

Vereülekande alternatiividega seotud JURIIDILISED KÜSIMUSED

MICHEL DE GUILLENCHMIDT

Prantsusmaa Kõrgeima Halduskohtu auliige ja
Pariisi V René Descartes'i Ülikooli juuraprofessor

Transfusioonimediitsiini, vereülekande alternatiivide ja meditsiinilise sekkumisega seotud õiguslike aspektide puhul on oluline määratleda patsiendi/arsti ja arsti/patsiendi suhte juriidiline olemus. Viimasel paaril aastakümnel on see õiguslik suhe teinud läänemaailmas läbi märkimisväärse muutuse.

Vereülekande alternatiive propageeriv institutsioon *NATA (Network for Advancement of Transfusion Alternatives)* on seadnud sisse spetsiaalse ameti, uurimaks selle valdkonnaga seotud juriidilisi küsimusi. On selge, et meditsiinilisi ja teaduslikke probleeme ei saa käsitleda, võtmata arvesse õigusnorme ja seadusandlike aspekte, ning et see valdkond on lääneriikides juriidilisest küljest kiires tempos muutumas.

NATA töö avab võimalused väärtuslikuks, positiivseks ja multidistsiplinaarseks uurimistööks ning diskussiooniks meditsiinitöötajate, juristide, nagu vandeadvokaat hr Alain Garay Prantsusmaalt, ja isegi suurte rahvusvaheliste organisatsioonide, nagu Euroopa Nõukogu vahel, kelle esindajat on mul rõõm siin tervitada. Mina ise kuulun NATA juhatusse oma positsiooni tõttu juuraprofessorina René Descartes'i Ülikooli õigusteaduskonnas, samuti advokaadi ja riigi aunõunikuna, see tähendab Prantsusmaa Kõrgeima Halduskohtu (*Conseil d'Etat*) seniiorliikmena.

Käsitledes transfusioonimediitsiini ja vereülekande alternatiivide juriidilisi aspekte, viitan peamiselt olukorrale Prantsusmaal, millega ma olen loomulikult kõige enam kursis, kuigi olen suure huviga uurinud ka Venemaa seadusi selles valdkonnas. Hiljaaegu peeti Sofias selleteemaline sümposium, kus käsitleti uusi arengusuundi ja uut erialateavet. Mõttevahetus meie kolleegide ja kaaslastega Ameerika Ühendriikides, Rootsis, Šveitsis, Itaalias, Belgias, Suurbritannias ja mujal on samuti aidanud heita valgust neile küsimustele.

Kõigis neis aruteludes paistab silma üks keskne küsimus: kuidas minna autoritaarselt süsteemilt, kus arst otsustab kõike, üle süsteemile, kus patsient osaleb vähemalt osaliselt põhiliste raviotsuste lange-tamises?

I. Patsiendi/arsti ja arsti/patsiendi suhte olemus

Kuigi küsimus, mis laadi on arsti ja patsiendi suhe (pooldan termini „patsient” kasutamist, selle asemel et öelda „haige”, kuna patsiendil ei pruugi tingimata olla haigust¹), on Prantsusmaal juba kaua aega teoreetiliselt reguleeritud, nimetades seda lepinguliseks, on tegelikult selles suhtes domineerinud arstlik autoriteet.

Oma 1936. aasta otsuses *Mercier'* kohtuasjas leidis Prantsusmaa kõrgeim kassatsioonikohus (*Cour de cassation*), et patsiendi ja tema arsti suhe on oma ole-

muselt lepinguline ja et arstil lasub seega vastutus teha parim, mida ta suudab. See kohustus tähendab, et arst peab tagama oma patsiendile "kohusetundliku, hoolika ravi kooskõlas kinnitatud teaduslike faktidega". See sõnastus võeti üle hiljutisse õiguslikku regulatsiooni, kuna 1995. aasta uues arstide meditsiinieetika koodeksi paragrahvis 32 öeldakse, et arst annab „kohusetundlikult, pühendunult ravi, mis rajaneb kinnitatud teaduslikele faktidele”. Siiski on seda kohustust teha oma parim tõlgendatud kohtutes väga erinevalt ja see on tähendanud, et arsti ei võeta kergelt vastutusele.

Arsti ja patsiendi siduva suhte lepinguline olemus tõstatab muidugi ka patsiendi nõusoleku küsimuse. Nõusolek on arstliku diagnoosi ning patsiendile antava teabe ja ravi kõrval selle suhte olulisimaid osi. Nõusolek on tagatiseks meditsiinilise ülemvõimu vastu. Kohtud, ja nagu me peagi näeme, ka seadus kalduvad üha enam seisma hea selle eest, et arst respektieriks patsiendi soove.

Siinkohal peaks märkima ära ühe aspekti, mille poolest Prantsusmaa erineb teistest lääneriikidest: avalik sektor on selles maailma ühes huvipakkumamas haiglasüsteemis alati ülekaalus olnud.

Prantsuse süsteemis on **patsient haigla kasutaja**, ja seda seisukohta on toetanud halduskohtud. Kuna riiklik haigla pakub avalikke teenuseid, on patsient vaid kodanik, kes teeb tegemist valitsuse kohaliku taseme ametnikega ning seega allub reeglitele ja piirangutele, mis selles asutuses kehtivad. Avaliku sektori domineerimine selles tegevusvaldkonnas on viinud iseäraliku olukorrani. Juba pikka aega on rakendatud erinevat juriidilise vastutuse süsteemi, sõltuvalt sellest, kas patsienti ravitakse eraasutuses, eriti kliinikus, või riiklikus haiglas.

Reeglina ei kannu riiklik haigla vastutust haiglas sooritatud meditsiiniprotseduuri negatiivsete tagajärgede eest, välja arvatud juhul, kui leiab tõestamist raske ettevaatamatus. Ent 1992. aasta 10. aprilli Prantsuse kõrgeima halduskohtu otsus *Re*

M. et Mme V. lükkas selle raske ettevaatamatus nõude kõrvale ning asendas selle „meditsiinilise hooletusega” ehk vääraviga. See otsus tähendas, et üldkohtute ja halduskohtute pretsedendiõigust on võimalik, ehkki vaevaliselt, harmoniseerida.

Siiski valitses väga kaua aega idee, et riigiteenistuses töötav arst „ei eksi”. See tuletab meelde ammust, Prantsuse revolutsiooni-eelset ütlust, et „kuningas ei eksi”. Tollal ei saanud riik olla vastutav, ilma et kuningas selleks armulikult nõusoleku oleks andnud.

II. Pidevalt muutuv süsteem

Juba mõned aastad on meditsiinisüsteem kiiresti muutumas, lähtuvalt seadusandlusest ja kohtupraktikast.

A. Seadusandlus

Hospitaliseeritud patsiendi õiguste koodeks, mis esmakordselt võeti vastu 20. septembril 1974 ja revideeriti 1995. a., toob konkreetset ja selgesõnaliselt välja nende patsientide õigused, kes viibivad riiklikes tervishoiuasutustes. Koodeksis on pühendatud kaks peatükki nõusoleku põhimõttele, mis on väljendatud eriti selgesõnaliselt:

[Tõlge] „Ühtegi meditsiinilist protseduuri ei või sooritada ilma patsiendi nõusolekuta, välja arvatud juhul, kui selle protseduuri teostamine, millele ta ei ole suuteline nõusolekut andma, on hädavajalik tema seisundi tõttu. Nõusolek peab olema vabatahtlik ja seda peab taaskinnitama igaks järgneavaks meditsiiniliseks protseduuriks.”

Tuleb tähele panna, et see lausung pärineb koodeksist, millel ei ole iseenesest mingit normatiivset jõudu Prantsusmaa õiguses. Koodeks avaldati valitsusameti ringkirja osana ning sellel on ainult soovituslik iseloom. Koodeksile ei saa mingil juhul toetuda üheski kohtuprotsessis ega hagi haigla vastu.

Siiski on ka teistes seadusandlikes tekstides, millel on normatiivne väärtus, kindlalt sees meditsiiniliseks protseduuriks nõusoleku andmise nõue. Inimkeha

austamist puudutavas seaduses (*loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain*), mis võeti vastu 29. juulil 1994, toodi tsiviilkoodeksisse parandusena sisse paragrahv 16(3), mis kõlab järgmiselt:

[Tõlge] „Isikupuutumatus rikkumine, sekkudes kehalisse puutumatusse, on lubatav ainult juhul, kui see on inimesele terapeutiliselt vajalik. Eelnevalt taotletakse kõnealuselt isikult nõusolek, välja arvatud juhul, kui terapeutilise protseduuri teostamine, milleks ta ei ole suuteline nõusolekut andma, on hädavajalik tema seisundi tõttu.”

Samamoodi ütleb uue 1995. a Meditsiinieetika koodeksi artikkel 36, mida arstid peavad järgima, selgelt: [tõlge] „Uuritava või ravitava isiku nõusolekut taotletakse igal juhtumil.”

Et olla võimeline nõusolekut andma, peab patsient teadma midagi oma tervislikust seisundist ja arsti soovitatavast ravist. Seega kerkib üles **patsiendi informeerimise** küsimus. Hulk Prantsuse kõrgema kassatsioonikohtu otsuseid toonitab ametlikku kohustust saada patsiendilt „vabatahtlik, teadlik ja selgesõnaline” nõusolek, milleks antakse patsiendile „lihtsat, arusaadavat ja ausat” informatsiooni. (*Cour de Cassation, chambre civile I*, 5. mai 1981.) Uue Arstieetika koodeksi 35. artikkel kinnitab seda juriidilist nõuet, öeldes: [tõlge] ”Arst on kohustatud andma isikule, keda ta uurib, ravib või nõustab, ausat, selget ja asjakohast informatsiooni.”

Olles saanud arstilt teavet, mida viimane on kohustatud jagama, võib patsient nüüd langetada otsuse, see tähendab, nõustuda või keelduda. Seega võib juhtuda, et patsient keeldub meditsiinilisest protseduurist või ravist, mida arst peab patsiendi tervist arvestades vajalikuks. Arst on kohustatud seda valikut austama, nagu ütleb Meditsiinieetika koodeksi artikkel 36 lõige 2: [tõlge] „Kui patsient, kes on suuteline oma soove väljendada, keeldub pakutud diagnostilisest protseduurist või ravist, respektueerib arst keelduvat otsust, olles informeerinud patsienti selle taga-

järgedest. Kui patsient ei ole suuteline oma soove väljendada, ei või arst edasi tegutseda ilma patsiendi perekonnaliikmetega kontakteerumata ja neid informeerimata, välja arvatud hädaolukorras või kui see on võimatu.”

Arsti, kes respektueerib neis olukordades patsiendi väljendatud tahet, ei saa süüdistada ega kohtusse kaevata selle eest, et ta ei ole abistanud hädasolevat isikut. Seda seisukohta toetas Prantsuse kõrgem kassatsioonikohtus 1973. aasta 3. jaanuari otsuses, kus arst ei olnud andnud ravi, mida ta oli mõelnud anda, kuna patsient oli „kangekaelselt, isegi agressiivselt” keeldunud järgimast ravi ettekirjutusi. (Ent pane tähele ka vastupidist otsust *Garnier* kohtuasjas halduskohtus 29. juulil 1994, kuigi selle otsuse aluseks olid suurel määral eelnenimetatud kohtuasja konkreetset faktid.)

B. Kohtuotsused

Koos vastava seadusandluse muutumisega on kohtute seisukohad kahes asjas märkimisväärselt muutunud. Esiteks, üha tähtsamaks on hakatud pidama mittesüülist vastutust, kus piisab põhjuse-tagajärje seose tuvastamisest meditsiinilise protseduuri ja selle tagajärgede vahel, et patsient võiks nõuda kahjutasu. 1993. aasta 9. aprilli otsuses aktsepteeris kõrgem halduskohtus üsna lihtsalt mittesüülist vastutust haigla oludes, kuigi kohus seadis seoses taolise vastutusega väga ranged tingimused. Seega nõustus kohus seisukohaga, mida väljendati juba 1990. a Lyoni apellatsioonikohtus *Gomezi* kohtuasjas. Seda seisukohta on laiendatud ka teistele kohtuasjadele, iseäranis neile, mis puudutavad nakatunud vere manustamisega seotud kahjutasunõudeid (*Cour de Cassation*, 12. aprill 1995; *Conseil d'Etat*, 26. mai 1995). Mittesüüliste vastutuse rakendamine tähendab tegelikult, et risk kaetakse teatud vastastikku kasuliku kindlustuse liigiga, mida ühiskond kasutab võimalike vigade vastu.

Teiseks mõistavad kohtud arstide üle kohut üha suurema rangusega. Näiteks kardinaalselt on muutunud kohtuotsused seoses arsti kohustusega informeerida

patsienti. Varem pidasid kohtud patsiendi asjaks tõestada, et arst ei ole selles osas oma kohustust täitnud. Ent oma 1997. a 25. veebruari otsusega seadis kõrge kassatsioonikohus selle seisukoha kahtluse alla, määrates, et edaspidi on arsti ülesanne tõestada, et ta on tegelikult täitnud oma kohust informeerida patsienti.

See otsus kujutab endast väikest revolutsiooni patsiendi ja arsti suhetes. See tähendab, et arst peab andma oma patsiendile üksikasjalikku informatsiooni ja vajadusel tõendama selle kohustuse tulemuslikku täitmist. Patsient esitab taolist informatsiooni saanuna küsimusi ja on suuteline langetama otsuseid.

Seega on arsti praktiliselt absoluutne paternalism andmas maad patsiendi autonoomia suuremale tunnustamisele. Patsiendid taotlevad õigust osaleda tervenemisprotsessis ning soovivad astuda oma arstiga tõelisse dialoogi.

On selge, et nii seadusandlus kui kohtuotsused on aidanud kaasa juriidilise konteksti põhjalikule muutumisele, ning vereülekande küsimustki tuleb analüüsida sellest perspektiivist. Peale religioossete ja kultuuriliste kaalutluste, mis on seotud sellest meditsiiniprotseduurist keeldumise, on nüüd esile kerkinud uued, tõsisete tagajärgedega küsimused, mis ennekõike on seotud nakatatud vere probleemistikuga. Professor Castaigne kirjutas 1991. aastal: „1970. aastal oli veri maagiline, elupäästev vedelik; 1980. sai sellest tapja. Praegu me teame, et riskivaba vereülekannet pole olemas.” Traagiliste tagajärgedega juhtumite suur hulk on toonud kaasa kriminaalsüüdistusi ja -menetlusi. Just praegu on Toulouse’is Prantsusmaal käsil kohtuasi, mis puudutab autoõnnetuses raskelt vigastada saanud meest, kes esitas konkreetse nõudmise, et talle ei tehtaks vereülekannet. Arst ignoreeris patsiendi soove ning mõni aasta hiljem avastas patsient, et ta on nakatunud C-hepatiiti. Patsient esitas kriminaalsüüdistuse, väites, et nakatumine on vereülekande otsene tagajärg.

Sedalaadi olukord on aidanud kaasa vereülekande alternatiivide arendamisele

teaduslikel ja meditsiinilistel alustel, ning patsientidele jagatav informatsioon peaks hõlmama ka neid alternatiive. Juba 31. juulil 1991 tunnistas kohus Limoges’is Prantsusmaal arsti süüdi selles, et ta ei teavitanud oma patsienti vereülekande alternatiividest. Oluline on ka see, kas need on kooskõlas „kinnitatud teaduslike faktidega”, milline nõue kehtestati juba varakult kohtuotsustes ning kaasati ka uude Meditsiinieetika koodeksisse. Kohtu ülesanne on sellest nõudest lähtuvalt olukorda hinnata, kasutades ekspertide abi ja selgitusi, kes seega peavad etendama üha tähtsamat rolli meditsiinivaldkonda puudutavates kohtuasjades.

III. Neist muutustest põhjustatud probleemid

Muutustega, mille tunnistajaks me viimastel aastatel oleme olnud ja millest osa on ilmselgelt patsiendile kasulikud, kaasneb ka probleeme. Arvestades praegusaegset nõusoleku ülekaalukat tähtsust, tekitavad küsimusi juhtumid, kus patsient ei ole teadvusel või teovõimeline, ja muidugi eriti juhtumid, kus patsient on alaealine. Alaealiste puhul peab nõusolek (mis ei ole sama mis arvamus) tulema lapsevanematelt, kuigi arst informeerib last ja küsib tema arvamust nii palju kui võimalik. Ent juba 15-aastaselt või isegi varem võib alaealine olla võimeline langetama küpseid otsuseid. Kas see tähendab, et alaealine peaks saama ise langetada mõningaid oma tervist puudutavaid otsuseid niipea, kui ta on selleks võimeline? Lapse võime küpseid otsuseid teha tõstatab küsimuse, kas tuleks langetada „meditsiinilise täisea” alampiiri.

Seoses eespool mainitud suurte muutustega seisame veel ühe probleemi ees. Kas me peaksime liikuma veelgi enam selles suunas, et patsiendi/arsti vaheline suhe oleks puhtalt lepinguline korraldus? Selles suunas liigutakse praegu Ameerika Ühendriikides. Selles riigis peetakse tervist ostetavaks-müüdavaks teenuseks ning tervishoius valitseb tarbijalik lähenemine. Meditsiinilist laadi teenuseid ostetakse arstilt tasu eest samamoodi nagu igat teist

teenust, näiteks pankuri või arhitekti teenust. Paratamatult toob see endaga kaasa äärmusi, nt loendamatul hulgal kahjutasunõudest loobumise dokumente, millele arstid ootavad patsiente alla kirjutavat enne praktiliselt igat meditsiinilist protseduuri.

Taoline olukord paneb ka mõtlema sellele, mis juhtub, kui patsient ei ole suuteline ühelegi taolisele dokumendile alla kirjutama. Millised on perekonnaliikmete õigused seoses täiskasvanuga, kes ajutiselt ei ole suuteline nõusolekut andma? Kui patsient ei ole suuteline oma soove väljendama, siis Prantsusmaal tuleb kontakteeruda perekonnaliikmetega või neid informeerida, välja arvatud hädaolukorras või kui see on võimatu (Meditsiinieetika koodeksi artikkel 36). Ent operatsiooni teostamise või ravi andmise otsustab arst. Arsti vastutustunne ja otsustusvõime etendavad taolisel juhul põhirolli ning on raske ette kujutada, et see võiks olla teisiti. Näiteks leiab kirurg keset operatsiooni, et probleem on oodatust erinev. Ta peab kiiresti tegutsema, ent mida peaks ta tegema? Osa kohtuid on arvamusel, et enne tuleb informeerida patsienti ja taotleda temalt nõusolekut, teised aga, et kirurg peaks jätkama opereerimist, kui see tähendab patsiendile väiksemat ohtu.

Taoline probleemistik võib vägagi hästi hõlmata ka patsienti, kes enne operatsiooni keeldus kirjalikult vereülekandest. Millise seisukoha peaks arst võtma, kui operatsiooni käigus kerkib esile uusi asjaolusid, millest ta ei oleks saanud patsiendile varem rääkida?

Suund arsti/patsiendi suhte täieliku kommertsialiseerumise suunas viib arvamusele, et meditsiiniline protseduur on vaid äritehing, teenus tarbijale. Ent Prantsusmaal ei ole arst ärimees ega kaupmees. Taoline staatus on arstile täiesti lubamatu, vähemalt nii kaua, kui ta tegutseb arstina (mitte näiteks farmaatsiakompanii juhina).

Vaatamata sellele, et arsti/patsiendi suhte muutumine täiesti lepinguliseks tundub ahvatlev, usub autor, et me peaksime tõsiselt mõtlema selle kõigile võimalikele tagajärgedele.

Lõppsõna

Ajalooliselt on arst suhetes patsiendiga domineerinud, ent viimastel aastatel oleme näinud patsiendi õiguste tõelist tärkamist. Patsient ei rahuldu enam passiivse rolliga, ta soovib, et teda koheldaks nüüd kui isikut, kes on suuteline arutlema ning piisava informatsiooni põhjal otsuseid langetama.

Ent patsiendi õigus ise otsustada võib sattuda vastuollu arsti ametialase ja moraalse kohustusega ravida patsienti ja võimatusel teda tervendada. Seega, kuigi patsiendile suuremate õiguste andmine on positiivne nähtus, tuleb seda teha ettevaatlikult ja tasakaalukalt, milline soov paistab sisalduvat ka Hippokratese vandes, kus öeldakse: „Ma korraldan haigete eluviisi² nende eneste kasuks parema võime ja otsuse järgi; aga kõik, mis kahjustab või vigastab haiget, tahan ma neist eemal hoida.”

Samamoodi ei peaks patsiendi selgelt väljendatud soovi respektseerimine tekitama vastuolu arsti südametunnistusega. Äsjased Prantsusmaal aset leidnud juhtumid aitavad näha seda olukorda teistsugusest vaatenurgast, iseäranis nende keerukate probleemide seisukohast, mis seonduvad kangelaslike meditsiiniliste pingutustega elu pikendamiseks ja eutanaasiaga.

¹Praegu töös olevas patsiendiseaduse eelnõus on mõistet haige ja patsient veidi teises tähenduses. Meil on seaduseelnõusse sisse kirjutatud, et patsient on isik, kellele osutatakse arstiabi ja õendust. Teiste sõnadega, inimene võib küll haige olla, kuid patsiendiks muutub ta alles siis, kui pöördub arsti poole abi saamiseks, kui tal tekib suhe arstiga. Seega võib olla haigeid inimesi, kes pole patsiendid, näiteks ravikindlustuseta inimesed, kes põevad arstiabi saamata.

Kõnesolev seaduseelnõu on ka inglise keelde tõlgitud, patsienti määratletakse selles järgmiselt: “The patient is a person, to whom medical aid and nursing is rendered”. Ilmselt võib professor Guillenchmidt järgi ka terve inimene olla patsient, kui ta pöördub mingil põhjusel arsti poole, näiteks nõu saama.

Kõigest võiks järeldada, et ametlikes meditsiinilistes ja juriidilistes tekstides on õigem kasutada mõistet „patsient”, sõna „haige” jäägu argitasandil suhtlemisse ja belletristikasse.

²Siinkohal toodud tsitaat Hippokratese vandest on Eestis kasutusel olevast kanoonilisest tekstist. Professor Guillenchmidt artikli sama tsitaadi nii vene- kui ingliskeelses variandis on aga **eluviisi** asemel **ravi**.