

Nii viljatusravi kui suremisabi küsimused on tihedalt seotud meditsiiniliste võimaluste arenguga ning ühiskondade seadusandlusliku olukorra ja selle muutustega. Avalikud arutelud elu alguse ja lõpuga seotud teemade üle on viimastel aastakümnetel olnud ikka ja uuesti päevakorral üle maailma. Meie endi lähemas kontekstis – Euroopas – on paljud kirikud viljatusravi ja suremisabi küsimustega intensiivselt tegelema, kujundanud ja väljendanud seisukohti ning koostanud suuniseid, mis aitavad orienteeruda neil, kes nende küsimustega silmitsi seisavad. Käesolev väljaanne koondab abimaterjalid, mis arvestavad erinevates kontekstides Euroopa evangeelsetes kirikutes tehtud töö ja toimunud aruteludega ning sõnastavad esmakordselt Euroopa evangeelsete kirikute ühisosa viljatusravi ja suremisabi eetika küsimustes.



Viljatusravi ja suremisabi eetika



UI



Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE)
Community of Protestant Churches in Europe (CPCE)
Communión d'Eglises Protestantes en Europe (CEPE)

Viljatusravi ja suremisabi eetika

Evangeelsete Kirikute Osaduse Euroopas suunised

15

Viljatusravi ja suremisabi eetika

Evangeelsete Kirikute Osaduse Euroopas suunised

EELK Usuteaduse Instituudi õppekirjandus

15

Viljatusravi ja suremisabi eetika

Evangeelsete Kirikute Osaduse Euroopas suunised

Koostanud Thomas-Andreas Pöder, Johann-Christian Pöder, Kerstin Kask

Tallinn
EELK Usuteaduse Instituut 2019

Eestikeelse väljaande koostanud
Thomas-Andreas Pöder, Johann-Christian Pöder, Kerstin Kask
Tõlkinud Alar Helstein
Sisuliselt toimetanud
Thomas-Andreas Pöder, Kadri Lääs, Johann-Christian Pöder
Keeleliselt toimetanud Kadri Lääs
Kujundanud ja küljendanud Külli Saard

Tõlgitud väljaannetest
„Before I formed you in the womb...”
A Guide to the Ethics of Reproductive Medicine from the Council of the
Community of Protestant Churches in Europe (CPCE)
Editor: Community of Protestant Churches in Europe CPCE
Print: Evangelischer Presseverband in Österreich epv
Internet: www.cpce-repro-ethics.eu, www.leuenberg.eu
1st Edition, May 2017

A time to live, and a time to die
An aid to orientation of the CPCE Council on death-hastening decisions and
caring for the dying
Community of Protestant Churches in Europe
Severin-Schreiber-Gasse 3, 1180 Vienna (Austria)
office@leuenberg.eu
www.leuenberg.eu
[2011]

Tõlgitud ja avaldatud Evangeelsete Kirikute Osaduse Euroopas loal.

Raamatu väljaandmist toetasid
Eesti Vabariigi Siseministeerium
Eesti Kirikute Nõukogu

© EELK Usuteaduse Instituut, 2019

ISBN 978-9949-7417-0-0
e-ISBN (PDF) 978-9949-7417-1-7
e-ISBN (EPUB) 978-9949-7417-2-4
ISSN 1406-9601

Trükitud Trükiviis OÜ

„Enne kui ma sind emaihus valmistasin,
tundsin ma sind ...“
Jeremia 1:5

„Igale asjale on määratud aeg,
ja aeg on igal tegevusel taeva all:
aeg sündida ja aeg surra ...“
Koguja 3:1–2

Sisu ülevaade

Saateks eestikeelsele väljaandele	9
1. „ENNE KUI MA SIND EMAIHUS VALMISTASIN..”. Evangeelsete Kirikute Osaduse Euroopas (EKOE) nõukogu reproduktiivmeditsiini eetika suunised (2017)	15
Sisukord	16
Eessõna	20
Sisukokkuvõte	21
1. Sissejuhatus	27
2. Küsimuseasetuse meditsiiniline, ühiskondlik ja poliitiline taust	30
3. Küsimuseasetuse teoloogiline ja eetiline taust	36
4. Kehaväline viljastamine (IVF)	70
5. Krüokonserveerimine	81
6. Abistatud kehasisene viljastamine, suguraku- ja embrüodoonorlus ning teise naise munaraku kasutamine	89
7. Asendusemadus	101
8. Sünnielne diagnostika ja siirdamiseelne geenidiagnostika	109
9. Teadusuuringud ja uued ravimeetodid	120
10. Reproduktiivne kloonimine ja tehissugurakkude kasutamine	137
11. Järeldused, soovitusel ja lahtised küsimused	142
Sõnaseletused ja lühendid	146
EKOE eetikaküsimuste eksperdirühm	149

2. AEG ELADA JA AEG SURRA. Evangeelsete Kirikute Osaduse Euroopas (EKOE) nõukogu orienteerumisabi surma kiirendavate otsuste ja surijate eest hoolitsemise küsimustes (2011)	151
Sisukord	152
Eessõna	154
Sisukokkuvõte	155
1. Sissejuhatus: evangeelsete kirikute seisukoht eutanaasia ja muude elu lõpuga seotud otsuste suhtes	160
2. Üldine taust I: surm ja suremine tänapäeva ühiskondlikus, kliinilises ja õiguslikus kontekstis	162
3. Üldine taust II: oikumeenia	169
4. Teoloogiline ja eetiline raamistik	170
5. Elu pikendava ravi mitteandmine/lõpetamine	177
6. Palliatiivne ravi, valu vaigistamine ja tuimastus	187
7. Eutanaasia	189
8. Abistatud enesetapp	198
9. Kokkuvõte	204
Kirjandus	206
EKOE eetikaküsimuste eksperdirühm	208

Saateks eestikeelsele väljaandele

Käesolevasse väljaandesse on koondatud kaks algselt eraldi ilmunud olulist abimaterjali, mis aitavad orienteeruda elu alguse ja lõpuga seotud eetilistes küsimustes. Tähelepanu keskmes on otsused, mis puudutavad viljatusravi ja suremisabi (viimane ei ole taandatav eutanaasia ja abistatud enesetapu teemadele, kuigi kitsamas tähenduses seda sageli nõnda nähakse).

Nii viljatusravi kui suremisabi küsimused on tihedalt seotud meditsiiniliste võimaluste arenguga ning ühiskondade seadusandlusliku olukorra ja selle muutustega. Avalikud arutelud elu alguse ja lõpuga seotud teemade üle on viimastel aastakümnetel olnud ikka ja uuesti päevakorral üle maailma. Meie endi lähemas kontekstis – Euroopas – on paljud kirikud viljatusravi ja suremisabi küsimustega intensiivselt tegelenud, kujundanud ja väljendanud seisukohti ning koostanud suuniseid, mis aitavad orienteeruda neil, kes nende küsimustega silmitsi seisavad – olgu järeltulija ootajatena või surijatena, nende lähedastena, meditsiinitöötajatena, vaimulike jt hingehoidjatena, seadusandluse eest vastutajatena jne.

„Enne kui ma sind emaihus valmistasin ...“ (2017) ning „Aeg elada ja aeg surra“ (2011) on väga olulised, kuna nende koostajaks on Evangeelsete Kirikute Osadus Euroopas (EKOE, vt www.leuenberg.eu). EKOE on Euroopa tähtsaim üksteist vastastikku täielikult kirikutena tunnustavate ja üheskoos kirikuna elavate evangeelsete (luterlike, reformeeritud, uniooni-, metodisti) kirikute osaduskond, kuhu kuulub 94 kirikut üle kogu Euroopa ühtekokku ligikaudu 50 miljoni liikmega. Eesti Evangeelne Luterlik Kirik on 1973. aastal alguse saanud kirikuosaduse liige alates 1975. aastast. Alates 1997. aastast on Ühinenud Metodisti Kiriku Põhjala ja Balti piiskopi piirkonna kirikuna kirikuosaduse liige ka Eesti Metodisti Kirik.

Niisiis on tegemist abimaterjalidega, mis arvestavad erinevates kontekstides Euroopa evangeelsetes kirikutes tehtud töö ja toimunud aruteludega ning sõnastavad esmakordselt Euroopa evangeelsete kirikute ühisosa viljatusravi ja suremisabi eetika küsimustes. Eesmärk ei ole mitte kohalikel tasanditel toimuvate arutelude lõpetamine või indiviididelt otsustusvastutuse võtmine, vaid pigem selle toetamine, et kirikud ja kristlased saaksid oma asukohas neil teemadel toimuvates avalikes diskussioonides vastutustundlikumalt osaleda ning nende teemadega oma eluolukordades kristlik-evangeelsele identiteedile vastavamalt suhestuda.

Abimaterjal avardab silmaringi ja teravdab pilku meditsiinilise, õigusliku, sotsiaalse ja poliitilise konteksti suhtes, mis tingivad viljatusravi ja suremisabiga seotud otsuste üleskerkimist ning nende langetamist. Rõhuasetus on teoloogiliste ja eetiliste lähtekohtade ja argumentide tuvastamisel, kirjeldamisel ning läbikatsumisel. Seejuures arvestavad EKOE suunised ka laiemat oikumeenilist konteksti. Evangeelsete positsioonide tuvastamine, selgitamine ja avamine toimub suhestudes selle töö ja aruteluga, mida tehakse üleeuroopalises evangeelsete, anglikaani ja õigeusu kirikute koostööorganisi (Euroopa Kirikute Konverents), aga ka roomakatoliku kirikus Euroopa tasandil (roomakatoliku kiriku Euroopa Piiskoppide Konverents).

Suuniste koostamisprotsessi kohta annavad lähemat teavet kummagi teksti eessõnad (vt ka EKOE nõukogu eetikaküsimuste eksperdirühma tutvustusi tekstide lõpus). Mõlemal juhul, nagu öeldud, olid lähtematerjaliks senised avaldused ja juhendid EKOE liikmeskirikutest üle kogu Euroopa, aga ka oikumeenilistelt partneritelt. Suremisabi eetika suuniste aluseks olnud allikdokumendid on publitseeritud Stefanie Schardieni koostatud oikumeenilises kogumikus, mis kannab tõlgituna pealkirja „Kui elu lõppeb: Seisukohavõtnud suremisabi üle toimuvast kiriklikust diskussioonist Euroopas“ („Mit dem Leben am Ende: Stellungnahmen aus der kirchlichen Diskussion in Europa zur Sterbehilfe“, Edition Ruprecht, 2010).

Käesolevad EKOE suunised, mis käsitlevad viljatusravi ja suremisabi küsimusi evangeelse-teoloogilise eetika vaatevinklist, on õpetlikud ja väärivad tähelepanu mitmel põhjusel. Nimetan siinkohal kolme.

(1) Eelkõige on neid kaht dokumenti lugedes muidugi võimalik teravdada taju ja kujundada otsustusvõimet ühenduses elu lõppu ja algust puudutavate küsimustega. „Enne kui ma sind emaihus valmistasin ...“ käsitleb kehavälist viljastamist (IVF) (ptk 4), krüokonserveerimist (embrüote sügavkülmutamist) (ptk 5), abistatud kehasisest viljastamist (insemination), suguraku- ja embrüodoonorlust ning teise naise munaraku kasutamist (ptk 6); asendusemadust (ptk 7); sünnieelset diagnostikat ja siirdamiseelset geenidiagnostikat (ptk 8); teadusuuringuid ja uusi ravimeetodeid (ptk 9); reproduktiivset kloonimist ja tehissugurakkude kasutamist (ptk 10). „Aeg elada ja aeg surra“ tegeleb elu pikendava ravi mitteandmise/lõpetamisega (ptk 5); palliatiivse ravi, valu vaigistamise ja tuimastusega (ptk 6); eutanaasiaga (ptk 7); abistatud enesetapuga (ptk 8).

(2) Neid kaht dokumenti lugedes on võimalik saada hea kogemus ka sellest, mida üldse kujutab endast evangeelne eetika. Väga lihtsalt ja esmaselt iseloomustaksin evangeelset eetikat küsimisena selle kohta, mida tähendab ja milline on kristlik elu(kuju). See küsimus konkretiseerub ühenduses erinevate eluvaldkondadega, erinevate elukutsete ja elusuhetega, erinevate elukonfliktidega jne. Selle küsimuse esitamine eeldab nii kristliku elu individuaalse ja sotsiaalse mõõtme kui ökoloogilise konteksti silmaspidamist jne. Käesolevad evangeelse eetika dokumendid keskenduvad küll kahele spetsiifilisele teemadekompleksile, kuid see eeldab ka nende käsitlemise üldisema raamistiku piiritlemist (vastavalt ptk

2–4 ja ptk 2–3). Nõnda näitlikustavad need evangeelse eetika olemust ka üldisemal ja põhimõttelisemal tasandil. Ehkki evangeelse eetika tunnusemärgiks on orienteerumine evangeeliumile – ja sellisena ei ole evangeelne eetika samastatav ühegi kiriku või konfessionaalse traditsiooniga –, on see ajalooliselt kujunenud ka tähistuseks ühele kristliku eetika erikujule, milles on omakorda võimalik tuvastada erivorme (nt evangeelne luterlik). Analoogiliselt saab kõnelda õigeusu eetikast, roomakatoliku eetikast jne.

(3) Lisaks eelnevale kahele põhjusele väärivad käesolevad suunised tähelepanu seetõttu, et illustreerivad ilmekalt ja hästi evangeelse eetika stiili ja argumenteerimislaadi, kus orienteerumine evangeeliumile, kontekstitundlikkus ja kriitiline arutlus mitte ei vastandu, vaid käivad käsikäes. Evangeelsete kirikute sõnavõttud ei ole iseloomult n-ö ülevalt alla ettekirjutused, mida kirik kui õpetusinstitution kristlasele kui indiviidile uskumiseks ja kuulekaks järgmiseks sätestab. Pigem on evangeelse eetika üks ülesandeid – ja seda ka pikaajalise ja intensiivse ühistööna valminud kiriklike dokumentide näol – aidata orienteeruda keerukates ja sageli konfliktsetes konkreetsetes eluolukordades, kus võib olla vältimatu nt erialase terminoloogia tundmine (nagu viljatusravi ja suremisabiga seotud teemade puhul) ning kus võivad põrkuda erinevad kohustused, erinevad hüved, erinevad väärtused – ja seda ka nii, et pinge ei ole ületatav või taandatav. Nii siis, eetilised suunised on abimaterjal, millega tahetakse inimesi toetada elu ja toimimise eetilise tähendusmõõtme teadvustamisel, otsuste kujundamisel ning hinnangute andmisel. Inimese eetiline vastutus ei ole delegeeritav.

EKOE nõukogu poolt välja antud „Aeg elada ja aeg surra“ on leidnud tänaseks üle Euroopa laialdast ja valdavalt positiivset vastukaja. „Enne kui ma sind ema-ihus valmistasin...“ ilmumisest on möödunud alles paar aastat, kuid senised märgid töötavad sarnast suhtumist. Nii EKOE viljatusravi kui suremisabi eetika suuniste koostamisprotsessi raames toimunud konsultatsioonidel (2011, 2015) osales Eesti Evangeelse Luterliku Kiriku delegaadina õp dr Johann-Christian Pöder. Tekstide esialgsete versioonide koostamise ja redigeerimise eest vastutanud EKOE nõukogu eetikaküsimuste eksperdirühmas töötas EKOE ja Euroopa Baptisti Föderatsiooni (EBF) koostöölepingu raames EBF-i delegaadina kaasa pastor dr Meego Rimmel Eestist.

EKOE suunised on algselt koostatud inglise keeles ning avaldati paralleelselt ülejäänud kahes EKOE ametlikus keeles: saksa ja prantsuse keeles. Varasem tekst on tõlgitud tänaseks veel mitmesse keelde. Ka hilisemat teksti on jõutud juba tõlkida teistesegi keeltesse. Inglis-, saksa- ja prantsuskeelsed väljaanded on elektrooniliselt vabalt loetavad EKOE kodulehel.

EKOE orienteerumisabid elu alguse ja lõpuga seotud küsimustes on olnud diskussioonimaterjaliks kogudustes üle Euroopa. Seda otstarvet silmas pidades lasi EKOE nõukogu koostada mõlema üsnagi mahuka teksti algusesse spetsiaalse sisukokkuvõtte. Samuti on tekstid olnud diskussiooniobjektiks ja õppematerjaliks nii

kõrghariduse (ülikoolides ja teistes kõrgkoolides) kui täiendusõppe programmide raames.

Tartu ja Tallinna usuteaduskondades – Tartu Ülikoolis ja EELK Usuteaduse Instituudis (UI) – on tekstid (esialgu inglise keeles, seejärel „käsikirjalises“ eestikeelses tõlkes) olnud juba aastaid eetikakursuste õppematerjaliks. 2018. aastal toimus EELK Usuteaduse Instituudis süstemaatilise teoloogia õppetooli ja täiendusõppe osakonna koostöös koolituste sari, kus õp dr Johann-Christian Pöderi juhatusel toimus tekstide üle elav arutelu veelgi laiemas ringis. Osalejateks olid toona lisaks vaimulikele jt hingehoidjatele teoloogiaüliõpilased, meditsiinitöötajad, õigusvaldkonna esindajad, aga ka inimesed, keda käsitletavad teemad puudutasid lihtsalt eluliselt-isiklikult, mitte n-ö erialaselt.

Senised head kogemused EKOE suunistega nii Euroopas laiemalt kui ka Eestis aitasid küpseda otsusel, et ülim aeg on tekstid toimetada ja koos avaldada EELK UI õppekirjanduse sarjas. Käesolevat väljaannet on valmistanud ette EELK UI süstemaatilise teoloogia õppetool ja täiendusõppe osakond koostöös EELK Konsistooriumi välissuhete komisjoniga.

Tänu sõnad majandusliku toetuse eest Eesti Vabariigi Siseministeriumile ja Eesti Kirikute Nõukogule. Soojad tänu sõnad tekstide tõlkijale Alar Helsteinile ja toimetajale Kadri Lääsile.

Thomas-Andreas Pöder

EELK UI süstemaatilise teoloogia professor ja õppetooli juhataja

EKOE nõukogu liige 2008-2018

„Enne kui ma sind emaihus
valmistasin...”

Evangeelsete Kirikute Osaduse Euroopas (EKOE)
nõukogu reproduktiivmeditsiini eetika suunised

Sisukord

Eessõna	20
Sisukokkuvõte	21
1. Sissejuhatus	27
2. Küsimuseasetuse meditsiiniline, ühiskondlik ja poliitiline taust	30
2.1 Reproduktiivmeditsiini areng	30
2.2 Asendusemadus	31
2.3 Siirdamiseelne geenidiagnostika	31
2.4 Reproduktiivne autonoomia ja lapse heaolu	32
2.5 Peremudelid ja -kooslused	32
2.6 Empiirilise ja normatiivsuse, õiguse ja eetika suhe	33
2.7 Muud läbivad küsimused	33
2.8 Euroopa õiguslik ja poliitiline kontekst	34
3 Küsimuseasetuse teoloogiline ja eetiline taust	36
3.1 Piibli lugemine reproduktiivmeditsiini eetika vaatevinklist	36
3.2. Armastus, õiglus, vabadus ja vastutus	39
3.3 Looduse moraalne tähenduslikkus	41
3.3.1 Loomuõiguse traditsioon	42
3.3.2 „Loomulikkuse” väärtus	45
3.4 Soojätkamise käsitlus Piiblis ja teoloogias	47
3.5 Inimembrüo moraalne staatus	50
3.6 Nüüdisaegsed reproduktiivautonoomia ja lapse parimate huvide käsitused	56
3.7 Kirik ja avalik sfäär	60
3.7.1 Poliitilise süsteemi vaatenurk	60
3.7.2 Kiriku vaatenurk	61
3.8 Vastutus ja kutse-eetika	64

3.8.1	Reproduktiivtehnoloogiad: küsimused kutsealade eetika kohta	64
3.8.2	Tänapäeva tervishoiu kutsealade kaksipidisus	65
3.8.3	Evangeelne traditsioon ja kutsealade eetika	65
3.8.4	Kutsealade eetika ja abistavad reproduktiivtehnoloogiad	67
3.8.5	Kutsealad ja veendumuste tõttu kohustuste täitmisest keeldumine tervishoiutöötajate puhul	69
4.	Kehaväline viljastamine (IVF)	70
4.1	Sissejuhatus	70
4.2	Faktid ja arvud	71
4.3	Õiguslik olukord	72
4.4	Kirikute avaldused	73
4.4.1	Roomakatoliku kiriku seisukoht	74
4.4.2	Evangeelsed arvamused	74
4.5	Arutelu	76
5.	Krüokonserveerimine	81
5.1	Sissejuhatus	81
5.2	Faktid ja arvud	81
5.3	Õiguslik olukord	83
5.4	Kirikute avaldused	85
5.5	Arutelu	85
6.	Abistatud kehasisene viljastamine, suguraku- ja embrüodoonorus ning teise naise munaraku kasutamine	89
6.1	Sissejuhatus	89
6.2	Faktid ja arvud	90
6.3	Õiguslik olukord	92
6.4	Kirikute avaldused	94
6.5	Arutelu	95
6.5.1	Muna- ja seemnerakudoonorlusega seotud eetilised kaalutlused	95
6.5.2	Embrüodoonorus	98

7. Asendusemadus	101
7.1 Sissejuhatus.....	101
7.2 Mõisted	101
7.3 Õiguslik olukord.....	102
7.4 Kirikute avaldused	103
7.5 Arutelu	104
7.5.1 Asendusemadusega seotud peamised eetikaküsimused	104
7.5.2 Asendusemadus ja evangeelne eetika	105
8. Sünnielne diagnostika ja siirdamiseelne geenidiagnostika	109
8.1 Sünnielne diagnostika	109
8.1.1 Sissejuhatus	109
8.1.2 Faktid ja arvud	109
8.1.3 Õiguslik olukord	110
8.1.4 Kirikute avaldused	111
8.1.5 Arutelu	111
8.2 Siirdamiseelne geenidiagnostika	113
8.2.1 Sissejuhatus	113
8.2.2 Arvud ja faktid	113
8.2.3 Õiguslik olukord	114
8.2.4 Kirikute avaldused	115
8.2.5 Arutelu	116
9. Teadusuuringud ja uued ravimeetodid	120
9.1 Sissejuhatus	120
9.2 Faktid ja arvud	121
9.2.1 Embrüouuringud	121
9.2.2 Embrüonaalsed tüvirakud	121
9.2.3 Raviotstarbeline kloonimine	122
9.2.4 Mitokondrite asendamine	123
9.2.5 Inimese-looma hübriidembrüod (inimese segaembrüod)	123
9.2.6 Genoomi editeerimine	124

9.3 Õiguslik olukord	125
9.4 Kirikute avaldused	126
9.5 Arutelu	127
9.5.1 Embrüo staatus ja embrüouuringute eetika	127
9.5.2 Liikide piir ja inimväärikus	129
9.5.3 Kolme geneetilise vanema probleem	132
9.5.4 Inimese genoomi muutmine	133
9.6 Kokkuvõte	136
10. Reproductiivne kloonimine ja tehissugurakkude kasutamine	137
10.1 Sissejuhatus	137
10.2 Faktid ja arvud	137
10.3 Õiguslik olukord	139
10.4 Kirikute avaldused	139
10.5 Arutelu	139
11. Järeldused, soovitused ja lahtised küsimused	142
11.1 Peamised järeldused ja soovitused EKOE liikmeskirikutele	142
11.2 Soovitused edasiseks tööks	144
Sõnaseletused ja lühendid	146
EKOE eetikaküsimuste eksperdirühm	149

Eessõna

Reproduktiivmeditsiini ja selle võimaluste areng on tekitanud viimastel aastakümnetel meie ühiskondades ja kirikutes nii lootust kui ka muret. Sealjuures ei ole võimalike arengute tulemus veel kaugeltki selge. Viimastel aastatel on paljudes evangeelsetes kirikutes arutletud eetiliste küsimuste ja probleemide üle. On avaldatud eri aspekte käsitlevaid avaldusi ja juhendeid.

Evangelste Kirikute Osaduse Euroopas (EKOE) nõukogu usub, et on saabunud aeg teha kindlaks evangeelsete kirikute ühisosa nendes aruteludes. Selle taustaks on kõigepealt märkimisväärne julgustav vastukaja, millega EKOE liikmeskirikud võtsid vastu 2011. aastal avaldatud juhendi „Aeg elada ja aeg surra”, milles käsitletakse elu lõpuga seotud eetikaküsimusi. Lisaks on elu algusega seotud eetikaküsimuste Euroopa tasandil juba arutusel muu hulgas näiteks Euroopa Nõukogus ja teatud küsimustes ka Euroopa Liidus.

Seetõttu andis nõukogu EKOE eetika eksperdirühmale ülesande koostada kirikute seniste avalduste põhjal reproduktiivmeditsiini eetika suunised. Selle algversiooni arutati nõukogu koosolekul Brüsselis 2015. a oktoobris. Muudetud algversiooni üle toimus EKOE liikmeskirikute esindajate ning teoloogia, meditsiini ja õiguse spetsialistide vahel põhjalik arutelu Saksamaal Loccumis akadeemias 2016. a märtsis korraldatud kõnelustel. EKOE nõukogu esitleb dokumendi lõppversiooni avalikkusele kui elu algusega seotud keerulisi küsimusi käsitlevat orienteerumisabi.

Nõukogu mõistab, et meditsiinitehnoloogia võimaluste areng jätkub ka tulevikus. Käesoleva juhendmaterjaliga ei ole kõik veel öeldud, kuid see sisaldab põhimõttelisi ja mitmekülgseid suuniseid, millest Euroopa evangeelsed kirikud saavad ühiselt juhinduda. Selles kutsutakse ja innustatakse liikmeskirikuid nende küsimustega oma erinevates kontekstides edasi töötama.

Nõukogu tänab kõiki, kes käesoleva dokumendi sünnile ja viimistlemisele kaasa aitasid. Nõukogu eriline tänu teksti toimetamise eest kuulub prof dr Neil Messerile Winchesteri Ülikoolist.

Dr Gottfried Locher, EKOE president

Piiskop dr Michael Bünker, EKOE peasekretär

Sisukokkuvõte

Esimese kehaväliselt viljastatud (IVF) lapse sünnist möödunud aastakümnete jooksul on inimembrüoloogia ja reproduktiivmeditsiini areng loonud võimaluse mõista ja mõjutada inimindiivi teket ja arengut juba tema isikliku ajaloo esimestest hetkedest. Samal ajal on paljudes Euroopa riikides toimunud suured muutused abielu, lastekasvatamise ja pereelu mudelites. Kõik see on tekitanud eetikaküsimusi, mis on paljude inimeste jaoks sügava tähendusega, keerulised ja vahest ka häirivad. Euroopa evangeelsed kirikud on püüdnud neile teaduslikele, meditsiinilistele ja ühiskondlikele arengutele ning nendega kaasnevatele eetikaküsimustele aktiivselt reageerida.

Evangeelsete Kirikute Osadus Euroopas on koostanud käesoleva reproduktiivmeditsiini eetikajuhendi selleks, et pakkuda liikmeskirikutele abimaterjali nende küsimustega tegelemiseks ning anda evangeelne panus neil teemadel kogu Euroopas toimuvatesse oikumeenilistesse, poliitilistesse ja ühiskondlikesse aruteludesse. Kõigepealt loetletakse juhendis rida eetikaküsimusi, mis praegustes reproduktiivmeditsiini käsitlevates meditsiinilistes, ühiskondlikes ja poliitilistes aruteludes on tõstatatud (2. ptk). Nende hulgas on vanemate ja laste võimalik kahjustamine, reproduktiivmeditsiini arengu ja muutuvate pereelu mudelite omavahelised keerulised seosed, pingevaherkord reproduktiivse autonoomia ja laste heaolu vahel ning küsimused, mis seostuvad inimese embrüote siirdamiseelse geenidiagnostika ja uurimisega ning eriti embrüo ontoloogilise, moraalse ja õigusliku staatusega.

Juhendis asetatakse need küsimused evangeelse teoloogia ja eetika konteksti ning kinnitatakse, et Piibli normatiivne tähtsus eetika jaoks seisneb inimestele esitatavas üleskutses väljendada usku Kristusesse oma elu kaudu. Ent see ei tähenda, et praegusel ajal elamist käsitlevaid moraalinorme saaks piiblitekstidest otse välja lugeda. Selleks et tõlgendada Piiblit reproduktiivmeditsiini eetika kontekstis, tuleb teha hermeneutilist tööd (punkt 3.1). Soojätkamist, lastekasvatamist ja pereelu käsitlevate piiblitekstide ja -lugude uurimisel (punkt 3.4) võib leida palju asjakohast materjali, kuid sellest ei kooru välja ühte ja ainsat pereelu või lastekasvatamise mudelit, mida kõik need tekstid täiesti ühtmoodi järgida soovitaksid. Uues Testamendis ei ole bioloogiline vanemlus Kristuse elu, surma ja ülestõusmise valguses enam ülim eesmärk. Sellegipoolest võib epistlites esitatud juhiseid pereelu kohta – kuigi neist kumab läbi teatud kindla ühiskonna ja kultuuri kontekst, mis on mõneti probleemne – võtta kui soovitusel käsitada laste saamist ja pereelu tähtsuselt teisel kohal oleva kutsumusena, mille kaudu inimesed saavad Jumalat teenida ja ligimest armastada.

Reproduktiivmeditsiini käsitleva Piibllil põhineva arutluse aluseks võib võtta armastuse, õigluse, vabaduse ja vastutuse teoloogilis-eetilise raamistiku (punkt 3.2). Veel üks põhimõtteline küsimus, mis seoses reproduktiivmeditsiiniga mitmel moel esile kerkib, kuid on mõnikord evangeelses eetikas tähelepanuta jäetud, on looduse ja loomulikkuse normatiivne tähtsus (punkt 3.3).

Lisaks saab välja tuua terve rea praktilisemat laadi küsimusi, mis ühendavad mitut reproduktiivmeditsiiniga seotud konkreetset teemat ja tava. Üks kõige ilmsel sedalaadi läbiv küsimus puudutab embrüo ontoloogilist ja moraalset staatust, mille kohta võib protestantide seast leida erinevaid seisukohti. Käesolev juhend ei kaitse ühtegi kindlat seisukohta, vaid esitab liikmeskirikutele kaalumiseks erinevaid arvamusi ja käsitusi, mida evangeelsetest eetilistest aruteludest võib leida (punkt 3.5). Veel üks läbiv teema seostub sellega, kuidas on omavahel seotud (või lausa pingevahekorras) lapsevanema õigus reproduktiivsele autonoomiale ja lapse parimad huvid. Võib juhtuda, et reproduktiivautonoomia ja selle suhte käsitlused (punkt 3.6) tuleb eespool osutatud armastuse, õigluse, vabaduse ja vastutuse eetika raamistikus ümber vaadata.

Mõistagi on asjakohane küsida, kellele käesoleva juhendi eetikakäsitus on suunatud. Sellele vastates on välja toodud mitmeid omavahel kattuvaid sihtühmi (punkt 3.7), kelle hulka kuuluvad EKOE kirikute liikmed, tervishoiutöötajad ja arstiteadlased, seadusandjad ja poliitikakujundajad, kodanikud ja valijad (mõistagi võib kõigis neis rühmades olla reproduktiivmeditsiini teenuste kasutajaid). Juhendis on eristatud liikmeskirikute „hingehoidlikke” ja „avalikke” ülesandeid seoses reproduktiivmeditsiiniga ning arutletakse, millised võiksid olla liikmeskirikute õpetuse ja refleksiooni seosed laiemal avaliku aruteluga neis küsimustes. Sellega on omakorda seotud ametialaste rollide, kohustuste ja kutse-eetika küsimused, mida saab teoloogiliselt käsitleda näiteks kutsumuse mõiste abil (punkt 3.8).

Juhendi teises osas vaadeldakse mitmeid reproduktiivmeditsiiniga seotud praktilisi eetikateemasid, võttes arvesse värsket teavet iga teema tehniliste, õiguslike ja poliitiliste aspektide kohta ning kirikute sellekohaseid avaldusi. Kõigepealt räägitakse kehavälise viljastamise (IVF) eetikast (4. ptk). Juhend järeldeb, et ei ohtude ja kahjuga seotud murekohad ega ka sügavamad kaalutlused, mis on seotud näiteks IVF tehnilise iseloomuga, ei anna evangeelsetele kirikutele alust seda täielikult taunida. Seda võib käsitada ühe võimalusena, kuidas inimesed on kutsutud armastuse vaimus vastutust võtma, et leevendada inimliku vajaduse, igatsuse ja kannatuse teatud vorme. Ent mõned sellega seoses esile toodud mureküsimused annavad põhjust suhtuda teemasse ettevaatlikult. Eelkõige võib õigusega kritiseerida kalduvust näha kehavälises viljastamises mugavat lahendust probleemidele, mis on tegelikult sotsiaalsed ja poliitilised (näiteks naiste keskmise lapsesaamise ead tõus majandusliku ja tööalase surve tõttu). IVF-ga on tihedalt seotud krüokonserveerimine (5. ptk) ehk sügavkülmutatud sugurakkude või embrüote säilitamine. Seda ei peeta iseenesest eetilisel eriti probleemseks valdkonnaks, kuid juhendis käsitletakse siiski mõnda

murekohta: näiteks kartus, et kõnealune tava võib soodustada inimelu alguse liigselt instrumentaliseeritud käsitlust, ning mure nn sotsiaalse külmutamise pärast, mis on seotud 4. peatükis mainitud kehavälise viljastamise sotsiaalsete, majanduslike ja tööalaste aspektidega.

IVF viljastamine ja sarnased meetodid loovad võimaluse kasutada viljastamisel doonorilt saadud sugurakke (muna- või seemnerakke) ning kehavälise viljastamise tsüklis ülejäänud embrüod, mida ei vajata geneetilise ema emakasse siirdamiseks, võidakse annetada teistele lapsesoovijatele (6. ptk). Muu hulgas suurendab raku- ja embrüodoonorlus vallaliste naiste ja samasooliste paaride võimalusi endaga geneetilises suguluses olevate laste saamiseks. Käesolev juhend ei välista sugurakudoonorluse võimalust, kuid nõuab suurema tähelepanu pööramist ohtudele ja võimalikule kahjule. See hõlmab munarakudoonorlusega seotud terviseriske, vastuvõtvale paarile avalduvat psühholoogilist mõju ning doonorakkudega eostatud laste heaolu ja õigusi. Väidetakse, et munarakudoonorlus peaks olema õiguslikult samaväärne spermadoonorlusega ning eri doonorite seemnerakkude segamine tuleks keelustada (sest lapsel on õigus teada, kes on tema vanemad). Sugurakke ei tohi osta ega müüa ning eetilisel küsitav on ka kehavälise viljastamise kasutamisele naistele rahaliste stiimulite pakkumine, et nad oma munarakke teistega jagaksid. Embrüodoonorlus (lapsesaamise eesmärgil) võib olla teatud tingimustel eetiliselt lubatav. Kuigi kõlbeliselt võib embrüodoonorlust võrrelda lapsendamisega, tuleks nende vahel säilitada selge õiguslik eristus. Nagu rakudoonorluses, nii ei tohiks ka ühes embrüote siirdamistsüklis koos kasutada erinevatelt geneetilistelt emadelt pärit embrüoid.

Suguraku- ja embrüodoonorlusega on seotud asendusemadus, mille korral üks naine kannab rasedust ja sünnitab lapse teisele naisele, tehes seda kas tasu eest või tasuta (7. ptk). Juhendis väidetakse, et evangeelsetel kristlastel on kaalukaid eetilisi põhjusi asendusemaduse taunimiseks: esiteks näib, et selles vaadatakse mööda vanemasuhete tähendusest ja moraalsest kvaliteedist, eriti asendusema ja lapse bioloogilisest sidemest; teiseks kaasneb tasustamist hõlmavate kokkulepetega oht protsessi instrumentaliseerida ja asendusemasid ekspluateerida; kolmandaks asetab asendusemadus sellest sündivad lapsed väga ebamäärasesse ühiskondlikku ja õiguslikku olukorda.

Juba pikka aega on olnud võimalik kasutada sünnieelset diagnostikat teatud määral laste seisundi kontrollimiseks ja soovitud geneetiliste omadustega laste valimiseks. Praktikast tähendab sünnieelset diagnostikat põhinev valik seda, et ebasoovitavate geneetiliste omadustega, nt raske geenihaigusega lootele tehakse abort. Soovitud geneetiliste omadustega laste valimise võimalused on oluliselt suurenenud tänu IVF-le ja seotud meetoditele, mis võimaldavad teha geneetilist diagnostikat enne embrüo emakasse siirdamist. Lisaks geenihaiguste markeritele saab embrüotel nüüd enne siirdamist kontrollida ka muude soovitud tunnuste olemasolu. Nii võidakse meditsiinilistel näidustustel või sotsiaalsetel põhjustel (nt perekonna koosseisu „tasakaalustamine”) üritada valida lapse sugu või siirdada teatud tüüpi koega embrüoid, et saada juba sündinud haigele lapsele koedonoriks nn „päästjalaps”

(ingl *saviour sibling*). Abordi eetika ei kuulu käesoleva juhendi käsitluslasse, kuid 8. peatükis vaadeldakse lühidalt sünnieelset diagnostikat, et luua tausta põhjalikumale siirdamiseelse diagnostika eetilisele analüüsile. Viimase puhul seisneb kõige ilmsem murekoht selles, et ebasoovitatavate geneetiliste tunnustega embrüod heidetakse tõenäoliselt kõrvale või kasutatakse teadusuuringutes – mõlemal juhul nad hävivad. Lisaks tekitab muret siirdamiseelse diagnostika mõju ühiskondlikele hoiakutele ning võimalus, et see võib aja jooksul luua eugeenikat soosiva õhkkonna. Kuna evangeelsed kirikud on esitanud embrüonaalse inimelu moraalse staatuse kohta väga erinevaid seisukohti (punkt 3.5), suhtutakse erinevalt ka küsimusse, kas inimembrüote geneetiline valimine ja hävitamine saab olla teatud juhtudel lubatav. Ent isegi kui seda lubatakse, osutavad peatükis käsitletud muud murekohad sellele, et see peaks piirduma vaid kõige raskemate juhtudega, mis välistaks näiteks selle kasutamise nii perekonna koosseisu „tasakaalustamise” kui ka „päästjalaste” saamise eesmärgil.

Reproduktiivmeditsiin on algusest peale olnud seotud teadusuuringutega, milles kasutatakse inimese embrüoid. Viimastel aastatel on need uuringud võtnud uusi suundi, näiteks mitmesuguste inimese-looma hübriidide (inimese segaembrüo) loomine. Samuti pakub see võimalusi mitmesuguste uudsete ravimeetodite väljatöötamiseks. Mõned neist, näiteks mitokondrite asendamine, on juba kasutusel. Teised, näiteks embrüonaalsete tüvirakkudega seotud ravimeetodid, võivad praktikasse jõuda suhteliselt peatses tulevikus. Mõnevõrra kaugemas aega jääb ilmselt iduliini geneetiline muundamine ja muud taolised meetodid, kuigi viimase aja arengud genoomi muutvates tehnoloogiates võivad tuua need palju lähemale. Taolistest uutest uurimis- ja ravivaldkondadest antakse ülevaade 9. peatükis, keskendudes neljale eetiliste küsimuste rühmale: embrüo moraalne staatus, inimese ja muude liikide vahelise piiri tähtsus inimväärikuse jaoks, kolme geneetilise vanemaga laste võimalikkus ja inimese genoomi muutmine.

Kristlaste ja kirikute eetilised järeldused embrüouuringute kohta sõltuvad mõis- tagi nende võetud seisukohtadest seoses inimembrüo moraalse staatusega, mida on käsitletud punktis 3.5. Gradualismi pooldajate jaoks on embrüouuringud igati põhjendatud, kui need teenivad piisavalt olulist teaduslikku või ravieesmärki. Gradualismi vastastel on embrüouuringuid raskem õigustada, isegi kui neid tehakse heal ja olulisel eesmärgil, ning igal juhul tekitab selline hoiak tugeva motivatsiooni töötada välja alternatiivseid meetodeid, milles kasutatakse embrüote asemel näiteks indutseeritud pluripotentseid tüvirakke.

Inimese segaembrüote loomine teadusuuringute või tulevikus ka ravi eesmärgil on tekitanud viimase aja aruteludes tõsist moraalset kimbatust. Kristlased keskenduvad oma märkustes sageli kahele murekohale: esiteks vähendab selliste uuringutega kaasnev liikidevahelise piiri hägustamine inimese erilist staatust ja väärikust, mida on väljendatud *imago dei* doktriinis; teiseks tähendab uute eluvormide loomine vastuhakku Jumala loomistöö ja ettehoolduse eesmärkidele. Samas on mõlemad nimetatud põhjendusviisid ise mõnes aspektis probleemsed ning juhendis soovi-

tatakse kõnealuseid küsimusi teoloogiliselt põhjalikumalt uurida, võttes arvesse inimese segaembrüoid kasutavate uuringute moraalset iseloomu, eesmäärke ja motiive.

Mitokondrite asendamisel põhinevad ravimeetodid loovad kitsamas mõttes uue olukorra, kus laps võib olla korraka kolme geneetilise vanema järeltulija. Ühest küljest on mitokondridoonori geneetiline panus sedavõrd väike ja spetsiifiline, et sellega ei kaasne lapse psühhosotsiaalse heaolu aspektist mingeid uusi probleeme peale nende, mis esinevad ka muude reproduktiivtehnoloogiate puhul. Teisest küljest võib kolmanda isiku geneetilise materjali lisamine – isegi sedavõrd piiratud määral – olla murettekitav uus areng kristlaste ja kirikute jaoks, kes peavad moraalselt oluliseks seda, et laps oleks kahe vanema armastussuhte vili.

Seoses iduliini geneetilise muundamisega soovitatakse juhendis lähtuda mõnikord vastuoluliseks peetavast eristusest ravi ja täiustamise vahel. Kuigi mõned kristlased on vastu iduliini muutmisele ka ravi eesmärgil, pidades seda üheks eugeenika vormiks, leitakse juhendis, et armastuse, vabaduse, õigluse ja vastutuse eetika võib põhimõtteliselt iduliini ravi toetada, kuna see annab vanematele võimaluse võtta vastutus oma laste identiteedi ja heaolu eest. Seevastu on kahtlustav hoiak igati õigustatud nende projektide puhul, kus iduliini geneetiline muundamine teenib inimese omaduste või võimete täiustamise eesmärki, eriti kui seda tehakse mingi suurema „transhumanistliku” liikumise raames, milles eesmärk on muuta inimene uueks (ja väidetavalt paremaks) liigiks. Kui täiustamise eesmärgid on mõõdukamad, ei pruugi teoloogiline kahtlus tingimata jõuda täieliku taunimiseni, vaid võib piirduda ka ettevaatlikult igale juhtumile eraldi hinnangu andmisega.

Kõik peatükkides 4–9 käsitletavad reproduktiivtehnoloogiad on teatud mõttes katsed kõrvaldada või heastada loodusliku viljakuse puudujäärke. Neis võidakse kasutada doonorrakke ja nende tulemuseks võivad olla ebatavalised perekonna-kooslused, kuid nende abiga sündinud lapsel on endiselt olemas geneetiline isa ja ema (mitokondrite asendamise korral võib tal olla geneetiline isa ja – väga kitsas tähenduses – *kaks* geneetilist ema). Ent 10. peatükis võetakse vaatluse alla kaks uut tehnoloogiat, mis võivad seda olukorda muuta.

Neist üks on reproduktiivne kloonimine rakutuuma siirdamise abil, mida kasutatakse ka mõnes 9. peatükis käsitletud teadusuuringute valdkonnas. Seda kloonimismeetodit on rakendatud mitmel imetajate liigil uute isendite eostamiseks ja sünnitamiseks. Ent selle kasutamine inimestel on paljudes maailma riikides keelatud ja seda on tauninud praktiliselt kõik kirikud, kes küsimust on käsitlenud. Käesolev juhend ühtib tauniva hoiakuga mitte üksnes ohtude ja kahjuga seotud praktiliste küsimuste tõttu, vaid ka selle pärast, mida see tähendab perekondlike ja sotsiaalsete suhete jaoks, samuti sellest läbi kumavaid eetilistelt väga küsitavaid ambitsioone arvestades.

Teine 10. peatükis käsitletud uus tehnoloogia on tehissugurakkude kasutamine reproduktiiveesmärgil. Meetod on küll veel väga varases arenemisjärgus, kuid võib

tulevikus muuta praegust olukorda, kus lapsesaamine on igal juhul seotud geneetilise vanemlusega. Kuna valdkond on veel väga uus, on nii ilmalikus kui ka teoloogilises eetikas sellele praeguse seisuga vähe tähelepanu pööratud. Juhendis ei esitata selle kohta eetilisi järeldusi, küll aga kasutatakse seda näitena, mis aitab rõhutada, et kirikute jaoks on oluline hoida end selliste arengute ja nendest tulenevate eetika-probleemidega kursis.

Viimases peatükis (11. ptk) tehakse käsitletust kokkuvõtte, esitatakse mõned praktilised soovitused ja tuuakse esile valdkonnad, millega tuleks edasi töötada.

1.

Sissejuhatus

Jeremija raamatu alguses tuleb Jumal prohveti juurde sõnadega: „Enne kui ma sind emaihus valmistasin, tundsin ma sind, ja enne kui sa emaüasast välja tulid, pühitsesin ma sinu: ma panin su rahvastele prohvetiks” (Jr 1:5). Nende sõnadega rõhutatakse, et Jumal tundis Jeremijat täielikult ja oli tema saatuse määranud tema elu varaseimast hetkedest alates. Selle teksti kirjutamise ja redigeerimise ajal oli enesestmõistetav et keegi *peale* Jumala ei saa inimest emaihus valmistada ega teda enne sündi juba „eos” näha (Ps 139:16). Ent viimaste aastakümnete arengud inimembrüoloogias ja reproduktiivmeditsiinis on andnud inimestele võimaluse jälgida eostatud inimelu selle esimestest arengustaadiumitest alates ning tänu nendele saab rohkem kui kunagi varem mõjutada selle „valmistamist emaihus”. Tõenäoliselt just see võime mõista ja mõjutada meie tekke ja arengu sedavõrd intiimseid aspekte muudab reproduktiivmeditsiiniga seotud eetikaküsimused sedavõrd tähenduslikuks, keerukaks ja mõne jaoks ka häirivaks.

Evangeelsete Kirikute Osadus Euroopas (EKOE) mõistab, et need on rasked küsimused meie kõigi jaoks. EKOE nõukogu on juba mõned aastad tegeleenud sellega, et kaasata kogu EKOE sotsiaaleetika küsimuste arutamisse. Aastal 2011 elu lõpuga seotud eetikaküsimuste kohta avaldatud suunised „Aeg elada ja aeg surra” leidsid väga hea vastuvõtu. Aasta hiljem tegi nõukogu eetika eksperdirühmale ülesandeks koostada selle eeskujul juhend reproduktiivmeditsiini kohta, milles käsitletak näiteks allpool loetletud küsimusi.

- Kõigepealt tuleb küsida, milline on kirikute üldine hoiak reproduktiivmeditsiini suhtes.
- Kui evangeelsed kirikud erinevalt roomakatoliku kirikust¹ paljusid või enamik-

¹ Roomakatoliku õpetus on esitatud usudoktriini kongregatsiooni 22. veebruari 1987 dokumendis *Instruction on Respect for Human Life in its Origin and on the Dignity of Procreation: Replies to Certain Questions of the Day (Donum Vitae)*. Kasutatud 04.09.2018, http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_en.html Põhimõtteliselt on katoliku kiriku õpetuse järgi keelatud igasugune sekkumine, mis lahutab seksuaalakti soojätkamisest. Seega on viljatusravis lubatavad ainult sellised

ku selles pakutavaid võimalusi põhimõtteliselt ei tauni, peavad nad küsima, millistel eeldustel või eesmärkidel nad kehaväliselt viljastamist (IVF) ja muid reproduktiivmeditsiini meetodeid lubatavaks peavad (või ei pea).

- Evangeelsete kirikute tähelepanu vajavad ka tänu kehavälisele viljastamisele tekkinud uued võimalused, mis tekitavad sügavaid eetilisi küsimusi, sh embrüouuringud, siirdamiseelne geenidiagnostika, reproduktiivne või raviotstarbeline kloonimine ja inimese-looma hübriidembrüote loomine.
- Lisaks tekitavad reproduktiivmeditsiinis toimuvad arengud raskeid küsimusi evangeelsete kirikute traditsioonilise abielu- ja perekonnakäsituse jaoks.
- Allpool võib näha, et selles arutelus ei saa mööda minna ka homoseksuaalsuse ja homoseksuaalse eluviisi teemadest, kuid samasoolistele suhetele eetilise hinnangu andmine ei ole otseselt käesolevate suuniste eesmärk.

EKOE nõukogult saadud ülesannet täites võttis eetika eksperdirühm arvesse liikmeskirikute seisukohti, arutas tõstatatud küsimusi ning korraldas 2016. aastal EKOE liikmeskirikute konsultatsioonikonverentsi. Käesolevad EKOE nõukogu poolt liikmeskirikutele esitatavad suunised on selle uurimis-, arutelu- ja konsulteerimisprotsessi viili. Avapeatükis (2. ptk) esitatakse ülevaade reproduktiivmeditsiini valdkonnas esinevatest eetikaprobleemidest ning kirjeldatakse nende meditsiinilist, ühiskondlikku ja poliitilist tausta. Seejärel käsitletakse eetikaalase evangeelse mõtte töö teoloogilisi aluseid (3. ptk). Lisaks vaadeldakse 3. peatükis mitmeid läbivaid eetikaküsimusi, mis korduvad paljude reproduktiivmeditsiini teemade ja probleemide puhul. Järgnevates peatükkides (4–10) süvenetakse konkreetsetesse teemadesse: kehavälise viljastamine (IVF), krüokonserveerimine, suguraku- ja embrüodoonorus, asendusemadus, sünni- ja siirdamiseelne geenidiagnostika, embrüouuringud, uued ravimeetodid ning reproduktiivse kloonimise ja tehissugurakkude kasutamise tulevikuvõimalused. Lõpetuseks (11. ptk) võetakse käsitletu kokku, esitatakse mõned soovitusel ja tuuakse välja valdkonnad, millega kirikud peavad veel tööd tegema.

Suunistes ei eeldata, et evangeelsed kirikud on kõigis käsitletud küsimustes üksmeel. Mõne teema puhul on küll esitatud kategoorilisi järeldusi, kuid üldine eesmärk oli pigem välja joonistada evangeelsete seisukohtade vahemik, mille piires saab toimuda arutelu, väitlus ja moraalne vaagimine. See vahemik võib olla kohati kitsam ja võib mõnes küsimuses kitseneda vaid ühe seisukohani, mis vastab protestantide sügavatele teoloogilistele ja moraalsetele veendumustele. Teisal aga võib vahemik olla laiem ja hõlmata mitmeid vaatepunkte, mis on omavahel teravas vastuseisus, kuid mis lähtuvad sellegipoolest ehtsalt evangeelsest moraalikäsitlusest. Arvamuste vahemiku piiritlemine ja evangeelsete kirikute erimeelsustest rääkimiseks

meetodid nagu ovulatsiooni ergutav hormoonstimulatsioon või ummistunud/kahjustunud munajuhade kirurgiline ravi.

kasutatavate mõistete selgitamine võib omakorda viia lähemale nende erimeelsuste lahendamisele. Kuna meie käsitletavat teemat on nii kirikus kui ka ühiskonnas vastuolulised, siis võib arvamuste vahemikul põhinevat meetodit pidada käesoleva dokumendi üheks tugevuseks.

Suuniste eesmärk on pakkuda nii EKOE liikmeskirikutele kui ka teistele abimaterjali nende edasise mõttetöö, arutelude ja avalike seisukohavõtude jaoks. Selle peamiseks sihtrühmaks on liikmeskirikute liikmed ja juhid, kellel on selles kontekstis kahetine ülesanne. Üks aspekt on kirikute ühiskondlik vastutus, mis nõuab osalemist reproduktiivmeditsiiniga seotud õigusloomet, riiklikku poliitikat ja eetilist praktikat käsitlevates avalikes aruteludes. Teine ülesanne on *hingehoidlik* ja nõuab toetuse pakkumist neile liikmetele, kes kõnealuste küsimustega isiklikus elus või ametialaselt kokku puutuvad: inimesed, kellel esineb soovimatu lastetus või kes kardavad anda lastele edasi raskeid pärilikke haigusi, kehavälise viljastamise või rakudoonorluse abil sündinud lapsed, kaasasündinud haiguse või puudega isikud, tervishoiutöötajad, teadlased, poliitikud, seadusandjad ja teised.

Suuniste eesmärk on olla liikmeskirikutele abiks selle kahetise – hingehoidliku ja ühiskondliku – ülesande täitmisel. EKOE nõukogu loodab, et see aitab avalikes poliitilistes ja õigusalastes väitlustes kirikute nimel sõna võtvatel isikutel neid teemasid paremini mõista. Samuti loodab nõukogu, et juhendist on kasu neile, kes pakuvad hingehoidu ja tuge. Kõnealuste probleemidega isiklikult kokku puutuvad inimesed aga leiavad loodetavasti, et selles käsitletakse nende olukorda ausalt ja mõistmisega. Nõukogul oleks samuti hea meel, kui suunistest tõuseks kasu neile meie kirikute liikmetele, kes täidavad olulisi ühiskondlikke rolle ja ülesandeid näiteks tervishoiutöötajate või poliitikakujundajatena. Suunistes on tagapool (punktid 3.7 ja 3.8) esitatud mõned märkused selle kohta, kuidas kirikud võiksid avalikkuse, poliitikute ja erialaspetsialistidega neil teemadel suhelda.

Peale EKOE liikmeskirikute esitatakse need suunised ka meie oikumeenilistele partneritele meiepoolse panusena nende küsimuste üle peetavatesse kõnelustesse ja mõttevahetusse. Samuti võiks sellest saada neil rasketel teemadel tehtud EKOE mõtetööd kajastav ressurss inimestele, kes tegelevad nende teemadega avalikus sfääris, näiteks poliitikas, eriala- või teadusasutustes.

2.

Küsimuseasetuse meditsiiniline, ühiskondlik ja poliitiline taust

2.1 Reproduktiivmeditsiini areng

Pärast seda, kui 1978. aastal sündis esimene kehaväliselt viljastatud (IVF) laps, on kehavälisel viljastamisel põhinev reproduktiivmeditsiin leidnud endale kindla koha. Selle rakendamise näidustusi on järk-järgult laiendatud. Kuna paljudes riikides on tõusnud naiste vanus esimese lapse sünnitamisel, on suurenenud ka viljatusprobleemid. Osaliselt on see seotud laste ja karjääri ühitamise raskustega, kuid ka teadmine kehavälise viljastamise võimalikkusest võib ise olla üks põhjusi, miks naised ja paarid lapsesaamist edasi lükkavad.

Kehavälise viljastamise meetod töötati algselt välja soovimatu viljatuse raviks. Euroopa riikide õiguslik raamistik lähtus pikka aega traditsioonilistest abielu- ja peremudelitest. Ent juba mõnda aega on toimunud liikumine suurema liberaalsuse poole, nii et lisaks abielu- ja kooselupaaridele kasutavad kehaväliselt viljastamist nüüd ka vallalised naised ja lesbid. Euroopas ja üksikutes riikides viimasel ajal tehtud kohtuotsused osutavad, et ühiskondlikult on tunnustatud eluviiside ja peremudelitega seotud konsensus muutunud. Seetõttu räägitakse nüüd rohkem võimalusest lubada kehaväliselt viljastamist ka lesbipaaridele, kus mõlemad naised on bioloogiliselt viljakad, kuid ei soovi olla suguuhtes mehega, mistõttu võib neid pidada „sotsiaalselt viljatuks”.

Kui kitsamas käsitluses lubatakse kehavälises viljastamises kasutada ainult last soovivate isikute endi sugurakke, siis praktikas esineb ka laiendatud variante, mille puhul kasutatakse kolmanda isiku seemne- või munarakke. Ent olenemata sellistele praktikatele igal üksikjuhtumil antavast eetilisest ja õiguslikust hinnangust, kaasnevad nendega igal juhul tõsised küsimused.

1. Sisuliselt tähendab seemne- ja munarakudoonorlus seda, et üksteisest lahutatakse geneetiline, bioloogiline, sotsiaalne ja juriidiline vanemus. Geneetilised vanemad on need, kellelt pärinevad sugurakud. Bioloogiline ema on see naine, kes lapse sünnitab. Sotsiaalses või juriidilises tähenduses on lapsevanemad need isikud, kellele omistatakse kohaldatavate seaduste alusel vanemlikud õigused.

2. Seoses sellega tekib küsimus, kas muna- seemnerakudoonorlus peaks toimuma üksnes annetuse korras (koos kulude hüvitamisega) või peaks olema lubatud sugurakkude pealt ka tulu teenida.
3. Munarakudoonorlus põhjustab erinevalt spermadoonorlusest doonorile suuremaid terviseriske (hormoonpreparaadid, invasiivne protseduur munaraku kättesaamiseks). Samuti võib tekkida naiste majandusliku ärakasutamise oht.

2.2 Asendusemadus

Järgmine samm geneetilise, bioloogilise ja juriidilise või sotsiaalse vanemluse üksteisest lahutamisel on asendusemadus, mis on mitmes riigis juba lubatud.² Sel juhul laseb last sooviv naine lapse sünnitada mõnel teisel naisel, kuid laps tunnistatakse seejärel juriidiliselt talle kuuluvaks. Siin võib esineda mitmeid variante: munarakk ja seemnerakud võivad pärineda isikutelt, kes soovivad pärast ise last kasvatada, või hoopis teistelt isikutelt, kes ei saa hiljem selle lapse seaduslikeks vanemateks. Asendus-ema-dust võidakse kasutada erinevatel põhjustel: näiteks mõnel juhul ei soovi naine ise rasestuda, kuna see segaks tema tööelu. Samas esineb ka olukordi, kus naine ei saa last kanda meditsiinilistel põhjustel, näiteks pärast emaka eemaldamist. Vähi korral on võimalik võtta patsiendilt munarakke ja need külmutada, et püüda hiljem asendusema abiga last saada. Meessoost homoseksuaalsete paaride jaoks on asendusema kasutamine ainus võimalus endaga geneetilises suguluses olevate laste saamiseks.

Mõistagi tekitab see arvukalt tõsiseid eetikaküsimusi: kasvõi juba tulundusliku elemendi lisandumine lapsesaamise temaatikasse ning munarakudoonori või asendusema ülesandeid täitvate naiste ärakasutamise oht.

2.3 Siirdamiseelne geenidiagnostika

Siirdamiseelse geenidiagnostika võimalus on suurendanud nende olukordade hulka, mille korral kehaväline viljastamine on näidustatud. Kõnealuse diagnostikameetodi puhul uuritakse kehaväliselt loodud embrüoid, et avastada neil raskeid pärilikke haigusi. Teine võimalus on valida embrüoid selle järgi, et nii sündiv laps päästaks juba olemasoleva rasket haigust põdeva lapse elu, saades talle näiteks luuüdidoonoriks (nn päästjalaps; ingl *saviour sibling*). Siit tekib põhimõtteline eetiline küsimus, kas selline praktika ei tähenda päästjalapse täielikku instrumentaliseerimist ja tema inimväärikuse rikkumist.

Üks kehavälise viljastamise eripärast tulenev probleem seisneb selles, et selle käigus jääb üle embrüoid, mis teatud aja järel hävitatakse või mida kasutatakse

² Euroopa Parlament, Liidu Sisepoliitika Peadirektoraat (2013) *A comparative study on the regime of surrogacy in EU Member States*.

teadusuuringutes (nt inimese embrüonaalsete tüvirakkude saamiseks). Samuti võidakse neid anda paaridele, kes loomulikult teel lapsi ei saa (embrüodoonorus).

Seoses kehavälise viljastamise ja siirdamiseelse diagnostika erinevate kasutusvõimalustega tekib põhimõtteline küsimus selle kohta, kui kaugele ulatub inimese õigus saada järglasi. Kas see on üksnes kaitsev õigus, mille korral lapse saamise võimalust ei tohi kelleltki ära võtta (nt vaimupuudega isikute sundsteriliseerimise abil), või on see ka osalusõigus, mille keelamine lesbipaaridele ja vallalistele naistele oleks vastuolus võrdse kohtlemise põhimõttega ja tähendaks lubamatut diskrimineerimist? Siit tekivad omakorda küsimused reproduktiivse autonoomia ja selle piiride kohta.

2.4 Reproduktiivne autonoomia ja lapse heaolu

Üldistatult võib öelda, et reproduktiivmeditsiin liigub selles suunas, et muutuda puhtalt raviotstarbelisest valdkonnast inimeste soove täitvaks meditsiiniharuks. Kuidas tuleks inimeste lapsesoovi igal üksikjuhul hinnata? Kas soovimatu lastetus tuleks tunnistada haiguseks ilma lisaküsimusi esitamata? Kas igasugune lapsesoo on loomulik või võib see olla ka patoloogiline? Kes ja millistel alustel võib võtta endale voli sellistes küsimustes otsuseid teha?

Järglaste saamise õiguse ja reproduktiivse autonoomia kõrval tuleb arvesse võtta ka lapse heaolu. Kas geneetilise, bioloogilise ja sotsiaalse vanemluse erinevate kombinatsioonide tekkimine vähendab lapse heaolu? ÜRO lapse õiguste konventsiooni kohaselt on igal lapsel õigus „võimaluse piires [...] tunda oma vanemaid ja olla nende poolt hooldatud” (art 7). Kas vanemluse jagunemine eri alaliikidesse riivab seda õigust?

Eespool osutatud küsimuste metoodiliseks käsitlemiseks vajame täiendavat teavet. Mida ütlevad empiirilised uuringud ühe vanema või samasoolise paari kasvatatud laste heaolu ja arengu kohta ning millise eetilisel normatiivse lähenemisviisi saaks selle põhjal tuletada? Ka bioloogiliste vanematega kasvaval lapsel võib olla õnnetu lapsepõlv, samas kui üksikvanema kasvatatav laps võib kenasti areneda: kas sellest saab järeldada, et moraalselt ei oma mingit erilist väärtust see, kas laps kasvab koos bioloogiliste vanematega või mitte? Kas praegusaegset kõrget lahutuste määra arvestades on iga hinna eest abielu purunemist vältida püüdva abielueetika järgimine üksnes ideoloogia küsimus? Lühidalt: kuidas seostuvad empiirilised faktid tänapäevase abielu-, perekonna-, seksuaal- ja meditsiinietika normidega?

2.5 Peremudelid ja -kooslused

Omaette küsimus on seotud eluviiside normatiivsuse ja empiirilise mitmekesisusega. Tänapäeval võib perekond võtta väga erinevaid vorme: traditsiooniline abielu,

lahutuste ja uute suhete tagajärjel tekkinud kärgpere, üksikvanemaga pere, sama-sooliste isikute partnerlus. Kas seadustega abielule ja perekonnale tagatud eriline õiguslik kaitse saab veel olla õiguslikult ja eetiliselt põhjendatud? Kas seda kaitset tuleks laiendada ka muudele sarnastele partnerlussuhetele või tuleks sellest üldse loobuda? Need on praegusaja aktuaalsed küsimused, mille üle toimub paljudes meie liikmeskirikutes elav arutelu.

2.6 Empiirilisuse ja normatiivsuse, õiguse ja eetika suhe

Lisaks empiirilisuse ja normatiivsuse seostele peame selgitama ka õiguse, moraali ja eetika vahekordi. Pluralistlikus sekulaarses ja demokraatlikus riigis ei saa seadusega kehtestada teatud kindlat moraalsust, vaid pigem tuleb tagada inimväärikusel ja inimõigustel põhinev õiguslik stabiilsus. Samas ei saa õigust täielikult moraalist ja eetikast lahutada, sest õigus sõltub moraalist. Loomulikult ei tohi õiguse austamise moraalset põhjendust segamini ajada õiguse järjekindla moraliseerimisega. Seega valitseb õiguse ja eetika vahel pingevahekord. Järgmisena tekib küsimus, kuhu peaksid ühiskondlikes aruteludes, poliitikakujunduses ja õigusloomes paigutuma religioossed seisukohad. Seda küsimust on käsitletud allpool punktis 3.7.

2.7 Muud läbivad küsimused

Üks kõiki eespool osutatud arutelusid läbiv põhimõtteline küsimus puudutab embrüo ontoloogilist, moraalset ja õiguslikku staatust. Praeguses eetikaalases mõttevahetuses puudub selles küsimuses üksmeel. Ühe seisukoha järgi tekib juba muna- ja seemneraku ühinemisel uus isik, kellel on sarnaselt vastsündinuga olemas inimväärikus ja õigus elule. Teiste arvates tekib selline moraalne staatus lootepõiekesse emaka limaskestale kinnitumise hetkel, hilises rasedusjärgus või alles sünnitusel. Punktis 3.5 näeme, et osa sellest arvamuste paletist (kuigi tavaliselt mitte kõik) on esindatud ka evangeelsete kirikute aruteludes. Ka Euroopas kehtivad õigussüsteemid ei ole selles küsimuses ühtsed. Neid kõiki ühendab see, et sünnimomendist alates loetakse inimväärikust ja inimõigusi omav isik igal juhul tekkinuks. Ent raseduse ajal lootele tagatud kaitse on eri õigussüsteemides erinev – seda näitavad aborti suhtes kehtestatud erinevad reeglid. Kui kehaväline viljastamine (IVF) on lubatud, siis kehavälise embrüo õiguslik staatus ei ole sama mis sündinud lapsel.

Inimese embrüo staatust käsitleva mitmeharulise filosoofilise, teoloogilise, õigusliku ja meditsiinilise arutelu põhjalikum uurimine näitab, et staatuse küsimus on küll vältimatu, aga ainult sellest ei piisa. Selle põhjal ei saa piisava kindlusega väita, mis on või ei ole elu alguse ja reproduktiivmeditsiini kasutamisega seoses eetiliselt lubatav. Samasugune ebakindlus valitseb ka embrüouuringute ja embrüomaterjali kasutamise suhtes.

Valikuvარიandid ei ole mitte elu alguse oletatava objektiivse piiri tõmbamine sugurakkude ühinemise kohale või mõni muu pealtnäha suvaline elu alguse määratlus, sest igal juhul on tegemist teatud empiiriliste teaduslike andmete antropoloogilise tõlgendusega. Seetõttu ei saa ühegi seisukoha pooldajad hakkama ilma täiendavate eeldusteta. Me ei taju meie ees toimuvat kunagi puhtalt empiiriliste faktidena. See, kas me näeme embrüos ainult rakukogumit või arenevat inimest, sõltub meie eesmärkidest ja tõlgendustritist. Kui keegi ütleb embrüo kohta „rakukogum” või „algeline inimolend”, siis lähtub ta teatud sõnakasutusest, mille aluseks olevate eelduste õigsust valitud sõnad ise veel ei tõenda.

Käesolevate suuniste alaosadest tuleb esile ka mitmeid muid läbivaid küsimusi, millest mõnda on teatud määral käsitletud, kuid teised ei mahu selle dokumendi raamidesse. Paljude selliste küsimuste üle tasuks tulevikus põhjalikumalt arutleda. Nende hulka kuuluvad reproduktiivmeditsiini kontekstis tekkivad sooküsimused, üleilmastunud meditsiiniga seotud probleemid, tervishoiu kättesaadavus ja õigus tervishoiuteenuste kasutamisel ning inimese tehnoloogilise tegevuse vahetõlge Jumala loomistõõga. Üks küsimuste ring puudutab meie haiguse-, puude- ja kannatusemõisteid ning nüüdisaegse meditsiini rolli haiguste ravija ja soovide täitjana. Milline on üksikisikute valikute ning ühiskondlike jõudude ja suundumuste vastasmõju või biomeditsiinilise küsimuste oikumeeniline mõõde?

2.8 Euroopa õiguslik ja poliitiline kontekst

Euroopa riikide õigusaktide aluseks on Euroopa Nõukogu Oviedo konventsioon (1997) ja mõned Euroopa Liidu direktiivid³.

Euroopa Liidu (EL) viimase aja direktiivid on avaldanud abistavate reproduktiivtehnoloogiatega (ART) valdkonnale suur mõju. Täpsemalt on tänu ELi inimkudede ja -rakkude direktiivile (läbivaatamisel) ning seda täiendavatele tehnilistele direktiividele 2006/17/EÜ ja 2006/86/EÜ vastu võetud uusi ohutus- ja kvaliteedistandardeid kehavälise viljastamise (IVF) käigus tehtavate kliiniliste ja laboriprotseduuride jaoks. Enamik Euroopa riike on need direktiivid juba siseriiklikku õigusesse üle võtnud, et reguleerida paljunemisrakkude ja -kudede hankimist, uurimist, töötlemist, säilita-

³ Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv 98/79/EÜ, 27. oktoober 1998, meditsiiniliste *in vitro* diagnostikavahendite kohta; Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv 2004/23/EÜ, 31. märts 2004, inimkudede ja -rakkude annetamise, hankimise, uurimise, töötlemise, säilitamise, ladustamise ja jaotamise kvaliteedi- ja ohutusstandardite kehtestamise kohta; Komisjoni direktiiv 2006/17/EÜ, 8. veebruar 2006, millega rakendatakse Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiivi 2004/23/EÜ inimkudede ja -rakkude annetamise, hankimise ja uurimise teatavate tehniliste nõuete osas; komisjoni direktiiv 2006/86/EÜ, 24. oktoober 2006, millega rakendatakse Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiivi 2004/23/EÜ jälgitavusnõuete, rasketest kõrvaltoimetest ja tõsisest kõrvalkalletest teatamise ning inimkudede ja -rakkude kodeerimist, töötlemist, säilitamist, ladustamist ja jaotamist käsitlevate teatavate tehniliste nõuete osas.

mist, jaotamist ja importi/eksporti. Lisaks on praegu läbivaatamisel ka ELi direktiiv 98/79/EÜ (meditsiiniliste *in vitro* diagnostikavahendite kohta), mis võib avaldada olulist mõju geneetiliste uuringute valdkonnale ning selle seostele ARTiga.⁴

Sellele vaatamata esineb Euroopa riikide õigusaktide vahel tohutuid erinevusi:

Meditsiiniliselt abistatud viljastamist ja inimese embrüo uuringuid käsitlevad õigusaktid on igas Euroopa Liidu liikmesriigis küllaltki erinevad [...] ja mõnes Euroopa riigis ei ole nende teemade jaoks üldse eraldi õigusakte [...]. Need seadused pärinevad erinevatest allikatest ning nendega on kehtestatud nii rangelt keelustavaid (nt IT, DE, LT ja AT), ettevaatlikult reguleerivaid (nt DK, SE ja FR) kui ka liberaalseid süsteeme (nt UK, ES, GR ja NL).⁵

Kõik praktilisi teemavaldkondi käsitlevad suuniste peatükid (4.–10. ptk) sisaldavad ka vastava valdkonna õigusliku olukorra ülevaadet. Lugejatel tuleks siiski arvestada, et äsja mainitud mitmekesisuse ja neis valdkondades toimuvate kiirete muutuste tõttu on meie ülevaadet õiguslikust olukorrast üksnes selektiivsed ja näitlikustavad, mitte kõikehõlmavad. Neil teemadel toimuvate kohalike seadusandlike arengutega kursis kõisimine jääb liikmeskirikute endi ülesandeks.

⁴ European Society of Human Genetics and European Society of Human Reproduction and Embryology (2013) Current Issues in Medically Assisted Reproduction and Genetics in Europe: Research, Clinical Practice, Ethics, Legal Issues and Policy. – *European Journal of Human Genetics* 21, Suppl. 2: S1-S21. Kasutatud 12.01.2016, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3831061/>

⁵ F. P. Busardo et al. (2014) The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members. – *Biomed Research International* 10. Kasutatud 12.01.2016, <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/307160/>

3.

Küsimuseasetuse teoloogiline ja eetiline taust

3.1 Piibli lugemine reproduktiivmeditsiini eetika vaatevinklist

Evangeelse arusaama järgi on Pühakiri ainus usu allikas ja juhtnõör seetõttu ja niivõrd, kui see annab tunnistust usu aluseks olevast ning usku äratavast Jeesus Kristuse evangeeliumist. Evangeelium omakorda on seotud seadusega, kuid ühtlasi erineb sellest. EKOE on veendunud, et ka bioetika probleeme tuleb käsitleda seaduse ja evangeeliumi taustal.⁶ EKOE uurimuses *Law and Gospel* („Seadus ja evangeelium“) öeldakse:

Seaduse ja evangeeliumi eristuse tähtsus ei seisne normide kindlakstegemises, vaid eelkõige selles, kui kirikus puututakse kokku eetiliste erimeelsustega ja arutletakse kirikute rolli üle. [...] Eetilisi otsustusi saab teha üksnes siis, kui tunnetatakse isikliku vastutust Jumala ees – see on kontekst, milles kristlased näevad kogu oma elu.⁷

Uurimuses järeldatakse:

Evangeeliumist ei saa otseselt tuletada bioetika valdkonnas tegutsemise juhiseid. Kuivõrd aga eetikat võib käsitada rakendusliku antropoloogiana, tulenevad evangeeliumis sisalduvast inimesemõistmisest siiski teatud väärtushinnangud ja kriteeriumid. Nii ei vaidlustata eetikas põhimõtet, et ühtegi inimest ei või ohverdada teise nimel, sest see oleks vastuolus inimväärikusega, mida määratletakse kui eesmärki iseeneses – teoloogiliselt väljendab see inimese jumalanäolisust.⁸

⁶ Community of Protestant Churches in Europe (2007) *Law and Gospel: A Study, also with Reference to Decision-Making in Ethical Questions* (2007). Toim. Michael Bünker ja Martin Friedrich (Leuenberg Texts 10). Frankfurt a.M.: Otto Lembeck, 281jj (kakskeelne paralleelväljaanne saksa ja inglise keeles – *Toim.*). Vt ka *Scripture – Confession – Church* (2013). Toim. Michael Bünker (Leuenberg Texts 14). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 23–25 (kakskeelne paralleelväljaanne saksa ja inglise keeles – *Toim.*; e. k. Pühakiri – usutunnistus – kirik (2014). Tlk Vallo Ehasalu. – *Kirik & Teoloogia* 151– 152/ 30.10.–7.11, ptk 4 (Jumala Sõna kui tööutus ja nõue)).

⁷ *Law and Gospel*, 285.

⁸ *Ibid.*, 286.

Samas ei saa evangeeliumi ka bioetika kontekstis lahutada seadusest:

Ilmalikus sfääris tähendaks piirideta vabadus *evangeeliumi ilma seaduseta*. Inimgeneetika valdkonnas ilmneb mitmel puhul kiusatus nõuda endale ühepoolselt vabadust, arvestamata samal ajal teiste õigusega elule: soov rahuldada lapsesoovi tänapäeva reproduktiivmeditsiini vahendeid kasutades võib minna lahku lapse heaoluga arvestamisest...⁹

Üldiselt soovitatakse uurimuses, et „laste saamisel juhendutaks armastuse kultuurist ja ühiskonda kujundataks halastuse eetose järgi”.¹⁰ Samuti hoiatatakse selles kiusatuse eest „jutlustada *seadust ilma evangeeliumita*”, mille „tagajärjel rõhutatav autonoomia võib lihtsalt kinnitada juba etteantut ja kuulutada empiirilised seadused otseselt normatiivseks”.¹¹

Nagu on öeldud Barmeni avalduses (1. tees): „Jeesus Kristus, nagu Pühakiri meile temast tunnistab, on see üks Jumala Sõna, keda me peame kuulama, keda peame elus ja surmas usaldama ning kellele peame kuuletuma.”¹² Piibel tunnistab Jumala Sõnast, mis tuleb meie juurde nii evangeeliumi kui ka seadusena. Jeesus Kristus on nii seaduse lõpp (Rm 10:4) kui ka selle täitumine. Ent kui kõne alla tuleb Pühakirja roll eetikaküsimuste normina, tekivad protestantide seisukohtade vahele juba suuremad erinevused. Sellega seostub kaks küsimust: kuidas kasutada ja tõlgendada Piiblit ja piiblitekste eetiliselt normatiivsena ning kuidas seostada Piiblit laiemas moraalialases mõttetöös moraalikäsitluse ja teadmiste muude allikatega? Enamik evangeelseid kristlasi ja EKOE liikmeskirikuid nõustub, et Piibel on ka eetikaküsimustes väga oluline norm ja juhtnõör. Kuid eriarvamused võivad tekkida siis, kui küsitakse, mida see praktikas tähendab ja kuidas see seostub muude normatiivsete allikatega.

Seoses esimese küsimusega võib põhjendatult öelda, et Jumala praegust tahet, mille täitmine on siin ja praegu kohustuslik, ei saa lihtsalt ühestki piiblitekstist välja lugeda, olgu selleks kasvõi dekalooq või Mäejutlus. Alati on vaja kasutada tõlgendamist, mille käigus me püüame mõista teksti selle enda kontekstis ning selgitada, kuidas see vahendab Jumala tahet või käsku meile meie praeguses olukorras.

Üks võimalus sellele hermeneutilisele ülesandele läheneda on öelda, et Jumala seadused või käsud esinevad Piiblis alati ajalooliste tõlgenduste vormis. Neid on ehk parem käsitada Jumala käsu või seaduse konkretiseerumisena teatud kontekstis, mitte kui Jumala tahte igikehtiva sõnastusena. Kõigi Piiblis esinevate eetikatradsioonide eelduseks alati mingi kindel moraalinormide kogum, mis mõnikord võib pärineda ka piiblivälisest kontekstist. Nende ülevõtmisel tuleb olla kriitiline ja

⁹ Ibid., 287.

¹⁰ Ibid., 288.

¹¹ Ibid.

¹² Teoloogiline avaldus Saksa Evangeelse Kiriku praeguse olukorra kohta (Barmeni teoloogiline avaldus, 1934). Tlk T.-A. Pöder. – Uuema evangeelse teoloogia põhitekstid (2013). Koost. Wilfried Härle, Thomas-Andreas Pöder. Tartu: Ilmamaa, 355.

juhinduda usust Iisraeli Jumalasse ja Jeesus Kristuse Isasse. See on olnud kristliku usu ülesanne läbi aegade ja on seda ka tänapäeval.

Piibel on eetika jaoks normatiivne niivõrd, kui see kutsub inimesi elama oma usu järgi. See on normatiivne selles tähenduses, et usk muudab meie elamise viisi, kuid samas see ei pruugi anda otseseid siduvaid vastuseid tänapäeva praktilistele küsimustele selle kohta, *milline* peaks olema elu, mis põhineb tingimusteta vastutusel Jumala ja inimkonna ees. Evangeelselt mõistetud kristlik eetika on vastutuse eetika, mida juhib armastuse ja vabaduse vaim. Sisuliselt on selle eetika eesmärk mõista tegelikkust, mõista Jumalat ja mõista Piiblis esitatud antropoloogiat. See kehtib ka tänapäeva reproduktiivmeditsiini eetikaküsimuste kohta.

Vastuolulisem on küsimus sellest, kas moraalsete otsustuste tegemisel võib kasutada piiblitekstide kõrval ka muid normatiivseid allikaid. Näiteks kui käsitletakse meditsiiniliselt abistatud reproduktsiooni, siis võivad moraalsete otsustusi lisaks piiblitekstidele ja nende kaudu vahendatud moraalitraditsioonile mõjutada ka inimeste kogemused seoses laste saamise ja kasvatamise või viljatusega, samuti teaduslikud käsitlused viljatusravi ja kunstliku reproduktsiooni tehnikate võimalustest ja ohtudest. Mõned, sealhulgas ka reformeeritud traditsiooni kuuluvad EKOE liikmeskirikud, leiavad, et sellised tegurid on kristlike moraaliootsustuste jaoks olulised, kuna nad aitavad kohaldada Piibli norme konkreetsele olukorrale. Nad aitavad meil paremini mõista seda olukorda ja konteksti, kus moraaliküsimused tekivad, kuid nende endi normatiivne autoriteet on väike või puudub täiesti. Neid ei saa pidada moraaliootsustusi suunavaks normatiivseks allikaks ilma selle kriitilise valguseta, mida heidab patuse maailma tegelikkusele Piibli tunnistus Jumala ilmutusest ning selle tegelikkuse uuendamisest Jeesus Kristuse ristil ja ülestõusmises. Teised – ja seda eriti luterlikus traditsioonis – kalduvad pigem uskuma, et ka inimeste kogemused, praktilised kaalutlused, teaduslikud teadmised, kultuurikontekst ja muud sellised tegurid võivad olla moraalsete teadmiste normatiivsed allikad. Nad ei eita, et inimese patt on tõeline ning see on muutunud tegelikkuse ebatäiuslikuks ja ei võimalda ühtegi inimlikku moraaliväidet või projekti absolutiseerida, kuid nad usuvad, et ka Kristuse ilmutust käsitlevast Piibli tunnistusest sõltumatu moraalikäsitus on võimalik. Taolise väite teoloogiliseks eelduseks on arusaam sellest, kuidas on Jumal kohal loodud maailmas ja suhestub sellega.

3.2. Armastus, õiglus, vabadus ja vastutus

Kristliku eetika alus ja põhikriteerium on Jumala armastus oma loodu ja kõigi inimeste vastu, mis väljendub Jeesus Kristuse elus, sõnades ja tegudes, tema surmas ja ülestõusmises. „Jumala piiritu armastus eelneb igasugusele inimlikule armastusele. See on tingimusteta kingitus Jumalalt, kes on ise armastus.”¹³

Jumala armastus on seotud tema õiglusega, mis erineb inimlikust jaotavast õiglusest. Nii Vanas Testamendis kui ka Pauluse kirjades tähendab Jumala õiglus tema ustavust osadusele (sks *Gemeinschaftstreue*).¹⁴ Seda võib näha Jumala armastusest Iisraeli vastu, tema loomistööst ja Uue Testamendi sõnumist, et patune saab õigeks usu läbi.

Usu läbi õigeksmõistmine annab vabaduse. Evangeelsed kirikud on ühel meelel selles, et kristlik vabadusemõiste erineb tänapäeva ühiskonnas silmapaistval kohal olevast puhta autonoomia mõistest. Kui lähtuda evangeeliumist, et inimene on Jumala armust õigeks mõistetud ja omaks võetud, siis saab vabadus seisneda üksnes selles „suhtes ja vastutuses, mis kasvavad välja õigeksmõistmise sündmusest”.¹⁵

Sellest aspektist saab evangeelset eetikat määratleda kui armastuse vaimust juhinduvat vastutuse eetikat. Evangeelne vastutusekäsitlus on otseselt seotud veendumusega, et patune on õigeks mõistetud ainult usu läbi. Sellel põhineb isiku ja tegude eristus, mis vabastab meid ise enda õigeks tegemise survest ja võimaldab võtta vastutust. Vastutus võetakse teadmises, et inimesed võivad eksida, aga ka kindluses, et meile on andeks antud.

EKOE elu lõpuga seotud eetikaküsimuste orienteerumisabis „Aeg elada ja aeg surra” öeldakse:

Usu läbi õigeksmõistmine vabastab inimese vajadusest otsida elus ülimalt tähendust moraalse pingutuse ja saavutuste abil, mistõttu ta on ühtlasi vabastatud teenima ligimest vastutustundliku armastuse ja hoolega. Niisiis põhineb evangeelne vabaduse mõiste esiteks sellele eelneval ja veelgi põhimõttelisemal kingi, vastuvõtmise ja sõltuvuse aspektil. Teiseks: kuigi vabadus on Jumala antud ning selle teostamine ega väljendamine ei sõltu moraalistest saavutustest, ei saa seda lahutada vastutusest.¹⁶

Vabaduse sõnumi tuumaks on Piibli evangeelium. „Vabaduseks on Kristus meid vabastanud,” kirjutab Paulus (Gl 5:1), kes hoiatab ühtlasi, et me ei kaotaks habrast

¹³ Stand up for Justice: The Ethical Discernment and Social Commitment of the Protestant Churches (2013). – *Protestant in Europe – Social-ethical Contributions*. Toim. Michael Bünker, Frank-Dieter Fischbach ja Dieter Heidtmann (Leuenberg Texts 15). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 220 (kakskeelne paralleelväljaanne saksa ja inglise keeles – *Toim.*).

¹⁴ Peter Stuhlmacher (1966) *Gerechtigkeit Gottes bei Paulus*. – FRLANT 87, 2. tr. Göttingen: Vandenhoeck, 46jj, 113–141.

¹⁵ Stand Up for Justice (vt eespool allmärkus 13), 238.

¹⁶ Aeg elada ja aeg surra: Evangeelsete Kirikute Osaduse Euroopas (EKOE) nõukogu orienteerumisabi surma kiirendavate otsuste ja surijate hoolitsemise küsimustes, 190.

vabadust ise uusi seadusi kehtestades. Ristiusk on vabaduse usk ning kõiki kirikuid mõõdetakse selle järgi, kuivõrd nad on vabaduse institutsioonid. Reformatsiooni püsiv saavutus on selle aspekti rõhutamine nii teoorias kui ka praktikas.

Luther avaldas 1520. aastal oma „Traktaadi kristlase vabadusest”. See algab väga mõjusa paradoksaalse kaksikteesiga: „Ristiinimene on kõige vabam isand ja pole kellegi alam. Ristiinimene on kõige kohusetruum teener ja kõikide alam.”¹⁷ Piibli ja reformatsiooni vabadusemõistet ei tohi segamini ajada piiritu individualismi ja väidetava tugevama õigusega, vaid sellega käib alati kaasas vastutus Jumala ja ligimeste ees ning seda saab oma elus teostada üksnes armastusega Jumala ja ligimese vastu.

Selles vabadust käsitlevas 1520. aasta tekstis esitas Luther Paulusele tuginedes¹⁸ eristuse sisemise ja välise inimese vahel. Lutheri vabaduse ja vangistuse dialektikat käsitati pikka aega kui eristust välise heteronoomia ja sisemise autonoomia vahel. Selle järgi piirdus ristiinimese vabadus inimese sisemaailmaga ja sobitus sellisena kenasti ühiskonnakorraldusega, mille aluseks on seisused, autoritaarne riik ja igapäevaelu autoritaarsed struktuurid. Ent see käsitlus oli ekslik,¹⁹ sest Lutheri vabadusemõistmist tuleks pigem tõlgendada kommunikatiivse vabadusena.²⁰ Lutheri kommunikatiivse vabadusemõiste järgi põhineb ristiinimese vabadus Kristuses inimeseks saanud kolmainu Jumala kommunikatiivsel osadusel. Jumal ei soovi selles vabaduses eksisteerida ainult iseenda jaoks, vaid osaduses oma looduga. Nagu Isa, Poeg ja Püha Vaim on vabad oma kolmainsas osaduses, nii saab ka inimene vabaks osaduses Jumalaga, mitte väljaspool seda. Nende autonoomia on relatsiooniline, sest isikuna eksisteerimine tähendab suhteid teiste isikutega ning see on analoogne inimese ja kolmainu Jumala vahelise süvasuhtega.²¹

Inimesed saavad iseendani jõuda ainult kellegi teise armastuse kaudu nende vastu. Seega kuuluvad vabadus ja armastus lahutamatu kokku, samuti nagu vabadus ja vastutus ning vabadus ja õiglus. Kuna kommunikatiivse vabaduse eesmärk ei ole konkurents, vaid kõigi osalus ja tunnustamine, tuleb ka õiglust mõista osaluspõhise või võimaldava õiglusena.²² Kui lähtuda arusaamast, et Jumala õiglus tähendab ustavust osadusele, kuhu ka inimesed on halastava seaduse vaimus kutsutud, siis tekib õigeksmõistuõpetuse ja sotsiaaleetika vahele otsene seos.

Kommunikatiivse vabaduse, armastuse ja osaluspõhise õigluse seos on oluline bioeetika probleemide jaoks üldiselt kui ka konkreetsemalt tänapäeva reproduktiivmeditsiini eetikaküsimuste jaoks. Nii üldises plaanis kui ka igal üksikjuhul tuleb

¹⁷ Martin Luther (2012) Traktaat kristlase vabadusest. Tlk Meelis Friedenthal. – *Valitud tööd*. Tartu: Ilmamaa.

¹⁸ Rm 7:22.

¹⁹ Selle kohta on pikem põhjendus esitatud punktis 3.6.

²⁰ Wolfgang Huber (1985) *Folgen christlicher Freiheit: Ethik und Theorie der Kirche im Horizont der Barmer Theologischen Erklärung*, 2. tr. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag.

²¹ Vt punkt 3.6.

²² Wolfgang Huber (2012) *Von der Freiheit: Perspektiven für eine solidarische Welt*. München, 115jj.

lapsesoovi ja selle kõrval lapse heaolu käsitleda neljast aspektist: armastus, kommunikatiivne vabadus, vastutus ja osaluspõhine õiglus.

Vabadus ja vastutus kuuluvad armastuses kokku. Ent armastus laiemas tähenduses on suurem kui mis tahes moraalinõuded, samuti nagu halastuse kultuur on ülem vaid üksteisega arvestamisel põhinevast solidaarsusest. Armastuse juurde kuulub ka valmisolek kaastundeks. See aitab meil mõista, et kannatused on inimelu lahutamatu aspekt. Seega ei saa evangeelses eetikas mingil juhul piirduda üksnes vastutuse rõhutamisega.

Kui me mõistame maailma kolmainu Jumala looduna ja iseendid jumalanäoliste olenditena, kelle ülesanne on loodut hoida ja selle eest hoolitseda, peame võtma armastuse vaimus vastutuse mitte üksnes oma kaasaegsete, vaid ka tulevaste põlvkondade eest. Konkreetselt reproduktiivmeditsiini valdkonnas tähendab see, et kõik sellega seotud inimesed ja ühiskond tervikuna peavad küsima, millised on praegusaegsete üksikute ja ühiste otsuste tagajärjed tulevastele põlvkondadele.

3.3 Looduse moraalne tähenduslikkus

Seoses uute reproduktiivtehnoloogiate, geenimuudatuste ja inimese embrüo uurimise teatud vormidega avaldatakse mõnikord muret, et need on „ebaloomulikud”, „vastuolus loodusega” või „sekkuvad looduse kulgu”. Ent ka paljude meditsiiniprotseduuride, näiteks antibiootikumide abil nakkushaiguste ravimise või valuvaigistite kasutamise kohta võib öelda, et need on looduslike protsessidega „vastuolus” – ja see on vaid väike osa kõigist inimtegevuse vormidest maailmas. Seega ilmselt ei ole asjaolu, et mingi inimtegevus vastandub looduslikele protsessidele, suunab neid ümber või väljub nende piiridest, tingimata veel põhjus selle taunimiseks. Teistpidi öeldes ei pea mingi sündmuse või protsessi looduslikkus alati tähendama, et sellega tuleb leppida või selle üle rõõmustada. Lisaks on enamik moraalifilosoofe alates 18. sajandist olnud seisukohal, et moraalset järeltõlgimist ei saa teha pelgalt looduse kohta käivate faktide põhjal. David Hume'i järgides võib öelda, et seda, mis *peaks* olema, ei saa tuletada sellest, mis *on*. Kas sel juhul on vale olla reproduktiivtehnoloogiate või embrüotehnoloogia vastu lihtsalt põhjusel, et need on loodusega vastuolus? Või avaldub sel moel (olguigi ähmaselt) väljendatud mures mingi tegelikult moraalne äratundmine? Kas kristlastel on midagi peale hakata mõttega, et „looduslik” on moraalselt tähenduslik ning piirab seda, kuidas meil on lubatud loodust (inimest) muuta?

See arutluskäik võib kulgeda kahes eri suunas. Neist üks on eetika loomuõiguse traditsioon, mille eesmärk on jõuda looduse üle reflekteerimise kaudu moraalinormide või -printsipiideni. Teine suundumus on lääne kultuuris uuem ning selles nähakse „loodust” ja „loomulikkust” kui iseseisvat väärtust, mida tuleb kaitsta. Mõlemad mõtteviisid on mõjutanud reproduktiivmeditsiiniga seotud eetikadebatti ning vajavad seetõttu käsitlemist.

3.3.1 Loomuõiguse traditsioon

Loomuseõiguse teooriat võidakse pidada mingil määral piiblitekstidele (näiteks Rm 1–2) toetuvaks. Paulus kirjutab Rooma kirja 1. peatükis, et Jumala „jäädav vägi ja jumalikkus” (s. 20) on nähtav tema tehtud asjades ning „ebaloomulik“ või „loomuvastane“ käitumine on märk sellest, et inimene tõrgub nägemast loodud maailmas Jumala loomuse ja väe tundemärke. Järgmises peatükis väidab Paulus, et kui paganad „loomu poolest täidavad Seaduse sätteid”, siis näitavad nad, et „seadusepärane tegutsemine on kirjutatud nende südamesse” (2:14–15). Keskaegsed katoliku kiriku mõtlejad ühendasid need piibliteemad antiikfilosoofia, eriti Aristotelese ideedega ning arendasid välja loomuõiguse käsituse, mida võib leida näiteks Aquino Thomase teostest.²³ Traditsioonilise loomuõiguse teooria üks keskne idee ütleb, et igal olemise liigil on oma kindel loomus koos sellele omase loomuliku lõppsihi, suunitluse ehk eesmärgiga. Miski saavutab õitsengu või heaolu siis, kui järgib oma loomulikke eesmärgi, mis on igal olemise liigil erinevad: inimeste mõned eesmärgid langevad kokku ka elevantide või tammepuude omadega, kuid mõned loomuomased lõppsihid ehk eesmärgid esinevad ainult inimestel. Selle teooria teise olulise idee kohaselt on inimestel ratsionaalne loomus, tänu millele me oleme muu hulgas võimelised aru saama „Seaduse sätetest“.

Reformaatorid olid sellise loomuõigusliku mõtteviisi eri vormide suhtes mitmel põhjusel kriitilised. Kuna nende eelduseks oli *sola scriptura*, kahtlustasid nad, et keskaegne teoloogia, sealhulgas loomuõigust käsitlevad mõttekäigud, on olnud liiga tugevalt Aristotelese mõju all. Lisaks rõhutati eriti reformeeritud teoloogias asjaolu, et inimese mõtlemisvõime on patust rikutud. Sellest tulenes mõne muu traditsiooniga võrreldes väiksem optimism selle suhtes, et meie moraalne taip suudaks ilma välise abita usaldusväärset aru saada, mis meile tegelikult hea on. Näiteks Calvin märkis Rm 2:15 kohta: „[Me ei saa] sellest kirjakohest järeldada, et inimestes on olemas täielik seadusetundmine, vaid üksnes seda, et nende loomusesse on istutatud mõned õige taipamise seemned” – piisavalt selleks, et me ei saaks Jumala seaduse mittetundmist tuua selle rikkumise ettekäändeks.²⁴

Uuemal ajal on evangeelsetes kirikutes esinenud loomuõigusliku mõtteviisi suhtes erinevaid hoiakuid. Nii luterlaste kui ka reformeeritute seas on mõned teoloogid pidanud püüdlusi saada loomulikul teel teadmisi sellest, mis on õige ja vale, ohtlikuks kõrkuseks. Näiteks 1 Ms 3:5 lubab madu Eedeni aias inimestele, et kui nad söövad Jumala poolt neile keelatud puu viljast, saavad nad „Jumala sarnaseks, tundes head ja kurja”. Möödunud sajandil andis see tekst nii Dietrich Bonhoefferile kui ka

²³ Vt Thomas Aquinas, *Summa Theologica*, 1a 2ae, q. 94. Kasutatud 21.05.2016, <http://newadvent.org/summa/2094.htm>

²⁴ John Calvin, *Commentaries on the Epistle of Paul the Apostle to the Romans*. Toim. ja tlk John Owen. Grand Rapids, MI: Christian Classics Ethereal Library, i.a. Kasutatud 21.05.2016, <http://www.ccel.org/ccel/calvin/calcom38.vi.iv.html>.

Karl Barthile alust sügavaks kahtluseks selles, et inimesed saavad ilma jumalikule ilmutusele tuginemata esitada mis tahes eetikaalaseid argumente.²⁵

Lisaks on evangeelne eetika näinud ohtu selles, et väidetavalt loomulikke kordi või protsesse hakatakse absolutiseerima või objektiviseerima ning nende alusel kehtestatakse moraalsetele käitumisele absoluutsed piirid. Sellist absolutiseerimist, mida esines ka 20. sajandi alguse luterlikus teoloogias, on raske õigustada. Kõigepealt kipub see mööda vaatama Kristuses toimunud õigeksmõistmise tähendusest ja ajutisuse märgist, mille see tegelikkusele asetab. Lisaks tekib seal oht tõlgendada inimese moraalset vastutust vääriti kui midagi, mis seisneb looduses jumaliku dekreediga sätestatud reeglite täitmisel, mitte aga Jumala ligimesearmastuse eesmärkide järgimises konkreetsetes olukordades (vastutuse ja ligimesearmastuse vaherkorda on pikemalt käsitletud allpool punktis 3.4). Juba ammu on teada ka see, et sellises käsitusviisis võib väidetavalt „loomulikuks” peetav kergesti segi minna ühiskondlike võimustruktuuride ja huvidega. Kindlasti on seda juhtunud sooküsimustes. Väiteid, et teatud tegevused on naistele „loomuomased” ja teised jälle „loomuvastased”, on kasutatud patriarhaalsete ühiskonnamuudelite põlistamiseks, mis on hoidnud naisi kinni kodustes majapidamise ja lastekasvatamisega seotud rollides ning takistanud nende avalikku tegevust kodanikuühiskonnas, avalikus teenistuses ning kiriku ja ühiskonna juhtrollides.

Ent möödunud sajandist võib leida ka luterlikke ja reformeeritud mõtlejaid, kelle jaoks loomuõigus on praktilises mõtlemises tähtsamal kohal.²⁶ Viimastel aastatel on huvi loomuõigusliku mõtteviisi vastu evangeelsetes kirikutes kasvanud ning katoliiklaste ja protestantide vahel peetakse loomuõiguse küsimustes üha laiemalt oikumeenilisi kõnelusi.²⁷ Üldises plaanis on mõned evangeelsed teoloogid asunud leebemale seisukohale selles osas, mis puudutab inimese võimet looduse üle arutleda, väites näiteks sarnaselt Wolfhart Pannenbergiga, et teoloogia ei saa tegutseda lahus teadusele orienteeritud maailmamõistmisest.²⁸ Isegi need, kes kahtlevad inimese autonoomses moraalses mõtlemisvõimes, ei eita täielikult praktilise mõistuse vajalikkust. Näiteks Bonhoefferi järgi peab eetika pärast Kristuse tulemist muutuma püüdeks „katsuda läbi, mis on Jumala tahtmine” (Rm 12:2), kuid ka talle on selge, et inimese mõistus täidab selles läbikatsumistöös mitmes mõttes olulist ülesannet.²⁹

²⁵ Dietrich Bonhoeffer (2004) *Creation and Fall*. – Dietrich Bonhoeffer Works, 3. kd. Toim. John W. de Gruchy, Martin Rüter ja Ilse Tödt, tlk Douglas Stephen Bax. Minneapolis, MN: Fortress; Dietrich Bonhoeffer (2005) *Ethics*. – Dietrich Bonhoeffer Works, 6. kd. Toim. Ilse Tödt, Heinz Eduard Tödt, Ernst Feil ja Clifford J. Green, tlk Reinhard Krauss, Charles C. West ja Douglas W. Stott. Minneapolis, MN: Fortress, 299–338; Karl Barth (1956) *Church Dogmatics*. Tlk Geoffrey W. Bromiley. Edinburgh: T & T Clark, kd IV/1, 448.

²⁶ Vt *Law and Gospel*, 1.6.4; 2.7.

²⁷ Ibid., punkt 11.2.2 (4).

²⁸ Nt Wolfhart Pannenberg (1993) *Toward a Theology of Nature: Essays on Science and Faith*. Louisville, KY: Westminster John Knox.

²⁹ Bonhoeffer 2005, 299–338 (fragment “God’s Love and the Disintegration of the World”).

Ka looduse ja loomulikkuse mõistetele on antud suurem moraalne tähtsus, ja seda on teinud isegi mõned sellised autorid, kes on väljendanud eespool osutatud kahtlusi. Hea näide on taas Bonhoeffer, kelle välja töötatud teoloogiline looduskäsitlus võimaldab tal (muu hulgas) rääkida loomuõigustest. Põhimõte on selles, et me mõistame Jeesus Kristuse valguses seda, mis on loomulik ja seega millised loomuõigused inimestele kuuluvad.³⁰ Ka need, kes on kritiseerinud „loomupärasuse” mõiste kasutamist ideoloogilistel eesmärkidel, ei ole kõrvale heitnud kõiki „looduslikkusel” põhinevaid moraaliargumente. Näiteks mõned feministlikud teoloogid pooldavad mõistlikku naturalismi, kus võetakse piisavalt tõsiselt seda, et me oleme kehalised olendid, kuid jäetakse kõrvale naturalistliku ja loomuõigusliku mõtteviisi patriarhaalsed aspektid.³¹ Need teemad on mitme tagapool käsitleva praktilise küsimuse jaoks väga olulised. Näiteks millist normatiivset tähendust omavad nn loomupärased vanemlus- ja peremudelid ning mida saab selle põhjal eetikas järeldada tegevuste kohta (nt sugurakkude ja embrüote doonorlus või asendusematus), mille tagajärjeks on teistsugused vanemluse ja peresuhte vormid (6. ja 7. ptk)?

Ka katoliku kiriku loomuõigust käsitlevas mõtlemises on toimunud viimastel aastakümnetel olulised arengud ning peetakse elavaid väitlusi selle üle, kuidas mõista loomuõigust ja selle tähtsust. Mõned teoretikud on välja pakkunud käsitluse, mille aluseks pole ei usulised eeldused ega ka Aristoteelse filosoofia, vaid hoopis väide, et teatud „inimlike põhihüvede” olemasolu on enesestmõistetav. Nendest püütakse siis tuletada moraalinorme, rikkumata sealjuures Hume'i eristust oleva ja imperatiivse vahel.³² Teised on väitnud, et katoliiklikus loomuõiguse traditsioonis tuleks selgemalt rõhutada selle teoloogilist iseloomu ning mitte käsitada seda kui süsteemi, mille eesmärk on tuletada teatud enesestmõistetavatest algprintsipiidest konkreetseid moraalinorme.³³

Ent olenemata nende väitluste tulemusest, on loomuõiguslikul mõtteviisil katoliku kiriku õpetusametis suur mõju ning seda ka seoses reproduktiivmeditsiiniga. Näiteks põhineb sellel väide, et kunstlik viljastamine on alati põhimõtteliselt lubamatu (olenemata konkreetsetest asjaoludest ja arstlikust näidustusest), kuna „soojätkamise lahutamine abieluakti olemuslikult isiklikust kontekstist” on vastuolus inimväärikusega ja eetiliselt vastuvõetamatu.³⁴ Kuna evangeelsete kirikute kõne-

³⁰ Bonhoeffer 2005, 171–218 (fragment “Natural Life”).

³¹ Susan F. Parsons (1996) *Feminism and Christian Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press, eriti 10. ptk.

³² John Finnis (1980) *Natural Law and Natural Rights*. Oxford: Oxford University Press. Finnise ja teiste järgi kuuluvad põhihüvede hulka näiteks elu, teadmised, mäng, esteetilised kogemused, suhtlemisvõime, praktiline mõistus ja religioon.

³³ Vt Jean Porter (2004) *Nature as Reason: A Thomistic Theory of the Natural Law*. Grand Rapids, MI: Eerdmans.

³⁴ Usudoktriini kongregatsioon (2008) *Instruction Dignitas Personae on Certain Bioethical Questions*, punkt 16; vt ka punkt 12. Kasutatud 04.09.2018, http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20081208_dignitas-personae_en.html

lustes katoliku kirikuga suureneb huvi loomuõiguse teemade vastu, nagu eespool märgitud, on oluline, et ka evangeelsed kristlased oleksid kursis selliste reproduktiivmeditsiini suhtes kasutatavate põhjendusviisidega, kuigi EKOE dokumendis *Law and Gospel* („Seadus ja evangeelium“) on jäädud ettevaatlikuks ja öeldakse: „Evangeelne eetika [...] ei pea [loomuõiguse] traditsiooni piisavaks aluseks, millega saaks põhjendada moraalseid otsustusi.“³⁵

3.3.2 „Loomulikkuse“ väärtus

Üks uue ajal mitte üksnes evangeelses eetikas, vaid laiemalt lääne kultuuris toimunud muutus on suurenev „looduse“ ja „loomulikkuse“ tajumine millegi väärtuslikuna, mida tuleb inimese sekkumise eest kaitsta. Ökoloogiline kriis on paljusid inimesi veennud, et valgustusaegne ettekujutus looduse alistamisest mõistusele on põhimõtteliselt ekslik ning meil tuleb oma suhe nii looduskeskkonna kui ka meie endi kehaga ümber mõtestada. Looduse austamine ja loodusega kooskõlas tegutsemine on muutunud kultuuris mõjukateks ideaalideks ning see on toimunud täiesti sõltumatult loomuõiguslikust mõtteviisist.³⁶

Selles käsituses ei seisne keskne vastuolu looduse ja armu või mõistuse ja ilmutuse vastasseisus, vaid looduse ja tehnoloogia vastanduses – neist üks on „kasvanud“ ja teine on „tehtud“.³⁷ Loodust ei käsitata niivõrd siinpoolset maailma esindava immanentsi sfäärina, vaid pigem kuid midagi, mis on (veel) inimtegevusest puutumata – keeruline ja peenekoeliselt arenenud süsteem, kus valitsevad selle enda seadused ja struktuurid.³⁸ Mõnikord omandab kaasaegne looduse väärtustamine lausa religioosse alatoonini, mille tulemusena loodust isikustatakse ja sellele omistatakse jumalikke omadusi, näiteks tarkust.³⁹ Teistel juhtudel – näiteks seoses Michael Sandeli tuntud kriitikaga eugeenika ja geenitehnoloogia aadressil, mille järgi need kujutavad endast „isepäisuse ühepoolset võitu tänulikkuse üle, valitsemise võitu austuse üle, ümberkujundamise võitu imetluse üle“⁴⁰ – võib tekkida küsimus, kas selle

³⁵ *Law and Gospel*, lõige 11.2.2 (4).

³⁶ Värsket ülevaate loomulikkuse ideede esinemisest teadust, tehnoloogiat ja meditsiini käsitlevates avalikes debattides vt Nuffield Council on Bioethics (2015) *Ideas about Naturalness in Public and Policy Debates about Science, Technology and Medicine*. London: Nuffield Council. Kasutatud 04.09.2018, http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/Nuffield_Council_Naturalness_booklet.pdf.

³⁷ Jürgen Habermas (2003) *The Future of Human Nature*. Tlk William Rehg, Max Pensky ja Hella Beister. Cambridge: Polity Press.

³⁸ Nuffieldi nõukogu analüüsis juhitakse tähelepanu sellele, kuidas omadussõna „loomulik“ kasutatakse sünonüümina sõnadele normaalne, ehe, tegelik, tõeline, orgaaniline, rikkumata, puutumata, töötlemata; *Ideas about Naturalness*, 17.

³⁹ *Ibid.*, 58–77.

⁴⁰ Michael Sandel (2007) *The Case Against Perfection: Ethics in the Age of Genetic Engineering*. Cambridge, MA: Belknap Press, 85.

põhjenduskäigu taga ei ole vaikimisi hoopis traditsiooniline kristlik eeldus, et füüsilise maailm on Jumala loodud.⁴¹

Kristlaste jaoks on see looduse iseseisva väärtuse ja inimvõimete piiride uus äratundmine heaks võimaluseks astuda ümbritseva kultuuriga dialoogi. Ent sellega seoses tekib keeruline küsimus, kuidas rääkida looduse moraalsest tähtsusest nii, et see oleks kooskõlas ristiusu põhiõpetusega: meid ümbritsev loodus ei ole iseneest jumalik ega lihtsakoeliselt samastatav Jumala hea looduga, millele osutab 1 Ms 1:31. Loodus oma praegusel kujul vajab lunastust täpselt sama palju nagu inimesed ise (vt Rm 8:20jj). Seega võivad kristlased nõustuda pigem nende ilmalike mõtlejatega, kelle arvates „loodus, kaasa arvatud inimloomus, ei ole läbinisti hea”⁴² ning pole mingit põhjust seda idealiseerida või romantiseerida. Ent lisaks sellele peavad kristlased rõhutama, et looduse, eriti inimloomuse, lunastamine ja täiuseni viimine on Jumala eesõigus, mitte inimeste ülesanne. Kristlased on rohkem valmis otsima looduse ebatäiuslikkusest headuse ja tarkuse jälgi kui need, kes peavad loodust „moraalselt pimedat, tujukat ja tugevalt kammitsetud vusserdaja”⁴³ töö tulemuseks.

See väga üldine ülevaade looduse moraalsest tähtsusest ei ole piisav, et anda praktilisi juhtnööre seoses küsimustega, mis inimestel seoses teaduse, tehnoloogia ja meditsiiniga tekivad. Evangeelse eetika teine ja palju raskem ülesanne on õppida tegema vahet sellistel loodusesse sekkumistel, mida saab pidada inimkonna kultuurilise ülesande täitmiseks (vt 1 Ms 1:28), ja selle piiridest väljuval tegevusel, mille eesmärk ei ole üksnes loodust kultiveerida, vaid seda süvatasandil kuidagi paremaks teha. Tõenäoliselt ei saa kunagi olema lõplikku tunnuste kogumit, mille järgi saaks eri tegevusi kindlalt ühele või teisele poole liigitada, ja arvatavasti ei ole ka nende poolte eraldusjoon ise püsivalt paigas. Sellegipoolest võib väita, et vähemalt selliste inimlike põhikogemuste puhul nagu soojätkamine ja lastekasvatamine, mis on seotud kehalise olendina elamise sügavama olemusega, peaks looduslikel meetoditel olema eesõigus tehnilike meetodite ees (kuigi see eesõigus võib olla vajadusel tühistatav). Muu hulgas tähendaks see, et kehavälist viljastamist tuleks kasutada ainult piisava meditsiinilise näidustuse korral, mitte tehnoloogilise lahendusena ühiskondlikele probleemidele, näiteks karjääri nimel lapsesaamise edasilükkamisele (vt 4. ptk). Samuti järelduks sellest, et kõigisse reproduktiivtehnoloogiatesse tuleks suhtuda väga ettevaatlikult, mille eesmärk ei ole üksnes loodusliku viljakuse häiret kõrvaldada või kompenseerida, vaid soojätkamine ja looduslik viljakus teineteisest täielikult lahutada (vt 10. ptk).

⁴¹ Michael Banner (2009) *Christian Ethics: A Brief History*. Chichester: Wiley-Blackwell, 101; Neil Messer (2011) *Respecting Life: Theology and Bioethics*. London: SCM Press, 91–94.

⁴² Allen Buchanan (2011) *Better than Human: The Promise and Perils of Enhancing Ourselves*. Oxford: Oxford University Press, 52.

⁴³ Op. cit., 29.

3.4 Soojätkamise käsitus Piiblis ja teoloogias

Piiblis räägitakse väga palju järeltulevatest põlvetest, lapsesoovist, viljakusest ja viljatusest. Piibli Jumal on neist teemadest äärmiselt huvitatud. „Olge viljakad ja teid saagu palju,” ütleb ta enda loodud inimestele 1 Ms 1:18. See ei ole käsk, vaid õnnisussoov. Aabrahami ülesanne on saada suure rahva esiisaks ja tema naine Saara sünnitab poja, olgugi et tal on menopaus ammu ära olnud. Sama toimus Ristija Johannese vanemate Sakariase ja Eliisabetiga. Iisaki naine Rebeka oli alguses viljatu, kuid jäi siis Jumala abiga rasedaks ning sünnitas kaksikud Jaakobi ja Eesavi. Jaakob omakorda abiellus hiljem õdede Lea ja Raaheliga. Lea, keda Jaakob ei armastanud, sai mitu last, samas kui Jaakobi elu armastus Raahel jäi esialgu lastetuks. Piibliloo tõlgendatakse seda kui Jumala võrdsustavat õiglust. Sarnane saatus tabas Elkana naisi Hannat ja Peninnat. Peninna sai lapsi, aga Elkana jumaldata Hanna jäi viljatuks (1 Sm 1).

Vana Testamendi ajal ei tähendanud soovimatu lastetus üksnes Jumala määratud saatust, vaid ka ühiskondlikku puuet. See motiiv kordub pidevalt Psalmides. Nii nagu Hanna valas oma hinge palvesse ja sünnitas hiljem Jumala abiga prohvet Saamueli, nii kaebavad paljud palvetavad mehed ja naised Psalmides lastetusest tingitud kannatuste üle (Ps 6; 17; 31). Nad tunnevad, et on „nörkenud” (Ps 6:3), „ununenud nagu surnu” ja „nagu katkiläinud saviriist” (Ps 31:13), samas kui teiste puhul täidab Jumal nende „kõhu” varaga ja „nende pojad saavad rohkesti” (Ps 17:14).⁴⁴ Psalmides kurdetakse ka nurisünnituste üle.

Selleks et rohkem lapsi saada, ei tuginenud Piibli tegelased kaugeltki ainult palvetele. Polügaamia oli Vana Testamendi ajal aktsepteeritud kooseluvorm. Lisaks olid naistel teenijad, kelle lapsed olid seaduse silmis võrdsustatud abielunaiete bioloogiliste lastega. Näiteks enne, kui eakas Saara ise rasedaks jäi, sünnitas Saara teenija Haagar Aabrahamile poja Ismaeli. Samal kombel sai emaks ka lastetu Raahel, kelle orjatar Billa sai Jaakobiga kaks poega. Raahel ise jäi rasedaks ainult tänu erilisele alrauni viljale ehk armuõunale (1 Ms 30:14jj). Hanna rasestus pärast seda, kui oli töötanud, et tema poeg pühitsetakse Jumalale ja kasvatatakse üles templis. Sama juhtus ka Simsoni sünniga seoses (Km 13). Lesestunud naised aga abiellusid lahukunu vennaga ning neile sündinud lapsi peeti surnud mehe järeltulijateks (1 Ms 38).

Loomulikult ei ole nende Piibli meenutuste eesmärk põhjendada siin polügaamia või mõne muu ammuse kultuuritava kasutusele võtmist. Tänapäeva kristliku abieli ja peresuhete norme ei saa Vana Testamendi kirjeldavatest või jutustavatest tekstidest üksüheselt välja lugeda. Küll aga võib nendest näha, kui tõsiselt võeti piibellikus traditsioonis täitumata lapsesoovi. „Isegi kui praegusaegne individualistlik lapsesoo on hiljutine nähtus ning Raaheli ja Hanna ajendid erinesid tänapäeva

⁴⁴ See on selle kirjakohta üks paljudest võimalikest tõlgendustest, mille kohta vt Marianne Grohmann (2007) *Fruchtbarkeit und Geburt in den Psalmen*. – FAT 53. Tübingen, 287jj.

naiste omadest, võib leida paralleele selles, kuidas see soov avaldub tingimusteta, tungival ja kõikehõlmaval kujul.⁴⁵ Lisaks ilmneb siit, et see range seos bioloogilise vanemluse ja abielupaari loomuliku suguakti vahel, mida nõuab eelkõige roomakatoliku õpetusamet, ei ole rangelt võttes Piiblist tuletatav.

Tänapäeva reproduktiivmeditsiiniga seotud küsimusi käsitlev teoloogiline refleksioon ei peaks piirduma juhtnööride otsimisel ainult Vana Testamendi traditsiooniga. Pigem tuleks neid küsimusi vaagida Uue Testamendi valguses. Uues Testamendis lisandub abielu, perekonna ja tulevate põlvete käsitlelele eshatoloogiline reservatsioon. Paulus kirjutab 1 Kr 7:31, et „praeguse maailma pale on möödumas”. Kristuse peatse taastuleku ootuses eelistab Paulus abielule ja perekonnale tsõlibaati ja seega ka lastetust. Jeesus ise ei olnud abielus ja tal ei olnud lapsi. Ta nimetab vennaks, õeks ja emaks mitte oma bioloogilise perekonna liikmeid, vaid neid, kes teevad Jumala tahtmist (Mk 3:35). Jüngrite ülesanne on otsida Jumala riiki ja tema õigust, mitte muretseda perekonna ja maiste järeltulijate pärast (Mt 6:33).

Sellised Uue Testamendi kaalukad kirjakohtad võivad olla abiks hingehoiul, kui nõustatakse paare, kes kannatavad soovimatu lastetuse all. Tõsi, Luuka evangeeliumi 1. peatükis räägitakse Sakariase ja Eliisabeti lastetusest ning neile vanas eas Jumala sekkumise läbi sündinud lapsest, kellest sai Ristija Johannes. Nagu Saamuel Vanas Testamendis, nii pidi ka Johannes üles kasvama nasiirina ja temast pidi saama suur prohvet. Ent erinevalt Vana Testamendi lugudest ei ole siin põhiteema lastetusest võitu saamine, vaid Messia tulekuks valmistumine ja saabuv eshatoloogiline jumalariik, kus abielul ja perekonnal ei ole enam endist tähtsust. Isiku ja eriti naise väärtus ei sõltu sellest, kas ta saab lapsi või mitte. Seega võivad need tekstid anda tänapäeva lugejale kinnitust, et mõtestatud elu, kaasa arvatud täisväärtuslik armastussuhe ja abielu on võimalikud ka ilma lasteta. Kui inimene lepib sellega, et ta ei saa lapsi, võib ta leida elule mõtet ja rahuldust muudest tegevustest.

Efesose kirjas (5:22–6:9), Kolossa kirjas (3:18–4:1), Peetruse esimeses kirjas (2:18–3:7) ja Pauluse õpilaste karjasekirjades kirjeldatud hierarhiline perekonnakorraldus vastab olukorrale, milles tolle ajastu kristlased perekondi rajasid ja lapsi said. 1 Tm 2:15 väidetakse, et naine „pääseb lastesünnitamise kaudu, kui ta mõdukuses jääb usku ja armastusse ja pühitsusse”. See väide on seotud arusaamaga, et naistel ei ole lubatud koguduses avalikult õpetada. Selliseid avaldusi ja nende aluseks olevat sugude patriarhaalset vahekorda tuleb esmalt vaadelda nende ajaloolises kontekstis ning seejärel tuleb neid teoloogiliselt analüüsida Piibli terviktunnistuse valguses. Seetõttu tuleb tänapäeval lastetusest ja reproduktiivmeditsiinist rääkides hoiduda nende kirjakohtade biblitsistlikust tsiteerimisest. Ent vaatamata nende tekstide sügavalt probleemsetele tahkudele, mida tuleb endale täielikult teadvustada, näitavad nad meile varakristlaste kogudusi ja elukorraldust, kus kristlased said ja kasvasid jätkuvalt lapsi ning neid innustati seda tegema viisil, mis oleks kooskõlas

⁴⁵ Ibid., 329.

nende pühendumisega Kristusele. Nende tekstide tähtsus käesoleva käsitluse jaoks ei seisne selles, et need on soojätkamise ja lastetuse küsimusi reguleerivate normide allikad, mille põhjal saaks anda reproduktiivmeditsiinile eetilise hinnangu. Pigem on nad olulised selles mõttes, et neis kajastub abielu, perekonnaelu ja soojätkamise kristlik väärtustamine, mida tuleb lugeda koos eshatoloogilise reservatsiooniga ja mis on sellega pingevahekorras. Veel kord: sellistes tekstides soovitud pereelu ja lastekasvatamise *vorme* ei ole vaja ega tohikski käsitada lihtsustatult ja tänapäevani normatiivses tähenduses. Küll aga võib püsiv tähendus olla *asjaolul*, et laste saamist ja pereelu peetakse endiselt soovitavaks. Kuigi eshatoloogiline reservatsioon tähendab seda, et pereelu ja soojätkamine ei ole Kristuse valguses enam kõige tähtsam eesmärk, meenutavad kodukorrad ja muud sarnased tekstid meile, et pere ja lapsed võivad ka edaspidi olla tähtsuselt *teisel kohal*, kuna nende valdkondade kaudu on võimalik teostada Jumala teenimise ja ligimesearmastuse eesmärke – asjaolu, mida reformaatorid väga hästi mõistsid.

Laste soovimine ja saamine ei ole lääne ühiskondades enam enesestmõistetav elu osa. Nii Euroopa keskosas kui ka Kagu-Euroopa riikides on sündimus viimastel aastakümnetel järsult langenud. Tahtlik lastetus ei ole enam sugugi erandlik nähtus. Pereplaneerimine ja rasestumisvastased vahendid on muutunud millekski, mille üle iga inimene saab oma elu korraldamisel ise otsustada. Paarid ja eriti naised võivad laste saamist mitmesugustel põhjustel aastaid edasi lükata. Kui nad lõpuks tunnevad, et on valmis, võib neid šokina tabada tõdemus, et nende lapsesoo ei täitu. Kirikute ja koguduste tegevus ning pakutavad võimalused on väga sageli suunatud ühekülgselt vaid peredele ja paaridele. See võib tekitada asjaolude tõttu lastetuks jäänud inimestes tunde, et kirik ei pööra nende konkreetsetele vajadustele ja huvidele piisavalt tähelepanu.

Täitumata lapsesoo ei pruugi jääda ainult suhet koormavaks isiklikuks saatuselöögiks, vaid sellest võib saada ka ühiskondlik häbimärk. Kuni 1970. aastateni tegeleti lääne ühiskondades aktiivselt bioloogilise reproduktiivsuse (kasutame teadlikult seda tehnokraatlikku väljendit) edendamisega. Ühiskondlikust ideaalist kõrvale kalduvad lastetud paarid tajusid, et neid diskrimineeritakse. Ent alates 1980. aastatest on abielu ja lastesaamise enesestmõistetavus vähenenud ning järjest enam on tunnustatud uusi kooseluvorme ja vallalisena elamise võimalust. Sellegipoolest on pere- ja rahvastikupoliitika endiselt suunatud sellele, et innustada kodanikke lapsi saama. Mõnes Euroopa riigis, näiteks Saksamaal, käivad meediast aeg-ajalt läbi košmaarsed tulevikupildid rahvusriikide väljasuremisest, samal ajal kui rahvastiku vähenemise korvamine suurema sisserändega põhjustab ägedaid vaidlusi. Sellel taustal võib asjaoludest tingitud lastetus endiselt põhjustada suuri psühholoogilisi pingeid, sest see ei vasta abielu ja perekonna ideaalile, mis on ühiskonnas endiselt mõjukas. Ka lähisuhted pereliikmete ja sõprade vahel võivad kannatada, kui ühtesid õnnistatakse lastega, aga teiste lapsesoo jääb rahuldamata. Sel ajal, kui esimesed keskenduvad täielikult lastele ja pereelule, jäävad teised üksinda, mis võib osutada

eriti raskeks nende puhul, kellel on nooruses väiksem suhtlusringkond ja vähem huvi erinevate meelelahutusvormide vastu.

Seega ei ole soovimatu lastetus üksnes eetikaküsimus, vaid ka hingehoidlik probleem, millega kirikud ja teoloogid peavad tegelema. Mõistagi sõltuvad hingehoidlikud kaalutlused ja vastused sellest, millise teoloogilise ja eetilise hinnangu annab konkreetne kirik reproduktiivmeditsiinile. Ent teistpidi võib hingehoiukogemust arvesse võtta ka teoloogilise ja eetilise hinnangu andmisel või vähemalt selle hinnangu avalikkusele tutvustamisel ja praktikasse rakendamisel. Mõned kristlased on väga ettevaatlikud kehavälise viljastamise suhtes või taunivad seda koguni täielikult, kuna sellega kaasneb inimese embrüote hävitamine (seda seisukohta esindab roomakatoliku õpetusamet, aga seda kohtab ka evangeelsetes kirikutes). Kirikus juhtivatel ametikohtadel olevad isikud, kes seda seisukohta toetavad, võivad tunda endal kohustust esitada samasuguseid õpetussõnu ka oma kogudusele. Ent eespool käsitletud Piibli teemade ja ühiskondliku konteksti valguses võib see välja kukkuda kalgilt ja ebaõiglaselt, kui kaasaegselt reproduktiivmeditsiinilt abi lootvaid paare süüdistatakse isekuses ja alandlikkuse puudumises. Teiselt poolt on paljud evangeelsed kristlased soovimatu lastetusega seotud hingehoiukogemusi arvestades valmis tunnustama reproduktiivmeditsiini kui vahendit, mis võimaldab rahuldada inimeste sügavat igatsust laste järele. Ent seda tehes peavad nad kaaluma ka seda, kuidas vastata neile, kelle arvates reproduktiivtehnoloogiate kasutamine näitab lugupidamatust embrüonaalse inimelu suhtes või alandab inimväärikust, lahutades üksteisest seksuaalakti ja soojätkamise (neid mureküsimusi on käsitletud vastavalt punktides 3.5 ja 3.6).

3.5 Inimembrüo moraalne staatus

Mitmete käesolevas juhendis käsitletud tehnoloogiatega kaasneb inimese embrüote hävimine. Kehavälise viljastamise käigus viljastatakse tavaliselt rohkem munarakke, kui on vaja emakasse siirdamiseks (4. ptk). Ülejäänud embrüod võidakse kuudeks või aastateks krüokonserveerida (5. ptk), aga kui bioloogilised vanemad nende siirdamist ei soovi, tekib varem või hiljem küsimus, mida nendega teha. Kas annetada need teistele last soovivatele naistele või paaridele (6. ptk), kasutada neid teadusuuringutes (9. ptk) või lasta neil lihtsalt surra? Siirdamiseelses geenidiagnostikas (punkt 8.2) kontrollitakse kehavälise viljastamise käigus saadud embrüotel sageli geneetiliste haiguste esinemist. Kui embrüolt leitakse geenihaiguse markereid, siis emakasse siirdamise asemel see hävitatakse või antakse üle teadusuuringuteks. Lisaks on inimese embrüo uurimine olnud vajalik kehavälise viljastamise ja muude reproduktiivtehnoloogiate arendamiseks. Seega kokkuvõtteks kaasneb reproduktiivmeditsiiniga selle praegusel kujul inimembrüote hävimine, mistõttu me ei saa mööda minna küsimusest, kas selline embrüonaalse inimelu lõpetamine on moraalselt õigustatud.

Alates 1970. aastate algusest on bioetikas selliste küsimuste lahendamiseks sageli kasutatud isiku mõistet.⁴⁶ Tehakse vahet „inimolendil” ja „isikul”. Isik on „moraalse kogukonna liige”, kellel on õigus moraalsele austusele, mida me osutame (enamikule) kaasinimestele. Isikut on võimalik ära tunda terve rea tunnuste järgi, nagu mõtlemisvõime, eneseteadvus, suhete loomise võime ning võime omada eelistusi või huve. Sellise isikukäsituse järgi saaks isikuks pidada ka inimesest erinevat olendit, kes vastaks kõigile või enamikule tunnustele, samas kui mitte ühelegi neist tunnustest vastav inimene ei oleks isik. See käsitus toetab nn gradualistlikku arusaama, mille kohaselt inimene omandab embrüo ja loote arengu käigus järk-järgult need omadused, mille põhjal me hakkame teda isikuks pidama. Gradualistlikust vaatevinklist paiknevad embrüod selle protsessi väga varases staadiumis: neil puuduvad praktiliselt kõik isiku tunnused ja neid ei saa (veel) pidada isikuks. Seega ei ole neil õigust samasugusele moraalsele austusele nagu isikutel (kuigi *potentsiaalsete* isikutena võib neil olla teatud moraalne väärtus) ning nende hävimine viljatusravi, geenitestide või teadusuuringute käigus võib olla põhjendatud ära hoitava kahju või saadava kasuga.

Kirjeldataud seisukoht on muutunud avalikkuses suuresti üldtunnustatuks (vähemalt ingliskeelsetes maades) ning selle toetuseks kasutatakse mõnikord väga mõjusaid ja emotsionaalseid argumente. Näiteks võidakse neid, kes esitavad inimembrüo uuringute suhtes moraalseid vastuväiteid, kujutada kui ülitundlikke inimesi, kelle jaoks „religiooselt motiveeritud” moraalsed kõhklused on tähtsamad kui kaastunne last soovivate paaride või eluohtliku haigusega patsientide suhtes.⁴⁷

Debati vastaspoolelt võib leida hoopis teistsuguse isikukäsituse. Roomakatoliku õpetusdokumentides küsitakse: „Kuidas saaks inimindiviid mitte olla inimisik?”⁴⁸ Sellest retoorilisest küsimusest nähtuvat soovi mitte eristada „inimolendit” ja „isikut” seostatakse mõnikord (kuigi mitte alati) aristotellik-tomistliku metafüüsikaga: inimisikut eristav tunnus on inimhing, mis annab materiaalsele kehale äratuntavalt inimliku vormi. Inimhinge olemasolu on miski, mida ei saa tuvastada teatud tun-

⁴⁶ Nt Mary Ann Warren (1973) On the Moral and Legal Status of Abortion. – *The Monist* 57.4. Mõned bioetikud kasutavad ka muid termineid, näiteks Joseph F. Fletcher on rääkinud „isiku tunnuste” asemel „inimsuse tunnustest” (nt Four Indicators of Humanhood – The Enquiry Matures. – *Hastings Center Report* 4 (detsember 1975), 4-7), kuid põhjenduskäigu sisu jääb põhimõtteliselt samaks ka terminoloogiliste erinevuste korral.

⁴⁷ Näiteks seoses Ühendkuningriigi inimviljastamise ja -embrüoloogia seaduse muutmisega 2008. aastal tervitas üks ajakirjanik parlamendis toimunud hääletust järgmise kommentaariga: „Kuna kõik riigi juhtivad teadusasutused toetavad tsüبریidide [üks inimese ja muu organismi hübriid-embryo vorm, millest on pikemalt juttu 8. peatükis] uurimist, oleks keeld tähendanud, et see läbimõeldud konsensus on parlamendi jaoks väiksema kaaluga kui religioosse vähemuse valjuhäälsed mureavaldused.” Mark Henderson (2008) Benefits Are Years Off, but it’s a Victory for Scientific Freedom. – *The Times* (20. mai 2008), 4.

⁴⁸ Johannes Paulus II (25. märts 1995) *Evangelium Vitae*, punkt 60. Kasutatud 12.01.2016, http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html; tsiteeritakse usudoktriini kongregatsiooni dokumenti *Instruction on Respect for Human Life in its Origin and on the Dignity of Procreation Donum Vitae* (22.02.1987), I, nr 1.

nuste loendi põhjal. Selle seisukoha järgi ei saa inimembrüot pidada mitteisikuks ega ka potentsiaalseks isikuks, vaid ta on inimesik oma kõige varasemast arengustaadiumist alates.⁴⁹

Sarnased arutelud toimuvad ka evangeelses eetikas. Näiteks esimesele isikukäsitusele võib vastata Hartmut Kreßi väitest, et emakaseinale kinnitumata embrüo arengustaadium (tegeliku individuaalsuse puudumine, puuduv *Gestalt* jne) ei ole piisav, et kaitsta seda samal tasemel nagu nidatsioonijärgset embrüot.⁵⁰ Ka teised väljapaistvad evangeelsed eetikud on Piiblile tuginedes leidnud, et taolised seisukohad on võimalikud ja eetiliste otsuste tegemisel (näiteks kas kasutada üle jäänud embrüoid tüvirakkude uuringutes) tuleb arvesse võtta ka muid asjaolusid peale embrüo ontoloogilise ja moraalset staatuse.⁵¹ Seevastu (näiteks) Wilfried Härle on veendunud, et embrüo on inimväärikust omav inimolend alates viljastamise hetkest⁵² ning Ameerika luterlane Gilbert Meilaender väidab sarnaselt, et „inimembrüo väärib igati meie moraalset austust ja selline austus ei käi kokku embrüo tahtliku hävitamisega teadusuuringutes”.⁵³ Sarnane veendumuste palett tuleb esile ka EKOE liikmeskirikute dokumentidest.⁵⁴

Mõistagi on embrüo moraalset staatust käsitlevate debattide taga sügavamad filosoofilised ja eetilised arutlused selle üle, mis on üldse *mistahes* isiku moraalset staatuse aluseks. Mõlemad eespool kirjeldatud seisukohad põhinevad teatud filosoofilistel eeldustel. Ekslik on kujutada neist ühte „religioossena” (ja seetõttu eba- või irratsionaalsena) ja teist automaatselt ratsionaalsena, nagu mõnikord tehakse. Nende väitluste lähem uurimine osutab pigem sellele, et isiku mõistel põhinevad argumentid ei sobi tegelikult eriti hästi nende küsimuste lahendamiseks, sest isiku mõiste ise on vaieldav ja erinevad määratlused viivad äärmiselt erinevate tulemusteni. Näiteks Maureen Junker-Kenny on täheldanud, et isiku mõiste kohta käivad argumentid

⁴⁹ Craig Payne (2010) *Why a Fetus is a Human Person from the Moment of Conception: A Revisionist Interpretation of Thomas Aquinas' Treatise on Human Nature*. Lewiston, NY: Edwin Mellen; Robert P. George ja Alfonso Gómez-Lobo (2005) The Moral Status of the Human Embryo. – *Perspective in Biology and Medicine* 48.2, 201–210 (viimases ei osutata küll otseselt aristotellik-tomistlikule hingeõpetusele).

⁵⁰ Hartmut Kreß (2003) *Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und medizinische Wertkonflikte heutiger Medizin*. Stuttgart: Kohlhammer, 123–125.

⁵¹ *Vt Streiffall Biomedizin. Orientierung in christlicher Verantwortung, mit einer Einführung von T. Rendtorff* (2003). Toim. Reiner Anselm ja Ulrich H.J. Körtner. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; Ulrich H.J. Körtner (2005) „*Lasset uns Menschen machen*”. *Christliche Anthropologie im biotechnologischen Zeitalter*. München: C.H. Beck.

⁵² Wilfried Härle (2011) *Ethik*. Berlin/New York: De Gruyter, 253jj.

⁵³ Gilbert C. Meilaender (2002) Statement of Professor Meilaender. – *President's Council on Bioethics, Human Cloning and Human Dignity: An Ethical Inquiry*. Washington, DC: President's Council on Bioethics, 288–291, 290. Kasutatud 07.09.2015, <https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/reports/cloningreport/>.

⁵⁴ Nt Joint Public Issues Team (2008) *Created in God's Image: An Ecumenical Report on Contemporary Challenges and Principles relating to Early Human Life*. Kasutatud 07.09.2015, <http://www.methodist.org.uk/conference/conference-reports/2008-reports>

jäävad sageli kinni „hermeneutilisse ringi”: iga vaidluspool kaldub eelistama seda isiku määratlust, mis annab embrüo staatuse küsimuses tema soovitud tulemuse.⁵⁵ Probleem võib olla tingitud isiku mõiste keerulisest mõtteloolisest pärandist: see sai alguse kolmainuõpetuse ja kristoloogiaga seotud argumentidest ega olnud mõeldud kasutamiseks tänapäeva bioeetikat käsitlevates väitlustes. Isiku mõistest sai moraalise kogukonna piiritlemiseks sobiv kriteerium alles pärast seda, kui John Locke selle mõiste sisu 17. sajandil üsna radikaalselt uuendas.

Igal juhul võib kristlastel olla seoses isiku mõiste sellise kasutamisega mitmeid olulisi kõhklusid. Neist üks avaldub tõdemuses, et sellise käsitluse järgi seatakse kaas-inimesele moraalise austuse osutamine sõltuvusse sellistest võimetest ja omadustest nagu mõtlemisvõime ja eneseteadvus. Minevikus on sarnaseid tunnuseid kasutatud naiste ja teistsuguse nahavärviga inimeste tõrjumiseks ning tänapäeval kasutatakse neid sarnaselt sügava puudega (eriti tajuhäiretega) isikute, dementsust põdevate vanurite ja muude isikute suhtes. Loomulikult ei ole see lõplik argument, mis välistab selliste tunnuste igasuguse kasutamise bioetika põhjenduskäikudes, kuid see peaks kristlasi siiski korraks mõtlema panema, kuna nad ju soovivad hoolitseda haavatavate ja tõrjutute eest.

Teine kõhklus seostub juba *püüdlusega* leida üldse mingeid moraalise kogukonna piire määratlevaid tunnuseid. Mitmed kommentaatorid, kes on käsitlenud Lk 10:25–37 esitatud Jeesuse vestlust seadusetundjaga, väidavad, et seadusetundja küsimus „Kes on mu ligimene?” täidab täpselt sama eesmärgi: ta otsib mingit tunnust, mille põhjal eristada kõigi inimeste seast neid, keda ta on kohustatud armastama. Selle tõlgenduse järgi kummutab Jeesuse poolt vastuseks öeldud tähendamissõna halastajast samaarlasest kogu seadusetundja ürituse ligimeste rühma kuidagi piiritleda ning asetab selle konkreetse vastuse andmise asemel hoopis uude valgusse. Küsimus ei ole enam selles, kes on minu ligimene, vaid pigem selles, mida ma olen kutsunud tegema, et *olla ise* ligimene neile, keda ma kohtan. Analoogselt peaksid kristlased (selle argumendi järgi) hoiduma taolisest piiride seadmisest, mida vaiki-misi eeldab tänapäeva bioetiku küsimus: „Kes on isik?”⁵⁶

Ent selles, kui kaugele taolise kriitikaga saab minna või peaks minema, esineb erinevaid seisukohti. Selle kriitika mõõdukamas versioonis on mureküsimuseks eelkõige oht, et teatud isikud jäetakse moraalise kehtivusalast välja või omistatakse neile teistest madalam moraalne staatus. Selle seisukoha järgi peab igasugune arutus moraalise staatuse üle algama tõdemusest, et eranditult igal inimolendil (või vähemalt igal juba sündinud inimesel) on võrdne väärikus, mille aluseks on Jumala loov ja lunastav armastus tema vastu. Taolise mõtteviisi toetajate jaoks on põhiküsimus

⁵⁵ Maureen Junker-Kenny (1999) *Embryos in vitro, Personhood, and Rights. – Designing Life? Genetics, Procreation and Ethics*. Toim. Maureen Junker-Kenny. Aldershot: Ashgate, 130–158.

⁵⁶ Nt Richard B. Hays (1996) *The Moral Vision of the New Testament: Community, Cross and New Creation*. New York, NY: Harper Collins, 451; Ian A. McFarland (2001) ‘Who Is My Neighbor?’ *The Good Samaritan as a Source for Theological Anthropology. – Modern Theology* 17.1, 57–66.

selles, mil määral ja kuidas saab seda moraalset hoolt, mida me peame üles näitama kaasinimeste suhtes, laiendada ka muudele olenditele, ilma et see muutuks vastuoluliseks. Kui sõnastada see küsimus eespool osutatud Luuka kirjakoha laadis, võiks see kõlada järgmiselt: kas me saame olla ligimesed kõigile Jumala loodutele, kaasa arvatud loomadele, taimedele ja kividele, või kaotab ligimese mõiste selliselt kasutades oma mõtte? Sellele küsimusele võidakse kindlasti anda erinevaid vastuseid koos neid toetavate erinevate argumentidega, milles käsitletakse nii inimesest erinevaid olendeid (selle teemaga me siin pikemalt ei tegele) kui ka inimolendit tema sünnieelses seisundis. Näiteks on võimalik väita, et pole mingit põhjust kohelda embrüot teisiti kui sündinud inimolendit, sest juba embrüos peitub potentsiaal saada täielikult väljaarenenud inimeseks. Teisalt võib aga võtta ka seisukoha, et varases arengustadiumis embrüo on liiga abstraktne ja ebaisikuline moodustis selleks, et hoolitseda selle eest võrdväärselt juba sündinud inimese või hilises rasedusjärgus oleva lootega. Need kaks võimalikku põhjenduskäiku näitavad, et ka see mõõdukam käsitlusviis ei suuda täielikult vältida erinevat laadi olendite võrdlemist ja moraalselt oluliste eristuste sõnastamist.⁵⁷ Selle põhisoov on laiendada moraalset hoolt alla kuuluvat valdkonda, kuid kui erinevate olendite ja nende huvide vahel tekib vastuolu, siis ollakse ka seal valmis väitma, et ühtede õigus kaitsele võib olla põhjendatum kui teistel.

Radikaalsem kriitiline käsitlus võiks väita, et *igasugune* katse määratleda moraalset kogukonda piire või eristada olendeid selle järgi, kas nende õigus kaitsele on rohkem või vähem põhjendatud, on ekslik. Sel juhul tuleks aga leida mingi moodus, kuidas rääkida meie kohustustest embrüote ees ilma taolisi eristusi tegemata. Selle seisukoha pooldajad võivad näiteks võtta lähtekoha, et elu on Jumala kui Looja hea and, millega kaasneb ülesanne seda ülistada, austada ja kaitsta igal pool, kus me seda kohtame.⁵⁸ Sellises käsitluses esitatakse keskne küsimus inimembrüo moraalsetest õigustest järgmisel kujul: kuidas ülistada, austada ja kaitsta elu kui Jumala head andi nendes valusates ja mõnikord traagilistes olukordades, mille leevendamine on reproduktiivmeditsiini ja embrüouuringute eesmärk? Sellele küsimusele vastamist raskendab asjaolu, et mõnes sellises olukorras (kuigi mitte alati) võivad erinevate inimeste õigused üksteisega vastuollu minna. Võib juhtuda, et oma last soovivate vanemate igatsust uue elu anni järele saab rahuldada üksnes kehavälise viljastamisega, mis aga tekitab võimaluse, et selle käigus jääb üle kasutamata embrüoid. Samuti on võimalik, et kõige parem väljavaade mõne raske haiguse, näiteks Parkinsoni tõve vastu ravi leidmiseks peitub just inimese embrüote või embrüonaalsete tüvirakkude uurimises.

⁵⁷ Need eristused ei pruugi põhineda vaadeldavate olendite olemuslikel omadustel, vaid võivad lähtuda ka sellest, milline on nende suhe meiega või meie suhe nendega.

⁵⁸ Karl Barth (1961) *Church Dogmatics*, kd III.4. Tlk A. T. MacKay et al. Edinburgh: T & T Clark, § 55.1.

Kui moraalset kogukonda piiride määratlemiseks kasutatakse isiku mõistet ja isikulisuse kindlakstegemisel lähtutakse teatud tunnuste loendist, siis on neid küsimusi suhteliselt lihtne lahendada. Sel juhul tõenäoliselt järeldatakse, et inimembrüo ei ole (veel) inimisik. Selle hävitamisel võib küll olla teatud moraalne hind, kuid lihtne on näha, et soovitud raseduse või raske haiguse ravi näol saadav kasu kaalub selle üles. Ent kui kristlased ei saa sellise käsitlusviisiga piibellikel või teoloogilistel põhjustel rahule jääda, siis kas me suudame leida mõne parema võimaluse, kuidas sellist õiguste vastuolu lahendada?

Kui „isiku” kategooria ei anna lahendamiseks piisavaid tingimusi, siis piibellikult ja teoloogiliselt sobivam võiks olla „ligimese” kategooria – tingimusel, et seda ei kasutata Jeesuse poolt Lk 10:25–37 kaudselt kritiseeritud moel vahendina, mille abil piirata meie moraalset hoolt alla kuuluvate isikute ringi. Seega ei ole vaja enam küsida, kas embrüo on isik, vaid pigem, kuidas tegutseda ligimesena nende suhtes, kelle Jumal on meile armastada andnud.⁵⁹ Kui selle küsimuse eesmärk on hoiduda moraalsest hoolt väärivate olendite ringi piiritlemisest mingi otsese või kaudse tunnuste loendi alusel, siis on oluline meeles pidada, et Jumal on kutsunud meid olema ligimeseks nii inimembrüotele kui ka last igatsevatele paaridele, asendusemadusega seotud vaidluste keskmesse sattunud lastele, geenihaigusega lastele ja Parkinsoni tõbe või muud sarnast haigust põdevatele täiskasvanutele. Paljude tänapäeva inimeste jaoks on see võõras mõtteviis ja mõte, et meid on kutsutud armastama embrüoid, võib tunduda võõrastav. Ent kui selliselt mõelda on võõrastav, siis vahest võime endilt küsida, kas see ei ole tingitud teatud kitsendustest või eelarvamustest selles, kuidas me ligimeseks olemist endi jaoks mõtestame. Samuti tasub meeles pidada, et lääne ühiskondade ajaloos on olnud perioode, kus võimu ja privileege omavate isikute jaoks oli võõrastav pidada kedagi teist (nt orje, naisi või välismaalasi) armastust väärivaks ligimeseks või võrdset moraalsest austust väärivaks subjektiks.

Käesoleva arutluse põhieesmärk on esitada kriitilisi küsimusi inimembrüote seotud kaasaegsetes debattides valitseva eetilise põhjenduskäigu kohta ja näidata, et on olemas ka teisi võimalikke käsitlusviise, mida evangeelsed kirikud peaksid tõsiselt võtma. Selles ei antud kuigi palju konkreetseid juhiseid embrüote kohtlemise kohta. Ent see võiks olla üks oluline järeldus selle kohta, kuidas halastaja samaarlase lugu eetikakäsitlust kujundab. Jeesus ei anna seadusetundjale konkreetseid juhiseid, kuidas ligimest armastada. Seadusetundja sai õigesti aru, et see seisneb ligimese suhtes halastuse või kaastunde üles näitamiseks, mispeale talle lihtsalt öeldi: „Siis mine ja tee sina nõndasamuti” (Lk 10:37). Selle loo üks õppetund seisnebki ehk selles, et me ei saa kõiki oma kohustusi kaasinimeste ees kindlaks teha nii, et jagame kõik inimesed õigetes kategooriatesse ja otsustame (üldiselt), kuidas selle

⁵⁹ Selle lähenemisviisi erinevate järeldusteni jõudvaid kasutusnäiteid vt Brent Waters (2003) *Does the Human Embryo Have a Moral Status? – God and the Embryo: Religious Voices on Stem Cells and Cloning*. Toim. Brent Waters ja Ronald Cole-Turner. Washington, DC: Georgetown University Press, 67–76, ja Messer 2011, 4. ptk.

kategooria liikmeid tuleb kohelda.⁶⁰ Paljud meie kohustused kaasinimeste ees sõltuvad kontekstist ja neid mõjutavad konkreetsed inimlikud suhted, mis meil nendega on kujunenud.⁶¹ Jällegi võib tunduda võõrastav laiendada seda inimsuhete puhul rakendatavat mõtteviisi kehavälise viljastamise käigus saadud embrüotele, sest sõna „embrüo” ise on erialakeele termin, embrüo ja rohkem arenenud indiviidi vahel on selged erinevused, embrüo asub Petri tassis või sügavkülmikus ning embrüo on tekkinud teadusliku meetodi rakendamise teel – kõik see kokku tekitab tunde, et embrüoga on raske mingit suhet omada. Ent me kõik oleme kunagi embrüod olnud ja nii mitmedki meist on olnud seda kehaväliselt (*in vitro*). Vähemalt nii palju on meil nendega ühist.⁶²

Me ei ole siin sõnastanud inimembrüo staatuse kohta ühtset positsiooni, mida saaks nimetada üheks ja ainsaks evangeelse eetika seisukohast. Nagu sissejuhatuses öeldud, on meie üldine eesmärk joonistada käsitletavates küsimustes välja evangeelsete seisukohtade vahemik, mis on kohati kitsam ja kohati laiem. Kui lai peaks see olema kohas, kus me käsitleme inimembrüo staatust? Tõenäoliselt on seda veel liiga vara öelda. Mingis mõttes me püüdsime seda laiendada, juhtides tähelepanu seisukohtadele, mis neis väitlustes tihtipeale unustatakse või kõrvale jäetakse, kuid samas on need seisukohad evangeelses eetikas jätkuvalt vaieldavad.⁶³ Evangeelsete seisukohtade vahemiku täpse laiuse kindlakstegemine eeldab täiendavat hoolikat mõttevahetust ja kaalutlemist. Alles pärast seda saab öelda, kui kaugemale ulatub evangeelsete kirikute vabadus inimembrüo staatuse käsitlemisel. Inimembrüo kohta käivate arutelude praktiline tähendus tuleb vaatluse alla veel mitmes selle juhendi peatükis (eriti 4., 5., 6., 8. ja 9. ptk).

3.6 Nüüdisaegsed reproduktiivautonoomia ja lapse parimate huvide käsitused

Nagu eespool kirjeldatud (punkt 3.1), hinnatakse Vanas Testamendis bioloogiliste järglaste saamist kõrgelt. Lapsi peetakse Jumala õnnistuseks, samas kui soovimatus lastetuses ei nähta üksnes sellest puudutatud naistele Jumala poolt määratud saatust, vaid ka ühiskondlikku häbimärki. Hanna on üks selline piiblitegelane, kes lastetuse

⁶⁰ McFarland 2001, 63–64. Mõte on selles, et see meetod ei anna meile meie kohustuste kohta *kõiki* vajalikke teadmisi, aga see ei tähenda, et õigete kategooriate kasutamine meile üldse midagi ei õpeta: näiteks seda, et kuna iga kaasinimene kuulub inimeste kategooriasse, on tal õigus elule.

⁶¹ See ei tähenda loomulikult, et üldisi või universaalseid moraalireegleid üldse ei ole. Näiteks on meile tuttav põhimõte, et süütu inimese tapmine on alati vale. Käesolevas arutelus ei ole küsimus selles, kas see põhimõte kehtib, vaid kas see laieneb ka väga varases arengustaadiumis olevale inimelule. Seega oleks ekslik selle arutluskäigu põhjal järeldada, et üldised inimõigused ei kehti.

⁶² Siinkohal sobib mainida ka Jeesuse teist Seaduse kokkuvõtet: „Ja nii, nagu te tahate, et inimesed teile teeksid, nõnda tehke neile” (Lk 6:31).

⁶³ Ka eetika eksperdirühma liikmete seas toimus nende küsimuste üle pidev väitlus.

üle kibedalt kurvastab, aga saab hiljem siiski lapse, kui Jumal tema palvet kuulda võtab (1 Sm 1). Seevastu Uues Testamendis muudab seal esinev eshatoloogiline reservatsioon bioloogilistele järglastele omistatavat tähtsust märkimisväärselt.

Tänapäeva õiguses kajastatakse õigust abielluda ja perekonda luua inimõigusi käsitlevates dokumentides.⁶⁴ Valitseva õigusdoktriini kohaselt tuleb õigust re-produktiiv- või soojätkamisautonoomiale mõista eelkõige kui õigust saada riigilt kaitset. Seega ei ole kellelgi õigust takistada teisel inimesel bioloogiliste laste saamist. Siinkohal võib meenuda ajaloo tume peatükk, mis seostub sundsteriliseerimisega. Lisaks Natsi-Saksamaale on eugeenilist sundsteriliseerimist 20. sajandil rakendatud ka Ameerika Ühendriikides, Kanadas ja Skandinaavias kuni 1970. aastateni ning Šveitsis isegi veel 1980. aastatel. Hiinas ja Indias kasutati sundsteriliseerimist rahvastikupoliitika vahendina sündimuse vähendamiseks. Kui reproduktiivautonoomia piiramine on toimunud kiriku heakskiidul (näiteks hoolekandeesutustes), on kirikud ja nende diakooniatöö organisatsioonid rikkunud puudega isikute inimväärikust.

Samas leiavad mõned kaasaegsed tõlgendajad (kuigi kaugeltki mitte kõik), et õigus reproduktiiv- või soojätkamisautonoomiale ei piirdu üksnes õigusega saada riigilt kaitset, vaid on ka osalusõigus.⁶⁵ Selle seisukoha järgi on inimestel õigus kasutada praeguseks välja töötatud reproduktiivmeditsiini võimalusi vähemalt soovimatu lastetuse korral. Kui seda seisukohta järgida, siis õigluse tagamiseks peaks kõigil oma last soovivatel paaridel olema ühesugune võimalus meditsiinilise vahendite kasutamiseks, olenemata nende ühiskondlikust seisundist või majanduslikest väljavaadetest. Ühtlasi kerkiks sel juhul küsimus, kas võrdset juurdepääsu reproduktiivmeditsiinile on vaja teoloogiliselt, õiguslikult ja moraalifilosoofiliselt põhjendada.

Ent küsimus on ka selles, kui kaugele järglaste saamise õigus ja reproduktiivautonoomia ulatuvad ning mil määral võivad lapsed soovivad inimesed ülejäänud ühiskonna ja tervishoiusüsteemi abi kasutada. Kas reproduktiivõiguste hulka kuulub ka õigus saada ainult teatud omadustega lapsi, näiteks valida lapse sugu, juuste värvi või vaimseid ja kehalisi võimeid? Kas on olemas õigus saada tervet last? Ja kui oletada, et see õigus on olemas, kas siis on lubatud sobivaid embrüoid katseklaasis välja valida või katkestada rasedus juhul, kui lootel ilmneb haigus, puue või ka üksnes geneetiline soodumus tulevikus haigestuda?

Need küsimused toovad meid tagasi eugeenika teema juurde. Reproduktiivautonoomia põhimõtte tekkis (vähemalt osaliselt) vastukaaluks riiklikult peale sunnitud eugeenikale, et inimesi selle eest kaitsta. Ometi võib sellega tegelikkuses kaasneda tung teistsuguse ehk „liberaalse eugeenika” poole. Selle mõistega tähistatakse vanemate otsust kasutada geeni- ja reproduktiivtehnoloogiaid selleks, et anda oma lastele

⁶⁴ *Inimõiguste ülddeklaratsioon*, art 16 lg 1; *Euroopa inimõiguste konventsioon*, art 12.

⁶⁵ Üks õigusteadlane, kes seda seisukohta kritiseerib, on Ühendkuningriigi inimviljastamise ja -embrüoloogia ameti endine juhataja Ruth Deech oma 11. mail 2009 Londonis Greshami kolledžis peetud loengus *Human Rights and Welfare*. Kasutatud 07.09.2015, <http://www.gresham.ac.uk/lectures-and-events/human-rights-and-welfare>

kasulikuks peetavaid kehalisi ja vaimseid omadusi.⁶⁶ See eugeenika vorm on *liberaalne*, kuna seda ei sunni peale riik või muu võimuinstants, vaid selle üle otsustavad lapsevanemad ise, püüdes saavutada nende arvates häid eesmärke. Pooldajate väitel peitub just selles asjaolus otsustav erinevus, mille tõttu riiklikule eugeenikale õigusega osaks langenud hukkamõist ei pea laienema liberaalsele eugeenikale. Sealjuures leiavad ühed, et vanematel peaks olema lihtsalt *vabadus* soovi korral eugeenilist sekkumist kasutada, samas kui teised lähevad veel kaugemale, väites, et mõned sellised sekkumised on moraalselt kohustuslikud (samas soovi nad siiski sunnivahendite kohaldamist). Seevastu liberaalse eugeenika kriitikud osutavad mitmesugustele murekohtadele. Neist üks seisneb selles, et liberaalne eugeenika võib toetada ja võimendada teatud diskrimineerivaid ühiskondlikke hoiakuid ja tavasid, näiteks puudega inimeste diskrimineerimist. Teine mure on seotud tahtmatult põhjustatud kahjulike tagajärgedega. Kolmandaks osutatakse, et selline eugeenika väljendab tungi inimeste elu üle valitseda, mis võib nõrgestada mõningaid kogukondade ja ühiskondade olulisi moraalseid omadusi.⁶⁷

Piibli tunnistusest juhinduv eetika on neis küsimustes hinnangute andmisel ettevaatlik. Soov saada tervet laste on mõistetav ja põhjendatud – kuni see ei põhjusta puudega inimeste diskrimineerimist ja ei pane kahtluse alla füüsilise või vaimupuudega laste õigust elule. Näiteks piibelliku eetika seisukohast võib kahetsusväärseks ja kriitikat väärivaks pidada asjaolu, et Euroopas katkestatakse praegu ligi 90% sellistest rasedustest, kus lootel avastatakse Downi sündroom.⁶⁸

Nagu on märgitud EKOE juhendis „Aeg elada ja aeg surra”, on autonoomia põhimõtte tänapäeva meditsiinieetikas väga tähtsal kohal. Ent see on keeruline mõiste, mille erinevaid tähendusi on raske üksteisest eristada. EKOE dokumendis öeldakse:

Ilmalikus filosoofilises meditsiinieetikas kasutatakse autonoomia mõistet valdavalt kahes mõnevõrra erinevas tähenduses. [...] Kantilikus tähenduses on autonoomia iseendale seaduseandjaks olemine ning võime käituda vastavalt ratsionaalsetele üldprintsipiidele, mitte tingitud impulssidest või välisest survest lähtuvalt. Sellise autonoomse käitumise võime on eesmärk iseeneses, millest omakorda tuleneb nõue, et ka inimest tuleb alati kohelda kui eesmärki iseeneses ja mitte kunagi kui vahendit mõne muu eesmärgi saavu-

⁶⁶ Need võivad olla näiteks haiguste puudumine, aga ka tervisega mitteseotud soovitavad omadused nagu lapse sugu, konkreetsed võimed või kehalised omadused. Paljude selliste lootuste ja lapsevanemate soovide tehniline teostatavus võib jääda kaugesse tulevikku, kuigi näiteks lapse soovalimine on juba praegu võimalik.

⁶⁷ Liberaalse eugeenika kohta esitatud argumentidest annab ülevaate Sara Goering (2014) *Eugenics*. – *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (sügis 2014). Toim. Edward N. Zalta. Kasutatud 30.09.2016, <http://plato.stanford.edu/archives/fall2014/entries/eugenics/>.

⁶⁸ Raseduse katkestamise määrade kohta vt nt Caroline Mansfield, Suellen Hopfer ja Theresa M. Marteau (1999) Termination rates after prenatal diagnosis of Down syndrome, spina bifida, anencephaly, and Turner and Klinefelter syndromes: a systematic literature review. – *Prenatal Diagnosis* 19.9, 808–812; J. K. Morris ja A. Springett (2014) *The National Down Syndrome Cytogenetic Register for England and Wales 2012 Annual Report*. London: Queen Mary University of London, Barts and The London School of Medicine and Dentistry.

tamiseks. Teises tähenduses käsitatakse autonoomiat kui võimet käituda vastavalt oma sisemistele eelistustele, huvidele ja plaanidele. Selline autonoomia võimaldab inimesel väljendada ja teostada oma sisemist potentsiaali ning kujundada oma käitumist isiklike püüdluste ja väärtushinnangute järgi. Ilmalikus meditsiinieetikas kasutatav autonoomia mõiste ei ole evangeelse eetika jaoks kindlasti tähtsusetu, kuid seal kasutatakse sellele lisaks ka fundamentaalsemat vabaduse mõistet.⁶⁹

See vabadus esineb siin juba eespool kirjeldatud tähenduses: inimese määratluse aluseks peetakse suhet Jumalaga ning vabadust nähakse lahutamatus seoses armastuse, õigluse ja vastutusega. Reproduktiivmeditsiini puhul tähendab see (muu hulgas), et lapsesoovijate reproduktiivautonoomia lõpeb seal, kus satub ohtu nende tulevaste laste heaolu – sellest on juttu punktides 4.5 ja 6.5. Sisuliselt hakkab vanemate autonoomiat piirama nende lapse autonoomia. Asi ei piirdu lihtsalt sellega, et vanematel on õigus lapsele või õigus last saada, vaid ka lastel on oma õigused, pidades silmas nende haavatavust, parimaid huvisid ja heaolu. Eriti oluliseks muutub see siis, kui tehnilistel valikutel võivad olla tagajärjed kogu eluks. Pealegi saab autonoomia kujuneda üksnes ühiskonnas, kus teise isiku autonoomiat tunnustatakse ja võimaldatakse. Mõistagi tähendab see, et autonoomiaga kaasneb ka kohustus austada teisi inimesi ja ühiskonda.

Feministlikus eetikas välja töötatud relatsioonilise autonoomia mõiste pakub vastukaalu individualistliku autonoomiakäsituse liigsele abstraktsusele.⁷⁰ See mõiste lähtub eeldusest, et „inimesed on ühiskondlikud olendid, isikute identiteet kujuneb välja sotsiaalsetes suhetes ning seda kujundab omavahel ristuvate sotsiaalsete determinantide kompleks” – sedalaadi mõtlemine ulatub üle Rosenzweigi, Buberi ja Ebneri dialoogilise personalismi filosoofia (mida omakorda mõjutasid sellised olulised 20. sajandi teoloogid nagu Gogarten, Brunner ja Barth) tagasi juba Vana Testamendini. Selle traditsiooni kohaselt on inimesed relatsioonilised olendid: „mina” ei saa eksisteerida, kui puudub „sina”. Tänapäeva arengupsühholoogias ja psühhoanalüüsis rõhutatakse ka seda, et inimesel on individuaalse mina kõrval alati ka sotsiaalne mina. Relatsioonilise autonoomia käsitluse järgi sõltub ka ise ennast juhtiv mina alati teistest minadest. See kehtib samamoodi meditsiini ja hoolekande ning seega ka kaasaegse reproduktiivmeditsiini puhul.

Autonoomiast saadava vabaduse teostamine võib osutuda keeruliseks. Tihtipeale pole kaugeltki lihtne ühitada omavahel vanemate ja lapse autonoomiat, arvestades samal ajal kristliku vabadusega. Seetõttu on vajalik ja kasulik, et emale või vanematele oleks toeks nii arst ja õenduspersonal kui ka ühiskond tervikuna – ning soovi

⁶⁹ Aeg elada ja aeg surra, 190.

⁷⁰ *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self* (2000). Toim. C. Mackenzie ja N. Stoljar. Oxford: Oxford University Press. Mackenzie ja Stoljari järgi esitas relatsioonilise autonoomia mõiste feministliku käsituse esimesena Jennifer Nedelsky: C. Mackenzie ja N. Stoljar (2000) Introduction: Autonomy Refigured. – Mackenzie and Stoljar, *Relational Autonomy*, 3-34, 26, märkus 1.

korral ka kirik. Mõistagi on kiriku ülesanne anda tunnistust Jumala tahtest ning pakkuda üldist juhatust ja tuge. Ent lisaks peab ta olema ema ja lapsevanemate kõrval ka nende eriomases individuaalses olukorras, et olla neile toeks nende otsuses ilma hinnanguid andmata ja kindlasti ilma neid hukka mõistmata.

3.7 Kirik ja avalik sfäär

EKOE liikmeskirikud tegutsevad väga mitmesugustes oludes, kus esineb suuri erinevusi ajaloos, kultuuris, poliitikas, riigikorralduses, kirikute suhetes riigi ja kodanikuühiskonnaga jne. Ent peaaegu kõik nad asuvad demokraatlikes riikides, kus valitseb suuremal või vähemal määral religioonide ja kultuuride paljusus. Sellises olukorras tekib alati küsimus, milline on suhe ühelt poolt kiriku usu ja praktika ning teiselt poolt riigi õiguse ja avaliku poliitika vahel. Neid küsimusi saab esitada erinevate vaatenurkade alt. Poliitilise süsteemi poolt vaadates võiks küsimuse sõnastada näiteks nii: milline peaks olema usuühenduste, usklikte ja usuliste veendumuste roll seaduste ja avaliku poliitika kujundamisel? Kiriku perspektiivist võime küsida, kellega peaks kirik eetikaküsimustest rääkima: kas ainult oma liikmetega või ka seadusandjate ja poliitikakujundajate, erinevate kutsealade esindajate või kõigi ühiskonnaliikmetega? Millist sõnavara ja argumenteerimisviisi peaks ta erinevate sihtrühmade puhul kasutama ja millisel eesmärgil – mida ta soovib eetikadebattides osalemisega saavutada?

3.7.1 Poliitilise süsteemi vaatenurk

Viimastel aastatel on suur osa esimese küsimusega seotud aruteludest keskendunud sellele, milline peaks olema usuliste või teoloogiliste argumentide koht avalikus ja poliitilises mõttevahetuses. Valitsev seisukoht, mida on aidanud kujundada sellised teoreetikud nagu Jürgen Habermas ja John Rawls, ütleb, et liberaalses demokraatias ei tohiks usulised argumendid õigusloomet ja poliitikakujundust mõjutada.⁷¹ Üksikisikutena võivad usklikud esitada nendes debattides kasulikke mõtteid, aga nad peavad olema valmis „tõlkima” oma vaimulikud põhjenduskäigud ilmalikeks argumentideks (Habermas) või osalema neis nn avaliku mõistuse (*public reason*) kaudu, mis ei sõltu ühest sellisest „tervikedoktriinist”, nagu on usuliste veendumuste süsteemid (Rawls).⁷² (Selle näitlikustamiseks: kristlane ei saa selle arusaama kohaselt bioetika valdkonna avalikke debatte mõjutada, juhul kui ta kasutab argumen-

⁷¹ Habermas 2003, 109; John Rawls (2005) *Political Liberalism*, täiendatud trükk. New York, NY: Columbia University Press.

⁷² Sarnane seisukoht, milles tervitatakse usklikte panust, kuid taunitakse religioossete põhjenduste esitamist, vt Mary Warnock (2005) Public Policy in Bioethics and Inviolable Principles. – *Studies in Christian Ethics* 18.1, 33–41.

dina väidet, et kõigi inimeste võõrandamatu inimväärikus tuleneb nende loomisest Jumala näo järgi. Kui ta soovib, et teised tema argumentidele tähelepanu pööraksid, peab ta neid põhjendama ilmalike põhimõtetega, näiteks nõudega austada kõiki isikuid kui eesmärki iseeneses.) Religioosete *institutsioonide* püüdlusi õigusloomet või poliitilist protsessi mõjutada vaadeldakse selles käsitlusviisis pigem kahtlustavalt.

Selle valitseva seisukoha erinevad vormid on pälvinud üsna palju kriitikat. Nõuet vältida õigusloomes ja poliitikakujunduses religioosseid argumente on peetud ebaõiglaselt kitsendavaks, sest kuigi mõnda usulist põhjenduskäiku saab tõlkida ka ilmalikku keelde, ei pruugi see teiste puhul olla võimalik. Kui sellised teist liiki argumentid jäetakse põhimõtteliselt avalikust sfäärist välja, siis tähendab see sisuliselt seda, et nende argumentide õigsuses sügavalt veendunud inimestel puudub võimalus täiel määral demokraatlikus protsessis osaleda. On väidetud, et õigusloomet ja poliitikat käsitlevale vastastikusel austusel põhinevale debatile oleks kasulik, kui osapooled saaksid oma seisukohtade aluseks olevaid põhjendusi avatult selgitada.⁷³ Vastuseks on nii Habermas kui ka Rawls oma positsioone mõnevõrra kohandanud, aga selle kohanduse ulatuse suhtes ei ole nende lugejad täielikult üksmeelel. Teised autorid (sh mitte ainult teoloogid) on väitnud, et mõned usulised ja teoloogilised argumentid peaksid kuuluma mõistliku avaliku arutelu (Nigel Biggar kasutab terminit *public reasonableness*) juurde nii, et need kuulatakse õigusloomet ja poliitikat käsitlevates debattides ära ja võetakse kaalumisele.⁷⁴ Kui minna tagasi eespool esitatud näite juurde, siis sellise käsitluse järgi oleks kristlasel õigus sellele, et teised avaliku debati osapooled kuulavad ära tema argumenti inimväärikuse kohta, mis põhineb *imago dei* eeldusel. Tingimuseks on see, et ta suudab oma argumenti ja sellest tulenevaid järeldusi mõistlikult selgitada ning on valmis seda tegelikus dialoogis muude argumentide ja vaatenurkadega kõrvutama.

3.7.2 Kiriku vaatenurk

Eespool osutatud teine küsimuste kogum esitatakse kiriku perspektiivist: kes on tema kuulajad, kuidas tuleks nende poole pöörduda ja mis peaks olema eesmärk?⁷⁵

Reproduktiivmeditsiinist rääkides suhtlevad EKOE liikmeskirikud tõenäoliselt mitmete osaliselt *kattuvate* rühmadega, milleks võivad olla:

⁷³ Nt Nicholas Wolterstorff (2007) *The Paradoxical Role of Coercion in the Theory of Political Liberalism*. – *Journal of Law, Philosophy and Culture* 1, 101–125; Jeffrey Stout (2004) *Democracy and Tradition*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

⁷⁴ Vt Jonathan Chaplin (2008) *Talking God: The Legitimacy of Religious Public Reasoning*. London: Theos. <http://www.theosthinktank.co.uk/files/files/Reports/TalkingGod.pdf>; Nigel Biggar (2011) *Behaving in Public: How to Do Christian Ethics*. Grand Rapids, MI: Eerdmans, 3. ptk.

⁷⁵ Mõningaid EKOE varasemaid arutlusi neil küsimustel võib leida dokumendist *Law and Gospel*, 10. ptk.

- nende endi liikmed (kaasa arvatud need, kes vajavad moraalselt ja hingehoidlikku juhatust seetõttu, et soovivad ise reproduktiivmeditsiini abi kasutada);
- tervishoiutöötajad ja biomeditsiini valdkonna teadlased;
- seadusandjad, poliitikakujundajad ja järelevalveasutused;
- kodanikud ja valijad, kes osalevad avalikes aruteludes poliitika ja seadusloome üle ning kellel võib olla reproduktiivmeditsiiniga erinevaid isiklikke kokkupuuteid (nt on kasutanud õnnestunult või ebaõnnestunult reproduktiivtehnoloogiaid või on ise sündinud nende tehnoloogiate kaasabil).

Selliste erinevate sihtrühmade poole pöördumine on kirikute poolt igati õigustatud, sest kirik on kutsutud võtma armastuse vaimus vastutust mitte üksnes oma liikmete eest, vaid ka ümbritseva ühiskonna ja kogukonna eest (vt eespool punkt 3.4). Isegi allpool esitatud kõige radikaalsemates seisukohtades, mille järgi kirik esindab vastukultuuri, ei piirdu sõnumi sihtrühm ainult usklikega. Näiteks Stanley Hauerwasi järgi teenib kirik *maailma* kõige paremini siis, kui ta täidab võimalikult ustavalt oma kutsumust olla kirik (ühiskonnast eristuv, vastukultuuriline).

Mõistagi kujuneb kirikul iga sellise sihtrühmaga erinev suhe, isegi kui sihtrühmade liikmed osaliselt kattuvad. Kui koguduse liige soovib otsusele jõuda, kas ja kuidas kristlane peaks viljatusravi kasutama, siis esitab ta oma kirikule teatud laadi küsimusi. Ent sellesama inimese küsimused võivad olla hoopis teistsugused, kui ta täidab parasjagu oma kohustusi parlamendi liikmena, kes peab otsustama, kuidas reproduktiivmeditsiini käsitleva õigusakti suhtes hääletada. Kui reproduktiivmeditsiiniga seotud eetikaküsimusi arutavad koguduse liikmed omavahel, siis nad eeldatavasti ei pelga teoloogilisi mõisteid ja sõnavara ning saavad esitada sügavatest usuveendumustest ja -praktikast lähtuvaid põhjendusi. Ent millist sõnavara, põhjendusviisi ja suhtlusvormi on kohane kasutada avalikus arutelus, kus osaleb ka teisi inimesi peale kiriku liikmete?

Mõned kristlased on valmis leppima eespool osutatud liberaalse nõudega „tõlkida” oma vaimulikud põhjenduskäigud ilmalikeks või piirduma avalikus debatis üksnes mitteteoloogiliste argumentidega. Mõne jaoks on see puhtalt pragmaatiline otsus, kuna nende meelest on see ainus võimalus saada ilmalikus demokraatias ära kuulatud. Ent seda võib tõlgendada ka lugupidamise väljendusena teiste inimeste suhtes, kes ei jaga kristlase süvaveendumusi, ning mõned protestandid ja katoliiklased võivad seda tehes lähtuda eespool kirjeldatud positiivsematest hinnangutest loomulikule inimmõistusele (punkt 3.3).

Skaala teises otsas on need kristlased, kelle arvates ei too kiriku osalemine õigusloomet ja poliitikat käsitlevates debattides mingit erilist kasu. Nende väitel on kiriku avaliku tegevuse kõige õigem (või vähemalt kõige tähtsam) vorm lihtsalt *olla kirik*: järgida oma elus ja tunnistuses kirikule eriomast vastukultuurilist eluviisi. Selline kristlik elu lähtub oma moraalist, mida on kujundanud ristiusu lugu ja mis erineb liberaalsetes demokraatias valitsevatest normidest. Selle ülesanne on olla

neis ühiskondades ärritavaks tunnistuseks, et inimeste ühiselu saab korraldada ka teisiti.⁷⁶ Näiteks kui kirik ei ole rahul ühiskonnas valitsevate seisukohtadega isiku mõiste ja embrüo moraalse staatuse küsimustes (vt punkt 3.5), siis selle käsituse järgi ei ole kiriku esmane ülesanne poliitikakujundajaid või üldsust argumentidega ümber veenda, vaid elada kristliku osadusena ka tegelikult halastaja samaarlaste loost juhindudes ning järgida üleskutset: „Siis mine ja tee sina nõndasamuti!” Kui osaduskond hakkab tänu sellele hoolitsema radikaalselt kõigi inimeste eest, kaasa arvatud elu kõige varasemas staadiumis, siis selline elav tunnistus võib olla avaliku tegevusena palju ehedam kui mis tahes argument.

Uuemal ajal on mõned autorid küll võtnud aluseks sama rõhuasetuse, et kristlaste poliitilise tegevuse peamine vorm on kirikuna elamine, kuid on püüdnud seda teatud nüanssidega täiendada ja avardada. Nad on väitnud, et ka kiriku identiteedi erilaadsust igati tõsiselt võtavad kristlased saavad seda praktikas poliitikas osalemisega mitmesugusel viisil väljendada. Näiteks võidakse kaasa lüüa rohujuuretasandi algatustes, mis toovad ühiste eesmärkide nimel kokku palju erinevaid rühmi, kasutades taktikat ja tegevusviise, mis nõrgestavad poliitilise süsteemi võimu ja mõju.⁷⁷

Leidub ka neid, kelle arvates peaks kirik küll osalema õigusloome ja poliitika-kujunduse aruteludes ja protsessides, kuid peaks sealjuures olema valmis oma eripäraseid teoloogilisi ja eetilisi veendumusi otsesõnu väljendama. Selle seisukoha pooldajad ilmselt ei nõustu Rawlsi „avaliku mõistuse” ideest tulenevate piirangutega ning leiavad, et ka teoloogilistel argumentidel on mõistlikus avalikus arutelus oma koht.⁷⁸ Mõned väidavad lisaks ka seda, et kirik ei peaks lihtsalt leppima sellega, millise nurga alt üldjuhul eetilistele argumentidele ja debattidele lähenetakse, sest see käsitlusviis võib sisaldada olulisi moonutusi või jätta välja mõned väga vajalikud seisukohad ja ideed.⁷⁹ Selle asemel peaks kirik olema valmis kritiseerima ka selliste debattide pidamise viisi ja sõnastama uusi lähenemisnurki. Näiteks võiksid kristlased põhjendatult kritiseerida sellist avalikku debatti, kus kehavälise viljastamise eetikat analüüsidest lähtutakse eelkõige reproduktiivautonoomia põhimõttest selle kaasaegses ilmalikus tähenduses (vt punkt 3.6). Nad võiksid väita, et selline reproduktiivautonoomia käsitlus sisaldab juba teatud eeldusi inimeste ja hüvede kohta, mida kristlased sooviksid vaidlustada. Lisaks võiksid nad väita, et reproduktiivautonoomia põhimõttest lähtuv analüüs jätab mõned kaalutlused (näiteks kehavälise viljastamise abil sündinud laste heaolu) tähelepanuta või pisendab nende tähtsust. Veel üks võimalus oleks rõhutada, et praegustes aruteludes inimeste moraalse staatuse üle lähtutakse sageli teatud automaatsetest eeldustest selle kohta, kust tekib

⁷⁶ Vt Stanley Hauerwas (1984) *The Peaceable Kingdom: A Primer in Christian Ethics*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press ja paljud muud teosed.

⁷⁷ Näiteks Luke Bretherton (2010) *Christianity and Contemporary Politics: The Conditions and Possibilities of Faithful Witness*. Chichester: Wiley-Blackwell.

⁷⁸ Nt Biggar 2011, 59–60.

⁷⁹ Vt Messer 2011, 2. ptk.

inimese eriline väärtus ja kuidas ta saab moraalse kogukonna liikmeks (punkt 3.5). Nagu eespool osutatud, võivad need eeldused olla kristlaste ja kirikute jaoks problemaatilised ning mõnikord võib olla asjakohane ka avalikus debatis nende eelduste küsitavusele tähelepanu juhtida. Lisaks nimetatud valdkondades valitsevate normide kritiseerimisele leitakse sellises kiriku avaliku tegevuse käsitluses, et kirik ei peaks kartma ka oma teoloogiast lähtuvate eesmärkide ja veendumuste toetuseks sõna võtta – kuigi seda teha tuleks loomulikult teha sobival moel ja sihtrühmaga arvestades.

Mis peaks olema neis avaliku tegevuse vormides kiriku eesmärk? Protestandid on valdavalt ühel meelel selles, et kirik ei peaks taotlema lihtsalt kõigi kristlike eetikanormide ülevõtmist riiklikesse õigusaktidesse. Põhjuseks ei ole ainult asjaolu, et ilmalike demokraatlike riikide valitsused ja parlamendid ei pruugi selliste normide kehtestamist toetada, vaid ka tõdemus, et taolises püüdluses kajastuks puudulik arusaam seaduse ja evangeeliumi vahekorra kohta.⁸⁰ Mõnikord toetab kirik oma teoloogilistest veendumustest juhindudes eesmärke, mis on ka ühiskonnas üsna laialt tunnustatud, näiteks kõigi inimeste õiglane ja võrdne kohtlemine või nõrgemate eest hoolitsemine ja nende kaitsmine. Võib juhtuda, et kirik teeb selle saavutamiseks koostööd paljude teiste ühiskondlike partneritega, aga samuti on võimalik, et kirik peab õigluse toetuseks või nõrgemate kaitseks kriitiliselt sõna võtma, kui need püütakse mõne muu eesmärgi nimel (nt majanduslik või korralduslik tõhusus) tahaplaanile jätta (vt punkt 3.8). Ent võib ette tulla ka seda, et armastuse vaimust juhinduv vastutustunne sunnib kirikut võtma veelgi selgema seisukoha ja ehk isegi otseselt vastu astuma mõnele reproduktiivmeditsiinis levinud tavale või põhimõttele, milles (tema arvates) väljendub moondunud arusaam autonoomiast, inimelu väärtusest või vanemlussuhetest.

3.8 Vastutus ja kutse-eetika

3.8.1 Reproduktiivtehnoloogiad: küsimused kutsealade eetika kohta

Reproduktiivtehnoloogiatega kaasneb ka küsimusi, mis on seotud tervishoiusüsteemis töötavate spetsialistidega nagu arstid ja viljatusravi asjatundjad. Arstide ülesanne on konkreetses olukorras otsustada, milliste patsientide puhul on viljatusravi näidustatud, arvestades muu hulgas nende vanust, tervislikku seisundit, sotsiaalset olukorda jne. Alati ei pruugi need otsused olla puhtmeditsiinilised. Selle kõrval võidakse arvesse võtta eetilisi laadi kaalutlusi, mille eesmärk on kaitsta olulisi moraalseid huvisid: näiteks naise tervis ning sotsiaalne heaolu raseduse ja sünnituse ajal, samuti tulevase lapse ja perekonna tervise ning heaoluga seotud asjaolud.

⁸⁰ *Law and Gospel*, osad 10 ja 11.

Kutse-eetikas saavad kokku institutsionaalne ja personaalne vaatenurk. Ametikohustuste täitmisel mõjutavad spetsialisti tema kohustused, talle esitatavad ootused ja üldised institutsionaalsed väärtushinnangud. Selle kõrval peab ta iseseisva moraalse indiviidina rakendama isiklikku vastutustunnet ja kaalutlemisoskust. Kuidas neid kahte poolt võimaliku vastuolu korral ühitada, selle kohta ei saa anda ühte lõplikku vastust. Üks pool ei ole teise suhtes automaatselt ülimuslik. Näiteks ei pruugi usu- lised veendumused olla tingimata kaalukamad kui institutsionaalsed kohustused. Kuid teisalt ei saa ka öelda, et veendumuste ja ametikohustuste konflikti korral tuleb veendumused alati kõrvale jätta. Pigem tuleb see otsus langetada alati konkreetsest olukorrast lähtuvalt.

3.8.2 Tänapäeva tervishoiu kutsealade kaksipidisus

Sarnaselt muude elukutsete esindajatega on tervishoiutöötajad praegusaja lääne ühiskondades mõneti kaksipidises olukorras. Ühelt poolt on neil märkimisväärne võim ja autoriteet, mille aluseks on paljuski nende erialateadmised ja oskused. Neil on olnud väga oluline roll uusaegsete riikide ja nende sotsiaalsüsteemide väljakujunemise juures. Lisaks on neid peetud ühiskonna „heasoovlikeks abistajateks”, kes püüavad kodanike elu paremaks muuta. Nende tegevust peetakse millekski, mis on olemuslikult inimeste huvide ja heaolu teenistuses.

Teiselt poolt esitatakse nende positsiooni ja tegevuse suhtes ka kriitikat. Esiteks ei pruugi nende kutseoskustel ja teadmistel põhinev võim olla täiesti rikkumatu. Kuigi üldiselt leitakse, et see teenib inimeste parimaid huvisid, on võimalik seda ka kuritarvitada. See ei pruugi toimuda ainult üksiku töötaja puhul, vaid ka terve kutseala tasandil. Arstide erialateadmistel põhinev mõjuvõim võib hakata toetama riigi karistavat või sundivat tegevust, mille eesmärk on panna kodanikke teatud viisil elama. Lisaks ohustavad puhtalt erialateadmistest ja kodanike parimatest huvidest lähtuvat tegutsemist mitmed välised jõud. Kaubandus- ja ärihuvid sunnivad ka tervishoiusektori spetsialiste (nt viljatusravi erakliinikutes) arvestama majanduslike kaalutlustega, mis võivad olla vastuolus nende erialase hinnangu ja eetikanormidega. Riiklike haldusreformidega võidakse neile ette anda töökorraldus, mis on suunatud ühelt poolt tõhusamale ressursikasutusele ning teenustele, mis vastavad suuremal määral kodanike huvidele ja soovidele. Samas võib selline töökorraldus sisaldada elemente, mis on sõltumatu erialase hinnangu või kutseala esindaja moraalse vastutuse seisukohast küsitavad.

3.8.3 Evangeelne traditsioon ja kutsealade eetika

Evangeelne traditsioon annab võimaluse kasutada kutsealade kaksipidise olukorra põhjalikumaks lahkamiseks Martin Lutheri *kutsumuse* (*vocation*) mõistet või saksa keeles *Beruf*. Kuigi see ei kattu otseselt tänapäevase kutseala (ingl *profession*) mõistega,

on selle kohta luterlikus traditsioonis esitatud tõlgendus väärtuslikuks abivahendiks, mille abil kutsealased evangeelsest vaatenurgast käsitleda.

Lutheri kutsumusemõiste taustaks on tema arusaam loomisest ja Jumala kui Looja tegevusest maailmas ning eriti see, et ta näeb Jumala loomistööd ka inimeste igapäevases argielus. Jumala loomistöö on armastustegu, mistõttu selle üks eesmärk on inimesi kaitsta ja selle eest hoolitseda. Muu hulgas toimib Jumala loov armastus maailmas ühiskonnaelu maiste ametite kaudu. Jumal ei kasuta loomistööks üksnes looduse paljunemisvõimekust, vaid ka igapäevaelu kõige argisemaid töid ja ülesandeid, mida täites me saame ligimest teenida ja pakkuda talle seda, mida ta heaks eluks vajab. Jumal väljendab oma armastust, kaitset ja hoolt inimeste suhtes näiteks käsitöölise, riigiametniku, kaupmehe ja kohtuniku, aga ka lapsevanema ja abikaasa konkreetse töö ning tegevuse kaudu. Sõduri või kohtuniku käsutusse antud võimu abil hakkab Jumal vastu kurjusele ja kaitseb inimesi kahju eest, samas kui põlluharija, pagari või lapsevanema teeniva ja toitva tegevuse kaudu annab Jumal inimestele edasi oma armastust.

Seetõttu on nende ametite pidamine ning taoliste kaitse- ja teenimisülesannete täitmine üks võimalus, kuidas teostada kaasinimese suhtes Jumala tahet ja eesmärki. See on võimalus teda ligimesearmastuses teenida. Parim moodus Jumala tahte ja eesmärgi järgimiseks ei ole mungaelu, vaid hoopis tavaline argielu, mis seisneb käsitöö tegemises, põllu harimises või lapse kasvatamises, kuna just see võimaldab teisi inimesi teenida. Inimese kutsumus on elada vastavalt selle ameti nõuetele, millesse ta lapsevanema, riigiametniku või kodanikuna on pandud.

Ent samas on oluline teha vahet ametil ja isikul. Lutheri järgi lähtub võimu kasutamine kurjusega võitlemiseks või teenimise kaudu armastuse ja headuse vahendamise just Jumala loodud ametist, mitte seda ametit pidavast isikust. Selles mõttes on ametil teatav iseseisev eetiline subjektsus – vähemalt nii on seda tõlgendanud tuntud Rootsi teoloog Gustaf Wingren. Seega kui vanem jätab lapse unarusse, sõdur kasutab liigset vägivalda või riigiametnik kuritarvitab oma ametikoha eeliseid, siis ei ole selle põhjuseks ameti enda kaksipidine iseloom, vaid inimese rikutud arusaam ameti tähendusest. Jumala loodud ametil ei saa olla muud eesmärki kui inimest kaitsta ja teenida.

Loomulikult ei saa seda kutsumuse käsitust üksüheselt meie aega ja ühiskonda üle kanda ning tänapäevaseks mõistetud kutsealade suhtes kohaldada. Lähtuvad ju praegusaegsed kutsealad hoopis teistsugusest ühiskonna- ja majandusstruktuurist, kus otsene seos ametipidaja ülesannete ja kristliku ligimesearmastuse vahel ei ole selgelt nähtav (kui see seda üldse kunagi on olnud). Tööstusühiskonnas ja kapitalistlikus majanduses teenivad töö ja amet sageli mitte ligimese heaolu, vaid näiteks hoopis omanike ja aktsionäride kasumi eesmärgi.

Lisaks ütleb õigeksmõistuseõpetus meile, et ükski maine tegu ei saa tõusta täieliku või ideaalse hüve seisusesse, vaid jääb paratamatult esialgseks hüveks, mida on võimalik kritiseerida ja ümber hinnata. See eriti reformeeritud traditsioonis esindatud

ametikäsitlus hoiatab põhjendatult, et me ei idealiseeriks mis tahes maist korda, ametit või kutseala. Nii nagu kogu ülejäänud meile tuntud maailm, kannavad ka kutsealad patu ning sellest tuleneva ebatäiuslikkuse, egoismi ja ebaõigluse märki. Kristuse surma ja ülestõusmise uuendav jõud heidab tegelikkusele valgust ka kutsealade puhul ning toob välja nendega seotud vildakad eelistused ja ihad. Näiteks võivad mõned kutsealad ja erialaühendused keskenduda omakasupüüdliselt iseenda positsiooni tõstmisele ja ühiskonnas eeliste saamisele selle asemel, et pidada end nende teenuseid, oskusi ja pühendumust vajavate kaaskodanike heasoovlikuks teenijaks. Või siis võivad nad hakata teenima näiteks erakliinikute omanike ja aktsionäride ärihuve.

Ent klassikalisest luterlikust kutsumuse mõistest saab sellegipoolest tuletada ühe kehtiva järelduse: kaasinimest on võimalik ligimesearmastuses teenida ning selle kaudu Jumala loovas ja hoidvas töös osaleda ka täiesti maised rolle ja ülesandeid täites, näiteks avalikus teenistuses töötstfrd. Ametikohustuste täitmise headus ei tulene ega sõltu täielikult ainult ametipidaja isikust.

3.8.4 Kutsealade eetika ja abistavad reproduktiivtehnoloogiad

Eespool kirjeldatud kaksipidine olukord tuleb selgelt esile tervishoiutöötajate puhul, kes on tegevad abistavate reproduktiivtehnoloogiate valdkonnas.

Põhjuseks on kasvõi juba asjaolu, et abistavaid reproduktiivtehnoloogiaid pakutakse meie liikmeskirikute asukohariikides suuresti erasektori tervishoiuteenuste vormis. Teatud meditsiinilistel (mõnikord ka ühiskondlikel või perekondlikel) näidustustel saab abistavaid reproduktiivtehnoloogiaid muidugi kasutada ka riiklikus tervishoiusüsteemis, aga põhiliselt pakuvad neid teenuseid siiski erakliinikud. Ja kuigi ka riiklikus tervishoius muutub kulutõhususe saavutamine üha tähtsamaks, siis erakliinikute puhul on selge, et nende üks põhieesmärk on majanduslik tasuvus ja omanike kasum. Ärihuvid, turundus ja reklaam näivad olevat selles tervishoiuteenuste sektoris väga levinud. Sellega seoses on kõige tähtsam küsida, mil määral hakkab selline kommertsialiseerumine ja kaubastamine mõjutama tervishoiutöötajaid ja nende erialaseid hinnanguid. Probleemi üks tahk puudutab seda, kuidas suhestuvad erialased hinnangud klientide eelistuste ja huvidega, mida ergutatakse turunduse ja reklaamiga. Kas erasektoris töötavatel spetsialistidel tekib kalduvus või kiusatus patsientide soovidele vastu tulla ka siis, kui selleks ei ole nende hinnangul meditsiinilist näidustust või koguni üldse mingit põhjendust?

Klientide eelistused ja vajadused võivad sattuda vastuollu sellega, mis oleks erialateadmiste ja kutsestandardite kohaselt soovitatav. Ehk teisisõnu võib abistavate reproduktiivtehnoloogiate pakkumine erasektori tervishoiuasutustes viia tervishoiutöötajad oma meditsiiniliste ja eetiliste hinnangute muutmiseni, kuna klientide soovidele vastutulek on neile majanduslikult kasulik. Paarid või vallalised naised

võivad soovida abistava reproduktiivtehnoloogia kasutamist ka siis, kui see ei ole meditsiiniliselt põhjendatud. Mõnel juhul võib raseduse kandmine olla naise jaoks seotud teatud ohtudega, näiteks kuna viljaka ea möödumise tõttu suureneb rasedusaegsete terviseprobleemide risk või tal esineb mõni riski suurendav haigus.

Lisaks võivad mõned meditsiinilised seisundid piirata ema/vanemate võimet lapse eest korralikult hoolitseda või siis näeb arst mingeid sotsiaalseid põhjuseid, miks naine/paar ei sobi last kasvatama. Kliendi huvide ja erialase hinnangu vastuolu võib tekkida ka olukorras, kus tuleb otsustada, kas siirdada emakasse ühe asemel mitu viljastatud munarakku. See suurendaks küll rasestumise tõenäosust, aga sellega kaasneks ka suurem kaksikute või kolmikute saamise võimalus, mis omakorda tähendab suuremat riski laste tervisele. Olukorda, kus patsiendid nõuavad mingit konkreetset protseduuri, süvendab turumehhanismide kõrval ka internetis ja sotsiaalmeedias vabalt kättesaadavaks muutunud erialane teave haigusseisundite, ravimeetodite ja eriti teiste patsientide varasemate kogemuste kohta. Need teadmised ei ole enam ainult kitsa spetsialistide ringi valduses. Patsientidel on tekkinud suurem valmisolek spetsialisti soovitusi ja otsuseid vaidlustada ja neis kahelda. Kokkuvõttes avaldavad patsiendid tervishoiutöötajatele järjest rohkem survet, et nad teeksid teatud protseduure, mis spetsialisti hinnangul võivad olla kasutud või lausa kahjulikud.

Selles olukorras, kui see ei ole seadusega reguleeritud, peab tervishoiutöötaja lähtuma otsuse tegemisel oma erialasest ja eetilisest hinnangust ning kaalutusvõimest. Spetsialisti esmane ülesanne on lähtuda patsiendi huvidest ja heaolust, mida saab konkreetsemalt sõnastada kohustusena järgida selliseid üldtunnustatud põhimõtteid nagu patsiendi autonoomia, kahju vältimine, patsiendi abistamine ja õiglane toimimine. Biomeditsiini eetika on autonoomiat tavaliselt tõlgendatud nii, et see tähendab õigust ravist keelduda ja tahtevastane ravi katkestada (juriidiliselt on see kehtestatud teadva nõusoleku nõudena), aga mitte õigust nõuda teatud liiki ravi. Biomeditsiini eetika normatiivsest aspektist võib see eristus olla endiselt igati mõistlik.

Üks tervishoiutöötajale esitatav oluline ootus on, et ta arvestaks patsiendi parimate huvidega ja hoolitseks patsiendi eest. Lisaks on tervishoiusektori kutse-eetika toimunud olulised arengud muutnud meid tundlikuks ja kriitiliseks selle suhtes, kui arstid kohtlevad patsiente lastena, kes millestki aru ei saa. Ent sellegipoolest ei tähenda nõue austada patsiendi autonoomiat ega kohustus arvestada patsiendi parimate huvidega seda, et patsiendi soovidele tuleb lihtsalt vastu tulla, isegi kui need soovid peaks olema hoolikalt läbi kaalutud, teadlikud ja püsivad.

Lisaks otseselt patsiendiga seotud nõuetele on arstidel ja muudel tervishoiutöötajatel ka teisi kohustusi, nagu eespool öeldud. See hõlmab kohustusi ühiskonna ja selle huvide ees, mille alla kuulub näiteks kõigi patsientide ja patsiendirühmade õiglane kohtlemine ning ressursside õiglane jaotamine.

3.8.5 Kutsealad ja veendumuste tõttu kohustuste täitmisest keeldumine tervishoiutöötajate puhul

Üks teema, millest on tervishoiu valdkonna (sealhulgas abistavate reprodktiivtehnoloogiate) ja seal kehtiva eetilise vastutuse puhul palju räägitud, puudutab veendumuste tõttu kohustuste täitmisest keeldumist. Kas tervishoiutöötajal peaks olema lubatud ravi andmisest keelduda, kui see on küll muus osas näidustatud, aga läheks vastuollu tema sügavamate moraalsete veendumuste ja töökspidamisega? Abistavate reprodktiivtehnoloogiate puhul on need küsimused tekkinud näiteks perearstidega puhul, kes ei soovi suunata patsiente kliinikusse aborti tegema, kirjutada välja ravimeid varase raseduse katkestamiseks või saata lesbipaare viljatusravile. Kas riiklikus tervishoiusüsteemis töötaval arstil peaks olema lubatud keelduda selliste protseduuride võimaldamisest usuliste veendumuste tõttu? Mis oleks sel juhul keeldumise õiguslik alus? Kas tuleks võimaldada ka keeldumist ilma otsese viiteta usulistele veendumustele? Need küsimused võivad olla eriti aktuaalsed tugeva riikliku tervishoiusektoriga ühiskondades, kus arstidel on vähe võimalust valida endale töökohta veendumuste järgi (näiteks töötada usuorganisatsioonile kuuluvas asutuses).

Taoliste küsimuste lahendamiseks ei saa kindlaks määrata mingeid lõplikke reegleid. Nagu eespool öeldud, teostatakse kutsealast vastutust ühelt poolt institutsionaalsete kohustuste, eeskirjade, ootuste, normide ja väärtushinnangute ning teiselt poolt isiklike ideaalide, töökspidamise ja väärtushinnangute ristumiskohas. Nende konflikti korral (näiteks kui usulised veendumused nõuavad spetsialistilt millegi tegemist või tegemata jätmist, mis oleks vastuolus tema ametikohustustega) ei saa olla mingit üldreeglit, mis annaks automaatselt ühele poolele eesõiguse. Pigem tuleb otsus teha igat olukorda eraldi kaaludes. Selles protsessis võib arvesse võtta mitmesuguseid asjaolusid. Kõigepealt on asjakohane vaadelda selle veendumuse tuuma, mille puhul vastuolu esineb. Võiks eeldada, et spetsialist ise suudab teistele inimestele arusaadavalt põhjendada, miks see konkreetne veendumus või kohustus on tema üldiste usuliste töökspidamise seas sedavõrd tähtsal kohal, et õigustab ametikohustuse täitmata jätmist. Lisaks peaksid need, kelle arvates ametikohustuse täitmisest keeldumine usuliste veendumuste tõttu peaks olema lubatud, olema valmis lubama samasugust keeldumise võimalust ka seoses muude veendumustega. Üks näide võib olla sügav veendumus selles, kuidas inimene peab oma kutsetööd tegema: näiteks et patsiendi parimates huvides tuleb tegutseda ka siis, kui see läheb vastuollu juhtkonna nõuetega, mis lähtuvad muudest eesmärkidest.

Lisaks on asjakohane arvesse võtta ka seda, kas patsiendil on reaalne võimalus saada tervishoiuteenust, millest konkreetne spetsialist keeldub, kusagilt mujalt.

4.

Kehaväline viljastamine (IVF)

4.1 Sissejuhatus

Tänapäeva reproduktiivmeditsiini käsutuses on suur valik vahendeid, mis aitavad piiratud viljakusega paaridel last saada. Seoses viljastamisega eristatakse abistatud kehasisest viljastamist (ingl *insemination*), mille korral mehe seemnerakud viiakse naise tuppe või emakasse, ning kehavälist viljastamist (*in-vitro fertilisation*, IVF), mille korral viljastamine toimub väljaspool naise keha. Lisaks klassikalisele kehavälisele viljastamisele, kus viljastamine toimub katseklaasis ilma täiendava sekkumiseta, on alates 1990. aastatest kasutusele võetud ka seemneraku intratsütoplasmaatiline injektsioon (*intracytoplasmic sperm injection*, ICSI) ehk seemneraku süstimine otse munarakku. Kõiki kolme protseduuri võidakse kasutada nii homoloogilises süsteemis (geneetilised ja sotsiaalsed vanemad kattuvad) kui ka heteroloogilises süsteemis (vähemalt ühe vanema puhul on vanemlus ainult geneetiline või ainult sotsiaalne). Viimasel juhul saab teise naise munarakke kasutada mõistagi vaid kehavälise viljastamise (IVF või ICSI) korral.

Kuigi juba kehasisest kunstlikku viljastamist, milles soojätkamine lahutatakse seksuaalsusest, võib pidada antropoloogiliselt oluliseks lahknemiseks varasemast traditsioonist, keskendutakse tänapäeva reproduktiivmeditsiini käsitlevates kriitilistes aruteludes valdavalt siiski kehavälisele viljastamisele. See on põhjendatav asjaoluga, et kehaväline viljastamine löi tingimused enneolematult ulatuslikuks sekkumiseks viljastamise akti ja embrüonaalsesse arengusse, samuti embrüote kasutamiseks muudel eesmärkidel. Ilma kehavälise viljastamiseta poleks mõeldav ei embrüote krüokonserveerimine, munaraku- ja embrüodoonorlus, asendusemadus ega siirdamiseelne geenidiagnostika. Need meetodid, mida rahvusvahelises kirjanduses nimetatakse koos kehavälise viljastamisega ühiselt abistavateks reproduktiivtehnoloogiateks (*assisted reproductive technologies*, ART), on käesoleva dokumendi peamiseks huviobjektiks (peatükid 5–8).

Lisaks on kehavälisel viljastamisel tekkiv embrüote ülejääk põhiline allikas, kust saadakse „materjali” embrüouuringuteks ja embrüonaalsete tüvirakkude eraldami-

seks, nagu on osutatud 9. peatükis. Kui tunnistada sarnaselt roomakatoliku kiriku seisukohaga juba kehaväline viljastamine ise eetilisel lubamatuks, siis oleks järgnevate peatükkide teemakäsitus suures osas tarbetu. Ent kehaväline viljastamine (nii klassikalise IVFi kui ka ICSI vormis) väärrib eraldi tähelepanu ka sõltumata sellega loodud muudest meditsiinitehnilistest võimalustest. Kuigi ühiskond on selle ammu omaks võtnud, on sellega seoses tekkinud ikkagi tõsiseid küsimusi. Seetõttu on ilmselt mõistlik enne konkreetsemate tehnoloogiate käsitlemist analüüsida kehavälist viljastamist kui eraldiseisvat nähtust. Kuna seemne- ja munarakudoonorlusest ning sellega seotud uutest pereloomise võimalustest tuleb põhjalikumalt juttu 6. peatükis, keskendume siin esmalt homoloogilisele kehavälisele viljastamisele.

4.2 Faktid ja arvud

Alates Louise Browne sünnist 1978. aastal on maailmas kehavälise viljastamise abil ilmale tulnud üle viie miljoni lapse.⁸¹ Valdav osa kehavälist viljastamisi toimub Euroopas. Ainuüksi 2011. aastal (viimane aasta, mille andmed on teada) registreeriti Euroopa kehavälise viljastamiste registris 609 973 protseduuritsükli ja 134 106 sünnitust ning see liigub tõusvas suunas.⁸² Mitmes Euroopa riigis toimub märkimisväärne protsent kõigist sündidest tänu kehavälisele viljastamisele: Taanis oli see 2011. aastal üle 5% ning Belgias, Tšehhi Vabariigis, Eestis, Islandil, Norras ja Sloveenias üle 3%.⁸³

Kehavälise viljastamise tüüpilised näidustused on munajuhade patoloogiad (klassikaline IVF) ning seemnerakkude halb kvaliteet või täielik puudumine (ICSI). Ent mõlemat protseduuri on kasutatud ka muude viljakushäirete korral. Meditsiiniliselt võib lubatud näidustuste ringi taoline laiendamine tekitada erinevaid arvamusi, sest kui paari viljakushäire on kergekujuline, siis ei ole loomulikult teel rasestumise tõenäosus kuigi palju väiksem kui kehavälisel viljastamisel.⁸⁴ Üldiselt on vaid väga vähesed paarid viljatud selle sõna otseses tähenduses, sest enamiku puhul on toimunud vaid viljakuse langus. Nii võib juhtuda ka see, et viljatusravi ajal või pärast seda toimub ootamatult rasestumine loomulikult teel (mitte sooritatud meditsiiniprotseduuride tagajärjel).

⁸¹ European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) (juuli 2014) "ART Fact Sheet". Kasutatud 12.01.2016, <http://www.eshre.eu/sitecore/content/Home/Guidelines%20and%20Legal/ART%20fact%20sheet>

⁸² M. S. Kupka et al. (2016) Assisted reproductive technique in Europe, 2011: Results generated from European Registers by ESHRE. – *Human Reproduction* 31/2, 233-248, 236jj. DOI:10.1093/humrep/dev319.

⁸³ Ibid., 239.

⁸⁴ Vt E. I. Kamphuis et al. (2014) Are we overusing IVF? – *British Medical Journal* 348, g252. DOI: 10.1136/bmj.g252; F. A. M. Kersten et al. (2015) Overtreatment in couples with unexplained infertility. – *Human Reproduction* 30, 71-80. DOI: 10.1093/humrep/deu262.

Kehavälise viljastamise õnnestumise tõenäosus sõltub kõige rohkem naise vanusest (täpsemalt selle naise vanusest, kelle munarakke kasutatakse), paari varasemast terviseelolust ja valitud protseduurist. Euroopas lõppes 2011. aastal elussünniga 21,1% klassikalise IVFi protseduuritsükklitest, samas kui ICSI puhul oli õnnestumisi 19,2% ja krüokonserveeritud embrüote kasutamisel 14,4%.⁸⁵

Kuigi kehaväliline viljastamine on nüüdseks juba tavapärase protseduuri, ei puudu ka selle juures teatud riskid.⁸⁶ Peale tüsistuste, mis võivad tekkida hormoonstimulatsiooni tagajärjel (munasarjade hüperstimulatsiooni sündroom) või ootsüüdi eraldamisel, tuleb esimesena mainida mitmikraseduste sagenemist. Seda põhjustab tänaseni laialt levinud tava siirdada naise emakasse rohkem kui üks embrüo. Mitmikrasedustega kaasneb suurem enneaegsete sündide osakaal, vastsündinute väiksem sünnikaal ning kõrgem perinataalne suremus. Ent isegi kehavälise viljastamise tulemusena tekkinud üksikraseduse korral on vastsündinud keskmiselt väiksemad ja kergemad ning sünnivad varem. Samuti esineb sagedamini rasedusaegseid tüsistusi nagu preeklampsia, platsenta eesasetus (*placenta praevia*) ja enneaegne irdumine. Lisaks on kehavälise viljastamise puhul sünnidefektide tõenäosus 1,3 korda suurem.⁸⁷ Ent abistavate reproduktiivtehnoloogiate ja sünnitusriskide korrelatsiooni mehhanismide suhtes puudub tänaseni piisav selgus. Kui mõne uuringu järgi võivad riski suurendada protseduuride endiga seotud tegurid, siis teistes on järeldatud, et põhjust tuleb otsida pigem protseduure kasutavate inimeste väiksemast viljakusest.⁸⁸

4.3 Õiguslik olukord

Kehaväliline viljastamine ei ole täielikult keelatud üheski Euroopa riigis. Samas lubab enamik riike seda üksnes teatud tingimustel.⁸⁹ Mõnes riigis on kehaväliline viljastamine lubatud vaid meditsiinilise näidustuse korral (olenemata sellest, kas protseduure rahastatakse riiklikult või mitte). Näiteks Austrias, Saksamaal ja Itaalias võib seda kasutada ainult diagnoositud viljatuse juhtudel, samas kui Prantsusmaal,

⁸⁵ Kupka et al., *Assisted reproductive technique in Europe, 2011*, lisad SV-SVII. Kasutatud <http://humrep.oxfordjournals.org/content/31/2/233/suppl/DCI>

⁸⁶ Ülevaadet vt K. Diedrich et al. (2011) Schwangerschaftsrisiken und Outcome der Kinder nach ART. – *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 8, 108–111. Hiljutist metaanalüüsi vt Jiabi Qin et al. (2016) Assisted Reproductive Technology and the Risk of Pregnancy-Related Complications and Adverse Pregnancy Outcomes in Singleton Pregnancies. A Meta-Analysis of Cohort Studies. – *Fertility & Sterility* 105, 73–85.

⁸⁷ Diedrich et al. 2011, 109; Qin et al. 2016, 73.

⁸⁸ Vt M. J. Davies et al. (2012) Reproductive technologies and the risk of birth defects. – *New England Journal of Medicine* 366, 1803–1813; Qin et al. 2016, 83.

⁸⁹ Ülevaadet vt K. Berg Brigham et al. (2013) The diversity of regulation and public financing of IVF in Europe and its impact on utilization. – *Human Reproduction* 28, 666–675, 669. See ülevaade hõlmab siiski vaid valitud Euroopa riike (millest ükski ei asu Ida-Euroopas) ning andmed pärinevad 2009. aastast ja võivad olla osaliselt vananenud.

Hollandis, Portugalis ja Rootsis on lubatud seda kasutada ka selleks, et vältida raskete haiguste edasiandmist. Mõnes riigis (nt Prantsusmaa, Portugal ja Itaalia) on kehavälise viljastamise võimalus ainult heteroseksuaalsetel paaridel, samas kui Rootsis saavad seda kasutada paarisuhtes olevad isikud, aga mitte vallalised naised. Liberaalsema poliitikaga riikides (nt Taani, Soome, Belgia, Kreeka, Hispaania ja Ühendkuningriik) ei ole meditsiiniline näidustus kohustuslik ning kehavälise viljastamist saavad kasutada ka samasoolised paarid ja vallalised naised.⁹⁰ Mitmes riigis (nt Belgia, Taani, Kreeka ja Holland) on kehtestatud vanusepiirid. Kuna kehavälise viljastamise protseduurid on väga kulukad, sõltub nende tegelik kättesaadavus ka rahastamismudelist. Siin on Euroopa riikide vahel üsna suured erinevused.⁹¹ Üldreeglina kehtivad riigi rahalist toetust soovivatele isikutele täiendavad tingimused (nt meditsiinilise näidustuse nõue).

4.4 Kirikute avaldused

Kehavälisele viljastamisele eetilise hinnangu andmisel esinevad roomakatoliku kiriku ja (enamiku) evangeelsete kirikute vahel silmatorkavad erinevused. Sel põhjusel ei piirdu me käesolevas punktis vaid evangeelsete kirikute avaldustega, vaid esitame kõigepealt kokkuvõtte roomakatoliku kiriku seisukohast.

⁹⁰ Ühes uuemas uuringus on suhtestaatuse ja soolise sättumuse suhtes kehtivad eri riikide nõuded kokku võetud järgmiselt: „[...] abielu on ART-protseduuride jaoks nõutav enamikus riikides. Vaid kuues Euroopa riigis 22st [...] ei pea inimene ART kasutamiseks olema abielus (FI, FR, EL, IE, SI, CH). Kuid kui välja arvata Türgi (ja Jaapan), siis võimaldavad kõik (vaadeldud) Euroopa riigid [...] protseduure ka püsisuhtes elavatele paaridele. [...] Seoses ART-protseduure soovivate üksikute naistega on riikide nõuded mõnevõrra piiravamad. Ainult kümnes Euroopa riigis 22st [...] on vallalistel lubatud ART teenuseid kasutada (BE, BG, DK, FI, EL, HU, LV, RU, ES, UK). Lesbiliste naiste puhul on liberaalsus veel väiksem: nemad saavad ART-protseduure kasutada vaid seitsmes Euroopa riigis (BE, BG, DK, FI, LV, ES, UK) ja USAs.” P. Präg ja M. C. Mills (2015) Assisted reproductive technology in Europe: Usage and regulation in the context of cross-border reproductive care. – *Families and Societies Working Paper Series* 43, 11j. Kasutatud 17.12.2015, <http://www.familiesandsocieties.eu/wp-content/uploads/2015/09/WP43PragMills2015.pdf>

⁹¹ Prägi ja Millsi värske uuringu kohaselt: „Vaid Belgia, Iirimaa ja Šveits ei paku oma kodanikele mingis vormis rahalist toetust. Enamikus riikides on see korraldatud riikliku tervisekindlustuse kaudu, kuid mõned riigid kasutavad ka erasektori kindlustusandjaid või kahe variandi kombinatsiooni. Kuues riigis – Taani, Prantsusmaa, Ungari, Venemaa, Sloveenia ja Hispaania – katab riiklik tervisekindlustus kõik kulud. [...] Austrias katab tervisekindlustus kaks kolmandikku kuludest, aga Soomes mõnel juhul vaid nelikümmend protsenti. Lisaks sõltub kindlustuskaitse tavaliselt sellest, kas patsient vastab tingimustele. Näiteks Hispaanias hüvitab tervisekindlustus vaid kuni 40-aastaste naiste protseduurikulud. Sloveenias hüvitatakse esimese lapse puhul kuus protseduuritsüklit ja järgneva lapse puhul neli tsüklit, aga naine ei tohi olla vanem kui 42 aastat. Mõnes Ühendkuningriigi osas lükatakse tagasi ülekaaluliste naiste hüvitisetaotlused.” Ibid., 10j.

4.4.1 Roomakatoliku kiriku seisukoht

Roomakatoliku kiriku seisukoht reproduktiivmeditsiini suhtes meenutab ranguse poolest tema seisukohta rasestumisvastaste vahendite suhtes. Kõige olulisem dokument on siin usudoktriini kongregatsiooni 1987. a juhend *Donum vitae*, mille põhiliste tekstikohtade aluseks on omakorda 1968. a entsüklika *Humanae vitae*. Juhendi järgi puudutab meditsiiniliselt abistatud reproduktsioon (mida seal nimetatakse „kunstlikuks”) kahte alusväärtust: „sündinud inimelu ja abielus toimuva inimelu edasiandmise erilisus.”⁹² Kongregatsioon väidab, et inimelu algab viljastamisest, mistõttu iga inimest tuleb viljastamise hetkest alates austada ja kohelda isikuna: talle tuleb tagada kõik isikule kuuluvad õigused, eelkõige õigus elule.⁹³ Kuna kehavälise viljastamise kasutusele võtmisele eelnesid arvukad katsed embrüotega ning selle protseduurides saadakse tavaliselt rohkem embrüoid, kui on naisele siirdamiseks vaja („üleliigsed embrüod”), jõuab kongregatsioon järeldusele, et kehavälisel viljastamisel ei näidata embrüo suhtes üles vajalikku austust.⁹⁴ Ühtlasi osutab ta tehnoloogilise progressi vasturääkivustele, kuna näeb kehavälises viljastamises „vägivalla ja ülemvõimu dünaamikat, mis võib jääda märkamatuks nendele samadele isikutele, kes seda protseduuri kasutada soovides ennast sellele allutavad”.⁹⁵ Kuid kongregatsiooni hinnangul oleks kehavälise viljastamine lubamatu isegi siis, kui seda vaadelda asjana iseeneses, st lahus sellega kaasnevast embrüote hävimisest.⁹⁶ Selle aluseks on veendumus, et abielulise seksuaalsuse kahte tähendust – armastuse liit ja soojätkamine – ei saa üksteisest lahutada. Sama põhjenduse esitab roomakatoliku õpetusamet ka seoses rasestumisvastaste vahenditega.⁹⁷ Kongregatsiooni seisukoha järgi kaotab inimelu edasiandmine oma väärikuse ja täiuse mitte üksnes heteroloogilise kehavälise viljastamise puhul, kus kolmanda isiku kaasamine paneb kahtluse alla abielu ühtsuse ja eksklusiivsuse, vaid ka homoloogilise kehavälise viljastamise korral, mistõttu seda peetakse moraalselt lubamatuks meetodiks.⁹⁸ Roomakatoliku kirik ei ole oma hinnangut hilisemates tekstides muutunud, järelikult kehtib see tänaseni.⁹⁹

4.4.2 Evangeelsed arvamused

Kuna meditsiiniliselt abistatud reproduktsioon tekitab põhimõttelisi antropoloogilisi ja eetilisi küsimusi, pole üllatav, et sel teemal on sõna võtnud ka paljud

⁹² *Donum Vitae*, Sissejuhatus, lõik 4.

⁹³ *Donum Vitae*, 1.1.

⁹⁴ *Donum Vitae*, II.

⁹⁵ *Donum Vitae*, II.

⁹⁶ *Donum Vitae*, II.5.

⁹⁷ *Donum Vitae*, II.4.

⁹⁸ *Donum Vitae*, II.5.

⁹⁹ Vt uuem instruksioon *Dignitas Personae*.

evangeelsed kirikud ja kirikute ühendused. Eriti just 1980. aastate teises pooles ja 1990. aastate alguses ilmus mitmeid põhjalikke seisukohavõtte, mis on kohati üksteisest väga erinevad. Seisukohtade ja argumentide skaalast ülevaate saamiseks võib heita pilgu kahele tekstile, mis pärinevalt Saksamaal ja Hollandis tegutsevatelt EKOE liikmeskirikutelt. Need on Evangeelse Kiriku Saksamaal (EKD) 1985. aasta juhendmaterjal *Von der Würde werdenden Lebens. Extrakorporale Befruchtung, Fremdschwangerschaft und genetische Beratung* („Tekkiva elu väärikusest. Kehaväline viljastamine, asendusrasedus ja geneetiline nõustamine”)¹⁰⁰ ning Hollandi Protestantliku Kiriku (PKN) kolme eelkäija 1991. aasta raport *Mensen in Wording. Theologische, ethische en pastorale overwegingen bij nieuwe voortplantingstechnieken en prenataal onderzoek* („Kujunemises inimesed. Teoloogilised, eetilised ja pastoraalsed kaalutlused uute soojätkamistehnoloogiate ja sünnieelsete uuringute kohta”)¹⁰¹. Mõistagi ei pruugi need aastatetagused dokumendid enam väljendada EKD või PKNi praegusi seisukohti.

EKD dokument algab avaldusega, et inimelu on Jumala and ja sellel on eriline väärikus. EKD väidab sarnaselt roomakatoliku kirikuga, et viljastamine ja sünd kuuluvad abielu juurde ning see seos läheb kehavälise viljastamise (IVF) puhul kaduma. Ent ta ei leia, et sellega rikutakse soojätkamise väärikust, vaid osutab pigem, et me ei oska praeguses olukorras selle kõiki tagajärgi ette näha. Kokkuvõttes iseloomustavad seda teksti tugevad kahtlused kehavälise viljastamise suhtes: osutatakse mitmikeraseduse ohule, katseklaasikultuuri seni läbi uurimata pikaajalistele kehalistele ja psühholoogilistele tagajärgedele ning kehaväliseks viljastamiseks kuluva teele rahalistele vahenditele, mida ei saa selle tõttu kasutada muudel eesmärkidel. Mainitakse ka üleliigsete embrüote probleemi. EKD rõhutab, et inimelu ja tulevase isiku areng algab seemne- ja munaraku ühinemise hetkest. Juba raku esimese lõigustumise etapil on embrüol samasugune eetiline väärtus nagu lootel raseduse hilisemas staadiumis. Üleliigsete embrüote hävitamine on ületamatus vastuolus areneva inimelu kaitsmise põhimõttega, mistõttu kehavälise viljastamisega kaasneb eetiline konflikt, mis nõuab kõrget vastutustunnet.¹⁰² Kuigi EKD dokumendis ei

¹⁰⁰ *Von der Würde werdenden Lebens: Extrakorporale Befruchtung, Fremdschwangerschaft und genetische Beratung. Eine Handreichung der Evangelischen Kirche in Deutschland zur ethischen Urteilsbildung* (1985). Toim. Evangeelse Kiriku Saksamaal Kirikuamet. Hannover: EKD-Texte 11.

¹⁰¹ *Mensen in Wording: Theologische, ethische en pastorale overwegingen bij nieuwe voortplantingstechnieken en prenataal onderzoek. Rapport van de commissie „Biomedische Ethiek” van het Deputaatschap en de Raad voor de Zaken van Kerk en Theologie van de Nederlandse Hervormde Kerk en de Gereformeerde Kerken in Nederland* (1991). Utrecht. PKNi kolm eelkäijat olid Nederlandse Hervormde Kerk, Gereformeerde Kerken in Nederland ja Evangelisch-Lutherse Kerk in het Koninkrijk der Nederlanden.

¹⁰² Sama asjaolu, et nii meetodi enda kui ka selle arendamisega kaasneb üleliigsete embrüote teke ja hävimine, on mitmes avalduses rõhutanud ka Norra Kirik, kes on sellele vaatamata järeldanud, et võimalus aidata viljatutel paaridel last saada kaalub üles embrüote hävimisega seotud moraali-probleemid: Norra Kiriku sinod (1989) *Vern om livet. Uttalelser om miljøvern, abortlovgivning og bioteknologi* („Elu kaitsmine. Avaldused keskkonna, abordiseaduse ja biotehnoloogia teemadel”); Norra Kiriku nõukogu (2006) *Consultative statement on Amended bill on biotechnology*, 4, 8.

mõisteta kehavälist viljastamist kateegooriliselt hukka ega peeta seda kristliku usuga kokkusobimatuks, on piisavalt selge, et autorid taunivad seda ja soovivad seda käsitada viimase abinõuna (*ultima ratio*). EKD sinod kordas seda kriitilist seisukohta kaks aastat hiljem deklaratsioonis *Achtung vor dem Leben* („Austus elu ees”, 1987), milles öeldakse otse, et sinod ei soovi kehavälise viljastamise kasutamist.¹⁰³

Seevastu PKNi eellaskirikute biomeditsiini eetikakomisjon jõudis sootuks teistsugusele järeldusele. Kolme kiriku ühissinodi poolt heaks kiidetud raportis *Menschen in Wording* (mis on küll vormistatud aruteludokumendi, mitte kiriku ametliku avaldusena) vaatab komisjon esmalt inimese asendit loodud maailmas ja embrüo moraalset staatust ning analüüsib seejärel mitmeid kehavälise viljastamise suhtes esitatud vastuväiteid. Leitakse, et inimkonna ülesanne on loodud harida ja hoida. Lapsed on Jumala and, kuid see ei tähenda, et inimestel on keelatud soojätkamisega seotud protsessidesse sekkuda. Klassikalise ettehoolduskäsituse järgi ei vastandu Jumala ja inimeste tegevus teineteisele, vaid pigem eeldab Jumala tegevus inimeste kaastööd. Seega ei saa tänapäeva reproduktiivtehnoloogiaid lihtsalt kõrvale heita väitega, et inimesed mängivad nende abil Jumalat. Embrüo moraalse staatuse küsimuses võtab komisjon gradualistliku seisukoha, et ka arengu algstaadiumis olev embrüo väärib kaitset, aga mitte samas ulatuses nagu juba sündinud isik. Üleliigsete embrüote teket ei peeta piisavaks argumendiks kehavälise viljastamise kasutamise vastu. Erinevalt roomakatoliku kiriku seisukohast, et seksuaalsus ja soojätkamine on lahutamatu seotud, väidab komisjon, et lapse jaoks on kõige tähtsam kasvada keskkonnas, kus toimib püsiv armastussuhe – see aga ei lähe kuidagi vastuollu reproduktiivtehnoloogiatega kasutamise. Ainus vastuväide kehavälisele viljastamisele, mida komisjon peab „väga oluliseks” on seotud võimalike tagajärgedega asjaosalistele endile: naise panus soojätkamisse võib vajuda tahaplaanile; partnerite suhe võib jääda vaesemaks, kui lapsesoo muutub kinnisideeks. Seetõttu nimetatakse kehavälist viljastamist kokkuvõttes „õnnistuseks lastetutele paaridele”, kuid hoiatatakse ka liiga kõrgete ootuste eest.

4.5 Arutelu

Saksa ja Hollandi kirikute kasutatud argumente saavad evangeelsed kirikud (mõnede muudatustega) ka täna oma teoloogilis-eetiliste arvamuste kujundamisel kasutada. Selles, mis puudutab kehavälise viljastamise (IVF) õnnestumise väljavaateid, ohte ja raskusi, aga ka pikaajalisi sotsiaalseid tagajärgi, tuleks lähtuda uuematest andmetest (näiteks nendest, mida on tutvustatud punktis 4.2).

¹⁰³ Vt *Kundgebung der 7. Synode der Evangelischen Kirche in Deutschland: Zur Achtung vor dem Leben – Maßstäbe für Gentechnik und Fortpflanzungsmedizin* (1987). Toim. Evangeelse Kiriku Saksamaal Kirikuamet. Hannover: EKD-Texte 20, 5.

Kehaväline viljastamine pakub bioloogilise lapse saamise võimalust paaridele, kellel muul viisil rasestumine ei õnnestu. Kui vaadata, kui tõsiselt võetakse lapse-soovi mõnedes piiblitekstides (vt punkt 3.1), siis peaks sellele soovile vastu tulev meditsiiniline sekkumine olema teoloogia seisukohast põhimõtteliselt tervitatav. Seega on kehavälisele viljastamisele eetilist hinnangut andes põhjust keskenduda esmalt selle kasulikele aspektidele: õnnestunud kehavälist viljastamist võidakse tõepoolest kogeda õnnistusena. Evangeelses eetika raames, mis ei apelleeri autoriteediga tuvastatud objektiivsele moraalsele korrale nagu loomuõiguse õpetusametliku tuvastamise puhul roomakatoliku kirikus, vaid tahab juhendada ainult Pühakirjast, puuduvad põhimõttelised vastuväiteid, mis muudaksid taolised ilmselgelt head tulemused ebaoluliseks. Muidugi tuleb loomulikku viljastumist pidada antropoloogilises mõttes eelistatumaks, sest selles saab vahetult kogeda armastuse, seksuaalsuse ja soojätkamise ühtsust. Ilma „mehe ja naise tõelisesse loomusesse kirjutatud seaduste”¹⁰⁴ ideeta saab seda sõnastada üksnes kui ideaali, mitte kui normi, mida kõik inimesed või lausa kõik kristlased peavad järgima, olenemata nende konkreetse olukorra eripärast. Kui see ideaal jääb saavutamata loomulikult teel viljastumise ebaõnnestumise tõttu, siis näib kehaväline viljastamine olevat põhimõtteliselt täiesti õigustatud alternatiiv.

Põhjapanevaks vastuargumendiks ei saa pidada ka kehavälise viljastamise tehnilist iseloomu. Hollandi kirikute bioeetika komisjon juhib põhjendatult tähelepanu evangeelsete kristlaste veendumusele, et 1 Ms 2:15 on inimestele antud kultuuriline ülesanne osaleda looduse kujundamises ning see hõlmab ka inimbioloogia looduslikesse protsessidesse sekkumist. Mõistagi eeldab see võimet teha vahet seda ülesannet täitvatel ja sellega vastuolus olevatel tegevustel. Taoliseks vahetegemiseks kasutatavaid abivahendeid võib leida üldisest etikaraamistikust, mida on kirjeldatud käesoleva juhendi 3. peatükis. Eristamise nõue tähendab, et me ei saa tunnistada kehavälist viljastamist lubamatuks üksnes sel põhjusel, et tegemist on inimese soojätkamist ja inimelu edasiandmist puudutava küsimusega. Selle asemel tuleks põhjendust otsida kehavälise viljastamise enda konkreetsetest omadustest või tagajärgedest.

Siinkohal on kaalukas asjaolu kindlasti üleliigsete embrüote tekkimine, millele on tähelepanu juhtinud nii evangeelsed kirikud kui ka katoliku kirik. On tõsi, et selliste embrüote arvu saab mõnevõrra vähendada, kui arvutada konkreetse paari puhul välja elujõulise embrüo saamise tõenäosus. Ent tehnika praeguse taseme juures ei ole võimalik seda probleemi täielikult kõrvaldada, sest korraga tuleb arvesse võtta kolme üksteisele vastukäivat eesmärki: saavutada rahuldav rasestumise tõenäosus, vältida mitmikrasedust ja mitte tekitada üleliigseid embrüoid. Kuna ülejäänud embrüotele eluväljavaate võimaldamiseks tuleks need edasi anda teistele paaridele, aga võimalused selleks on üsna piiratud, siis kuulub embrüote hävitamine (või neil

¹⁰⁴ Paulus VI (25. juuli 1968) *Humanae vitae*, punkt 12. Kasutatud 12.01.2016, <https://www.katoliku.ee/index.php/et/2-uncategorised/144-humanae-vitae>

surra laskmine) ettenähtavas tulevikus ka edaspidi kehavälise viljastamise juurde.¹⁰⁵ Kas seda peetakse piisavaks argumendiks kehavälise viljastamise vastu, sõltub eelkõige sellest, kuidas inimesed vastavad vaidlusalusele küsimusele embrüo moraalse staatuse kohta. Kui roomakatoliku kirik on võtnud ka selle suhtes selge seisukoha, siis enamik evangeelseid kirikuid on ühel meelel vaid selles, et inimelu väärib põhimõtteliselt kaitset ja austust selle kõigil arenguetappidel. Arvamused lähevad lahku, kui püütakse vastata, mida saab sellest põhimõttest järeldada väga varases arengustaadiumis oleva inimelu ehk veel emakaseinale kinnitumata embrüo kohtlemise kohta. Seda küsimust on üldises plaanis käsitletud punktis 3.5, kus esitasime ülevaate evangeelsete kirikute võimalikest lahendusvariantidest.

Kuigi evangeelne eetika on kehavälise viljastamise suhtes leplikum ja lubavam kui roomakatoliku õpetusameti positsioon, ei tähenda see kindlasti seda, et selle kasutamist tuleb evangeelse käsituse järgi alati ja ilma igasuguste piiranguteta soovitada. Üldpõhimõttena tuleb reproduktiivmeditsiini käsitlevates eetilistes aruteludes senisest rohkem tähelepanu pöörata lapse heaolu teemale.¹⁰⁶ Kui kehavälise viljastamise õnnestumise tõenäosuse suurendamiseks riskitakse mitmikrasedusega ja siirdatakse emakasse korraga mitu embrüot, võib see ohustada nii raseda naise kui ka laste tervist. Meditsiiniliselt ja eetiliselt on küsitav, kas lapsesoovi täitmine võib toimuda nurisünnituste või enneaegsete sündide hinnaga, millega omakorda kaasneb oht, et sel moel elusalt sündinud lastele tekib püsiv tervisekahjustus. Lapse heaolu teema on aktuaalne ka siis, kui naine soovib rasestuda vahetult enne või isegi pärast menopausi – sel juhul võib ühtlasi tekkida vajadus kasutada doonorrakke või -embrüoid, millest on pikemalt juttu 6. peatükis. Seoses sellega tuleb juhtida tähelepanu terviseriskidele, mida hiline rasedus põhjustab nii emale kui ka lapsele. (Teisalt ei saa eriti kaalukaks pidada vastuväidet, et vanemas eas emaks saanud naine ei pruugi olla võimeline lapse eest täiskasvanuks saamiseni hoolitsema, sest sama võiks sel juhul väita ka vanemas eas isaks saavate meeste kohta.)

Mõnikord arvatakse, et kehavälisest viljastamisest sündinud lastel on loomulikult teel saadud lastega võrreldes rohkem psühholoogilisi probleeme.¹⁰⁷ Sellised väited on

¹⁰⁵ See on tingitud punktis 4.2 mainitud olukorrast, kus ühtaegu tuleb suurendada rasestumise tõenäosust ja samal ajal vältida mitmikraseduse ohtu. Kui naisele siirdatakse korraga rohkem kui üks embrüo, on alati olemas mitmikraseduse võimalus. Seega tuleks mitmikraseduse vältimiseks kasutada ühe embrüo siirdamise meetodit (*single embryo transfer*, SET), kuid ainult ühe juhulkiult valitud embrüoga on rasestumise tõenäosus väga väike. Seetõttu on paljudes Euroopa riikides standardprotseduurina kasutusel valikuline ühe embrüo siirdamine (*elective single embryo transfer*, eSET): mitme embrüo seast valitakse siirdamiseks ainult see, kellel on kõige paremad arenguväljavaated. Sellega kaasneb paratamatult üleliigsete embrüote teke.

¹⁰⁶ Hartmut Krefß (2009) *Medizinische Ethik: Gesundheitsschutz – Selbstbestimmungsrechte – heutige Wertkonflikte*, 2. tr. Stuttgart, 188.

¹⁰⁷ Oletusi kehaväliselt viljastatud lastel tekkiva võimaliku psühholoogilise kahju kohta esitatakse aeg-ajalt tänase päevani, osutades põhiliselt sellele, et kontrollitud uuringutulemusi on veel liiga vähe. Carola Bindt kogumikus *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung: Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie* (2008), 2. tr. Koost. Karl Heinz Brisch ja Theodor Hellbrugge. Stuttgart, 51–80,

siiski küsitavad. Kui lapsel on psühholoogilisi probleeme, siis suure tõenäosusega ei ole need tingitud reproduktiivmeditsiinist. Pigem tekivad need seetõttu, et vanema ja lapse suhtes esineb mingeid traumeerivaid tegureid, mille taustaks on pikka aega täitumatuks jäänud lapsesoo. Kuid ka vanemate poolt soovitud ja loomulikult teel viljastatud lapsed võivad kannatada selle all, et vanemad seavad neile liiga kõrgeid ootusi. See ei ole meditsiini, vaid kasvatuse ja üldise ellusuhtumise küsimus.

Lisaks last mõjutavatele ohtudele ja raskustele, tuleks arvesse võtta ka tulevaste lapsevanemate psühholoogilisi stressi. Punktis 4.2 esitatud arvandmetest on näha, et enamiku paaride puhul ei piisa rasestumiseks ühest või kahest protseduuritsüklist. Sellega kaasnev meeleolu kõikumine lootuse, hirmu ja ebaõnnestumisele (mis võib olla korduv) järgneva pettumuse vahel võib olla äärmiselt koormav. Sellest nähtub, et tehnoloogia ülevõimule allutatuse teema ei ole kehavälise viljastamise puhul täielikult laest võetud.¹⁰⁸ Kehaväliline viljastamine on üks võimalus, millega inimesed püüavad vältida lapsesooi täitumast tingitud kannatusi, kuid teisalt tungivad need protseduurid sügavale partnerite intiimsfääri ning võivad tekitada võõrandumise ja millegi väärtusliku kaotamise tundeid. Olukord muutub eriti raskeks siis, kui ka pärast mitmeid katseid jääb soovitud tulemus saavutamata. Kuna pealtäha tunduvad tänapäeva reproduktiivmeditsiini võimalused peaaegu piiramatud, siis on paljudel paaridel väga raske teha otsust protseduuride lõpetamise kohta ja leppida väljavaatega, et neil tuleb elada ilma lapseta.¹⁰⁹ Sel põhjusel on psühholoogiline nõustamine ja hingeoid reproduktiivmeditsiini valdkonnas äärmiselt olulised. Siin on kirikud kutsutud pakkuma oma nõustamiskeskuste ja kohalike koguduste kaudu inimestele taoliste otsuste tegemisel abi ning olema raskel protseduuride perioodil paaridele toeks.

52jj. Allan Jensteni juhtimisel Taanis tehtud ja 2014. aastal lõppenud longituuduuringus leiti, et kehavälisel viljastatud lastel esineb lapsepõlves ja varases täiskasvanueas suurem psühhiaatriliste häirete oht: vt https://www.eurekalert.org/pub_releases/2014-06/esoh-cbt062614.php (kasutatud 28.10.2016). Samas leitakse kirjanduses üldiselt, et tuvastatavate terviseprobleemide puudumise korral ei ilmne vähemalt üksiklaste puhul olulist erinevust võrreldes spontaanselt rasedusest sündinud lastega. Vt Tewes Wischmann (2008) *Psychosoziale Entwicklung von IVF-Kindern und ihren Eltern*. – *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 6, 329-34; vanemast kirjandusest Margarete Berger (1993) *Zur Entwicklung von Kindern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung ihrer Eltern*. – *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 42.10, 368–373.

¹⁰⁸ Seda väljendab ilmekalt ühe naise kirjeldus oma kogemustest pärast ebaõnnestunud IVF-tsükli: „Andsin endale aru, et see oli mu elu kõige hullem kogemus, ja otsustasin siis seda korrata.” Vt Gay Becker (2000) *The Elusive Embryo: How Women and Men Approach New Reproductive Technologies*. Berkeley, CA: University of California Press, tsiteeritud teoses Michael Banner (2014) *The Ethics of Everyday Life: Moral Theology, Social Anthropology, and the Imagination of the Human*. Oxford: Oxford University Press, 50. Eksperdirühmas esitati väga erinevaid seisukohti küsimuses, kas tugev soov saada endaga geneetiliselt suguluses olevaid lapsi võib olla suurel määral kultuuriline konstruktsioon, mida teoloogiline eetika peaks kritiseerima.

¹⁰⁹ O. Rauprich, E. Berns ja J. Vollmann (2011) *Information provision and decisionmaking in assisted reproduction treatment: results from a survey in Germany – Human Reproduction* 26/9, 2382–2391. Autorid soovivad „tutvustada juba iga ravikuuri alguses võimalikke strateegiaid viljatusravi lõpetamiseks ja viljatusega muul moel toimetulekuks” (ibid., 2382).

Samas hingehoiust üksinda ei piisa. Kirikud peavad tegelema ka eespool nimetatud probleemide ühiskondliku ja kultuurilise kontekstiga. Üks ühiskondliku tasandi küsimus puudutab seda, mil määral on kehavälise viljastamise levik seotud üldise suundumusega lükata perekonna loomist edasi hilisemasse eluetappi. Lisaks munarakkude krüokonserveerimisele mittemeditsiinilistel põhjustel (5. peatükis käsitletud „sotsiaalne külmutamine”) tuleb ka kehavälise viljastamise ennast vaadelda sügavamate ühiskondlik-demograafiliste protsesside ja nende võimalike põhjuste taustal. Seoses pere loomise edasilükkamisega räägitakse palju pikast ajast, mis kulub erialase väljaõppe omandamiseks, tööalasest ebakindlusest ning perekonna ja karjääri (tajutud) ühitamatusest. Kuna naiste loomulik viljakus hakkab 25. eluaastast aeglaselt langema ning 35. eluaasta järel muutub langus väga kiireks, on soovimatu lastetuse sagenemine sellises olukorras igati ootuspärane. Sellest tingitud tagajärjed ei mõjuta ainult asjaomaseid isikuid, vaid kogu ühiskonna demograafilist koosseisu. Püüed kasutada puudujäägi korvamiseks kehavälise viljastamise (IVF) ja muid abistavaid reproduktiivtehnoloogiaid¹¹⁰ on tüüpnaide sellest, kuidas sotsiaalseid probleeme soovitakse lahendada meditsiiniliste vahenditega, ja mis on ühtlasi vastuolus tervishoiu kuldreegliga, et ennetada on lihtsam kui ravida. Isegi kui igal üksikjuhul võib kehavälise viljastamine olla asjaomasele paarile suureks abiks, mistõttu teoloogid ja kirikuinimesed võivad selle võimaluse olemasolu ka heaks kiita, tuleks siiski jõuda üksmeelele selles, et loomulikul teel pere loomine peaks olema normatiivses eeliseisundis. Kehavälise viljastamise ja abistavate reproduktiivtehnoloogiate teemat käsitlevad kirikud peaksid seega esitama kriitilisi küsimusi kehavälise viljastamise järjest laiema leviku kohta ning seadma küsimärgi alla selle kujutamise demograafiliste probleemide lahendusena. Samuti peaksid nad innustama inimesi looma peret ja saada lapsi noores eas ning töötama seda soodustavate ühiskondlike tingimuste (nt peresõbralik tööaeg, lastehoiu kättesaadavus) parandamise nimel.

¹¹⁰ Selliste ettepanekute näiteid vt S. Ziebe and P. Devorey (2008) Assisted reproductive technologies are an integrated part of national strategies addressing demographic and reproductive challenges. – *Human Reproduction Update* 14, 583–592. DOI: 10.1093/hu mupd/dmp039.

5.

Krüokonserveerimine

5.1 Sissejuhatus

Krüokonserveerimine on eluskoe, täpsemalt inimese eluskoe või sugurakkude külmutamine eesmärgiga seda säilitada ning kasutada pärast sulatamist selle bioloogilise funktsiooni täitmiseks. Valdavalt kasutatakse seda meetodit reproduktiivmeditsiinis raseduse esilekutsumiseks (koos kehavälise viljastamisega), eriti kui mingil põhusel on vaja viljastatud embrüo siirdamist edasi lükata (näiteks kui naisel tekib protseduuritsüklis tüsistusi või esineb muid takistusi nagu vähk või keemiaravi). Võimalik on konserveerida ka mees- ja naissugurakke, et hoida neid „varus“ hilisemaks viljastamiseks ja siirdamiseks või abistavate reproduktiivtehnoloogiate täiustamiseks, kuigi sel juhul tuleb arvestada tugevate õiguslike piirangute ja eetiliste vastuväidetega.

5.2 Faktid ja arvud

Nii külmutamisel kui ka sulatamisel rakendatakse konserveerimiseks ja kasutamiseks keerukat protseduuri,¹¹¹ mis peatab eluprotsessid, aga hoiab võimaluste piires ära rakkude kahjustumise.

Olenevalt konserveeritavate kudede liigist ja konserveerimise eesmärkidest võidakse sellele tegevusele anda erinevaid õiguslikke ja eetilisi hinnanguid, kuigi tehnoloogia ise (külmutamine) on sama.¹¹² Eraldi võib välja tuua neli rakendusvarianti: konserveeritakse 1) mees- või naissugurakke (seemne- ja munarakud), 2) seemnerakku sisaldavaid munarakke, 3) inimese embrüoid või 4) munasarjakudet.

¹¹¹ Temperatuurivahemik -135°C kuni -196°C , külmumiskahjustuste eest kaitsvad lisandid, vedel lämmastik, arvutiga juhitud seadmed, erinevate külmutus- ja sulatusprotsesside vajadus olenevalt rakutüübist jne.

¹¹² Julia Kopeika, Alan Thornhill ja Yacoub Khalaf (2015) The effect of cryopreservation on the genome of gametes and embryos: principles of cryobiology and critical appraisal of the evidence. – *Human Reproduction Update* 21, 209–227.

1. Seemne- ja munarakkudel on erinev tundlikkus külmutamisel ja sulatamisel tekkivate rakukahjustuste suhtes ning seetõttu erineb ka nende konserveerimise keerukus. Kui inimese seemnerakke on edukalt külmutatud, sulatatud ja seejärel kasutatud juba abistatud soojätkamise algusaegadel, siis ootsüütide krüokonserveerimine on osutunud märksa raskemaks. Munarakkude külmutamine muutus abistatud reproduktsiooni puhul kasutuskõlblikuks meetodiks alles pärast seda, kui töötati välja uued külmutamistehnikad, näiteks vitrifikatsioon (ülikiire jahutamine).

Üldiselt võidakse inimese sugurakke külmutada ja säilitada teadusuuringute eesmärgil, rakudoonorluse raames (vt 6. ptk) või hilisemaks kasutamiseks samal isikul, kellelt rakud võeti. Viimasest võimalusest on eriti huvitatud need mehed ja naised, keda ohustab viljakuse kadu või langus. Näiteks sugunäärmeid kahjustavat gonadotoksilist ravi (kiiritus- või keemiaravi) vajavad vähipatsiendid võivad lasta enne ravi algust osa oma sugurakke külmutada. Samas ei pruugi meditsiiniline vajadus olla rakkude külmutamisel ainus. Eriti just ootsüütide krüokonserveerimisest räägitakse üha sagedamini kui vastuabinõust vanusest tingitud viljakuse vähenemisele naiste puhul.¹¹³ Kuna naise munasarja ootsüütide arvus ja kvaliteedis toimub aja jooksul kiirenev langus, mistõttu umbes alates 35. eluaastast muutub viljastumine järjest raskemaks, võivad terved naised, kellel ei ole võimalust nooremas eas perekonda luua, püüda munarakkude külmutamise abil aja kiuste oma soojätkamisvõimet säilitada. Kuna sel juhul toimub meditsiiniline sekkumine (hormoonstimulatsioon ja munarakkude eraldamine) sotsiaalsel põhjustel (perekonna loomiseks sobiva partneri puudumine, raskused lapsesaamise ja karjääri ühitamisel), nimetatakse seda meetodit tihti „sotsiaalseks külmutamiseks”.

2. Seemnerakku sisaldava ootsüüdi konserveerimise korral toimub külmutamine pärast seemneraku sisenemist, aga enne viljastumist ehk rakkude ühinemist. See meetod võimaldab kasutada järgmisi seemendatud sugurakke juhul, kui esimene embrüo siirdamise või raseduse esilekutsumise katse ei õnnestu, ilma et kogu protseduuri (uuringud, vajadusel ettevalmistav ravi, ootsüütide ja seemnerakkude eraldamine) oleks vaja otsast alustada. Meetodi eeliseks on asjaolu, et sellega välditakse üleliigsete embrüote teket. Lisaks on konserveerimisjärgse rasedumise tõenäosus seemendatud ootsüütide kasutamisel märksa suurem kui alles pärast konserveerimist viljastatavate ootsüütidega.

3. Kehaväliselt (*in vitro*) saadud embrüote konserveerimise põhjendus on tavaliselt nende elus hoidmine. Seda võidakse teha liigsete embrüote säilitamiseks või põhjusel, et embrüo siirdamiseks valmistunud naine otsustab protseduurist viimasel hetkel loobuda. Sel juhul on krüokonserveerimine ainus võimalus, kuidas vältida viljastatud embrüo hävimist. Lähtutakse eeldusest, et embrüoid saab hiljem kasutada mõnele teisele naisele siirdamiseks või teadusuuringuteks (sel juhul muidugi on tulemuseks nende hävimine).

¹¹³ Wybo Dondorp et al. (2012) Oocyte cryopreservation for age-related fertility loss. – *Human Reproduction* 27/5, 1231–1237.

4. Munasarjakoe külmutamist kasutatakse mõnikord selleks, et säilitada vähki põdevate naiste viljakust pärast kiiritus- või keemiaravi. Enne ravi algust eemaldatakse patsiendilt munasarjakude, mis pärast tagasi siirdatakse. Tagasisiirdamisega kaasneb küll ka pahaloomuliste rakkude organismi tagasi viimise oht, kuid uuringu kohaselt on see risk paljude vähivormide puhul madal. Sellegipoolest annab see põhjust suhtuda protseduuri teatud ettevaatusega.¹¹⁴ Muudel juhtudel, näiteks varase menopausi või endometriooosi korral, kasutatakse protseduuri viljakuse taastamiseks. Tegemist on suhteliselt uue meetodiga, mida veel arendatakse ja täiustatakse ning esialgu on selle tulemused tagasihoidlikud: krüokonserveeritud munasarjakoe tagasisiirdamisega saavutati esimene elussünd 2004. aastal ning seejärel on meetodi abil maailmas kokku sündinud 30–40 tervet last (teksti kirjutamise aja seisuga).¹¹⁵

Vaatamata protseduuri kulukusele, säilitatakse maailmas kümneid ja sadu tuhandeid conserveeritud kudesid ja embrüoid. Ainuüksi Austraalias oli see arv 2002. aastal 70 000 embrüot. Range õigusliku regulatsiooniga riikides külmutatakse ülejäänud embrüoid väga väikesel arvul: näiteks Saksamaal krüokonserveeriti aastatel 1998–2001 kõigest 90 embrüot, mida enam üles ei sulatatud (Saksamaal külmutatakse seemnerakku sisaldav ootsüüt enne seemne- ja munaraku tuumade ühinemist).¹¹⁶ Samas suurenes ülejäänud embrüote arv paljudes riikides arvatavasti seoses valikulise ühe embrüo siirdamise (*elective single embryo transfer*, eSET) meetodiga, mille korral terve hulga embrüote seast valitakse siirdamiseks üks, mille puhul õnnestumise tõenäosus on kõige suurem.¹¹⁷ (Sel põhjusel on eSET Saksamaal ja muudes range embrüote kaitse seadusega riikides keelatud.)

5.3 Õiguslik olukord

Krüokonserveerimisele antav õiguslik hinnang sõltub sellest, kas conserveeritakse inimese sugurakke (muna- ja seemnerakud), seemnerakku sisaldavaid munarakke või embrüoid. Kui muna- ja seemnerakud kuuluvad kehast võetud materjali hulka, millesse võib suhtuda umbes nagu vereproovidesse,¹¹⁸ siis viljastatud ja külmutatud

¹¹⁴ Vt nt Marie-Madeleine Dolmans et al. (2013) Risk of Transferring Malignant Cells with Transplanted Frozen-Thawed Ovarian Tissue. – *Fertility and Sterility* 99.6, 1514–1522.

¹¹⁵ Dominic Stoop, Ana Cobo and Sherman Silber (2014) Fertility Preservation for Age-Related Fertility Decline. – *The Lancet* 384, 1311–1319.

¹¹⁶ *Deutsches IVF-Register, Jahrbuch 2001*, 26. Vähemalt Saksamaal on uuemaid usaldusväärseid andmeid keeruline saada, sest puudub üle jäänud embrüotest teatamise kohustus.

¹¹⁷ Lühikest ülevaadet vt American Society for Reproductive Medicine, *Why Would I Choose to Have Elective Single Embryo Transfer?* Kasutatud 12.01.2016, <http://www.reproductivefacts.org/FACT-SHEET-Elective-Single-Embryo-Transfer/> 2010. aastal moodustasid ühe embrüo siirdamised kõigist IVF-ja ICSI-protseduuridest Rootsis 73,3%, Soomes 67,5% ja Belgias 50,4% (allikas: Kupka et al., *Assisted reproductive technique in Europe, 2010*. Vt tabel III, 2105).

¹¹⁸ Ernst Siebzehnrübl ja Hans-Ludwig Gunther (2000) Kryopreservation. – *Lexikon der Bioethik*, 497–500, 499.

embrüotega kaasnevad juba täiendavad probleemid, mida tuleb käsitleda eetilise ja õiguslikust aspektist. Enamikus Euroopa riikides ei ole inimese embrüote säilitamine täielikult keelatud, kuid kuna see puudutab inimelu, siis võib seda reguleeriv õiguslik alus olla sätestatud riigi põhiseaduses (nt Saksamaal ja Ungaris) või inimese embrüonaalsete tüvirakkude uurimist või reproduktiivtegevusi käsitlevates õigusaktides, mille puhul räägitakse palju lahtistest küsimustest ja vajadusest valdkonda täpsemalt reguleerida.¹¹⁹ Mõned riigid, kus inimese embrüote külmutamine on lubatud, on kehtestanud nende säilitamisaja ülempiiri, mis võib ulatuda kahest kuni kümne aastani.¹²⁰ Itaalias on mõningaid krüokonserveeritud embrüotega seotud piiranguid leevendatud, kuid selliste embrüote doonorlus ja hävitamine on endiselt keelatud.¹²¹ Mõnes riigis on keelatud munarakkude tagavaraks viljastamine ja külmutamine, mistõttu üleliigseid embrüoid saab tekkida vaid juhul, kui embrüo jääb mingil põhjusel siirdamata (näiteks naine loobub viimasel hetkel või ilmnevad mingid terviseiga seotud asjaolud).¹²² On ka riike, kus õiguslik regulatsioon on lünklik ja selle kohaldamist ei ole süstemaatiliselt läbi mõeldud. Näiteks Ungaris on reproduktiivtehnoloogiad lubatud, neid reklaamitakse ja kasutatakse (seega tekib paratamatult ka üleliigseid embrüoid, mille puhul on seejärel valida ainult nende säilitamise või surra laskmise vahel), aga samal ajal on uue põhiseaduse eesmärk laiendada kaitset veel sündimata inimelule. Enamikus Euroopa riikides pooldavad inimesed reproduktiivkoet, eriti küpsete munarakkude ennetava krüokonserveerimise lubamist ning osutavad, et kehtiv õiguslik raamistik ei ole enam ajakohane ja võib olla koguni põhiseadusega vastuolus.¹²³ Näiteks Austrias on leitud, et seaduse muutmine on vajalik terve hulga asjaolude tõttu: reproduktiivmeditsiini kiire areng,

¹¹⁹ Hartmut Kreß (2008) Humane embryonale Stammzellenforschung in der Sicht protestantischer Ethik und die Reform des Stammzellengesetzes in Deutschland am 11. April 2008. – *Stammzellenforschung: Ethische und rechtliche Aspekte*. Toim. U. H. J. Körtner ja Chr. Kopetzki. Wien/New York: Springer, 193–210, 202–210.

¹²⁰ Busardo et al. 2014, 10.

¹²¹ Ibid.

¹²² Euroopa Komisjoni eetika töörühma 14. novembri 2000. aasta arvamuses inimese tüvirakkude uurimise ja kasutamise kohta leitakse, et embrüouuringute reguleerimine peaks jääma liikmesriikide pädevusse (vt <http://www.drze.de/in-focus/stem-cell-research/laws-and-regulations?setlanguage=en>). Näiteks Ungari lubab muna- ja seemnerakkude külmutamist ainult isiklikuks raviotstarbeliseks kasutamiseks hilisema siirdamise eesmärgil, embrüote (k.a üleliigsete embrüote) säilitamist kuni siirdamise hetkeni või siirdamiseelse diagnostika korral kuni uuringuvastuse selgumiseni ning külmutatud doonorembryo asendamist kuni selle tegeliku kasutamiseni – kõigil juhtudel on kasutamine võimalik ainult rasedumise eesmärgil. Confer 30/1998. (VI. 24.) NM rendelet az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárások végzésére vonatkozó, valamint az ivarsejtekkel és embriókkal való rendelkezésre és azok fagyasztva tárolására vonatkozó részletes szabályokról, § 3-4. Ka Saksamaal on munarakkude tagavaraks viljastamine ja külmutamine keelatud: *Embryonenschutzgesetz*, § 1.1.5.

¹²³ Vt nt *Präimplantationsdiagnostik, Embryonenforschung, Klonen: Ein vergleichender Überblick zur Rechtslage in ausgewählten Ländern* (2007). Toim. Martin Heyer ja Hans-Georg Dederer. Freiburg: Verlag Karl Alber.

demograafilised muutused ühiskonnas, naiste kõrgeim võimalik sünnitusiga ning raseduse ja karjääri ühitamise võimalused.¹²⁴

5.4 Kirikute avaldused

Austria Evangeelse Kiriku memorandumis leitakse, et krüokonserveeritud seemne- ja munarakkude säilitustähtaja pikendamine või kõigi selliste tähtaegade tühistamine on eelkõige õiguslik, mitte eetikaalane küsimus.¹²⁵ Ent ülejäänud embrüote konserveerimist peetakse eraldi probleemiks, mille puhul soovitatakse: „[S]el juhul on eetiliselt põhjendatud [...] kaaluda, kas parem on embrüo hävitada või kasutada seda tüvirakkude saamiseks tingimusel, et neid kasutatakse selgelt piiritletud eetiliselt lubatavatel eesmärkidel.”¹²⁶

5.5 Arutelu

Eetilisest aspektist ei peeta reproduktiivmaterjalide krüokonserveerimist tavaliselt kuigi suureks probleemiks. Ent ka siin tuleb arvesse võtta teatud nüansse. Embrüote krüokonserveerimise puhul on see tingitud asjaolust (mida on punktis 5.3 juba käsitletud), et kõnealuse „materjali” puhul on tegemist varases arengustaadiumis oleva inimeluga. Ootsüütide konserveerimine vanusest tingitud viljakuslanguse vältimiseks ei tekita küsimusi niivõrd protseduuri enda tõttu, vaid seoses sellega, et selle sisuline eesmärk on pikendada naise viljakat iga tehniliste vahenditega. Kuna need on väga erinevad probleemid, käsitleme neid üksteise järel eraldi.

Kui viljatusravi käigus tekib liigseid embrüoid või kui patsiendid loobuvad protseduurist poole pealt, siis võib krüokonserveerimine olla ainus võimalus, kuidas vältida embrüote hävimist. Selles mõttes teenib see protseduur embrüote elus hoidmise eesmärki. Ent kõige tähtsam küsimus puudutab siin seda, mida teha embrüotega edasi pärast säilitamist. Kui neid kasutatakse samade geneetiliste vanemate tulevastes viljatusravi tsüklites, siis ei tekita see mingeid uusi eetilisi küsimusi peale nende, mis kaasnevad juba kehavälise viljastamise endaga (vt punkt 4.5) või mis on seotud krüokonserveerimise ohtude, võimaliku kahju või maksumusega. Kui aga embrüod annetatakse mõnele teisele viljatusravi soovivale naisele või paarile, siis on tegemist ühe näitega olukorrast, kus viljatusravi tagajärjel toimub geneetilise, bioloogilise ja sotsiaalse vanemluse seninägematu lahutamine. Mõningaid sellest tulenevaid eetikaküsimusi on pikemalt käsitletud 6. ja 7. peatükis. Kui embrüoid

¹²⁴ Heinrich Husslein (2013) Cryopreservation von reproduktivem Gewebe – Was ist in Österreich erlaubt und was nicht?“ – *Speculum* 31, 16–21, 21.

¹²⁵ *Verantwortung für das Leben* (2001). Koost. Ulrich Körtner ja Michael Bünker *Evangelische Kirche A. und H.B. in Österreich* ülesandel. Wien, 24.

¹²⁶ *Ibid.*, 33.

kasutatakse teadusuuringutes, siis on tulemuseks nende hävitamine potentsiaalse kasu nimel, mida uuringud võivad tuua teistele inimestele. Sel juhul ei saa enam öelda, et krüokonserveerimine teenib embrüote endi elu hoidmise eesmärki. Inimembrüote sellisel moel kasutamise moraalsest põhjendatusest on pikemalt juttu 9. peatükis. Üks seonduv probleem tuleneb asjaolust, et krüokonserveerimine võib tekitada nõudluse conserveeritud „materjali” impordi ja ekspordi järele riikide vahel, kus conserveerimise ja teadusuuringute suhtes kehtivad erinevad õiguslikud nõuded. Isegi kui riigid suudavad kokku leppida sellise impordi ja ekspordi õiguslikus reguleerimises, jäävad õhku eetilised küsimused, sest sellises olukorras toimub embrüote, viljastatud munarakkude või muude uue elu potentsiaaliga rakkude kaubastamine.

Järgmine krüokonserveerimisega seotud küsimus puudutab seda, kas embrüote säilitamisele tuleks kehtestada ajaline piir. Kristlastele võib embrüote säilitamine piiramatu aja jooksul tuua meelde võrdluse kristliku käsitlusega igavesest elust (või selle parodiaga).¹²⁷ Pragmaatilisel tasandil võib muret põhjustada külmutatud embrüote seisundi halvenemine pikema aja jooksul, mis vähendab nende elujõulisust ja suurendab sünnidefektide või puuete riski. Samas puuduvad selged andmed seisundi halvenemise kohta säilitamise ajal ning näiteks Ühendkuningriigi 2008. aasta seadusemuudatusega pikendati seal lubatud säilitustähtaega viielt aastalt kümnele.¹²⁸ Ent sel juhul tekivad uued küsimused: mida teha embrüotega, mille siirdamist ei soovita või mis on ületanud seadusega ettenähtud või viljatusravi jaoks ohutuks peetava säilitustähtaja? Kas nad tuleks üles sulatada ja lasta neil „loomulikult” teel hävida? Või tuleks neid kasutada teadusuuringutes põhjendusega, et nende elu ei ole sel juhul asjatu, vaid sellest on kasu teistele inimestele? Siin kohtume taas juba tuttavate küsimustega sellest, kas lapse saamine saab olla õigus (punkt 3.6), milline on embrüonaalse inimelu moraalne staatus ja väärtus (punkt 3.5) ning milline eetiline hinnang anda embrüouuringutele. Neist viimase puhul võib küsida, kas klassikaline põhimõte *in dubio pro vita* (kahtluse korral oleme elu poolt) on endiselt kehtiv, kui arvestada kõiki neid loendamatuid sugurakke ja embrüoid, mida maailmas säilitatakse. Kas selliste säilitatavate embrüote puhul võib teha järeleandmisi põhimõttelises nõudes, et elu tuleb alati kaitsta? Kas seda võiks teha – erandkorras ja väga täpselt reguleerituna – näiteks tervist ja tervenemist toetavate teadusuuringute lubamiseks? Seda küsimust lahatakse 9. peatükis.

Üks oluline embrüote krüokonserveerimisest tõusev kasu on võimalus ravida viljatust. Ent teisalt tekib küsimus, kas käsitust juba tekkemomendil olemasolevast inimelu potentsiaalset saab kuidagi ühitada kujutlusega inimelu „etapiivisilisest arengust” (ja selle algetapil toimuvast külmutamisest). Kui embrüo areng peatatakse conserveerimise teel ilma selge siirdamisväljavaateta, võib see mõnikord mõjutada

¹²⁷ *Who wants to live forever? Postmoderne Formen des Weiterwirkens nach dem Tod* (2011). Koost. Dominik Groß, Brigitte Tag ja Christoph Schweikardt (Todesbilder 5). Frankfurt a.M.: Campus.

¹²⁸ *Human Fertilisation and Embryology Act* (2008), §15 (3).

pärimisõiguses kasutatavat (piiratud) õigus- ja teovõime mõistet – see on valdkond, kus riikidel seisab ees nii mitmeidki õigusloomega seotud väljakutseid.

Hoopis teistsugused küsimused tekivad seoses ootsüütide krüokonserveerimisega vanusest tingitud viljakuslanguse vältimiseks („sotsiaalne külmutamine”). Teoreetiliselt võiks iseenda munarakkude külmutamine olla ideaalne lahendus naistele, kes peavad valima kahe erineva ja näiliselt ühitamatu eesmärgi vahel (luua pere või teha karjääri) või kes küll soovivad emaks saada, aga ei ole leidnud partnerit, kellega koos last kasvatada. Samas on selle protseduuri hind (nii rahaline¹²⁹ kui ka kehaline) kõrge ja õnnestumine ei ole kindel. Kuna külmutatud ootsüütide kasutamisel on elussündide protsent üsna madal (< 10%), läheb piisavalt suure õnnestumise tõenäosuse saavutamiseks vaja tervet hulka ootsüüte.¹³⁰ See võib tähendada, et naine peab läbi tegema mitu stimulatsioonitsüklit (koos kaasnevate riskidega) ning isegi 20 või 30 ootsüüdi krüokonserveerimine ei anna veel garantiid, et tulevikus tekkiv lapsesoo saab täidetud. Seetõttu hoiatab isegi Inimese Reproduktiooni ja Embrüoloogia Euroopa Ühingu (*European Society for Human Reproduction and Embryology*) eetika ja õiguse rakkerühm, mis on üldiselt uute tehnoloogiate suhtes positiivselt meelestatud, et „viljakusspetsialistid peaksid hoiduma asjatu lootuse andmisest. Vanusega seotud viljakuslanguse tõttu ootsüütide krüokonserveerimisest huvitatud naistele tuleks öelda, et nende parim võimalus lapse saamiseks on loomulik viljastumine suhteliselt noores eas.”¹³¹

Lisaks neile pragmaatilistele kaalutlustele tekib küsimus, kas sotsiaalne külmutamine on tõesti sobivaim lahendus neile probleemidele, millega naised oma elu „tipptunnil” kokku puutuvad, või kas püüid vanusega seotud viljakuslangust vältida on üldse õige, ihaldusväärne või arukas. Seoses esimese küsimusega on feministlikud teadlased märkinud, et „ootsüütide krüokonserveerimise normaliseerimine ei aita kuidagi kõrvaldada seda sügavat sotsiaalset ebaõiglust, mida noored naised tööl kogevad, kui neid sisuliselt sunnitakse valima karjääri ja laste vahel”.¹³² Kuni töö- ja eraelu korraldus lähtub kapitalistlikust suurima võimaliku tööviljakuse eesmärgist ning kuni laste saamist peetakse põhiliselt naiste ülesandeks, seni põhjustab

¹²⁹ Täpne hind sõltub konkreetsest kliinikust, kuid orienteeruvalt võib arvestada 3000-4000 euroga ühe tsükli kohta (munasarjade stimuleerimine, munaraku eemaldamine ja külmutamine), millele lisanduvad säilitustasud.

¹³⁰ Frank Nawroth (2015) *Social Freezing: Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen aus nicht-medizinischen Indikationen*. Wiesbaden: Springer, 17j. Asja teeb veel raskemaks see, et enamasti teevad naised sotsiaalse külmutamise otsuse alles 30ndate eluaastate keskel või teises pooles, kui bioloogiliselt parim aeg on juba möödas. Samas ei lähe naistel, kes lasevad oma munarakud külmutada 25 aasta vanuses, neid suure tõenäosusega üldse rasestumiseks vaja (kui nad ei otsusta teadlikult rasedusega 15 või 20 aastat oodata).

¹³¹ W. Dondorp et al. 2012, 1231–1237 (1236).

¹³² Franchise Baylis (2015) Left Out in the Cold: Arguments Against Non-Medical Oocyte Cryopreservation. – *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 37, 64–67 (66); lisaks Hille Haker (2016) Kryokonservierung von Eizellen - Neue Optionen der Familienplanung? Eine ethische Bewertung. – *Zeitschrift für medizinische Ethik* 62/2, 121–132.

emaduse ja karjääriga seotud nõudmiste vaheline pinge naistele jätkuvalt kannatusi.¹³³ Teine küsimus on põhimõttelisemat laadi. Munasarjade vananemisele vastu kasutatavat sotsiaalset külmutamist võib pidada üheks vananemistvastase meditsiini vormiks, milles viimselt väljendub püüd inimest täiustada – eriti kui üles sulatatud ja viljastatud munarakud siirdatakse ajal, kui naise looduslik viljakus on juba täielikult või peaaegu kadunud. Nii võib sotsiaalne külmutamine tekitada juba tuttavaid küsimusi looduse poolt etteantud piirides püsimise arukusest Kas näiteks on mingi mõistlik põhjendus sellele, miks naise ja tema lapse vanusevahe ei ole tavaliselt suurem kui 45 aastat? Kas naise jaoks on ka tegelikult ihaldusväärne saada emaks vanuses, kus ta võiks olla juba vanaema? Enne tormakate järelduste tegemist tasuks siinkohal meenutada, et viiekümnendades, kuuekümnendates või seitsmekümnendates eluaastates meeste isaks saamine on ühiskonnas täiesti aktsepteeritud. Mida enam lapsevanemate rollid võrdsustuvad ja ühtlustuvad, seda vähem on alust väita, et see, mis on isaduse puhul lubatud, on emaduse puhul probleem.¹³⁴ See ei välista võimalust, et on olemas häid põhjusi, miks riik võiks kehtestada poliitiliselt vanusepiiri, milleni on lubatud naise munarakke tagasi siirdada,¹³⁵ ning miks vanemas eas last soovivad inimesed (nii mehed kui ka naised!) võiksid tõsiselt kaaluda, kas neil ikka on füüsilist ja vaimset jõudu hoolitseda lapse eest kuni täisealiseks saamiseni. Ent arvestades soojätkamise valdkonnas sisalduvat põhimõtet (ja mõnikord vältimatut) soolist ebavõrdsust ja sooliste stereotüüpide püsivat mõju, ei peaks Gl 3:28 esitatud töötusest juhinduvad kristlased nende naiste püüdlusi lihtsakoeliselt hukka mõistma, kes üritavad kasutada ebavõrdsuse heastamiseks tehnilisi vahendeid.

¹³³ Tuleb siiski märkida, et enamik munarakke külmutavaid naisi ei nimeta peamise põhjusena raskusi pere ja karjääri ühitamisel, vaid sobiva partneri puudumist (vt Brooke Hodes-Wertz et al. (2013) What do reproductive-age women who undergo oocyte cryopreservation think about the process as a means to preserve fertility? – *Fertility and Sterility* 100/5, 1343–1349 (1346); Ana Cobo et al. (2016) Oocyte vitrification as an efficient option for elective fertility preservation. – *Fertility and Sterility* 105/3, 755–764 (760)).

¹³⁴ Imogen Goold ja Julian Savulescu (2009) In Favor of Freezing Eggs for Non-Medical Reasons. – *Bioethics* 23/1, 47–58; Stephanie Bernstein ja Claudia Wiesemann (2014) Should Postponing Motherhood via “Social Freezing” Be Legally Banned? An Ethical Analysis. – *Laws* 3, 282–300.

¹³⁵ Ent selline vanusepiir peaks olema väga hästi põhjendatud ning kooskõlas muude vanusepiiridega, sh ka abistavate reproduktiivtehnoloogiate kasutamisel meestele kehtiva vanuse ülempiiriga.

6.

Abistatud kehasisene viljastamine, suguraku- ja embrüodonorlus ning teise naise munaraku kasutamine

6.1 Sissejuhatus

Süvatasandil tähendab muna- ja seemnerakudoonorlus geneetilise, bioloogilise ja sotsiaalse või juriidilise vanemluse üksteisest lahutamist. *Geneetilised* vanemad on need, kellelt pärinevad sugurakud. *Bioloogiline* ema on see naine, kes lapse sünnitab. *Sotsiaalses* või *juriidilises* tähenduses on lapsevanemad need isikud, kellele kohaldatavate seaduste alusel omistatakse vanemaõigused. Eriti keeruliseks muutuvad põlvnemise asjaolud siis, kui kasutatakse teise naise munarakke. Kui munaraku mitokondritel esineb geneetiline kahjustus, on võimalik siirdada munarakutuum teise, geneetiliselt terve munaraku plasmasse, mille enda tuum on eemaldatud. Kuna lisaks rakutuumale sisaldub DNA ka mitokondrites, siis peaksime rangelt võttes rääkima kahest geneetilisest emast (sellest pikemalt 9. peatükis). Lapsel võiks teoreetiliselt olla neli või asendusema kasutamisel koguni viis vanemat. Geneetiline, bioloogiline ja sotsiaalne või juriidiline vanemlus lahutatakse üksteisest ka embrüodonorluse korral. Siin tekib küsimus selle toiminguga sarnasustest ja erinevustest võrreldes juba sündinud laste adopteerimisega.

Suguraku- ja embrüodonorlusega seotud küsimused saab liigitada meditsiinilisteks, õiguslikeks ja eetilisteks.

Meditsiinilised küsimused keskenduvad suguraku- või embrüodonorluse kasutamise võimalikele näidustustele. Samuti tuleb välja selgitada nii vastuvõtjatele kui ka doonoritele tekkivad võimalikud riskid. Lisaks võib meditsiini valdkonda paigutada küsimuse, kas suguraku- ja embrüodonorite kasutamine peaks olema lubatud ainult meditsiinilistel põhjustel. Kas seda võiks kaaluda inimeste soove täitva meditsiini kontekstis, mis täidab isegi nende inimeste lapsesoovi, kellel võib selleks olla ka muid võimalusi?

Õiguslikud küsimused on seotud vastutuse jagamise, vanemluse õigusliku reguleerimise, perekonna koosseisu määratlemise ja ülalpidamisõigusega. Lisaks tekib ka küsimus, kas lubatud peaks olema vaid sugurakkude tasuta annetamine (üksnes kulude hüvitamisega) või võib neid tasu eest ka müüa.

Eetilised küsimused ei piirdu üksnes doonoritele ja vastuvõtjatele tekkivate terviseriskidega, vaid hõlmavad ka lapse heaolu. Siin peame eristama laste füüsilist ja vaimset tervist ning sotsiaalset heaolu. Kas geneetilise, bioloogilise ja sotsiaalse vanemluse üksteisest lahutamine ja nende erinevate kombinatsioonide kasutamine vähendab kuidagi lapse heaolu? Mis saab lapse õigusest „tunda oma vanemaid ja olla nende poolt hooldatud”, nagu on sätestatud ÜRO lapse õiguste konventsioonis? Milline on reproduktiivse isetsustamisõiguse ja lapse heaolu vahekord?

Lapse healust rääkides tuleb teha vahet empiirilistel ja normatiivsetel seisukohtadel. Empiirilisel põhjendatud seisukoht võib lähtuda psühholoogilistest uuringutest, mille kohaselt reproduktiivmeditsiini abil sündinud lapsed ei ole ülejäänud lastest halvemas olukorras. Samas normatiivselt põhjendatud seisukoht eeldab, et geneetilise, bioloogilise ja sotsiaalse vanemluse kattuvus on ise moraalne hüve, mida tuleb eelistada muudele põlvnemise ja perekonna kombinatsioonidele.

Raku- ja embrüodoonorlusele antavad erinevad hinnangud tulenevad erinevatest hoiakutest kaasaegsete eluviiside ja perevormide normatiivsuse ja empiirilise mitmekesisuse suhtes. Tegelikkus on selline, et praegusaegne peremudelite pilt on enneolematult kirju: traditsiooniline abielu, lahutuse ja uute suhete tagajärjel tekkinud kärgpered, üksikvanemaga pered, samasooliste kooselud. Kas sellise reaalse ühiskondliku olukorra valguses on võimalik õiguslikult ja eetiliselt põhjendada, miks abielule ja perekonnale tuleks seadusega tagada eriline kaitse? Kas seda kaitset tuleks laiendada sarnastele eluaegse partnerluse vormidele või tuleks sellest üldse loobuda?

Kristlike kirikute jaoks tekib veel neile eriomane küsimus sellest, milline tähendus on Piibli tunnistusel ja mil määral saab Piiblit kasutada abielu, perekonna ja soojätkamise suhtes normatiivsete juhtnööride allikana ning kohaldada neid juhtnööre otseselt munaraku-, seemneraku- ja embrüodoonorluse suhtes. Need küsimused võivad väga kergesti põhjustada omavahelisi vastuolusid, eriti Saksa evangeelsete kirikute vahel, nagu ilmnes 2013. aastal kui Evangeelne Kirik Saksamaal (EKD) avaldas suunised *Zwischen Autonomie und Angewiesenheit. Familie als verlässliche Gemeinschaft stärken* („Autonoomia ja sõltuvuse vahel: perekonna kui usaldusliku ühenduse tugevdamine”).

6.2 Faktid ja arvud

Munarakudoonorluse kasutamiseks võib olla erinevaid põhjuseid.¹³⁶ Võib juhtuda, et last sooviva naise munarakud ei võimalda rasestumist meditsiinilistel põhjustel või on sedavõrd halva kvaliteediga, et isegi kehavälise viljastamise korral oleks rases-

¹³⁶ *Reproduktionsmedizin* (2013). Toim. Klaus Diedrich, Michael Ludwig ja Georg Griesinger. Berlin/Heidelberg, 288. Lisateavet munarakudoonorluse ja meditsiiniprotseduuride kohta vt lk 288jj ning seal esitatud viited.

tumise tõenäosus minimaalne. See kehtib peamiselt vanemaealiste naiste kohta. Teine põhjus võib olla soov jääda rasedaks pärast menopausi. Lisaks leidub naisi, kes sünnivad ilma munasarjadeta või kellel need on kirurgiliselt eemaldatud näiteks munajuharaseduse või vähi tõttu. Üks võimalik näidustus on ka endometrioos.

Erinevalt spermadoonorlusest nõuab munaraku annetamine invasiivset sekku- mist. Kui naise folliikulid tavapärase kuutsükli käigus ei küpse, tuleb munasarju kõigepealt hormoonidega stimuleerida. Vajadusel tuleb ovulatsioon kunstlikult esile kutsuda. Hormoonstimulatsiooni tulemusena küpseb sageli korraga mitu folliikulit. Saadavate rakkude arv võib olla lausa kahekohaline. Protsessi edenemist kontrol- litakse ultraheliuuringute ja keemiliste laborianalüüsidega. Küpsete folliikulite eemaldamiseks punkteeritakse munasarja.

Maailma esimene doonormunarakust rasestumine toimus 1984. aastal. Ameerika Ühendriikides on munarakkude annetamisele järgneva rasestumise määr 10% kandis. Euroopa kehavälise viljastamise seire konsortsiumi andmetel tehti Euroopas 1998. aastal doonormunarakkudega 4441 protseduuritsükli, aga 2007. aastal juba 15 028.¹³⁷ Rasestumiseni viivate siirdamiste osakaal on 30% (Ühendkuningriik) ja 48% (USA) vahel. Ühendriikide kõrgem õnnestumiste protsent on tõenäoliselt sele- tatav siiratavate embrüote suurema arvuga.

Kogu protseduur põhjustab doonorile terviseriske. Selle tagajärjel võib tekkida hüperstimulatsiooni sündroom, millega raskematel juhtudel kaasneb vedeliku kogunemine kõhuõõnde ja kopsudesse. Esineb ka neerupuudulikkuse ja insuldi võimalus. Mõned harvad juhud võivad lõppeda isegi surmaga. Folliikulite eemal- damise käigus tekib näiteks verejooksu ja organivigastuste risk. Sageli munarakke annetavatel naistel võib tekkida isegi munarakkude armistumine, mille tagajärjeks on viljatus.

Doonori isik võib olla last soovivale naisele või paarile tuntud või tundmatu. Ameerika Ühendriikides on munarakudoonorluse jaoks loodud eraldi agentuurid. Anonüümse doonorluse korral annab seadus (vt punkt 6.3) lapsele teatud vanu- sest alates õiguse doonori nime teada saada. Prantsusmaal ja Rootsis kasutatakse ristdoonorlust. Kui paar toob endaga kaasa doonori, siis antakse neile mõne teise, anonüümseks jääva naise munarakud, samas kui paariga kaasa tulnud doonori munarakud antakse omakorda mõnele naisele, keda paar ei tunne.

Ühendkuningriigis kasutatakse nn munarakkude jagamise programme. Kui kehaväliselt viljastamist sooviv naine on valmis ülejäänud munarakud teistele naistele annetama, pakutakse talle protseduure soodushinnaga või tasuta. Tänu sellele ei pea vastuvõtja läbi tegema hormoonstimulatsiooni ja pääseb munarakudoonorlusega seotud terviseriskidest. Samuti on võimalik, et vastuvõtjale ei saa meditsiinilis- tel põhjustel hormoonstimulatsiooni teha, mistõttu tema enda munarakke ei ole

¹³⁷ Guido Pennings (mai 2011) The Rights and Wrongs of Egg Donation. – *Focus on Reproduction*, 32–35.

võimalik kehavälise viljastamiseks kasutada. Ent terviseriskid esinevad lisaks doonoritele ka vastuvõtjate ja loodete puhul, nagu eespool kirjeldatud (punkt 4.2),¹³⁸ kuigi sel moel sündinud laste ja nende perekondade kohta puuduvad pikaajaliste uuringute andmed.

Doonormunarakust rasestunud naiste kõrgem vanus ja mitmikraseduste suurem esinemissagedus võib tähendada suuremat rasedusaegse kõrge vererõhu riski. Lisaks on doonormunarakust tekkinud embrüol täiesti teistsugused kromosoomid kui last kandval naisel. Kuigi doonormunarakust tekkinud raseduste arv maailmas kasvab, on esialgu veel vähe teada biokeemiliste ja immunoloogiliste vastasmõjude ning nende võimalike pikaajaliste kahjulike tagajärgede kohta. Sellegipoolest näib, et doonormunarakust tekkinud raseduste puhul esineb pisut kõrgem platsenta patoloogia risk.¹³⁹

6.3 Õiguslik olukord

Munaraku-, seemneraku- ja embrüodoonorluse suhtes kehtivad Euroopas erinevad õigusnormid, mis mõnikord keelavad neid ja mõnikord mitte. Ühe näitena võime vaadelda Austria olukorda. Seemnerakudoonorlus oli algselt lubatud kehasise kunstliku viljastamise eesmärgil, kuid alates 2015. aastast tohib seda kasutada ka kehaväliseks viljastamiseks,¹⁴⁰ aga üksnes tingimusel, et last sooviva paari meespartneri enda seemnerakud ei ole viljastamisvõimelised. Samuti laieneb selle kasutamise luba nüüd registreeritud või *de facto* suhtes elavatele naispaaridele, kes vajavad järglaste saamiseks meditsiinilist abi. Doonormunarakkude kasutamine on alates 2015. aastast lubatud naistele, kes ei ole ise viljastumisvõimelised ja on ravi alustamise hetkel nooremad kui 45 aastat. Sama tingimus kehtib ka lesbipaaridele. Vallalised naised annetatud muna- ja seemnerakke kasutada ei saa. Embrüodoonorlus on endiselt keelatud. Nii last soovivatele paaridele kui ka munarakkude annetamiseks nõusoleku andnud naistele tuleb tutvustada sekkumiseks kasutatavaid meetodeid, võimalikke kõrvalnähte ja tagajärgi. Meditsiiniliselt toetatud reproduktsioon kolmanda isiku seemne- või munarakkudega on lubatud üksnes litsentseeritud raviasutuses. Kolmanda isiku seemne- või munarakkude kasutamine meditsiiniliselt abistatud soojätkamiseks on lubatud ühele inimesele maksimaalselt kolmes abielus, registreeritud partnerluses või kooselus. Meditsiiniliselt abistatud reproduktsiooni korral ei tohi koos kasutada erinevate meeste seemnerakke ega erinevate naiste munarakke. Lisaks kehtib kauplemise ja tehingute sõlmimise keeld. Muna- ja

¹³⁸ Ulrich Pecks, Nicolai Maas ja Joseph Neulen (2011) Eizellspende – ein Risiko für Schwangerschaftshochdruck: Metaanalyse und Fallserie. – *Dt. Ärzteblatt* 108.3, 23–31.

¹³⁹ MLP Van der Hoorn, E Lashley ja D.W. Bianchi (2010) Clinical and immunologic aspects of egg donation pregnancies: a systematic review – *Human Reproduction Update* 6.6, 704–712.

¹⁴⁰ *Gesamte Rechtsvorschrift für Fortpflanzungsmedizingesetz*. Kasutatud 20.06.2015, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10003046>

seemnerakke ei tohi müüa, vaid tuleb annetada tasuta, kuigi doonorid võivad saada kuluhüvitist. Sarnaselt muu tulundusliku tegevusega on keelatud ka reklaamide või kuulutuste avaldamine muna- ja seemnerakkude saamiseks või pakkumiseks.

Semnerakudoonorlus on lubatud enamikus Euroopa riikides: vaid Itaalias ja Leedus on see täielikult keelatud ja mõnes riigis (sh Iirimaa, Luksemburg ja Poola) on see seadusega reguleerimata. Samas esineb riikide vahel erinevusi anonüümsuse küsimuses: mõnes riigis (nt Rootsi, Holland, Ühendkuningriik) on keelatud anonüümne doonorlus, samas kui teisel (nt Bulgaaria, Tšehhi Vabariik, Prantsusmaa ja Hispaania) on just see lubatud ja nimeline doonorlus keelatud ning on ka mõned sellised riigid (Belgia, Läti, Rumeenia), kus mõlemad on lubatud.¹⁴¹

Munarakkude annetamine on lubatud enamikus Euroopa riikides, välja arvatud Saksamaa, Itaalia, Norra ja Šveits. Anonüümsusnõuetes valitseb samasugune mitmekesisus nagu spermadoonorluse puhul: mõned riigid ei luba anonüümset munarakudoonorlust, teised lubavad ainult anonüümset doonorlust ja mõned lubavad mõlemat.¹⁴² Kreekas ja Hollandis on lubatud tasuta embrüodoonorlus teadusuuringute eesmärgil. Ühendkuningriigis ja Belgias on see põhimõtteliselt lubatud ja Prantsusmaal on see lubatud ainult erandjuhtudel.¹⁴³

Ühes Euroopa Inimõiguste Kohtu (EIK) menetluses seoses Austria konstitutsioonikohtu 1999. aasta lahendiga pidi EIK otsustama, kas munarakudoonorluse keeld kujutab endast lubamatut ebavõrdset kohtlemist olukorras, kus kunstlik viljastamine on riigis põhimõtteliselt lubatud. Aastal 2010 otsustas EIK esimesel astmel, et nii munarakudoonorluse täielik keeld kui ka keeld kasutada kehavälises viljastamises kolmanda isiku seemnerakke on vastuolus Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni artikliga 14 (diskrimineerimise keeld) ja artikliga 8 (õigus era- ja perekonnaelu austamisele). Ent 2011. aastal kaebas Austria Vabariik otsuse edasi EIKi suurkojale, kes varasemat otsust ei kinnitanud, kuid märkis siiski, et kui Austria 1999. aasta kohtuasi täna uuesti läbi vaadataks, võiks lahend olla teistsugune, sest pereelu ja privaatsfääriga seotud ühiskondlikud eeldused on muutunud.¹⁴⁴

Mõnes riigis on munarakudoonorlus lubatud ainult ilma selle eest tasu saamata, kuna seadusandja soovib sel moel tõkestada naiste majanduslikku ärakasutamist. Ent leidub ka riike, kes lubavad annetada munarakke tasu eest põhjendusega, et ilma rahaliste stiimuliteta jääks naisdoonorite arv liiga väikeseks ning rakkude ane-

¹⁴¹ European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), *Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies (SANCO/2008/C6/051), Final Report*, 28. Kasutatud 17.12.2015, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood_tissues_organs/docs/study_eshre_en.pdf

¹⁴² Ibid., 29–31.

¹⁴³ Ülevaadet muude riikide kohta vt *ibid.*, 27.

¹⁴⁴ Euroopa Inimõiguste Kohtu suurkoja otsus (3.11.2011) S.H. vs. Austria, avaldus nr 57813/00, <http://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22appno%22:%5B%2257813/00%22%5D,%22ite mid%22:%5B%22001-107325%22%5D%7D>.

tamise otsuse teeb ainult naine ise. Seaduste vahel on erinevusi ka seemneraku- ja embrüodoonorluse rahalise hüvitamise küsimuses. Kõige rangemad piirangud kehivad arvatavasti Rumeenias, kus on keelatud maksta abistavate reproduktiivsete protseduuride eest mis tahes hüvitist ja rahalist tasu.¹⁴⁵

6.4 Kirikute avaldused

EKOE tegevuspiirkonna kirikutelt on suguraku- ja embrüodoonorluse küsimuses olemas vaid mõned üksikud seisukohad. Austria Augsburgi ja Helveetsia Usutunnistuse Evangeelne Kirik taunis oma 2001. aasta memorandumis *Verantwortung für das Leben* („Vastutus elu ees”) embrüote annetamise võimalust, käsitledes seda küsimust teema „embrüote adopteerimine” all.¹⁴⁶ Memorandumi kohaselt ei ole adopteerimisõiguse ülekandmine embrüotele kohane üksnes perekonnaõiguse seisukohalt, vaid ka seetõttu, et – erinevalt vastündinud lastest – ei ole embrüote puhul võimalik rääkida tingimusteta õigusest elule ega sellest, et üleliigsed embrüod tuleb kohustuslikus korras kolmandatele isikutele anda. Samal ajal võttis munarakudoonorluse vastu sõna ka Austria Evangeelne Kirik, kuid 2014. aastal tervitas selle kirikuvalitsus (*Evangelischer Oberkirchenrat A.u.H.B.*) reproduktiivmeditsiini käsitleva seadusemuudatusega vastu võetud uusi sätteid muna- ja seemnerakudoonorluse kohta, kuigi väidetavalt lähtuti sealjuures üksnes õiguspoliitilistest, mitte teoloogilistest kaalutlustest.

Ühendkuningriigis taunisid Inglismaa Kirik ja Šotimaa Kirik munarakudoonorlust juba 1980. aastatel tehtud avaldustes. Samas ei väljendanud nad põhimõtteliselt vastuseisu meditsiiniliselt abistatud reproduktsioonile, erinevalt roomakatoliku kirikust, kes oli vastu nii sellele kui ka munarakudoonorlusele.¹⁴⁷

Sarnaselt on munaraku- ja embrüodoonorlust tauninud Norra Kirik. Seda ei põhjendatud põhimõttelise vastuseisuga igasugusele meditsiiniliselt abistatud soojätkamisele, vaid pigem asjaoluga, et taoline doonorlus oleks vastuolus naise ja munaraku ning vastavalt ka embrüo vahel valitseva lahutamatu bioloogilise ja kehalise sidemega. Munaraku- või embrüodoonorluse (või asendusemaduse) lubamine „looks võimaluse bioloogilise, geneetilise ja sotsiaalse vanemluse intiimse terviku teadlikuks ja tahtlikuks lahutamiseks”. Ehk siis püütakse rõhutada, et erinevalt tehnoloogilisest või abistatud soojätkamisest omab loomulik lastesaamine olemuslikku sisemist väärtust.¹⁴⁸ Samas ei jõudnud kirik oma järeldustes meditsiiniliselt abistatud soojätkamise täieliku taunimise või eitamiseni.

¹⁴⁵ *Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU*, 27.

¹⁴⁶ *Verantwortung für das Leben*, 25j.

¹⁴⁷ Agneta Sutton (1996) Three Christian Views on Assisted Conception and Marriage - The Roman Catholic Church, Church of England and Presbyterian Church of Scotland. – *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 6, 105–107.

¹⁴⁸ Norra Kiriku Rahvusnõukogu töörühm (1989) *Mer enn gener* („Rohkem kui geenid”), 103–104.

Ühendkuningriigi metodistide, baptistide ja ühendatud reformeeritud kiriku raportis *Created in God's Image* („Jumala näo järgi loodud”, 2008) osutatakse küll munaraku-, seemneraku- ja embrüodoonorlusele kui levinud praktikale ja selle probleemidele, kuid ei tehta lõplikke järeldusi. Esmane ülevaade moraaliprobleemidest ja kõhklustest esitati juba 1990. aasta raportis *The Status of the Unborn Human* („Sündimata inimese staatus”). Dokument ei näe munaraku-, seemneraku- ja embrüodoonorlusel eetilises mõttes mingit põhimõtetlist vahet ning rõhutab, et eetiliste kaalutluste keskmes peaks olema lapse heaolu.

Kirikute Maailmanõukogu esitas 1990. aastal üleskutse tulundusliku asendusemaduse ning seemne- ja munarakkudega, samuti embrüote ja loodete või nende osadega kauplemise ametlikuks keelustamiseks.

Evangeelne Kirik Saksamaal (EKD) avaldas 1987. aastal deklaratsiooni *Zur Achtung vor dem Leben* („Austusest elu ees”), millele lisati 1985. aastal valminud juhend *Von der Würde werdenden Lebens* („Tekkiva elu väärikusest”, EKD-Texte 20). EKD on väga selgelt heteroloogilise abistatud kehasise viljastamise, samuti kehaväliseks viljastamiseks kasutatava muna- ja seemnerakudoonorluse vastu. Taunimist põhjendatakse asjaoluga, et nimetatud võimalused põhjustavad pingeid vanemate vahel ja lapse suhtes ning võivad seega ohustada lapse turvatunnet perekonnas. Lisaks eeldab EKD, et lapsel on õigus „vanemluse ühtsusele” (sks *einheitliche Elternschaft*) ning mis tahes vormis asendusemadus rikub seda õigust, olgu see tasuline või tasuta. Ta peab abistatud heteroloogilist viljastamist „abiellu sekkumiseks”, mis rikub kristlikule abielukäsitusele vastavat abielusuhete eksklusiivsust. Kaasaegsete meditsiini- ja bioetikaküsimuste kohta avaldatud orienteerumisabis *Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen* („Eluga ümberkäimine armastuse vaimus”, EKD-Texte 71, 2002) pidas EKD kaalumist väärivaks seda, et võimaldada üleliigsete embrüote adopteerimist, kuigi sellega kaasnev vanemluse lõhestamine põhjustab eetilisi kõhklusid.

Eesti Kirikute Nõukogu võttis 2006. aastal kokku oma liikmeskirikute seisukohad erinevates bioetika küsimustes. Erinevalt roomakatoliku kirikust peab näiteks Eesti Evangeeliumi Kristlaste ja Baptistide Koguduste Liit heteroloogilist viljastamist lubatavaks, põhjendades seda asjakohaste Vana ja Uue Testamendi kirjakohtadega, aga seda ainult tingimusel, et muna- või seemnerakudoonorlus ei toimu kommertslikel eesmärkidel.

6.5 Arutelu

6.5.1 Muna- ja seemnerakudoonorlusega seotud eetilised kaalutlused

Võttes arvesse perevormide ja eluviiside ühiskondlikku muutumist, millel on mitmeid puutepunkte tänapäeva reproduktiivmeditsiini arengutega, ei saa ristiusu toetust monogaamiale ja sellega seotud pereideaalile õigustada ainult „loomuliku teoloogia” või väidetavalt ajatute Piibli normidega. Pigem on selle kõige kaaluka-

maks põhjenduseks see, mille kohta Helmut Thielicke ütleb „partnerlussuhte – seega ka abielusideme – kristlik ümbermõtestamine *agape* mõiste kaudu”.¹⁴⁹ Pluralistlikus ühiskonnas ei saa monogaamiale kutsuvat evangeeliumi koos sellest tulenevate järeldustega reproduktiivmeditsiini jaoks pidada üldkehtivaks loomulikuks moraalseaduseks, mida tuleb jõustada riiklike seadustega. Kristlased ja kirikud saavad ja peavadki selgitama, mille poolest nende ettekujutus abielust ja perekonnast on hea, aga nad ei saa enam eeldada, et see on ilmalike seaduste jaoks ainus mõõdupuu.

Mõnes Euroopa riigis kehtivat munarakudoonorluse keeldu ei saa enam eetiliselt ja õiguslikult põhjendada viitega endise kristliku peremudeli püsivusele ja selle jätkuvalle tähtsusele tänapäeva ühiskonna suunanäitajana. Seda tõdemust on näha ka Euroopa Inimõiguste Kohtu viimase aja lahenditest. Samuti on küsitav, kas eetiliselt ja õiguslikult saab põhjendada muna- ja seemnerakudoonorluse või kehasisese kunstliku viljastamise ja kehavälise viljastamise erinevat kohtlemist. Neist ühe või teise keelamine või piiramine rikuks võrdse kohtlemise nõuet. Ning punktis 3.2 esitatud piibellike ja teoloogiliste ideede valguses on seda isegi teoloogiliselt raske põhjendada.

Ent kindlasti tuleb eetilistes aruteludes arvesse võtta lapse heaolu küsimust ning vajadust hinnata iga üksikjuhtumit põhjalikumalt, kui seda sageli tehakse. See on koht, mis piirab potentsiaalsete vanemate reproduktiivautonoomiat. Lisaks 4. peatükis käsitletud meditsiinilistele ja psühholoogilistele aspektidele hõlmab lapse heaolu ka õigust teada oma geneetilist päritolu: vastavalt ÜRO lapse õiguste konventsiooni 7. artiklile on lastel „võimaluse piires” õigus tunda oma vanemaid ja olla nende poolt hooldatud. Esimese tingimuse täitmiseks on vaja seemne- ja munarakudoonorite isikuandmeid hoolikalt dokumenteerida ja säilitada. Kolmanda isiku sugurakkude abil viljastatud lastele tuleb pärast seaduses ettenähtud sobivasse vanusesse jõudmist anda võimalus nende dokumentide sisuga tutvuda. Ent geneetilise isa teadaasaamine on võimalik üksnes juhul, kui protseduuris ei kasutatud korraga mitmelt mehelt pärinevaid seemnerakke. Sellise segu kasutamine peaks olema seadusega keelatud. Lapse heaolule ja perekonna kaitsmisele aitaks kaasa ka see, kui kolmanda isiku sugurakke kasutataks võimalikult väheste abielu- või kooselupaaride puhul.

Muna- või seemnerakudoonori kasutamine võib tekitada vastuvõtva paari suhetes emotsionaalset kibedust, mille mõju kandub kaudselt üle ka lastele. Näiteks võib üks abielupool tunnetada paarivälise mehe või naise rakkude kasutamist viljastamisel abielurikkumisena. Kasvaval lapsel võivad avalduda kolmanda isiku (geneetilise ema või isa) pärilikud tunnused, mis võib tuua kaasa psühhosotsiaalset kahju.¹⁵⁰ Viljatu isa võib tunda, et on elus ebaõnnestunud. Kuna tema roll piirdub vaid sotsiaalseks isaks olemisega, võib tal tekkida hirm lapsele tema tegeliku päritolu sel-

¹⁴⁹ Helmut Thielicke (1968) *Theologische Ethik*, 2. tr. Tübingen, 3. kd, 584.

¹⁵⁰ Arthur Kemalvezen (2009) *Ganz der Papa! Samenspender unbekannt*. Düsseldorf: Patmos. Saksa maal tegutseb nende abistamiseks tugirühmi, nt „Spenderkinder”. Kasutatud 29.08.2016, <http://www.spenderkinder.de/infos/psychologisches/>

gitamise ees.¹⁵¹ Taoline vaikiv varjamine võib kahjustada lapse heaolu ja perekonna kui terviku ühtsust.¹⁵²

Üks vastuoluline küsimus seondub sellega, kas lapse heaolule on kuidagi kahjulik see, kui reproduktiivmeditsiini abil soovib rasestuda vallaline naine, kellel ei ole püsipartnerit, ning kas samu kaalutlusi saab laiendada ka samasoolistele nais- ja meespaaridele¹⁵³ või asendusema kasutamisele. Eespool (punkt 2.6) osutasime juba empiirilise ja normatiivse käsitlusviisi erinevusele. Empiirilisest seisukohast saab osutada uuringutele, milles on võrreldud heteroseksuaalsete paaride lapsi samasooliste partnerite, üksikvanemate või lahutatud vanemate juures elavate lastega. Nende uuringute põhjal ei ilmne laste vaimses või muus arengus mingeid olulisi erinevusi.¹⁵⁴ Ent me ei tohiks alahinnata traumat, mida vanemate lahutus lastele põhjustab. Tähtsusetu pole ka see, kas lapse kasvamine ilma bioloogilise isa või emata on tingitud ettenägematutest asjaoludest (nt ühe vanema surm või abielu lagunemine) või on teadlikult planeeritud.

Teiselt poolt võib aga väita, et iga lapse kõige põhilisem õigus on õigus elule. Asjaolu, et lapsel on üldse võimalus sündida, tuleb väärtustada kõrgemalt kui seda, et laps kasvaks oma bioloogiliste vanemate juures. Sama argumenti saaks kasutada ka reproduktiivse kloonimise toetuseks. Küsimus sellest, kas inimene peaks lapse saama, kui selle tagajärjeks on lapse põhiõiguste või isegi inimväärikuse rikkumine, kuulub eetika valdkonda. Ning vastus ei tohi sõltuda sellest, kui kitsendav või liberaalne on parasjagu kehtiv õiguskord.

Järgmine küsimus on seotud sugurakkude doonoritele tasu maksmisega. Põhimõtteliselt peaks sugurakudoonorlus olema lubatud ainult annetuse korras. Piibelliku käsituse järgi on elu Jumala and. Enda kehast mingi osa (nt vere, luuüdi või organite) annetamine võib olla üks võimalus väljendada armastust ligimese vastu. Sarnaselt saab ka muna- ja seemnerakudoonorlust käsitada hädas oleva kaasinimese või paari

¹⁵¹ Tewes Wischmann ja Petra Thorn (2015) Der Mann in der Kinderwunschbehandlung (unter besonderer Berücksichtigung der donogenen Insemination). – *Journal für Urologie und Urogynäkologie* 22.2, 9–17.

¹⁵² Helen Riley (2013) Confronting the conspiracy of silence and denial of difference for late discovery adoptive persons and donor conceived people. – *Australian Journal of Adoption* 7.2.

¹⁵³ Lisaks lapse heaolu teemale on üldisemalt homoseksuaalsust ning lastega ja lasteta samasoolisi paare puudutavate küsimustega seotud ka see, kas samasoolised paarid peaksid saama doonor-sugurakke kasutada või kas neil peaks olema õigus lapsendada. Nagu eespool märgitud (1. ptk) toimuvad neil teemadel praegu mõnes EKOE liikmeskirikus elavad arutelud.

¹⁵⁴ Vt N. Anderssen, C. Amlie ja E. Ytterøy (2002) Outcomes for children with lesbian or gay parents: A review of studies from 1978 to 2000. – *Scandinavian Journal of Psychology* 43.4, 335–351; American Psychological Association (2004) *Sexual Orientation, Parents & Children. Adopted by the APA Council of Representatives* (28. ja 30. juuli 2004). Kasutatud 29.09.2015, <http://www.apa.org/about/policy/parenting.aspx>; M. Rupp (2009) *Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften*. Köln; N. Gartrell ja H. Bos (2010) US National Longitudinal Lesbian family Study: Psychological Adjustment of 17-Year-Old Adolescents. – *Pediatrics* 126.1, 28–36.

abistamisena. Aga kuna lapsed ei tohi kunagi olla ostutehingu objektiks, siis ei tohiks müüa ega osta ka laste saamiseks kasutatavaid sugurakke. Jumala näo järgi loodud inimolendi austamine hõlmab ka lugupidavat suhtumist uue inimelu allikatesse.

Üks eriküsimus puudutab seda, kuidas hinnata eetiliselt munarakkude jagamist (*egg sharing*). Ent üldisemalt on see küsimus seotud pigem sellega, kuidas toimub konkreetsetes riigis kehavälise viljastamise rahastamine: näiteks kas teatud arvu rasesutumiskatsete kulu kaetakse täielikult või osaliselt tervisekindlustuse või riikliku rahastuse arvelt võib peab inimene kogu summa ise tasuma. Eetiliselt oleks küsitav selline rahastamissüsteem, mis suurendab munarakkude jagamise motivatsiooni või ongi sellele üles ehitatud. Muu hulgas võib sellega doonori jaoks kaasnedna suurem hormonaalse hüperstimulatsiooni risk, kuna süsteem innustab teda andma piisavalt palju munarakke, et nendest jätkuks kahele naisele. Hormoonraviga kaasnev hüperstimulatsiooni sündroomi võimalus võib põhjustada ohtu tervisele ja isegi elule.

Naistele kaasnevad munarakudoonorlusega üldjuhul suuremad terviseriskid kui meeste seemnerakudoonorluse puhul. Lisaks vajadusele teha kõigepealt läbi hormoonravi kuur on ka munaraku eemaldamine invasiivne protseduur. Samuti esineb naiste majandusliku ärakasutamise oht. Taoliste riskide tõhusaks maandamiseks tuleb rakendada sobivaid meetmeid. Selleks ei saa piirduda ainult siseriiklike õigusaktidega, vaid on vaja ka rahvusvahelist koostööd. Samas ei ole praegused ohud piisavaks aluseks, mis õigustaksid munarakudoonorluse üleüldist keelustamist. Ent kindlasti peab olema tagatud nende meditsiinietika üldpõhimõtete järgimine, mis puudutavad arstilt piisava info saamist ja teadlikku nõusolekut. Samuti tuleks kogu Euroopas seadustega kehtestada keeld kasutada doonorlust kommertseesmärkidel.

6.5.2 Embrüodoonorlus

Ideaalis ei tohiks kehavälise viljastamise käigus korraga viljastada rohkem munarakke ega luua rohkem embrüoid, kui on vaja ühe rasesutumiskatse jaoks. Tegelikult aga juhtub sageli, et embrüoid jääb üle ning paar ise ei soovi neid enam lapse saamiseks kasutada. Üldpõhimõttena tuleks eesmärgiks võtta kehavälise viljastamise meetodite täiustamine nii, et ülejäänud embrüote arv oleks võimalikult väike. Ent kui nende tekkimist ei ole võimalik kuidagi vältida, siis tuleb küsida, mis neist edasi saab.

Tavaliselt liigseid embrüoid kohe ei hävitata, vaid hoitakse mõnda aega külmutatult (krüokonserveeritult). Paljudes riikides on seadusega ette nähtud, et teatud aja möödumisel embrüod hävitatakse. Teine võimalus on lubada teistel paaridel ülejäänud embrüoid lapse saamiseks kasutada. Veel üks variant oleks kasutada neid teadusuuringutes, näiteks embrüonaalsete tüvirakkude saamiseks, kui vanemad või viljastatud munaraku annetanud naine on selleks andnud teadliku nõusoleku.¹⁵⁵

¹⁵⁵ Kes ja milleks peaks nõusoleku andma, on keeruline teema, mis on eri riikides erinevalt lahendatud: kas nõusoleku annab naine või mõlemad geneerilised vanemad? Olukord läheb veel segasemaks,

Embrüodoonorluse pooldajad osutavad põhiliselt kahele eetilisele argumendile. Esiteks võib väita, et see on embrüo enda huvides. See põhjendus on eriti oluline siis, kui viljastatud munarakku või embrüot peetakse juba varases kehavälises (*in vitro*) seisundis tekkivaks inimolendiks ja isikuks, kellel on õigus elule ja inimväärikusele, nagu ütleb ka väga levinud kristlik seisukoht (vt punkt 3.5). Teine argument võtab eelkõige aluseks last sooviva naise või paari reproduktiivautonoomia idee. Kui muna- ja seemnerakudoonorlus ei ole välistatud või eetiliselt taunitav, siis võrdse kohtlemise printsiibist lähtudes ei ole (selle argumendi järgi) mingit põhjust eeldada, et embrüodoonorluse ja sugurakkude annetamise vahel on põhimõtteline erinevus. Samas võiks kriitik sellele vastata, et võrdse kohtlemise printsiibist saab lähtuda vaid juhul, kui sugurakkude ja embrüo ontoloogilise ning moraalse staatuse vahel ei ole mingit põhimõttelist erinevust – paljud kristlased selle eeldusega ei nõustuks (vt samuti punkt 3.5). Lisaks loob selline põhjenduskäik võimaluse eetiliselt probleemse asendusemaduse kasutamiseks, millest on pikemalt juttu 7. peatükis.

Kui embrüodoonorlust lubatakse, siis sageli arvatakse, et selle õiguslik reguleerimine peaks juhinduma lapsendamise suhtes kehtivatest õigusnormidest.¹⁵⁶ Ent olenemata doonorlusele antavast eetilisest hinnangust, on embrüo annetamise ja adopteeritavast lapsest loobumise vahel põhimõtteline erinevus. Õiguslikult on isiku lapsendamine võimalik ainult pärast tema sündi. Embrüot aga ei saa lihtsalt võrdsustada juba sündinud inimesega, nagu näitas ka embrüo staatuse käsitlus – vähemalt mitte seni, kuni pole välistatud korraga mitme embrüo tekkimise võimalus. Asjaolu, et katseklaasis asuval (*in vitro*) embrüol puudub tingimusteta õigus elule, võib näha juba sellest, et bioloogilisele emale ei ole võimalik panna seadusega kohustust kanda ilmale laps igast temalt pärinevast embrüost. See näitab, et asjaolud ei ole adoptiooni-õigusega üksüheselt võrreldavad. Sündinud lastele annab riik ulatusliku kaitse. See tähendab, et vanematele kehtib kohustus lapsed üles kasvatada või siis peab ema loovutama lapse adopteerimiseks. Lapse tapmine ei ole mingil tingimusel lubatud. Kui kasutada embrüote „adopteerimise” ideestikku, siis võib tekkida eetiliselt keeruline vastuolu olukorras, kus ema rakendab oma otsustusvabadust aborti tegemiseks – enamikus Euroopa riikides on see seaduses kindlaksmääratud teatud kindla aja jooksul lubatud ilma mingite sanktsioonideta. Lisaks ei ole ükski embrüote adopteerimise lahenduse pooldaja valmis minema nii kaugele, et kehtestada kõigi liigsete embrüote suhtes adopteerimise kohustus.

Seni esitatud argumentide põhjal võib järeldada, et viljatusravi eesmärgil kasutatav embrüodoonorlus võib olla teatud tingimustel lubatav, eriti kuna teoloogiliselt puudub piisav põhjendus muna- või seemnerakudoonorluse täielikuks keelustamiseks. Ent seni, kuni inimembrüo ontoloogiline, moraalne ja õiguslik staatus jääb

kui embrüo on saadud doonorsugurakkudest, sest siis võib mängus olla kuni neli inimest: embrüo kaks geneetilist vanemat ning isik või paar, kelle jaoks embrüo on viljastatud.

¹⁵⁶ Austria olukorra käsitlust vt *Reform of the Reproductive Medicine Act. Opinion of the Austrian Bioethics Commission* (2012). Wien, 92j, 109, 128.

teoloogiliselt vaieldavaks (vt punkt 3.5), on võimalikud erinevad seisukohad küsimuses, kas embrüo annetamine on moraalne kohustus. See võib osutada moraalseks kohustuseks juhul, kui embrüot peetakse isikuks, kellele kuulub inimesele omane õigus elule.¹⁵⁷ Kui aga leitakse, et embrüo ei ole (veel) isik, siis on rohkem alust väita, et doonoriks hakkamine peab jääma embrüo geneetiliste vanemate vabatahtlikuks otsuseks.¹⁵⁸

Veel üks probleem tekib siis, kui meenutame, et tavaliselt kasutatakse kehavälise viljastamise abil rasedumist üritades korraga mitut embrüot. Teoreetiliselt saaks nii kasutada eri naistelt pärit embrüoid. Ent selline võimalus tuleks välistada sarnaselt seemnerakkude segamise keeluga.

Teadusuuringute eesmärgil kasutatava embrüodoonorlusega seotud eetilisi argumente vaadeldakse lähemalt 9. peatükis. Käesolevas osas tuleks siiski mainida veel ühte probleemi: protseduuri mõttes sarnaneb embrüodoonorlus asendusemadusega. Kui doonorembrüo kasutamisel on raseduse kandja ühtlasi ka lapse sotsiaalne ja juriidiline ema, siis asendusemaduse eesmärk on anda laps pärast sünnitust üle teisele naisele, kes hakkab täitma ema ülesandeid. Asendusemadusega seotud eetilisi ja õiguslikke argumente tuleb käsitleda lahus embrüodoonorluse teemast ning nendele keskendutakse 7. peatükis. Küll aga tuleb märkida, et kui asendusemadust peetakse eetiliselt ja õiguslikult lubamatuks, siis tuleb embrüodoonorlust lubavad õigusnormid sõnastada nii, et samaaegne asendusemaduse keeld ei läheks vastuollu võrdse kohtlemise printsiibiga.

¹⁵⁷ Siinkohal tekib veel üks küsimus: kui embrüo annetamine on moraalne kohustus, kas see peaks siis olema ka õiguslik kohustus? Seda ei pruugi moraalsest kohustusest rääkijad tingimata toetada: kas nad on sel juhul ebajärjekindlad? Vastus sõltub osaliselt sellest, milline on vastaja arusaam õiguse ja eetika vahekorra ning õiguse rollist moraalnormide jõustamisel (vt punkt 3.7). Sel teemal arutlevad kristlased on enamasti ühte meelt, et õigus ei ole sobiv vahend iga moraalnormi jõustamiseks. Kui see on nii, siis oleks võimalik ilma loogilisse vastuollu sattumata väita, et embrüo annetamine võib olla moraalne kohustus, aga teatud poliitilistes olukordades poleks õige kehtestada seda õigusliku kohustusena.

¹⁵⁸ Kasutatud on väljendit „geneetilised vanemad”, sest mõne seisukoha järgi peaks nõusoleku andma ka geneetiline isa. Ühendkuningriigi 2008. a inimviljastamise ja -embrüoloogia seaduses sätestatakse, et embrüo kasutamiseks peab nõusoleku andma „iga asjaomane isik” (*each relevant person*).

7.

Asendusemadus

7.1 Sissejuhatus

Avalikus meediadebatis on asendusemadus arvatavasti kõige rohkem tähelepanu pälvinud ja vaidlusi põhjustanud reproduktiivtehnoloogia. Paljuski näivad selle ajendiks olevat inimeste isiklikud lood, mis on mitmes riigis kajastamist leidnud. Mõned neist räägivad mõistagi õnnelikest isikutest või paaridest, sealhulgas meessoost geipaaridest, kellel see meetod on aidanud rahuldada sügavat soovi lastega pere järele. Või siis keskendutakse asendusemadele, kes selgitavad, mis ajendas neid kandma last, kes tuleb teisele perle loovutada. Aga nende kõrval näib olevat kasvav hulk lugusid sellest, kuidas asendusemaduse kokkuleppe alusel sündinud lapsed ei saa mingil põhjusel elada koos neid soovinud vanema(te)ga, kuid ei saa jääda ka asendusemale.

Asendusemadusest tingitud eetilised küsimused ja valikukohad ei ole esmajoonel seotud kasutatavate uute meditsiinitehnoloogiate ja nende eetilise hindamisega. Üldjuhul kasutatakse asendusemaduses juba välja kujunenud ja laialt tunnustatud reproduktiivmeetodeid: abistatud kehasisene viljastamine doonorspermaga või kehaväline viljastamine, millega võib kaasneda doonorlus. Pigem tulenevad selle abistava reproduktiivtehnoloogia eetilised probleemid osapoolte omavahelistest suhetest perekonna moodustamisel, eriti asjaolust, et lapse perekonda toomise aluseks on eeldus, et lapsel ei ole edaspidi oma sünniemaga enam mingit kokkupuudet.

7.2 Mõisted¹⁵⁹

Laias laastus on asendusemadusest rääkides oluline teada järgmisi mõisteid.

¹⁵⁹ Esitatud mõisteseteletused ja õigusliku olukorra ülevaade põhinevad suuresti uuringul Brunet et al. (2013) *A comparative study on the regime of surrogacy in EU Member States*. Viidatud raportis tellis Euroopa Parlamendi õiguskomisjon.

Asendusemadus (<i>surrogacy</i>)	Praktika, mille korral naine rasestub eesmärgiga anda laps pärast sünnitust kellelegi teisele.
Asendusema (<i>surrogate mother</i>)	Naine, kes last kannab ja sünnitab.
Tulevane vanem (<i>intended parent</i>)	Isik, kes kavatseb last kasvatada.
Traditsiooniline asendusemadus (<i>traditional surrogacy arrangement</i>)	Asendusemadus, mille korral kasutatakse asendusema munarakke. Asendusema on ühtlasi lapse geneetiline vanem. Rasedus saavutatakse abistatud kehasisesel viljastamisel tulevase isa või doonori seemnerakkudega või tulevase isa või muu mehega suguühites olemise abil.
Gestatsiooniline asendusemadus (<i>gestational surrogacy</i>)	Asendusemadus, mille korral asendusema munarakke ei kasutata ja lapse geneetiline ema on keegi teine. Rasedus saavutatakse kehavälise viljastamisega, milles kasutatakse tulevase ema või doonori munarakke.
Tasuta asendusemadus (<i>altruistic surrogacy</i>)	Asendusemadus, mille korral asendusema tasu ei saa ja talle hüvitatakse üksnes asendusemadusega seotud kulud. Tavaliselt on kulude hüvitajaks tulevased lapsevanemad.
Tasuline asendusemadus (<i>commercial surrogacy</i>)	Asendusemadus, mille korral asendusema saab lisaks asendusemadusega seotud kulude hüvitamisele ka muud tasu. Seda võidakse nimetada tasuks või hüvitiseks talutud kannatuste ja ebamugavuse eest. Tavaliselt maksavad seda tasu tulevased lapsevanemad.
Juriidiline vanemlus (<i>legal parenthood</i>)	Isikule lapse suhtes vanemlike õiguste omistamine. Lisaks bioloogilis-geneetilisele sugulusele on juriidilisel vanemlusel veel terve rida võimalikke õiguslikke aluseid.
Piiriülene asendusemadus (<i>cross-border surrogacy arrangements</i>)	Asendusemadus, mille korral asendusema ja tulevane vanem on pärit eri riikidest.

7.3 Õiguslik olukord

Euroopa riikides kasutatakse erinevaid õiguslikke lahendusi. Üldine asendusemaduse keeld kehtib (näiteks) Prantsusmaal, Saksamaal, Itaalias, Portugalis ja Hispaanias. Mõnes riigis on keelud sätestatud täpsemalt: Austrias on keelatud

munarakudoonorlus ja selle kaudu ka gestatsiooniline asendusemadus; Soomes on keelatud asendusemadus viljatusravi meetodite abil; Rootsi viljatusravi kliinikutel on keeratud asendusemaduse lepingute sõlmimine. Norras on lubatud siirdada viljastatud munarakke ainult geneetilisele emale, mis tähendab, et gestatsiooniline asendusemadus on automaatselt välistatud. On riike, kus keelatud on ainult tasuline asendusemadus: näiteks Taani, Kreeka, Ungari, Iirimaa, Läti, Holland ja Ühendkuningriik. Mõned riigid, näiteks Küpros, Tšehhi Vabariik, Leedu, Poola, Rumeenia, Slovakkia ja Sloveenia, ei ole asendusemaduse teemat üldse seadusega reguleerinud. Teistes puuduvad seaduses sätestatud normid teatud konkreetsete juhtude, näiteks tasuta asendusemaduse või traditsioonilise asendusemaduse jaoks. Vanemlike õiguste loovutamiseks kasutatakse sellisel juhul erinevaid mooduseid, aga tavaliselt toimub see lapsendamise teel, samas kui sellekohaste lepingute täitmise nõudmiseks ei saa kohtusse pöörduda.¹⁶⁰

Euroopa Parlament avaldas 2015. aastal aruande, milles

mõistab hukka asendusemaduse, mis kahjustab naiste inimväärikust, sest nende keha ja paljunemise funktsioone kasutatakse kaubana; on arvamusel, et rasedusega seotud asendusemadus, mis hõlmab paljunemiseesmärgil inimkeha kasutamist rahalise või muu hüve saamiseks ning eelkõige arengumaade haavatavate naiste kasutamine tuleks keelata ja seda tuleks käsitleda kiiremas korras kõigis inimõigusi käsitlevates dokumentides¹⁶¹

7.4 Kirikute avaldused

Euroopa Liidu Katoliku Kiriku Piiskoppide Konverentsi (COMECE) teadus- ja meditsiinieetika töörühm avaldas 2015. aasta veebruaris seisukoha, milles taunis kõiki gestatsioonilise asendusemaduse vorme põhjusel, et sellega instrumentaliseeritakse asendusema, sageli kaasneb sellega vaeste ja haavatavate naiste ärakasutamine ning asendusemaduse teel sündinud lapsed muutuvad kaubaks.¹⁶²

EKOE liikmeskirikute publikatsioonides on asendusemadus võrreldes muude käesolevas juhendis käsitletud küsimustega vähem tähelepanu pälvinud. Mõnes kiriklikus avalduses tuuakse esile asendusemadusega seotud juriidilisi küsimusi sotsiaalsete ja peresiseste suhete kohta, näiteks võimalikud küsimused õiguslikust vastutusest, aga eriliselt rõhutatakse selle kaugeleulatuvaid tagajärgi lapsele, kelle põlvnemine jaguneb geneetilise, füüsilise ja ühiskondliku ema vahel.¹⁶³ Eeldatakse,

¹⁶⁰ Vt lisaks Präg and Mills 2015, 13.

¹⁶¹ Euroopa Parlamendi 17. detsembri 2015. aasta resolutsioon inimõigusi ja demokraatiat maailmas 2014. aastal käsitleva aruande ja Euroopa Liidu poliitika kohta selles valdkonnas (2015/2229(INI), punkt 115.

¹⁶² COMECE (2015) *Opinion of the Reflection Group on Bioethics on Gestational Surrogacy: The Question of European and International Rules*. Brussels. Kasutatud 04.09.2018, http://www.comece.eu/dl/tMrpJKJnmolJqx4KJK/Surrogacy_EN_WEB.pdf

¹⁶³ *Verantwortung für das Leben*, 25; EKD, *Von der Würde werdenden Lebens*, 13; EKD, *Zur Achtung vor dem Leben*, 5.

et lapsel on õigus vanemluse ühtsusele ning põhjendatud õigus teada oma päritolu ja identiteeti. EKD 1985. aasta juhendis *Von der Würde werdenden Lebens* rõhutatakse, et viljastumise ja raseduse käigus tekib emakas kasvava lapsega kehaline ja vaimne/emotsionaalne side, mis on selle lapse jaoks oluline.¹⁶⁴ Aastal 1987 avaldatud dokumendis *Zur Achtung vor dem Leben* soovitatakse nii tasuta kui ka tasuline asendusemadus seadusega keelata.¹⁶⁵ Šveitsi Evangeelsete Kirikute Liidu 1990. aasta dokumendis leitakse, et asendusemaduse suhtes kehtivad paljuski samad moraalsed vastuargumendid mis heteroloogilise kunstliku viljastamise suhtes, ning esitatakse samuti üleskutse keelustada nii tasuline asendusemadus kui ka sugurakkude, embrüote ja muu taolisega kauplemine.¹⁶⁶

7.5 Arutelu

7.5.1 Asendusemadusega seotud peamised eetikaküsimused

Asendusemadus tekitab mitmeid eetikaküsimusi ja murekohti. Üks põhimõtteline küsimus puudutab seda, kas üldse saab moraalselt lubatavaks pidada sellist kahe poole kokkulepet, millega üks pool kohustub rasestuma selgesõnalise eesmärgiga loovutada laps pärast sündi teisele poolele. Mõned kriitikud väidavad, et see tähendab keha või kehaosade lubamatut instrumentaliseerimist või „väljarentimist”. Teised jällegi lähtuvad nõudest austada isikute autonoomiat ja asjaolust, et erinevad inimesed mõistavad inimkeha instrumentaliseerimist erinevalt, ning leiavad, et kui asendusema otsus on vabatahtlik, siis ei tohi kõrvalised isikud sellistesse kokkulepetesse sekkuda.

Mõnede arvates on oluline see, kas asendusemadus on tasuline või tasuta, sest eriti just tasulise asendusemaduse korral tekib asendusema ärakasutamise või sundimise oht. Samas tasuta asendusemaduse puhul – kui vastava kokkuleppe sõlmivad näiteks õed või lähedased sõbrad, kellele ei pakuta rahalisi stiimuleid ega avaldata survet – tuleks asendusema valmisolekut teist naist aidata pigem austada või isegi tunnustada.

Üks küsimus on seotud ka asendusemadusest sündinud lastega. On väljendatud muret, et selline sünnilugu võib avaldada isiku identiteedile ja minapildile mõju, mille kohta me veel suurt midagi ei tea. Teised on juhtinud tähelepanu sellele, et ebamäärane õiguslik olukord seoses vanemlike õiguste omistamisega, eriti kui tegemist on piiriülese asendusemadusega, tekitab surrogaatema lapsele ohu jääda

¹⁶⁴ *Von der Würde werdenden Lebens*, 13.

¹⁶⁵ *Zur Achtung vor dem Leben*, 5.

¹⁶⁶ Fortpflanzungsmedizin und Humangenetik. Ein Beitrag zur Diskussion über die Beobachterinitiative (1990). *Studien und Berichte 40 aus dem Institut für Sozialethik des Schweizer Evangelischen Kirchenbunds*. Toim. Roland J. Campiche, Hans Ulrich Germann ja Hans-Balz Peter, 41, 49.

õiguslikku vaakumisse, kus tal ei ole ametlikult tunnustatud vanemaid ja võibolla isegi ühegi riigi kodakondsust.

7.5.2 Asendusemadus ja evangeelne eetika

Asendusemadusega kaasneb mitmeid eetilisi murekohti, mis on evangeelses käsituses tähtsal kohal. Kõige põhilisemal tasandil tekitab see küsimusi lapsevanemaks olemise ning pere loomise tähenduse ja kuvandi kohta. Samuti tekivad küsimused asendusema võimalikust instrumentaliseerimisest ja ärakasutamisest. Muret tekitab ka see, milliseid riske võib asendusemadus põhjustada sel moel sündinud lastele.

Asendusemadus, suhete tähendus ja abielu

Asendusemaduse korral lahutatakse üksteisest lapse sünnitaja ja teda kasvatava sotsiaalse ema rollid ning on väidetud, et see mõjutab emaduse tähendust ja kuvandit. Asendusemadus erineb traditsioonilisest lapsendamisest ja muudest levinud olukordadest, kus lapsi kasvatab bioloogilise vanema asemel keegi teine selle poolest, et selline rollide lahusus on taotluslik ja ette kavatsetud juba raseduse planeerimise etapil. Tavapärase lapsendamise või asendushoolduse korral toimub sünniema asendamine sotsiaalse vanemaga või lapse kasvukeskkonna muutus pärast seda, kui laps on juba sündinud ning sünniema ei saa mingil põhjusel last kasvatada. Asendusemaduse puhul on lapse ja sünniema vaheline side eelduslikult välistatud.

Üldisel eetilisel tasandil võib seda pidada emaduse kultuurilise tähenduse muutumiseks, millel võivad olla kaalukad tagajärjed. Sotsiaalse emaduse teadlik lahutamine rasedusest ja sünnitusest juba viljastamise hetkest alates näib muutvat üldlevinud ettekujutust ematunde kujunemisest raseduse jooksul nii bioloogilises kui ka ühiskondlikus, emotsionaalses ja kultuurilises tähenduses. Kui emaks olemise tähendusest eemaldatakse teadlikult raseduse ja sünnituse aspekt, siis rebestab see sügavalt juurdunud kuvandit emadusest, selle kujunemisest ja kestmisest. Emadus muutub millekski, mida saab bioloogilistest sidemetest sõltumatu tahteotsusega luua ja lõpetada juba enne lapse viljastamist.

Nagu eespool märgitud (punkt 3.3) on evangeelne eetika kriitiline igasuguste moraalsete põhjenduste suhtes, millega antakse loomulikele kordadele või protsessidele igikestev tähendus. Sellises mõtteviisis tekib oht alahinnata Kristuses toimunud õigeksmõistu tähtsust ja mõista vääriti inimese vastutust. Samuti võib see täita valitsevate võimustruktuuride võimendamise ideoloogilist eesmärki. Kui asendusemaduse vastased, teiste hulgas ka mõned kirikuliikmed, panevad väga suurt rõhku ema ja lapse bioloogilise sideme väidetavale loomulikkusele, kuid jätavad muudest abistavate reproduktiivtehnoloogiate (ART) teemadest rääkides targu mainimata selle, et ka isa ja lapse bioloogilisel sidemel võiks olla mingi moraalne tähendus, siis tekib küsimus, kas see ei ole mitte ideoloogilise argumenteerimisviisi tulemus.

Ent teisalt ei tähenda ilmaliku või loomuliku korra moraalsest absolutiseerimisest hoidumine seda, et eksistents ja maailm oleks moraalses mõttes nullväärtusega selle hetkeni, kui neile omistatakse mingi võimuaktiga väärtuse ja headuse kategooriad. Evangeelses teoloogias peetakse inimelu üheks põhiomaduseks selle relatsioonilisust. See ei tähenda üksnes seda, mida inimene tavaliselt õnnelikuks ja täisväärtuslikuks eluks vajab või ihaldab. Palju sügavamal tasandil osutab see ühele inimeseks olemist määratlevale põhiomadusele, mille aluseks on inimese süvasuhe Jumala kui Looja ja Lunastajaga, mis omandab konkreetse vormi inimese maise elu suhete paljususes. See süvaomadus võib väljenduda väga erineval moel, millest üks ja väga oluline on mõistagi kahe partneri abielusuhe, millega võib kaasneda suurim võimalik kehaline, emotsionaalne ja isiklik lähedus. Paljudel juhtudel lisanduvad sellesse laste kasvatamise kaudu uued suhted. Kuigi suhted, sealhulgas pereelu lähisuhted võivad olla ka laastavad või ängistavad ning seal võib avalduda inimeste isekus ja usaldamatus, on relatsioonilisus ise ning selle koht inimese elus fundamentaalne hüve, millel ei ole moraalses mõttes lihtsalt nullväärtus. Ajaloos esinenud perekondlike ja abieluliste suhete erinevad vormid osutavad küll sellele, et ühtegi konkreetset vormi ei saa absolutiseerida ja „loomulikuks” kuulutada, kuid inimelu relatsioonilisuse tõttu võimalikuks saanud suhteid endid tuleb sellegipoolest pidada hüveks, olenemata sellest, kas konkreetne isik suudab selle hüve vääriliselt elada. Seega on suhtel iseisev moraalne väärtus ning ei saa öelda, et nad on moraalselt neutraalsed seni, kuni inimene ise nad oma eelistuste või ihade tõttu „hüveks” tunnistab.

Asendusemaduse puhul jääb mulje, et sellega eitatakse kõnealuse fundamentaalse moraalse väärtuse olemasolu teatud suhetes. Lisaks emaduse tähendusele näib asendusemadus muutvat ka sellega haakuvate suhete tähendust. Nende suhete headus ja väärtus muutuvad otsustamise küsimuseks. Asendusemaduse pooldajad peavad eeldama, et sünniema ja lapse bioloogilises suhtes puudub igasugune iseisev moraalne väärtus või kvaliteet. Asendusema ja tulevaste vanemate otsus võib võtta sellelt suhtelt sisemise väärtuse või tähenduse, mitte emotsionaalselt, küll aga eetilisel. Asendusemadus tähendab kaudset eeldust, et sünniema ja lapse algsel bioloogilisel sidemel puudub eriline moraalne kaal nii asendusema kui ka tulevas(t)e vanema(te) jaoks. Mõistagi katkevad need sidemed mitmesugustel asjaoludel ka muus olukorras. Kuid asendusemadusega kaasneb kujutlus, et nende sidemete tahtlik katkestamine juba algusest peale ei erine nendest muudest olukordadest millegi poolest. Teisiti öeldes muutuvad need suhted moraalselt neutraalseks või ebaoluliseks ning omandavad väärtuse ainult asendusema ja/või tulevase vanema soovi või tahteavaldusega. Seevastu evangeelne eetika enamasti ei nõustu sellise arusaamaga, et relatsioonilisus ja selle erinevad avaldumisvormid on väärtuslikud vaid siis, kui need vastavad inimese eelistustele või soovidele. Nii on põhjust küsida, kas asendusemadus eeldab inimelu kõige põhilisemate suhete tähenduse sellist muutust, mis jääb evangeelsele moraalikäsitusele võõraks või sellega ühitamatuks.

Asendusemaga seotud murekohad

Teine moraaliprobleem, millest asendusemaduse puhul sageli räägitakse, on asendusemade ärakasutamine. See probleem esineb tavaliselt tasulise asendusemaduse puhul ning vastuargumendid on eriti kaalukad siis, kui asendusema kuulub eesõigusteta ja puudust kannatavate inimeste rühma või elab riigis, kus suur osa elanikkonnast kannatab vaesuse all (nt India). Antropoloogiliste uuringute põhjal jääb mulje, et sellised naised näevad asendusemaduses võimalust perekonna majanduslikku toimetulekut parandada ning mõtestavad seda enda jaoks kui oma pere heaks tehtud kohusetundlikku isetut tegu. Kuigi asendusemaks hakkamine on vormiliselt vabatahtlik otsus ja eeldab nõusoleku andmist, mõjutab seda väga tugevalt naise kohusetunne oma pere ees olukorras, kus muid elatise teenimise võimalusi on vähe või pole üldse. Lisaks näitavad uuringud, et asendusemana oma abikaasast erineva mehe lapse kandmine on ühiskonnas tugevalt häbimärgistatud. Naised kasutavad häbitundest vabanemiseks erinevaid strateegiaid, mis teatud mõttes annab tunnistust nende tugevusest, kuna nad ei ole nõus lihtsalt alama positsiooniga leppima. Näiteks rõhutamine, et nad on asendusemaduse vabatahtlikult valinud, võib olla üks võimalus endale kinnitada, et isiklik otsustusvõime ja kontroll olukorra üle on säilinud. Teisiti öeldes võivad õigustavad argumendid, millega asendusemad oma teguviisi põhjendavad ja selgitavad, olla üks võimalus vastu hakata alamale seisusele, mida neile selle tõttu tahetakse omistada.¹⁶⁷

Ent mida arvata sellisest variandist, kus asendusema ei saa raha ega mingis muus vormis tasu, välja arvatud ehk ainult tekkinud kulude hüvitist? Siin ei saa põhimõtteliselt välistada võimalust, et potentsiaalne asendusema satub surve alla ka siis, kui ta on pereliige (näiteks õde) või lähedane sõber. Sel juhul ei ole survevahendiks raha või kohustused perekonna ees, vaid peresisesed tugevad emotsionaalsed sidemed. Rahalise tasu eemaldamine valemist ei tähenda, et koos sellega kaob ka survestamine ja manipuleerimine. Lisaks jääb sel juhul õhku tulevaste konfliktide oht ning probleemid asjaolude varjamise, soovimatu avameelsuse või valetamisega, kui laps on juba suuremaks kasvanud ning puutub perekonnasidemete tõttu sünniemaga sageli kokku. Seega ei saa asendusemaduse kokkulepe isikute vahel, kes on juba varasemast tihedalt seotud, olla kuigi hea lahendus ning väärib tõenäoliselt samuti lähemat uurimist.

Siis jääb veel üle selline tasuta asendusemadus, kus naine otsustab sünnitada lapse teisele paarile või isikule, keda ta enne rasedust ei tunne ning kellelt ta ei saa mingit muud tasu peale kuluhüvitise. Kuigi sel juhul ei pruugi ärakasutamise probleemi esineda, jääb endiselt kehtima peresuhete tähendusele tuginev argument ning samuti jääb alles mure asendusemaduse teel sündinud lapse pärast.

¹⁶⁷ Amrita Pande (2014) *Wombs in Labor*. Columbia University Press.

Asendusemaduse mõju lapsele

Üks asendusemaduse vastu esitatud argument ütleb, et see mõjutab lapse identiteeti, kuna ta ei tunne oma sünniema ning on sunnitud elama teadmatuses ühest oma eluloo väga olulisest osast. Kuigi ei ole päris kindel, kas isikliku identiteedi ja oma bioloogilise päritolu teadmise vahel valitseb põhjuslik seos, ei saa jätta tähelepanuta seda, kuidas muude abistavate reprodutiivtehnoloogiate puhul (nt rakudoonorus, kehaväline viljastamine, aga ka traditsiooniline lapsendamine) rõhutatakse järjest rohkem lapse õigust teada oma päritolu. Üha sagedamini leitakse, et lapse bioloogilise päritolu varjamine tema eest, kui ta on sellest arusaamiseks juba piisavalt vana, võib olla vastuolus ÜRO lapse õiguste konventsiooniga.

Kuid peale selle on veel kaks kaalutlust, mis on ehk isegi olulisemad. Esiteks ei pruugi vastündinud lapse loovutamine tulevas(t)ele vanema(te)le olla emotsionaalselt raske ainult sünniemale, vaid võib põhjustada märkimisväärset füüsilist ja vaimset stressi ka lapsele endale, kuna ema ei saa teda rinnaga toita ning katkeb lapse ja ema vaheline emotsionaalne lähedus. See, kuidas sünniemaga füsioloogilise ja emotsionaalse sideme kaotamine vastündinut mõjutab ja võibolla kahjustab, peaks olema väga kaalukas argument. Tasub jällegi korrata, et isegi kui selliseid olukordi tuleb aeg-ajalt ette ka muude vastündinute puhul, siis asendusemaduse korral on see sideme katkestamine ootuspärane ja ette kavatsatud juba enne viljastamist.

Teine kaalutus on seotud ohuga, et asendusema sünnitatud laps jääb tulevas(t)ele vanema(te) meelemuutuse või muude asjaolude tõttu õiguslikku vaakumisse, kus tal ei ole vanemaid ega hooldajaid, kes oleksid valmis lapse eest hoolitsemise, tema kasvatamise ja talle kodu andmise enda peale võtma. Seda näitlikustab hästi üks konkreetne juhtum. Aastal 2012 sünnitas üks India asendusema ühele Austraalia paarile kaksikud. Seepeale väitis paar, et nad saavad majanduslikult endale lubada ainult ühe kaksiku võtmist ja kasvatamist. Nad võtsid endale tüdrukku, kuna neil oli peres juba poeg, ja jätsid kaksikpoisi Indiasse. Mis sellest poisist, nimega Dev, edasi sai, ei ole täpselt teada. Räägitakse kahest võimalikust variandist: ta kas lapsendati ühele India paarile või müüdi raha eest.¹⁶⁸ Kui teda ei lapsendatud, siis on ta ilmselt nii India kui ka Austraalia kodakondsuseta, sest tulevased vanemad ei taotlenud talle kodakondsust. Sarnaseid lugusid võib ajakirjandusest leida hulgaliselt. Nende kõigi puhul on ühine see, et tulevane vanem jättis asendusema sünnitatud lapse mingil põhjusel vastu võtmata, mistõttu laps on jäänud õiguslikku vaakumisse. Sellised lapsed on väga suures ohus, sest neil pole kedagi, kes nende eest hoolitseks, neid kasvataks ning neile turvalise kodu ja perekonna annaks. Mõnel juhul lahutatakse laps õest või vennast, nagu eespool esitatud näites, mida tavaolukorras peetakse samuti lapse parimate huvide raskeks rikkumiseks. Juba see asjaolu, et puuduvad vettpeidavad õigusnormid, mis kaitseksid asendusema sünnitatud last taoliste esmast heaolu ohustavate rikkumiste eest, võib olla piisav põhjus asendusemaduse vastustamiseks.

¹⁶⁸ *Politiken* (03.07.2015), 10.

8.

Sünnieelne diagnostika ja siirdamiseelne geenidiagnostika

Sünnieelne diagnostika, nagu ka muud võimalikud rasedusaegsed protseduurid, on käesolevas juhendis käsitletud teemadega seotud üksnes kaudselt. Lisaks on sünnieelse diagnostika ajal juba olemas lähedane suhe ema ja loote (lapse) vahel. Ent sellest uuem (ja kiiresti arenev) siirdamiseelse geenidiagnostika meetod tõstatab tihti samu küsimusi nagu sünnieelne diagnostika ja mõnes mõttes isegi asendab seda. Sel põhjusel pidasime kohaseks tutvustada enne siirdamiseelsele geenidiagnostikale keskendumist põgusalt sünnieelse diagnostika probleeme, kuigi sünnieelse diagnostika ja aborti eetika põhjalikum käsitus ei mahu käesoleva dokumendi raamidesse.

8.1 Sünnieelne diagnostika

8.1.1 Sissejuhatus

Sünnieelne diagnostika võimaldab avastada raseduse ajal muu hulgas loote morfoloogilisi defekte (näiteks aju- või südamedefekte), geneetilisi haigusi, monogeenseid häireid ja kromosoomidega seotud kõrvalekaldeid. Enamiku selliselt diagnoositud haiguste ja defektide jaoks puudub tõhus ravi. Vaid väike osa sünnieelsel diagnostikal tuvastatud probleemidest on kõrvaldatavad varajase ravi või kirurgilise operatsiooniga (emakasiseselt või pärast sünnitust). Enamasti siiski ravi ei ole, mistõttu sünnieelse diagnostikaga kaasneb tavaliselt ka aborti kaalumise.

8.1.2 Faktid ja arvud

Sünnieelses diagnostikas kasutatakse suuremal või vähemal määral järgmisi meetodeid.

a) Ultraheliuuring: see on kõige levinum mitteinvasiivne meetod, mis võimaldab visuaalselt vaadelda loote kasvu, morfoloogilist arengut ja võimalikke defekte.

b) Ema vereseerumi skriining: selle meetodiga otsitakse ema verest biokeemilisi markereid, mis on statistiliselt seotud loote kromosoomihäiretega. Meetod võimaldab määrata ainult väärarengu riski määra. Kui analüüs osutab suurele riskile, tuleb diagnoosi kinnitamiseks kasutada mõnda invasiivset meetodit, nagu koorionibiopsia või amniotsentees.

c) Mitteinvasiivne sünnieelne uuring (*non-invasive prenatal testing*, NIPT) on uuem meetod, milles analüüsitakse samuti ema verd, kuid hoopis teisiti. NIPT korral uuritakse platsenta kaudu ema vereringesse sattunud loote DNA fragmente, mis võimaldavad analüüsida otseselt loote genoomi.¹⁶⁹

d) Amniotsentees: see on kõige enam kasutatav invasiivne meetod, mis on näidustatud kõrgendatud geneetilise haiguse riskiga raseduste korral. Tavaliselt kasutatakse seda siis, kui mitteinvasiivsed meetodid näitavad suuremat geenihäire riski, eriti võimalikke kromosoomihäireid (nt trisoomiad: Downi sündroom ja Edwardsi sündroom). Sarnaselt muude invasiivsete meetoditega, nagu koorionibiopsia või loote vereanalüüs nabanööri (*percutaneous umbilical cord blood screening*, PUBS), kaasneb protseduuriga väike nurisünnituse risk. Vanemate uuringute ja andmeallikate kohaselt oli see risk ligikaudu 1%, kuid hilisemad uuringud on seda korrigeerinud ja näitavad, et protseduuride tagajärjel raseduse katkemise risk on 0,1–0,2%.¹⁷⁰ Tuvastatud geenihäire riskiga raseduste arv näib olevat tõusuteel, aga see on ilmselt tingitud meetodite arengust: mida paremaks diagnostikavõimalused muutuvad, seda rohkem riskirasedusi avastatakse. (Küll aga on erinevusi selles, kuidas „kõrget riski” määratletakse. Selle definitsiooni alla võib mahtuda lapsel haiguse esinemise tõenäosus 1:2 või ka 1:200.) Mingisugune „risk” tuvastatakse rohkem kui ühel juhul iga 100 raseduse kohta. Enamasti on tegemist sellise haiguse riskiga, mille jaoks ravi puudub. Ent kuna ükski diagnostikaprotseduur pole ideaalselt täpne, on teatud osa sünnieelse diagnostika leide paratamatult valepositiivsed. See on üks asjaolu, mis muudab sünnieelse diagnostika kasutamise vaieldavaks. Teisest küljest jällegi võib varajane diagnostika, mis näitab, et lapsega probleeme ei ole, olla vanematele suureks kergenduseks.

8.1.3 Õiguslik olukord

Mõnes Euroopa riigis ei ole sünnieelne diagnostika seadustes eraldi reguleeritud, kuigi selle kasutamine on tihedalt seotud aborti käsitlevate õigusaktidega. Saksamaa õiguses sisaldub siiski selgesõnaline säte, et sünnieelset diagnostikat võib kasutada

¹⁶⁹ Vt W. Dondorp et al. (2015) Non-invasive prenatal testing for aneuploidy and beyond: challenges of responsible innovation in prenatal screening. – *European Journal of Human Genetics*. Online-väljaanne DOI:10.1038/ejhg.2015.57.

¹⁷⁰ R. Akolekar, J. Beta, C. Picciarelli, C. Ogilvie, F. d'Antonios (2015) Procedure-related risk of miscarriage following amniocentesis and chorionic villus sampling: a systematic review and meta-analysis. – *Ultrasound Obstet Gynecol* 45, 16–26.

ainult meditsiinilistel eesmärkidel.¹⁷¹ Lisaks reguleerivad nende meetodite kasutamist pädevate asutuste (nt arstide erialaühingute) juhendid.

Üks õigusliku olukorra konkreetne ja väga vastuoluline aspekt on seotud kaebustega nn soovimatu sünni (*wrongful birth*) või soovimatu elu (*wrongful life*) kaasustes, mis on võimalikud ainult sünnieelse diagnostika, aga ka siirdamiseelse geenidiagnostika ja muude reproduktiivmeditsiini protseduuride tõttu. Tegemist on meditsiinitöötajate vastu esitatud kahjunõuetega. Vanemad võivad esitada soovimatu sünniga seotud nõude siis, kui neile on nende väitel põhjustatud kahju sellega, et võimaldati sündida lapsel, kelle sünd oleks tulnud ära hoida. Näiteks jäeti raseduse ajal diagnoosimata pärilik haigus või puue ning vanemad väidavad, et kui nad oleksid diagnoosi teadnud, oleksid nad otsustanud raseduse katkestada.¹⁷² Soovimatu elu nõude saab esitada puudega laps ise (kuigi praktikas võivad seda teha lapse esindajad, näiteks tema vanemad) seoses sellega, et ta on sunnitud elama kannatusi täis elu.¹⁷³

8.1.4 Kirikute avaldused

Kirikud on oma avaldustes väljendanud muret selle üle, et sünnieelne diagnostika viib sageli abordi kaalumiseni, mille suhtes evangeelsetel kirikutel on nii „konservatiivseid” kui ka „liberaalseid” seisukohti. Abordi eetika teema ei mahu käesoleva juhendi raamidesse, kuid kirikud on sageli rõhutanud, et austus elu vastu nõuab kristlastelt iga inimelu väärtustamist ning puue või haigus ei vähenda inimelu väärtust.¹⁷⁴

8.1.5 Arutelu

Viimastel aastakümnetel on mitmes riigis tekkinud sünnieelse diagnostika teemadel pikk ja ulatuslik arutelu. Sünnieelset diagnostikat peetakse ühemõtteliselt heaks siis, kui defektide või haiguste varane diagnoosimine võimaldab elu päästa või seisundit parandada. Kuid nagu eespool osutatud, on põhiline sünnieelse diagnostika

¹⁷¹ *Gendiagnostikgesetz* (2010), §15.

¹⁷² Vt nt Nicolette M. Priaulx (2005) Damages for the ‘Unwanted’ Child: Time for a Rethink? – *Medico-Legal Journal* 73.4, 152–63. Kasutatud 17.01.2016, <https://www.medico-legalsocietv.org.uk/articles/unwanted-child.pdf>; Rosalind English (2013) IVF Doctor not liable for failing to warn parents of genetic disorder in child – Australian Supreme Court. – *UK Human Rights Blog* (21.05.2013). Kasutatud 17.01.2016, <https://ukhumanrightsblog.com/2013/05/21/ivf-doctor-not-liable-for-failing-to-warn-parents-of-genetic-disorder-in-child-australian-supreme-court/>

¹⁷³ Vt Ivo Giesen (2012) The Use and Influence of Comparative Law in ‘Wrongful Life’ Cases. – *Utrecht Law Review* 8.2, 35–54. DOI: 10.18352/ulr.194

¹⁷⁴ Nt *Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen*.

kontekstis arutatav küsimus siiski abort. Kuna enamiku sünnieelse diagnostikaga tuvastatavate geneetiliste või muude haiguste jaoks puudub ravi, on abort üks võimalus, mida mõnikord isegi soovitatakse, nii et vanemad võivad tajuda teatud ühiskondlikku survet soovitud kuulda võtta.

Teatud osa Euroopas toimuvatest abortidest tehakse eesmärgiga vältida (sügava) puudega lapse sündi.¹⁷⁵ Kristluses on väga suur toetus seisukohal, et inimelu tuleb kaitsta, eriti kui see on nõrk ja haavatav. Üks põhjus, miks abort on kristlaste jaoks problemaatiline, seisnebki asjaolus, et sellega hoitakse ära või surmataakse just selliseid nõrku ja haavatavaid inimesi. Mõned kristlased on selle võimaluse suhtes kategooriliselt eitaval seisukohal. Teised osutavad sellele, et abort võib olla kahest halvast väiksem juhul, kui sündiva lapse sügav puue põhjustaks pikaajalisi kannatusi nii lapsele endale kui ka perekonnale. Kumbagi seisukohta järgides ei ole võimalik vältida raskeid ja vahel ka traagilisi tagajärgi ning võibolla ei olegi võimalik jõuda täielikule üksmeelele selles, milliseid elusid tuleb kaitsta ja milliseid lõpetada. Kuna taolised küsimused tekivad seoses sünnieelse diagnostikaga sageli ja regulaarselt, on need hakanud muutma raseduse kogemust ning vanemate (eriti ema) ja loote vahel kujunevat suhet. Mõned eetikud on selle tõttu järeldanud, et see on tegelikult „halb ettevalmistus emaks või isaks saamiseks”.¹⁷⁶ Eriti teravalt tõusevad sellised küsimused laste elu väärtusest ning vanemate ja laste suhetest esile seoses soovimatu sünni ja soovimatu elu kohta esitatavate kahjunõuetega, mida on mainitud punktis 8.1.3. See on üks valdkond, mille üle meie kirikud peavad veel põhjalikumalt aru pidama.

Veel üks eetilisi väitlusi põhjustav keeruline valdkond on inimeste genotüüpi puudutavate andmete käitlemine: kes peaks saama andmetega tutvuda, kuidas tuleks andmeid kaitsta ja kus asuvad andmekaitse piirid? Näiteks võib haigusseisundite kohta geneetilise teabe saamine ise osutada kahjulikuks neile, kellel need seisundid tekivad või võivad tekkida: kas inimesel on õigus mitte teada?¹⁷⁷ Ka nende teemadega peavad kirikud veel edasi töötama.

¹⁷⁵ Osakaalud on Euroopa eri riikides erinevad, kuid mõnel pool (nt Saksamaal ja Ühendkuningriigis) tehakse nimetatud põhjusel ainult väike osa abortidest. Näiteks Inglismaal ja Walesis tehti 2013. aastal vaid 1% abortidest seoses „olulise riskiga, et sündival lapsel on sellised kehalised või vaimsed kõrvalekalded, mille tagajärjeks on sügav puue” (*England and Wales: Department of Health, Abortion Statistics, 2013*, 7, 12. Veebiaadress https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/319460/Abortion_Statistics__England_and_Wales_2013.pdf)

¹⁷⁶ Gilbert Meilaender (1996) *Bioethics: A Primer for Christians*. Grand Rapids, MI: Eerdmans, 54.

¹⁷⁷ Mitmete selliste küsimuste käsitlest vt Virtual Mentor (2009). – *American Medical Association Journal of Ethics* 11.9.

8.2 Siirdamiseelne geenidiagnostika

8.2.1 Sissejuhatus

Siirdamiseelne geenidiagnostika on meetod, mida kasutatakse abistava reproduktiivtehnoloogia (kehavälise viljastamise) käigus geneetiliste kõrvalekallete (monogeensete või kromosoomihäirete) avastamiseks. Monogeensete häirete hulka kuuluvad sellised haigused nagu Huntingtoni tõbi, polütsüstiline neeruhaigus ja tsüstiline fibroos – neid kõiki põhjustab pärilik vigane geen. Kromosoomihäired, mille korral terve kromosoomi või selle suure osa pärilik informatsioon on kustumise, dubleerimise, lisandumise või muu asjaolu tõttu muutunud, põhjustavad mitmesuguseid haigusseisundeid, millest tuntumad on Downi sündroom ja Edwardsi sündroom. Siirdamiseelne diagnostika aitab kindlaks teha, kas embrüo geneetilises teabes sisaldub mõni selline häire. See võimaldab siirdamiseks välja valida sellised embrüod, kelle puhul rasedumise tõenäosus on kõige suurem, ning vältida raske kuluga rasedusi, mis võivad lõppeda nurisünnituse või meditsiinilise abordiga. Siirdamiseelse geenidiagnostika meetod jõudis praktikasse 1990. aasta paiku ja muutus laialt kasutatavaks pärast 2000. aastat.

8.2.2 Arvud ja faktid

Meetodis kasutatakse varase embrüo geneetilist materjali diagnostika või skriiningu tegemiseks. Siirdamiseelse geenidiagnostika korral kontrollitakse konkreetse monogeense haiguse või kromosoomihäire esinemist, samas kui skriining tähendab üldisemat kontrolli, mille eesmärk on veenduda, et viljatusravis kasutatavate embrüote kromosoomid on korras. Meetodi rakendamiseks on kaks põhilist varianti:

a) lõigustumisstaadiumis olevalt embrüolt võidakse võtta kolmandal päeval (tavaliselt on embrüo siis kaheksarakuline) üks rakk, mille olulist geneetilist teavet kontrollitakse. Meetodi puuduseks on võimalik geneetiline mosaiiksus: embrüo eri rakkude vahel võib olla geneetilisi erinevusi, mistõttu diagnostikas kasutatud raku geneetiline teave võib erineda embrüo enda teabest.

b) hilisemal arengujärgul (5. viljastumisjärgsel päeval) võetakse trofektodermist (lootepõiekesse osa, millest saab hiljem platsenta) mitu raku. See meetod jätab embrüo enda puutumata ja vähendab mosaiiksuse mõju (kuigi ei välista seda täielikult). Selle puuduseks on asjaolu, et enne embrüo emakasse siirdamist jääb diagnoosi panekuks vähe aega (mis raskendab või muudab võimatuks diagnoosi kinnitava uue analüüsi tegemise).

Ülejäänud terved embrüod võidakse krüokonserveerida, et siirdada need mõnes hilisemas tsükliis.

Seoses nn päästjalastega tekkis meetodile üks uus kasutusala: siirdamiseelne koe-tüübi määramine (*preimplantation tissue typing*, PTT). Eluohklikku haigust (eriti

mõnda leukeemia vormi) põdeva lapse vanemad võivad soovida kehavälist viljastamist, et sünnitada geneetiliselt ühilduv laps, kellest võiks hiljem saada koedoonor oma surmavalt haigele õele või vennale. Sellisel juhul püütakse leida embrüod, mille immuunsüsteemi tüüp (täpsemalt inimese leukotsüüdi antigeen, HLA) kattub vanema õe või venna HLA tüübiga. Vanema lapse haiguse ravimiseks siirdatakse tema lüüüdise „päästjalapse” tüvirakud, mis saadakse nabanööri verest või hiljem lapse enda lüüüdist. Meetodi on lubatavaks tunnistanud Ühendkuningriik ja veel mõned Euroopa riigid, kuigi algselt kohtas see ettepanek vastuseisu põhjusel, et see tähendab inimelu instrumentaliseerimist.

Siirdamiseelse geenidiagnostika meetod võimaldab kindlaks teha ka lapse sugu. Selle võimaluse kasutamine meditsiinilistel põhjustel on valdavalt heaks kiidetud juhtudel, kus geneetilise haiguse risk on seotud sooga ning haige lapse sünnitamise vältimiseks valitakse siirdamiseks sellest soost embrüod, mida see risk ei mõjuta. Siirdamiseelse diagnostika abil lapse soo valimine mittemeditsiinilistel põhjustel (viljatusravi kliinikud reklaamivad seda mõnikord perekonna koosseisu „tasakaalustamise” sildi all) on juba vaieldavam teema ja on mõnes riigis ebaseaduslik.

8.2.3. Õiguslik olukord

Siirdamiseelse geenidiagnostika kasutusvõimalused on välja kujunenud alles hiljuti, mistõttu ka õiguslik reguleerimine on veel algusjärgus. Üldpildis on see mõnes üksikus Euroopa riigis keelatud, aga valdavas enamuses lubatud (ELi 27 liikmesriigist lubab seda 23).¹⁷⁸ Konservatiivsema poole pealt võib näiteks tuua Saksamaa seaduse *Präimplantationsdiagnostikgesetz* (2011), millega siirdamiseelne geenidiagnostika tunnistatakse kuriteoks, välja arvatud juhul, kui ühe või mõlema vanema geenidest ilmneb raske päriliku haiguse risk või diagnostikat kasutatakse eesmärgiga kontrollida embrüol raske kahjustuse esinemist, mille tõenäoliseks tagajärjeks oleks surnultsünd või raseduse katkemine.¹⁷⁹ Liberaalsema lähenemise näiteks sobib Ühendkuningriigi inimviljastamise ja -embrüoloogia seadus (2008). Siirdamiseelne geenidiagnostika on Ühendkuningriigis lubatud geneetilise haiguse või puude riskifaktorite kontrollimiseks, „päästjalaste” valimiseks ning lapse soo valimiseks meditsiinilistel põhjustel (mittemeditsiinilisel, perekonna koosseisu „taskaalustamise” eesmärgil see lubatud ei ole).¹⁸⁰

Nii Briti kui ka Saksa seadusandjad on teadlikud nende tehnoloogiatega kaasnevatest keerulistest küsimustest ning on kehtestanud nõude, et enne igat sellist protsessi peavad asjaosalised läbima geneetilise nõustamise. Tulevased lapsevanemad peaksid teadma meetodi võimalusi ja piire, et neil oleks võimalik teha teadlik otsus ja võtta vastutus oma otsuse tulevaste tagajärgede eest.

¹⁷⁸ *Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU*, 40.

¹⁷⁹ *Präimplantationsdiagnostikgesetz* (2011), art. 1(2).

¹⁸⁰ *Human Fertilisation and Embryology Act* (2008), lisa 2, § 3.

Mitmed riigid, eriti Ida-Euroopas, ei ole siirdamiseelse geenidiagnostika valdkonda veel õiguslikult reguleerinud.¹⁸¹ Norra 2006. aasta seadusega on siirdamiseelne geenidiagnostika lubatud raske päriliku haiguse korral ning „päästjalapse” valimiseks vajaliku koetüübi määramiseks.¹⁸²

8.2.4 Kirikute avaldused

Roomakatoliku kirik taunib siirdamiseelset geenidiagnostikat sarnaselt kõigi muude kehavälisest viljastamisest sõltuvate meetoditega ja läheb sellest keerulisest probleemikogumist nii lihtsalt mööda. Mõned evangeelsed kirikud on teinud hoolikaid analüüse, kuid ei paku selget lahendust. Sellised dokumendid on näiteks eespool osutatud EKD 2002. aasta tekst¹⁸³ ja Austria evangeelsete kirikute 2001. aasta dokument *Verantwortung für das Leben* („Vastutus elu ees”).¹⁸⁴ Saksa dokumendis sisuliselt taunitakse siirdamiseelset diagnostikat põhjendusega, et erinevalt kehavälisest viljastamisest ei ole selle eesmärk toetada uue elu tekkimist, vaid valida, millised elud on elamist väärt. Austria dokument on nüansseeritud. Sarnaselt Saksa tekstiga väljendatakse selles reservatsioone elude vahel valimise suhtes, kuid ei nõuta siirdamiseelsele diagnostikale õiguslike piirangute kehtestamist, vaid pigem vajadust süvendada ja suurendada seotud osapoolte isiklikku vastutust.¹⁸⁵

Kui Norras tõusis päevakorrale eespool osutatud muudetud seaduse vastuvõtmine, esitasid Norra Kiriku nõukogu ja mitmed Norra piiskopid avaldusi, millest enamik olid siirdamiseelse geenidiagnostika vastu ja mitte ükski ei pooldanud selle kasutamist koetüübi määramise eesmärgil. Neis avaldustes väljendatakse sageli muret, mida kohtab Norra bioetika teemalistes mõtteavaldustes ka üldisemalt, et aja jooksul võib siirdamiseelse geenidiagnostika kasutamise lävi langeda ning tulemuseks on liikumine „nii öelda tõrjumise ühiskonna poole, kus inimese embrüoid ja looteid hävitatakse juba väikeste häirete tõttu ning selliste häirete või puuetega inimestesse suhtutakse järjest tõrjuvamalt”.¹⁸⁶

¹⁸¹ Saksa teabekeskuse Deutsches Referenzzentrum für Ethik in Biowissenschaften (www.drze.de) andmetel ei ole üheski endise idabloki riigis vastu võetud konkreetselt siirdamiseelset geenidiagnostikat reguleerivaid õigussätteid.

¹⁸² Ulla Schmidt (2011) Church, Public and Bioethics: Religion's Construction of Public Significance through the bioethical discourse. – *The Public Significance of Religion*. Toim. Leslie J. Francis ja Hans-Georg Ziebertz (Empirical Studies in Theology 20). Leiden: Brill, 191–213, 197.

¹⁸³ *Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen*.

¹⁸⁴ *Verantwortung für das Leben*. Vaata ka Amt für Sozialethik, KDA und Ökologie der Evangelischen Kirche im Rheinland (2005) *Menschenwürde von Anfang an: Zur theologischen Orientierung in der bioethischen Debatte*, 26j.; Evangelische Kirche in Hessen und Nassau (2004) *Forschung an humanen Stammzellen: Eine Argumentationshilfe für die ethische Bewertung*, 6jj; Euroopa Kirikute Konverents (2003) *Human Life in Our Hands? Churches and Bioethics: Results of a consultation organized by the CEC in Strasbourg*, 1j.

¹⁸⁵ *Verantwortung für das Leben*, punkt 7.3.7.

¹⁸⁶ Schmidt 2011, 200.

Kui Ühendkuningriigi valitsus esitas 2006. aastal ettepaneku inimviljastamise ja -embrüoloogia seaduse muutmiseks, leidis Šotimaa Kirik, et siirdamiseelne geenidiagnostika on „vastuvõetav ainult erakordselt rasketel juhtudel. Seda ei tohiks käsitada üldmeetodina, mida kasutatakse kõigi geneetiliste häirete ja haiguste suhtes.” Siirdamiseelse geenidiagnostika kasutamist koetüüpide määramiseks taunitakse.¹⁸⁷ Ühendkuningriigi metodistide, baptistide ja ühendatud reformeeritud kiriku raportis *Created in God's Image* („Jumala näo järgi loodud”) nimetatakse mitmeid murekohti: näiteks võib siirdamiseelset geenidiagnostikat seostada kalduvusega näha lastes inimese enda valiku tulemust selle asemel, et võtta neid vastu kui Jumala andi, ning see võib soodustada halvaks panevaid hoiakuid puudega inimeste suhtes. Ent teisalt rõhutatakse ka nende teemade hingehoidlikku keerukust ja ei esitata lõplikke eetilisi järeldusi.

Šveitsis korraldati 15. juunil 2015. aastal reproduktiivmeditsiini teemal rahvahääletus embrüote kaitsmist puudutavates küsimustes. Šveitsi Evangeelsete Kirikute Liit esitas sellega seoses avalduse, milles toetas siirdamiseelse geenidiagnostika kasutamist väga kitsalt piiritletud erandlikes olukordades, aga mitte tavapraktikana. Erandlikuks olukorraks loetakse vanematel esinevaid raskeid pärilikke haigusi. Nende suhtes tuleks diagnostika kasutamine õiguslikult rangelt reguleerida, aga samas ei tohi tühistada embrüote õiguslikku kaitset.¹⁸⁸ Zürichi Evangeelne Metodisti Kirik väljendas samas küsimuses siirdamiseelse geenidiagnostika suhtes taunivat seisukohta, nimetades seda valikuinstrumentiks. Avalduses viidatakse evangeelse metodisti kiriku 2014. aasta konverentsi otsusele, milles tunnistati ebasoovitavaks sellised geenitehnilised meetmed, mille tagajärjeks on erinevad eugeenika vormid ja üleliigsed embrüod.¹⁸⁹

8.2.5 Arutelu

Siirdamiseelse geenidiagnostika kasulik külg seisneb võimaluses avastada embrüo raskeid geneetilisi häireid veel enne rasedust. See võimaldab vähendada iseeneslikult katkevate või meditsiiniliselt katkestatavate raseduste arvu. Paarid, kus ühel või mõlemal partneril on geenihäire, saavad tänu sellele kasutada lapse saamiseks kehavälisest viljastamisest, et valida välja embrüo, kellel häiret ei esine või kelle puhul saab geneetilist riski oluliselt vähendada. Nii on sellest abi paaridele, kellel loomulikult teel tõenäoliselt ei õnnestuks tervet last saada.

¹⁸⁷ Memorandum by the Church of Scotland, Church and Society Council (Ev97) – *Joint Committee on the Human Tissues and Embryos (Draft) Bill: Written Evidence* (HC 630- II, HL Paper 169-11, istungjärk 2006-07). Kasutatud 11.01.2016, <http://www.publications.parliament.uk/pa/it200607/itselect/itemhrvos/169/169we33.htm>

¹⁸⁸ Federation of Protestant Churches in Switzerland, pressiteade 03.09.2015.

¹⁸⁹ Zürichi Evangeelne Metodisti Kirik, pressiteade 10.04.2015.

Samas tekitab see meetod tõsiseid eetikaküsimusi. Esiteks on lõigustumisstaadiumis siirdamiseelset geenidiagnostikaks kasutatavad rakud totipotentsed – teoreetiliselt saaks nendest areneda uus inimolend. Raku hävitamist diagnostika eesmärgil võib pidada potentsiaalse inimese hävitamiseks. Seda võib käsitada inimelu kaitse põhimõtte rikkumisena. Lisaks võimaldavad meie praegused meditsiiniteadmised küll diagnoosida tervet hulka geenihäireid, kuid ei paku enamikule nendest ravi. See tähendab, et praktikas muutub siirdamiseelne geenidiagnostika peaaegu alati välistava valiku vahendiks. Seda ei kasutata ohustatud uue elu abistamiseks, vaid ühe elu valimiseks ja ülejäänute väljapraakimiseks. Paljud peavad väljapraagitud embrüote hävitamist moraalselt samaväärseks abordiga.

Kui väidetakse, et siirdamiseelne geenidiagnostika üks oluline eesmärk on abortide vältimine, siis vastukaaluks saab osutada selle järjest laienevale kasutusale. See võib olla osaliselt tingitud ühest olulisest erinevusest sünnieelse ja siirdamiseelne diagnostika vahel, millele on osutatud juba peatüki sissejuhatuses. Sünnieelse diagnostika korral on ema ja loote vahel lähedane suhe ning sellega seotud küsimused puudutavad juba tekkinud raseduse suhtes tehtavaid valikuid. Seevastu siirdamiseelne geenidiagnostika on laboritehnoloogia, kus sellist suhet embrüoga ei esine. Seega võib siirdamiseelne geenidiagnostika praktikas soodustada või tugevdada instrumentaalset suhtumist tulevastesse lastesse. Selle ohu üheks näiteks võib pidada eespool mainitud „päätjalapsi”, mis tekitab küsimuse, kas lapse sünnitamine eesmärgiga kasutada tema kudesid teise isiku heaks, saab olla moraalselt õigustatud. Kas see mõjutab kuidagi peresiseseid suhteid, kui tulevane laps valitakse teadlikult mingite kindlate tunnuste alusel?¹⁹⁰

Sellist kriitikat tuleb väga tõsiselt võtta. Peame mõõnma, et siirdamiseelne geenidiagnostika nihutab kehavälise viljastamise algset eesmärki (viljakusprobleemidega paaride abistamine) sinnapoole, et tekiks suurem kontroll ja valikuvõimalus selles suhtes, millised lapsed sünnivad. Tuleb karta, et selline valikuvõimalus muudab aja jooksul üldisi hoiakuid geneetiliste häirete ja puuetega isikute suhtes. Teisest küljest toimub valik ka looduslikes viljastamisprotsessides ning ainult väike osa viljastatud munarakkudest saab lõpuks looteks. Kui me oleme kehaväliselt viljastamist kasutades juba võtnud vastutuse viljastamise toiminguga eest, siis me ei tohiks kõrvale hiilida vastutusest valida välja sellised embrüod, kellel on kõige paremad eluväljavaated.

Siin on kõige põletavam küsimus see, milliste kriteeriumide alusel valik tehakse. Kui jätta kõrvale asjaolu, et me ei saa ühegi elu tulevast arengut täie kindlusega ette prognoosida, kas meil on sellegipoolest mingid kriteeriumid otsustamiseks, milline elu on elamist väärt?

Oluline on võtta arvesse seda, kuidas siirdamiseelne geenidiagnostika võib mõjutada üldist suhtumist pärilikesse haigustesse ja häiretesse. Uute biomeditsiiniliste meetodite ja eriti siirdamiseelne geenidiagnostikaga seonduv negatiivne eugeenika

¹⁹⁰ Vt Habermas 2003.

võib vähendada ühiskonna sallivust „kõrvalekallete” suhtes. Kas me suudame vastu panna kiusatusele omada suuremat kontrolli ja valikuvõimalust selle üle, kellel on õigus elada? Kas me oskame teha vahet, kus lõpeb vastutus elu ees ja kus algab selle üle võimutsemine? Kas võib juhtuda, et siirdamiseelse geenidiagnostika võimalus innustab ka neid inimesi rasestumist üritama, kes muidu sellega ei riskiks? Kas selle tagajärjel võib suureneda geneetiliselt probleemsete raseduste arv? Kellel peaks olema õigus siirdamiseelset geenidiagnostikat taotleda? Aga veel tõsisem probleem seisneb selles, et siirdamiseelset geenidiagnostikat kasutatakse – olgu siis seaduslikult või ebaseaduslikult – ka mittemeditsiinilistel põhjustel, näiteks perekonna koosseisu tasakaalustamiseks, mida internetis rohkesti reklaamitakse. Lapse soo valimist võib pidada esimeseks sammuks, millele järgneb juba ulatuslikum ja ambitsioonikam tulevase isiku geneetiliste omaduste valimine (või „inimese täiustamine”, nagu seda mõnikord nimetatakse). Kas me suudame vastu panna ahvatlusele saada lapsi, kes vastavad meie seatud tingimustele?

See toob meid kokkuvõtivate kaalutluste juurde. Kas me oskame sõnastada kriteeriume, mille korral siirdamiseelse geenidiagnostika kasutamine on põhjendatud? Kas me suudame piirduda selle meetodi kasutamisel ainult eluohtlike geneetiliste haiguste ja häirete ärahoidmisega ning nurjunud raseduste arvu vähendamisega? Kas meil on tarkust anda eesõigus tulevase lapse parimatele huvidele, mitte vanemate väidetavale „õigusele last saada”, ja kas lapse parimaid huvisid saab kuidagi sõnastada? Ehk lühidalt: kas me suudame võtta vastutuse nende uute olukordade eest, mida siirdamiseelne geenidiagnostika tekitab?

Senine kogemus näitab selgelt, et juba välja töötatud uue tehnoloogia levikut on raske pidurdada. Kui see on nii, ei pruugi meil kristlastena olla muud valikut kui õppida elama maailmas, kus siirdamiseelset geenidiagnostikat kasutatakse. Mõnel äärmuslikul juhul võib see tõesti olla õnnistuseks. Ent meie praegune ühiskondlik õhustik on selline, kus inimestele pakutakse valikuvabadust ja samal ajal toimib tugevnev tung „ühtlustamise” poole. Viljastamisprotsessi puhul võib selle kahetsusväärseks tagajärjeks olla protsessi objektistamine, mis vähendab austust uue elu ees, kitsendab tulevaste laste autonoomiat ning lõppkokkuvõttes jätab meid meie valikuvabaduses vähem vabaks.

Siirdamiseelse geenidiagnostika kasutamisega seotud ohud ei tulene siiski mingitest tehnoloogia sisemistest omadustest. Pigem peituvad need meie suhtumises ellu, meie püüdlustes ja ihades. Me ei näe võimalust jõuda siirdamiseelse geenidiagnostika küsimuses ühtsele seisukohale. Erinevate ühiskondade, isikute ja isegi kirikute hoiakud on selleks ilmselt liiga erinevad. Sellegipoolest usume, et õiglus ja vastutustunne nõuavad meilt väga ettevaatlikku suhtumist sellesse meetodisse. Üks võimalus oleks öelda, et siirdamiseelset geenidiagnostikat tohib kasutada eranditult vaid tulevase lapse parimates huvides (isegi kui see tähendab, et lapsele on kõige parem jääda sündimata), mitte kellegi teise ihade või soovide rahuldamiseks. Sellise arutluskäigu alusel oleks tõenäoliselt põhjendatav diagnostika kasutamine elu mittevõimaldavate

haiguste tuvastamiseks (nt haigused, mis tavaliselt lõpevad nurisünnituse, surnultsünni või lapse surmaga mõne nädala või kuu jooksul pärast sünnitust), kuid selle abil „päästjalapse” sigitamine oleks lubamatu. Samadel kaalutlustel võiks välistada lapse soo valimise perekonna koosseisu „tasakaalustamise” eesmärgil.

Võimalik on ka teistsugune põhjenduskäik, millega saab vältida rasket küsimust, kas sündimata jäämine saab üldse olla kellegi parimates huvides. Ka sel juhul tuleks siirdamiseelse geenidiagnostika kasutamisel piirduda üksnes nende juhtudega, kus esineb suur nurisünnituse, surnultsünni või peatse sünnitusjärgse surma risk, kuid põhjenduseks poleks lapse heaolu, vaid vajadus kaitsta rasedat naist ja kogu peret valusa kogemuse eest, mis kaasneb lapse kaotusega enne, kui tema elu on saanud õieti alata. Loomulikult on ka sellel põhjendusel oma probleemid (sellest võib jääda mulje, et siirdamiseelset geenidiagnostikat võib kasutada vanemate ja pere säästmiseks ükskõik millistest kannatustest). Praktikas käivad mõlemad põhjenduskäigud küll ilmselt niikuinii koos. Üksmeel näib valitsevat selles, et siirdamiseelne geenidiagnostika peaks jääma erandlikes olukordades kasutatavaks vahendiks, mitte muutuma „tavapraktika” osaks. Sellegipoolest on oluline olla teadlik siirdamiseelse geenidiagnostika põhjendamiseks kasutatavatest erinevatest strateegiatest ning arvestada, et ühe või teise strateegia eelistamisega võivad kaasneda teatud järeldused ka bioetika muude valdkondade jaoks.

9.

Teadusuuringud ja uued ravimeetodid

9.1 Sissejuhatus

Kehavälise viljastamise (IVF) ja muude reproduktiivtehnoloogiate väljatöötamine oli võimalik ainult tänu embrüouuringutele, et koguda vajalikke teadmisi viljastamise ja embrüonaalse arengu kohta. Sel põhusel tuli kehavälise viljastamist käsitlevas õigusloomes kohe algusest peale tegeleda inimese embrüo uurimise küsimusega. Koos valdkonna arenguga on tekkinud ka uued uurimisvaldkonnad, näiteks geneetiline muundamine, inimembrüote kloonimine, embrüonaalsete tüvirakkude hankimine ning inimese ja mõne muu liigi geneetilist materjali sisaldavate hübriidembrüote loomine.

Paljud sellised uuringud on ajendatud soovist leida uusi meetodeid geeni- ja arenguhäirete ning muude raskete või eluohtlike seisundite raviks. Näiteks tüvirakkude uurimise ja liikide hübriididega tehtava töö eesmärk võib olla leida tüvirakkudel põhinevaid ravimeetodeid selliste degeneratiivsete haiguste jaoks nagu Parkinsoni tõbi. Embrüo geneetilise muutmise tehnikad loovad võimaluse nii geneetiliste haiguste siirdamiseelseks diagnoosimiseks (vt 8. ptk) kui ka nende ravimiseks geenimuudatustega, mis päranduvad edasi järgmistele põlvkondadele (iduliini rakkude geneetiline muutmine). Üks kõige uuemaid ravivõimalusi on mitokondrite asendamine selliste geneetiliste haiguste puhul, mis ei mõjuta DNAd mitte rakutuumas, vaid mitokondrites.

Taoliste arengutega kaasnevad taas mõned eetikaküsimused, mida on juba käsitletud käesoleva juhendi muudes osades, näiteks küsimus inimembrüo moraalsest staatusest. Kuid lisaks tekib ka uuemat laadi küsimusi, näiteks milline eetiline hinnang anda inimese-looma hübriidembrüote loomisel toimuvale liikide piiri ületamisele. Selliste uute probleemide käsitlemisega on aeg-ajalt raskusi olnud nii ilmalikel kui ka religioossetel vaatlejal. Meie eesmärk selles juhendis ei ole neid küsimusi lõplikult lahendada, vaid pakkuda EKOE liikmeskirikutele abi selleks, et nad saaksid nendega tegeleda oma vastavas kontekstis.

9.2 Faktid ja arvud

9.2.1 Embrüouuringud

Nagu öeldud, on embrüouuringuid tehtud juba pikka aega ning kehavälise viljastamise väljatöötamiseks uuriti 1960. ja 1970. aastatel ka inimese embrüoid. Inimese embrüo uurimine on kasvanud ja arenenud koos kehavälise viljastamise ja muude reprodutiivtehnoloogiate arenguga. Kui tuua näide ühe riigi kohta, siis 2015. aasta juuli seisuga oli Ühendkuningriigis pooleli 20 inimese embrüo uuringute projekti, mis olid saanud uurimisloa inimviljastamise ja -embrüoloogia ametilt (*Human Fertilisation and Embryology Authority*, HFEA). Uurimisteedeks olid muu hulgas munaraku ja embrüo areng, viljatuse põhjused ning kehavälise viljastamise ja teiste reprodutiivtehnoloogiate täiustamine, samuti muud käesolevas peatükis käsitletud valdkonnad, nt embrüonaalsed tüvirakkude saamise ja siirdamiseelse geenidiagnostika tehnikate täiustamine.¹⁹¹

9.2.2 Embrüonaalsed tüvirakud

Tüvirakud on suhteliselt vähespetsiifilised rakud, millel on võime muutuda konkreetse funktsiooniga rakkudeks. Näiteks luuüdi tüvirakkudest võivad areneda kõik erinevad vereliblede tüübid. Mõned embrüotes asuvad rakud on lausa *pluripotentsed* – võimelised muutuma mis tahes muud tüüpi keharakuks.¹⁹² Pluripotentsete tüvirakkude laboris kasvatamine ja uurimine aitab suurendada teadmisi sellest, kuidas rakud diferentseeruvad ja spetsialiseeruvad. Neid saab kasutada näiteks südame- või närvirakkude kasvatamiseks katseklaasis, ilma et oleks vaja patsiendilt kudesid võtta. Laboris kasvatatud rakkude peal saab uurida haigusprotsesse, mis mõjutavad vastavaid kudesid ja organeid kehas, ja katsetada võimalikke ravimeetodeid. Lisaks loodavad teadlased välja töötada ravimeetodeid, milles pluripotentsetest tüvirakkudest arendatud spetsialiseerunud rakke saab siirdada inimesele haiguse või vigastuse tõttu kahjustunud kudede asemele. Näiteks on juba kavandatud või käimas kliinilised uuringud, et kasutada inimese embrüonaalseid tüvirakke (hESC) seljaaju vigastuste ravimiseks või vanusega silmades tekkida võiva kollatähni kärbumise raviks. Pluripotentsete tüvirakkude raviotstarbelise kasutamise võimalustest räägitakse veel väga paljude haiguslike seisundite puhul, sh Alzheimeri tõbi, Parkinsoni tõbi, *sclerosis multiplex*, südamehaigused, insult ja diabeet.¹⁹³ Paljudel juhtudel jääb

¹⁹¹ Loa saanud või heakskiitu ootavate uurimisprojektide andmed on avaldatud HFEA veebisaidil <http://www.hfea.gov.uk/166.html> (kasutatud 17.07.2015).

¹⁹² Embrüo väga varases arengustaadiumis on tema rakud tegelikult totipotentsed – suutelised diferentseeruma kõigiks kehas ja platsentas leiduvateks rakutüüpideks. Totipotentsus esineb pärast viljastamist vaid mõne esimese raku jagunemise jooksul.

¹⁹³ Teavet tüvirakuravi praeguse olukorra ja väljavaadete kohta võib leida aadressil <http://www.euros->

reaalne ravivõimalus siiski alles kaugesse tulevikku ning kõigepealt tuleb ületada mitmeid märkimisväärseid tehnilisi takistusi.

Põhiline eetikaprobleem (millest tuleb allpool pikemalt juttu) seisneb asjaolus, et embrüonaalsete tüvirakkude võtmisel embrüo hävib. Kuni viimase ajani ei olnud pluripotentsete tüvirakkude saamiseks mingeid muid reaalseid võimalusi, kuna täiskasvanud inimese kudedes (nt luuüdis) leiduvad tüvirakud ei ole pluripotentsed – nad saavad areneda ainult teatud tüüpi spetsialiseerunud rakkudeks. Samas on teadlased viimastel aastatel leidnud võimalusi, kuidas täiskasvanu spetsialiseerunud rakke „ümber programmeerida” nii, et nad muutuvad pluripotentseks. Lootuste kohaselt saab selliseid indutseeritud pluripotentsid tüvirakke (iPSC) tulevikus kasutada paljuski samal otstarbel nagu embrüonaalseid tüvirakke, kuid tuleb arvestada, et nad ei ole siiski täpselt samade omadustega ja indutseeritud tüvirakkude uuringud on veel väga varases staadiumis. Sel põhjusel leiavad tüvirakkude uurijad, et lähitulevikus on vaja endiselt uurida ka inimese embrüonaalseid tüvirakke.¹⁹⁴

9.2.3 Raviotstarbeline kloonimine

1990. aastatel õnnestus teadlastel esimest korda kloonida täiskasvanud imetaja: kasutades meetodit nimega somaatilise rakutuuma siirdamine (*somatic cell nuclear transfer*, SCNT), loodi algse looma (peaaegu) identne koopia. Esimene elusalt sündinud kloon oli lammas, kellele pandi nimeks Dolly. Rakutuuma siirdamiseks tuleb eemaldada vastuvõtva munaraku tuum (milles sisaldub peaaegu kogu selle raku DNA). Kloonitavalt isendilt võib võtta raku ükskõik millisest kehaosast, näiteks nahast. Sellest rakust võetud tuum siirdatakse seejärel munarakku, mille enda tuum eemaldatakse. Sobivates tingimustes hakkab see rakk käituma nagu viljastatud munarakk ja algab embrüonaalne areng. Kuna peaaegu kogu munarakus olev DNA pärineb kloonitavalt isendilt, on tekkiv embrüo geneetiliselt peaaegu identne selle isendiga, mitte munarakudoonoriga. Identsus ei ole *täielik*, sest väga väike osa raku geenidest (inimese puhul 37 umbes 25 000st) ei asu rakutuumas, vaid mitokondrites, mis vastutavad põhiliselt raku energiaainevahetuse eest. Somaatilise rakutuuma siirdamise korral jäävad munarakku alles selle enda mitokondrid. Seega pärinevad tekkiva embrüo rakutuuma geenid kloonitavalt isendilt, samas kui mitokondriaalsed geenid kuuluvad munarakudoonorile.

Selle meetodi abil klooni sünnitamist (reproduktiivne kloonimine) käsitletakse 10. peatükis, kuid sama meetodit saab kasutada ka teadusuuringute ja ravi eesmärgil, mille kohta kasutatakse mõnikord üldnimetust „raviotstarbeline kloonimine”. Enamasti kasutatakse raviotstarbelist kloonimist koos eespool kirjeldatud tüviraku-

temcell.org/stem-ce11-factsheets (kasutatud 17.08.2015).

¹⁹⁴ Vt <https://www.eurostemcell.org/could-same-research-be-done-other-types-stem-cells> (kasutatud 17.07.2015).

meetoditega, et nii tekkivalt embrüolt saadavad embrüonaalsed tüvirakud oleksid geneetiliselt ühilduvad selle isikuga, kellelt võeti rakutuum. See võib olla kasulik uuringuteks: näiteks kui isikul on geneetiline haigus, saab tema rakke laboris uurida, et haiguse mehhanisme paremini tundma õppida ja võimalikke ravimeetodeid katsetada. Tulevikus võib osutada võimalikuks ka see, et raviotstarbelist kloonimist kasutatakse isikule geneetiliselt sobiva tüvirakuravi andmiseks – see peaks vähendama äratõukereaktsiooni ohtu rakkude tagasisiirdamisel.

9.2.4 Mitokondrite asendamine

Mitokondrite asendamisel põhinevad ravimeetodid on rakutuumade siirdamise valdkonnas veel väga uued. Mitokondrite geenimutatsioonid võivad põhjustada raskeid ja praeguse seisuga ravimatuid pärilikke haigusi. Lapse viljastamisel saab sügoot kõik oma mitokondrid munarakust, mistõttu mitokondriaalseid geneetilisi haigusi kandvatel naistel on oht anda need edasi oma lastele. Mitokondrite asendamine võimaldab seda riski vältida, kuna kasutatakse tervete mitokondritega isikult saadud doonormunarakku. Doonormunaraku tuum eemaldatakse ja asendatakse tulevase ema rakutuumaga. Seda võib teha enne või pärast munaraku kehavälilist viljastamist tulevase isa seemnerakuga. Laboriuuringud on andnud häid tulemusi ning käesoleva teksti koostamise ajal avaldati esimene teade mitokondrite asendamise protseduuri tulemusena elusalt sündinud lapse kohta.¹⁹⁵ Seoses mitokondrite asendamisega on teatud määral vastakaid seisukohti põhjustanud asjaolu, et selle tulemuseks oleks laps, kellel on kolm geneetilist vanemat (isa, munaraku tuuma andnud naine ja terve mitokondritega munaraku annetanud naine), kuigi annetatud mitokondritest saadava geneetilise teabe osakaal oleks väga väike.

9.2.5 Inimese-looma hübriidembrüod (inimese segaembrüod)

Laboris on võimalik konstrueerida mitmesuguseid embrüoid, mis sisaldavad rohkem kui ühe liigi geneetilist materjali, näiteks inimese ja looma geene. Neid nimetatakse hübriidideks või mitmeliigilisteks embrüoteks, aga Ühendkuningriigi praegu kehtivas seaduses kasutatakse ka terminit *human admixed embryo* (inimese segaembrüo). Teada on erinevaid võimalikke segaembrüo vorme. *Kimäär* saadakse siis, kui ühe liigi embrüonaalsed rakud siirdatakse teise liigi embrüosse (näiteks muu liigi rakud inimese embrüosse või vastupidi), nii et embrüo koosneb kahe liigi

¹⁹⁵ Vt UMDF Position & Clinical Status of Mitochondrial Replacement Therapy to Prevent Transmission of mtDNA Diseases. Kasutatud 04.09.2018, <http://www.umd.org/mitochondrial-replacement-therapy/> ja Jessica Hamzelou (27.09.2016) Exclusive: Worlds First Baby Born with New '3-parent' Technique. – *New Scientist*. Kasutatud 14.10.2016, <https://www.newscientist.com/article/2107219-exclusive-worlds-first-babv-born-with-new-3-parent-technique/>

rakkudest. *Transgeense* embrüo korral viiakse embrüo DNAsse üks või mitu teiselt liigilt võetud geeni. *Tsütoplasmilise hübriidi* (tsübriidi) saamiseks kasutatakse eespool kirjeldatud kloonimist rakutuuma siirdamisega: teiselt organismilt saadud raku tuum eemaldatakse ja asendatakse inimese rakutuumaga. Tulemuseks on kloonitud embrüo, kelle enamik geene pärineb inimeselt, aga munarakus olnud mitokondrite geenid kuuluvad mõnele teisele liigile. (Põhimõtteliselt on mõeldav ka vastupidine variant, kus kasutatakse inimese munarakku ja mõne muu organismi rakutuuma, kuid praktikas pakub huvi pigem inimese rakutuuma siirdamine teise liigi munarakku.) Viimaks on võimalik nn pärishübriid (*true hybrid*), mis saadakse kahe liigi sugurakkude kombineerimisel: inimese munarakk viljastatakse mõne muu liigi seemnerakuga või vastupidi. Selliseid kombinatsioone võidakse valmistada mitmesugustel põhjustel. Paljudel juhtudel on peamine eesmärk suurendada teaduslikke teadmisi geneetikast, geeniregulatsioonist ja embrüonaalsest arengust ning õppida paremini mõistma geneetilisi ja muid haigusi ning võimalikke ravivariante. Viimastel aastatel on tekkinud suurem huvi tsübriidide vastu ühel konkreetsel põhjusel. Tüvirakkude ja raviotstarbelise kloonimisega seotud teadusuuringuteks on vaja annetatud munarakke, mille hulk on piiratud, kuna munarakudoonorlus on naisele koormav. Üks võimalus selle probleemi ületamiseks oleks kasutada muudelt imeajatelt võetud munarakke, et valmistada kloonitud embrüoid ja tüvirakke, mille geenid pärinevad valdavas osas inimeselt.

9.2.6 Genoomi editeerimine

Erinevate organismide genoomi DNA järjestuse muutmise meetodid on olnud kasutatavad alates 1970. aastate lõpust ning bakterite, taimede ja loomade geneetiline muundamine on biomeditsiinilistes uuringutes, biotehnoloogias, põllumajanduses ja muudes valdkondades üsna tavapärane. Inimese somaatilistes (st otseselt sugulise paljunemisega mitteseotud) rakkudes ja kudedes esinevate geneetiliste defektide kõrvaldamiseks kasutatavaid geeniteraapiad uuritakse aktiivselt 1990. aastate algusest, kuid seni veel tagasihoidlike tulemustega. Inimese iduliini rakkude ja kudede (seemne- ja munarakud ning neid tekitavad koed) muutmiseks on need meetodid üldlevinud arusaama järgi liiga ebatäpsed ja nende tulemused liiga ebakindlad. Kui somaatiliste rakkude muundamine mõjutab ainult neid isikud, kellel muudatused tehakse, siis iduliini muutused päranduvad edasi tulevastele põlvkondadele, mistõttu neil on palju kaugeleulatavamad ja raskemini ennustavad tagajärjed.

Ent alates 2010. aastate algusest on olukord oluliselt muutunud seoses oluliselt võimekamate ja täpsemate genoomi editeerimise meetoditega, mis võimaldavad teha sihipäraseid muudatusi konkreetsetes DNA järjestustes täpselt vajalikus kohas. Selle teksti kirjutamise ajal on sellistest meetoditest kõige tulemuslikum, mitmekülgsem

ja (suhteliselt) odavam nn CRISPR-Cas9 süsteem.¹⁹⁶ Genoomi editeerimise potentsiaalne kasutusala nii inimestel kui muudel liikidel on tohtu ning pole vast üllatav, et see on toonud kaasa juba mitmeid olulisi patendivaidlusi. Inimestel võib see kaasa aidata haigusprotsesside paremale mõistmisele ja uute ravimite väljatöötamisele. Lisaks võib see suurendada somaatiliste rakkude geeniteraapia tulemuslikkust ja kasutatavust. Selle vastuolulisem tahk peitub asjaolus, et muudab iduliini geneetilise muundamise palju käegakatsutavamaks.

9.3 Õiguslik olukord

Ühendkuningriik on tuntud kui neis valdkondades ühe Euroopa kõige liberaalsema õigussüsteemiga riik. Algselt 1990. aastal vastu võetud ja 2008. aastal ajakohastatud inimviljastamise ja -embrüoloogia seadus lubab inimese embrüoid uurida teatud kindlatel eesmärkidel 14 päeva jooksul pärast viljastamist.¹⁹⁷ Võimalikud eesmärgid on teadmiste suurendamine raskete või kaasasündinud haiguste ja nende ravimeetodite kohta, viljatusravi ja rasestumisvastaste tehnikate täiustamine, siirdamiseelse geenidiagnostika meetodite arendamine ning embrüonaalse arengu põhjalikum tundmaõppimine. Lubatud on embrüote loomine teadusuuringute eesmärgil ja kehavälisel viljastamisel ülejäänud embrüote annetamine uuringuteks. Uuringuteks on lubatud luua ja kuni 14 päeva jooksul kasvatada ka inimese segaembrüoid. Teadusuuringuteks kasutatavate embrüote ja inimese segaembrüote siirdamine naise (või looma) emakasse on keelatud. Kõigiks inimese ja segaembrüote uuringuteks on nõutav reguleerimisasutuse (HFEA) luba. Seadus võimaldab vastu võtta konkreetseid valdkondi reguleerivaid määrusi ning 2015. aastal kiitis Ühendkuningriigi parlament heaks mitokondrite raviotstarbelist asendamist lubava määruse.¹⁹⁸

Ühendkuningriigis kehtiv luba luua embrüoid teadusuuringuteks on riikide seas suhteliselt ebatavaline. Mitmed ELi liikmesriigid lubavad 14 päeva jooksul uurida kehavälisel viljastamisel ülejäänud embrüoid, mis ei sobi enam siirdamiseks, aga on keelanud embrüote loomise otseselt teadusuuringute eesmärgil.¹⁹⁹

¹⁹⁶ Meetod seisneb selles, et sünteetisakse nn giid-RNA (vajaliku DNA-järjestusega ühilduv lühike ribonukleiinhappe (RNA) järjestus), mis seotakse valguga Cas9. See on teatud tüüpi ensüüm, endonukleas, mille ülesanne on lõigata DNA molekule. Giid-RNA tagab, et DNA-järjestuse lõige tehakse soovitud kohas. Värsket ülevaadet genoomi editeerimise teaduslikust taustast ja sellega seotud eetikaküsimustest vt Nuffield Council on Bioethics (2016) *Genome Editing: An Ethical Review*. London: Nuffield Council. Kasutatud 20.09.2016, <http://nuffieldbioethics.org/report/genome-editing-ethical-review/genome-editing/>

¹⁹⁷ Seaduse tekst: <http://www.hfea.gov.uk/134.html> (kasutatud 17.07.2015).

¹⁹⁸ *The Human Fertilisation and Embryology (Mitochondrial Donation) Regulations 2015*. Kasutatud 08.09.2015, <http://www.legislation.gov.uk/uksi/2015/572/contents/made>

¹⁹⁹ Busardo et al. 2014, 10.

Mõnes ELi liikmesriigis on inimese embrüo uuringud seadusega reguleerimata. Austrias ja Itaalias on need täielikult keelatud.²⁰⁰ Ka Saksamaa seadusandlus, mis on kirja pandud embrüote kaitse seaduses (*Embryonenschutzgesetz*, 1991, muudetud 2011. aastal) ja tüvirakkude seaduses (*Stammzellgesetz*, 2002), paigutub pigem skaala rangemasse otsa, kuid ei kehtesta siiski täielikku keeldu. Saksamaa seaduste järgi on keelatud embrüote loomine teaduslikul eesmärgil ning embrüote kasutamine meditsiiniuuringutes, tüvirakkude saamiseks ja raviotstarbeliseks kloonimiseks. Väljaspool Saksamaad loodud embrüonaalsete tüvirakuliinide import on lubatud väga kitsalt piiritletud eesmärkidel tingimusel, et rakuliinid on loodud enne 1. maid 2007.

9.4 Kirikute avaldused

Šotimaa Kiriku 2006. aastal parlamendile esitatud avaldus, millele eespool on viidatud,²⁰¹ sisaldab kommentaare enamiku käesolevas peatükis käsitletud teemade kohta. Selles tunnistatakse ettevaatlikult embrüouuringute võimalust põhimõttel „Ei, välja arvatud juhul kui ...”. Ehk siis uuringute lubatavuse üle tuleb otsustada igal üksikjuhul eraldi ja selleks peavad olema täidetud ranged tingimused (tõsine vajadus, reaalsed alternatiivide puudumine jne). Praktikast tähendab see, et kirik toetab Ühendkuningriigis 1990. aastast kehtinud õigusrežiimi. Embrüote loomist uuringute eesmärgil ei pooldata, „välja arvatud raskete haiguste uurimiseks ja ainult erandlikel asjaoludel”. Raviotstarbelist kloonimist ja embrüonaalsete tüvirakkude kasutamist toetatakse ainult „väga erandlikel asjaoludel”, kuid valitsusel soovitatakse toetada alternatiivsete võimaluste (näiteks täiskasvanute tüvirakkude kasutamise) uuringuid. Mitmeliigiliste segaembrüote uurimisele ollakse selgesõnaliselt vastu ning avalduses väljendatakse muret Ühendkuningriigi poliitika kõrvalekaldumise pärast selles küsimuses. Avalduses taunitakse iduliini geneetilist muundamist mitte üksnes ohutuse huvides, vaid ka eetilistel põhjustel, kuna see põhjustab pöördumatu geneetilisi muutusi tulevastele isikutele, kes ei saa selleks nõusolekut anda, ning tekitab survet inimese täiustamise ja eugeenika projektide korraldamiseks. Tõsiseid reservatsioone väljendatakse mitokondrite asendamise suhtes, kuna ka see on üks iduliini muundamise vorm, kuigi „indiviidi omadustega vähem seotud”.

Norra Kirik taunis varem igasuguseid embrüouuringuid, eriti seoses tüvirakkude uurimisega. Ent muudetud biotehnoloogiaseaduse (2006) kohta koostatud konsulteerimisavalduses lepib Norra Kiriku nõukogu vastumeelselt embrüouuringutega tingimusel, et uuringute eesmärk on kehavälise viljastamise tehnoloogiate täiustamine ja arendamine. Põhjenduseks on see, et nimetatud eesmärk on kooskõlas põhimõttega kohelda embrüot kui eesmärki iseeneses (sest see eesmärk võimaldab ka

²⁰⁰ Ibid.

²⁰¹ Kiriku ja Ühiskonna Nõukogu memorandum (Šotimaa Kirik).

embrüo enda osalust), samas kui muul eesmärgil (näiteks tüvirakkudega) tehtavates uuringutes koheldakse embrüot üksnes kui vahendit.²⁰²

9.5 Arutelu

Mõned küsimused, mida käesolevas peatükis kirjeldatud tegevused tekitavad, on kõigile tuttavad ja üldtunnustatult olulised. Need puudutavad näiteks ohutust, tõhusust ning kulude, riskide ja võimaliku kasu vahekorda. Samuti ei tohiks unustada ressursse, õiglast jaotust ja majandushuve käsitlevaid küsimusi. Selles peatükis kirjeldatud uuringud ja uuenduslikud ravimeetodid on kulukad ning ettenähtavas tulevikus kasutatakse neid tõenäoliselt palju rohkem maailma rikkamates riikides kui maailma lõunapoolsetes riikides. Lisaks on selle tööga seotud olulised majandushuvid, sest biotehnoloogia ja ravimitööstus on paljudes lääneriikides suured ja väga kasumlikud tegevusalad. Seetõttu on nad (ootuspäraselt) sageli ka nende hulgas, kes soovivad pigem liberaalsemate kui rangemate seaduste vastuvõtmist.²⁰³

Peale nimetatud murekohtade tekitavad vaadeldud tegevusalad aga ka põhjapanevaid eetikaküsimusi, millest siinkohal vaatleme lähemalt nelja.

9.5.1 Embrüo staatus ja embrüouuringute eetika

Igasugused inimese embrüote hävimist põhjustavavad uuringud, kaasa arvatud tüvirakkude uuringud, toovad päevakorrale embrüo moraalse staatuse küsimuse, mida on käsitletud punktis 3.5. Sama küsimus tekib seoses inimese segaembrüote loomisega, kuigi selles uurimisvaldkonnas põhjustab palju peamurdmist ka selgusetus, kas sellised moodustised kuuluvad veel inimese kategooriasse või mitte. Embrüo staatuse üle paneb mõtlema ka mitokondrite asendamine, kuna selliste ravimeetodite arendamine eeldab inimese embrüote uurimist.

Juba tuttavad argumendid embrüo staatuse kohta on kujunenud ja tuntust kogunud seoses sellega, et viimastel aastakümnetel toimunud reproduktiivtehnoloogiate areng sunnib otsima vastuseid inimembrüo uurimisega seotud küsimustele. Näiteks Ühendkuningriigis pälvisid need argumendid tähelepanu 1980. aastatel tänu Warnocki aruandele, mis rajas teed inimviljastamise ja -embrüoloogia seaduse vastuvõtmisele.²⁰⁴

Eespool (punktis 3.3) kirjeldatud gradualistliku seisukoha järgi on inimese embrüo uurimist ja embrüonaalsete tüvirakkude kogumist uuringute või ravi eesmärgil

²⁰² Vt lisaks Schmidt 2011, 198.

²⁰³ Vt nt *Joint Committee on the Human Tissues and Embryos (Draft) Bill: Written Evidence*.

²⁰⁴ *Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology (The Warnock Report)* (1984). London: Her Majesty's Stationery Office.

lihtne põhjendada. See võib omistada inimembrüole küll teatava väärtuse, mis tuleneb selle potentsiaalset kasvada inimesikuks, kuid kuna ta ei ole veel isik, siis ei laiene talle isikutele kuuluv puutumatus. Kuigi Warnocki aruandes ei esitatud seisukohta embrüo moraalse staatuse kohta, kõlab selles välja pakutud ja seejärel Ühendkuningriigis alates 1990. aastast kehtiv 14-päevane embrüouuringute ajapiir kõige paremini kokku gradualistliku mõtteeisiga. Embrüo staatuse gradualistlikku käsitust toetavad ka mõned Briti kirikute aruanded (kuigi suuremate või väiksemate kõhklustega).²⁰⁵ Seevastu mitme muu Euroopa riigi seadustest ja kirikute seisukohatadest kumab läbi suurem vastumeelsus gradualistliku käsituse suhtes, isegi kui see ei jõua välja otsese taunimiseni.²⁰⁶

Punktis 3.5 on kirjeldatud erinevaid evangeelseid seisukohti embrüo moraalse staatuse kohta. Muu hulgas on esitatud arvamus, et staatusest lähtuvad argumendid ei sobi eriti hästi inimese embrüo suhtes kehtivate moraalsete kohustuste küsimuse lahendamiseks. Nende lugejate jaoks, kellele tundub veenev see seisukoht, ei pruugi põhiküsimuseks olla enam see, kas inimembrüo on isik, vaid pigem, kuidas käia armastava ligimesena ümber nende inimestega, kellega me kokku puutume. Eetilise imperatiivi võiks siis sõnastada Karl Barthi loomiseetika²⁰⁷ vaimus üleskutsena ülistada, austada ja kaitsta inimest, mis on Jumala and, millega me võime kokku puutuda nii inimembrüotes kui ka viljatute paaride või raskelt haigete patsientidega kohtudes. Sel juhul peame inimembrüo uurimise kohta eetiliste järelduste tegemiseks vaagima, milline peaks nendes rasketes ja valusates olukordades olema Jumala antud elu austav ja kaitsev käitumine.

Selline käsitlus ei välista tingimata inimest võtmise vajadust: võib esineda piiripealseid olukordi (sks *Grenzfälle*), kus elu kaitsmine on võimalik ainult elu võtmise abil – nii on Barth argumenteerinud näiteks seoses abordiga.²⁰⁸ See lähenemisviis ei anna kiireid vastuseid eetikaküsimustele embrüouuringute, embrüonaalsete tüvirakkude kasutamise ega muude selles peatükis käsitletud probleemide kohta. Need autorid, kes on püüdnud inimese embrüost sel viisil mõelda, on teinud embrüouuringute eetika kohta erinevaid praktilisi järeldusi.²⁰⁹ Küll aga paneb see

²⁰⁵ *Created in God's Image* tunnistab selles küsimuses esinevaid eriarvamusi, kuid esitab gradualistlikku käsitust kui ühte võimalikku kristlikku vaatenurka, viidates varasemale metodistide raportile *Status of the Unborn Human* (1990).

²⁰⁶ Näiteks eespool mainitud Saksa seadustega Embryonenschutzgesetz (1991/2011) ja Stammzellgesetz (2002) kehtestatakse embrüonaalse inimeste ulatuslik kaitse ja seatakse embrüote käitlemisele ranged piirid. Samas ei ole Saksa õiguses keelustatud teatud praktikaid, mis embrüot kahjustavad (nt nidatsiooniinhibiitorite kasutamine) – see ei näi olevat kooskõlas arusaamaga, et inimembrüo on juba varases staadiumis täielik moraalne staatus. Samuti taunitakse gradualistlikku seisukohta EKD ja Saksa katoliku kiriku piiskoppide konverentsi ühisavalduses *Gott ist ein Freund des Lebens* (1989), kuid sellest hilisemas EKD dokumendis *Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen* (2002) esitatakse kaks seisukohta, millest üks tundub olevat lähemal gradualistlikule käsitusele.

²⁰⁷ Barth 1961, kd III/4, §55.

²⁰⁸ *Ibid.*, 415–423.

²⁰⁹ Vördle Messer 2011, 4. pkt; Waters, *Does the Human Embryo Have a Moral Status?*

tõendamiskohustuse nendele, kes peavad vajalikuks protseduure, mille tagajärjeks on embrüonaalse inimelu hävimine. Üks võimalus seda sõnastada oleks öelda (sarnaselt Nigel Biggari käsitlusega Barthi eetikast), et embrüouuringute või inimese embrüonaalsete tüvirakkude kasutamise põhjendamiseks tuleb näidata, et tegemist ei ole käsu „sina ei tohi tappa” rikkumise ega erandiga, vaid ebatavalise moodusega seda käsku täita.²¹⁰ Sellisest mõtteviisist järelduks igal juhul see, et embrüoid hävitavate uuringute alternatiive (näiteks indutseeritud pluripotentsete tüvirakkude kasutamist embrüonaalsete tüvirakkude asemel) tuleks igati tervitada ning kasutada alati, kui see on võimalik.

Mõnikord väidetakse, et hinnangud inimembrüo moraalise staatuse või nende suhtes kehtivate eetiliste kohustuste kohta sõltuvad viljatusravi või teadusuuringute kontekstist. Näiteks võib väita, et teadusuuringute eesmärgil loodud embrüol ei ole niikuinii tulevase elu väljavaadet, mistõttu selle hävitamisega ei kaota elu ükski isik, kes ilma selleta oleks võinud sündida. Sarnaselt võib öelda, et kehavälisel viljastamisel üle jäänud embrüot, millel lastaks igal juhul surra, on parem kasutada uuringutes, sest vähemalt nii ei ole tema surm asjatu. Ent meie vastused muutuksid tõenäoliselt kohe teistsuguseks, kui me püüaksime mõtteeksperimenti korras esitada sarnaseid väiteid juba sündinud inimeste kohta: näiteks, et puhtalt teadusuuringute eesmärgil aretatud laste tapmine on moraalselt vähem problemaatiline või et surmavalt haigetel patsientidel võiks eemaldada uuringute eesmärgil narkoosi all kõik elutähtsad organid enne, kui nad loomulikult teel niikuinii sureksid. Siit nähtub, et teaduslikke embrüouuringuid toetavad argumendid põhinevad just sellel eeldusel, mis on nende väitluste peamine vaidluskoht: nimelt et inimembrüol on juba rohkem arenenud indiviidiga võrreldes teistsugune staatus, millest tulenevad teistsugused õigused ja kohustused.

9.5.2. Liikide piir ja inimväärikus

Osaliselt samu argumente inimembrüo staatuse kohta on kasutatud inimese segaembrüo loomist lubavate õigusaktide üle toimunud väitlustes. Ent samas on väljendatud suurt nõutust selle osas, kas või millises mõttes kuuluvad taolised moodustised üldse inimliigi alla. Mingi osa puhul on see üsna selge. Transgeenset embrüot oleks raske pidada millekski muuks kui geneetiliselt muudetud inimembrüoks: ei ole väga usutav, et üliväikese hulga muude geenide lisamine genoomi muudaks tema liigilist kuuluvust. Ka tsüبریidid oleksid geneetiliselt peaaegu täielikult inimesed, sest ainus muust allikast pärinev geneetiline materjal oleks mitokondrite DNA. Ei ole teada, kas mitteinimlikku päritolu mitokondrite geenid vähendaksid tsüبریid-rakkude elujõulisust või kas inimeselt saadud rakutuumas asuvad geenid hakkaksid muud päritolu munaraku tsütoplasmas kuidagi teisiti toimima. Kui see peaks nii

²¹⁰ Nigel Biggar (1993) *The Hastening that Waits: Karl Barth's Ethics*. Oxford: Clarendon Press.

olema, siis võib tsü브리idide liigikuuluvus olla veidi ebamäärasem kui transgeensete embrüote oma. Ent igal juhul muutuks liigi teema tõeliselt segaseks kimääride ja pärishü브리idide puhul.

Taoliste uuringute eetikat käsitlevates debattides on põhiküsimuseks olnud see, kas ebaselge liigikuuluvusega moodustiste loomine hägustab piiri inimese ja ülejäänud liikide vahel ning kas see vähendab mingil moel inimväärikust. Mõned eetikud heidaksid tõenäoliselt selle küsimuse kõrvale põhjendusega, et väärikuse mõistega pole bioetikas midagi peale hakata.²¹¹ Ent isegi nende seas, kes on valmis inimväärikuse mõistet kaaluma, võib leida väga erinevaid seisukohti, mille aluseks on selgelt lahknevad filosoofilised eeldused. Mõned segaembrüoid käsitlevas debatis osalejad on esitanud seisukoha, mis meenutab embrüo moraalse staatuse kindlakstegemiseks kasutatavat „tunnuste loendi” meetodit (punkt 3.5). Sel juhul tuleneb inimese väärikus asjaolust, et tal on teatud võimed või omadused. Kui inimese-looma hübridil on sarnased võimed või omadused, siis on tal analoogne väärikus, vastasel korral aga mitte.²¹² Taolise mõtteviisi vastaspoolel asub rohkem Aristotelese ja Aquino Thomase traditsioonist mõjutatud käsitlus. Näiteks filosoof ja teoloog David Jones on väitnud, et inimene on teatud erilist liiki loom, kes saavutab õnneliku elu ainult talle omaste moodustega. Hü브리idide loomine riivab sellise elu väärikust, kuna selles puudub austus inimese soojätkamise vastu, see õõnestab inimeste ühtekuuluvustunnet ning (vähemalt mõnel juhul) tekitab sügava nõutuse küsimuses, kas hübridolendid on inimesed ja kuidas neid tuleks kohelda.²¹³ Kuna käsitused ja nende aluseks olevad filosoofilised eeldused on põhjapaneval tasandil sedavõrd erinevad, ei pruugi inimväärikusest lähtuvad argumentid meid segaembrüote loomist käsitlevate eetiliste väitluste lahendamisel kuigi palju edasi aidata.

Evangeelsed kirikud on inimese segaembrüote loomise võimalust hinnates välja toonud kaks Piiblile toetuvat murekohta.²¹⁴ Neist esimene lähtub eespool tõstatatud liikidevahelise piiri olulisusest inimväärikuse jaoks ning väidab, et inimkonna eriline väärikus ja tähtsus Jumala plaanides eeldab inimese erinevust muudest liikidest. Seda väidet seostatakse sageli kirjakohtega 1 Ms 1:26–28, mille kohaselt inimesed on loodud Jumala näo järgi ja pandud muude loodud olendite üle valitsema. Selliselt mõistetud *imago dei* on midagi inimliigile eriomast, mis asetab meid Jumalaga erilisse suhtesse. See eristab meid ülejäänud olenditest ja annab meile nendest kõrgema staatuse. Liikide piiri ületamine või hägustamine tähendaks inimese eripära alaväärtustamist ning kahjustaks sellega kaasas käivat staatust ja tähtsust. Teine murekoht puudutab seda, et looduses leiduvatest liikidest erinevate tehislake hübridolendite

²¹¹ Ruth Macklin (2003) Dignity is a Useless Concept. – *British Medical Journal* 327, 1419.

²¹² Selle seisukoha näidet vt Academy of Medical Sciences (2007) *Inter-species Embryos*. London: Academy of Medical Sciences, 29.

²¹³ David Albert Jones (2010) Is the Creation of Admixed Embryos ‘an Offense against Human Dignity’? – *Human Reproduction and Genetic Ethics* 16.1, 87–114.

²¹⁴ Vt Messer 2011, 4. ptk ja seal esitatud viited.

loomine võib olla vastuolus Jumala loomistöö eesmärgiga. 1 Ms 1:11 j kirjeldatakse, kuidas Jumal lõi elavad olendid „nende liikide järgi”. Hüübriidembrüote loomine tähendaks Jumala loomistööga etteantud struktuuride ja piiride ületamist ning võib-olla ka sellist liikide segamist, mida Piibli pühadusseadused keelavad (nt 3 Ms 19:19).

Seoses esimese murekohaga on uusaegsetel evangeelsetel kristlastel olnud lihtne eeldada, et inimväarikus ja inimkonna eristaatus põhinevad meie erinevusel ülejäänud liikidest. Meie jaoks on olnud oluline rõhutada, et erinevalt „mõistusetu loomadest” oleme meie ratsionaalsed tsiviliseeritud olendid. Darwini evolutsiooniteooria põhjustas 19. sajandil rahuolematust suuresti just seetõttu, et näis murendavat inimeste ja loomade eraldusjoont. Ent uuema aja uuringud on osutanud, et selline inimeste ja loomade erinevuse rõhutamine võib olla üksnes uusajale omane mõtteviis, mis kujunes välja valgustusajastul, kuid ei pruugi täielikult edasi anda vanema kristliku traditsiooni vaatenurka.²¹⁵ Lisaks on eksegeetilistes ja teoloogistes uurimustes tihti peale seatud küsimärgi alla *imago dei* tõlgendamine inimliigi erilise omaduse või võimena, mis eristab meid ülejäänud loodud olenditest. Parem oleks seda mõista kui erilist suhet Jumalaga või erilist ülesannet või kutsumust, mille Jumal on meile andnud või ehk ka mõlemat korraga.²¹⁶ Kui *imago dei* tähendab ülesannet või kutsumust, siis mõnes mõttes eristab see inimesi teistest olenditest, andes meile nende suhtes teatud volitused ja pannes meid Jumala ees nende eest vastutavaks. Kuid neid volitusi või vastutust tuleks käsitada Jumala annina, mis ei sõltu mingitest meile kuuluvatest erilistest võimetest või omadustest.

See ei tähenda loomulikult, et me peaksime eitama igasugust erinevust inimese ja muude liikide vahel, kuid see juhib tähelepanu asjaolule, et uusaegsed kristlased on kippunud meie erinevust ülejäänud olenditest üle tähtsustama, eirates samal ajal ühisosa nendega. Samuti võib sellest järeldada, et kui segaembrüod peaksidki inimese ja muude loomade vahelist liigipiiri hägustama, ei pruugi see inimväarikust üldse nii palju ohustada, nagu paljud kristlased arvavad.

Teine eespool nimetatud murekoht seisneb selles, et segaembrüote loomisega võime ületada loomisega etteantud piire ja õõnestada Jumala loomiseesmärki, mille kohta 1. Moosese raamatus öeldakse, et Jumal lõi elusolendid „nende liikide järgi”. Kui lähtuda eespool esitatud märkustest Piibli kasutamise kohta (punkt 3.1), siis muidugi ei saa 1 Ms teksti või 3 Ms 19:19 esitatud liikide segamise keeldu tõlgendada otsese kinnitusega, et Piibel ei luba hüübriidembrüote uuringuid. Kuid sellised tekstid võivad olla teoloogilise loomiskäsituse aluseks, mille kohaselt liikide olemasolu ja mitmekesisus väljendavad Looja häid eesmärke. Sellise teoloogilise tõlgenduse

²¹⁵ Vt nt *Creaturely Theology: On God, Humans, and Other Animals* (2009). Toim. Celia Deane-Drummond ja David Clough. London: SCM.

²¹⁶ Vt nt J. Richard Middleton (2005) *The Liberating Image: The imago Dei in Genesis 1*. Grand Rapids, MI: Brazos; Nathan MacDonald (2008) *The Imago Dei and Election: Reading Genesis 1:26-28 and Old Testament Scholarship with Karl Barth*. – *International Journal of Systematic Theology* 10.3, 303–327.

alusel saab igal juhul esitada järgmise küsimuse: kui me paneme kokku hübriidembrüoid ja hägustame sellega liikide piire, kas see tähendab Jumala loomiseesmärgile vastu töötamist või selle nõrgestamist?²¹⁷

See arutluskäik annab teoloogilise põhjenduse, miks suhtuda ettevaatlikult uuringutesse, kus liikide piire peetakse ebaoluliseks või ei tunta austust liikide mitmekesisuse ja iga liigi ainukordsuse suhtes. Samas ei anna see ise veel veenvat põhjust hübriidembrüote igasuguse uurimise taunimiseks, kui selle kõrvale ei panda tugevat väidet selle kohta, mil määral kajastub Jumala tahe meid ümbritsevas maailmas empiirilisel vaadeldavate liikide hulgas ja eripäras.

Kui segaembrüote uurimise eetikaküsimust ei saa lõplikult lahendada argumentidega inimese erilisusest ja liigi identiteedist, siis teoloogilise hinnangu andmiseks lootustandvam võib olla selliste uuringute moraalse iseloomu, eesmärkide ja motiivide vaatlemine. See ei peaks piirduma vaid konkreetsete teadlaste otsese motivatsiooni ja loomuomadustega, vaid keskendumata tegevusest endast lähtuvatele ajenditele. Näiteks võib küsida, kas sellistes uuringutes avaldub inimese eriline kutsumus maailmast midagi teha ja teostada Jumala ees oma vastutust maailma eest (vrd 1 Ms 2:15). Või väljendub selles pigem iha materiaalse maailma (kaasa arvatud meie enda keha materia) üle võimu omada, mis moonutab seda kutsumust? On täiesti võimalik, et uuringud on ajendatud kaastundest haigete inimeste vastu ning soovist leida uusi ravimeetodeid, aga kas kalduvus uuringute eesmärgil valmistatud hübriidembrüoid instrumentaliseerida ei näita mitte selle kaastunde piiratust?²¹⁸ Selliste küsimuste esitamine ei loo otseteed eetiliste järeldusteni inimese segaembrüote kohta, kuid võib samas olla liikmeskirikutele abiks oma teoloogiliste ja eetiliste seisukohtade kujundamisel.

9.5.3 Kolme geneetilise vanema probleem

Peale ohutuse ja tõhususe küsimuste seisneb mitokondrite asendamisega seotud põhiline murekoht selles, et esimest korda on loodud võimalus kolme geneetilise vanemaga laste sünniks. Kolme *bioloogilise* vanema võimalus tekib ka muude meetodite, nagu asendusemaduse ja sugurakudoonorluse korral (vt 6. ja 7. peatükk): näiteks doonormunaraku abil heteroseksuaalsele paarile sündinud lapse bioloogilised vanemad on tema isa, munarakudoonor ja sünniema. Ent neil juhtudel kannab laps endas endiselt vaid kahe vanema *geneetilist* pärandit. Mitokondrite asendamise korral tekib lapse jaoks kolmas geneetilise pärandi allikas: tervete mitokondrite saamiseks kasutatud munaraku doonor.

²¹⁷ Seda tüüpi kriitikat esitab Calum MacKellar (2007) *Chimeras, Hybrids and 'Cybrids'*. CMF-i dokument 34. London: Christian Medical Fellowship. Kasutatud 27.07.2015, <http://www.cmf.org.uk/publications/content.asp?context=article&id=1939>

²¹⁸ Sellist analüüsi, mis lõpeb suhteliselt negatiivse hinnanguga inimese segaembrüote uurimise kohta, vt Messer 2011, 4. ptk.

Kui lähtuda roomakatoliku õpetusameti seisukohast, et seksuaalsuse eluandvat ja abielupaari liitvat hüve ei tohi teineteisest lahutada, siis tuleks eespool kirjeldatud mitokondrite asendamist taunida samadel alustel nagu enamikku muid reproduktiiv-tehnoloogiaid. (Tuleb rõhutada, et protesti ei avaldata raviaспекти suhtes, vaid sellega kaasnevate tagajärgede suhtes, mida katoliku õpetuses taunitakse: näiteks sugulise läbikäimise ja soojätkamise lahutamine ning embrüonaalse inimelu hävitamine.) Nende jaoks, kes katoliku kiriku seisukohaga ei nõustu, kuid peavad siiski oluliseks, et laps sünniks kahe vanema suhte viljana,²¹⁹ jääb kolme geneetilise vanemaga lapse saamist võimaldav tehnika ikkagi äärmiselt problemaatiliseks. Samas need, kes muretsevad kõige rohkem segaste vanemlussuhete psühhosotsiaalsete tagajärgede pärast lapsele, suhtuvad mitokondrite asendamisega tõenäoliselt rahulikumalt kui sugurakudoonorusse või asendusemadusse, sest kolmanda isiku bioloogiline osalus piirdub siin vaid väga väikese koguse geneetilise materjaliga (37 mitokondrite geeni), mida kasutatakse väga konkreetsel raviotstarbel.

9.5.4 Inimese genoomi muutmine

Enne inimese genoomi muutmise eetilist hindamist tuleb teha kaks eristust. Neist ühte on juba mainitud (punkt 9.2.6) ning see seisneb somaatiliste rakkude ja iduliini rakkude muundamise erinevuses: esimesed muudatused ei kandu järglastele edasi, aga teised võivad kanduda. Teine ja vastuolulisem eristus puudub vahetegemist ravil ja täiustamisel: esimest liiki muutmise eesmärk on haigust ravida (või ennetada), aga teisel juhul tahetakse anda inimesele normaalsest suuremaid võimeid. Mitmed bioetikud, näiteks John Harris, leiavad, et ravi ja täiustamise eristus ei ole loogiline ega eetiliselt oluline, samas kui kristlikud bioetikud püüavad enamasti esitada argumente nii selle loogilise kooskõla kui ka olulisuse tõendamiseks.²²⁰

Inimese geneetilise materjali muundamise tehnikad on olnud olemas juba aastakümneid ning tänu sellele on nii ilmalikud kui ka kristlikud mõtlejad saanud pikka aega nende eetika üle arutleda. Seetõttu on inimese geenide (k.a iduliini) muundamise eetika bioetikas käsitlevas kirjanduses tuttav teema. Ent kuni viimase ajani eeldati, et inimese iduliini geneetiline muundamine ei saa veel kaua aega võimalikuks, kui üldse. Selle eelduse tõttu on vastavad eetikakäsitlused kirjanduses olnud tihtipeale üsna spekulatiivsed ja reaalsusest kaugel. Nagu eespool märgitud (punkt 9.2.6), on asjade seis seoses CRISPR-Cas9 ja muude sarnaste tehnoloogiate arenguga oluliselt muutunud. Seetõttu on kristlikel kirikutel aeg neid arenguid tõsiselt

²¹⁹ Oliver O'Donovan (1984) *Begotten or Made? Human Procreation and Medical Technique*. Oxford: Oxford University Press.

²²⁰ Ravi ja täiustamise eristuse kriitikat vt John Harris (2007) *Enhancing Evolution: The Ethical Case for Making Better People*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2. ja 3. ptk. Teoloogilisi argumente selle poolt vt Neil Messer (2013) *Flourishing: Health, Disease and Bioethics in Theological Perspective*. Grand Rapids, MI: Eerdmans, kokkuvõte.

võtta, kuna tegemist on just praegu aktuaalsete valdkondadega, mis vajavad hoolikat kaalumist ja läbimõeldud vastuseid.

Kõige ilmsemad eetikaprobleemid on seotud meetodite ohutuse, tõhususe ning soovitud kasu ja võimalike kahjulike tagajärgede vahekorraga. Osaliselt just nendest kaalutlustest lähtudes on mõned teadlased ja vaatlejad esitanud üleskutse inimese iduliini muundamise meetodite uuringud mingiks ajaks peatada,²²¹ samas kui näiteks John Harris ja paljud teised on ägedalt sellise moratooriumi vastu.²²² Veel üks murekoht, mille olemasolu enamik vaatlejaid tunnustab, on seotud ressursside kasutamise ja õiglase jaotusega: kes saab selle tehnoloogia vilju kasutada ja kui õiglaselt sellest tekkiv kasu jaguneb? Kas on oht, et sellest saab järjekordne biomeditsiiniliste uuringute ja kliinilise praktika valdkond, milles pööratakse ebaproportsionaalselt palju tähelepanu rikaste haigustele? Kas nendeks uuringuteks kasutatavate vahendite mujale suunamine ei võiks anda hoopis suuremat kasu ja aidata neid, kes kõige rohkem abi vajavad? Kas peale nende probleemide on ka põhjanevaid teoloogilisi ja eetilisi küsimusi, mida kristlased ja kirikud peaksid inimese genoomi editeerimisele hinnangut andes arvesse võtma?²²³

Seoses eespool mainitud kahe eristusega kalduvad kristlikud mõtlejad pidama somaatiliste rakkude muutmist ja geeniteraapiat vähem problemaatiliseks kui vastavalt iduliini muutmist ja geneetilist täiustamist. Enamik kristlikke vaatlejaid toetab somaatiliste rakkude geeniteraapiat eeldusel, et üldised ohutuse, tõhususe ja saadava kasu õiglase jaotamisega seotud ohud on välistatud. Iduliini ravi suhtes ollakse ettevaatlikumad ning osaliselt on see ettevaatus tingitud samadest ohutuse ja tõhususe ning eespool mainitud ettenägematute tagajärgede kaalutlustest. (Selles kontekstis väljendatakse mõnikord kahtlust ka mitokondrite asendamisel põhineva ravi suhtes põhjendusega, et selle õiguslikult lubatavaks tunnistamine võib avada ukse iduliini ravile.) Mõned tunnevad muret ka selle pärast, et iduliini ravimeetodite arendamiseks on tõenäoliselt vaja teha uuringuid inimembrüotega. Kui need murekohad kõrvale jätta, siis iduliini ravi ennast problemaatiliseks pidavate kristlaste arv on juba väiksem.²²⁴

²²¹ Vt Edward Lanphier et al. (2015) Don't Edit the Human Germ Line. – *Nature* 519.7544, 410–411 ja David Baltimore et al. (2015) A Prudent Path Forward for Genomic Engineering and Germline Gene Modification. – *Science* 348.6230, 36–38.

²²² John Harris (2016) Why Human Gene Editing Must Not Be Stopped. – *The Guardian* (2. detsember 2015). Kasutatud 10.01.2016, <http://www.theguardian.com/science/2015/dec/Q2/why-human-gene-editing-must-not-be-stopped>

²²³ Inimese iduliini geneetilise muundamise kristlik-teoloogilisi analüüse vt *Christian Bioethics* 18.2 (2012). Toim. Corinna Delkeskamp-Hayes ja Neil Messer.

²²⁴ Isegi roomakatoliku õpetusameti instruksioonis *Dignitas Personae* (§ 26), mis esindab mitmete inimgeneetika ja -embrüoloogia küsimuste puhul ettevaatlikku hoiakut, välistatakse iduliini ravi „selle praegusel tasemel” üksnes põhjusel, et see on seotud riskidega ja eeldab kehavälisest viljastamist, aga mitte seetõttu, et oldaks põhimõtteliselt vastu katsetele iduliini defekte kõrvaldada.

Ent mõne jaoks on see siiski probleem. Näiteks roomakatoliku bioetik David Jones esitab väite, mis võiks kõlada veenvalt ka mõnedele protestantidele, et iduliini „ravi” oleks õigem käsitada mitte ravina, vaid püüdena takistada teatud tüüpi tulevaste indiviidide (kellel on geneetiline haigus või puue) sündi ja võimaldada nende asemel sündi teistele.²²⁵ Olenemata selle ürituse õnnestumisest või ebaõnnestumisest on Jonesi väitel õige nimetada seda „Jumala mängimiseks” ning selles avaldub eugeenikataotlus, millesarnane on minevikus viinud kohutavate kuritarvitusteni.²²⁶ Kui püüda sellele kriitikalte teoloogiliselt vastata, siis võiks eespool esitatud armastuse, õigluse, vabaduse ja vastutuse käsitusest (punkt 3.2) lähtudes väita, et inimesed on kutsutud võtma oma laste geneetilise tervise ja identiteedi eest vastutust väga erineval moel, ning küsida, kas iduliini „ravi” erineb mingi põhimõttelise omaduse poolest muudest selle vastutuse võtmise viisidest.

Paljud kristlased peavad geeniteraapiast suuremaks probleemiks somaatiliste rakkude, aga eriti iduliini geneetilist täiustamist. Selle üks põhjus on asjaolu, et paljudes sellistes täiustamisprojektides näib avalduvat sügav rahulolematuus inimese loodupärase eksistentsiga, eriti kui neid võetakse ette selliste grandioossete siltide all nagu „transhumanism” või „posthumanism”. Teoloogiliselt teadlik inimesekäsitlus võib loomulikult mõõnda, et meid ümbritsevas maailmas ei ole inimesega kaugeltki kõik hästi (muu hulgas ka nende haiguste ja häirete tõttu, mida soovitakse geeniteraapiaga ravida), kuid sellele vaatamata kinnitada, et sellise olendina, hea ja armastava Looja looduna elada on hea. Transhumanistliku projekti eesmärk on inimloomust nii palju täiustada, et me muutuksime täiesti uueks liigiks, ning see näib olevat vastuolus põhilise kristliku usuga loodu headusesse.²²⁷ Veel üks põhjus, miks kristlased on inimese täiustamise ambitsioonikamate projektide suhtes skeptilised, on akuutne teadlikkus inimese patususest: igasugune katse inimloomust muuta (ravi või täiustamise teel) lähtub alati mingitest otsestest või kaudsetest eeldustest selle kohta, milline inimene peaks olema. Meil pole mingit põhjust uskuda, et selliseid eeldusi ei hakka kallutama kõikvõimalikud eelarvamused, eelistused, omakasu ja muud moonutused, mida kristlikus teoloogias nimetatakse patuks. Mida kõrgemad on sekkumisega taotletavad eesmärgid ja mida vähem see on seotud konkreetse haiguse raviga, seda suurem on oht, et taoline moondunud ettekujutus sellest, mis on inimesele hea, hakkab väljenduma ebaõiglases praktikas, näiteks nendes eugeenilistes suundumustes, mille eest David Jones hoiatab. Mõnikord tõstatatakse seoses iduliini muundamisega ka küsimus põlvkondadevahelisest õiglusest. Inimese genoom on väidetavalt osa inimkonna ühispärandist ning katsed mõjutada

²²⁵ David Albert Jones (2012) *Germ-line Genetic Engineering: A Critical Look at Magisterial Catholic Teaching*. – *Christian Bioethics* 18.2, 126–144. Selles põhjenduskäigus osutatakse nn identiteetsusprobleemile, mille tegi kuulsaks Derek Parfit (1984) *Reasons and Persons*. Oxford: Clarendon.

²²⁶ Sarnase vastuväite saaks muidugi esitada igasuguse siirdatavate embrüote valimise suhtes kehavälises viljastamises, millele Jones katoliiklasena kindlasti vastu oleks.

²²⁷ Harris 2007.

tulevaste põlvede geneetilist pärandit on nende põlvkondade suhtes ebaõiglasel. See võib jätta nad ilma mõnest selle pärandi osast, vähendada nende „õigust avatud tulevikule” või koguni ohustada moraalses kogukonnas osalemiseks vajalikku vabadust ja autonoomiat.²²⁸

Samas ei pruugi täiustamisprojektidel tingimata olla suurejoonelisi transhumanistlikke eesmärke ning sageli väidetakse, et näiteks lastekasvatuses või hariduses on meil inimestena igati loomulik kohustus iseenda ja ümbritsevate inimeste võimeid arendada (või „täiustada”). Veelgi enam, sellist tegevust võib pidada vastutustundlikuks käitumiseks selle geneetilise pärandi suhtes, mille me tulevastele põlvedele üle anname. Võib öelda, et juba ammu enne geenide muundamise tehnoloogiate saabumist kujundasid inimesed seda pärandit oma valikutega abiellumise, pereelu ja laste saamise küsimustes. Seetõttu on mõned evangeelsed ja muud kristlased järeldanud, et siin kirjeldatud teoloogilised murekohad annavad küll põhjust ettevaatuseks ja iga konkreetse täiustamisprojekti moraalseks läbikatsumiseks, kuid mitte igasuguse geneetilise täiustamise automaatseks taunimiseks.²²⁹

9.6 Kokkuvõte

Lisaks tagajärgedele keskenduvatele küsimustele riski, kahju ja eeliste kohta, mille tähtsust tunnistavad peaaegu kõik, tekitavad inimese embrüo uuringud ja uued ravimeetodid ka mitmesuguseid sügavamaid eetikaküsimusi. Selles peatükis on käsitletud nelja sellist teemaderingi: meie moraalsed kohustused embrüonaalse inimelu suhtes, liikide piiri ületamise või hägustamise moraalne tähendus, kolme geneetilise vanemaga laste sünni võimalusega seotud moraaliküsimused ning tulevaste põlvede geneetilise pärandi muutmise ajendatud teemad. Sellised mureküsimused kipuvad nii mõneski Euroopa riigis õigus- ja poliitikaalastes avalikes aruteludes tahaplaanile või kõrvale jääma. Ent selles peatükis selgitasime, et neid tuleb võtta tõsiselt, ja pakkusime välja mõned võimalused, kuidas evangeelsed kristlased võiksid neid käsitleda. EKOE liikmeskirikute üheks ülesandeks võiks olla selle tagamine, et neisse küsimustesse suhtutaks piisava tõsidusega seal, kus need muidu võiksid tähelepanuta jääda.

Lisaks mainisime peatüki alguses ressursside, õiglase jaotuse ja majanduslike huvidega seotud küsimusi, kuid ei analüüsinud neid põhjalikumalt. Evangeelsed kirikud, kelle jaoks sotsiaalne õiglus ning mure vaeste ja õigustest ilmajätute pärast on väga olulised, peaksid kindlasti neile küsimustele tähelepanu pöörama. See võib olla üks valdkond, millega EKOE ja selle liikmeskirikud peavad veel töötama.

²²⁸ Habermas 2003.

²²⁹ Vt nt Brent Waters (2012) Christian Ethics and Human Germ Line Genetic Modification. – *Christian Bioethics* 18.2, 171–186.

10.

Reproduktiivne kloonimine ja tehissugurakkude kasutamine

10.1 Sissejuhatus

Kõigile seni käsitletud reproduktiivtehnoloogiatele on ühine see, et nendega püütakse kõrvaldada või kompenseerida loodusliku viljakuse puudujääke. Samuti võimaldavad need abistada lapsesaamisel samasoolisi paare ja vallalisi naisi või mehi. Selleks tuleb küll kasutada annetatud sugurakke, kuid bioloogilises mõttes on meetod võrreldav loodusliku paljunemisega. Selliselt viljastatud lapsed võivad üles kasvada ebatavalises perekoosluses, kuid sarnaselt kõigi ülejäänud inimestega põlvnevad nad mehest ja naisest ning lisaks sotsiaalsetele vanematele on neil endiselt geneetiline ema ja geneetiline isa.²³⁰ See põhimõtteline side järglaste saamise ja loodusliku soojätkamisvõime vahel võib tulevikus (vähemalt teoreetiliselt) kahtluse alla sattuda seoses kahe tehnikaga, mida on mõnel juhul juba loomade peal edukalt katsetatud: reproduktiivne kloonimine ja tehissugurakkude (mis on saadud nt tüvirakkudest) kasutamine. Kuigi enamik teadlasi ei poolda nende tehnoloogiate kasutamist inimestel või ei ole sellest põhjust rääkida, kuna nad ei ole veel piisavalt kaugele arenenud, tasub seda teemat käesoleva dokumendi lõpus siiski põgusalt puudutada, et osutada võimalikele tulevastele reproduktiivmeditsiiniga seotud probleemidele.

10.2 Faktid ja arvud

Eelmises peatükis on kirjeldatud somaatilise rakutuuma siirdamise (SCNT) protseduuri, mida saab kasutada raviotstarbelise kloonimise kõrval ka reproduktiivseks kloonimiseks. Pärast kloonlammas Dolly sündi 1996. aastal on SCNT abil kloonitud arvukalt eri liiki loomi: hiiri, sigu, koeri ja hobuseid.²³¹ Neist enamiku puhul

²³⁰ Nagu 9. peatükis märgitud, on mitokondrite asendamisel põhinev ravi hakanud seda piiri nihutama, tekitades võimaluse, et lapsel võib olla (väga piiratud tähenduses) kolm geneetilist vanemat.

²³¹ Ülevaadet vt Jose C. Cibelli et al. (2013) *Principles of Cloning*, 2. tr. Amsterdam/ Waltham, MA: Academic Press.

on õnnestumise protsent väga madal: vaid vähesed kloonid jõuavad blastotsüsti staadiumisse, veel vähemad arenevad sündimiseni ja nendestki on paljud väärarenguga. Inimesest erinevate primaatide kloonimine pole seni õnnestunud ja inimese kloonimisel tekkivad probleemid oleksid ilmselt sarnased. Ent inimese reproduktiivne kloonimine ei olegi teema, mis tõsiseid teadlasi huvitab.²³²

Kui reproduktiivne kloonimine on nüüdseks juba tuntud protseduur, siis tehis-sugurakkude kasutamine on reproduktiivmeditsiinis veel väga esialgsete katsetuste järgus, seda isegi loomade puhul. Terminit „tehis-sugurakud” (*artificial gametes*) kasutatakse kirjanduses selliste küpsete sugurakkude kohta (seemne- ja munarakud), mis on kasvatatud kehaväliselt nende looduslikest diploidsetest eellasrakkudest (algsed idurakud) või pluripotentsete rakkude (embrüonaalsed tüvirakud või indutseeritud pluripotentsed tüvirakud) suunatud diferentseerimise abil idurakkudeks.²³³ Abistatud reproduktsiooni kasutamise seisukohast pakub kõige rohkem huvi sugurakkude kasvatamine indutseeritud pluripotentsetest tüvirakkudest (iPSC), sest see võib anda ka ilma elujõuliste sugurakkudeta meestele või naistele võimaluse saada geneetilisi lapsi. Loomkatsetes on indutseeritud tüvirakkudest saadud munarakke juba edukalt viljastatud ja nendest on sündinud elujõulisi järglasi.²³⁴ Kui tulevikus muutuks võimalikuks saada mehe tüvirakkudest naissugurakke ja vastupidi, siis suurendaks see taas märkimisväärselt selle protseduuri kasutusvõimalusi inimestel. Sel juhul saaks tüvirakkudest kasvatatud sugurakkude abil aidata ka samasoolistel paaridel geneetilisi lapsi saada. Ka järglaste saamist ilma partnerita ei saaks sel juhul välistada. Vastassoo sugurakkude kasvatamine tüvirakkudest on seotud märkimisväärselt tehniliste raskustega, kuid praeguseks hiirte tüvirakkudega saadud kogemused osutavad, et see on põhimõtteliselt võimalik.²³⁵

²³² Valdonna asjatundjad suhtuvad väga skeptiliselt aeg-ajalt ajakirjanduses ilmuvatesse teadetes, et inimese kloonimisel on juba jõutud või jõutakse varsti esimeste rasedusteni. Vt nt Steve Connor (2009) *Fertility Expert: 'I Can Clone a Human Being'*. – *The Independent* (21. aprill 2009). Kasutatud 12.01.2016, <http://www.independent.co.uk/news/science/fertility-expert-i-can-clone-a-human-being-1672095.html>

²³³ Immaculada Moreno et al. (2015) *Artificial Gametes from Stem Cells*. – *Clinical and Experimental Reproductive Medicine* 42, 33–44. DOI: 10.5653/cerm.2015.42.2.33. Vt ka Saskia Hendriks et al. (2015) *Artificial gametes: a systematic review of biological progress towards clinical application*. – *Human Reproduction Update* 21, 285–296. DOI: 10.1093/humupd/dmvOOI. Charles A. Easley et al. (2015) *Gamete Derivation from Embryonic Stem Cells, Induced Pluripotent Stem Cells or Somatic Cell Nuclear Transfer-Derived Embryonic Stem Cells: State of the Art* – *Reproduction, Fertility and Development* 27, 89–92. DOI: 10.1071/RD14317.

²³⁴ Vt Katsuhiko Hayashi et al. (2012) *Offspring from Oocytes Derived from in Vitro Primordial Germ Cell-like Cells in Mice*. – *Science*, 971–975. DOI: 10.1126/science.1226889; Orié Hikabe et al. (2016) *Reconstitution in Vitro of the Entire Cycle of the Mouse Female Germ Line* – *Nature* 539, 299–303.

²³⁵ Vähemalt kehtib see isase tüvirakkudest emase sugurakkude saamise kohta. Vt Alexandre Kerkis et al. (2007) *In Vitro Differentiation of Male Mouse Embryonic Stem Cells into Both Presumptive Sperm Cells and Oocytes*. – *Cloning and Stem Cells* 9, 535–548. DOI: 10.1089/clo.2007.0031.

10.3 Õiguslik olukord

Reproduktiivne kloonimine on peaaegu üksmeelselt kogu maailmas keelatud. Aastal 2001 püüdsid Saksamaa ja Prantsusmaa ÜROs läbi suruda otsust ülemaailmse keelu kohta, kuid pärast mitu aastat kestnud läbirääkimisi tulemuseni siiski ei jõutud. Kokkulepet ei saavutatud küsimuses, kas keeld peaks kehtima ka teaduslikul eesmärgil kloonimisele. Euroopas on reproduktiivne kloonimine muuhulgas keelatud Euroopa Nõukogu biomeditsiini konventsiooni lisaprotokolliga, millega on ühinenud peaaegu kõik suuremad Euroopa riigid.²³⁶ Tehissugurakkude kasvatamine ja kasutamine on veel valdavalt reguleerimata. Ühendkuningriigis on lubatud neid kasutada teadusuuringuteks, aga mitte reproduktiivsel eesmärgil.²³⁷

10.4 Kirikute avaldused

Kui kirikud on reproduktiivse kloonimise suhtes seisukoha võtnud, on see alati olnud kriitiline.²³⁸ Tehissugurakkude kasutamise kohta pole kirikud peaaegu üldse avaldusi teinud, kuid 2006. aastal embrüoloogiaseaduse vastuvõtmisele eelnenud konsultatsioonide käigus väljendas Šotimaa Kirik sügavat muret tehissugurakkude pärast ja toetas selle valdkonna teadusuuringute keelustamist.²³⁹

10.5 Arutelu

Üldises meditsiinieetikat käsitlevas debatis esitatakse reproduktiivse kloonimise ja tehissugurakkude kasutamise suhtes kahte liiki vastuväiteid. Esiteks näevad kriitikud vääringute ohtu ja muid meditsiinilisi riske. Teiseks põhjustavad muret sel moel valmistatud või viljastatud laste enesemõistmise ja identiteedi kujunemine, soojätkamist, peresuhteid ja põlvnemist käsitlevate arusaamade muutumine ning selliste meetodite kasutamise motiivid. Teine vastuväidete kategooria on eriti huvitav antropoloogilisest aspektist.

²³⁶ Üks erand on Saksamaa, kes ei ole veel bioetika konventsiooni allkirjastanud, kuid ka seal on kloonimine riigisiselt keelustatud.

²³⁷ <http://www.hfea.gov.uk/in-vitro-derived-gametes.html>.

²³⁸ Vt nt *Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen*, 31j.; European Ecumenical Commission for Church and Society (EECCS) (2006) *Cloning Animals and Humans – an Ethical View*. Kasutatud 08.09.2015, http://csc.ceceurope.org/fileadmin/file/csc/Ethics_Biotechnology/cloning-print.htm; Šotimaa Kirik (mai 1997) *Cloning Animals and Humans. – Supplementary Reports to the Church of Scotland General Assembly*.

²³⁹ Šotimaa Kiriku Kiriku ja Ühiskonna Nõukogu ning Ühiskonna, Religiooni ja Tehnoloogia Projekt, *Response to the Public Consultation on the Review of the Human Fertilisation & Embryology Act*. Kasutatud 11.01.2016, http://www.srtp.org.uk/srtp/view_article/response_to_the_review_of_human_embryology_act

Seoses reproduktiivse kloonimisega tekib kõigepealt küsimus, kuidas mõjutab isikut teadmine, et ta on kellegi teise geneetiline koopia või et tal on vanem kaksik, kelle pealt ta saab vaadata, kuidas ta ise tulevikus välja näeb. Arutamist vajab ka küsimus, kas reproduktiivne kloonimine rikub lapse õigust avatud tulevikule. Loomulikult väidetakse sellele vastu, et genoomi tähtsust kiputakse tihti üle hindama ja epigeneetilisi tegureid alahindama. Sellegipoolest ei saa eitada, et kellegi teise noorema kaksikuna kasvamine võib põhjustada inimesele raskusi, eriti kui see isik täidab tema sotsiaalse ema või isa ülesandeid või on kloonitud embrüost kasvanud lapse ise sünnitanud. Selliste juhtumite puhul pole küsimus ainult identiteedi ja erinevuse või algkuju ja koopia vahekorras – need on teemad, mida võib leida nii meditsiini- eetikast debattidest kui ka selle valdkonna kirjanduslikest ja kunstilistest käsitlustest. Probleemiks on ka lapse vanemate ja õe või venna rollide kokkusulamine, mis viib omakorda üldisemate küsimusteni vanemluse tähtsuse kohta.²⁴⁰ Teine küsimus puudutab kloonide valmistamise motiive. Kas me suudame kujutleda olukorda, kus inimese kloonimine oleks lahendus mõnele põhjendatud soovile? Kuna kloonimise eripäraks on kloonitud isiku ja klooni (peaaegu) täielik geneetiline samasus, siis esimeseks pähe tulevaks motiiviks võiks olla soov teha kellestki koopia või saada talle „asendaja”. Samas on üsna selge, et selline äärmuslik keeldumine elu lõppemise ja surma lõplikkuse tunnistamisest on teoloogiliselt küsitav. Teine võimalik motiiv inimese (antud juhul iseenda) kloonimiseks oleks palju maisem soov saada endaga geneetiliselt suguluses olev laps.²⁴¹ Ent ka see motiiv tekitab tõsist muret. Nagu 4. peatükis osutatud, on põhjust küsida, kas geneetiliselt sugulust ei kiputa reproduktiiv- meditsiiniga seoses üle tähtsustama. Konkreetsem mure oleks seotud sellega, millise kuju võtab soov saada endaga geneetiliselt suguluses olevat last kloonimise korral. Loomuliku soojätkamise puhul on geneetilise suguluse idee enamasti kahepoolne. Inimesed ei soovi last, kes oleks geneetiliselt suguluses ainult nende endiga, vaid ka nende partneriga – nad soovivad koos lapsevanemateks saada. Siin oleks igati põhjust küsida, kas valmisolek teise vanema panuse vastuvõtmiseks (isegi kui see jääb vaid geneetilisele tasemele) ei peaks olema eeltingimus, et lapsesoo soov oleks üldse õigustatud. See oleks eriti oluline teoloogilise antropoloogia seisukohast, milles rõhutatakse inimese eksistentsi olemuslikult relatsioonilist iseloomu. Seega võib kokkuvõtteks ilmselt üsna julgelt järeldada, et inimeste kloonimine reproduktiiv-eesmärgil oleks sügavalt ekslik püüdlus, isegi kui jätta arvestamata sellega kaasnevad meditsiinilised riskid.

Sellest veelgi huvitavam, aga samas ka raskemini hinnatav valdkond on tehissugurakkude kasutamine reproduktsioonis. Kuni nais- ja meessugurakkude kasvatamiseks vajalikud indutseeritud tüvirakud saadakse vastavalt viljakas eas naiselt ja mehelt,

²⁴⁰ Onora O'Neill (2008) *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 67–68.

²⁴¹ See näib olevat selline kasutusala, mida peab reproduktiivset kloonimist kaitses silmas John Harris: vt John Harris (2004) *On Cloning*. London, New York: Routledge, eriti 31–33.

võiks seda meetodit pidada lihtsalt olemasolevate meditsiiniliste reproduktiivtehnoloogiate edasiarenduseks (näiteks otse munanditest seemnerakkude võtmises pole enam midagi ebatavalist). Ent nagu eespool öeldud, oleks teoreetiliselt võimalik saada naissugurakke ka mehe ning meessugurakke naise tüvirakkudest. Sel juhul saaksid sündida ka sellised lapsed, kelle mõlemad geneetilised vanemad on naised või mehed või kellel on ainult üks geneetiline vanem. See tähendaks reproduktsioonivaldkonna bioloogiliste võimaluste piiride ennenägematut ületamist. Kui jätame korraks kõrvale meditsiinilised riskid, siis oleks üks tehissugurakkude reproduktiiv-eesmärgil kasutamise peamisi probleeme asjaolu, et see paneks nii sotsiaalselt kui ka bioloogiliselt kahtluse alla heteroseksuaalse vanemluse kui normi. Sellega seotud eetilised ja antropoloogilised küsimused on nii põhjapanevad ja nende üle on teoloogiliselt veel nii vähe arutletud, et me ei üritagi siin mingit hinnangut anda. Kui Euroopa kirikud soovivad jääda reproduktiivmeditsiini teemal pädevaks kaasarääkijaks, peavad nad analüüsima ka seda hetkel veel futuristlikult kõlavat tehnoloogiat ja sellega kaasnevat võimalusi. Lisaks reproduktiivautonoomia ja lapse heaolu vahekorrale on sellega seoses tõenäoliselt oluline kaaluda punktides 3.3 ja 7.5 käsitletud küsimusi ehk milline on „loomulikkuse” normatiivne tähtsus ning millise väärtuse saab omistada „loomulikele” peremudelitele ja -suhetele.

11.

Järeldused, soovitused ja lahtised küsimused

Nagu sissejuhatuses öeldud, osutab juba selle juhendi pealkiri ühele põhjusele, miks tänapäeva reproduktiivmeditsiiniga seotud küsimused on keerulised, segadusse ajavad ja muret tekitavad: see tegevusala annab inimeste põlvnemise ja identiteedi üle seninägematu võimu ja kontrolli, mille kohta varem oleks arvatud, et see saab kuuluda ainult Jumalale. Juhend on mõeldud EKOE liikmeskirikutele abivahendiks, mis aitab neil taolisi raskeid küsimusi käsitleda, kui need kohalikes oludes päevakorrale tõusevad. Selles kokkuvõttes peatükis tuuakse välja peamised järeldused, esitatakse soovitusi ning loetletakse mõningaid lahendamata küsimusi ja täiendavat kaalumist vajavaid valdkondi.

11.1 Peamised järeldused ja soovitused EKOE liikmeskirikutele

Nagu tekstis korduvalt märgitud, tekitavad mõned juhendis käsitletud teemad küsimusi ja vastuolusid nii kirikus kui ka ühiskonnas ning evangeelsete kirikute seas puudub nende suhtes täielik üksmeel. Seetõttu ei pakuta juhendis igale küsimusele ühte vastust, vaid mõnel puhul kirjeldatakse evangeelsete käsitluste ja seisukohtade vahemikku. Nii osutavad mõned siin esitatud kokkuvõtlikud järeldused ja soovitused lõplikele vastustele, kuid teiste puhul tuuakse välja ainult evangeelsete seisukohtade vahemiku piirid. Liikmeskirikutel soovitatakse kasutada suunistena sellist teist liiki järeldusi, mis on neile abivahendiks selliste raskete küsimuste läbikaalumisel oma konkreetses olukorras.

Järgnev järelduste loetelu sisaldab ka näpunäiteid ja ettepanekuid, kuidas liikmeskirikud võiksid reproduktiivmeditsiini eetikaga seotud hingehoidlikke ja avalikke ülesandeid täites seda juhendit kasutada.

11.1.1 Reproduktiivmeditsiini eetikat analüüsides Pühakirjast juhendumine ei tähenda lihtsalt Piibli tekstidest moraalnormide väljalugemist, vaid eeldab kristlastelt ja kirikutelt hoolikat hermeneutilist tööd. Pühakiri ei anna ühemõttelist heakskiitu ühelegi konkreetsele pereelu või soojätkamise mudelile. Uus Testament õpetab meile, et bioloogiline sugulus ja soojätkamine ei oma evangeeliumi valguses

enam ülimat tähtsust, kuid lapsevanemaks olemist ja pereelu saab endiselt pidada sellest *tähtsusest järgmiseks* võimaluseks, kuidas kristlikku kutsumust järgida.

11.1.2 Evangeelne eetiline refleksioon reproduktiivmeditsiini teemadel peaks juhenduma teoloogilis-eetilisest armastuse, õigluse, vabaduse ja vastutuse raamistikust.

11.1.3 Üks väga vastuoluline küsimus, mis omab tähtsust paljude juhendis käsitletud praktiliste küsimuste jaoks, on embrüonaalse inimelu ontoloogiline ja moraalne staatus. Juhendi punktis 3.5 on visandatud selleteemaliste evangeelsete väitluste ja jätkuvate eriarvamuste piirjooned, millest juhendudes liikmeskirikud saavad täpsemalt läbi kaaluda selliseid praktilisi küsimusi nagu embrüouuringud ja kehavälisel viljastamisel ülejäänud embrüote kasutamine.

11.1.4 EKOE liikmeskirikud on kutsutud pöörduma reproduktiivmeditsiini eetikast käsitlevates aruteludes erinevate ja osaliselt kattuvate sihtrühmade poole. Juhendis eristatakse kirikute hingehoidlikke ülesandeid (näiteks moraalse juhendamise ja hingehoiu pakkumine nendele koguduseliikmetele, kes puutuvad reproduktiivmeditsiinis tekkivate valikutega isiklikult kokku) ja avalikke ülesandeid (näiteks oma riigis õigluse, poliitika ja praktika teemadel peetavates avalikes aruteludes osalemine). Et omada piisavat ettevalmistust selliste hingehoidlike ja avalike ülesannete täitmiseks, peavad liikmeskirikud tegelema refleksiooniga ning sõnastama käsitletud küsimustes oma põhimõtted. Käesolevat juhendit pakutakse neile kui võimalikku abivahendit selle töö tegemiseks.

11.1.4 Tegemist on valdkonnaga, kus mitmel põhjusel on eriti oluline, et kõigile kiriku liikmetele antakse võimalus ise eetikaküsimustest aru saada ja nende üle arutleda. Seetõttu võivad liikmeskirikud kasutada seda juhendit teabeallikana oma õppematerjalide koostamisel, et toetada koguduseliikmete õppimis- ja refleksioonipüüdlusi.

11.1.5 Evangeelne armastuse, õigluse, vabaduse ja vastutuse eetika ei tauni kehaväliselt viljastamist ei sellega seotud riskide ja võimaliku kahju alusel ega ka sellistel sügavamatel kaalutlustel nagu selle tehnoloogiline iseloom. Kehaväliselt viljastamist võib pidada üheks võimaluseks, kuidas võtta armastuse vaimus vastutust, et abistada inimesi nende põhjendatud vajadustes, püüdlustes ja igatsustes. Kuid nii pragmaatilised kui ka sügavamad kaalutlused annavad sellegipoolest põhjust suhtuda selle kasutamisse ettevaatusega ja talitsetult. Eelkõige peaksid evangeelsed kristlased vältima kiusatust näha selles mugavat lahendust probleemidele, mis on tegelikult ühiskondlikud ja poliitilised.

11.1.6 Krüokonserveerimine (sugurakkude või embrüote külmutamine) ei tekita iseenesest suuri eetilisi probleeme, kuid sellega on seotud teatud murekohad. Näiteks võib see soodustada liigselt instrumentaalset inimelu käsitust. Lisaks põhjustab muret nn sotsiaalne külmutamine: krüokonserveerimise ja kehavälise viljastamise kasutamine selliste probleemide lahendamiseks, mis on sisuliselt sotsiaalsed, poliitilised või majanduslikud, näiteks surve lükata laste saamist edasi karjääri nimel.

11.1.7 Sugurakkude (muna- ja seemnerakkude) doonorlust ei ole vaja taunida, kuid rohkem tähelepanu tuleks pöörata ohtudele ja võimalikule kahjule, mis hõlmab munarakudoonorlusega seotud terviseriske, vastuvõtvale paarile avalduvat psühholoogilist mõju ning doonorakkudega eostatud laste heaolu ja õigusi. Kuna lastel on õigus tunda oma vanemaid, tuleks keelustada mitme doonori seemnerakkude koos kasutamine. Sugurakke ei tohi osta ega müüa ning eetilisel küsitav on ka kehavälist viljastamist kasutavatele naistele rahaliste stiimulite pakkumine, et nad oma munarakke teistega jagaksid.

11.1.8 Soojätkamise eesmärgil toimuv embrüodoonorlus võib olla eetilisel põhjendatud. Ent kuna lastel on õigus tunda oma vanemaid, tuleks keelustada mitme doonori embrüote kasutamine ühes siirdamistsükklis.

11.1.9 Evangeelsetel kristlastel on kaalukaid põhjusi taunida asendusemadust, eriti (aga mitte ainult) tasulist asendusemadust.

11.1.10 Erinevad evangeelsed seisukohad inimembrüo staatuse küsimuses viivad ka erinevate järeldusteni siirdamiseelse geneetilise diagnostika lubatavuse kohta, kuna selle meetodiga kaasneb sageli embrüote hülgamine või hävimine. Ka lubatavuse korral peaks selle kasutamine piirduma vaid kõige raskemate olukordadega. Lapse soo valimine perekonna koosseisu „tasakaalustamise” eesmärgil ning koetüüpide määramine „päästjalaste” saamiseks peaks olema keelatud.

11.1.11 Erinevad arvamused embrüo staatuse küsimuses viivad ka erinevate evangeelsete seisukohtadeni inimembrüote teadusliku uurimise lubatavusest. Ent isegi need, kes seda lubavad, peavad embrüouuringuid suure moraalse kaaluga tegevuseks, mida ei tohi kergekäeliselt ette võtta. Sellest tuleneb tugev toetus alternatiivsete meetodite (nt indutseeritud pluripotentsed tüvirakud) väljatöötamisele ja kasutamisele alati, kui see on võimalik.

11.1.12 Evangeelsest seisukohast puuduvad põhimõttelised eetilised vastuväited somaatiliste rakkude või inimese iduliini geeniteraapiale, kuigi praktilistel põhjustel tuleks viimasel valdkonnas tegutseda palju ettevaatlikumalt. Palju suurema umbusuga peaksid evangeelsed kristlased aga suhtuma nii somaatiliste rakkude kui ka iduliini geneetilisse täiustamisse. Eriti on põhjust vastu seista ülimalt ambitsioonikatele „transhumanistlikele” püüdlustele. Samas mõõdukamate eesmärkidega ettepanekuid inimese täiustamiseks ei pea tingimata kohe tagasi lükkama, vaid need võivad pigem vajada juhtumipõhist eetilist läbikatsumist.

11.1.13 Inimese reproduktiivset kloonimist tuleks kategooriliselt taunida.

11.2 Soovitused edasiseks tööks

Juhendis esitatud arutlustest tuli välja mitmeid teemasid ja probleeme, millega tuleb erinevatel põhjustel edasi töötada. Mõnel juhul on tegemist teaduse ja kliinilise praktika uute valdkondadega, mille suhtes kirikutel pole veel olnud võimalust

seisukohta kujundada, samas kui mõned valdkonnad on sellised, millele pole senistes evangeelsetes käsitlustes piisavalt tähelepanu pööratud. Järgnevalt on loetletud mõne olulisemad teemad, millega EKOE või selle liikmeskirikud võiksid tulevikus mingil viisil põhjalikumalt tegeleda.

11.2.1 *Looduse ja loomulikkuse moraalne väärtus* on küsimus, mis on varasemas evangeelses eetikas tihtipeale käsitlemata jäänud. Samas omab see selgelt suur tähtsust biomeditsiini, ökoloogia ja muude eetika valdkondade aktuaalsete teemade jaoks.

11.2.2 Kirikutele oleks kasulik reflekteerida põhjalikumalt *kutsealade eetika* üle, kaaludes näiteks veendumuste tõttu ametikohustuste täitmisest keeldumise võimalusi ja piire. Selline refleksioon annaks kirikutele muu hulgas ettevalmistuse, et pakkuda tuge neile koguduseliikmetele, kes peavad oma erialase töö ja kohustuste raames langetama raskeid otsuseid.

11.2.3 Üks oluline teema, mis on mitmete juhendis käsitletud praktiliste küsimuste taustaks, puudutab seda, kuidas käsitada teoloogiliselt *tervist, haigusi ja puudeid* ning kuidas see käsitlus peaks mõjutama kirikute praktikat.

11.2.4 *Inimvõimete tehnoloogiline täiustamine* (geneetiliste, farmakoloogiliste, elektrooniliste või muude vahenditega) on valdkond, mis tekitab eetikas järjest suuremat muret. Täiustamise eetikas võib muu hulgas kohata grandioosseid spekulatsioone „transhumanistliku” või „posthumanistliku” tuleviku kohta, mis vajaksid hädasti asjatundlikku teoloogilist analüüsi ja kriitikat.

11.2.5 Üldisemalt on kirikute jaoks väga oluline *püsida kursis uute teaduslike ja kliiniliste arengutega* reproduktiivmeditsiini valdkonnas (mõnda sellist on käsitletud 9. ja 10. peatükis), et sõnastada nende suhtes teoloogilisi, eetilisi ja hingehoidlikke seisukohti ennetavalt, mitte üksnes tagantjärele.

Sõnaseletused ja lühendid

Sõnaseletustes piirduakse tekstis kasutatud teadus- ja meditsiiniterminega, mille tähendus ei pruugi olla üldtuntud või arusaadav. Ülejäänud termineid ja lühendeid on selgitatud tekstis endas.

Amniotsentees – sünnieelses diagnostikas kasutatav meetod. Loote rakke sisaldavast looteveest võetakse proov, mida saab kasutada erinevates geenitestides.

ART (*assisted reproductive technology*) – abistav reproduktiivtehnoloogia.

Asendusemadus (*surrogacy*) – kokkulepe, mille alusel üks naine kannab ja sünnitab lapse teisele naisele.

Blastotsüst – embrüo arengustaadium, mis algab inimesel umbes 5. päeval pärast viljastumist. Blastotsüst koosneb sisemisest rakumassist, millest kujuneb embrüo, ning seda ümbritsevast trofoblastist, mis muutub platsentaks.

CRISPr/Cas9 – hiljuti välja töötatud meetod genoomi editeerimiseks.

CVS (*chorionic villus sampling*) – koorionibiopsia, meetod lootelt sünnieelses diagnostikas kasutatava geneetilise materjali saamiseks. Loote, mitte ema genotüüpi kandvast platsenta osast võetakse väike koeproov.

Eeleembrüo – vt *embrüo*.

Embrüo – inimese arengustaadium esimese kaheksa nädala jooksul pärast viljastumist. Mõnikord kasutatakse ka terminit „eeleembrüo”, mis tähendab varases arengujärgus olevat embrüot, keda ei ole veel emakasse siirdatud, kuid see sõnakasutus on vastuoluline ja ei ole üldtunnustatud.

Endometriosis – haigus, mille korral endomeetrium (tavaliselt emaka sisepinda kattev kude) kasvab väljaspool emakat, nt munasarjades või munajuhades. See võib põhjustada valu ja viljatust.

Folliikul – munasarjas asuv pöieke, mille sees asub arenev munarakk.

Gameet – sugurakk (muna- või seemnerakk).

Genotüüp – indiviidi geneetiliste tunnuste kogum.

hESC (*human embryonic stem cell*) – inimese embrüonaalne tüvirakk. Vt *tüvirakk*.

Heteroloogiline – vt *kehaväline viljastamine*.

HLA (*human leukocyte antigen*) – inimese leukotsüüdi antigeen.

Homoloogiline – vt *kehaväline viljastamine*.

Hübriidembrüo – vt *inimese segaembrüo*.

ICSI (*intra-cytoplasmic sperm injection*) – seemneraku intratsütoplasmaatiline injektsioon, reproduktiivtehnoloogia, mille korral seemnerakk süstitakse laboris otse munarakku.

Idurakk – vt *gameet*.

Inimese segaembrüo (*human admixed embrüo*) – Ühendkuningriigi õigusaktides kasutav termin sellise embrüo kohta, kes sisaldab nii inimeselt kui ka muult organismilt pärit geneetilist materjali. Inimese segaembrüo vormid on *kimäär* (saadakse inimese ja muu organismi embrüorakkude segamisel), *tsübriid* (inimese rakutuum on SCNT meetodil sisestatud muu organismi munarakku või vastupidi), *transgeenne embrüo* (suhteliselt väike hulk muu organismi geneetilist materjali on lisatud inimembrüole või vastupidi) ja *pärishübriid* (muu organismi munarakk on viljastatud inimese seemnerakuga või vastupidi).

iPSC (*induced pluripotent stem cell*) – indutseeritud pluripotentne tüvirakk. Vt tüvirakk.

Kehaväline viljastamine (*in vitro fertilisation*, IVF) – reproduktiivtehnoloogia, mille korral munarakk ja seemnerakud viiakse kokku laboris („katseklaasis” ehk *in vitro*). Eesmärk on saada seemnerakuga viljastatud munarakke, mille saaks seejärel siirdada tulevase ema emakasse. Mõnikord kasutatakse kehavälise viljastamise kohta täpsustavaid termineid „homoloogiline” (sugurakud pärinevad partneritelt, kes kavatsesid saada ka lapse sotsiaalseteks vanemateks) ja „heteroloogiline” (seemnerakud, munarakud või embrüod pärinevad doonorilt, kellest ei saa lapse sotsiaalset vanemat).

Kimäär – vt *inimese segaembrüo*.

Kloonimine – organismi geneetilise koopia (klooni) valmistamine.

Kromosoom – inimese (samuti loomade ja taimede) rakkude tuumas paiknev struktuur, mis koosneb DNAs (desoksüribonukleiinhape) ja mitmesugustest spetsiifilistest valkudest. Üks kromosoom võib sisaldada sadu või tuhandeid geenijärjestusi koos selliste DNA-järjestustega, mis reguleerivad erineval moel geenide avaldumist.

Krüokonserveerimine (*cryopreservation*) – sugurakkude, munasarjakoe või embrüote säilitamine sügavkülmutamise teel.

Loode – inimese arengustaadium alates 9. viljastumisjärgsest nädalast kuni sünnini.

Mitokondrid – loomade ja taimede rakkudes esinev organel (rakuosa), mis vastutab energiaainevahetuse eest.

Monogeenne (geneetiline häire) – põhjustatud ühe geeni mutatsioonist (muutusest).

Munasari – naise sugunäär, kus valmivad munarakud.

NIPT (*non-invasive prenatal testing*) – mitteinvasiivne sünnieelne uuring.

Ootsüüt – munarakk.

PGC (*primordial germ cell*) – algne idurakk.

PGD (*pre-implantation genetic diagnosis*) – siirdamiseelne geenidiagnostika, kehaväliselt viljastatud embrüo geeniuuring teatud tunnuste (nt sugu või kindla päriliku haiguse markerid) tuvastamiseks enne emakasse siirdamist.

PND (*pre-natal genetic diagnosis*) – sünnieelne geenidiagnostika, loote geeniuring raseduse ajal. Selleks võetakse loote geenimaterjali proov (näiteks koorionibiopsia, mitteinvasiivse sünnieelse uuringu või amniotsenteesi meetodil), mida uuritakse huvi pakkuvate tunnuste (nt sugu või kindla haiguse markerid) esinemise suhtes.

PUBS (*percutaneous umbilical cord blood screening*) – loote vereanalüüs nabanöörist.

Pärishübrid (*true hybrid*) – vt *inimese segaembrüo*.

Raviotstarbeline kloonimine – vt *kloonimine*.

Reproduktiivne kloonimine – vt *kloonimine*.

SCNT (*somatic cell nuclear transfer*) – somaatilise rakutuuma siirdamine, kõige levinum meetod imetajate kloonimiseks.

Sügoot – vahetult viljastumisele järgnev embrüonaalse arengu staadium, kus embrüo on veel üherakuline.

Transgeenne embrüo – vt *inimese segaembrüo*.

Trofektoderm – trofoblasti teine nimetus; vt *blastotsüst*.

Tsübrid (*cybrid*) – tsütoplasmiline hübrid; vt *inimese segaembrüo*.

Tüvirakk (*stem cell*) – suhteliselt vähespetsiifiline rakk, millel on võime muutuda üheks või mitmeks spetsialiseerunud rakuks. Tüvirakud võivad olla *unipotent- sed* (tekitavad ainult ühte tüüpi rakke), *pluripotentsed* (võivad tekitada mitut tüüpi rakke) või *totipotentsed* (võivad tekitada kõiki kehas ja platsentas leiduvaid rakutüüpe). Inimese embrüost saadavad tüvirakud (hESC) on pluripotentsed. Viimastel aastatel on avastatud võimalus muuta täiskasvanud inimese kehast võetud rakke tagasi pluripotentseteks tüvirakkudeks, millel on sarnased omadused embrüonaalsete tüvirakkudega – selliseid rakke nimetatakse indutseeritud pluripotentseteks tüvirakkudeks (iPSC).

EKOE eetikaküsimuste eksperdirühm

Liikmed

Dr Beatrice **Birmele**, Tours, Prantsusmaa

Ruth **Denkhaus**, Hannover, Saksamaa

Dr Lothar **Elsner**, Frankfurt a.M., Saksamaa

Prof dr Sándor **Fazakas**, Debrecen, Ungari

Dr Jindrich **Halama**, Praha, Tšehhi Vabariik

Prof dr, dr h.c. mult. Ulrich H. J. **Körtner**, Viin, Austria

Prof dr Neil **Messer**, Winchester, Ühendkuningriik (**toimetaja**)

Prof dr Parush **Parushev**, Praha, Tšehhi Vabariik (kuni 2015. a)

Prof dr Ulla **Schmidt**, Aarhus, Taani

Dr Meego **Rommel**, Tartu, Eesti (alates 2015. a)

Uurimisassistent

Ulrike **Swoboda**, Viin, Austria

Koordinaator

Óp Frank-Dieter **Fischbach**, Brüssel-Viin, EKOE

2014. a mais toimunud erikohtumisel osalejad

Prof dr Barbara **Maier**, Viini Meditsiiniülikool, Hanuschi haigla günekoloogia ja sünnitusabi osakonna juhataja, Austria

Prof dr Jonathan **Montgomery**, Londoni Ülikooli Kolledži õigusteaduskonna tervishoiuõiguse professor, Nuffieldi bioetika nõukogu ja Terviseuuringute Ameti juhataja, Ühendkuningriik

Aeg elada ja aeg surra

Evangeelsete Kirikute Osaduse Euroopas (EKOE)
nõukogu orienteerumisabi surma kiirendavate otsuste
ja surijate eest hoolitsemise küsimustes

Sisukord

Eessõna	154
Sisukokkuvõte	155
Elu pikendava ravi lõpetamine või mitteandmine	156
Palliatiivne ravi, valu vaigistamine ja tuimastus	157
Eutanaasia ja abistatud enesetapp	157
1 Sissejuhatus: evangeelsete kirikute seisukoht eutanaasia ja muude elu lõpuga seotud otsuste suhtes	160
2 Üldine taust I: surm ja suremine tänapäeva ühiskondlikus, kliinilises ja õiguslikus kontekstis	162
2.1 Sotsiaalmajanduslik ja kultuuriline mõõde	162
2.2 Kliiniline kontekst	164
2.3 Õiguslikud ja poliitilised aspektid	165
2.4 Eutanaasia Saksa natsionaalsotsialistliku režiimi ajaloolises kontekstis	167
3 Üldine taust II: oikumeenia	169
4 Teoloogiline ja eetiline raamistik	170
4.1 Inimelu: loodud Jumala näo järgi	170
4.2 Moraalne vastutus: Jumala loomise ja lunastuse armastustegudele vastamine	171
4.3 Inimelu: õigus kaitsele	173
4.4 Haigete ja surijate eest hoolitsemine ja kaastunne	173
4.5 Patsiendiga arvestamine	175
5 Elu pikendava ravi mitteandmine/lõpetamine	177
5.1 Kliiniline kontekst	177
5.2 Eetiline arutus: ravi lõpetamise või mitteandmise näidustused	178
5.2.1 Elukvaliteet ja elu pikendavast ravist loobumine	179

5.2.2	Hoolekande ja ravi eristamine	181
5.2.3	Üleravimise oht	182
5.3	Eetiline arutlus: patsiendi tahe	182
5.3.1	Patsiendi väljendatud tahe	183
5.3.2	Varasemad tahteavaldused	183
5.3.3	„Mitte terve mõistuse juures”/otsusevõimetud patsiendid ...	184
5.3.4	Pereliikmed	184
5.3.5	Eestkostja	185
5.3.6	Elu pikendava ravi katkestamine või mitteandmine: kokkuvõte	186
6	Palliativne ravi, valu vaigistamine ja tuimastus	187
7	Eutanaasia	189
7.1	Küsimuseasetus	189
7.2	Eetiline arutlus	190
7.2.1	Autonoomia ja eutanaasia	190
7.2.2	Heategemine ja eutanaasia	192
7.2.3	Eutanaasia ja ravi mitteandmine: oluline vahe	194
7.2.4	Eutanaasia mõju ühiskonnale	195
7.2.5	Eutanaasia seadustamine	196
7.2.6	Eutanaasia: kokkuvõte	197
8.	Abistatud enesetapp	198
8.1	Küsimuseasetus	198
8.2	Abistatud enesetapp ja eutanaasia	198
8.3	Moraalne õigus abistatud enesetapule	200
8.4	Seaduslik õigus abistatud enesetapule	202
8.5	Abistatud enesetapp: kokkuvõte	203
9.	Kokkuvõte	204
	Kirjandus	206
	EKOE eetikaküsimuste eksperdirühm	208

Eessõna

Paljud evangeelsed kirikud on viimastel aastatel tegelenud eetiliste küsimustega, mis on tekkinud seoses inimese elu pikendamise meditsiiniliste võimalustega. Eri- list tähelepanu pööratakse sealjuures küsimusele elu lõpetamist puudutavate otsuste enda kätte võtmise kohta. Kirikute sel teemal avaldatud seisukohtadest ilmneb erinevaid rõhuasetusi ja ka lahknevaid arvamusi. Samas ei saaks evangeelsed kirikud üksteist välistavatele seisukohtadele jäädes anda selles küsimuses peetavasse ühis- kondlikku debatti piisavat panust.

Seetõttu otsustas Evangeelsete Kirikute Osadus Euroopas 2008. aastal küsi- musega põhjalikumalt tegeleda. Eetika eksperdirühma juhtimisel asjatundjatest moodustatud töögrupp vaatas läbi oikumeenilises kontekstis avaldatud erinevad seisukohavõtud. Need on avaldatud Stefanie Schardieni toimetatud väljaandes *Mit dem Leben am Ende* („Kui elu lõppeb“). Selle töö tulemusena valminud orien- teerumisabi arutati ja parandati 2011. aasta veebruaris toimunud liikmeskirikute konsultatsioonil, kus osalesid kirikute juhid, ülikoolide teoloogid ning meditsiini, õiguse ja haiglahingehoiu asjatundjad. Pärast teksti väljatöötamise eri etappidel toimunud arutelusid avaldab EKOE nõukogu selle tulemuse nüüd evangeelse panu- sena aruteludesse selle kohta, kuidas elu lõpu teemat väärikalt käsitleda.

Meditsiinilised võimalused avarduvad eelolevatel aastatel veelgi ja Euroopa riigid tegelevad vastavate õigusaktide muutmiselega. Seetõttu ei anna käesolev orien- teerumisabi kerkivatele küsimustele lõplikke vastuseid. Arutelud jätkuvad nii üleeuroopalisel kui ka riiklikul tasandil.

Praeguseks saavutatud tulemused loovad aluse Euroopa tasandil rakendatavaks ühiseks evangeelseks lähenemisviisiks. Orienteerumisabi eesmärk on innustada kiri- kuid töötama probleemidega edasi oma kohalikus kontekstis.

EKOE nõukogu tänab kõiki, kes teksti valmimisele kaasa aitasid, ja avaldab eri- list tänu toimetamise eest professor Ulla Schmidtile Oslost.

*Õp Thomas Wipf, dr theol h.c.
nõukogu president*

*Piiskop Michael Bünker, dr theol
peasekretär*

Sisukokkuvõte

Euroopa evangeelsed kirikud mõistavad probleeme, mis on tänapäeva Euroopa ühiskondades seotud raske haiguse, suremise ja surmaga. Peale selle, et kasvab nende inimeste arv, kes lähevad surmale vastu tervishoiuasutustes, on nende surm ka üha sagedamini seotud ravi käigus tehtavate otsustega. See tekitab põhjanevaid küsimusi selle kohta, kuidas me mõtestame surma ja suremist ning milline on meie suhe elu lõpule lähenevate inimestega. Nende keerukate küsimuste ja valikutega silmitsi seistes otsivad Euroopa evangeelsed kirikud konstruktiivseid lahendusi, mis lähtuksid ühelt poolt nende usu põhielementidest ja allikatest ning arvestaksid teiselt poolt elu lõpuga seotud küsimusi ümbritseva konteksti ja tingimustega.

Kõnealuse teemaga seotud kristliku usu evangeelse väljenduse lahutamatuks osaks on arusaam inimelust ja selle tähtsusest. Põhieeldusest, et inimene on loodud Jumala näo järgi, tuleneb inimese põhimõtteline vastutus Jumala ees, kuna ta on saanud oma elu Jumalalt. See kingitud eluga seotud vastutus Jumala ees avaldub ühelt poolt vabaduses, mis võimaldab inimesel mitte jääda täielikult maiste tingimuste ja kaasasündinud omaduste orjaks, ning teiselt poolt teostatakse seda maistes olukordades ja suhetes kui vabadust teenida armastavalt oma ligimest.

Veel üks inimese jumalanäolisusest tulenev põhiomadus on inimelu põhimõtteline väärikus. Kristliku usu evangeelsetes väljendusviisides põhineb inimväärikus viimselt inimese ja Jumala suhtel. Inimelu saab oma absoluutse ja piiramatu väärikuse sisuliselt sellest, et see on olemuselt suhtepõhine ning selle suhte aluseks on Jumala armastusteod inimese loomiseks ja õigeksmõistmiseks. Seega on inimväärikus seotud nende tingimustega, millest iga päev sõltub meie elu püsimine, mitte aga mingite kaasasündinud võimete või omadustega.

Inimelu põhimõtteline väärikus ei põhine selle funktsioonil, kasulikkusel või sõltumatusel. Seda ei vähenda puuduv töövõime ega tunne, et see ei paku enam naudingut. Näiteks raske haiguse või puudega inimese elu võib olla – mõnikord algusest lõpuni – täielikult sõltuv teiste hoolitsusest ja abist, kuid see ei ole vastuolus ega kahanda inimelu põhimõttelist väärikust ning ei ole ka mingis mõttes vale või alandav inimelu vorm.

Sellest veendumusest, et Jumala loomise ja õigeksmõistmise armastustegudega rajatud suhe annab inimelule piiramatu ja absoluutse väärikuse, tulenevad mitmed

järeldused, mis puudutavad vastutust inimese eest. Esiteks järeldub sellest, et inimesel on võõrandamatu õigus kaitsele kahju, rikkumise ja hävitamise eest, nagu on öeldud ka tapmist keelavas viiendas käsus. Ent sellest järeldub ka esmane kohustus hoolitseda ligimese eest, mille kohta me leiame eeskujul Issanda elust. See hõlmab tähelepanelikkust ja kaastundlikku hoiakut ligimese suhtes, samuti konkreetseid abistavaid ja toetavaid tegusid, eriti kõige haavatavamate inimeste heaks: vaesed, lapsed, õigusteta ja puudustkannatavad isikud ehk lühidalt kõik, kes võivad liigagi kergesti jääda ühiskonna ja inimosaduse äärealadele.

Seoses sellega tuleb meil eriti meenutada kristliku moraaliõpetuse olulist läbivat elementi, mis nõuab hoolitsemist raskelt haigete ja surijate eest, isegi kui neil ei ole enam paranemise või ravi lootust. Kohustus hoolitseda raskelt haigete ja surijate; valuga, kannatustes ja abituses elavate inimeste eest ei tulene ega sõltu sellest, kas neid on võimalik muuta tervemaks ja endaga paremini toime tulevaks, vaid inimese põhimõttelisest väärkusest, mille aluseks on Jumala loov ja õigeksmõistev suhe inimestega. Sellise hoolekandekäsitluse olulisi aspekte võib näha palliatiivravi mõistes ja praktikas, mis on üha enam muutumas riiklike tervishoiuteenuste loomulikuks osaks. Me soovime esile tõsta ja toetada kõiki algatusi, mis seavad eelisjärjekorda ja soodustavad heade palliatiivse ravi võimaluste loomist.

Kirjeldataud esmased veendumused ja hoiakud, mis tulenevad meie kristliku usu põhisisu käsitlusest, saab võtta appi vastamaks keeruliste küsimuste, mis tekivad siis, kui meil tuleb teha elu lõpuga seotud otsuseid.

Elu pikendava ravi lõpetamine või mitteandmine

Raskelt, pöördumatult või surmavalt haige patsiendi elu pikendava ravi katkestamine või mitteandmine ei ole taolisi asjaolusid arvestades mitte üksnes lubatud, vaid võib olla lausa nõutav kui kohase hoolitsuse ja kaastunde element. Oluline on küsida, kas ravi jätkamisest on patsiendile veel kasu. Selline kasu võib olla seotud tervise paranemise, vaevuste leevendamisega või elu säilitamisega, millel on väärtus kristlikus mõttes – osakssaava armastuse vastuvõtmise, tajumise ning sellele mingil moel vastamisena. Kristlikus traditsioonis rõhutatakse järjepidevalt kohustust hoolitseda raskelt haigete ja surijate eest, isegi kui neil ei ole enam tervenemise või seisundi paranemise lootust, ning selle tulemuseks on tugev soodumus jätkata valu, ebamugavust ja ärevust leevendavate ravivahendite kasutamist ka viimastel elutundidel. Ühelt poolt on nii elu pikendavate kui ka muude meditsiiniliste, kliiniliste ja õenduslike hoolekandevahendite kasutamine meie jaoks väga tugev moraalne kohustus, millest ei saa muude kaalutluste nimel kergekäeliselt loobuda. Teiselt poolt ei ole need tingimusteta nõuded, mille puhul ei arvestata nende mõju patsiendile ja tema olukorrale. Kuigi evangeelsed kirikud tunnistavad nende teemadega kaasnevaid keerulisi moraalseid valikuid ja hinnanguid ning raskeid eetikküsimusi,

ei ole nad valmis väitma, et (näiteks) püsivas vegetatiivses seisundis patsiendi toitmise lõpetamine on alati ja igal juhul vale.

Moraalsed küsimused ja hinnangud ei puuduta ainult otsuseid, vaid ka seda protsessi, mille käigus otsuseni jõutakse. Patsiendi teadlikku ja selgesõnalist soovi ravi lõpetada tuleks austada ning kui patsient ei ole enam „terve mõistuse juures”, aga on teinud varasema tahteavalduse ravi kohta, siis on ka sellel tahteavaldusel märkimisväärne kaal, eriti kui pole põhjust arvata, et see ei vasta enam patsiendi tahtele. Kui patsient ei ole enam „terve mõistuse juures” ja varasemad tahteavaldused puuduvad, siis muutuvad eriti oluliseks otsustamiseks vajalikud teabevahetuse ja konsultatsioonide protsessid. Need peaksid olema kaasavad, nii et neis osaleb piisavalt lai ring erinevate erialade esindajaid, tervishoiutöötajaid ja nõustajaid. Põhjalikult tuleks nõu pidada lähedaste pereliikmete, sugulaste ja sõpradega, kes patsienti hästi tunnevad ja lähtuvad kõigi eelduste kohaselt tema parimatest huvidest; samuti tuleks neile anda piisavalt aega ja ruumi nii selle otsuse kui ka lähedase inimese võimaliku kaotusega leppimiseks. Samas ei tohiks nende kanda jätta lõpliku otsuse tegemise koormat.

Palliatiivne ravi, valu vaigistamine ja tuimastus

Evangeelsed kirikud tervitavad palliatiiv- ja hooldusravi, arstiväljaõppe, meditsiiniuuringute ja kliinilise praktika valdkonnas tehtud suuri edusamme. Lisaks tõhusa ravi ning füüsilise valu ja ebamugavuse leevendamise võimaluste olulisele parandamisele on need võimaldanud elu lõpuga seotud hooldusravis arvesse võtta rohkem erinevaid haiguse ja läheneva surma mõõtmeid, kaasa arvatud psühhosotsiaalseid ja vaimseid aspekte. See on kindlasti parandanud elu lõpusirgel olevate patsientide elukvaliteeti. Lisaks on need osutunud elu pikendavateks, mitte lühendavateks meetmeteks, millele keskenduti suures osas varasemates valu leevendamist käsitlevates aruteludes. Selliste meetmete hulka kuulub ka harva kasutatav palliatiivse tuimastuse protseduur, millega langetatakse meditsiiniliselt patsiendi teadvuse taset, et vältida kontrollimatu valu ja kannatuse tajumist ning kogemust.

Olles küll teadlikud, et palliatiivmeditsiin ja hooldusravi ei lahenda kõiki elu lõpuga seotud meditsiinilisi probleeme, leiavad kirikud, et palliatiivne ravi ja selles valdkonnas tehtud tohutud edusammud on kooskõlas absoluutse inimväarikusega, mis kuulub piiranguteta ka raskelt haigetele ja surijatele.

Eutanaasia ja abistatud enesetapp

Euroopa evangeelsed kirikud tunnevad sügavat muret patsientide ja sugulaste pärast, kes peavad läbi tegema raske ja surmava haigusega kaasneva piinarikka protsessi ja elavad surma ootuses. Lisaks sellele, et meie ühiskonnad ei pruugi olla piisavalt

valmis sellistes olukordades abi osutama, ei pruugi ka meie usukogukonnad veel pakkuda sellist osadust, tuge, lohutust ja lootust, milleks kristlik usk meid kutsub. Kõnealuse olukorraga kokku puutudes on enne kiirete moraalsete hinnangute andmist põhjust olla teadlik taolistest vajakajäämistest patsientide ja perede abistamisel. Ühiskondade, kogukondade ja kirikute esmane kohustus on tagada piisava hoolekande, lohutuse ning valu ja kannatuste leevendamise kättesaadavus ja andmine ning edendada selliseid kogukondi ja väärtusi, mis võimaldavad raskelt haigetel ja surijatel näha oma elu kui võõrandamatu ja piiramatu väärikuse kandjat.

Evangeelsed kirikud leiavad, et eutanaasia kasutamine sellises olukorras on mitmel põhjusel eetilisel väga problemaatiline. See on vastuolus mõnede kõige sügavamate moraalsete veendumustega mitte ainult kristlikus traditsioonis, vaid ka üldisemas moraalipärandis, mis keelavad süütu inimese elu võtmist ja kohustavad inimelu kaitsma, eriti kui see on haavatav ja nõrk. Selle põhilise moraalse veendumuse kummutamiseks tavaliselt esitatavad argumendid, mis räägivad autonoomiast ja hea tegemisest, ei ole eutanaasia eetilise põhjendusena piisavalt kaalukad. Eutanaasiat on raske ühitada kristliku traditsiooni ühe kõige tugevama ja püsivama veendumusega, mille kohaselt inimelu põhimõtteline ja võõrandamatu väärikus ei tulene selle iseseisvast enesemääramisest ja teovõimest, vaid loovast ja õigeksmõistvast armastusest, mida inimesed Kristuses Jumalalt vastu võtavad.

Seda ei saa käsitada puhtalt isikliku südametunnistuse küsimusena, mida riik ei tohiks keeldudega ohjeldada. Eutanaasia seadustamine tähendaks mingis mõttes selle normaliseerimist ja heakskiitmist, nii et see muutub meditsiinilise ja kliinilise praktika tavapäraseks ja väljakujunenud osaks. Kuna elus võib siiski ette tulla moraalsete tragöödiad; olukordi, kus olulise ja elutähtsa moraalse hüve sügav moonutamine on vältimatu, võib sellistel harvadel ja äärmuslikel juhtudel seadustamise asemel rakendada õiguslikku lünka – nagu mõnes riigis on tehtud –, nii et loobutakse asjaomastele isikutele süüdistuse esitamisest.

EKOE liikmeskirikud peavad oma ülesandeks kasvatada ühiskonnas üldist solidaarsust surijatega ning kritiseerida kalduvust kannatuste individualiseerimisele ja inimliku ühtekuuluvustunde puudumist praegustes eutanaasiat käsitlevates aruteludes. Suurim sotsiaalne probleem ei ole liigne meditsiiniline abi, vaid surijate üksildus.

EKOE liikmeskirikud toetavad surijate ja surmavalt haigete inimõiguste kaitset. See hõlmab nii viimase hetkeni kestvat õigust elule kui ka õigust keelduda edasisest ravist. Hoolekanne ja patsiendi õigus ravist keelduda ei ole vastandid. Samuti kritiseerivad EKOE liikmeskirikud püüdlusi lahjendada surijate ja surmavalt haigete eest hoolitsemise kohustust abstraktse osutusega autonoomia põhimõttele, mida tehes jäetakse tähelepanuta, et raskelt haiged ja surijad vajavad erilist abi ja kaitset. Nii teoloogiliselt kui ka filosoofiliselt on äärmiselt küsitav, kas inimväärikust saab siduda abstraktse autonoomia põhimõttega, mis ajab indiviidi isikupära segamini täieliku sõltumatusega ning peab ühtlasi igasugust sõltuvust, abi vajamist ja teistele toetu-

mist nartsissistlikult solvavaks. Sellise autonoomiakäsituse korral on kannatused ja nõrkus midagi, mis ei ole inimesele vääriline, ning inimväarikus saab olla tagatud ainult abstraktse, iseenda määratud surma korral. Evangeeliumi valguses tuleb sellele vastuväiteks öelda, et Jumala vägevus avaldub nõrkades, ning täpselt samavõrd, nagu inimesi eristavaks tunnuseks on võime armastada, on seda ka võime kannatada.

Kuigi EKOE liikmeskirikute hinnangul ei saa eutanaasiat, enesetappu ega abistatud enesetappu eetilisel õigustatuseks pidada, mõistavad nad avalikkuses laialt levinud nõudmist dekriminaliseerida aktiivne eutanaasia.

EKOE liikmeskirikud soovivad ühiskondlike tingimuste ning samuti haiglates ja hooldekodudes antava ravi ja hoolekande kujundamist selliseks, et oleks tagatud nii elavate kui ka surijate inimväarikuse austamine. Nad toetavad hospiitside rajamist ja muid palliatiivse ravi lahendusi, mille juurde kuulub ka vaimuliku ja vaimse nõustamise mõõde. Seega peavad EKOE liikmeskirikud enda ülesandeks kirjeldada, luua ja koostada kristlikke surijate toetamise vorme, sealhulgas kiriklikke rituaale, ning arendada neid edasi nii, et need kaitseksid mehi ja naisi elu viimasel etapil kõnevõimetuse eest ning oleksid abiks ja juhiseks elu lõplikkusega toimetulekul.

Inimeste eest hoolitsemine ja vaimuliku lohutuse pakkumine on „kirikuks olemise” lahutamatu osa. See hõlmab ka kirikute selget ülesannet kodanikuühiskonnas. Nad on kutsutud väljendama vastuseisu elu kaitsvate õiguslike piirangute tühistamisele. Nad on kutsutud võitlema avalikult haiglate ja hospiitside piisava rahastamise eest, et surma palge ees seisjatele oleks osutatud parimat võimalikku hoolt. Nende ülesanne on püüda luua ühiskonnas üldist õhkkonda, mis soodustab iga ühiskonnaliikme, kaasa arvatud surijate, täisväärtuslikku elu.

1.

Sissejuhatus: evangeelsete kirikute seisukoht eutanaasia ja muude elu lõpuga seotud otsuste suhtes

Suremine on elu osa. Ent suremise tingimused on viimastel aastakümnetel oluliselt muutunud. Inimeste jaoks ei ole enam reegel lõpetada elu perekonna, sõprade ja naabrite keskel. Tänapäeval surevad paljud inimesed hooldekodus või haiglas. Sellised asutused pakuvad uusi ravivõimalusi, millest möödunud sajanditel midagi ei teatud. Kuid koos muutuvate ühiskondlike olude ja meditsiini jätkuva arenguga tekivad ka uued küsimused. Inimesed pole kindlad, kas kõigi meditsiiniliste võimaluste aktiivne kasutamine parandab tõesti nende elukvaliteeti või üksnes pikendab piinarikast ja pikka suremise protsessi. See sunnib meditsiinitöötajaid ja surija perekonda tegema ravi kasutamise osas raskeid otsuseid. Samuti paneb see poliitikuid ja ühiskondi võtma vastu otsuseid hooldusravi kvaliteedi kohta, näiteks kas tulevikus peaks kogukond rahastama kõike, mida meditsiin võimaldab.

Viimastel aastatel on paljud evangeelsed kirikud teinud avaldusi elu lõpuga seotud otsuste kohta. Need sisaldavad kaalutlusi ja arutlusi selliste raskete olukordade ja dilemmade kohta, millega puutuvad praegu kokku kõik, kes on sunnitud tegema elu lõpuga seotud otsuseid ja valikuid. Lähtudes küll paljudest ühistest väärtustest ja veendumustest, on eri kirikud siiski jõudnud mitmete konkreetsete küsimuste puhul erinevate vastusteni, mis osaliselt on tingitud ka kohalikest ühiskondlikest ja õiguslikest oludest. Samal ajal on kirikud rõhutanud oma vastutust selle eest, et võimaldada surijatele parimat hoolekannet ning toetada kõiki, kes peavad seisma silmitsi surmaga seotud katsumustega.

Evangeelsete Kirikute Osadus Euroopas (EKOE) on oma eetikaküsimuste eksperdirühma abil korraldanud konsultatsioone, et hinnata kõnealuseid avaldusi ja arutada neis tõstatatud küsimusi. Käesolevas dokumendis esitab EKOE Euroopa evangeelsete kirikute ühise seisukoha. Esiteks püütakse selles arvestada väärtuslikku ja põhjalikku mõttetööd, mida on paljudes meie liikmeskirikutes neil keerulistel teemadel tehtud. Teiseks püütakse selles kokku võtta vähemalt mõned kirikute avaldustes leiduvad olulised mureküsimused ja kaalutlused ning laiendada ja täiendada neid seal, kus seda peetakse vajalikuks. Kolmandaks, soovides ja lootes pakkuda materjali edasiseks refleksiooniks, kutsutakse sellega liikmeskirikuid – ja teisi kiri-

kuid – jätkama kõnelusi, mõttevahetust ja arutelu neil keerulistel teemadel. Usume, et kirikutel on seoses kõnealuse küsimusega kahekordne ülesanne ja mandaat: ühelt poolt avalik ja teiselt poolt hingehoidlik või koguduslik. Nad peavad ütleva välja oma seisukoha ja osalema jätkuvates avalikes aruteludes õigusloome ja poliitika-kujunduse üle. Ent nad peavad ka olema saatjaks oma liikmetele, kes selliste raskete küsimustega kokku puutuvad: surijatele, elu lõpule lähenevate inimeste perele ja sõpradele, tervishoiutöötajatele, poliitikutele ja seadusandjatele ning koguduseliikmetele, kes peavad leppima oma tulevase surma tõsiasjaga. Abivahendid, mis seda tehes kirikute käsutuses on, ei piirdu ainult kristlikust elust ja mõtlemisest toituvate moraalsete arutlustega. Neil on olemas ka vajalik väljaõpe hingehoiu ja vaimuliku juhatuse pakkumiseks neile, kes on raskustes. Seda juhatust kujundab muu hulgas liturgiline ja rituaalne keel, mis hõlmab inimkogemust tervikuna alates rõõmust kuni kannatuse ja ängini. Tähtsusetu pole seegi, et kirikud elavad töötuses, mis võimaldab neil vaadata lootuses kaugemale meie praegusest ajalikust elust.

Käesolevas tekstis soovime uurida mõningaid kristliku usu ja elu evangeelse traditsiooni allikaid, et arutleda selliste küsimuste ja valikute üle, mis elu lõpus meditsiinilises ja kliinilises kontekstis meie ees seisavad, näiteks elu pikendava ravi mitteandmine või lõpetamine, valuvaigistav ravi ja palliatiivravi, eutanaasia ja abistatud enesetapp. Sellega seonduvaid, kuid konkreetsemaid teemasid nagu enneaegselt sündinute eest hoolitsemine ja enesetapp otseselt ei käsitleta.

2.

Üldine taust I: surm ja suremine tänapäeva ühiskondlikus, kliinilises ja õiguslikus kontekstis

Küsimused eutanaasiast ja elu lõpust ning üldisemalt sellest, kuidas me suremist ja surma tajume ning sellesse suhtume, kuuluvad osaliselt laiemasse konteksti, mis ei oma üksnes meditsiinilist ja kliinilist mõõdet, vaid hõlmab ka sotsiaalmajanduslikke, kultuurilisi ja õiguslikke tahke.

2.1 Sotsiaalmajanduslik ja kultuuriline mõõde

Eutanaasia ja muude elu lõpuga seotud valikute küsimused sõltuvad teatud määral ümbritsevatest sotsiaalmajanduslikest ja kultuurilistest oludest. Üks väga valdav ja oluline aspekt on see, et suremine ja surm leiab praegusajal suuresti aset haiglate, hooldekodude ja muude hoolekandeesutuste või -osakondade institutsioonilises ja tehnoloogilises meditsiinikeskkonnas. Veel kuni 19. sajandi alguseni leidis suremine põhiliselt aset kodus vahetult perekonna, naabrite ja kogukonna keskel, ent see olukord muutus mitmete tegurite koosmõjul. Sotsiaalmajanduslikud tegurid on teiseks muutnud peresid ja lähemat kogukonda, mille keskel suremine ja surm varem aset leidsid. Lisaks sellele, et enamik töökohti asub väljaspool kodu ja lähemat koduümbrust, on nõudlus paindliku tööjõu järele, suurem liikuvus, muutuvad pereelu ja põlvkondadevahelise suhtluse mudelid vaid mõned neist teguritest, mis on muutnud lähiperekonna tingimusi paigana, kus toimub suremise ja surma protsess. Linnastumine suurendab liikuvust, muudab senist ettekujutust eluaegsest püsivast elukohast ning mõjutab lisaks neid tingimusi, mis võimaldasid varem väikestel kokkuhoidvatel ja stabiilsetel kogukondadel olla hoolitsust ja toetust pakkuvaks paigaks. Lühidalt öeldes on industriaal- ja postindustriaalühiskondade muutuvad sotsiaalsed struktuurid soodustanud suremise ja surma protsesside liikumist lähedast perekondlikust keskkonnast tervishoiuasutuste institutsionaliseeritud keskkonda.

Seda muutust pole põhjust taunida. Üldjuhul on tervishoiuasutuste käsutuses meditsiinilised eriteadmised, seadmed ja tõhusad palliatiivravi vahendid ning tähtsusetu pole ka see, et tervishoiutöötajatel on väljaõpe ja kogemused, mis võimaldavad neil parandamatult haigete eest hoolitsedes järgida olulisi kutse-eeskriitika norme.

Enamasti tagavad need asutused parandamatult haigetele suurema kindluse, et neile osutatakse nõuetekohast hooldusravi, näiteks olukordades, kus pere ja lähedased ei soovi või ei suuda haige pereliikme eest vajalikul määral hoolitseda, või inimeste puhul, kellel puuduvad lähedased peresidemed. Teisalt tuleks mõista, ja tavaliselt ka mõistetakse, et pereliikmete ja lähedaste inimeste poolt surevale patsiendile pakutav lohus, tugi ja osadus on olulised abiallikad, mitte professionaalse tervishoiuteenuse osutamist häiriv element. Kui asjaolud seda võimaldavad, võib patsient soovi korral surra oma kodu tuttavas keskkonnas armastatud inimeste keskel.

Paljudes Euroopa riikides seavad demograafilised muutused nagu pikem keskmine eluiga ja eakamate inimeste suurenev osakaal rahvastikus hospitaliseeritud ja asutusse hooldamisele suunatud surijad suure surve alla. Peale selle kulub viimastel elunädalatel raviks ja hoolduseks rohkem vahendeid kui tavalise ravi ajal ning palliatiivravi üksuste tegevuskulud on suuremad kui muudel haiglatel. Paljudes riikides on kirjeldatud olukorra tõttu tekkinud kasvav poliitiline surve elu lõpul antava ravi ja palliatiivse hoolduse kulude kärpimiseks või piiramiseks. Hooldekodud ja palliatiivravi üksused peavad toime tulema eelarvekärbetega ja nõudmistega tõhustada ja ratsionaliseerida oma tegevust, mille tagajärjel väheneb nende tegevuse maht. Mõnikord kaasnevad selliste ettepanekutega poliitikute mõtteavaldused, et surevatele patsientidele saab vähemalt sama hästi osadust ja tuge pakkuda kodus pere keskel. Sellele vastukaaluks tuleb mees pidada, et kuigi pere ja lähedased pakuvad paljudel juhtudel tõesti hindamatut lohus ja tuge, on need ühiskondlikud sidemed ja struktuurid, mille alusel perekond oli kunagi esmane elu lõpul vajatava hoolekande paik, juba ammu murenenud. Pere ja lähedased kogukonnad ei suuda kompenseerida tegemata jäänud investeeringuid palliatiivravis ning ravi- ja õendusraviasutustesse, mis on ette nähtud pakkuma parandamatult haigetele sobivat hooldust.

Mõnikord on väidetud, et lisaks nimetatud materiaalsematele sotsiaalmajanduslikele muutustele peegeldavad eurooplaste üha soosivamad hoiakud eutanaasia ja elu lõpuga seotud küsimuste suhtes ka üldisemat kultuurimudelite ja väärtushinnangute muutust. Kasutades filosoof Charles Taylori soovitatud mõisteid, võib tänapäeva (lääne) ühiskondades valitsevaid väärtusmudeleid kirjeldades öelda, et suhtumist elu lõppu ja sellega seotud otsuseid näivad üha enam suunavat väljenduslikkus ja autentsus. Inimese sisemise tõelise mina väljendamist ning enda eelistuste ja veendumustega kooskõlas olev autentset käitumist eelistatakse välise objektiivselt antud moraalinormide järgi käitumisele. Mõne inimese jaoks võib see tähendada, et ta püüab vältida olukordi, kus tal kaob kontroll enda üle või ta jääb täiesti abituks, täielikult teistest sõltuvaks ilma mingi väljavaateta, et ta saaks tulevikus nautida asju, mis muutsid tema elu varem väärtuslikuks ja väärikaks. Teiste jaoks võib see tähendada elu mõtte ja toimetulekustrateegiate otsimist ka sõltuvuse ja valu olukordades elu lõpul. Igal juhul on siit näha, kuidas eutanaasia küsimus on seotud väärtusmudelitega, mis mõjutavad eutanaasia, abistatud enesetapu ja muude elu lõpuga seotud

küsimuste tõlgendamist ja kirjeldamist. Nende moraalsete valikute hindamisel ei saa piirduda lihtsalt moraalsete otsuste ja hinnangute andmisega, vaid tuleb pakkuda ka tõlgendusvahendeid, mis võimaldavad kontrolli ja teovõime kaotust tõlgendada, nii et ka täielikus sõltuvuses nähakse inimväärset elu.

2.2 Kliiniline kontekst

Mõistagi ei ole suremine ja surm liikunud lähedasest kodu ja pere keskkonnast haiglate ja hooldekodude institutsionaalsesse ja professionaalsesse keskkonda üksnes sotsiaalmajanduslike tegurite mõjul, vaid paljuski just meditsiini tohutute edusammude tulemusena. Meditsiini ja tervishoiu areng võimaldab patsiente elus hoida ka selliste haiguste või vigastustega, mis minevikus oleksid palju kiiremini surmaga lõppenud. Meditsiin ja meditsiinilised teadmised on omandanud surmahaigete patsientide toetamisel palju suurema tähtsuse. See areng sunnib meid uuesti läbi mõtlema oma arusaamu ja suhtumist surma kui etteantud inimlikku paratamatusse ning ka seda, kuidas me suhtume elu lõpule jõudnud inimestesse. Samuti on selle tagajärjeks olukord, kus üha sagedamini saabub surm otseselt ravi ja tervishoiuga seotud meditsiinilise ja kliinilise otsuse tulemusena: näiteks kas lõpetada ravi või seda mitte alustada või intensiivistada valuvaigistavat ravi. Erinevalt rahvatarkusest, mille kohaselt me teame ainult seda, *et* me ükskord sureme, aga mitte millal või kuidas me sureme, on suremise *aeg* nüüd – teatud piirides – mõjutatav ja otsustatav.

Loomulikult paneb see tervishoiutöötajaid, patsiente, nende peresid ja nõustajaid kliinilises praktikas mitmete raskete valikute ette, kuidas langetada vastutustundlikke otsuseid: näiteks millal ja millistel tingimustel loobuda ravi jätkamisest. Need küsimused on asetunud üha enam laiemasse konteksti, mis ei hõlma üksnes patsientide elu pikendamist, vaid ka surmale lähenevate patsientide eest õigesti hoolitsemist. Järjest rohkem avaldatakse arvamust, et surija eest õigesti hoolitsemine ei pruugi tähendada üksnes tema elu pikendamist nii palju kui võimalik, vaid ka otsuseid selle kohta, millal on ravist loobumine põhjendatud. Lisanduvad teadusuuringud ning surijate eest hoolitsemise praktika vallas kasvav pädevus on toonud muu hulgas esile selle valdkonna interdistsiplinaarsuse. Õigesti hoolitsemine ei tähenda ainult meditsiinilist ravi ja tervisliku olukorra parandamise katseid, vaid peab hõlmama laiemalt nii patsiendi füüsilisi ja kehalisi vajadusi, näiteks tõhus valu leevendamine, kui ka psühholoogilisi vajadusi, sotsiaalseid ja suhete küsimusi, samuti vaimseid küsimusi ja vajadusi. Lühidalt öeldes suureneb praegu teadlikkus, et üha sagedamini meditsiinilises ja kliinilises kontekstis saabuva elu lõppemise olukorrad ei vaja ainult meditsiinilist ravi, vaid ka hooldusravitegevusi. Seega tuleks teatud asjaoludel loobuda ravimiskatsetest hooldusravi kasuks ning tegeleda selle raames laia inimelu mõõtmete spektriga, mis ei piirdu ainult kehaliste vajadustega.

2.3 Õiguslikud ja poliitilised aspektid

Kuna suremine ja surm on liikunud üha enam tervishoiuasutuste seinte vahele, on need muutunud järjest rohkem ka seadusandluse ja poliitilise juhtimise teemaks. Samas on Euroopa riikide vahel suuri erinevusi selles, kuidas ja millisel tasandil kliinilised toimingud/tavad on reguleeritud.

Hollandis võeti 2002. aastal vastu tahteavalduse alusel elu lõpetamise ja abistatud enesetapu (lābivaatamise menetluste) seadus. Selle seaduse kohaselt võib eutanaasia toime pannud või enesetapul abistanud arsti vastu algaratud menetluse peatada, kui vaidlustuskomisjon leiab, et tegu vastab teatud tingimustele, mille hulka kuuluvad patsiendi talumatud ja pöördumatud kannatused ning järjekindel ja vaba tahteavaldus eutanaasia lābiviimiseks. Kui need tingimused täidetud ei ole, on nii eutanaasia kui abistatud enesetapp kuritegu. Nende eest määratavaid karistusi on isegi karmistatud.

Belgias 2002. aasta mais vastu võetud eutanaasiaseaduses öeldakse, et eutanaasiat tegev arst ei pane toime kuritegu juhul, kui on täidetud teatud tingimused, mis ei ole nii ranged kui Hollandis.¹ Enam-vāhem sarnane seadus võeti vastu Luksemburgis 2009. aasta märtsis. Ka selles öeldakse, et eutanaasiat tegevatele või enesetapul abistavatele arstidele ei esitata süüdistust, kui on täidetud teatud tingimused (need on sarnased Belgia seaduse omadega).

Šveitsis on tahteavalduse alusel tapmine keelatud, kuid enesetapuabi on kuritegu üksnes juhul, kui seda tehakse omakasupüüdlilikul eesmärgil. Ehk kui on võimalik tõendada, et abistamine toimus mitte abistaja enda huvides, vaid heade kavatsustega, et võimaldada kannatuste leevendamiseks patsiendile tema poolt soovitud surma, siis ei ole tegemist kuriteoga ja süüdistust ei esitata. Nimetatud sätte alusel pakuvad sellised organisatsioonid nagu EXIT ja DIGNITAS Šveitsis seaduslikku enesetapuabi. Šveitsi Meditsiiniakadeemia on põhimõtteliselt endiselt vastu arstide osalemisele raskelt haigete inimeste enesetapus, kuid möönab, et üksikjuhtudel võib esineda vastuolusid, milles arstid jõuavad teistsugusele otsusele.

Ka Saksamaal ei ole kellegi abil toime pandud enesetapp kuritegu, kuid kehtivad teatud tingimused, mis keelavad inimese mõjutamist ja nõuavad eriolukorras inimese päästmise kohustuse täitmist.

Ülejäänud Euroopa riikides on eutanaasia ja abistatud enesetapp keelatud (nt Ühendkuningriik, Norra) või ei öelda õigusaktides selle kohta midagi või keelatakse

¹ Patsient peab olema tahteavalduse tegemise hetkel õiguslikult teovõimeline ja teadvusel, ei tohi olla alaealine ning peab oma põhjalikult lābikaalutud vabatahtlikku soovi korduvult väljendama. See soov ei tohi olla tingitud välisest survest. Patsiendil peab olema haigusest või õnnetusest tingitud raske ja ravimatu tervisehäire, mida iseloomustavad pidevad ja talumatud füüsilised või vaimsed kannatused, mida ei ole võimalik leevendada. Arst on kohustatud konsulteerima teise kolleegiga ning loodud on riiklik/föderaalne kontrolli- ja hindamiskomisjon, mis peab kontrollima, kas arstide teatatud juhud vastavad süüdistuse esitamiseks nõutavatele tingimustele.

seada kaudselt teiste seadusandlike institutsioonide kaudu. Mitmes riigis toimub ulatuslik avalik ja poliitiline debatt, mis on teatud määral ajendatud meedias kajastatud juhtumitest. Ühendkuningriigis toimus märkimisväärne arutelu seoses Diane Pretty juhtumiga, mis jõudis välja Euroopa Inimõiguste Kohtusse, ning üsna hiljuti esitati Debbie Purdy juhtumile tuginedes ettepanek Ühendkuningriigi õigusliku olukorra muutmiseks ja abistatud enesetapu võimaldamiseks. Mõnede arvates viibki see juhtum olukorra muutumisele. 2009. aastal tuvastas Ühendkuningriigi ülemkohus inimõiguste rikkumises selles, et riigiprokurör ei suutnud Debbie Purdyle (progresseeruva polüskleroosiga patsient) ja tema abikaasale selgitada, millistel tingimustel tema abikaasale esitataks enesetapule kaasa aitamise süüdistus, ning ei osanud seetõttu öelda, kas abikaasa võetaks reaalselt vastutusele või mitte. Ülemkohus tegi korralduse sõnastada kriteeriumid, mille alusel inimesele saab kellegi enesetapule kaasa aitamise eest süüdistust esitada. Prantsusmaal pälvis mõne aasta eest suurt tähelepanu Vincent Humbert'i juhtum, mille tulemusena võeti lõpuks vastu elushoidvast ravist loobumist ja selle lõpetamist käsitlev seadus. Itaalias viidi aastaid vegetatiivses seisundis olnud Eluana Englaro üle teise meditsiiniasutusse, mis erinevalt eelmisest asutusest soostus tema isa soovile vastu tulles välja lülitama toitmisaparaadi, misjärel naine mõne päeva jooksul suri. Nimetatud juhtum põhjustas tulise vaidluse selle üle, kas elushoidva ravi sellisel moel katkestamine võiks olla lubatav.

Teistes riikides (nt Saksamaa, Taani, Norra) on poliitiline surve eutanaasia seadustamiseks väiksem, kuid see ei välista põhjalikke arutelusid ja õigusloomet seoses muude elu lõppu puudutavate otsustega, näiteks isiku varasema tahteavalduse staatuse reguleerimine või juhendid elu pikendava ravi kasutamiseks raskesti haigete ja surevate patsientide puhul (Saksamaa, Austria, Norra).

Samas on Euroopas piirkondi, kus olukord on nii õiguslikult kui ka mõttelaadilt täiesti teistsugune. Näiteks Rumeenias puuduvad eutanaasiat ja abistatud enesetappu käsitlevad õigusaktid ning peamiselt kultuurilistel ja usulistel põhjustel ei toimu neil teemadel ka erilist arutelu. Praeguse seisuga pole tehtud mingeid seadusandlike algatusi ning ka meditsiininõukogu ja arstide ühing ei ole debatti algatanud. Loomulikult ei tähenda see, et surijate eest hoolitsemine ja selles valdkonnas tekivad küsimused ei ole probleem. Hospiitside kontekstis käsitletakse abistatud surma probleeme juhtumipõhiselt ja piirkondlikul tasandil. Ent sellega seoses üleskerkivad teemad ei ärata kuigi suurt huvi, tõenäoliselt seetõttu, et üldise arusaama kohaselt toimub suremine kodus pere keskel. Kultuuril ja religioonil näib siin olevat oluline roll, sest surma nähakse eelkõige ühiskondlikust aspektist sotsiaalse nähtusena, mitte individuaalse ja institutsioonilise nähtusena. Suremine on perekonna asi ning sellest tulenevalt ühiskonna ja kiriku asi. Selles mõttes erineb Rumeenia olukord väga selgelt Lääne-Euroopa diskursusest.

Tšehhi Vabariigi seadustes eutanaasiat ei mainita. Üks 2004. aastal esitatud eelnou sisaldas küll lühikest lõiku, mille eesmärk oli määratleda see kuriteona, kuid see

jäi seaduse (nr 40/2009) lõppredaktsioonist välja, millest võib järeldada, et õiguslikult on eutanaasia samaväärne mõrvaga. Eutanaasia seadustamise ettepanekut arutati Tšehhi parlamendis põgusalt 2008. aastal väikese rühma parlamendisaidikute algatusel, kuid küsimus ei jõudnud isegi täiskogu ette. Avaliku arvamuse uuringud näitavad, et elanikkonna enamus (55–60 protsenti) on eutanaasia suhtes pigem pooldav, samas kui 25–30 protsenti on kindlalt selle vastu. Arstid on peaaegu ühehäälselt selle vastu. Eutanaasia ei ole avalikes aruteludes kuigi oluline teema ning kerkib üles vaid siis, kui mõni huvirühm aeg-ajalt selle poolt või vastu sõna võtab.

Kokkuvõtteks võib öelda, et Euroopas valitsev olukord on väga mitmekesine. Mitmes Euroopa osas ja ka üleeuroopaliste institutsioonide tasandil põhjustavad elu lõpuga seotud otsused meditsiinilises ja kliinilises praktikas märkimisväärset poliitilist ja õiguslikku debatti. Mujal, eriti Kesk- ja Ida-Euroopas on õiguslik regulatsioon napp, avalikku arutelu eriti ei toimu ning surve nende küsimuste seadusega reguleerimiseks on väike. Suures osas peetakse neid teemasid pere ja kogukonna, mitte üksikisiku ja avalike institutsioonide asjaks.

Teema on päevakorral ka üleeuroopalisel tasandil. Aastal 1999 võttis Euroopa Nõukogu Parlamentaarne Assamblee vastu soovitusel parandamatult haigete ja surijate inimõiguste ja väärikuse kaitse kohta.² Dokumendi keskmes on küsimus sellest, kui kaugele ulatub enesemääramisõigus, mis kehtib ka elu viimases etapis, ning kui võrd seda piirab õigus elule, mille juurde kuulub ka tahtlikult elu võtmise keeld (Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni art 2). Ühe Euroopa Nõukogu algatusega taheti see 1999. aasta soovitus tühistada ning asendada dokumendiga, milles rõhutatakse vajadust tõhusama palliatiivse ravi järele ning kaitstakse ühtlasi õigust eutanaasiale ja meditsiiniliselt abistatud enesetapule.³ Ent 2003. aastal lükkas Euroopa Nõukogu õigusasjade ja inimõiguste komitee selle sotsiaal-, tervishoiu- ja perekonnaküsimuste komitee ning selle presidendi Dick Marty esitatud ettepaneku järsult tagasi ning otsustas jääda Euroopa Nõukogu 1999. aasta soovitusel juurde.⁴

2.4 Eutanaasia Saksa natsionaalsotsialistliku režiimi ajaloolises kontekstis

Saksamaa natsionaalsotsialistlik režiim rakendas nn eutanaasiaprogramme, mille raames tapeti süstemaatiliselt vaimuhaiged ja puudega inimesi. Mõnikord osutatakse praegustes eutanaasiateemalistes aruteludes neile programmidele kui hoiatavale näitele eutanaasia ohust kõigi inimeelude kordumatule ja võrdsele väärikusele. Kindlasti on oluline meditsiini- ja õigusasutuste toime pandud rikkumisi

² Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying (soovitus 1418 [1999]).

³ Euthanasia (Euroopa Nõukogu Parlamentaarse Assamblee dokument 9898), 10.9.2003.

⁴ Euroopa Nõukogu Parlamentaarse Assamblee dokument 9923, 23.9.2003.

meeles pidada. Nende meenutamine võib veel selgemalt esile tõsta neid elutähtsaid ja vältimatuid väärtusi ja hoiakuid, mida tuleb tänapäeva ühiskonna institutsioonide ja tavadega toetada. Ent Saksamaa natsionaalsotsialistlikke eutanaasiaprogramme ei tohi segamini ajada sellega, mida praegusajal eutanaasiast rääkides silmas peetakse. Neis riigi korraldatud programmides tapeti inimesi süstemaatiliselt nende tahtest hoolimata või selle vastaselt, lähtudes ametiasutuste hinnangust, et teatud elud ei vääri elamist või kahjustavad ühiskonna genofondi. Tänapäeval räägitakse üldjuhul inimese elu seaduslikust lõpetamisest vabatahtliku ja selgesõnalise tahteavalduse alusel, mis lähtub inimese enda hinnangust, et tema elu on muutunud haiguse ja valu tõttu talumatuks.

3.

Üldine taust II: oikumeenia

Evangeelsetes aruteludes eutanaasia üle tuleb arvesse võtta ka seda, kuidas Euroopa Kirikute Konverentsi (EKK) liikmed ja Euroopa (roomakatoliku) Piiskoppide Konverentside Nõukogu (EPKN) on samuti otsustanud eetikaküsimustes, kaasa arvatud elu lõpuga seotud otsuseid puudutavates küsimustes koostööd teha. Kristlike kirikute ülesanne on leida elu lõpu üle peetavates aruteludes üles see kitsas rada ühiskonda kujundavate üldkristlike vastuste ning nende konfessionaalsete eetikaalaste seisukohtade vahel. Kirikud (nt Evangeelne Kirik Saksamaal, Saksa (roomakatoliku) Piiskoppide Konverents ja Austria Oikumeeniline Nõukogu) näitavad üles oikumeenilist ühtsust, varjamata samas igaühe eripära.

Elu lõpuga seotud küsimustes paistavad põhjenduste kooskõllalisuse poolest silma Rooma-Katoliku Kiriku seisukohad, mille keskmes on alati arusaam, et eutanaasia on tapmine, mis on igal juhul keelatud kui loomuse ja Jumala seaduse vastane tegu. Erandina tuuakse välja passiivse ja kaudse eutanaasia vormid. Seega on ametlik katoliiklik seisukoht põhimõtteliselt kooskõlas evangeelsete kirikute nõudmistega, kuid erineb nendest selgelt üldise suunitluse poolest, mille eelduseks on optimistlik inimesekäsitus. Selle kohaselt suudavad usklikud allutada ennast mõistuse abil Jumala tahtele, mistõttu nad ei saa eutanaasiat soovida. Lisaks võivad kannatused roomakatoliku seisukoha järgi muutuda tähenduslikuks, kuna nad on eriliselt seotud Kristuse kannatustega. Oikumeenilisest vaatevinklist on katoliiklik seisukoht seega selgelt lähedane õigeusu ja vabakiriku seisukohtadele, milles antav hinnang on ühemõtteline ja lõplik. Alles viimasel ajal on õigeusu- ja vabakirikud hakanud eutanaasia üle peetavates aruteludes aktiivsemalt osalema. Varem on need kirikud avalikest seisukohavõttudest pigem hoidunud, kuna usuelu ja ühiskondlikke teemasid hoiti selgelt lahus.

Seevastu evangeelsed kirikud saavad ja peavad osalema oikumeenilistes kõnelustes oma eripärase seisukohaga. Kuigi eetiliste hinnangute mitmekesisus ei ole evangeelsele usule võõras ega ohusta seda, ei ole vale osutada mõnede põhitudunustele, mis joonistuvad välja suurest osast evangeelsetest avaldustest, deklaratsioonidest ja üksikseisukohtadest, milles käsitletakse elu lõpuga seotud vastuolusid.

4.

Teoloogiline ja eetiline raamistik

Käesolevas dokumendis toetutakse teoloogilisele ja eetilisele põhiarusaamale, millega EKOE liikmeskirikud on juba varem nõustunud ja mida on väljendatud selistes dokumentides nagu „*Evangelische Texte zur ethischen Urteilsfindung / Protestant Texts on Ethical Decision-Making*” („Eetilisi otsuseid käsitlevad evangeelsed tekstid”, Leuenberger Kirchengemeinschaft / Leuenberg Fellowship 1997) ning *Gesetz und Evangelium / Law and Gospel* („Seadus ja evangeelium”, Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa / Community of Protestant Churches in Europe 2007).

4.1 Inimelu: loodud Jumala näo järgi

Kristliku ja evangeelse inimelu käsituse põhialus on idee, et inimese kõige põhilisem määratlus tuleneb tema suhtest Jumalaga. Inimeseks olemist kirjeldab viimselt see, et inimesed on Jumala armastustegudega loodud, õigeksmõistetud ja uuendatud. Seetõttu põhineb inimesele sisemiselt omane ja absoluutne väärikus millelgi, mis asub väljaspool inimelu ennast – selle suhtel endavälise tõelusega. Sedasama mõtet väljendab ka kirjeldus, mille kohaselt inimene on Jumala näo järgi loodud olend, kelle ülilm eesmärk on uus elu ühenduses ülestõusnud Kristusega, ning kõige selle aluseks on Jumala armastusteod inimeste ja loodu heaks.

Sellest järeldub kõigepealt, et elu on Jumala poolt antud, mitte inimese võimete ja kontrolli tulemusena omandatud. Mõnikord kasutatakse selle mõõtme sõnastamiseks väljendit, et elu on kingitus. See metafoor ütleb, et elu on inimesele antud mingeid teeneid või väärimit arvestamata, ning see kingitus tuleks tänuga vastu võtta. Ent kui muud kingituse mõistega seotud assotsiatsioonid on tabavad, siis ühes aspektis esineb lahknevus: elu ei muutu inimese omandiks, mida ta saab vabalt käsutada. Pigem antakse see inimese vastutusele, et seda austuse, armastuse ja hooliga hoida. Samas oleks väga vale tõlgendada inimelu jumalanäolisust kui moraalset ülesannet. Otse vastupidi: evangeelse traditsiooni jaoks on ülimalt tähtis mõista, et jumalanäolisuse aluseks on Jumala loomistöö ja järelikult on see täielikult Jumala kingitus. Samuti rõhutab ka usu läbi õigeksmõistmise õpetus, et inimese seisund

Jumala ees õigeksmõistetuna on miski, mille Jumal annab oma armastusest ning mille aluseks on Kristuse surm ja ülestõusmine. See ei ole miski, mis tuleneb inimlikust vastutusest või inimese moraalsetest saavutustest. Kõik see kehtib ka käesolevas tekstis käsitletud moraaliküsimuste kohta. Kristlaste jumalanäolisus ja õigeksmõistetud ei teki ega püsi eduka või ebaõnnestunud moraaliõpetuse ja -praktika najal, vaid üksnes Jumala armastuses antud elu ja andestuse andide vastuvõtmisele.

Jumala näo järgi loomine annab tunnistust inimelu erilisest staatusest ja väärikusest, mida Piibel kirjeldab muu hulgas näiteks 8. psalms. See väärikus ei tulene väärtusest, mida meie suudame sellest leida või tuletada. See on suurem inimese võimetest ja eelistustest tulenevast tingimuslikust ja juhuslikust väärtusest.

Reformatoorses õpetuses on väga hästi kirjeldatud, kuidas Jumala loomistöö inimese elus ilmneb paljude konkreetsete elu hoidmise ja kasvatamise viiside kaudu. Loodus on elu esmane lähtekoht ja pideva uuenemise allikas; lähedased suhted teiste inimestega on hädavajalikud elu jätkuvaks edenemiseks ja püsimiseks; elu asetamine kultuuris ja ühiskonnas, mis on varustatud keele, koostöömudelite ja institutsioonidega, loob vajalikud vahendid nii teistega koosluses elamiseks kui ka eneserefleksiooniks ja -väljenduseks. Kõik see näitab inimelu põhimõttelist sõltuvust. Sõltumine inimese enda kontrolli ja juhtimise alla mittekuuluvatest teguritest on inimelu möödapääsmatu ja oluline mõõde. Inimelu väärikuse ja fundamentaalse sõltuvuse vahel ei ole mingit konflikti ega vastuolu. Pigem on nende kahe vahel sise- mine lähedane ühendus selles mõttes, et elu aluseks olev väärikus on lahutamatu seotud tema sõltuvusega, mis ei ole inimese enda jõupingutuse tulemus.

Ühtlasi rõhutab see ka inimelu põhimõtteliselt relatsioonilist iseloomu. Asjaolu, et inimene elab ja edeneb läbi suhete, ei ole meie elus juhuslik kõrvalnäht. See on inimelu sügavalt loomupärane osa, mille aluseks on inimese suhe Jumalaga. Sellest fundamentaalsest suhtest annab aimu konkreetse inimindiviidi suhete võrgustik, mis ehk kõige põhilisemana saab alguse bioloogilistest vanematest, kuid millele hiljem lisandub suur hulk erinevaid suhteid pereliikmete, sugulaste, sõprade ja töökaaslastega, kohaliku kogukonna liikmetega jne. Need arvukad suhted, mille konkreetne vorm võib eri inimeste puhul vägagi erineda, on meile antud elu jaoks hädavajalikud; need on meie rõõmu ja tänulikkuse, aga ka kaotuste ja pettumuste allikad. Relatsioonilisuse fundamentaalset rolli inimelu puhul on oluline meeles pidada ja uurida ka siis, kui me käsitleme elu lõpuga seotud teemasid.

4.2 Moraalne vastutus: Jumala loomise ja lunastuse armastustegudele vastamine

Inimese moraalset vastutust aluseks on Jumala armastused maailma ja inimese heaks loomises ja lunastuses. Inimese kõige põhjanevam suhe Jumalaga on Jumala loomise ja õigeksmõistu andide vastuvõtmine, mitte moraalne kohustus. Ent nende

andide saamisest tuleneb vastutus – vastutus Jumala ees. Inimese olemise määratleb põhiliselt ära tema suhe Jumalaga, mitte suhe maiste võimude või asutustega, ning Jumal on see, kellele inimene viimselt vastust annab. Seda vastutust Jumala ees saab õigesti teostada endale kohustuste võtmisega maistes asjades, näiteks ühiskondlikes institutsioonides, ametites ja valitsusasutustes. Jumala loov ja lunastav tegevus maailmas kui moraalse vastutuse lähtepunkt eeldab, et väärtuste ja headuse algallikas on Jumala armastus, mitte inimeste võimed või tahe. Inimlik väärtustamistegevus ei loo väärtust. Usu läbi õigeksmõistmise õpetus meenutab usklikele, kuidas inimelu ülima eesmärgi ja hüve saavutamine ning Jumala kui meie elu transtsendentse alusega armastava suhte loomine ei sõltu meie eetilistest ja moraalistest õnnestumistest ja ebaõnnestumistest. Jumala andestuse kingitus vabastab inimelu koormast, mis muidu sunniks teda ise ennast heade tegudega lunastama; nii saab inimene vabaks kohustusest teenida iseenda eesmärgi ning on vaba teenima ligimese maise hüve saavutamist armastava vastutustundega. See inimese põhiolemuslik vabadus ei ole samaväärne enesemääramisega, vaid on sügavalt seotud vastutusega oma elu eest ja oma suhete eest teiste inimestega. Seega rõhutatakse evangeelses käsitluses vastutuse, vabaduse ja armastuse kolmiku omavahelist lahutamatu sidet.

Evangeelne traditsioon lähtub selle vastutuse teostamise üle arutledes erinevatest moraaliõpetuse allikatest ja mitmesugustest moraalistest võimetest. Kuigi mõnikord sõnastatakse neid üksteist välistavate valikutena, siis dokumendi „Eetilisi otsuseid käsitlevad evangeelsed tekstid” järgi täiendavad need üksteist. Ühelt poolt tunnistab evangeelne traditsioon inimese praktilist mõistust ning selle väljendusi ühistes väärtushinnangutes ja uskumustes (nagu ka kollektiivse moraali alase suhtluse ja kaalutlemise praktikas) õige moraalitydendi olulise allikana ning koostöö alusena erinevate usu-, kultuuri- ja traditsioonikontekstide vahel. Teoloogiliselt seostatakse seda sageli ideega Jumala kahest valitsusest: Jumal valitseb maailma ka seaduse läbi, kasutades paljusid erinevaid inimeste ühiskondlikke, poliitilisi ja kultuurilisi tavasid, mis hoiavad alal ja kasvatavad elujõulist inimkooslust. Teisalt kutsub evangeelne traditsioon meid käsutama tegelikkust ja inimese olemasolu Kristuse lunastustöö ja evangeeliumi töötuse valguses, mis ei luba tunnistada absoluutseks ühegi inimese tegevuse või moraalse pingutusega loodud maise korra autonoomiat või headust. Teoloogiliselt on selle aluseks Jeesus Kristuse ülemvalitsus, mis evangeeliumi kuulutuse järgi on murdnud kurjuse väe (vt Leuenberger Kirchengemeinschaft / Leuenberg Fellowship 1997, 25–37).

Seega kuna inimesed on vastutavad suhtes Jumalaga ja see muudab nad vabaks, siis peaks see innustama neid rakendama parimal moel oma võimeid ja jõupingutusi selle vastutuse teostamiseks nii iseenda elus kui ka seoses teiste eludega. Samuti annab inimene oma eetiliste ja moraalist otsuste eest lõppkokkuvõttes vastust Jumalale ning peab hinnangute andmisel lähtuma isiklikust vastutusest Jumala ees (vt Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa / Community of Protestant Churches in Europe 2007, 285).

Selles põhiraamistikus on kristliku traditsiooni ja pärimuse teatud elemendid eriti kõnekad ja asjakohased, kui me soovime mõista ja tõlgendada elu lõpu tõelust ning arutleda konkreetsete küsimuste ja valikute üle, millega me selles valdkonnas kokku puutume.

4.3 Inimelu: õigus kaitsele

Põhimõtteline kohustus hoida inimelu tuleneb iga inimese väärikuse austamise nõudest ja inimese jumalanäolisusest. Inimelu tuleb kaitsta hävitamise, ülekohtu ja kahjustamise eest selle kõigil etappidel eostamisest surmani. Inimese kuritarvitamine ja kahjustamine on sügavas vastuolus inimelule eriomase väärikusega. See kohustus kaitsta hävitamise ja kahju eest ei puuduta üksnes inimese füüsilist poolt, vaid ka oma elulugu loovat inimesiksust. Seega hõlmab inimelu hoidmise kohustus inimelu ja isiksuse nende aspektide kaitset ja austamist, mis võimaldavad meil kujundada oma elulugu ning teostada oma vastutust kaasinimeste ja Jumala ees – nagu autonoomia ja enesemääramine.

Kohustus hoolitseda puudustkannatavate ja haavatavate inimeste eest kehtib eriti elu piirisituatsioonides. Seda väljendab selgelt traditsiooniline väljend *in dubio pro vita* – kahtluse korral oleme elu poolt. See kõlab kokku kristliku usu ja praktikaga ning on seostatav Jumala käsuga: „Sina ei tohi tappa.” Ent see esmane inimelu hoidmise kohustus ei tähenda iseenesest kohustust elada iga hinna eest; samuti ei õigusta see patsientide sunniviisil ravimist või nende ilmajätmist võimalusest keelduda ravi jätkamisest. Elu tunnistamine kingitusena tähendab ka elu lõplikkuse tunnistamist ja sellega leppimist, mitte püüdu selle piiranguid ja lõplikkust ületada.

4.4 Haigete ja surijate eest hoolitsemine ja kaastunne

Hoolitsemise kohustus ja kaastunne kaasinimeste, eriti hädasolijate suhtes on olnud algusest peale kristliku elu oluline osa ja kristliku moraali keskne element. Pauluse kirjad sisaldavad mitmeid kristliku elu kirjeldusi ning juhiseid, kuidas hoolitsuse ja kaastunde ideaale rohkem esile tõsta. Lisaks leiavad kristlased hädasolijate, vaeste, haigete, leskede ning ühiskonna ja inimkoosluse äärealadele jäetute eest hoolitsemisele ja kaastundele pühendunud elu eeskuju Jeesus Kristuse enda elust. Tema hoolitsus on suunatud otseselt hädas olevate inimeste elu erinevatele mõõtmetele: näljaste toitmine ja haigete tervendamine toetab kehalist mõõdet, väljatõugatud ja tõrjutute osadusse ja kogukonda kutsumine toetab suhete mõõdet ning meelegaheitel olijate lohutamine toetab vaimset mõõdet.

See kujutus Jeesus Kristuse eeskuju järgi kujundatud ja Pauluse kirjeldatud kristlikust elust rõhutab kohustust hoolitseda raskelt haigete ja surijate eest, mis on olnud kristliku moraali oluline osa ning erinevalt ümbritsevast hellenistlikust tradit-

sioonist on ristiusus võetud eesmärgiks hoolitseda haigete eest isegi siis, kui nende terveks ravimine või vaevuste leevendamine ei ole enam võimalik. Selle ajendiks on Jumala armastusest tulenev iga inimese tähtsustamine ning Jeesuse poolt jüngritele jäetud eeskuju ja ideaal: hoolitseda haigete ja nõrkade eest.

Sellest lähtuvalt on viimaste aastate ulatuslikud teadusuuringud ning surmaeelse hooldusega seotud haridus- ja koolitusprogrammid toonud esile selle valdkonna interdistsiplinaarsuse ning vajaduse tegeleda kõigi inimelu mõõtmatega, mida see olukord mõjutab.

Surijate eest hoolitsemine hõlmab patsiendi kehaliste vajaduste eest hoolitsemist, seda ka siis, kui tervenemine ei ole enam võimalik ning terviseseisund ei paraneks ka edasise ravi korral. Samuti hõlmab see tõhusat valu vaigistamist, et patsient peaks taluma võimalikult vähe kehalisi vaevusi, ning ebamugavust põhjustavate muude kehaliste sümptomite (nt tugev iiveldus, lämbumistunne, sügelus, lamatised jne) leevendamist. Ent samavõrd tähtis on tegeleda patsiendi elu muude mõõtmatega, mis võivad põhjustada raske haiguse ajal ja elu lõpu lähenedes vaevusi: psühholoogilised kannatused nagu ahastus, ärevus ja depressioon, tähenduse ja mõtte kadumine, raskused pereliikmete, sugulaste ja sõpradega suhete ja sidemete hoidmisel ning ühiskonnas oma koha leidmisel; hingelised vajadused, mis on seotud põhilise usalduse ja lootustega elus. Kirikud tegelevad kõigi nimetatud hoolitsuse ja kaastunde aspektidega. Sageli peavad nad ülal diakooniahaiglaid ja palliatiivravi asutusi, korraldavad kodus elavate raskelt haigete ja eakate külastamist ning pakuvad haiglates ja hooldekodudes hooldamisel olevatele inimestele hingehoiuteenuseid. Seda tehes ei pööra nad tähelepanu üksnes raskelt haigete ja surijate kehalistele ja meditsiinilistele vajadustele, vaid pakuvad ka hingehoidlikku ja vaimulikku juhatust ning lohutust. Tänu oma rikkalikule liturgilisele ja rituaalsele sõnavarale ja praktikale suudavad kirikud ja vaimulikud haigete juures olles tegeleda ka nende muude vajadustega peale kehaliste ja meditsiiniliste. Kristliku osaduskonna palved, Piibli lugemine ja kirikulaulud võivad aidata haigetel ja surijatel väljendada oma valu, meelegeite ja mõttetuse kogemusi ning tundeid, aga samuti usaldust ja usku, mille kaudu leida lohutust ja hingejõudu. Mõned võivad leida jõudu ka surmast kaugemale ulatuvas lootuses, mille aluseks on kirikule ja kõigile usklikele antud töötus.

Üks palliatiivse ravi interdistsiplinaarne ja terviklik käsitlus, mis ei piirdu ainult parandamatult haigete patsientidega, on selgelt esitatud ka Maailma Terviseorganisatsiooni määratluses: „Palliatiivne ravi on suunatud elu ohustava haigusega silmitsi olevate patsientide ja nende perekondade elukvaliteedi parandamisele. Palliatiivravi eesmärk on võimalikult aegsasti tuvastada, õigesti hinnata ja ravida valu ning leevendada kehalisi, psühhosotsiaalseid ja vaimseid kannatusi.” (World Health Organisation 2007, 3) Edasi täpsustatakse määratluses palliatiivravi erinevaid aspekte, sealhulgas:

- valu ja muude vaevusi põhjustavate sümptomite leevendamine;
- elu jaatamine ja surma käsitlemine loomuliku protsessina;

- nii surma kiirendamisest kui ka edasilükkamisest hoidumine;
- psühholoogiliste ja hingeliste aspektide kaasamine patsiendi eest hoolitsemisse;
- patsientide toetamine, et nad saaksid elada kuni surmani võimalikult aktiivselt;
- perekonna toetamine aitamaks toime tulla patsiendi haiguse ja leinaga;
- meeskonnatöö kasutamine patsiendi ja tema perekonna vajadustele vastamiseks;
- elukvaliteedi parandamine.

Seega hõlmab palliatiivne ravi üldiselt ja konkreetsemalt surijate eest õigesti hoolitsemine mitmesuguseid oskusi, pädevusi ja teadusalasid.

Need põhipunktid (moraalne vastutus, inimelu eriline staatus ja vääriskus ning hoolitsuse ja kaastunde kohustused ja ideaalid) loovad tõlgendusraamistiku, mille abil saab lähemalt uurida ja arutada konkreetsemaid elu lõpuga seotud küsimusi. Sellegipoolest ei anna see tõlgendusraamistik kohe lõplikke ja absoluutseid vastuseid. Tegelikke probleeme on parem lahendada dialoogi kaudu, kus arutellu selle tõlgendusraamistikuga kaasatakse konkreetne olukord.

4.5 Patsiendiga arvestamine

Eelnevast järeldub, et peamine eesmärk ja orientiir peaks olema arvestamine inimesega, kes kannatab raske haiguse all ning peab lisaks tugevale füüsilisele valule toime tulema ka psühholoogiliste raskuste ning eksistentsiaalse ja hingelise vaevaga. Evangeelne traditsioon õpetab, et me ei muretseks iseenda moraalse täiuse, õnnestumise või ebaõnnestumise pärast, vaid suunaksime oma jõupingutused ja ressursid pigem ligimese teenimiseks, järgides Issanda armastusekäsku. Seega ei saa abstraktne arutus elu lõpuga seotud moraalireeglite, ideaalide ja normide üle kunagi olla eesmärk iseeneses, vaid see on oluline üksnes niivõrd, kui see aitab paremini mõista ja kriitiliselt läbi mõelda, kuidas peaks ligimese vastutustundlikus armastuses teenimine konkreetsetes olukorras väljenduma. Meie mõttetöö raamistik ja orientiir peab alati olema ligimesega arvestamine ja tema teenimine. See kutsumus armastavalt ligimesega arvestada eeldab tähelepanelikkust ligimese suhtes ning tema eluloo, suhete ja enesemõistmise kordumatuse tunnustamist. Ligimesega arvestamine tähendab ka seda, et teda ei nähta üksnes kitsalt läbi haiguse, oodatava järelejäänud eluea, kehalise seisundi või toimetuleku, perekondliku või ühiskondliku staatuse prisma. Meie evangeelse traditsiooni keskne idee ütleb, et inimisiksust ei saa taandada välistest asjaoludest tingitud seisundile, olgu selleks raske haigus, ärevushäire, konfliktid suhted või üksilduse ja hüljatuse tunne.

Kaasinimesega arvestamine eeldab alati tähelepanelikkust tema konkreetse elu ainukordsete omaduste suhtes. Inimesed kasutavad kehaliste kannatuste ja peatse surmaga leppimiseks – või mitteleppimiseks – väga erinevaid mooduseid. Nad võivad toetuda lähematele pereliikmetele ja sugulastele või hoopis sellest toest keel-

duda ning läbida raske haiguse perioode ilma, et nende kõrval oleks lähedasi. Nad leiavad erinevaid võimalusi tulla toime haavatavusega, mis tavaliselt kaasneb raske haiguse ja elu lõpule lähenemisega. Ligimesearmastuse käsust tulenev kaasinimesega arvestamine nõuab hoidumist ühe külgselt üldistavast suhtumisest inimeste elulugudesse ning sellesse, mida tähendab raske ja parandamatu haigusega elamine ning füüsilise, vaimse ja hingelise ängiga võitlemine. Tähelepanu tuleb pöörata konkreetsele üksikisikule. See eeldab tähelepanelikkust selle suhtes, millised suhted inimese elu ümbritsevad, kuidas suhted või suhete kadumine seda mõjutavad ning milline mõju on sellel aspektil võimalikule leppimisele oma haiguse ja surmaga. See eeldab kõnealusel olukorras tekkivate paljude vastuoluliste tunnete (nt meeleheide, ärevus, kaotusvalu, lootus, kurbus, viha ja lein) tõsiselt võtmist ja väljendamist. Samuti eeldab see inimese juures ja kõrval püsimist, mitte tema hülgamist, ka siis, kui ta teeb otsuseid või valib suuna, mida kirik tingimata heaks ei kiida. Kirikute ja kristlaste kutsumus hoolitseda ja olla kaastundlik ei sõltu sellest, kas inimese valikud või iseloom on moraalselt aktsepteeritavad. See on eriti oluline siis, kui kirik tegutseb keskkonnas, kus üldiselt toetatav praktika ja õigusaktid ei ole kooskõlas sellega, mida kirikud peavad tavaliselt õigeks ja kiiduväärt tavaks. Sellises olukorras leiavad kirikud, kogudused ja kristlased, et nad peavad otsima kompromissi kahe kutsumuse vahel: ühelt poolt kutsumus jääda ustavaks oma arusaamale heast inimestust ning teiselt poolt kutsumus hoolitseda ja olla kaastundlik konkreetse inimese suhtes, kes järgib teistsugust hea inimeste ideaali. Sellistel asjaoludel ei peaks kirikud iga hinna eest kaitsma ja kuulutama oma nägemust vastutustundlikust moraalsest elust, kui selle tagajärjel jääb inimene kannatusse ja meeleheitmesse.

5.

Elu pikendava ravi mitteandmine/lõpetamine

5.1 Kliiniline kontekst

Millises olukorras on õige elu pikendav ravi lõpetada või seda mitte anda? Sellele küsimusele peavad sageli vastama raskesti haiged või kannatavad patsiendid, nende pereliikmed ja tervishoiutöötajad. Haiglates ja hooldekodudes tekib see küsimus seoses parandamatult haigete patsientidega, kes põevad näiteks vähki või raskeid neuroloogilisi haigusi, ning seoses eakate patsientidega, kelle üldine tervislik seisund on tõsiselt halvenenud. Samuti tekib see seoses patsientidega, kelle funktsionaalne toimetulek on näiteks haigusest või traumast tingitud raske ajukahjustuse tagajärjel püsivalt, pöördumatult ja väga suurel määral vähenenud (nt püsivalt koomas või vegetatiivses seisundis olevad patsiendid), aga kes ravi jätkumise korral võivad veel kuid või isegi aastaid elus püsida.

Elu pikendavat ravi võib määratleda järgmiselt: „Kõik patsiendi surma edasi lükkavad ravivõtted ja meetmed, näiteks kunstliku vereringe aparaadid, muud kunstliku hingamise vormid, kunstlik toitainete ja vedeliku manustamine (intra-venoosselt või PEG-toru kaudu), dialüüs, antibiootikumid, keemiaravi.”⁵ Sellega peetakse silmas ravi, mis hoiab patsienti elus, aga millel ei ole enam tervendavat toimet. Sel viisil mõistetud elu pikendava ravi katkestamine või mitteandmine on põhimõtteliselt kliinilise praktika tunnustatud ja vältimatu osa, kuid nõuab samas sageli konkreetsete patsientidega seotud raskete otsuste langetamist ja hinnangute andmist. Ka kristlikes kirikutes ja kristlikus eetikas on üldiselt tunnustatud arusaam, et inimelu kaitsmise ja austamise kohustus ei tähenda kohustust alati pikendada elu kõigi võimalike meditsiiniliste vahenditega. Sellegipoolest jätab see üldine võimalus

⁵ Määratlus on võetud Norra tervisedirektoraadi riiklike suuniste eelnõust, mis käsitleb raskelt haigete ja surevate patsientide elu pikendava raviga seotud otsuseid (Helsedirektoratet 2008). Elu pikendava ravi määratlemine on muidugi arutelu teema. Nagu allpool kirjeldatud, ei kuulu toitmine ja vedeliku manustamine mõne hinnangu (eriti katoliikliku arusaama) kohaselt ravi mõiste alla, vaid pigem hooldusravi kategooriasse, mille võimaldamisest ei tohi mingil tingimusel keelduda.

elu pikendavast ravist keeldumiseks lahtiseks mitmeid küsimusi täpsemate asjaolude ja tingimuste kohta, mille põhjal otsustada, kas elu pikendavat ravi jätkata või mitte.

Tavaliselt tekivad need küsimused olukordades, kus ei ole päris kindel, kas elu pikendava ravi jätkamisest oleks patsiendile mingiski mõttes kasu või oleks see lihtsalt kasutu ja koormav. Allpool on esitatud üks katse loetleda erinevaid näidustusi, mille korral ravi lõpetamine võiks olla põhjendatud, kuna see on kasutu ja patsiendile koormav.

- Patsiendid, kelle ravi pikendab vaevalist ja piinarikast suremisprotsessi, näiteks surma edasilükkamine tundideks, päevadeks või nädalateks, mille jooksul patsient on valudes ja tunneb vaevusi, mida ei saa leevendada, ning puudub välja-vaade selliseks eluväljenduseks, millest patsiendil võiks kasu olla.
- Patsiendid, kelle ravi pikendab suures piinas ja valudes elamist, nt kui ravi võib lõppeda ellujäämisega, aga selle füüsilised ja/või vaimsed tagajärjed oleksid patsiendile ülimalt kahjulikud.
- Püsivas vegetatiivses seisundis (PVS) patsiendid, st patsiendid, kellel on ulatuslik ja pöördumatu ajukahjustus. Kuigi elutähtsad funktsioonid (hingamine, vereringe, toitainete vastuvõtmine) on säilinud, sõltuvad patsiendid täielikult hooldusravist ning neil puudub minateadvus ja suutlikkus suhelda. Aeg-ajalt võivad nende silmad avaneda ning neil säilivad refleksid ja valureaktsioonid (seega erineb see seisund ajusurmast, mille korral on lakanud kõik ajufunktsioonid ja aju vereringe).
- Komatoossed patsiendid ehk patsiendid, kes ei reageeri mingile stimulatsioonile, on suletud silmadega ja kellel puudub teadvus iseendast või oma ümbrusest. Tavaliselt ei püsi ellujäänud komatoossed patsiendid selles seisundis kauem kui 2–4 nädalat. Kui nad selleks ajaks koomast ei välju, on nende seisund tõenäoliselt pöördumatu ja ilma paranemisvõimaluseta.⁶

5.2 Eetiline arutus: ravi lõpetamise või mitteandmise näidustused

Põhilised elu pikendavast ravist loobumisega seotud küsimused jagunevad kahte liiki: ühed puudutavad ravi lõpetamist/jätkamist õigustavate olukordade või näidustuste hindamist ning teised on seotud otsustamisega ehk täpsemalt sellega, kuidas võtta arvesse patsiendi taht. Esimene liik viib omakorda küsimusteni elukvaliteedist ning võimalikust eristusest hoolduse ja ravi vahel.

⁶ Kirjeldused on võetud Norra tervisedirektoraadi elu pikendava ravi suuniste eelnõust (Helsedirektoratet 2008).

5.2.1 Elukvaliteet ja elu pikendavast ravist loobumine

Ühe suurt toetust pälvinud meditsiinieetilise idee kohaselt on äärmiselt koormav, piinarikas ja vaevusi põhjustav ravi põhjendatud üksnes juhul, kui sellest patsiendile tekkiv kasu on suurem kui sellega kaasnev koorem. Liigselt koormavat ja piinarikast ravi, mis ei anna tulemuseks proportsionaalselt suuremat kasu patsiendile, ei saa õigustada. Sama põhimõtte kehtib ka elu pikendava ravi suhtes: raske on põhjendada ravi, mis üksnes soodustab patsiendi valu ja vaevuste jätkumist, kuid ei tee patsiendile midagi head tervendavas ega palliatiivses mõttes.⁷ Selle põhimõtte järgimiseks tuleb hinnata, kas ravi parandab või halvendab patsiendi elukvaliteeti. Selline ravi, mis muudab patsiendi elukvaliteedi halvemaks, kui see oleks ravist loobumise puhul, on küsitav. Kristlikus eetikas ja kirikute avaldustes võib täheldada teatavat vastumeelsust elukvaliteedi mõiste kasutamise suhtes, kuna selles kardetakse peituvat varjatud eeldust, et teatud kvaliteeditasemest allapoole langev inimelu ei vääri elamist. Sellele eeldusele tuginemise korral on elukvaliteedist lähtuvad argumendid tõesti problemaatilised. Ent kõnealusel juhul ei hinnata elukvaliteedi põhjal seda, kas inimese elu on elamist väärt, vaid pigem seda, kas teatud ravi on mõttekas (Keown 2002, 44). Siin ei hinnata konkreetse inimese elamisväärsust, vaid väidetakse, et kui teatud ravi mingis olukorras inimese seisundit ei paranda, vaid pigem halvendab võrreldes sellest loobumisega, siis ei ole selle ravi kasutamine põhjendatud.⁸

Selle kaalutluse kohaselt tuleks elu pikendav ravi lõpetada või selle kasutamisest hoiduda juhul, kui see lükkaks surma üksnes mõne päeva või nädala võrra edasi, kuid muudaks selle aja piinarikkamaks ja raskemaks, kui see oleks ilma ravita. Sellise ravi kahju patsiendile ei piirdu ainult intensiivsest ravist tingitud suurema valu, kannatuste ja ebamugavusega. Tõmmates patsiendi tähelepanu ja viimased energiavarud raviga tegelemisele, võib see lisaks nurjata tema võimaluse surmaks valmistuda, oma eluloo otsad kokku sõlmida, ümbritseva maailmaga ära leppida ning surma palge ees tekkivas hirmus, usalduses ja lootustes selgust saada. Samal ajal ei too ravi mingit kasu, vaid üksnes pikendab vältimatut, vaevarikast ja viimselt peatumatut suremise protsessi, suurendades sellega kaasnevat valu, koormat ja kannatust. Võttes arvesse eespool kirjeldatud palliatiivse ravi elemente, võib öelda, et intensiivne ravi, mis

⁷ Nt Euroopa tervisekomitee koostatud ja Euroopa Nõukogu Ministrite Komitees vastu võetud palliatiivravi soovituses öeldakse, et palliatiivne ravi ei tohiks surma kiirendada ega edasi lükata. Samuti nõutakse, et „tänapäeva meditsiinipraktika käsituses olevaid tehnoloogiaid ei kasutataks elu ebaloomulikuks pikendamiseks” ning et „arstid ei ole kohustatud jätkama ravi, mis on ilmselgelt kasutu ja patsiendile liigselt koormav” (EN Ministrite Komitee 2003, nr. 50). Samas ei täpsustata soovitusel „elu ebaloomuliku pikendamise” mõistet ega seda, millal ravi muutub „ilmselgelt kasutuks ja patsiendile liigselt koormavaks”. Nende otsuste kirjeldamine on jäetud tulevaste üksikasjalikumate suuniste koostajate hooleks või tuleb need teha konkreetsete kliiniliste ja meditsiinieetiliste hinnangute põhjal.

⁸ See eristus elukvaliteedi kui ravi mõttekuse hindamisaluse ja elu elamisväärsuse hindamisaluse vahel on ka põhjus, miks elukvaliteediga seotud argumenti ei peeta eutanaasia puhul kasutatavaks, sest siis hinnataks selle põhjal tõesti seda, kas inimese elu on elamist väärt või mitte.

üksnes pikendab piinarikast ja kannatusterohket suremisprotsessi, pakkumata mingit kergendust, lohutust või leevendust, on tegelikult vastuolus surijate eest õige hoolitsemise nõudega.

Muude eespool loetletud võimalike näidustuste korral võib hinnang sellele, kuidas elu pikendava ravi jätkamine/lõpetamine elukvaliteeti mõjutab, olla keerulisem. On avaldatud kahtlust, kas siin kirjeldatud tingimustel elu pikendavast ravist saab üldse mingit kasu olla. Kas ravi, mis ei tee muud peale olulistest funktsioonidest ilma jäänud elu pikendamise, saab olla mõttekas?

Ühelt poolt, ei ole, nagu eespool öeldud, bioloogilise elu säilitamine ja võimalikult pikaks venitamine iseenesest absoluutne hüve, mis peaks olema igas olukorras tähtsam kui kõik muud kaalutlused. Teiselt poolt, kui inimese elu nähakse Jumala armastuse kingina ning kutsumusena Jumalale ja ümbritsevale maailmale elu eest midagi vastu anda, on samavõrd selge, et elukvaliteeti ei saa hinnata lihtsalt selle järgi, kumba on rohkem: naudingut või valu, rahuldatus või rahuldumata soove. Elukvaliteedi käsitlemisel tuleb lähtuda inimelu põhiomadusest, milleks on sõltuvus ning vajadus sellele sõltuvusele ja selle kaudu saadavale hüvele kuidagi reageerida. Seda silmas pidades võib elukvaliteet väga hästi olemas olla ka elus, milles näiteks raske ajukahjustuse, puude või dementsuse tagajärjel puuduvad sellised tunnused nagu kontroll, tahte väljendamine, ratsionaalsus, subjektiivne aktiivsus või püsiv minateadvus. Sellises elus võib küll puududa teovõime selle sõna tavapärasel tähenduses, kuid ta võib siiski olla suuteline vähemalt mingil määral ümbrusega teadvustatult suhestuma ning reageerima tajuimpulssidele, näiteks puudutustele, helidele, valgusele jne. Samuti esineb võimalus, et veel välja kujunemata või ajutiselt kadunud teadvus ja reageerimisvõime võivad tekkida või taastuda. Seega võib sellist elu hoidev ravi patsiendile selles mõttes vägagi kasu tuua, et tema elukvaliteet koos raviga on parem kui ilma selleta. Jumalalt ja ümbritsevalt maailmalt saadud andide suhtes vastutustundlik elu saab toimuda ka muul moel peale enesekehtestamise, kontrolli, tahte väljendamise ja ratsionaalsuse.

See erineb siiski inimelust, mis eksisteerib üksnes bioloogilises vormis ning on täielikult ja pöördumatult kaotanud teadvusel oleku võime; selle tüüpnaiteks on püsivas vegetatiivses seisundis patsiendid (kes, nagu eespool kirjeldatud, erinevad komatoosetest patsientidest). Isegi sellistel asjaoludel on inimelu Jumala armastuse objekt ning võib ümbritsevas inimkoosluses olla ka lähedaste pereliikmete ja sõprade armastuse objekt. Küll aga näib siin puuduvat oluline tingimus, milleks on võime sellele armastusele teadvustatult tajude ja meelte abil vastata, ning see võime ei ole kadunud ajutiselt, vaid püsivalt ja pöördumatult. Sellises olukorras ei ole enam kuigi selge, kuidas elu pikendav ravi võiks patsiendile kasu tuua.

5.2.2 Hoolekande ja ravi eristamine

Mõnes käsitluses, mille väljapaistvaks näiteks on Johannes Paulus II 2004. aasta pöördumine, väidetakse, et tuleb eristada ravi ja hoolekannet, meditsiiniprotseduure ja loomulikke elu säilitamise vahendeid, erakorralisi ja korralisi sekkumisvõtteid. Meditsiiniprotseduuridest või erakorralistest sekkumisvõtetest võib loobuda, kui need muutuvad kasutuks ja patsiendile koormavaks. Seevastu loomulikud hoolitusvahendid on suunatud inimeste kõige põhilisematele vajadustele, millest me kõik sõltume ning millest seega ei tohiks ühtegi inimest mingil tingimusel ilma jätta.

Nimetatud eristuse väärtus sõltub osaliselt sellest, millist hoolekande ehk korraliste hoolitusvahendite ja ravi ehk erakorraliste vahendite määratlust kasutatakse ja kuidas neid üksteisest eristatakse. Üldiselt ollakse üksmeelel, et elu pikendav „erakorraline” ravi hõlmab selliseid protseduure nagu antibiootikumide manustamine, hingamisabi ja dialüüs, samas kui „korraliste” vahendite hulka kuuluvad esmased hoolekandetegevused nagu hügieeniprotseduurid, lamatiste vältimine, vedeliku manustamine ning kehaliste ja psühholoogiliste vaevuste leevendamine. Enamikul juhtudel hoiavad need ära patsiendi ebamugavuse suurenemise ja talumatuks muutumise, mistõttu nende kasutamine ei ole üksnes moraalselt õigustatud, vaid on sageli ka seadusega nõutav.

Samas kunstliku toitmise liigitamine on osutunud juba vastuolulisemaks küsimuseks. Kui paljude riikide eeskirjad ja kliinilised juhised käsivad seda elu pikendava ravina, mille võib lõpetada, kui see ei ole enam põhjendatud, siis eespool mainitud paavsti avalduses rõhutatakse katoliiklikku õpetust, mille kohaselt toitmine kuulub korralise esmase hooldusravi alla ja seda ei tohiks lõpetada seni, kuni patsient suudab veel toitu seedida.

Siin on asjakohane lisada mitu kommentaari. Esiteks on oluline meeles pidada kristliku õpetuse kindlat nõuet hoolitseda elu eest ka siis, kui tervenemine või seisundi paranemine ei ole enam võimalik. Igasugune inimelu, ka parandamatult ja pöördumatult haigete inimeste oma, väärrib esmast hooldusravi, ning mitte sellepärast, et see võiks kaasa aidata paranemisele, vaid sellepärast, et see väljendab iga inimese staatust, väärikust ja austusvajadust, mida tema suhtes tuleb üles näidata, sest ta on Jumala armastatud ja loodud. Seega on hooldusravi jätkamise väga tugevaks eelduseks kristlik eetika, mis toob meid ka küsimuse juurde, kuidas toimida patsientidega, kellel ei ole enam lootust raskest haigusest või vigastusest paraneda. Esmase hooldusravi, k.a toitmise, jätkamise eelistamine on lahutamatu seotud küsimusega hoolekande ja patsiendi sügavama heaolu vahekorra. Hoolduskohustuse moraalne kaalukus tuleneb sellest, et tavaliselt aitab selline hooldusravi kaasa raskelt ja pöördumatult haige patsiendi suhtelisele mugavustundele ja heaolule ka siis, kui puudub tervenemise või seisundi paranemise lootus. Vaatamata tugevale hooldusravi, kaasa arvatud toitmise, jätkamise eelistamisele, ei saa seda muuta absoluutseks nõudeks, mille puhul ei kaaluta enam seda, kuidas hooldusravi jätkamine

patsienti tegelikult mõjutab ning kas see võib patsiendi kannatusi ja valu lihtsalt süvendada ja pikendada ilma mingit kasu toomata.

5.2.3 Üleravimise oht

Sügavad moraaliküsimused ja oht patsiendile kahju teha ei ole seotud ainult elu pikendavast ravist loobumisega, vaid võivad tekkida ka seoses nn üleravimisega. Üleravimine võib põhjustada patsiendile märkimisväärset moraalset kahju ning on kliinilises praktikas ehk isegi sagedasem probleem kui ravi põhjendamatu lõpetamine. See juhtub siis, kui arstid püüavad liigest agarusest teha patsiendi heaks kõike võimalikku ning võtavad kasutusele või proovivad järjest uusi ravimeetodeid, isegi kui patsiendi haigus on jõudmas lõppfaasi ning mis tahes tervendava või palliatiivse toime tõenäosus on nullilähedane. Olenemata sellest, kas ravi määratakse professionaalsest entusiasmist või siirast aga ekslikust kaastundest patsiendi vastu, võib selline ravi patsiendile tõsiselt kahju põhjustada.

Peale selle, et vaevast taastumist vajavad operatsioonid põhjustavad suurt valu ja piina ning võivad aheldada patsiendi pikaks ajaks meditsiiniaparaatide külge, võib sellistel ravimeetoditel olla suuri ja piinarikkaid kõrvaltoimeid. Suunates patsiendi tähelepanu ning allesjäänud ressursid raviprotseduuride läbimisele (mis võib tekitada ka uut lootust ja ootusi), võidakse raskendada tema vaimset toimetulekut surmaga ning tagasi mõtlemist elatud elule, suhetele, oma kohale maailmas, lootustele ja uskumustele. Lühidalt: see võib takistada patsiendil surmaga leppimist. Sel moel võib üleravimine teha kahju ka perekonnale ja sugulastele, kellel ei ole võimalust lähedase inimesega „rahus ja vaikuses hüvasti” jätta, sest nad on sunnitud seda tegema raviprotseduuride ja tehnoloogia keskel.

Veel üks oluline kaalutlus on patsientide ja laiema avalikkuse usaldus, et kui neid peaks tabama ravimatu haigus, siis hoolitsetakse nende kui inimeste eest ning ei kohelda neid kui meditsiinilisi juhtumeid, mille peal katsetada erinevate ravivõtete toimivust.

Seega tuleb rõhutada, et elu lõpule läheneva patsiendi puhul on täiesti lubatav mitte teha kõike, mida meditsiin võimaldab. Mõnikord tuleks kehalise haiguse ravimine hoopis lõpetada ning kasutada ressursse, teadmisi ja energiat pigem selleks, et hoolitseda patsiendi kui isiksuse eest, kelle elul on lisaks kehalisele ka emotsionaalne, hingeline ja vaimne mõõde.

5.3 Eetiline arutlus: patsiendi tahe

Meditsiinieetika toetub tugevalt eeldusele mitte ravida kedagi vastu tema tahtmist ning selle kasuks räägib ka kristlik evangeelne traditsioon. Selle lähtekoha järgi tuleb elu pikendava ravi jätkamise või katkestamise üle otsustamisel mõistagi arvesse võtta

eelkõige patsiendi taht. Siit aga tekib küsimus, kuidas arvestada patsiendi tahtega siis, kui seda ei ole võimalik otseselt teada saada.

5.3.1 Patsiendi väljendatud tahe

Mõnel juhul saab patsiendi tahte vahetult välja selgitada. Kui patsient on teadvusel, põhjalikult teavitatud ja oma olukorrast teadlik, saab ta ise selgelt oma taht võimaliku elu pikendava ravi suhtes väljendada. Inimese autonoomia üldiselt ja konkreetselt teadliku nõusoleku põhimõte on üks meditsiinieetika põhialuseid. Kui patsient on „terve mõistuse juures” ning tal ei ole vaimuhaigust ega ekslikku ettekujutust oma olukorrast, siis peetakse ravi, mille jaoks ta ei ole nõusolekut andnud, raskeks rikkumiseks, mis on veelgi tõsisem juhul, kui patsient on ravist selgesõnaliselt keeldunud. Autonoomia, mida siin mõistetakse vabadusena keelduda soovimatust sekkumisest oma ellu ja oma keha puutumatusse, on oluline ka evangeelsest seisukohast, kuna see kaitseb isiku terviklikkust ja teeb võimalikuks vastutuse võtmise.

See põhinõue, et teadlik nõusolek on ravi alustamise eeltingimus, kehtib ka elu pikendava ravi kohta. Põhjalikult teavitatud ja teovõimelisel patsiendil on õigus nõuda oma otsuste austamist, isegi kui ta keeldub edasisest ravist ning tema elu võib selle tagajärjel lüheneda.

Ent sageli ei ole võimalik patsiendi taht elu pikendava ravi suhtes otseselt teada saada. Kuidas käituda sellistes olukordades?

5.3.2 Varasemad tahteavaldused

Üks võimalik lahendus on varasem tahteavaldus. Veel „terve mõistuse juures” olev isik kirjutab alla dokumendile, milles avaldab oma tahte seoses elu pikendava raviga juhaks, kui ta peaks tulevikus parandamatu haiguse või vigastuse tagajärjel jääma teadvusetusse seisundisse või elama suurtes valudes, püsiva puudega või abituna.⁹

Sellega seoses tekib küsimus, kas *varasem* tahteavaldus peaks olema meditsiinitöötajate jaoks siduv. Küsimuse tuum seisneb selles, kas inimesel on tegelikult võimalik teha tõeliselt teadlikke ja iseseisvaid otsuseid võimaliku tulevase raske haigusseisundi või vigastuse kohta. Kas inimesed saavad ette teada, millisenad nad elu selles seisundis kogevad ning millised põhiväärtused ja soovid nende jaoks siis oluliseks muutuvad? Paljude arvates peaks varasematel tahteavaldustel olema elu pikendava ravi üle otsustamisel suur kaal. Ent nende absoluutselt siduvaks tunnistamise vastu räägib asjaolu, et need ei võimalda arvesse võtta inimese uskumuste, väärtushinnangute ja üldise eluhoiaku võimalikku muutumist vahepealsel ajal. Üks võimalus seda arvesse võtta

⁹ Norra versioonist võetud sõnastused.

oleks nõuda, et puuduks igasugune põhjendatud alus arvata, et kunagine tahteavaldus ei vasta enam patsiendi tahtele.¹⁰ Teine võimalus oleks nõuda, et tahteavaldust tuleb regulaarselt, näiteks igal aastal „uuendada”.

Näib, et küsimuses, kuivõrd varasem tahteavaldus on teovõime kaotanud isiku tahte siduv väljendus, rakendatakse kahte mõnevõrra erinevat lähenemisi. Ühel juhul käsitatakse tahteavaldust kui lepingulist või juriidilist dokumenti, mis loob nii patsiendile kui ka arstile teatud õigusi ja kohustusi ning vabastab tahteavaldust järgiva arsti võimalikust süüdistusest. Teisel juhul kasutatakse tahteavaldust patsiendi tahte kindlakstegemisel ühena paljudest allikatest. Sel juhul on varasem tahteavaldus küll oluline, eriti kui see on koostatud alles hiljuti, aga see ei ole ainus tegur, mille põhjal patsiendi tahtet välja selgitatakse.

5.3.3 „Mitte terve mõistuse juures”/otsusevõimetud patsiendid

Mõnel juhul, kui patsiendid ei suuda oma tahtes selgusele jõuda ja/või seda väljendada, puudub neil ka varasem tahteavaldus. Kuidas teha sellises olukorras vastutustundlikku otsust elu pikendava ravi kohta? Ainus lahendus näib olevat püüda patsiendi tahtet võimaluste piires kaudselt välja selgitada ning arvestada ka meditsiinilist hinnangut selle kohta, mis oleks patsiendile parim.

5.3.4 Pereliikmed

Tavaliselt kaasatakse sellisel juhul patsiendi tahte väljaselgitamiseks teatud tüüpi esindaja, kes seisab patsiendi huvide eest. Sageli on selleks lähedane pereliige, näiteks abikaasa või elukaaslane, täiskasvanud laps, ema või isa, õde või vend. Kuna ta tunneb patsienti pikka aega, on võimalik, et ta on kunagi sellisest olukorrast ja patsiendi soovidest juba patsiendiga rääkinud.

Või siis teab ta üldisemalt patsiendi tõekspidamisi ja väärtushinnanguid ning oskab nende põhjal järeldada, mida patsient oleks soovinud. Lisaks võib üldjuhul eeldada, et ta lähtub patsiendi kui oma pereliikme huvidest.

Seega on häid põhjusi, miks tuleks pereliikmete arvamustega raviotsuste tegemisel tõsiselt arvestada. Ent sellega seoses tuleb lisada mitu täpsustust. Esiteks ei tohi jääda kahtlust, et pereliige/esindaja tegelikult ei tunne patsienti ja/või ei tegutse tema parimates huvides. Teiseks peab arstide/tervishoiutöötajate ja pereliikmete vahel toimuma põhjalik ja hoolikas teabevahetus, millega tagatakse pere kaasamine otsustusprotsessi. Kolmandaks peab lõppotsus jääma arsti teha. Lõplikku otsust lähedase inimese ravi lõpetamise kohta ei tohiks kunagi jätta pereliikmete kanda. Lisaks peaksid vastutustundlikud meditsiinitöötajad olema eriti ettevaatlikud, kui pereliikmete vahel on ravi jätkamise küsimuses lahkarvamusi.

¹⁰ Maailma Arstide Liidu toetatud seisukoht (World Medical Association 2003).

5.3.5 Eestkostja

Mõnel juhul võib esindajana tegutseda ametlikult määratud eestkostja (nt jurist), kellele on antud seaduslik õigus ja kohustus patsiendi huve kaitsta. Selle isiku võib määrata patsienti ise enne teovõimetuse seisundi tekkimist (sarnaselt varasema tahteavaldusega) või määratakse eestkostja pärast teovõimetuse saabumist. Eestkostja võidakse määrata erinevatel põhjustel: näiteks kui patsiendil ei ole lähedasi pere liikmeid; kui patsient ei soovi, et pereliikmed teda teovõimetuse korral esindaksid; kui perekonnas valitseva olukorra tõttu ei sobi pereliikmed patsiendi huve kaitsma; või kui patsient või tema pere soovib hoida lahus eestkostja juriidilist rolli ning perekonna armastavat ja hoolitsevat rolli. Kui pole põhjust arvata, et pereliikmed ei tea patsiendi soove või ei hooli tema parimatest huvidest, võib pereliikmetega nõu pidamine olla asjakohane ka juhul, kui eestkostja on määratud.

Kuna lõppotsuse peab tegema arst, on väga oluline, et raviarst jagaks ja koguks võimalikult palju teavet ning peaks nõu ja suhtleks võimalikult paljude asjasse puutuvate isikutega, et teha oma võimete piires kindlaks, milline otsus oleks kooskõlas patsiendi tahtega ja patsiendi parimates huvides.¹¹

Otsusevõimetu patsiendi eest vastutustundlikult ja hästi hoolitsemist soodustavat teabevahetuse ja kaalutlemise protsessi peaksid iseloomustama järgmised tunnused: a) läbipaistvus: perekonnaliikmed, sugulased, tervishoiutöötajad, raviarst ning avalikkus / potentsiaalsed patsiendid peaksid kõik olema kursis sellega, kellega taolises olukorras konsulteerida ning millist kaalu nende arvamus omab; b) kaasamine: kaasata tuleks kõigi patsiendi ravimisega seotud erialade/üksuste esindajad ja sellega otseselt tegelevad töötajad (erinevate ametialade esindajatel, nt arstidel, õdedel ja nõustajatel võib olla erinevaid teadmisi ja teavet patsiendi väärtushinnangute, tõekspidamiste ja soovide kohta) ning perekonnaliikmetel peaks olema võimalus sisuliselt kaasa rääkida; nad peaksid saama piisavalt teavet ja neid tuleks kaasata kaalutlemisprotsessi; c) piisavalt aega: võimaluste piires tuleks vältida otsustusprotsessi põhjendamatu kiirendamist ressursside kokkuhoiu või otstarbekuse nimel. Eriti tähelepanelik tuleks olla perekonnaliikmete suhtes, kes püüavad toime tulla raskelt haige või vigastatud lähedase inimese peatse surmaga ning selle mõjuga nii nende enda elule kui ka patsiendile. Pereliikmetele tuleb jätta piisavalt aega kaalutlemiseks, nõu küsimiseks ja toetuse saamiseks – ka koguduse poolt –, et kuulata ära nende mured ja probleemid ning aidata neil olukorra ja lähedase inimese kaotusega leppida enne, kui tehakse otsus elu pikendava ravi kohta. Omaette keerulised probleemid tekivad siis, kui patsient on laps. Sellises olukorras on eriti oluline jätta pereliikmetele, kes võivad olla selle lapse vanemad, piisavalt aega ja suhtlemisruumi. Lisaks toimetulekule lapsekaotuse traumaga tuleb neile anda võimalus aru saada, kuidas see kaotus on seotud ravi lõpetamise otsusega ning nad tuleb selle otsuse tegemisse kaasata.

¹¹ Võib ka küsida, kas lõppotsust ei peaks tegema raviarsti asemel hoopis sõltumatu komisjon.

5.3.6 Elu pikendava ravi katkestamine või mitteandmine: kokkuvõte

Raskelt, pöördumatult või surmavalt haige patsiendi elu pikendava ravi katkestamine või mitteandmine ei ole siin käsitletataval asjaoludel mitte üksnes lubatud, vaid võib olla lausa nõutav kui kohase hoolitsuse ja kaastunde element. Vähemalt kehtib see juhul, kui ravi jätkamisest ei ole patsiendile enam mingit kasu selles mõttes, et see võimaldaks paranemist, leevendaks vaevusi või säilitaks elu, millel on kvaliteet kristlikus mõttes – osakssaava armastuse vastuvõtmise, tajumise ning sellele mingil moel vastamisena. Kristlikus traditsioonis rõhutatakse järjepidevalt kohustust hoolitseda raskelt haigete ja surijate eest, isegi kui neil ei ole enam tervenemise või seisundi paranemise lootust, ning selle tulemuseks on tugev eelhoiak selle kasuks, et jätkata valu, ebamugavust ja ärevust leevendavate ravivahendite kasutamist ka viimastel elutundidel. Ühelt poolt on nii elu pikendavate kui ka muude meditsiiniliste, kliiniliste ja õenduslike ravivahendite kasutamine meie jaoks väga tugev moraalne kohustus, millest ei saa muude kaalutluste nimel kergekäeliselt loobuda. Teiselt poolt ei ole need tingimusteta nõuded, mis oleksid tähtsamad kui nende mõju patsiendile ja tema olukorrale. Praktikas järeldub sellest, et kuigi evangeelsed kirikud tunnustavad nende teemadega kaasnevaid keerulisi moraalseid valikuid ja hinnanguid ning raskeid eetikaküsimusi, ei ole nad valmis väitma, et näiteks püsivas vegetatiivses seisundis patsientide toitumise lõpetamine on alati ja igal juhul vale.

Moraaliküsimused ja hinnangud ei puuduta ainult otsuseid, vaid ka seda protsessi, mille käigus otsuseni jõutakse. Patsiendi teadlikku ja selgesõnalist soovi ravi lõpetada tuleks austada ning kui patsient ei ole enam „terve mõistuse juures”, aga on koostanud varasema tahteavalduse ravi kohta, siis on ka sellel tahteavaldusel märkimisväärne kaal, eriti kui pole põhjust arvata, et see ei vasta enam patsiendi tahtele. Kui patsiendi teovõime on pöördumatult kadunud ja varasem tahteavaldus puudub, siis muutuvad eriti oluliseks otsustamiseks vajalikud teabevahetuse ja konsultatsioonide protsessid. Need peaksid olema kaasavad, nii et neis osaleb piisavalt lai ring erinevate erialade esindajaid, tervishoiutöötajaid ja nõustajaid. Põhjalikult tuleks nõu pidada lähedaste pereliikmete, sugulaste ja sõpradega, kes patsienti hästi tunnevad ja lähtuvad kõigi eelduste kohaselt tema parimatest huvidest; samuti tuleks neile anda piisavalt aega ja ruumi nii selle otsuse kui ka lähedase inimese võimaliku kaotusega leppimiseks. Samas ei tohiks nende kanda jätta lõpliku otsuse langetamise koormat.

6.

Palliatiivne ravi, valu vaigistamine ja tuimastus

Eutanaasia ja abistatud enesetapu seadustamise pooldajate sage argument on, et mõnel juhul ei näe patsient mingit muud reaalselt võimalust tekkinud olukorraga toimetulekuks kui saada abi oma elu lõpetamiseks. Selle vastased osutavad alternatiivina sageli palliatiivse ravi väidetavatele eelistele. Ent omaette küsimuste ring on seotud ka palliatiivse raviga, mistõttu tuleb seda lähemalt vaadelda.

Nagu eespool mainitud, on palliatiivmeditsiin Maailma Terviseorganisatsiooni määratluse järgi suunatud elu ohustava haigusega silmitsi seisvate patsientide ja nende perekondade elukvaliteedi parandamisele eesmärgiga ennetada ja vähendada kannatusi, sh ravida valu ning leevendada kehalisi, psühhosotsiaalseid ja hingelisi probleeme (vt punkt 4.4). Selles tegeletakse palju laiemate probleemide ringiga kui üksnes elu viimases järgus tekkivate sümptomite leevendamine. Selles püütakse olla patsiendile elu viimases etapis seltsiks ning otsitakse võimalusi tema elukvaliteedi parandamiseks.

Palliatiiv- ja hooldusravis on viimastel aastatel toimunud märkimisväärne areng. Järjest rohkem keskendutakse interdistsiplinaarsusele ja erinevate erialade esindajate kaasamisele. Lisaks kehalisele mõõtmele on raskete haiguste käsitlemisse lisatud psühhosotsiaalne ja hingeline mõõde. Ulatuslikud uuringud on aidanud parandada teadmisi, mõistmist ja praktikat ning see teema jõuab järk-järgult arstihariduse õppekavadesse. Kirikud peaksid võitlema selle valdkonna tervishoiuteenuste ning vastava arstliku väljaõppe ja teadusuuringute eelisarendamise eest.

Kuigi need tervitatavad arengud on aidanud asetada elu lõpuga seotud küsimused üldiselt ning konkreetsemalt eutanaasia ja abistatud enesetapu teemad uude valgusesse, siis järgnevast arutlusest nähtub, et see ei ole lihtne lahendus, mis suudaks ühe hoobiga kõrvaldada kõik raskused ja eetilised dilemmad.

Ent vähemalt üks traditsiooniline küsimus, mis on tuttav paljudest meditsiini- eetika õpikutest, on tänu palliatiivmeditsiini täiustamisele ja arengule aktuaalsuse kaotanud – see puudutab valuravi annuste suurendamist, mis võib kõrvaltoimena kiirendada surma. Kuigi see oli laialt tunnustatud praktika, kummitas eetikaalaseid debatte aastaid küsimus, kuidas eristada sellist ravi eutanaasiast ning miks esimesega on sedavõrd lihtne leppida, aga teisega ilmselgelt mitte.

Tänaseks on see küsimus kaotanud suure osa oma teravusest. Tänu palliatiivmeditsiini arengule ja paremale valusümptomite ravile ei ole tõhusal valuravil tõenäoliselt enam elu lühendavat toimet. Pigem vastupidi: sageli aitab see elu pikendada ja parandab elukvaliteeti.

Tugevast valust ja vaevustest vabanenud patsient võib näiteks lõõgastuda ja paremini magada, olla vaimselt ja kehaliselt vähem kurnatud ning kogeda paremat elukvaliteeti – kõik see kokku pikendab, mitte ei lühenda elu. On veenvaid argumente, mis ei anna põhjust skeptilisuseks, vaid räägivad tõhusa valuvaigistava ravi laiemast kasutamise poolt.

Ent vaatamata palliatiivse meditsiini ja ravi märkimisväärsele arengule, leidub siiski äärmuslikke juhtumeid, kus surmale lähenevad patsiendid kannatavad äärmise valu, hingamisraskuste, iivelduse, ärrituse ja krampide all, mis ei allu mingile ravile. Seoses sellega on küsitud, kas võiks lubada palliatiivset tuimastust, mis vähendab patsiendi teadvuse taset. Palliatiivset tuimastust võiks määratleda kui (ravimite abil) narkoosi esilekutsumist ja narkoosi all hoidmist surmale läheneva patsiendi ravile allumatu valu ja muude kannatuste leevendamise eesmärgil. Narkoosi sügavus ja kestus sõltuks patsiendi seisundist, kuid selle eesmärk oleks kannatuste leevendamine, mitte elu lõpetamine.

Kõnealune protseduur oleks üldjuhul näidustatud vaid siis, kui patsiendil on jäänud elada mõned päevad, kuigi selliste prognooside tegemine on keeruline ning need peavad põhinema arsti parimal kliinilisel hinnangul, kogemustel ja nõupidamisel kolleegidega. Kõik vajalikud diagnostilised protseduurid peaksid olema tehtud, et eristada ravi kõrvaltoimeid haigussümptomitest, ja kõik muud sobivad ravivõimalused peaksid olema läbi proovitud. Lisaks tuleks eelnevalt konsulteerida kõigi asjaomaste meditsiinivaldkondade esindajatega, näiteks palliatiivravi spetsialistiga. Samuti tuleb teha põhjalik psühhiaatriline hindamine, et reageerida õigesti elu lõpus teadaolevalt tekkivatele psühhiaatrilistele sümptomitele, mis alluvad ka muule ravile.

Kui otse patsiendilt või tema esindajalt on saadud teadlik nõusolek – kuigi ka see võib taolises olukorras keeruliseks osutuda –, siis oleks raske pidada lubamatuks patsiendi tahtlikku tuimastamist eesmärgiga säästa teda ravile allumatute piinarikaste valusümptomite kogemisest.

Siinkohal tasub esitaks märkida, et olemasolevate andmete põhjal ei kiirenda see praktika tavaliselt surma saabumist. Sarnaselt muu tõhusa palliatiivse raviga näib see pigem elu pikendavat kui lühendavat. Teiseks näib, et seda protseduuri kasutatakse harva ja ainult äärmuslikel juhtudel, paljuski tänu kasvavale pädevusele palliatiivse meditsiini, valuravi ja sümptomite leevendamise valdkonnas.

7.

Eutanaasia

7.1 Küsimuseasetus

Eelnevast arutlusest nähtub, et surija eest hoolitsemine võib mõnel juhul tähendada ka elu pikendava ravi lõpetamist või mitteandmist. Ent põletav lahendamata küsimus puudutab loomulikult seda, kas eutanaasia ja abistatud enesetapp võiks samuti kuuluda raskelt haige ja sureva patsiendi eest hoolitsemisel kõne alla tulevate valikute hulka. Kõigepealt käsitleme siin eutanaasia teemat ning sellega seotud, kuid erinevat abistatud enesetapu küsimust vaatleme järgmises peatükis.

Kuigi eutanaasia määratlusi ei saa lahutada selle teema teoreetilistest ja normatiivsetest käsitlustest, kirjeldab järgmine määratlus enamikku tüüpilisi juhte, mistõttu see sobib järgneva arutluse aluseks: „Teovõimelise isiku vabatahtlikult antud tahteavalduse alusel arsti poolt ravimite manustamisega teostatav selle isiku tahtlik surmamine.”¹²

Eutanaasiast rääkides tuleks eristada kahte aspekti. Esimene aspekt puudutab eutanaasiat kui eetilist küsimust ning hõlmab selle nähtuse tõlgendamist laiemas kontekstis (näiteks nagu eespool kirjeldatud) ning selle praktika normatiivset põhjendamist, uurides, kas eutanaasia poolt või vastu saab esitada normatiivselt kehtivaid põhjendusi. Teine aspekt puudutab eutanaasiat kui õiguslikku küsimust, milles uuritakse, kuidas tuleks eutanaasiat reguleerida õigusaktides ja avalikus poliitikas. Oluline on mõista, et need kaks aspekti ei ole küll teineteisest täiesti lahus, aga nad ei ole ka kattuvad. Eetikanormide kehtivaks pidamine ei sõltu ainuüksi õigusaktidest ning eetikanorme ei saa üks ühele õigusaktidesse ja poliitilistesse regulatsioonidesse üle kanda.

¹² European Association for Palliative Care (Euroopa Palliativse Ravi Assotsiatsioon, EAPC) 2004.

7.2 Eetiline arutus

Esmapilgul näib, et kristlikust evangeelsest seisukohast lähtuvalt on tugevaid argumente, miks eutanaasiat mitte lubada: see näib olevat otsene kaasinimese elu lõpetamine, mille suhtes ei laiene kristliku eetika tavapärased tapmise keelu erandid (enesekaitse või kolmanda isiku kaitse). Samuti näib see rikkuvat inimelu puutumatus põhimõtet ning kohustust hoiduda inimelu kahjustamisest ja hävitamisest. Kuna eutanaasia näib olevat nende fundamentaalsete moraalinormidega vastuolus, annab see piisavalt tõendeid, mille põhjal olla selle lubamise vastu. Ent kas sellele vaatamata võib leiduda ka eetilistelt kehtivaid põhjusi, mis räägivad eutanaasia kasuks?

Eutanaasia pooldajad osutavad tavaliselt kahte liiki põhjustele: esiteks autonoomia ja teiseks heategemine (ehk patsiendi parimad huvid). Mõlemad on sügavalt juurdunud ja laialt tunnustatud moraalimõisted, mida õigusega peetakse kehtivateks eetilisteks ideaalideks. Kas nende põhjal saab tõesti tuua välja põhjendatud ja kehtiva argumendi, mis lükkab ümber eespool mainitud eutanaasiavastase eelduse?

7.2.1 Autonoomia ja eutanaasia

Autonoomia on meditsiinieetikas oluline ja sageli kasutatav mõiste. Ent samas on see ka keeruline mõiste, millel on mitu eri tähendust, mida on vahel raske üksteisest eristada. Ilmalikus filosoofilises meditsiinieetikas kasutatakse autonoomia mõistet valdavalt kahes mõnevõrra erinevas tähenduses. Mõlemad on eutanaasiaga seoses asjakohased, kuid nendest tuletatud järeldused on sageli erinevad. Kantilikus tähenduses on autonoomia iseendale seaduseandjaks olemine ning võime käituda vastavalt ratsionaalsetele üldprintsiipidele, mitte tingitud impulssidest või välisest survest lähtuvalt. Sellise autonoomse käitumise võime on eesmärk iseeneses, millest omakorda tuleneb nõue, et ka inimest tuleb alati kohelda kui eesmärki iseeneses ja mitte kunagi kui vahendit mõne muu eesmärgi saavutamiseks. Teises tähenduses käsitatakse autonoomiat kui võimet käituda vastavalt oma sisemistele eelistustele, huvidele ja plaanidele. Selline autonoomia võimaldab inimesel väljendada ja teostada sisemist potentsiaali ning kujundada oma käitumist isiklike püüdluste ja väärtushinnangute järgi. Ilmalikus meditsiinieetikas kasutatav autonoomia mõiste ei ole evangeelse eetika jaoks kindlasti tähtsusetu, kuid seal kasutatakse sellele lisaks ka fundamentaalsemat vabaduse mõistet. Selle mõiste järgi tuleneb inimese esmane määratlus tema suhtes Jumalaga, mitte välistest maistest autoriteetidest. Usu läbi õigeksmõistmine vabastab inimese vajadusest otsida elus ülimalt tähendust moraalse pingutuse ja saavutuste abil, mistõttu ta on ühtlasi vabastatud teenima ligimest vastutustundliku armastuse ja hoolega. Niisiis põhineb evangeelne vabaduse mõiste esiteks sellele eelneval ja veelgi põhimõttelisemal kingi, vastuvõtmise ja sõltuvuse aspektil. Teiseks: kuigi vabadus on Jumala antud ning selle teostamine ega väljendamine ei sõltu moraalistest saavutustest, ei saa seda lahutada vastutusest.

Kõigepealt tuleks mõista, et eutanaasia lubatavaks tunnistamine ei ole ka ilmalikust või filosoofilisest autonoomia mõistest vältimatult tulenev järeldus. Mitmed autorid on seisukohal, et kantilik käsitlus autonoomiast kui iseendale seadusandjaks olemisest ning üldise ratsionaalse õiguse järgi käitumisest ei õigusta eutanaasiat. Nende hinnangul oleks eutanaasia kasutamine vastuolus esmase moraalse kohustusega kohelda inimest, olgu iseennast või kedagi teist, mitte vahendina, vaid alati ainult eesmärgina iseeneses. See oleks otsene sekkumine autonoomia seisundisse endasse ehk inimisiksuse eksistentsi. Teised mõtlejad jällegi kalduvad võtma eelduseks teatud põhiõigusi, mida ülejäänud inimesed peavad tingimusteta austama, ning lisavad nende hulka ka õiguse – selle andmisega nõustuvat teiselt isikult – suremisabi vastu võtta. See aga jätab õhku paradoksaalse küsimuse: kuidas saab loogiliselt võttes olemas olla õigust, mis võimaldab kõrvaldada inimesel iseennast kui õigussubjekti?

Rohkem kasutatakse eutanaasia moraalseks õigustamiseks siiski seda käsitlust, mille kohaselt autonoomia tähendab enesemääramist ning võimalust järgida oma püüdlusi, huve ja eelistusi. Kas see autonoomia mõiste oleks juba iseenesest veenev argument? Vähemalt tekitab see mõningaid küsimusi. Esiteks kerkib taas üles küsimus autonoomia ulatusest. Kas see hõlmab ka otsust iseenda hävitamise kohta?

Mõned autonoomiatõlgendused väidavad, et selle alusel ei saa teha otsuseid, mis vähendaksid või hävitaksid tulevikus autonoomiat kui inimese võimet ise oma tegevust juhtida. Teised autorid jälle kahtlevad selles, kas raskelt või parandamatult haigelt patsiendilt on võimalik saada piisavalt selget ja kindlat tahteavaldust. Uuringute põhjal võib väita, et raskelt haigete ja surevate patsientide elutahe võib suurel määral kõikuda (Chochinov et al. 1999); lisaks võib sellises haiguse staadiumis olevatel patsientidel tekkida mitmeid seisundeid (kurnatus, ahastus, depressioon), mis vähendavad autonoomiat kui võimet teha teadlikke, kaalutletud ja tahtlikke otsuseid ilma väliste mõjutusteta (Johansen, Materstvedt et al. 2005). Sellele võidakse vastu väita, et sel juhul ei oleks loogiline anda patsiendi autonoomiale sedavõrd suurt kaalu ka otsustes, mis puudutavad ravist loobumist (vt eespool 5. ptk), ning samal ajal suhtuda eutanaasia puhul autonoomiasse nii suure kahtlusega. Siin on üheks vastuargumendiks, et autonoomne otsus *keelduda* sekkumisest (nt soovimatu ravist) on kaalukam kui autonoomne soov saada teatud teenuseid või abi (nt suremisabi). Lisaks on uuringud näidanud, et palliatiiv- ja hooldusravi avaldavad suurt mõju eutanaasia soovi avaldustele otsese ja tahtliku elu lühendamise mõttes: ravi saamisel väheneb oluliselt otseste eutanaasiapalvete arv, samas kui soov saada elu toetavat ravi näib püsivat (Neudert et al. 2001). Teisalt tuleb siiski märkida, et mõnel juhul soovivad patsiendid jätkuvalt eutanaasiat ka pärast kõigi märkide järgi piisava palliatiivse ravi saamist. Sellest nähtub, et kuigi täiustatud, tõhus ja piisav palliatiiv- ja hooldusravi võivad eutanaasiasoovi suurel määral mõjutada, ei kõrvalda nad seda täielikult.

Lisaks sellisele sisemisele kriitikale võiks evangeelsest vaatevinklist kahtluse alla seada kogu sellise filosoofilise autonoomia mõiste, kuna selle aluseks on hoopis teist-

sugune vabadusekäsitus. Eespool kirjeldatud evangeelse arusaama kohaselt põhineb vabadus inimese suhtel Jumalaga loomises ja õigeksmõistmises, mille järgi inimene saab oma elu Jumala käest.

Seega on vabadsus lahutamatu seotud vastutusega (kuigi ei ole sellel rajanev) ning kutsumusega järgida Jumalat tema käest kingituseks saadud elus. Selline vabadusemõiste erineb selgelt enesemääramise või iseendale kuuluva elu valitsemise mõistest ning on pigem seotud vastutusega Jumalalt saadud elu eest. Sellise käsituse korral on eutanaasia põhjendamine autonoomia mõistega küsitav, kuna vabadus ei tähenda absoluutset valitsemis- ja omandiõigust iseenda suhtes, vaid on lahutamatu seotud kutsumusega kasutada oma elu vastutustundlikult iseenda, kaasinimeste, loodud maailma ja viimselt Jumala ees.

7.2.2 Heategemine ja eutanaasia

Tihti väidavad inimesed, kelle meelest eutanaasia võib olla mõnes olukorras lubatud, et suurte valude all kannatava ning paranemise või leevenduse lootuseta patsiendi elu lõpetamine võib olla tema parimates huvides. Kui patsient seda soovi selgelt väljendab, ei tohiks talle eutanaasia võimalust keelata.

Küsimusele, kas eutanaasia võib olla patsiendi huvides, ei saa vastata ilma võimalikke alternatiive kaalumata. Patsientide eutanaasiasoovi uuringute kohaselt ei ole see soov enamasti tingitud ainuüksi füüsilisest valust. Pigem lisanduvad sellele psühholoogiliste kannatustega seotud põhjused, näiteks mõttetuse tunne ja tähenduse kaotamine, teistele koormaks olemise tunne ning ebaväärikas seisundis elamise kogemus.

See on kooskõlas uuringutega, mille järgi patsiendid eelistavad pigem nn individuaalseid elukvaliteedi hindamise skaalasid, mis põhinevad nende isiklikel eelistustel, püüdlustel ja väärtushinnangutel (Neudert et al. 2001). Kui patsient kogeb elukvaliteedi olulist langust, mis võib lõpuks viia eutanaasiasoovini, siis tõenäoliselt on see tingitud paljude tegurite koosmõjust, kus haiguse ja sellest põhjustatud füüsilise valu sümptomitele lisandub sotsiaalne ja eksistentsiaalne mõõde. Seega võimaldaks palliatiiv- ja hooldusravi, mis suudaks pöörata rohkem tähelepanu patsiendi individuaalselt tajutud elukvaliteedile, reageerida paremini ka eutanaasiasoovidele ning nende arvu vähendada.

Seega tuleb eutanaasiaküsimusele häid vastuseid otsides uurida muu hulgas ka eutanaasiasoovi taga olevate põhjuste konteksti ja nende enesetõlgenduslikku olemust.. Enesetõlgendus – oma elu konkreetse mõtte (või selle puudumise) tajumist, mõistmist ja kujunemist teatud narratiivide raames – toimub muu hulgas ka ümbritseva kultuuri ja ühiskonna vahendusel: näiteks kirjeldame kujundite, sümboolite, metafooride ja väärtussüsteemide abil oma arusaama inimelust ja mõtestame sotsiaalset suhtlust. Kui raske ja ravimatu haiguse seisundis toimuvat elu, kus inimene on täielikult sõltuv teiste abist ja hoolitsusest ning ei suuda väljendada ega

kontrollida põhilisi inimlikke omadusi ja funktsioone, peetakse ebaväärikaks ja elamist mittevääriavaks, siis on ka seda tõlgendust mõjutanud patsiendi ümbruskond. Sellises olukorras patsiendi eutanaasiasoovile vastamisel ei piisa sellest, et võtta patsiendi poolset olukorra tõlgendust, mille kohaselt tema elu lõpp on ebaväärikas, kui etteantud tõsiasi. Sellest tuleb minna kaugemale ning otsida patsiendi jaoks vahendeid, mis soodustavad elu lõppjärgus teistsugust enesemõistmist. Juba nimetatud täiustatud palliatiiv- ja hooldusravi võimalused viivad meid sellel teel üsna kaugemale, mistõttu on väga oluline, et kirikud toetaksid selles vallas tehtavate jõupingutuste suurendamist. Samas tuleb ka tõdeda, et palliatiivne ravi ei lahenda kõiki kõnealuses valdkonnas tekkivaid dilemmasid ja probleeme. Mõne patsiendi valu ei pruugi ravile alluda ning suure tõenäosusega on alati patsiente, kes tajuvad oma elu parandamatu haiguse seisundis talumatuna ega suuda leida selles mingit kergendust või väärtust. Isegi meditsiiniliselt ja füüsiliselt suhteliselt sarnases olukorras olevad patsiendid võivad oma individuaalset elukvaliteeti väga erinevalt hinnata.

Sellega seoses tuleb mainida ühte konkreetset küsimust. Mõnikord väidetakse evangeelsete kirikute avaldustes elu lõpuga seotud otsuste kohta, et haigused, valu ja kannatused on meile teadaoleva inimelu vältimatu ja lahutamatu osa. See väide võib küll olla õige, kuid aeg-ajalt kasutatakse seda ka argumendina küsitaval viisil. Enamasti on neis avaldustes jäänud läbi mõtlemata asjaolu, et osa kannatusi on sellised, mida saab vältida või vähemalt leevendada, samas kui osa ei allu inimeste tegevusele ja leevendamispüüetele. Tõsiasi, et kannatused (sh haigused ja füüsiline valu) on meile tuntud maailmas alati olemas, ei vähenda meie kohustust leevendada ja kõrvaldada füüsilist valu kõigi meile kättesaadavate vahenditega. Kuigi mõned suurt valu ja kannatusi kogevad raskelt haiged inimesed võivad leida mõtestatust isegi sellises olukorras, ei ole mingit põhjust haigusi ja valu kui inimelu lahutamatu osa ülistada või heaks kiita. Paljud patsiendid ja sugulased tajuvad rasket haigust ja lähenevat surma läbinisti piinarikka ja mõttetu nähtusena. Kirikud ei tohiks sellistesse kogemustesse kergekäeliselt suhtuda ega hoiduda nendega seotud moraaliprobleemidega tegelemisest ettekäändel, et kannatused ja valu on elu lahutamatu osa ning ka neist võib mõtestatust leida.

Kristlik evangeelne inimelukäsitlus rõhutab, et teiste (tervishoiutöötajate, perekonna või sõprade) hoolitsusest sõltuv inimelu ei ole mingil moel vale või vääritud. Pigem ongi just sõltuvus inimelu lahutamatu omadus, kuna inimesed ei ole ise endale elu andnud, vaid on saanud selle neist väljaspool asuvatest allikatest. Seega ei ole sõltuvuse kogemus mitte ainult inimelu väärikusega ühildatav, vaid see võiks ka meenutada meile ühte inimelu põhilist seisundit, milles me kõik elame – see on elu fundamentaalne ja vältimatu relatsioonilisus. Kiriku oluline ülesanne on viia need tõlgendusvahendid raskelt haigete ja surijate juurde, võimaldades ja soodustades neil oma elus inimväärikust nägeva enesekäsituse kujunemist. See näitab taas, kui tähtis on arendada ja poliitiliselt eelistada kõiki palliatiivse hoolekande vorme nii hospitiidses, palliatiivravi osakondades, hooldekodudes kui ka päevahoolduses.

Hea palliatiivne ravi püüab lisaks füüsilise valu leevendamisele vähendada ka psühholoogilisi kannatusi, sotsiaalseid ja suhteraskusi ning hingelisi probleeme, mis on seotud mõtte ja lootuse kadumisega, suurendades seeläbi oluliselt võimalust, et patsient kogeb oma elu lõppu väärikuse, mitte väärtusetuse avaldusena. Siinkohal soovib Evangeelsete Kirikute Osadus Euroopas meenutada Euroopa Nõukogu soovitusi liikmesriikidele palliatiivravi korraldamise kohta (Euroopa Nõukogu 2003). Selle koostamise käigus tehtud uuringutest ilmneb, et Euroopas kohtab laialdast huvi ja energiat palliatiivse ravi teenuste loomiseks, kuid samas esineb ka „suuri erinevusi palliatiivse ravi kättesaadavuses neile, kes seda vajavad” (Euroopa Nõukogu 2003, 22). Esitatud soovitustest tasub korrata seda, milles kutsutakse liikmesriikide valitsusi „rakendama poliitikaid, seadusandlikke ja muid meetmeid, mis on vajalikud palliatiivse ravi valdkonnas sidusa ja tervikliku riikliku poliitikaraamistiku loomiseks” (Euroopa Nõukogu 2003, 8).

7.2.3 Eutanaasia ja ravi mitteandmine: oluline vahe

Eutanaasia moraalse lubatavuse pooldajad põhjendavad seda sageli väitega, et ravi lõpetamine ja eutanaasia on moraalselt sisuliselt samaväärsed, mistõttu on ebaloogiline esimest lubada ja teist mitte. Ilmselt toetub see argument eeldusele, et kuna lõpptulemus – patsiendi surm – on mõlemal juhul sama, on need olukorrad ka moraalses mõttes mõistes sarnased.

Ent lõpptulemus ei ole sellistes olukordades ainus moraaliõpetuslikult oluline tegur. Üks kategooria, mida eutanaasia ning ravi lõpetamise või mitteandmise erinevuse rõhutamiseks sageli kasutatakse, on *tahtlus*. Kui ravi lõpetamisel on tahtluse sisuks soov vältida pikaajalist suremisprotsessi, mis põhjustaks patsiendile suurt piina ilma mingi positiivse mõju või tema olukorra paranemiseta, siis eutanaasia puhul seisneb tahtlus patsiendi elu lõpetamises. Ent selle moraalse eristuse põhjendamine tahtluse abil on mõneti probleemne. Esiteks on seda suhteliselt keeruline praktikas kohaldada. Meie kavatsused on ebakindlad ja muutuvad, mitte kindlad ja püsivad. Paljuski sõltuvad need meie soovidest ja vajadustest ning jäävad teatud määral ka meile endile ähmaseks. Raske on täpselt kindlaks teha, kas minu tahtluse sisu konkreetsel hetkel on patsiendi surma edasi lükkava ja kasutuks osutunud ravi lõpetamine või hoopis patsiendi kannatuste lõpetamine. Aga isegi kui seda oleks võimalik kindlaks teha, ei peeta tahtlust enamasti tegude lubatavuse üle otsustamisel määravaks kriteeriumiks. Üldiselt taunitavat tegu ei tunnista tavaliselt õigustatuks ja lubatavaks ainult selle põhjal, et seda tehti heast tahtest.

Teine ja veenvam argument, mis aitab põhjendada eutanaasia ja ravi lõpetamise erinevust, on eristus tegevuse ja tegevusetuse vahel. On moraalne vahe, kas teatud olukord, näiteks inimese surm, tekib kellegi tegevusetuse tagajärjel või mõne teo toimepaneku tõttu. Selle argumendi järgi ei ole millegi aktiivne tegemine samaväärne sellega, kui asjadel lastakse lihtsalt juhtuda. See vahe ei ole seotud isiku

subjektiivse meeleseisundiga, vaid tuleneb isiku tegudes ja sekkumises avalduvast objektiivsest erinevusest. Moraalsete hinnangute andmisel ei ole „tegemine” ja „juhtuda laskmine” samaväärsed, isegi kui tulemus on mõlemal juhul sama. Mõte on selles, et meie vastutus oma tegude ja käitumise eest ei hõlma ainult lõpptulemust, vaid ka selleni jõudmise viisi. Moraalselt ei ole ükskõik, kas midagi juhtub minu mittesekkumise tagajärjel või sellepärast, et ma teen midagi. Mõistagi võib esineda olukordi, kus lihtsalt mittesekkumine ei vähenda inimese süüd võrreldes sellega, kui ta oleks otseselt tegutsenud. Passiivne kõrvalseisja ei pääse moraalsest süüst, kui ta näeb, et laps libiseb vannis vee alla, aga ei sekku ja laseb tal uppuda. Ent sellised näited ei päde, kui kõne all on elu pikendava ravi lõpetamine ja eutanaasia. Samuti ei tee need olematuks tõsiasi, et ka meie teod, tavad ja käitumine, mitte ainult nende tulemused, on moraalselt olulised. Mõned evangeelsed kirikud on selgitanud oma arusaama kasutu ravi lõpetamise ja eutanaasia erinevusest väljenditega surma „ootamine” ja „kiirendamine”. See eristus osutab ühele õigesti mõistetud moraalse subjektiivsuse ja teovõime olulisele aspektile.

7.2.4 Eutanaasia mõju ühiskonnale

Lisaks eespool esitatud vastuväidetele autonoomia ja hea tegemise argumentide kohta osutatakse sageli ka võimalikele eutanaasia seadustamise ühiskonda lõhestavatele tagajärgedele. Mõned kardavad, et see on libe tee, mis muudab lõpuks eutanaasia üldlevinud raske haiguse lõppfaasis kasutatavaks lahenduseks. Olenemata sellest, kas libeda tee argumenti peetakse eetilisel kehtivaks või mitte, ilmneb kõige pikaajalisema eutanaasia lubamise kogemusega riigi – Hollandi (eutanaasia lubatud aastast 2002) – andmetest, et eutanaasia kasutamine on alates 2006. aastast tõusuteel. Kui aastal 2006 esines 1900 eutanaasia juhtu, siis aastal 2010 oli neid ligikaudu 3100. Samas täheldati enne 2006. aastat mõne aasta jooksul ka juhtude arvu vähenemist, seega ei saa väita, et kogu aeg on toimunud ühtlane ja pidev kasv. Lisaks tuleks mees pidada, et eutanaasia on surmapõhjuste seas endiselt väga haruldane ning peaaegu kõik juhud on seotud ravimatu vähiga, kui patsiendil ei ole jäänud elada kauem kui mõned nädalad. Arstide jaoks näib eutanaasia olevat nende töö ebatavaline ja koormav osa. Seda ei võeta kergelt ja sellega ei harjuta. Mõju ühiskonnale saab mõõta erinevate näitajate põhjal. Neist üks oleks mõistagi eutanaasia juhtude arv aastas. Selle põhjal annab Hollandi näide põhjust mureks, et juhtude arvu kasvu on raske ohjata. Teiselt poolt võiks ühiskondlikku mõju mõõta selle järgi, kuidas suudetakse tagada õigusaktidest kinnipidamist ja üldist nõuetekohast tegutsemist, ning sel juhul ei pruugi Hollandi olukord olla sugugi halb. Tavaliselt on seal eutanaasiajuhtude korral süüdistuse mitteesitamiseks nõutavad tingimused täidetud ning konkreetsete juhtude vastavuse hindamiseks moodustatud komisjonid suudavad ka tegelikult ära hoida kuritarvitusi ja eutanaasia kasutamist seaduses sätestamata põhjustel ja meetoditega.

7.2.5 Eutanaasia seadustamine

Eelnevast osast nähtub, et evangeelsete kirikute hinnangul on eutanaasia mitmel põhjusel väga problemaatiline. See on vastuolus mõnede kõige sügavamate moraalsete veendumustega mitte ainult kristlikus traditsioonis, vaid ka üldisemas moraalipärandis, mis keelavad süütu inimese elu võtmise ja kohustavad inimelu kaitsma, eriti kui see on haavatav ja nõrk. Tavaliselt selle põhilise moraalse veendumuse kummutamiseks esitatavad argumendid, mis räägivad autonoomiast ja hea tegemisest, ei ole eutanaasia eetilise põhjendusena piisavalt kaalukad. Ent asjaolu, et eutanaasia ei ole kristliku eetika kohaselt põhjendatav, ei lahenda veel küsimust õigusloomest ja eutanaasia seadustamisest. On ju kristlikus eetikas hukka mõistetud ka muid teguviise ja ideid, mis on seadusega sellegipoolest lubatud.

Eutanaasia seadustamise küsimus on seotud eetika ja õiguse vahekorra keeruka temaatikaga. Eetilise lubatavuse küsimusest olenemata muutub siin oluliseks see, kas eutanaasiat peetakse millekski, mida ühiskonnal, poliitiliselt võimul ja seadusandjatel on õigus reguleerida, või arvatakse otsustusõigus olevat ainult isikliku südametunnistuse asi. Seoses eutanaasia seadustamise küsimusega tuleks kaaluda järgmisi aspekte. Kõige olulisem on see, et eutanaasia seadustamine tähendaks raskelt ja parandamatult haige isiku elu lõpetamise protseduuri normaliseerimist riigi ja ühiskonna heakskiidul. Olenemata seadustamise pooldajate väidetest, et protseduuri suhtes kehtiksid ranged nõuded ja tingimused ning seda kasutataks üksnes erandjuhtudel, kaasneks sellega ikkagi eutanaasia tunnistamine tavapärase õigusloome ja juriidilise praktika osana. See läheks märksa kaugemale ja oleks selgelt erinev sellest lahendusest, mida mõned riigid teatud olukordades kasutavad. Nimelt on harvadel juhtudel, kus arstid (või teised isikud) on avalikult tunnistanud eutanaasia toimepanemist või see on teatavaks saanud, loobutud süüdistuse esitamisest põhjusel, et kuigi seaduse järgi on sooritatud kuritegu, toimus see parandamatult haige patsiendi selgel soovil eesmärgiga vabastada patsient mittekontrollitavast valust ja piinast tema elu viimastel tundidel. See võimalus jätta mõnel väga erandlikul ja haruldasel juhul süüdistus esitamata näib olevat tingitud kahest kaalutlusest: 1) võib esineda olukordi, kus süüdistuse esitamine oleks kohatu, ning 2) jäädakse kindlaks aluspõhimõttele, et raskelt haigete patsientide elu lõpetamist riigi heakskiidul ei tohiks normaliseerida ega muuta tavapärase seadusandluse osaks. Selline õiguslik lünk võimaldab arvesse võtta tõsiasja, et elus esineb moraalseid tragöödiad, kus paratamatult tuleb rikkuda ühte kahest või enamast väga sügavalt juurdunud moraalipõhimõttest ning mis tahes otsus lõpeb mõne fundamentaalse moraalse hüve moonutusega. Moraalse tragöödia võimaluse möönmine on aga hoopis midagi muud kui öelda, et see lahendus on nüüd eetiliselt lubatavaks tunnistatud. Tragöödia seisnebki selles, et moraalset süüd ei ole võimalik mingi variandiga vältida.

7.2.6 Eutanaasia: kokkuvõte

Evangeelsed kirikud tunnevad sügavat muret patsientide ja nende sugulaste pärast, kes peavad läbi tegema raske ja ravimatu haiguse piinarikka protsessi ning ootavad surma. Peale selle, et meie ühiskonnad ei pruugi olla piisavalt valmis neid inimesi abistama, ei suuda ka kirikud kui usuosadused alati pakkuda osadust, tuge, lohutust ja lootust, milleks kristlik usk neid kutsus. Kõnealuse tõelusega kokku puutudes on enne kiirete moraalsete hinnangute andmist põhjust olla teadlik nendest vajakajäämistest patsientide ja perede abistamisel. Ühiskondade, kogukondade ja kirikute esmane kutsumus on tagada piisav kättesaadavus hoolekandele, lohutuse jagamine ning valu ja kannatuste leevendamine ning edendada selliseid kogukondi ja väärtusi, mis võimaldavad raskelt haigetel ja täielikult teistest sõltuvatel inimestel näha oma elu kui võõrandamatu ja piiramatu väärkuse kandjat.

Evangeelsed kirikud leiavad, et eutanaasia kasutamine sellises olukorras on eetilisel mitmel põhjusel väga problemaatiline. See on vastuolus mõnede kõige sügavamate moraalsete veendumustega mitte ainult kristlikus traditsioonis, vaid ka üldisemas moraalipärandis, mis keelavad süütu inimese elu võtmist ja kohustavad elu kaitsma, eriti kui see on haavatav ja nõrk. Tavaliselt selle põhilise moraalsete veendumuse kummutamiseks esitavad argumendid, mis räägivad autonoomiast ja hea tegemisest, ei ole eutanaasia eetilise põhjendusena piisavalt kaalukad. Eutanaasiat on raske ühitada kristliku traditsiooni ühe kõige tugevama ja püsivama veendumusega, mille kohaselt inimelu põhimõtteline ja võõrandamatu väärkus ei tulene selle iseisvast enesemääramisest ja teovõimest, vaid loovast ja õigeksmõistvast armastusest, mida inimesed Jumalalt Kristuses vastu võtavad.

Seda ei saa käsitada puhtalt isikliku südametunnistuse küsimusena, mille riik peaks seadustama. Seadustamine tähendaks mingis mõttes eutanaasia normaliseerimist ja heakskiitmist, nii et see muutub meditsiinilise ja kliinilise praktika tavapäraseks ja väljakujunenud osaks. Kuna elus võib siiski ette tulla moraalsete tragöödiad, olukordi, kus olulise ja elutähtsa moraalsete hüve sügav moonutamine on vältimatu, võib sellistel harvadel ja äärmuslikel juhtudel rakendada õiguslikku lünka – nagu mõnes riigis on tehtud –, nii et loobutakse asjaomastele isikutele süüdistuse esitamisest ehk seadusega ette nähtud juriidiliste protsesside algatamisest.

8.

Abistatud enesetapp

8.1 Küsimuseasetus

Ravi lõpetamise, palliatiivse tuimastuse ja tahteavalduse alusel tapmise (eutanaasia) kõrval kuulub „elu lõpuga seotud otsuste” kategooriasse ka abistatud enesetapu teema. Erinevalt eutanaasiast ei põhjusta sel juhul surma otseselt keegi teine, vaid surra sooviv inimene ise. Samas peab keegi andma surija käsutusse selleks vajalikud vahendid. Näiteks annab arst patsiendile surmava ravimi, mille patsient peab endale ise manustama.

Nagu eespool öeldud, on abistatud enesetapu õiguslik regulatsioon Euroopa riikides väga erinev.

Mõnes riigis on keelatud nii eutanaasia kui ka abistatud enesetapp, samas kui mujal, näiteks Saksamaal ja Šveitsis, on eutanaasia tunnistatud kuriteoks, aga teatud tingimustele vastav abistatud enesetapp mitte (vt punkt 2.3).

Vastavalt ülal esitatud selgitustele ei leia me veenvaid põhjendusi, mis sunniks meid kõrvale heitma eeldust, et kellegi elu lõpetamine eutanaasia abil ei ole lubatav. Seega tuleb küsida, kas abistatud enesetapp sarnaneb eutanaasiaga ja tuleb samadel alustel lubamatuks tunnistada. Kui abistatud enesetapp ei ole eutanaasiaga samaväärne, kas see tähendab siis, et abistatud enesetapp võib olla mõnes olukorras lubatav? Ja kui see ei ole sama mis eutanaasia, siis kuidas tuleks abistatud enesetappu hinnata? Siin tekib küsimus moraalsest ja/või seaduslikust õigusest enesetapule ning võib-olla ka õigusest abistada enesetapu juures isikuid, kes ei suuda seda iseseisvalt toime panna.

8.2 Abistatud enesetapp ja eutanaasia

Abistatud enesetapu lubatavuse pooldajad seovad selle tavaliselt samasuguste tingimustega, mida kasutatakse eutanaasia puhul, ning nõuavad, et see oleks lubatud ainult teatud olukordades ja kindlatel asjaoludel. Kõige tähtsam tingimus on, et

inimene peab olema raskesti haige ilma lootuseta tervenemisele või toimivale ravile. Sarnaselt eutanaasiaga tuleb abistatud enesetapu võimalus kaalumisele juhul, kui on oluline säästa raskelt haiget patsienti edasisest valust, piinast ja kannatustest. See on püüd leida kaastundlikku lahendust patsiendi kannatustele, ärevusele ning kehalistele ja vaimsetele vaevustele. (Seetõttu jätame siinkohal käsitlemata abistatud enesetapu muudes olukordades peale raske ja parandamatu haiguse, näiteks eksistentsiaalne meeleheide ja lootusetus, raskekujuline depressioon või muu vaimuhaigus.) Sarnaselt eutanaasiaga tuleks siin meeles pidada kõnealuste tegude seost raskelt haige ja kannatava inimese suhtes üles näidatava mure, kaastunde ja empaatiaga, olenemata sellest, kas abistatud enesetappu peetakse ekslikuks lahenduseks või mitte. Seega võib öelda, et nii eutanaasia kui ka abistatud enesetapu korral on surm lahutamatu seotud kõige traagilisemate võimalike olukordadega. See inimliku kannatuse ja piina vältimatu tõelus sunnib meid hoiduma kiirest moraalsest hukkamõistust ja eriti kohtumõistmisest nende üle, kes ei näe oma kannatusest ja vaevast muud väljapääsu peale surma. Ei ole võimatu, et abistatud enesetapu mitte-lubamisega kaasneb meie jaoks ka raskesti välditav moraalne koorem.

Üks tingimus, mis kehtib nii eutanaasia kui ka abistatud enesetapu puhul, nõuab, et tahteavaldus abi saamiseks peab olema vabatahtlik ja kindel. Abikaasa, perekond, sõbrad ja tervishoiutöötajad ei tohi inimest survestada ning kõik muud ravi ja hoolekande võimalused peavad olema ammendatud ja kasutuks tunnistatud. Sarnaselt eutanaasiaga tekib siin küsimus, kuidas veenduda, et need tingimused on tõesti täidetud. Näiteks kuidas saab piisava kindlusega veenduda, et perekonnaliikmete käitumine – vaatamata nende parimatele kavatsustele – ei tekita patsiendis tunnet, et teda survestatakse ja kontrollitakse või juhitakse elu lõpuga seotud otsuste tegemisel teatud suunas?

Ent mõnes muus aspektis näib abistatud enesetapp olevat eutanaasiast erinev. Abistatud enesetapu korral paneb elu lõpetava teo toime inimene ise, samas kui eutanaasia puhul teeb seda teine isik. Ilmselt just selle erinevuse tõttu on abistatud enesetapp mõnes õigussüsteemis lubatud, aga eutanaasia keelatud (nt Šveitsis, Ameerika Ühendriikide Oregoni ja Washingtoni osariigis). Mõned autorid on väitnud, et kuna „kõrvalseisja” annab inimesele lihtsalt elu lõpetamiseks vajalikud vahendid, aga inimene ise peab neid kasutama, siis on abistatud enesetapp tõeliselt autonoomne tegu, samas kui eutanaasia puhul ei saa selles alati kindel olla. Väidetavalt peaks selline käsitlus võimaldama abistatud enesetapu lubamist, ilma et samal ajal tuleks heaks kiita ka eutanaasiat. Kui teoorias näib, et elu lõpetamiseks vajalike vahendite andmine ning otsese ja tahtliku teoga elu lõpetamine on tõesti üsna selgelt erinevad, siis tegelikus elus võivad piirjooned osutada märksa ähmasemaks. Surmava ravimi retsepti kirjutamine, ravimi apteegist toomine, selle asetamine voodi kõrvale lauale, korgi mahakeeramine ja tablettide asetamine patsiendi kätte, tablettide patsiendile suhu panemine, et ta saaks need väljasülitamise asemel ise alla neelata – kõik need võivad olla elu lõpetamiseks vajalikud abistavad tegevused, millele peab järgnema mingisugune patsiendipoolne tegu. Ometi näivad need olevad üksteisest vägagi

erinevad sõltuvalt sellest, kui suur on aktiivne osalemine patsiendi elu lõpetamises, ning mõnel juhul läheneb see osalemine juba eutanaasia tasemele.

8.3 Moraalne õigus abistatud enesetapule

Eelnevat arvestades kehtivad mõned eutanaasia puhul esitatud vastuväited autonoomia ja hea tegemise argumentide kohta ka abistatud enesetapu puhul. Esiteks võib patsiendi piinarikas ja ängistust tekitav olukord ka abistatud enesetapu korral ähmastada tema autonoomset otsustusvõimet seoses abi või teenuse kasutamisega (või lihtsalt sekkumisest keeldumisega). Praktikas on tõesti raske – kuigi mitte võimatu – veenduda, kas patsiendi tahteavalduse taga olev autonoomne otsus on ikka hoolikalt läbi kaalutud ning ei põhine eksiarusaamadel või ei ole olukorra mõjul moonutatud. Abistatud enesetapu pooldajad on kindlalt seda meelt, et seda tohib ja tegelikult ka saab rakendada ainult nendel juhtudel, kus tahteavaldus abi saamiseks põhineb hoolikalt kaalutud otsusel, mida ei ole moonutanud vaimuhaigus ega diagnoosid. Šveitsis rakendatakse selle tingimuse täitmiseks tava, et abistav isik selgitab patsiendile põhjalikult barbituraadi joomise tagajärgi. Ent samas on praegust tava ka kritiseeritud, sealhulgas ka selliste organisatsioonide nagu EXIT ja DIGNITAS poolt enesetapu soovijatele pakutavat hooldusravi ning nende nõuannete ja toe psühholoogilist kvaliteeti.

Teiseks on väga tõenäoline, et autonoomia ja autonoomsed otsused abistatud enesetapu või eutanaasia kohta on mõjutatud ja kujundatud ümbritsevatest väärtushinnangutest, ettekujutustest väärika ja elamist väärt elu kohta ning kultuurilistest mudelist, mille järgi hinnatakse raskelt haigete ja surijate väärikuse säilimist või kadumist. On teada, elu lõpetamise palvete taga on patsientide hinnang paljudele sellistele teguritele, mida nad peavad oma elukvaliteedi jaoks oluliseks. Ainult üks osa nendest teguritest on seotud kehaliste vaevustega. Suure tõenäosusega mängivad olulist rolli ka muud aspektid, näiteks suhted ning psühholoogiline, eksistentsiaalne ja hingeline mõõde. Ent selliste tegurite puhul saab lahendusi ja leevendust pakkuda ka muude vahenditega kui elu lõpetamisele kaasa aidates. Kolmandaks, nagu eespool on seoses eutanaasiaga põhjalikult selgitatud, erineb kristlik vabadusekäsitus sellest arusaamast, mille järgi autonoomia tähendab enesemääramist ning suveräänsust ja vabadust oma elu planeerimisel ja juhtimisel. Vabaduse sisu on Jumala näo järgi loodud ja usu läbi õigeksmõistetud elu vastuvõtmine ning selle alusel tekkiv kutsumus vastutustundlikuks hoolitsemiseks Jumala armulise anni eest. Niisiis, ehkki näiliselt võib abistatud enesetapp olla veel selgemalt inimese autonoomne tegu, ei anna kristlik vabadusekäsitus sellele sugugi rohkem õigustust kui eutanaasiale.

Mõnikord osutavad abistatud enesetapu pooldajad ka sellele, et arsti jaoks on see vähem koormav kui eutanaasia. Abistatud enesetapu korral võib selleks vajalikke vahendeid (nt surmavat ravimit) andev isik seejärel lahkuda (mis ei tähenda, et ta peaks seda tingimata tegema), nii et elu lõpetamise teo paneb patsient toime

üksinda. See vabastab arsti vajadusest elada edasi koormava teadmise, et ta on oma teoga otseselt patsiendi elu lõpetanud. See võib tõesti nii olla, kuid sellest ei tulene tingimata argumenti abistatud enesetapu poolt. Pigem näitab see, kui sügavalt hüljatud on haige, kannatav ja meeleheitel inimene, kes ei näe enam muud väljapääsu kui oma elu lõpetamine. Kaastundliku ja hooliva suhtumise korral tuleks just nimelt vältida olukorda, kus patsient jääb oma elu lõpetamise kohutava valikuga üksinda ning võib-olla on tal voodi kõrval valmis ka selleks vajalikud vahendid. Kuigi abistatud enesetappu saab ka teisiti korraldada ning selle juures võivad viibida lohutust ja osadust pakkuvad lähedased inimesed, siis abistatud enesetapu kui tõeliselt autonoomse teo rõhutamine näib siiski lähtuvat eeldusest, et seda tehakse üksinduses ja omaette, segamatult, aga samas ka ilma teiste inimeste juuresolekuta. Kristlik käsitlus haigete ja surijate suhtes üles näidatavast kaastundest ja hoolitsusest ei saa sellist olukorda kunagi lubatavaks pidada, veel vähem seda meilt nõuda.

Küsimust sellest, kas inimesel võib olla moraalne õigus abistatud enesetapule, ei saa lahutada enesetapu kohta antavast üldisest eetilisest hinnangust. Teatavasti on enesetapp enamasti mingi psühhiaatrilise seisundi või haiguse (nt raskekujuline depressioon) traagiline tagajärg, mistõttu sellele ei saa anda esimese asjana eetilisi või moraalseid hinnanguid. Kui keegi püüab endalt elu võtta või teebki seda, siis meie reaktsioon sellele ei peaks seisnema moraalse hinnangu andmises ja ammuigi mitte hukkamõistus või süüdistamises, vaid pigem hoolimises, kaastundes ja lohutamises või leinas ja kahetsuses, et me ei suutnud inimest enne surma piisavalt aidata. Võiksimme koos Bonhoefferiga öelda, et tegemist on piirulukorraga, kus pole kohta teiste inimeste hinnangutele või kohtumõistmisele.

Sellel põhjal ollakse üldiselt üksmeelel, et Piibel ja kristliku moraalitraditsiooni põhielemendid (nt idee iga inimese jumalanäolisusest tulenevast võõrandamatust väärikusest) ei põhista ega anna õigust enesetapule. Täpsemalt öeldes ei ole enesetapp ja selleni viivad asjaolud selles mõttes moraalselt neutraalne ala, et kõrvalseisjal oleks vabadus kedagi enesetapaktsel abistada. Nagu on ka mujal käesolevas tekstis rõhutatud, tähendab kristlik vabadusekäsitlus vastutust saadud elu eest, mitte õigust seda elu suveräänselt käsutada, selle üle otsustada või seda enda omandiks pidada. Kui keegi kaalub meeleheite või depressiooni tõttu enesetappu, siis kõrvalseisja ülesanne ei ole seda otsust tunnustada või heaks kiita, vaid tal on palju suurem kohustus hoida elu ning pakkuda kannatavale inimesele lohutust ja hoolt.

Sama kehtib ka enesetapuabile antavate hinnangute kohta. Isegi kui abistajad ise surma esile ei kutsu, toetavad nad aktiivselt isiku enesetapakavatsust, mis on põhimõttelises vastuolus kristliku hoiakuga, mille kohaselt elu tuleb säilitada ja hoida. Meie põhiülesanne on julgustada inimesi elama, toetada neid ning võimaluse korral veenda neid enesetapust hoiduma. Ent kellelgi ei ole õigust hukka mõista inimest, kes ei suuda pöördumatult halveneva tervisliku seisundi ning sellest tingitud kannatuste tõttu enam näha oma olukorras elul mõtet ning kellel ei ole jõudu või tahted edasi elada.

Samas peaksid kirikud hoiduma taoliste raskete ja traagiliste olukorda tõlgendamisest valikuna selle vahel, kas olla enesetapus kaasosaline või hüljata patsient, kes on pärast pikki konsultatsioone ja oma olukorra hindamist kindlalt otsustanud enesetapu kasuks. See on eriti keeruline seal, kus abistatud enesetapp on seadustatud ning elanikkonna enamuse poolt soositud. Sellises olukorras ei tähenda kiriku vastutustundlik käitumine lihtsalt selle praktika hukkamõistmist. Tuleb otsida ka võimalusi, kuidas jääda ustavaks oma kutsumusele olukorras, kus suur enamus elanikkonnast pooldab abistatud enesetappu või eutanaasiat.

Kindlasti ei tohi kristlik osaduskond hüljata patsiente, kes teevad hoolikalt kaalutletud ja kindla teadliku valiku tulemusena ettevalmistusi enesetapuks ning võivad samal ajal kogeda piinavat valu, kannatusi, ärevust, ahastust ja üksildust. Kristlikku kutsumust hoolitseda ja olla kaastundlik kannatajate suhtes väljendab ehedal kujul see, kui meie koguduste diakonid, õpetajad ja vabatahtlikud jäävad raskelt haige ja meeletu inimese kõrvale ning teenivad teda Jumala lohutava sõna, hingehoiu ja palvetega ka siis, kui ta on valinud tee, mida kirikud ei pea eetilisel õigeks ja heaks. Inimese kõrvale jäämist ei saa eetilisel enesetapuabina hukka mõista, vaid pigem tuleks selles näha märki kristlikust kaastundest venna või õe suhtes, kes kogeb sügavat piina ja kannatust ning ei näe muud väljapääsu.

8.4 Seaduslik õigus abistatud enesetapule

Enesetapu või enesetapukatse dekriminaliseerimisest või enesetapuabi võimalikust dekriminaliseerimisest ei saa eetilisel ega õiguslikult tuletada positiivset õigust enesetapule ja abistatud enesetapule. Seega ei ole õigusaktid, mis käsitlevad abistatud enesetappu kriminaalkuriteona, vastuolus Euroopa inimõiguste konventsiooniga.

Siin on kohane meenutada Euroopa Inimõiguste Kohtu 2002. aasta kevadel tehtud otsust Diane Pretty asjas. Diane Pretty soovis Euroopa Inimõiguste Kohult kinnitust, et tema abikaasale ei esitata süüdistust, kui ta aitab naisel surra, mis Ühendkuningriigi seaduste järgi oleks kuritegu. Avalduse esitaja ei olnud oma haiguse (amüotroofiline lateraalsklerooos) tõttu enam füüsilisel võimeline enesetappu sooritama ning väitis, et teda diskrimineeritakse võrreldes nende inimestega, kes suudavad ise endalt elu võtta. Ent Euroopa Inimõiguste Kohus otsustas, et õigus elule (Euroopa inimõiguste konventsiooni artikkel 2) ja õigus eraelu puutumatusse (Euroopa inimõiguste konventsiooni artikkel 8) ei sisalda õigust enesetapule või tahteavalduse alusel tapmisele. Muidu oleks pidanud tunnistama, et patsiendid, kes ei suuda enam endalt elu võtta, on teistega võrreldes halvemas olukorras.

Selle põhjal on siiski selge, et enesetapu võimalikust dekriminaliseerimisest ei saa tuletada positiivset õigust enesetapule ega ka abistatud enesetapule (eutanaasia ja abistatud enesetapu õigusliku olukorra täiendav analüüs on esitatud eespool punktis 2.3).

8.5 Abistatud enesetapp: kokkuvõte

Sarnaselt eutanaasiaga tekib abistatud enesetapu küsimus reeglina traagilistes olukordades, kus patsiendid peavad taluma kohutavaid kannatusi ja piinu, seda nii kehaliselt kui ka psühholoogiliselt, eksistentsiaalselt ja hingeliselt. Seda traagilist konteksti, milles tekkivaid moraaliküsimusi ei ole võib-olla kunagi võimalik täielikult arvesse võtta, ei tohiks mingil juhul ignoreerida.

Abistatud enesetapp ei ole eutanaasiaga samaväärne nähtus. Enesetapuabi andev isik on patsiendi surmaga seotud teistsugusel moel; ta ei lõpeta tahtlikult ja otsest inimese elu, vaid annab vajalikud vahendid, mille abil patsient saab ise oma elu lõpetada. Praktikaks ei pruugi nendevaheline piirjoon siiski nii selge olla. Seejärel leiame, et mitmed eespool eutanaasia kohta esitatud vastuväited kehtivad ka abistatud enesetapu puhul. Väidetavalt eutanaasia kasuks rääkiva autonoomia ja autonoomse otsustamise probleemid jäävad üles ka abistatud enesetapu puhul. Kuigi abistatud enesetapp on vormiliselt patsiendi autonoomne tegu selle kõige puhtamas tähenduses, jääb väga suureks sellega seotud probleemiks asjaolu, et sarnaselt eutanaasiaga kipub patsient abistatud enesetapu juures üksinda jääma, kuigi vaja oleks hoopis lohutamist, tema kõrval olemist ja tema eest hoolitsemist. Olenemata eetilisest hinnangust sellele küsimusele, on siinkohal äärmiselt oluline, et seadustatud ja regulaarselt kasutatava abistatud enesetapu olukorras tegutsevad kirikud ja kogudused ei hülgaks patsienti, vaid jääksid tema kõrvale julgustuseks ja toeks, isegi kui patsient on kindlalt otsustanud abistatud enesetapuga lõpuni minna. Koguduse töötajate ja vabatahtlike teenivat kohalolu hingehoiu, jumalasõna ja palvetega ei tohiks kui kaasosalust enesetapuse hukka mõista, vaid pigem tuleks seda kui kiriku ja kristlase kutsumuse järgi elamist soodustada.

Kuna abistatud enesetapp hõlmab lisaks teise inimese surra aitamisele ka enesetapu elementi, tuleb käsitleda ka enesetapu teemat. Kuna enesetapp sooritatakse tavaliselt sügava vaimse piina ja raskekujulise depressiooni tagajärjel, siis ei ole selle teemaga tegeledes kohane rõhutada esmajoones moraalseid hinnanguid. Kui me puutume kokku abistatud enesetapu probleemiga, on oluline tähele panna, et kristlikus eetikas ja evangeelses traditsioonis kasutatav vabaduse ja vastutuse mõiste ei hõlma sellist ainuvõimu iseenda elu üle, mis võimaldaks teha valiku oma elu lõpetamise kasuks. Samuti ei ole olemas seaduslikku õigust enesetapule ega nõuet, et teised isikud peaksid enesetapukatse takistamisest hoiduma, rääkimata siis selleks vajalike vahendite andmisest.

Niisiis, kuigi abistatud enesetapu ja eutanaasia vahel on selgeid erinevusi, ei ole need sellised, mis muudaksid eutanaasiavastased argumendid abistatud enesetapu puhul kehtetuks. Otse vastupidi: meie arvates kehtivad eespool eutanaasia vastu esitatud põhjargumendid täpselt samuti ka abistatud enesetapu puhul. Kannatavat patsienti, kes läheb elu lõpule vastu kõigi sellega kaasnevate kehaliste, vaimsete, eksistentsiaalsete ja hingeliste piinade ja kannatustega, ei tohi üksinda jätta, vaid talle tuleb anda võimalus kogeda osadust ja lohutust kristliku koguduse poolt, millesse ta kuulub.

9. Kokkuvõte

Käesolevas dokumendis käsitletud elu ja surma teemad puudutavad inimese eksistentsi kõige sügavamaid küsimusi. Raske olukorraga leppida püüdvad patsiendid saavad väga hästi aru, et lihtsaid vastuseid ei ole. Kalli inimese kannatusi nägevad lähedased soovivad ühelt poolt, et surm kannatused lõpetaks, aga teiselt poolt loodavad, et inimene elaks nende keskel edasi. Elu ja surma üle lõplikke otsuseid tegevaid arste vaevab sellega kaasneva vastutuse koorem.

Kõnealustes olukordades vajalik moraalne tundlikkus seab meid raskete valikute ette. Neid ei saa lahendada etteantud moraali väärtuste kataloogi alusel, kus kõik väärtused on kindlas tähtsuse järjekorras. Pigem tuleks neisse valikutesse suhtuda sellise empaatiaga, mida me näeme Jeesuse elus. Euroopa evangeelsed kirikud on teadlikud elu ja surmaga seotud moraaliküsimuste ja hinnangute mitmetahulisusest. Seda teadlikkust ei tohiks segamini ajada relativistliku või puhtalt olukorrapõhise lähenemisviisiga. Käesolevast dokumendist nähtub, et Piibli traditsiooni ja inim mõistuse alusel põhjalikult läbi kaalutud inimlikud otsused elu ja surma kohta peaksid lähtuma selgest mandaadist pühitseda ja kaitsta loojalt saadud elu andi. Sealhulgas tuleks püüda tagada igale inimesele väärikas ja rahuldust pakkuv elu ning olla nende kõrval, kes taluvad suuri kannatusi. Kristliku usuga ei saa ühitada moraaliootsuseid, mis õõnestavad austust elu vastu.

Kuigi otsus selle kohta, kuidas elu kõige paremini väärtustada, tuleks teha iga juhtumi konkreetseid asjaolusid arvestades, on kristliku usu jaoks möödapääsmatu hoolitseda iga viimse kui inimese eest. Kui elu ja surma puudutavad otsused välja arvata, teevad kristlased kõik endast sõltuva, et leevendada inimlike kannatusi ning olla nende kõrval, kes peavad elu lõpul võitlema valu ja meeleheitega. Arstid ja õed kasutavad kõiki palliatiivse ravi võimalusi valu vähendamiseks. Sugulased ja sõbrad pühendavad oma aega surijaga koos olemisele. Vaimulikud mõistavad vajadust olla parandamatult haigete kõrval kui oma teenimisameti keskset aspekti.

Inimeste eest hoolitsemine ja vaimuliku lohutuse pakkumine on „kirikuks olemise” lahutamatu osa. Sealhulgas on kirikutel selge ülesanne kodanikuühiskonnas. Nad on kutsutud väljendama vastuseisu nende õiguslike piirangute tühistamisele,

KOKKUVÕTE

mis kaitsevad elu. Nad on kutsunud võitlema avalikult haiglate ja hospiitside piisava rahastamise eest, et surma palge ees seisjatele osutataks parimaid võimalikke hoolekandeteenuseid. Nende ülesanne on taotleda ühiskonnas õhkkonda, mis soodustab iga ühiskonnaliikme, kaasa arvatud surijate, täisväärtuslikku elu.

Kirjandus

- Chochinov, H. M., Tataryn, D., Dudgeon, D. et al. (1999) Will to live in the terminally ill. – *The Lancet* 354, 816–819.
- Euroopa Nõukogu (1999) *Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying*. Euroopa Nõukogu Parlamentaarse Assamblee soovitus 1418, Strasbourg, 25.06.1999.
- Euroopa Nõukogu (2003) *Euthanasia*. Euroopa Nõukogu Parlamentaarse Assamblee dokument 9898, Strasbourg, 10.09.2003.
- Euroopa Nõukogu (2003a) *Euthanasia. Opinion of the Committee on Legal Affairs and Human Rights*. Euroopa Nõukogu Parlamentaarse Assamblee dokument 9923, Strasbourg, 23.09.2003.
- Euroopa Nõukogu (2003b) *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care*. Vastu võetud Ministrite Komitee poolt 12. novembril 2003 Ministrite asetäitjate 860. kohtumisel.
- Euroopa Nõukogu (2009) *Palliative care: a model for innovative health and social policies*. Euroopa Nõukogu Parlamentaarse Assamblee resolutsioon 1649, Strasbourg, 28.01.2009.
- European Association for Palliative Care, *Definition of Palliative Care* <http://www.eapcnet.org/about/definition.html>
- Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa / Community of Protestant Churches in Europe (2007) *Gesetz und Evangelium / Law and Gospel: A Study, also with Reference to Decision-Making in Ethical Questions*. Toim. Michael Bünker ja Martin Friedrich (Leuenberg Texts 10). Frankfurt a.M.: Otto Lembeck. (kakskeelne paralleelväljaanne saksa ja inglise keeles – Toim.).
- Glover, Jonathan (1977) *Causing Death and Saving Lives*. London: Penguin Books.
- Helsedirektoratet (2008) *Utkast til Nasjonal veileder for beslutninger om livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende*.
- Johannes Paulus II (2004) *Care for Patients in a „Permanent” Vegetative State*. 33(43), 737. 739–40.
- Johansen, Sissel; Chr. Hølen, Jacob; Kaasa, Stein; Loge, Jon Håvard; Materstvedt, Lars Johan (2005) Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. – *Palliative Medicine* 19/6, 454–460.
- Keown, John (2002) *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument against Legalisation*. Cambridge: Cambridge U.P.

Leuenberger Kirchengemeinschaft / Leuenberg Fellowship (1997) *Evangelische Texte zur ethischen Urteilsfindung. Protestant Texts on Ethical Decision-Making*. Toim. Wilhelm Hüffmeier (Leuenberger Texte 3). Frankfurt a.M.: Otto Lembeck.

Onwuteaka-Philipsen, B.D. et al. (2007) *Evaluation – Summary. Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures)*. Act. Hague.

World Health Organisation (2007) *Palliative care*. Kasutatud 09.10.2008, <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>

World Medical Association statement (2003).

EKOE eetikaküsimuste eksperdirühm

Liikmed

Prof dr Heinrich **Bedford-Strohm**, Bamberg

Pr Laura **Casorio**, Rooma

Prof dr Sándor **Fazakas**, Debrecen

Prof dr Ulrich **H. J. Körtner**, Viin

Prof Sergio **Rostagno**, Pinerolo

Prof dr theol **Ulla Schmidt**, Oslo

Prof dr Jurjen **Wiersma**, Brüssel

Koordinaator

Õp dr Dieter **Heidmann**, Brüssel

Kaasatud eksperdid

Prof dr Theo **A. Boer**, Utrecht

Dr Frank **Mathwig**, Bern

Prof dr Stefanie **Schardien**, Hildesheim

