

Meditsiin ja inimeksistenti piirid

Andres Soosaar, ajakirja Eesti Arst peatoimetaja

Meditsiinivaldkonnad, mis on suutelised mõjutama inimese algust ja lõppu, on muutunud probleemiderohkeks. Nendes valdkondades ilmnevad kõige selgemini moodsa meditsiini võimalused inimeksistenti traditsioonilisi piire avardada.

Meditsiini kui inimese haigusest vabastajat ja tervise taastajat mõistetakse mitut moodi. Tavainimesele algab meditsiin sealt, kus lõpeb harjumuspärane halb tuju ja asemele tuleb sedavõrd ebameeldiv enesetunne, et see riivab hirmutavalt või ängistavalt kogu tema olemust. Professionaalile on meditsiin suur ja keerukas süsteem, milles ta peab üha ratsionaalsemalt täitma ühiskonna poolt talle omistatud rolli. Selle süsteemi kujundamine ja toimimine on üha vähem mõjukate arstide juhtida – järjest rohkem paistab meditsiinist välja teda loova ühiskonna demokraatia tase, arusaamad ja praktikad.

Kusagil nende kahe lähenemise vahel tegutsevad alternatiivse meditsiini voolude praktiseerijad, kes ühelt poolt panustavad patsiendi kui ravitseja ainukordsusesse ning teiselt poolt peavad end jätkuvalt eristaatuses isikuteks. Sageli vürtsitab seda veel nende endi arvates üleloomulike võimete omamine. Selline individualistlik lähenemine haigusele ja tervisele on teadusliku meditsiini võidukäigust hoolimata jätkuvalt mõjukas nii alternatiivmeditsiini praktiseerijate kui ka patsientide seas.

Kui haige tajub meditsiini iseenda ja oma lähedaste kogemuse kaudu, on meedikutele haiguse ja tervise käsitlemisel järjest olulisemaks saanud objektiivsuse nõue. See arvestab patsiendi subjektiivset arvamust peamiselt ühe infoallikana teiste seas. Meditsiinilise otsuse tegemisel tuleb arstil üha enam maha suruda enda kogemusest lähtuvat arusaama arstiteaduses üldiselt aktsepteeritud arvamuste kohta, mida professionaalina tuleb lihtsalt teada ja vallata. Mida kujutab endast arstiteaduses aktsepteeritud arvamus ja kust see tuleb?

Arstikunsti reeglid

Tänapäeval domineeriva tõenduspõhise meditsiini kaanonite kohaselt tuleneb aktsepteeritud arvamus hoolikalt kavandatud ja elluviidud meditsiinilistest teadusuuringutest, mis praktika otstarbel on fikseeritud haigusi käsitlevates diagnoosimise ja ravimise juhendites. Need juhendid moodustavad tänapäeval selle, mida meditsiinis on juba sajandeid peetud arstikunsti reegliteks (ld *lege artis*). Nende põhjal on hinnatud arstliku tegevuse kvaliteeti ning selle järgimisel vastutusest vabanemist, kui haigus ikkagi selle kõrvaldamise meditsiinilistest võimalustest kangemaks osutus.

Teaduslik meditsiin sai tõelise tuule tiibadesse alles 19. sajandil, kui algas laiaulatuslik inimkeha ning selle haigusteks peetavate ehituslike ja talitluslike kõrvalekallete loodusteaduslik uurimine. Heameel on märkida, et selle buumi käivitamisel on tähtis roll olnud Tartu Ülikooli tolle aja arstiteaduskonnal, kus töötas arvukalt rahvusvaheliselt tuntud arstiteadlasi ning kus tehti hulk tähtsaid avastusi, mis tänapäevalgi leiavad moodsa meditsiini alustugedena meenutamist ja tunnustust. See buum ei näita raugemise märke, pigem vastupidi, sest geeniuuringud ja mitmete uute tehnoloogiate kasutuselevõtt näikse 21. sajandi alguses arstiteadusele lahti kangutavat laekaid, milles on peidus vastused paljudele seni ebaselgetele inimkeha normaalse toimimise ja seda häirivate haiguste saladustele.

20. sajandi teisel poolel tekib ja tugevneb vastureaktsioon bioloogilisele meditsiinile, mille kohaselt nähakse haigusi suuresti vaid inimkeha muutunud materiaalse eksistentsi ebameeldivate iseärasustena. See reaktsioon üritab taastada teaduslikus meditsiinis tasakaalu inimese kehalise, vaimse ja sotsiaalse pooluse vahel. Selle suundumuse üheks väljenduseks on terviseteaduste teke ja kujunemine, mis võtab lähema vaatluse alla hoopis inimese tervise ning seda mitte üksnes pelgalt vastandina inimese kehalisele haigusele, vaid hoopis laiemalt inimliku eksistentsi kõigi põhiliste tahkude ideaali ja/või soovitava realiseerumise lähtetingimuseks. Et meditsiin on läbi aegade teoks saanud ikka inimeste vahel, kellest üks osa on patsientidena olnud mures ja hädas oma haiguse pärast ning teine osa meedikutena valmis oma erilisi teadmisi ja oskusi kasutama hädade kõrvaldamiseks, toob see ebavõrdsus paratamatult meditsiini kaasa moraalse aspekti. Moraalse külje tähtsust on meditsiini pikk ajalugu ainult kinnitanud, olgu selle tõenduseks kas või Hippokratese vande käekäik ja äärmiselt sügav mõju arsti elukutse-eetika dokumendina.

Üdini moraalne ettevõtmine

Meditsiin soovib iga haigestunud inimese käekäiku parandada, teda haigustest eemal hoida ning sellega võimaldada tal oma eluülesandeid teoks teha. See kirjatöö näeb oma peamise ülesandena siiski pigem vaagimist, kuidas meditsiin mõjutab inimeksistentsi piire ning kuidas meditsiinieetika omakorda mõjutab nende piiride seadmist.

Tuleb veel kord rõhutada, et meditsiin on läbi aegade olnud üdini moraalne ettevõtmine, mille kõige sügavam mõte on hädasolija abistamises. Aegade jooksul on patsiendi abistamine järjest sotsialiseerunud ning kunagisest kahe inimese (patsiendi ja ravitseja) suhtest on välja kasvanud kompleksne sotsiaalne võrgustik, mida suudavad terviklikult hoomata vaid üksikud eriettevalmistusega spetsialistid.

Mõnede mõtlejate arvates eristab eetika olemasolu ja toimimine inimest ja tema sotsiaalset kooslust ülejäänud elavast. Meditsiinipraktika on selge näide, mis seda arvamust kinnitab. Meditsiin on oma sisu ja tagajärgedega oluliselt mõjutanud inimese bioloogilist loomust ning mahendanud tema viljelejate evolutsioonilist arengut bioloogilise olemisvõitluse kaudu. Meditsiinilise teadmise areng on visalt ja väsimatult täpsustanud bioloogilise paratamatuse tegelikku jõudu ja piire ning üritanud haiguste tõhusama ravimise meetoditega teha inimest järjest vabamaks oma olemasolu jäikadest looduslikest stsenaariumidest, mida sageli kutsutakse bioloogiliseks paratamatuseks. Meditsiin ja bioloogia on vastuolulistes suhetes. Ühelt poolt on inimene selgelt bioloogiline olend ning meditsiini on seda asjaolu õnnestunud oma eduks ulatuslikult ära kasutada, teisalt heidavad holistliku meditsiini pooldajad bioloogilisele meditsiinile ette selle ühekülgset peamiselt inimese kehalise poolega tegelemist.

Olen täiesti veendunud, et ligimese aitamise moraalne imperatiiv on olnud ka meditsiinilise teadmise ning sellel põhinevate diagnoosimise ja ravimise tehnikate arendamise algne impulss. Just vajadus aidata hädasolijat pani vanade aegade meedikuid talletama oma kogemusi ja nende üle järele mõtlema, misjärel sai võimalikuks hakata nii väliste tunnuste kui ka organismi sisemiste protsesside mõistmise alusel eristama hädaseisundeid ning leidma neile järjest paremini juhitavaid ravimeetodeid.

Erilist rõhutamist väärib see, et uute teadmiste elluviimisel teadusliku meditsiini sotsiaalne iseloom järjest süveneb. Sellel sotsialiseerumisel on nii häid kui ka mitte nii häid külgi.

Arstid mõistavad kõikjal üksteist

Teadusliku meditsiini ülitugevaks küljeks tuleb kindlasti pidada kognitiivset võimekust ning sellel põhinevat arengupotentsiaali. Ühtse lähenemisena ei tunne teaduslik meditsiin riikide ega rahvuste piire ning põhjalikust erialasest spetsialiseerumisest hoolimata mõistavad teadusliku meditsiini esindajad kõikjal üksteist üsna kergesti. Selles tugevuses kumab teadusliku meditsiini tõsisemaid probleeme. Nimelt on ühise formaadi alusel spetsialiseerumine aidanud küll ületada iga üksiku meediku tunnetuslikud piirid, kuid toonud talle kaasa mõistmise ja tegutsemise raskused nendes olukordades, kus patsiendi hädad ja haigused ei kulge mööda kokkulepitud erialade piire, vaid hoopis kuidagi üle või läbi nende. Mida saaks meedik teha sellises tunnetuslikus kimbatuses? Ühelt poolt saab ta ausalt tunnistada oma võimete piire ning püüda leida abi kolleegidelt süsteemi teistest osadest. Selge, et see võtab aega ning keerulise juhtumi puhul ei pruugi sama või teise eriala kolleegki küsimustele õigeid vastuseid teada. Aeg läheb, haigus süveneb ning patsiendi rahulolematuse arsti, tema kolleegide, kogu süsteemi või ühiskonna suhtes kasvab. Kaugemas perspektiivis tuleb moraalse argumenti toel taas süsteemi täiustada, et infovahetus ja selle alusel õige tegutsemine oleksid võimalikult operatiivsed ja tõhusad. Teiselt poolt võib meedik mitte tunnistada oma teadmiste ja võimaluste piiratust, vaid üritada olukorra raskuspunkti veeretada selle lahendamatu keerukusele, see tähendab kusagile meediku ja patsiendi vahele, ning katsuda psühhoteraapia vahenditega panna patsienti veenduma olemasolevate meditsiiniliste valikute ainuvõimalikkuses.

Seda võimalust kasutatakse seni laialdaselt nii teaduslikus kui ka alternatiivses meditsiinis, kuid sageli on siin osavamad pigem alternatiivmeditsiinis tegutsejad, mis põhjendab ühe võimaliku asjaoluna õige hästi alternatiivmeditsiini populaarsust tänapäeval. Niisiis on teadusliku meditsiini võimalused järjest avardunud, kuid ometi on tal ka piirid kindlalt olemas. Kui arst peab tegutsema patsiendi hüvanguks just nendel piiridel või isegi nende taga, ei toeta teda jõuliselt enam tõenduspõhiste juhtnööridena senine kvaliteetselt analüüsitud kogukonna kogemus, kuid moraalne abistamiskohustus on traditsioonilise meditsiinieetika kohaselt sellises olukorras jätkuvalt alles. Hea arst ei saa seal, kus teaduslik meditsiin tunnistab oma vahendite ebapiisavust, loobuda oma moraalsetest kohustustest. Ta peab olema ka siis valmis patsienti abistama ja näitama oma võimekust moodsas arstikunsti, mille põhisisu on inimlikkus.

Mida on meditsiin oluliselt muutnud

Polevähimatki kahtlust, et lisaks meditsiini enda moraalsele põhiloomusele on viimastel aastakümnetel meditsiinieetikat tugevasti mõjutanud teadusliku meditsiini uued võimalused ja väljakutsed. Eetika mõttes on iseäranis probleemide- ja küsimusterohkeks muutunud need meditsiini valdkonnad, mis on suutelised sügavalt mõjutama nii inimest algust kui ka lõppu. Just nendes valdkondades ilmnevad ka kõige selgemini moodsa meditsiini võimalused inimeksistentsi traditsiooniliste piiride avardamiseks ehk teisisõnu nii väga varase kui ka lahkuva inimese hoidmiseks olukordades, kus see meditsiinilise toeta oleks täiesti võimatu. Eetilises plaanis on nende uute võimalustega enamasti kaasas käinud küsimus nende lubatavusest ja mõttekusest ning kogukonnad on ikka jaotunud sellele küsimusele vastamisel entusiastlike uutjate ja ettevaatlike konservatiivide leeriks.

Selge näide selles vastasseisus on 20. sajandi teise poole intensiivravis toimunud arengud ning sellest lähtuvad uued võimalused. Kunstliku hingamise, vereringe või neeru rutiinne kasutamine meditsiinipraktikas on kriitilisel perioodil elus hoidnud ja päästnud tuhandeid inimesi, kelle eluküünal ilma nende organismi elutähtsaid bioloogilisi funktsioone asendavate ja toetavate vahenditeta kustunuks kindlalt ja vastuvaidlematult neid tabanud haiguse või trauma tulemusena. Jah, meditsiinis on juba Hippokratese

aegadest püsinud arusaam, et haigusest vabanemise tagavad organismi enda kaitsvad ja tervistavad jõud, mida meedikud oma ravivõtetega üksnes turgutavad. Meditsiinipraktikas ilmneb siiski päris sageli, et organismi enda haigusevastased vahendid võivad osutuda üksnes õige pisut või lühikeseks viivuks ebapiisavaks, millest ometi piisab, et elusorganism lakkab lõplikult funktsioneerimast. Sellistel juhtudel teeb intensiivravi imesid, sest on suuteline õigeaegsel kasutamisel tooma inimese keha ägedast kriisist välja ning tema elu kogu selle terviklikkuses võib jätkuda peaaegu endisel viisil.

Sellise meditsiinilise episoodi läbiteinud räägivad enda ümbersünnist või talle antud täiesti uuest võimalusest, millega tuleb muidugi nõustuda. Intensiivmeditsiini positiivne roll inimese elu jätkumise tagamisel on sellistel juhtudel ilmselge ning vististi vaid väga üksikute inimeste, kui üldse kellegi poolt taunitav. Teistsugune on olukord siis, kui selline organismi funktsioonide kriis on arenenud juba nõnda kaugelt, et ei ole enam mingit võimalust saada organismi või selle osa uuesti iseseisvalt funktsioneerima, kuigi neid funktsioone saab ometi kas või osaliselt käigus hoida pideva välise abiga, see tähendab väljalangenud funktsiooni asendava seadmega. Nendes tingimustes muutub väga oluliseks inimeksistentsi tegelik sisu, iseäranis inimese vaimne suutlikkus.

Keda on põhjust ravida?

Inimorganismi talitlusliku lõhenemise äärmuslikumad näited on ajusurm ja püsiv vegetatiivne seisund, kus ei ole võimalik kas ajutegevust tervikuna või siis just selle psüühilist komponenti enam vähegi mõistlikul tasemel funktsioneerima saada. Ajusurm ja püsiv vegetatiivne seisund on ju iseenesest ka moodsa intensiivselt sekkuva meditsiini saadused. Ma ei peagi siinkohal esmajoonel silmas, et just intensiivravi ise suuresti tekitab neid olukordi, vaid pigem seda, et moodne meditsiin on need omapärased elu ja surma vahel olevad seisundid määratlenud ning veennud ülejäänud ühiskonda selliste inimelu vormide eristamise mõistlikkuses. Moraalsed dilemmad sellistes olukordades on kõigile vägagi selged ja rõhuvad: kas sellisel puhul on üldse tegemist inimeluga ning kui siiski on, kas siis selline elu on elamist ja meditsiini poolt toetamist väärt?

Tõsisele eetikaküsimusele omaselt on nii ajusurma kui ka püsiva vegetatiivse seisundi küsimusele antud õige erinevaid põhimõttelisi vastuseid, mis konkreetsetes ühiskondades konkreetsetl realiseerunud juriidilistest reeglistikest hoolimata ei näita ometi üksteisele lähenemise märke. Täiesti lootusetus vastasseisus paistavad siin olema inimelu olemusliku pühaduse ja piisava vajaliku inimelu kvaliteedi argumentide pooldajad. Niigi keerukatele küsimustele lisab tublisti teravust veel see, et intensiivravi on raha ja ressursi mõttes väga kallis tegevus ning ühiskondadel ei ole nii palju vahendeid, et iga inimelu eest võidelda tema viimaste kudede ja rakkude eluspüsimiseni.

Meditsiinieetikal on olnud kaks põhilist viisi, kuidas intensiivravimisele piire seada. Esimene neist on mõttetust ravist hoidumine. Arusaam mõttetut ravi ebaeetilisusest pärineb iidsetest aegadest ning kehtib tegelikult universaalselt kõigi meditsiinivaldkondade kohta. Kuid intensiivmeditsiinis on selle põhimõtte rakendamine veel mitmel moel komplitseerunud. Esiteks on intensiivravi alustamisel ravi mõistlikkuse määramisega raskusi nii meditsiinilistel kui ka psühholoogilistel põhjustel. Tõepoolest on sageli väga keeruline või täiesti võimatu täpselt hinnata, kuivõrd patsient on üldse päästetav ühest või teisest raskest haigusseisundist. Psühholoogilises plaanis mängib kindlasti rolli lootus paremale lahendusele ning see kannustab nii patsiente ja tema lähedasi kui ka loomulikult meedikuid. Ülemäärane lootus ühes bioloogilise paratamatuse ignoreerimisega võib kaasa tuua olukordi, kus ravi alustamine on juba algusest peale küsitav ettevõtmine.

Isikuautonoomia austamise põhimõte

Psühholoogiline aspekt on tugevasti mängus ka teisel intensiivmeditsiini rakendamise piiritlejal, milleks on patsiendi isikuautonoomia ja tema tahte arvestamine. Omal moel on seegi tõlgendatav ravimise mõttetusega, üksnes mõttetuse tagapõhi on mõlemal täiesti erinev. Esimesel juhul on mõttetu ravi seotud eeskätt meditsiini kaanonite ja võimalustega, mis tõenduspõhisuse ajastul on asjaomastes juhtnöörides üha objektiivsemalt kirjeldatud ja paika pandud ning sõltub seetõttu justkui järjest vähem üksiku arsti isiklikust arvamusest. Teisel juhul on ravi mõttekus ja mõttetus eeskätt patsiendi isiklike valikute küsimus.

Praegusel vaba inimese ideaali domineerimise ajastul ei saa kuidagi märkimata jätta, et meditsiinieetika väärtustab väga kõrgelt isikuautonoomia austamise põhimõtte järgimist, mis realiseerub meditsiinis patsiendi kvaliteetse informeeritud nõusoleku saamisega vähegi tõsisemateks meditsiinilisteks sekkumisteks. Et intensiivravi vajavad patsiendid on sageli teadvuseta või tublisti häirunud otsustusvõimega, nihkub sellegi sügavalt eksistentsiaalse otsuse tegemine pigem patsiendi lähedaste kui arstide õlule. On päris selge, et püüd meditsiinilist ja personaalset mõttetust üksteisest iga hinna eest lahutada lisab vaid võimalusi pingete tekkimiseks meedikute ja patsiendi ning tema lähedaste vahelistes suhetes.

Et selles keerulises ja mitmes mõttes raskesti ennustatavas valdkonnas ikkagi patsient ise saaks isikuautonoomia põhimõtet rakendada, loodi inimestele eelmise sajandi lõpul mitmetes riikides võimalus teha elutestament (DNR ehk *do not resuscitate* korraldus), mille kohaselt on inimesel õigus keelduda intensiivravi ja elustamismeetmete kohaldamisest teatud olukordades, mida tuleb meedikutel ja sugulastel hoolikalt järgida.

Väga oluliseks meditsiiniliseks otsuseks inimeksistenti piiritlemisel kujunes ajusurma defineerimine, seadustamine ja praktiseerimine lääneriikides alates eelmise sajandi seitsmekümnendatest aastatest. See tähendab sisuliselt ja juriidiliselt inimese surnuks kuulutamise otsust, kui tema peaaegu talitlused on pöördumatult lakanud, kuid kehatalitlusi toetavate intensiivmeditsiini võtetega võib enamik selle organismi rakkudest ometi funktsioneerida. Et surnud inimest ei ole põhjust ravida, märgib ajusurma diagnoos seda piiri, mille taga kaob objektiivne vajadus patsienti ravida. Samas on seegi olukord keerukate vastuoludega. Need paistavad selgesti välja surnud doonoritelt elundite ja kudede saamisel nende edasiseks siirdamiseks patsientidele, kelle elu sõltub omakorda suurel määral sellest, kas nende organismi saab viia doonori organit ning kas see seal enam-vähem normaalselt tööle hakkab. Teatud siirdamismaterjali saadakse üksnes surnud doonoritelt ning eelistatud on just ajusurnud doonorid, sest keharakkude elusolemine nende välise toetamise abil parandab märkimisväärselt siirdatava bioloogilise materjali kvaliteeti ja sellega ka ravitulemusi.

Sammud inimkeha surematuse suunas

Ei ole vähimatki kahtlust, et organite ja kudede siirdamise võimaluse kaudu on meditsiin mitmel moel võimeline sekkuma nii bioloogilist materjali andvate inimeste (doonorite) kui ka seda materjali saavate inimeste (retsipientide) käekäiku. See puudutab nii bioloogilise materjali inimeselt saamise protseduure kui ka täiesti uusi, praeguse suuresti alles tulevikuvõimaluse järgus olevaid sobiva bioloogilise materjali saamise allikaid. Nii või teisiti on tänapäeval peamine elundite siirdamise piiraja nende ebapiisavus, mis sunnib ühiskondi patsiente paigutama pikkadesse järjekordadesse ning on karmide reeglite puudumise korral organite ärina kaasa toonud mitmel pool eetilises ja õiguslikus plaanis väga taunitavat sümbioosi meditsiini ja kuritegeliku maailma vahel.

Pikka aega on loodetud võimalusele kasutada inimesele siirdamiseks loomadelt saadud bioloogilist materjali (ksenotransplantatsioon), kuid siiani ei ole olnud selles vallas kuigi edukad. Lisaks meditsiinilistele asjaoludele tuleb ksenotransplantatsiooni võimaluse puhul järjest enam arvestada keskkonnaeetika ja loomakaitseliikumise kasvava mõjuga. Seetõttu võib lõppkokkuvõttes vähene meditsiiniline progress ksenotransplantatsiooni vallas teiste võimaluste ilmumisel kujuneda moraalseks võiduks, mis säästab loomi eksistentsiaalsest perspektiivist olla üksnes inimeste kehadele reservehitusmaterjaliks. Uuemat aega on inimkeha üksikute osade materiaalse reservina nähtud peamiselt erinevaid suure arengupotentsiaaliga tüvirakke.

Rakud on elusa ehituslik ja talitluslik ühik ning selle ühiku vormide väga eripalgeline varieerumine ja koostöö (etteantud tingimustel sotsialiseerumine, kui soovite asja vaadata metafüüsika vaatevinklist) ongi organismi kehalise poole eksistentsi ja toimimise aluseks. Rakubioloogia on viimastel aastakümnetel oluliselt laiendanud arusaama rakust ning leidnud täiesti kasutatavad võtted rakkude struktuuri ja talitluse modifitseerimiseks. Samuti on avastatud olulisi aspekte rakkude endi arengus, mis mõjutavad bioloogilise arengu üldisemaid piire ja võimalikke stsenaariume. Tüvirakud on tähtis vaheaste just rakkude arengu äsjanimetatud valdkonnas, sest tüvirakkude edasine areng võib kulgeda eri suundades, see tähendab neist võivad tekkida neile toimivate bioloogiliste mõjude järgi erinevat tüüpi spetsialiseerunud rakud, mille kahjustumine ühel või teisel moel iseloomustab valdavat enamikku erinevatest haigustest. Siit terendab muidugi kohe ka tüvirakkude asendav potentsiaal, mis võib teha nad ravivahendiks nende haiguste puhul, kus organi rakud on pöördumatult kahjustunud või surnud. Et tavapärastes tingimustes ja haiguste iseenesliku paranemise käigus seda ei paista juhtuvat, on meditsiinieetika vaatepunktist tüvirakkudega seonduv väga hea näide nn naturalismi või loomuliku tee argumendi tutvustamisel. Nimelt on konservatiivsemalt meelesstatud inimesed paljudes inimelu puudutavates küsimustes seisukohal, et sissetallatud rajad on loomulikud ja seetõttu pühad. Iseäranis puudutab see neid radu, mis kujutavad endast looduse (või ka jumala) poolt paika pandud stsenaariume.

Eetiliselt aspekti sisaldavad valikud

Kuigi tüvirakud on olemas ja tegutsevad kõigis organismides, ei olda mõnes vähemasti konservatiivsemas ringkonnas sugugi nõus sellega, et tüvirakkudega manipuleerimise abil peaks tegema võimalikuks üksikainimeste elukaare teise poole põhjaliku väljavenitamise. Naturalismi argument on kasutusel õige mitmetes kõige elavamates ja keerukamates meditsiinieetika vaidlustes, olgu nende näitena nimetatud artiklis edaspidi käsitletav kehavälise viljastamise või organismide geneetilise muundamise teema. Mittekvaliteetsete kehaosade väljavahetamise väljavaadete arutlused jõuavad nii või teisiti välja inimkonda juba pikka aega paelunud surematuse teema juurde. Kui siiani on seda üritatud saavutada eeskätt mõnede inimeste ideede ja väljanägemise sotsiaalsete ja kultuuriliste vahenditega säilitamise teel, siis õnnestunud tüvirakuasendused toidavad mõnede julgemate fantaasierijate lootusi hoida ka inimese keha senisest palju kauem talitlemas ja tegutsemas. Nii nagu varem tõstatavad uued lootused nii vanu kui ka uusi eetikaküsimusi inimelu kestuse, sisu ja piiritlemise üle. Et inimühiskonnad ning ka meditsiin on järjest enam sekkunud maailma asjadesse, siis kindlasti ei paista pääseteeks olevat mõnede arstiteaduse valdkondade ja praktikate täielik keeld, vaid pigem nende võimaldamine järjest ulatuslikuma sotsiaalse kontrolli all.

Niisamuti nagu inimelu lõpp on täidetud mitmekesiste eetilist aspekti sisaldavate olukordade ja valikutega, on see tõsiasi ka meditsiini traditsioonilisi arusaamu lõhkuva mõju puhul inimelu alguses toimuvale. Kõigepealt on nüüdisaegsete meditsiiniliste sekkumistega õnnestunud märkimisväärselt lühendada lapse eluvõimeks absoluutselt

vajaliku raseduse kestust. Meditsiini abil elule päästetud enneaegsete laste puhul ei ole raseduse kestus enam kuigi kaugel sellest tähtajast, kui seadusega on lubatud naisel meditsiiniliste näidustuste alusel rasedust katkestada. Arstiteadus töötab väga intensiivselt selles vallas, kuidas sügavalt enneaegseid lapsi veelgi tõhusamalt sama kvaliteetsele elule tuua, kui see leiab aset tavapäraselt normaalseks peetava raseduse tulemusena. Selle tegevuse tähtsaks peatükiks on järjest täpsemad diagnostikavõtted loote tervises seisundi hindamiseks, mis ühelt poolt võimaldavad üha varem adekvaatselt hinnata loote seisundit ja teha õigeid raviotsuseid, kuid teiselt poolt võivad olla ka pingete allikaks, kui diagnostilised testid prognoosivad juba raseduse ajal õige probleemset tervises seisundit. Sellisel juhul satuvad teravasse konflikti ürgsed vanemlikud tunded ja arusaamad ning ühiskondades järjest enam maad võttev hoiak, et vaid selline inimelu on väärt säilitamist, mis sellele inimesele endale ja tema kaaskondsetele on antud õnneks ja rõõmuks. Need inimelu väga varase hindamise võimalused (sealhulgas geneetilised testid) kätkevad endas kindlasti ka ohtu, et teatud ühiskondlikes oludes võidakse neid kasutada inimsuse vastu. Rahvusvaheline meditsiinipraktika tunneb paraku arvukalt näiteid, kuidas rasedust on katkestatud üksnes lapse sootunnuse või teatud geneetiliste tunnuste ülemäära radikaalse hindamise alusel.

Läbiproovitud stsenaarium

Käesoleva aasta Nobeli meditsiini preemia andmine kehavälise viljastamise arendamise eest Briti õpetlasele Robert G. Edwardsile üksnes kinnitab kõige kõrgemal intellektuaalsel tasandil inimkonna ja meditsiini poolt juba valitud suundumust mitte piirduda inimelu loomiseks üksnes loomuliku teega, vaid kasutada selleks ka teisi sobivaid võimalusi. Vähemasti mõned moraalsed argumendid katseklaasiviljastamise poolt näikse meditsiinipraktika abil järjest võimenduvat. Selliste hulka kuulub kindlasti kehavälise viljastamise võimalus neile, kes meditsiini suurtest pingutustest hoolimata loomulikult teel järglasi ei saa. Et mõnekümne aastaga on ebahariliku viljastamise abil sündinud juba ligikaudu 4 miljonit last ning järgmisedki miljonid ei paista mägede taga olevat, kipub selle kasvava jõu vastu raugema paljude tugevate, sealhulgas isegi jumalike argumentide vägi ning kehavälise viljastamise protseduur hakkab paistma järjest vähem ebaloomulikuna.

Millega tagatakse selles küsimuses ühiskonna moraalne tasakaal? Eks ikka selle valdkonna täpse õigusliku regulatsiooniga. Niisamuti on see ka Eestis, kus juba vastava seaduse nimes kunstliku viljastamise mainimine viitab selgesti protseduuri ebaloomulikkusele. Kehavälise viljastamise protseduuriga mõneti sarnane on asendusemaduse protseduur ja selle käekäik eri riikides. Algul ollakse loomulikkuse argumendi alusel õige laialdaselt niisuguse tegevuse vastu, kuid meditsiiniline võimalikkus ühes positiivsete näidetega kasvatab järjest protseduuri heategevat potentsiaali, kuni ühel hetkel teeb seadusandja selle ühes hoolika kaasneva juriidilise regulatsiooniga võimalikuks.

Selles vallas on kindlasti päris põnev inimese kloonimise lubatavuse käekäik. Esimene samm teel inimese kloonimise lubamise poole on kloonimise enda jagamine reproduktiivseks ja terapeutiliseks kloonimiseks. Kui esimene tegevus paistab praegu olevat kõikjal õige valjuhäälselt keelatud, siis ülivarases eas embrüote nn terapeutiline kloonimine tüvirakkude saamise eesmärgil näikse uute, senisest märksa tõhusamate meditsiiniliste ravimeetoditega leidvat inimestele heategemise argumendiga tasapisi, aga kindlalt toetajaid. Pole sugugi välistatud, et eri tüüpi kloonimiste puhul kordub jälle juba tuntud ja läbiproovitud stsenaarium, kus järsule vastuseisule järgnevad üksikud ettevaatlikud edusammud, millele omakorda järgneb vastava protseduuri või meetodi lubamine üliirange sotsiaalse kontrolli all. Kontroll võib kunagi leeveneda, kui

ebaloomulik protseduur on demokraatliku ühiskonna enamuse silmis loomulikuks või normaalseks muutunud ning suudab realiseerida nende soove ja vabadust.

Kuidas läheb Eesti meditsiinieetikal

Ei ole vähimatki kahtlust, et meditsiin suudab väga paljudel juhtudel parandada (*sic!* kuid siiski mitte kunagi kõigil juhtudel) inimeste elu ja käekäiku, kui nad on sattunud sellisesse olukorda, mida ühiskond ja meditsiin on hakanud haiguseks kutsuma. Niisamuti peaks artiklis esitatud olukordade jada veenma lugejat, et meditsiini on juba praegu päris palju võimekust hoida inimeksistentsi toimivana ja arenguvõimelisena seal, kus see tavapäraselt kõrvalise abita kuidagi võimalik ei ole. Suundumused bioloogias ja arstiteaduses on meditsiini võimalusi peaaegu kõikides valdkondades kasvatanud ning järjest uued sekkumised elusorganismide talitlusse üksnes suurendavad meditsiini inimeksistentsi piire avardavat mõju.

Jõulisemaid meditsiinilisi sekkumisi iseloomustab üldiselt nende ressursimahukus ja kõrge hind, mis lisaks sisulisele aktsepteeritavusele tõstatab teravalt üles küsimuse, kas need uued meditsiinilised võimalused on kättesaadavad neile, kes seda tõesti vajavad. Loomulikult oleks ideaalne, kui kõik meditsiini võimalused jõuaksid kiiresti kõikide inimesteni, kuid tegelikkuses kohtame ometi teatud meditsiiniliste võtete piiratud kättesaadavust ressursinappuse tõttu. Sellises olukorras tõusetub väga selgesti probleem, kuidas jagada ühiskonna käsutuses olevat piiratud ressursi õiglaselt ehk teisisõnu, kellele haigetest anda ühiskonna abil võimalus oma seisundit parandada. Olukorda komplitseerib tihti veelgi moodsa ühiskonna soov hoolikalt selgeks teha, kas abivajav inimene ravimist üldse soovib, et vältida tema abistamist vastu tahtmist.

Meditsiini kiiresti avarduvad võimalused vajavad järjest enam sobitamist ühiskonna soovide, arusaamade ja võimalustega. See sobitamine eeldab tõhusat suhtlust nende vahel, kes ühiskonnas otsustavad ja kelle jaoks neid otsuseid tehakse. Selles protsessis on tänapäeval olulise koha hõivanud meditsiinieetika, mis on lühikese ajaga laienenud arstieetikast mitmekesiseks interdistsiplinaarseks valdkonnaks, millel on oma institutsionaalne struktuur ning milles saab põhimõtteliselt kaasa lüüa iga ühiskonnaliige.

Eestis on tähtsamad meditsiinieetika institutsioonid olemas, kuid nende mõju kipub meditsiinieetika küsimuste tõstatamisel ja süstemaatilisel lahendamisel olema tagasihoidlik ja juhuslikku laadi. Näiteks õnnestus riiklike e-tervise projektide käivitamisel kaasata protsessi spetsiaalne eetika töörühm, kuid samal ajal näikse paljude teiste küsimuste lahendamine õigusaktide loomise abil toimuvat kvaliteetse meditsiinieetilise analüüsita. Eesti meditsiinieetikat on lähiminevikus märksa enam mõjutanud kõmujanune, suuresti emotsioonidel töötav meedia kui Eesti Bioeetika Nõukogu ja teised asjatundjatest koosnevad meditsiinieetikaga tegelevad institutsioonid. Meditsiini kiirest arengust lähtuvate eetikaprobleemide hulk ja keerukus üksnes suureneb, seepärast soovitaks nii seadusandjal kui ka riigivõimul märksa rohkem kaasata meditsiinieetika küsimuste lahendamisse selle ala eksperte ja institutsioone, iseäranis Eesti Bioeetika Nõukogu.