureb. Üksinda ei olnud ta võimeline suitsiidi sooritama, kuid enesetapule kaasaaitamine on aga kuritegu. *Pretty* advokaat esitas prokuratuuri eesistujale taotluse sooviga saada kinnitust, et naise abikaasat ei võeta kriminaalvastutusele, kui ta abistab *Prettyt* suitsiidi sooritamisel. Prokuratuur keeldus nõusolekut andmast, ringkonnakohus keeldus asja kohtulikust läbivaatamisest. 2001. aasta novembris jättis Lordide Koda kaebuse esitaja apellatsiooni rahuldamata. Euroopa Inimõiguste Kohus kuulutas kaebuse vastuvõetavaks.<sup>221</sup>

Kohtul paluti kontrollida, kas Briti võimude keeldumine riivas *Pretty* õigust eraelu austamisele. Kaebuse esitaja tugines mitmetele EIÕK artiklitele. EIÕK artikli 2 alusel väitis ta, et see on inimese enda otsustada, kas elada või mitte, ning õigus surra tuleneb õigusest elule ning kuulub seega samuti kaitse alla. Seega oli kaebaja arvates riigil positiivne kohustus tagada siseriikliku seadusandlusega võimalus sellist õigust kasutada. EIÕK artikli 3 alusel leidis kaebaja, et Ühendkuningriigil ei ole kohustus mitte ainult hoiduda ebainimlikust ja alandavast kohtlemisest, vaid et riik peab astuma positiivseid samme, vältimaks tema jurisdiktsiooni all olevate inimeste allutamist piinamisele. Antud juhul oli ainus positiivne meede, mida kasutada oleks võimalik, et riik ei süüdistaks kaebaja abikaasat, kui see aitaks kaasa tema enesetapule. Lisaks tugines kaebaja EIÕK artiklitele 8 (õigus eraelule), 9 (südametunnistuse vabadus) ja 14 (diskrimineerimise keeld).<sup>222</sup>

EIÕK artiklis 2 sätestatuga on kohtule esitatud asjades reeglina rõhutatud riigi kohustust kaitsta isiku elu. Kohus ei nõustunud väitega, nagu saaks õigust elule tõlgendada selliselt, et see hõlmaks ka negatiivset aspekti (st õigust otsustada ka oma surma üle). Kohus leidis, et EIÕK artikkel 2 ei käsitle küsimusi, mis seonduvad elukvaliteediga või sellega, mida isik oma

---

<sup>221</sup> European Court of Human Rights. *Pretty v the United Kingdom*, 29 April 2002, application N 2346/02.

<sup>222</sup> *Ibid.*

eluga teha soovib: ilma keelt moonutamata ei saa kõnealust artiklit tõlgendada nii, et selles sisalduks õigus surra. Ka ei saa EIÕK artiklit 2 käsitleda enesemääramisõigusena selles tähenduses, et see annaks isikule õiguse vastavalt oma taatele valida elu asemel surma. Järelikult ei saa EIÕK artiklist 2 mingil juhul tuletada õigust surra kolmanda isiku või riigivõimuesindaja kaasabil. Ka ei olnud käesoleval juhul kohtu ülesandeks hinnata mõne teise riigi seaduste piisavust tagamaks EIÕK artiklis 2 sätestatud kohustust kaitsta õigust elule. Kui ka tuleks tunnistada, et suitsiidile kaasaaitamist lubavad tingimused mõnes riigis oleks EIÕK artikliga 2 vastuolus, poleks sellest kõnealusel juhul vähimatki abi, kuna ei leidnud kinnitust väide, nagu rikuks Ühendkuningriik suitsiidile kaasaaitamist keelates EIÕK artiklist 2 tulenevaid kohustusi.<sup>223</sup>

On ilmselge, et Ühendkuningriigi valitsus ei rakendanud kaebuse esitaja suhtes väärkohtlemist, ka ei esitanud Pretty ühtegi kaebust selle kohta, nagu poleks riik talle taganud adekvaatset arstiabi. Seega ei olnud antud juhul tegu ebaadekvaatse toiminguga ega kohtlemisega, kuid Pretty väitis, nagu oleks riigi eitav vastus tema taotlusele (mitte võtta ta abikaasat kriminaalvastutusele, kui too aitab kaasa tema enesetapule) ebainimlik ja alandav kohtlemine, kuna riik ise ei suuda teda kannatuste eest kaitsta. Seeläbi andis kaebuse esitaja sõnale “kohtlemine” uue ja tunduvalt laiahaardelisema tähenduse, kui seda tavaliselt mõistetakse. EIÕK artiklit 3 tuleb käsitleda nõnda, et see oleks vastavuses artikliga 2, mille esmane ja peamine idee on keelata surma põhjustavad jõumeetmed või muud surmaga lõppeda võivad tegevused. Riigi positiivne kohustus, millele kaebuse esitaja tugineb, ei hõlma valu osalist või täielikku leevendamist (mis seisneks näiteks riigiorganite või eraisikute initsiatiivil toimuva väärkohtlemise ennetamises, soodsamate ravitingimuste või arstiabi tagamises). Küll aga nõuab mainitud kohustus, et riik sanktsioneeriks toimingud, mille eesmärgiks on elu lõpetamine, kuid seda ei saa tuletada EIÕK 3. artiklist. Järelikult ei tõusetunud ka EIÕK artiklist 3 ühtegi positiivset kohustust, mis võimaldaks nõuda süüdistuse esitamata jätmist enesetapja abistajale või millega tuleks tagada ükskõik milline muu võimalus, mis muudaks suitsiidile kaasaaitamise seaduspäraseks.<sup>224</sup>

Kuigi ükski eelnev EIÕK artiklit 8 puudutav kohtuasi ei ole loonud alust enesemääramisõiguse käsitlemiseks, on isiku sõltumatusetunnetus selle artikli tagatismeetmete tõlgendamise üheks tähtsamaks kriteeriumiks. Võimalus elada oma elu just seesugusena, nagu seda soovitakse, võib ühtlasi hõlmata ka võimalust selliste tegevuste sooritamiseks, mis asjaosalise jaoks on füüsiliselt või moraalselt kahjulikud või ohtlikud.

---

<sup>223</sup> European Court of Human Rights. *Pretty v the United Kingdom*, 29 April 2002, application N 2346/02.

<sup>224</sup> *Ibid.*

Kuid isegi kui mõne isiku käitumine seab ohtu ta tervise – ja võib arvata, et teatud juhtudel ka elu –, on konventsiooni institutsioonide kohtupraktika käsitletud riigipoolset sund- või kriminaalmeetmete rakendamist sekkumisena isiku eraellu. Meditsiinilises kontekstis võib mõnest raviviisist keeldumine viia paratamatult surmani, kuid mingi ravimeetodi sunduslik rakendamine satuks vastuollu isiku füüsilise puutumatus põhimõttega – niisugune pretsedent hõlmaks EIÕK artiklis 8 käsitletud õigusi. Inimväärikuse ja isikuvabaduse austamine on konventsiooni peamiseks juhtprintsipiiks. Vähimalgi määral eitamata elu pühadust, tähtsustab EIÕK 8. artikli peamõte elu kvaliteedi mõistet. Ei saa välistada seisukohta, et takistades kaebuse esitaja poolt vääritud ja alandava surma vältimiseks tehtud otsuste elluviimist, satuti vastuollu eraelu austamise õigusega. Järelikult oli EIÕK artikli 8 kohaldamine põhjendatud. Lahtiseks jäi veel riigipoolse vahelesekkumise küsimus. Ühendkuningriigi valitsuse väide, et kaebuse esitajat tuleb käsitleda haavatavana, ei leidnud tõendamist. Sellegipoolest on riikidel õigus kriminaalseadustiku kohaldamisel lubada läbi viia teatud toiminguid, mis üldjuhul ohustavad teiste isikute elu või turvalisust. Käesoleval juhul rõhutati, et Ühendkuningriigi asjakohane seadus on loodud üksnes selleks, et tagada nõrkade ja haavatavate isikute kaitsmisega nende elu kestvus. Paljud parandamatult haiged isikud muutuvad haavatavaks ning nende sihtgrupi kui sellise haavatavus on iseenesest *ratio legis* kõnealusele seadusele. On eelkõige liikmesriikide enda ülesanne hinnata suitsiidile kaasaaitamise üleüldise keelu leevendamise või mingite erandite tegemisega kaasnedavad võimalikud väärtoimingute riskid või väärtoimingute riskid. Kohtu arvamus on, et suitsiidile kaasaaitamise üleüldine keeld ei ole eespool mainitud asjaolusid arvestades ülemääraselt range. Samas ei leia kohus, et kõnealune seadus oleks suitsiidile kaasaaitamise täieliku keelamisega liiga ühetaoline, vaid tähtsustab just selle põhimõtte kaudu õigust elule. Kohtu seesugune seisukoht tuleneb asjaolust, et selle seadusesätte kohaldamisel ja sellele vastava otsuse tegemisel on igal juhul tagatud võimalus pöörata adekvaatset tähelepanu avaliku huvi osatähtsusele süüdistuse esitamisel, kuid ka õiglase ja asjakohaste karistusmeetmete kasutamisele ja teo tagajärgede tõsiduse rõhutamisele. Samuti ei loe kohus ülemääraseks immunitedinõude tagasilükkamist, st süüdistuse esitamata jätmise kohustusest keeldumist: õigusriigi põhimõttest lähtudes saaks esitada väga mõjukaid argumente võimuesindaja vastu, kes mingilgi moel üritab mõnd üksikisikut või sihtrühma vabastada seaduse kohaldamisala piiridest. Igatahes oli käesoleva juhtumi immunitedinõue sedavõrd tõsine, et sellest keeldumist ei saa lugeda hoolimatuks või põhjendamatuks. Sellest tulenevalt võib käsitletavat riigivõimu vahelesekkumist lugeda demokraatlikus ühiskonnas vajalikuks.<sup>225</sup>

---

<sup>225</sup> European Court of Human Rights. *Pretty v the United Kingdom*, 29 April 2002, application N 2346/02.

Sugugi mitte kõik arvamused või tõekspidamised ei ole EIÕK artikli 9 sõnastuses käsitletavad veendumustena, ka ei ole kaebuse esitaja väited käsitletavad usu või veendumuste kuulutamisenä. Isiku sõltumatust käsitlevaid vaateid võib tõlgendada üksnes nende väidete ümbersõnastusena, mille Pretty esitas seoses EIÕK artikliga 8.<sup>226</sup>

EIÕK artikliga 8 seonduvat käsitledes leiti, et on olemas mõjuvad põhjused, miks ei saa seaduse raames teha erandeid nende isikute huvidele vastamisel, keda ei peeta haavatavaks. Sama veenvad on ka EIÕK artikliga 14 seotud põhjused, miks ei saa vahet teha neil, kes on, ja neil, kes ei ole võimelised kõrvalise abita suitsiidi sooritama. Piir nende kahe kategooria vahel on sageli suhteliselt hägune; kui viia seadusesse sisse säte, mis vabastaks kohtu pädevusest seesugused isikud, kes ei ole kõrvalise abita võimelised suitsiidi sooritama, õõnestaks see oluliselt elu kestvuse tagamise põhimõtet ja suurendaks samas märkimisväärselt väärtoimingute ohtu.<sup>227</sup>

Kohus leidis (ühehäälselt), et EIÕK artikleid 2, 3, 8, 9 ja 14 ei rikutud.<sup>228</sup>

Mis puutub küsimusse, kas Briti võimude keeldumine riivas Pretty õigust eraelu austamisele, siis Euroopa Inimõiguste Kohtu vastus oli põiklev. Kohus mõõnis ebamääraselt, et õigus eraelu austamisele võiks hõlmata ka võimalust nõuda „toiminguid, mis tajutatavalt on kahjulikud või ohtlikud antud isikule“.<sup>229</sup> Igatahes andis kohus otsese vastuse küsimusele, kas enesetapule kaasaaitamise keelamist saab õigustada EIÕK artikli 8 lõikega 2. Kohus leidis, et enesetapule kaasaaitamise õigusliku keelu lõplik eesmärk on legitiimne: hoida ära tegevusi, mis kahjustavad teiste elu ja turvalisest.<sup>230</sup> Kohus pidas keeldu taotletava eesmärgi suhtes proportsionaalseks ega leidnud EIÕK artikli 8 rikkumist. Kohus tunnistas otsuses, et on olemas tugevad põhjused keelustada enesetappudele kaasaaitamine, kuna on olemas vaieldamatu kuritarvituse risk juhul, kui see oleks lubatud.

Filosoof D. Hume on kirjutanud, et ta usub, et ükski inimene ei viskaks oma elu minema, kui see oleks väärt elamist.<sup>231</sup> Nendes ridades peituv tõetera on, et inimese eksistentsi mõtet ei saa hinnata teine inimene, isegi kui sellele seisukohale kindlaksjäämine võib lõppude lõpuks olla sugulaste ja sõprade jaoks ülimalt piinarikas. Järelikult ei saa aktsepteerida, et nii ülimalt tähtsal hetkel nagu surma üle otsustamine on riigil õigus abstraktse ideoloogia nimel ja asjaolusid arvestamata keelduda sellise isiku nagu Pretty palvest. Kuigi EIÕK ei sätesta õigust

<sup>226</sup> European Court of Human Rights. *Pretty v the United Kingdom*, 29 April 2002, application N 2346/02.

<sup>227</sup> *Ibid.*

<sup>228</sup> *Ibid.*

<sup>229</sup> *Ibid.*

<sup>230</sup> *Ibid.*

<sup>231</sup> D. Hume. *On Suicide*. London, 2005, p 10.

surra, ei tunne see ka kohustust elada iga hinna eest. Selline kohustus ei peaks olema demokraatlikus ühiskonnas vajalik.

Kokkuvõtteks võib öelda, et EIÕK artikkel 2, mis paneb riigile kohustuse kaitsta inimelu, peab aitama tagada üht kõige olulisemat inimõigust. Kuna nimetatud artikli alusel kaitstavad väärtused on sedavõrd olulised, siis on kohus EIÕK artiklit 2 tõlgendanud suhteliselt laialt. Jääb vaid loota, et Eestis samuti pööratakse sellele artiklile ja selle ulatusele rohkem tähelepanu ning vajadusel kasutatakse inimõiguste kohtu praktikat riigisiseseelt.

### **5.3. Muudatuste võimalused**

Algusest peale olgu märgitud, et erinevad võimalused muudatusteks, mis on välja toodud, langevad kahte kindlasse kategooriasse: need, mis tegelevad peamiselt „halastustapmistega“ ja need, mis on konkreetselt piiratud aktiivse vabatahtliku eutanaasiaga (või arsti-assisteeritud enesetapuga) meditsiinilises kontekstis. Nende erinevuste äratundmine on oluline, kuna sel on mõjusid, mis puudutavad vastavate ettepanekute sisu ja võimalikku kohaldamist. Alguses vaadeldakse valikuid, mis langevad esimesse kategooriasse ehk tegelevad peamiselt halastustapmistega.

#### **5.3.1. Halastustapmine**

Üks võimalik muutuste suund oleks sätestada halastustapmisele väiksemad karistused. Seda saab saavutada mitmel moel. Üks võimalus on luua eraldi kuriteoliik halastustapmine, millel on väiksem karistus kui mõrval. See võimaldab kohtutel arvestada vastutuse kindlakstegemisel kohtualuse motiive. Sellises stiilis ettepanekut on toetanud mitmed kommentaatorid ja asutused ning sel on see eelis, et rikkujat süüdistatakse spetsiifilises kuriteos, mis ei ole mõrv, ning talle saab kohaldada väiksemat karistust. Alternatiivne võimalus on luua otsusediskretsioon, mis võimaldaks karistuse vähendamist, või isegi kõrvalejätmist, juhtudel, kus mõrv on toime pandud kaastunde motiivil. Need kaks ettepanekut on sarnased mitme Euroopa riigi seisukohtadele, kus toimepanija motiiv on süü kindlakstegemise juures kriitiline faktor. Näiteks nii Šveitsis kui Saksamaal ei kuulu halastustapmine niivõrd mitte mõrva, kui tapmise kategooriasse. Veelgi enam, kohase karistuse kindlakstegemisel peavad kohtud arvestama kohtualuse motiive, mis võivad õigustada karistuse vähendamist. Asjaoludel, kui tapmine leidis aset ohvri palvel, langeb tegu

eraldi kategooriasse „palve peale tapmine“, mis toob kaasa väiksema karistuse kui mõrv. Need asjaolud, kas üksi või kombinatsioonis, toimivad halastustapjate jaoks märkimisväärse paindlikkuse võimaldajatena nendes jurisdiktsioonides.

Järgmine võimalus on luua uus kaitse, mis vähendaks kuriteo mõrvalt tapmisele. Kohtualusel lasuks kohustus esitada tõendeid kaitse poolt ja kui see on kindlaks tehtud, mõistetakse kohtualune süüdi mitte mõrvas vaid tapmises. Mõned kommenteerijad on pooldanud ühte või mitut eelmainitud lahendust alusel, et nad pakuvad sobivat kompromissi. Nad teadvustavad, et eutanaasia juhtumeid loetakse üldiselt vähem laiduväärseteks kui tavalisi tapmisi ja seega nõuavad nad erilist kohtlemist, samas mitte minnes nii kaugemale, et formaalselt kehtestada eutanaasia läbi selle seadustamise.

Kuigi ükskõik millise nimetatud muudatuste kohaldamine oleks väidetavalt edusamm võrreldes praeguse ebarahuldava olukorraga, ei ole need ettepanekud sobivaks lahenduseks meditsiiniliselt läbiviidud aktiivse vabatahtliku eutanaasia valdkonnas esinevatele konkreetsetele kitsaskohtadele. Peamine vastuväide kõikidele eelnimetatud ettepanekutele selles kontekstis on, et selliselt toimides jääb arstidele kriminaalvastutuse risk. Tõsi, see võib küll olla kergema vastutusega kui mõrv või võib karistus olla nominaalne, olenevalt milline ettepanek kohaldatakse ja millisel viisil. Siiski püsib fakt, et arstidel, kes viivad läbi aktiivset eutanaasiat patsiendi soovil, on siiski oht saada kriminaalsüüdistus. Peab meeles pidama, et need konkreetsed ettepanekud ei olnud mõeldud tegelemaks nimelt aktiivse vabatahtliku eutanaasia teemaga meditsiinilises kontekstis, vaid pigem olid suunatud üldiselt kaastunde- või halastustapmistele, mis võivad tõstatada terve ringi asjaolusid. See selgitab nende ettepanekute kitsast sisu, mille eesmärk on lihtsalt vähendada kohtualuse vastutust, mitte pakkuda täielikku puutumatus.

Alternatiivne ja rohkem kaugeleulatuv muudatus oleks luua täielik kaitse sellistel asjaoludel mõrva korral, kus süüdistatav on tegutsenud kaastunde motiividel. Näiteks J. Rachels on teinud ettepaneku, et halastustapmise kaitseväide oleks tapmise süüdistuse puhul samamoodi aktsepteeritav argument, nagu seda on väide enesekaitsest.<sup>232</sup> Vastavalt sellele võib see, keda süüdistatakse tapmises hoopis väita halastustapmist; kui on suudetud näidata, et ohver, olles kompetentne, palus surra ja ohver kannatas valudega kulgeva surmava haiguse all, võiks kohtualuse õigeks mõista. Halastustapjal oleks kohustus (koormus) esitada selged ja veenvad tõendid, et patsient oli kompetentne, surmavalt haige ja valis surma vabatahtlikult.

---

<sup>232</sup> J. Rachels. The end of life: the morality of euthanasia. Oxford University Press, 1986, p 185.

Kuigi sellel ettepanekul on eelis pakkuda arstile (ja igale muule halastustapjale) võimalust täielikuks õigeksmõistmiseks, ei ole see ikkagi päris võrdne seadustamisega. Arsti läbiviidud aktiivne vabatahtlik eutanaasia oleks siiski esmapilgul ebaseaduslik nagu tapmine. Oleks arsti ülesanne luua kaitse ja kohtu ülesanne kindlaks teha, kas konkreetsel juhul see kaitse kohaldub. Seega ei paku see ettepanek halastustapmise-kaitsest piisavat kaitset ei arstidele ega nende patsientidele, mis puudutab meditsiiniliselt läbiviidud aktiivset vabatahtlikku eutanaasiat. See puudujääk tuleneb ettepaneku üldisest loomust, mis on suunatud kõikidele halastustapmistele, mis on väidetavalt liialt laialivalgud ja jätab nii tähelepanuta meditsiiniliselt-assisteeritud surmast tõstatuvad konkreetsed kaalutlused.

Veel üks ettepanek, mis läheb mõnevõrra kaugemale, on tehtud G. L. Williamsi poolt. Ülal käsitletud lahendustele vastupidiselt, puudutab see konkreetselt aktiivset vabatahtlikku eutanaasiat, mida võib läbi meditsiinitöötaja. Selle ettepaneku alusel ei tohiks ükski meditsiinitöötaja olla süüdi kuriteos sellise teo puhul, mis on tehtud tahtlikult surma kiirendamiseks patsiendil, kes on tõsiselt haige, välja arvatud, kui tõendatakse, et seda tegu ei tehtud hea tahtega, patsiendi nõusolekul ja eesmärgil päästa teda tõsisest valust haiguse juures, mis usutakse olevat ravimatu ja fataalne. Sellisel juhul oleks see arsti ülesanne, kui talle esitatakse süüdistus, näidata, et patsient oli tõsiselt haige, kuid süüdistaja ülesanne tõendada, et arst tegutses mõnel muul motiivil kui see inimlik, mille lubab seadus.<sup>233</sup>

See pakutud sõnastus erineb J. Rachelsi omast selle poolest, et ta põhineb eeldusel, et meditsiinitöötajal on seaduslik õigus tõsiselt haige patsiendi elu lõpetada ja et süüdistajal on koormus tõendamisel, et tegu ei olnud toime pandud heas usus ja patsiendi nõusolekul. Seega see kujutab aktiivse vabatahtliku eutanaasia seadustamise viisi. Sellel ettepanekul on ka see eelis, et see käib konkreetselt meditsiiniliselt läbiviidud aktiivse vabatahtliku eutanaasia kohta ja võib järelikult tegeleda selle valdkonna spetsiifiliste aspektidega. Sellegipoolest on G. L. Williamsi ettepanek avatud kriitikale alusel, et see sisaldab aktiivse vabatahtliku eutanaasia läbiviimiseks ebaadekvaatseid eeldusi. See annab arstidele liialt palju otsustusvabadust ja selle tulemusena ei võimalda patsientide piisavat kaitset.

Eeltoodud analüüs on näidanud, et muudatused, mis on suunatud halastustapmistele üldiselt ei ole sobiv lahendus meditsiinilises kontekstis aktiivse vabatahtliku eutanaasia tõstatatud konkreetsetele kitsaskohtadele. See on seepärast, et ühest küljest halastustapmine, mis on täide viidud perekonna või sõprade poolt ja teisest küljest meditsiiniliselt läbiviidud aktiivne vabatahtlik eutanaasia on sisult üsna erinevad ja hõlmavad üsna ainuomaseid probleeme.

---

<sup>233</sup> G. L. Williams. The sanctity of life and the criminal law. Knopf, 1974, p 303.



Kuigi on laialtlevinud soov näidata paindlikkust halastustapjate suhtes, on vähesed valmis nõustuma, et sellised rikkujad peaksid täielikult vastutusest vabanema. Kuid meditsiinilises kontekstis, kus arst käitub heauskselt patsiendi palvel ja viib läbi aktiivse eutanaasia, on põhjust öelda, et arsti peaks kaitsma kriminaalvastutusele võtmise eest eeldades, et ta tegutses kooskõlas aktsepteeritud kriteeriumitega. Seega probleemid, mis puudutavad seadusi aktiivse vabatahtliku eutanaasia osas, nõuavad erilist tähelepanu ja järgnev arutelu on piiratud selle teemaga.

On oluline, et paljud vastuväited, mis on esitatud erinevate ettepanekute vastu muutusteks, mis puudutavad kaastunde- või halastustapmist, ei kohaldu sama hästi meditsiiniliselt läbiviidud aktiivse vabatahtliku eutanaasia jaoks. Näiteks on tõstatatud mure raskuste kohta, mis puudutavad tapmise taga olevate tõeliste motiivide väljaselgitamist juhtudel, kus tapja võib olla tegutsenud mitmel motiivil; osaliselt kaastundest patsiendi vastu aga osaliselt ka soovist lõpetada raske perekondlik olukord või saada mõnd materiaalist kasu patsiendi surmast. Enam muret on avaldatud seaduse mistahes liberaliseerimise ärakasutamise võimaluse kohta, millega näiteks võib maskeerida pahauskset tapmist halastustapmisega. Siiski võrreldes üldisema halastustapmise olukorraga on mõistlik eeldada, et arstide puhul, kes tegutsevad professionaalse eeskirja (arstieetika) alusel, on vähem tõenäoline, et neil oleks mõni varjatud motiiv patsiendi surma kiirendamiseks.

### **5.3.2. Arsti-assisteeritud enesetapu seadustamine**

Üks võimalus muudatuseks, mis on konkreetselt meditsiinilise kontekstiga, on arsti-assisteeritud enesetapu legaliseerimine. Selline meede võimaldaks seaduslikku kaitset arstile, kes patsiendi palvel võimaldab patsiendile vajalikku abi enesetapu sooritamiseks, näiteks annab talle vahendid enda elu lõpetamiseks. Vaieldamatult on siin suur sarnasus meditsiiniliselt läbiviidud aktiivse vabatahtliku eutanaasia ja arsti-assisteeritud enesetapu vahel, kuigi praegu kehtiva seaduse silmis oleksid tagajärjed märgatavalt erinevad. Ilmselgelt, kui aktiivne vabatahtlik eutanaasia seadustataks, oleks loogiline seadustada ka arsti-assisteeritud enesetapp. Oleks muidugi kummaline, kui oleks seaduslik, et arst astub aktiivseid samme patsiendi elu lõpetamiseks, kuid ei saaks samade asjaolude korral võimaldada patsiendile vahendeid tema elu lõpetamiseks. Siiski, ettepanek, mida siin tehakse eeldab olemasoleva meditsiiniliselt läbiviidud aktiivse vabatahtliku eutanaasia keelamise säilitamist ja näeb arsti-assisteeritud enesetappu ainukesena seadusliku võimalusena.

Arsti-assisteeritud enesetapu seadustamise võimalust on arutanud mitmed kommentaatorid ja organisatsioonid ja paljud näevad seda eelistatud alternatiivina muudele muudatustele, mis puudutab aktiivset vabatahtlikku eutanaasiat. Ilmselge eelis on, et patsientidel, kes tõeliselt soovivad sooritada enesetappu, on kohase meditsiinilise informatsiooni ja abi võimalus selle tulemuse saavutamiseks. See vähendab paljusid patsientide enesetappudega kaasaskäivaid riske; näiteks et patsiendi diagnoos ja väljavaated on ebakompetentselt kindlakstehtud ja vahendid enesetapuks on ebausaldusväärsed või neid kasutatakse ebasobivalt. Praktilisest vaatenurgast nõuaks selline arsti-assisteeritud enesetapu ettepaneku kohaldamine olemasolevas seaduses minimaalseid muudatusi. Enamus jurisdiktsioonides on olemas seadusandlus assisteeritud enesetapuga tegelemiseks, mida saab kergesti kohandada lubamaks arsti-assisteeritud enesetappu ja sellise tegevuse regulatsiooni. Võrdluseks, meditsiiniliselt läbiviidud aktiivse vabatahtliku eutanaasia seadustamise saavutamine oleks vältimatult enam komplitseeritud. Teine eelis, mida on välja toodud selle konkreetse variandi juures on, et arsti-assisteeritud enesetapu aktsepteerimine võimaldaks vähemalt mingitki garantiid patsienti otsuse vabatahtlikkusest. Üks aktiivse vabatahtliku eutanaasia legaliseerimisega seoses tõstatatud probleeme on tõeliselt vabatahtliku nõusoleku kindlakstegemise keerukus. Samas kui patsiendi surma on põhjustanud patsiendi enda tegu, siis on mõningane kinnitus, et patsient reaalselt sooviski surra. On väidetud, et patsient, kes on palunud abi enesetapuks ja hakkab selles kahtlema, saab lihtsalt viimasest sammust loobuda. Väidetakse ka, et olukord on hoopis teine, kui surm saabub arsti käe läbi: osal patsientidel oleks liiga häbi või oleksid nad hirmunud, et enne surmava süsti saamist arstile oma ebakindlust väljendada või nad pelgaksid, et arst kõhkleks hiljem surmavat süsti teha. Teine aspekt, mida tuuakse arsti-assisteeritud enesetapu kasuks võrreldes aktiivse vabatahtliku eutanaasiaga on, et see minimaliseerib kolmanda osapoole kaasatust. On põhjendatud, et kui patsient ise on suuteline täide viima surmaga lõppeva teo, ei ole õigustatud, et teised peaksid tegema seda, mida patsient ise ka suudab. Edasi on väidetud, et minimaliseerides arstide osavõttu, välditakse tapmise eest vastutuse panemist teistele ja välditakse võimalikku emotsionaalse trauma riski isikule, kes surma põhjustab. Viimaks, arst-assisteeritud enesetapu pooldajad toovad esile, et kuna see on palju vähem drastiline ettepanek, kui aktiivse vabatahtliku eutanaasia seadustamine, on sellel tõenäoliselt laiem aktsepteeritus arstide seas ja ühiskonnas tervikuna.

Kuigi arsti-assisteeritud enesetapu varianti võidakse mõnes aspektis näha eelistatuna võrreldes aktiivse vabatahtliku eutanaasia võimalusega, ei ole üksi see rahuldav seaduslik lahendus käesolevatele meditsiiniliselt-assisteeritud suremisega seotud probleemidele. Alati jääb osa patsiente, kes ei ole füüsiliselt võimelised enesetappu sooritama. Teiste jaoks võib enesetapu

idee olla mingil põhjusel vastuvõetamatu, kuigi nad võivad otsida võimalusi aktiivseks vabatahtlikuks eutanaasiaks. Kui seaduslik lahendus oleks piiratud arsti-assisteeritud enesetapuga, ei ole osa inimeste peale mõeldud. Veelgi enam, arsti-assisteeritud enesetapu puhul on ka võimalus, et patsient ei sure nii kiiresti kui eeldatud ja on vaja edasist meditsiinilist sekkumist pikaldase surma vältimiseks. Selline sekkumine ei oleks võimalik, kui lubatud oleks vaid arsti-assisteeritud enesetapp.

Juhul, kui seaduse muudatus läheb seda konkreetselt arsti-assisteeritud enesetapu teed, peab ettevaatlikult kaaluma sobivat seadusandlikku mudelit sellise reformi kindlustamiseks. Täpsemalt oleks vaja defineerida asjaolud (olukorrad), mille olemasolul võib arst seaduslikult assisteerida patsiendi enesetappu; näiteks, kas peaks arstil olema võimalik assisteerida isiku enesetappu, kui see isik kannatab surmava või ravimatu haiguse all või peaks olema võimalik assisteerida iga tervemõistuslikku isikut, kes on otsustanud oma elu võtta. Loomulikult tõusetuksid sarnased defineerimisprobleemid aktiivse vabatahtliku eutanaasia legaliseerimise üritamisel (ja neid kaalutaks täpsemalt selles kontekstis), kuid enesetapu korral peab erilist tähelepanu pöörama sellele, et ei julgustataks irratsionaalset enesetappu.

### **5.3.3. Aktiivse vabatahtliku eutanaasia seadustamine**

Reformi kõige kaugemaleulatavam seadusandlik variant oleks aktiivse vabatahtliku eutanaasia legaliseerimine selliselt, et lubada arstidel, kes valivad sellise käitumisviisi, vastu tulla patsiendi soovile. On kindlaks tehtud, et see ei ole tingimata ainuke viis kindlustamiseks, et arstid on kaitstud kriminaalvastutuse eest. Aktiivset vabatahtlikku eutanaasiat võib dekriminaliseerida (mis võib siiski potentsiaalselt kaasa tuua mitte-kriminaalseid karistusi) või alternatiivina võib läbi seadusandluse proovida matkida Hollandi mudelit. Mõned kommenteerijad on esile tõstnud sellise lähenemise, mis julgustab range keelu säilitamise tähtsust tahtliku eluvõtmise vastu ja rõhutab aktiivse vabatahtliku eutanaasia tõeliste juhtumite erilist sisu, sümboolset olulisust.<sup>234</sup> Siiski andes puutumatus kohtumõistmise eest, ei lähe väidetavalt piisavalt kaugemale – samas kui arstidele antakse seadusejärgne kaitse, loetakse nende tegu siiski kriminaalseks, koos kõikide negatiivsete tagajärgedega, mida see endas kätkeb. Seega on nõustatud, et aktiivse vabatahtliku eutanaasia otsene seadustamine oleks kõige sobivam lähenemine reformiks ja praktiliselt rääkides, on kõige tõenäolisem vahend, millega oluline muudatus saavutatakse.

---

<sup>234</sup> M. Somerville. The song of death: the lyrics of euthanasia. – J Contemp Health Law Policy, 1993, N 9, p 38.

Osa kommenteerijaid on väitnud, et isegi kui aktiivne vabatahtlik eutanaasia on põhimõtteliselt sobiv, ei ole võimalik lihtsalt sellise seadusandluse jaoks luua adekvaatseid kaitsesüsteeme (kaitsvaid norme).<sup>235</sup> On kindlasti tõsi, et mure ärakasutamise kohta on debatis, kas aktiivne vabatahtlik eutanaasia peaks olema seadustatud, olnud päevakorral. Kuigi ülesanne, mõelda välja sobiv seadusandlus, on vaieldamatult keeruline, ei ole see võimatu ja ülesande keerukus ei ole õigustav põhjendus vältida olemasolevas seaduses ja praktikas olevate probleemidega tegelemist. Veelgi enam, muret kaitsesüsteemide adekvaatsuse osas peab tõlgendatama kehtiva praktika valguses. Seega hõlmab käesolev olukord vältimatult teatud ärakasutamise riski ja on põhjus uskuda, et praktika seadustamine, koos sobivate regulatiivsete protseduuridega, tegelikult vähendab salajast ja ebakohast tegutsemist. Siiski on naiivne arvata, et aktiivse vabatahtliku eutanaasia legaliseerimise ettepanek on täiesti riskivaba. Kõik olemasolevad seadused on potentsiaalselt avatud ärakasutamiseks ja seadus, mis lubaks praktiseerida aktiivset vabatahtlikku eutanaasiat, ei oleks mingi erand. Vaadates olukorda realistlikult oleks aktiivse vabatahtliku eutanaasia seadustamise eesmärgiks minimaliseerida ärakasutamise riski läbi teguviisi reguleerivate rangete juhtnööride (kaitsesüsteemide, piiride) kehtestamise.

Esimene asi, millega peab tegelema, on otsustada, milline legislatiivne reform tuleks ette võtta. Ilmselt on terve rodu võimalusi, alates väga formaalsetest protseduuridest, mis nõuavad kõikide eutanaasia otsustuste ülevaatamist, kuni väga lihtsa seadusandliku mudelini, kus on minimaalselt piirjooni ja formaalsust, mis paneb suure otsustusvabaduse arstidele.

Vältimatult tekkiv dilemma aktiivse vabatahtliku eutanaasia seadustamiseks koostatava seadusandluse juures on leida sobiv tasakaal, et oleks hõlmatud vajalikud adekvaatsed piirid (kaitsesüsteemid) ja protseduurid nii patsientide kui arstide kaitseks ning samal ajal välditaks ülemäärast aktiivse vabatahtliku eutanaasia protseduuride formaalsust ja bürokraatiseerimist. Seadustamise ettepanekud, mis hõlmavad patsiendi aktiivse vabatahtliku eutanaasia palve või „eutanaasia vaheisiku“ või muu ametniku või isiku kaasatuse õiguslikku ülevaadet tunduvad vajavat formaliseeritud kohaldamisprotseduuri. Patsient, kes soovib aktiivset eutanaasiat esitab avalduse või palvekirja, koos seda toetavate meditsiiniliste tõenditega, kohtule või vastavale ametnikule ning pärast juhtumi uurimist ja arvestades aktiivse vabatahtliku eutanaasia kriteeriume kehtivas seaduses tehtaks otsustus ja patsiendi soov rahuldatakse. Sellise protseduuri eeliseks on aktiivse vabatahtliku eutanaasia võimalikkuse osas asjaolude sõltumatu uurimine ja objektiivne otsustus. See annab olulise võimaluse teha kindlaks patsiendi otsustusvõime, patsiendi soovi vabatahtlikkus ja teised eutanaasia-palve täitmise

---

<sup>235</sup> M. Palmer. *Moral Problems in Medicine. A Practical Coursebook*. The Lutterworth Press, 1999, p 55.

konkreetsed eeltingimused. Siiski õiguslikule mudelile põhinev seadusreform on vaevaline protseduur, mis ebavajalikult bürokratiseerib eutanaasia-palvete käsitlemist. Samuti on esitatud argument, et kohtud (või sarnased institutsioonid) ei ole sobivad otsustuskohad eutanaasia kindlakstegemiseks. Seaduslikku vajadust kaitsesüsteemide väljatöötamiseks ja ärakasutamise eest kaitsemiseks võib saavutada ilma õigusliku või peaaegu-õigusliku osaluseta eutanaasia-protseduuris. Ilmselt on olemas vajadus teatud formaalsete protseduuriliste tingimuste järele, kui aktiivne vabatahtlik eutanaasia peaks seadustatama, kuid neid peab hoidma miinimumini, kui tahame vältida nende muutumist leevenduse (kergenduse) takistusteks.

Edasi peab arvestama sobivaid kaitsesüsteeme ja kriteeriume aktiivse vabatahtliku eutanaasia seadustamiseks. Samas kui järgnev arutelu keskendub aktiivsele vabatahtlikule eutanaasiale, peab mõistma, et enamus tõstatatud teemasid kohalduvad samaväärselt ka arsti-assisteeritud enesetapule.

Peamine küsimus, mis tõusetub on, kas on sobilik viidata patsiendi olukorrale kui eeltingimusele aktiivse vabatahtliku eutanaasia jaoks kvalifitseerumiseks. Võttes enesemääramise (vabas tahte) osas väga liberaalse seisukoha võib väita, et kõik patsiendid, kes on otsusevõimelised, peaksid olema vabad paluma aktiivset eutanaasiat, olenemata oma meditsiinilisest olukorrast. Samas, kui üldse ei ole isiku, kes eutanaasiat soovib, olukorda puudutavaid nõudmisi, võib tekkida valearusaam mistahes põhjusel lubatavast soovijärgsest eutanaasiast. Selle töö keskmes on kaasaegne arusaam eutanaasiast, mis on eutanaasia meditsiinilises kontekstis, olukorras, kus patsient kannatab mõne haiguse või puude all, ja just selles valdkonnas on konkreetseid probleeme õiguse ja praktikaga, millega peab tegelema. Argumendid, mida on selles töös arendatud, põhinevad eeldusel, et vaid harvaesinevatel ja ebataavaliselt juhtumitel on olemas õigustus luua erand tavapärasele kriminaalsele keelule võtta kellegi elu. Kohaldades seda põhimõtet käesolevas kontekstis on seega õigustus lubamaks aktiivset vabatahtlikku eutanaasiat olemas üksnes juhtudel, kui seda sooviv isik kannatab surmava või muu tõsise ravimatu haiguse all, mida ta leiab olevat väljakannatamatu. Nende kaalutluste kõrval on olemas lisaargument toetamaks aktiivse eutanaasia kandidaatide ringi määramist (piiramist) võimaliku ärakasutamise ja veategemise minimaliseerimise huvides. Seega oletuse põhjal, et on nii vajalik kui sobilik pöörata tähelepanu patsiendi olukorrale aktiivseks eutanaasiaks kvalifitseerumise kriteeriumites, pöörame nüüd tähelepanu võimalikele eeltingimustele, mida võiks kehtestada.

Seadusandlus peaks põhinema eeldusel, et patsient peab olema terminaalses seisundis enne, kui ta on sobiv aktiivseks vabatahtlikuks eutanaasiaks. See on kindlasti üks viis aktiivseks vabatahtlikuks eutanaasiaks sobivate kandidaatide piiritlemiseks ja võib väita, et legaliseerimise seisukoht on tugevaim just arvestades patsiente, kelle seisund on surmaga lõppev. Siiski on sedalaadi ettepanekud oma toimimises liialt piiratud ja ei lubaks aktiivset vabatahtlikku eutanaasiat ravimatu haigusega ja kannatavale patsiendile, kes aga oma seisundist hoolimata sellesse ei sure. Samuti on probleeme selle nõude kohaldamisega (eriti, kus surmavat haigust defineeritakse kindlaksmääratud ajaperioodi alusel), tänu surmavalt haige patsiendi elu kestvuse määramise suurtele raskustele.

Võimatu on objektiivselt hinnata valu ulatust, mida patsient kogeb, seega mõistega „kannatused“ peab patsiendi valu hindama subjektiivselt. Siiski võib väita, et viide valule on igal juhul ebasobilik. Leevendava ravi arenguga on nüüd jõutud olukorrani, kus valdav osa valust saab leevendada. Veelgi enam, kogemus on näidanud, et valu olemasolu on patsiendi jaoks harva iseseisev põhjendus aktiivse eutanaasia palumiseks. Sellest tulenevalt ei oleks vaja nimetada valu lisakriteeriumiks. Kannatamise mõiste, ülalkirjeldatud kriteeriumitel, on iseeneses piisavalt lai hõlmamaksolukorda, kus patsient talub valu.

Keeruline küsimus, mis tõusetub seoses aktiivse vabatahtliku eutanaasia lubatavusega, puudutab vaimsete hälvete staatust. Seadustamise ettepanek peaks olema laiendatud ka isikutele, kes kannatavad kindla vaimuhaiguse all ja võib väita, et seda kategooriat peaks veelgi laiendama kaasamaks kõik vaimuhaigused, mis põhjustavad isikule suurt kannatust. Hollandi kriteeriumide põhjal, näiteks, on aktiivne vabatahtlik eutanaasia potentsiaalselt kättesaadav kõikidele patsientidele, kes kogevad füüsilisi või vaimseid kannatusi, mida kannataja peab talumatuteks ning Hollandi Ülemkohtu otsus on tuvastanud Chabot kaasuses selgelt, et patsiendi vaimne kannatus võib olla aluseks (põhjuseks) kaitsele.

Ilmselge raskus vaimsete häiretega patsientide hõlmamisel on nende võimekus aktiivset vabatahtlikku eutanaasiat taotleda. Kui osa vaimuhäirete vorme on püsivad ja muudavad patsiendi jäädavalt ebakompetentseks, siis on teised seisundid, nagu depressiooni ja rahutuse teatud vormid, mis ei mõjuta patsiendi otsustusvõimet. Nii tõusetub küsimus, kas patsiendile, kes kannatab mõne ravimatu vaimse häire vormi all, kuid kes on otsusevõimeline, peaks olema lubatud aktiivne vabatahtlik eutanaasia. Nagu tegi kindlaks Hollandi Ülemkohus, ei ole ühtegi põhimõttelist põhjust, miks sellised isikud peaks välja arvatama lihtsalt seepärast, et nad kannatavad vaimse, mitte füüsilise seisundi all. Muidugi on ametlikult tunnustatud, et nii faktiliselt kui seaduses ei pea tingimata olema seost vaimuhaiguse ja otsustusvõime olemasolu

või puudumise vahel. Siiski, ilmselgelt peab sellistel juhtudel erilist tähelepanu pöörama patsiendi vastava otsuse tegemise võimekuse kindlakstegemisele ja patsiendi palve vabatahtlikkusele.

On mitmeid eeltingimusi, mis on seotud patsiendi palve vabatahtlikkusega. Esiteks peab patsiendil olema otsustusvõime, mis on võrdeline otsuse kaaluga (olulisusega). On olnud mõningast vaidlust kas patsiendi psühholoogiline hindamine peaks olema kohustuslik nõue otsustusvõime kindlakstegemisel. Mõned kommenteerijad on väitnud, et selle seaduses ettenägemine oleks ebasobilik; see peaks olema raviarsti diskretsioon otsida spetsialistilt meditsiinilist abi kui ta näeb, et see on antud olukorras kohane.<sup>236</sup> Tuleviku seadusandluses võiks näiteks patsienti hinnata kvalifitseeritud psühhiaater ja et see psühhiaater kinnitaks, et patsient ei kannata haigusest põhjustatud ravitava depressiooni all. Kuid see on kahtlemata koormav tingimus, mida nõuda, see peaaegu elimineeriks kahtluse patsiendi vaimse seisundi kohta. Hiljuti on esile tõstetud probleem diagnoosimata kliinilisest depressioonist surmavalt haigetel patsientidel, eriti eakatel. See võiks luua oletuse, et otsuse, kas selline hindamine on vajalik, jätmine raviarsti valikuks, oleks nende patsientide, kelle palve tuleneb ravitavast, kuid diagnoosimata kliinilisest depressioonist, ebapiisav kaitse.

Teiseks, aktiivse vabatahtliku eutanaasia tõsisuse ja lõplikkuse valguses on kohane kehtestada vanusepiir nii, et ainult täiskasvanu (see on üle 18-aastane isik) võib selle soovi täitmisele kvalifitseeruda. Kolmandaks peab patsiendi arst olema kindel (rahul, nõus), mõistlikel põhjendustel, et patsiendi otsus soovida aktiivset eutanaasiat on tehtud vabatahtlikult ja teadlikult ning sellesse ei ole segatud survet teiste poolt. Seda peaks kindlaks tegema sõltumatu meditsiinitöötaja ja ka psühhiaater, kes hindab patsiendi vaimset seisundit. Neljandaks peab patsiendi otsus aktiivsest eutanaasiast olema informeeritud otsus. Selleks, et patsient saaks teha informeeritud valiku, peab talle antama täielik informatsioon tema seisundi ja prognoosi kohta, kaasa arvatud igasugune teadmatuse element diagnoosis või prognoosis. Täielik avaldamine (avalikuks tegemine) on ülitähtis enesemääramise õiguse vabaks täideviimiseks. Viiendaks peab patsiendi palve aktiivseks eutanaasiaks olema pidev (kestev, järjepidev). Patsiendi soovi järjepidevust saab kindlaks teha nõudes, et ta kordaks oma soovi pikema perioodi vältel enne, kui vastavalt sellele tegutsetakse. See kindlustaks, et patsiendil on olemas küllaldane võimalus väljendada oma otsust. Samuti võimaldab see mingit garantiid, et patsiendi soov aktiivseks eutanaasiaks on siiras ja kestev ning mitte kiirustatud ja läbimõttlematu otsuse tulemus. Samuti on oluline, et patsiendile antakse võimalus oma soov igal ajal tühistada, olenemata oma füüsilisest või vaimsest seisundist ja, et patsienti

---

<sup>236</sup> M. Ashby. *Op cit*, p 159.

teavitatakse oma jätkuvast õigusest meelt muuta. Kuigi patsienti peaks, praktikas, julgustama oma peret informeerima otsusest paluda aktiivset eutanaasiat, on see teema, mille peab jätma patsiendi otsustada.

Lõpetuseks on äärmiselt olulised teatud formaalsused, mis puudutavad patsiendi nõusoleku tõendamist. Patsiendi soov aktiivseks eutanaasiaks peaks olema väljendatud kirjalikult ja patsiendi poolt allkirjastatud. Veelgi enam, sooviavaldust peaks tunnistama kaks sõltumatut tunnistajat, kes saavad tõendada, et nende parima teadmise kohaselt toimib patsient vabatahtlikult ja informeerituna. Kuigi need nõuded võivad tekitada kriitikat üleliigsele formaliseeritusele, on nad olulised protseduurilised kaitsemeetmed aktiivse vabatahtliku eutanaasia elluviimiseks. Kui patsienti palutakse oma soov kirja panna, on see tõenäolisemalt tõsise mõttetöö ja väljenduse tulemus. Veelgi enam, kirjalik palve aktiivseks eutanaasiaks on tõendiks patsiendi vabatahtlikust soovist ja seega võimaldab mõningast kaitset nii patsientidele kui arstidele, kes selle toimepanemisse on kaasatud. Aktiivse vabatahtliku eutanaasia seadustamise protseduurilised nõudmised peaksid sisaldama arsti, nõustava meditsiinitöötaja ja psühholoogi kirjalikku tõendit (luba) patsiendi meditsiinilisest seisundist ja patsiendi otsustusvõimest paluda aktiivset eutanaasiat, et oleks tõendus nende peamiste teemade osas.

Eelnimetatud nõuded ja kaitsemeetmed on kõik kindlustamaks, et patsient on otsustusvõimeline ja tema otsus on täielikult informeeritud ja vabatahtlik ning vastavalt väljendab patsiendi enesemääramise tõelist täideviimist.



## KOKKUVÕTE

Nagu sai tunnistatud algusest peale, on aktiivne vabatahtlik eutanaasia kurikuulsalt kompleksne ja vastuoluline teema. See töö ei ole mingil juhul viimane sõna sel teema, vaid lihtsalt panus ulatuslikus debatis, mis areneb kiirenevas rütmis ja tõuseb üha enam esile.

Magistritöö peatükkides toodud analüüside põhjal saab teha teatud järeldusi. Kriminaalõiguse analüüsist on selge, et on oluline erinevus õiguse (seaduse) suhtumisel passiivsesse ja aktiivsesse eutanaasiasse. Samas, kui seadus tunnustab patsiendi õigust keelduda ravist ja lubab teatud juhtudel passiivset eutanaasiat, siis enamuses jurisdiktsioonides on aktiivne vabatahtlik eutanaasia ühemõtteliselt keelatud kui mõrv, olenemata erelistest kergendavatest asjaoludest, mis sellistel juhtudel tavaliselt esinevad. Veelgi enam, arst, kes aktiivselt abistab patsiendil sooritada enesetappu, on kriminaalselt vastutav enesetapu abistamise eest, hoolimata erelistest asjaoludest. Siiski võib arst seaduslikult nõustuda (vastu tulla) patsiendi palvega vältida või lõpetada elupäästev ravi, milline tegu lõppeb surmaga. Kuigi patsiendi tegu võib tegelikkuses läbi tegematajätmise saada enesetapu vormi, on kohtud sellise tõlgenduse tagasi lükanud, ehkki õigustamatutel alustel, ja on seega olnud võimelised tagama, et assisteeritud enesetapu teema sellistel juhtumitel ei kohandu.

Vaatamata käesolevale aktiivse vabatahtliku eutanaasia ja arsti-assisteeritud enesetapu seaduslikule keelule, on praktika näidanud, et arstid on juba nendesse tegudesse kaasatud. Siiski on selline tegutsemine suuresti varjatud ja arstide üle mõistetakse väga harva kohut aktiivse vabatahtliku eutanaasia täideviimise või oma patsientide enesetapu juures assisteerimise eest. Käesolevaks ajaks saadud kogemuse alusel on iga võimalus, et kui tõelises kaasuses tõusetub süüdistamise küsimus, siis arst pääseks kriminaalõiguse täiest rangusest. Siiski nagu dr Coxi süüdistamine Ühendkuningriigis on näidanud, ei saa loota sellele kui faktile ja arstid, kes kaastundlikult abistavad oma patsientidel surra, riskivad tõsise kriminaalvastutusega. On väidetud, et on mitmeid fundamentaalseid probleeme olemasoleva seadusliku positsiooniga, mis tolereerib ebakõlasid legaalsete põhimõtete ja praktiseeritava õiguse vahel. Kuigi enamikel juhtudel, kus arstide üle on kohut mõistetud oma patsientide surmale kaasaaitamise eest, on neid kriminaalõigussüsteemi poolt koheldud äärmiselt leebelt,

siis nagu Coxi juhtum on näidanud, ei ole seaduse kohaldamisel garanteeritud järjepidevust, seega tõstatades tõsise küsimuse, mis puudutab õiglust ja võrdsust seaduse ees. Samuti on olemas risk, et lubades selliseid suuri lahknevasi õiguse teooria ja praktika vahel, ähvardab see õõnestada avalikku usaldust õigusesse (seadusesse) ja tuua sellele halba kuulsust. Lisaks on mure, et praegune positsioon võimaldab aktiivse vabatahtliku eutanaasiaga tegelevatele arstidele ebaadekvaatset meditsiinilist juhendamist ja kõik patsientide õigused võivad olla ohustatud, kui praktiseerimisel lubatakse jätkuda reguleerimata viisil.

Käesoleva töö kolmandas peatükis on ette võetud eutanaasia debati detailne analüüs. Seadustamise argumentide tugevamast poolest võib järeldada, et esmapilgul on olemas põhjus muuta seadust lubamaks hoolikalt kindlaksmääratud asjaoludel aktiivset vabatahtlikku eutanaasiat. Need, kes on seadustamise vastu, ei ole suutnud näidata, miks indiviididele, kes vabatahtlikult sellist abi paluvad, peaks keelama seda saada arstilt, kes soovib aidata.

Eestlaste suhtumist eutanaasiasse on analüüsitud viiendas peatükis. On oluline, et sellest peatükist tehtud järeldused näitavad meditsiini professionis ja ühiskonnas tervikuna toetust aktiivsele vabatahtlikule eutanaasiale.

Magistritöös uuritud võimalusi reformiks, on nõudnud seadusandliku lahenduse sobivuse hindamist. Samas kui osa raskusi seoses seadusandlusega on teadvustatud, siis on väidetud, et see on valdkond, kus seadusandluse reform on nii vajalik kui sobilik: aktiivse vabatahtliku eutanaasia ühemõttelise keelu valguses olemasolevas kriminaalõiguses on vajadus seadusandliku lahenduse järele võimaldamaks arstidele vajalikku kaitset kriminaalvastutuse eest ja see on sobivaim meede praktika reguleerimisel kaitsesüsteemide kehtestamiseks. Vastavalt on ka välja pakutud, et kriminaalseadustesse tehtaks väga piiratud erand, seoses aktiivse vabatahtliku eutanaasia ja arsti-assisteeritud enesetapuga, arvestades, et abi suremisel võimaldataks kooskõlas rangete kriteeriumite ja kaitsega. Peab rõhutama, et see ei tekitaks õigust aktiivsele vabatahtlikule eutanaasiale selles mõistes, et annaks isikule õiguse nõuda sellise abi andmist; pigem volitab see arstidel, kes on nõus osalema patsientide palvete täitmises, seda kohastel juhtumitel teha. Veelgi enam, olemasolev kriminaalõiguslik keeld ebaõige eluvõtmise vastu jääb kindlasti alles, kaitsmaks isikuid nende nõusolekuta tapmise eest.

Aktiivse vabatahtliku eutanaasia seadustamine läbi seadusandliku reformi on vaieldamatult oluline samm ühiskonnale ja mõistetavalt on tõstatatud küsimusi sellise praktika, mis lubab arstidel oma patsiente tappa, seadusesse ja avalikku poliitikasse hõlmamise mõjude kohta. Muidugi oleme näinud, et paljud inimesed, kes on põhimõtteliselt valmis teatud olukordades

aktiivse vabatahtliku eutanaasia lubatavust aktsepteerima, ei poolda väljavaadet, et selline praktika legaliseeritaks ja seega institutsionaliseeritaks läbi legaliseerimise. Selle asemel on nad valmis tolereerima olemasolevaid lahknevusi seaduse ja praktika vahel ning suitsukatet, mis toimub aktiivse vabatahtliku eutanaasia ümber. Käesoleva töö järelendus on, et olemasolevatele probleemidele, mis on identifitseeritud, peab lähenema ausamalt ja otsesemalt ja me peame üle saama mõistetavast vastuseisust, mis kaasneb tahtliku eluvõtmise legaliseerimisega aktiivse vabatahtliku eutanaasia kontekstis. On kindlasti tõsi, et aktiivse vabatahtliku eutanaasia legaliseerimine toob kaasa eetilise heakskiidu sellisele teole, kuid aktiivse vabatahtliku eutanaasia täideviimine kohastel asjaoludel on juba laialdaselt aktsepteeritud ja toetatud nii, et seadustamine oleks otsustav samm praeguse olukorra formaliseerimiseks.

Aktiivse vabatahtliku eutanaasia legaliseerimisest tuleneksid olulised eelised. See tunnustab patsientide autonoomiat ja enesemääramist, andes kvalifitseeruvatele patsientidele vabaduse valida aktiivne vabatahtlik eutanaasia. Kuigi üksnes väike vähemus patsientidest on tõenäolised seda varianti kasutama, on oluline, et see tehtaks kättesaadavaks ja et patsiendil oleks maksimaalne valik. Teine aktiivse vabatahtliku eutanaasia legaliseerimise eelis on, et see vähehaaval sisendab teatud võrdsust seadusesse (õigusesse); kannataval patsiendil ei ole mitte ainult õigus keelduda ravist, mis võib põhjustada tema surma, vaid võib otsida suremises rohkem aktiivsemat abi.

Samas, kui ei saa olla mingit garantiid, et konkreetsel juhul saaks abi olemas olema, kuna ettepanek on pigem arstidel aktiivse eutanaasia praktiseerimise lubamise, mitte neilt selle nõudmise vormis, oleks patsiendil mingi kindlus, et kui nad vastavad seaduses kirjeldatud tingimustele, siis tõenäoliselt leitakse arst, kes tegutseb vastavalt patsiendi palvele. See väldib suuresti olemasoleva olukorra ühemõttelisust, mille järgi aktiivne vabatahtlik eutanaasia ei ole avalikult kättesaadav ja seega ei ole kõigile käepärast. Samuti tehes meditsiinilise aktiivse vabatahtliku eutanaasia avalikult kättesaadavaks, vähendaks see tõenäoliselt väljaspool meditsiinilist konteksti toimepandavate halastustapmiste hulka, kus inimesed tihti tunnevad kohustust tulla vastu lähedase soovile suremises abistamiseks.

Kui aktiivne vabatahtlik eutanaasia seadustatakse, oleks ka meditsiini professionile märkimisväärseid kasusid, mis on lõppkokkuvõttes hea arstipraktika huvides. Arstidel, kes juba praktiseerivad aktiivset vabatahtlikku eutanaasiat, ei oleks enam vaja karta kriminaalsüüdistuse võimalust, eeldades, et nad tegutsevad kooskõlas sätestatud

kriteeriumitega. Teised arstid, kes praegu hoiavad süüdistuse saamise hirmus kõrvale, oleksid sobivatel asjaoludel vabad vastama patsiendi palvele aktiivseks eutanaasiaks.

Üks legaliseerimise olulisi eelised on, et see tagaks praktika suurema läbipaistvuse ja avatuma uurimise. Arstid, kes soovivad seadusandluse kaitsest kasu saada, oleksid oma teo eest täielikult vastutavad. Nii kaua kui aktiivne vabatahtlik eutanaasia on illegaalne, teostatakse seda tõenäoliselt salajas, ilma professionaalsest arutelust ja juhtnööridest saadavate eelisteta, mis on heaks arstipraktikaks üliolulised. Aktiivse vabatahtliku eutanaasia seadusliku täideviimise kriteeriumite ja protseduuride spetsifitseerimise läbi vähendaks seadusandlik reform mitteaktsepteeritava käitumise riski. See kindlustaks, et patsientide suhtes on kõrgem kaitstuse tase, kui neil praegu on ja üldiselt oleks ka seaduse (õiguse) suurem kindlus ja ettearvatavus. Siiski oleks naiivne eeldada, et seadustamine lahendaks kõik raskused. Ilmselgelt ei saa täielikult elimineerida mitteaktsepteeritava käitumise võimalust ja kahtlemata tõusetuvad juhtumid, mis langevad väljapoole seadusjärgset erandit. Selliste kaasustega peaks tegelema kooskõlas olemasoleva kriminaalõigusliku keeluga ja kohaldama peaks seaduse kogu jõudu.

On tulnud aeg meditsiiniliselt läbiviidava aktiivse vabatahtliku eutanaasiaga konkreetselt tegeleda ja välja arendada sobiv seadusandlik reform. Aja jooksul on meil võimalus selle seadusandluse toimimise hindamiseks ning praktika ja seadustatud aktiivse vabatahtliku eutanaasia ja arsti-assisteeritud enesetapu regulatsiooni ning nende mõju kohta ühiskonnale kindlate andmete kogumiseks. See pöörab tuleviku informeeritud debati kõige sobivamate seadusandlike lahendusteni.

Siiski peab teadvustama, et olenemata sellest, kui hästi või ettevaatlikult formuleeritakse seadusandlik lahendus, võib see parimal juhul olla osaline vastus raskustele, millega paljud patsiendid on vastamisi. Aktiivne vabatahtlik eutanaasia ei tohiks olla asenduseks ravi alternatiivsetele vormidele nagu leevendav ravi, vaid pigem peab seda nägema viimase kättesaadava võimalusena patsientidele olukorras, kus kõik teised olemasolevad variandid on hoolikalt läbi kaalutud. Seega on äärmiselt oluline, et jätkataks leevendava ravi arendamist, et patsientidele oleks tagatud kohane valuleevendus, sümptomite kontrolli all hoidmine ja psühholoogilise haiguse ravi. Samuti peab jätkama tähelepanu pööramist haigetele ja surijatele üleüldiselt, erilise rõhuasetusega tervishoiutöötajate paremale koolitusele selles valdkonnas ja paranenud suhtlemisele patsientidega. Ilmselgelt nõuab optimaalse leevendava ravi arendamine valitsuse kohaseid kulutusi neis valdkondades, kuid ühiskonnal on kohustus teha kõik, mis mõistlikult võimalik, parandamiseks surevate ja kannatavate patsientide olukorda

ja kindlustada, et nende suhtes näidataks üles lahkust ja kaastunnet. Laialdase ravi tingimus oleks kindlasti samm aktiivse vabatahtliku eutanaasia vajaduse minimaliseerimiseks ja kindlustamiseks, et elusid ei lõpetata ebavajalikult. Siiski ei saa see pakkuda lahendust kõikidel juhtumitel ja aktiivne vabatahtlik eutanaasia peaks seaduslikult olema kättesaadav variant hoolikalt kindlaksmääratud asjaoludel. Sellisel viisil antakse isikutele võimalus otsustada ise omaenda väärtuste ja uskumiste alusel, ilma vastupidiste vaatenurkade suhtes austuse õõnestamiseta.

Kristiina Kruusel /...../

## **SUMMARY**

### **THE POTENTIALITY OF LEGALISING ACTIVE VOLUNTARY EUTHANASIA IN THE REPUBLIC OF ESTONIA**

Kristiina Kruusel

The subject of this thesis is the potentiality of legalising active voluntary euthanasia in the Republic of Estonia.

As in the rest of the world, the problems concerning euthanasia are actual in Estonia too. There are several complicated medical, legal, ethical and other problems concerning euthanasia, to which undubious solutions are very hard to find. Nevertheless, sooner or later Estonias medical and legal practice must take some sort of a position. The time has come to deal with medically administered active voluntary euthanasia and develop appropriate legal reform.

The author of this thesis chose this subject because she thinks that in Estonias medical and legal literature the issue of euthanasia has not gotten the attention it deserves. Articles written so far have pointed out the actuality of the problem, but at the same time find that Estonia is not yet ready to legalise euthanasia, moreover, to talk about euthanasia is too early. Also it has been referred that there has been no reason for public debate on the issue of euthanasia. That means no specific public case of a person clearly asking to die. The author finds that it's time to talk about legalising euthanasia and that Estonia is ready for this legalisation. All the more, the first application has reached the courts for their permission for doctor-assisted euthanasia. This case has been analysed in chapter 5.

The main objective of this thesis is to give thorough overview of the problems concerning euthanasia in the lights of legal theory, medicine and ethics, to analyse regulations and experiences in other European countries and to present suggestions making changes in Estonias conditions. Due to the limited capacity of the magister's thesis the Switzerland's and Sweden's doctor-assisted suicide regulations analysis is excluded and only Dutch, Belgian and Luxemburg's regulations of active euthanasia are considered. The main objective is supported

by giving an evaluation to Estonia's regulation on the issue, having in mind the norms in different legal branches, and making suggestions for possible changes concerning euthanasia.

It must be said, that different possibilities for changes, that have been brought out, fall into two distinct categories: those, that deal mainly with „mercy-killings“ and those, that are specifically limited to active voluntary euthanasia (or doctor-assisted suicide) in medical context. It is significant to distinguish between the two, because it affects the content of respective proposals and their possible application.

This thesis is divided into five chapters. The first chapter introduces the concept of euthanasia, its history, ethical and religious background and ethical and moral aspects of euthanasia. Due to the diverse interpretation of the term euthanasia it seemed important first to discuss the concept of euthanasia, observing its different defining in different sources. Because the distinct defining of concepts is very important in every scientific research, in this chapter the author tries to specify the concept of euthanasia and give general overview.

In the second chapter the author introduces different kinds of euthanasia. Broadly it is categorised in two: active and passive. Active euthanasia means the forth drawing of death and passive means giving up the treatment, which accelerates death. Active euthanasia is forbidden and punishable, passive euthanasia is allowed in principle. Active euthanasia can also be divided to voluntary (upon patients request) and social (the mental condition of the patient does not allow him/her to express his/her position). Because this classification is too shallow to analyse the problem, the author looks at the categories of euthanasia in more detail.

Arguments for and against euthanasia are analysed in the third chapter, giving also an overview of those arguments. There are several main arguments that support euthanasia. It is vital to mark that accuracy and clarity are essential. It is not appropriate just to allude reasons supporting euthanasia (like autonomy and sympathy), then recognise that euthanasia is permissible and the move on to the legal mechanisms of its adoption. It is because the justification of the course and its scope are intrinsically connected. For example, logically euthanasia should be available to all, who experience intolerable suffering – including minors and mentally incapacitated – irrespective them having terminal illness or not. At the same time, when the basis of voluntary euthanasia is autonomy, then the accelerated termination of life should be available option to all independent individuals, because capacity to make independent decisions does not depend on pain.

Roughly, there are two types of arguments against euthanasia. First, euthanasia is wrong due to its characteristic qualities; second, it is wrong due to the occasional bad consequences, that follow. That is an important difference. When resistance to a practice is evoked, simply concerning possible unfavourable side effects, the door is opened to proponents to prove their positions, trying to make practice safer, minimising possible damage. Strangely it seems that this distinction has been largely overlooked in the euthanasia debate. Bad consequences argument has been used by opponents on euthanasia as their main weapon. The starting point of opponents of euthanasia should have been to emphasise, that euthanasia is wrong in itself and then rely on possible occasional bad consequences, to secure their position. It is so especially considering an extremely strong argument that everyone besides Christian church seem to ignore that all human life is sacred and irrefutable due to natural value which it holds and thus every kind of losing a life is undesirable, whether or not it involves any bad consequences.

The fourth chapter deals with the regulations and experience concerning euthanasia in Netherlands, Belgium and Luxembourg. It must be said that in those countries both active euthanasia and doctor-assisted suicide has been legalised. As mentioned earlier due to the limited capacity of the thesis the Switzerland and Sweden's regulations analysis is excluded, because only doctor-assisted suicide is allowed in those countries.

In practical view the most important chapter of this thesis is fifth, where situation in Estonia is analysed as well as Estonians' stance about euthanasia and possibilities of change. Also in respect of possible changes the legalisation of mercy-killing, doctor-assisted suicide and active voluntary euthanasia are regarded.

As acknowledged from the beginning active voluntary euthanasia is notoriously complex and controversial subject. This thesis is in no way the last discussion, but a contribution in this vast debate, that develops in an accelerating pace and stands out more and more.

On the basis of the analyses in this thesis some conclusions can be made. From the analyses of criminal law it becomes clear that there is a vital difference of how law treats passive and active euthanasia. While law recognises patients' right to withhold treatment and allows passive euthanasia in some cases, then active voluntary euthanasia is unequivocally forbidden in most jurisdictions as murder, despite any relieving circumstances which in those cases may occur. Moreover, a doctor who actively assists patient to commit suicide is criminally responsible for helping to commit suicide despite special conditions. At the same time a doctor may consent to a patient's request to avoid or stop life-saving treatment which results in death. Although patient's act may actually take the form of a suicide by avoiding treatment, the



courts have neglected this interpretation, in unjustifiable reasons, and have thus been able to guarantee, that assisted suicide does not imply in those cases.

Despite the legal prohibition of active voluntary euthanasia and doctor-assisted suicide the practice has shown that doctors already participate in those acts. This participation is largely implicit and doctors are rarely sentenced to administer active voluntary euthanasia or assisting their patients suicide. On the basis of experience so far there is every chance that if the question of prosecution arises in a real case then the doctor would escape the full severity of criminal law. However, as the prosecution of Dr. Cox in the United Kingdom has shown one cannot rely on this as a fact and doctors who compassionately assist their patient to die risk severe criminal liability. It has been argued that there are fundamental problems with the standing legal position that tolerates disharmony between legal principles and practicing law. Although in most cases where doctors have been prosecuted for assisting their patients to die the criminal system has treated them leniently, the Dr. Cox case has shown that there is no guaranteed consistency in implementing the law, thus arises serious question about justice and equality before law. Also there is a risk that allowing such great differences between legal theory and practice undermines public trust in law and brings it bad fame. In addition there is a concern that current position enables doctors participating active voluntary euthanasia inadequate medical guidance and all patients rights could be threatened if practice is allowed to continue in this unregulated manner.

In the third chapter of this thesis the author thoroughly analyses the debate on euthanasia. On the strong side of legalisation arguments one may conclude that prima facie there is a reason to change the law allowing active voluntary euthanasia in carefully determined circumstances. Those who are opposed have not been able to show why individuals who voluntarily ask for that kind of help, it must be denied from the doctor who wishes to help.

What Estonians think about euthanasia is analysed in the fifth chapter. It is important that conclusions from this chapter show support to active voluntary euthanasia in the medical and overall society.

The research in the thesis of legal reform has demanded an evaluation of the suitability of any legal solution. While some of the difficulties in legislation have been acknowledged, it has been argued that this is an issue where the reform is both necessary and appropriate: in light of unequivocal prohibition of active voluntary euthanasia in current criminal law there is need for a legal solution that enables doctors appropriate protection from criminal liability and this is the most suitable means establishing safeguards in regulating a practice. Accordingly it has

been proposed that a very limited exception would be made to criminal law in respect of active voluntary euthanasia and doctor-assisted suicide considering that help in dying would be enabled in accordance with strict criteria and safeguards. One has to emphasise that this would not create a right to active voluntary euthanasia in the sense of a person's right to demand that kind of assistance; rather it empowers doctors who consent to fulfilling patients' requests to do so. Moreover, current prohibition in criminal law against wrongful killing is bound to remain to protect individuals from being killed without their consent.

Legalising active voluntary euthanasia through legal reform is indisputably an important step for a society and understandably has raised questions about the effects of involving a practice that allows doctors to kill their patients into law and public politics. We have seen that many people who in principle are ready to accept enabling of active voluntary euthanasia in special circumstances do not support the view of legalising such practice and thereby institutionalising it through legalisation. Instead they are ready to tolerate current differences between law and practice and the smokescreen that revolves around active voluntary euthanasia. The conclusion of this thesis is that present problems, that have been identified, must be dealt with more honestly and directly and we have to overcome the understandable reluctance that concurs with legalising intentional killing in the context of active voluntary euthanasia. It is certainly true that legalising active voluntary euthanasia brings ethical approval to this act but enforcement of active voluntary euthanasia in special conditions is already broadly accepted and supported so that legalising would be a decisive step to formalise the current situation.

Significant advantages would derive from legalising active voluntary euthanasia. It supports patients' autonomy and self-determination giving qualifying patients freedom to choose active voluntary euthanasia. Although only a small minority of patients are likely to use this opportunity it is important that it would be made available and every patient has maximum choice. A second advantage of legalising active voluntary euthanasia is that it little by little integrates certain equality into law; suffering patients have not only the opportunity to decline treatment which can cause his or her death but he or she can seek more active assistance in dying.

Although there can be no guarantee that in a specific case there would be such help, because the proposal is in the form of enabling doctors to practice active euthanasia not to demand it, the patient would still have some sort of insurance that if they fall into the category described in the law then probably the doctor can be found who acts upon patients' request. That largely

avoids unequivocality of current situation, where active voluntary euthanasia is not publicly available. Further, making active voluntary euthanasia publicly available would probably minimise mercy-killings outside medical context, where people often feel obligated to act upon a request of their close-ones to assist them to die.

If active voluntary euthanasia would be legalised there would be significant benefits also to the medical profession, which in turn is good for medical practice. Doctors, who already perform active voluntary euthanasia would not have to fear the possibility for criminal prosecution assuming that they act in accordance with the criteria in the law. Other doctors who at present stand aside in fear of criminal liability would in appropriate circumstances be free to answer patients request for active euthanasia.

One of the advantages of legalising is that it would guarantee more transparent and open investigation. Doctors who want to benefit from the protection of law would be completely liable for their actions. As long as active voluntary euthanasia is illegal, it will probably be performed in secret, without the benefits of professional discussion and guidance that are vital in good medical practice. Specifying the criteria and procedures of legally performing active voluntary euthanasia legal reform would minimise the risk of unacceptable behaviour. This would insure the higher level of patient protection from what they have now and generally increase the predictability of law itself. Even so it would be naive to assume that legalisation would solve all difficulties. Clearly the possibility of unacceptable behaviour cannot be completely eliminated and undoubtedly cases would arise that fall outside legal exception. Those cases must be dealt with in accordance with current prohibition of criminal law and full power of the law must be enforced.

The time has come to deal with medically administered active voluntary euthanasia specifically and develop appropriate legal reform. In time we will have the opportunity to evaluate this legislation and the regulation of practice and legalised active voluntary euthanasia and doctor-assisted suicide and their effect on society to collect hard data. This will turn future informed debate to most suitable legal solutions.

Still it must be acknowledged that despite how well or carefully the legal solution is formulated, at best it could be partial answer to difficulties that many patients have to deal with. Active voluntary euthanasia must not be a substitute to alternative forms of treatment like palliative care, but it must be seen as the last available option to patients in the case where all other available options have been carefully examined. Thus it is extremely important that development of palliative care would be continued, so the patients would have immediate

relief of pain, symptom-control and treatment of psychological illnesses. Also we must continue dealing with ill and dying people in general with special emphasis of better education of medical staff and better communication with patients. Clearly, developing optimum palliative care demands appropriate government funds in those areas, but the society has an obligation to do everything reasonably possible to improve the position of dying and suffering patients and to insure, that they are shown kindness and compassion. The condition of broad treatment would be a step to minimise the need for active voluntary euthanasia and to insure that lives are not terminated unnecessarily. Even so it can not be a solution in every case and active voluntary euthanasia must legally be available option in carefully determined circumstances. This way people are given the opportunity to decide on their own values and beliefs without undermining the respect of opposite views.

Kristiina Kruusel /...../

# KASUTATUD ALLIKAD

## Kasutatud kirjandus

1. Alexy, R. Põhiõigused Eesti põhiseaduses. – Juridica, 2001, Eriväljaanne, lk 5 jj.
2. Amarasekara, K., Bagaric, M. Euthanasia, morality and the law. Vol 19. New York [etc]: Peter Lang Publishing, 2002.
3. Arsti- ja proviisorivande uuendatud tekst. – Eesti Arst, 2009, nr 88 (6), lk 449.
4. Ashby, M. Hard Cases, Causation and Care for the Dying. – Journal of Law and Medicine, 1995, N 3, p 152 ff.
5. Browne, A. Assisted Suicide and Active Voluntary Euthanasia. – Cdn. J. of Law & Juris, 1989, N 9, p 12 ff.
6. Cassel, E. J. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. – The New England Journal of Medicine, 1982, N 306, p 639 ff.
7. Cipriani, T. Give me liberty and give me death. – Journal of Law and Medicine, 1995, N 177, p 177 ff.
8. Cohen-Almagor, R. Belgian euthanasia law: a critical analysis. – J. Med. Ethics, 2009, N 35, p 436 ff.
9. Department of Human Services. Available: <http://www.ohd.hr.state.or.us>, 9 May 2008.
10. Dworkin, G. The Theory and Practical of Autonomy. Cambridge University Press, 1986.
11. Dworkin, R. Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia and Individual Freedom. New York: Knopf, 1993.
12. Emanuell, E. J., Battin, M. P. What are the potential cost savings from legalizing physician-assisted suicide? – New England Journal of Medicine, 1998, N 339, p 167 ff.
13. Engisch, K. Euthanasie und Vernichtung lebensunwerten Lebens in strafrechtlicher Beleuchtung. Stuttgart, 1948.

14. Ernits, M. jt. Karistusseadustiku eelnõu. Seletuskiri karistusseadustiku eelnõu juurde. Tallinn, 1999. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://web.riigikogu.ee/ems/saros/9916/991610003.html>, 6. veebruaril 2010.
15. Euthanasia, active euthanasia, passive euthanasia. – Dorland's Illustrated Medical Dictionary. Elsevier Books Customer Service, 1965. Available: [http://www.mercksource.com/pp/us/cns/cns\\_hl\\_dorlands\\_split.jsp?pg=/ppdocs/us/common/dorlands/dorland/three/000037429.htm](http://www.mercksource.com/pp/us/cns/cns_hl_dorlands_split.jsp?pg=/ppdocs/us/common/dorlands/dorland/three/000037429.htm), 23 March 2010.
16. Euthanasia. – Compact Oxford English Dictionary. Oxford University Press, 2006. Available: [http://askoxford.com/concise\\_oed/euthanasia?view=uk](http://askoxford.com/concise_oed/euthanasia?view=uk), 23 March 2010.
17. Gevers, S. Euthanasia: law and practice in The Netherlands. – British Medical Bulletin, 1996, 52 (N 2), p 326 ff.
18. Glover, J. Causing deaths and saving lives. Harmondsworth: Penguin, 1977.
19. Gormally, L (ed). Euthanasia Clinical Practice and the Law. London: Linacre Centre, 1994.
20. Griffiths, J., Bood, A., Weyers, H. Euthanasia & Law in the Netherlands. Amsterdam University Press, 1998.
21. Griffiths, J., Weyers, H., Adams, M. Euthanasia and Law in Europe. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2008.
22. Harris, J. The Value of Life: An Introduction to Medical Ethics. London: Routledge Kegan Paul, 1985.
23. Hazak, G. Inimõigused I. Tallinn, 2002.
24. Hiietamm, A. Holland seadustab maailmas esimesena halastussurma. – SL Õhtuleht, 12. aprill 2001, lk 12.
25. Hippokratese vanne. Arvutivõrgus. Kättesaadav: [http://et.wikipedia.org/wiki/Hippokratese\\_vanne](http://et.wikipedia.org/wiki/Hippokratese_vanne), 23. aprillil 2009.
26. Hume, D. On Suicide. London, 2005.
27. Kiirküsitlus eutanaasiast. – Postimees.ee, 8. veebruar 2010. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.postimees.ee/?id=222436>, 9. märtsil 2010.
28. Kirss, K. Arst võib võtta valu, mitte elu. – Eesti Päevaleht, 1. aprill 1996, lk 8.
29. Kopli, K. Holland maailma esimene, Belgia teine eutanaasiariik. – Eesti Päevaleht, 18. jaanuar 2003, lk 17.
30. Kuhse, H., Singer, P. Active voluntary euthanasia, morality and the law. – Journal of Law and Medicine, 1995, N129, p 131 ff.
31. Kurm, M. Eutanaasiast suremisõiguse kaudu. – Juridica, 1996, nr 3, lk 111 jj.

32. Labotkin, R., Suija, H., Fedossov, V. Eesti arstide suhtumine eutanaasiasse. – Eesti Arst, 1999, nr 1, lk 3 jj.
33. Le Luxembourg legalise officiellement l'euthanasie et l'assistance au suicide. – Le Post, 2009, disponible: [http://www.lepost.fr/article/2009/04/25/1510446\\_le-luxembourg-legalise-officiellement-l-euthanasie-et-l-assistance-au-suicide.html](http://www.lepost.fr/article/2009/04/25/1510446_le-luxembourg-legalise-officiellement-l-euthanasie-et-l-assistance-au-suicide.html), 6 mai 2010.
34. Maruste, R. Konstitutsionalism ning põhiõiguste ja –vabaduste kaitse. Tallinn: Juura, 2004.
35. Mason, J. K., McCall Smith, R. A. Õigus ja meditsiinieetika. Tallinn: Juura, 1996.
36. Niklus, S. Eutanaasia Hollandis. – Juridica, 1995, nr 8, lk 336 jj.
37. Nõmper, A., Sootak, J. Meditsiiniõigus. Tallinn: Juura, 2007.
38. Otlowski, M. Voluntary Euthanasia and the Common Law. Oxford University Press, 1997.
39. Palmer, M. Moral Problems in Medicine. A Practical Coursebook. The Lutterworth Press, 1999.
40. Pollard, B. The challenge of euthanasia. Sydney: Little Hills Press, 1994.
41. Potts, S. G. Looking for the exit door: killing and caring in modern medicine. – Houston Law Review, 1988, N 25, p 493 ff.
42. Põhiseadus ja Põhiseaduse Assamblee. Koguteos. Tallinn: Juura, 1997.
43. Rachels, J. The end of life: euthanasia and morality. Oxford University Press, 1986.
44. Rachels, J. The end of life: the morality of euthanasia. Oxford University Press, 1986.
45. Raun, A. Lugejad pooldavad eutanaasiat piinadest pääsemise tõttu. – Postimees.ee, 12. veebruar 2010. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://www.postimees.ee/?id=224307>, 9. märtsil 2010.
46. Rawls, J. A Theory of Justice. Harvard University Press, 1972.
47. Samson, E. Kriminaalõiguse eriosa 1. osa. Abimaterjal kohtunike ja prokuröride järelkoolituse karistusõiguse õppegrupile. Tallinn, 2000.
48. Seale, C., Addington-Hall, J. Euthanasia: why people want to die earlier. – Social Sciences and Medicine, 1994, N 39, p 647 ff.
49. Singer, P. A companion to ethics. Blackwell Publishing, 1991.
50. Singer, P. Practical Ethics. Cambridge University Press, 1993.
51. Skye, K. S. Euthanasia. Available: <http://www.umm.maine.edu/BEX/students/KryseSkye/ks360.html>, 15 March 2008.
52. Somerville, M. The song of death: the lyrics of euthanasia. – J Contemp Health Law Policy, 1993, N 9, p 1 ff.

53. Sootak, J. Abi suremisel või suremiseks? – *Juridica*, 1995, nr 8, lk 334 jj.
54. Sootak, J. Isikuvastased süüteod. Õppevahend õigusteaduskonna üliõpilastele 3., ümbertöötatud ja täiendatud väljaanne. Tallinn: Juura, Õigusteabe AS, 2003.
55. Sootak, J. Kuriteod elu ja tervise vastu. Õppevahend. Tartu: Sihtasutus Iuridicum, 1995.
56. Sootak, J. Surm kui kokkulepe. Surma mõiste õiguslikke ja eetilisi probleeme. – *Akadeemia*, 1996, nr 9, lk 1814 jj.
57. Sootak, J., Pikamäe, P. (koost). Karistusseadustik. Kommenteeritud väljaanne. Tallinn: Juura, 2002.
58. Stellamor, K. Eutanaasia artieetika ja õiguse vaatenurgast. – *Akadeemia*, 1995, nr 11, lk 2373 jj.
59. Stubbe, E. Toward legal recognition for termination of life without request: remarks on advice no 9 of the Belgian Advisory Committee on Bioethics concerning termination of life of incompetent patients. – *European Journal of Health Law*, 2000, vol 7, N 1, p 57 ff.
60. Suyver, J. J. H. Regional euthanasia review committees: 2007 annual report. The Hague, 2008. Available: [http://www.euthanasiecommissie.nl/Images/Jaarverslag%202007%20Engelse%20versie\\_tcm21-11566.pdf](http://www.euthanasiecommissie.nl/Images/Jaarverslag%202007%20Engelse%20versie_tcm21-11566.pdf), 30 April 2010.
61. Thomsma, D. C. et al. Asking to Die: Inside the Dutch Debate About Euthanasia. – Kluwer Academic Publishers, 1998, N 7, p 16 ff.
62. Truuväli, E.-J. jt. Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. Tallinn: Juura, 2002.
63. Wal, G. van der et al. Euthanasia and Assisted Suicide: Do Dutch Family Doctors Act Proudly? – *Family Practice*, 1992, vol 9, N 2, p 135 ff.
64. Vermeersch, E. The Belgian Law on Euthanasia. The Historical and Ethical Background. – *Acta chir belg*, 2002, N 102, p 394 ff.
65. Williams, G. L. The sanctity of life and the criminal law. Knopf, 1974.

## **Kasutatud normatiivmaterjalid**

66. Eesti Vabariigi põhiseadus. 28. juuni 1992. – RT 1992, 26, 349; RT I 2007, 33, 210.
67. Euroopa Liidu Põhiõiguste Harta. 14. detsember 2007. – Euroopa Liidu Teataja 2007/C 303/01. Arvutivõrgus. Kättesaadav: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2007:303:0001:0016:ET:PDF>, 6. märtsil 2010.



68. Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon. 4. november 1950. – RT II 1996, 11/12, 34.
69. Inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni (täiendatud protokollidega nr 2, 3, 5 ja 8) ning selle lisaprotokollide nr 1, 4, 7, 9, 10 ja 11 ratifitseerimise seadus. 13. märts 1996. – RT II 1996, 11/12, 34; RT I 2005, 39, 308.
70. Karistusseadustik. 6. juuni 2001. – RT I 2001, 61, 364; RT I 2010, 11, 54.
71. Kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvaheline pakt. 26. september 1991. – RT II 1993, 10/11, 11.
72. Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Disponible: <http://www.ieb-eib.org/fr/pdf/1-lux-20090316-euthanasie-et-assist-au-suicide.pdf>, 6 mai 2010.
73. Strafgesetzbuch. 15. Mai 1871. Verfügbar: <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/stgb/gesamt.pdf>, 8. Mai 2010.
74. Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Staatsblad 194, 2001 (effective 1 April 2002, Staatsblad 165, 2002). Available online in English: <http://www.nvve.nl/assets/nvve/english/EuthanasiaLaw.pdf>, 23 April 2010.
75. Wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasia. Belgisch Staatsblad (22 June 2002) effective 22 September 2002. Available online in English: <http://www.kuleuven.be/cbmer/viewpic.php?LAN=E&TABLE=DOCS&ID=23>, 4 May 2010.
76. Wetboek van Strafrecht. Wet van 3 maart 1881. Beschikbaar: <http://www.wetboek-online.nl/wet/Sr.html# 2060>, 14. maart 2009.

## Kasutatud kohtupraktika

77. European Court of Human Rights. Pretty v the United Kingdom, 29 April 2002, application N 2346/02.
78. Netherlands Jurisprudence. Alkmaar case 1983/1984. Available: <http://www.nvve.nl/nvve-english/print.asp?pagkey=72086>, 23 April 2010.
79. Netherlands Jurisprudence. Chabot case, 1993-1994, N 656. Available: <http://www.nvve.nl/nvve-english/print.asp? pagkey=72086>, 23 April 2010.
80. Pretty v Director of Public Prosecutions and Secretary of State for Home Department, UKHL 61, 29 November 2001.
81. Riigikohtu kriminaalkolleegiumi otsus 15. novembrist 2001 Ain Liase süüdistuses KrK § 114 järgi. – RT III 2001, 32, 335.

82. Riigikohtu kriminaalkolleegiumi otsus 6. märtsist 2001 Meelis Rehe süüdistusasjas KrK § 142 lg 2 p-de 2 ja 3 järgi ning Andrei Mironovi süüdistusasjas KrK § 142 lg 2 p 3 järgi. – RT III 2001, 8, 91.
83. Tartu Halduskohtu määrus 7. aprillist 2010 nr 3-10-746 Toomas Reialu taotluses riigi õigusabi saamiseks.