

Ravitavuse piirid: kas eetikaprobleem?

Ain-Elmar Kaasik – TÜ närvikliinik

ravitavuse piirid; meditsiinilised, majanduslikud ja eetilised aspektid; ajusurm; eutanaasia

Contra vim mortis non est medicamen in hortis
(Surma vastu pole aedades ravimit)

Kõikide teadaolevate ravivõtete rakendamine ei ole mõnigi kord mitte üksnes majanduslikult ebaotstarbekas – üsna tihti on see ka meditsiiniliselt mõttetu. Suremise kui protsessi pikendamine on ebaeetiline. Mõnikord pikendab nüüdisaegne ravi küll elutegevuse teatud avaldusi, kuid inimese ärkvelolev mõistus ei taastu (või ei arene). Elu pikendava(te), kuid mitte inimlikku “kvaliteetset” elu tagava(te) ravivõtte(võtete) kasutamisest loobumist võib tõlgendada passiivse eutanaasiana ning vastavat valdkonda tuleb reguleerida seaduste, ametkondlike eeskirjade ja ravijuhendite abil.

Taust

Arstiabi ideaal on “kõige kaasaegsena arstiabi võimaldamine, respektierides seejuures täielikult nii arsti kui patsiendi vabadust” (1). Samas tuleb silmas pidada, et kuigi arstiabi on antud aastatuhandeid, on selle võimalused lähiminevikus tohutult avardunud ja need laienevad pidevalt. Tänapäeval iseloomustab arstiabi ja arstiteadust suur sotsiaalne kõlapind ja ühiskonna väga suured ootused. Mõnevõrra liialdades võib öelda, et kuni 20. aastasajani oodati arstiabilt peamiselt vaevuste leevendamist ning sünd ja surm olid pigem Jumala käes; 20. sajandil kujunes aga olukord, kus arstilt oodatakse sekkumist mõlemasse looduslikku protsessi.

Paljude eluohtlikus seisundis viibivate haigete ravi võimalused avardusid tänu 1950. aastate lõpul ja 1960. aastatel rakendatud intensiivravivõtetele, mille komplekti kuuluvad trahhea intubatsioon ja kestev kunstlik hingamine. Siiski selgus peatselt, et peaaegu rasketest kahjustustest tingitud haigusseisundid on ka intensiivravi kõigi võtete rakendamisel sageli taaspöördumatud (2, 3). Mõnikord kujuneb tänu nende võtete rakendamisele olukord, kus aju sureb, kuid keha teised elundid ja koed jätkavad funktsioneerimist seni, kuni saavad piisavalt hapnikku ja ainevahetuseks vajalikke

substraate. Nii kujunes ajusurma mõiste ja aktsepteeriti seisukoht: kui aju on surnud, on ka inimene surnud, vaatamata sellele et ta süda veel töötab (4–8). Seetõttu lepitati 1960ndail ja 1970ndail kokku ajusurma diagnoosimise kriteeriumid (9–11), mille väljatöötamisel ja rakendamisel andsid toonases riigis oma panuse ka Eesti asjatundjad (12). Nagu mujal, nii on ajusurma diagnoosimine ja sellest tulenevad järeldused (elundite doonorlus) ka Eestis õiguslikult reguleeritud (13, 14).

Arstiabi andmise võimalused on siiski märkimisväärselt avardunud möödunud sajandi viimase 2–3 kümnendi vältel. Kasutusel on kõrgtehnoloogial baseeruvad diagnoosimismeetodid (röntgen-kompuutertomograafia, magnetresonantstomograafia ja ultraheli-pildidiagnostika); haigete elutegevuse tähtsamaid funktsioone on võimalik pikaajaliselt monitoorida ja registreeritud tulemusi saab sobival töödelda. Kasutusele on võetud kudede ja elundite siirdamine, mille rakendamise meditsiinilist külge piirab peamiselt sobivate doonorelundite kättesaadavus, kuid ka protseduuride keerukus ja töömahukus. Südamelihase ja jäsemete revaskulariseerimiseks kasutatakse edukalt õunteerivaid ja angioplastilisi operatsioone ning endoskoopiliste võtete

rakendamine on muutunud ja avardanud kirurgilise vahelesegamise võimalusi. Tormiliselt on arenenud farmakoteraapia. Biotehnoloogia areng on võimaldanud võtta ravivahendite kasutusele immuunglobuliinid, interferoonid, rekombinantsete plasminogeeniaktivaatorid ning antibiootikumide uued versioonid. Käigus on kliinilised uuringud vananemisest ja/või hüpoksilisest koekahjustusest moodustunud nn vabade radikaalide (toksilise toimega üliaktiivsete hapnikuühendite) "koristajate" (*free radical scavengers*) leidmiseks ning nn neuroprotektorite rakendamiseks. Edu on saavutatud ka molekulaarse farmakoloogia valdkonnas, mille näitena võib mainida ADP retseptorblokaatoreid (klopidoogreel) ja 5-HT (serotoniini) 1B/1D agoniste (triptaanid). Haiguste raviks kasutatavate ainete suur hulk ning eriti nende tõhususe ja ravist tingitud kõrvalnähtude hindamiseks on kasutusel teaduslikud meetodid, mis on lähiminevikus oluliselt muutunud farmakoteraapiat. Kui möödunud sajandi 1960. aastatel põhines 80% kasutusel olnud ravimite efektiivsuse hinnang eelkõige empiirilisel kogemusel ja vaid 20% toime oli teaduslikult tõestatud, siis tänapäeval on olukord vastupidine – ligikaudu 80% kõigi registreeritud ravimite toime efektiivsus on teaduslike meetoditega piisavalt tõestatud. Teadusel põhinev arstiabi arvestab eelkõige farmakoteraapias tõendus põhise (evidence based) nõuet (15).

Arstiteaduse ja arstiabi võimaluste märkimisväärtne kasv on omakorda kutsunud esile uusi probleeme. Need on eelkõige seotud arstiabi jätkuva kallinemisega, mis ületab kordades kulutusi, mida tehti selles valdkonnas veel 20. sajandi 60. aastatel.

Tänapäeval on meditsiin muutunud "tarbivaks" majandusharuks, millele USA-s kulutatakse 12–14% sisemajanduse koguproduktist (SKP). Võrdlevad kulutused Rootsis on 9–10%, Soomes 7–8%, Suurbritannias 6–7%, Eestis (erinevatel andmetel) 5,6–6,2% SKPst. Samas on oluline silmas pidada, et kui Euroopa jõukates riikides moodustab 8% SKPst umbes 1000–1500 USD inimese kohta

aastas, on see oluline number Eestis vaid 170–200 USD ehk ligikaudu kuus korda vähem kui mainitud riikides (16, 17). Samal ajal "toodab" arstiabi tervist suhteliselt vähe. Maailma Terviseorganisatsiooni hinnangul sõltub arstiabist üksnes ligikaudu 10% populatsiooni tervisest. Umbes 50% inimeste tervisest oleneb eluviisidest, 20% keskkonnast ja 20% looduse poolt kaasa antust (geneetilise taustast). Arusaadavalt on niisugune jaotus mõnevõrra vaieldav: üksikisiku puhul ilmnevad erinevused on väga suured – eriti geneetiliste tegurite suhtes. Samas näitavad uuringud, et rahvastiku eeldatav keskmine eluiga oleneb arstiabist suhteliselt vähe ning 70–80% indiviidi poolt arstiabile eraldatud rahast kulutatakse elu viimasel kümnendil, kui see pole mõnikord enam piisavalt efektiivne (18). Siiski ei tohi eeltoodust teha arstiabi suhtes nihilistlikku järeldust. Erineval eluperioodil võivad kõik isikud kuuluda mainitud 10% hulka, kellele õigel ajal antavast arstiabist võib sõltuda nii nende elu kestus kui kvaliteet. Samuti võib ühe ühiskonna (riigi, rahvastiku) andmete ülekandmine teisele põhjustada märkimisväärtseid eksitusi. Eesti kahetsusväärseks erijooneks on näiteks hiigelkulutused traumatismi (ületab Põhjamaade vastava kordaja ligikaudu kuuekordselt) raviks ja tagajärgede leevendamiseks.

Eeltoodud põhjustel on kujunenud teatud **konfrontatsioon**, milles on ühel pool patsiendid (ühiskond) ning teisel arstiabi andjad (meditsiinipersonal ja tugiteenistused). Arusaadavalt on esimesed huvitatud kõigi võimalike meditsiiniteenuste kättesaadavusest, seejuures võimalikult odavalt. Arsti ja patsiendi vahelise paternalistliku suhte asendumine klientaalsega loob olukorra, kus abivajaja peaks igal erijuhul saama oma haiguse kohta piisavalt informatsiooni, et ise otsustada pakutavate võimaluste üle (19). Arstiabi andjad soovivad üldjuhul teha kõik, mis nende võimuses. Selle tagab nende professionaalsus ja eetika, kuid kahtlemata on oma mõju ka tegevuse ühiskondlikul prestiižipikusel, võidujanul ja töö eest saadaval tasul.

Kujunenud konfrontatsiooni võib vaadelda hoopis teisest aspektist. Selle teesiks on "Rahvusvahelise meditsiinieetika koodeksis" formuleeritud nõue: **"Iga arst peab alati meeles pidama kohustust säilitada inimelu"** (20). Eeltoodu antiteesiks sobib paljudest rahvusvaheliselt aktsepteeritud meditsiinieetikat puudutavatest dokumentidest tulenev seisukoht: **kuivõrd inimene on surelik, kuulub inimõiguste hulka ka õigus väärikalt surra**. Nende kahe vastuolulise seisukoha süntees saab olla üksnes järgmine: **suremise kui protsessi pikendamine on ebaeetiline**.

Ravitavuse piirid

Vaatamata arstiteaduse ja arstiabi vaieldamatutele saavutustele on paljude haiguste ravimise võimalused siiski üsna piiratud. On mõnevõrra paradoksaalne, et ravivõimaluste avarandumine on samas toonud esile nende rakendamise olulised piirangud. Võib kindlalt väita, et kunagi ei teki olukorda, kui kõik haigused muutuvad ravitavaks. Pigem õnnestub neist paljusid vältida või "edasi lükata", näiteks nende põhjuseks olevate riskitegurite mõjutamise kaudu. Ravitavuse piiridel on vähemalt kolm tahku:

- bioloogiline (meditsiiniline),
- majanduslik,
- eetiline.

Kuigi erineva lähtega, on need kolm aspekti praktilises tegevuses tihedalt seotud ja mõnikord on neid raske eristada.

Bioloogilised (meditsiinilised) piirid olenevad eelkõige haiguse poolt haaratud elundite kahjustuse raskusest, mis võib ravi alguseks olla põhjustanud taaspöördumatuid muutusi. Eriti ilmekalt tulevad need esile seoses peaaju ulatusliku kahjustusega. Viimase näiteks on peaaju massiivne hemorraagia, mille puhul suuraju üks poolkera ja ajuvatsakesed on verega täitunud ning hematoomisisesest rõhust destrueeritud. Tavaliselt on need haiged *ictus'* est peale sügavas koomas, mille puhul algsed detseerebratsiooninähud lähevad üle jäsemete atooniaks. Tänapäeval kasutavad

pildiagnostika välistab diagnostilised eksitused. Ulatusliku kliinilise kogemuse analüüs on näidanud, et kuigi nende haigete elutegevuse teatud ilminguid saab intensiivravivõtete rakendamisega mõnda aega säilitada, ei vähenda see siiski nende suremust. Sama kehtib raske, teadvushäirega kulgeva isheemilise insuldi suhtes, eriti kui inimene on enne haigestumist sõltunud kõrvalabist (21). Väga küsitav on aktiivse ravi jätkamine patsientidel maliigse glioomiga (G IV), kui kirurgilise ravi tulemus on (sõltuvalt kasvaja lokalisatsioonist ajus või muul põhjusel) ebarahuldav. Teadaolevalt elab "keskmise" G IV maliigsuskraadiga glioomiga (*Glioblastoma multiforme*) patsient üksnes 10 kuud ka pärast edukat operatsiooni ja adjuvantravi rakendamist, see tähendab küll võrreldes ravita kuluga ligi kaks korda pikenenud elulemust, kuid on siiski ebarahuldav tulemus (22, 23). Seetõttu on paljudel juhtudel mõistlikuks kompromissiks suhteliselt väheefektiivsest adjuvantravist loobumine, eriti pärast patsiendi elukvaliteeti ajutiselt parandavat operatsiooni. See väldib adjuvantravist tingitud kõrvalnähte ja lubab haigel veeta oma viimased elukuud temale harjunud keskkonnas.

Raskete ajukahjustustega haigete intensiivravi sageli ettearvamatuks tagajärjeks on seisundid, kus säilib inimese keha, kuid ta isiksus ei taastu. Probleem on ligikaudu sama vana kui ajusurma küsimus (2), kuid see tekitab siiani erinevaid arvamusi ja meditsiinilis-õiguslikke lahendusi. 1972. a võeti kasutusele **püsiva vegetatiivse seisundi** (*persistent vegetative state*) mõiste (24). Hiljem on püütud eristada püsiva (*persistent*) ja taaspöördumatu (*permanent*) vegetatiivse (elu) seisundeid, mis on selles seisundis viibivate isikute ravi ja hoolduse jätkamise seisukohalt esmatähtis (25). Püsiva vegetatiivse elu seisundis isikul taastub une ja ärkveloleku vaheldumine. Viimase avalduseks on silmade avamine, lihastoonuse tõus, oraalne automatism ja teised välised avaldused, kuid puuduvad sihipärased liigutused, ning mis kõige olulisem, igasugune mõistuslik tegevus. Kuivõrd seda probleemi

käsitletakse ajakirja käesolevas numbris eraldi (26), ei ole sel vajadust lähemalt peatuda.

Ravitavuse **majanduslikud piirid** olenevad eelkõige ühiskonna kasutuses olevast ressursist, mis pole kunagi piiramatu. Teadaolevalt reguleerivad ka stabiilselt arenenud ja jõukad riigid arstiabi andmise majanduslikku külge. Selle näiteks on teatud omaosaluse rakendamine ka nn ettemakstud, solidaarsusprintsibiile rajaneva arstiabi eest tasumisel, ravimite soovitusnimekirjad (*formulary'd*), tõenduspõhisel ja professionaalsel konsensusel rajanevad ravijuhendid (*practice guidelines*) ja muud professionaalsed ja administratiivsed meetmed (15). Artikli sissejuhatuses esitatud andmed näitavad veenvalt Eesti praegust piiratud ressursi arstiabi andmisel, mis toimib eelkõige tänu varasematele investeeringutele ja äärmuseni piiratud personalikulutustele. Ajakirjanduses õigustatult tähelepanu pälvinud Marge Valdmanni juhtum ei ole kaugeltki ainus ega originaalne. Tema raviks Glivec'iga kulub 40 000 krooni kuus ehk ligikaudu 500 000 krooni aastas. Preparaat oleks näidustatud kõigile müeloidset leukeemiat põdejaile, keda alfa-interferoon pole aidanud. Võib oletada, et Marge Valdmannil on Eestis umbes 1000 saatusekaaslast, kelle raviks kuluks 500 miljonit krooni aastas. Eestis on registreeritud mitu ravimit, mida rahapuudusel kasutatakse vähe või üldse mitte. Maailmas on praegu laialt levinud beeta-interferoonravi *sclerosis multiplex'i* ägenemiste vältimiseks. See ei võimalda haigust välja ravida, kuid leevendab sobivalt valitud juhtudel haiguse kulgu. Vastavate preparaatide kasutamine on ka rikastes riikides tekitanud majanduslikke ja eetikaküsimusi (27). Kuivõrd beeta-interferoonravi on pikaajaline, kulub selleks patsiendile ligikaudu 170 000 krooni aastas. Eestis elavast ligikaudu 1000st *sclerosis multiplex'iga* isikust võiks beeta-interferoonravi olla kasulik 200–250 patsiendile. Piiratud ressursside tõttu rakendatakse seda siiski vaid 10%-l näidustusega isikutest. Neurodegeneratiivse haiguse – amüotroofilise lateraalskleroosi (ALS) arengu pidurdamiseks

kasutatakse ka Eestis registreeritud rilusooli. Ka see preparaat ei ravi haigust välja, kuid aeglustab lihasnõrkuse arengut ja pikendab sobivalt valitud juhtudel perioodi, mil haige suudab veel respiraatori abita hingata (28). Teadaolevalt pikendatakse ALS-haigete elu respiraatori abil vaid vähestes riikides, kus patsientidele suudetakse tagada adekvaatne hooldus ühes respiraatori rakendamisega nende kodus. Ravi rilusooliga maksaks 110 000 krooni aastas, vastavaid haigeid on Eestis ligikaudu 90. Märksa enam vanemaelisi kannatab oma elu viimastel aasta(kümnen)diitel Alzheimeri tõve tõttu. Eestis registreeritud donepesiil aeglustab haiguse varastes staadiumites mõnevõrra kognitiivsete funktsioonide taandarengut, kuid võib põhjustada märkimisväärseid kõrvalnähte (29). Sellele ravimile kulub 40 000 krooni aastas. Suhteliselt tagasihoidliku efektiivsuse ja kõrge hinna tõttu on mainitud ravimite kasutamine tekitanud probleeme ka Soomes, kus ühe inimese raviks kulutatav ressurss ületab Eesti oma ligikaudu seitsmekordselt (30). Loomulikult ei piirdu probleem neuroloogia valdkonnaga. Eestis põeb kestva ensüümasendusravi vajavat Gaucher'i tõbe kaks last, kelle raviks tasub Eesti Haigekassa kuni kolm miljonit krooni aastas. Nelja Fabry tõbe põdeja raviks kuluks 2–3 miljonit krooni aastas, kuid teadaolevalt piirdatakse nende puhul pigem sümptomaatilise raviga (31). Eesti Haigekassas kallimate ravimite jaoks reserveeritud 9 miljonist kroonist kulub ligikaudu kaks kolmandikku 67 hemofiilia all kannatava isiku raviks, mis oluliselt parandab nende elukvaliteeti ja on kahtlemata õige valik.

Ravimite valik ja kompenseerimine on sagedase arutelu objektiks ka stabiilselt arenenud riikides. Teadaolevalt on nii valdavalt erahaiguskindlustusega USAs kui üldisel solidaarsusprintsibiil põhineva arstiabiga Suurbritannias tekitanud kõige rohkem eri-arvamusi onkoloogias kasutatavate tsütostaatilise toimega ravimite kasutamine. Nende riikide raviasutustes on levinud ravimite fikseeritud nimekirjad (*formulary'd*), see

tähendab et selles raviasutuses kasutatakse üksnes vastavas nimekirjas olevaid, tavaliselt kõige enam parimale hinna ja kvaliteedi (*cost/effective*) suhtele vastavaid preparaate. Selline reguleerimine on tekitanud vastuväiteid patsientide, nende omaste ja ka arstkonna poolt, kuid tagab peamise – aitab saavutada ravitulemuse kõige paremini tõestatud ning samas hinnalt vastuvõetava vahendiga.

Ravitavuse **eetilised piirid** olenevad suuresti ühiskonna üldistest kõlbelistest tõekspidamistest ja moraalist, mis on ka oksinentaalses kultuuriruumis sama eetilise tausta (kristlik eetika) piires ajas oluliselt muutunud. 1930. aastate Euroopas levis laialdaselt nn hegeliaanlik üliratsionalistlik hoiak. Selle löid Saksa filosoofi G. W. F. Hegeli õpilased, kellest kujunes nn noorhegelianistlik koolkond, kes rõhutas ateismi, materialismi, individualismi ja poliitilist radikalismi. See esialgselt filosoofiline taust kujunes soodsaks pinnaks diktaatorluse arengule. Viimane leidis oma äärmusliku väljenduse Saksa natsionaalsotsialistlikus ideoloogias ja sai lähtekohaks rassipuhtuse taotlusele, mille meditsiiniliseks rakenduseks sai eugeenika (nt “väheväärtuslike” isikute kohustuslik steriliseerimine) (32). Viimast praktiseeriti ka 1920.–1930. aastate Eesti Vabariigis, kusjuures ka siin eelnes vastav praktika õigusaktidele (33, 34).

II maailmasõja kaotanud Saksamaal mõisteti natsistlik ideoloogia hukka ning sama toimus varem fašistlikus Itaalias ning mainitud juhtriikide satelliitmaades. Teadaolevalt on Saksa ühiskond siiani ülimalt tundlik mitmesuguste bioloogia ja meditsiiniga seotud eetikaprobleemide suhtes. Samas on teistes riikides mõned küsimused taas päevakorda kerkinud. Arstiabi tehnoloogiline progress ja ilmnunud uued piirid on aidanud kujundada teaduslikele andmetele rajaneva tõenduspõhise (*evidence based*) mõtte- ja käsitluslaadi, mis on eriti oluline haiguste farmakoteraapias, kuid aitab hinnata ka meditsiini saavutuslikke piire (15, 35). Nii professionaalsetes ringkondades (arstid, juristid, teoloogid) kui laiemaltki on taas arutelu objektiks eutanaasia (kr

eu ‘hästi’ + *thanatos* ‘surm’) probleem. Selle põhjuseks on näiteks võimalus pikendada lootusetult haige elu ja sellega kaasnevat vaevusi (valu), eriti aga elutegevuse säilitamisele suunatud tegevust isikutel, kellest on säilinud üksnes keha, puudub aga inimlik teadvus ja mõistus. Probleemi on ajakirjas Eesti Arst adekvaatselt käsitletud (36), seetõttu piirduakse siin mõne kommentaariga. Maailma Meditsiiniassotsiatsioon defineeris eutanaasiat kui tegevust, millega **tahtlikult** lõpetatakse elu. **“Isegi siis kui patsient või tema omaksed seda soovivad, on see tegu ebaeetiline. See ei tähenda, et arst ei peaks austama haiguse lõppfaasis oleva patsiendi soovi lasta surmal saabuda oma lõplikku rada mööda”**, seisab vastavas deklaratsioonis (37). Kuigi praeguseks on mõned riigid (Holland) eutanaasiasse lubavamalt suhtuma hakanud, on Maailma Meditsiiniassotsiatsioon endisel seisukohal ja peab Hollandi Kuningliku Arstide Liidu praktikat selles küsimuses ebaeetiliseks (38).

Praktilises arstlikus tegevuses eristatakse mõnikord **aktiivset ja passiivset eutanaasiat**. Kui aktiivne eutanaasia saab tõepoolest olla vaid elu tahtlik lõpetamine, on passiivse eutanaasia mõiste hajuv ja mitmeid tõlgendusi võimaldav. Passiivseks eutanaasiaks võib nimetada olukorda, kus tegemata jääb menetlus, mis surijal pikendaks (mõningast) elu, näiteks nn kardio-pulmonaalse elustamisvõtete komplekti rakendamine peaaegu massiivse kahjustusega isikul. Passiivse eutanaasia korral ei kutsu arst esile surma, vaid laseb inimesel surra haiguse või vigastuse tagajärjel (39). Küsimusele – kas see on üldse eutanaasia? – ei ole ühetähenduslikku vastust. Igapäevases praktilises tegevuses on põhjust toetada Andres Ellamaa pragmaatilist seisukohta: “Kui patsiendil ei ole reaalseid võimalusi paranemiseks, siis ei peaks arstile pahaks pandama mittemidagitegemist” (36). Selle seisukoha lisatingimuseks peaks siiski olema nõue mitte otsustada niisuguseid küsimusi ainuisikuliselt, vaid konsiiliumi konsensusliku otsuse alusel.

Probleemide võimalikud lahendused

Arstide pädevus piirdub tõstatatud probleemide meditsiiniliste ja eetiliste aspektidega. Kahjuks ei paku ka nende küsimuste igakülgne arvestamine sageli häid ja eriti üldkehtivaid lahendusi. Siiski saab silmas pida mitut asjaolu.

Testamentides, milles väljendub isiku teadlik tahe, on aastasadu väljendatud pigem lahkunust maha jääva varaga seonduvaid aspekte. Meditsiiniliste asjaolude arvestamise tulemusel on aga praeguseks ka Eestis levimas surmajärgset elunddoonorlust lubav seisukoht, mis vormistatakse vastava kaardi kujul. Raske, tõenäoliselt ravimatu seisundi puhul toimivaid tahteavaldusi kohtab esialgu suhteliselt harva. 1978. a avaldas Stanfordi Ülikooli (USA) emeriteerunud neuroloogia-professor L. S. Baer erialases teaduslikus ajakirjas soovi, et juhul kui teda peaks tabama raskekujuline insult, mille väljenduseks oleks parempoolsete jäsemete halvatus ning teadvuse- ja kõnehäired, tagataks talle "üksnes hea pöetus ja ei midagi enam". Ta rõhutas, et talle ei manustataks niisuguses seisundis mingil juhul parenteraalselt vedelikke ja toitelahuseid (40). Tuleb mõnda, et selle soovi väljendaja pessimistlik hoiak raske insuldi ravitavuse suhtes oleks õigustatud ka tänapäeval.

Isiku teadliku tahte väljenduseks võib pidada ka seni vähe levinud ja ilmselt ebapiisavalt põhjendatud märkide, kaelas kantavate ripatsite jmt kasutamist, millel on tähed DNR (ingl *do not resuscitate*; ärge elustage = ärge rakendage intensiivravi võtteid). See on teatud määral levinud läänemaiste noorte subkultuurides ja praegusel ajal neid meditsiiniliselt ega eetiliselt põhjendatuks pidada ei saa.

Kõige adekvaatsemalt reguleerivad kõnealust valdkonda **ravijuhendid** ja **käsitlusjuhendid** (*practice guidelines*) ning mitmesugused professionaalsed **konsensusdokumendid**. Nende koostamisel on arvestatud nii tõendus-põhisuse nõuet kui eetilisi aspekte. Üldjuhul on need soovitusliku iseloomuga dokumendid, mille rakendamine on jäetud arstidele. Erinev kultuuritaust

ja medikoleaalne olukord teeb mõnikord raskeks ühes riigis rakendatavate põhimõtete ülekandmise teise ühiskonda. Selleks tegutsevad paljude riikide suurte haiglate juures eetikakomiteed, mis reguleerivad põhimõtteid ravi-asutuse piires ja koondavad sageli oma tähelepanu konkreetsetele juhtudele (25, 40–42).

Professionaalse konsensusdokumendi näiteks on peaaegu insuldiga haigete ravi käsitlev nn Helsingborgi deklaratsioon. Vastavalt sellele ei ole intensiivravi võtete rakendamine insuldi korral üldjuhul näidustatud ning komatoosseid haigeid ei ole otstarbekas suunata intensiivravikeskustesse. Erandiks on peaaegu tüve isheemilise kahjustusega patsiendid, kes ei saa neelata, kuid on teadvusel (43). Kopsude kunstliku ventilatsiooni ebaefektiivsust insuldihaigetel on näidatud ka teistes uurimustes (44). Õeldu ei tähenda mingil juhul nihilistlikku suhtumist insuldihaigetesse. Uuringud on siiski näidanud, et selle raske haiguse puhul tuleb põhitähelepanu pöörata kergematele haigusjuhtudele, mille puhul rakendatavad meetmed väldivad tüsistusi ning võimaldavad varakult rakendada rehabilitatsioonivõtteid ja haiguse sekundaarset profülaktikat.

Parandamatult haigete elu lõpul on kohustuslik adekvaatse palliatiivse ravi rakendamine, kusjuures erilist tähelepanu tuleb pöörata valu leevendamisele. Kui see ei kergenda oluliselt haige seisundit, pole surijatele vaja manustada vedelikke, antibiootikume ega vereülekandeid. Konsensusdokumendid rõhutavad, et raske on redutseerida (lõpetada) juba alustatud ravi. Seetõttu soovitatakse alati kaalutleda, kas trahhea intubatsioon, veenitee rajamine, vedeliku parentaalne manustamine ja muud intensiivravi võtted on siiski konkreetsetel juhtudel vajalikud, s.t kas nende kasutamine tagab haigele vähegi rahuldava paranemise (35, 41). Sageli on akuutse haigestumise algfaasis neile küsimustele raske adekvaatselt vastata. Ka hiljem võib otsuste tegemine aega nõuda. Näiteks on praeguseks saavutatud konsensus, et taaspöördumatus vegetatiivse elu seisundis viibiva isiku toitmise võib

lõpetada, kui selle põhjuseks olnud peaju traumast on möödunud 12 kuud. Seisundi muu geneesi korral (üldjuhul pärast läbitehtud ajahüppoksiat) on selleks tähtajaks 3 kuud (25, 26, 41). Kõik konsensusdokumendid rõhutavad vajadust arutleda võimaluse korral ravitavust haige omastega, kelle soov ei saa siiski olla määrav.

Arusaadavalt peab igasugune ravist loobumise või redutseerimise otsus olema konsensuslik haiget raviva personali suhtes, s.t otsustamise tuleb tingimata kaasata nii arstid kui õed. Vaatamata eeltoodud meditsiinilistele kaalutlustele, mille aluseks on teadmised, on lõppotsuse tegemine siiski reeglina eetikaprobleem.

Kirjandus

- 17th World Medical Assambly. Twelve principles of provision of health care in any national health care system. New York; 1963.
- Raudam E, Mägi M. Elu ja surma piirist kaasajal. Nõuk Eesti Tervish 1968;(3):181–3.
- Wecht C. Determination of death. Ad Hoc Committee on Human Tissue Transplantation Reports Criteria. Bull Allegh County Med Soc 1969;25:29–32.
- Mollaret P, Bertrand Y, Mollaret H. Coma dépassé et nécroses nerveuses centrales massives. Rev neurol 1959;101:116–39.
- Gerlach J. Gehirntod und totaler Tod. Münch Med Wschr 1969;111:732–6.
- Jørgensen EO, Brodersen P. Kriterier for d. d. Nord Med 1971;86:1549–96.
- Ingvar DH, Widén L. Hjärndöd. Sammanfattning av et symposium. Läkartidningen 1972;69:3804–14.
- Kaste M, Hillbom M, Palo J. Diagnosis and management of brain death. BMJ 1979;278:525–7.
- Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. A definition of irreversible coma. JAMA 1968;205:337–40.
- Power DJ, Snyder JV, Grenvik Å. Brain death certification: a review. Crit Care Med 1977;5:230–3.
- Masland R, Plum F. Criteria of cerebral death. Trans Amer Neurol Assoc 1975;100:33–5.
- Raudam EJ, Mägi MA, Kaasik A-EA, Zupping RH, Tikk AA: Zapredelnaja koma i kriterii smerti mozga. Sov med 1971;12:59–63.
- Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium. Instruktsioon surma tuvastamiseks peaju funktsioonide täieliku taaspöördumatu lakkamise (ajusurma) puhul. Ministri kk nr 190 28. dets. 1993.
- Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium. Elundite ja kudede loovutamise ja raviotstarbelise kasutamise juhend. Ministri kk nr 119, 13. apr. 1995; täiendatud kk-ga nr 39, 13. veebr. 1997.
- Kaasik A-E. Tõendus põhine meditsiin – kas universaalne ravi algoritm? Eesti Arst 2002;81:93–8.
- Kaasik A-E. Eesti rahvastiku tervis ja selle parandamise perspektiivid. Eesti Arst 1997;(1):3–12.
- Kaasik A-E. Eesti rahvastiku tervis ja seda mõjutavad tegurid. "Eestile mõeldes". Vabariigi Presidendi Akad. Nõukogu 1994–2001. Koost. M. Veiderma. Tallinn: Teaduste Akad Kirjastus; 2001. lk. 49–62.
- Kaasik A-E. Tervis, vananemine ja haigus. "Haigestumist ja tervenemist soodustavad psühhosotsiaalsed tegurid". Tallinn: TPÜ Kirjastus; 1999. lk. 9–15.
- Kaasik A-E. Kroonilise haiguse käsitlemine: ravi või õpetamine. "Haigestumist ja tervenemist soodustavad psühhosotsiaalsed tegurid". Tallinn: TPÜ Kirjastus; 1999. lk. 36–42.
- World Medical Association. International Code of Medical Ethics. London 1949; amended by the 22nd World Medical Assembly, Sidney 1968, and the 35th World Medical Assembly, Venice 1983.
- Baruch EA, Bornstein NM, Fuchs P, Korczyn AD. Mechanical ventilation in stroke patients – is it worthwhile? Neurology 1996;47:657–9.
- Posner JB, Shapiro WR. Brain tumor. Current status of treatment and its complications. Arch Neurol 1975;32:781–4.
- Liigant A, Kulla A, Linnamägi Ü, Asser T, Kaasik A-E. Survival of patients with primary CNS tumors in Estonia. Europ J Cancer 2001;37:1895–03.
- Jennet B, Plum F. Persistent vegetative state after brain damage. A syndrome in search of a name. Lancet 1972;1:734–7.
- Wade DT. Ethical issues in diagnosis and management of patients in the permanent vegetative state. BMJ 2001;322:352–4.
- Sulg IA, Rekand T. Püsiv vegetatiivne seisund. Eesti Arst 2003;82(1):45–50
- Goodkin DE, Kanoti GA. Ethical considerations raised by the approval of interferon beta-1G for the treatment of multiple sclerosis. Neurology 1994;44:166–70.
- Bensimon G, Lacomblez L, Meninger V. A controlled trial of riluzole in amyotrophic lateral sclerosis. N Eng J Med 1994;330:585–91.
- Shadlen M-F, Larson EB. What's new in Alzheimer's disease treatment? Postgrad Med 1999;105:109–20.

30. Panelius M. Kuinka ratkaista neurologisen lääkehoidon kriisi? *Duodecim* 1997;113:1713–15.
31. Öunap K, Anijalg E, Pikk O, Kukk T. Pärilik lüso-somaalne ladestumishaigus – Fabry tõbi. *Eesti Arst* 2002;81:77–84.
32. Alexander L. Medical science under dictatorship. *New Engl J Med* 1949;241:39–47.
33. Kalling K. Näitlik juhtum eesti meditsiiniajaloost: dr Juhan Vilms ja eugeenika. *Eesti Arst* 2002;81:182–5.
34. Steriliseerimise seadus. Riigi Teataja 1936; 98, art. 776:2078–81.
35. Palo J. Hoidon rajat. *Duodecim* 1991;107:948–55.
36. Labotkin R, Suija H, Fedossov V. Eesti arstide suhtumine eutanaasiasse. Kommentaarid (Ellamaa A, Liiv A, Mäeltsemees H, Saarma J, Suurorg L). *Eesti Arst* 1999;78:3–6 (7–12).
37. 39th World Medical Assambly. Declaration on Euthanasia. Madrid, Spain, 1987.
38. Sheldon T. World Medical Association isolates Netherlands on euthanasia. *BMJ* 2002;325:675–6.
39. Häyry H, Häyry M. Eutanasia ja logikka. *Duodecim* 1994;110:2028–9.
40. Baer LS. Nontreatment of severe strokes. *Ann Neurol* 1978;4:381–2.
41. Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameters: assessment and management of patients in the persistent vegetative state. *Neurology* 1995;45:1015–18.
42. Palo J, Lehtonen T, Lindgren B, Tammisto M, Valtonen V. Guidelines for the care at the end of life. Helsinki University Central Hospital. Meilahti Hospital; 1997.
43. World Health Organization Regional Office for Europe. European Stroke Council: Report on Pan European Consensus Meeting on Stroke Management. Helsingborg, Sweden, 8–10 Nov 1995; EUR/HFA target 9, 1996, 44 pp.
44. Steiner T, Mendoza G, De Georgja M, Schellinger P, Holle R, Hacke W. Prognosis of stroke patients requiring mechanical ventilation in a neurological critical care unit. *Stroke* 1997;28:711–5.

Summary

Limits of treatability: an ethical issue?

Implementation of all available methods of treatment is sometimes economically inexpedient and medically senseless. It is unethical to prolong the process of dying. Contemporary treatment at times prolongs certain functions of life but the person's wakeful mind does not restore. Desisting from the application of treatments

that prolong life but do not return the human quality of mind can be taken for passive euthanasia and hence this area needs suitable legislation and practice guidelines.

Ain-Elmar.Kaasik@kliinikum.ee