

Eesti Arstide Liidu eetikakonverents „Sünd – õnn või õigus“

Margit Venesaar – Eesti Arstide Liidu eetikakomitee, OÜ Merekivi Perearstid

30. novembril 2012 toimus Tallinnas rahvusraamatukogus Eesti Arstide Liidu (EAL) eetikakonverents „Sünd – õnn või õigus“, mille sisuks olid kunstliku viljastamise eri aspektid ning peamiseks eestvedajaks ja juhatajaks EALi eetikakomitee esimees dr Andres Ellamaa. EALi eetikakonverentse on korraldatud alates 2005. aastast ja sellega on märgitud üleilmset arstieetika päeva. Maailma Arstide Liidu üldkogu otsustas 2003. aastal, et arstieetika päeva tähistatakse igal aastal organisatsiooni loomise kuupäeva järgi 18. septembril, et tähtsustada ja edendada arstieetikat.

Kehaväline viljastamine kui viljatusravi keskne meetod

Konverentsi avaettekande pidas Tervise Arengu Instituudi Eesti meditsiinilise sünniregistri ja raseduskatkestusandmekogu juhataja Kärt Allvee, kes rääkis kehavälisest viljastamisest (IVF) kui võimalusest anda elu. Maailma esimene IVF-laps sündis 1978. aastal ja Eesti esimene 1995. aastal ning nüüdseks on IVF enim kasutatud viljatuse ravimeetod. Viljatusravi vajadus seostub lisaks meditsiinilistele probleemidele ka naiste muutunud reproduktiivkäitumise, sünnituse edasilükkamise ja teenuse kättesaadavuse suurenemisega.

ÜRO inimõiguste ülddeklaratsiooni 16. artikli järgi on inimesel õigus abielluda ja rajada perekond. Kui käsitleda reproduktiivõigust positiivse õigusena, siis lähtuvalt õigusest saada lapsi on igal õigustatud viljatusravile ja ligipääsule viljatusravi teenusele. Samas on meditsiinilise õiguse ja -eetika professor Shelia McLean väitnud, et reproduktiivsed

õigused ei tähenda siiski automaatselt õigust last saada.

Eestis on kättesaadavad kõik maailmas kasutatavad viljatusravi meetodid, v.a asendusemadus. 1/5-s Euroopa Liidu riikidest puudub viljatusravi jaoks konkreetne õigusakt, on ainult meditsiinilised juhendid ja soovitusel. Eestis on alates 1997. aastast kehtinud kunstliku viljastamise ja embrüokaitse seadus, mille järgi võib kunstlikult viljastada kuni 50aastast teovõimelist naist ja ravigulud hüvitatakse kuni 40aastasele ravikindlustatud naisele. Eestis on seaduse järgi lubatud naisele siirata kuni 3 embrüot, kuid põhjamaades 2 ning USAs 5 embrüot. Soomes, Norras ja Eestis osutatakse teenust nii riiklikus kui ka erasektoris.

Ettekandja tutvustas oma magistritööd „IVF-lapsed Eestis: kohordi kirjeldus ja esimese eluaasta suremus“, milles analüüsiti 2001.–2009. aastal sündinud 1235 Eestis elava IVF-lapse tervist võrdluses vastava tavapärasest rasedusest sündinud laste rühmaga. Uuringurühma kaasati 25–44 aasta vanuselt esmakordselt sünnitanud naiste üksik- ja kaksikrasedusest pärit lapsed. Kirjanduse andmetel iseloomustab üksikraseduse IVF-laste sünnijärgse seisundi andmeid suurem lahknevus tavapärasest rasedusest sündinute andmetest, kui see ilmneb IVF-kaksikrasedusest ja tavapärasest kaksikrasedusest sündinute võrdluses. Uuringutega on leitud, et IVF-raseduse ja IVF-lastega seoses esineb rohkem enneaegsust ja madalat sünnikaalu, peetunud rasedusi, sünnidefekte, surnultsünde, haiglaravil viibimisi, keisrilõikeid. Samas tuleb tunnistada, et nende näitajate arvestamisel ei ole uurin-

gutes alati arvesse võetud emast lähtuvaid asjaolusid, sh kõrgemat vanust, ema tervislikku seisundit, viljatuse meditsiinilist põhjust, uuringuid ja sekkumisi raseduse ajal, vanemate elustiili ja sotsiaal-majanduslikku staatust, rasestumiseks kulunud aega ja IVF-meetodit.

Kärt Allvee tehtud uuringu alusel sarnanesid Eesti tulemused teiste uuringutega. Eestis sündinud IVF-lapsed olid statistiliselt oluliselt madalama sünnikaaluga, enneaegsed ja sündisid sagedamini keisrilõike teel võrreldes spontaanselt rasedusest sündinud lastega ning kaksikute kohordid olid omavahel sarnased. Samas ei täheldatud perinataal- ja esimese eluaasta surmariski suurenemist kummaski uuritud kohordis.

Kehaväline viljastamine teoloogia vaatepunktist

Teoloogiadoktor Johann-Christiaan Pöder kõneles IVFist luterliku kiriku vaatepunktist. Üldiselt on luterlik kirik kunstliku viljastamise suhtes lubaval seisukohal, kuid seda teatud tingimustel, näiteks kui see on peresisene protseduur ning kui viljastatud munarakkude hävimine on viidud miinimumini. Need arusaamad võivad eri riikide kirikutel siiski mõnevõrra erineda. Ollakse ka seisukohal, et soov last saada ei õigusta igat meditsiinilist abinõu, ning kuna puudub konsensus inimelu täpse alguse suhtes, siis lähtutakse kirikuringkondades printsiibist *in dubio pro vita*, s.t kahtluse korral oleme elu poolt.

Viljatusravi naistearsti vaatepunktist

Pelgulinna sünnitusmaja reproduktiivmeditsiini keskuse juhataja Kai

Haldre rääkis sellest, et sünnitamise keskmise vanuse suurenemise tõttu sageneb ka viljatus. Alates 35. eluaastast viljatus sageneb ning väheneb viljatusravi efektiivsus. Üle 40aastasel väheneb viljatusravi tõhusus väga oluliselt, kuid eetilisel kaalutlusel võib ravi siiski teha, sest paari kasu on ka emotsionaalne (inimene tegi kõik, mis sai) – seejärel suudetakse kergemini mõelda lapse adopteerimisele.

Viljatusravi korral peab ühelt poolt arvestama viljatu paari huvidega, kuid teisalt ka lapse huvidega. Sellisel juhul peaks küsima, milline on perekond ning kas ja mil määral on tagatud lapse heaolu. Kuidas suhtuda homoseksuaalide või transseksuaalide perekonda? Peaks hindama, kas ja millised on viljatusravile tulnud paari meditsiinilised (geneetilised, psüühilised, sõltuvus- või nakkushaigused) ja sotsiaalsed probleemid (vaesus, vägivaldsus, toimetulek üksikvanemana), kuid samas on arstil üksi raske seda teha ja otsustada perekonna viljatusraviks sobivuse üle.

Dr K. Haldre rääkis ka nn piiriülestest reproduktiivmeditsiinist, mille korral võivad rännata nii patsiendid, sugurakud, embrüod kui ka ravi ja protseduurid. Sellise arengu peamiseks põhjuseks on kohalike õiguslike aluste erinevused riigiti, mis ei luba mõnda kunstliku viljastamise protseduuri või ei ole viljatusravi soovijale ühel või teisel põhjusel kättesaadav.

Kehavälise viljastamise tervishoiukorralduslikud aspektid

TÜ tervishoiukorralduse professor Raul-Allan Kiiwet rääkis IVFi majanduslikest ja eetilistest aspektidest Eestis. TÜ tervishoiu instituudis peaks 2013. aastal valmima analüüs IVFi kulutõhususest haigekassa ja sünniregistri andmete alusel. Aastatel 2005–2011 on haigekassa andmete alusel Eestis tehtud 17 202 IVFi ja/või embrüo siirdamise protseduuri 4445 naisele, kellest 1/3 olid alla 30 aasta, 1/3 aga 31–35 aasta ja samapalju üle 36 aasta vanused.

Esineja tõi välja meditsiinieetika klassikalised printsiibid (heatege mine; mittekahjustamine; inimväärikus ja patsiendi enesemääramise austamine, sh patsiendi privaatsus, arsti konfidentsiaalsus, patsiendi autonoomia ja informeeritud nõusolek; ning õiglus, sh võrdne kohtlemine, mõistlikkus ja ökonoomsus), millest lähtuvalt tuleks kaaluda viljatute paaride aitamist, viljatusravi meditsiinilisi näidustusi, viljaturavi saavate paaride vanust, ravikindlustust, omaosaluse piirmäära jms. Küsimus on, kas me saame pakkuda kõigile inimestele viljatusravi, kellel on selle järele vajadus. Praegu ei ole see ravi Eestis kõigile kättesaadav.

Ühest küljest me toetame laste sündi ja teisalt väldime seda, tehes aborte ning kasutades rasestumisvastaseid vahendeid. Eesti statistika aastaraamatu järgi on 1990.–2011. aastatel 15–49aastaste naiste hulgas 1000 naise kohta elussündide arv kasvanud ja abortide arv pidevalt kahanenud, nii et praegu tehakse arvult vähem aborte, kui sünnib lapsi. Samal ajal on rasestumisvastaste vahendite kasutamine järjest enam levinud.

Lapsendamine ja asendusemadus Eestis

Asendusemaduse teema käsitlemist alustas oma ettekandes prof R-A. Kiiwet, kelle arvates on see tehniliselt Eestis võimalik, sest IVF käigus toimivad munarakudoonorlus ja spermadoonorlus. Samas tuleks silmas pidada mitmeid õigusakte, mis seda siiski ei võimalda. Näiteks peetakse Eestis perekonnaseaduse alusel laps põlvnevaks naisest, kes on tema sünnitanud, kuid nn emapalga (vanemahüvitise) mõistes on ema see vanem, kes last kasvatab. Asendusemadus toob sisse õiguse osta emadust ja/või loobuda geneetilise ema eelõigusest ning see on vastuolus senise tavaõigusega. Esineja kirjeldas ka juhtumeid, kus asendusemaduse lubamata jätmine meil on toonud kaasa selle, et näiteks asendusema otsitakse välismaalt või pakub mõni eestlane välismaal seda teenust.

Lapsendamise ja asendusemaduse võimalustest Eestis rääkis ka Sotsiaalministeeriumi laste ja pere osakonna peaspetsialist Signe Riisalo. Lapse õigust perekonnale ei ole kuskil kokku lepitud inim- või lapseõigusena, kuid lapsel on õigus teada oma vanemaid ehk seda, kellest ta pärit on. See nagu keel, rahvus ja kodumaagi kuulub lapse identiteedi hulka.

Euroopa Nõukogu 1989. aasta raporti „Report on Human Artificial Procreation“ kohaselt peaks asendusemadus olema üldiselt keelatud (lubatud vaid erandjuhtudel ning sünnitaja ei tohiks saada materiaalselt kasu ja võib lapse soovi korral endale jätta), kuid Euroopa riikide õiguslikud alused on selles suhtes üsna varieeruvad.

Peamised küsimused, mis on seotud asendusemaduse lubamisega, lähtuvad sellest, kellel on õigus teenust kasutada ja millised on selle meditsiinilised näidustused. Teatud tingimused esitatakse ka asendusemale ning sellega seoses kerkivad üles omakorda uued probleemid. Näiteks on Ühendkuningriigis õigus asendusemadusele väikesel hulgal inimestest ning nõutakse ühtlasi, et asendusema oleks lähisugulane ja tal peaks olema olemas lastega pere. Aga kuidas jääb nendega, kel ei ole sobivat lähisugulast, või mida tunnevad lapsed asendusema peres?

Kas sünd on õnn või õigus, olgu siis lapsele, bioloogilisele vanemale või lapsendajale? Või on lapse sünd kohustus? Õnne võib käsitleda mitmeti, kuid kui on sündinud laps, siis on oluline võimaldada lapsele kõik tema põhiõigused. Kas kunstlik viljastamine on ikkagi soovitatav, kui niiviisi sündinud lastel on suurenenud teatud haiguste risk, samas kui teatud viljatuse vormide korral on IVF ainuke võimalus last saada? Need küsimused jäävad lõpliku vastuseeta: sellistel juhtudel on õige ikka ja jälle juba kokkulepitu üle mõelda, arutleda ja üle küsida. *De omnibus dubitandum*, s.t kõiges tuleb kahelda.

margit.venesaar@gmail.com