

RAVITAVUSE PIIRID: KAS EETILINE PROBLEEM?

Ain-Elmar Kaasik
Tartu Ülikooli Närvikliinik

Eestis rakendatakse intensiivravivõtteid (trahhea intubatsioon, trahheostoomia, kunstlik või abistav kopsuventilatsioon jne.) juba 40 aastat. Viimase paarikümne aasta jooksul on arstiabis juurdunud kõrgtehnoloogilised diagnostikameetodid (röntgenkompuuter- ja magnetresonantstomograafia koos ultrahelipildiagnostikaga), elutegevuse vitaalsete funktsioonide automaatne monitoriseerimine, ravimite ülitäpne doseerimine perfuusorite abil, keerukal tehnoloogial rajanevad endoskoopilised operatsioonid, liigeste endoproteesimine ja veel palju muud. Farmakoteraapias lisandub pidevalt uusi antibiootikume ning efektiivseid biotehnoloogiliselt toodetud vahendeid, nt. immuunglobuliinid, interferoonid ja koe rekombinantsete plasminogeeniaktivaatorid. Arstiabi andmine on kujunenud kõrgtehnoloogiliseks ja ühtlasi üpris kalliks valdkonnaks, millele USA-s kulutatakse juba 12-14% rahvastulust. Vastav näitaja Rootsis on 9-10%, Soomes 7-8% ja Suurbritannias 6-7%. Teadaolevalt on Eesti rahvastulu isiku kohta eelnenuist kuni kümme korda väiksem ning meie kulutame sellest arstiabile üksnes 5,6%. Põhiliselt selle tõttu rakendatakse Eestis *sclerosis multiplex*'i ägenemisi vältivat beeta-interferoonravi (ligikaudu 170 000 krooni patsiendile aastas) üksnes 15 isikule potentsiaalsest 250-st; seni ei kasutata rilutekki (Riluzol) amüotroofilise lateraalskleroosi arengu aeglustamiseks (patsiendile kuluks ligikaudu 110 000 krooni aastas) ning takriini (Tacrine) Alzheimeri tõve progresseerumise leevendamiseks (ligikaudu 40 000 krooni aastas). Eestis tehakse igati efektiivseid aortokoronaarse šunteerimise operatsioone umbes kümnendik vajadusest; ligikaudu sama olukord on liigeste endoproteeside paigaldamisega. Kui Eestis neerude puudulikku talitlust saab üldjuhul dialüüsiga asendada, siis närvisüsteemi teatud osade degeneratsioonist (amüotroofiline lateraalskleroos) tingitud hingamishalvatuse kompenseerimine respiraatoriga (viimaseid rakendatakse üldjuhul patsiendi kodus!) ei ole meil enamasti võimalik.

Eeltoodust järeldub, et haiguste ravitavusel on olulised majanduslikud piirid. Siiski ei ole need ainumääravad, ilmselt koguni mitte kõige olulisemad. Lahendamist vajavad probleemi tervishoiupoliitilised ja eelkõige eetilised aspektid. Ei tohi unustada, et arstiabi mõjustab populatsiooni tervist üksnes ligikaudu 10% ulatuses. Ka eeltoodud näited olid pigem suhteliselt harvaesineva patoloogia valdkonnast. Samal ajal kujuneb kõikjal (ka meil) olukord, kus eksisteeriv arstiabisüsteem püüab maksimaalselt teenida. Mõnikord ununevad patsientide huvid ja esile tõuseb ametkondlikkus (igal maakonnal on haigekassa ning viimasel on "oma" haigla).

Intensiivravi rakendamine ei ole mõnigi kord mitte üksnes majanduslikult ebaotstarbekas – üsna tihti on see ka meditsiiniliselt mõttetu. Suremise kui protsessi pikendamine on ebaetiline. Sageli võimaldab nüüdisaegne ravi küll pikendada elutegevuse teatud avaldusi, kuid inimese ärkvelolev mõistus ei taastu (või ei arene). 1978.aastal palus USA Stanfordi Ülikooli emeriitprofessor L.S. Baer, et talle raskekujulisse ajuinsulti (nt. parempoolse hemipleegia ja teadvushäiretega) haigestumise korral tagataks "üksnes hea põetus ja ei midagi enam". Seejuures pidas ta vajalikuks rõhutada, et talle ei manustataks parenteraalselt vedelikke. Ligikaudu 20 aastat hiljem tuleb mõnda, et raske kliinilise kuluga insuldi ravi võimalused ei ole paranenud. See kajastub ka insuldi ravi reguleerivas nn. Helsingborgi deklaratsioonis, millele vastavalt intensiivravi võtete rakendamine ei ole insuldihaigetel reeglina näidustatud ja komatoosseid haigeid ei ole mõtet saata intensiivravikeskustesse.

Sisuliselt tähendab see nn. passiivset eutanaasiat, mille puhul teadlikult loobutakse elu pikendava, kuid mitte inimlikku "kvaliteetset" elu tagava(te) ravivõtte(võtete) kasutamisest. Seetõttu on vastavat protsessi hakatud reguleerima seaduste, ametkondlike eeskirjade ja praktiseerimisjuhtnöörade abil. Mitmes riigis on formuleeritud juhtnöörid nn. permanentse vegetatiivse seisundi diagnoosimiseks. Suurbritannias on kohtutele antud õigus lubada permanentse vegetatiivse elu seisundis oleva isiku ravi lõpetada. Tuleb siiski mainida, et see seisukoht ei ole ka Briti ühiskonna poolt sugugi üksmeelselt aktsepteeritud. Mingil juhul ei tohiks passiivse eutanaasia mistahes võtet lubada rakendada ühel arstil ainuisikuliselt.