

# Vestlusring „Kas eutanaasia seadustamiseks tuleks ühiskonnal läbida küpsuseksam?“

**Margit Sutrop:** Alustuseks küsin, milline kokkupuutepunkt teil isiklikult eutanaasia teemaga on ja mis on need olulised küsimused, mis tuleks läbi rääkida.

**Andres Soosaar:** Eestis on sellel teemal tegelikult räägitud omajagu. Üks ühiskonda raputav või väga tugevasti mõjutav kaasus arendaks kogu seda teemat ka praktilise poole pealt edasi. Samas on näiteks Itaalias selliseid juhtumeid olnud mitmeid, kuid ikkagi ühiskond ei luba eutanaasiat. Seda isegi siis, kui inimese olukord on selline, et paljude, sh asjaosaliste eneste, arvates oleks olukorra kõige parem lahendus aktiivne eutanaasia.

**Katrin Elmet:** Kui me räägime eutanaasiast, siis millest me räägime? Juristid on eutanaasia väga hästi klassifitseerinud. Samas selle eutanaasia klassifikatsiooni populaarsus kahaneb. Milles on küsimus? Kui me ütleme, et eutanaasia on surmamine – inglise keeles *mercy killing* –, siis arstidele on vastuvõetamatu, kui klassifitseeritakse eutanaasiat aktiivseks ja passiivseks. Arstide jaoks on oluline, et kui tegemist on parandamatult raske haigega, kelle edasine ravi ei ole mõttekas – inglise keeles on terminid *medical futility* või *futile therapy*, s.t kui ravi on mõttetu või kasutu –, siis tuleb sellest hoiduda või tuleb see lõpetada, kui seda on juba alustatud. Sõna „eutanaasia“ võiks kasutada siiski vaid surmamise korral ehk kui lühendatakse elu loomulikku kulgu. Kasutu ravi lõpetamine või sellest loobumine on tegelikult surra laskmine. Kui ühiskonnas on tõusnud mitu korda küsimus, kas Eesti on eutanaasiaks küps, siis ma küsin vastu, et millest me räägime. Tegelikult on meil Eesti meditsiinis pikk ravipiirangute praktika. Me rakendame seda ebakindlalt, kuid ravi piiramine on meie moraalne kohustus. Kui me teeme mõttetut ravi, siis me läheme tegelikult vastuollu kõikide meditsiinieetika printsiipidega. Me peame mõttetust ravist hoiduma.

**Andres Lehtmets:** Kõigepealt ei tahaks ma nõus olla sellega, et ühiskond ootab meilt säästlikku ümberkäimist ressursidega. Tegelikult üksikisiku tasandil see tihtipeale niimoodi ei ole. Lähedased küsivad väga sageli ja ka kaebavad, kui neil on tunne, et meditsiin ei ole teinud kõike seda, mida oleks võimalik teha. See piir on tihtipeale väga abstraktne. Üks hetk see piir jooksebki sealt, mismoodi meie tajume või aru saame sellest, mida on võimalik teha ja mida mitte. Siia tuleb juurde kannatamise moment: valu ja kõik muud sellised asjad. Tulevad juurde loomulikult ka olukorrad, kus inimene ise ei ole enam võimeline avaldama arvamust ega andma nõusolekut, sest ta mentaalselt või siis oma haiguse tõttu ei ole enam sellises olukorras. Nii et need on keerulised juhtumid. Eesti õigusruum on paraku selline, et ta ikkagi eeldab meditsiinilt kõikvõimsust. Meditsiin peab justkui tõestama seda, et me tegime ikkagi kõik, mis sellel hetkel vähegi võimalik, ja see, mis juhtus, oli juba paratamatu. Kõikvõimsust oodata ei ole ühelt poolt kunagi realistlik, aga teiselt poolt võime muidugi küsida, kas ikka on moraalne niimoodi käituda. Nii et ma arvan, et üks tasand, mis Eestis eutanaasia kontekstis tuleb selgeks rääkida, on seesama ühiskonna soov liikuda ühe või teise väärtuse poole: kas siis püüda olla maksimalist ja öelda seda, et me teeme alati kõik, mis võimalik, või siis tuua sisse ka teisi tasandeid sellesse arutellu. Minu arusaam igapäevaselt, tööalaselt, on pigem see, et me liigume sellise väga individualistliku ühiskonna suunas, kus justkui oodataksegi seda, et ma saan maksimaalselt head teenust. Meditsiini mõttes räägime me tänapäeval väga palju teenusest. Me ei räägi siin halastamisest, abistamisest, vaid me räägime teenusest. Ma arvan, et siin on üks koht, mis vajaks palju rohkem lahtirääkimist.

**Kadri Simm:** Eutanaasia legaliseerimise küsimus ongi see, et on indiviidi tasandi otsused ja ühiskondlikud mõjurid. Indiviidi tasandil me võime kõik olla kokku puutunud juhtumitega või meil võivad olla

kogemused nendega või me võime teoreetiliselt mõelda juhtumitest, kus eutanaasia ka aktiivses vormis on täiesti arusaadav ja põhjendatav, s.t põhineb halastusel ja kõigel sellel. Teine asi on see, et kui me tahame eutanaasiat legaliseerida, siis mis on need ühiskondlikud mõjud; lisaks liberaliseeriv argument, mida see ühiskondlikult legaliseeritud tapmisvõimalus meile laiemalt kaasa toob. Mis on ühiskondlikud huvid ja mis on need konkreetset juhtumid? Tõesti, meditsiinitehnoloogia järjest areneb, läheb võimsamaks ja kallimaks. Ühest küljest on jah nii, et meditsiin oskab teha järjest rohkem ja järjest paremini, elu järjest pikendada, aga tegelikult kaasneb sellega paratamatult see, et kogu eutanaasiaprobleemistik ainult suureneb, mitte ei lähe ära. Üks asi on liberalism, liberalistliku inimese võidukäik: mina tahan otsustada oma elu üle, sealhulgas kuidas ravida ja millal ma suren. Aga teine asi on tõepoolest tehnoloogia areng ja probleemid palliatiivses hoolduses. Nii et faktoreid, miks see teema on järjest rohkem tõstatunud, on tegelikult palju. Ei saa olla nii, et see on üks asi: ainult tehnoloogia või ainult individualism. See on kompleksne teema.

**Meego Remmel:** Ma tooksin sisse veel ühe aspekti ja see on üksinduse teema. Mina näen kiriku poole pealt just seda, et kogukonna toetus, olgu see kasvõi pisikene kogukond – isegi kuni perekonnani välja –, on tegelikult inimesele väga suur mehhanism, mis annab talle elujõudu, elutahet, elurõõmu isegi. Nägin seda oma ema pealt ja olen näinud seda kümnete-kümnete inimeste pealt. Just see on see, ma arvan, millesse me peaksime rohkem panustama. Selleni me jõudsime tegelikult ka kirikute nõukogu aruteludel, et palliatiivne ravi on tegelikult olulisem, aga mitte ainult.

**Andres Lehtmets:** Minu arvates siin on oluline ka see teema, mis on Eestis lahti kirjutamata, et kust läheb hoolduse ja meditsiini piir. Kunstlikult on see kusagil olemas, kasvõi rahastamismehhanismide kaudu, aga tegelikult on see lahti rääkimata. See on suur probleem, sest tegelikult meditsiin, kui me räägime solidaarsusmeditsiinist, peaks minema elu algusest lõpuni. Tänapäeva Eesti ühiskonna enamiku, või ütleme, keskmise inimese jõukus ei ole piisav selleks, et maksta kinni väärikat hooldust, õendusabi ja see on praegu ikkagi väga palju inimese enda kanda. See on ka pragmaatiline probleem, mitte ainult eetiline selles mõttes, et pannes oma omastele kohustuse hooldada, võtame nad ära töäjõuturult ja ühtlasi eeldame nendelt tegevusi, mis loomulikult on väga inimlikud, aga milleks on vaja siiski oskusi. See on ka psühholoogiliselt raske jne. Siin on jälle üks koht, kus me tegelikult peaksime ühiskonna ressursist natuke rohkem rääkima. Üks pool on tõesti see teaduse ja meditsiini tipp, kus me siirdame organeid ja teeme kõike muud, aga teine pool on väärikas lahkumine, mis võiks olla ikkagi ka otsast lõpuni korraldatud. Me peame vaatama seda protsessi mõlemast otsast. Jällegi, võib-olla peaks rääkima ka sellest, mis hinnaga see kõik tuleb.

**Katrin Elmet:** Vahel tundub, et eetikud ei taha eriti meditsiiniabi juures rahast rääkida. Inimesed üldse väldivad seda teemat. Aga tegelikult rahast räägib õiglusprintsiiip. Mina olen intensiivraviarst, esindan kõrgtehnoloogilist meditsiini. Ma tean väga hästi, kui palju maksab see tegevus, mille esindaja mina olen. Just paar päeva tagasi suri 63-aastane mees, kelle ravijuht maksis üle poole miljoni euro. Üle poole miljoni! Ülimalt kõrgtehnoloogiline elushoidmine. Ta oli südamehaige, kellel oleks olnud perspektiiv teatud tingimustel siiski ellu jääda. Me ei saa öelda, et see oli mõttetu ravi. Me ravisime palehigis, päevad ja ööd, mitu nädalat, aga lõpuks haige suri, vaatamata ravile. Meie tunnetame, et see ravi oli põhjendatud. Aga võtame järgmise juhu, igapäevase juhu. Hooldekodust või kodusest hooldusest tuuakse eakas patsient, kes on 89–90 aastat vana. Ta on olnud tõsise kognitiivse defitsiidiga, täieliku enesehooldusdefitsiidiga, ja nüüd ta saab kopsupõletiku. Ta tuuakse siseosakonda, ta saab raviks tilgutit, hooldust, antibiootikume, s.t kõike, mida vaja. Sonditoitu ka, sest ta ise enam ei neela. Tema seisund, vaatamata ravile, halveneb. Nüüd vajaks ta meditsiiniliste kriteeriumite järgi kolmanda astme intensiivravi. Kas arstid peaksid võtma selle patsiendi kolmanda astme intensiivravisse, pakkuma talle kõrgtehnoloogilist meditsiiniteenust, või peaks meditsiin tõmbama pidurit ehk rakendama ravipiirangut? Viimasel juhul toimub ravi ainult üldosakonna tingimustes, kolmanda astme intensiivravi ei rakendata ega elustata kliinilisest surmast südameseiskumise korral. Kas see võiks olla aktsepteeritav?

**Kadri Simm:** Ma arvan, et üks asi, mille juurde siin võiks tulla, on see, mida ütlevad inimese lähedased.

**Katrin Elmet:** Tegelikult siin tulevadki sisse tulevikujuhised, elutestamendid jms, mis arenenud lääneriikides on igapäevased, aga Eestis nad peaaegu puuduvad. Mina ise olen näinud ainult Jehoova tunnistajate tulevikujuhist, kirjalikus vormis, kuid mitte midagi muud. Olen lähedastega vesteldes saanud inimeste soovide kohta informatsiooni suusõnaliselt. See ei ole samuti vähetähtis. Me muidugi eeldame, et me saame usaldada lähedasi. Iga selline vestlus põhineb ju tegelikult usaldusel. Enamasti me otsustusvõimetu patsiendi enda soove ei tea. Nüüd tekib küsimus, kas me küsime lähedastelt luba ravi lõpetada. Tegelikult ei ole õige küsida lähedastelt, sest siis me paneme vastutuse lähedastele, kes ei pruugi reaalsest olukorrast üldse aru saada. Igasugused nõusolekud ja sooviavaldused peavad ju tegelikult baseeruma inimese informeeritusel.

Arstid teevad ravipiirangu otsuse, kui agressiivne ravi ei ole inimese huvides. See ei tee inimesele head ja see võib inimest kahjustada. Agressiivne intensiivravi, mis patsiendile kasu ei too, on eeldatavasti vastuolus inimese enesemääramisõigusega ja kindlasti on see vastuolus õiglusega ühiskonnas meditsiiniteenuse jagamisel. Sellistel juhtudel me peame tegelikult mõtlema sellele, et peale elu on veel midagi, mis teeb inimesest inimese, see on elukvaliteet.

**Margit Sutrop:** Ma arvan, et see on väga oluline. Aga see tõstatabki tegelikult küsimuse, et selleks, et inimesed saaksid teha autonoomse otsuse, s.t et nemad saaksid oma tahteavalduse teha, peavad nad sellest aru saama, mida tähendab elu lõpp. Ühesõnaga, inimene ei saa tegelikult teha otsust, klõpsates e-tervise portaalis mingile asjale „jah“, kui ta ei saa aru, mille kohta ta seda tegelikult ütleb.

**Andres Lehtmets:** Ma arvan ka, et selline testament võiks olla lahendus, aga ma ennustan, et Eesti ühiskonnas on üliväike protsent inimesi, kes sellega tegelikult tegelevad. See on psühholoogiliselt täiesti arusaadav. Mina olen teise valdkonna arst ja mina pean inimese surma peale mõtlemist mitte kõige tervema ja parema tervise tunnuseks. Ma ütlen seda täiesti siiralt. Ma arvan, et me ei ela siin elus selleks, et valmistuda surmaks. Aga ühel hetkel me peame sellega seotud küsimusi tunnetama ja enamasti tuleb see päevakorrale lähedaste surma, lahkumise korral. Me räägime sellel hetkel ikkagi väga emotsionaalsetest otsustest. Need ei ole väga ratsionaalsed, väidan mina. Inimesed, kes on kõik surmaga seotud teemad väga läbi mõelnud, peavad olema paljudel teistel teemadel ka juurelnud. Enamik inimesi sellega paraku ei tegele.

**Katrin Elmet:** Aga kui inimene saab haiguse, mille kulg on ette teada – varem või hiljem ei suuda ta oma elus enam midagi määrata. Sa ei ava isegi silmi, sul pole enam mitte mingit võimalust ennast väljendada, aga sa oled teadvusel. Kas see elu on sulle vastuvõetav? Tegelikult sellise haiguse progresseerudes peavad arstid olema aja jooksul võimelised inimesele tõe ära rääkima. Sest selle haiguse lõpp on selline. Ühel päeval oled sa oma kehas vangis ega otsusta enam mitte midagi. Sa võid otsustada, aga keegi enam sellest teada ei saa. Ma arvan, et arstidel on kohustus ausalt rääkida. Selliseid juhtumeid olen ma näinud oma arstipraktikas, kus inimest on tegelikult informeeritud ja ta on teinud oma otsused. Need on dokumenteeritud, pandud päevikusse või mingis muus vormis kirja. Inimene otsustab, et kui ta näiteks ei saa enam ise hingata, siis palub lõpetada igasuguse ravi. Suureks probleemiks on aga tõsiasi, et inimese juhised ei jõua õigeaegselt meditsiinitöötajateni ja ka lähedased ei pruugi neist midagi teada.

**Margit Sutrop:** See, mida sa siin püstitasid praegu, on väga paljusi ju ka küsimus selle kohta, kui palju inimene tahab endale enesemääramisõigust. Elukvaliteedi küsimuse töid ka esile. Nüüd on veel kolmas pool, õigluse küsimus: kui palju meil ressursse jätkub ja kas meie käsutuses olevate ressurssidega saab üldse väärikat elust lahkumist tagada.

**Kadri Simm:** Siin tuleks rääkida, kuidas enesetapp ja eutanaasia seotud on ja miks nad ei ole sama asi. Eutanaasia puhul on just ühiskondlik kaalutlus see aspekt, mis teeb selle enesetappust keerulisemaks ja laiemaks. Kui me räägime fundamentaalselt: kui inimene on ratsionaalne, vaba, ei ole depressioonis ja tahab elust lahkuda, siis, nagu John Stuart Mill ütleb, me ei saa midagi teha. Aga fakt on see, et enamikul juhtudel see nii ei ole. Nende uurimuste põhjal, mida on tehtud inimeste puhul, kes on valinud eutanaasia – nendes kohtades, kus see on lubatud –, tundub, et tegelikult neid inimesi iseloomustab hästi tugev enesekontrolli vajadus. Nad ei taha kaotada eneseväärikust, enesekontrolli. Siin on see, mis eristab neid teistest. See võib olla ka nii, et toetus on olemas ja isegi valu võetakse ära või nad suudavad ka valu kannatada, aga just see enesekontroll on oluline.

**Margit Sutrop:** Ma ütleksin, et väärtuste mõttes on mõlemal siiski sarnane suhtumine elusse. Sellepärast, et nii Katrini kui ka Kadri jutust tuleb välja, et elu ei peaks säilitama mitte iga hinna eest. Küsimus on, millisel viisil elatavat elu tuleks säilitada. Kas siis, kui mina veel kontrolli oman või kui see elu mulle mingilgi viisil elukvaliteeti võimaldab. Aga ma arvan, et üks võimalus on meil öelda ka seda, et elu ei ole inimese enda kätes, et ta ei tohiks selle üle üldse otsustada. Siis ei saa öelda enesetappude kohta, et ratsionaalne inimene otsustab ise, las teeb. Sellepärast, et meil vähemalt moraalse hinnanguna jääb selline tunne, et ta võttis enda kätte otsuse, mis ei oleks pidanud üldse tema kätes olema. Osade meelest ei tohiks inimene ise üldse otsustada oma elu üle. Teine aspekt, mis enesetappude juurde käib, on see, millises olukorras inimene selle otsuse teeb. Võib-olla psüühilises mõttes ei ole tema elukvaliteet nii hea, tal ei ole hea olla, või on see halb hoopis sotsiaalses mõttes – et inimese otsus elust lahkuda sõltub hoopis sellest, millised suhted tal lähedastega on.

**Andres Lehtmets:** Enesetappude suhtes, ma arvan, ei ole kõik psühhiaatrid ühte meelt. Minul isiklikult on väga keeruline kujutada ette olukorda, kus inimene teadlikult teeb enesetapu ja ma peaksin kirjutama arstina alla sellele, et ta on vaimselt terve. Ei pea olema tegemist just depressiooniga. Ma arvan, et enamiku psüühikahäiretest tulenevaid enesetappe teevad üldse psühhootilised patsiendid, kelle

reaalsustaju on väga tugevalt häirunud. Selles mõttes, et inimene on võimeline tegema otsuseid ilma taustu korralikult tajumata. Meile kindlasti meeldiks mõelda, et nad neid taustu tajuvad, aga arstina ma pigem eeldan, et selles olukorras nad seda ei tee. Siis tuleb ju juurde väga palju muid ennast kahjustavaid tegevusi, kõige levinumad on enesetapukatsed jms elu piiride proovimised. Aga minu jaoks ei ole see vaimse küpsuse ega vaimse tervise tunnus, kui inimene sooritab enesetapu.

**Margit Sutrop:** Kas eutanaasia kontekstis on enesetappude puhul veel midagi sellist, kus me ütleme, et seal on ka riigil oma roll?

**Andres Lehtmetts:** Meditsiini koha pealt on muidugi väga selge see, et me selles seoses endiselt räägime väga vähe vaimsest tervisest. Need on teemad, mis tegelikult võiksid käia igati tänapäevase haridussüsteemi juurde. See ei pea oleme meditsiin, kes neid teemasid üles nopib ja seletab. See võiks käia kasvatus ja eeskätt hariduse juurde – ka vaimsest tervisest ja kõigest nendest teemadest, sealhulgas enesetappudest rääkimine. See võiks käia koos koolihariduse, harituse ja kõige sellega. Ma arvan, et sellest oleks kasu. Kui me võrdleme kahte asja, eutanaasiat ja enesetappu, siis minu arust on enesetapu teema asi, mille suhtes ühiskonnal peaks olema aktiivsem hoiak.

**Andres Soosaar:** Meie arutelugi näitab, et enesetapp on ka tegelikult üks omapärane sotsiaalne konstrukt. Selle taga on erinevate reaalsuste (bioloogiline, vaimne, sotsiaalne) segimine. Kui sotsiaalse reaalsusega väga hoogu minna, siis võib looduslik ehk bioloogiline reaalsus endast märku anda ja see võib olla täiesti lõpliku ja muutmatu iseloomuga. Eks ole see nähtus üks omamoodi märk sellest, et me oleme üha rohkem sotsiaalsed olendid ja järjest vähem bioloogilised olendid.

**Margit Sutrop:** Mingis mõttes on ikkagi suurem filosoofiline küsimus arusaamine, milleks meile elu või mida sellega peale hakata.

**Andres Soosaar:** Loomulikult, enesetapp on elu mõtte kadumise ilming.

**Margit Sutrop:** Eutanaasia või enesetapu puhul ongi küsimus ikkagi see, milleks ma üldse elan või mida ma tahan. Proovitakse oma elu piire. Seesama ennasthävitav käitumine või riskikäitumine tuleb ju igal pool välja. See on küsimus, kuidas sa oma elu tajud; millisena sa seda elad. Oluline pole mitte ainult elukvaliteet, mis on füüsiliselt sulle antud, vaid ka elukvaliteet, kus sa tegelikult oma elu eesmärgistad, kui sa jõuad sinnani, mida sa selle eluga tahad peale hakata. See ei ole ju enamasti mitte ainult minu elu üksi, vaid minu seotus teistega: minu suhted teiste inimestega, arusaam sellest, mida mina tahan maailma panustada, missugune ühendus mul maailmaga on, mis minust lähtub. Selles mõttes ma olen väga nõus, et see ei ole ainult psühhiaatriline küsimus, ja Andresega nõus ka selles, et see on sotsiaalne küsimus, kuidas ma ennast ja oma olemist mõtestan.

Läheks nüüd kolmanda teema juurde, milleks on kinnipidamisasutused.

**Andres Lehtmetts:** Pidime Euroopa Nõukogu ühes komitees võtma seisukoha riigi suhtes, kus rakedati sundtoitmist isikute puhul, kes ennast näljutavad. Oli väga selge koolkond, kes ütles, et igasugune vägivaldsus inimese keha suhtes ei ole aktsepteeritav, ka siis, kui inimene on kinnipidamisasutuses. Oli teine koolkond, kes ütles, et kui inimene on kinnipidamisasutuses, siis on selle asutuse kohustus hoida ta elus; selles mõttes, et vabaduse äravõtmisega kaasnevad riigile ka kohustused. Aga kui sa ütled seda, siis sa pead ju tunnistama, et pead inimest elus hoidma kõigi vahenditega.

**Katrin Elmet:** Meditsiiniliselt vaadates: kui nüüd see inimene näljutab ennast tõesti nii kaugele, et ta on ühel hetkel seisundis, kus tal puudub otsustusvõime, siis võlaõigusseaduse järgi tuleb hakata teda ravima ehk toitma. Kui inimene on eelnevalt avaldanud testamendi – ja nüüd ongi Eesti ühiskonnas küsimus, mis vormis see testament või sooviavaldus võiks olla, et see oleks arstidele siduv –, siis me tegelikult teda ravida ei tohiks. Me ei tohi minna autonoomiaga vastuollu. Tohime ravida ainult siis, kui otsustusvõimetu patsiendi tahe pole teada. Kui tahe on teada, siis ma tegelikult justkui ei tohiks teda ravida. Nii on ka vangidega. Seni kui ta on otsustusvõimeline, ei tohiks temaga mingisuguseid manipulatsioone teha.

**Indrek-Ivar Määrits:** Eks alati on nii, et häda peitub detailides ja üksikkaasustes. Euroopa Inimõiguste Kohus kirjutab tegelikult ka riikidele ette, mismoodi nad peaksid neid olukordi lahendama. Selle institutsiooni praktikasse satub väga tihti selline olukord, kus enesetapja või see, kelle surm kinnipidamisasutuses saabub mingitel sellistel asjaoludel, ei ole võib-olla kõige kainenema ja parema meele juures. Siis küll on see kõrge kohus öelnud, et kui inimene vajab adekvaatset psühhiaatrilist abi, kui ta oleks tulnud viia vanglast haiglasse – on selgelt näha, et tal on psüühikaga probleeme –, siis ei saa tal lasta endale kätt külge panna või ennast üles puua.

**Andres Soosaar:** Me peame hakkama vaatama, mis kaalutlustel seal näljutatakse ennast jne. Situatsioon on selles mõttes ülimalt pikantne. Inimeselt on kõigepealt vabadus ära võetud ja siis heitleb sotsiaalne

ümbrus tema vabaduste eest. Küsimus on, kas anname talle midagi tagasi või võtame veel rohkem ära. Kõiki rahuldavaid lahendusi siin ei olegi.

**Andres Lehtmets:** Siin ma leian, et tuleb ikkagi esile tuua, et sellest hetkest alates enam inimese enda otsus või testament ei loe, kui ta on vanglas, sest tema õigused on piiratud. Peamegi seda kaaluma, kas ta autonoomia seal veel kehtib või mitte. Me jõuame väga keerulisse olukorda ka siis, kui me hakkame ütlema, et see kehtib seal. Selles mõttes, et kui ta on väga selgelt öelnud, et mina tahangi ära surra vms, siis kas vanglal on kohustus seda aktsepteerida. See on sihuke keeruline teema, ma isegi ei oska öelda, kas see on rohkem juriidiline või eetiline teema. Tavapärane praktika enamikus riikides on igal juhul see, et sellisel juhul õigussüsteem veeretab vastutuse arstidele. Ütleb nii, et me ei suuda hinnata, kas see inimene on nüüd päris terve mõistuse juures või mitte; teie kõigepealt hinnake ja käituge siis vastavalt. Kui ta ei ole selge, terve mõistuse juures, siis ravige ta terveks sellest olukorrast, millesse ta on ennast viinud. Ma kujutan ette seda – ma räägin praegu hästi ettekujutuslikust olukorrast –, et on poliitiline vang, kes streigib; on riike, kus seda tehakse päris jõuliselt ja mitte ainult ei ömmelda suid kinni, vaid ikkagi näljutatakse ennast päris surmani välja. Streikija on ikkagi väga selgelt deklareerinud, et tema teo taga on poliitiline avaldus. Kui me ütleksime, et siin on midagi valesti, siis me ei peaks mõistma ka neid võitlejaid, kes võitlevad oma kodumaad kaitstes vms, sest nemad on ka poliitilised, kui nad seisavad oma poliitiliste seisukohtade eest. Kas me peame andma talle siis õiguse minna lõpuni oma seisukohtade eest seismisega või mitte? Need on sellised natuke keerulised küsimused. Enesetapu korral on see tegelikult üks-üheselt ära lahendatud, s.t üldine arusaam igal pool on see, et vanglas inimese enesetapp ei ole aktsepteeritav. Vangla peab tegema kõik selleks, et enesetappusid ära hoida.

**Katrin Elmet:** Huvitav, mis on moraalne põhjendus sellele, et vabaduses võib inimene endalt elu võtta ja vanglas ei või. Mis see põhjus on?

**Andres Lehtmets:** Seal taga on täpselt seesama karistuspoliitika arusaam, et võttes inimeselt vabaduse, võtad sa temalt ära osa tema põhiõigustest. Sellele vastukaaluks läheb sinule vastutus teatud küsimuste üle otsustamisel.

**Katrin Elmet:** Järelikult, sellest lähtudes on sondi panek näljastreikijale ja tema toitmine aktsepteeritav. Vangil pole enam põhiõigusi.

**Indrek-Ivar Määrts:** Seal on kindlasti oluline ka see aspekt, mis olukord on. Kui te mäletate, siis aastaid tagasi juhtus selline olukord, kus üks täiesti korralik koduperenaine peeti autoroolis kinni joores juhtimise eest. Ta viidi politsei arestimajja ja seal ta tappis ennast ära. Ma arvan, et kodus ta ei oleks ennast tapnud.

**Katrin Elmet:** See on afektiivne enesetapp.

**Indrek-Ivar Määrts:** Jah, aga ta tappis ennast riigi kätes ära. Kuna ta riigi kätes suri, siis riik ei saa sellest päris mööda vaadata. Riik võib teatud juhtudel jõuda järeldusele, et me tegime kõik, mis oli võimalik, meil ei olnud mitte midagi teada sellest inimesest.

**Andres Lehtmets:** Ma arvan, et siin on ikkagi see koht, kus tõmmatakse punane joon ja öeldakse, et kuna inimene on kinnipidamisasutuses, siis on teil ka vastutus selle eest, et midagi sellist juhtuda ei saaks. Teisiti ei ole võimalik ühelgi riigil käituda. Me ei saa ju öelda seda, et me küll päästame inimesi teatud juhtudel, aga näiteks siis, kui te arestikambris teete suitsiidi, me aktsepteerime seda.

**Kadri Simm:** Mõtlesin, et võiks lõpetada sellise praktilise küsimusega, et kuigi Eestis eutanaasiat just nagu ei ole, siis tegelikult ikkagi neid otsuseid tehakse. Kuidagimoodi. On ju inimesi, kelle kohta me täpselt ei tea, mida nad tahaksid. Me arvame ja nende lähedased arvavad, et neil oleks sedamoodi parem. Vaat see on see, mille kohta inglise keeles on olemas terminid *voluntary euthanasia*, siis on *involuntary euthanasia* ja on veel *non-voluntary euthanasia*. Kõige hullem on see, kui on inimesed, kes ei taha surra, aga keda siis lastakse surra või tapetakse. On need, kes tahavad surra ja kes saavad surra. Ja siis on see vahepealne hall ala. Kas Eestis peaks midagi reguleeritama või piisab sellest, kui me lihtsalt debateerime selle üle rohkem?

**Meego Remmel:** Ma ei tea seadusi nii hästi ega ka neid mõisteid jne. Kas see on nüüd selge, et aktiivsele surmamisele ütleme ei, aga ebaproduktiivse ravi lõpetamisele jah?

**Katrin Elmet:** Sellist mõistet polegi meie seaduses nagu ravi piiramine. Eesti keeles on „ravipiirang“ üldine mõiste. Ravipiirangute „ema“ on mitteilustamine kliinilisest surmast, muud võimalused on näiteks mitte rakendada intensiivravi, mitte eskaleerida ravi või lõpetada igasugune aktiivravi, minna üle palliatiivravile. Palliatiivravi jääb alati, siin ei ole küsimust. Selliseid mõisteid meie seadustes pole ja nende suhtes on segadus ka meditsiiniringkondades, mis on mis.

**Andres Soosaar:** Hollandis on eutanaasia juriidiline versioon selline, et arstid vabanevad elu võtmise vastutusest protseduuri korrektse läbiviimisega kõikides selle aspektides. Aga selle teo nimi – tapmine – on protseduuril ikka küljes, ega see ära ei kao.

**Katrin Elmet:** Tapmine jääb tapmiseks.

**Andres Soosaar:** Hollandi puhul on muidugi veel hästi põnev see – nende peaeetik, kes UNESCO-s on, ütles ühel kokkusaamisel –, et mingi 300 eutanaasiat tehakse seal ikkagi illegaalselt. Hoolimata sellest, et protseduur ja kõik on olemas, tehakse hulk eutanaasiaid veel illegaalselt ka. Siin on omaette tõlgendamisvõimalus, miks nad siis ikkagi nii teevad. See küsimus tahab täpsustamist. „Eutanaasia“ terminina on ju ‘ilus surm’ tegelikult või ‘hea surm’. See ühendab tegelikult passiivse ja aktiivse eutanaasia.

**Katrin Elmet:** Siiski, tagamaa kaldub rohkem surmamise poole.

**Andres Soosaar:** Nõustun Katriniga, et eesti keeles võiks sõna „eutanaasia“ reserveerida aktiivsele eutanaasiale. See, mida paljud kutsuvad passiivseks eutanaasiaks, võiks olla ravi lõpetamine.

**Katrin Elmet:** Ravi piiramine, ravi lõpetamine ja ravist hoidumine.

**Andres Soosaar:** Jah. Siis on täitsa selge, millest jutt käib.

**Andres Lehtmets:** Need on valikukohad. Sellised meditsiinilise otsused ka, kus on ... Ma olen alati väga ebalev, kui räägitakse omaste arvamuse küsimisest. Sellepärast, et ega inimene ei kuulu omastele. Kui keerata ennast saatana advokaadiks, siis siin võib olla vägagi kummalisi konstrukte. Eesti Vabariigi seaduse järgi me ju räägime ka pigem eeldatavast tahtest. See eeldatav tahe kõlab eesti keeles väga kummaliselt, sest kes seda siis eeldab. Kes see eeldaja on? Kas arst või omaksed või kõik koos? Või kuidas see tahe peaks sündima? Ma arvan, et selline hall ala on mõistlik. Mina ei tahaks väga täpset regulatsiooni. Ma olen sama meelt, et me peaksime pigem reserveerima selle diskussiooni aktiivsele eutanaasiale. Üksikud võimalused siin on, näiteks seesama mitteelustamise soov või sellised asjad, mis on suhteliselt selgesti arusaadavad inimestele. Vist.

**Margit Sutrop:** Võtame siia juurde sellise termini, mida ei ole siin arutatud, see on *assisted suicide*. Läheksime siis hästi konkreetset Kadri küsimuse juurde: mis on need asjad, mida ühiskond praegu oleks valmis lahendama?

**Meego Remmel:** Mulle tundub küll, et see ebaproportsionaalse ravi lõpetamine on selge. Kõik saavad sellest aru. Kui me suudame seda terminoloogiat rohkem kasutada, siis see toimib.

**Kadri Simm:** Rohkem infot on vaja selle kohta, mis toimub näiteks hooldusasutustes, mis toimub intensiivraviosakonnas, milliseid otsuseid tuleb seal vastu võtta.

**Andres Lehtmets:** Turvalisem oleks meil nendel teemadel arutleda siis, kui selle varjus ei oleks sedasama – natuke vaesuse ja natuke praeguse riigi korraldamatuse tagant tulenevat – hirmu. Sellest peaksime aru saama, et inimene ei tee ravist keeldumise otsuseid sellepärast, et tal on hirm valu ees või väärkuse kaotamise ees või mure sellepärast, mis minu omaksed minuga peale peavad hakkama. Kui on kindel, et ta saab elu lõpetada turvalises keskkonnas, siis ma olen nõus, et me võiksime nende teemade juurde tagasi tulla. Ma arvan, et see oleks üks asi, millest võiks alustada.

**Margit Sutrop:** Kas ma võiksin eelneva kokku võtta järgmiselt? Otsus, kas aktiivne eutanaasia seadustada või mitte ja et see peaks olema võimalik, tuleks teemana päevakorrast maha võtta, kuna selle all on palju olulisemaid asju, mis me enne peame tegema, näiteks põetamise ja elu lõpuga seotu rahastamise teema, ressursside küsimus. Samavõrd tegelikult küsimused, mida me mõtleme elukvaliteedi all, mida me tegelikult inimesele peaksime võimaldama, mida tähendab hea surm, mida tähendab lähedus, mida tähendab seesama võrgustik – mitte ainult ühiskonna kohustused, vaid ka lähedaste ja väikeste kogukondade küsimused. Need on tegelikult teemad, mis me peaksime oma teadvusse tooma, läbi arutama. Ühiskonna küpsusesse jõudes saaksime me tulla tagasi selle juurde, kas selline oluline samm nagu eutanaasia seadustamine võiks olla võimalik. Praegu tooks see liiga ohtlikke tagajärgi – teeks mõned otsustamised liiga kergeteks ja tegelikult kahjustaks inimesi. Kas see võiks olla midagi, millega te nõustute?

**Andres Lehtmets:** Mulle ei meeldi Eesti ühiskonnas üks asi: me püüame kõiki asju seadusega reguleerida. Seesama omasooliste abielu seadus. Minu arust läks viltu see, et seda teemat tuleks reguleerida õigest otsast ja õigel ajal – siis, kui ühiskond on jõudnud selle küpsuseni, et nüüd paneme selle asja paika. Aga kui ühiskond tunneb, et me paneme selle ülevalt poolt alla paika, siis ... Sellesama eutanaasiateemaga võib minna samamoodi. Mina oleks küll nende häälte seas, kes ütlevad, et pole kindel, kas me ikkagi oleme üldse valmis siin istuma ja neid teemasid arutama. Mul on tunne, et meil on ühiskonnas väga palju asju, mis meil on omavahel üldse selgeks rääkimata. Võib-olla jätame selle natukene küpsemasse ajastusse.

**Indrek-Ivar Määrits:** Võtkem kasvõi see, mis inimesest maha jääb, maisest kehast jääb ju vara maha. Meil on mingid reeglid. Kõik aktsepteerivad neid reegleid, kuidas toimetada maise varaga. Me teame, et tuleb teha testament. Kui testamenti pole, siis saavad lapsed, kui lapsi pole, siis järgmine pärijate ring. Aga see ei ole sugugi alati nii olnud. Õigusajalooliselt on olnud väga mitmesuguseid lahendusi. Praegu on selline kokkulepe. Selle saab kirjutada seadusesse sisse ja toimib. Aga see on kindlasti asi, mis tahab väga

põhjalikku läbiarutamist saada, enne kui kuhugi midagi kirja panema hakata. Mis see õigus muu on kui mingi selline väga tugev käitumisreegel. Selliseks reegliks peaks olema ka väga selge kokkulepe.

**Kadri Simm:** Kas olekski siin roll äkki parimatel juhtnööridel, mis antaks hooldushaiglatele? Just see vahepealne tasand, mitte seadused, võiks olla abiks otsustamisel?

**Andres Lehtmets:** Kindlasti. Psühhiaatrias on ju olemas ka paha näide – igasugu ohjeldusmeetmed, kinnisidumine ja muud seesugused asjad. Siin on praegu väga selge seisukoht, et ei ole piisav, kui haigla teeb ise endale juhised. Tegelikult on mõned asjad, mis lähevad ikka sellesama inimeste põhiõiguste alla. Selle valiku peaks tegema pigem seaduse tasandil. Midagi seadus ütleb ja midagi ta ei ütle. Hea praktika alati ei asenda seadust, aga hea praktika on hea koht, kust alustada.

**Kadri Simm:** Sellepärast ma mõtlen ka, et väga halvas olukorras on inimene, kes siis kas ise on sattunud sellesse, et ta peab neid otsuseid tegema, või tema lähedased. Ta peab hakkama otsima võlaõigusseadusest mingit paragrahvi ja siis veel mingist meditsiiniõigusaktist abi.

**Andres Lehtmets:** Kui ta ei ole jurist, siis ta ei suudagi endale sellest selget pilti ette saada.

**Andres Soosaar:** Aga küsimus on selles, kes kannab otsustamisega seotud vastutust. Kes tahab vastutada? Nagu enne rääkisime, et otsustada võib põhimõtteliselt isik ise, tema lähedane või hoopis arst. Nii et see ongi küsimus, kes selle otsuse teeb ja vastutuse võtab.

**Indrek-Ivar Määrits:** Kui me enesemääramisest räägime, siis on otsustajaks ikka see inimene ise, kui talle on antud see võimalus ja ta võtab vastu võimaluse otsustada.

**Andres Lehtmets:** Kui saab. Kui ta on otsustusvõimeline. Tihtipeale kipuvad need otsused jääma sellisesse faasi, kui otsustusvõime on kadunud.

**Andres Soosaar:** Tulen eutanaasia puhul Hollandi variandi juurde tagasi. Seal peab inimene ise nõusoleku andma. Seal ei ole näiteks püsiva vegetatiivse seisundi puhul eutanaasia lubatud.

**Katrin Elmet:** Jah, see peab olema väga selgelt väljendatud korduv soov, et sa tahad, et sind eutaneeritakse. See pole lihtsalt nõusolek.

**Margit Sutrop:** Meil on nüüd natukene segamini need asjad.

**Andres Lehtmets:** Jah, aga põhimõte on õige. Seesama nõusolek mängib siin ka rolli. Ei saa ju panna dementsle haigele piltlikult öeldes paberit ette ja öelda, et tule tee nüüd siin e-tervises see klikk ära.

**Margit Sutrop:** Ma usun, et siin kaasneb sellega küsimus, kuidas me hindame inimese otsustusvõimelisust. Küsimus ei ole ainult otsustusvõimelisuses, vaid nii nagu autonoomia puhul räägitakse, vähemalt filosoofilises diskursuses, on siiski veel olemas ka selline asi nagu moraalne autonoomia, mis on pigem just see arvatav tahe. Me saame aru, mis sorti inimene ta on, mida ta oleks tahtnud või mida ta teeks, kui oleks otsustusvõimeline. Küsimus ei ole ainult selles, et kuulutada patsient otsustusvõimetuks ja tema eest otsustada, vaid teha tema eest selline otsus, mis arvestaks tema arvatavat tahet ja väärtuspilti. Arstid küsivad omastelt, et mida te arvate, et teie lähedane oleks tahtnud. Aga kui paljud inimesed teavad seda või oskavad mõelda selliselt, et lähtuvad oma lähedase isiksusest, soovidest, väärtustest, hea elu kontseptsioonist? Oht on, et otsustamisel lähtutakse ikka iseendast, mitte teisest inimesest ja projitseeritakse enda soovid ja väärtused teise inimese sisse. Aga siin me läheme väga filosoofiliste küsimuste juurde, et kuidas me üldse teiste vaimuseisundeid saame teada.

**Katrin Elmet:** Ma tahaksin, et tänasest koosviibimisest jääks kõlama see, et aktiivse eutanaasia lubamiseks Eesti ühiskonnas ei ole aeg veel küps, sest *first things first*. Alustame sellest, et me räägime kõva häälega sellest, et ravitavusel on piirid, kõik haigused ei ole ravitavad ja tänapäeva meditsiini tehnoloogilise ja teadusliku arengu staadiumis me peame oskama peatuda, sest inimese elushoidmine kõigi vahenditega ilma igasuguse paranemise väljavaateta ei ole eetilise. Me peame hakkama piirama ravi teatud tingimustel. Kes ravi piiramise üle otsustab? Arst. Patsient saab soovida ainult põhjendatult. Patsientidel on tegelikult õigus esitada ainult põhjendatud soove ja nad saavad soovida vaid siis, kui nad on pädevad soovima, s.t neid tuleb informeerida. Siin on üks väga tõsine kitsaskoht tänapäeva Eesti meditsiinis ja tegelikult ka mujal maailmas, nimelt arstide oskus suhelda ja informeerida nii kõrge kvaliteediga, et need otsused, mida patsiendid teevad, on tõesti pädevad ja nende huvides. Ja üks asi, mida ma veel tahtsin öelda seaduste kohta. Tegelikult võlaõigusseadusega saame me päris hästi hakkama. Aga kui me räägime ravipiirangutest, siis on karistusseadustikus üks paragrahv, mis ohustab otseselt arste. See on see, et eluohutlikus seisundis inimese abita jätmise eest võib karistada ehk siis, kui ma teen meditsiiniliselt põhjendatud otsuse mitte elustada kliinilises surmas patsienti, kelle elustamine tegelikult polegi põhjendatud, sest see on vastuolus patsiendi parimate huvidega ja tegelikult kahjustab teda. Aga tema lähedased siiski leiavad, et kui ma ei elusta, siis tuleks mind kohtusse kaevata, sest ma jätsin abita. Vaat see on kirves arstide pea kohal: kuigi

nad põhjendatult, patsientide huvides soovivad teha ravipiirangu otsuseid, ei julge nad seda teha. Nii et siin oleks natukene vaja seadusi kõpitseda ja tuleks mõelda ravipiirangutele.

**Indrek-Ivar Määrits:** Vist on nagu taksojuhi puhul, et hästi kukub välja siis, kui klient viidi sinna, kuhu klient tahab. Kui jurist kirjutab seaduse, mis tema arvates on tore, aga tegelikult kõigi nende puhul, kelle elu see reguleerima hakkab, see ei tööta, siis see ei töötagi.

Mina ütlen kokkuvõttes seda, et see dispuut ja need otsused peavad olema sellised, et nendes on mingisugune n-ö piisav kokkulepe. Näiteks me oleme leppinud kokku, et jalgratast ei varastata. On loomulikult seltsimehi – siinsamas linnaski viibib neid, tuhatkond tükki ühes aasta betoonehitises –, kes võib-olla teistmoodi arvavad, aga suurem osa ikkagi teab, et nii ei tohi. See on samasugune asi, selles tuleb samamoodi mingisugusele kokkuleppele jõuda ja küllap siis juristid saavad selle kirja ka pandud.

**Andres Lehtmets:** Ma arvan, et teema on tervitatav, s.t rääkima sellel teemal peaks. Siin oleks väga palju pakkuda just nimelt eetikutel ja mitte nii palju seaduseloogitel. See on see tasand, kus me peaksime veel palju rääkima ja diskuteerima, et me asjadest ühtemoodi aru saaksime. Tuleb hoida seadusloomet natuke veel tagasi.

**Andres Soosaar:** Ma olen jätkuvalt Eestis eutanaasia seadustamise suhtes konservatiiv ega seadustaks seda praegu. Enesemääramisõigust on Eesti riigis enam-vähem parasjagu. Ma ei lisaks olemasolevale väga palju juurde ega võtaks midagi ka ära.

**Meego Remmel:** Ma olen aastate jooksul juhendanud tervet hulka eunataasiateemalisi töid ja minu üldistus on selline. Inimesed, kes ei tea sellest midagi, ütlevad väga kergelt: teeme, las surevad. Inimesed, kes natuke teavad, ütlevad, et see ei ole üldse nii kerge. Hollandis oli üks eutaniseerija, kes oli kümneid inimesi eutaniseerinud, aga siis, kui ta ise oli haige, jõudis selleni, et ta tegelikult ei tahaks seda saada. Nii et rohkem sisseelamisvõimet oleks vaja.

**Kadri Simm:** Kindlasti ei tahaks Eestis legaliseerida aktiivset eutanaasiat. Aga see debatt näitas minu jaoks seda, et on olemas fundamentaalne pinge või selle olukorra lahendamatus. Meil on meditsiin, meil on meditsiinieetika printsiibid: heategemine, mittekahjustamine, abistamine, autonoomia, aga need ei lähe kõik omavahel hästi kokku. Need ei moodusta alati sellist ilusat koherentset tervikut. Inimese autonoomiatahe võib teda tegelikult kahjustada ja vastupidi. Mõnes mõttes teatav pinge jääb alati sisse. Siis tulekski katsuda juhtumipõhiselt ja kontekstitundlikult vaadata, kus igal konkreetsel juhul halastus ja õigused kokku puutuvad.

**Margit Sutrop:** Mulle tundub, et see debatt tõi tegelikult väga oluliselt esile bioetika neli printsiipi: õiglus, heategemine, mittekahjustamine ja autonoomia. Kõik tulid tegelikult jutuks. Ameeriklased sinna väärikust ei tahtnud juurde panna, eurooplased leidsid, et inimväärikus peaks selles reas juures olema. Ma arvan, et meie seisukoht on ka, et see peaks olema juures. See on tegelikult loomulik, et meil ei ole ainult üks absoluutne väärtus, millele kõik alluvad. Kui väärtused on sellises pluralistlikus võtmes n-ö pildil, siis nad põrkuvad väga sageli. Kõik need tülid tekivad sellest, et näiteks õiglus ja autonoomia võivad omavahel konflikti minna või heategemine ja autonoomia võivad konflikti minna. Neid konflikte tuleb inimestele rohkem teadvustada. Ma arvan, et arstid, seaduseloogid ja ka inimesed perekonnas ja kodus peavad tegelikult olema suutelised neid konfliktikohti märkama ja aru saama, kuidas ikkagi neid lahendada. Küsimus on, kelle huvides lahendada või kellest lähtudes – kas keskpunktis on haige inimene, surija inimene – või kui palju me ühiskonda või kogukonda selle probleemi lahendamise juurde laseme. Kedagi ei tohiks ignoreerida – see on minu meelest hästi tähtis. Kui me kellegi jaoks väga palju anname, s.t pool miljonit või miljoni mõttetut ravi peale kulutame, siis see on tegelikult mõne lapse südameoperatsioon, kellegi transplantatsioon, kellegi ennetusravi või mingisugune muu asi. Keegi ei ole absoluutne, keegi ei saa nõuda endale täistähelepanu. Tegelikult me elame maailmas, kus me peame pidevalt kompromisse tegema või arvestama konteksti. Kahjuks ei ole üheseid ega lihtsalt lahendusi.

Vestlusring toimus 12. juunil 2017 Tartus. Vestlusringi juhtis Tartu Ülikooli eetikakeskuse juhataja professor Margit Sutrop.

**Osalesid:** Kadri Simm – Tartu Ülikooli praktilise filosoofia dotsent

Meego Remmel – Eesti Kirikute Nõukogu asepresident

Andres Soosaar – Tartu Ülikooli akadeemiline sekretär, bioetika õppejõud

Andres Lehtmets – psühhiaater

Indrek-Ivar Määrits – Õiguskantsleri Kantselei kontrollkäikude osakonna juhataja

Katrin Elmet – anestezioloog ja praktiseeriv intensiivraviarst