

# HIV-infektsiooni kliiniline eetika – *nihil sub sole novum?*

Andres Soosaar – TÜ tervishoiu instituut

**Võttesõnad:** meditsiinieetika; HIV/AIDS, selle erandlikkus; HIV-infektsiooni kliiniline eetika; diskrimineerimine, privaatsus, HIV-testimine, isikuautonoomia *versus* ühiskonna huvid

**Artikkel käsitleb neid HIV/AIDSi meditsiinilisi ja sotsiaalseid tahke, mis mõjutavad oluliselt selle haigusega seotud meditsiinieetika küsimusi. Lähemalt vaadeldakse HIV-nakkuse kliinilise eetika olulisemate probleemidena haigete diskrimineerimist, nende privaatsuse tagamist, testimist ja teavitamist. Teemakäsitus on kantud arusaamast, et HIV/AIDSi kui haiguse erandlikkus on kogemuse ja teaduslike teadmiste kiire kasvuga vähenemas. Edukaks toimetulekuks haigusega on jätkuvalt vaja arendada haigete heaolu parandamiseks interdistsiplinaarseid koostöövõrgustikke lokaalsest tasemest globaalseni ning arstidel ja arstiteadusel on selles ülitähtis roll nii haigete abistamisel kui ka uute teadmiste saamisel. Selles mõttes erineb HIV/AIDSi käekäik märkimisväärselt varasematest epideemiatest.**

Kuigi HIV-infektsiooni teadlik ajalugu algas alles 1980. aastate alguses, on mõne aastakümnega kujunenud sellest üks tänapäeva meditsiini peaprobleemidest, mida iseloomustavad muu hulgas mitmekesised ning sageli raskesti lahenduvad eetikaküsimused.

**Kõigepealt** raskendab HIV-nakkusega võitlemist selle puudulik tundmine nii mediti-

siini tipptasemel kui ka sellest johtuvalt argielus, kuigi samas on lühikese ajaga toimunud märkimisväärne edasimineku HIV/AIDSi bioloogilise külje mõistmisel. Ühe inimpõlve jooksul on arstiteadus suutnud seda, et suu- rest tundmatust – koletislikust AIDSist – ollakse jõutud omapärase nakkushaiguseni, mille tekitaja, ülekande teed ja mõned ravi- viisidki on juba hästi teada.

**Teiseks** on HIV-nakkus üleilmne epideemia: HIV-infektsiooniga inimesi on üle 30 miljoni ning igal aastal sureb selle haiguse tagajärjel ligikaudu 2 miljonit inimest (1). Kuigi viimastel aastatel on erinevate meetmete tulemusena epideemia levik saavutanud teatud tasakaaluseisundi, ollakse veel väga kaugel sellest, et HIV-nakkust rahuldava sotsiaalse kontrolli alla saada. Teadupärast on ka Eesti HIV-infektsiooni epidemioloogiline seisund jätkuvalt kurjakuulutatav, mistõttu HIV/AIDS ei ole meie jaoks mitte eksootiline tõbi kaugel maal, olgu selleks siis Aafrika või Kirde-Eesti, vaid väga reaalne kõigi tähelepanu ja adekvaatset tegutsemist nõudev meditsiiniline probleem. Lisaks suurtele arvudele iseloomustab HIV-nakkust ka õige valikuline levimus tõrjutud ja seeläbi haavatavates sotsiaalsetes gruppides, milles toimuva tavapärase sotsiaalne kontroll on üksjagu raskendatud. Kui sellele lisada veel asjaolu, et HIV/AIDS õitseb suuresti just kehva elujärjega maades, siis peaks olema selge, et HIV-infektsiooni ohjeldamise sotsiaalsed meetmed ei saa piirduda vaid nende sotsiaalsete gruppide enestega, vaid vajavad väga mitmekesist koostööd ja üksteise mõistmist nii kohalike, riiklike kui ka rahvusvaheliste kogukonda-

de vahel. Nii ongi käesoleva aastasaja algust iseloomustanud sedalaadi HIV-infektsiooni kõrvaldava koostöö hoogustumine (2, 3).

**Kolmandaks** avaldab HIV-nakkuse ja sellega toimetuleku käekäigule suurt mõju selle haiguse eriline staatus kaasaja ühiskondlikus teadvuses. Väga hästi on seda teemat avanud Susan Sontag oma raamatutes „Haigus kui metafoor” ning „AIDS ja selle metafoorid” (4). Tema vaadete kohaselt kipuvad nii inimesed kui ka ühiskonnad haigusi käsitlema metafoorselt, mis omakorda moonutab asjalikku teadmistel põhinevat suhtumist haigustesse ning raskendab konkreetsete meditsiiniliste situatsioonide lahendamist parimal võimalikul viisil. Müüdid ja metafoorid haiguste kohta toovad sageli kaasa teatud mõjukat suhtumist nendes haigestunute suhtes, olgu selleks halvaksapanu, süüdistused ebaõiges käitumises jms. Samuti järeldeb ta meditsiini ajaloost, et pea alati on inimkonnal (mõeldud siinkohal eeskätt Lääne tsivilisatsiooni) olnud mõni haigus väga erilises müüte genereerivas seisundis. XIX sajandil oli selliseks haiguseks tuberkuloos, eelmisel sajandil vähk ning praegu AIDS. See eristaatus on enamasti tingitud puudulikest teadmistest haiguse kohta ning arstiteaduse edenedes kaotab haigus oma eristaatuse ning teeb samas müüdimeistri ametis ruumi mõnele teisele mastaapsele tõvele. Sellele vaatele sekundeerib ka Ronald Bayer (5), kes peab senise HIV-infektsiooniga seotud eetikadebati üheks väga mõjukaks asjaoluks haiguse erandlikkuse argumenti (*exceptionalism*), mille abil püütakse õigustada teatud kõrvalekaldeid tavapärastest meditsiinietikast seisukohtadest.

**Neljandaks** on 20. sajand muutnud iseäranis läänemaailmas märkimisväärselt üldist inimese käsitlust, mille tuumaks on teatud inimõigused ühtviisi kõikidele inimestele ning **inimese autonoomia** ehk vabadus teha enda kohta käivaid otsuseid. Üha enam levib selles kontekstis ka arusaam iga inimese vääramatutest seksuaalsetest ja reproduktiivsetest õigustest (6), mis omakorda avaldavad olulist, kuid teinekord vastuolulist mõju seoses HIV-infektsiooniga, olgu küsimuse

all näiteks HIV-positiivse isiku seksuaalsete ning reproduktiivsete õiguste ulatus tervete inimestega võrreldes.

**Viidandaks** vajab märkimist, et HIV-nakkus on oluliselt mõjutanud tänapäeva meditsiinietikast ja vastupidi, meditsiinietika omakorda suunab konkreetseid tegevusi, kuidas haigusega toime tulla. Kuigi meditsiinietikast tavapärastel ei jaotata haiguste kaupa, on HIV-infektsioon ja sellega seonduv mõjutanud sedavõrd paljusid tänapäeva meditsiinietikast tahkusi, et mõnikord tõepoolest räägitaksegi omaette HIV/AIDSi etikast. Kui vaadata näiteks 2-leheküljelist eetikalõiku Eesti riiklikus HIV ja AIDSi strateegias (3), siis iseenesest ei ole nendes põhimõtetes midagi haigusele täiesti spetsiifilist, vaid pigem soovitakse, et teatud olemasolevaid eetikapõhimõtteid HIV-nakkuse korral hoolikalt järgitaks. Tänapäeva meditsiinietikast tervikuna iseloomustub selle jõuline avanemine viimaste aastakümnetega arstide tsunftist välja interdistsiplinaarseks valdkonnaks, kus lisaks meedikutele lahendavad meditsiinietika küsimusi ka filosoofid, teoloogid, juristid, ühiskonnateadlased, poliitikud jt. Nii inimesekäsitluse, meditsiini kui ka meditsiinietika enda muutumine on toonud kaasa selle, et lisaks sellistele traditsioonilistele meditsiinietikast seisukohtadele nagu **kaas-tunne, heategemine, mittekahjustamine, arstisaladuse hoidmine** ja **inimväärikuse austamine** peetakse praegusajal järjest olulisemaks ka **isikuautonoomia austamise** ja **õigluse** põhimõtteid. Kõik need põhimõtted on tähtsad ka HIV-infektsiooni kontekstis, mis ilmselt muudabki selle haiguse sedavõrd mõjukaks tänapäeva meditsiinietikast teemaks.

Kuigi nüüdisaja meditsiinietikast põhi-valdkondadeks on **kliiniline, meditsiiniiliste inimuuringute** ja **rahvatervise etika**, on käesolevas töös vaadeldud üksnes HIV-infektsiooni enim tähelepanu pälvinud kliinilise etikast küsimusi.

#### HIV/AIDS NING MEEDIKU-PATSIENDI SUHTE EETIKA

Hoolimata tänapäeva meditsiini süvenevast spetsialiseerumisest ja järjest enam opti-

meeritud meeskonnatööst on kliinilise eetika peateljeks jätkuvalt arsti-patsiendi suhe, millel on oma meditsiinilised ning eetilised iseärasused ka HIV-infektsiooni korral. Sellest tulenevad arstitöoga seotud aspektid on rahvusvahelises ulatuses kõige autoriteetsemalt fikseeritud ehk Maailma Arstide Liidu (WMA) 2006. aasta seisukohtavõtus HIV/AIDSi ja arstikutse kohta (7). Selle dokumendi struktuuri alusel tuleks HIV-infektsiooni kontekstis meediku-patsiendi suhte keskseteks tähelepanukohtadeks pidada diskrimineerimise vältimist, adekvaatset ravi, meditsiinitöötajate kaitset töö ja patsientide privaatsust. Kuigi arstlikus tegevuses on läbi aegade kesksel kohal olnud patsiendi abistamine ja tema vaevuste kõrvaldamine, on lühike teadlik HIV-infektsiooni ajalugu taas kord pakkunud seda, et ühe haiguse põdemist on tugevasti häbimärgistatud. Nii nagu kunagi lepra, epilepsia või süüfilise puhul, on nüüdsel ajal HIV/AIDS halvustavaks märgiks või stigmaks, mis lisaks tavainimestele on ka meedikuid peletanud eemale selle haiguse põdejaist.

Seetõttu on mõistetav, miks arstide üleilmne organisatsioon on võtnud oma dokumendis esimeseks teemaks patsientide diskrimineerimise vältimise arstide poolt nende HIV-staatuse alusel. Niisiis ei tohiks inimvääriskuse, heategemise ja õigluse põhimõtete kohaselt arstid keelduda inimese ravimisest üksnes tema HIV-positiivsuse alusel ning nad peavad ka takistama laiemalt HIV/AIDSi patsientide diskrimineerimist. See asjaolu annab muu hulgas arstidele märksa avarama rolli inimõiguste tagamisel ühiskonnas, kui seda on üksnes oma patsientide tervise eest seismine. Ka Eestis on samuti hiljuti uuritud HIV/AIDSi haigete diskrimineerimist (8), millest ilmneb, et kuigi HIV-positiivsete patsientide halvustamine või diskrimineerimine tervishoiutöötajate poolt ei ole kuigi massiline nähtus, on see meil samas siiski kindlalt olemas. Nii tuleb välja, et 16% uuringus küsitletuist ei ole saanud külastada hambaarsti ning 18% on kogenud meditsiinitöötajate halvustavaid märkusi. Autori enda kogemus

meditsiinieetika õpetamisest räägib sellest, et aeg-ajalt kohtab 2. kursuse meditsiiniüliõpilasi, kelle arvates arst või hambaarst võib keelduda üksnes HIV-diagnoosi alusel inimese ravimisest. Seega on nii pedagoogidel kui ka meditsiiniikogukonnal tervikuna jätkuvalt suur roll selles, et vältida HIV-patsientide stigmatiseerimist ja diskrimineerimist nii meditsiinis kui ka väljaspool seda.

HIV-epideemia tingimustes on diskrimineerimisel ka vastupidine suundumus patsientidelt HIV-positiivsetele meditsiinitöötajatele. Tegemist on õige mitmetahulise probleemiga, kus ühelt poolt on meditsiinitöötajatel kindlasti töö õigus kaitsele HIV-infektsiooni vastu, kuid küsimus on, kuidas tuleks suhtuda töö HIV-positiivsesse kolleegi. Kuigi paljud meditsiinieetika koodeksid, sh Eesti arstieetika koodeks (9), rõhutavad arsti kohustust hoolitseda oma tervise eest ja hoiduda tegevustest, mis kahandavad tema võimet anda arstiabi, ei ole WMA seisukoha järgi HIV-positiivsus asjaolu, mis ühemõtteliselt välistaks inimese tegevuse meditsiiniprofessionaalina. Kõik sõltub tegevustest, mida nakatunud meditsiinitöötajal on vajalik sooritada, sest need ei tohi ühelgi juhul suurendada teiste inimeste riski saada HIV-nakkus. Selliste tegevuste sobivust/riskantsust võiks usaldusväärset hinnata vastavate asjatundjate komisjon. Põhimõtteline küsimus on siin ka vajadus informeerida meditsiinitöötaja HIV-positiivsusest tema patsiente. WMA HIV/AIDSi dokument vastab sellele küsimusele mõneti põiklevalt, kuid siiski võib sealt välja lugeda, et kui on olemas risk HI-viiruse ülekandeks arstilt patsiendile, ei piisa üksnes selle riski avalikustamisest patsientidele, vaid patsientidel on õigus loota, et nende arstid ei suurenda nende endi ohtu nakatuda (7, punkt 17d).

Kindlasti on HIV-infektsiooni seniste eetikaprobleemide üheks peateemaks olnud HIV/AIDSi põdeva patsiendi **privaatsus** ehk tema eraelu puutumatus ehk õigus kontrollida oma kehasse ja isikuandmetesse puutuvat või õigemini pigem privaatsuse ulatus ning võimaliku piiramise õigustamine.

Patsiendi privaatsus on üks oluline osa tema isikuautonomiast ning iidsetest aegadest on meditsiinis tagatud seda arstisaladuse kohustusega. HIV-nakkuse puhul on patsiendi privaatsus tõeline dilemma, kus ühelt poolt on seda vaja tõesti hoolikalt kaitsta stigmatiseerimise ja sellest tuleneva diskrimineerimise vastu, kuid teisalt võib HIV-positiivse patsiendi privaatsus ning piiramata autonoomia nakatamise teel kahjustada märkimisväärselt teisi, sh selle inimesega väga lähedastes suhetes olevaid inimesi. Tõelisele eetikadilemmale kohaselt ei ole ka sellele küsimusele lihtsaid ja universaalseid vastuseid, või kui, siis tegelikus elus raskesti realiseeruv teisi mittekahjustava maksimaalse privaatsuse ideaalsevõitu põhimõte.

Mõneti üllatavalt jääb selle probleemi ühemõttelise lahendusega kimpu ka meie võlaõigusseaduse § 768 lõige 2, kus märgitakse, et saladuse hoidmise kohustusest võib mõistlikus ulatuses kõrvale kalduda, kui andmete avaldamata jätmise korral võib patsient oluliselt kahjustada ennast või teisi isikuid. Patsiendi privaatsuse murdmise juhtumit HIV-nakkuse puhul on õiguslikust aspektist käsitlenud Ants Nõmper (10) ning tema analüüsi kohaselt võib perearst teavitada patsiendi HIV-nakkusest tema abikaasat, kuid ta ei ole kohustatud seda tegema. Seega jääb sellises olukorras arsti käitumine suuresti tõlgendamise küsimuseks ning õiguse mõistmine sõltub paljuski vastavatest eetilistest positsioonidest. Näiteks oleks utilitaarse tagajärje-eesika pinnalt HIV-positiivse patsiendi seksuaalpartnerite nakkusest informeerimine igati õigustatud, sest sellisel juhul hoitakse ära rohkemate inimeste kahjustamine HIV-nakkusega patsiendi poolt. Küllap tuleb siiski eelistada puhtpraktilist suhtumist, mille korral üritab arst veenda kõigepealt patsienti ise avalikustama oma olukorda neile, kel on otsene oht saada temalt nakkus, ning alles selle võimaluse nurjumisel võtab arst ette kindlas HIV-ohus oleva inimese teavitamise sellisest võimalusest.

Praktilises meditsiinis on kindlasti oluline teema ka patsiendi kohustus informeerida

da omakorda arsti oma HIV-positiivsusest. Kuigi arstil ei ole mingit alust nõuda patsiendilt infot tema HIV-staatuse kohta ning nüüdisajal peavad meedikud tegutsema nõnda, justkui iga nende patsient oleks potentsiaalselt HIV-nakatunu, mõjutab HIV-staatuse ilmne varjamine patsiendi poolt omakorda usalduslikkust arsti ja patsiendi suhetes. Sedalaadi usalduse vähesus terapeutilises suhtes võib omakorda muuta keeruliseks HIV-nakkuse testimise, mis on iseenesest ka üheks eetikarohkeks alavaldkonnaks HIV/AIDSi meditsiinieetikas. Küsimus ongi taas suuresti HIV-nakkuse erilises staatuses patsientide suure võimaliku diskrimineerimise alusel, mistõttu HIV-testimine peaks toimuma vaid informeeritud nõusoleku alusel ning seaduse kohustusliku jõuga lubatud vaid teatud olukordades (Eestis näiteks rasedal naisel haiguse lapsele ülekandumise vältimiseks). Samadel kaalutlustel on inimeste julgustamiseks loodud ju ka anonüümse testimise võimalus, mis on reaalses elus märkimisväärse tõhususega töötanud. Siiski on viimasel ajal ka selles järjest enam märke HIV-nakkuse erilise vähenemisest ning laienevast rutiinsest HIV-testimisest. Kindlasti mõjutab tulevikus selle haiguse patsientide privaatsuse küsimusi ka Eesti e-tervise andmebaaside lähenev kasutuselevõtt. Digiloos fikseeritakse muu hulgas ka patsientide HIV-staatust, mis omakorda võib esile kutsuda nii patsientide kui ka medikute õige erinevaid reaktsioone. Igal juhul ei tohi digilugu kaasa tuua HIV-patsientide privaatsuse õigustamata riivet.

HIV-infektsiooni tõrjumises on üheks juhtivaks hoovaks selgitustöö nii haiguse ennetamisel kui ka sellega toimetulekul. Seda harimistööd tehakse väga eri viisidel ja vormides, kuid kindlasti on selles ettevõtmises üks võtmeroll ka meditsiinitöötajatel, sest nemad on vahetus kontaktis patsientidega ning neil on selleks tegevuseks olemas nii kompetentsus kui ka autoriteet. Seega peavad meedikud ise end pidevalt harima HIV-infektsiooni vallas ning seda teadmist levitama oma patsientidele ja ühiskonnale.

## KOKKUVÕTE

Mida rohkem me saame teada HIV-infektsioonist ja suudame seda kontrollida, seda enam kaotab see haigus oma erilise ning muutub sarnasemaks ülejäänud haigustega. See omakorda toob üha enam kaasa selle haigusega seonduva käsitlemist n-õ tavapärase meditsiinieetika raames. Seniks, kui seda ei ole saavutatud ning haigus levib jätkuvalt iseäranis jõudsalt haavatavates gruppides, tuleb meditsiinieetikal teha pingutusi, et leida tasakaal üksikisiku ja ühiskonna huvide vahel. HIV-infektsioon ei ole oma leviku kerguselt ja välditavuselt sugugi mitte väga ohtlik nakushaigus ning seetõttu ei vajata haiguse tõrjumisel karantiine ega teisi karme isikuvabadust ahistavaid sotsiaalseid meetmeid. Samas levib HIV-nakkus väga jõudsalt seal, kus ühiskond on kas majandusliku, demokraatliku, vaimse või inimväarikust hindava seisundi mõttes keh-

val järjel. Nii et võitlust HI-viirusega ei võideta kunagi üksnes ravimite ja vaktsiinide abil, vaid selleks on vajalikud ka mitmekesised sotsiaalsed ning isiklikud meetmed, mille aluseks on ikkagi adekvaatsed teadmised haiguse kohta.

Kas HIV-nakkus on midagi sellist, mille kohta passiks öelda, et sellega seoses pole midagi uut päikese all? Pealiskaudsemal vaatlusel võiks tõesti nii väita, eriti kui silmas pidada sarnasusi meditsiiniajaloost mitmete haigustega, mis kunagi on olnud hirmuäratavad, kuid nüüd praktiliselt kadunud või hästi kontrollitavad. Samas tunnistagem, et HIV-infektsiooni lugu pakub täiesti uute aspektidena üleilmset koostööd haigusega toimetulekul, laiahaardelist võitlust HIV-patsientide inimväärse elu eest ning ülikiiret arstiteaduslikku progressi haiguse mõistmisel.

*andres.soosaar@ut.ee*

## KIRJANDUS

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic, 2008. [http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp)
2. United Nations General Assembly resolution. Declaration of Commitment on HIV/AIDS; 2001. <http://www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIV/AIDS.html>
3. Eesti riiklik HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015. [http://www.tai.ee/failid/HIV\\_ja\\_AIDSi\\_strateegia\\_01.12.2005.doc](http://www.tai.ee/failid/HIV_ja_AIDSi_strateegia_01.12.2005.doc)
4. Sontag S. Haigus kui metafoor. AIDS ja selle metafoorid. Tallinn: Varrak; 2002.
5. Bayer R. AIDS. In: Post SG, ed. Encyclopedia of Bioethics. 3rd ed. New York: Gale Cengage Learning; 2003. p.121–9.
6. World Health Organization. Sexual and reproductive health. Sexual health. <http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.htm>
7. The World Medical Association statement on HIV/AIDS and the medical profession; 2006. <http://www.wma.net/e/policy/a25.htm>
8. Rüütel K, Loit H-M. Infektsionisti külastavate HIV-i nakatunute elukvaliteet ning HIV-nakkusega seotud stigma ja diskrimineerimine Eestis. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2006. [http://www.tai.ee/failid/HIV\\_pos\\_uurimuse\\_raport\\_20.07.2006.pdf](http://www.tai.ee/failid/HIV_pos_uurimuse_raport_20.07.2006.pdf)
9. Eesti arstieetika koodeks. Eesti Arst 2009;88(1):74–5.
10. Nõmper A, Sootak J. Meditsiiniõigus. Tallinn: Juura; 2007.

## SUMMARY

### Clinical Ethics of HIV/AIDS – *nilhil sub sole novum?*

The article deals primarily with the medical and social issues of HIV/AIDS which have strong impact on problems related to the medical ethics of the disease. Further, several more essential issues (patients' discrimination, privacy, testing, and awareness) of the clinical ethics of HIV/AIDS are discussed in greater detail. Main focus is placed on the decrease of exceptionalism of HIV/AIDS owing to rapid progress in medical research, as well

as in clinical and social care. Improvement of the HIV/AIDS situation requires further development of interdisciplinary networking to support human wellbeing in the case of the disease on different levels of social organization, with critically important involvement of people and communities of clinical care, medical research and public health. In this sense HIV/AIDS clearly differs from previous epidemics.