

Maailma Arstide Liit

Arstieetika käsiraamat

Originaal:

Williams, John R. Medical Ethics Manual

Ethics Unit of the World Medical Association

ISBN 92-990028-0-0

© 2005 The World Medical Association, Inc.

Kujundus Tuuli Sauren,

Inspirit International Advertising, Belgia

Fotod Van Parys Media/CORBIS

© Tõlge eesti keelde, Eesti Arstide Liit ja
Tartu Ülikooli arstiteaduskond, 2007

Tõlkinud Tiiu Hallap

Keeletoimetaja Triin Kaalep

Toimetanud Vallo Volke ja Andres Soosaar

ISBN 978-9985-4-0517-8

Kirjastus Elmatar

Viljandi mnt. 11, Tartu 50412

www.elmatar.ee

SISUKORD

Tänuavaldused

Eessõna eestikeelsele tõlkele

Eessõna

Sissejuhatus

- Mis on arstieetika?
- Milleks õppida arstieetikat?
- Arstieetika, arstide professionaalsus, inimõigused ja seadusandlus
- Kokkuvõte

Esimene peatükk: Arstieetika peajooned

- Eesmärgid
- Mis on meditsiinis erilist?
- Mis on arstieetikas erilist?
- Kes otsustab, mis on eetiline?
- Kas arstieetika muutub?
- Kas arstieetika on eri riikides erinev?
- Maailma Arstide Liidu roll
- Kuidas Maailma Arstide Liit otsustab, mis on eetiline?
- Kuidas üksikisikud otsustavad, mis on eetiline?
- Kokkuvõte

Teine peatükk: Arst ja patsient

- Eesmärgid
- Juhtumianalüüs
- Mis on arsti-patsiendi suhtes erilist?
- Lugupidamine ja võrdne kohtlemine
- Suhtlus ja nõusolek
- Otsustamine otsustusvõimetute patsientide puhul
- Kutsesaladus
- Elu algusega seotud küsimused

- Elu lõpuga seotud küsimused
- Tagasi juhtumianalüüsi juurde

Kolmas peatükk: Arstid ja ühiskond

62

- Eesmärgid
- Juhtumianalüüs
- Mis on arsti-ühiskonna suhtes erilist?
- Topeltlojaalsus
- Ressursside jagamine
- Rahvatervis
- Üleilmne tervis
- Tagasi juhtumianalüüsi juurde

Neljas peatükk: Arst ja kolleegid

80

- Eesmärgid
- Juhtumianalüüs
- Arsti autoriteedi vaidlustamine
- Suhted kolleegide, õpetajate ja üliõpilastega
- Riskantsetest või ebaetilistest teguviisidest teatamine
- Suhted teiste meditsiinitöötajatega
- Koostöö
- Konfliktilahendus
- Tagasi juhtumianalüüsi juurde

Viies peatükk: Eetika ja arstiteaduslik uurimistöö

94

- Eesmärgid
- Juhtumianalüüs
- Arstiteadusliku uurimistöö tähtsus
- Uurimistöö arstipraktikas
- Eetikanõuded
- Eetikakomitee heakskiit
- Teaduslik väärtus

- Ühiskondlik väärtus
- Riskid ja kasud
- Informeeritud nõusolek
- Andmekaitse
- Rollide konflikt
- Tulemuste aus teatamine
- Lärmitõstmine
- Lahendamata küsimusi
- Tagasi juhtumianalüüsi juurde

Kuues peatükk: Kokkuvõte 110

- Arsti vastutus ja eesõigused
- Vastutus iseenda ees
- Arstieetika tulevik

Lisa A: Sõnastik 118

Lisa B: Arstieetika abiallikad internetis 122

Lisa C: Maailma Arstide Liidu resolutsioon arstieetika ja inimõiguste lülitamisest arstiteaduskondade õppekavasse; Arstihariduse Maailma föderatsiooni «Üleilmsed kvaliteediparandamisstandardid: arstide põhiharidus» 124

Lisa D: Eetika õpetamise arendamisest arstiteaduskondades 126

Lisa E: Täiendavaid juhtumianalüüse 128

TÄNUAVALDUSED

Maailma Arstide Liidu (WMA) eetika töörühm on sügavalt tänulik järgmistele isikutele käesoleva käsiraamatu varasemate versioonide kohta tehtud põhjalike ning sisukate märkuste eest:

Prof Solly Benatar – Cape Towni ülikool, Lõuna-Aafrika Vabariik

Prof Kenneth Boyd – Edinburghi ülikool, Šotimaa

Dr Annette J. Braunack-Mayer – Adelaide'i ülikool, Austraalia

Dr Robert Carlson – Edinburghi ülikool, Šotimaa

Hr Sev Fluss, WMA ja CIOMS¹ – Genf, Šveits

Prof Eugenijus Gefenas – Vilniuse ülikool, Leedu

Dr Delon Human, WMA – Ferney-Voltaire, Prantsusmaa

Dr Girish Bobby Kapur – George Washingtoni ülikool, Washington, DC, USA

Prof Nuala Kenny – Dalhousie ülikool, Halifax, Kanada

Prof Cheryl Cox Macpherson – St. George'i ülikool, Grenada

Prl Mareike Möller – Hannoveri meditsiiniinstituut, Saksamaa

Prof Ferenc Oberfrank – Ungari Teaduste Akadeemia, Budapest, Ungari

Hr Atif Rahman – Khyberi meditsiini kolledž, Peshawar, Pakistan

Hr Mohamed Swailem ja kümme tema kaasüliõpilast Banha ülikooli arstiteaduskonnast (Banha, Egiptus) aitasid kindlaks teha sõnavara, mis valmistab raskusi isikutele, kelle emakeeleks pole inglise keel.

WMA eetika töörühma tegevust on osaliselt toetanud firma Johnson & Johnson haridusgrant.

¹ CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences) – Meditsiini-teaduste Rahvusvaheliste Organisatsioonide Nõukogu.

EESSÕNA EESTIKEELSELE TÕLKELE

Arstimine on elukutse, kus professionaalne eetika on olnud tähtsal kohal arstiteaduse sünnist alates. Ka tänapäeval on arstiks olemise lahutamatuks osaks arstieetika tundmine ja järgimine. Samas oleme tunnistanud, kuidas meditsiinieetika sisu ja tähendus on viimastel aastakümnetel muutunud. Lisaks klassikalistele heategemise ja mittekahjustamise põhimõtetele on väga olulisteks saanud patsiendi autonoomia austamine ja ühiskonna meditsiiniressursside õiglane jagamine. Kuigi moodne meditsiinieetika on valdkonnana väljunud arstide erialastest piiridest ja pälvinud ka laiemal ühiskondliku kõlapinna nii kliinilises tegevuses kui arstiteadusliku uurimistöö korrektsel läbiviimisel, sünnib ja realiseerub meditsiinieetika kõigepealt ikkagi arsti ja patsiendi suhtlemises, mille ülimaldaks põhimõtteks on abi hädas olevale inimesele. Käesolev kokkuvõtlik käsiraamat näitab, kuidas püüed ühiste universaalsete professionaalsete väärtuste suunas, mida järgiksid arstid Jaapanist Eestini.

Eestikeelne WMA arstieetika käsiraamat valmis Eesti Arstide Liidu ja Tartu Ülikooli arstiteaduskonna heas koostöös. Olgu see raamat abiks ja mõtteaineks nii kogunud arstidele kui arsti keerulise, kuid ülla ameti valinud üliõpilastele.

Dr Andres Kork, Eesti Arstide Liidu president

Prof Toomas Asser, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna dekaan

EESSÕNA

Raske uskudagi, aga ehkki arstieetika rajajate, näiteks Hippokratese tööd sündisid üle kahe tuhande aasta tagasi, on arstiametil praeguse ajani puudunud üldkasutatav alusõppekava eetika õpetamiseks. See esimene Maailma Arstide Liidu eetikakäsiraamat püüab nimetatud tühikut täita. Olen väga uhke, et võin seda raamatut esimesena teile tutvustada!

Käsiraamat sai alguse 1999. aastal toimunud arstide 51. maailmakongressil. Kongressile kogunenud arstid, kes esindasid arstide liite üle kogu maailma, otsustasid «kindlalt soovitada arstiteaduskondadele kõikjal maailmas, et arstieetika ja inimõiguste õpetamine lülitatakse kohustusliku kursusena nende õppekavasse». Kooskõlas selle otsusega algatati protsess, mille eesmärgiks oli töötada välja alusõppevahend kõigile arstiüliõpilastele ja arstidele. Põhinedes küll WMA poliitikal, poleks see siiski ise poliitiline dokument. Siinne käsiraamat on seega põhjaliku, WMA eetika töörühma juhitava ja koordineeritava ülemaailmse arendus- ja konsultatiivprotsessi tulemus.

Tänapäeva tervishoius on tekkinud äärmiselt keerukaid ja paljutahulisi eetikadilemmasid. Kahjuks pole arstid sageli ette valmistatud nende dilemmadega pädevalt toime tulema. Käesoleva väljaande struktuur lähtub püüdest kinnistada ja süvendada arstide eetilist hoiakut ning praktikat ja pakkuda vahendeid dilemmade lahendamiseks. See raamat pole mitte «õigete ja valede» toimimisviiside loetelu, vaid katse muuta arsti südametunnistust tundlikumaks. Just südametunnistus on igasuguse mõistliku ning eetilise otsustamise alus. Te leiate raamatust mitmeid juhtumianalüüse, mis peaksid ergutama nii iga üksikisiku mõtisklusi eetika üle kui ka meeskonnasisest arutelu.

Arstidena teame, kui suur eesõigus on saada osa patsiendi-arsti suhtest, mis on oma loomult ainulaadne ning kergendab teadusliku teadmise ja hoolitsuse vahendamist eetika ja usalduse raamisti-

kus. Käsiraamatu struktuuris kajastub püüe tuua välja küsimused, mis seostuvad arsti haaratusega erinevatesse suhtevõrkudesse, kuid kõige keskmes on alati arsti ja patsiendi suhe. Viimasel ajal on nimetatud suhe ressursipiirangute ja muude tegurite mõjul sattunud surve alla ning käesolev käsiraamat rõhutab vajadust seda sidet eetilise praktika kaudu tugevdada.

Lõpetuseks mõni sõna patsiendi keskse rolli kohta mis tahes meditsiinieetilises arutelus. Enamik arstide ühendusi tunnistab oma alusdokumentides, et eetilises mõttes peaksid kõigis raviotsustes esmaseks kaalutluseks olema konkreetse patsiendi huvid. Käesolev käsiraamat teenib oma eesmärke üksnes siis, kui ta aitab arstiüliõpilastel ja arstidel paremini orienteeruda neis rohketes eetikaprobleemides, millegi nad oma igapäevases tegevuses kokku puutuvad, ning leida tõhusaid viise tagamaks, et alati oleksid esikohal **PATSIENDI HUVID**.

Dr Delon Human, Maailma Arstide Liidu peasekretär



SISSEJUHATUS

MIS ON ARSTIEETIKA

Vaadeldgem järgmisi juhtumeid, mis võiksid aset leida peaaegu igal maal:

1. Dr P, kogenud ja osav kirurg, on lõpetamas öövalvet keskmise suurusega kohalikus haiglas. Üks ema toob haiglasse oma tütre, noore naise. Ema lahkub kohe, öeldes vastuvõtuõele, et peab vaatama oma teiste laste järele. Patsiendil on emakaverejooks koos suurte valudega. Dr P vaatab naise läbi ja otsustab, et tegu on kas siis tahtlikult esilekutsutud või iseenesliku nurisünnitusega. Ta teeb kiiresti emakakaela laiendamise ja küretaaži ning annab õele korralduse patsiendilt küsida, kas tema materiaalne olukord lubab tal jääda haiglasse, kuni ta on väljaspool ohtu ja võib koju minna. Kohale jõuab dr Q, kes vahetab dr P välja. Dr P läheb koju, ilma et oleks patsiendiga rääkinud.
2. Dr S-i panevad üha enam nõrdima patsiendid, kes tulevad tema juurde enne või pärast seda, kui on käinud sama haigusega mõne teise arsti vastuvõtul. Ta peab seda nii tervishoiuressursside raiskamiseks kui ka patsientide tervisele kahjulikuks. Ta otsustab sellistele patsientidele öelda, et ei ravi neid enam, juhul kui nad käivad sama haigusega veel mõne teise arsti juures. Ühtlasi on tal kavas pöörduda oma maa arstide liidu poole, võtmaks ette lobi tööd valitsuses, mis välistaks tervishoiuressursside seda laadi väärkasutuse.
3. Dr C-d, linnahaiglas äsja ametisse määratud anesthesioloogi, teeb rahutuks ühe vanema kirurgist kolleegi käitumine operatsioonisaalis. Too kirurg kasutab vananenud tehnikaid, mis pikendavad operatsiooni kestust ning toovad kaasa suurema operatsioonijärgse valu ja pikema paranemisaja. Peale selle viskab ta sageli patsientide üle jõhkrat nalja, mis ilmselgelt häirib assisteerivaid õdesid. Dr

C-le kui nooremale kolleegile on vastumeelt vanemat kirurgi isiklikult kritiseerida või temast ülemustele ette kanda. Kuid ta tunneb, et peab olukorra parandamiseks midagi tegema.

4. Dr R on üldarst väikelinnas. Temaga võtab ühendust ravimuuringuid teostav firma, mis teeb ettepaneku osaleda uue mittesteroidse põletikuvastase ravimi kliinilises katsetamises. Dr R-ile pakutakse teatud rahasumma iga patsiendi pealt, kelle ta suudab veenda uuringutes osalema. Ravimuuringuid teostav firma esindaja kinnitab arstile, et uuringute korraldajail on olemas kõik vajalikud load, sealhulgas ka eetikakomitee nõusolek. Dr R pole kunagi varem kliinilistes uuringutes osalenud ja talle valmistab niisugune võimalus heameelt, eriti arvestades lisaraha. Ta annab oma nõusoleku, ilma et uuriks lähemalt uuringute teaduslikke või eetilisi aspekte.

Kõik need juhtumid annavad ainet eetiliseks mõtiskluseks. Nad tõstatavad küsimusi *arst*² **käitumisest** ja **otsustamisest** – mitte teaduslikke ega tehnilisi küsimusi, nagu näiteks, kuidas ravida suhkurtõbe või kuidas sooritada topeltšunteerimist, vaid küsimusi *väärtustest*, õigustest ja vastutusest. Seda laadi probleemidega puutuvad arstid kokku niisama sageli kui teaduslik-tehniliste küsimustega.

Ükskõik milline ka oleks eriala või kontekst, mõningatele arstipraktikas ette tulevatele küsimustele on hoopis kergem vastata kui teistele. Lihtsa luumurru lahastamine või tavalise haava õmblemine ei tekita arstidele, kes on harjunud niisuguseid protseduure tegema, mingeid erilisi probleeme. Spektri teises otsas võib aga esineda suuri lahkavamusi või märgatavat ebakindlust selle osas, kuidas mõnd haigust tuleks ravida – ja seda isegi niisuguste üldlevinud haiguste puhul nagu tuberkuloos või kõrgvererõhutõbi. Samamoodi pole ka meditsiini eetilised küsimused kõik ühtviisi rasked. Mõnele on võrdlemisi lihtne vastata, peamiselt seepärast, et on olemas hästi välja töötatud konsensus, kuidas on teatud olukorras õige käituda (näiteks et arst peab alati küsima

² Kursiivis esitatud sõnade definitsioonid on antud sõnastikus (vt lisa A).

patsiendilt nõusolekut, kui tahab teda uuringus katsealusena kasutada). Mõned küsimused on aga märksa raskemad, eriti need, mille puhul konsensus on välja kujunemata või kus kõigil lahendusvariantidel on oma puudused (näiteks nappide tervishoiuressursside jaotamine).

Mis siis on eetika täpsemalt ja kuidas aitab ta arstidel säärase küsimustega toime tulla? Lihtsalt väljendudes on eetika moraali uurimine – moraaliotsustuste ja käitumise hoolikas ja süstemaatiline vaagimine ning analüüsimine, ükskõik kas tegu on siis kunagiste, praeguste või tulevaste otsuste ja käitumise-ga. Moraal on inimliku otsustamise ja käitumise väärtusmõõde. Moraali keel hõlmab nimisõnu nagu «õigused», «vastutus» ja «*voorused*» ning omadussõnu nagu «hea» ja «halb» (või «kuri»), «õige» ja «väär», «õiglane» ja «ebaõiglane». Nende määratluste kohaselt puutub eetika eeskätt **teadmis**se, samas kui moraali puutub eeskätt **toimim**isse. Nende kahe tihe seos seisneb selles, et eetika püüab inimestele anda mõistuspäraseid kriiteeriume, mille alusel otsustada või käituda pigem üht- kui teistviisi.

«...on eetika moraali uurimine – moraaliotsustuste ja käitumise hoolikas ja süstemaatiline vaagimine ning analüüsimine, ükskõik kas tegu on siis kunagiste, praeguste või tulevaste otsuste ja käitumisega.»

Kuna eetika tegeleb inimkäitumise ja -otsustamise kõigi aspektidega, kujutab ta endast väga suurt ja keerukat uurimisvalda paljude harude ja alljaotustega. Siinse käsiraamatu huvikeskmes on **arstieetika** – eetika haru, mis tegeleb arstipraktika moraaliküsimustega. Arstieetika on üks osa *meditsiinieetikast*. Viimane on tihedalt seotud *bioeetikaga*, ent pole sellega samane. Kui meditsiinieetika keskendub peamiselt praktilises meditsiinis kerkivatele küsimustele, siis bioeetika on väga avar ainevald, mis uurib bioteaduste arenguga seoses kerkinud moraaliküsimusi üldisemalt. Bioeetika erineb meditsiinieetikast ka selle poolest, et ei nõua teatud traditsiooniliste väärtuste tunnistamist, mis

meditsiinieetikas – nagu näeme 2. peatükis – on põhjaneva tähtsusega.

Akadeemilise distsipliinina on arstieetika arendanud välja omaenda erilise sõnavara, mis muu hulgas hõlmab ka paljusid filosoofiast laenatud termineid. Siinne käsiraamat ei nõua lugejailt filosoofia tundmist ning seepärast antakse võtmemõistete tähendused ka nende esimesel esinemisel tekstis või käsiraamatu lõppu paigutatud sõnastikus.

MIKS ÕPPIDA ARSTIEETIKAT?

«Kui arst on oma ravitöös asjatundlik ja osav, pole eetika oluline.»

«Eetikat õpitakse perekonnas, mitte arstiteaduskonnas.»

«Arstieetikat õpitakse vanemate arstide käitumist jälgides, mitte raamatutest ega loengutest.»

«Eetika on tähtis küll, kuid meie õppekava on juba niigi üle koormatud ning eetika õpetamiseks pole ruumi.»

Nii põhjendatakse tavaliselt, miks eetikale pole tarvis anda suurt rolli arstiteaduskondade õppekavas. Kõik need põhjendused peavad paika – kuid üksnes osaliselt. Arstiteaduskonnad üle kogu maailma on hakanud üha enam mõistma, et neil on tarvis anda üliõpilastele piisavalt aega ja ressursse eetika õppimiseks. Selles suunas liikumiseks on

**«Eetika õppimine
valmistab
arstiüliõpilasi
ette raskeid
situatsioone ära
tundma ning nendega
mõistuspärasel ja
põhimõttekindlal
viisil toime tulema.»**

nad saanud olulist tuge säärastelt organisatsioonidelt nagu Maailma Arstide Liit ja Meditsiinihariduse Maailmaföderatsioon (vt lisa C).

Eetika tähtsuse arstihariduses peaks tegema ilmseks käesolev käsiraamat. Kokkuvõtlikult öeldes on eetika praegu – ja on alati olnud – meditsiinipraktika oluline koostisosa. Niisugused eetika-põhimõtted nagu isikust lugupidamine,

informeeritud nõusolek ja kutsesaladus on arsti-patsiendi suhtes peamised. Kuid nende põhimõtete rakendamine konkreetsetes olukordades on sageli keeruline, kuna arstid, patsiendid, nende pereliikmed ja teised tervishoiutöötajad võivad olla eri arvamusel, kuidas on õige toimida. Eetika õppimine valmistab arstiüliõpilasi ette raskeid situatsioone ära tundma ning nendega mõistuspärasel ja põhimõttekindlal viisil toime tulema. Samuti on eetika oluline arstide suhetes ühiskonnaga ja kolleegidega ning arstiteadusliku uurimistöö korraldamisel.

ARSTIEETIKA, ARSTIDE PROFESSIONAALSUS, INIMÕIGUSED JA SEADUSANDLUS

Nagu esimeses peatükis näeme, on eetika olnud meditsiini lahutamatu osa vähemasti Hippokratese aegadest peale. Hippokrates, kes elas 5. sajandil eKr, oli kreeka arst, keda peetakse arstieetika rajajaks. Hippokrateselt pärineb arusaam meditsiinist kui **kutsealast**, mille esindajad avalikult töötavad, et seavad patsientide huvid omaenda huvidest kõrgemale (täpsemaid selgitusi vt 3. peatükk). Eetika ja professionaalsuse tihe seotus ilmneb kogu käesoleva käsiraamatu vältel.

Kõige viimasel ajal on arstieetikat tugevasti mõjutanud **inimõiguste** areng. *Pluralistlikus* ja paljukultuurilises maailmas hulga erinevate moraali traditsioonidega võivad inimõigusi käsitlevad kokkulepped anda arstieetikale sellise aluse, mis on vastuvõetav riigi- ja kultuuripiiride üleselt. Peale selle tuleb arstidel sageli kokku puutuda inimõiguste rikkumisest tulenevate meditsiiniliste probleemidega, nagu näiteks sundmigratsioon ja piinamine. Ka puudutab arste sügavalt vaidlus selle üle, kas arstiabi on inimõigus, kuna vastus nimetatud küsimusele määrab igas konkreetses riigis suuresti ära selle, kellel on ligipääs arstiabile.

Arstieetika on tihedalt seotud ka **seadusandlusega**. Enamikus riikides on olemas seadused, mis täpsustavad, kuidas tuleb arstidel lahendada eetikaküsimusi patsientide ravimisel ja nendega seotud uu-

«Üsna sageli kirjutab eetika ette rangemaid käitumisnõudeid kui seadusandlus, ning vahel nõuab eetika sedagi, et arstid ei kuuletuks seadustele, mis nõuavad ebaeetilist käitumist.»

rimistöös. Lisaks võivad meedikuid litsentsivad ja nende tegevust korraldavad ametnikud igas konkreetses riigis arste eetiliste rikkumiste ees karistada – ja mõnikord seda ka tehakse. Kuid eetika ja seadusandlus pole katuvad. Üsna sageli kirjutab eetika ette rangemaid käitumisnõudeid kui seadusandlus, ning vahel nõuab eetika sedagi, et arstid ei kuuletuks seadustele, mis nõuavad ebaeetilist käitumist. Peale selle erinevad seadused eri riikides märkimisväärsel määral, samas kui eetika peaks kehtima riigipiiride

üleselt. Seepärast on käesoleva käsiraamatu põhirõhk eetikal, mitte seadusandlusel.

KOKKUVÕTE

Meditsiin on nii teadus kui kunst. Teadus uurib seda, mida saab vaadelda ja mõõta. Asjatundlik arst tunneb ära haiguse märgid ja teab, kuidas head tervist taastada. Kuid teaduslikul meditsiinil on oma piirid, eriti mis puutub inimese individuaalsusse, kultuuri, usutunnistusse, vabadusse, õigustesse ja vastutusse. Meditsiin kui kunst hõlmab arstiteaduse ja tehnoloogia individuaalset rakendamist patsientidele, perekondadele ja kogukondadele, need aga pole kunagi täpselt ühesugused. Ülekaalukalt suurem osa indiviidide, perekondade ja kogukondade vahelistest erinevustest on mittefüsioloogilised. Just nende erinevuste tunnistamisel ning nendega toimetulemisel mängivad olulist rolli kunstid ning humanitaar- ja ühiskonnateadused koos eetikaga. Tegelikult rikastavad need teistest distsipliinidest pärinevad tõdemused ja andmed ka eetikat ennast; näiteks kliinilise dilemma kujutamine teatrietenduses võib olla võimsam stiimul eetiliseks mõtluseks ja analüüsiks kui lihtne juhtumikirjeldus.

Siinne käsiraamat saab anda vaid elementaarse sissejuhatuse arstieetikasse ja mõningatesse selle kesksetesse küsimustesse. Elukõige peaks ta panema lugeja mõistma, et on tarvis pidevalt mõelda meditsiini eetilise mõõtme üle, eriti aga selle üle, kuidas tulla toime omaenda praktikas ettetulevate eetikaküsimustega. Lisas B on toodud ära nimekiri abiallikatest, mis aitavad süvendada arstieetika tundmist.

ESIMENE PEATÜKK ARSTIEETIKA PEAJOONED





EESMÄRGID

Pärast selle peatüki läbitöötamist peaksite olema võimeline:

- selgitama, miks on eetika meditsiinis tähtis
- teadma arstieetika põhiallikaid
- tundma ära erinevaid lähenemisviise eetilisele otsustamisele ning oskama paika panna ka enda oma

MIS ON MEDITSIINIS ERILIST?

Peaaegu kogu dokumenteeritud ajaloo vältel ning enam-vähem igas maailma nurgas on arst olemine tähendanud midagi erilist. Inimesed tulevad arsti juurde, et saada abi oma kõige painavamate hädade vastu: leida leevendust valule ja kannatustele ning taastada oma tervist ning heaolu. Nad lubavad arstil näha ja puudutada kõiki oma kehaosi, isegi kõige intiimsemaid, ning nende kallal toiminguid sooritada. Inimesed teevad seda uskudes, et arst talitab nende huvides.

«Sageli tunnevad arstid, et neid ei austata enam nii nagu varem.»

Arstide staatus on eri maades ja isegi ühe maa piires erinev. Kuid üldiselt paistab nende seisund halvenevat. Sageli tunnevad arstid, et neid ei austata enam nii nagu varem. Mõnes riigis on võim tervishoiu üle vähehaaval läinud arstidelt üle elukutseliste administraa-

torite ja ametnike kätte, kellest mõnigi kipub arstides nägema pigem takistust kui partnerit tervishoiu ümberkorraldamisel. Patsiendid, kes varem nõustusid arsti korraldustega vastuvaidlematult, tahavad mõnikord, et arst oma soovitusi põhjendaks, kui need ei lange kokku teistelt meedikutelt või internetist saadud nõuannetega. Mõningaid protseduure, millega varem tulid toime vaid arstid, sooritavad nüüd meditsiinitehnika spetsialistid, õed või päästetöötajad.

Hoolimata neist arstide staatust mõjutavaist muutustest on arst endiselt elukutse, mida arstiabi vajavad haiged inimesed kõrgelt hindavad. Samuti tõmbab meditsiin pidevalt ligi suurel hulgal väga andekaid, töökaid ja pühendunud üliõpilasi. Selleks et täita nii patsientide kui üliõpilaste ootusi, on oluline, et arstid tunneksid ja peaksid oma tegevuses silmas meditsiini põhi-

«...et täita nii patsientide kui üliõpilaste ootusi, on oluline, et arstid tunneksid ja peaksid oma tegevuses silmas meditsiini põhiväärtusi»

väärtusi, eriti kaastunnet, kompetentsust ning autonoomiat. Koos põhiliste inimõiguste austamisega on need väärtused arstieetika vundamentideks.

MIS ON ARSTIEETIKAS ERILIST?

Iseenesest pole kaastunne, kompetentsus ja autonoomia midagi meditsiinile ainuomast. Kuid arstidelt oodatakse nende väärtuste kehasutamist suuremal määral kui teistelt inimestelt, seahulgas paljude teiste elukutsete esindajatelt.

Kaastunne, mida on määratletud kui teise inimese häda mõistmist ja huvi tundmist selle vastu, on arstipraktikas väga oluline. Patsiendi hädadega tegelemiseks peab arst uurima välja sümptomid, mis patsienti vaevavad, ja nende aluseks olevad tegurid ning ta peab tahtma aidata patsiendil kergendust leida. Patsient reageerib ravile paremini, kui tunnetab, et arst saab tema murest aru ja tegeleb temaga, mitte lihtsalt tema haigusega.

Arstidelt niihästi oodatakse kui ka nõutakse väga suurt **kompetentsust**. Kompetentsuse puudumise tagajärjeks võib olla patsiendi surm või tõsine tervisehädä. Kompetentsuse tagamiseks teevad arstid läbi pikaajalise väljaõppeperioodi, kuid arstiteaduse kiire areng paneb kompetentsust pidevalt proovile. Pealegi ei tule arstil alal hoida mitte üksnes oma teaduslikku pädevust ja tehnilisi oskusi, vaid ka eetika-alaseid teadmisi, oskusi ja hoiakuid, kuna meditsiinipraktika ning selle ühiskondliku ja poliitilise keskkonna muutudes tekib üha uusi eetilisi probleeme.

Autonoomia ehk enesemääramine on see meditsiini tuumikväärtus, mis on aastate jooksul kõige rohkem muutunud. Üksikisikutena on arstidel traditsiooniliselt olnud suur kliiniline autonoomia selle üle otsustamisel, kuidas oma patsiente ravida. Arstidel kollektiivselt (kutselana) on olnud vabadus ise kindlaks määrata meditsiinihariduse ja

meditsiinilise praktika nõudeid. Nagu saab ilmseks käesoleva käsiraamatu vältel, on mõlemat arstide autonoomia realiseerimise viisi paljudes riikides nii valitsuse kui teiste arste kontrollivate organite poolt piiratud. Hoolimata neist raskustest väärtustavad arstid ikkagi oma kliinilist ja professionaalset autonoomiat ning püüavad seda säilita-

Maailma Arstide Liidu Genfi deklaratsioon

Sellest hetkest alates, kui minust saab arstkonna liige:

töotan ma pühalikult pühendada oma elu inimkonna teenimisele;

avaldan ma austust ja tänu oma õpetajatele, kes on selle igati ära teeninud;

töotan ma oma erialal südametunnistuse ja väärikusega;

on minu esmane mure minu patsiendi tervis;

hoian ma mulle usaldatud saladusi isegi pärast patsiendi surma;

hoian ma au sees kõigi minu kasutuses olevate vahenditega arstikutset ja selle üllaid traditsioone;

on minu kolleegid minu õed ja vennad;

ei lase ma vanuselistel, soolistel, rahvuslikel, rassilistel, samuti haigusest või teovõimetusest, usulistest tõekspidamistest, etnilisest päritolust, poliitilisest kuuluvusest, seksuaalsest orientatsioonist või sotsiaalsest seisundist tuleneval kaalutlustel sekkuda minu töökohustuste ja patsiendi vahele;

austan ma ülimal määral inimelu selle alghetkest alates; isegi ähvardused ei saa mind sundida kasutama meditsiinilisi teadmisi inimsuse põhimõtete vastu.

Kõike seda töotan ma pühalikult, vabatahtlikult ja oma au juures.¹

¹ Tõlge on avaldatud raamatus Kergandberg E., Sootak J., «Tekste meditsiiniõigusest I», Tartu 1997. Genfi deklaratsioonis on aastail 2005–2006 tehtud väiksemaid redaktsioonilisi muudatusi, mida käesolev tõlge ei kajasta. Vt selle kohta WMA koduleheküljel <http://wma.net/ee>. Tlk märkus.

da nii palju kui võimalik. Samal ajal on arstid kogu maailmas hakanud laialt tunnustama patsiendi autonoomiat, mis tähendab seda, et just patsient ise peaks olema teda puudutavates küsimustes ülimalt otsustajaks. Siinne käsiraamat toob mõningaid näiteid võimalikest konfliktidest arsti autonoomia ning patsiendi autonoomia austamise vahel.

Lisaks nende kolme põhiväärtuse järgimisele erineb arstieetika kõigile rakendatavast üldeetikast ka selle poolest, et tema järgimist töötatakse avalikult kas vandega, nagu näiteks Maailma Arstide Liidu **Genfi deklaratsioon** ja/või eetikakoodeks. Vanded ja koodeksid on eri riikides ning isegi ühe riigi piires erinevad, kuid neil on palju ühisjooni, sealhulgas lubadus, et arst peab eeskätt silmas patsientide, mitte iseenda huve, et ta ei diskrimineeri patsiente rassi, usundi või muul inimõigustega seotud alusel, et ta kaitseb patsiendiandmete konfidentsiaalsust ja annab erakorralist abi kõigile vajajaile.

KES OTSUSTAB, MIS ON EETILINE?

Eetika on *pluralistlik*. Inimesed pole ühel meelel selles, mis on õige ja mis väär. Ja isegi kui nad on ühesugusel arvamusel, võivad neil sealjuures olla erinevad põhjendused. Mõnes ühiskonnas peetakse selliseid lahkavarusi normaalseks ning inimesed on suuresti vabad toimima nii, nagu nad tahavad, seni kui nad ei riku seejuures teiste õigusi. Ent traditsioonilisemates ühiskondades on eetika osas rohkem üksmeelt ja ka suurem sotsiaalne surve teatud teguviiside eelistamiseks teistele. Mõnikord toetavad seda ka riigi seadused. Säärastes ühiskondades mängivad kultuur ja usund eetilise käitumise määramisel sageli peamist rolli.

Vastus küsimusele, kes otsustab, mis on eetiline inimeste jaoks üldiselt, varieerub seega sõltuvalt ühiskonnast ning isegi ühe ühiskonna piires. Liberaalsetes ühiskondades on üksikisikul suur vabadus ise otsustada, mis on eetiline, ehkki tõenäoliselt mõjutavad teda seejuures perekond, sõbrad, usund, meedia ja teised välised allikad. Traditsioo-

nilisemates ühiskondades on perekonna ja suguvõsa vanematel, usujuhtidel ning poliitilistel liidritel tavaliselt suurem roll kui üksikisikul selle kindlaksmääramisel, mis on eetiline.

Hoolimata neist erinevustest tundub, et enamik inimesi on valmis nõustuma mõningate põhiliste eetikaprintsiipidega, nimelt peamiste inimõigustega, mis on deklareeritud ÜRO **Inimõiguste ülddeklaratsioon** ning teistes üldtunnustatud ja ametlikult heakskiidetud dokumentides. Arstieetika seisukohast on eriti olulised inimõigused õigus elule, õigus mitte saada diskrimineeriva, piinava, julma, eba-inimliku või alandava kohtlemise osaliseks, arvamus- ja sõnavabadus, võrdne ligipääs avalikele teenustele ja arstiabile oma riigis.

Arstidele on küsimuse, kes otsustab, mis on eetiline, vastus kuni suhteliselt hilise ajani olnud mõnevõrra teistsugune kui inimestele üldiselt. Sajandite jooksul on arstkond töötanud oma esindajate jaoks välja omaenda käitumisnormid, mida väljendavad eetikakoodeksid ja nendega seotud tegutsemisstrateegiad. Üleilmsel tasandil on WMA esitanud terve rea eetikapõhimõtteid, mis täpsustavad arstidelt nõutavat käitumist, ükskõik kus nad elavad ja praktiseerivad. Paljudes kui mitte enamikus riikides on arstide liidud olnud vastutavad toimivate eetikanormide väljatöötamise ja kehtestamise eest. Sõltuvalt sellest, missugune on riigis arstiabi puudutav seadusandlus, võib neil normidel olla ka juriidiline jõud.

Kuid arstielukutse eesõigus määrata ise oma eetikanõudeid pole kunagi olnud absoluutne. Näiteks:

- Arstid on alati allunud riigi üldistele seadustele ning mõnikord on neid karistatud nende seaduste rikkumise eest.
- Mõned arstiabi andvad organisatsioonid on tugevasti mõjutatud usulistest õpetustest, mis panevad oma liikmetele peale täiendavaid kohustusi lisaks neile, mis kehtivad kõigi arstide suhtes.
- Tänapäeval kuulub paljudes maades organisatsioonidesse, mis määravad kindlaks arstide käitumisnorme ja jälgivad nende täitmist, märkimisväärselt palju mittemeedikutest liikmeid.

Arstide liitude eetilised juhtnöörid on oma loomult üldised; need ei suuda käsitleda kõiki olukordi, millega arstid võivad oma praktikas kokku puutuda. Enamikus situatsioonides tuleb arstil endal otsustada, kuidas on õige toimida, kuid otsuse langetamise juures on abiks teadmine, mida teised samalaadsetes olukordades on teinud või teeksid. Arstieetika koodeksid ja tegutsemisjuhised peegeldavad üldist konsensust selle suhtes, misugune peaks olema arstide teguviis, ning neid tuleks järgida alati, kui pole mõjuvat põhjust toimida teisiti.

«...otsuse
langetamise juures
on abiks teadmine,
mida teised
samalaadsetes
olukordades on
teinud või teeksid.»

KAS ARSTIEETIKA MUUTUB?

Pole erilist kahtlust, et mõned arstieetika aspektid on aastate jooksul muutunud. Veel üsna hiljuti oli arstidel õigus ja kohustus otsustada, kuidas patsiente tuleks ravida. Arst ei pidanud hankima patsiendi informeeritud nõusolekut. Seevastu WMA **Deklaratsioon patsiendi õigustest** (1995. aasta versioon) algab järgmise tõdemusega: «Viimasel ajal on arstide, nende patsientide ja laiema üldsuse suhted märkatavalt muutunud. Kui arst peab alati tegutsema vastavalt oma südametunnistusele ning samas alati ka patsiendi huvides, siis sama suurt tähelepanu tuleb pöörata ka patsiendi autonoomia ja õigluse tagamisele.»³ Nüüd leiavad inimesed sageli, et nende tervis on eeskätt nende endi vastutusala ning arstide osaks on toimida nõuandjana või juhendajana. Ehkki rõhuasetus ise enese eest hoolitsemisele pole kaugeltki üldlevinud, tundub see hoiak üha enam levivat ning annab tunnistust üldisemast arengusuunast arsti-patsiendi suhtes, mis seab arstide ette teistsugused eetilised kohustused kui varem.

³ WMA Deklaratsioon patsiendi õigustest on eesti keeles terviktekstina avaldatud ajakirjas Eesti Arst (2001, nr 5, lk 291–293); samuti võib selle leida D. von Engelhardti koostatud kogumikust "Eetika meditsiini argipäevas" (Tartu: TÜ Kirjastus 2002). *Tlk märkus.*

**«...erinevad
vastutusvormid
võivad omavahel
sattuda konflikti»**

Veel üsna hiljuti pidasid arstid end *vastutavaks* vaid iseenda, oma kolleegide ning usklike inimeste puhul ka Jumala ees. Nüüd aga tuleb neil peale selle vastutada ka patsientide ees, kolmandate osapoolte, näiteks haiglate ja *hal-dusmeditsiini* organisatsioonide ees,

litsentsivate ja reguleerivate organisatsioonide ning sageli ka kohtu ees. Need erinevad vastutusvormid võivad omavahel sattuda konflikti, nagu näitab topeltlojaalsuse arutelu 3. peatükis.

Arstieetika on muutunud ka muus mõttes. Abordile kaasaaitamine oli veel mõni aeg tagasi meditsiini eetikakoodeksites keelatud, ent nüüd suhtuvad paljude maade arstid sellesse sallivalt, kui on täidetud teatud tingimused. Kui traditsioonilises arstieetikas olid arstid vastutavad ainult oma patsientide kui üksikindiviidide ees, siis tänapäeval ol-lakse üldiselt nõus, et arstid peaksid arvestama ka ühiskonna vajadusi, näiteks nappide tervishoiuressursside jagamisel (vt 3. peatükk).

Arstiteaduse ja meditsiinitehnoloogia edusammud toovad kaasa uusi eetikaküsimusi, millele traditsiooniline arstieetika ei suuda vastata. Kunstlik viljastamine, geneetika, terviseinformaatika ning elu pikenda-vad ja elukvaliteeti parandavad tehnoloogiad, mis kõik nõuavad arsti-de osavõttu, võivad potentsiaalselt patsientidele suurt kasu tuua, kuid samas ka suurt kahju teha, sõltuvalt sellest, kuidas neid rakendatak-se. Selleks et aidata arstidel otsustada, millal ja millistel tingimustel nad peaksid sellistes toimingutes osalema, peavad arstide liidud pigem kasutama erinevaid analüütilisi meetodeid kui lihtsalt toetuma olemasolevatele eetikakoodeksitele.

Hoolimata neist ilmsetest muutustest arstieetikas on paljud arstid üks-meelselt arvamusel, et meditsiini põhiväärtused ja eetilised põhimõtted on muutumatud või vähemalt ei peaks muutuma. Kuna haigused jäävad alati inimelu lahutamatuks osas, püsib ka pidev vajadus kaastundlike, kompetentsete ja autonoomsete arstide järele, kes haigete eest hoolt kannaksid.

KAS ARSTIEETIKA ON ERI RIIKIDES ERINEV?

Nii nagu arstieetika võib vastuseks arstiteaduse ja meditsiinitehnoloogia arengule muutuda ning tõesti muutubki, nii on see nendesamade tegurite tõttu ka eri riikides erinev. Näiteks eutanaasia küsimuses valitsevad eri riikide arstide liitude vahel märkimisväärsed lahkavumused. Mõned liidud mõistavad selle hukka, samas kui teised on erapooletud ning vähemalt üks rahvuslik assotsiatsioon, Hollandi Kuninglik Arstide Liit, kiidab selle teatud tingimustel heaks. Küsimuses, kui ligipääsetav peaks olema arstiabi, pooldavad mõnede riikide arstide liidud kõigi kodanike võrdsust, teised aga on valmis nõustuma suurte ebavõrdsustega. Mõnel maal tuntakse suurt huvi koos moodsate meditsiinitehnoloogiate tulekuga kerkivate eetikaküsimuste vastu, seevastu maades, kus ligipääs sellistele tehnoloogiatele puudub, pole need küsimused päevakorras. Mõnes riigis on arstid kindlad, et valitsus ei sunni neid tegema midagi ebaeetilist, samas kui mõne teise riigi arstidel võib olla raske oma eetilisi kohustusi täita – näiteks tagada patsiendiandmete saladuses hoidmist, kui politsei või armee nõuab «kahtlastest» vigastustest teatamist.

Ekki need erinevused võivad tunduda märkimisväärsed, on sarnasusi siiski palju rohkem. Maailma arstidel on palju ühist, ja kui nad kohutavad omavahel sellistes organisatsioonides nagu WMA, jõuavad nad vaieldavais eetikaküsimustes tavaliselt kokkuleppele, sageli küll alles pärast pikki vaidlusi. Sellised arstieetika põhiväärtused nagu kaastunne, kompetentsus ja autonoomia annavad koos arsti kogemuste ja oskustega kõigis arstiabi ning tervishoiu valdkondades kindla aluse meditsiini eetiliste küsimuste analüüsimiseks ning selliste lahendusteni jõudmiseks, mis on nii patsientide kui üksikisikute kui ka kodanike ja rahva tervise huvides üldiselt.

MAAILMA ARSTIDE LIIDU ROLL

WMA kui ainus rahvusvaheline organisatsioon, mis püüab esindada kõiki arste olenemata rahvusest või konkreetsest erialast, on võtnud endale

«WMA on võtnud endale ülesande määrata kindlaks arstieetika üldised normid, mis oleksid rakendatavad kogu maailmas.»

ülesande määrata kindlaks arstieetika üldised normid, mis oleksid rakendatavad kogu maailmas. Alates oma asutamisest 1947. aastal on WMA töötanud selle nimel, et enam kunagi ei korduks niisugune ebaeetiline käitumine, nagu seda ilmutasid mõned arstid natslikul Saksamaal ja ka mujal. WMA esimene ülesanne oli kaasajastada Hippokratese vanne lähtuvalt 20. sajandi vajadustest;

tulemuseks oli **Genfi deklaratsioon**, mis võeti vastu WMA 2. üldkogul 1948. aastal. Hiljem on seda dokumenti mitu korda redigeeritud, viimati 1994. aastal. Teiseks ülesandeks oli **Rahvusvahelise arstieetika koodeksi** väljatöötamine, mis võeti vastu 3. üldkogul 1949. aastal ning mida parandati ja täiendati aastail 1968 ja 1983. Praegusel hetkel on see koodeks taas ülevaatamisel. Järgmiseks ülesandeks oli töötada välja eetikajuhtnõõrid inimuuringute tarvis. See võttis palju kauem aega kui esimesed kaks dokumenti; alles 1964. aastal võeti need juhtnõõrid vastu **Helsingi deklaratsiooni** nime all. Seda dokumenti on hiljem regulaarselt täiendatud ja parandatud, viimati 2000. aastal.

Lisaks neile põhjapanevatele eetikadokumentidele on WMA võtnud vastu poliitilisi otsuseid rohkem kui 100 konkreetsetes küsimuses, millest enamik on oma loomult eetilist laadi, osa aga käsitleb ühiskondlik-meditsiinilisi teemasid, sealhulgas arstiharidust ja tervishoiusüsteeme. Igal aastal vaatab WMA üldkogu üle mõningaid kehtivaid tegutsemisjuhiseid ja/või kiidab heaks uusi.

KUIDAS MAAILMA ARSTIDE LIIT OTSUSTAB, MIS ON EETILINE?

Rahvusvahelise kokkuleppe saavutamine vaieldavais eetikaküsimustes pole lihtne ülesanne isegi sellise suhteliselt kokkuhoidva rühma puhul nagu arstid. Selle, et tema eetika-alased otsused peegeldaksid kon-

sensust, tagab WMA niimoodi, et nõuab oma mis tahes uue või ülevaadatud dokumendi osas 75%-list häälteenamust oma iga-aastaselt üldkogul. Säärase üksmeele saavutamise eeltingimuseks on dokumendiprojektide laialdane arutamine, tehtud märkuste hoolikas vaagimine WMA Arstieetika Komitee poolt ning mõnikord ka konkreetse küsimuse läbivõtmiseks moodustatud eraldi töörühma poolt, ning lõpuks dokumendi redigeerimine, millele sageli järgnevad uued arutelud. See protsess võib olla üpris pikaajaline, sõltuvalt küsimuse keerukusest ja/või uudsusest. Näiteks **Helsingi deklaratsiooni** viimast redigeerimist alustati 1997. aasta algul, kuid lõpule jõuti sellega alles oktoobris 2000. Isegi siis jäid mitmed olulised küsimused lahtiseks ning Arstieetika Komitee ja paljud töörühmad uurivad neid praegugi edasi.

**«Rahvusvahelise
kokkuleppe
saavutamine
vaieldavais
eetikaküsimustes
pole lihtne
ülesanne...»**

Protsessi hea kulg on hea tulemuse saavutamisel oluline, kuid ei garanteeri seda. Selle üle otsustamisel, mis on eetiline, toetub WMA arstieetika kauaaegsele traditsioonile, nii nagu seda peegeldavad tema senised eetikadokumendid. Samuti võtab ta arutatavas küsimuses arvesse muid vaatekohti, mida esitavad riiklikud ja rahvusvahelised organisatsioonid ning eetikateadmistega üksikisikud. Mõnes küsimuses, nagu näiteks informeeritud nõusolek, leiab WMA end olevat enamusvaatega samal arvamusel. Mõnes teises küsimuses aga, nagu näiteks isiku terviseandmete saladus, tuleb arstide positsiooni jõuliselt kaitsta valitsuste, tervishoiuadministraatorite ja/või kommertsettevõtete vastu. WMA lähenemise määravaks jooneks on esmatähtsus, mida ta omistab individuaalsele patsiendile või katseisikule. Kui tsiteerida **Genfi deklaratsiooni**, siis arst töötab: «Minu patsiendi tervis on minu esmane mure.» Ja **Hel-**

**Mõnes küsimuses
aga tuleb arstide
positsiooni jõuliselt
kaitsta valitsuste,
tervishoiuadminist-
raatorite ja/või
kommertsettevõtete
vastu.**

singi deklaratsioon kinnitab: «Inimesel tehtud meditsiiniuuringute puhul ei tohi teaduse ega ühiskonna huvid iialgi prevaleerida inimese enda heaolu üle.”⁴

KUIDAS ÜSIKISIKUD OTSUSTAVAD, MIS ON EETILINE?

**Vastutus oma
eetikaotsustuste ja
nende elluviimise
eest lasub
lõppkokkuvõttes
üksikisikul endal.**

Arstide ja arstiüliõpilaste kui üksikisikute jaoks ei seisne arstieetika lihtsalt WMA või teiste arstiorganisatsioonide soovitude järgimises. Need soovitudesed on enamasti üldist laadi ja konkreetsetes olukorras tuleb üksikisikul nende kehtivuse üle endal otsustada. Peale selle tekib arstipraktikas palju ka selliseid eetikaküsimusi, mille kohta arstide liitude soovited puuduvad.

Vastutus oma eetikaotsustuste ja nende elluviimise eest lasub lõppkokkuvõttes üksikisikul endal.

Sellistele eetikaküsimustele nagu näiteks käesoleva käsiraamatu alguses loetletud juhtumid saab läheneda mitmeti. Laias laastus võib lähenemisviisid jagada kahte kategooriasse: *mõistuspärased* ja *mittemõistuspärased*. Oluline on märkida, et mittemõistuspärased ei tähenda siinkohal mõistusevastasust, vaid lihtsalt erinevust süstemaatiliseist ja juurdlevast mõistuse kasutamisest otsustusprotsessis.

Mittemõistuspärased lähenemised:

- **Kuulekus** on levinud viis eetikaotsuste langetamiseks, mida kohatab eriti laste juures, ent näiteks ka autoritaarsetes struktuurides

⁴ Helsingi deklaratsiooni tervikteksti eestikeelne tõlge vt Eesti Arst 2001, nr 4, lk 225–228; see on avaldatud ka raamatus „Eetika meditsiini argipäevast“ (koost. D. von Engelhardt, Tartu: TÜ Kirjastus, 2002). *Tlk märkus.*

töötavate inimeste puhul (nt sõjavägi, politsei, mõned usuorganisatsioonid, paljud ettevõtted). Moraal seisneb võimukandjate reeglite või juhtnööride järgimises, ükskõik kas nendega nõustutakse või ei.

- **Jäljendamine** sarnaneb kuulekusega selle poolest, et allutab inimese hinnangu õige ja vale käitumise kohta teise isiku, antud juhul mõne eeskuju arvamusele. Moraal seisneb eeskuju järgi joondumises. See on nähtavasti olnud arstiks püüdlejate seas kõige tavalisem viis arstieetika õppimiseks: eeskujuks on vanemad arstid ning moraali õppimise meetodiks on vaadeldavate väärtuste jälgimine ja omaksvõtmine.
- **Tunne** või **soov** on subjektiivne lähenemine moraalialasele otsustamisele ja käitumisele. Õige on see, mis tundub õige või vastab soovidele; vale on see, mis tundub vale või pole soovikohane. Moraali mõõt tuleb leida iga üksikisiku enese seest ning see võib muidugi isikuti – aga isegi ühel ja samal isikul eri ajahetkedel – tugevasti varieeruda.
- **Intuitsioon** ehk **vaist** on õige käitumisviisi vahetu tajumine mingis olukorras. Vaist sarnaneb sooviga selle poolest, et on samuti täiesti subjektiivne, kuid erineb selle poolest, et seostub pigem mõistusliku kui tahtega. Selles mõttes on ta mõistuspärastele eetilise otsustamise vormidele lähemal kui kuulekus, jäljendamine, tunne ja soov. Kuid vaist pole süstemaatiline ega juurdlev, vaid suunab moraaliotsuseid lihtsa taipamisvälgatuse kaudu. Nii nagu soov ja tunne, võib ka vaist niihästi isikuti kui ka ühel ja samal isikul eri ajahetkedel väga erinev olla.
- **Harjumus** on väga tõhus moraaliotsustusmeetod, kuna selle puhul puudub vajadus korrata süstemaatilist otsustamisprotsessi iga kord, kui tekib samalaadne moraaliküsimus nagu mõni varem käsitletu. Kuid harjumused võivad olla nii head (nt tõerääkimine) kui ka halvad (nt valetamine); lisaks võivad pealtnäha sarnased olukorrad nõuda oluliselt erinevaid otsuseid. Nii kasulik kui harjumus ongi, ei saa siiski oma otsuseid tervenisti vaid sellele rajada.

Mõistuspäraseid lähenemisviiseid:

Eetika kui moraali uuriv distsipliin tunnistab eelkirjeldatud mittemõistuspärase lähenemisviise valdavalt otsustamises ja käitumises. Ent siiski huvitavad eetikas pigem mõistuspäraseid lähenemisi. Neli sääraseid lähene-mist on deontoloogia, konsekventsialism, printsipilism ja vooruseetika:

- **Deontoloogia** hõlmab kindlate reeglite otsimist, mis võiksid olla moraaliotsustuse aluseks. Säärase reegli näiteks on «kohtle kõi-ki inimesi võrdselt». Selle reegli aluseks võivad olla nii usulised veendumused (näiteks usk, et kõik Jumala loodud inimolendid on võrdsed) kui ka ilmalikud arusaamad (näiteks usk, et kõigil inimestel on peaaegu kõik geenid ühesugused). Kui reeglid on kord kindlaks tehtud, tuleb neid konkreetsetes olukordades järgida, ja siin võib sageli tekkida lahkarvamusi selles osas, mida reeglid täpselt nõuavad (näiteks kas teise inimese tapmist keelav reegel keelustab ka abordi või surmanuhtluse).
- **Konsekventsialism** rajab eetilise otsustamise erinevate valiku-te ja tegude tõenäoliste tagajärgede või tulemite analüüsile. Õige tegu on see, mis annab parima tulemuse. Muidugi võib siin olla erinevaid arvamusi, mida nimelt pidada heaks tulemuseks. Üks kõi-ge tuntumaid konsekventsialismi vorme, **utilitarism**, kasutab hea tulemuse mõõduna «kasu» ning määratleb selle kui «suurima hüve suurima hulga jaoks». Meditsiini-alastes otsustusprotsessides ka-sutatakse ka selliseid tulemi mõõtmise viise nagu kulutõhusus ja elukvaliteet, nii nagu neid mõõdab QALY (kvaliteedikohandatud elu-aasta) või DALY (puudekohandatud eluaasta). Konsekventsialismi toetajad üldiselt ei kasuta eriti printsiipe: neid on liiga raske kind-laks teha, järjestada ja rakendada ning igal juhul ei võta need arves-se seda, mis konsekventsialistide arvates on moraaliotsustamises tõeliselt oluline – nimelt tulemusi. Ent säärane printsiipide kõrva-lejätmine lubab konsekventsialismi süüdistada selles, et ta nõustub mõttega «eesmärk pühitseb abinõu», näiteks et üksikisiku inimi-õigused võib ohverdada ühiskondliku eesmärgi saavutamiseks.
- **Printsiipilism**, nagu juba nimetusest näha, kasutab moraaliot-

sustuste tegemise alusena eetikaprintsiipe. See rakendab neid printsiipe konkreetsetele juhtudele või olukordadele, et määrata kindlaks õige toimimisviis, võttes seejuures arvesse nii reegleid kui ka tagajärgi. Printsipilism on olnud viimase aja eetikaalastes väitlustes äärmiselt mõjukas, eriti USAs. Neli printsiipi – autonoomia austamine, *heategemine*, *mittekahjustamine* ja *õiglus* – on seejuures välja eraldatud kui eriti olulised põhimõtted arstipraktikas esineva eetilise otsustamise jaoks. Kuid nende nelja printsiibi väljavalimine ning eriti autonoomia austamisele eelisasendi andmine peegeldab Lääne liberaalset kultuuri ega ole tingimata üldkehtiv. Peale selle põrkavad need neli põhimõtet konkreetsetes situatsioonides sageli omavahel kokku ja seepärast on tarvis kriitilise või menetlusluseid säärase konflikte lahendamiseks.

- **Vooruseetika** keskendub otsuste langetamise asemel pigem otsustajate iseloomu kujundamisele, sest käitumine peegeldabki iseloomu. Voorus on teatud tüüpi moraalne täius. Nagu eespool märgitud, on üheks arstitöös eriti tähtsaks vooruseks kaastunne. Voorused on ka ausus, arukus ja pühendumus. Nende voorustega varustatud arstid langetavad tõenäolisemalt paremaid otsuseid ja täidavad neid hästi. Kuid isegi vooruslikud isikud on sageli eba-kindlad selles osas, kuidas mingis konkreetses olukorras toimida, ega ole kaitstud valede otsuste langetamise eest.

Ükski neist neljast lähenemisviisist – ega ka muud pakutud lähenemised – pole saavutanud üldist heakskiitu. Indiviidid erinevad omavahel selles osas, kas nad eelistavad eetilises otsustamises pigem mõistuspärast või mittemõistuspärast lähenemist. Osalt seletab seda tõsiasi, et kummalgi hoiakul on oma tugevad ja nõrgad küljed. Võib-olla oleks parim viis mõistuspäraste eetikaotsustusi langetada selline, mis ühendaks omavahel kõigi nelja lähenemise parimad jooned. Sel juhul võetaks tõsiselt arvesse reegleid ja printsiipe, määrataks kindlaks need, mis konkreetse olukorra või juhtumi juures kõige rohkem asjasse puutuvad ning püütaks neid suurimal võimalikul määral rakendada. Ning ühtlasi uuritaks ka teiste kõne alla tulevate variantide arvatavaid tagajärgi ning tehtaks kindlaks, millised tagajärgi tuleks eelistada. Lõpuks püütaks ta-

gada, et otsustaja käitumine nii otsuseni jõudmisel kui ka selle elluviimisel oleks kiiduväärne. Säärane protsess võiks hõlmata järgmisi samme:

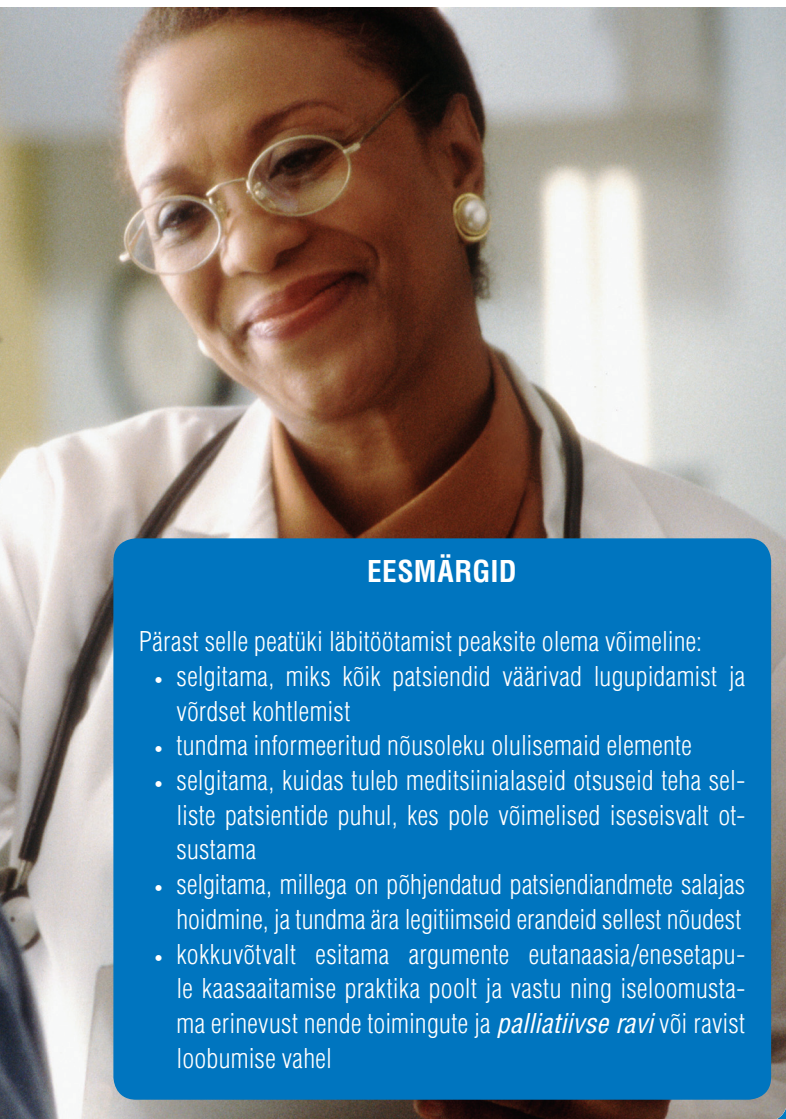
1. Määrake kindlaks, kas tegu on eetikaküsimusega.
2. Uurige autoriteetseid allikaid, näiteks arstide liitude eetikakoodekseid ja tegutsemisjuhiseid, ning küsige nõu lugupeetud kolleegidelt, et teha kindlaks, kuidas arstid üldiselt seda laadi probleemi lahendavad.
3. Vaagige kõiki võimalikke variante, pidades silmas nende aluseks olevaid printsiipe ja väärtusi ning tõenäolisi tagajärgi.
4. Arutage lahendust, mille välja pakute, nendega, keda see mõjutab.
5. Langetage otsus ning toimige sellele vastavalt; olge asjaosaliste suhtes tähelepanelik ja osavõtlik.
6. Hinnake oma otsust ning olge valmis tulevikus teisiti toimima.

KOKKUVÕTE

See peatükk valmistab ette pinda järgnevateks aruteludeks. Arstieetika konkreetseid probleeme lahendades tuleks silmas pida, et paljude sama laadi probleemidega on arstid meditsiini ajaloo jooksul korduvalt rinda pistnud ning nende talletatud kogemus ja tarkus võib ka tänapäeval olla väga väärtuslik. WMA ja teised arstide organisatsioonid jätkavad seda traditsiooni ning annavad arstidele olulisi juhtnööre, millest neil on palju abi. Kuid hoolimata sellest, et paljudes eetikaküsimustes valitseb arstide vahel suurel määral konsensus, võivad eri isikud olla erineval arvamusel, kuidas konkreetsetel juhtudel oleks õige käituda. Peale selle võivad arstiel vaated täiesti lahku minna patsientide ning teiste tervishoiuteenuste pakujate omadest. Eetikakonfliktide lahendamisel on arstil esimese sammuna oluline mõista erinevaid lähenemisviise eetilisele otsustamisele – sealhulgas ka isenda ja nende inimeste arusaama, kellega nad suhtlevad. See aitab arstil kindlaks määrata parimat tegutsemisviisi ning selgitada oma otsuseid teistele.

TEINE PEATÜKK ARST JA PATSIENT





EESMÄRGID

Pärast selle peatüki läbitöötamist peaksite olema võimeline:

- selgitama, miks kõik patsiendid väärivad lugupidamist ja võrdset kohtlemist
- tundma informeeritud nõusoleku olulisemaid elemente
- selgitama, kuidas tuleb meditsiinalaseid otsuseid teha selliste patsientide puhul, kes pole võimelised iseseisvalt otsustama
- selgitama, millega on põhjendatud patsiendiandmete salajas hoidmine, ja tundma ära legitiimseid erandeid sellest nõudest
- kokkuvõtvalt esitama argumente eutanaasia/enesetapule kaasaaitamise praktika poolt ja vastu ning iseloomustama erinevust nende toimingute ja *palliatiivse ravi* või ravist loobumise vahel

JUHTUM NR 1

Dr P, kogenud ja osav kirurg, on lõpetamas öövalvet keskmise suurusega kohalikus haiglas. Üks ema toob haiglasse oma tütre, noore naise. Ema lahkub kohe, öeldes vastuvõtuõele, et peab vaatama oma teiste laste järele. Patsiendil on emakaverejooks koos suurte valudega. Dr P vaatab naise läbi ja otsustab, et tegu on kas siis tahtlikult esilekutsutud või iseenesliku nurisünnitusega. Ta teeb kiiresti emakakaela laiendamise ja küretaaži ning annab õele korralduse patsiendilt küsida, kas tema aineoline olukord lubab tal jääda haiglasse, kuni ta on väljaspool ohtu ja võib koju minna. Kohale jõuab dr Q, kes vahetab dr P välja. Dr P läheb koju, ilma et oleks patsiendiga rääkinud.

MIS ON ARSTI-PATSIENDI SUHTES ERILIST?

Arsti-patsiendi suhe on kogu arstipraktika ning seega ka arstieetika nurgakivi. Nagu eespool märgitud, nõuab **Genfi deklaratsioon** arstilt põhimõtte «minu patsiendi tervis on minu esmaseks mureks» järgimist ning **Rahvusvaheline arstieetika koodeks** ütleb, et «arsti täielik lojaalsus ning kõik tema erialased teadmised ja oskused kuuluvad tema patsientidele». Nagu esimeses peatükis arutatud, on viimastel aastatel arsti-patsiendi suhte traditsiooniline paternalistlik tõlgendus, mille puhul arst teeb otsused ja patsient allub neile, nii eetikas kui ka seadusandluses suurelt jaolt kõrvale heidetud. Ent kuna paljud patsiendid kas pole võimelised oma ravi üle otsustama või ei soovi seda teha, on patsiendi autonoomia sageli väga problemaatiline. Nii-sama problemaatilised on ka selle suhte teised aspektid, näiteks arsti kohustus tagada patsiendi andmete salastatus meditsiinidokumentide digitaalse talletamise ja *haldusmeditsiini* ajastul või kohustus hoida alal elu hoolimata palvetest kiirendada surma.

Käesolevas osas käsitletakse kuut teemat, mis seavad arstid nende igapäevapraktikas eriti keerukate probleemide ette: lugupidamine ja võrdne kohtlemine; suhtlus ja nõusolek; otsuste langetamine otsustusvõimetute patsientide puhul; konfidentsiaalsus; elu algusega seotud küsimused; elu lõpuga seotud küsimused.

**«minu patsiendi
tervis on minu
esmaseks mureks»**

LUGUPIDAMINE JA VÕRDNE KOHTLEMINE

Arusaam, et kõik inimesed väärivad lugupidamist ja võrdset kohtlemist, on kujunenud välja võrdlemisi hiljuti. Enamikus ühiskondades peeti üksikisikute ja rühmade mittelugupidavat ning ebavõrdset kohtlemist normaalseks ning loomulikuks. Üheks sääraseks praktikaks oli orjus, mis Euroopa kolooniates ja USAs juuriti välja alles 19. sajandil, mõnes maailma paigas eksisteerib aga veel praegugi. Säärastes maades nagu Lõuna-Aafrika Vabariik lõppes mittevõrdsete institutsionaalne diskrimineerimine veelgi hiljem. Diskrimineerimine vanuse, puude või seksuaalse sättumuse pärast on väga laialt levinud. Mõte kõigi inimeste võrdsest kohtlemisest põrkub ilmselgelt veel tugevale vastuseisule.

Inimkonna järkjärguline ning üha jätkuv liikumine veendumuse poole, et kõik inimesed on võrdsed, algas 17. ja 18. sajandil Euroopas ning Põhja-Ameerikas. Seda juhtis kaks vastupidist ideoloogiat: ristiusu uus tõlgendus ja ristiusuvastane ratsionalism. Esimene andis inspiratsiooni Ameerika revolutsioonile ja Õiguste hartale (*Bill of Rights*), teine aga Prantsuse revolutsioonile ja sellega seotud poliitilistele suundumustele. Nende kahe mõjuri tagajärjel pääses demokraatia vähehaaval võidule ning algas selle levik maailmas. Demokraatia põhines usul kõigi inimeste – algul küll vaid meeste, alles märksa hiljem ka naiste – võrdsusse ning sellest tulenevasse õigusse rääkida kaasa oma juhtide ja valitsuste valimisel.

20. sajandil arendati inimeste võrdsuse ideed oluliselt edasi inimõiguste mõistestiku raames. Värskelt rajatud Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni üks esimesi tegusid oli **Inimõiguste ülddeklaratsioon** (1948), mille 1. artiklis kinnitatakse: «Kõik inimesed sünnivad vabade ja võrdsetena oma väärikuselt ja õigustelt.» Paljud teised rahvusvahelised ja riiklikud otsustuskogud on oma dokumentides deklareerinud kas kõigi inimeste, konkreetse riigi kõigi kodanike või teatud isikurühmade õigusi («lapse õigused», «patsiendi õigused», «tarbija õigused» jne). Nende deklaratsioonide juurutamiseks ja järgimiseks on rajatud arvukalt organisatsioone. Kuid kahjuks ei austata paljudes riikides inimõigusi endiselt.

Arstkonna vaated patsientide võrdsusele ja õigustele on eri aegadel olnud üksteisele mõnevõrra vastukäivad. Ühest küljest on arstidele öeldud, et «ma ei lase vanuselistel, soolistel, rahvuslikel, rassilistel, samuti haigusest või teovõimetusest, usulistest tõekspidamistest, etnilisest päritolust, poliitilisest kuuluvusest, seksuaalsest orientatsioonist või sotsiaalsest seisundist tulenevatel kaalutlustel sekkuda minu töökohustuste ja patsiendi vahele» (**Genfi deklaratsioon**). Teisalt aga on arstid väitnud endal olevat õiguse keelduda patsienti vastu võtmast, kui hädaolukorrad välja arvata. Ehkki säärane keeldumine võib olla põhjendatud – täiskoormusega praksis, spetsiifiline ettevalmistus (või selle puudumine) ja spetsialiseerumine – kui arst ei pea patsiendile oma keeldumist selgitama, võib ta kergesti käituda diskrimineerivalt, ilma et teda selle eest vastutusele võetaks. Niisuguse inimõiguste rikkumise vältimise ainsaks abinõuks on pigem arsti südametunnistus kui seadusandlus või distsiplinaarvõim.

Isegi kui arst ei riku inimestest lugupidamise ja nende võrdsuse nõudeid patsientide valikul, võib ta seda ikkagi teha patsientidesse suhtumisel ja nende ravimisel. Käesoleva peatüki algul kirjeldatud juhtum on sellise probleemi näiteks. Nagu esimeses peatükis märgitud, on kaastunne üks meditsiini põhiväärtusi ja hea ravisuhte väga oluline element. Kaastunne põhineb patsiendi väärikuse ja väärtuste austamisel, kuid läheb sellest kaugemale selles mõttes, et tunnistab patsiendi

haavatavust haiguse ja/või puude tõttu ning võtab seda arvesse. Arsti kaastunnet tajudes usub patsient tõenäoliselt rohkem sellesse, et arst talitab igati tema huvides, ning see usk ja usaldus võib ravirotsessile kaasa aidata.

Arsti-patsiendi suhtes väga olulist usaldust on enamasti tõlgendatud nii, et arst ei tohiks hüljata patsienti, kelle ta on ravile võtnud. WMA **Rahvusvaheline arstieetika koodeks** annab mõista, et ainus põhjus arsti-patsiendi suhte lõpetamiseks on see, kui patsient vajab arsti, kellel on teistsugused oskused. «Arsti kogu lojaalsus ja kõik tema erialased teadmised ja oskused kuuluvad tema patsientidele. Alati kui konkreetne uuring või ravi pole arsti võimuses, peaks ta kutsuma appi teise arsti, kellel on tarvilikud võimed.»

Ent arstil võib olla ka muid põhjusi, miks ta võib tahta patsiendiga suhet lõpetada: näiteks arst vahetab elukohta või lakkab praktiseerimast, patsient keeldub maksmast arsti teenuste eest või ei suuda seda teha, patsiendi ja arsti vahel valitseb vastastikune antipaatia, patsient keeldub arsti soovitusi kuulda võtmast jne. Need põhjused võivad vahel olla igati õiguspärased või mõnikord siiski ka ebaeetilised. Säärast teguviisi kaaludes tuleks arstil uurida oma eetikakoodeksit ja teisi asjakohaseid juhenddokumente ning hoolikalt vaagida oma motiive. Ta peaks olema valmis põhjendama oma otsust nii iseendale, patsiendile kui tarvidusel ka kolmandale osapoolle. Kui motiiv on õiguslikult korrektne, peaks arst aitama patsiendil leida teist sobivat arsti, või kui see pole võimalik, tuleks patsiendile sobivalt oma teenuste lõpetamisest teatada, nii et patsient saaks otsida abi mujalt. Kui motiiv pole põhjendatud, vaid tegu on näiteks rassilise eelarvamusega, peaks arst astuma samme selle puuduse kõrvaldamiseks.

«...arsti-patsiendi suhte lõpetamisel... peaks arst olema valmis põhjendama oma otsust nii iseendale, patsiendile kui tarvidusel ka kolmandale osapoolle.»

Tihti peale ei saa arstid, eriti need, kes töötavad avalikus sektoris, patsiente valida. Mõned patsiendid on vägivaldsed ja kujutavad endast ohtu arsti elule ning tervisele. Mõned on oma antisotsiaalsete hoiakute ja käitumise tõttu lihtsalt ebameeldivad. Kas säärased patsiendid on jäänud ilma õigusest lugupidamisele ja võrdsele kohtlemisele või peaksid arstid tegema täiendavaid, ehk isegi kangelaslikke jõupingutusi, loomaks ja säilitamaks ravisuhteid niisuguste patsientidega? Selliste patsientide puhul peab arst püüdma hoida tasakaalus vastutust iseenda ja oma kaastöötajate turvalisuse eest ning kohustust edendada patsientide heaolu. Tal tuleks leida võimalus, kuidas mõlemat kohustust au sees pidada. Kui see pole võimalik, tuleks püüda leida nende patsientide eest hoolitsemiseks mingeid muid teid.

Teiseks proovikiviks kõigi patsientide austamise ja võrdse kohtlemise printsiibile on nakkushaigusi põdevate patsientide ravi. Siin on tähelepanu keskmes sageli HIV/AIDS, mitte üksi seepärast, et tegu on eluohtliku haigusega, vaid ka seepärast, et see on sageli seotud ühiskondlike eelarvamustega. On aga olemas ka palju muid tõsiseid nakkushaigusi, sealhulgas selliseid, mis võivad meedikutele edasi kanduda kergemini kui HIV/AIDS. Mõned arstid suhtuvad kõhklevalt invasiivsete protseduuride läbiviimisse säärase haigustega patsientidel, sest selle käigus on võimalik nakatuda. Kuid arstieetika koodeksid ei näe nakkushaiguste puhul ette mingeid erandeid arsti kohustusele kohelda kõiki patsiente võrdselt. WMA **Deklaratsioon arstide kutsealasest vastutusest AIDSi-haigete ravimisel** sõnastab selle järgmiselt:

AIDSi-haigetel on õigus saada pädevat arstiabi üheskoos kaastunde ning inimväärikuse austamisega.

Arstil ei ole eetilisel lubatud keelduda ravimast patsienti, kelle haigus kuulub arsti praeguse pädevuse valda, lihtsalt sellepärast, et patsient on HIV-positiivne.

Isik, kes põeb AIDSi, vajab pädevat ja kaastundlikku ravi. Arst, kes ei suuda AIDSi põdevale haigele vajalikku abi ja teenuseid osutada, peaks ta edasi suunama selliste arstide või asutuste hool-

de, millel on olemas tarvilik varustus säärase teenuste osutamiseks. Selle ajani, kuni edasisuunamine teoks saab, peab arst patsiendi eest hoolitsema nii hästi kui suudab.

Isik, kes põeb AIDSi, vajab pädevat ja kaastundlikku ravi.

Arsti-patsiendi suhte intiimne laad võib esile kutsuda seksuaalse külgetõmbe. Traditsioonilise arstieetika üks põhireegleid on see, et niisugusele külgetõmbele ei tohi kunagi järele anda. Hippokratese vanne sisaldab järgmist lubadust: «Igasse majja tahan ma sisse astuda haigele kasutoomiseks ja hoiduda kõigest ebaseaduslikust, eriti haige kahjustamisest ning eriti sugulisest vahekorra-st nii naiste kui meestega, vabadega ja orjadega.» Viimastel aastatel on paljud arstide liidud seda arstide-patsientide vaheliste seksuaalvahekordade keeldu taas rõhutanud. Niisugune hoiak on tänapäeval niisama põhjendatud, kui see oli Hippokratese aegadel. Patsiendid on tundlikud ja loodavad, et arstid kohtlevad neid hästi. Nad ei pruugi olla suutelised arstide seksuaalsetele lähenemiskatsetele vastu seisma hirmust, et nende ravi satub ohtu. Peale selle võib emotsionaalne suhe patsiendiga halvasti mõjuda arsti kliinilisele otsustusvõimele.

Viimati mainitud põhjendus kehtib ka sel juhul, kui arsti ravialuseks on oma pereliikmed. Paljud arstieetika koodeksid suhtuvad sellisesse olukorda väga taunivalt. Kuid nii nagu on mõnede teistegi eetika-koodeksi seisukohtadega, sõltub ka siin palju konkreetsest olukorrast. Näiteks arstil, kes praktiseerib üksinda mõnes kauges, eraldatud piirkonnas, tuleb vajaduse korral anda arstiabi ka oma perekonna liikmetele, eriti hädaolukorras.

SUHTLUS JA NÕUSOLEK

Informeeritud nõusolek on üks tänapäeva arstieetika keskseid mõis-teid. Patsiendi õigus teha otsuseid temasse puutuva arstiabi osas on

kõikjal maailmas talletatud mitmesugustes õiguslikes ja eetilistes dokumentides. WMA **Deklaratsioon patsiendi õigustest ütleb:**

Patsiendil on iseotsustamise õigus – õigus teha vabalt enda kohta käivaid otsuseid. Arst teavitab patsienti tema otsuse tõttu sugeneda võivatest tagajärgedest. Täiskasvanud otsustusvõimelisel patsiendil on õigus anda või mitte anda nõusolekut diagnoosimis- või ravimenetluseks. Patsiendil on õigus otsuse tegemiseks vajaliku teabele. Patsient peab selgelt aru saama, mis on mingi testi või ravimenetluse otstarve, millised on selle tagajärjed ning missugused võiks olla nõustumisest keeldumise tagajärjed.

Informeeritud nõusoleku tarvilikuks tingimuseks on hea suhe arsti ja patsiendi vahel. Ajal, mil meditsiinis oli tavaline paternalistlik suhtumine, käis see suhtlus võrdlemisi lihtsalt: arst andis patsiendile korralduse alluda nii- ja naasugusele ravile. Tänapäevane suhtlus nõuab arstilt palju rohkem. Ta peab patsiendile andma kogu otsuse langesemiseks vajaliku teabe. See tähendab, et tuleb selgitada keerukaid diagnoose, paranemiseväljavaateid ja ravirežiime lihtsas keeles, tagades selle, et patsient mõistab eri võimalusi, sealhulgas ka iga variandi eelseid ja puudusi, ning vastata kõigile tekkida võivatele küsimustele ning mõista otsust, millele patsient jõuab, ning võimaluse korral ka selle aluseid. Hea suhtlemisoskus ei ole enamikule inimestele loomupärane võime; seda oskust tuleb teadliku pingutusega ja regulaarse hindamisega arendada ning säilitada.

Arsti-patsiendi ladusa suhtluse kaheks suurimaks takistajaks on keele- ning kultuurierinevused. Kui arst ja patsient ei räägi ühte keelt, on tarvis tõlki. Kahjuks pole paljudel juhtudel kvalifitseeritud tõlki võimalik leida ning arst peab rahulduma sellisega, nagu tal on käepärast. Kultuur, mis muu hulgas hõlmab ka keelt, kuid on sellest palju avaram mõiste, tõstatab täiendavaid suhtlemisprobleeme. Kuna kultuurilised arusaamad haiguse iseloomust ja põhjustest on erinevad, ei pruugi patsiendid mõista ei diagnoosi ega arsti pakutavaid raviviise. Säärasel olukorras tuleks arstil mõistlikkuse piires teha kõik võimalik, et jõuda selgusele,

mismoodi patsient tervist ja ravi mõistab, ning anda oma soovitused edasi nii hästi, kui ta suudab.

Kui arst on patsiendile edukalt edastanud kogu teabe, mida patsient vajab ning mida ta soovib saada oma diagnoosi, paranemisväljavaadete ning ravivõimaluste kohta, saab patsient langetada teadliku otsuse selle kohta, kuidas toimida. Ehkki termin «nõusolek» viitab raviga nõustumisele, kehtib informeeritud nõusoleku mõiste samavõrd ka ravist keeldumise või muude raviviiside kasuks otsustamise puhul. Otsustusvõimelistel patsientidel on õigus ravist keelduda, isegi sel juhul, kui keeldumise tulemuseks on puue või surm.

«Otsustusvõimelistel patsientidel on õigus ravist keelduda, isegi sel juhul, kui keeldumise tulemuseks on puue või surm.»

Nõusoleku tõendid võivad olla eksplitsiitsed või implitsiitsed. Eksplitsiitne nõusolek antakse suuliselt või kirjalikult. Nõusolek on implitsiitne, kui patsient ilmutab oma käitumisega valmisolekut teha läbi teatud protseduur või ravi. Näiteks nõusolek veenisüstiks antakse implitsiitselt, kui ulatatakse oma käsivars. Selliste raviviiside puhul, millega seostub risk või enam kui mõõdukas ebamugavustunne, on eelistatav saada pigem eksplitsiitne kui implitsiitne nõusolek.

Informeeritud nõusoleku nõudel otsustusvõimeliste patsientide puhul on kaks erandit:

- Olukorrad, kus patsient annab otsustusõiguse omal soovil üle arstile või kolmandale osapoolale. Kas siis situatsiooni keerukuse tõttu või seepärast, et ta usaldab jäägitult arsti hinnangut, võib patsient arstile öelda: «Tehke seda, mida peate parimaks.» Arst ei peaks sellisele palvele liiga innukalt reageerima, vaid peaks andma patsiendile kogu olulise informatsiooni ravivõimaluste kohta ning julgustama teda ise otsustama. Aga kui pärast säärast julgustust patsient ikkagi soovib, et arst otsustaks, tuleks arstil seda ka teha, pidades silmas patsiendi elulisi huvisid.

- Juhtumid, kus teabe avaldamine patsienti kahjustaks. Sääras-
tel juhtudel toetutakse traditsioonilisele «terapeutilise privileegi»
mõistele; see lubab arstidel meditsiinilise teabe avaldamata jätta,
kui vastupidine teguviis võiks patsiendile põhjustada tõsist füüsi-
list, psühholoogilist või emotsionaalset kahju, näiteks kui on tõe-
näoline, et patsient sooritaks enesetapu, juhul kui diagnoos näitab
ravimatut haigust. See privileeg võimaldab suuri kuritarvitusi ning
arstid peaksid seda kasutama ainult äärmuslikel juhtudel. Lähtu-
da tuleks ootusest, et kõik patsiendid on võimelised faktidega toi-
me tulema, ning jätta teave avaldamata vaid sellistel juhtudel, kui
arst on veendunud, et tõe ütlemisest sünnib rohkem kahju kui sel-
le ütlemata jätmisest.

Mõnes kultuuris on laialt levinud arvamus, et arsti kohustus anda pat-
siendile teavet ei kehti siis, kui diagnoosiks on parandamatu haigus.
Selle aluseks on tunne, et niisugune informatsioon ajaks patsiendi
meeleheitele ja teeks tema järelejäanud elupäevad palju õnnetumaks
kui paranemislootuse säilitamine. Kõikjal maailmas on üsna tavaline,
et patsiendi pereliikmed paluvad arstil patsiendile mitte öelda, et ta su-
reb. Andes edasi halbu uudiseid, eriti teadet eelseisvast surmast, pea-
vad arstid olema tundlikud nii kultuuriliste kui ka individuaalsete te-
gurite suhtes. Ometi on patsientide õigust informeeritud nõusolekule
hakatud üha kindlamini tunnistama ja arsti üheks esmaseks kohustu-
seks on aidata oma patsientidel seda õigust teostada.

Kooskõlas süveneva tendentsiga käsitada arstiabi kui tarbimisteenust
ning patsienti kui tarbijat nõuavad patsiendid ja nende perekonnad
küllaltki sageli ligipääsu sellistele meditsiiniteenustele, mis arstide ar-
vates pole asjakohased. Selliste teenuste näited ulatuvad antibiooti-
kumidest viirusnakkuste puhul ja intensiivravi nõudmisest ajusurmas
patsientidele soovini, et rakendataks lootustandvaid ravimeid või ki-
rurgilisi protseduure, mille ravitoime pole veel tõestatud. Mõni pat-
sient väidab, et tal on «õigus» mis tahes meditsiiniteenusele, millest
ta usub endale kasu tõusvat, ja sageli on arstid liiga varmad järele
andma isegi siis, kui nad on veendunud, et kõnealusest teenusest

pole patsiendi haiguse puhul mingit kasu. Eriti tõsine on see probleem neil juhtudel, kui vahendid on piiratud ning «asjatu» või «mõttetu» ravi pakkumine mõnele patsiendile võib tähendada teiste ravimata jätmist.

«Arstil pole kohustust pakkuda patsiendile asjatut või kasutat ravi.»

Asjatut ja **kasutat** võib mõista järgmiselt. Mõnes olukorras võib arst otsustada, et teatud ravi on «meditsiiniliselt» asjatu või kasutu, kuna pole mingit mõistlikku lootust paranemisele või on patsient püsivalt võimetu mingit kasu kogema. Mõnel juhul aga saabki ravi kasulikkust hinnata üksnes patsiendi subjektiivse hinnangu põhjal sellele, milles tema üldine heaolu seisneb. Üldreegel on see, et patsient peab asjatuse ja kasutuse hindamisel osalema. Erandolukordades ei pruugi säärane arutelu olla patsiendi huvides. Arstil pole kohustust pakkuda patsiendile asjatut või kasutat ravi.

Informeeritud nõusoleku printsiip hõlmab patsiendi õigust valida arsti pakutud ravivõimaluste seast. Millisel määral on patsientidel ja nende perekondadel õigus ka sellistele teenustele, mida arst ei soovita, see on eetikas, seadusandluses ja avalikus poliitikas muutumas üha olulisemaks vaidlusteemaks. Kuni selle küsimuse otsustavad valitsused, haiguskindlustuse pakkujad ja/või arstide kutseorganisatsioonid, peavad arstid konkreetsetel juhtudel ise langetama otsuse, kas anda ebasobivat ravi taotlevatele palvetele järele või mitte. Sellistele palvetele tuleks vastata äraütlevalt, kui arst on veendunud, et palutavast ravist oleks rohkem kahju kui kasu. Samuti võib rahulikult keelduda, kui pole tõenäoline, et ravi kasu toob, ehkki ei too ka kahju. Viimasel juhul ei tuleks platseeboefekti võimalust siiski arvestamata jätta. Kui küsi-

mus on nappides ressurssides, tuleks pöörata sellele ressursside jagamise eest vastutava isiku tähelepanu.

«Kas patsientidel on õigus ka sellistele teenustele, mida arst ei soovita?»

OTSUSTAMINE

OTSUSTUSVÕIMETUTE PATSIENTIDE PUHUL

Paljud patsiendid pole võimelised ise otsuseid langetama: näiteks väikesed lapsed, teatud psühhiaatriliste või neuroloogiliste haiguste all kannatavad isikud ja need, kes on ajutiselt teadvuseta või koomas. Nende patsientide puhul on tarvis asendusotsustajat, olgu selleks siis arst või mõni teine isik. Sobiva asendusotsustaja leidmisel ning nende kriteeriumide valikul, mille alusel otsustatakse otsustusvõimetute patsientide üle, kerkivad mitmesugused eetikaküsimused.

Arstliku paternalismi domineerimise ajajärgul peeti otsustusvõimetu patsiendi puhul sobivaks asendusotsustajaks arsti. Arst võis ravivõimaluste üle perekonnaliikmetega nõu pidada, kuid lõplik otsus jäi siiski tema teha. Paljudes maades on arstid hakanud säärast autoriteeti kaotama, sedamööda kuidas patsientidele on hakatud andma võimalust ise nimetada oma asendusotsustaja selleks puhuks, kui nad peaksid minetama otsustusvõime. Lisaks määravad mõned riigid täpselt kindlaks asendusotsustajad ja nende eelisjärjestuse (nt abikaasa, täiskasvanud lapsed, vennad ja õed jne). Säärastel juhtudel teevad arstid patsientide eest otsuseid ainult siis, kui ettenähtud asendajat pole võimalik leida, nagu hädaolukorras sageli juhtub. WMA **Deklaratsioon patsiendi õigustest** sõnastab arsti kohustused selles küsimuses järgmiselt:

Juhul kui patsient on teadvusetu või muul viisil võimetu oma tahet väljendama, tuleb seaduse järgi volitatud eestkostjalt hankida esimesel võimalusel informeeritud nõusolek. Kui seaduse järgi volitatud eestkostja pole kättesaadav, kuid meditsiiniline vahelesegamine on hädavajalik, siis võib eeldada, et patsient on nõus, kui patsient pole eelnevalt esitanud kindlat avaldust või väljendanud veendumust, et ta keeldub selles situatsioonis andmast nõusolekut vahelesegamiseks.

Probleeme tekib sel juhul, kui need, kes peavad end sobivateks asendusotsustajateks, näiteks erinevad pereliikmed, pole ühel meelel, või

isegi kui on, aga arsti arvates pole nende otsus patsiendi huvides. Esi-
mesel juhul võiks arst täita vahendaja rolli, kuid kui lahkavumused
püsivad, saab olukorda lahendada ka muul moel, näiteks lastes otsus-
tada perekonna vanimal liikmel või hääletamise teel. Juhuks kui asen-
dusotsustaja ning arsti vahel esineb tõsine lahkavumus, pakub **Dek-
laratsioon patsiendi õigustest** järgmist nõu: «Juhul kui patsiendi
seaduslik esindja või mõni teine patsiendi volitatud isik keelab ravimi-
se, mis on arsti arvates patsiendi parimates huvides, peab arst vaid-
lustama sellise otsuse asjakohases õigus- või muus asutuses.»

Eelmises osas arutatud informeeritud nõusoleku põhimõtted ja prot-
seduurid on asendusotsustaja puhul täpselt samamoodi rakendatavad
nagu sel juhul, kui otsuseid langetaks patsient ise. Arstil on samasu-
gune kohustus anda asendusotsustajale kogu otsustamiseks tarvilik
teave. See tähendab muu hulgas, et tuleb selgitada keerukaid mediti-
siinilisi diagnoose, väljavaateid ja ravirežiime lihtsas keeles, tagada,
et otsustajad mõistaksid teisi võimalikke raviviise, sealhulgas ka iga-
ühe eeliseid ja puudusi, vastata kõigile tekkida võivatele küsimustele,
ning mõista otsust, milleni nad jõuavad, ja võimaluse korral ka selle
otsuse alust.

Otsustusvõimetut patsienti puudutavate raviotsuste puhul on põhikri-
teriumiks patsiendi eelistused, juhul kui need on teada. Eelistusi ai-
tab kindlaks teha elutestament või need võivad olla teatavaks tehtud
kindlaksmääratud asendusotsustajale, arstile või teistele ravimees-
konna liikmetele. Kui otsustusvõimetu patsiendi eelistused pole teada,
peaksid raviotsused lähtuma patsiendi huvidest, võttes arvesse järg-
mist: (a) patsiendi diagnoos ja prognoos; (b) patsiendi teadaolevad
väärtused; (c) teave, mis on saadud sellistelt isikutelt, kes on patsien-
di elus olulised ja võivad aidata kindlaks määrata patsiendi huvisid;
(d) patsiendi kultuuri ja usutunnistusega seotud aspekte, mis võiksid
raviotsust mõjutada. Niisugune lähenemine on vähem kindel kui pat-
siendi jäetud konkreetsed juhtnöörid, kuid see aitab asendusotsustajal
järeltada – arvestades patsiendi varasemaid valikuid ning tema aru-
saamist elust üldiselt –, mida ta antud olukorras otsustaks.

Meditšiinalaste otsuste langetamise võimet on raske hinnata, eriti alaealiste ja nende puhul, kelle otsustusvõimet on kahjustanud äge või krooniline haigus. Isik võib olla võimeline langetama otsuseid teatud eluaspektides, kuid mõningate teiste aspektide osas olla ebapädev. Samuti võib otsustusvõime olla kõikuv: isik võib teatud päevaajal olla selge mõistuse juures ja ümbruses orienteeruda, muidu aga mitte. Ehkki säärased patsiendid võivad olla juriidilises mõttes otsustusvõimetud, tuleks nende eelistusi arvesse võtta, kui otsuseid langetatakse nende eest. **Deklaratsioon patsiendi õigustest** sõnastab selle nii: «Alaealise või muul viisil seaduse järgi teovõimetu patsiendi korral on seadusega volitatud esindaja nõusolek vajalik, kui see seaduse järgi on asjakohane. Sellele vaatamata tuleb patsient kaasa haarata otsuse tegemisse nii suurel määral, kui see tema puhul on võimalik.»

Küllaltki tihti tuleb ette juhtumeid, kus patsient pole haigusest tingitud halva enesetunde ja tähelepanuhäirete tõttu suuteline langetama arukaid, hästi läbimõeldud otsuseid erinevate ravivõimaluste kohta. Sellegipoolest võib ta selgesti ilmutada oma vastumeelsust teatud laadi sekkumiste, nt veenisisesese toitmise suhtes. Säärastel juhtudel tuleks niisuguseid nõustumatuse väljendusi võtta väga tõsiselt, ehkki neid tuleb vaadelda raviplaani üldiste eesmärkide valguses.

Eriti raskeid eetilisi probleeme tekitavad psühhhiaatriliste või neuroloogiliste häirete all kannatavad patsiendid, keda peetakse ohtlikuks iseendale või teistele. Oluline on suurimal võimalikul määral austada selliste haigete inimõigusi, eriti õigust vabadusele. Kuid siiski võib osutuda vajalikuks nende tahtest olenematu isoleerimine ja/või raviimine, selleks et hoida ära kahju neile endile või teistele. Siin tuleb

«Patsient tuleb kaasa haarata otsuse tegemisse nii suurel määral, kui see tema puhul on võimalik.»

teha vahet tahtest olenematu ühiskonnast isoleerimisel ja tahtest olenematu ravil. Mõned patsiendiesindajad kaitsevad nende isikute õigust keelduda ravist, isegi kui nad selle tulemuseks isoleerida tuleb. Ravist keeldumise põhjendatud aluseks võib olla piinav

kogemus varasematest ravikuuridest, näiteks psühhotroopsete ravimite rängad kõrvalmõjud. Sääraste patsientide asendusotsustajana toimides peaks arst olema kindel, et patsient on tõepoolest endale või teistele ohtlik ja mitte lihtsalt tüütu. Arst peaks püüdma kindlaks teha patsiendi ravieelistused ja nende alused, isegi kui kokkuvõttes pole võimalik neid arvestada.

KUTESALADUS

Kohustus tagada patsienti puudutava teabe salajas hoidmine on olnud arstieetika üheks nurgakiviks Hippokratese aegadest peale. Hippokratese vanne ütleb: «Mida ma ka ei kuuleks ravimise käigus või ka väljaspool ravitoiminguid inimese elu kohta, mida mingil juhul ei tohiks levitada, hoian ma oma teada, veendumuses, et niisuguseist asjust kõnelemine on halb.» Kõnealune vanne ja ka mõned selle hilisemad versioonid ei luba mingeid erandeid kutsesaladuse kohustusest. Näiteks WMA **Rahvusvaheline arstieetika koodeks sätestab**: «Arst hoiab kõik selle, mida ta oma patsiendi kohta teab, täiesti salajas isegi pärast patsiendi surma.» Kuid mõned koodeksid ei nõustu niisuguse absolutistliku lähenemisega kutsesaladusele. Võimalus, et kutsesaladuse nõude rikkumine on mõnikord õigustatud, nõuab kutsesaladuse idee enese selgitamist.

Kutsesaladuse kõrge väärtustamine lähtub kolmest allikast: autonoomia, lugupidamine ja usaldus. Autonoomia on arsti kutsesaladusega seotud selles mõttes, et isiklik teave inimese kohta kuulub talle endale ja seda ei tohiks teistele teatavaks teha ilma tema nõusolekuta. Kui inimene avaldab kellelegi teisele, näiteks arstile või õele, isiklikku teavet või kui säärane teave saab teatavaks mõne meditsiinilise uuringu käigus, peavad asjassepuhendatud hoidma selle salajas, välja arvatud siis, kui kõnealune isik on neid volitanud seda avaldama.

«Arst hoiab kõik selle, mida ta oma patsiendi kohta teab, täiesti salajas isegi pärast patsiendi surma.»

Kutsesaladus on tähtis ka sellepärast, et inimesed väärivad lugupidamist. Üks oluline lugupidamise avaldamise viis on nende privaatsuse säilitamine. Meditsiini kontekstis saab privaatsus sageli suuresti rikutud, kuid seda enam on põhjust hoiduda edasistest tarbetutest seksuimestest inimese eraellu. Kuna inimeste soov privaatsuse järele on erinev, ei saa me eeldada, et kõik tahaksid niisugust kohtlemist, nagu meeldiks meile endale. Tuleb hoolikalt kindlaks teha, millist isiklikku teavet tahab patsient hoida salajas ja mida ta on valmis teistele avaldama.

Usaldus on arsti-patsiendi suhte väga oluline osa. Arstiabi saamiseks tuleb patsiendil arstile ja teistele isikutele, kes võivad talle olla täiesti võõrad, avaldada isiklikku teavet – ka niisugust, mida ta kellegagi jagada ei sooviks. Tal peab olema hea alus uskuda, et teda ravivad isikud seda teavet ei levita. Sellise usalduse aluseks on teabe salajas hoidmise eetilised ja õiguslikud normid, mille täitmist meedikutelt oodatakse. Kui patsient ei usu, et tema räägitu jääb saladuseks, võib ta isiklikku informatsiooni enda teada hoida. See võib arste takistada nende püüdlustes anda tõhusat ravi või saavutada teatud rahvatervise eesmäärke.

WMA **Deklaratsioon patsiendi õigustest** võtab patsiendi õiguse konfidentsiaalsusele kokku järgmiselt:

- Kogu identifitseeritav teave patsiendi tervises seisundi, meditsiinilise olukorra, diagnoosi, prognoosi ja ravi kohta ning ka muu isikut puudutav teave tuleb hoida saladuses, seda isegi pärast surma. Erandkorras on tema järglastel õigus saada asjakohast teavet, mis võib neid informeerida ohtudest nende tervisele.
- Salajast teavet võib avaldada üksnes juhul, kui patsient annab selleks selgesõnalise nõusoleku või kui see on sõnaselgelt ette nähtud seadusega. Teavet võib avaldada teistele arstiabi osutajaile ainult selgel vajadus-teada-põhimõttel, kui patsient ei ole andnud selgesõnalist nõusolekut.
- Kõik identifitseeritavad patsiendi andmed peavad olema kaitsitud. Andmekaitse peab vastama info säilitamisviisile. Inimmaterjali, millest võib tuletada identifitseeritavaid andmeid, tuleb samal viisil kaitsta.

Nagu väljendatud kõnealuses WMA deklaratsioonis, on saladuse hoidmise nõudel erandeid. Mõned neist on suhteliselt probleemivabad; teised aga tekitavad arstidele väga raskeid eetilisi küsimusi.

Tavalisi saladusenõude rikkumisi tuleb sageli ette enamikus tervishoiuasutustes. Paljud isikud – arstid, õed, laborandid, üliõpilased jne – vajavad ligipääsu patsiendi terviseandmetele, selleks et teda adekvaatselt ravida, aga ka selleks, et õppida meditsiini praktiseerimist. Kui patsiendid räägivad teist keelt kui nende eest hoolitsejad, läheb suhtluse hõlbustamiseks vaja tõlki. Selliste patsientide puhul, kes pole ise võimelised meditsiinilisi otsuseid langetama, tuleb teistele isikutele anda nende kohta teavet, et nad saaksid patsiendi eest otsuse langetada ja tema eest hoolitseda. Tavaliselt teatavad arstid lahkunu pereliikmetele surma põhjuse. Need saladusenõude rikkumised on enamasti õigustatud, kuid neid peaks olema võimalikult vähe, ning isikutele, kes saavad ligipääsu salajasele teabele, tuleks selgitada vajadust mitte levitada seda laiemalt, kui patsiendi huvides on vajalik. Alati kui võimalik, tuleks patsienti selliste rikkumiste esinemisest teavitada.

Teine üldtunnustatud põhjus kutsesaladuse rikkumiseks on õigusnõuete järgimine. Näiteks on paljudes maades olemas seadused selle kohta, et on kohustuslik teatada patsientidest, kes kannatavad teatud kindlate haiguste all, neist, kes ei tohi autot juhtida, ning neist, keda kahtlustatakse laste väärkohtlemises. Arstid peaksid olema teadlikud patsiendiinformatsiooni avaldamist reguleerivatest õigusnõuetest oma asukohamaal. Kuid seaduse esitatavad nõuded võivad sattuda konflikti inimõiguste austamisega, mis on arstiteetika aluseks. Seepärast peaksid arstid suhtuma kriitiliselt igasse õiguslikku kutsesaladuse rikkumise nõudesse ning enne selle täitmist veenduma, et nõudmine on põhjendatud.

«Arstid peaksid suhtuma kriitiliselt igasse õiguslikku kutsesaladuse rikkumise nõudesse ning enne selle täitmist veenduma, et nõudmine on põhjendatud.»

Kui arsti veendakse kuuletuma seaduse nõuetele ning avaldama oma patsientide kohta meditsiinilist teavet, on soovitatav, et ta arutaks patsiendiga andmete avaldamise vajalikkust, enne kui see aset leiab, ja tagaks koostöö. Näiteks on eelistatav, et laste väärkohtlemises kahtlustatav helistaks lastekaitseametnikele arsti juuresolekul, et endast ise teada anda, või et arst saaks enne võimudele teatamist patsiendilt sellekohase nõusoleku. Niisugune lähenemine sillutab teed edasiseks koostööks. Kui patsiendil koostöövalmidus puudub ning arstil on alust uskuda, et edasine teatamisega viivitamine võib lapse tõsisesse ohtu seada, peaks arst lastekaitsega tegelevatele võimudele otsekohe teatama ning hiljem patsienti informeerima, et ta seda on teinud.

Lisaks neile kutsesaladuse rikkumistele, mida nõuab seadus, võib arstil olla eetiline kohustus anda salajast teavet isikutele, keda patsiendi poolt ähvardab mingi oht või kahju. Kaks sellist situatsiooni on olukord, kus patsient räägib psühhiaatrile, et kavatseb kellelegi viga teha, ning olukord, kus arst on veendunud, et HIV-positiivne patsient plaanib jätkata ebaturvalisi seksuaalvahekordi oma abikaasa või teiste partneritega.

Kutsesaladuse rikkumise tingimuseks neil juhtudel, kus seda ei nõua seadus, on veendumus, et oodatav kahju juhtub kohe, et see on tõsine (ja pöördumatu), ärahoitav ainult informatsiooni avaldamisega ilma patsiendi loata ning on suurem kui andmete avaldamisest tõenäoliselt tulenev kahju. Võimalike kahjude kõrvutamisel peab arst hindama ja võrdlema kahjude tõsidust ning nende asetleidmise tõenäosust. Kahtluse korral on arstil mõistlik otsida eksperdinõuannet.

Kui arst on jõudnud veendumusele, et hoiatamiskohustus õigustab teabe avaldamist patsiendi nõusolekuta, tuleb teha veel kaks otsust. Kellele peaks arst rääkima? Kui palju tuleks rääkida? Üldiselt peaks avaldama vaid selle teabe, mis on tarvilik arvatava kahju vältimiseks, ning see peaks olema suunatud vaid neile, kes kõnealust teavet kahju vältimiseks vajavad. Tuleks astuda mõistlikke samme, et minimeerida teabe avaldamise tagajärjel tekkida võiv kahju patsiendile. On soovita-

tav, et arst teavitaks patsienti sellest, et tema enda või võimaliku ohvri kaitseks on tarvilik saladusenõuet rikkuda. Võimaluse korral tuleks taotleda patsiendi koostöövalmidust.

HIV-positiivse patsiendi puhul ei pruugi teabe avaldamine tema abikaasale või seksuaalpartnerile olla ebaeetiline ning võib olla isegi õigustatud, juhul kui patsient ise ei taha kõnealust isikut või isikuid riskist informeerida. Sellisel juhul on teabe avaldamiseks nõutav, et kehtiksid kõik järgmised tingimused: partnerit ähvardab oht nakatuda HIV-sse ning pole ühtki teist mõistlikku viisi, kuidas ta sellest ohust võiks teada saada; patsient on keeldunud oma seksuaalpartnerit informeerimast; patsient on keeldunud arsti ettepanekust teha seda tema eest või teda selle juures abistada; ning arst on patsiendile teatanud oma kavatsusest partnerile asjaomane teave avaldada.

Märkimisväärseid probleeme kutsesaladusega tekib ka kuriteos kahtlustatavatele ja süüdimõistetutele arstiabi andmise käigus. Ehkki vahialustele abi andva arsti iseseisvus on piiratud, peaks ta tegema kõik endast oleneva, et kohelda neid patsiente samamoodi nagu ükskõik milliseid teisi. Eriti tuleks hoolitseda kutsesaladuse nõude eest selles punktis, et ei avalikusta patsiendi meditsiinilise seisundiga seotud üksikasju vanglavõimudele, kui pole saanud patsiendilt vastavat nõusolekut.

ELU ALGUSEGA SEOTUD KÜSIMUSED

Paljud arstieetika kõige teravamad küsimused on seotud inimese algusega. Käesoleva käsiraamatu piiratud mahu tõttu pole võimalik neid küsimusi siin üksikasjalikult käsitleda, kuid neid tasub loetleda, mõistmaks, et tegu on oma loomult just eetikaküsimustega, mida tuleb sellele vastavalt käsitleda. Kõiki neid küsimusi on ulatuslikult analüüsinud arstide liidud, eetikud ja valitsustele nõu andvad organisatsioonid ning paljudes maades on nende lahendamiseks olemas seadused, määrused ja muud meetmed.

- **EOSTUMISE VÄLTIMINE** – ehkki üha enam võidab rahvusvahelist tunnustust naise õigus oma viljakust reguleerida, sealhulgas hoiduda soovimatutest rasedustest, puutuvad arstid siiski kokku selliste raskete küsimustega nagu alaealiste palved kirjutada välja eostumisvastaseid vahendeid ning erinevate eostumise vältimise meetoditega seotud riskide selgitamine
- **VILJAKUSABI** – paaride (ja üksikisikute) jaoks, kes pole võimelised loomulikul teel rasestuma, on olemas mitmesugused reproduktsiooni soodustamise meetodid, nagu näiteks kunstlik inseminatsioon, *in vitro* viljastamine ja embrüo siirdamine, mis on suurtes meditsiinikeskustes laialt kättesaadavad. Veel üheks alternatiiviks on *surrogaatemadus* ehk *asendusemadus*. Ükski neist tehnikatest pole probleemivaba, ei üksikjuhtudel ega ka üldise poliitika seisukohalt.
- **SÜNNIEELSESED GEENITESTID** – tänapäeval on võimalik geenitestide abil kindlaks teha loote või embrüo sugu ning teatud geenetiliste anomaaliate esinemist. Olenevalt leiust võidakse teha otsus raseduse jätkamiseks või katkestamiseks. Arst peab kindlaks määrama, millistel juhtudel teha ettepanek selliseks testiks ning kuidas patsiendile tulemusi selgitada.
- **ABORT** on juba kaua aega olnud üheks kõige enam vaidlusi tekitavaks küsimuseks arstieetikas, ja seda nii arstide kui ka avaliku võimu jaoks. WMA **Seisukoht terapeutilise abordi suhtes** tunnustab seda arvamuste ja vaadete paljusust ning teeb järelduse, et «küsimus on individuaalses veendumuses ja südametunnistuses, mida tuleb austada».
- **RASKETE KAHJUSTUSTEGA VASTSÜNDINUD** – äärmise enneaegsuse või kaasasündinud anomaaliate tõttu on mõne vastsündinu ellujäämisväljavaated väga viletsad. Sageli tuleb langetada raskeid otsuseid selle kohta, kas tuleks teha katset nende elu pikendada või lasta neil surra.

- **TEADUSLIKU UURIMISTÖÖGA SEOTUD KÜSIMUSED** – siia alla kuuluvad sellised küsimused nagu uute embrüote loomine või «tagavaraembrüote» (nende, mida ei taheta reproduktiivseks eesmärgiks) kasutamine uute tüvirakkude saamiseks, millel võib olla potentsiaalseid terapeutilisi rakendusi, uute reproduktiivabi tehnikate uurimine ning eksperimentid loodetega.

ELU LÕPUGA SEOTUD KÜSIMUSED

Elu lõpuga seotud küsimused ulatuvad püüetest pikendada surevate patsientide elu alles uurimisjärgus tehnoloogiatega, nagu näiteks loomade elundite siirdamine, kuni püüdeni lõpetada elu enneaegselt eutanaasia teel või arstliku kaasaaitamisega enesetapule. Nende äärmuste vahele jääb mitmesuguseid küsimusi seoses sellega, millal alustada või lõpetada potentsiaalselt elu pikendavaid ravimenetlusi, parandamatult haigete ravi, elutestamentide soovitus ja kasutamine.

Erilist tähelepanu väärrib kaks küsimust: eutanaasia ja enesetapule kaasaaitamine.

- **EUTANAASIA** tähendab teadlikult ja tahtlikult sellise teo sooritamist, mis on selgesti mõeldud lõpetama teise isiku elu. Eutanaasia puhul esinevad järgmised komponendid: asjassepuutuvaks isikuks on ravimatut haigust põdev, otsustusvõimeline ning teadlik patsient, kes on tahtlikult palunud oma elu lõpetamist; toimija teab isiku seisundist ning tema soovist surra; esmaseks kaevatsuseks, millest toimija tegu lähtub, on soov lõpetada selle isiku elu; ning tegu sooritatakse kaastundest ning ilma isikliku kasusaamise motiivita.
- **ENESETAPULE KAASAAITAMINE** tähendab teadlikult ja tahtlikult isikule selliste teadmiste avaldamist või selliste vahendite kättesaadavaks tegemist, mis on tarvilikud enesetapu sooritamiseks, sealhulgas nõuanded surmavate ravimidooside kohta, sää-

raste surmavate dooside väljakirjutamine või seda liiki ravimitega varustamine.

Eutanaasiat ja enesetapule kaasaaitamist peetakse sageli moraalselt samaväärseks, ehkki nende vahel on olemas selge praktiline erinevus ning mõnedes jurisdiktsioonides ka õiguslik erinevus.

Eutanaasiat ja enesetapule kaasaaitamist tuleb nende määratluste kohaselt eristada ebakohasest, kasutust või soovimatust ravist või sellise ravi lõpetamisest ning kaastundliku palliatiivse ravi võimaldamisest, ning seda isegi sel juhul, kui viimati mainitud praktikad lühendavad elu kestust.

Palved eutanaasiaks või enesetapule kaasaaitamiseks lähtuvad tavaliselt sellisest valust või kannatusest, mida patsient peab talumatuks. Ta pigem sureks kui jätkaks elu sellistel tingimustel. Peale selle on paljud patsiendid arvamusel, et neil on õigus surra, kui nad seda soovivad, ning et neil on isegi õigus saada suremiseks abi. Arste peetakse kõige kohasemateks surma vahendajateks, kuna neil on olemas meditsiinilised teadmised ning ligipääs sobivatele ravimitele tagamaks kiiret ja valutut surma.

Arstid suhtuvad eutanaasia või enesetapule kaasaaitamise palvetesse mõistetava vastumeelsusega, kuna need teod on enamikus riikides seadusevastased ning keelatud ka enamiku arstieetika koodeksite poolt. See keeld on osa Hippokratese vandest ning seda on tungivalt rõhutanud ka WMA oma **Deklaratsioonis eutanaasia kohta**:

Eutanaasia, see tähendab patsiendi elu tahtlik lõpetamine, isegi patsiendi enda või tema lähedaste sugulaste palvel, on ebaeetiline. See ei takista arsti austamast patsiendi soovi lasta haiguse lõppjärgus loomulikul suremisprotsessil järgida oma kulgu.

Eutanaasia ning enesetapule kaasaaitamise eitamine ei tähenda, et arst ei saaks üldse midagi teha patsiendi heaks, kelle eluohtlik hai-

gus on kaugele arenenud staadiumis ja mille vastu sobivaid ravivahendeid pole. Viimastel aastatel on saavutatud suurt edu palliatiivsete raviviiside väljatöötamisel valu ja kannatuse leevendamiseks ning elukvaliteedi parandamiseks. Palliatiivne ravi võib olla kohane mis tahes vanuses patsiendile, vähihaigest lapsest kuni elu lõpule läheneva vanurini. Üks palliatiivse ravi aspekt, mis vajab kõigi patsientide puhul suuremat tähelepanu, on valu ohjamine. Kõik arstid, kes surevaist patsientidest hoolivad, peaksid kindlustama selle, et neil oleksid tarvilikul tasemel oskused selles valdkonnas, aga võimaluse korral ka ligipääs kogenud palliatiivravi spetsialistide nõuannetele. Eelkõige ei tohiks arstid surevaid patsiente hüljata, vaid peaksid neile osutama kaastundlikku hoolitsust isegi siis, kui ravi pole enam võimalik.

Surma lähenemine toob patsientidele, asendusotsustajatele ja arstidele kaasa ka palju muid eetilisi probleeme. Võimalus elu pikendada ravimite, elustamisvõtete, kiiritusprotseduuride ja intensiivravi abiga nõuab otsuseid selle kohta, millal neid raviviise rakendada ja millal nende kasutamine lõpetada, juhul kui need ei toimi.

Nagu eespool seoses suhtluse ja nõusolekuga juba arutatud, on otsustusvõimelistel patsientidel õigus keelduda mis tahes ravist, isegi kui keeldumise tagajärjeks on surm. Inimeste suhtumine suremisse on väga erinev: mõned teevad oma elu pikendamiseks ükskõik mida, ükskõik kui palju valu ja kannatusi see põhjustab, sellal kui teised ootavad surma nii väga, et keelduvad isegi lihtsatest abinõudest, mis neid tõenäoliselt elus hoiaksid, nagu näiteks antibiootikumid bakterialse kopsupõletiku puhul. Kui arst on teinud kõik mis võimalik selleks, et anda patsiendile teavet olemasolevate raviviiside ja nende edukuse tõenäosuse kohta, peavad nad respektierima patsientide otsuseid mis tahes ravi alustamise või jätkamise kohta.

«Arstid ei tohiks surevaid patsiente hüljata, vaid peaksid neile osutama kaastundlikku hoolitsust isegi siis, kui ravi pole enam võimalik.»

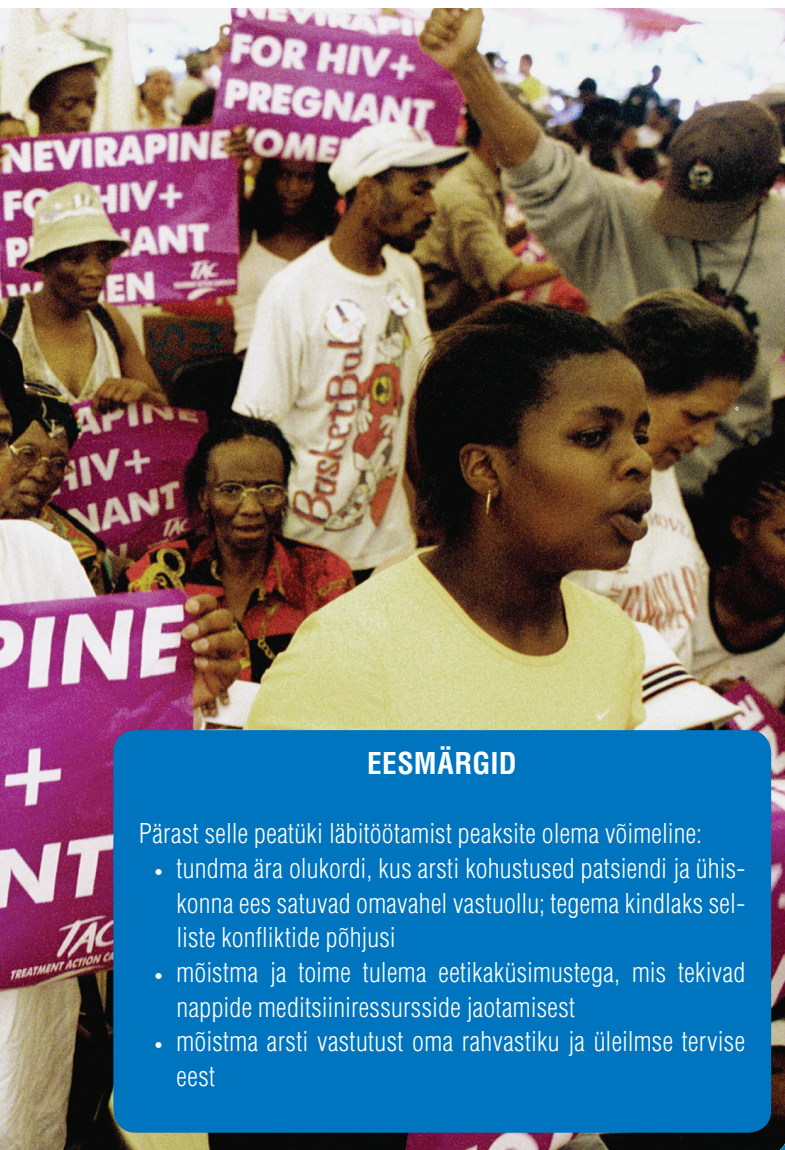
Elu lõpetamist puudutavate otsuste langetamine otsustusvõimetute patsientide puhul on seotud suuremate raskustega. Kui patsient on oma soove eelnevalt selgesti väljendanud, näiteks elutestamendis, on otsustamine lihtsam, kuigi sääraseid direktiivid on sageli väga ebamäärased ning neid tuleb tõlgendada patsiendi tegeliku seisundi valguses. Kui patsient pole oma soove adekvaatselt väljendanud, peab asendusotsustaja raviotsuste langetamisel lähtuma teisest kriteeriumist – nimelt patsiendi huvidest.

TAGASI JUHTUMIANALÜÜSI JUURDE

Vastavalt käesolevas peatükis esitatud arsti-patsiendi suhte analüüsile oli dr P käitumises mitu vajakajäämist: (1) SUHTLEMI-NE – ta ei teinud katset patsiendiga suhelda, et selgitada välja tema seisundi võimalikke põhjusi, ravivõimalusi ega seda, kas ta saab endale lubada haiglasse jäämist kuni tervenemiseni; (2) NÕUSOLEK – ta ei hankinud patsiendi nõusolekut ravi läbiviimiseks; (3) KAASTUNNE – patsiendiga tegeldes ei ilmutanud dr P kuigivõrd kaastunnet tema mure suhtes. Ehkki ta võis kirurgilise protseduuri läbi viia väga kompetentselt ning on mõeldav, et ta oli pika vahetuse lõpuks väsinud, ei vabanda see neid eetikarikkumisi.

KOLMAS PEATÜKK ARSTID JA ÜHISKOND





EESMÄRGID

Pärast selle peatüki läbitöötamist peaksite olema võimeline:

- tundma ära olukordi, kus arsti kohustused patsiendi ja ühiskonna ees satuvad omavahel vastuollu; tegema kindlaks selliste konfliktide põhjusi
- mõistma ja toime tulema eetikaküsimustega, mis tekivad nappide meditsiiniressursside jaotamisest
- mõistma arsti vastutust oma rahvastiku ja üleilmse tervise eest

JUHTUM NR 2

Dr S-i panevad üha enam nõrdima patsiendid, kes tulevad tema juurde enne või pärast seda, kui on käinud sama haigusega mõne teise arsti vastuvõtul. Ta peab seda nii tervishoiuressurside raiskamiseks kui ka patsientide tervisele kahjulikuks. Ta otsustab sellistele patsientidele öelda, et ei ravi neid enam, juhul kui nad käivad sama haigusega veel mõne teise arsti juures. Ühtlasi on tal kavas pöörduda oma maa arstide liidu poole, võtmaks ette lobitööd valitsuses, mis välistaks tervishoiuressursside seda laadi väärkasutuse.

MIS ON ARSTI-ÜHISKONNA SUHTES ERILIST?

Terminil «arstielukutse» on kaks erinevat, ehkki omavahel tihedalt seotud tähendust: (1) tegevusala, mida iseloomustab pühendumine teiste inimeste heaolule, kõrged moraalinõuded, kindel kogum teadmisi ja oskusi ning kõrge autonoomia tase; ning (2) kõik sellel alal tegevsevad isikud. «Arstielukutse» võib tähendada kas arstina praktiseerimist või arste üldiselt.

Arsti kutseoskused ei hõlma mitte üksnes arsti ja patsiendi vahelist suhet, mida arutasime 2. peatükis, ning suhteid kolleegide ja teiste meedikutega, mida käsitleme 4. peatükis. Need hõlmavad ka suhet ühiskonnaga. Seda suhet võib iseloomustada kui «ühiskondlikku lepingut», mille kaudu ühiskond tagab kutseala eesõigused, sealhulgas eksklusiivse või peamise vastutuse teatud teenuste pakkumise eest ning kõrge eneseregulatsiooni määra; vastutasuks nõustuvad kutseala esindajad kasutama neid eesõigusi esmajärjekorras teistele ja alles seejärel iseendale kasutoomiseks.

Rohkem kui kunagi varem on meditsiin tänapäeval ühiskondlik, mitte kitsalt individuaalne valdkond. Ta paikneb valitsuse- ja firmadepoolse organiseerimise ning rahastamise kontekstis. Tema teadmiste baas ning ravimeetodid toetuvad riigi ning erafirmade korraldatavale arstiteaduslikule uurimistööle ning tootearendusele. Paljude tema ravitoimingute teostamine nõuab keerukaid tervishoiuinstitutsioone. Meditsiin ravib haigusi ja seisundeid, mis on oma tekkelt nii bioloogilised kui ka sotsiaalsed.

«Rohkem kui kunagi varem on meditsiin tänapäeval ühiskondlik, mitte kitsalt individuaalne valdkond.»

Hippokraatilisel arstieetika traditsioonil on arsti-ühiskonna suhete osas vähe juhtnööre pakkuda. Täiendamaks seda traditsiooni, käsitleb tänapäeva arstieetika ka väljaspool arsti-patsiendi individuaalset suhet kerkivaid küsimusi ning pakub kriteeriume ja menetlusviise nende küsimuste lahendamiseks.

Rääkides meditsiini «ühiskondlikust» iseloomust, tekib otsekohe küsimus: mis on ühiskond? Selles käsiraamatus osutab nimetatud termin kogukonnale või riigile. See pole valitsuse sünonüüm; valitsus peaks esindama ühiskonna huve, kuid sageli ei tee seda. Aga isegi seda tehes tegutsevad nad ühiskonna heaks, mitte kui ühiskond.

Arstide suhted ühiskonnaga on mitmetahulised. Kuna ühiskond ja selle füüsiline keskkond on patsiendi tervise juures olulised tegurid, mängivad nii arstkond tervikuna kui ka üksikud arstid olulist rolli rahvatervises, tervisehariduses, keskkonnakaitses, kogukonna tervist või heaolu puudutavas seadusandluses ning kohtuprotsesside käigus antavates tunnistustes. Nagu ütleb WMA **Deklaratsioon patsiendi õigustest**: «Kui seadusandja, valitsusasutus või muu administratsioon või asutus keeldub patsiendile tagamast mõnda temale kuuluvat õigust, peaksid arstid otsima sobivaid meetmeid kindlustamiseks või taastamiseks mainitud õigusi.» Arstidel on suur roll ka ühiskonna nap-

pide tervishoiuressursside jaotamisel ning mõnikord on neil kohustus takistada patsientide ligipääsu sellistele teenustele, millele neil pole õigust. Kõigi nende kohustuste täitmine võib anda alust eetikakonfliktideks, eriti kui ühiskonna huvid näivad olevat vastuolus üksikute patsientide huvidega.

TOPELTLOJAALSUS

Kui arstidel lasub vastutus ja nad on aruandekohustuslikud nii oma patsientide kui ka kolmanda osapoole ees ning kui need erinevad vastutused on omavahel ühitamatud, leiavad arstid end «topeltlojaalsuse» olukorrast. Kolmandateks osapoolteks, kes nõuavad arstidelt lojaalsust, on valitsus, tööandja (nt haiglad ja haldusmeditsiini organisatsioonid), kindlustajad, sõjaväeametnikud, politsei, vanglaametnikud ning perekonnaliikmed. Ehkki WMA **Rahvusvahelise arstieetika koodeksi** järgi «arsti täielik lojaalsus kuulub tema patsientidele», on üldtunnustatud tõsiasi, et erandolukorras võib arst olla sunnitud kellegi teise huvisid patsiendi omadest kõrgemale seadma. Eetiliseks väljakutseks on siin selle üle otsustamine, millal ja kuidas patsienti kaitseda kolmandate osapoolte surve tingimustes.

«Erandolukorras võib arst olla sunnitud kellegi teise huvisid patsiendi omadest kõrgemale seadma.»

Topeltlojaalsuse olukorrad hõlmavad laia spektri, alates neist, kus tuleks eelistada ühiskonna huve, kuni sellisteni, kus patsiendi huvid on selgelt tähtsamad. Vahepeale jääb suur ebamäärane ala, kus õige teguviisi leidmine nõuab suurt tähelepanelikkust.

Spektri ühes servas on nõue kohustuslikus korras teatada patsientidest, kes kannatavad teatud kindlate haiguste all, neist, kes oma seisundi tõttu ei tohi autot juhtida, ning neist, keda kahtlustatakse laste väärkohtlemises. Selliseid nõudmisi peaksid arstid kõhklusteta täitma, ehkki patsiente tuleb informeerida sellest, et neist on teatatud.

Spektri teises otsas on sõjaväelaste või politseinike palved või korraldused võtta osa sellistest toimingutest, mis rikuvad põhilisi inimõigusi nagu näiteks piinamine. WMA 2003. aasta **Resolutsioon arstide vastutusest neile teadaolevate piinamise või julma või ebainimliku või alandava kohtlemise juhtudest teatamisel** annab konkreetseid juhtnööre arstidele, kes niisugusesse olukorda satuvad. Muu hulgas peaksid arstid säilitama oma professionaalse sõltumatuse, et määrata kindlaks patsiendi huvid, ning nad peaksid niivõrd kui võimalik järgima tavalisi informeeritud nõusoleku ja kutsesaladuse nõudeid. Nende nõuete mis tahes rikkumine peab olema põhjendatud ning neist tuleb patsiendile teatada. Arstid peaksid asjaomastele võimudele teatama igasugusest õigustamatust sekkumisest nende patsientide ravisse, eriti kui rikutakse põhilisi inimõigusi. Kui võimud ei reageeri, võidakse abi saada rahvuslikust arstide liidust, WMAst ning inimõigustega tegelevailt organisatsioonidelt.

«Arstid peaksid asjaomastele võimudele teatama igasugusest õigustamatust sekkumisest nende patsientide ravisse, eriti kui rikutakse põhilisi inimõigusi.»

Spektri keskosale lähemal on mõned sellised haldusmeditsiini programmid, mis piiravad arstide kliinilist autonoomiat selle üle otsustamisel, kuidas patsiente tuleks ravida. Ehkki säärased programmid pole tingimata vastuolus patsientide huvidega, võivad need seda mõnikord olla ning arstil tuleks hoolikalt vaagida, kas osaleda sellistes programmides või mitte. Kui neil pole valikut – näiteks kui alternatiivsed programmid puuduvad –, peaksid nad oma patsiente jõuliselt esindama ning arstide liitude kaudu peaksid nad esindama ka kõigi patsientide huve, keda säärased kitsendavad juhised puudutavad.

Veel üheks konkreetseks topeltlojaalsuse vormiks, millega arstid kokku puutuvad, on võimalik või tegelik konflikt äriorganisatsioonide huvide ning patsientide ja/või ühiskonna huvide vahel. Farmaatsiafirmad,

meditsiiniaparaatide tootjad ning teised äriorganisatsioonid pakuvad arstidele sageli kingitusi ja muid hüvesid, mis ulatuvad tasuta näidistest kuni erialaste koolituste reisi- ja majutuskuludeni ning suurte lisatasudeni uurimistegevuse eest (vt 5. peatükk). Fimade säärase heldekäelisuse alusmotiiviks on veenda arsti välja kirjutama või kasutama firma tooteid, mis ei pruugi aga olla arsti patsientide jaoks parimad ja/või suurendavad tarbetult ühiskonna kulutusi tervishoiule. WMA 2004.

Seisukoht arstide ja äriettevõtete vaheliste suhete kohta

annab arstidele juhtnööre sellisteks puhkudeks ning paljude riikide arstide liitudel on lisaks ka omaenda täiendavad juhtnöörid. Nende juhtnööride esmaseks eetiliseks alusprintsipi on põhimõte, et mis tahes konflikti omaenda huvide ning patsiendi huvide vahel peaks arst lahendama patsiendi kasuks.

«Mistahes konflikti omaenda huvide ning patsiendi huvide vahel peaks arst lahendama patsiendi kasuks.»

RESSURSSIDE JAGAMINE

Kõigis maailma maades, sealhulgas ka kõige rikkamais, valitseb juba praegu lai ning üha kasvav lõhe tervishoiuteenuseid puudutavate vajaduste ja soovide ning nende osutamiseks tarvilike ressursside kättesaadavuse vahel. Nimetatud lõhe nõuab olemasolevate ressursside normeerimist teatud viisil. Tervishoiu normeerimine ehk «ressursside jagamine», nagu seda tavaliselt nimetatakse, leiab aset kolmel tasandil:

- Kõrgeimal («makro») tasandil otsustavad valitsused, kui suur osa riigieelarvest tuleks tervishoiule määrata; milliseid teenuseid osutatakse tasuta ja milliste eest tuleb maksta kas otseselt patsiendil endal või tema tervisekindlustusplaani alusel; tervishoiule ettenähtud eelarve piires tuleb otsustada, kui suur osa läheb arstide, õdede ja teiste tervishoiutöötajate palkadeks, haiglale ja teiste

asutuste kapitali- ning toimimiskuludeks, uurimistööle, meditsiinitöötajate koolitamiseks, konkreetsete haiguste, nagu näiteks tuberkuloosi või AIDSi ravimiseks jne.

- Institutsionaalsel («meso») tasandil, mille alla kuuluvad haiglad, kliinikud, teised tervishoiuasutused jm, otsustavad asutuste juhid, kuidas oma ressursse jagada: milliseid teenuseid osutada; kui palju kulutada töötajatele, seadmetele, turvavahenditele, muudele toimimiskuludele, renoveerimisele, laiendamisele jne.
- Individuaalsel patsiendi («mikro») tasandil otsustavad arstiabi osutajad, eriti arstid, milliseid analüüse tuleks tellida, kas on tarvis saata teise arsti juurde, kas patsient tuleks paigutada haiglasse, kas on tarvis originaalravimit või geneerilist ravimit jne. Hinnangute järgi on 80% tervishoiukulutustest algatatud arstide poolt ning hoolimata haldusmeditsiini pealetungist on arstidel siiski märkimisväärselt suur sõnaõigus selles osas, millistele ressurssidele nende patsientidel on ligipääs.

Kõigi kolme tasandi valikud sisaldavad olulist eetilist komponenti, kuna valikud põhinevad alati väärtustel ning neil on märkimisväärsed tagajärjed üksikisikute ja kogukonna tervisele ning heaolule. Ehkki konkreetset arsti mõjutavad kõigi tasandite valikud, on nad kõige enam kaasatud siiski mikrotasandi otsustesse. Seetõttu ongi just viimane edasise arutluse keskmes.

Nagu eespool märgitud, on arstidelt traditsiooniliselt oodatud, et nad talitaksid ainuüksi omaenda patsientide huvides, pidamata silmas teiste vajadusi. Nende esmased eetilised väärtused – kaastunne, pädevus ja autonoomia – olid suunatud oma patsientide vajaduste rahuldamisele. Selline individualistlik lähenemine arstieetikale tegi läbi ülemineku arstlikult paternalismilt patsiendi autonoomiale, kus patsiendi tahetest sai peamine kriteerium selle üle otsustamisel, milliseid ressursse ta peaks saama. Hilisemal ajal on aga veel üks väärtus, nimelt õiglus, meditsiinilises otsustamises oluliseks muutunud. Sellega kaasneb

sotsiaalsem lähenemine ressursside jagamisele – selline, mis peab silmas ka teiste patsientide vajadusi. Selle lähenemisviisi järgi ei vastuta arst mitte üksnes omaenda patsientide eest, vaid teatud määral ka teiste eest.

«Arst ei vastuta mitte üksnes omaenda patsientide eest, vaid teatud määral ka teiste eest.»

Seda uut arusaamist arsti rollist ressursside jagamisel väljendavad paljude riikide arstide liitude eetikakoodeksid ning ka WMA **Deklaratsioon patsiendi õigustest**, mis ütleb: «Kui erilise ravi korral, mida saadakse teha piiratud hulgal, peab valima võimalike patsientide vahel, siis tuleb selleks patsiente valida ausa valiku teel. Valik peab ilma igasuguse diskrimineerimiseta põhinema meditsiinilistel kriteeriumidel.»

«Üks viis, kuidas arstid saavad realiseerida oma vastutust ressursside jagamise eest, on pillavatest ja ebatõhusatest praktikatest hoidumine, isegi kui patsient neid nõuab.»

Üks viis, kuidas arstid saavad realiseerida oma vastutust ressursside jagamise eest, on pillavatest ja ebatõhusatest praktikatest hoidumine, isegi kui patsient neid nõuab. Antibiootikumide liigkasutamine on vaid üks näide sellisest praktikast, mis on niihästi pillav kui ka kahjulik. Randomiseeritud kliinilised uuringud on näidanud ka paljude teiste tavaliste raviviiside ebatõhusust haiguste puhul, mille ravimiseks neid kasutatakse. Paljude haigusseisundite jaoks on olemas ra-

vijuhised, mis aitavad teha vahet tõhusatel ja ebatõhusatel raviviisidel. Arstid peaksid neid juhiseid tundma õppima, nii selleks, et vahendeid kokku hoida, kui ka selleks, et pakkuda oma patsientidele optimaalset ravi.

Üheks ressursside jaotamist puudutavaks otsuse tüübiks, mida arstidel sageli langetada tuleb, on valik kahe või enama patsiendi vahel,

kes vajavad teatud ressursi, mida napib: valvearsti tähelepanu, üksainus vaba intensiivravi voodi, organid siirdamiseks, kõrgtehnoloogilised radioloogilised uuringud ning mõned väga kallid ravimid. Arstid, kellel on võim nende ressursside kasutuse üle, peavad otsustama, millistele patsientidele neid võimaldada ning millistele mitte. Nad on täiesti teadlikud, et need, kes jäeti tahaplaanile võivad selle tulemuse-na kannatada või isegi surra. Sellist konflikti esineb haiglates ja teistes asutustes, kus arstidel on administratiivamet või kus nad osalevad komiteedes, mis soovivad või määravad kindlaks teatud tegutsemisstrateegiaid. Ehkki paljud arstid püüavad seejuures olla erapooletud omaenda patsientide suhtes, võivad mõned üritada kasutada oma positsiooni selleks, et edendada omaenda patsientide huve, eelistades neid teistele, kellel on suuremad vajadused.

Ressursijagamise küsimustega tegeldes ei tule arstil mitte üksnes säilitada tasakaalu kaastunde ja õigluse põhimõtete vahel, vaid ka otsustada, milline lähenemine õiglusele on eelistatav. On mitmeid sääraseid lähenemisi, sealhulgas järgmised:

- **LIBERTAARNE** – ressursside jaotamise aluseks peaksid olema turupõhimõtted (individuaalne valik, mille määravad võime ja soov maksta; teistele hädasolijatele võimaldatakse piiratud määral halastuslikku ravi);
- **UTILITARISTLIK** – ressursside jaotamise aluseks peaks olema kõikidele maksimaalse kasu põhimõte;
- **EGALITAARNE** – ressursside jaotamise aluseks peaks olema rangelt ainult vajadus;
- **RESTORATIIVNE** – ressursside jaotamise aluseks peaks olema põhimõte, et tuleb soosida ajaloolise ebaõigluse all kannatanuid;

Nagu eespool märgitud, on arstid vähehaaval eemaldunud traditsioonilisest individualismist, mis soosiks libertaarset lähenemist, ning lii-

«Valik... sõltub nii arsti enda isiklikest moraaliarusaamadest kui ka ühiskondlik-poliitilisest ümbrusest, milles ta praktiseerib.»

kunud oma rolli sotsiaalsema mõistmise poole. Kuid isegi kui libertaarne lähenemine üldiselt kõrvale heidetakse, pole arstietika jõudnud konsensusse selles osas, milline ülejäänud kolmest lähenemisviisist on parim. Igaühel neist on ilmselt väga erinevad tagajärjed, kui neid eelmainitud küsimustele rakendada: see tähendab, kui on tarvis otsustada, milliseid analüüse määrata, kas on tarvis saata teise arsti

juurde, kas patsient tuleks paigutada haiglasse, kas on tarvis originaalravimit või geneerilist ravimit, kes saab doonorilt siirdamiseks organi jne. Arstil kui indiviidil on tõenäoliselt kõige raskem rakendada utilitaristlikku lähenemist, kuna selleks oleks tarvis suurt hulka andmeid erinevate sekkumisviiside võimalike tagajärgede kohta – ning mitte ainult arsti enda patsientide, vaid ka kõigi teiste puhul. Valik ülejäänud kahe (või kolme, kui arvestame ka libertaarset) võimaluse vahel sõltub nii arsti enda isiklikest moraaliarusaamadest kui ka ühiskondlik-poliitilisest ümbrusest, milles ta praktiseerib. Mõned riigid, näiteks USA, soosivad libertaarset lähenemist; mõned, nagu näiteks Rootsi, on tuntud oma egalitarismi poolest; ja mõned, nagu näiteks Lõuna-Aafrika, katsetavad restoratiivse lähenemisega. Paljud tervishoiu planeerijad pooldavad utilitarismi. Erinevustest hoolimata eksisteerib kaks või enam neist õiglusekäsitustest riigi tervishoiusüsteemis sageli kõrvuti ning neis riikides võivad arstid valida sellise praktiseerimiskonteksti (nt avaliku või erasektori), mis on kooskõlas nende enda lähenemisega.

Lisaks erinevatele rollidele, mida arstid võivad täita olemasolevate tervishoiuressursside jaotamisel, kuulub nende vastutusalasse ka ressursside

«Lisaks... kuulub nende vastutusalasse ka ressursside suurendamise eest võitlemine, juhul kui need on patsientide vajaduste rahuldamiseks ebapiisavad.»

suurendamise eest võitlemine, juhul kui need on patsientide vajaduste rahuldamiseks ebapiisavad. See nõuab tavaliselt arstide koostööd erialaliitudes, et veenda otsustajaid valitsusasutustes ja mujal nende vajaduste olemasolus ning selgitada, kuidas oleks kõige parem neid rahuldada, nii oma riigi piires kui ka üleilmselt.

RAHVATERVIS

20. sajandi meditsiin on olnud tunnistajaks sellele, kuidas kujuneb välja ebaõnnestunud eristus «rahvatervise» ning muu tervishoiu vahel (viimase all mõeldakse nähtavasti «privaatset» või «individuaalset» tervist). Niisugune eristus on ebaõnnestunud, sest nagu varem märgitud, koosneb avalikkus üksikutest indiviididest ning abinõud, mis on mõeldud kaitsma ja parandama rahvastiku tervist, toovad kasu ka üksikisikute tervisele.

Termin «rahvatervis» osutab siinkohal nii elanikkonna tervisele kui ka meditsiinilisele erialale, mis tegeleb tervisega pigem kogu rahvastiku vaatevinklist kui üksikisiku seisukohalt. Kõigis maades on suur vajadus selle valdkonna asjatundjate järele, kes annaksid nõu tervishoiupoliitika alal ning edendaksid seda, aga teisalt tegeleksid küsimusega, kuidas kaitsta avalikkust nakkushaiguste ja muude terviseriskide eest. Tervishoiupraktika teaduslik baas toetub tugevasti **epidemioloogia-le**, mille uurimisobjektiks on tervise ja haiguse levik ning mõjufaktorid elanikkonnas. Mõned arstid teevad isegi läbi täiendava akadeemilise väljaõppe, et saada meditsiiniepidemioloogideks. Kuid tegelikult peavad kõik arstid olema teadlikud neist ühiskondlikest ja keskkonnaga seotud teguritest, mis mõjutavad konkreetsete patsientide tervislikku seisundit. Nagu märgib **WMA Seisukoht tervise edendamise suhtes**: «Arstidel ja nende kutsealaliitudel lasub eetiline kohustus ja vastutus selle eest, et toimida alati oma patsientide huvides ning siduda see vastutus laiemal huviga rahvatervise vastu ning selle edendamise ja tagamise eest.»

«Kõik arstid peavad olema teadlikud neist ühiskondlikest ja keskkonnaga seotud teguritest, mis mõjutavad konkreetsete patsientide tervislikku seisundit.»

Sellised tervishoiumeetmed nagu kaitse- ja tervisehoiukampaaniad ja erakorralised vastuabinõud epideemiate puhul on üksikisikute tervise seisukohalt väga olulised tegurid, kuid vähemalt niisama tähtsad on ka sotsiaalsed tegurid, nagu peavari, toitumine ja töökoha olemasolu. Kuigi arstid on harva suutelised mõjutama oma konkreetsete patsientide haiguste sotsiaalseid tekketegureid, peaksid nad oma patsientide tähelepanu juhtima nendele sotsiaalteenustele, mis neile on kättesaadavad.

Ent vähemalt kaudselt ja pikas perspektiivis saavad arstid ühiskondlike probleemide lahendamisele kaasa aidata, osaledes tervishoiu ning tervisekasvatusega seotud ettevõtmistes, jälgides keskkonnariske ning neist teatades, märgates ja avalikustades selliseid sotsiaalseid probleeme nagu kuritarvitused ja vägivaldaga seotud tervisekahjustused ning võideldes tervishoiuteenuste täiustamise eest.

Kuid mõnikord võivad rahvatervise huvid sattuda vastuollu üksikute patsientide huvidega, näiteks kui ebasoodsa reaktsiooni riskiga kaitse- ja tervisehoiukampaaniad takistab haiguse edasikandumist konkreetse isiku kaudu, kuid mitte sellesse nakatumast, või kui nõutakse teatud nakkushaigustest teatamist, laste või vanuritega seotud kuritarvituste puhul või selliste haiguste puhul, mis võivad teatud tegevused, näiteks auto või lennuki juhtimise, teha nii isiku enda kui ka teiste jaoks ohtlikuks. Need on näited topeltlojalsuse juhtudest, nagu eespool kirjeldatud. Selliste ja analoogiliste olukordadega toimetulekuks sobivaid toimeviise arutatakse käesoleva käsiraamatu 2. peatükis kutsesaladuse teema all. Üldiselt peaksid arstid katsuma leida viise patsiendile tekitatava kahju minimeerimiseks. Näiteks kui nõutakse teatamist, tuleks õigusnõuete täitmisel võimalikult suurel määral kaitsta patsiendiga seotud saladust.

Teistsugust tüüpi konflikt üksikpatsientide ning ühiskonna huvide vahel tekib siis, kui arstidelt palutakse, et nad aitaksid patsientidel saada selliseid hüvesid, millele neil pole õigust, näiteks haiguskindlustusmakseid või töövõimetuslehte. Arstidele on antud õigus tõendada, et patsiendil on selline terviseprobleem, mis annab talle õiguse sääraseid hüvesid saada. Ehkki mõnel arstil on vastumeelt vastata äraütlevalt patsientide palvetele anda tõendeid, mis nende puhul pole õigustatud, peaksid nad pigem siiski aitama oma patsientidel leida teisi toetusi või abinõusid, mis ei nõua ebaeetilist käitumist.

ÜLEILMNE TERVIS

Arusaam, et arstidel on kohustusi ühiskonna ees, kus nad elavad, on viimaseil aastail avardunud, nii et see hõlmab ka vastutust tervise eest üleilmselt. Üleilmse tervise all mõeldakse neid terviseprobleeme, küsimusi ja muresid, mis on riigipiirideülesed, mida võivad mõjutada teiste maade tingimused ja kogemused ning millele on kõige parem läheneda koostööle orienteeritud tegude ja lahenduste abiga. Üleilmse tervis on osa märksa suuremast üleilmastumise protsessist, mis hõlmab informatsioonivahetust, äri, poliitikat, turismi ja paljusid muid inimtegevusi.

Üleilmastumise aluseks on mõistmine, et üksikisikud ja ühiskonnad sõltuvad üksteisest üha enam. Inimeste tervise puhul on see täiesti ilmne, nagu on näidanud selliste haiguste nagu gripp ja SARS kiire levik. Sääraste epideemiate kontrolli alla saamiseks on vaja rahvusvahelist koostööd. Arsti suutmatus äärmiselt nakkavat haigust ühel kindlal maal ära tunda ja ravida võib kaasa tuua laastavaid tagajärgi patsientidele teistes maades. Seepärast ulatuvad arsti eetilised kohustused palju kaugemale oma konkreetsetest patsientidest ja isegi kaugemale oma konkreetsest ühiskonnast ja riigist.

Sedamööda kuidas on välja kujunenud üleilmne arusaam tervisest, on saadud üha enam teadlikuks tervisealastest erinevustest maail-

ma eri osades. Hoolimata ulatuslikest kampaaniatest enneaegse suremuse ja invaliidistava haigestumusega võitlemisel kõige vaesemates maades, mille tulemusena on mõnes valdkonnas saavutatud silmapaistvat edu (nt rõugete ja loodetavasti ka lastehalvatuse likvideerimine), kasvab lõhe kõrge ja madala elatustasemega maade elanike tervise vahel endiselt. Osalt on selle põhjuseks HIV/AIDS, mis on halvimaid tagajärgi kaasa toonud just vaestele riikidele, kuid selle taga on ka asjaolu, et madala sissetulekuga maad pole saanud kasu üldisest jõukuse kasvust, mida maailm on viimastel aastakümnetel kogenud. Ehkki vaesuse põhjused on suurelt jaolt poliitilised ja majanduslikud ning seega kaugel väljaspool arstide ja nende liitude mõjusfääri, peavad arstid sellegipoolest tegelema haigustega, mis on vaesuse tagajärjeks. Madala sissetulekuga maades on arstidel oma patsientidele vähe ressursse pakkuda ning pidevalt tuleb neil silmitsi seista probleemiga, kuidas neid kõige õiglasemalt jagada. Kuid isegi keskmise ja kõrge sissetulekuga maades puutuvad arstid kokku patsientidega, keda üleilmastumine otseselt mõjutab (näiteks põgenikud) ja kellel mõnikord puudub ligipääs meditsiiniteenustele, mida saavad kasutada vastavate riikide kodanikud.

**«Arsti suutmatus
äärmiselt nakkavat
haigust ühel
kindlal maal ära
tunda ja ravida
võib kaasa tuua
laastavaid tagajärgi
patsientidele teistes
maades.»**

Üleilmastumise veel üheks ilminguks on meditsiinitöötajate, sealhulgas ka arstide liikuvus rahvusvahelises ulatuses. Arstide väljavool arenguriikidest kõrgelt arenenud tööstusriikidesse on olnud kasulik nii neile arstidele endile kui ka neid vastu võtnud maadele, kuid mitte maadele, kust nad lahkuvad. WMA dokument **Eetikajuhised arstide rahvusvaheliseks värbamiseks** ütleb, et arste ei tohiks takistada oma kodumaalt või asukohamaalt lahkumast, kui neil on soov edendada oma karjääri mõnes teises riigis. Kuid see dokument kutsub ka kõiki maid üles tegema kõike mis võimalik, et anda haridus nõutavale hulgale arstidele, võttes arvesse oma vajadusi ja ressursse, mit-

te aga toetuda sisserändele teistest maadest, rahuldamiseks nõudlust arstide järele.

Arenenud tööstusriikide arstidel on pikaajaline traditsioon selles osas, mis puutub oma kogemuste ja oskuste jagamisse arengumaade arstidega. Sellisel koostööl on palju vorme: erakorraline arstiabi, mida koordineerivad sääraseid organisatsioonid nagu Punane Rist ja Punase Poolkuu Selts ning Piirideta Arstid, lühiajalised kirurgiakampaaniad ravimaks selliseid haigusi nagu katarakt ja suulae lõhe, töötamine külalisõppejõududena meditsiiniõppeasutustes, lühi- või pikaajalised meditsiiniuuringute projektid, arstimite ja meditsiiniaparatuuriga varustamine jne. Sääraseid programme on näide üleilmastumise positiivsest küljest ning aitavad vähemalt osalt hüvitada arstide liikumist vaesematest riikidest rikkamatesse.

TAGASI JUHTUMIANALÜÜSI JUURDE

Vastavalt käesolevas peatükis esitatud arsti-ühiskonna suhte analüüsile teeb dr S õigesti, kui vaeb oma patsiendi käitumise mõju ühiskonnale. Isegi kui konsultatsioonid teiste meedikute-ga leiavad aset väljaspool seda tervishoiusüsteemi, milles töötab dr S, ega too seetõttu ühiskonnale kaasa rahalisi kulutusi, kulu-tab patsient siiski dr S aega, mille ta võiks pühendada teistele abivajajatele. Kuid arstid, kes satuvad seda laadi olukorda nagu dr S, peavad nende olukordade lahendamisel olema ettevaatli-kud. Patsiendid on mitmesugustel põhjustel sageli võimetus te-gema mõistuspäraseid otsuseid ning võib kuluda märkimisvää-rselt palju aega ja selgitustööd, et nad jõuaksid arusaamisele, mis on nende endi ja teiste huvides. Dr S-il on õigus ka selles, mis puudutab pöördumist arstide liidu poole, et otsida ühiskondlik-ku lahendust nimetatud probleemile, kuna see ei mõjuta mitte ainult teda ennast ja üht konkreetset patsienti, vaid ka teisi arste ja patsiente.

NELJAS PEATÜKK ARST JA KOLLEEGID





EESMÄRGID

Pärast selle peatüki läbitöötamist peaksite olema võimeline:

- kirjeldama, kuidas peaksid arstid üksteise suhtes käituma
- põhjendama kolleegide ebaeetilisest käitumisest teatamist
- mõistma peamisi eetikaprintsiipe, mis on seotud koostööga patsientide ravimisel
- selgitama, kuidas lahendada konflikte teiste arstiabi osutajatega

JUHTUM NR 3

Dr C-d, linnahaiglas äsja ametisse määratud anestezioloog, teeb rahutuks ühe vanema kirurgist kolleegi käitumine operatsioonis. Too kirurg kasutab vananenud tehnikaid, mis pikendavad operatsiooni kestust ning toovad kaasa suurema operatsiooni järgse valu ja pikema paranemisaja. Peale selle viskab ta sageli patsientide üle jõhkrat nalja, mis ilmselgelt häirib assisteerivaid õdesid. Dr C-le kui nooremale kolleegile on vastumeelt vanemat kirurgi isiklikult kritiseerida või temast ülemustele ette kanda. Kuid ta tunneb, et peab olukorra parandamiseks midagi tegema.

ARSTI AUTORITEEDI VAIDLUSTAMINE

Arstid esindavad elukutset, mis on traditsiooniliselt toiminud äärmiselt *hierarhiliselt*, seda nii seesmises kui ka välises mõttes. Seesmiselt on kolm osaliselt kattuvat hierarhiat: esimene põhineb jaotumisel erialadeks ning lähtub sellest, et mõningaid erialasid peetakse prestiižikamaks kui teisi ning neid ka tasustatakse paremini; teine on erialasisene hierarhia, kus akadeemilise maailmaga seotud arstid on mõjukamad kui erasfääris või riiklikus tervishoiusüsteemis tegutsevad arstid; kolmas on seotud konkreetse patsiendi raviga, kus peamine raviarst on hierarhia tipus ning teised arstid, isegi vanemad ja/või suuremate oskustega kolleegid, täidavad lihtsalt nõuandja rolli, seni kui patsienti ei anta üle nende hoole alla. Välises tähenduses on arstid traditsiooniliselt olnud patsientide eest hoolitsejate hierarhia tipus, kõrgemal õdedest ja teistest tervishoiutöötajatest.

«Arstid esindavad elukutset, mis on traditsiooniliselt toiminud äärmiselt hierarhiliselt.»

Käesolev peatükk käsitleb eetikaküsimusi, mis tekivad nii seesmisel kui ka välises hierarhias. Mõned küsimused on mõlemal juhul ühised; osa esineb aga ainult kas esimeses või teises. Paljud neist küsimustest on suhteliselt uued, kuna nad tulenevad viimase aja muutustest meditsiinis ja tervishoius. Siin on omal kohal põgus ülevaade neist muutustest, kuna need panevad tõsiselt proovile traditsioonilise arusaama arsti autoriteedist.

Teadusliku teadmise ja selle kliiniliste rakenduste kiire kasvu tulemusena on meditsiin muutunud üha keerukamaks. Üks arst ei saa enam olla asjatundja kõigi oma patsientide haiguste ja võimalike raviviiside osas ning vajab teiste, spetsialiseerunud arstide ning erioskustega tervishoiutöötajate – õdede, proviisorite, füsioterapeutide, laboritehnikute, sotsiaaltöötajate ja paljude teiste abi. Arst peab teadma, kuidas pääseda juurde tarvilikele oskustele, mida nende patsiendid vajavad ja mis tal endal puuduvad.

Nagu 2. peatükis kõneldud, on arstlikku paternalismi järk-järgult õnnestanud üha süvenev arusaam, et patsientidel on õigus ise teha neid puudutavaid meditsiinilisi otsuseid. Selle tulemusena on koostööpõhine otsustusmudel asendanud autoritaarse mudeli, mis oli iseloomulik traditsioonilisele arstlikule paternalismile. Samasugune suundumus on süvenemas arstide ja teiste tervishoiutöötajate vahelistes suhetes. Viimati nimetatud on üha vähem nõus järgima arsti korraldusi, kui nad ei tea nende aluseks olevaid põhjendusi. Nad näevad end professionaalidena, kellel on patsientide ees konkreetne eetilise vastutus; kui nende arusaam sellest vastutusest satub konflikti arsti korraldustega, on neil tunne, et need korraldused tuleb kahtluse alla seada või neid isegi tõsisemalt rünnata. Kui hierarhilise autoriteedimudeli puhul polnud kunagi mingit kaht-

«Koostööpõhine otsustusmudel on asendanud autoritaarse mudeli, mis oli iseloomulik traditsioonilisele arstlikule paternalismile.»

lust, kes on ülemus ning kelle tahe peab konflikti tekkides peale jääma, siis koostöömudel võib kutsuda esile vaidlusi selle üle, milline on patsiendile sobiv ravi.

Säärased suundumused on muutmas «mängureegleid», mis juhivad arsti suhteid teiste tervishoiutöötajatega. Selle peatüki ülejäänud osas tuuakse välja nende suhete mõned problemaatilised aspektid ning osutatakse viisidele, kuidas nendega toime tulla.

SUHTED KOLLEEGIDE, ÕPETAJATE JA ÜLIÕPILASTEGA

Kutseala raames on arstidelt tavapäraselt oodatud, et nad kohtleksid üksteist mitte kui võõraid, vaid pigem kui pereliikmeid või isegi sõpru. WMA **Genfi deklaratsioon** sisaldab töotust «minu kolleegid on minu õed ja vennad». Selle nõude tõlgendamine on aegade vältel ning eri maades varieerunud. Näiteks ajal, mil teenustasu oli arstide peamine või ainuke tasustamisvorm, kehtis tugev «ametialase vastutulelikkuse» traditsioon, mille järgi arstid ei võtnud oma kolleegidelt nende ravimise eest tasu. Maades, kus on võimalik kulude katmine kellegi kolmanda poolt, on see tava välja suremas.

Lisaks positiivsetele nõuetele selle kohta, et oma kolleege tuleb kohelda lugupidavalt ning teha nendega koostööd, et patsienti kõige paremini ravida, sisaldab WMA **Rahvusvaheline arstieetika koodeks** kahte piirangut arstide omavahelistele suhetele: (1) esimene puudutab tasu maksmist või saamist või mis tahes muud kaalutlust, mille ainsaks eesmärgiks on saavutada patsiendi edasisuunamine; (2) teine puudutab patsientide ülelöömist oma kolleegidelt. Kolmandat kohustust, mis nõuab kolleegide ebaeetilisest või ebaseaduslikust käitumisest teatamist, arutame allpool.

Hippokraatilises arstieetika traditsioonis võlgnevad arstid erilise lugupidamise oma õpetajatele. **Genfi deklaratsioon** sõnastab selle järg-

miselt: «Ma avaldan austust ja tänu oma õpetajatele, kes on selle iga-ti ära teeninud.» Ehkki tänapäeva arstiharidus seostub pigem paljude õpilase-õpetaja suhetega kui varasema aja üks-ühele-suhtega, sõltub see siiski praktiseerivate arstide heast tahtest ja pühendumusest, kes sageli ei saa õpetamistegevuse eest mingit tasu. Arstiüliõpilased ja teised tervishoiutöötajaks õppijad võlgnevad tänu oma õpetajatele, kelle abita meditsiiniharidus taanduks iseõppimisele.

Õpetajatel on omakorda kohustus suhtuda oma õpilastesse lugupidavalt ning olla neile patsientidega tegelemisel eeskujuks. Meditsiinihariduse niinimetatud «varjatud õppekava», st käitumisnormid, mida ilmutavad praktiseerivad arstid, on märksa mõjukam kui otsene arstieetika õppekava. Ja kui arstiüliõpilased leiavad eetikanõuded olevat konfliktis nende õpetajate hoiakute ning käitumisega, järgivad nad tõenäoliselt pigem oma õpetajate eeskju.

«Õpetajatel on kohustus suhtuda oma õpilastesse lugupidavalt ning olla neile patsientidega tegelemisel eeskujuks.»

Õpetajatel on konkreetne kohustus hoiduda oma õpilastelt ebaeetilise tegutsemisviisi nõudmisest. Näitena sellisest praktikast on meditsiini-ajakirjades kirjeldatud järgmisi juhtumeid: üliõpilane hangib patsiendi nõusoleku raviks olukorras, kus seda peaks tegema täieliku väljaõppega tervishoiutöötaja; sooritab ilma nõusolekuta günekoloogilisi läbivaatusi narkoosis või äsjasurnud patsientidel; viib ilma järelevalveta läbi protseduure, mis on küll võrdlemisi lihtsad (nt veeni punkteerimine), kuid mis mõne üliõpilase jaoks on väljaspool tema pädevuse piire. Arvestades ebavõrdset võimujatust üliõpilaste ja õpetajate vahel ning sellest tulenevat üliõpilaste soovimatust sääraseid korraldusi kahtluse alla seada või keelduda neid täitmast, peavad õpetajad kindlustama selle, et nad ei nõuaks üliõpilastelt ebaeetilist toimimist. Paljudes arstiteaduskondades on olemas kursusevanemad või üliõpilaste liidud, kelle üheks rolliks võib muu hulgas olla meditsiinihariduses ettetulevate eetikaküsimustega seonduvate probleemide tõstatamine.

«Üliõpilastel, kellele valmistavad muret oma hariduse eetilised aspektid, peaks olema ligipääs viisidele, mille abil nad saaksid probleeme üles võtta.»

Üliõpilastel, kellele valmistavad muret oma hariduse eetilised aspektid, peaks olema ligipääs viisidele, mille abil nad saaksid probleeme üles võtta, ilma et neid seejuures hakataks pidama «*lärmitõstjateks*»; samuti peaks neil olema võimalus saada tuge, juhul kui on tarvilik küsimusega seoses anda asjale mingi ametlikum käik.

Arstiüliõpilastelt omakorda nõutakse, et nad ilmutaksid kõrgeid eetilisi käitumisnorme, nagu tulevastele arstidele kohane. Nad peaksid teisi üliõpilasi kohtlema kolleegidena ning olema valmis vajaduse korral pakuma abi, sealhulgas ka korrektiivseid nõuandeid ebaprofessionaalse käitumise osas. Nad peaksid ka andma puhtsüdamliku panuse ühisesse projektidesse ja kohustustesse, nagu näiteks õppeülesanded ning valvekorrad.

RISKANTSETEST VÕI EBAEETILISTEST TEGUVIISIDEST TEATAMINE

Meditsiin on traditsiooniliselt tundnud uhkust oma staatuse üle eneseregulatsiooni järgiva elukutsena. Vastutasuks eesõigustele, mida arstidele omistab ühiskond, ning usaldusele, mida neile osutavad patsiendid, on arstielukutse kehtestanud oma esindajatele kõrged käitumisnormid ja distsiplinaarprotseduurid väärkäitumise süüdistuste uurimiseks ning vajaduse korral ka süüdlaste karistamiseks. See eneseregulatsioonisüsteem on sageli halvasti toiminud ning viimastel aastatel on astunud samme selleks, et suurendada arstiametiga seotud vastutust, näiteks määrates regulatiivorganitesse mitteametist liikmeid. Kuid eneseregulatsiooni peamiseks nõudeks on arstide puhtsüdamlik toetus selle põhimõtetele ning nende valmidus märgata riskantseid ja ebaeetilisi toiminguid ning neile reageerida.

Kohustust teatada oma kolleegide ebapädevusest, võimete halvenemisest või väärkäitumisest rõhutavad ka arstieetika koodeksid. Näiteks WMA **Rahvusvaheline arstieetika koodeks** ütleb, et «arst püüab... paljastada neid arste, kelle iseloom või pädevus jätab soovi- da või kes tegelevad pettusega». Kuid selle põhimõtte rakendamine on harva lihtne. Ühest küljest võib arst üritada rünnata oma kolleegi väärkäitumist ebaväärikail isiklikel motiividel, näiteks armukadedusest või kättemaksuks kolleegi oletatava solvangu eest. Arstile võib kolleegi väärkäitumisest teatamine olla vastumeelt ka sõpruse või sümpaatia tõttu. Teatamise tagajärjed võivad teatajale endale kahju teha, sealhulgas saab ta peaaegu kindlasti süüdistatava ja võib-olla ka teiste kolleegide vaenulikkuse osaliseks.

Hoolimata kõigist neist varjukülgedest on väärtegudest teatamine siiski arsti professionaalne kohus. Arstid pole mitte üksnes vastutavad kutseala hea maine eest, vaid on sage- li ka ainsad, kes ebapädevuse, võimete halvenemise või väärkäitumise suudavad ära tunda. Kuid kolleegidest distsiplinaarvõimule teatamine peaks üldiselt olema vaid viimane abinõu, pärast seda kui on proovitud teisi võimalusi ja leitud, et neist pole abi. Esimeseks sammuks võiks olla kolleegiga ise rääkida ning öelda, et peate tema käitumist ebaturvaliseks või ebaeetiliseks. Kui asja saab lahendada sel tasandil, pole tarvidust kaugemale minna. Kui ei, siis võiks järgmiseks sammuks olla probleemi arutamine omaenda ja/või väärteo toimepanija vahetu juhendaja või ülemusega. Otsuse edasise talitusviisi kohta võiks jätta selle isiku hooleks. Kui selline taktika on ebapraktiline või ei too kaasa edu, võib osutada tarvilikuks viimase sammu astumine ja distsiplinaarvõimudele teatamine.

«Kolleegidest distsiplinaarvõimule teatamine peaks üldiselt olema vaid viimane abinõu, pärast seda kui on proovitud teisi võimalusi ja leitud, et neist pole abi.»

SUHTED TEISTE MEDITSIINITÖÖTAJATEGA

Teine peatükk, mis kõneles arstide suhetest patsientidega, algas aruteluga selle üle, kui oluline on lugupidamine ja võrdne kohtlemine arsti-patsiendi suhtes. Nimetatud arutelus esitatud põhimõtted on sama olulised ka suhetes kaastöötajatega. Muu hulgas on keeld diskrimineerida «vanuselistel, soolistel, rahvuslikel, rassilistel, samuti haigusest või teovõimetusel, usulistest tõekspidamistest, etnilisest päritolust, poliitilisest kuuluvusest, seksuaalsest orientatsioonist või sotsiaalsest seisundist tulenevatel kaalutlustel» (WMA **Genfi deklaratsioon**) rakendatav kokkupuudetes kõigi nendega, kellega arstid puutuvad kokku patsiente ravides ning muus ametialases tegevuses.

Mittediskrimineerimine on suhte passiivne tunnus. Lugupidamine on aktiivsem ja positiivsem aspekt. Teiste tervishoiutöötajate puhul, olgu nendeks arstid, õed, abipersonal või keegi muu, tähendab see nende oskuste ja kogemuste hindamist, niivõrd kui need võivad kaasa aidata patsientide ravimisel. Kõik tervishoiutöötajad pole oma hariduse ja väljaõppe poolest võrdsed, kuid neile kõigile on omane põhiline inimlik võrdsus ning ühesugune mure patsientide heaolu pärast.

Nii nagu patsientide puhul, võib arstil ka teiste tervishoiutöötajate puhul olla alust keelduda nendega suhteid sõlmimast või taotleda mõne suhte lõpetamist. Selliseks aluseks võib olla tõsiasi, et puudub usk töötaja võimetesse või aususse, samuti tõsised isiklikud kokkupõrked. Niisuguste motiivide eristamine vähem väärrikaist motiividest võib arstilt nõuda märkimisväärset eetilist tundlikkust.

KOOSTÖÖ

Meditsiin on ühtaegu väga individualistlik ja äärmiselt koostööpõhine kutseala. Ühest küljest on arstidel «oma» patsientide suhtes üsna tugev omanditunne. Väidetakse – ja põhjusega –, et individuaalne patsiendi-arsti suhe on kõige parem vahend, kuidas saavutada sellist

patsiendi tundmist ja ravi järjepidevust, mis on haiguse ärahoidmiseks või ravimiseks optimaalne. Oma patsientide säilitamine on kasulik ka arstile endale, vähemalt rahalises mõttes. Kuid samal ajal, nagu eespool kirjeldatud, on meditsiin äärmiselt keerukas ja spetsialiseeritud valdkond, nõudes seega tihedat koostööd erinevate, kuid üksteist täiendavate oskuste ja teadmistega spetsialistide vahel. See pinge individualismi ja koostöö vahel on arstieetika aruteludes sageli esinev teema.

Arstliku paternalismi nõrgenedes on ühtlasi kadunud ka usk, nagu oleksid patsiendid arsti «omad». Patsientide traditsioonilist õigust küsida teist arvamust on laiendatud, nii et see hõlmab ka ligipääsu teistele arstiabi andjatele, kes võib-olla suudavad patsientide vajadusi paremini rahuldada. WMA **Deklaratsioon patsiendi õigustest** ütleb: «Arstil on koostöö

**«Arstliku
paternalismi
nõrgenedes on
ühtlasi kadunud ka
usk, nagu oleksid
patsiendid arsti
«omad».»**

kohustus teiste patsienti ravivate arstiabi andjatega, et koordineerida ravi.» Kuid nagu eespool märgitud, ei pea arstid sellest koostööst tasude jagamise kaudu tulu saama.

Neid kitsendusi arsti «omandiõigustele» patsientide suhtes peavad tasakaalustama teised abinõud, mis on mõeldud kaitsma patsiendi-arsti suhte esmatähtsust. Näiteks patsiendil, keda ravib mitu arsti, nagu see haiglates tavaliselt on, peaks olema üks ravi koordineeriv arst, kes hoiab patsienti kursis tema ravi kulgemisega ning aitab tal otsuseid langetada.

Kui arstidevahelisi suhteid juhivad üldiselt selgesti sõnastatud ja hästi arusaadavad reeglid, siis suhted arstide ja teiste tervishoiutöötajate vahel on pidevas muutumises ning valitsevad märkimisväärsed lahkavumused selles osas, milles peaks seisnema igaühe roll. Nagu eespool märgitud, peavad paljud õed, proviisorid, füsioterapeudid ja

teised tervishoiutöötajad end oma konkreetsetes hoolitsusvaldkonnas arstist pädevamaks ega näe põhjust, miks neid ei peaks kohtlema kui arstidega võrdseid. Nad pooldavad meeskonna-lähenemist patsientide ravile, mille puhul kõigi meedikute vaateid võetakse võrdselt arvesse; ning nad peavad end vastutavaks patsiendi, mitte arsti ees. Teisalt aga tunnevad arstid sageli, et isegi kui võtta omaks meeskonna-lähenemine, peab üks inimene olema juht ning arst oma hariduse ja kogemustega sobib selleks kõige paremini.

Ehkki mõnikord võivad arstid suhtuda tõrksalt nende traditsioonilise, peaaegu absoluutse autoriteedi vaidlustamisse, tundub kindel, et nende roll lähitulevikus muutub, vastuseks nii patsientide kui ka teiste tervishoiutöötajate nõudmistele senisest enam osaleda meditsiinilises otsustamises. Arst peab suutma oma soovitusi teistele põhjendada ning veenda neid oma soovitusi järgima. Lisaks neile suhtlusalastele oskustele peab arst ka olema suuteline lahendama konflikte, mis teki-
vad erinevate osapoolte vahel patsiendi ravimisel.

Ühe konkreetse väljakutse arsti ja patsiendi koostööle esitab patsientide pöördumine traditsiooniliste või alternatiivsete raviteenuste osutajate, nn ravitsejate poole. Nende isikutega konsulteerib suur osa Aafrika ja Aasia elanikkonnast ning üha suurem hulk inimesi ka Euroopas ja mõlemas Ameerikas. Ehkki mõned peaksid neid kahte lähenemist üksteist täiendavaks, võivad nad sageli ka konflikti sattuda. Kuna vähemalt mõnel traditsioonilisel alternatiivsel sekkumisviisil on olemas terapeutiline mõju ning kuna patsiendid neilt abi otsivad, peaksid arstid katsuma leida võimalusi koostööks selliste raviviiside praktiseerijatega. Kuidas seda teha, sõltub konkreetsest maast ja konkreetsest ravitseja tüübist. Kõigis säärastes vastasmõjudes peaks esmaseks kaalutluseks jääma patsiendi heaolu.

KONFLIKTILAHENDUS

Ekki arst võib sattuda paljudesse eri tüüpi konfliktidesse teiste arstide ja arstiabi osutajatega, näiteks töö tasustamise või paberitöö protseduuride osas, keskendutakse siinkohal konfliktidele, mis seostuvad patsientide raviga. Ideaaljuhul peegeldavad meditsiinilised otsused patsiendi, arstide ja kõigi teiste patsientide eest hoolitsejate vahelist üksmeelt. Kuid ebakindlus ning erinevad vaatenurgad võivad kutsuda esile ka lahkavumusi ravi eesmärkide või nende saavutamise teede osas. Piiratud tervishoiuressursid ja organisatsioonipoliitika võivad samuti konsensuse saavutamise raskeks teha.

Lahkarvamusi tervishoiuteenuste osutajate vahel hoolitsuse ja ravi eesmärkide või nende eesmärkide saavutamise vahendite alal tuleks ravimeeskonna liikmetel selgitada ja lahendada nii, et see ei kahjustaks nende suhteid patsiendiga. Lahkarvamus tervishoiutöötajate ning administraatorite vahel ressursside jagamise osas tuleks lahendada vastava asutuse või organisatsiooni raames ning nende üle ei tuleks vaielda patsiendi juuresolekul.

«Lahkarvamus tervishoiutöötajate ning administraatorite vahel ressursside jagamise osas tuleks lahendada vastava asutuse või organisatsiooni raames.»

Kuna mõlemat tüüpi konfliktid on oma loomult eetika-alased, võivad nende lahendamisel abiks olla kliinilise eetika komitee või eetikakonsultandi nõuanded, juhul kui need on olemas.

Järgmised juhised võivad säärase konfliktide lahendamisel abiks olla:

- **Konflikte tuleks lahendada nii mitteametlikult kui võimalik, näiteks otseste läbirääkimistega eri arvamusel olevate isikute vahel, ning liikuda edasi ametlikumate protseduuride juurde alles siis, kui muud meetmed on jäänud edutuks.**

- Kõigi otseste asjaosaliste arvamused tuleks kindlaks teha ning neid tuleks lugupidavalt vaagida.
- Vaidluste lahendamisel peaks patsiendi või volitatud asendusotustaja teadlik valik ravi suhtes olema esmaseks kaalutluseks.
- Kui vaidlus käib selle üle, milliseid võimalusi tuleks patsiendile pakkuda, on tavaliselt eelistatav pigem laiem kui kitsam alternatiivide hulk. Kui eelistatavat ravimoodust pole ressursipiirangute tõttu võimalik pakkuda, tuleks patsienti üldjuhul sellest teavitada.
- Kui pärast mõistlikke jõupingutusi ei suudeta dialoogi teel kokkuleppe või kompromissini jõuda, tuleks leppida otsustusõigusliku või otsustamise eest vastutava isiku otsusega. Kui pole selge või on vaieldav, kellel on õigus otsustada või kellel lasub vastutus otsustamise eest, tuleks otsida abi vahendajalt, vahekohtunikult või lepitajalt.

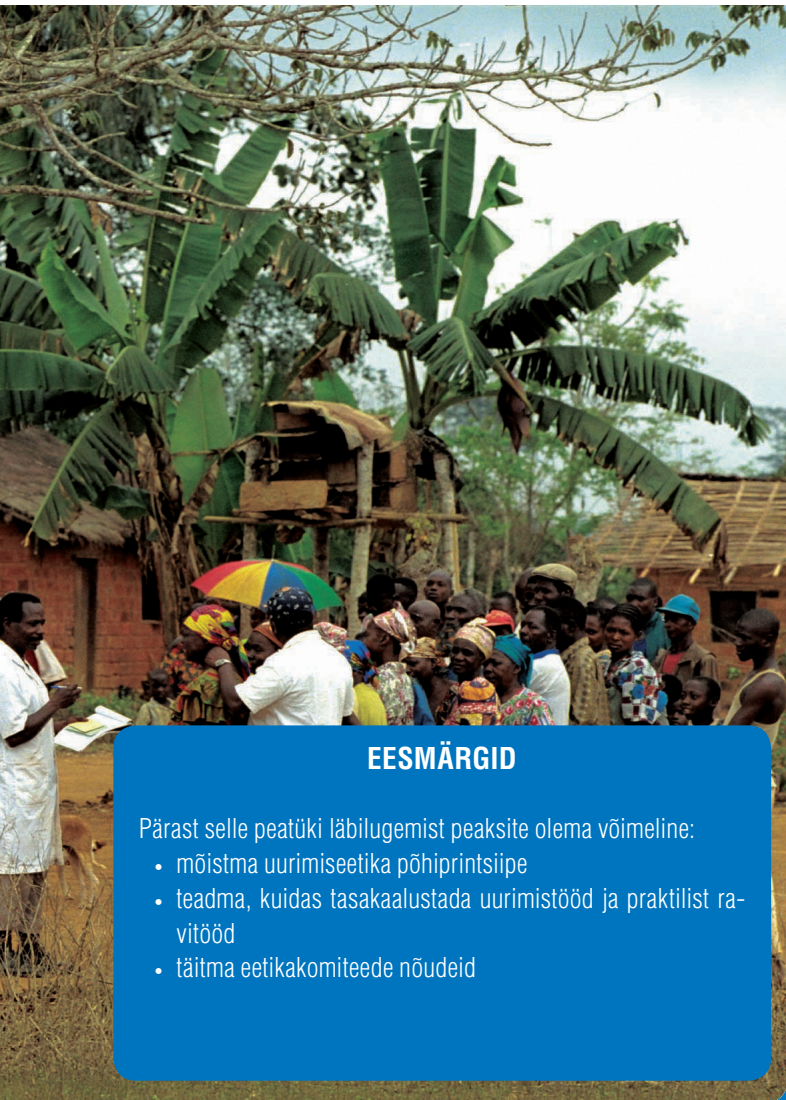
Kui arstiabi osutajad ei saa pealejäänud otsust toetada oma kutsealase hinnangu või isiklike moraaliarusaamade tõttu, peaks lubama neil otsuse täitmisest kõrvale jääda, pärast seda kui on tagatud, et ravi-alust ei ähvarda seeläbi kahju või hülgamine.

TAGASI JUHTUMIANALÜÜSI JUURDE

Dr C on õigusega mures oma vanema kirurgist kolleegi käitumise pärast operatsioonisaalis. Kõnealune kolleeg mitte ainult ei sea ohtu patsiendi tervist, vaid käitub ka lugupidamatult patsiendi ja oma kaastöötajate suhtes. Dr C-l lasub eetiline kohustus sellist käitumist mitte eirata, vaid selle vastu midagi ette võtta. Esimese sammuna ei tohiks ta häirivat käitumist omalt poolt mingil moel toetada: näiteks ei tohiks ta jõhkrate naljade peale naerda. Kui ta arvab, et asja arutamine kirurgi endaga võiks aidata, peaks ta seda tegema. Vastasel juhul võib osutuda vajalikuks pöördumine haigla juhtkonna poole. Kui juhtkond ei taha sekkuda, võib ta pöörduda asjaomase arste litsentsiva organisatsiooni poole ning paluda sellel asja uurida.

VIIES PEATÜKK EETIKA JA ARSTITEADUSLIK UURIMISTÖÖ





EESMÄRGID

Pärast selle peatüki läbilugemist peaksite olema võimeline:

- mõistma uurimiseetika põhiprintsiipe
- teadma, kuidas tasakaalustada uurimistööd ja praktilist ravitööd
- täitma eetikakomiteede nõudeid

JUHTUM NR 4

Dr R on üldarst väikelinnas. Temaga võtab ühendust ravimuuringuid teostav firma, mis teeb ettepaneku osaleda uue mittesteroidse põletikuvastase ravimi kliinilises uuringus. Dr R-ile pakutakse teatud rahasumma iga patsiendi pealt, kelle ta kaasab uuringusse. Ravimuuringuid teostav firma esindaja kinnitab arstile, et uuringute korraldajail on olemas kõik vajalikud load, sealhulgas ka eetikakomitee nõusolek. Dr R pole kunagi varem kliinilistes uuringutes osalenud ja talle valmistab niisugune võimalus heameelt, eriti arvestades lisaraha. Ta annab oma nõusoleku, ilma et uuriks lähemalt uuringute teaduslikke või eetilisi aspekte.

ARSTITEADUSLIKU UURIMISTÖÖ TÄHTSUS

Arstiteadus ei ole selles mõttes täppisteadus nagu matemaatika ja füüsika. Tal on küll olemas mitmed üldised printsiibid, mis enamasti kehtivad, kuid iga patsient on ainulaadne ning see, mis võib olla tõhusaks ravimeetodiks 90% puhul elanikkonnast, ei pruugi ülejäänud 10% puhul töötada. Meditsiinile on seesiselt omane eksperimentaalne iseloom. Isegi kõige laialdasemalt tunnustatud raviviise tuleb jälgida ja hinnata, et teha kindlaks, kas need on konkreetsete patsientide ja ka patsientide puhul üldiselt toimivad. See on arstiteadusliku uurimistöö üks funktsioon.

«Meditsiinile on seesiselt omane eksperimentaalne iseloom.»

Teine ja võib-olla paremini tuntud uurimistöö funktsioon on töötada välja uusi ravivõtteid, eriti ravimeid, meditsiinilist aparatuuri ja kirurgilisi tehni-

kaid. Viimase 50 aasta jooksul on selles valdkonnas saavutatud suurt edu ning tänapäeval on arstiteaduslik uurimistöö ulatuslikum kui kunagi varem. Sellegipoolest on veel palju vastamata küsimusi, mis puudutavad inimkeha funktsioneerimist, haiguste (nii tuntud kui ka uute) põhjusi ning parimaid viise nende vältimiseks või ravimiseks. Arstiteaduslik uurimistöö on ainus viis nendele küsimustele vastamiseks.

Lisaks püüdele paremini mõista inimese füsioloogiat huvitavad meditsiinilist uurimistööd ka paljud muud tervist mõjutavad faktorid, sealhulgas haiguste levik (epidemioloogia), tervishoiu organiseerimine, rahastamine ja korraldamine (tervishoiusüsteemide uuringud), tervise sotsiaalsed ja kultuurilised küljed (meditsiinisotsioloogia ja -antropoloogia), seadusandlikud küsimused (meditsiiniõigus) ja eetika (meditsiinieetika). Seda tüüpi uurimise tähtsust mõistavad üha enam meditsiini rahastavad organisatsioonid: paljudel neist on eraldi programmid mittebioloogiliste meditsiinalaste uurimistööde edendamiseks.

UURIMISTÖÖ ARSTIPRAKTIKAS

Kõik arstid kasutavad oma kliinilises praktikas arstiteadusliku uurimistöö tulemusi. Oma pädevuse säilitamiseks peavad arstid hoidma end kursis jooksva uurimistööga oma erialal täiendõppeprogrammide ja meditsiiniajakirjade kaudu ning suheldes asjatundlike kolleegidega. Isegi kui arst ise ei tee uurimistööd, peab ta teadma, kuidas uurimistöö tulemusi tõlgendada ja neid oma ravitegevuses rakendada. Seega on uurimismeetodite põhitõdede tundmine pädeva arstipraktika jaoks olulise tähtsusega. Kõige parem viis selliste teadmiste omandamiseks on osaleda mõnes uurimisprojekti, kas arstiüliõpilasena või hilisema väljaõppe käigus.

«Isegi kui arst ise ei tee uurimistööd, peab ta teadma, kuidas uurimistöö tulemusi tõlgendada ja neid oma ravitegevuses rakendada.»

Praktiseerivate arstide jaoks on kõige levinumaks uurimismeetodiks kliinilised uuringud. Enne kui valitsustasandil tunnustatud regulatiivorganid uue ravimi heaks kiidavad, tuleb selle ohutust ja tõhusust kontrollida põhjalike testidega. Protsess algab laboriuuringutega, millele järgnevad uuringud katseloomadel. Kui ravim osutub lootustandvaks, järgneb veel neli etappi ehk kliinilise uurimise faasi:

- Esimeses faasis, mis sageli viiakse läbi suhteliselt väikese arvu tervete vabatahtlike peal, kellele enamasti nende osalemise eest makstakse, püütakse kindlaks teha, milline ravimidoos on tarvilik inimkehas vastuse esilekutsumiseks; kuidas keha ravimit töötleb ja kas ravimil on mingeid mürgiseid või kahjulikke mõjusid.
- Teises faasis viiakse uurimine läbi seda haigust põdevate patsientide rühmal, mille ravimiseks uuritav ravim on mõeldud. Eesmärgiks on teha kindlaks, kas ravim avaldab kõnealuse haiguse korral soodsat mõju ning kas on mingeid kahjulikke kõrvalmõjusid.
- Kolmanda faasi uurimine kujutab endast kliinilisi uuringuid, kus ravimit määratakse suurele hulgale patsientidele ning võrreldakse seda teise ravimiga, kui kõnealuse seisundi puhuks on see olemas, ja/või platseeboga. Võimaluse korral on need uuringud «topeltpi-medad», st ei uuritavad ega nende arstid ei tea, kes saab millist ravimit või platseebot.
- Neljanda faasi uurimine leiab aset pärast seda, kui ravim on litsentsitud ja saadetud turule. Mõne esimese aasta jooksul jälgitakse seda, kas ravimil ilmneb mingeid selliseid kõrvalmõjusid, mida varasemais faasides ei täheldatud. Lisaks huvitab farmaatsiafirmat tavaliselt ka see, kui hästi on ravimi vastu võtnud seda välja-kirjutavad arstid ning seda tarvitavad patsiendid.

Uuringute arvu kiire kasvu tõttu viimastel aastatel tuleb leida ning uuringutesse kaasata üha suuremal hulgal patsiente, et uuringute statistilised nõuded oleksid täidetud. Uuringute korraldajad, olgu nen-

deks sõltumatud arstid või farmaatsiafirmad, toetuvad nüüd paljudele teistele arstidele teistes maades, kes kaasavad uuritavatena oma patsiente.

Ehkki säärane uurimistöös osalemine on arstile väärtuslik kogemus, võib siin tekkida probleeme, millest peab teadlik olema ja mida tuleb vältida. Kõigepealt on arsti roll arsti-patsiendi suhtes teistsugune kui uurija roll uurija-uuritava suhtes, ja seda isegi siis, kui arstiks ja uurijaks on sama isik. Arsti esmaseks vastutuseks on patsiendi tervis ja heaolu, samas kui uurija esmaseks vastutuseks on uue teadmise saamine, mis võib, kuid ei pruugi kaasa aidata katseisiku tervisele ja heaolule. Nende kahe rolli vahel võib niisiis tekkida konflikt. Kui nii juhtub, peab arsti roll kaaluma üles uurija rolli. Mida see praktikas tähendab, ilmneb allpool.

«Arsti roll arsti-patsiendi suhtes on teistsugune kui uurija roll uurija-uuritava suhtes.»

Teiseks võimalikuks probleemiks nende kahe rolli ühendamisel on huvide konflikt. Arstiteaduslik uurimistöö on hästi rahastatud üritus ning arstidele pakutakse mõnigi kord osalemise eest märkimisväärsed hüvitisi. Sellisteks hüvitisteks võib olla otsene rahaline tasu uute uuritavate kaasamise eest, aparatuur või seadmed, nagu näiteks arvuti uurimismetode edastamiseks, kutsed konverentsidele uurimistulemuste arutamiseks, ning kaasautorlus uurimistöö tulemuseks olevates publikatsioonides. Arsti huvi nende hüvede vastu võib mõnikord sattuda vastuollu kohustusega anda patsiendile parimat võimalikku ravi. See võib sattuda vastuollu ka patsiendi õigusega saada kogu vajalik informatsioon täiesti teadliku otsuse langetamiseks selle kohta, kas osaleda uurimises või mitte.

Need võimalikud probleemid on lahendatavad. Arsti eetilised väärtused – kaastunne, pädevus, autonoomia – kehtivad ka meditsiinilist uurimistööd tegeva uurija kohta. Niisiis pole nende kahe rolli vahel

seesmist konflikti. Seni kui arst mõistab ja järgib uurimiseetika põhireegleid, ei tohiks tal olla raskusi uurimises osalemisega kui oma ravi-tegevuse lahutamatu koostisosaga.

EETIKANÕUDED

Uurimiseetika aluseks on kindlalt juurdunud põhiprintsiibid. See pole aga mitte alati niimoodi olnud. Paljud 19. ja 20. sajandi silmapaistvad arstiteadlased tegid patsientidega uuringuid ilma nende nõusolekuta ja tundes vähe või üldse mitte huvi patsientide heaolu vastu. Ehkki juba 20. sajandi algul olid olemas mõned seisukohavõtnud uurimiseetika suhtes, ei takistanud need arste natslikul Saksamaal ja mujal sooritamast inimestega selliseid uuringuid, mis selgelt rikkusid põhilisi inimõigusi. Pärast II maailmasõda mõisteti mõne sellise arsti üle kohut Saksamaal, Nürnbergi protsessil, ning nad mõisteti süüdi. Toonase hinnangu lähtekoht on tuntud Nürnbergi koodeksi nime all, mis on olnud tänapäeva uurimiseetika üheks alusdokumendiks. Selle koodeksi kümne põhimõtte seas on ka vabatahtliku nõusoleku nõue, juhul kui soovitakse, et patsient oleks katsealuseks.

Maailma Arstide Liit rajati aastal 1947, seega samal aastal, kui esitati Nürnbergi koodeks. Olles teadlikud arstieetika rikkumistest enne II maailmasõda ning selle ajal, astusid WMA rajajad otsekohe samme tagamaks, et arstid oleksid oma eetilistest kohustustest vähemalt teadlikud. Aastal 1954, pärast mitmeaastast tööd, kiitis WMA heaks printsiipide kogumi, mis on tuntud kui **Põhimõtted uurijatele ja katsete läbiviijatele**. Seda dokumenti redigeeriti järgmise kümne aasta jooksul ning lõpuks võeti see 1964. aastal vastu kui **Helsingi deklaratsioon (HD)**. Dokumenti redigeeriti uuesti aastail 1975, 1983, 1989 ja 2000. HD on teadusliku uurimistöö eetika lühikokkuvõte. Hiljem on avaldatud ka teisi, palju üksikasjalikumaid dokumente üldise uurimiseetika kohta (nt Meditsiiniteaduste Rahvusvaheliste Organisatsioonide Nõukogu **Rahvusvahelised eetikajuhised inimuuringutega seotud biomeditsiiniliseks uurimistööks**, 1993,

redigeeritud aastal 2002) ning uurimiseetika konkreetsete teemade kohta (nt Ühendkuningriigis asuva Nuffieldi Bioeetika Nõukogu **Teravishoiuga seotud uurimistöö eetika arengumaades**, 2002).

Hoolimata erinevustest nende dokumentide ainevallas, pikkuses ja eri koostajatest on need uurimistöö põhiprintsiipides väga suurel määral üksmeelel. Need printsiibid on lülitatud paljude riikide ja rahvusvaheliste organisatsioonide seaduste ja/või määruste koosseisu, sealhulgas ka printsiibid, mis käsitlevad ravimite ja meditsiiniseadmete heakskiitu. Järgnevalt esitatakse nende printsiipide lühikirjeldus, mille allikaks on peamiselt **HD**.

EETIKAKOMITEE HEAKSKIIT

HD paragrahvid 13 ja 14 sätestavad, et iga ettepanekut inimkatsetega seotud arstiteaduslikuks uurimistööks peab arutama sõltumatu eetikakomitee; enne uurimistöö alustamist peab komitee olema selle heaks kiitnud. Heakskiidu saamiseks peavad uurijad selgitama oma projekti eesmärged ja metodoloogiat; näitama, kuidas katsealuseid värvatakse, kuidas saadakse nende nõusolek ja kuidas kaitstakse nende andmete privaatsust; konkretiseerima projekti rahastamise viisid; avalikustama uurijate kõikvõimalikud huvid konfliktid. Eetikakomitee võib projekti heaks kiita sellisel kujul, nagu see on esitatud, nõuda enne alustamist muutuste tegemist või üldse keelduda heaks kiitmast. Paljudel komiteedel on ka täiendav ülesanne jälgida käimasolevaid projekte, tagamaks, et uurijad täidaksid oma kohustusi ja võivad tõsiste kõrvaltoimete ilmnemisel projekti peatada.

«Iga ettepanekut inimkatsetega seotud arstiteaduslikuks uurimistööks peab arutama sõltumatu eetikakomitee; enne uurimistöö alustamist peab komitee olema selle heaks kiitnud.»

Põhjuseks, miks on vajalik eetikakomitee heakskiit uurimisprojektile, on see, et ei uurijad ega uuritavad ole alati piisavalt pädevad ega objektiivsed hindama projekti teaduslikku ja eetilist asjakohasust. Uurijad peavad erapooletule ekspertkomiteele tõestama, et projekt on väärtuslik, et nad on pädevad seda teostama ja et võimalikke katsealuseid kaitstakse kahju eest suurimal võimalikul määral.

Üheks eetikakomiteede hinnanguga seotud lahendamata küsimuseks on see, kas mitme erineva keskuse poolt läbiviidav projekt peab saama komitee heakskiidu igas keskses või piisab üheainsa komitee heakskiidust. Kui keskused asuvad eri riikides, nõutakse üldiselt projekti arutamist ja heakskiitu kõigis maades.

TEADUSLIK VÄÄRTUS

«Inimuuringutega seotud arstiteaduslik uurimistöö peab olema teaduslikult põhjendatud.»

HD paragrahv 11 nõuab, et inimuuringutega seotud arstiteaduslik uurimistöö peab olema teaduslikult põhjendatud. See nõue on mõeldud välistama projekte, mille edu pole tõenäoline, näiteks sellepärast, et need on metodoloogiliselt ebaadekvaatsed, või isegi kui on edukad, annaksid tõenäoliselt

vaid triviaalseid tulemusi. Kui patsiente palutakse osaleda uurimisprojekti, siis peab isegi sel juhul, kui riskid on minimaalsed, olema alust oodata, et uurimise tulemuseks on oluline teaduslik teadmine.

Teadusliku väärtuse tagamiseks nõuab paragrahv 11, et projekt põhineks vastava ala teadusliku kirjanduse põhjalikul tundmisel ning varasemal laboratoorsel töö – ja kui võimalik, siis ka loomadega tehtud uuringutel –, mis lubab oodata, et pakutav raviviis osutub inimeste puhul tõhusaks. Igasugune loomadega seotud uurimistöö peab olema kooskõlas eetikajuhistega, mis minimeerivad kasutatavate loomade arvu ja hoiavad ära nende tarbetud kannatused. Paragrahv 15 lisab

täiendava nõude, et inimestega seotud eksperimentaalset uurimistööd peaksid tegema ainult teadusliku kvalifikatsiooniga isikud. Eetikakomitee peab enne uurimisprojekti heakskiitmist olema veendunud, et need nõuded on täidetud.

ÜHISKONDLIK VÄÄRTUS

Üks vaieldavam nõue arstiteaduslikule uurimisprojektile on see, et ta peaks kaasa aitama ühiskonna heaolule üldiselt. Varem oli üldtunnustatud arusaam, et teaduslik teadmine on väärtuslik iseenesest ega vaja mingit lisaõigustamist. Kuid kuna vahendid arstiteadusliku uurimistöö jaoks on järjest ebapiisavamad, on ühiskondlikust väärtusest saanud oluline kriteerium selle üle otsustamisel, kas projekti tuleks rahastada.

«Ühiskondlikust väärtusest on saanud oluline kriteerium selle üle otsustamisel, kas projekti tuleks rahastada.»

HD paragrahvid 18 ja 19 soosivad selgelt ühiskondliku väärtuse arvestamist uurimisprojektide hindamisel. Projekti eesmärgi olulisus, mille all tuleb mõista nii teaduslikku kui ühiskondlikku olulisust, peaks uurimisaluste kahjud ja riskid üles kaaluma. Peale selle peaks need rahvastikuosad, kellel uurimist läbi viiakse, uurimise tulemustest kasu saama. See on eriti oluline maades, kus on olemas potentsiaal katsealuste ebaõiglaseks kohtlemiseks selles mõttes, et ehkki just neile langevad osaks uurimisega seotud riskid ja ebamugavused, toovad uurimise tulemusena väljatöötatud ravimid kasu vaid patsientidele kuskil mujal.

Uurimisprojekti ühiskondlikku väärtust on raskem kindlaks määrata kui selle teaduslikku väärtust, kuid see pole hea põhjus niisuguse väärtuse eiramiseks. Uurijad ning eetikakomiteed peaksid kindlustama selle, et patsiente ei allutataks niisugustele uuringutele, mis tõenäoliselt ei teeni mingeid kasulikke ühiskondlikke eesmärke. Teisiti

talitada tähendaks raisata väärtuslikke tervishoiuressursse ning kahjustada meditsiinilise uurimistöö mainet kui üht peamist inimeste tervisele ja heaolule kaasaaitavat tegurit.

RISKID JA KASUD

Kui projekti teaduslik ning ühiskondlik väärtus on kindlaks tehtud, peab uurija tõestama, et riskid katseisikute jaoks pole ebamõistlikud

«Kui riskid on täiesti teadmata, ei peaks uurija projekti käivitama enne, kui on olemas mingeid usaldusväärseid andmeid.»

ega ebaproportsionaalsed uurimiselt oodatava kasuga, eriti kui katsealused ise ei pruugi viimasest üldse osa saada. Risk on ebasoodsa tulemuse (kahju) esinemise võimalus. Sellel on kaks komponenti: (1) kahju esinemise tõenäosus (väga ebatõenäolisest kuni väga tõenäoliseni); ja (2) kahju suurus (tühisest kuni püsiva raske puudeni või surmani). Äärmiselt ebatõenäoline tühine kahju pole hea uurimisprojekti

jaoks probleem. Spektri teine serv – tõenäoline tõsine kahju – on vastuvõetamatu, välja arvatud siis, kui projekt võiks pakkuda ainsat ravi- lootust surmahaigust põdevaile patsientidele. Mis puutub nende kahe äärmuse vahelisse alasse, siis **HD** paragrahv 17 nõuab uurijailt, et nad hindaksid riske adekvaatselt ning oleksid kindlad, et neid on võimalik reguleerida. Kui riskid on täiesti teadmata, ei peaks uurija projekti käivitama enne, kui on olemas mingeid usaldusväärseid andmeid, näiteks laboriuuringuid või loomadega tehtud uuringutest.

INFORMEERITUD NÕUSOLEK

Nürnbergi koodeksi esimene põhimõte ütleb: «Katseisiku vaba- tahtlik nõusolek on absoluutselt vajalik.» Selle põhimõtte juurde lisatud selgitav paragrahv nõuab muude asjade seas, et uuritaval «oleks

küllalt teadmisi ja arusaamist uuritava ainevalla elementidest, mis lubaks tal langetada arusaava ja asjatundliku otsuse».

**«Katseisiku
vabatahtlik nõusolek
on absoluutselt
vajalik.»**

HD käsitleb informeeritud nõusolekut üsna üksikasjalikult. Paragrahv 22 täpsustab, mida peab uuritav teadma, selleks et osalemise kohta teadlikku otsust langetada. Paragrahv 23 hoiatab isikutele uurimises osalemiseks surve avaldamise eest, kuna säärestel tingimustel ei pruugi nõusolek olla täiesti vabatahtlik. Paragrahvid 24 kuni 26 käsitlevad neid katsealuseid, kes ei ole võimelised nõusolekut andma (alaealised lapsed, raske vaimupuudega isikud, teadvuseta olekus patsiendid). Nad võivad küll uuringutes osaleda, kuid piiratud tingimustel.

Nagu teisedki uurimiseetika alusdokumendid, soovitab ka **HD**, et informeeritud nõusolek oleks selgesti väljendatud katseisiku poolt allkirjastatud «nõusoleku vormis» (paragrahv 22). Paljud eetikakomiteed nõuavad uurijailt, et nad esitaksid selle nõusoleku vormi, mida nad oma projektis kavatsevad kasutada. Mõnes riigis on need vormid muutunud nii pikaks ja üksikasjalikuks, et nad ei teeni enam eesmärki anda katseisikule projekti kohta teavet. Igatahes ei alga ega lõpe informeeritud nõusoleku saamise protsess vormi allakirjutamisega, vaid sellega peab seostuma projekti hoolikas suusõnaline selgitamine, kusjuures selgitada tuleb kõike, mida osalemine katseisikule tähendab. Peale selle tuleb katseisikuid teavitada sellest, et nad võivad oma nõusoleku iga hetk tagasi võtta, isegi pärast seda, kui projekt on alanud, ilma et see tooks kaasa uurijate või teiste arstide surveavaldusi ja ilma et see kuidagi kahjustaks nende ravimist või nende eest hoolitsemist.

ANDMEKAITSE

Nii nagu kliiniliste patsientide puhulgi, on ka uurimisalustel õigus oma isiklike terviseandmete privaatsusele. Kuid erinevalt kliinilisest ravist

nõuab uurimine isiklike terviseandmete avaldamist teistele, sealhulgas teadlaskonnale laiemalt ning mõnikord ka avalikkusele üldse. Privaatsuse kaitsmiseks peavad uurijad tagama, et nad hangivad katsealuste informeeritud nõusoleku nende isiklike terviseandmete kasutamiseks uurimistöö eesmärgil. See eeldab, et katsealustele on eelnevalt räägitud sellest, mil moel nendega seotud teavet plaanitakse kasutada. Üldreeglina tuleks teave deidentifitseerida ning seda tuleks talletada ja edastada turvaliselt. WMA **Deklaratsioon terviseandmebaasidega seotud eetikakaalutlustest** annab selle kohta täiendavaid juhtnööre.

«Uurimisalustel on õigus oma isiklike terviseandmete privaatsusele.»

ROLLIDE KONFLIKT

Eespool selles peatükis märgiti, et arsti roll arsti-patsiendi suhtes on teistsugune kui uurija roll uurija-katseisiku suhtes, isegi sel juhul, kui arstiks ja uurijaks on üks ja sama isik. **HD** paragrahv 28 täpsustab, et säärastel juhtudel peab arsti roll olema määrav. Muu hulgas tähendab see, et arst peab olema valmis soovitama patsiendil uurimisprojekti mitte osaleda, kui käimasolev ravi näib patsiendile hästi mõjuvat ja kui projekt nõuab, et patsiente tuleks randomiseeritult allutada erinevatele raviviisidele ja/või platseebole. Ainult sel juhul, kui arstil on kaalukas teaduslik alus kahelda, kas praegune ravi on patsiendile niisama sobiv kui pakutav uus ravi või isegi platseebo, peaks arst tegema patsiendile ettepaneku uurimisprojekti osaleda.

TULEMUSTE AUS TEATAMINE

Nõue, et uurimistulemustest teatataks ausalt, peaks iseendast olema ülearune, kuid kahjuks on viimasel ajal esinenud arvukalt juhtumeid, kus uurimistulemuste avaldamisel on toimitud ebalausalt. Probleemi-

deks on *plagiarism*, andmete fabritseerimine, korduvpublitseerimine ning «kingitud» autorlus. Säärased praktikad võivad tuua kasu uurijale, vähemasti seni kui neid pole avastatud, kuid see võib tuua suurt kahju patsientidele, kellele võidakse määrata ebaõige ravi, tuginedes ebakorreksetele või vääradele uurimisaruannetele, ja ka teistele uurijatele, kes võib-olla raiskavad palju aega ja ressursse, püüdes kõnealuseid uurimusi kontrollida või edasi arendada.

«On esinenud arvukalt juhtumeid, kus uurimistulemuste avaldamisel on toimitud ebaausalt.»

LÄRMITÕSTMINE

Et ennetada ebaeetilist uurimistööd või selle toimumise fakti avalikustada, on igaühel, kes teab säärasest käitumisest, kohustus edastada asjakohane informatsioon vastavatele ametkondadele. Kahjuks ei kiideta säärast «lärmitõstmist» alati heaks ning vahel isegi ei reageerita sellele; mõnikord lärmitõstjaid karistatakse või hakatakse neid vältima, kuna nad püüdsid väärtegusid paljastada. Ent niisugune hoiak näib olevat muutumas, sest nii arstiteadlased kui ka valitsusametnikud on hakanud nägema vajadust avastada ja karistada ebaeetilist uurimist ning on hakanud hindama lärmitõstjate rolli selle eesmärgi saavutamisel.

Uurimismeeskonna noorematel liikmetel, näiteks arstiüliõpilastel, võib olla eriti raske ebaeetilise uurimise kahtluse korral midagi ette võtta, kuna neile võib tunduda, et nad pole pädevad vanemate uurijate tegusid hindama ning saavad tõenäoliselt karistada, kui oma arvamust avaldavad. Kuid vähemasti peaksid nad keelduma osalemast sellistes toimingutes, mida nad peavad selgelt ebaeetiliseks, näiteks katsealuste valetamine või andmete fabritseerimine. Kui nad märkavad teisi midagi niisugust tegemas, peaksid nad tegema kõik mis võimalik, et informeerida juhtkonda või teisi asjassepuutuvaid institutsioone, kas siis otseselt või anonüümselt.

LAHENDAMATA KÜSIMUSI

Mitte kõigis uurimiseetika küsimustes ei valitse üksmeel. Sedamööda kuidas arstiteadus edeneb, näiteks niisugustes valdkondades nagu geneetika, neuroteadused ning kudede ja organite siirdamine, tekib uusi küsimusi tehnoloogiate eetilise vastuvõetavuse, protseduuride ja raviviiside kohta, millele pole olemas valmis vastuseid. Peale selle on ka mõned vanad küsimused jätkuvate eetikadebattide aineks, näiteks millistel tingimustel tuleks kliinilistesse uuringutesse lülitada platseeborühm ja millist ravi tuleks jätkata meditsiinuuringuis osalevaid patsientidel. Üleilmsel tasandil on meditsiinuuringutes valitsev lõhe 10/90 (ainult 10% kõigist uurimisrahadest kulutatakse terviseprobleemidele, mis mõjutavad 90% maailma elanikkonnast) kahtlemata lahendamata eetikaküsimus. Ja kui uurijad asuvadki tegelema probleemidega maailma ressursivaestes piirkondades, puutuvad nad sageli kokku probleemidega, mis tekivad sellest, et nende eetilised vaatekohad satuvad konflikti selle kogukonna eetilise vaatekohaga, kus nad töötavad. Kõik need küsimused nõuavad põhjalikku edasist analüüsi ning arutamist, enne kui on võimalik jõuda üksmeelele.

«Ainult 10% kõigist uurimisrahadest kulutatakse terviseprobleemidele, mis mõjutavad 90% maailma elanikkonnast.»

Hoolimata neist võimalikest probleemidest on arstiteaduslik uurimistöö arstidele ja arstiüliõpilastele, aga ka uurimisalustele endile väärtuslik ja rahuldust pakkuv tegevus. Õigupoolest peaksid arstid ja arstiüliõpilased kaaluma võimalust olla ka ise katsealusteks, et nad suudaksid paremini hinnata uurija-uuritava suhte teist poolt.

TAGASI JUHTUMIANALÜÜSI JUURDE

Dr R ei oleks pidanud nii kiiresti nõustuma. Ta peaks kõigepealt projekti kohta rohkem teada saama ning olema kindel, et see täidab kõiki eetilisele uurimisele esitatavaid nõudeid. Muu hulgas peaks ta paluma näha protokoll, mis esitati eetikakomiteele, ja kõiki märkusi või tingimusi, mida komitee projektile esitas. Ta peaks osalema ainult oma tegevusalale vastavais projektides ning veenduma projekti teaduslikus ja ühiskondlikus väärtuses. Kui ta pole kindel, et suudab projekti adekvaatselt hinnata, peaks ta küsima nõu oma kolleegidelt suuremates keskustes. Ta peaks kindlustama selle, et toimib oma patsientide huvides ja kaasab ainult neid, kellele ei tee kahju, kui nad vahetavad oma praeguse ravi katsetatava ravimeetodi või platseebo vastu. Ta peab olema võimeline patsientidele eri võimalusi seletama, nii et nad saaksid anda informeeritud nõusoleku osalemiseks või sellest keelduda. Ta ei tohiks nõustuda ettepanekuga kaasata kindel arv patsiente, kuna see võiks viia patsientidele surve avaldamiseni, mis ei pruugi olla patsientide huvides. Ta peaks uuringus osalevaid haigeid hoolikalt jälgima, et märgata ebasoodsaid muutusi, ning olema valmis kiiresti tarvitusele võtma korrektiivmeetmeid. Lõpuks, ta peaks patsientidele uurimise tulemused teatama, niipea kui need on kättesaadavad.

KUUES PEATÜKK KOKKUVÕTE





ARSTI VASTUTUS JA EESÕIGUSED

See käsiraamat on keskendunud arstide kohustustele ja vastutusele ning need ongi tõepoolest arstieetika põhisisuks. Kuid nagu kõigil inimestel, nii on ka arstidel peale vastutuse ka õigused ning arstieetika poleks täielik, kui ei käsitleks seda, kuidas peaksid arste kohtlema teised – patsiendid, ühiskond ja kolleegid. Selline vaatenurk arstieetikale on muutunud üha tähtsamaks, sedamööda kuidas paljudes maades on arstid oma kutsealal töötades hakanud tundma suurt

«Nagu kõigil inimestel, nii on ka arstidel peale vastutuse ka õigused.»

frustratsiooni. Viimase põhjuseks võib olla vahendite nappus, valituse ja/või firmade poolt teostatav tervishoiu mikrotasandi-juhtimine, sensatsiooni taotlevad meediateated arstide eksimustest ja nende ebaeetilisest käitumisest või arstide autoriteedi ja oskuste kahtluse alla seadmine patsientide ja teiste tervishoiutöötajate poolt.

Arstieetika on ka varem käsitlenud nii arstide õigusi kui ka vastutust. Varasemad arstieetika koodeksid nagu näiteks Ameerika Arstide Liidu (AMA) koodeksi 1847. aasta versioon sisaldavad löike patsientide ning avalikkuse kohustustest arstielukutse ees. Enamik neist kohustustest on aegunud, nagu näiteks «Patsiendi kuuletumine oma arsti ettekirjutustele peaks olema kohene ja vaidlustamatu. Ta ei peaks kunagi lubama omaenda lihtsakoelisel arvamusel nende ettekirjutuste kohasuse kohta mõjutada oma tähelepanelikkust nende suhtes.» Kuid väide «avalikkus peaks... arstlikku kvalifikatsiooni õiglaselt hindama... ning igati ergutama meditsiiniharidust omandama ja aitama kaasa selle omandamisele...» on endiselt kehtiv. Ent nende lõikude redigeerimise ja kaasajastamise asemel jättis AMA nad lõpuks oma eetikakoodeksist välja.

Aastate jooksul on WMA võtnud vastu mitmeid alusdokumente arstide õiguste kohta ning teiste, eriti valitsuste vastava kohustuse kohta neid õigusi austada:

- 1984. aasta **Seisukoht arstide kohtumistel osalemise vabaduse kohta** kinnitab, et «ei tohiks... olla mingeid takistusi, mis ei lubaks arstidel osaleda WMA kohtumistel või muudel arstide kogunemistel, ükskõik kus neid korraldatakse.»
- 1986. aasta **Deklaratsioon arsti sõltumatuse ja kutsealase vabaduse kohta** ütleb: «Arstil peab olema kutsealane vabadus segamatult ravida oma patsiente» ja «Arstil peab olema kutsealane vabadus esindada ja kaitsta patsientide tervisevajadusi kõigi ees, kes keelduvad hoolitsemast haigete või vigastatute eest või piiravad nende eest hoolitsemist.»
- 1995. aasta **Seisukoht arstiabi standarditega seotud kutsealasest vastutusest** deklareerib, et «arsti kutsealase käitumise või soorituse mis tahes hindamise juurde peab kuuluma hindamine arsti kolleegide poolt, kes tänu oma kogemusele ja väljaõppele mõistavad asjaomaste meditsiiniküsimuste keerukust.» Sama dokument mõistab hukka «igasugused sellised protseduurid patsientide kaebuste arutamiseks või patsientidele hüvituse maksmiseks, mis ei põhine arsti tegude või tegematajätmist heausksel hindamisel arsti ametikaaslaste poolt.»
- 1997. aasta **Deklaratsioon nende arstide toetamise kohta, kes keelduvad piinamises või muus julmas, ebainimlikus või alandavas kohtlemises osalemast või sellist kohtlemist lubamast** paneb WMAle kohustuse «toetada ja kaitsta ning kutsuda ka rahvuslikke arstide liite üles toetama ja kaitsma selliseid arste, kes tõrguvad säärestes ebainimlikes toimingutes osalemast või kes töötavad sellise kohtlemise ohvrite ravimiseks ja nende tervise taastamiseks; samuti tuleb tagada arstide õigus järgida kõige kõrgemaid eetikapõhimõtteid, sealhulgas ka arstlikku kutsesaladust...»
- 2003. aasta **Dokument eetikajuhiste kohta arstide rahvusvahelisel värbamisel** kutsub kõiki maid üles «tegema oma

parima, et arstid jääksid oma elukutse juurde ning oma maale, toetades neid kõige sellega, mida nad vajavad oma isiklike ja kutsealaste eesmärkide saavutamiseks, võttes arvesse maa vajadusi ja ressursse» ning «tagama, et arste, kes töötavad ajutiselt või püsivalt oma kodumaalt eemal ... koheldaks võrdväärselt teiste selle maa arstidega (see tähendab näiteks võrdseid karjäärivõimalusi ja võrdset tasu samasuguse töö eest).»

Ehkki niisugune arstide õiguste kaitse on tarvilik, kui võtta arvesse eespool loetletud ohte ja raskusi, tuleb arstidele mõnikord meenutada ka nende eesõigusi. Avalikkuse küsitlused paljudes maades on järjekindlalt näidanud, et arstiamet on üks kõige lugupeetumaid ja usaldatumaid. Tavaliselt saavad arstid keskmisest kõrgemat palka (paljudes maades palju kõrgemat). Neil on endiselt suur kliiniline autonoomia, ehkki mitte enam nii suur kui varem. Paljud on kaasatud uurimistöösse ja saavad seega osa põnevaist uue teadmise otsinguist. Mis kõige tähtsam, nende töö on hindamatu väärtustega konkreetsetele patsientidele, eriti neile, kes on tundlikud ja kõige rohkem abi vajavad, ning ka ühiskonnale üldiselt. Vähesed kutsealad saavad pakkuda suuremat rahuldust kui meditsiin, kui mõelda neile hüvedele, mida arstid pakuvad – valu ja kannatuse leevendamine, haiguste ravi ning surijate lohutamine. Oma eetiliste kohustuste täitmine on võib-olla väike hind kõigi nende eesõiguste eest.

«Arstidele tuleb mõnikord meenutada ka nende eesõigusi.»

VASTUTUS ISEENDA EES

See käsiraamat on liigitanud arstide eetilised kohustused peamiste kasusaajate järgi: patsiendid, ühiskond ja kolleegid (sealhulgas ka teised tervishoiutöötajad). Arstid unustavad sageli, et neil on vastutus ka iseenda ja oma perekonna ees. Paljudes maailma osades on arstiks olemine tähendanud täielikku pühendumist meditsiinile, pööra-

tes vähe tähelepanu omaenda tervisele ja heaolule. 60–80-tunnised töönädalad pole harvad ning puhkust peetakse tarbetuks luksuseks. Ehkki paljud arstid näivad sellistes tingimustes hästi hakkama saavat, ei pruugi see nende perekondadele kuigi hästi mõjuda. Mõned arstid aga kannatavad ilmselgelt sellise töötempo all ning tulemuseks võib olla nii krooniline väsimus kui ka mitmesuguste mõnuainete kuritarvitamine või isegi enesetapp. Halvas vormis arstid on ohuks oma patsientidele ning väsimus on oluline tegur arstlike vigade tekkes.

«Arstid unustavad sageli, et neil on vastutus ka iseenda ja oma perekonna ees.»

Vajadus tagada patsientide turvalisust, aga ka aidata kaasa arstide tervislikule eluviisile on mõnedes maades tinginud piiranguid arstide ja residentide töötundide arvule ja vahetuste pikkusele. Mõned meditsiiniõppeasutused on astunud samme, et teha naisarstidel kergemaks oma väljaõppeprogrammi katkestamine perekondlikel põhjustel. Ehkki sääraseid abinõud aitavad kaasa arstide tervisele ja heaolule, lasub esmane vastutus iseenda eest hoolitsemisel siiski arstil endal. Lisaks säärase ilmsete terviseriskide vältimisele nagu suitsetamine, mõnuainete kuritarvitamine ja ületöötamine peaksid arstid oma tervist kaitsma ja parandama, tegema kindlaks stressifaktorid oma tööalases ja eraelus ning leidma sobivad võtted nendega toimetulekuks. Kui see ei õnnestu, tuleks otsida abi oma kolleegidelt ja vastava ettevalmistusega nõustajatelt, lahendamaks isiklikke probleeme, mis võivad ebasoodsalt mõjutada nende suhteid patsientide, ühiskonna või kolleegidega.

ARSTIEETIKA TULEVIK

See käsiraamat keskendus arstieetika hetkeseisule, tehes küll korduvalt põikeid ka minevikku. Kuid olevik libiseb iga hetk käest ning seepärast, kui me ei taha ajast maha jääda, on tarvis haarata ka tulevikku. Arstiee-

tika tulevik sõltub suuresti meditsiini enese tulevikust. 21. sajandi esimesel aastakümnel areneb meditsiin väga kiires tempos ning on raske ennustada, kuidas hakkab ravimine toimuma siis, kui praegused esimese kursuse arstiüliõpilased oma õpingutega lõpule jõuavad, ning on võimatu teada, millised muutused leiavad aset enne nende pensionile minekut. Tulevik ei pruugi tingimata olla parem kui olevik, kui arvestada ulatuslikku poliitilist ja majanduslikku ebastabiilsust, keskkonnaseisundi halvenemist, HIV/AIDSi ning teiste potentsiaalsete epideemiate jätkuvat levikut. Me võime loota, et meditsiini progress laieneb lõpuks kõigile maadele ja et eetikaprobleemid, millega neis kokku puututakse, sarnanevad nendega, mida praegu arutatakse jõukates maades. Võib juhtuda ka vastupidi: praegu jõukaid maid võib tabada tagasilangus sellesse punkti, kus nende maade arstid peavad tegelema troopiliste haiguste epideemiatega ja meditsiiniressursside terava nappusega.

Arvestades tuleviku eriomast ennustamatust, peaks arstieetika olema paindlik ning avatud muutumisele ja kohandamisele, nagu see tegelikult juba mõnda aega ongi olnud. Kuid me võime loota, et arstieetika põhiprintsiibid jäävad paika, eriti kaastunde, pädevuse ning autonoomia väärtused koos põhiliste inimõiguste silmaspidamisega ja kutsealase pühendumusega. Ükskõik millised muutused meditsiinis tänu teaduse arengule või sotsiaalsete, poliitiliste ja majanduslike tegurite tõttu ka aset leiaksid, alati saab olema haigeid inimesi, kes soovivad terveneda, kui see on võimalik ning alati ravi. Arstid on traditsiooniliselt seda pakkunud ning lisaks ka terviseedendamist, haiguste ennetamist ja tervishoiusüsteemi juhtimist. Ehkki nende tegevussuundade vaheline tasakaal võib tulevikus muutuda, on tõenäoline, et arstid jäävad neis kõigis suurt rolli mängima. Kuna kõigis neis tegevusvaldkondades võib ette tulla mitmesuguseid eetilisi probleeme, peavad arstid hoidma end kursis arstieetika arenguga, täpselt samuti nagu nad teevad seda meditsiini teiste aspektide puhul.

Sellela jõuab meie käsiraamat lõpule, kuid lugeja jaoks peaks see olema vaid üks samm tema elukestvas süüvimises arstieetikasse. Korratas mõtet, mida sai juba väljendatud sissejuhatuses: see käsiraamat

annab üksnes elementaarse sissejuhatuse arstieetikasse ja mõningatesse selle kesksetesse küsimustesse. Eeskätt peaks see aitama teil jõuda äratundmisele, et on tarvis pidevalt juurelda meditsiini eetilise mõõtme üle ning eriti selle üle, kuidas tulla toime nende eetiliste küsimustega, millega te puutute kokku omaenda praktikas. Lisas B toodud abiallikate nimekiri võib aidata teil süvendada oma teadmisi selles valdkonnas.

LISA A – SÕNASTIK

Arst (*physician*) – isik, kellel on olemas meditsiini praktiseerimiseks sobiv väljaõpe. Mõnel maal tehakse vahet arstidel ja kirurgidel (*surgeon*) ning terminit «doktor» (*doctor*) kasutatakse mõlema tähistamiseks. Kuid sõna «doktor» kasutavad ka teised meedikud, nagu näiteks hambaarstid ja loomaarstid, aga samuti ka kõik need, kes on saanud PhD või mõne teise «doktori» kraadi. Termin «meditsiinidoktor» (*medical doctor*) on täpsem, kuid pole laialt kasutusel. WMA kasutab terminit «arst» kõigi nende kohta, kellel on olemas meditsiini praktiseerimiseks vajalik kvalifikatsioon, ükskõik milline on nende eriala, ja sama joont järgib ka käesolev käsiraamat.

Asendusemadus (*surrogate gestation/substitute gestation*) – selline raseduse vorm, mille puhul naine nõustub last kandma ja andma ta pärast sündi ära teisele isikule või paarile, kes enamikul juhtudel on kas loovutanud selle jaoks spermat (kunstliku inseminatsiooni kaudu) või embrüo (*in vitro* viljastamise ja loote siirdamise kaudu).

Bioeetika (*bioethics/biomedical ethics*) – meditsiinis, tervishoius ja bioloogiateadustes kerkivate moraaliküsimuste uurimine. Bioeetikal on neli suurt alljaotust: **kliiniline eetika** (*clinical ethics*), mis tegeleb patsientide ravi puudutavate küsimustega (vt käesoleva käsiraamatu 2. peatükk); **teadusliku uurimisöö eetika** (*research ethics*), mis käsitleb katseisikute kaitset arstiteaduslikus uurimistöös (vt käsiraamatu 5. peatükk); **kutse-eetika** (*professional ethics*), mis käsitleb arstide ja teiste tervishoiuga seotud elukutsete spetsiifilisi kohustusi ja vastutust (**arstieetika** on üks kutse-eetika tüüp ning ühtlasi osa **meditsiinieetikast**, mis hõlmab lisaks arstide kohustustele ka õdede, füsioterapeutide ja teiste medikute kutse-eetikat); ning **avaliku poliitika eetika** (*public policy ethics*), mis tegeleb bioeetika küsimusi puudutavate seaduste ja määruste sõnastamise ning tõlgendamisega.

Elutestament (*advance directive*) – avaldus (tavaliselt kirjalik) selle

kohta, millist ravi isik soovib olukorras, kus ta pole enam võimeline ise otsuseid langetama (näiteks kui ta on teadvuseta või dementne). See on üks ennetava raviplaneerimise vorm; teine võimalus on valida endale säärase olukordade tarvis asendusotsustaja. Mõnes riigis reguleerib elutestamente seadusandlus.

Esindama (*to advocate*) – võtma sõna või tegutsema teise isiku või rühma kaitseks;

Esindaja (*advocate*) – niimoodi toimiv isik. Arstid toimivad oma patsientide esindajatena, kui nõuavad valitsustelt või tervisekindlustuse töötajatelt teenuste pakkumist, mida patsiendid vajavad, kuid mida neil endal on raske kätte saada.

Haldusmeditsiin (*managed healthcare*) – selline organisatsiooniline lähenemine tervishoiule, mille korral valitsused, firmad või kindlustusseltsid otsustavad, milliseid teenuseid pakkuda, kes neid pakuvad (eriarstid, üld- ja perearstid, õed, teised meedikud jne), kus neid pakutakse (kliinik, haigla, patsiendi kodu jne) ning muid sääraseid küsimusi.

Heategemine (*beneficence*) – arstidelt oodatakse, et nad toimiksid oma patsientide huvides.

Hierarhia (*hierarchy*) – olukord, kus inimesed on tähtsuse järgi paigutatud korrapärasesse astmestikku, alates kõige madalamast ja lõpetades kõige kõrgemaga.

Informeeritud nõusolek (*informed consent*) – keskne mõiste kaasaja meditsiinieetikas ja -õiguses, mille realiseerimine võimaldab patsiendil ja/või uuritaval endal otsustada temaga toimuva üle meditsiini valdkonnas. Korrektne nõusolek (üldjuhul kirjalik) diagnoosi-, ravi- või uurimismenetluseks sisaldab patsiendi igakülgset teavitamist menetluse eesmärkidest, võimalikest läbiviimise teedest, alternatiividest ja riskidest; selle teabe mõistmist ja oma otsuse selget väljendamist.

Konsensus (*consensus*) – üldine heakskiit millelegi (mitte tingimata täielik üksmeel).

Lärmitõstja (*whistle-blower*) – inimene, kes teatab võimudele või avalikkusele, et mõni üksikisik või organisatsioon teeb midagi ebaeetilist või ebaseaduslikku.

Mittekahjustamine (*non-maleficence*) – sõnasõnalises tähenduses mitte halba tegemine. Arstid ja arstiteadusliku uurimistöö läbiviijad peavad hoiduma patsiente ja katseisikuid kahjustamast.

Mõistuspärane ehk **ratsionaalne** (*rational*) – inimese arutlusvõimel põhinev; mõistuspärane olemine tähendab seda, et suudetakse vaagida argumente mingi teo poolt ja vastu ning langetada otsust selle kohta, milline alternatiiv on parim.

Palliatiivne ravi (*palliative care*) – selline lähenemine haigete ravile (eriti niisuguste haigete ravile, kes arvatavasti peatselt surevad raske ravimatu haiguse tagajärjel), mis keskendub patsiendi elukvaliteedile, eriti valude ohjamisele. Säärast ravi võidakse pakkuda haiglas, spetsiaalsetes surijatele mõeldud asutustes (mida tavaliselt nimetatakse hosiipsideks) või haige kodus.

Plagiarism (*plagiarism*) – ebaausa käitumise vorm, mille puhul isik kopeerib kellegi teise tööd, näiteks juba avaldatud artiklit või selle osa, ning esitab seda nii, nagu oleks tegu tema enda tööga (st ilma allikale viitamata).

Pluralistlik (*pluralistic*) – olukord, kus on tegu mitme või paljude erinevate lähenemiste või tunnustega; üheainsa või ühetaolise vastand.

Vastutav (*accountable*) – kellegi ees millegi suhtes vastust andev (nt töötaja on oma tööandja ees vastutav selle töö eest, mida ta teeb).

Vastutus (*accountability*) tähendab seda, et isik peab olema valmis andma seletust millegi kohta, mida ta tegi või tegemata jättis.

Voorus (*virtue*) – hea omadus inimeses, eriti tema iseloomus ja käitumises. Mõned voorused on teatud inimrühma puhul eriti olulised, näiteks kaastunne arstidel, vaprus tuleõrjujatel, tõearmastus tunnistajatel jne.

Väärtus (*value*) – miski, mida peetakse väga tähtsaks; **väärtustama** (*to value*) – pidama midagi väga tähtsaks.

Õiglus (*justice*) – üksikisikute ja rühmade aus ja õiglane kohtlemine. Nagu osutatud 3. peatükis, on erinevaid arusaamu sellest, milles seisneb õiglane kohtlemine tervishoius.

LISA B – ARSTIEETIKA ABIALLIKAD INTERNETIS

Üldist

WMA Seisukohtade käsiraamat (www.wma.net/e/policy/handbook.htm) – sisaldab kõigi WMA ametlike seisukohtade täistekste (inglise, prantsuse ja hispaania keeles)

WMA eetika töörühm (www.wma.net) – sisaldab järgmisi rubriike, mida kaasajastatakse igakuiselt:

- Kuu küsimus
- WMA tegevus eetika populariseerimise alal
- WMA eetikaseisukohad (sh need, mis on väljatöötamisel või redigeerimisel)
- Helsingi deklaratsioon, selle ajalugu ja hetkeseis
- WMA eetikaressurssid
- Arstieetika organisatsioonid, sh nende eetikakoodeksid
- Konverentsiteated
- Arstieetika-alane haridus
- Eetika ja inimõigused
- Eetika ja arstlik professionalism

Elu algusega seotud küsimused

Inimese kloonimine – www.who.int/ethics/topics/cloning/en/

Reproduktiivabi – www.who.int/reproductive-health/infertility/report_content.htm

Elu lõpuga seotud küsimused

Ressurssid – www.nih.gov/sigs/bioethics/endoflife.html

Palliatii ravi – www.hospicecare.com/Ethics/index.htm

Vastuseis eutanaasiale – www.euthanasia.com/

HIV/AIDS

Ressursid – www.wits.ac.za/bioethics/

UNAIDS – <http://www.unaids.org/en>

Suhted äriettevõtetega

Haridusressursid – www.ama-assn.org/ama/pub/category/5689.html

Inimuuringud

Juhised ja ressursid – www.who.int/ethics/research/en/

Harvardi Tervishoiuinstituut, kursus «Rahvusvaheliste tervishoiu-uuringute eetikaküsimused» – www.hsph.harvard.edu/bioethics/

LISA C – MAAILMA ARSTIDE LIIT

Resolutsioon arstieetika ja inimõiguste lülitamisest arstiteaduskondade õppekavasse kogu maailmas

(Vastu võetud 51. WMA üldkogul Tel Avivis oktoobris 1999)

1. Kuna arstieetika ja inimõigused on lahutamatu osa arstiameti tööst ja kultuurist ning
2. kuna arstieetika ja inimõigused on lahutamatu osa Maailma Arstide Liidu ajaloost, struktuurist ja eesmärkidest,
3. otsustatakse, et WMA soovib arstiteaduskondadele kogu maailmas lülitada oma õppekavadesse kohustusliku kursusena arstieetika ja inimõigused.

ARSTIHARIDUSE MAAILMAFÖDERATSIOON

Üleilmsed kvaliteediparandamisstandardid: arstide põhiharidus (www.wfme.org/)

Need standardid, mille täitmist oodatakse kõigilt arstiteaduskondadelt, sisaldavad järgmisi viiteid arstieetikale:

1.4 Haridustulemused

Arstiteaduskond **peab** määratlema pädevused (sealhulgas arstieetika tundmine ja mõistmine), mida üliõpilane peab õpingute lõpetamisel valdama, arvestades tema edasist väljaõpet ning tulevast rolli meditsiinisüsteemis.

4.4 Õppeprogramm – arstieetika

Arstiteaduskond **peab** tegema kindlaks ja lülitama oma õppekavasse need arstieetika saavutused, mis aitavad kaasa tõhusale suhtlemisele, kliinilisele otsustamisele ja eetilisele praktikale.

4.5 Õppeprogramm – kliinilised teadused ja oskused

Kliiniliste oskuste hulka kuuluvad haigusloo koostamine, suhtlemisoskused ja meeskonna juhtimise oskused.

Patsientide ravis osalemine hõlmab meeskonnatööd teiste meditsiiniliste elukutsete esindajatega.

4.4 Õppeprogramm – uurimistöö

Uurimistegevuse ja õpetamistegevuse omavaheline vastasmõju **peaks** julgustama üliõpilasi osalema arstiteaduslikus uurimistöös ja arendustegevuses ning neid selleks ette valmistama.

LISA D – EETIKA ÕPETAMISE ARENDAMISEST ARSTITEADUSKONDADES

Mõnes arstiteaduskonnas õpetatakse eetikat väga vähe, samas kui mõnes teises on olemas väga põhjalikult väljatöötatud programmid. Kuid isegi neis viimastes on alati täiustamise ruumi. Alljärgnevalt kirjeldame protsessi, mida saab alatatada igaüks, olgu siis arstiüliõpilane või õppejõud, kes tahab edendada arstieetika õpetamist oma asutuses.

1. Tutvu otsustusprotsessi struktuuriga oma asutuses:

- Dekaan
- Õppekomisjon
- Teaduskonna nõukogu
- Mõjukad õppejõud

2. Otsi tuge teistelt:

- Üliõpilased
- Õppejõud
- Administratiivjuhid
- Arstide liit
- Riiklik arstide järelevalve asutus

3. Esita tugevad argumendid:

- WMA Resolutsioon arstieetika ja inimõiguste lülitamisest arstiteaduskondade õppekavasse kogu maailmas
- WFME (Arstihariduse Maailmaföderatsioon)⁵ Üleilmsed kvaliteediparandamisstandardid: arstide põhiharidus
- Näited teistest arstiteaduskondadest
- Uurimiseetika nõuded
- Enneta vastuväiteid (nt ülekoormatud õppekava)

4. Paku oma abi:

- Tee ettepanekuid õppeprogrammi struktuuri, sisu, õppejõudude ja

⁵ WFME – *World Federation for Medical Education*.

õpperessursside kohta (vt arstieetika õpetamise ressursid WMA eetika töörühma veebilehel: www.wma.net/e/ethicsunit/education.htm)

- Võta ühendust teiste arstieetika programmidega, WMAga jne.

5. Taga järgepidevus:

- Võitle püsiva arstieetika komitee moodustamise eest
- Tõmba kaasa nooremaid üliõpilasi
- Tõmba kaasa teisi õppejõude
- Tõmba kaasa uusi õppejõude ja administratiivjuhte

LISA E – TÄIENDAVID JUHTUMIANALÜÜSE

ALAEALISE NÕUSTAMINE RASETUMISVASTASTE VAHENDITE OSAS

Sara on 15-aastane. Ta elab linnas, kus seksuaalsihiga kallaletungid on muutunud üha sagedasemaks. Ta tuleb teie kliinikusse, paludes rasestumisvastaste tablettide retsepti, et juhul kui ta peaks langema kallaletungi ohvriks, oleks ta raseduse eest kaitsitud. Rasedus lõpetaks tema haridustee ning teeks tal raskeks abikaasa leidmise. Sara räägib teile, et ta ei taha, et tema vanemad teaksid tema plaanist kasutada rasestumisvastaseid vahendeid, kuna nad arvaksid, et ta kavatseb oma poisiga seksuaalvahekorda astuda. Sara motiivid tunduvad teile kahtlased, kuid te imetlete tema kindlat otsust hoiduda rasedusest. Te soovitate tal tulla kliinikusse koos oma vanematega, et küsimust üldisemalt arutada. Kolm päeva hiljem tuleb ta üksinda tagasi ja ütleb teile, et ta püüdis oma vanematega rääkida, kuid nad keeldusid seda arutamast. Mida peaksite nüüd tegema?

ENNEAEGNE LAPS⁶

Max sündis 23. rasedusnädalal. Ta on juhitaval hingamisel, sest tema kopsud on väga ebaküpsed. Peale selle kannatab ta ajuverejooksu all, sest tema veresoonkond on alles ebastabiilne. Tõenäoliselt ei ela ta rohkem kui mõni nädal. Kui ta siiski jääb ellu, on tal arvatavasti raske vaimne ja kehaline puue. Maxi seisund halveneb veelgi, kui tal areneb tõsine soolenakkus. Võimalik oleks põletikuline soole osa operatiivselt eemaldada, nii et seejuures säiliks tema vähesed väljavaated ellu jääda. Maxi vanemad ei anna selleks nõusolekut, sest nad ei taha, et Max operatsiooni tõttu kannataks ja neil on tunne, et tema elukvaliteet ei saaks kunagi olla rahuldav. Raviarstina arvate, et operatsioon tuleks teha, ja murrate pead selle üle, kuidas vanemate keeldumise järel toimida.

⁶ Sellele ja järgmisele juhtumile on osutanud dr Gerald Neitzke ja preili Mareike Möller Hannoveri Meditsiiniinstituudist Saksamaal.

HIV NAKKUS

Hr S on abielus ja kahe koolilapse isa. Teie kliinikus ravitakse tal haruldast kopsupõletiku vormi, mida sageli seostatakse AIDSiga. Vereanalüüs näitab, et ta ongi tõepoolest HIV-positiivne. Hr S ütleb, et tahab ise otsustada, kas ja millal oma naisele nakkusest rääkida. Te juhite tema tähelepanu tõsiasjale, et see võiks päästa tema naise elu, kui ta saaks end nakatumise eest kaitsta. Peale selle on oluline, et ka naine annaks vereanalüüsi ja teeks HIV-testi. Positiivse tulemuse korral saaks ta võtta ravimeid, mis aeglustavad haiguse puhkemist ja seeläbi pikendavad tema elu. Kuus nädalat hiljem tuleb hr S uuesti teie kliinikusse kontrolluuringutele. Vastuseks teie küsimusele ütleb ta, et pole oma naisele veel teatanud. Ta ei taha, et naine teaks tema homoseksuaalsetest kontaktidest, kuna ta kardab, et see teeks nende suhtele lõpu ja perekond variseks kokku. Kuid naise kaitsmiseks on hr S harastanud temaga ainult «turvalisemat seksi». Raviarstina tekib teil küsimus, kas peaksite proua S-i tema abikaasa nakatumisest HIV-viirusega informeerima vastu viimase tahtmist, nii et ta saaks alustada ravi, juhul kui see peaks osutuma vajalikuks.

VANGI RAVIMINE

Teie kui arsti kohustuste üheks osaks on külastada iga kahe nädala tagant lähedal asuvat vanglat ning võtta seal vastu vangidest patsiente. Eile andsite abi ühele vangile, kelle näol ja rindkerel oli ohtralt marrastusi. Kui te küsisite, mis vigastused põhjustas, vastas patsient, et vanglapersonal oli tema suhtes küsitluse ajal kasutanud füüsilist vägivalda, kui ta keeldus küsimustele vastamast. Ehkki teie praktikas on see esimene niisugune juhtum, olete oma kolleegidelt kuulnud samalaadsetest juhtumitest. Te olete veendunud, et peaksite midagi ette võtma, kuid patsient ei luba teil selle loo kohta kellelegi mingit informatsiooni anda, kartes kättemaksu vanglavõimudelt. Peale selle pole te kindel, kas vang on teile tõtt rääkinud; valvur, kes ta teie juurde saatis, ütles, et ta oli kakelnud teise vangiga. Te olete vangla personaliga heades suhetes ega taha neid suhteid kahjustada, esitades alusetuid süüdistusi vangide väärkohtlemises. Mida peaksite tegema?

ELU LÕPUGA SEOTUD OTSUS

Teie haiglasse tuuakse hooldekodust 80-aastane naine, et raviksite tal kopsupõletikku. Ta on nõrk ja kannatab mõõduka nõdrameelsuse all. Te ravite tema kopsupõletikku edukalt, kuid just enne seda, kui ta haiglast välja lastakse, saab ta insuldi, mille tagajärjel tema parem külg jääb halvatuks ning ta pole võimeline ise sööma. Talle paigaldatakse toitmistoru, mis ilmselgelt põhjustab talle ebamugavust; pärast seda kui ta on korduvalt püüdnud seda oma vasaku käega välja tõmmata, fikseeritakse tema käsivars, nii et ta ei saa seda lahti. Mingil muul moel pole ta võimeline oma soove väljendama. Püüded leida üles tema lapsi või teisi sugulasi, kes võiksid aidata langetada otsuseid tema ravi kohta, jäävad edutuks. Mõne päeva pärast jõuate veendumusele, et haige seisund tõenäoliselt ei parane ning ainus viis tema kannatusi leevendada on kas määrata talle uinuteid või eemaldada toitmistoru ja lasta tal surra. Mida peaksite tegema?

JUHTUMIANALÜÜSIDE KOGUD

UNESCO Bioetika õppetooli (*Chair in Bioethics*) informeeritud nõusoleku juhtumid: <http://research.haifa.ac.il/~medlaw/> (UNESCO Chair)

Ühendkuningriigi Kliinilise Eetika Võrgustiku (*UK Clinical Ethics Network*) juhtumianalüüsid: www.ethics-network.org.uk/Cases/archive.htm

Harvardi Tervishoiuinstituudi (*Harvard School of Public Health*) rahvusvaheliste terviseuuringute juhtumid: [www.hsph.harvard.edu/bioethics/](http://www.hsph.harvard.edu/bioethics/cases) (cases)

Rahvasteühenduse Meditsiinitrusti tervishoiutöötajate eetiliste ning inimõigustega seotud standardite õppekäsiraamat (*Commonwealth Medical Trust Training Manual of Ethical and Human Rights Standards for Healthcare Professionals*), 3. osa, juhtumianalüüsid: www.commat.org/