

Meditšiinieetika põhiprintsiibid.

III. Mittekahjustamine

Andres Soosaar – Tartu Ülikooli bio- ja siirdemeditsiini instituut

Küllap seostub paljudele meditsiinieetika esmajoones mõjuka maksiimiga „Eelkõige ära kahjusta!“ (*primum non nocere*). Levinud arusaama kohaselt on selle põhimõtte esmakordne esitamine omistatud Hippokratesele, kuid mitmed uurijad on leidnud selle siiski vaieldava olevat. Näiteks tuleb Cedric Smithi uurimistöö kohaselt ingliskeelses maailmas selle põhimõtte esitajaks pidada hoopis legendaarset Thomas Sydenhami (1624–1689), keda on ka inglise meditsiini Hippokrateseks kutsutud (1). C. Smith tegi ka kindlaks, et ingliskeelses meditsiinilises teaduskirjanduses kasutati *primum non nocere* fraasi või selle ingliskeelset vastet enne 1970. aastaid väga harva. Samas oli see ütlus vähemasti alates 19. sajandist arstide kogukonnas üpris hästi tuntud ja kasutuses omavahelises suulises suhtluses. Hippokratese positsiooni mittekahjustamise põhimõtte esmaesitajana tugevdab lisaks vandes olevale tekstile veel ka viide heategemise ja mittekahjustamise põhimõtetele tema töös „Epidemiad I“. Selles märgitakse, et arstil on haigusega seoses kaks erilist eesmärki: teha head ja mitte teha kahju (2). Kahju, selle vältimine ja heastamine ning nendega seonduv on kesksed teemad nii eetikas kui ka õiguses, kuid käesolevas kirjutises piirdub nende käsitlus meditsiinieetikaga.

Mittekahjustamise põhimõtte tõlgendamine meditsiinieetikas

Sarnaselt mittekahjustamise põhimõtte algse päritolu küsimusega puudub ühtne arusaam ka selles, mida see põhimõtte eetikas täpselt

sisaldab. Nii eristab USA filosoof Barbara MacKinnon kahte traditsiooni mittekahjustamise põhimõtte käsitamisel: esiteks „Minimeeri kahju!“ ning teiseks „Ära tee kahju!“ (3). Minimeerimise vaate korral on kahjul suhteline iseloom ning selle suurust on võimalik muuta ja/või siduda kasuga, mida tegu tervikuna endaga kaasa toob. Siit tuleneb arusaam, et heategemine ja mittekahjustamine on ühe ja sama mündi (inimkäitumise) kaks eri külge, mida ei ole võimalik üksteisest täielikult lahutada.

Selle käsitlusega sobib hästi käitumise ja tegude eetilise hindamine tagajärje-eetikatele omaselt kasu ja kahju omavahelise vahekorra alusel, kusjuures teo eetilisust mõõdabki selle kasu suuruse ja kahju vähesuse üheaegne hindamine. Sama meelt on William Frankena, kui ta iseloomustab heategemist muu hulgas kolme kahjuga seotud käsu kaudu: „Ära tee kahju või kurja!“, „Välgi kahju tekkimist!“ ja „Kõrvalda kahju!“ (4). B. MacKinnoni pakutud teine tee rõhutab pigem kahju absoluutset iseloomu ja normatiivset kasutust, mille kohaselt teatud teod on nii või teisiti jäävalt halvad ning see hinnang ei sõltu kuidagi kasust, mis võib halva teo sooritamisega kaasas käia.

Tähelepanuväärselt on Beauchampi ja Childressi meditsiinieetika nelja põhiprintsiibi vaate vahetuks eellaseks peetavas Belmonti raportis nelja asemel kolm põhiprintsiipi just seetõttu, et heategemise printsiipi sisaldab ka mittekahjustamise printsiipi. Samas on raportis selgelt välja toodud riski ja kahju seos, nii et tänapäeval on üldiselt aktsepteeritud, et isiku riskantsesse olukorda

(kahju tekkimine ei ole veel saanud tõsiasjaks, vaid on võimalus selleks) panemine ei ole kooskõlas mittekahjustamise põhimõttega (5). Kuigi Belmonti raporti algne eesmärk oli luua USAs inimesel tehtavate teadusuuringute eetilise raamistik, on selle mitmed seisukohad avaldanud suurt mõju kaasaegsele meditsiinieetikale tervikuna.

Meditšiinieetika põhiprintsiipide klassikud Tom Beauchamp ja James Childress on heategemise ja mittekahjustamise printsiipi siiski üksteisest eristanud, küllap on nad selleks piisavalt alust leidnud. Oma üldkäsitluses on nad täpsustanud kahju (*harm*) mõistet, tehes vahet ülekohtul (*wronging*) ja kahju tegemisel (*harming*) (6). Esimese puhul on tegemist pigem sotsiaalse nähtusega, kui eiratakse teis(t)e inimes(t)e õigusi ja võimalusi ühiskonnas end teostada. Samas nad täpsustavad, et ülekohtuga ei ole tegemist, kui inimeste õigusi ja võimalusi piiratakse seaduslikul alusel (nt vangistamine).

Kahju määramisel eristavad nad laia ja kitsast tähendust. Laias tähenduse puhul on kahjustamisena käsitletav praktiliselt mis tahes isikuautonoomia piiramine, olgu selleks kas või ebamugavus, alandamine, solvamine, tüütamine. Kitsa tähenduse puhul on piirangud seotud füüsiliste ja psühholoogiliste huvide piiramisega, mis on seotud isiku tervise ja ellujäämisega. T. Beauchamp ja J. Childress tegelevad ise kahju mõistega kitsas tähenduses ning keskenduvad mittekahjustamise printsiibi analüüsis sellistele meditsiinis sageli esinevatele nähtustele nagu valu, puue ja surm.

USA filosoof Albert Jonsen toob omakorda välja neli erinevat aspekti mittekahjustamise põhimõtte rakendumise kohta meditsiinis: 1) meditsiin on tervikuna moraalne (heategemisega seotud) tegevus; 2) ravi põhineb asjakohastel standarditel; 3) tegutsetakse sobiva kasuriski vahekorra alusel ja 4) meditsiinilisest sekkumisest tekkivast kahju kompenseerib sellest saadav raviefekt (*benefit-detriment equation*) (2). Viimasena mainitud, meditsiinis päris sageli ette tuleva aspekti näitena toob autor amputatsioonid, mille puhul elundi osaline või täielik eemaldamine kahjustab ühelt poolt organismi, kuid teiselt poolt on selge positiivne terapeutiline või haiget päästev efekt. Eetikas üldiselt on sedalaadi olukordades kahju tegemist õigustatud juba Aquino Thomase (1225–1274) esitatud nn topelttagajärje doktriiniga, mille kohaselt on tegu moraalselt õigustatav, kui see on tehtud heade kavatsustega ning selle positiivne tulemus kaalub üles negatiivse tagajärje.

Kokkuvõttes näeme, et kahju mõistet ennast ja sellega seostuvat mittekahjustamise põhimõtet saab tõlgendada üpris erineval viisil. See teeb omakorda nendega seonduva eetika diskussiooni mitmekesiseks ja erinevate võimaluste rohkeks. Samuti näib, et oma tegelikult mõjult on kahju mittetegemise moraalsed käsud heategemise käskudest tugevamad.

Mittekahjustamise põhimõtte ja meditsiini areng

Väga üldiselt tuleks mittekahjustamise põhimõtet pidada mõistlikuks üleskutseks ettevaatlikkusele, et hoiduda patsiendi ravis ülemäärasest riskist või tema kahjustami-

sest. Siiski on mittekahjustamise põhimõtte roll meditsiinis sõltunud ka haiguse olemuse mõistmise ja selle korrigeerimise võimaluste seisust ühel või teisel ajajärgul. Arstimist on läbi aegade iseloomustanud antifatalistlik hoiak, mis ei lepi asjade n-ö loomuliku kuluga ja mille korral ei peeta vajalikuks toimuvasse sekkuda. See hoiak vajab omakorda otsivat vaimu ja usku uute lahenduste võimalikkusse, et nii konkreetset patsienti keerulises olukorras aidata kui ka üldisemalt haigusi ja hädasid paremini ohjata. Sedalaadi teedrajav tegevus evib riske ja ootamatusi, mida täiel määral ette näha ei ole võimalik. Tänapäeval on kliiniline praktika ja arstiteaduslik uurimistöö selgesti piiritletud ning nende puhul rakendatakse ka mõneti erinevaid eetikastandardeid. Varasemas meditsiiniajaloo ei ole see nii olnud ning uute ravimeetodite loomisel on ette tulnud tagasilööke ja ebaõnnestumisi, mille inimlik hind on olnud kõrge. Nii mõnigi kord on seda õigustatud paratamatuse või kannatanute ohverduse tunnustamise alusel.

Uute raviviiside otsingute riskidest tuleb eristada neid, mis seostuvad meedikute ebapiisavate teadmiste ja/või oskustega olukordades, mille jaoks on korrektsel sooritamisel turvalised lahendused olemas. Niisugustel juhtudel on mittekahjustamise põhimõtte eetiliseks märguandeks ja motivaatoriks, et meditsiinis tegutsedes tuleb pidevalt oma teadmisi ja oskusi täiendada. Samas on meditsiinis oluline oma võimete tegeliku piiri tunnetamine. Selle ülehindamine võib kergesti kaasa tuua eksimusi, mille hinnaks on mittekahjustamise põhimõtte rikkumine.

Möödunud sajandil hakati järjest selgemini tunnetama meditsiini olemuslikku ohtlikkust, selle suundumuse üheks ilminguks on ka 1920. aastatel kasutusele võetud iatrogenesuse mõiste. Selle mõju vähendamiseks hakati looma meetodeid ja juhtnööre, mille eesmärk on parandada meditsiiniliste protseduuride teostamise kvaliteeti, et seeläbi ära hoida meedikute tegevusest tingitud patsiendi kahjustamist. Viimase saja aasta meditsiini iseloomustab ka omapärane raviviiside invasiivsuse areng, kus paralleelselt kulgevad püüed nende üldist invasiivsust vähendada (nt peenkirurgiliste sekkumiste areng) ja teiselt poolt vajadus järjest sihitumalt mõjutada organismi talitluse süvatasandeid (nt konkreetsete geenide mõjutamisel põhinevad meetodid). Seepärast on oluliseks patsiendi mittekahjustamist toetavaks võtteks hoolikas sekkumise kasu ja riskide/kahju vahekorra hindamine. Tänapäeva meditsiini iseloomustab ka süvenev sotsialiseerumine, mis on järjest enam andnud eluõigust arusaamale, et meedikute mis tahes tegevusest sündiv kahju vajab heastamist. See tõdemus toob arutellu paratamatult õigluse mõiste – meditsiinieetika neljanda põhiprintsiibi.

KIRJANDUS

1. Smith CM. Origin and uses of *Primum Non Nocere* – above all, do no harm! *J Clin Pharmacol* 2005;45:371–7.
2. Jonsen AR. Do no harm. *Ann Int Med* 1978;88:827–32.
3. MacKinnon B. On not harming: two traditions. *J Med Philosophy* 1988;13:313–28.
4. Frankena W. *Ethics*. 2nd ed. Prentice-Hall; 1973.
5. Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research, Report of the National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. 1979; <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>.
6. Beauchamp TL, Childress JF. Chapter 4. Nonmaleficence. *Principles of Biomedical Ethics*. 5th ed. NY: Oxford University Press, 2001.