

# Elämän loppuvaiheen hoitoa, itsemääräämisoikeutta, saattohoitoa ja eutanasiaa koskevan lainsäädäntötarpeen asiantuntijatyöryhmän loppuraportti

**Selvitys sääntelytarpeista ja työryhmän näkemyksiä lainsäädännön  
muuttamisesta**

31.08.2021

Kristiina Tyynelä-Korhonen

Asiantuntijatyöryhmän puheenjohtaja, osaamiskeskusjohtaja, Syöpäkeskus,  
Kuopion yliopistollinen sairaala

# Elämän loppuvaiheen asiantuntijatyöryhmän tausta

- Kansalaisaloitteessa **Eutanasia-aloite hyvän kuoleman puolesta** (KAA 2/2017 vp) ehdotettiin, että eduskunta ryhtyy lainvalmistelutoimenpiteisiin eutanasia lain säätämiseksi ja eutanasian laillistamiseksi Suomessa. Eduskunta hylkäsi aloitteen 4.5.2018 istunnossaan, mutta hyväksyi seuraavan sosiaali- ja terveysvaliokunnan esittämän lausuman (StVM 4/2018):
- *Eduskunta edellyttää, että valtioneuvosto asettaa laajapohjaisen asiantuntijatyöryhmän selvittämään elämän loppuvaiheen hyvää hoitoa, itsemääräämisoikeutta sekä saattohoitoa ja eutanasiaa koskevia sääntelytarpeita ja tarvittaessa antaa selvitystyön pohjalta eduskunnalle ehdotukset lainsäädännön muutoksiksi.*

# Elämän loppuvaiheen asiantuntijatyöryhmän tehtävät

- selvittää elämän loppuvaiheen hoidon, itsemääräämisoikeuden toteutumisen sekä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon **nykytilanne** ja vallitseva lainsäädäntö Suomessa,
- selvittää, onko elämän loppuvaiheen hyvää hoitoa ja saattohoitoa tarpeen määrittää tai sen **järjestämistä ohjata lainsäädännöllä**,
- selvittää **muiden maiden lainsäädäntöä** ja käytäntöjä eutanasiaan ja avustettuun itsemurhaan liittyen ja arvioida näiden soveltuvuutta Suomen olosuhteisiin,
- arvioida itsemääräämisen toteutumista kuoleman lähestyessä ja itsemääräämisoikeuden lainsäädännöllisiä muutostarpeita, jos eutanasia sallittaisiin, ja
- tehdä **tarvittaessa ehdotukset lainsäädännön muutoksiksi** ja lainsäädännön muutoksen perusteluissa huomioon otettavista seikoista.

# Elämän loppuvaiheen asiantuntijatyöryhmän julkaisut, selvitykset ja kehitystyö

- 1) Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. **Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa**. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:14
- 2) Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: **Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti**. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68
- 3) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutus: **Saattohoitopassi** (THL)
- 4) **Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansainvälinen sääntely**
- 5) **Avustetun itsemurhan ja eutanasian kansainvälinen sääntely**
- 6) Palliatiivisen hoitoa, saattohoitoa ja itsemääräämisoikeutta koskevat **säädösehdotukset**
- 7) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon säädösmuutosten **kustannusvaikutusten arviointi**
- 8) Lääkäriavusteista itsemurhaa ja eutanasiaa koskevat **säädösluonnokset** (malli A ja malli B)



31.8.2021

# Elämän loppuvaiheen asiantuntijatyöryhmän suositukset jatkotoimenpiteistä(1.-6.)

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksessa tulee turvata ihmisarvoa kunnioittava palliatiivinen hoito ja saattohoito. **Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluita pitää kehittää** ja ne tulee kuvata sairaanhoitopiirien palveluketjuissa huomioiden yhteiset toimintatavat ja laatukriteerit
2. **Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden ohjelmissa tulee kattavasti huomioida palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kotiin vietävät palvelut** ja turvata niille palliatiivista hoitoa tarjoavan kotisairaalan tuki siten, että arvokas kuolema voi tapahtua henkilön kotona tai kodinomaisessa asumisympäristössä. Huomiota tulee kiinnittää myös digitaalisten palvelujen kehittämiseen kotisairaalassa.
3. **Omaisten ja läheisten tukeminen** potilaan elämän loppuvaiheessa on keskeistä. Omaisille on annettava riittävästi ja ymmärrettävällä tavalla tietoa potilaan voinnista ja hoidosta sekä tilanteen mahdollisista muutoksista. Lääkärijohtoinen ympärivuorokautisesti toimiva palliatiivisen hoidon kotisairaalan hoitotiimi on keskeinen toimintamuoto takaamaan hyvän palvelun.

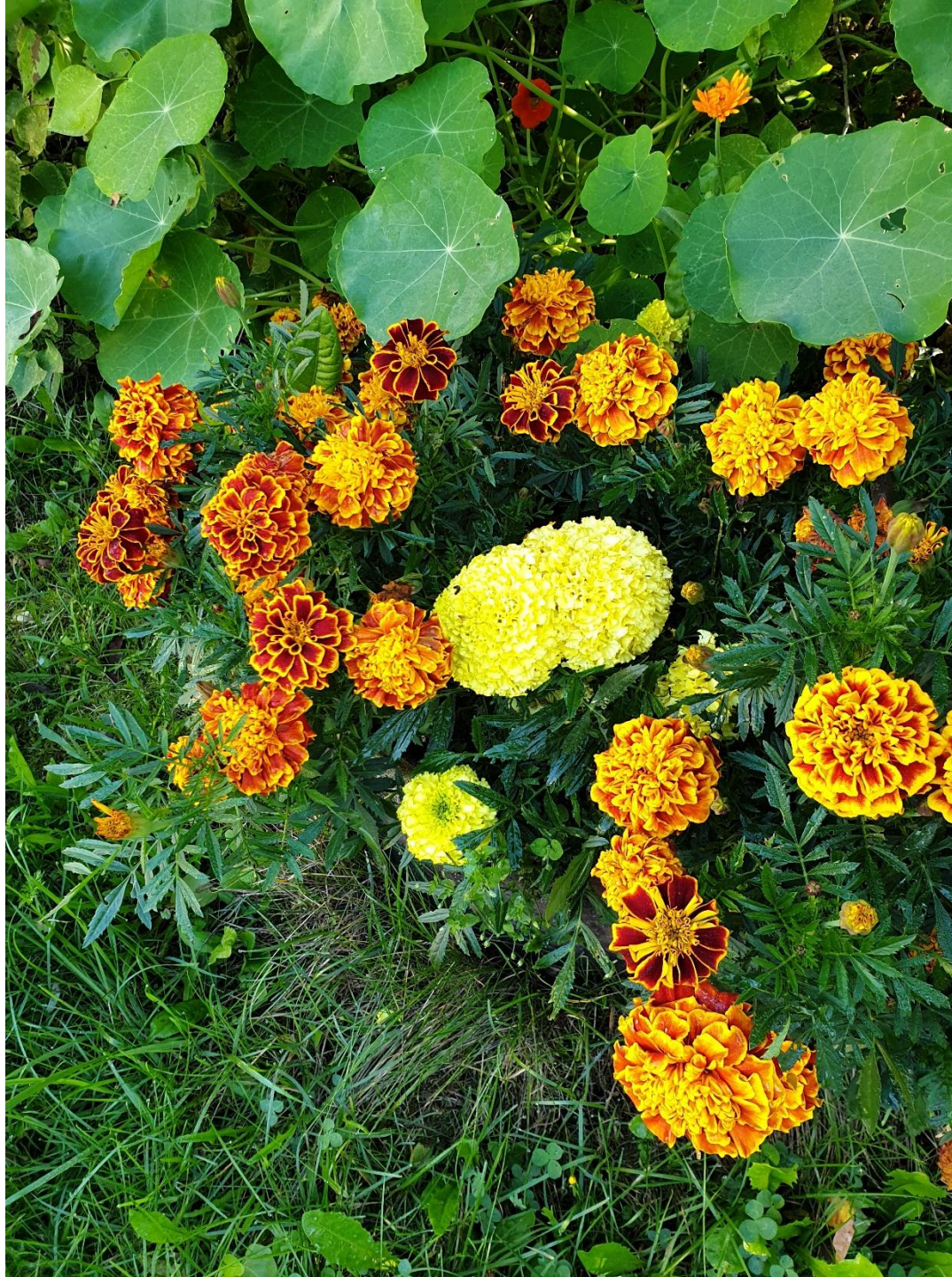
# Elämän loppuvaiheen asiantuntijatyöryhmän suositukset jatkotoimenpiteistä (1.-6.)

4. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon **laatu- ja vaikuttavuustiedon systemaattinen kerääminen laaturekisterien avulla** ja toiminnan seuranta tulee ohjata palvelujärjestelmää ja palveluiden tuotantoa kohti yhdenvertaista, vaikuttavaa ja laadukasta toimintaa.

5. Asiantuntijatyöryhmän esitysten pohjalta sosiaali- ja terveysministeriön tulee **viimeistellä palliatiivisesta hoitoa ja saattohoitoa koskevat muutokset lainsäädäntöön** mukaan lukien niihin kuuluvat asetukset.

6. Elämän loppuvaiheen asiantuntijatyöryhmä **ei esitä yksimielistä näkemystä siitä, tulisiko lääkäriavusteinen itsemurha tai eutanasia sallia**. Lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan **oikeudellinen asema lääkäriavusteisen itsemurhan osalta** tulisi selvittää. Loppuraportissa esitetyt säädösvaihtoehdot jäsentävät asiaan liittyviä käytännönläheisiä, oikeudellisia ja eettisiä näkökulmia.

*KIITOS !*





Elämän loppuvaiheen hoitoa, itsemääräämisoikeutta, saattohoitoa ja eutanasiaa koskevan lainsäädäntötarpeen asiantuntijatyöryhmä

## Työryhmän loppuraportti

Selvitys sääntelytarpeista ja työryhmän näkemyksiä lainsäädännön muuttamisesta

Palliatiivisen hoidon nykytila ja suositus palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta

Tiina Saarto, ylilääkäri, professori  
HUS Palliatiivinen keskus ja Helsingin yliopisto



# Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon nykytila Suomessa (2018)

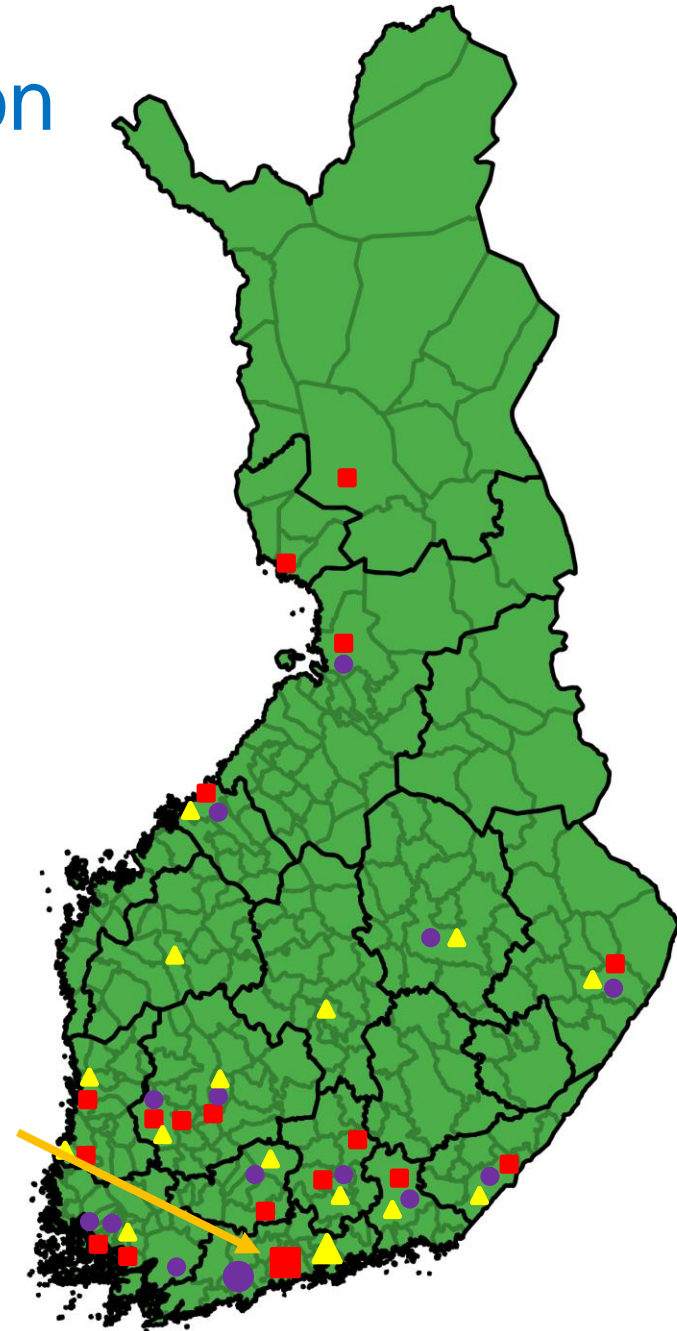
Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. STM raportteja ja muistioita 2019:14

- Palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta vastaa valtaosin perustason yksiköt
- Erityistason palvelut eivät ole valtakunnallisesti tasavertaisesti saatavilla
  - Erityistason kotisairaalakattavuus vaihtelee erittäin 12-91%
  - Palliatiivisia- ja saattohoito-osastoja pääasiallisesti vain suurissa kaupungeissa
- Sairaanhoidopiirin palliatiiviset keskuksat ja palveluketjut valtaosin puuttuvat
- Erityistason (mm. kotisairaaloitten) tuki sosiaalitoimelle ei ole systemaattista

Erityistason kotisairaala ■  
 Saattohoito-osasto ●  
 Palliatiivinen poliklinikka ▲

HUS  
 12 kotisairaala ■  
 5 saattohoito-osastoa/kotia ●  
 6 saattohoitopoliklinikka ▲

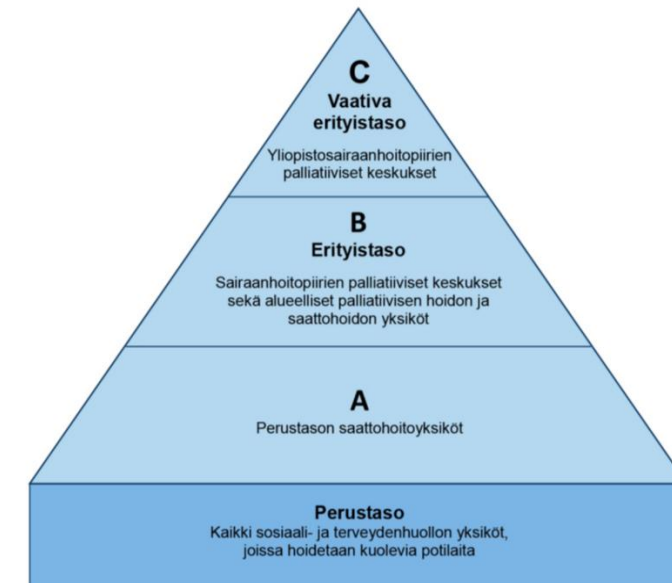
Kartta © Juha Oksanen, THL  
 Kuntarajat: © Maanmittauslaitos, 2018  
 Sairaanhoidopiirit: © Kuntaliitto, 2019



# Loppuraportti: Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa

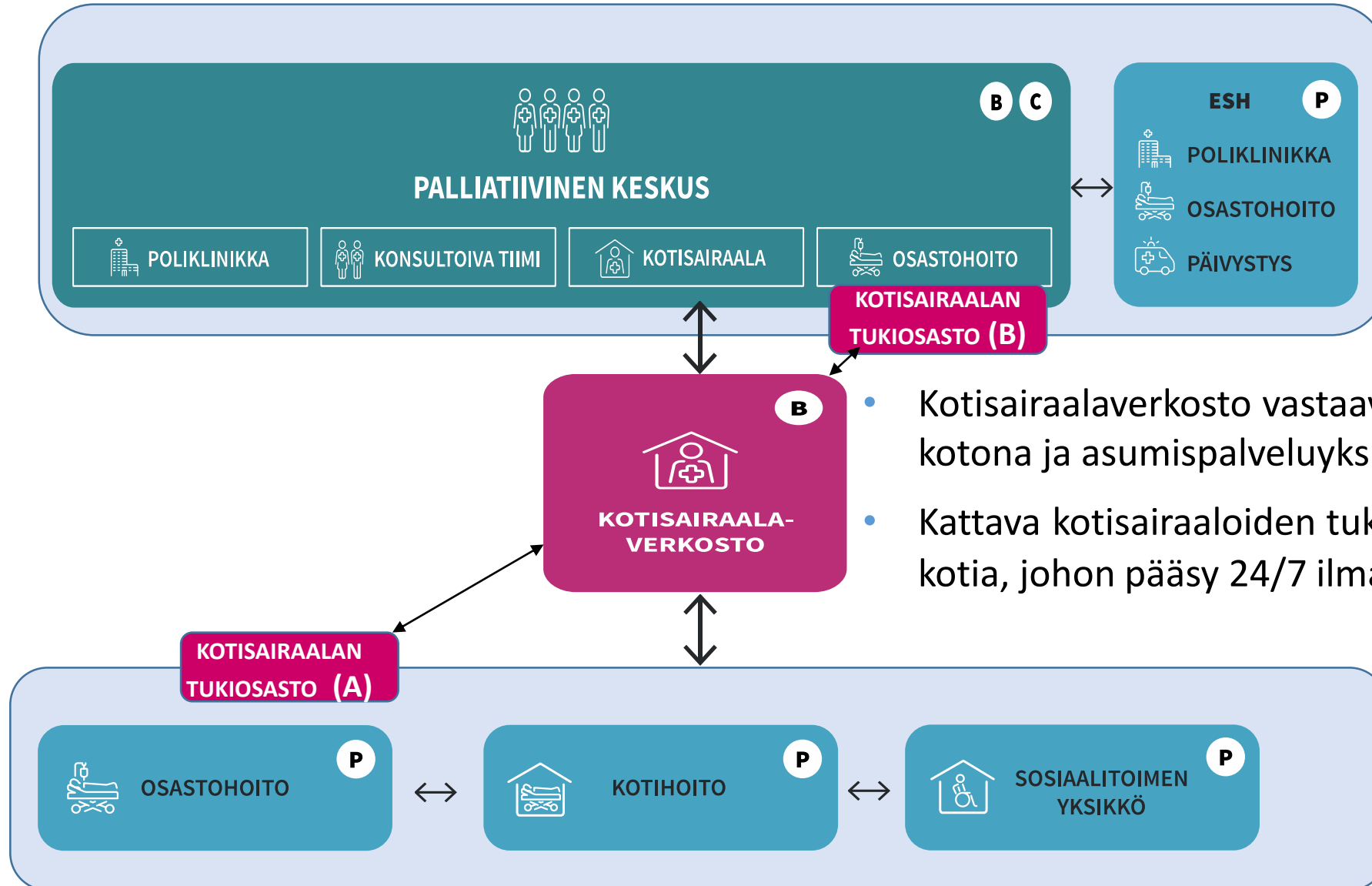
STM raportteja ja muistioita 2019:68

- **Palliatiivinen hoito integroidaan** sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään siten, että kaikki elämän loppuvaiheen hoitoa tarjoavat terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköt muodostavat yhtenäisen **sairaanhoitopiirin palliatiivisen palveluketjun**
- Sairaanhoitopiireihin perustetaan **palliatiiviset keskuskeskukset**, jotka vastaavat alueellisista palliatiivisen hoidon palveluketjuista
  - Yliopistosairaanhoitopiirien keskuskeskukset koordinoivat palveluja ervoittain ja vastaavat vaativan erityistason palliatiivisesta hoidosta sekä opetuksesta, koulutuksesta ja tutkimuksesta
- Sairaanhoitopiirien palliatiiviset palveluketjut sisältävät kattavan palliatiivisen **kotisairaalaverkoston** ja riittävän määrän **saattohoitopaikkoja**
- Palveluketjulle on laadittu yhtenäiset palliatiivista hoitoa koskevat **laatukriteerit**








# Hyvinvointialueen palliatiivinen palveluketju

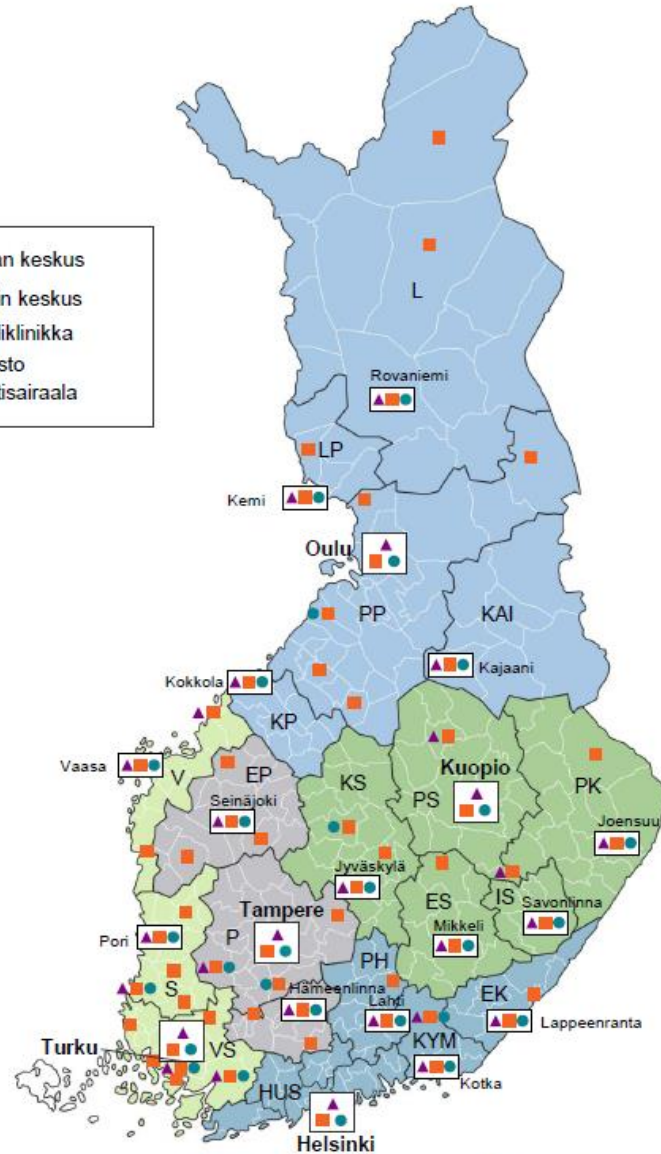
K  
o  
n  
s  
u  
l  
t  
a  
a  
t  
i  
o  
t  
u  
k  
i



- Kotisairaalaverkosto vastaavat kotisaattohoidosta kotona ja asumispalveluyksiköissä 24/7
- Kattava kotisairaalojen tukiosastoverkosto lähellä kotia, johon pääsy 24/7 ilman päivystyskäyntiä

# Suunnitelma palliatiivisen hoidon erityistason keskuksista ja yksiköistä

-  Yliopistosairaalan keskus
-  Sairaanhoidopiirin keskus
-  Palliatiivinen poliklinikka
-  Saattohoito-osasto
-  Palliatiivinen kotisairaala



Kuntarajat: Maanmittauslaitos 2019  
Sairaanhoidopiirit: Kuntaliitto 2019

- |  |  |   |
|--|--|---|
|  Helsinki |  Hyvinkää |  Raasepori |
|  Espoo    |  Vantaa   |  Kerava    |
|  Lohja    |  Porvoo   |   |

# Palliatiivisen hoidon palveluketjumallin jalkauttamisen edellytykset

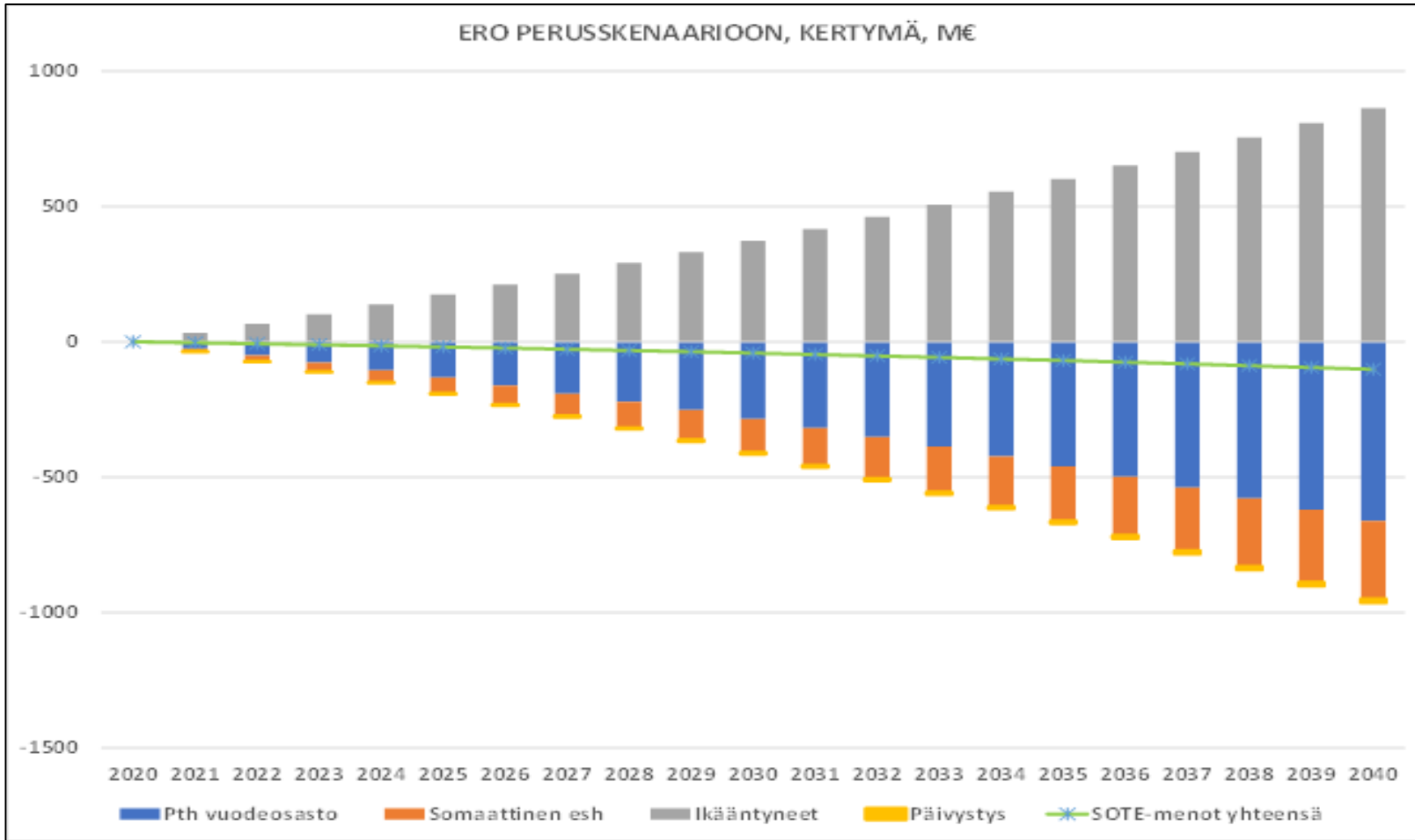
- **Palveluiden tasavertaisen tarvelähtöisen saatavuuden turvaaminen**
  - Palliatiivinen hoito integroidaan sote-järjestelmässä vakaaksi osaksi sosiaali- ja terveydenhuoltoa
  - Sairaanhoitopiirien palliatiiviset palveluketjut standardoidaan ja otetaan käyttöön suositusten mukaan
  - Palveluketjuja koordinoidaan sairaanhoitopiireittäin
  - Perustetaan lasten ja nuorten palliatiivisen hoidon palveluketjut erityisvastuualueille yliopistosairaaloiden johdolla
- **Laadun parantaminen**
  - Yhtenäiset palliatiivista hoitoa koskevat laatukriteerit otetaan käyttöön sosiaali- ja terveydenhuollossa suositusten mukaisesti
- **Osaamisen vahvistaminen**
  - Perus- ja erikoistumiskoulutusta edistetään
  - Osaamista tuetaan täydennyskoulutuksella
- **Seuranta**
  - Palliatiivisen hoidon laaturekisteri perustetaan sekä palveluiden laadun ja saatavuuden seuranta järjestetään

# Saattohoitovapaa

- Läheisten antama tuki elämän loppuvaiheessa säästää kokonaiskustannuksia
  - Läheisille kohdennettu tuki mahdollistaa elämän loppuvaiheen hoidon kotona
- Elämän loppuvaiheen hoitokustannuksista 25-30% muodostuu läheisten antamasta tuesta, mikäli tämä jouduttaisiin toteuttamaan terveydenhuollon ammattilaisten toimesta
- Ruotsissa läheisellä, joka hoitaa vakavasti sairasta läheistä on mahdollista saada korvausta työvapaasta
  - Ruotsin mallia tulisi soveltaa Suomeen

Round J et al. Palliative Medicine 2015;29(10) 899-907; Haltia O et al. Palliative Medicine 2018;32(2) 493-499

# Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon säädösmuutosten kustannusvaikutusten arviointi



- Arvio säästöpotentiaalín kehityksestä vuoteen 2040, kun huomioidaan iäkkäiden määrän kasvu
- Vuositasolla säästö kasvaa 3,5 milj. € → 7 milj. € vuoteen 2040 mennessä
- Kumulatiivinen säästö >100 milj. €
- Säästö tulee viiveellä ja edellyttää esitettyjä investointeja

**Harriet Finne-Soveri**, vieraileva professori, THL; **Sirkku Jyrkkiö**, Toimialuejohtaja, Tyks; **Sari Kehusmaa**, Johtava asiantuntija, THL; **Mia Malmila**, Erityisasiantuntija, Suomen Kuntaliitto ry



# Investoinnit

- Investoinnit n. 40 milj. € vuositasolla
  - Uuden henkilöstön palkkaus 33 milj. €
    - Sairaanhoitajat 370-418 htv
    - Lääkärit 46-53 htv
    - Psykologit 55 htv
    - Professuurit 2 htv
  - Saattohoitovapaa (Ruotsin malli) 6-7 milj. €
  - Tilakustannuksia ei ole arvioitu laskelmassa



- Uusi toimintamalli hillitsee nykyistä kulukehitystä ja varmistaa laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon

# Työryhmä johtopäätös

- Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman asiantuntijatyöryhmän yksimielisenä näkemyksenä on, että palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tulisi kehittää ja saatavuutta sekä osaamista lisätä
- **Pelkät suositukset eivät riitä puutteiden korjaamiseksi, vaan tarvitaan muutoksia lainsäädäntöön**
- Loppuraportissa esitetään muutoksia
  - **Terveydenhuoltolakiin** palveluiden saatavuuden ja laadun turvaamiseksi
  - **Sairausvakuutuslakiin** saattohoitovapaan mahdollistamiseksi
  - **Potilaslakiin** hoitotahdon selventämiseksi

# Terveydenhuoltolain 24a §. Palliatiivinen hoito ja saattohoito

- **Kunnan on järjestettävä** palliatiivinen hoito ja saattohoito.
- Palliatiivinen hoito ja saattohoito järjestetään  **porrasteisesti osaamistasojen (perustaso, erityistaso ja vaativa erityistaso) laatuksiteereiden mukaisesti** ja niin, että valtakunnallisesti tasa-arvoinen, tarvelähtöinen hoitoon pääsy turvataan.
- Sairaanhoitopiireissä tulee olla  **monipuoliset ja moniammatilliset erityistason palliatiiviset keskuksset**, jotka tarjoavat erityistason avo- ja vuodeosastopalveluita sekä vastaavat konsultaatio- ja päivystystuen järjestämisestä 24 tuntia joka vuorokausi. Sairaanhoitopiireissä tulee myös olla koko sairaanhoitopiirin kattavat  **palliatiiviset kotisairaalamverkostot**, joita koskevat palvelut tulee olla saatavilla 24 tuntia joka vuorokausi.
- **Yliopistosairaanhoitopiireissä** tulee olla palliatiiviset keskuksset, jotka vastaavat vaativan erityistason palliatiivisen hoidon palveluista koko erityisvastuualueella ja jotka vastaavat lasten ja nuorten palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamissuunnitelmien laadinnasta.
- **Tarkempia määräyksiä** palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta säädetään valtioneuvoston/sosiaali- ja terveystministeriön  **asetuksella**.

# Terveydenhuoltolain 50 §. Kiireellinen hoito 50 §:n 1 momentti

- 1 virke: Kiireellinen sairaanhoito, *mukaan lukien saattohoito*, sekä kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja sosiaalinen tuki, on annettava sitä tarvitsevalle potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta.

# Sairausvakuutuslaki (1224/2004): Sairausvakuutuslain 10 luvun 1 §:n 1 momentti

- Erityishoitoraha. Erityishoitoraha on tarkoitettu korvaamaan lyhytaikaista tai tilapäistä ansionmenetystä, joka aiheutuu vakuutetun osallistumisesta lapsen sairaudesta tai vammasta johtuvaan hoitoon tai kuntotutukseen *taikka hänen osallistumisestaan vakavasti sairaan läheisensä saattohoitoon.*

# Elämän loppuvaiheen sääntelykysymyksiä

STM:n asettaman työryhmän (2018-2021) säädösehdotuksista  
(31.8.2021)

Säädösalaryhmän puheenjohtaja, professori (emeritus) Raimo Lahti

# 1. Palliatiivista hoitoa (ja saattohoitoa) koskevat säädösehdotukset

- Elämän loppuvaiheen hoitoa (palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa) koskevat säädösehdotukset samoin kuin potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi laadittu ehdotus potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (potilaslain; 785/1992) täydentämiseksi hoitotahtoa koskevilla uusilla säännöksillä saivat sekä säädösryhmässä että koko asiantuntijaryhmässä yksimielisen kannatuksen.
- Katsonkin, että *potilaan itsemääräämisoikeutta ja hoitotahtoa koskevien täydentävien säännösten laatiminen* (ks. loppuraportti, luku 4.3.1.1–2) on *kiireellinen osatehtävä* sosiaali- ja terveysministeriössä vireillä olevassa potilaan itsemääräämistä ja potilaslakia koskevien säännösten uudistamisessa.
- Esimerkinomaisesti esittelen tarkemmin työryhmän hoitotahtoa koskevat säännösehdotukset.

## 2. Hoitotahtoa koskevan sääntelyn tarkistaminen (potilaslaissa, 785/1992), I

- Potilaslain 6 §:n 1 momentti. Potilaan itsemääräämisoikeus.
- Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. *Tärkeisiin hoitopäätöksiin on hankittava potilaan nimenomainen suostumus.* Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.
- Potilaslain 6a §:n 1 momentti (uusi). Hoitotahto
- *Potilaan aikaisemmin vakaasti ja pätevästi tulevaisuutta varten ilmaisemasta hoitotahdosta voidaan perustellusta syystä poiketa vain, jos on ilmeistä, että hoitotahto on perustunut väärään käsitykseen henkilön terveydentilan muutoksista, sairauden luonteesta tai käytettävissä olevan hoitomenetelmän ja lääkityksen vaikuttavuudesta.*



## 2. Hoitotahto, II

- Potilaslain 6a §:n 2-4 momentti (uusiala). Hoitotahto
- *Hoitotahdossa henkilö voi 1 momentin mukaisesti sitovalla tavalla ilmaista suostumuksen tiettyyn hoitoon tai hoitotoimenpiteeseen taikka sellaisesta kieltäytymisestä, nimetä henkilön, joka on oikeutettu hänen puolestaan antamaan suostumuksen hoitopäätöksiin tai kieltäytymään tietystä hoidosta siltä osin kuin hänen kantansa niihin ei ilmene sitovasta hoitotahdosta, sekä ilmoittaa, kenelle saadaan antaa tietoja hänen terveydentilastaan. Henkilö voi ilmaista hoitotahdon kirjallisesti tai suullisesti, ja hän saa peruuttaa sen tai muuttaa sitä.*
- *Sitovan hoitotahdon lisäksi henkilö voi esittää toiveita tulevasta hoidostaan ja hoivastaan.*
- *Hoitotahdon ja -toiveiden kirjaamisesta potilasasiakirjoihin sovelletaan vastaavasti, mitä potilasasiakirjoista on säädetty.*

## 2. Hoitotahto, III

- Potilaslain 6 b §:n 1 momentti (uusi). Täysi-ikäinen potilas, jonka itsemääräämiskyky on alentunut.
- Siltä osin kuin täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden, pitkälle edenneen muistisairauden tai muun vastaavan synn vuoksi pysty pätevästi päättämään hoidostaan [eikä hänen kantansa siihen ilmene sitovasta hoitotahdosta], tulee potilasta hoitaa yhteisymmärryksessä hänen *hoitotahdossa nimeämänsä henkilön kanssa. Siinä tapauksessa, että potilaalle on määrätty edunvalvoja hoitoon liittyviä asioita varten, potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä edunvalvojan kanssa. Vastaava velvoite on voimassa edunvalvontavaltuutettuun, jonka henkilö on edunvalvontavaltuutuksesta annetun lain (648/2007) nojalla valtuuttanut edustamaan henkilöään koskevissa asioissa. Jollei potilas ole nimennyt tai potilaalle ole määrätty häntä edustavaa henkilöä taikka jos sellainen henkilö ei kykene ottamaan tai halua ottaa kantaa potilaan hoitoon, potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen lähiomaisensa tai muun läheisen kanssa.*

## 2. Hoitotahto, IV

- Potilaslain 6 b §:n 2-4 momentti (uusiala). Täysi-ikäinen potilas, jonka itsemääräämiskyky on alentunut.
- *Tärkeisiin hoitopäätöksiin on hankittava potilaan puolesta sijaispäätöksentekijänä toimivan henkilön nimenomainen suostumus.*
- *Edellä 1 momentissa tarkoitettuna, potilaan puolesta toimivan henkilön tulee hoitoa koskevaan päätöksentekoon osallistuessaan ottaa huomioon potilaan henkilökohtainen etu ja tämän hoitoaan koskevat toiveet, jos niistä on saatavissa selvitystä. Potilas osallistuu hoitoaan koskevaan päätöksentekoon mahdollisuuksiensa mukaan.*
- *Jos potilaan puolesta toimiva henkilö kieltää hoidon antamisen tai hoitotoimenpiteen tekemisen potilaalle, potilasta on mahdollisuuksiensa mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä suostumuksesta kieltäytyvän henkilön kanssa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos potilaan puolesta toimivia läheisiä on useita ja heidän näkemyksensä eroavat toisistaan, potilasta on hoidettava sen lääketieteellisesti hyväksytyn näkemyksen mukaan, joka parhaiten vastaa potilaan henkilökohtaista etua.*

### 3. Lääkäriavusteinen itsemurha ja (aktiivinen) eutanasia (= kuolinavun lajit), I

- Oikeudellinen sääntelyongelma:
  - *Rikoslain* (RL) säännösten soveltamisessa on säilynyt ongelmakohtia vedettäessä rajaa rangaistavan (pyynnöstä) surmaaminen ja rankaisematon itsemurhan edistäminen kesken. Jos surmaamaan pyytävällä säilyy vapaa valta päättää elämästään ja kuolemastaan vielä pyynnön kohteena olevan henkilön teon jälkeen ja hän on siis surmaamisteon täytäntöönpanija (esimerkiksi nielee itse lääkkeet), kysymys on itsemurhan edistämisestä; surmaamisessa täytäntöönpanotoimen tekee surmaaja itse. Vastuu surmaamisrikoksesta voi johtua myös välillisestä tekemisestä, jolloin eutanasian kohdehenkilö on välikappaleen asemassa syytakeettomuuden, tahallisuuden puuttumisen tai muusta sellaisesta syystä (RL 5:4), taikka suojelevollisuuden perustuvan laiminlyöntivastuun vuoksi (RL 3:3.2).

# 3. Kuolinapu, II

- Rangaistavuuden rajan vetämistä vaikeuttaa osaltaan se, että *hyväksyttävään lääkintäkäytäntöön nojattava rajoitus- tai oikeutusperuste voi sallia myös tietyt aktiiviset, potilaan tahdon mukaiset hänen kuolemaansa jouduttavat toimenpiteet*: voimakkaiden kipujen lievittämisen, jonka sivuvaikutuksena kuolema nopeutuu; jo aloitetun hoitoprosessin keskeyttäminen aktiivisella toimella (kuten hengityskoneesta irrottamisella) potilaan evätessä sellaiselta hoidolta suostumuksensa.
- Jonkin verran epäselvyyttä on myös siitä, *voiko rikoslain nojalla rankaisematon itsemurhan edistäminen tulla arvostelluksi lääkärin ammatinharjoittamiseen liittyvien velvollisuuksien rikkomisena*. Tätä tulisi selkeyttää. Jo lääkärin etiikkaa koskevan normin muutos tässä suhteessa olisi omiaan helpottamaan menettelyn hyväksyttävyyttä. Ks. vertailumielessä EIT:n Haas-tapauksen (20.1.2011) perusteluja, kun kyseessä oli Sveitsin lain nojalla ratkaistu tapaus, jolloin itsemurhan edistäminen on pääsääntöisesti rankaisematonta.

# 3. Kuolinapu, III

- 1) *Mitkä sääntelyvaihtoehdot esitetään ja mikä on niiden asiantuntijatyöryhmässä saama kannatus?*
- a) Muiden Pohjoismaiden tarjoama malli on, ettei kuolinavusta ehdoteta muutoksia tai lisäyksiä lainsäädäntöön. Tällöin jäisi edelleen oikeudellisesti epäselväksi, voiko lääkäri tai muu terveydenhuoltohenkilöstöön kuuluva ilman oikeudellisia seuraamuksia avustaa henkilön itsemurhassa. Kysymys voisi saada vakiintuneen tulkinnan vain ylimmän tuomioistuimen tai Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen ratkaisujen kautta. Itsemurhan edistämisen yleinen säätäminen rangaistavaksi on oikeusministeriön valmisteltava kysymys, jota rikoslain uudistushankkeiden yhteydessä on laajasti käsitelty sekä 1960-luvulla että 1990-luvulla eikä itsemurhan edistämisestä ole säädetty rangaistavaksi.
- b) Kuolinavusta säädetään erillisellä lailla, jolloin kuolinavun edellytyksistä ja noudatettavasta menettelystä on liberaalisuusasteeltaan vaihtelevia sääntelymalleja, joista säädösehdotus B on liberaalimpi eli enemmän henkilön itsemääräämisoikeutta korostava kuin säädösehdotus A, jossa taas vahvemmin rakennettaisiin kuolinavun sallimisesta viimesijainen keino ja jonka arvioidaan olevan lähempänä kansalaisaloitteessa (KAA 2/2017) luonnosteltua sääntelyehdotusta.

# 3. Kuolinapu, IV

2) *Asetetaanko* ehdotettavan kuolinavun laintasoisen *sääntelyn aikamääräiseksi ehdoksi vaatimuksia*, joiden mukaan palliatiivisen ja saattohoidon asianmukainen järjestäminen – mukaan lukien koulutus ja resurssit – on ensin saatava kuntoon ja joiden seurauksena kuolinapu olisi realistisesti viimesijainen keino?

3) *Rajoitetaanko kuolinavun käsite tarkoittamaan vain lääkäriavusteista itsemurhaa* (kuoleman jouduttamista) *ja miten keskeiset käsitteet määritellään?* Säädösvaihtoehdossa A pyritään rajoittamaan sallittava kuolinapu vain lääkäriavusteiseen itsemurhaan, joskin siinäkin olisi 3 §:n 2 momentissa samankaltainen laajennus aktiiviseen eutanasiaan, jollaista esitetään yleisesti säädösvaihtoehdossa B.

4) *Miten sallittavan kuolinavun aineelliset edellytykset määritellään ja mitkä ovat niiden kipukohtat?*

Säädösvaihtoedussa A on tiukennettu lain soveltamisalaa kansalaisaloitteesta otetulla lausumalla, että hoitavalla lääkärillä ja potilaalla tulisi olla yhtenevä näkemys sairauden tai vamman tilasta ja hoitomahdollisuuksien puuttumisesta.

# 3. Kuolinapu, V

## 5) Päätöksentekomenettely.

- Säädösvaihtoehto A on otsikoitu 'Lupamenettely ja etukäteisvalvonta', jonka mukainen menettely korostaa muita säädösehdotuksia selvästi vahvemmin etukäteisvalvonnan roolia ja päättävien lääkärin vastuuasemaa (virkarikosoikeudellinen vastuu) sekä Valviran asettaman lautakunnan erityistä merkitystä lain soveltamisedellytysten täyttymisen arvioijana samaan tapaan kuin abortti- ja steriloisasiain lautakunnat THL:ssä.
- Tämä osakysymys vaatii lisäselvitystä, jota säädösr ryhmässä ei ole ehditty tehdä. Muun muassa on ilmeistä, että jälkikäteisvalvonnan tarvetta on sitä vähemmän mitä enemmän painotetaan etukäteisvalvontaa. (Vrt. kansalaisaloitteen sisältämä jälkikäteisen valvonnan lautakunta.)

## 6) Muita kysymyksiä.

- On syytä harkita, tarvitaanko täydentävää sääntelyä seuraamuksista virkarikosvastuun ja ammatinharjoittamisvastuun (ja sen tarjoamien hallinnollisten seuraamusten) lisäksi, esim. aborttilain rangaistussäännöstä vastaavaa sääntelyä menettelytapasäännösten rikkomisesta tai yleisemmin tuottamuksellisesti syyksi luettavista lainrikkomuksista. Aineellisten edellytysten noudattamatta jättäminen voisi johtaa myös RL 21 luvun säännösten soveltamiseen (ehdotetun viittaussäännöksen vastakkaispäätelyllä).



# 4. Oma jatkovalmistelua koskeva ehdotukseni kuolinavusta, I

- *Lääkäriavusteisen itsemurhan sääntely kiireellisin eutanasiainsäädännön osakysymys ja perusteluja tälle kannanotolle*
- Se, että asetan itsemurhassa avustamisen luonteisen kuolinavun eri asemaan kuin pyynnöstä surmaamisen tyyppisen, johtuu rikoslaissa omaksutusta vastaavasta rangaistavuuden erottelusta, jossa itsemurhan edistämisestä ei lähtökohtaisesti rangaista, kun taas pyynnöstä surmaaminen rangaistaan yleisten surmaamissäännösten nojalla. Näin ollen kantani eroaa kansalaisaloitteen 2/2017 mukaisesta säädösehdotuksesta, jossa näyttää rinnastettavan lääkäriavusteinen itsemurha ja tekijäntoimen luonteinen aktiivinen eutanasia ("Lääkäri suorittaa eutanasian asianmukaisesti, ..."), ja loppuraportin säädösvaihtoehdosta B. Lääkäriavusteista itsemurhasta saatavien kokemusten perusteella kuolinapulainsäädäntöä voitaisiin myöhemmin tarvittaessa laajentaa.

## 4. Oma kannanotto, II

- Mahdollisen *eutanasiain jatkovalmistelussa olisi syvennettävä lakiehdotuksen perusteluja ja tarvittaessa tarkistettava säädöstekstejä sekä lakiehdotuksen pohjaksi muun muassa suoritettava ehdotettavan lain vaikuttavuusarviointia* vastaavien ulkomaisten säädösten vaikutuksia hyödyntäen. Tällöin olisi muun ohessa harkittava, onko nyt ehdotetuissa säädösvaihtoehtoissa A ja B omaksuttu etukäteisvalvonnan malli välttämätön vai *riittääkö jälkikäteinen valvonta* (kuten alkuaan laatimassani säädösluonnoksessa 1.12.2020 ja mikä on ulkomaisissa lainsäädäntöratkaisuissa tavallista).
- *Uusin oikeuskehitys useammassa maassa viittaa siihen, että erityisesti lääkäriavusteiseen itsemurhaan (muttei välttämättä tekijäntoimen luonteiseen aktiiviseen eutanasiaan) suhtaudutaan aiempaa sallivammin.* Saksan perustuslakituomioistuimen perustelutapaa seuraten, henkilön itsemääräämisoikeudesta johdettava hänen oikeutensa itsemurhaan voi toteutua tehokkaasti ja ihmisarvoisella tavalla vain, jos hänellä on oikeus saada siihen lääkärin apua.