

Meditstiiniõiguslik tagasivaade aastale 2020 ehk keda eelistada, kui peab eelistama

Ants Nõmper – advokaadibüroo Ellex Raidla

COVID-19-pandeemia esimese laine tipus avaldati Põhja-Eesti Regionaalhaigla, TÜ Kliinikumi ja Tartu Ülikooli eetikakeskuse koostöös valminud dokument „Kliinilise eetika alased soovitusel Eesti haiglatele piiratud tervishoiuressursside jaotamiseks COVID-19 pandeemia tingimustes“ (1). Minule teadaolevalt ei olnud esimese laine ajal vaja seda dokumenti rakendada. See tähendab, et Eesti tervishoiusüsteem pidas vastu, ilma et oleks olnud vaja hakata tegema väga valusaid valikuid. Selle artikli kirjutamise ajal oleme pandeemia teise laine harjal: nii ööpäevane esmaste nakatunute arv kui ka kahe viimase nädala nakatumisnäitaja 100 000 inimese kohta on kindlalt üle 1000, haiglas on üle 600 COVID-19-nakkusega patsiendi ning nakatumiskordaja on 1,2 juures. Samas on juba vaktsineeritud ka enam kui 100 000 eestimaalast. Loodan, et Eesti tervishoiusüsteem elab üle ka teise laine ilma vajaduseta viidatud dokumenti rakendada, aga valmis peab olema ka raskete valikute tegemiseks. Julgustasin seda dokumenti vajaduse korral rakendada nii esimese laine ajal kui ka teen seda nüüd (2). Jään oma lubaduse juurde, et kaitsen tasuta iga arsti, kel tuleb seda dokumenti oma töös rakendada, kui ta on seda õigesti teinud.

Selleks, et üht juhendit õigesti rakendada, tuleb sellest õigesti aru saada. Kuna Eesti Arsti veergudel ei ole seda dokumenti avaldatud, täidab siinne artikkel kaht eesmärki korraga: esitab teksti ja selgitab seda. Rasvases kirjas on tsitaadid juhendist ning tavalises kirjas selgitused, mis loomulikult ei ole lõplik tõde, vaid ainult autori arvamus.

KAS TOHIB EELISTADA INIMEST INIMESELE?

Ilmselt on kõik lugejad kuulnud sõna „inimväarikus“. Jätame korraks kõrvale selle, kuidas inimväarikust defineerida, ja tõdeme, et inimväarikust on kõikidel inimestel ühepalju. Parafraseerides tuntud luuleridu – ei ole paremaid, halvemaid inimesi, on ainult inimesed meie ümber praegu. Asjaolust, et meil kõigil on samapalju inimväarikust, tuleneb keeld üht inimest teisele meelevaldselt eelistada. Meelevaldne eelistamine oleks inimväarikuse rikkumine, sest see annaks tulemuse, mille kohaselt on üks inimene inimväärsem kui teine ehk ühes inimeses oleks inimest rohkem kui teises. Kui aga eelistamiseks on kohased kriteeriumid, siis on eelistamine (eelistamist võib vabalt nimetada ka ebavõrdseks kohtlemiseks) lubatud. Seega tohib valikuid tehes eelistada üht inimest teisele.

Veelgi enam – on juhtumeid, kus esineb lausa õiguslik kohustus eelistada üht inimest teisele ning eelistamata jätmise on inimväarikuse rikkumine. Näiteks olukorras, kus päästja suudab põlevast majast välja tuua ainult ühe inimese, peab ta üht inimest teisele eelistama, mitte aga lahkuma majast ilma kumbagi päästmata, sest ta ei taha üht inimest teisele eelistada. Kindlasti on ka päästjatel oma kriteeriumid, mille alusel vajaduse korral otsustada, millist kannatanut esmajärjekorras aidata, ning seetõttu ei ole tegemist meelevaldse eelistamisega. Seega olen tagasi jõudnud kriteeriumite juurde ja vaatlen järgmiselt valikukriteeriume, mis leiavad rakendust meditsiinis.

MILLAL TOHIB EELISTADA?

Igasuguste valikute tegemisel on oht, et valik ebaõnnestub. Ebaõnnestub näiteks seetõttu, et asjakohaseid kriteeriume ei olnud, kriteeriumid ei olnud arusaadavad või olid olemas ja arusaadavad, aga siiski otsustati neist mööda minna jms. Kuna meditsiinis tehtavate eelistuste puhul on kaalul kõige olulisem õigushüve ehk inimese elu, peab ebaõnnestunud valikute vältimiseks lükkama valiku tegemist ajas nii kaugele kui võimalik. See tähendab, et patsientide vahel valimine peab olema möödapääsmatu vajadus ehk viimane abinõu, *ultima ratio*, nagu seda meditsiini- ja õigusteaduses ühtviisi kasutatavas ladina keeles nimetatakse.

Mille tõttu selline möödapääsmatu vajadus on tekkinud, ei ole oluline. See olukord võis tekkida ootamatute loodusjõudude tõttu, tegemist võib olla sõjaga või inimtegevusest põhjustatud katastroofiga või lihtsalt poliitikute või haigla juhtide võimetusega õigel ajal teha õigeid otsuseid. Möödapääsmatu olukord võib tekkida ka uue viiruse pandeemiaga nagu praegusel juhul. Oluline on ainult see, et arstil pole vahendeid kõikide patsientide ravimiseks ning tal on vaja eelistada üht patsienti ja lasta teisel patsiendil paremal juhul kannatada, halvemal aga lihtsalt surra.

Ultima ratio reegli leiame peidetult ka juhendist. Selle punktis 6 on öeldud järgmist: „**Kui COVID-19 pandeemia laienedes ei jagu enam ressursse kõikidele patsientidele [–].**” Ideaalis oleks *ultima ratio* põhimõtte võinud väljenduda juba dokumendi pealkirjas, et rõhutada dokumendis kirja pandud kriteeriumite kohaldatavust ainult olukorras, kus

on tekkinud möödapääsmatu vajadus eelistada üht inimest teisele, üht inimelu teisele. Jah, juhendi kohaselt on lubatud patsiendi ravi lõpetada isegi siis, kui see ravi pole mõttetu ravi, ning üle minna palliatiivsele ravile. Dokumendi punktis 7 on kirjas: „**Aktiivravi katkestamisel tehakse kõik võimalik, et vähendada patsiendi kannatusi ja tagada tema inimlik ning hooliv kohtlemine.**“

MILLISED ON SOBIMATUD KRITEERIUMID?

Soovituste dokumendis on kesken- dutud patsientide vahel valimiste kriteeriumite väljatoomisele, aga selle käigus selguvad ka mõned mittesobilikud kriteeriumid. Alustame siis nendest väljapraagitud kriteeriumitest. Need on aeg, haigus ja inimese positsioon ühiskonnas.

Esimene sobimatu kriteerium ühe patsiendi eelistamiseks teise ees on aeg. Ajalise kriteeriumi sobimatuks tunnistamine võib esmapilgul tunduda imelikuna, sest õiguses ja tavaelus kasutatakse tihti lahendust „kes ees, see mees“ ehk kellel paremus ajas, sellel paremus õiguses. Ravile saabumise aeg on lihtsalt tuvastatav ja vähe vaidlusi võimaldav. Lihtsalt öeldes pannakse inimesed järjekorda ja tegeletakse nendega saabumise järjekorras. Kui järjekorras tagapool oleva inimese abistamiseks ei jätku mingit ressursi, siis seda inimest lihtsalt ei teenindata. Olukorra kergendamiseks on välja mõeldud erinevad triaazüsteemid. Need ei muuda aga olukorra tuuma ehk järjekorda, vaid lubavad järjekorras natuke ümberpaigutumisi. Ühesuguse akuutsuse „värviga“ patsiendid on ikkagi järjekorras ja ootavad teenindamist vastavalt nende saabumise ajale.

Miks siis ikkagi on juhendi punkt 3 sõnastatud järgmiselt: „**Varasem ravile saabumine ei anna ühelegi patsiendile eelist hilisemate tulijate ees.**“? Ajalisest järjestusest loobumine sunnib iga olukorda hindama sisulistest kriteeriumitest tulenevalt ning väldib formaalseid otsuseid. Piletiautomaat võib küll kõiki inimesi formaalselt võrdselt kohelda, aga see ei tähenda, et piletiautomaat kohtleb

inimesi inimväarikust arvestavalt. Inimese vajadustega täielik mitteamarvestamine tähendab inimese taandamist esemeks ehk mitteinimeseks. Aja kui kriteeriumi mittekasutamine väldib ka tormijooksu haiglatele, et igaks juhuks olla haiglas, sest kunagi ju ei tea, millal olukord halvemaks võib minna. Haigla ukse taha ei ole mõtet järjekorda minna ka seetõttu, et juhised käsivad arstil teha otsuseid täiendava vajaduse tekkimisel kogu aeg uuesti ja vajaduse korral peab oma koha intensiivravi osakonnas loovutama patsient, kes on juba mitu päeva varem saabunud. „**Intensiivravi otsused on dünaamilised, neid võib ajas ümber hinnata [--], võttes arvesse patsientide arvu ja seisundit, haigla mehitatust personaliga ja varustatust meditsiinitarvikute, seadmete ja ravimitega**“ (punkt 5).

Kuigi uudiseid järgides kipub tekkima mulje, et on olemas haigus COVID-19 ja siis kõik muud vähem tähtsad haigused, ei ole tegelikult haigusel ja haigusel vahet, kui patsientide vahel valikuid tegema hakatakse. Ei ole nii, et kõigepealt ravime ära COVID-19-ga patsiendid ja siis teised. Sellise tegevuse keeld on selgelt kirjas juhendi punktis 2: „**Meditsiinisüsteem käsitleb kõiki patsiente võrdselt, sõltumata sellest, kas tegemist on COVID-19 või muu ägeda haigestumisega.**“ Loomulikult võib haiguse iseloomust tulenevalt olla patsiendi vajadus intensiivravi järele või sellise ravi tulemuslikkuse prognoos erinev, kuid valida patsiente puhtalt haiguse nime järgi on lubamatu.

Inimväarikust on igal inimesel sama palju, sest me saame selle sündides ja kaotame surses. Tõsi, õigus on laiendanud inimväarikuse kaitset osaliselt ka veel sündimata inimesele ja surnud inimesele, aga see pole hetkel oluline. Oluline on, et inimväarikust ei ole rohkem targa- matel, andekamatel, rikkamatel, ilusamatel või ühiskonnas tähtsamatel positsioonidel olevatel inimestel. Seega ei või üht patsienti eelistada teisele seetõttu, et ta on professor, maestro, oligarh, Eesti miss või president. Arst peab patsientide vahel valikut tehes olema „pime“, nagu

tavaliselt kujutatakse õigusjuma- lannat. Arst võib nägija olla ainult meditsiiniliselt oluliste asjaolude suhtes ja mitte arvestama patsienti kui isikut. Ainult sellisel juhul saab arst rakendada soovitude punktis 1 sätestatud põhimõtet – „**suurim hüve suurimale hulgale inimestele ühis- konna tasandil tervikuna**“. Seejuures on suurimaks hüveks just tervis ehk arsti pingutused on suunatud võimalikult paljude kvaliteetsete eluaastate saavutamisele ühiskonnas.

MILLISED ON SOBILIKUD KRITEERIUMID?

Eelmises lõigus on juba mainitud, et patsientide vahel valikute tegemiseks on lubatud juhiste kohaselt kasutada meditsiinilisest vaatenurgast tähtsust omavaid kriteeriume. Selliste kriteeriumite näidisloetelu on esitatud juhendi punktis 4. Sõnakasutus „lähtutakse eelkõige“ tähendab, et tegemist on avatud loeteluga ehk kui arstiteaduslikult on põhjendatud veel mõne kriteeriumiga arvestamine, siis võib seda teha ja peabki tegema. Seega eelkõige, kuid mitte ainult, lähtutakse „**ravi tulemuslikkuse prognoosist ja tulevase elukvaliteedi prognoosist, võttes arvesse patsiendi aktuaalset kliinilist seisundit, kaasuvaid haigusi, tema üldist tervislikku seisundit, muid prognostiliselt relevantseid näitajaid ning patsiendi taht**“.

Teine sobilik kriteerium, millega arst peab valikuid tehes arvestama, ongi eelmise lõigu kaks viimast sõna: „patsiendi tahe“. Kui ikka patsient on keelanud endal intensiivravi tervikuna või osaliselt või muude toimingu- te tegemise, mida oleks vaja tema raviks ja potentsiaalselt elu päästmiseks, siis tuleb patsiendi sellist otsust austada. Seega saab valida ikka ainult nende patsientide vahel, kes tõesti sellist ravi soovivad. Veelgi enam, meditsiiniliste kriteeriumite kasutamine tuleb kõne alla alles siis, kui on olemas kaks patsienti, kes pretendeerivad ühele ainsale ressursile. Kui üks patsientidest ei soovi, et teda ravitakse, siis tuleb ta jätta ravimata, kuigi vastavalt ülaltoodud kriteeriumite- le oleks tema olnud eelistatud.

Kuna patsiendi tahe intensiivravi mitte saada võib välistada valikute tegemise vajaduse, siis on arsti ülesanne püüda see tahe võimalikult vara välja selgitada. Kahjuks ei ole Eestis patsienditestamendid veel levinud, mistõttu tuleb arstil ise aktiivne olla, nagu on soovitatud ka juhendi punktis 8: „**Tervishoiutöötajad teevad kõik võimaliku, et selgitada välja patsiendi tahe (praegune, varem avaldatud või eeldatav tahe) ning seda järgida ning patsiendiga (või patsiendi otsustusvõimetuse korral tema lähedastega) läbi rääkida tema raviplaani. Patsiendilt tuleks võimalusel ennetavalt uurida tema tahet ja eelistusi ning läbi rääkida, mida teha, kui olukord peaks kriitiliseks muutuma.**“

Kui tõesti on vaja langetada otsus ravi soovivate patsientide vahel ja ühel neist intensiivravi lõpetada, siis kas arst võib ennast juriidilisest vaatenurgast kindlana tunda? Eeldame, et intensiivravi katkestamine toob kaasa surma kiirenenu saabumise. Just kiirenenu, sest me kõik oleme surelikud ja intensiivravile sattunud patsientide puhul ei saa kunagi kindel olla, et nad sellise ravi ka üle elavad. Kui aga intensiivravi katkestamine ei mõjuta surma saabumist, siis oli tegemist mittenäidustatud raviga ja selle katkestamine ei too kaasa õiguslikku vastust. Pigem võiks küsida, kas näidustamata raviga tekib vastutus, aga see on teise artikli teema.

Väidan, et kui arst on siin artiklis selgitatud juhiseid järginud, siis võib küll, sest neid juhiseid rakendanud arstile tuleb appi kohustuste kollisiooni põhimõte (karistusseadustiku § 30). Kohustuste kollisioon tekib olukorras, kus isik peab ühel ajal täitma mitut õiguslikku kohustust, kuid tegelikult suudab täita ainult üht. Mõlemat korraga ei ole reaalsuses lihtsalt võimalik täita, nagu ei ole võimalik ühel ajal olla kahes eri kohas. Kuna objektiivselt ei ole võimalik kaht kohustust korraga täita, käitub arst tulenevalt kohustuste kollisiooni põhimõttest õiguspäraselt, kui ta jätab ühe kohustuse täitmata. Seejuures tuleb arstil tagada, et ta teeb ikkagi

kõik endast oleneva mõlema kohustuse täitmiseks ja täidetav kohustus on vähemalt sama oluline kui täitmata jäetud kohustus. Seega arst, kes lõpetab ühe patsiendi kunstliku ventileerimise ja ühendab aparaadi alla teise patsiendi, kelle ravi ülaltoodud kriteeriumite kohaselt tuleb eelistada, ei vastuta esimese patsiendi surma eest, sest ta küll andis endast parima, kuid ei suutnud päästa kaht patsienti, kuna aparaate polnud. Õigus ei nõua arstilt võimatut, küll aga raskete valikute tegemist.

Kuna valikud on rasked ja kaalul on elu, peab olema võimalik arsti tegevust tagantjärele kontrollida ja hinnanguid anda. Seda saab teha ainult siis, kui meditsiiniline dokumentatsioon on korrektne. Seega tuleb kõike paraku dokumenteerida, dokumenteerida ja veel kord dokumenteerida.

Teine abinõu, mis aitab vastutuse koormaga toime tulla, on vastutuse jagamine kolleegide vahel ehk konsiiliumi kasutamine. Mida rohkem spetsialiste on ühel meel kriteeriumite rakendamise tulemuse ehk eelistava otsuse suhtes, seda kindlamalt võivad otsustamises osalenud arstid ennast tunda.

Kolmas viis suurendada otsustuse usaldusväarsust on otsustusprotsessi läbipaistvus patsiendi ja eelkõige tema lähedaste jaoks. Viimased on ju need, kellest sõltub, kas tuleb õigusvaidlus või mitte. Suhtlemine suurendab läbipaistvust ja usaldusväarsust ning seetõttu aitab kaasa tulevaste vaidluste vähendamisele.

Seepärast on juhendi punktis 6 rõhutatud nii dokumenteerimist, konsiiliumit kui ka kommunikatsiooni: „**Kõik otsused tehakse konsiliaarselt; argumenteeritakse, dokumenteeritakse ja kommuniqueeritakse lähedastele. [---] Raviarstid teevad mõistavad, et tegemist on raskete otsuste ja halbade uudiste kommunikatsiooniga ning nende kommunikatsiooniviis on mõistev, toetav ja empaatiline.**“

KOKKUVÕTE

Katastroofimeditsiinis liiguvad eetilised ja juriidilised kaalukaunid indivi-

duaalselt hüvedelt rohkem kollektiivsetele hüvedele. See ei tähenda seda, et patsiendi õigused jäävad tagaplaanile, vaid seda, et leppida tuleb ka lahenduste ja tulemustega, mis tavapärasel olukorras oleksid mõeldamatud või tähendaksid kuriteo toimepanemist. Harilikult ei hakkaks ju ükski arst intensiivravi vajavat patsienti oma osakonnast minema saatma põhjendusega, et sellest intensiivravist oleks kellelegi teisele rohkem kasu. Tavaolukorras võetakse see teine patsient ka intensiivravile ning esimese patsiendi intensiivravi ei katkestata lihtsalt seetõttu, et tuli uus patsient.

Ilmselt on meditsiinipersonalil lihtsam ennast uue olukorraga harjutada. Keerulisem on seda teha patsientide lähedastel, sest see, mis on meditsiinipersonalile juba aasta kestnud rutiin, on tavaliselt lähedastele esmakordne ja ainukordne hetk. Seepärast on ka juhendi punktis 9 rõhutatud veel kord kommunikatsiooni: „**Patsiendi lähedaste informeerimine on eriti vajalik siis, kui aktiivravi otsustatakse katkestada ja paika pannakse palliatiivse ravi plaan või kui tehakse elu lõpuga seotud toiminguid.**“

Ma väga loodan, et käsitletud juhiseid ei ole vaja lähiajal rakendada. Samas on arstidel hea teada, et juhised on olemas ning nendele tuginedes on võimalik lahendada ka lahendamatu näivaid olukordi. Kui Eestis üldiselt oli probleemiks erinevate kavade ja juhiste (kriisile reageerimise kava, kriisist väljumise kava, vaktsineerimise kava jt) puudumine, siis vähemalt katastroofimeditsiini juhised said COVID-19-pandeemia jaoks õigeaks ajaks ja targalt kirja.

KIRJANDUS

1. Kliinilise eetika alased soovitusel Eesti haiglatele piiratud tervishoiuresursside jaotamiseks COVID-19 pandeemia tingimustes. https://www.regionaalhaigla.ee/sites/default/files/documents/Eetikaalased_soovitused_A4.pdf.
2. Kriisi süngeim tund arsti jaoks: valik patsientide vahel. Meditsiiniuudised 2020, <https://www.mu.ee/arvamused/2020/04/06/kriisi-sungeim-tund-arsti-jaoks-valik-patsientide-vahel>.