

Aeg elada ja aeg surra

**Evangeelsete Kirikute Osaduse Euroopas
(EKOE) nõukogu orienteerumisabi surma
kiirendavate otsuste ja surijate eest
hoolitsemise küsimustes**

Inglise keelest tõlkinud Alar Helstein

Evangeelsete Kirikute Osadus Euroopas

Severin-Schreiber-Gasse 3, 1180 Viin (Austria)

office@leuenberg.eu

www.leuenberg.eu

Sisukord

Eessõna	5
Sisukokkuvõte.....	7
1 Sissejuhatus: evangeelsete kirikute seisukoht eutanaasia ja muude elu lõpuga seotud otsuste suhtes.....	14
2 Üldine taust I: surm ja suremine tänapäeva ühiskondlikus, kliinilises ja õiguslikus kontekstis.....	17
2.1 Sotsiaalmajanduslik ja kultuuriline mõõde	17
2.2 Kliiniline kontekst.....	20
2.3 Õiguslikud ja poliitilised aspektid.....	21
2.4 Eutanaasia Saksa natsionaalsotsialistliku režiimi ajaloolises kontekstis	26
3 Üldine taust II: oikumeenia.....	27
4 Teoloogiline ja eetiline raamistik.....	29
4.1 Inimelu: loodud Jumala näo järgi.....	29
4.2 Moraalne vastutus: Jumala loomise ja lunastuse armastustegudele vastamine.....	31
4.3 Inimelu: õigus kaitsele	33
4.4 Hoolitsus ja kaastunne haigete ja surijate suhtes.....	34
4.5 Patsiendiga arvestamine	37

5 Elu pikendava ravi mitteandmine/lõpetamine	40
5.1 Kliiniline kontekst	40
5.2 Eetiline arutus: ravi lõpetamise/mitteandmise näidustused	42
Elukvaliteet ja elu pikendavast ravist keeldumine	42
Hoolduse ja ravi eristamine	46
Üleravimise oht	47
5.3 Eetiline arutus: patsiendi tahe	48
Patsiendi väljendatud tahe	49
Varasemad tahteavaldused	49
Nõrgamõistuslikud/teovõimetud patsiendid	50
Pereliikmed	51
Eestkostja	51
Elu pikendava ravi katkestamine või mitteandmine: kokkuvõte	53
6 Palliatiivne hooldus, ravi ja tuimastus	55
7 Eutanaasia	58
7.1 Küsimuseasetus	58
7.2 Eetiline arutus	59
Autonoomia ja eutanaasia	59
Hea tegemine ja eutanaasia	62

Eutanaasia ja ravist keeldumine: oluline vahe	65
Eutanaasia mõju ühiskonnale	67
Eutanaasia legaliseerimine	68
Eutanaasia: kokkuvõte	69
8 Abistatud enesetapp	71
8.1 Küsimuseasetus	71
8.2 Abistatud enesetapp ja eutanaasia	72
8.3 Moraalne õigus abistatud enesetapule	74
8.4 Seaduslik õigus abistatud enesetapule	77
8.5 Abistatud enesetapp: kokkuvõte	78
9 Kokkuvõte	81
Kirjandus	83
EKOE eetikaküsimuste eksperdirühm	86

Eessõna

Paljud evangeelsed kirikud on viimastel aastatel tegelenud eetiliste küsimustega, mis on tekkinud seoses inimese elu pikendamise meditsiiniliste võimalustega. Erilist tähelepanu pööratakse sealjuures küsimusele elu lõpetamist puudutavate otsuste enda kätte võtmise kohta. Kirikute sel teemal avaldatud seisukohtadest ilmneb erinevaid rõhuasetusi ja ka lahknevaid arvamusi. Samas ei saaks evangeelsed kirikud üksteist välistavatele seisukohtadele jäädes anda selles küsimuses peetavasse ühiskondlikku debatti piisavat panust.

Seetõttu otsustas Evangeelsete Kirikute Osadus Euroopas 2008. aastal küsimusega põhjalikumalt tegeleda. Eetika eksperdirühma juhtimisel asjatundjatest moodustatud töögrupp vaatas läbi oikumeenilises kontekstis avaldatud erinevad seisukohavõtud. Vastav ülevaade on avaldatud väljaandes Stefanie Schardien (toim.) „Mit dem Leben am Ende”. Selle töö tulemusena valminud orienteerumisabi arutati ja täiendati 2011. aasta veebruaris toimunud liikmeskirikute konsultatsioonil, kus osalesid kirikute juhid, ülikoolide teoloogid ning meditsiini, õiguse ja haiglahingehoiu asjatundjad. Pärast teksti väljatöötamise eri etappidel toimunud arutelusid avaldab EKOE nõukogu nüüd selle tulemuse evangeelse panusena aruteludesse selle kohta, kuidas elu lõppemisega väärikalt toime tulla.

Meditsiinilised võimalused avarduvad eelolevatel aastatel veelgi ja Euroopa riigid tegelevad vastavate õigusaktide muutmisega. Seetõttu ei anna käesolev orienteerumisabi kerkivatele küsimustele lõplikke vastuseid. Arutelud jätkuvad nii üleeuroopalisel kui ka riiklikul tasandil.

Praeguseks saavutatud tulemused loovad aluse Euroopa tasandil rakendatavaks ühiseks evangeelseks lähenemisviisiks.

Orienteerumisabi eesmärk on innustada kirikuid töötama probleemidega edasi oma kohalikus kontekstis.

EKOE nõukogu tänab kõiki, kes teksti valmimisele kaasa aitasid, ja avaldab erilist tänu toimetamise eest prof Ulla Schmidtile Oslost.

Õp Thomas Wipf, dr theol h.c.
nõukogu president

Piiskop Michael Bünker, dr theol
peasekretär

Sisukokkuvõte

Euroopa evangeelsed kirikud mõistavad probleeme, mis on tänapäeva Euroopa ühiskondades seotud raske haiguse, suremise ja surmaga. Peale selle, et kasvab nende inimeste arv, kes lähevad surmale vastu tervishoiuasutustes, on nende surm ka üha sagedamini seotud ravi käigus tehtavate otsustega. See tekitab põhjanevaid küsimusi selle kohta, kuidas me mõtestame surma ja suremist ning milline on meie suhe elu lõpule lähenevate inimestega. Nende keerukate küsimuste ja valikutega silmitsi seistes otsivad Euroopa evangeelsed kirikud konstruktiivseid lahendusi, mis lähtuksid ühelt poolt nende usu põhielementidest ja allikatest ning arvestaksid teiselt poolt elu lõpuga seotud küsimusi ümbritseva konteksti ja tingimustega.

Kõnealuse teemaga seotud kristliku usu evangeelse väljenduse lahutamatuks osaks on arusaam inimelust ja selle tähtsusest. Põhieeldusest, et inimene on loodud Jumala näo järgi, tuleneb inimese põhimõtteline vastutus Jumala ees, kuna ta on saanud oma elu Jumalalt. See kingitud eluga seotud vastutus Jumala ees avaldub ühelt poolt vabaduses, mis võimaldab inimesel mitte jääda täielikult maiste tingimuste ja kaasasündinud omaduste orjaks, ning teiselt poolt teostatakse seda maistes olukordades ja suhetes kui vabadust teenida armastavalt oma ligimest.

Veel üks inimese jumalanäolisusest tulenev põhiomadus on inimelu põhimõtteline väärikus. Kristliku usu evangeelsete sõnastuste kohaselt põhineb inimväärikus viimselt inimese ja Jumala suhtel. Inimelu saab oma absoluutse ja piiramatu väärikuse sisuliselt sellest, et see on olemuselt suhtepõhine ning selle suhte aluseks on Jumala armastusteod inimese loomiseks ja õigeks mõistmiseks. Seega on inimväärikus seotud nende tingimustega, millest iga päev sõltub meie elu püsimine, mitte aga mingite kaasasündinud võimete või omadustega.

Inimelu põhimõtteline väärikus ei põhine selle funktsioonil, kasulikkusel või sõltumatusel. Seda ei vähenda puuduv töövõime ega tunne, et see ei paku enam naudingut. Näiteks raske haiguse või puudega inimese elu võib olla – mõnikord algusest lõpuni – täielikult sõltuv teiste hooldusest ja abist, kuid see ei ole vastuolus ega kahanda inimelu põhimõttelist väärikust ning ei ole ka mingis mõttes vale või alandav inimelu vorm.

Sellest veendumusest, et Jumala loomise ja õigeksmõistmise armastustegudega rajatud suhe annab inimelule piiramatu ja absoluutse väärikuse, tulenevad mitmed järeldused, mis puudutavad vastutust inimelu eest. Esiteks järeldub sellest, et inimelul on võõrandamatu õigus kaitsele kahju, rikkumise ja hävitamise eest, nagu on öeldud ka tapmist keelavas viiendas käsus. Ent sellest järeldub ka esmane kohustus hoolitseda ligimese eest, mille kohta me leiame eeskju Issanda elust. See hõlmab tähelepanelikkust ja kaastundlikku hoiakut ligimese suhtes, samuti konkreetseid abistavaid ja toetavaid tegusid, eriti kõige haavatavamate inimeste heaks: vaesed, lesed, õigusteta ja puudustkannatavad isikud ehk lühidalt kõik, kes võivad liigagi kergesti jääda ühiskonna ja inimosaduse äärealadele.

Seoses sellega tuleb meil eriti meenutada kristliku moraaliõpetuse olulist läbivat elementi, mis nõuab hoolitsemist raskelt haigete ja surijate eest, isegi kui neil ei ole enam paranemise või ravi lootust. Kohustus hoolitseda raskelt haigete ja surijate, valuga, kannatustes ja abituses elavate inimeste eest ei tulene ega sõltu sellest, kas neid on võimalik turgutada tervemaks ja paremini toime tulevaks, vaid inimelu põhimõttelisest väärikusest, mille aluseks on Jumala loov ja õigeksmõistev suhe inimestega. Sellise hoolitsuskäsitluse olulisi aspekte võib näha palliatiivravi mõistes ja praktikas, mis on üha enam muutumas riiklike tervishoiuteenuste loomulikuks osaks. Me soovime esile tõsta ja toetada kõiki algatusi, mis seavad

eelisjärjekorda ja soodustavad heade palliatiivravi võimaluste loomist.

Kirjeldatud esmased veendumused ja hoiakud, mis tulenevad meie arusaamast kristliku usu põhisisu kohta, saab võtta appi vastamaks keerulistele küsimustele, mis tekivad siis, kui meil tuleb teha elu lõpuga seotud otsuseid.

Elu pikendava ravi lõpetamine või mitteandmine

Raskelt, pöördumatult või surmavalt haige patsiendi elu pikendava ravi katkestamine või mitteandmine ei ole taolisi asjaolusid arvestades mitte üksnes lubatud, vaid võib olla lausa nõutav kui kohase hoolduse ja kaastunde element. Oluline on küsida, kas ravi jätkamisest on patsiendile veel kasu. Selline kasu võib olla seotud tervise paranemise, vaevuste leevendamisega või sellise elu säilitamisega, mis suudab kristlikus mõttes talle antud armastust vastu võtta ja tajuda ning sellele mingil moel vastata. Kristlikus traditsioonis rõhutatakse järjepidevalt kohustust hoolitseda raskelt haigete ja surijate eest, isegi kui neil ei ole enam tervenemise või seisundi paranemise lootust, ning selle tulemuseks on tugev soodumus jätkata valu, ebamugavust ja ängi leevendavate ravivahendite kasutamist ka viimastel elutundidel. Ühelt poolt on nii elu pikendavate kui ka muude meditsiiniliste, kliiniliste ja õenduslike hooldusvahendite kasutamine meie jaoks väga tugev moraalne kohustus, millest ei saa muude kaalutluste nimel kergekäeliselt loobuda. Teiselt poolt ei ole need tingimusteta nõuded, mille puhul ei arvestata nende mõju patsiendile ja tema olukorrale. Kuigi evangeelsed kirikud tunnistavad nende teemadega kaasnevaid keerulisi moraalseid valikuid ja hinnanguid ning raskeid eetikaküsimusi, ei ole nad valmis väitma, et (näiteks) püsivas vegetatiivses seisundis patsiendi toitmise lõpetamine on alati ja igal juhul vale.

Moraalsed küsimused ja hinnangud ei puuduta ainult otsuseid, vaid ka seda protsessi, mille käigus otsuseni jõutakse. Patsiendi teadlikku ja selgesõnalist soovi ravi lõpetada tuleks austada ning kui patsient ei ole enam terve mõistuse juures, aga on teinud varasema tahteavalduse ravi kohta, siis on ka sellel tahteavaldusel märkimisväärne kaal, eriti kui pole põhjust arvata, et see ei vasta enam patsiendi tahtele. Kui patsient ei ole enam terve mõistuse juures ja varasemad tahteavaldused puuduvad, siis muutuvad eriti oluliseks otsustamiseks vajalikud teabevahetuse ja konsultatsioonide protsessid. Need peaksid olema kaasavad, nii et neis osaleb piisavalt lai ring erinevate erialade esindajaid, tervishoiutöötajaid ja nõustajaid. Põhjalikult tuleks nõu pidada lähedaste pereliikmete, sugulaste ja sõpradega, kes patsienti hästi tunnevad ja lähtuvad kõigi eelduste kohaselt tema parimatest huvidest; samuti tuleks neile anda piisavalt aega ja ruumi nii selle otsuse kui ka lähedase inimese võimaliku kaotusega leppimiseks. Samas ei tohiks nende kanda jätta lõpliku otsuse tegemise koormat.

Palliatiivne hooldus, ravi ja tuimastus

Evangeelsed kirikud tervitavad palliatiivse ravi ja hoolduse, arstiväljaõppe, meditsiiniuuringute ja kliinilise praktika valdkonnas tehtud suuri edusamme. Lisaks tõhusa ravi ning füüsilise valu ja ebamugavuse leevendamise võimaluste olulisele suurendamisele on need võimaldanud elu lõpuga seotud hoolduses arvesse võtta rohkem erinevaid haiguse ja läheneva surma mõtmeid, kaasa arvatud psühhosotsiaalseid ja hingelisi aspekte. See on kindlasti parandanud elu lõpusirgel olevate patsientide elukvaliteeti. Lisaks on need osutunud elu pikendavateks, mitte lühendavateks meetoditeks, millele keskenduti suures osas varasemates valu leevendamist käsitlevates aruteludes. Selliste meetodite hulka kuulub ka harva kasutatav palliatiivse tuimastuse protseduur, millega meditsiiniliselt vähendatakse patsiendi teadvuse taset, et vältida kontrollimatu valu ja kannatuse tunnet ja kogemust.

Olles küll teadlikud, et palliatiivne ravi ja hooldus ei lahenda kõiki elu lõpuga seotud meditsiinilisi probleeme, leiavad kirikud, et palliatiivravi ja selles valdkonnas tehtud tohutud edusammud on kooskõlas absoluutse inimväärikusega, mis kuulub piiranguteta ka raskelt haigetele ja surijatele.

Eutanaasia ja abistatud enesetapp

Euroopa evangeelsed kirikud tunnevad sügavat muret patsientide ja sugulaste pärast, kes peavad läbi tegema raske ja surmava haigusega kaasneva piinarikka protsessi ja elavad surma ootuses. Lisaks sellele, et meie ühiskonnad ei pruugi olla piisavalt valmis sellistes olukordades abi osutama, ei pruugi ka meie usuosaduskonnad veel pakkuda sellist seltsi, tuge, lohutust ja lootust, milleks kristlik usk meid kutsub. Kõnealuse tõelusega kokku puutudes on enne kiirete moraalsete hinnangute andmist põhjust olla teadlik taolistest vajakajäämistest patsientide ja perede abistamisel. Ühiskondade, kogukondade ja kirikute esmane kohustus on tagada piisava hoolduse, lohutuse ning valu ja kannatuste leevendamise kättesaadavus ja andmine ning edendada selliseid kogukondi ja väärtusi, mis võimaldavad raskelt haigetel ja surijatel näha oma elu kui võõrandamatu ja piiramatu väärikuse kandjat.

Evangeelsed kirikud leiavad, et eutanaasia kasutamine sellises olukorras on mitmel põhjusel eetiliselt väga problemaatiline. See on vastuolus mõnede kõige sügavamate moraalsete veendumustega mitte ainult kristlikus traditsioonis vaid ka üldisemas moraalipärandis, mis keelavad süütu inimese elu võtmist ja kohustavad inimelu kaitsma, eriti kui see on haavatav ja nõrk. Selle põhilise moraalsete veendumuse kummutamiseks tavaliselt esitatavad argumendid, mis räägivad autonoomiast ja hea tegemisest, ei ole eutanaasia eetilise põhjendusena piisavalt kaalukad. Eutanaasiat on raske ühitada kristliku traditsiooni ühe kõige tugevama ja püsivama veendumusega, mille kohaselt inimelu põhimõtteline ja

võõrandamatu väärikus ei tulene selle iseseisvast enesemääramisest ja teovõimest, vaid loovast ja õigeksmõistvast armastusest, mida inimesed Jumalalt Kristuses vastu võtavad.

Seda ei saa käsitada puhtalt isikliku südametunnistuse küsimusena, mida riik ei tohiks keeldudega ohjeldada. Eutanaasia seadustamine tähendaks mingis mõttes selle normaliseerimist ja heakskiitmist, nii et see muutub meditsiinilise ja kliinilise praktika tavapäraseks ja väljakujunenud osaks. Kuna elus võib siiski ette tulla moraalseid tragöödioid, olukordi, kus olulise ja elutähtsa moraalse hüve sügav moonutamine on vältimatu, võib sellistel harvadel ja äärmuslikel juhtudel legaliseerimise asemel rakendada õiguslikku lünka – nagu mõnes riigis on tehtud –, nii et loobutakse asjaomastele isikutele süüdistuse esitamisest.

EKOE liikmeskirikud peavad oma ülesandeks kasvatada ühiskonnas üldist solidaarsust surijatega ning kritiseerida kalduvust kannatuste individualiseerimisele ja inimliku ühtekuuluvustunde puudumist praegustes eutanaasiat käsitlevates aruteludes. Suurim sotsiaalne probleem ei ole liigne meditsiiniline abi, vaid surijate üksildus.

EKOE liikmeskirikud toetavad surijate ja surmavalt haigete inimõiguste kaitset. See hõlmab nii viimase hetkeni kestvat õigust elule kui ka õigust keelduda edasisest ravist. Hoolitsus ja patsiendi õigus ravist keelduda ei ole vastandid. Samuti kritiseerivad EKOE liikmeskirikud püüdlusi lahjendada surijate ja surmavalt haigete eest hoolitsemise kohustust abstraktse osutusega autonoomia põhimõttele, mida tehes jäetakse tähelepanuta, et raskelt haiged ja surijad vajavad erilist abi ja kaitset. Nii teoloogiliselt kui ka filosoofiliselt on äärmiselt küsitav, kas inimväärikust saab siduda abstraktse autonoomia põhimõttega, mis ajab indiviidi isikupära segamini täieliku sõltumatusega ning ühtlasi peab nartsissistlikult igasugust sõltuvust, abi vajamist ja teistele toetumist solvavaks. Sellise autonoomiakäsituse korral on kannatused ja nõrkus midagi,

mis ei ole inimesele vääriline, ning inimväarikus saab olla tagatud ainult abstraktse, iseenda määratud surma korral. Evangeeliumi valguses tuleb sellele vastuväiteks öelda, et Jumala vägevus avaldub nõrkades, ning täpselt samavõrd, nagu inimesi eristavaks tunnuseks on võime armastada, on seda ka võime kannatada.

Kuigi EKOE liikmeskirikute hinnangul ei saa eutanaasiat, enesetappu ega abistatud enesetappu eetilisel õigustatuseks pidada, mõistavad nad avalikkuses laialt levinud nõudmist dekriminaliseerida aktiivne eutanaasia.

EKOE liikmeskirikud soovivad ühiskondlike tingimuste ning haiglates ja hooldekodudes antava ravi ja hoolduse kujundamist selliseks, et oleks tagatud nii elavate kui ka surijate inimväarikuse austamine. Nad toetavad hospiitside rajamist ja muid palliatiivse hoolduse lahendusi, mille juurde kuulub ka hingehoiu ja vaimuliku hoolitsuse mõõde. Seega peavad EKOE liikmeskirikud enda ülesandeks kirja panna, luua ja koostada kristlikke surijate toetamise vorme, sealhulgas kiriklike rituaale, ning arendada neid edasi nii, et need kaitseksid mehi ja naisi elu viimasel etapil oma tahte väljendamise võime kaotuse eest ning oleksid abiks ja juhiseks elu lõplikkusega toimetulekul.

Inimeste eest hoolitsemine ja vaimuliku lohutuse pakkumine on „kirikuks olemise” lahutamatu osa. See hõlmab ka kirikute selget ülesannet kodanikuühiskonnas. Nad on kutsunud väljendama vastuseisu elu kaitsvate õiguslike piirangute tühistamisele. Nad on kutsunud võitlema avalikult haiglate ja hospiitside piisava rahastamise eest, et surma palge ees seisjad saaksid parimat võimalikku hooldust. Nende ülesanne on püüda luua ühiskonnas üldist õhkkonda, mis soodustab iga ühiskonnaliikme, kaasa arvatud surijate, täisväärtuslikku elu.

1 Sissejuhatus: evangeelsete kirikute seisukoht eutanaasia ja muude elu lõpuga seotud otsuste suhtes

Suremine on elu osa. Ent suremise tingimused on viimastel aastakümnetel oluliselt muutunud. Inimeste jaoks ei ole enam reegel lõpetada elu perekonna, sõprade ja ligimeste keskel. Tänapäeval surevad paljud inimesed erihooldekodus või haiglas. Sellised asutused pakuvad uusi ravivõimalusi, millest möödunud sajanditel midagi ei teatud. Kuid koos muutuvate ühiskondlike olude ja meditsiini jätkuva arenguga tekivad ka uued küsimused. Inimesed pole kindlad, kas kõigi meditsiiniliste võimaluste aktiivne kasutamine parandab tõesti nende elukvaliteeti või üksnes pikendab piinarikast ja pikka suremise protsessi. See sunnib meditsiinitöötajaid ja surija perekonda tegema raskeid otsuseid ravi kasutamise kohta. Samuti paneb see poliitikuid ja ühiskondi võtma vastu otsuseid hoolduse kvaliteedi kohta, näiteks kas kogukond peaks rahastama kõike, mida meditsiin tulevikus võimaldab.

Viimastel aastatel on paljud evangeelsed kirikud teinud avaldusi elu lõpuga seotud otsuste kohta. Need sisaldavad kaalutlusi ja arutlusi selliste raskete olukordade ja kimbatuste kohta, millega puutuvad praegu kokku kõik, kes on sunnitud tegema elu lõpuga seotud otsuseid ja valikuid. Lähtudes küll paljudest ühistest väärtustest ja veendumustest, on eri kirikud siiski jõudnud mitmete konkreetsete küsimuste puhul erinevate vastusteni, mis osaliselt on tingitud ka kohalikest ühiskondlikest ja õiguslikest oludest. Samal ajal on kirikud rõhutanud oma vastutust selle eest, et võimaldada surijatele parimat hooldust ning toetada kõiki, kes peavad taluma surmaga seotud raskusi.

Evangeelsete Kirikute Osadus Euroopas (EKOE) on oma eetikaküsimuste eksperdirühma abil korraldanud konsultatsioone, et hinnata kõnealuseid avaldusi ja arutada neis tõstatatud küsimusi. Käesolevas dokumendis esitab EKOE Euroopa evangeelsete kirikute ühise seisukoha. Esiteks püütakse selles arvestada väärtuslikku ja põhjalikku mõttetööd, mida paljudes meie liikmeskirikutes neil keerulistel teemadel on tehtud. Teiseks püütakse selles kokku võtta vähemalt mõned kirikute avaldustes leiduvad olulised mureküsimused ja kaalutlused ning laiendada ja täiendada neid seal, kus seda peetakse vajalikuks. Kolmandaks, soovides ja lootes pakkuda materjali edasiseks refleksiooniks, kutsutakse sellega liikmeskirikuid – ja teisi kirikuid – jätkama kõnelusi, mõttevahetust ja arutelu neil keerulistel teemadel. Usume, et kirikutel on seoses kõnealuse küsimusega kahekordne ülesanne ja mandaat: ühelt poolt avalik ja teiselt poolt hingehoidlik või koguduslik. Nad peavad ütleva oma seisukoha ja osalema jätkuvates avalikes aruteludes õigusloome ja poliitikakujunduse üle. Ent nad peavad ka olema saatjaks oma liikmetele, kes selliste raskete küsimustega kokku puutuvad: surijatele, elu lõpule lähenevate inimeste perele ja sõpradele, tervishoiutöötajatele, poliitikutele ja seadusandjatele ning koguduseliikmetele, kes peavad leppima oma tulevase surma tõsiasjaga. Abivahendid, mis seda tehes kirikute käsutuses on, ei piirdu ainult kristlikust elust ja mõtlemisest toituvate moraalsete arutlustega. Neil on olemas ka vajalik väljaõpe hingehoiu ja vaimuliku juhatuse pakkumiseks neile, kes on raskustes. Seda juhatust kujundab muu hulgas liturgiline ja rituaalne keel, mis hõlmab inimkogemust tervikuna alates rõõmust kuni kannatuse ja ängini. Tähtsusetu pole seegi, et kirikud elavad töötuses, mis võimaldab neil vaadata lootuses kaugemale meie praegusest ajalikust elust.

Käesolevas tekstis soovime uurida mõningaid kristliku usu ja elu evangeelse traditsiooni allikaid, et arutleda mõnede selliste küsimuste ja valikute üle, mis elu lõpus meditsiinilises ja kliinilises kontekstis meie ees seisavad, näiteks elu pikendava ravi

mitteandmine või lõpetamine, valuvaigistav ravi ja palliatiivne hooldus, eutanaasia ja abistatud enesetapp. Seonduvaid aga konkreetsemaid vastsündinute eest hoolitsemise ja enesetapu teemasid otseselt ei käsitleda.

2 Üldine taust I: surm ja suremine tänapäeva ühiskondlikus, kliinilises ja õiguslikus kontekstis

Küsimused eutanaasiast ja elu lõpust ning üldisemalt sellest, kuidas me suremist ja surma tajume ja sellesse suhtume, kuuluvad osaliselt laiemasse konteksti, mis ei sisalda üksnes meditsiinilisi ja kliinilisi mõtmeid, vaid ka sotsiaalmajanduslikke, kultuurilisi ja õiguslikke tahke.

2.1 Sotsiaalmajanduslik ja kultuuriline mõõde

Eutanaasia ja muude elu lõpuga seotud valikute küsimused sõltuvad teatud määral ümbritsevatest sotsiaalmajanduslikest ja kultuurilistest oludest. Üks väga valdav ja oluline iseloomulik aspekt on see, et suremine ja surm leiab praegusajal suuresti aset haiglate, hooldekodude ja muude hooldeasutuste või -osakondade institutsioonilises ja tehnoloogilises meditsiinikeskkonnas. Veel kuni 19. sajandi alguseni surdi põhiliselt kodus vahetult perekonna, naabrite ja kogukonna keskel. Ent see olukord muutus mitmete tegurite koosmõjul. Sotsiaalmajanduslikud tegurid on teiseks muutunud peresid ja lähemat kogukonda, mille keskel suremine ja surm varem aset leidsid. Lisaks sellele, et enamik töökohti asub väljaspool kodu ja lähemat koduümbrust, on nõudlus paindliku tööjõu järele, suurem liikuvus, muutuvad pereelu ja põlvkondadevahelise suhtluse mudelid vaid mõned neist teguritest, mis on muutnud lähemas perekonnas valitsevaid tingimusi kohana, kus suremise ja surma protsess võiks aset leida. Linnastumine suurendab liikuvust, muudab senist ettekujutust eluaegsest püsivast elukohast ning mõjutab lisaks neid tingimusi, mis võimaldaksid väikestel kokkuhoidvatel ja stabiilsetel kogukondadel varem olla hoolitsust ja toetust pakkuvaks kohaks. Lühidalt öeldes on industriaal- ja

postindustriaalühiskondade muutuvad sotsiaalsed struktuurid soodustanud suremise ja surma protsesside liikumist lähedast perekondlikust keskkonnast tervishoiuasutuste institutsionaliseeritud keskkonda.

Seda muutust pole põhjust kahetseda. Üldjuhul on tervishoiuasutuste käsituses meditsiinilised eriteadmised, seadmed ja tõhusad palliatiivravi vahendid ning tähtsusetu pole ka see, et tervishoiutöötajatel on väljaõpe ja kogemused, mis võimaldavad neil ravimatult haigete eest hoolitsedes järgida olulisi kutse-eeetika norme. Enamasti tagavad need asutused ravimatult haigetele suurema kindluse, et nad saavad korralikku hooldust, näiteks olukordades, kus pere ja lähedased ei soovi või ei suuda põdura pereliikme eest korralikult hoolitseda, või inimeste puhul, kellel puuduvad lähedased peresidemed. Teisalt tuleks mõista, ja tavaliselt ka mõistetakse, et pereliikmete ja lähedaste inimeste poolt surevale patsiendile pakutav lohutus, tugi ja selts on olulised abiallikad, mitte professionaalse tervishoiuteenuse osutamist häiriv element. Kui asjaolud seda võimaldavad, võib patsient sellisel juhul soovi korral surra oma kodu tuttavas keskkonnas armastatud inimeste keskel.

Paljudes Euroopa riikides satuvad hospitaliseeritud ja asutusse hooldamisele suunatud surijad suure pinge alla seoses selliste demograafiliste muutustega nagu pikem keskmine eluiga ja eakamate inimeste suurenev osakaal rahvastikus. Peale selle kulub viimastel elunädalatel raviks ja hoolduseks rohkem vahendeid kui tavalise ravi ajal ning palliatiivravi üksuste tegevuskulud on suuremad kui muudel haiglatel. Paljudes riikides on kirjeldatud olukorra tõttu tekkinud kasvav poliitiline surve elu lõpul antava ravi ja palliatiivse hoolduse kulude kärpimiseks või piiramiseks. Hooldekodud ja palliatiivravi üksused peavad toime tulema eelarvekärbetega ja nõudmistega tõhustada ja ratsionaliseerida oma tegevust, mille tagajärjel väheneb nende tegevuse maht. Mõnikord

kaasnevad selliste ettepanekutega poliitikute mõtteavaldused, et surevatele patsientidele saab vähemalt sama hästi seltsi ja tuge pakkuda kodus pere keskel. Sellele vastukaaluks tuleb meeles pidada, et kuigi pere ja lähedased pakuvad paljudel juhtudel tõesti hindamatut lohutust ja tuge, on need ühiskondlikud sidemed ja struktuurid, mille alusel perekond oli kunagi esmane elu lõpul antava hoolduse koht, juba ammu murenenud. Pere ja lähedased kogukonnad ei suuda kompenseerida tegemata investeeringuid palliatiivsesse hooldusesse ning ravi- ja õendusasutustesse, mis on ette nähtud pakkuma ravimatult haigetele sobivat hooldust.

Mõnikord on väidetud, et lisaks nimetatud materiaalsematele sotsiaalmajanduslikele muutustele peegeldavad eurooplaste üha soosivamad hoiakud eutanaasia ja elu lõpuga seotud küsimuste suhtes ka üldisemat kultuurimudelite ja väärtushinnangute muutust. Kasutades filosoof Charles Taylori soovitatud mõisteid, võib tänapäeva (lääne) ühiskondades valitsevaid väärtusmudeleid kirjeldades öelda, et suhtumist elu lõppu ja sellega seotud otsuseid mõjutavad nähtavasti üha enam väljenduslikkus ja autentsus. Inimese sisemise tõelise mina väljendamine ning enda eelistuste ja veendumustega kooskõlas olev autentne käitumine on eelistatud mingite väliste objektiivselt antud moraalnormide järgi käitumisele. Mõne inimese jaoks võib see tähendada, et ta püüab vältida olukordi, kus tal kaob kontroll enda üle või ta jääb täiesti abituks, täielikult teistest sõltuvaks ilma mingi väljavaateta, et ta saaks tulevikus nautida asju, mis muutsid tema elu varem väärtuslikuks ja väärikaks. Teiste jaoks võib see tähendada elu mõtte otsimist koos toimetulekustrateegiatega ka sõltuvuse ja elu lõpuga seotud valu olukordadeks. Igal juhul on siit näha, kuidas eutanaasia küsimus on seotud väärtusmudelitega, mis mõjutavad eutanaasia, abistatud enesetapu ja muude elu lõpuga seotud küsimuste tõlgendamist ja kirjeldamist. Nende moraalsete valikute hindamisel ei saa piirduda lihtsalt moraalsete hinnangute andmisega, vaid tuleb pakkuda ka tõlgendusvahendeid, mis

võimaldavad kontrolli ja teovõime kaotust tõlgendada nii, et ka täielikus sõltuvuses nähakse inimväärsel elu.

2.2 Kliiniline kontekst

Mõistagi ei ole suremine ja surm liikunud lähedasest kodu ja pere keskkonnast haiglate ja hooldekodude institutsionaalsesse ja professionaalsesse keskkonda üksnes sotsiaalmajanduslike tegurite mõjul, vaid paljuski just meditsiini tohutute edusammude tulemusena. Meditsiini ja tervishoiu areng võimaldab patsiente elus hoida ka selliste haiguste või vigastustega, mis minevikus oleksid palju kiiremini surmaga lõppenud. Meditsiin ja meditsiinilised teadmised on omandanud surmahaigete patsientide toetamisel palju suurema tähtsuse. See areng sunnib meid uuesti läbi mõtlema oma arusaamu ja suhtumist surma kui etteantud inimlikku paratamatusse ning ka seda, kuidas me suhtuma elu lõpule lähenevatesse inimestesse. Samuti on selle tagajärjeks olukord, kus üha sagedamini saabub surm otseselt ravi ja tervishoiuga seotud meditsiinilise ja kliinilise otsuse tulemusena: näiteks kas lõpetada ravi või seda mitte alustada või intensiivistada valuvaigistavat ravi. Erinevalt rahvatarkusest, mille kohaselt me teame ainult seda, *et* me ükskord sureme, aga mitte millal või kuidas me sureme, on suremise *aeg* nüüd – teatud piirides – mõjutatav ja otsustatav.

Loomulikult paneb see tervishoiutöötajaid, patsiente, nende peresid ja nõustajaid kliinilises praktikas mitmete raskete valikute ette seoses vastutustundlike otsuste tegemisega: näiteks millal ja millistel tingimustel loobuda ravi jätkamisest. Need küsimused on üha enam asetunud laiemasse konteksti, mis ei hõlma üksnes patsientide elu pikendamist, vaid ka surmale lähenevate patsientide eest õigesti hoolitsemist. Järjest rohkem avaldatakse arvamust, et surija eest õigesti hoolitsemine ei pruugi tähendada üksnes tema elu pikendamist nii palju kui võimalik, vaid ka otsuseid selle kohta, millal ravist loobumine on põhjendatud. Lisanduvad teadusuuringud

ning surijate hoolduse praktika vallas kasvav pädevus on muu hulgas esile toonud selle valdkonna interdistsiplinaarsuse. Õigesti hoolitsemine ei tähenda ainult meditsiinilist ravi ja tervise parandamise katseid, vaid peab hõlmama laiemalt nii patsiendi füüsilisi ja kehalisi vajadusi, näiteks tõhus valu leevendamine, kui ka psühholoogilisi vajadusi, sotsiaalseid ja suhete küsimusi, samuti hingelisi küsimusi ja vajadusi. Lühidalt öeldes suureneb praegu teadlikkus, et üha sagedamini meditsiinilises ja kliinilises kontekstis saabuva elu lõppemise olukorrad ei vaja ainult meditsiinilist ravi, vaid ka hooldustegevusi. Seega tuleks teatud asjaoludel loobuda ravimiskatsetest hoolduse kasuks ning tegeleda selle hoolduse raames laia inimelu mõõtmete spektriga, mis ei piirdu ainult kehaliste vajadustega.

2.3 Õiguslikud ja poliitilised aspektid

Kuna suremine ja surm on liikunud üha enam tervishoiuasutuste seinte vahele, on need muutunud järjest rohkem ka seadusandluse ja poliitilise juhtimise teemaks. Samas on Euroopa riikide vahel suuri erinevusi selles, kuidas ja millisel tasandil kliinilised toimingud/tavad on reguleeritud.

Hollandis võeti 2002. aastal vastu tahteavalduse alusel elu lõpetamise ja abistatud enesetapu (lábivaatusmenetluste) seadus. Seaduse kohaselt võib eutanaasia toime pannud või enesetapul abistanud arsti vastutusele võtmise peatada, kui lábivaatamiskomisjon leiab, et tegu vastab teatud tingimustele, mille hulka kuuluvad patsiendi talumatud ja pöördumatud kannatused ning järjekindel ja vaba tahteavaldus eutanaasia lábiviimiseks. Kui need tingimused täidetud ei ole, on nii eutanaasia kui abistatud enesetapp kuritegu. Nende eest määratavaid karistusi on isegi karmistatud.

Belgias 2002. aasta mais vastu võetud eutanaasiaseaduses öeldakse, et eutanaasiat tegev arst ei pane toime kuritegu juhul, kui on

täidetud teatud tingimused, mis ei ole nii ranged kui Hollandis.¹ Enam-vähem sarnane seadus võeti vastu Luksemburgis 2009. aasta märtsis. Ka selles öeldakse, et eutanaasiat tegevatele või enesetapul abistavatele arstidele ei esitata süüdistust, kui on täidetud teatud tingimused (need on sarnased Belgia seaduse omadega).

Šveitsis on tahteavalduse alusel tapmine keelatud, kuid enesetapuabi on kuritegu üksnes juhul, kui seda tehakse omakasupüüdlikul eesmärgil. Ehk kui on võimalik tõendada, et abistamine toimus heade kavatsustega võimaldada patsiendi kannatuste leevendamiseks tema soovitud surma, mitte abistaja enda huvides, siis ei ole tegemist kuriteoga ja süüdistust ei esitata. Nimetatud sätte alusel pakuvad sellised organisatsioonid nagu EXIT ja DIGNITAS Šveitsis seaduslikku enesetapuabi. Šveitsi Meditsiiniakadeemia on põhimõtteliselt endiselt vastu arstide osalemisele raskelt haigete inimeste enesetapust, kuid möönab, et üksikjuhtudel võib esineda vastuolusid, milles arstid jõuavad teistsugusele otsusele.

Ka Saksamaal ei ole kellegi abil toime pandud enesetapp kuritegu, kuid kehtivad teatud tingimused, mis keelavad inimese mõjutamist ja nõuavad eriolukorras inimese päästmise kohustuse täitmist.

¹ Patsient peab olema tahteavalduse tegemise hetkel õiguslikult teovõimeline ja teadvusel, ei tohi olla alaealine ning peab oma põhjalikult läbikaalutud vabatahtlikku soovi korduvalt väljendama. See soov ei tohi olla tingitud välisest survest. Patsiendil peab olema haigusest või õnnetusest tingitud raske ja ravimatu tervisehäire, mida iseloomustavad pidevad ja talumatud füüsilised või vaimsed kannatused, mida ei ole võimalik leevendada. Arst on kohustatud konsulteerima teise kolleegiga ning loodud on riiklik/föderaalne kontrolli- ja hindamiskomisjon, mis peab kontrollima, kas arstide teatatud juhud vastavad süüdistuse esitamisest loobumiseks nõutavatele tingimustele.

Ülejäänud Euroopa riikides on eutanaasia ja abistatud enesetapp keelatud (nt Ühendkuningriik, Norra) või ei öelda õigusaktides selle kohta midagi või keelatakse seda kaudselt teiste seadusandlike institutsioonide kaudu.

Mitmes riigis toimub ulatuslik avalik ja poliitiline debatt, mis on teatud määral ajendatud meedias kajastatud juhtumitest. Ühendkuningriigis toimus märkimisväärne arutelu seoses Diane Pretty juhtumiga, mis jõudis välja Euroopa Inimõiguste Kohtusse, ning üsna hiljuti esitati Debbie Purdy juhtumile tuginedes ettepanek Ühendkuningriigi õigusliku olukorra muutmiseks ja abistatud enesetapu võimaldamiseks. Mõnede arvates viibki see juhtum olukorra muutumisele. 2009. aastal tuvastas Ühendkuningriigi ülemkohus inimõiguste rikkumises selles, et riigiprokurör ei suutnud Debbie Purdyle (progresseeruva polüskleroosiga patsient) ja tema abikaasale selgitada, millistel tingimustel tema abikaasale esitataks enesetapule kaasa aitamise süüdistus, ning ei osanud seetõttu öelda, kas abikaasa võetaks realselt vastutusele või mitte. Ülemkohus tegi korralduse sõnastada kriteeriumid, mille alusel inimesele saab kellegi teise enesetapule kaasa aitamise süüdistust esitada. Prantsusmaal pälvis mõne aasta eest suurt tähelepanu Vincent Humbert'i juhtum, mille tulemusena võeti lõpuks vastu elushoidvast ravist loobumist ja selle lõpetamist käsitlev seadus. Itaalias viidi aastaid vegetatiivses seisundis olnud Eluana Englaro üle teise meditsiiniastutusse, mis erinevalt eelmisest asutusest soostus tema isa soovile vastu tulles välja lülitama toitmisaparaadi, misjärel naine mõne päeva jooksul suri. Nimetatud juhtum põhjustas tulise vaidluse selle üle, kas elushoidva ravi sellisel moel katkestamine võiks olla lubatav.

Teistes riikides (nt Saksamaa, Taani, Norra) on poliitiline surve eutanaasia legaliseerimiseks väiksem, kuid see ei välista põhjalikke arutelusid ja õigusloomet seoses muude elu lõppu puudutavate otsustega, näiteks isiku varasema tahteavalduse staatuse

reguleerimine või juhendid elu pikendava ravi kasutamiseks raskesti haigetel ja surevatel patsientidel (Saksamaa, Austria, Norra).

Samas on Euroopas piirkondi, kus olukord on nii õiguslikult kui ka mõttelaadilt täiesti teistsugune. Näiteks Rumeenias puuduvad eutanaasiat ja abistatud enesetappu käsitlevad õigusaktid ning peamiselt kultuurilistel ja usulistel põhjustel ei toimu neil teemadel ka erilist arutelu. Praeguse seisuga pole tehtud mingeid seadusandlikke algatusi ning ka meditsiininõukogu ja arstide ühing ei ole debatti käivitanud. Loomulikult ei tähenda see, et surijate eest hoolitsemine ja selles valdkonnas tekkivad küsimused ei ole probleem. Hospiitside kontekstis lahendataks abistatud surma probleeme juhtumipõhiselt piirkondlikul tasandil. Ent sellega seoses üles kerkivad teemad ei ärata kuigi suurt huvi, tõenäoliselt seetõttu, et üldise arusaama kohaselt toimub suremine kodus pere keskel. Kultuuril ja religioonil näib siin olevat oluline roll, sest surma nähakse eelkõige ühiskondlikust aspektist sotsiaalse nähtusena, mitte individuaalse ja institutsioonilise nähtusena. Suremine on perekonna asi ning sellest tulenevalt ühiskonna ja kiriku asi. Selles mõttes erineb Rumeenia olukord väga selgelt Lääne-Euroopa diskursusest.

Tšehhi Vabariigi seadustes eutanaasiat ei mainita. Üks 2004. aastal esitatud eelnõu sisaldas küll lühikest lõiku, mille eesmärk oli määratleda see kuriteona, kuid see jäi seaduse (nr 40/2009) lõppredaktsioonist välja, millest võib järeldada, et õiguslikult on eutanaasia samaväärne mõrvaga. Eutanaasia legaliseerimise ettepanekut arutati Tšehhi parlamendis põgusalt 2008. aastal väikese rühma parlamendisaadikute algatusel, kuid küsimus ei jõudnud isegi täiskogu ette. Avaliku arvamuse uuringud näitavad, et elanikkonna enamus (55–60 protsenti) on eutanaasia suhtes pigem pooldav, samas kui 25–30 protsenti on tugevalt selle vastu. Arstid on peaaegu ühehäälselt selle vastu. Eutanaasia ei ole avalikes

aruteludes kuigi oluline teema ning kerkib üles vaid siis, kui mõni huvirühm aeg-ajalt selle poolt või vastu sõna võtab.

Kokkuvõtteks võib öelda, et Euroopas valitsev olukord on väga mitmekesine. Mitmes Euroopa osas ja ka üleeuroopaliste institutsioonide tasandil põhjustavad meditsiinilises ja kliinilises praktikas tehtavad elu lõpuga seotud otsused märkimisväärset poliitilist ja õiguslikku debatti. Mujal, eriti Kesk- ja Ida-Euroopas on õiguslik regulatsioon napp, avalikku arutelu eriti ei toimu ning surve nende küsimuste seadusega reguleerimiseks on väike. Suures osas peetakse neid teemasid pere ja kogukonna, mitte üksikisiku ja avalike institutsioonide asjaks.

Teema on päevakorral ka üleeuroopalisel tasandil. Aastal 1999 võttis Euroopa Nõukogu Parlamentaarne Assamblee vastu soovitusel ravimatult haigete ja surijate inimõiguste ja väärikuse kaitse kohta.² Dokumendi keskmes on küsimus sellest, kui kaugele ulatub enesemääramisõigus, mis kehtib ka elu viimases etapis, ning kuivõrd seda piirab õigus elule, mille juurde kuulub ka tahtlikult elu võtmise keeld (Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni artikkel 2). Ühe Euroopa Nõukogu algatusega taheti see 1999. aasta soovitus tühistada ning asendada see dokumendiga, milles rõhutatakse vajadust tõhusama palliatiivravi järele ning ühtlasi kaitstakse õigust eutanaasiale ja meditsiiniliselt abistatud enesetapule.³ Ent 2003. aastal lükkas Euroopa Nõukogu õigusasjade ja inimõiguste komitee selle tervishoiu- ja perekonnaküsimuste komitee ning selle presidendi Dick Marty esitatud ettepaneku järsult

² Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying (soovitus 1418 [1999]).

³ Euthanasia (Euroopa Nõukogu Parlamentaarse Assamblee dokument 9898), 10.9.2003.

tagasi ning otsustas jääda Euroopa Nõukogu 1999. aasta soovitusel juurde.⁴

2.4 Eutanaasia Saksa natsionaalsotsialistliku režiimi ajaloolises kontekstis

Saksamaa natsionaalsotsialistlik režiim rakendas nn eutanaasiaprogramme, mille raames tapeti süstemaatiliselt vaimuhaiged ja puudega inimesi. Mõnikord osutatakse praegustes eutanaasiateemalistes aruteludes neile programmidele kui hoiatavale näitele sellest, kuidas eutanaasia ohustab kõigi inimeste kordumatut ja võrdset väärikust. Kindlasti on oluline meditsiini- ja õigusasutuste toime pandud rikkumisi meeles pidada. Nende meenutamine võib veel selgemalt esile tuua neid elutähtsaid ja vältimatuid väärtusi ja hoiakuid, mida tuleb tänapäeva ühiskonna institutsioonide ja tavadega toetada. Ent Saksamaa natsionaalsotsialistlikke eutanaasiaprogramme ei tohi segamini ajada sellega, mida praegusajal eutanaasiast rääkides silmas peetakse. Neis riigi korraldatud programmides tapeti inimesi süstemaatiliselt nende tahtest hoolimata või selle vastaselt, lähtudes ametiasutuste hinnangust, et teatud elud ei vääri elamist või kahjustavad ühiskonna genofondi. Tänapäeval räägitakse üldjuhul inimese elu seaduslikust lõpetamisest vabatahtliku ja selgesõnalise tahteavalduse alusel, mis lähtub inimese enda hinnangust, et tema elu on haiguse ja valu tõttu talumatuks muutunud.

⁴ Euroopa Nõukogu Parlamentaarse Assamblee dokument 9923, 23.9.2003.

3 Üldine taust II: oikumeenia

Evangeelsetes aruteludes eutanaasia üle tuleb arvesse võtta ka seda, kuidas Euroopa Kirikute Konverentsi (EKK) ja Euroopa Piiskoplike Konverentside Nõukogu (EPKN) liikmed on samuti otsustanud eetikaküsimustes, kaasa arvatud elu lõpuga seotud otsuseid puudutavates küsimustes koostööd teha. Kristlike kirikute ülesanne on leida elu lõpu üle peetavates aruteludes üles see kitsas rada, mis kulgeb ühiskonda kujundavate üldkristlike vastuste ning nende endi konfessionaalse eetilise seisukoha vahelt. Kirikud (nt Saksamaa Evangeelne Kirik, Saksa (roomakatoliku) Piiskoppide Konverents ja Austria Oikumeeniline Nõukogu) näitavad üles oikumeenilist ühtsust, varjamata samas igapäevase eripära.

Elu lõpuga seotud küsimustes paistavad põhjenduste kooskõlalisuse poolest silma Rooma-Katoliku Kiriku seisukohad. Nende keskmes on alati arusaam, et eutanaasia on tapmine, mis on igal juhul keelatud kui loomuse ja Jumala seaduse vastane tegu. Erandina eristatakse sellest passiivse ja kaudse eutanaasia vorme. Seega on ametlik katoliiklik seisukoht põhimõtteliselt kooskõlas evangeelsete kirikute nõudmistega, kuid erineb nendest selgelt üldise suunitluse poolest, kuna selle eelduseks on optimistlik inimesekäsitus. Selle kohaselt suudavad usklikud allutada ennast mõistuse abil Jumala tahtele, mistõttu nad ei saa eutanaasiat soovida. Lisaks võivad kannatused roomakatoliku seisukoha järgi muutuda tähenduslikuks, kuna nad on eriliselt seotud Kristuse kannatustega. Oikumeenilisest vaatevinklist on katoliku seisukoht seega selgelt lähedane õigeusu ja vabakirikude seisukohtadele, milles antav hinnang on ühemõtteline ja lõplik. Alles viimasel ajal on õigeusu ja vabakirikud hakanud eutanaasia üle peetavates aruteludes aktiivsemalt osalema. Varem on need kirikud avalikest seisukohavõttudest pigem hoidunud, kuna usu- ja ühiskondlikke teemasid hoiti selgelt lahus.

Seevastu evangeelsed kirikud saavad ja peavad osalema oikumeenilistes kõnelustes oma eripärase seisukohaga. Kuigi eetiliste hinnangute mitmekesisus ei ole evangeelsele usule võõras ega ohusta seda, ei ole vale osutada mõnedele põhitunnustele, mis joonistuvad välja suurest osas evangeelsetest avaldustest, deklaratsioonidest ja üksikseisukohtadest, milles käsitletakse elu lõpuga seotud vastuolusid.

4 Teoloogiline ja eetiline raamistik

Käesolevas dokumendis korratakse põhilist teoloogilist ja eetilist raamistikku, milles EKOE liikmeskirikud on varem kokku leppinud ja mis on esitatud sellistes dokumentides nagu „Eetilisi otsuseid käsitlevad evangeelsed tekstid” (*Protestant Texts on Ethical Decision-Making*, Leuenberg Church Fellowship 1997) ning „Seadus ja evangeelium” (*Law and Gospel*, Community of Protestant Churches in Europe 2007).

4.1 Inimelu: loodud Jumala näo järgi

Kristliku ja evangeelse inimelu käsituse põhialus on idee, et inimese kõige põhilisem määratlus tuleneb tema suhtest Jumalaga. Inimeseks olemist kirjeldab viimselt see, et inimesed on Jumala armastustegudega loodud, õigeks mõistetud ja uuendatud. Seetõttu põhineb inimesele sisemiselt omane ja absoluutne väärikus millelgi, mis asub väljaspool inimelu ennast – selle suhtel endavälise tõelusega. Sedasama mõtet väljendab ka kirjeldus, mille kohaselt inimene on Jumala näo järgi loodud olend, kelle ülilm eesmärk on uus elu ühenduses ülestõusnud Kristusega, ning kõige selle aluseks on Jumala armastusteod inimeste ja loodu heaks.

Sellest järeldeb kõigepealt, et elu on saadud Jumalalt, mitte inimese võimete ja kontrolli tulemusena. Mõnikord kasutatakse selle mõõtme sõnastamiseks väljendit, et elu on and. See metafoor ütleb, et elu on inimesele antud mingeid teeneid või väärimit arvestamata, ning see and tuleks tänuga vastu võtta. Ent kui muud anni mõistega seoses tekkivad assotsiatsioonid on tabavad, siis ühes aspektis esineb lahknevus: elu ei muutu inimese omandiks, mida ta saab vabalt käsutada. Pigem antakse see inimese vastutusele, et seda austuse, armastuse ja hoolega hoida. Samas oleks väga vale tõlgendada inimelu jumalanäolist seisundit kui moraalselt ülesannet. Otse vastupidi: evangeelse traditsiooni jaoks on ülimalt tähtis

mõista, et jumalanäolisuse aluseks on Jumala loomistöö ja järelikult on see täielikult Jumala and. Samuti rõhutab ka usu läbi õigeksmõistmise õpetus, et inimese seisund Jumala ees õigeksmõistetuna on miski, mille Jumal annab oma armastusest ning mille aluseks on Kristuse surm ja ülestõusmine. See ei ole miski, mis tuleneb inimese kohustuste täitmisest või inimese moraalsetest saavutustest. Kõik see kehtib ka käesolevas tekstis käsitletud moraaliküsimuste kohta. Kristlaste jumalanäolisus ja õigeksmõistetud ei teki ega püsi eduka või ebaõnnestunud moraaliõpetuse ja -praktika najal, vaid üksnes tänu Jumala armastuses antud elu ja andestuse andide vastuvõtmisele.

Jumala näo järgi loomine annab tunnistust inimelu erilisest staatusest ja väärikusest, mida Piibel kirjeldab muu hulgas näiteks 8. psalms. See väärikus ei tulene väärtusest, mida meie suudame sellest leida või tuletada. See ületab inimese võimetest ja eelistustest tulenevat tingimuslikku ja sõltuvat väärtust.

Reformatsiooni tuntud õpetustes on kirjeldatud, kuidas Jumala loomistöö inimese elus toimub paljude elu hoidmise ja kasvatamise teede kaudu. Loodus on elu esmane lähtekoht ja pideva uuenemise allikas; lähedased suhted teiste inimestega on hädavajalikud elu jätkuvaks edenemiseks ja püsimiseks; elu asetsemine kultuuris ja ühiskonnas, mis on varustatud keele, koostöömudelite ja institutsioonidega, loob vajalikud vahendid nii teistega koosluses elamiseks kui ka eneserefleksiooniks ja -väljenduseks. Kõik see näitab inimelu põhimõttelist sõltuvust. Sõltumine inimese enda kontrolli ja juhtimise alla mittekuuluvatest teguritest on inimelu möödapääsmatu ja oluline mõõde. Inimelu väärikuse ja fundamentaalse sõltuvuse vahel ei ole mingit konflikti ega vastuolu. Pigem on nende kahe vahel sisemine lähedane seos selles mõttes, et elu aluseks olev väärikus on lahutamatult seotud sõltuvusega, kuna see ei ole inimese enda jõupingutuse tulemus.

Ühtlasi rõhutab see ka inimelu põhimõtteliselt relatsioonilist iseloomu. Asjaolu, et inimene elab ja edeneb läbi suhete, ei ole meie elus juhuslik kõrvalnähe. See on inimelu sügavalt loomupärane osa, mille aluseks on inimese suhe Jumalaga. Sellest fundamentaalsest suhtest annab aimu konkreetse inimindiivi suhete võrgustik, mis ehk kõige põhilisemana saab alguse bioloogilistest vanematest, kuid millele hiljem lisandub suur hulk erinevaid suhteid pereliikmete, sugulaste, sõprade ja töökaaslastega, kohaliku kogukonna liikmetega jne. Need paljud suhted, mille konkreetne vorm võib eri inimeste puhul tohutult erineda, on meie vastu võetud elu jaoks hädavajalikud; need on meie rõõmu ja tänuikkuse, aga ka kaotuste ja pettumuste allikad. Relatsioonilise fundamentaalset rolli inimelu puhul on oluline meeles pidada ja uurida ka siis, kui me käsitleme elu lõpuga seotud teemasid.

4.2 Moraalne vastutus: Jumala loomise ja lunastuse armastustegudele vastamine

Inimese moraalset vastutust aluseks on Jumala armastusteed maailma ja inimese heaks: loomine ja lunastus. Inimese kõige põhjapanevam suhe Jumalaga on Jumala loomise ja õigeksmõistu andide vastuvõtmine, mitte moraalne kohustus. Ent kohustus järgneb nende andide saamisele kui vastutus Jumala ees. Inimese kõige põhilisem määratlus tuleneb tema suhtest Jumalaga, mitte suhtest maiste võimude või asutustega, ning Jumal on see, kellele inimene viimselt vastust annab. Seda vastutust Jumala ees saab õigesti teostada endale maistes asjades kohustuste võtmisega, näiteks ühiskondlikes institutsioonides, erialases töös ja võimuasutustes. Jumala loov ja lunastav tegevus maailmas kui moraalset vastutust lähtepunkt eeldab, et väärtuste ja headuse algallikas on Jumala armastus, mitte inimeste võimed või tahe. Inimlik väärtustamistegevus ei loo väärtust. Usu läbi õigeksmõistmise õpetus meenutab usklikele, kuidas inimelu ülina

eesmärgi ja hüve saavutamine ning Jumala kui meie elu transtsendentse alusega armastava suhte loomine ei sõltu meie eetilistest ja moraalistest õnnestumistest ja ebaõnnestumistest. Jumala andestuse and vabastab inimelu koormast, mis muidu sunniks teda heade tegudega ise ennast lunastama; nii saab inimene vabaks kohustusest teenida iseenda eesmärke ning on vaba armastava vastutustundega teenima ligimese maise hüve saavutamist. See inimese põhiolemuslik vabadus ei ole samaväärne enesemääramisega, vaid on sügavalt seotud vastutusega oma elu eest ja oma suhete eest teiste inimestega. Seega rõhutatakse evangeelses käsitluses vastutuse, vabaduse ja armastuse kolmiku omavahelist lahutamatu sidet.

Selle vastutuse teostamise üle arutledes lähtub evangeelne traditsioon erinevatest moraaliõpetuse allikatest ja mitmesugustest moraalistest võimetest. Kuigi mõnikord sõnastatakse neid üksteist välistavate valikutena, siis dokumendi „Eetilisi otsuseid käsitlevad evangeelsed tekstid” järgi need täiendavad üksteist. Ühelt poolt tunnustab evangeelne traditsiooni inimese praktilist mõistust ning selle väljendusi ühistes väärtushinnangutes ja uskumustes (nagu ka kollektiivse moraaliaalase suhtluse ja kaalutlemise praktikas) õige moraalitundmise olulise allikana ning koostöö alusena erinevate usu-, kultuuri- ja traditsioonikontekstide vahel. Teoloogiliselt seostatakse seda sageli ideega Jumala kahest valitsemislaadist: Jumal valitseb maailma seaduse läbi, kasutades paljusid erinevaid inimeste ühiskondlikke, poliitilisi ja kultuurilisi tavasid, mis hoiavad alal ja kasvatavad elujõulist inimkooslust. Teisalt kutsub evangeelne traditsioon meid käsitama tegelikkust ja inimese olemasolu Kristuse lunastustöö ja evangeeliumi töötuse valguses, mis ei luba tunnistada absoluutseks ühegi inimeste tegevuse või moraalse pingutusega loodud maise korra autonoomiat või headust. Teoloogiliselt on selle aluseks Jeesus Kristuse ülemvalitsus, mis vastavalt evangeeliumi kuulutusele on murdnud kurjuse väe (vt Leuenberg Church Fellowship 1997: 25–37).

Kuna inimeste vastutus seisneb seega suhtes Jumalaga, mis muudab nad vabaks, siis eeldatavasti peaks see innustama neid rakendama oma võimeid ja jõupingutusi selle vastutuse parimal moel teostamiseks nii iseenda elus kui ka seoses teiste eludega. Seega annab inimene oma eetiliste ja moraalsete otsuste eest lõppkokkuvõttes vastust Jumalale ning peab hinnangute andmisel lähtuma isiklikust vastutusest Jumala ees (vt EKOE *Law and Gospel*, 285).

Selles põhiraamistikus on kristliku traditsiooni ja pärimuse teatud elemendid eriti kõnekad ja asjakohased, kui me soovime mõista ja tõlgendada elu lõpu tõelust ning arutleda konkreetsete küsimuste ja valikute üle, millega me selles valdkonnas kokku puutume.

4.3 Inimelu: õigus kaitsele

Iga inimese väärikuse austamise nõudest ja inimese jumalanäolisusest tuleneb põhimõtteline kohustus hoida inimelu. Inimelu tuleb kaitsta hävitamise, ülekohtu ja rikkumise eest selle kõigil etappidel, eostamisest surmani. Inimese kuritarvitamine ja kahjustamine on sügavas vastuolus inimelule eriomase väärikusega. See kohustus kaitsta hävitamise ja kahju eest ei puuduta üksnes inimese füüsilist poolt, vaid ka oma elulugu loovat inimesiksust. Seega hõlmab inimelu hoidmise kohustus inimelu ja isiksuse nende aspektide kaitset ja austamist, mis võimaldavad meil kujundada oma elulugu ning teostada oma vastutust teiste inimeste ja Jumala ees – näiteks autonoomia ja enesemääramine.

Kohustusena hoolitseda puudustkannatavate ja haavatavate inimeste eest kehtib kaitsekohustus eriti elu äärealadel. Seda väljendab selgelt traditsiooniline väljend *in dubio pro vita* – kahtluse korral oleme elu poolt. See kõlab kokku kristliku usu ja praktikaga ning on seostatav Jumala käsuga: „Sina ei tohi tappa.” Ent see esmane inimelu hoidmise kohustus ei tähenda iseenesest kohustust elada iga hinna eest; samuti ei õigusta see patsientide sunni viisil ravimist või

nende ilmajätmisest võimalusest keelduda ravi jätkamisest. Elu tunnustamine annina tähendab ka elu lõplikkuse tunnustamist ja sellega leppimist, mitte püüdu selle piiranguid ja lõplikkust ületada.

4.4 Hoolitsus ja kaastunne haigete ja surijate suhtes

Hoolitsemise kohustus ja kaastunne teiste inimeste, eriti hädasolijate suhtes on olnud algusest peale kristliku elu oluline osa ja kristliku moraali keskne element. Pauluse kirjad sisaldavad mitmeid kristliku elu kirjeldusi ning juhiseid, kuidas hoolitsuse ja kaastunde ideaale rohkem esile tõsta. Lisaks leiavad kristlased hädasolijate, vaeste, haigete, leskede ning ühiskonna ja inimkoosluse äärealadele jäetute eest hoolitsemisele ja kaastundele pühendunud elu eeskuju Jeesus Kristuse enda elust. Tema hoolitsus on suunatud otseselt hädas olevate inimeste elu erinevatele mõõtmetele: näljaste toitmine ja haigete tervendamine toetab kehalist mõõdet, väljatõugatud ja tõrjutute osadusse ja kogukonda kutsumine toetab suhete mõõdet ning meeleheitel olijate lohutamine toetab hingelist mõõdet.

See kujutus Jeesus Kristuse eeskuju järgi kujundatud ja Pauluse kirjeldatud kristlikust elust rõhutab kohustust hoolitseda raskelt haigete ja surijate eest. See on olnud kristliku moraali silmapaistev osa ning erinevalt ümbritsevast hellenistlikust traditsioonist on ristiusus võetud eesmärgiks hoolitseda haigete eest isegi siis, kui terveks ravimine või vaevuste leevendamine ei ole enam võimalik. Selle ajendiks on Jumala armastusega igale inimesele antud kõrge seisus ning Jeesuse poolt jüngritele jäetud eeskuju ja ideaal: hoolitseda haigete ja nõrkade eest.

Kooskõlas selle seisukohaga on viimaste aastate põhjalikud teadusuuringud ning surmaeelse hooldusega seotud haridus- ja koolitusprogrammid esile toonud selle valdkonna

interdistsiplinaarsuse ning vajaduse tegeleda kõigi inimelu mõõtmatega, mida see olukord mõjutab.

Surijate hooldamine hõlmab patsiendi kehaliste vajaduste eest hoolitsemist, seda ka siis, kui tervenemine ei ole enam võimalik ning tervises seisund ei paraneks ka edasise ravi korral. Samuti hõlmab see tõhusat valu vaigistamist, et patsient peaks taluma võimalikult vähe kehalisi vaevusi, ning ebamugavust põhjustavate muude kehaliste sümptomite (nt tugev iiveldus, lämbumistunne, sügelus, lamatised jne) leevendamist. Ent samavõrd tähtis on tegeleda patsiendi elu muude mõõtmatega, mis võivad raske haiguse ajal ja elu lõpu lähenedes vaevusi põhjustada: psühholoogilised kannatused nagu ahastus, äng ja depressioon, tähenduse ja mõtte kadumine, raskused pereliikmete, sugulaste ja sõpradega suhete ja sidemete hoidmisel ning ühiskonnas oma koha leidmisel; hingelised vajadused, mis on seotud elu ülimalduse ja lootustega. Kirikud tegelevad kõigi nimetatud hoolitsuse ja kaastunde aspektidega. Sageli peavad nad ülal diakooniahaiglaid ja palliatiivse hoolduse asutusi, korraldavad kodus elavate raskelt haigete ja eakate külastamist ning pakuvad haiglates ja hooldekodudes hooldamisel olevatele inimestele hingehoiuteenuseid. Seda tehes ei pööra nad tähelepanu üksnes raskelt haigete ja surijate kehalistele ja meditsiinilistele vajadustele, vaid pakuvad ka hingehoidlikku ja vaimulikku juhatust ja lohutust. Tänu oma rikkalikule liturgilisele ja rituaalsele sõnavarale ja praktikale suudavad kirikud ja vaimulikud haigete juures olles tegeleda ka nende muude vajadustega peale kehaliste ja meditsiiniliste. Kristliku osaduskonna palved, Piibli lugemine ja kirikulaulud võivad aidata haigetel ja surijatel väljendada oma valu, meelega ja mõttetuse kogemusi ja tundeid, aga samuti usaldust ja usku, mille kaudu leida lohutust ja hingejõudu. Mõned võivad leida jõudu ka surmast kaugemale ulatuvas lootuses, mille aluseks on kirikule ja kõigile usklikele antud tõotus.

Üks palliatiivravi interdistsiplinaarne ja terviklik käsitlus, mis ei piirdu ainult ravimatult haigete patsientidega, on selgelt esitatud ka Maailma Terviseorganisatsiooni määratluses: „Palliatiivravi on suunatud elu ohustava haigusega silmitsi olevate patsientide ja nende perekondade elukvaliteedi parandamisele. Palliatiivravi eesmärk on võimalikult aegsasti tuvastada, õigesti hinnata ja ravida valu ning leevendada kehalisi, psühhosotsiaalseid ja hingelisi kannatusi.” (World Health Organisation 2007: 3). Edasi täpsustatakse määratluses palliatiivravi erinevaid aspekte, sealhulgas:

- valu ja muude vaevusi põhjustavate sümptomite leevendamine;
- elu jaatamine ja surma käsitlemine loomuliku protsessina;
- nii surma kiirendamisest kui ka edasilükkamisest hoidumine;
- psühholoogiliste ja hingeliste aspektide kaasamine patsiendi hooldamisse;
- patsientide toetamine, et nad saaksid elada kuni surmani võimalikult aktiivselt;
- perekonna toetamine, aitamaks toime tulla patsiendi haiguse ja leinaga;
- meeskonnatöö kasutamine patsiendi ja tema perekonna vajadustele vastamiseks;
- elukvaliteedi parandamine.

Seega hõlmab palliatiivravi üldiselt ja konkreetsemalt surijate eest õigesti hoolitsemine mitmeid oskusi, pädevusi ja teadusalasid.

Need põhipunktid (moraalne vastutus, inimelu eriline staatus ja väärikus ning hoolitsuse ja kaastunde kohustused ja ideaalid) loovad tõlgendusraamistiku, mille abil saab lähemalt uurida ja arutada konkreetsemaid elu lõpuga seotud küsimusi. Sellegipoolest ei anna see tõlgendusraamistik kohe lõplikke ja absoluutseid vastuseid. Tegelikke probleeme on parem lahendada dialoogi kaudu, kus selle tõlgendusraamistiku abil alustatakse kõnelusi konkreetse olukorra üle.

4.5 Patsiendiga arvestamine

Eelnevast järeldub, et peamine eesmärk ja orientiir peaks olema arvestamine selle inimesega, kes kannatab raske haiguse all ning peab lisaks tugevale füüsilisele valule toime tulema ka psühholoogiliste raskuste ning eksistentsiaalse ja hingelise vaevaga. Evangeelne traditsioon õpetab, et me ei muretseks iseenda moraalse täiuse, õnnestumise või ebaõnnestumise pärast, vaid pigem suunaksime oma jõupingutused ja ressursid ligimese teenimiseks, järgides Issanda armastusekäsku. Seega ei saa abstraktne arutus elu lõpuga seotud moraalireeglite, ideaalide ja normide üle kunagi olla eesmärk iseeneses, vaid on oluline üksnes niivõrd, kui see aitab paremini mõista ja kriitiliselt läbi mõelda, kuidas ligimese vastutustundlikus armastuses teenimine peaks konkreetsetes olukorras väljenduma. Meie mõttetöö raamistik ja orientiir peab alati olema ligimesega arvestamine ja tema teenimine. See kutsumus armastavalt ligimesega arvestada eeldab tähelepanelikkust ligimese suhtes ning tema eluloo, suhete ja enesemõistmise kordumatu tunnistamist. Ligimesega arvestamine tähendab ka seda, et teda ei nähta kitsalt üksnes läbi haiguse, oodatava järelejäänud eluea, kehalise seisundi või toimetuleku, perekondliku või ühiskondliku staatuse prisma. Meie evangeelse pärandi keskne idee ütleb, et inimisiksust ei saa taandada välistest asjaoludest tingitud seisundile, olgu selleks raske haigus, ängistus, konfliktid suhtes või üksilduse ja hüljatuse tunne.

Teise inimesega arvestamine eeldab alati tähelepanelikkust tema konkreetse elu ainukordsete omaduste suhtes. Inimesed kasutavad kehaliste kannatuste ja eeloleva surmaga leppimiseks – või mitteleppimiseks – väga erinevaid mooduseid. Nad võivad toetuda lähematele pereliikmetele ja sugulastele või hoopis sellest toest keelduda ning läbida raske haiguse perioode ilma, et nende juures oleks lähedasi. Nad leiavad erinevaid võimalusi tulla toime haavatavusega, mis tavaliselt kaasneb rakse haiguse ja elu lõpule lähenemisega. Ligimesearmastuse käsust tulenev teise inimesega arvestamine nõuab hoidumist üldistavast stampsuhtumisest inimeste elulugudesse ning sellesse, mida tähendab raske ja ravimatu haigusega elamine ning füüsilise, vaimse ja hingelise ängiga võitlemine. Tähelepanu tuleb pöörata konkreetsele inimesiksusele. See eeldab tähelepanelikkust selle suhtes, millised suhted inimese elu ümbritsevad, kuidas suhted või suhete kadumine seda mõjutavad ning milline mõju on sellel aspektil võimalikule leppimisele oma haiguse ja surmaga. See eeldab kõnealusel olukorras tekkivate paljude vastuoluliste tunnete (nt meeleheide, äng, kaotusvalu, lootus, kurbus, viha ja lein) tõsiselt võtmist ja väljendamist. Samuti eeldab see inimese juures ja kõrval püsimist, mitte tema hülgamist, ka siis, kui ta teeb otsuseid või valib suuna, mida kirik tingimata heaks ei kiida. Kirikute ja kristlaste kutsumus hoolitseda ja olla kaastundlik ei sõltu sellest, kas inimese valikud või iseloom on moraalselt aktsepteeritavad. See on eriti oluline siis, kui kirik tegutseb keskkonnas, kus üldiselt toetatav praktika ja õigusaktid ei ole kooskõlas sellega, mida kirikud tavaliselt peavad õigeks ja kiiduväärt käitumiseks. Sellises olukorras leiavad kirikud, kogudused ja kristlased, et nad peavad otsima kompromissi kahe kutsumuse vahel: ühelt poolt kutsumus jääda ustavaks oma arusaamale heast inimelust ning teiselt poolt kutsumus hoolitseda ja olla kaastundlik konkreetse inimese suhtes, kes järgib teistsugust hea inimelu ideaali. Sellistel asjaoludel ei peaks kirikud iga hinna eest kaitsma ja kuulutama oma nägemust vastutustundlikust

moraalsest elust, kui selle tagajärjel jääb inimene kannatusse ja meeleheitesse.

5 Elu pikendava ravi mitteandmine/lõpetamine

5.1 Kliiniline kontekst

Millises olukorras on õige elu pikendav ravi lõpetada või seda mitte anda? Sellele küsimusele peavad sageli vastama raskesti haiged või vigastatud patsiendid, nende pereliikmed ja tervishoiutöötajad. Haiglates ja hooldekodudes tekib see küsimus seoses ravimatult haigete patsientidega, kes põevad näiteks vähki või raskeid neuroloogilisi haigusi, ning seoses eakate patsientidega, kelle üldine tervislik seisund on tõsiselt halvenenud. Samuti tekib see seoses patsientidega, kelle funktsionaalne toimetulek on näiteks haigusest või traumast tingitud raske ajukahjustuse tagajärjel püsivalt, pöördumatult ja väga suurel määral vähenenud (nt püsivalt koomas või vegetatiivses seisundis olevad patsiendid), aga kes ravi jätkumise korral võivad veel kuid või isegi aastaid elus püsida.

Elu pikendavat ravi võib määratleda järgmiselt: „Kõik patsiendi surma edasi lükkavad ravivõtted ja meetmed, näiteks kunstliku vereringe aparaadid, muud kunstliku hingamise vormid, kunstlik toitainete ja vedeliku manustamine (intravenoosselt või PEG-toru kaudu), dialüüs, antibiootikumid, keemiaravi.”⁵ Sellega peetakse

⁵Määratlus on võetud Norra tervisedirektoraadi riiklike suuniste eelnõust, mis käsitleb raskelt haigete ja surevate patsientide elu pikendava raviga seotud otsuseid (Helsedirektoratet 2008). Elu pikendava ravi määratlemine on muidugi arutelu teema. Nagu allpool kirjeldatud, ei kuulu toitmine ja vedeliku manustamine mõne hinnangu (eriti katoliku seisukoha) kohaselt ravi mõiste alla, vaid pigem hoolduse kategooriasse, mille võimaldamisest ei tohi mingil tingimusel keelduda.

silmas ravi, mis hoiab patsienti elus, aga millel ei ole enam tervendavat toimet. Selliselt mõistetud elu pikendava ravi katkestamine või mitteandmine on põhimõtteliselt kliinilise praktika tunnustatud ja vältimatu osa, kuid samas nõuab see sageli konkreetsete patsientidega seotud raskete otsuste tegemist ja hinnangute andmist. Ka kristlikes kirikutes ja kristlikus eetikas on üldiselt tunnustatud arusaam, et inimelu kaitsmise ja austamise kohustus ei tähenda kohustust pikendada elu alati kõigi meditsiiniliselt võimalike vahenditega. Sellegipoolest jätab see üldine võimalus elu pikendavast ravist keeldumiseks lahtiseks mitmeid küsimusi täpsemate asjaolude ja tingimuste kohta, mille põhjal otsustada, kas elu pikendavat ravi jätkata või mitte.

Tavaliselt tekivad need küsimused olukordades, kus ei ole päris kindel, kas elu pikendava ravi jätkamisest oleks patsiendile mingiski mõttes kasu või oleks see lihtsalt kasutu ja koormav. Allpool on esitatud üks katse loetleda erinevaid näidustusi, mille korral ravi lõpetamine võiks olla põhjendatud, kuna see on kasutu ja patsiendile koormav.

- Patsiendid, kelle ravi pikendab vaevalist ja piinavat suremisprotsessi, näiteks surma edasilükkamine tundideks, päevadeks või mõneks nädalaks, mille jooksul patsient on valudes ja tunneb vaevusi, mida ei saa leevendada, ning puudub väljavaade selliseks eluväljenduseks, millest patsiendil võiks kasu olla.
- Patsiendid, kelle ravi pikendab suures piinas ja valudes elamist, nt kui ravi võib lõppeda ellujäämisega, aga selle füüsilised ja/või vaimsed tagajärjed oleksid patsiendile ülimalt kahjulikud.
- Püsivas vegetatiivses seisundis (PVS) patsiendid, st patsiendid, kellel on ulatuslik ja pöördumatu ajukahjustus. Kuigi elutähtsad funktsioonid (hingamine, vereringe, toitainete vastuvõtmine) on säilinud, sõltuvad patsiendid täielikult hooldusest ning neil puudub minateadvus ja võime kontakti luua. Aeg-ajalt

võivad nende silmad avaneda ning neil säilivad refleksid ja valureaktsioonid (seega erineb see seisund ajusurmast, mille korral on lakanud kõik ajufunktsioonid ja aju vereringe).

- Komatoossed patsiendid ehk patsiendid, kes ei reageeri mingile stimulatsioonile, on suletud silmadega ja kellel puudub teadvus iseendast või oma ümbrusest. Tavaliselt ei püsi ellu jäänud komatoossed patsiendid selles seisundis kauem kui 2–4 nädalat. Kui nad selleks ajaks koomast ei välju, on nende seisund tõenäoliselt pöördumatu ja ilma paranemisvõimaluseta.⁶

5.2 Eetiline arutus: ravi

lõpetamise/mitteandmise näidustused

Põhilised elu pikendavast ravist keeldumisega seotud küsimused jagunevad kahte liiki: ühed puudutavad ravi lõpetamist/jätkamist õigustavate olukordade või näidustuste hindamist ning teised on seotud otsustamisega ja täpsemalt sellega, kuidas võtta arvesse patsiendi tahet. Esimene liik viib omakorda küsimusteni elukvaliteedist ning võimalikust eristusest hoolduse ja ravi vahel.

Elukvaliteet ja elu pikendavast ravist keeldumine

Ühe suurt toetust pälvinud meditsiinieetilise idee kohaselt on äärmiselt koormav, piinarikas ja vaevusi põhjustav ravi põhjendatud üksnes juhul, kui sellest patsiendile tekkiv kasu on suurem kui koormus. Liigselt koormav ja piinarikas ravi, mis ei anna tulemuseks proportsionaalselt suuremat kasu patsiendile, ei ole õigustatav. Sama põhimõte kehtib ka elu pikendava ravi suhtes:

⁶ Kirjeldused on võetud Norra tervisedirektoraadi elu pikendava ravi suuniste eelnõust (Helsedirektoratet 2008).

raske on põhjendada ravi, mis üksnes soodustab patsiendi valu ja vaevuste jätkumist, kuid ei tee patsiendile midagi head tervendavas ega palliatiivses mõttes.⁷ Selle põhimõtte järgimiseks tuleb hinnata, kas ravi parandab või halvendab patsiendi elukvaliteeti. Selline ravi, mis muudab patsiendi elukvaliteedi halvemaks kui ravist keeldumine, on küsitav. Kristlikus eetikas ja kirikute avaldustes võib täheldada teatavat vastumeelsust elukvaliteedi mõiste kasutamise suhtes, kuna selles kardetakse peituvat varjatud eeldust, et teatud kvaliteeditasemest allapoole langev inimelu ei vääri elamist. Sellele eeldusele tuginemise korral on elukvaliteedist lähtuvad argumendid tõesti problemaatilised. Ent kõnealusel juhul ei hinnata elukvaliteedi põhjal seda, kas inimese elu on elamist väärt, vaid pigem seda, kas teatud ravi on mõttekas (Keown 2002:44). Siin ei hinnata konkreetse inimese elamisväärsust, vaid väidetakse, et kui teatud ravi mingis olukorras inimese seisundit ei paranda, vaid pigem halvendab võrreldes sellest loobumisega, siis ei ole selle ravi kasutamine põhjendatud.⁸

⁷ Nt Euroopa tervisekomitee koostatud ja Euroopa Nõukogu Ministrite Komitees vastu võetud palliatiivravi soovitusel öeldakse, et palliatiivravi ei tohiks surma kiirendada ega edasi lükata. Samuti nõutakse, et „tänapäeva meditsiinipraktika käsutuses olevaid tehnoloogiaid ei kasutataks elu ebaloomulikuks pikendamiseks” ning et „arstid ei ole kohustatud jätkama ravi, mis on ilmselgelt kasutu ja patsiendile liigselt koormav” (CoE Committee of Ministers 2003: no. 50). Samas ei täpsustata soovitusel „elu ebaloomuliku pikendamise” mõistet ega seda, millal ravi muutub „ilmselgelt kasutuks ja patsiendile liigselt koormavaks”. Nende otsuste kirjeldamine on jätud tulevaste üksikasjalikumate suuniste koostajate hooleks või tuleb need teha konkreetsete kliiniliste ja meditsiinieetiliste hinnangute põhjal.

⁸ See eristus elukvaliteedi kui ravi mõttekuse hindamisaluse ja elu elamisväärsuse hindamisaluse vahel on ka põhjus, miks elukvaliteediga seotud argumenti ei peeta eutanaasia puhul

Selle kaalutluse kohaselt tuleks elu pikendav ravi lõpetada või selle kasutamisest hoiduda juhul, kui see üksnes lükkaks surma mõne päeva või nädala võrra edasi, kuid muudaks selle aja piinarikkamaks ja raskemaks, kui see oleks ilma ravita. Sellise ravi kahju patsiendile ei piirdu ainult intensiivsest ravist tingitud suurema valu, kannatuste ja ebamugavusega. Tõmmates patsiendi tähelepanu ja viimased energiavarud raviga tegelemisele, võib see lisaks nurjata tema võimaluse surmaks valmistuda, oma eluloo otsad kokku sõlmida, ümbritseva maailmaga leppida ning surma palge ees tekkivas hirmus, usalduses ja lootustes selgust saada. Samal ajal ei too ravi mingit kasu, vaid üksnes pikendab vältimatut, vaevarikast ja viimselt peatumatut suremise protsessi, suurendades sellega kaasnevat valu, koormust ja kannatust. Võttes arvesse eespool kirjeldatud palliatiivravi elemente, võib öelda, et intensiivne ravi, mis üksnes pikendab piinarikast ja kannatusterohket suremisprotsessi, pakkumata mingit kergendust, lohutust või leevendust, on tegelikult vastuolus surijate eest õigesti hoolitsemise nõudega.

Muude eespool loetletud võimalike näidustuste korral võib hinnang sellele, kuidas elu pikendava ravi jätkamine/lõpetamine elukvaliteeti mõjutab, olla keerulisem. On avaldatud kahtlust, kas siin kirjeldatud tingimustel elu pikendavast ravist saab üldse mingit kasu olla. Kas ravi, mis ei tee muud peale kadunud oluliste funktsioonidega elu pikendamise, saab olla mõttekas?

Ühelt poolt, nagu eespool öeldud, ei ole bioloogilise elu säilitamine ja võimalikult pikaks venitamine iseenesest absoluutne hüve, mis peaks olema igas olukorras tähtsam kui kõik muud kaalutlused. Teiselt poolt, kui inimese elu nähakse Jumala armastuse annina ja kutsumusena Jumalale ja ümbritsevatele maailmale elu eest midagi

kasutatavaks, sest siis hinnataks selle põhjal tõesti seda, kas inimese elu on elamist väärt või mitte.

vastu anda, on samavõrd selge, et elukvaliteeti ei saa hinnata lihtsalt selle järgi, kumba on rohkem: naudingut või valu, rahuldatus või rahuldamata soove. Elukvaliteedi käsitlemisel tuleb lähtuda inimese põhiomadusest, milleks on sõltuvus ning vajadus sellele sõltuvusele ja selle kaudu saadavale hüvele kuidagi reageerida. Selliselt mõeldes võib elukvaliteet väga hästi esineda ka elus, milles näiteks raske ajukahjustuse, puude või dementsuse tagajärjel puuduvad sellised tunnused nagu kontroll, tahte väljendamine, ratsionaalsus, subjektiivne aktiivsus või püsiv minateadvus. Sellises elus võib küll puududa teovõime selle sõna tavapärasest tähendusest, kuid see võib olla siiski suuteline vähemalt mingil määral teadvustatult ümbrusega suhtestuma ning reageerima tajuimpulssidele, näiteks puudutustele, helidele, valgusele jne. Samuti esineb võimalus, et veel välja kujunemata või ajutiselt kadunud teadvus ja reageerimisvõime võivad tekkida või taastuda. Sellist elu hoidev ravi võib seega patsiendile vägagi kasulik olla selles mõttes, et tema elukvaliteet koos raviga on parem kui ilma selleta. Jumalalt ja ümbritsevalt maailmalt saadud andide suhtes vastutustundlik elu saab toimuda ka muul moel peale enesekehtestamise, kontrolli, tahte väljendamise ja ratsionaalsuse.

See erineb siiski inimesest, mis eksisteerib üksnes bioloogilises vormis ning on täielikult ja pöördumatult kaotanud teadvusel oleku võime; selle tüüpnäiteks on püsivas vegetatiivses seisundis patsiendid (kes, nagu eespool kirjeldatud, erinevad komatoosetist patsientidest). Isegi sellistel asjaoludel on inimelu Jumala armastuse objekt ning võib ümbritsevas inimkoosluses olla ka lähedaste pereliikmete ja sõprade armastuse objekt. Küll aga näib siin puuduvat oluline tingimus, milleks on võime sellele armastusele teadvustatult tajude ja meelte abil vastata, ning see võime ei ole kadunud ajutiselt, vaid püsivalt ja pöördumatult. Sellises olukorras ei ole enam kuigi selge, kuidas elu pikendav ravi võiks patsiendile kasu tuua.

Hoolduse ja ravi eristamine

Mõnes käsitluses, mille väljapaistvaks näiteks on Johannes Paulus II 2004. aasta pöördumine, väidetakse, et tuleb eristada ravi ja hooldust, meditsiiniprotseduure ja loomulikke elu säilitamise vahendeid, erakorralisi ja korralisi sekkumisvõtteid. Meditsiiniprotseduuridest või erakorralistest sekkumisvõtetest võib loobuda, kui need muutuvad kasutuks ja patsiendile koormavaks. Seevastu loomulikud hoolitsusvahendid on suunatud inimeste kõige põhilisematele vajadustele, millest me kõik sõltume ning millest seega ühtegi inimest ei tohiks mingil tingimusel ilma jätta.

Nimetatud eristuse väärtus sõltub osaliselt sellest, millist hoolduse ehk korraliste hoolitsusvahendite ja ravi ehk erakorraliste vahendite määratlust kasutatakse ja kuidas neid üksteisest eristatakse. Üldiselt ollakse üksmeelel, et elu pikendav „erakorraline” ravi hõlmab selliseid protseduure nagu antibiootikumide manustamine, hingamisabi ja dialüüs, samas kui „korraliste” vahendite hulka kuuluvad esmased hooldustegevused nagu hügieeniprotseduurid, lamatiste vältimine, vedeliku manustamine ning kehaliste ja psühholoogiliste vaevuste leevendamine. Enamikul juhtudel hoiavad need ära patsiendi ebamugavuse suurenemise ja talumatuks muutumise, mistõttu nende kasutamine ei ole üksnes moraalselt õigustatud, vaid on sageli ka seadusega nõutav.

Samas kunstliku toitmise liigitamine on osutunud juba vastuolulisemaks küsimuseks. Kui paljude riikide eeskirjad ja kliinilised juhised käsitavad seda elu pikendava ravina, mille võib lõpetada, kui see ei ole enam põhjendatud, siis eespool mainitud paavsti avalduses rõhutatakse katoliku õpetust, mille kohaselt toitmine kuulub korralise esmase hoolduse alla ja seda ei tohiks lõpetada seni, kuni patsient suudab veel toitu seedida.

Siin on asjakohane lisada mitu kommentaari. Esiteks on oluline meeles pidada kristliku õpetuse kindlat nõuet hoolitseda elu eest ka

siis, kui tervenemine või seisundi paranemine ei ole enam võimalik. Igasugune inimelu, ka ravimatult ja pöördumatult haigete inimeste oma, väärib esmast hooldust, ning mitte sellepärast, et see võiks kaasa aidata paranemisele, vaid sellepärast, et see vastab iga inimese staatusele, väärikusele ja austusele, mida tema suhtes tuleb üles näidata, sest ta on Jumala armastatud loodu. Seega põhineb hoolduse jätkamise poole kalduv eelhoiak väga tugevalt kristlikul eetikal ning siin jõuame ka küsimuse juurde, kuidas käituda patsientidega, kellel ei ole enam lootust raskest haigusest või vigastusest paraneda. See eelhoiak esmase hoolduse, k.a toitmise, jätkamise kasuks on lahutamatult seotud küsimusega hoolduse ja patsiendi sügavama heaolu vahekorra. Hooldamiskohustuse moraalne kaalukus tuleneb sellest, et tavaliselt suurendab selline hooldus raskelt ja pöördumatult haige patsiendi suhtelist mugavust ja heaolu ka siis, kui puudub tervenemise või seisundi paranemise lootus. Vaatamata tugevale eelhoiakule hoolduse, kaasa arvatud toitmise, jätkamise kasuks, ei saa seda muuta absoluutseks nõudeks, mille puhul ei kaaluta enam seda, kuidas hoolduse jätkamine patsienti tegelikult mõjutab ning kas see võib patsiendi kannatusi ja valu lihtsalt süvendada ja pikendada ilma mingit kasu toomata.

Üleravimise oht

Sügavad moraaliküsimused ja oht patsiendile kahju teha ei ole seotud ainult elu pikendavast ravist loobumisega, vaid võivad tekkida ka seoses nn üleravimisega. Üleravimine võib põhjustada patsiendile märkimisväärset moraalset kahju ning on kliinilises praktikas ehk isegi sagedasem probleem kui ravi põhjendamatute lõpetamine. See juhtub siis, kui arstid püüavad liigest agarusest teha patsiendi heaks kõike võimalikku ning võtavad kasutusele või proovivad järjest uusi ravimeetodeid, isegi kui patsiendi haigus on jõudmas lõppfaasi ning mis tahes tervendava või palliatiivse toime tõenäosus on nullilähedane. Olenemata sellest, kas ravi määratakse professionaalsest entusiasmist või siirast aga ekslikust kaastundest patsiendi vastu, võib selline ravi patsiendile tõsisest kahju põhjustada.

Peale selle, et vaevalist taastumist vajavad operatsioonid põhjustavad suurt valu ja piina ning võivad aheldada patsiendi pikaks ajaks meditsiiniaparatuuride külge, võib sellistel ravimeetoditel olla suuri ja piinarikkaid kõrvaltoimeid. Suunates patsiendi tähelepanu ning allesjäänud ressursid raviprotseduuride läbimisele (mis võib tekitada ka uut lootust ja ootusi), võidakse raskendada tema vaimset toimetulekut surmaga ning tagasi mõtlemist elatud elule, suhetele, oma kohale maailmas, lootustele ja uskumustele. Lühidalt: see võib takistada patsiendil surmaga leppimist. Sel moel võib üleravimine teha kahju ka perekonnale ja sugulastele, kellel ei ole võimalust lähedase inimesega „rahus ja vaikuses hüvasti” jätta, sest nad on sunnitud seda tegema raviprotseduuride ja tehnoloogia keskel.

Veel üks oluline kaalutlus on patsientide ja laiema avalikkuse usaldus, et kui neid peaks tabama ravimatu haigus, siis hoolitsetakse nende kui inimeste eest ning neid ei kohelda kui elutuid meditsiinijuhte, mille peal katsetada erinevate ravivõtete toimivust.

Seega tuleb rõhutada, et elu lõpule läheneva patsiendi puhul on täiesti lubatav mitte teha kõike, mida meditsiin võimaldab. Mõnikord tuleks kehalise haiguse ravimine hoopis lõpetada ning kasutada ressursse, teadmisi ja energiat pigem selleks, et hoolitseda patsiendi kui isiksuse eest, kelle elul on lisaks kehalisele ka emotsionaalne, vaimne ja hingeline mõõde.

5.3 Eetiline arutus: patsiendi tahe

Meditsiinieetikas valitseb tugev eelhoiak mitte ravida kedagi vastu tema tahtmist ning selle kasuks räägib ka kristlik evangeelne traditsioon. Selle lähtekoha järgi tuleb elu pikendava ravi jätkamise või katkestamise üle otsustamisel mõistagi arvesse võtta eelkõige patsiendi taht. Siit aga tekib küsimus, kuidas arvestada patsiendi tahtega siis, kui seda ei ole võimalik otseselt teada saada.

Patsiendi väljendatud tahe

Mõnel juhul saab patsiendi tahte vahetult välja selgitada. Kui patsient on teadvusel, põhjalikult teavitatud ja oma olukorrast teadlik, saab ta ise selgelt võimaliku elu pikendava ravi suhtes oma tahtet väljendada. Inimese autonoomia üldiselt ja konkreetsemalt teadliku nõusoleku põhimõtte on üks meditsiinietika põhialuseid. Kui patsient on terve mõistuse juures ning tal ei ole vaimuhaigust ega ekslikku ettekujutust oma olukorrast, siis peetakse ravi, mille jaoks ta ei ole nõusolekut andnud, suureks rikkumiseks ning see rikkumine on veel tõsisem juhul, kui patsient on ravist selgesõnaliselt keeldunud. Autonoomia, mida siin mõistetakse vabadusena keelduda soovimatust sekkumisest oma ellu ja oma keha puutumatusse, on oluline ka evangeelsest seisukohast, kuna see kaitseb isiku terviklust ja teeb võimalikuks vastutuse.

See põhinõue, et teadlik nõusolek on ravi alustamise eeltingimus, kehtib ka elu pikendava ravi kohta. Põhjalikult teavitatud ja teovõimelisel patsiendil on õigus nõuda oma otsuste austamist, isegi kui ta keeldub edasisest ravist ning selle tagajärjel võib tema elu lüheneda.

Ent sageli ei ole võimalik patsiendi tahtet elu pikendava ravi suhtes otseselt teada saada. Kuidas käituda sellistes olukordades?

Varasemad tahteavaldused

Üks võimalik lahendus on varasem tahteavaldus. Veel terve mõistuse juures olev isik kirjutab alla dokumendile, milles avaldab oma tahte seoses elu pikendava raviga juhuks, kui ta peaks tulevikus ravimatu haiguse või vigastuse tagajärjel jääma teadvusetusse seisundisse või elama suurtes valudes, püsiva puudega või abituna.⁹

⁹ Norra versioonist võetud sõnastused.

Sellega seoses tekib küsimus, kas *varasem* tahteavaldus peaks olema meditsiinitöötajate jaoks siduv. Küsimuse tuum seisneb selles, kas inimesel on tegelikult võimalik teha tõeliselt teadlikke ja iseseisvaid otsuseid võimaliku tulevase raske haigusseisundi või vigastuse kohta. Kas inimesed saavad ette teada, millisena nad elu selles seisundis kogevad ning millised põhiväärtused ja soovid nende jaoks siis oluliseks muutuvad? Paljude arvates peaks varasematel tahteavaldustel olema elu pikendava ravi üle otsustamisel suur kaal. Ent nende absoluutselt siduvaks tunnistamise vastu räägib asjaolu, et need ei võimalda arvesse võtta inimese uskumuste, väärtushinnangute ja üldise eluhoiaku võimalikku muutumist vahepealsel ajal. Üks võimalus seda arvesse võtta oleks nõuda, et puuduks igasugune põhjendatud alus arvata, et kunagine tahteavaldus ei vasta enam patsiendi tahtele.¹⁰ Teine võimalus oleks nõuda, et tahteavaldust tuleb regulaarselt, näiteks igal aastal „uuendada”.

Näib, et küsimuses, kuivõrd varasem tahteavaldus on teovõime kaotanud isiku tahte siduv väljendus, rakendatakse kahte mõnevõrra erinevat lähenemisviisi. Ühel juhul käsitatakse tahteavaldust kui lepingulist või juriidilist dokumenti, mis loob nii patsiendile kui ka arstile teatud õigusi ja kohustusi ning vabastab tahteavaldust järgiva arsti võimalikust kuriteosüüdistusest. Teisel juhul kasutatakse tahteavaldust patsiendi tahte kindlakstegemisel ühena paljudest allikatest. Sel juhul on varasem tahteavaldus küll oluline, eriti kui see on koostatud hiljuti, aga see ei ole ainus tegur, mille põhjal patsiendi tahet välja selgitatakse.

Nõrgamõistuslikud/teovõimetud patsiendid

Mõnel juhul, kui patsiendid ei suuda oma tahtes selgusele jõuda ja/või seda väljendada, puudub neil ka varasem tahteavaldus.

¹⁰ Maailma Arstide Liidu soovitus (World Medical Association 2003).

Kuidas teha sellises olukorras vastutustundlikku otsust elu pikendava ravi kohta? Ainus lahendus näib olevat püüda patsiendi taht võimaluste piires välja selgitada kaudselt ning arvestada ka meditsiinilist hinnangut selle kohta, mis oleks patsiendile parim.

Pereliikmed Tavaliselt kaastakse patsiendi tahte väljaselgitamisse sellisel juhul mingis vormis esindaja, kes seisab patsiendi huvide eest. Sageli on selleks lähedane pereliige, näiteks abikaasa või elukaaslane, täiskasvanud laps, ema või isa, õde või vend. Kuna ta tunneb patsienti pikka aega, on võimalik, et ta on sellisest olukorrast ja patsiendi soovidest kunagi juba patsiendiga rääkinud.

Või siis teab ta üldisemalt patsiendi tõekspidamisi ja väärtushinnanguid ning oskab nende põhjal järeldada, mida patsient oleks soovinud. Lisaks võib üldjuhul eeldada, et ta lähtub patsiendi kui oma pereliikme huvidest.

Seega on häid põhjusi, miks tuleks pereliikmete arvamustega raviotsuste tegemisel tõsiselt arvestada. Ent sellega seoses tuleb lisada mitu täpsustust. Esiteks ei tohi jääda kahtlust, et pereliige/esindaja tegelikult ei tunne patsienti ja/või ei tegutse tema parimates huvides. Teiseks peab arstide/tervishoiutöötajate ja pereliikmete vahel toimuma põhjalik ja hoolikas teabevahetus, millega tagatakse pere kaasamine otsustusprotsessi. Kolmandaks peab lõppotsus jääma arsti teha. Lõplikku otsust lähedase inimese ravi lõpetamise kohta ei tohiks kunagi jätta pereliikmete kanda. Lisaks peaksid vastutustundlikud meditsiinitöötajad olema eriti ettevaatlikud, kui pereliikmete vahel on ravi jätkamise küsimuses lahkavamus.

Eestkostja

Mõnel juhul võib esindajana tegutseda ametlikult määratud eestkostja (nt jurist), kellele on antud seaduslik õigus ja kohustus patsiendi huve kaitsta. Selle isiku võib määrata patsienti ise enne

teovõimetuse seisundi tekkimist (sarnaselt varasema tahteavaldusega) või määratakse eestkostja pärast teovõimetuse saabumist. Eestkostja võidakse määrata erinevatel põhjustel: näiteks kui patsiendil ei ole lähedasi pereliikmeid; kui patsient ei soovi, et pereliikmed teda teovõimetuse korral esindaksid; kui perekonnas valitseva olukorra tõttu ei sobi pereliikmed patsiendi huve kaitsma; või kui patsient või tema pere soovib hoida lahus eestkostja juriidilist rolli ning perekonna armastavat ja hoolivat rolli. Kui pole põhjust arvata, et pereliikmed ei tea patsiendi soove või ei hooli tema parimatest huvidest, võib pereliikmetega nõu pidamine olla asjakohane ka juhul, kui eestkostja on määratud.

Kuna lõppotsuse peab tegema arst, on väga oluline, et raviarst jagaks ja koguks võimalikult palju teavet ning peaks nõu ja suhtleks võimalikult paljude asjassepuutuvate isikutega, et teha oma võimete piires kindlaks, milline otsus oleks kooskõlas patsiendi tahtega ja patsiendi parimates huvides.¹¹

Nõrgamõistusliku patsiendi eest vastutustundlikult ja hästi hoolitsemist soodustavat teabevahetuse ja kaalutlemise protsessi peaksid iseloomustama järgmised tunnused: a) läbipaistvus: perekonnaliikmed, sugulased, tervishoiutöötajad, raviarst ning avalikkus / potentsiaalsed patsiendid peaksid kõik olema kursis sellega, kellega taolises olukorras konsulteeritakse ning millist kaalu nende arvamus omab;

b) kaasamine: kaasata tuleks kõigi patsiendi ravimisega seotud erialade/üksuste esindajad ja sellega otseselt tegelevad töötajad (erinevate ametialade esindajatel, nt arstidel, õdedel ja nõustajatel võib olla erinevaid teadmisi ja teavet patsiendi väärtushinnangute, tõekspidamiste ja soovide kohta) ning perekonnaliikmetel peaks

¹¹ Võib ka küsida, kas lõppotsust ei peaks tegema raviarsti asemel hoopis sõltumatu komisjon.

olema võimalus sisuliselt kaasa rääkida, nad peaksid saama piisavalt teavet ja nad tuleks kutsuda kaalutlemisprotsessis osalema; c) piisavalt aega: võimaluste piires tuleks vältida otsustusprotsessi põhjendamatu kiirendamist ressursside kokkuhoiu või otstarbekuse nimel. Eriti tähelepanelik tuleks olla perekonnaliikmete suhtes, kes püüavad toime tulla raskelt haige või vigastatud lähedase inimese peatse surmaga ning selle mõjuga nii nende enda elule kui ka patsiendile. Pereliikmetele tuleb jätta piisavalt aega kaalutlemiseks, nõu küsimiseks ja toetuse saamiseks – ka koguduse poolt –, et kuulata ära nende mured ja probleemid ning aidata neil olukorra ja lähedase inimese kaotusega leppida enne, kui tehakse otsus elu pikendava ravi kohta. Omaette keerulised probleemid tekivad siis, kui patsient on laps. Sellises olukorras on eriti oluline jätta pereliikmetele, kes võivad olla selle lapse vanemad, piisavalt aega ja suhtlemisruumi. Lisaks toimetulekule lapsekaotuse traumaga tuleb neile anda võimalus aru saada, kuidas see kaotus on seotud ravi lõpetamise otsusega ning nad tuleb selle otsuse tegemisse kaasata.

Elu pikendava ravi katkestamine või mitteandmine:

kokkuvõte

Raskelt, pöördumatult või surmavalt haige patsiendi elu pikendava ravi katkestamine või mitteandmine ei ole siin käsitletataval asjaoludel mitte üksnes lubatud, vaid võib olla lausa nõutav kui kohase hoolduse ja kaastunde element. Vähemalt kehtib see juhul, kui ravi jätkamisest ei ole patsiendile enam mingit kasu selles mõttes, et see võimaldaks paranemist, leevendaks vaevusi või säilitaks sellist elu, mis suudab kristlikus mõttes talle antud armastust vastu võtta ja tajuda ning sellele mingil moel vastata. Kristlikus traditsioonis rõhutatakse järjepidevalt kohustust hoolitseda raskelt haigete ja surijate eest, isegi kui neil ei ole enam tervenemise või seisundi paranemise lootust, ning selle tulemuseks on tugev eelhoiak selle kasuks, et jätkata valu, ebamugavust ja ängi

leevendavate ravivahendite kasutamist ka viimastel elutundidel. Ühelt poolt on nii elu pikendavate kui ka muude meditsiiniliste, kliiniliste ja õenduslike hooldusvahendite kasutamine meie jaoks väga tugev moraalne kohustus, millest ei saa muude kaalutluste nimel kergekäeliselt loobuda. Teiselt poolt ei ole need tingimusteta nõuded, mis oleksid tähtsamad kui nende mõju patsiendile ja tema olukorrale. Praktikas jäeldub sellest, et kuigi evangeelsed kirikud tunnistavad nende teemadega kaasnevaid keerulisi moraalseid valikuid ja hinnanguid ning raskeid eetikaküsimusi, ei ole nad valmis väitma, et näiteks püsivas vegetatiivses seisundis patsientide toitmise lõpetamine on alati ja igal juhul vale.

Moraalsed küsimused ja hinnangud ei puuduta ainult otsuseid, vaid ka seda protsessi, mille käigus otsuseni jõutakse. Patsiendi teadlikku ja selgesõnalist soovi ravi lõpetada tuleks austada ning kui patsient ei ole enam terve mõistuse juures, aga on koostanud varasema tahteavalduse ravi kohta, siis on ka sellel tahteavaldusel märkimisväärne kaal, eriti kui pole põhjust arvata, et see ei vasta enam patsiendi tahtele. Kui patsiendi teovõime on pöördumatult kadunud ja varasem tahteavaldus puudub, siis muutuvad eriti oluliseks otsustamiseks vajalikud teabevahetuse ja konsultatsioonide protsessid. Need peaksid olema kaasavad, nii et neis osaleb piisavalt lai ring erinevate erialade esindajaid, tervishoiutöötajaid ja nõustajaid. Põhjalikult tuleks nõu pidada lähedaste pereliikmete, sugulaste ja sõpradega, kes patsienti hästi tunnevad ja lähtuvad kõigi eelduste kohaselt tema parimatest huvidest; samuti tuleks neile anda piisavalt aega ja ruumi nii selle otsuse kui ka lähedase inimese võimaliku kaotusega leppimiseks. Samas ei tohiks nende kanda jätta lõpliku otsuse tegemise koormat.

6 Palliatiivne hooldus, ravi ja tuimastus

Eutanaasia ja abistatud enesetapu legaliseerimise pooldajate sage argument on, et mõnel juhul ei näe patsient mingit muud reaalselt võimalust tekkinud olukorraga toimetulekuks kui saada abi oma elu lõpetamiseks. Selle vastased osutavad alternatiivina sageli palliatiivravi väidetavatele eelistele. Ent omaette küsimuste ring on seotud ka palliatiivraviga, mistõttu seda tuleb lähemalt vaadelda.

Nagu eespool mainitud, on palliatiivravi Maailma Terviseorganisatsiooni määratluse järgu suunatud elu ohustava haigusega silmitsi olevate patsientide ja nende perekondade elukvaliteedi parandamisele eesmärgiga ennetada ja vähendada kannatusi, sh ravida valu ning leevendada kehalisi, psühhosotsiaalseid ja hingelisi probleeme (vt punkt 4.4). Selles tegeletakse palju laiema probleemide ringiga kui üksnes elu viimases järgus tekkivate sümptomite leevendamine. Selles püütakse olla patsiendile elu viimases etapis seltsiks ning otsitakse võimalusi tema elukvaliteedi parandamiseks.

Palliatiivses ravis ja hoolduses on viimastel aastatel toimunud märkimisväärne areng. Järjest rohkem keskendutakse interdistsiplinaarsusele ja erinevate erialade esindajate kaasamisele. Lisaks kehalisele mõõtmele on raskete haiguste käsitlemisse lisatud psühhosotsiaalne ja hingeline mõõde. Ulatuslikud uuringud on aidanud parandada teadmisi, mõistmist ja praktikat ning see teema jõuab järk-järgult arstihariduse õppekavadesse. Kirikud peaksid võitlema selle valdkonna tervishoiuteenuste ning vastava arstliku väljaõppe ja teadusuuringute eelisarendamise eest.

Kuigi need tervitatavad arengud on aidanud asetada elu lõpuga seotud küsimused üldiselt ning konkreetsemalt eutanaasia ja abistatud enesetapu teemad uude valgusesse, siis järgnevast

arutlusest nähtub, et see ei ole lihtne lahendus, mis suudaks ühe hoobiga kõrvaldada kõik raskused ja eetilised kimbatused.

Ent vähemalt üks traditsiooniline küsimus, mis on tuttav paljudest meditsiinieetika õpikutest, on tänu palliatiivmeditsiini täiustamisele ja arengule aktuaalsuse kaotanud – see puudutab valuravi annuste suurendamist, mis kõrvaltoimena võib kiirendada surma. Kuigi see oli laialt tunnustatud praktika, kummitas eetilisi debatte aastaid küsimus, kuidas eristada sellist ravi eutanaasiast ning miks esimesega on sedavõrd lihtne leppida, aga teisega nähtavasti mitte.

Tänaseks on see küsimus kaotanud suure osa oma teravusest. Tänu palliatiivmeditsiini arengule ja paremale valusümptomite ravile ei ole tõhusal valuravil tõenäoliselt enam elu lühendavat toimet. Pigem vastupidi: sageli aitab see elu pikendada ja parandab elukvaliteeti.

Tugevast valust ja vaevustest vabanenud patsient võib näiteks lõõgastuda ja paremini magada, olla vaimselt ja kehaliselt vähem kurnatud ning kogeda paremat elukvaliteeti – kõik see kokku pikendab, mitte ei lühenda elu. On veenvaid argumente, mis ei anna põhjust skeptilisuseks, vaid räägivad tõhusa valuvaigistava ravi laiemast kasutamisest.

Ent vaatamata palliatiivse ravi ja hoolduse märkimisväärsele arengule, jääb siiski äärmuslikke juhte, mille korral surmale lähenevad patsiendid kannatavad äärmise valu, hingamisraskuste, iivelduse, ärevuse ja krampide all, mis ei allu mingile ravile. Seoses sellega on küsitud, kas võiks lubada palliatiivset tuimastust, mis vähendab patsiendi teadvuse taset. Palliatiivset tuimastust võiks määratleda kui (ravimite abil) narkoosi esilekutsumist ja narkoosi all hoidmist surmale läheneva patsiendi ravile allumatu valu ja muude kannatuste leevendamise eesmärgil. Narkoosi sügavus ja

kestus sõltuks patsiendi seisundist, kuid selle eesmärk oleks kannatuste leevendamine, mitte elu lõpetamine.

Kõnealune protseduur oleks üldjuhul näidustatud vaid siis, kui patsiendil on jäänud elada mõned päevad, kuigi selliste prognooside tegemine on keeruline ning need peavad põhinema arsti parimal kliinilisel hinnangul, kogemustel ja nõupidamisel kolleegidega. Kõik vajalikud diagnostilised protseduurid peaksid olema tehtud, et eristada ravi kõrvaltoimeid haigussümptomitest, ja kõik muud sobivad ravivõimalused peaksid olema läbi proovitud. Lisaks tuleks eelnevalt konsulteerida kõigi asjaomaste meditsiinivaldkondade esindajatega, näiteks palliatiivravi spetsialistiga. Samuti tuleb teha põhjalik psühhiaatriline hindamine, et reageerida õigesti elu lõpus teadaolevalt tekkivatele psühhiaatrilistele sümptomitele, mis alluvad ka muule ravile.

Kui otse patsiendilt või tema esindajalt on saadud teadlik nõusolek – kuigi ka see võib taolises olukorras keeruliseks osutuda –, siis oleks raske pidada lubamatuks patsiendi tahtlikku tuimastamist eesmärgiga säästa teda ravile allumatute piinarikaste valusümptomite kogemisest.

Siinkohal tasub esitaks märkida, et olemasolevate andmete põhjal ei kiirenda see praktika tavaliselt surma saabumist. Sarnaselt muu tõhusa palliatiivraviga näib see pigem elu pikendavat kui lühendavat. Teiseks näib, et seda protseduuri kasutatakse harva ja ainult äärmuslikel juhtudel, paljuski tänu kasvavale pädevusele palliatiivse hoolduse, valuravi ja sümptomite leevendamise valdkonnas.

7 Eutanaasia

7.1 Küsimuseasetus

Eelnevast arutlusest nähtub, et surija eest hoolitsemine võib mõnel juhul tähendada ka elu pikendava ravi lõpetamist või mitteandmist. Ent põletav lahendamata küsimus puudutab loomulikult seda, kas eutanaasia ja abistatud enesetapp võiks samuti kuuluda raskelt haige ja sureva patsiendi eest hoolitsemisel kõne alla tulevate valikute hulka. Kõigepealt käsitleme siin eutanaasia teemat ning sellega seotud kuid erineva abistatud enesetapu küsimust vaatleme järgmises peatükis.

Kuigi eutanaasia määratlusi ei saa lahutada selle teema teoreetilistest ja normatiivsetest käsitlustest, kirjeldab järgmine määratlus enamikku tüüpilisi juhte, mistõttu see sobib järgneva arutluse aluseks: „Teovõimelise isiku vabatahtlikult antud tahteavalduse alusel arsti poolt ravimite manustamisega teostatav selle isiku tahtlik surmamine”¹² (EAPC 2004).

Eutanaasiast rääkides tuleks eristada kahte aspekti. Esimene aspekt puudutab eutanaasiat kui eetilist küsimust ning hõlmab selle nähtuse tõlgendamist laiemas kontekstis (näiteks nagu eespool kirjeldatud) ning selle praktika normatiivset põhjendamist, uurides, kas eutanaasia poolt või vastu saab esitada normatiivselt kehtivaid põhjendusi. Teine aspekt puudutab eutanaasiat kui õiguslikku küsimust, milles uuritakse, kuidas tuleks eutanaasiat reguleerida õigusaktides ja avalikus poliitikas. Oluline on mõista, et need kaks aspekti ei ole küll teineteisest täiesti lahus, aga nad ei ole ka kattuvad. Eetikanormide kehtivaks pidamine ei sõltu ainuüksi õigusaktidest ning eetikanorme ei saa üks ühele õigusaktidesse ja poliitilistesse regulatsioonidesse üle kanda.

¹² European Association for Palliative Care 2004.

7.2 Eetiline arutus

Esmapilgul näib, et kristlikust evangeelsest seisukohast on tugevaid argumente, miks eutanaasiat mitte lubada: see näib olevate otsene teise inimese elu lõpetamine, mille suhtes ei laiene kristliku eetika tavapärased tapmise keelu erandid (enesekaitse või kolmanda isiku kaitse). Samuti näib see rikkuvat inimelu puutumatus põhimõtet ning kohustust hoiduda inimelu kahjustamisest ja hävitamisest. Kuna eutanaasia näib olevat nende fundamentaalsete moraalinormidega vastuolus, peaks eelhoiak selgelt kalduma selle lubamise vastu. Ent kas sellele vaatamata võib leiduda ka eetilisel kehtivaid põhjusi, mis räägivad eutanaasia kasuks?

Eutanaasia pooldajad osutavad tavaliselt kahte liiki põhjustele: esiteks autonoomia ja teiseks hea tegemine (ehk patsiendi primard huvid). Mõlemad on sügavalt juurdunud ja laialt tunnustatud moraalimõisted, mida õigusega peetakse kehtivateks eetilisteks ideaalideks. Kas nende põhjal saab tõesti esitada põhjendatud ja kehtiva argumenti, mis lükkab ümber eespool mainitud eutanaasiavastase eelhoiaiku?

Autonoomia ja eutanaasia

Autonoomia on meditsiinieetikas oluline ja sageli kasutatav mõiste. Ent samas on see ka keeruline mõiste, millel on mitu eri tähendust, mida on vahel raske üksteisest eristada. Ilmalikus filosoofilises meditsiinieetikas kasutatakse autonoomia mõistet valdavalt kahes mõneti erinevas tähenduses. Mõlemad on eutanaasiaga seoses asjakohased, kuid nendest tuletatud järeldused on sageli erinevad. Kantilikus tähenduses on autonoomia iseendale seaduseandjaks olemine ning võime käituda vastavalt ratsionaalsetele üldprintsiipidele, mitte tingitud impulssidele või välisele survele. Sellise autonoomse käitumise võime on eesmärk iseeneses, millest omakorda tuleneb nõue, et ka inimest tuleb alati kohelda kui eesmärki iseeneses ja mitte kunagi kui vahendit mõne muu

eesmärgi saavutamiseks. Teises tähenduses käsitatakse autonoomiat kui võimet käituda vastavalt oma sisemistele eelistustele, huvidele ja projektidele. Selline autonoomia võimaldab inimesel väljendada ja teostada sisemist potentsiaali ning kujundada oma käitumist isiklike püüdluste ja väärtushinnangute järgi. Ilmalikus meditsiinieetikas kasutatav autonoomia mõiste ei ole evangeelse eetika jaoks kindlasti tähtsusetu, kuid seal kasutatakse lisaks ka sellest fundamentaalsemat vabaduse mõistet. Selle mõiste järgi tuleneb inimese esmane määratlus tema suhtest Jumalaga, mitte välistest maistest autoriteetidest. Usu läbi õigeksmõistmine vabastab inimese vajadusest otsida elus ülimat tähendust moraalse pingutuse ja saavutuste abil, mistõttu ta saab ühtlasi vabaduse teenida ligimest vastutustundliku armastuse ja hoolega. Niisiis esiteks põhineb evangeelne vabaduse mõiste veelgi põhjapanevamal annil, vastuvõtmise ja sõltuvuse aspektil. Teiseks: kuigi vabadus on Jumala antud ning selle teostamine ega väljendamine ei sõltu moraalsest saavutustest, ei saa seda lahutada vastutusest.

Kõigepealt tuleks mõista, et eutanaasia lubatavaks tunnistamine ei ole ka ilmalikust või filosoofilisest autonoomia mõistest vältimatult tulenev järeldus. Mitmed autorid on seisukohal, et kantilik käsitlus autonoomiast kui iseendale seadusandjaks olemisest ning üldise ratsionaalse õiguse järgi käitumisest ei õigusta eutanaasiat. Nende hinnangul oleks eutanaasia kasutamine vastuolus esmase moraalse kohustusega kohelda inimest, olgu iseennast või kedagi teist, mitte vahendina, vaid alati ainult eesmärgina iseeneses. See oleks otsene sekkumine autonoomia seisundisse endasse ehk inimisiksuse eksistentsi. Teised mõtlejad jällegi kalduvad võtma eelduseks teatud põhiõigusi, mida ülejäänud inimesed peavad tingimusteta austama, ning lisavad nende hulka ka õiguse suremisabi vastu võtta või selleks nõusolekut anda. See aga jätab õhku paradoksaalse küsimuse: kuidas saab loogiliselt olemas olla õigus, mis võimaldab inimesel kõrvalda iseennast kui õigussubjekti?

Rohkem kasutatakse eutanaasia moraalseks õigustamiseks siiski seda käsitust, mille kohaselt autonoomia tähendab enesemääramist ning võimalust järgida oma püüdlusi, huve ja eelistusi. Kas see autonoomia mõiste oleks juba iseenesest veenev argument? Vähemalt tekitab see mõningaid küsimusi. Esiteks kerkib taas üles küsimus autonoomia ulatusest. Kas see hõlmab ka otsust iseenda hävitamise kohta?

Mõne autonoomiatõlgenduse kohaselt ei saa selle alusel teha otsuseid, mis vähendaksid või hävitaksid tulevikus autonoomiat kui inimese võimet ise oma tegevust juhtida. Teised autorid jälle kahtlevad selles, kas raskelt või ravimatult haigelt patsiendilt on võimalik saada piisavalt selget ja kindlat tahteavaldust. Uuringute põhjal võib väita, et raskelt haigete ja surevate patsientide elutahe võib suurel määral kõikuda (Chochinov *et al.*); lisaks võib sellises haigusjärgus olevatel patsientidel tekkida mitmeid seisundeid (kurnatus, ahastus, depressioon), mis vähendavad autonoomiat kui võimet teha teadlikke, kaalutletud ja tahtlikke otsuseid ilma väliste mõjutusteta (Johansen, Materstvedt *et al.*). Sellele võidakse vastu väita, et sel juhul ei oleks loogiline anda patsiendi autonoomiale sedavõrd suurt kaalu ka otsustes, mis puudutavad ravist loobumist (vt eespool 5. ptk) ja samal ajal suhtuda eutanaasia puhul autonoomiasse nii suure kahtlusega. Siin on üheks vastuargumendiks, et autonoomne otsus *keelduda* sekkumisest (nt soovimatust ravist) on kaalukam kui autonoomne soov saada teatud teenuseid või abi (nt suremisabi). Lisaks on uuringud näidanud, et palliatiivne hooldus ja ravi avaldavad suurt mõju tahteavalduste eutanaasia kui otsese ja tahtliku elu lühendamise toimepanekuks: ravi saamisel väheneb otseste eutanaasiapalvete arv, samas kui soov saada elu toetavat ravi näib püsivat (Neudert *et al.*, 2001). Teisalt tuleb siiski märkida, et mõnel juhul jätkavad patsiendid eutanaasia palumist ka pärast kõigi märkide järgi piisava palliatiivravi saamist. Sellest nähtub, et kuigi täiustatud, tõhus ja piisav palliatiivne ravi ja hooldus võivad eutanaasiasoovi suurel määral mõjutada, ei kõrvalda nad seda täielikult.

Lisaks sellisele filosoofiasisesele kriitikale võiks evangeelsest vaatevinklist seada kahtluse alla ka sellise autonoomia mõiste enda, kuna selle aluseks on hoopis teistsugune vabadusekäsitus. Eespool kirjeldatud evangeelse arusaama kohaselt põhineb vabadus inimese suhtel Jumalaga, mis on rajatud loomise ja õigeksmõistmise abil ning mille järgi inimene saab oma elu otse Jumalalt.

Seega on vabadus lahutamatult seotud vastutusega (kuigi ei ole sellest tingitud) ning kutsumusega anda Jumalale midagi vastu temalt saadud elu eest. Selline vabadusemõiste erineb selgelt enesemääramise või iseendale kuuluva elu valitsemise mõistest ning on pigem seotud vastutusega Jumalalt saadud elu eest. Sellise käsituse korral on eutanaasia põhjendamine autonoomia mõistega küsitav, kuna vabadus ei tähenda absoluutset valitsemis- ja omandiõigust iseenda suhtes, vaid on lahutamatult seotud kutsumusega kasutada oma elu vastutustundlikult iseenda, teiste inimeste, loodud maailma ja viimselt Jumala ees.

Hea tegemine ja eutanaasia

Tihti väidavad inimesed, kelle meelest eutanaasia võib olla mõnes olukorras lubatud, et suurte valude all kannatava ning paranemise või leevenduse lootuseta patsiendi elu lõpetamine võib olla tema parimates huvides. Kui patsient seda soovi selgelt väljendab, ei tohiks talle eutanaasia võimalust keelata.

Küsimusele, kas eutanaasia võib olla patsiendi huvides, ei saa vastata ilma võimalikke alternatiive kaalumata. Patsientide eutanaasiasoovi uuringute kohaselt ei ole see soov enamasti tingitud ainuüksi füüsilisest valust. Pigem lisanduvad sellele psühholoogiliste kannatustega seotud põhjused, näiteks mõttetuse tunne, teistele koormaks olemise tunne ning ebaväärakas seisundis elamise kogemus.

See on kooskõlas uuringutega, mille järgi patsiendid eelistavad pigem nn individuaalseid elukvaliteedi hindamise skaalasid, mis põhinevad nende isiklikel eelistustel, püüdlustel ja väärtushinnangutel (Neudert *et al.*, 2001). Kui patsient kogeb elukvaliteedi olulist langust, mis võib lõpuks viia eutanaasiasoovini, siis tõenäoliselt on see tingitud paljude tegurite koosmõjust, kus haiguse ja sellest põhjustatud füüsilise valu sümptomitele lisandub sotsiaalne ja eksistentsiaalne mõõde. Seega võimaldaks palliatiivne ravi ja hooldus, mis suudaks rohkem tähelepanu pöörata patsiendi individuaalselt tajutud elukvaliteedile, paremini reageerida ka eutanaasiapalvetele ning nende arvu vähendada.

Seega tuleb eutanaasiaküsimusele häid vastuseid otsides uurida muu hulgas ka eutanaasiasoovi taga olevaid kontekstist ja isiku enesekäsitusest sõltuvaid põhjusi. Enesekäsitust – oma elu konkreetse mõtte (või selle puudumise) tajumist, mõistmist ja kujunemist teatud narratiivide raames – kujundavad muu hulgas ka ümbritseva kultuuri ja ühiskonna ressursid: näiteks kujundid, sümbolid, metafoorid ja väärtussüsteemid, mille abil me kirjeldame oma arusaama inimelust ja mõtestame sotsiaalset suhtlust. Kui elu raske ja ravimatu haiguse seisundis, kus inimene on täielikult sõltuv teiste abist ja hoolitsusest ning ei suuda väljendada ega kontrollida põhilisi inimlikke omadusi ja funktsioone, peetakse ebaväärikaks ja elamist mitteväärivaks, siis on ka seda tõlgendust mõjutanud patsiendi ümbruskonna ressursid. Sellises olukorras patsiendi eutanaasiasoovile vastamisel ei piisa sellest, et patsiendi enesekäsitust, mille kohaselt tema elu lõpp on ebaväärikas, võetakse kui etteantud tõsiasja. Sellest tuleb kaugemale minna ning otsida patsiendi jaoks ressursse, mis soodustavad elu lõppjärgus teistsugust enesekäsitust. Juba nimetatud täiustatud palliatiivse ravi ja hoolduse võimalused viivad meid sellel teel üsna kaugele, mistõttu on väga oluline, et kirikud toetaksid selles vallas tehtavate jõupingutuste suurendamist. Samas tuleb ka tõdeda, et palliatiivravi ei lahenda kõiki kõnealuses valdkonnas tekkivaid kimbatusi ja probleeme. Mõne patsiendi valu ei pruugi ravile alluda ning suure

tõenäosusega on alati patsiente, kes tajuvad oma elu ravimatu haiguse seisundis talumatuna ega suuda leida selles mingit kergendust või väärtust. Isegi meditsiiniliselt ja kehaliselt suhteliselt sarnases olukorras olevad patsiendid võivad oma individuaalset elukvaliteeti väga erinevalt hinnata.

Seoses sellega tuleb mainida ühte konkreetset küsimust. Mõnikord väidetakse evangeelsete kirikute avaldustes elu lõpuga seotud otsuste kohta, et haigused, valu ja kannatused on meile tuntud inimelu vältimatu ja lahutamatu osa. See väide võib küll õige olla, kuid aeg-ajalt kasutatakse seda ka argumendina viisil, mis tekitab küsimusi. Enamasti on neis avaldustes jäänud läbi mõtlemata asjaolu, et osa kannatusi on sellised, mida saab vältida või vähemalt leevendada, samas kui osa ei allu inimeste tegevusele ja leevendamispüüetele. Tõsiasi, et kannatused (sh haigused ja füüsiline valu) on meile tuntud maailmas alati olemas, ei vähenda meie kohustust leevendada ja kõrvaldada füüsilist valu kõigi meile kättesaadavate vahenditega. Kuigi mõned suurt valu ja kannatusi kogevad raskelt haiged inimesed võivad leida mõtestatust isegi sellises olukorras, ei ole mingit põhjust haigusi ja valu kui inimelu lahutamatu osa ülistada või heaks kiita. Paljud patsiendid ja sugulased tajuvad rasket haigust ja lähenevat surma läbinisti piinarikka ja mõttetut nähtusena. Kirikud ei tohiks sellistesse kogemustesse kergekäeliselt suhtuda ega hoiduda nendega seotud moraaliprobleemidega tegelemist ettekäändel, et kannatused ja valu on elu lahutamatu osa ning ka neist võib mõtestatust leida.

Kristlik evangeelne inimelu käsitus rõhutab, et teiste (tervishoiutöötajate, perekonna või sõprade) hoolitsusest sõltuv inimelu ei ole mingil moel vale või vääritud. Pigem ongi just sõltuvus inimelu lahutamatu omadus, kuna inimesed ei ole ise endale elu andnud, vaid on saanud selle välistest allikatest. Seega ei ole sõltuvuse kogemus mitte ainult ühildatav inimelu väärkusega, vaid see võiks meile ka meenutada ühte inimelu põhilist seisundit,

milles me kõik elame – see on elu fundamentaalne ja vältimatu relatsioonilisus. Kiriku oluline ülesanne on viia need tõlgendusressursid raskelt haigete ja surijate juurde, võimaldades ja soodustades neil oma elus inimväarikust nägeva enesekäsituse kujunemist. See näitab taas, kui tähtis on arendada ja poliitiliselt eelistada kõiki palliatiivse hoolduse vorme nii hospiitsides, palliatiivravi osakondades, hooldekodudes kui ka päevahoiduses.

Hea palliatiivravi püüab lisaks füüsilise valu leevendamisele vähendada ka psühholoogilisi kannatusi, sotsiaalseid ja suhteraskusi ning hingelisi probleeme, mis on seotud mõtte ja lootuse kadumisega, suurendades seeläbi oluliselt võimalust, et patsient kogeb oma elu lõpus väarikust, mitte väärtusetust. Siinkohal soovib Evangeelsete Kirikute Osadus Euroopas meenutada Euroopa Nõukogu soovitusi liikmesriikidele palliatiivravi korraldamise kohta (Council of Europe 2003). Selle koostamise käigus tehtud uuringutest ilmneb, et Euroopas leidub laialdast huvi ja energiat palliatiivravi teenuste loomiseks, kuid samas esineb ka „suuri erinevusi palliatiivravi kättesaadavuses neile, kes seda vajavad” (Council of Europe 2003: 22). Esitatud soovitustest tasub korrata seda, milles kutsutakse liikmesriikide valitsusi „rakendama poliitikaid, seadusandlikke ja muid meetmeid, mis on vajalikud palliatiivravi valdkonnas kooskõlalise ja tervikliku riikliku poliitikaraamistiku loomiseks ” (Council of Europe 2003: 8).

Eutanaasia ja ravist keeldumine: oluline vahe

Eutanaasia moraalse lubatavuse pooldajad põhjendavad seda sageli väitega, et ravi lõpetamine ja eutanaasia on moraalselt sisuliselt samaväärsed, mistõttu on ebaloogiline esimest lubada ja teist mitte. Ilmselt toetub see argument eeldusele, et kuna lõpptulemus – patsiendi surm – on mõlemal juhul sama, on need olukorrad ka moraalilõpetuse mõistes sarnased.

Ent lõpptulemus ei ole sellistes olukordades moraaliõpetuslikult oluline tegur. Üks kategooria, mida eutanaasia ning ravi lõpetamise või mitteandmise erinevuse rõhutamiseks sageli kasutatakse, on *tahtlus*. Kui ravi lõpetamisel on tahtluse sisuks soov vältida pikaajalist suremisprotsessi, mis põhjustaks patsiendile suurt piina ilma mingi positiivse mõju või tema olukorra paranemiseta, siis eutanaasia puhul seisneb tahtlus patsiendi elu lõpetamises. Ent selle moraalise eristuse põhjendamine tahtluse abil on mõneti probleemne. Esiteks on seda suhteliselt keeruline praktikas kohaldada. Meie kavatsused on ebakindlad ja muutuvad, mitte kindlad ja püsivad. Paljuski sõltuvad need meie ihadest ja vajadustest ning jäävad teatud määral ka meile endile ähmaseks. Raske on täpselt kindlaks teha, kas minu tahtluse sisu konkreetset hetket on patsiendi surma edasi lükkava kasutuks osutunud ravi lõpetamine või hoopis patsiendi kannatuste lõpetamine. Aga isegi kui seda oleks võimalik kindlaks teha, ei peeta tahtlust enamasti tegude lubatavuse üle otsustamisel määravaks kriteeriumiks. Üldiselt taunitavat tegu ei tunnista tavaliselt õigustatuks ja lubatavaks ainult selle põhjal, et seda tehti heast tahtest.

Teine ja veenvam argument, mis aitab põhjendada eutanaasia ja ravi lõpetamise erinevust, on eristus tegevuse ja tegevusetuse vahel. On moraalne vahe, kas teatud olukord, näiteks inimese surm, tekib kellegi tegevusetuse tagajärjel või mõne teo toimepaneku tõttu. Selle argumenti järgi ei ole millegi aktiivne tegemine samaväärne sellega, kui asjadel lastakse lihtsalt juhtuda. See vahe ei ole seotud isiku subjektiivse meeleseisundiga, vaid tuleneb isiku tegudes ja sekkumises avalduvast objektiivsest erinevusest. Moraalsete hinnangute andmisel ei ole „tegemine” ja „juhtuda laskmine” samaväärsed, isegi kui tulemus on mõlemal juhul sama. Mõte on selles, et meie vastutus oma tegude ja käitumise eest ei hõlma ainult lõpptulemust, vaid ka selleni jõudmise viisi. Moraalselt ei ole ükskõik, kas midagi juhtub minu mittesekkumise tagajärjel või sellepärast, et ma teen midagi. Mõistagi võib esineda olukordi, kus

lihtsalt mittesekkumine ei vähenda inimese süüd võrreldes sellega, kui ta oleks otseselt tegutsenud. Passiivne kõrvalseisja ei pääse moraalsest süüist, kui ta näeb, et laps libiseb vannis vee alla, aga ei sekku ja laseb tal uppuda. Ent sellised näited ei päde, kui kõne all on elu pikendava ravi lõpetamine ja eutanaasia. Samuti ei kustuta need tõsiasi, et ka meie teod, tavad ja käitumine, mitte ainult nende tulemused, on moraalselt olulised. Mõned evangeelsed kirikud on selgitanud oma arusaama kasutu ravi lõpetamise ja eutanaasia erinevusest väljenditega surma „ootamine” ja „kiirendamine”. See eristus osutab ühele õigesti mõistetud moraalse subjektiivsuse ja teovõime olulisele aspektile.

Eutanaasia mõju ühiskonnale

Lisaks eespool esitatud vastuväidetele autonoomia ja hea tegemise argumentide kohta osutatakse sageli ka eutanaasia legaliseerimise võimalikele ühiskonda lõhestavatele tagajärgedele. Mõned kardavad, et see on libe tee, mis lõpuks muudab eutanaasia raske haiguse lõppfaasis kasutatavaks üldlevinud lahenduseks. Olenemata sellest, kas libeda tee argumenti peetakse eetilisele kehtivaks või mitte, ilmneb kõige pikaajalisema eutanaasia lubamise kogemusega riigi – Hollandi (eutanaasia lubatud aastast 2002) – andmetest, et eutanaasia kasutamine on alates 2006. aastast tõusuteel. Kui aastal 2006 esines 1900 eutanaasia juhtu, siis aastal 2010 oli neid ligikaudu 3100. Samas täheldati enne 2006. aastat mõne aasta jooksul ka juhtude arvu vähenemist, seega ei saa väita, et kogu aeg on toimunud ühtlane ja pidev kasv. Lisaks tuleks meeles pidada, et eutanaasia on surmapõhjuste seas endiselt väga haruldane ning peaaegu kõik juhud on seotud ravimatu vähiga, kui patsiendil ei ole jäänud elada kauem kui mõned nädalad. Arstide jaoks näib eutanaasia olevat nende töö ebatavaline ja koormav osa. Seda ei võeta kergelt ja sellega ei harjuta. Mõju ühiskonnale saab mõõta erinevate näitajate põhjal. Neist üks oleks mõistagi eutanaasia juhtude arv aastas. Selle põhjal annab Hollandi näide põhjust mureks, et juhtude arvu kasvu on raske ohjata. Teiselt poolt võiks ühiskondlikku mõju mõõta selle järgi, kuidas suudetakse tagada

õigusaktide järgimist ja üldist nõuetekohast tegutsemist, ning sel juhul ei pruugi Hollandi olukord olla sugugi halb. Tavaliselt on seal eutanaasiajuhtude korral süüdistuse mitteesitamiseks nõutavad tingimused täidetud ning konkreetsete juhtude vastavuse hindamiseks moodustatud komisjonid suudavad ka tegelikult ära hoida kuritarvitusi ja eutanaasia kasutamist seaduses sätestamata põhjustel ja meetoditega.

Eutanaasia legaliseerimine

Eelnevast osast nähtub, et evangeelsete kirikute hinnangul on eutanaasia mitmel põhjusel väga problemaatiline. See on vastuolus mõnede kõige sügavamate moraalsete veendumustega mitte ainult kristlikus traditsioonis vaid ka üldisemas moraaliõiguses, mis keelavad süütu inimese elu võtmist ja kohustavad inimelu kaitsma, eriti kui see on haavatav ja nõrk. Selle põhilise moraalse veendumuse kummutamiseks tavaliselt esitatavad argumendid, mis räägivad autonoomiast ja hea tegemisest, ei ole eutanaasia eetilise põhjendusena piisavalt kaalukad. Ent asjaolu, et eutanaasia ei ole kristliku eetika kohaselt põhjendatav, ei lahenda veel küsimust õigusloomest ja eutanaasia legaliseerimisest. On ju kristlikus eetikas hukka mõistetud ka muid teguviise ja ideid, mis on seadusega sellegipoolest lubatud.

Eutanaasia legaliseerimise küsimus on seotud eetika ja õiguse vahekorra keeruka temaatikaga. Eetilise lubatavuse küsimusest olenemata muutub siin oluliseks see, kas eutanaasiat peetakse millekski, mida ühiskonnal, poliitiliselt võimul ja seadusandjatel on õigus reguleerida, või arvatakse otsustusõigus olevat ainult isikliku südametunnistuse asi. Seoses eutanaasia legaliseerimise küsimusega tuleks kaaluda järgmisi aspekte. Kõige olulisem on see, et eutanaasia legaliseerimine tähendaks raskelt ja ravimatult haige isiku elu lõpetamise protseduuri normaliseerimist riigi ja ühiskonna heakskiidul. Olenemata legaliseerimise pooldajate väidetest, et protseduuri suhtes kehtiksid ranged nõuded ja tingimused ning seda

kasutatakse üksnes erandjuhtudel, kaasneks sellega ikkagi eutanaasia tunnistamine tavapärase õigusloome ja juriidilise praktika osaks. See läheks märksa kaugemale ja oleks selgelt erinev sellest lahendusest, mida mõned riigid teatud olukordades kasutavad. Nimelt on harvadel juhtudel, kus arstid (või teised isikud) on avalikult tunnistanud eutanaasia toimepanemist või see on teatavaks saanud, loobutud süüdistuse esitamisest põhjusel, et kuigi seaduse järgi on sooritatud kuritegu, toimus see ravimatult haige patsiendi selgel soovil eesmärgiga vabastada patsient kontrollimatust valust ja piinast tema elu viimastel tundidel. See võimalus jätta mõnel väga erandlikul ja haruldasel juhul süüdistus esitamata näib olevat tingitud kahest kaalutlusest: 1) võib esineda olukordi, kus süüdistamise esitamine oleks kohatu, ning 2) jäädakse kindlaks aluspõhimõttele, et raskelt haigete patsientide elu lõpetamist riigi heakskiidul ei tohiks normaliseerida ega muuta tavapärase seadusandluse osaks. Selline õiguslik lünk võib võimaldada arvesse võtta tõsiasi, et elus esineb moraalseid tragöödiad, kus paratamatult tuleb rikkuda ühte kahest väga sügavalt juurdunud moraalipõhimõttest ning mis tahes otsus lõpeb mõne fundamentaalse moraalse hüve moonutusega. Moraalse tragöödia võimaluse möönmine on aga hoopis midagi muud kui öelda, et see lahendus on nüüd eetilisel lubatavaks tunnistatud. Tragöödia seisnebki selles, et moraalset süüd ei ole võimalik mingi variandiga vältida.

Eutanaasia: kokkuvõte

Evangeelsed kirikud tunnevad sügavat muret patsientide ja nende sugulaste pärast, kes peavad läbi tegema raske ja ravimatu haiguse piinarikka protsessi ning ootavad surma. Peale selle, et meie ühiskonnad ei pruugi olla piisavalt valmis neid inimesi abistama, ei suuda ka kirikud kui usuosadused alati pakkuda sellist seltsi, tuge, lohutust ja lootust, milleks ristiusk neid kutsub. Kõnealuse tõelusega kokku puutudes on enne kiirete moraalsete hinnangute andmist põhjust olla teadlik nendest vajakajäämistest patsientide ja

perede abistamisel. Ühiskondade, kogukondade ja kirikute esmane kutsumus on tagada piisava hoolduse, lohutuse ning valu ja kannatuste leevendamise kättesaadavus ja andmine ning edendada selliseid kogukondi ja väärtusi, mis võimaldavad raskelt haigetel ja täielikult teistest sõltuvatel inimestel näha oma elu kui võõrandamatu ja piiramatu väärikuse kandjat.

Evangeelsed kirikud leiavad, et eutanaasia kasutamine sellises olukorras on mitmel põhjusel eetiliselt väga problemaatiline. See on vastuolus mõnede kõige sügavamate moraalsete veendumustega mitte ainult kristlikus traditsioonis vaid ka üldisemas moraalipärandis, mis keelavad süütu inimese elu võtmist ja kohustavad elu kaitsma, eriti kui see on haavatav ja nõrk. Selle põhilise moraalse veendumuse kummutamiseks tavaliselt esitatavad argumendid, mis räägivad autonoomiast ja hea tegemisest, ei ole eutanaasia eetilise põhjendusena piisavalt kaalukad. Eutanaasiat on raske ühitada kristliku traditsiooni ühe kõige tugevama ja püsivama veendumusega, mille kohaselt inimelu põhimõtteline ja võõrandamatu väärikus ei tulene selle iseseisvast enesemääramisest ja teovõimest, vaid loovast ja õigeksmõistvast armastusest, mida inimesed Jumalalt Kristuses vastu võtavad.

Seda ei saa käsitada puhtalt isikliku südametunnistuse küsimusena, mille riik peaks legaliseerima. Legaliseerimine tähendaks mingis mõttes eutanaasia normaliseerimist ja heakskiitmist, nii et see muutub meditsiinilise ja kliinilise praktika tavapäraseks ja väljakujunenud osaks. Kuna elus võib siiski ette tulla moraalsetid tragöödiad, olukordi, kus olulise ja elutähtsa moraalse hüve sügav moonutamine on vältimatu, võib sellistel harvadel ja äärmuslikel juhtudel rakendada õiguslikku lünka – nagu mõnes riigis on tehtud –, nii et loobutakse asjaomastele isikutele süüdistuse esitamisest ehk seadusega ette nähtud õigusmenetluse algatamisest.

8 Abistatud enesetapp

8.1 Küsimuseasetus

Ravi lõpetamise, palliatiivse tuimastuse ja tahteavalduse alusel tapmise (eutanaasia) kõrval kuulub „elu lõpuga seotud otsuste” kategooriasse ka abistatud enesetapu teema. Erinevalt eutanaasiast ei põhjusta sel juhul surma otseselt keegi teine, vaid surra sooviv inimene ise. Samas peab keegi andma surija käsutusse selleks vajalikud vahendid. Näiteks annab arst patsiendile surmava ravimi, mille patsient peab ise endale manustama.

Nagu eespool öeldud, on abistatud enesetapu õiguslik regulatsioon Euroopa riikides väga erinev.

Mõnes riigis on keelatud nii eutanaasia kui ka abistatud enesetapp, samas kui mujal, näiteks Saksamaal ja Šveitsis, on eutanaasia tunnistatud kuriteoks, aga teatud tingimustele vastav abistatud enesetapp mitte (vt punkt 2.3).

Vastavalt ülal esitanud selgitustele ei leia me veenvaid põhjendusi, mis sunniks meid kõrvale heitma eelhoiakut, et kellegi elu lõpetamine eutanaasia abil ei ole lubatav. Seega tuleb küsida, kas abistatud enesetapp sarnaneb eutanaasiaga ja tuleb samadel alustel lubamatuks tunnistada. Kui abistatud enesetapp ei ole eutanaasiaga samaväärne, kas see tähendab siis, et abistatud enesetapp võib olla mõnes olukorras lubatav? Ja kui see ei ole sama mis eutanaasia, siis kuidas tuleks abistatud enesetappu hinnata? Siin tekib küsimus moraalsest ja/või seaduslikust õigusest enesetapule ning võib-olla ka õigusest abistada enesetapul isikuid, kes ei suuda seda iseseisvalt toime panna.

8.2 Abistatud enesetapp ja eutanaasia

Abistatud enesetapu lubatavuse pooldajad seovad selle tavaliselt samasuguste tingimustega, mida kasutatakse eutanaasia puhul, ning nõuavad, et see oleks lubatud ainult teatud olukordades ja kindlatel asjaoludel. Kõige tähtsam tingimus on, et inimene peab olema raskesti haige ilma lootuseta tervenemisele või toimivale ravile. Sarnaselt eutanaasiaga tuleb abistatud enesetapu võimalus kaalumisele juhul, kui on oluline säästa raskelt haiget patsienti edasisest valust, piinast ja kannatustest. See on püüd leida kaastundlikku lahendust patsiendi kannatustele, ängistusele ning kehalistele ja vaimsetele vaevustele. (Seetõttu jätame siinkohal käsitlemata abistatud enesetapu muudes olukordades peale raske ja ravimatu haiguse, näiteks eksistentsiaalne meeleheide ja lootusetus, raskekujuline depressioon või muu vaimuhaigus.) Sarnaselt eutanaasiaga tuleks siin meeles pidada kõnealuste tegude seost raskelt haige ja kannatava inimese suhtes üles näidatava mure, kaastunde ja empaatiaga, olenemata sellest, kas abistatud enesetappu peetakse ekslikuks lahenduseks või mitte. Seega võib öelda, et nii eutanaasia kui ka abistatud enesetapu korral on surm lahutamatult seotud kõige traagilisemate võimalike olukordadega. See inimliku kannatuse ja piina vältimatu tõelus sunnib meid hoiduma kiirest moraalsest hukkamõistust ja eriti kohtumõistmisest nende üle, kes ei näe oma agooniast ja vaevast muud väljapääsu peale surma. Ei ole võimatu, et abistatud enesetapu mittelubamisega kaasneb meie jaoks ka raskesti välditav moraalne koorem.

Üks tingimus, mis kehtib nii eutanaasia kui ka abistatud enesetapu puhul, nõuab, et tahteavaldus abi saamiseks peab olema vabatahtlik ja kindel. Abikaasa, perekond, sõbrad ja tervishoiutöötajad ei tohi inimest survestada ning kõik muud ravi ja hoolduse võimalused peavad olema ammendatud ja kasutuks tunnistatud. Sarnaselt eutanaasiaga tekib siin küsimus, kuidas veenduda, et need tingimused on tõesti täidetud. Näiteks kuidas saab piisava

kindlusega veenduda, et perekonnaliikmete käitumine – vaatamata nende parimatele kavatsustele – ei tekita patsiendis tunnet, et teda survestatakse ja kontrollitakse või juhitakse elu lõpuga seotud otsuste tegemisel teatud suunas?

Ent mõnes muus aspektis näib abistatud enesetapp olevat eutanaasiast erinev. Abistatud enesetapu korral paneb elu lõpetava teo toime inimene ise, samas kui eutanaasia puhul teeb seda teine isik. Imselt just selle erinevuse tõttu on abistatud enesetapp mõnes õigussüsteemis lubatud, aga eutanaasia keelatud (nt Šveitsis, Ameerika Ühendriikide Oregoni ja Washingtoni osariigis). Mõned autorid on väitnud, et kuna „kõrvalseisja” annab inimesele lihtsalt elu lõpetamiseks vajalikud vahendid, aga inimene ise peab neid kasutama, siis on abistatud enesetapp kõige puhtamas mõttes autonoomne tegu, samas kui eutanaasia puhul ei saa selles alati kindel olla. Väidetavalt peaks selline käsitlus võimaldama abistatud enesetapu lubamist, ilma et samal ajal tuleks lubada ka eutanaasiat. Kui teoorias näib, et elu lõpetamiseks vajalike vahendite andmine ning otsese ja tahtliku teoga elu lõpetamine on tõesti üsna selgelt erinevad, siis tegelikus elus võivad piirjooned osutuda märksa ähmasemaks. Surmava ravimi retsepti kirjutamine, ravimi apteegist toomine, selle asetamine voodi kõrvale lauale, korgi mahakeeramine ja tablettide asetamine patsiendi kätte, tablettide patsiendile suhu panemine, et ta saaks need alla neelata või välja sülitada – kõik need võivad olla elu lõpetamiseks vajalikud abistavad tegevused, millele peab järgnema mingisugune patsiendipoolne tegu. Ometi näivad need olevad üksikestest vägagi erinevad sõltuvalt sellest, kui suur on aktiivne osalemine patsiendi elu lõpetamises, ning mõnel juhul läheneb see osalemine juba eutanaasia tasemele.

8.3 Moraalne õigus abistatud enesetapule

Eelnevat arvestades kehtivad mõned eutanaasia puhul esitatud vastuväited autonoomia ja hea tegemise argumentide kohta ka abistatud enesetapu suhtes. Esiteks võib patsiendi piinarikas ja ängistust tekitav olukord ka abistatud enesetapu korral ähmastada tema autonoomset otsustusvõimet seoses abi või teenuse kasutamisega (või lihtsalt sekkumisest keeldumisega). Kuigi mitte võimatu, on praktikas tõesti raske veenduda, kas patsiendi tahteavalduse taga olev autonoomne otsus on ikka hoolikalt läbi kaalutud ning ei põhine eksiarsaamadatel või ei ole olukorra mõjul moonutatud. Abistatud enesetapu pooldajad on kindlalt seda meelt, et seda tohib ja tegelikult ka saab rakendada ainult nendel juhtudel, kus tahteavaldus abi saamiseks põhineb hoolikalt kaalutud otsusel, mida ei ole moonutanud vaimuhaigus ega diagnoosid. Šveitsis rakendatakse selle tingimuse täitmiseks tava, et abistav isik selgitab patsiendile põhjalikult barbituraadi joomise tagajärgi. Ent samas on praegust tava ka kritiseeritud ning tehtud märkusi selliste organisatsioonide nagu EXIT ja DIGNITAS poolt enesetapu soovijatele pakutava hoolduse ning nõuannete ja toe psühholoogilise kvaliteedi kohta.

Teiseks on väga tõenäoline, et autonoomia ja autonoomsed otsused abistatud enesetapu või eutanaasia kohta on mõjutatud ja kujundatud ümbritsevast väärtushinnangute kontekstist, ettekujutustest väärika ja elamist väärt elu kohta ning kultuurilistest mudelitest, mille järgi hinnatakse raskelt haigete ja surijate väärikuse säilimist või kadumist. On teada, et elu lõpetamise palvete taga on patsientide hinnang paljudele sellistele teguritele, mida nad peavad oma elukvaliteedi jaoks möödapääsmatuks. Ainult üks osa nendest teguritest on seotud kehaliste vaevustega. Suure tõenäosusega mängivad olulist rolli ka muud aspektid, näiteks suhted ning psühholoogiline, eksistentsiaalne ja hingeline mõõde. Ent selliste tegurite puhul saab lahendusi ja leevendust pakkuda ka

muude vahenditega kui elu lõpetamisele kaasa aidates. Kolmandaks, nagu eespool on seoses eutanaasiaga pikalt selgitatud, erineb kristlik vabadusekäsitus sellest arusaamast, mille järgi autonoomia tähendab enesemääramist ning suveräänsust ja vabadust oma elu planeerimisel ja juhtimisel. Vabaduse sisu on Jumala näo järgi loodud ja usu läbi õigeksmõistetud elu vastuvõtmine ning selle alusel tekkiv kutsumus vastutustundlikuks hoolitsemiseks Jumala armulise anni eest. Niisiis, ehkki näiliselt võib abistatud enesetapp olla veel selgemalt inimese autonoomne tegu, ei anna kristlik vabadusekäsitus sellele sugugi rohkem õigustust kui eutanaasiale.

Mõnikord osutavad abistatud enesetapu pooldajad ka sellele, et arsti jaoks on see vähem koormav kui eutanaasia. Abistatud enesetapu korral võib selleks vajalikke vahendeid (nt surmavat ravimit) andev isik seejärel lahkuda (mis ei tähenda, et ta peaks seda tingimata tegema), nii et elu lõpetamise teo paneb toime patsient üksinda. See vabastab arsti vajadusest elada edasi koormava teadmisega, et ta on oma teoga otseselt patsiendi elu lõpetanud. See võib tõesti nii olla, kuid sellest ei tulene tingimata argumenti abistatud enesetapu poolt. Pigem näitab see, kui sügavalt hüljatud on haige, kannatav ja meelega inimene, kes ei näe enam muud väljapääsu peale oma elu lõpetamise. Kaastundliku ja hooliva suhtumise korral tuleks just nimelt vältida olukorda, kus patsient jääb oma elu lõpetamise kohutava valikuga üksinda ning võib-olla on tal voodi kõrval valmis ka selleks vajalikud vahendid. Kuigi abistatud enesetappu saab ka teisiti korraldada ning selle juures võivad viibida lohutust ja seltsi pakkuvad lähedased inimesed, siis abistatud enesetapu kui tõeliselt autonoomse teo rõhutamine näib siiski lähtuvat eeldusest, et seda tehakse üksinduses ja omaette, ilma segamata, aga samas ka ilma teiste inimeste seltsita. Kristlik käsitlus haigete ja surijate suhtes üles näidatavast kaastundest ja hoolitsusest ei saa sellist olukorda kunagi lubatavaks pidada, veel vähem seda meilt nõuda.

Küsimust sellest, kas inimesel võib olla moraalne õigus abistatud enesetapule, ei saa lahutada enesetapu kohta antavast üldisest eetilisest hinnangust. Teatavasti on enesetapp enamasti mingi psühhiaatrilise seisundi või haiguse (nt raskekujuline depressioon) traagiline tagajärg, mistõttu sellele ei saa anda esimese asjana eetilisi või moraalseid hinnanguid. Kui keegi püüab endalt elu võtta või teebki seda, siis meie reaktsioon sellele ei peaks seisnema moraalse hinnangu andmises ja ammugi mitte hukkamõistus või süüdistamises, vaid pigem hoolimises, kaastundes ja lohutamises või leinas ja kahetsuses, et me ei suutnud inimest enne surma piisavalt aidata. Võiksime koos Bonhoefferiga öelda, et tegemist on piirulukorraga, kus pole kohta teiste inimeste hinnangutele või kohtumõistmisele.

Sellegipoolest valitseb valdavalt üksmeelne arusaam, et Piibel ega kristliku moraalityraditsiooni põhielemendid (nt idee iga inimese jumalanäolisusest tulenevast võõrandamatust väärkusest) ei põhista ega anna õigust enesetapule. Täpsemalt öeldes ei ole enesetapp ja selleni viivad asjaolud moraalselt neutraalne ala selles mõttes, et kõrvalseisjal on vabadus kedagi enesetapukatsel abistada. Nagu käesolevas tekstis eespool rõhutatud, tähendab kristlik vabadusekäsitlus vastutust saadud elu eest, mitte õigust seda elu suveräänselt käsutada, selle üle otsustada või seda enda omandiks pidada. Kui keegi kaalub meeleheite või depressiooni tõttu enesetappu, siis kõrvalseisja ülesanne ei ole seda otsust tunnustada või heaks kiita, vaid tal on palju suurem kohustus hoida elu ning pakkuda kannatavale inimesel lohutust ja hoolt.

Sama kehtib ka enesetapuabile antavate hinnangute kohta. Isegi kui abistajad ise surma esile ei kutsu, toetavad nad aktiivselt isiku enesetapukavatsust, mis on põhimõttelises vastuolus kristliku hoiakuga, mille kohaselt elu tuleb säilitada ja hoida. Meie põhiülesanne on julgustada inimesi elama, toetada neid ning võimaluse korral veenda neid enesetapust hoiduma. Ent kellelgi ei

ole õigust hukka mõista inimest, kes ei suuda pöördumatult halveneva tervisliku seisundi ning sellest tingitud kannatuste tõttu enam näha oma olukorras mõtet ning kellel ei ole jõudu või tahet edasi elada.

Samas peaksid kirikud hoiduma taoliste raskete ja traagiliste olukorda tõlgendamisest valikuna selle vahel, kas olla enesetappu kaasosaline või hüljata patsient, kes on pärast pikki konsultatsioone ja oma olukorra hindamist kindlalt otsustanud enesetappu kasuks. See on eriti keeruline seal, kus abistatud enesetapp on legaliseeritud ning elanikkonna enamuse poolt soositud. Sellises olukorras ei tähenda kiriku vastutustundlik käitumine lihtsalt selle praktika hukkamõistmist. Tuleb otsida ka võimalusi, kuidas jääda ustavaks oma kutsumusele olukorras, kus elanikkonna suur enamus pooldab abistatud enesetappu või eutanaasiat.

Kindlasti ei tohi kristlik osaduskond hüljata patsiente, kes teevad hoolikalt kaalutletud ja püsiva teadliku valiku tulemusena ettevalmistusi enesetappuks ning võivad samal ajal kannatada piinava valu, kannatuste, ängistuse, ahastuse ja üksilduse all. Kristlikku kutsumust hoolitsusele ja kaastundele kannatajate suhtes väljendab ehedal kujul see, kui meie koguduste diakonid, õpetajad ja vabatahtlikud jäävad raskelt haige ja meeleheitel inimese kõrvale ning teenivad teda Jumala lohutava sõna, nõustamise ja palvetega ka siis, kui ta on valinud tee, mida kirikud ei pea eetiliseks ja heaks. Inimese kõrvale jäämist ei saa eetiliselt hukka mõista kui enesetappuabi, vaid pigem tuleks selles näha märki kristlikust kaastundest venna või õe suhtes, kes elab sügava piina ja kannatuste seisundis ning ei näe muud väljapääsu.

8.4 Seaduslik õigus abistatud enesetappule

Enesetappu või enesetappukatse dekriminaliseerimisest või enesetappuabi võimalikust dekriminaliseerimisest ei saa eetiliselt ega

õiguslikult tuletada positiivset õigust enesetapule ja abistatud enesetapule. Seega ei ole õigusaktid, mis käsivad abistatud enesetappu kuriteona, vastuolus Euroopa inimõiguste konventsiooniga.

Siin on kohane meenutada Euroopa Inimõiguste Kohtu 2002. aasta kevadel tehtud otsust Diane Pretty asjas. Diane Pretty soovis Euroopa Inimõiguste Kohtult kinnitust, et tema abikaasale ei esitata süüdistust, kui ta aitab naisel surra, mis Ühendkuningriigi seaduste järgi oleks kuritegu. Avalduse esitaja ei olnud oma haiguse (amüotroofiline lateraalskleroos) tõttu enam füüsiliselt võimeline enesetappu sooritama ning väitis, et teda diskrimineeritakse võrreldes nende inimestega, kes suudavad ise endalt elu võtta. Ent Euroopa Inimõiguste Kohus otsustas, et õigus elule (Euroopa inimõiguste konventsiooni artikkel 2) ja õigus eraelu puutumatusel (Euroopa inimõiguste konventsiooni artikkel 8) ei sisalda õigust enesetapule või tahteavalduse alusel tapmisele. Samas tuli tunnistada, et patsiendid, kes ei suuda enam endalt elu võtta on teistega võrreldes halvemas olukorras.

Selle põhjal on siiski selge, et enesetapu võimalikust dekriminaliseerimisest ei saa tuletada positiivset õigust enesetapule ega ka abistatud enesetapule (eutanaasia ja abistatud enesetapu õigusliku olukorra täiendav analüüs on esitatud eespool punktis 2.3).

8.5 Abistatud enesetapp: kokkuvõte

Sarnaselt eutanaasiaga tekib abistatud enesetapu küsimus reeglina traagilistes olukordades, kus patsiendid peavad taluma kohutavaid kannatusi ja piinu, seda nii kehaliselt kui ka psühholoogiliselt, eksistentsiaalselt ja hingeliselt. Seda traagilist konteksti, milles tekkivaid moraaliküsimusi ei ole võib-olla kunagi võimalik täielikult lahendada, ei tohiks mingil juhul ignoreerida.

Abistatud enesetapp ei ole eutanaasiaga samaväärne nähtus. Enesetapuabi andev isik on patsiendi surmaga seotud teistsugusel moel; ta ei lõpeta tahtlikult ja otseselt inimese elu, vaid annab vajalikud vahendid, mille abil patsient saab ise oma elu lõpetada. Praktikast ei pruugi nendevaheline piirjoon siiski nii selge olla. Seepärast leiame, et mitmed eespool eutanaasia kohta esitatud vastuväited kehtivad ka abistatud enesetapu suhtes. Väidetavalt eutanaasia kasuks rääkiva autonoomia ja autonoomse otsustamise probleemid jäävad üles ka abistatud enesetapu puhul. Kuigi abistatud enesetapp on vormiliselt patsiendi autonoomne tegu selle kõige puhtamas tähenduses, jääb sellega seotud väga suureks probleemiks asjaolu, et sarnaselt eutanaasiaga kipub patsient abistatud enesetapu juures üksinda jääma, kuigi vaja oleks hoopis lohutust, seltsi ja hoolt. Olenemata mis tahes eetilisest hinnangust sellele küsimusele, on siinkohal äärmiselt oluline, et legaliseeritud ja regulaarselt kasutatava abistatud enesetapu olukorras tegutsevad kirikud ja kogudused ei hülgaks patsienti, vaid jääksid talle seltsiks, julgustuseks ja toeks, isegi kui patsient on kindlalt otsustanud abistatud enesetapuga lõpuni minna. Kogudusetöötajate ja vabatahtlike teenivat kohalolu nõustamise, jumalaskäsi ja palvetega ei tohiks hukka mõista kui kaasosalust enesetapus, vaid pigem hoopis soodustada kui kiriku ja kristlase kutsumuse järgi elamist.

Kuna abistatud enesetapp hõlmab lisaks teise inimese surra aitamisele ka enesetapu elementi, tuleb käsitleda ka enesetapu teemat. Kuna enesetapp sooritatakse tavaliselt sügava vaimse piina ja raskekujulise depressiooni tagajärjel, siis ei ole selle teemaga tegeledes kohane rõhutada esmajoones moraalseid hinnanguid. Kui me puutume kokku abistatud enesetapu probleemiga, on oluline tähele panna, et kristlikus eetikas ja evangeelses traditsioonis kasutatav vabaduse ja vastutuse mõiste ei hõlma sellist ainuvõimu iseenda elu üle, mis võimaldaks teha valiku oma elu lõpetamise kasuks. Samuti ei ole olemas seaduslikku õigust enesetapule ega nõuet, et teised isikud peaksid enesetapakatse takistamisest hoiduma, rääkimata siis selleks vajalike vahendite andmisest.

Niisiis, kuigi abistatud enesetapu ja eutanaasia vahel on selgeid erinevusi, ei ole need sellised, mis muudaksid eutanaasiavastased argumendid abistatud enesetapu puhul kehtetuks. Otse vastupidi: meie arvates kehtivad eespool eutanaasia vastu esitatud põhiargumendid täpselt samuti ka abistatud enesetapu suhtes. Kannatavat patsienti, kes läheb elu lõpule vastu kõigi sellega kaasnevate kehaliste, vaimsete, eksistentsiaalsete ja hingeliste piinadega, ei tohi üksinda jätta, vaid talle tuleb anda võimalus saada seltsi ja lohutust kristlikult osaduskonnalt, millesse ta kuulub.

9 Kokkuvõte

Käesolevas dokumendis käsitletud elu ja surma teemad puudutavad inimese eksistentsi kõige sügavamaid küsimusi. Raske olukorraga leppida püüdvad patsiendid saavad väga hästi aru, et lihtsaid vastuseid ei ole. Kalli inimese kannatusi nägevad lähedased soovivad ühelt poolt, et surm kannatused lõpetaks, aga teiselt poolt loodavad, et inimene nende keskel edasi elaks. Elu ja surma üle lõplikke otsuseid tegevaid arste vaevab sellega kaasneva vastutuse koorem.

Kõnealustes olukordades vajalik moraalne tundlikkus seab meid raskete valikute ette. Neid ei saa lahendada etteantud moraaliväärtuste kataloogi alusel, kus kõik väärtused on kindlas tähtsuse järjekorras. Pigem tuleks neisse valikutesse suhtuda sellise empaatiaga, mida me näeme Jeesuse elus. Euroopa evangeelsed kirikud on teadlikud elu ja surmaga seotud moraaliküsimuste ja hinnangute mitmetahulisusest. Seda teadlikkust ei tohiks segamini ajada relativistliku või puhtalt olukorrapõhise lähenemisviisiga. Käesolevast dokumendist nähtub, et Piibli traditsiooni ja inimõistuse alusel põhjalikult läbi kaalutud inimlikud otsused elu ja surma kohta peaksid lähtuma selgest mandaadist pühitseda ja kaitsta loojalt saadud elu andi. See hõlmab püüdu tagada igale inimesele väärikat ja rahuldust pakkuvat elu ning olla nende kõrval, kes taluvad suuri kannatusi. Kristliku usuga ei saa ühitada moraaliootsuseid, mis õõnestavad austust elu vastu.

Kuigi otsus selle kohta, kuidas elu kõige paremini väärtustada, tuleks teha iga juhtumi konkreetseid asjaolusid arvestades, on ristiusu puhul vaieldamatu, et see kutsub kristlasi hoolitsema iga viimse kui inimese eest. Kui elu ja surma puudutavad otsused välja arvata, teevad kristlased kõik endast sõltuva, et leevendada inimlike kannatusi ning olla nende kõrval, kes peavad elu lõpul taluma valu ja meeleheidet. Arstid ja õed kasutavad kõiki

palliatiivravi võimalusi valu vähendamiseks. Sugulased ja sõbrad pühendavad oma aega surijaga koos olemisele. Vaimulikud mõistavad vajadust olla ravimatult haigete juures kui oma ameti keskset aspekti.

Inimeste eest hoolitsemine ja vaimuliku lohutuse pakkumine on „kirikuks olemise” lahutamatu osa. See hõlmab ka kirikute selget ülesannet kodanikuühiskonnas. Nad on kutsutud väljendama vastuseisu elu kaitsvate õiguslike piirangute tühistamisele. Nad on kutsutud võitlema avalikult haiglate ja hosiitside piisava rahastamise eest, et surma palge ees seisjad saaksid parimat võimalikku hooldust. Nende ülesanne on püüda luua ühiskonnas üldist õhkkonda, mis soodustab iga ühiskonnaliikme, kaasa arvatud surijate täisväärtuslikku elu.

Kirjandus

Chochinov, H. M., Tataryn, D., Dudgeon, D. et al: Will to live in the terminally ill. *Lancet* 354:816-819, 1999.

Council of Europe 1999. Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying. Recommendation 1418 (1999) of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe, Strasbourg, 25.6.1999.

Council of Europe 2003. Euthanasia. Document 9898 of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe. Strasbourg, 10.9.2003.

Council of Europe 2003a. Euthanasia. Opinion of the Committee on Legal Affairs and Human Rights. Document 9923 of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe. Strasbourg, 23.9.2003.

Council of Europe 2003b. Recommendation Rec (2003)24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies.

Council of Europe 2009. Palliative care: a model for innovative health and social policies. Resolution 1649 (2009) of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe. Strasbourg, 28.1.2009.

European Association for Palliative Care. Definition of palliative care. <http://www.eapcnet.org/about/definition.html>

Glover, Jonathan. 1977. *Causing Death and Saving Lives*. London: Penguin Books.

Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa / Community of Protestant Churches in Europe (2007), *Gesetz und Evangelium*. Eine Studie, auch im Blick auf Entscheidungsfindung in ethischen Fragen. *Law and Gospel*. A Study, also with reference to decision-making in ethical questions. *Leuenberger Texte* 10. Hg.v. Michael Bünker, Martin Friedrich. Frankfurt a.M.: Verlag Otto Lembeck.

Helsedirektoratet. 2008. Utkast til Nasjonal veileder for beslutninger om livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. Helsedirektoratet . [Norwegian Directorate of Health.]

“Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit” By: Johansen, Sissel; Chr. Hølen, Jacob; Kaasa, Stein; Loge, Jon Håvard; Materstvedt, Lars Johan. *Palliative Medicine*, Oct2005, Vol. 19 Issue 6, p454-460

John Paul II (2004), *Care for Patients in a “Permanent” Vegetative State*. 33(43):737, 739-40

Keown, John (2002), *Euthanasia, Ethics and Public Policy*. An Argument against Legalisation. Cambridge: Cambridge U.P.

Leuenberger Kirchengemeinschaft (1997), *Evangelische Texte zur ethischen Urteilsfindung*. Protestant Texts on Ethical Decision-Making. *Leuenberger Texte* 3. Hrg.v. Wilhelm Hüffmeier. Frankfurt a.M.: Verlag Otto Lembeck.

Onwuteaka-Philipsen, B.D. et al. 2007. *Evaluation – Summary*. Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act. Hague

World Health Organisation 2007:

World Health Organisation. Palliative care. URL:
<http://www.who.int/cancer/palliative/en/> [09.10.2008] World
Medical Association statement (2003).

EKOE eetikaküsimuste eksperdirühm

Liikmed

Prof dr Heinrich Bedford-Strohm, Bamberg

Pr Laura Casorio, Rooma

Prof dr Sándor Fazakas, Debrecen

Prof dr Ulrich H.J. Körtner, Viin

Prof Sergio Rostagno, Pinerolo

Prof dr theol Ulla Schmidt, Oslo

Prof dr Jurjen Wiersma, Brüssel

Koordinaator

Õp dr Dieter Heidtmann, Brüssel

Kaasatud eksperdid

Prof dr Theo A. Boer, Utrecht

Dr Frank Mathwig, Bern

Prof dr Stefanie Schardien, Hildesheim