

Tartu Ülikool
Filosoofia ja semiootika instituut

TULUTU RAVI JA PIIRATUD RESSURSID – KAS RAVI PAKKUMISEST
LOOBUMINE ON ÕIGLANE LAHENDUS?

Filosoofia eriala bakalaureusetöö

Annette Maria Hermaküla

Juhendajad: Mirt Vissak, Kadri Simm

Tähemärkide arv: 56188

2025

Sisukord

Sissejuhatus.....	2
1. Tulutu ravi kui probleem meditsiinis.....	5
1.1 Tulutut ravi puudutava debati lätted.....	5
1.2 Tulutu ravi mõiste.....	7
1.3 Meditsiiniliste ressursside piiratus.....	9
1.4 Meditsiiniliste ressursside jaotamine.....	10
2. Põhiargument: tulutu ravi pakkumisest loobumine on õigustatud.....	13
2.1 Kasu maksimeerimine kui õiglane meditsiiniliste ressursside jaotuse printsiip tulutu ravi olukordades.....	14
2.2 Patsiendi autonoomia.....	16
2.2.1 Patsiendi autonoomia pole absoluutne väärtus.....	17
2.2.2 Patsiendi otsustusvõime piiratus.....	18
3. Vastuväidete käsitlemine.....	21
3.1 Vastuväide inimväärikuse seisukohalt.....	21
3.2 Vastuväide haavatavate ühiskonnagruppide seisukohalt.....	23
Kokkuvõte.....	25
Kirjandus.....	27
Summary.....	30

Sissejuhatus

Meditsiin on Lääne ühiskonnas saavutanud märkimisväärseid edusamme, pikendades patsientide eluiga ja parandades mitmete raskete haiguste prognoose. Ent tehnoloogilised edusammud on loonud olukorra, kus ravimatult haigeid patsiente saab hoida elus olukordades, kus pole paranemislootust (Aghabary & Dehghan 2016). Näide tehnoloogia arengust on hingamisaparaat: hingamisaparaat võimaldab hoida elus patsienti, kelle ajutegevus on pöördumatult lakanud ja kelle kõiki eluliselt tähtsaid funktsioone hoitakse kunstlikult töös. Antud juhul on tegemist raviga, millel pole tulu. Ehkki tehnoloogia areng pole alati tulutu ravi eelduseks, muudab see tulutu ravi praktiseerimise sageli võimalikuks. Tulutu ravi on olukord, kus meditsiiniline protseduur ei hoia esiteks ära patsiendi seisundi halvenemist või teiseks patsiendi juba lähenevat surma (White & Pope 2018: 73). Tulutu ravi on veel näiteks elustamine olukorras, kus patsiendil on lõppstaadiumi vähk või lõppstaadiumi südamepuudulikkus: elustamine võib südame uuesti tööle panna, ent kuna patsiendi seisund on pöördumatu, siis on taastumine äärmiselt ebatõenäoline. Kolmas näide tulutust ravist on dialüüs olukorras, kus patsiendil on mitme organi puudulikkus: neerude töö abistamine ei paranda patsiendi elukvaliteeti ega pikenda eluiga.

Tehnoloogilise arengu tõttu tekkinud tulutu ravi on probleem: patsiendid, kellele osutatakse meditsiiniliselt tulutut ravi, moodustavad 3,5% kogu Ameerika Ühendriikide haiglakuludest (samas). See 3,5% on arvestades kõiki haiglakulusid: sünnitust, operatsioone, voodikoha päevamaksumust jne. Austraalias läbi viidud uuring näitas, et meditsiiniliselt tulutu ravi moodustab ligi 12% koguravist (Carter jt 2017). Samal ajal on maailmas märkimisväärne meditsiinilise abi saamise vajadus, mistõttu on igasugune kulu tulutule ravile ebaõiglane.

Tervishoiusüsteemid ei tegutse lõputu hulga ressursidega ja meditsiinilised ressursid nagu haiglavoodid, spetsialistid ja ravimid on alati piiratud. Piiratud meditsiinilised ressursid survestavad tervishoiusüsteeme jaotama neid õiglaselt. Meditsiinis on neli põhilist väärtust: õiglus, heategemine, mittekahjustamine ja patsiendi autonoomia (Soosaar 2006: 60). Meditsiini juhivad eetilised põhimõtted, mille kohaselt peaks kõigil olema õiglane ligipääs meditsiinilistele ressursidele. Selle üle, mis on täpsemalt aga õiglane ressurside jaotus tervishoius, käib arutelu. Peamised lähenemised on vajaduspõhine lähenemine, kasu maksimeerimine ja egalitarism (Cookson 2000). Õiglus on aga siinkohal võtmeprintsiipt: kui ressursse ei jaotata õiglaselt, võivad mõned patsiendid saada ebaproportsionaalselt palju ravi,

samal ajal kui teised jäävad ilma isegi hädavajalikust abist. Tulutu ravi pakkumine viib ebaõigluse ja õigluse tagamiseks tuleb kasutada kasu maksimeerivat lähenemist.

Siinkohal on ka oluline märkida, et meditsiiniliste ressursside piiratus on süvenev probleem. Ehkki vananev elanikkond pole ainus põhjus, miks tekivad tulutu ravi olukorrad, on see siiski üks olulisemaid tegureid. 2018. aasta prognoosi kohaselt on 2050. aastaks osa elanikkonnast, mis on rohkem kui 80 aastat vana, kahekordistunud: 10% Euroopas ja 8% Põhja-Ameerikas (Laporte jt 2018). Vananev elanikkond on otseselt seotud intensiivraviosakondades voodikohtade kasvava vajadusega: kuna oodatav eluiga tõuseb, suureneb eakate inimeste osakaal rahvastikus, mis toob kaasa intensiivravi vajavate vanusega seotud terviseprobleemide sagenemise. Prantsusmaal läbi viidud uuring näitas, et aastatel 2006–2015 kasvas oluliselt ägedate hingamisteede infektsioonide tõttu haiglasse sattumise juhtude arv, millega kaasnes suurenenud nõudlus intensiivraviteenuste järele (samas). Eriti märgatav oli üle 85-aastaste patsientide osakaalu tõus intensiivraviosakondades (samas). Uuringu leiud viitavad tõsiasjale, et ainuüksi elanikkonna vananemise tõttu suureneb tulevatel aastatel märkimisväärselt vajadus intensiivraviosakondade voodikohtade järele, mis süvendab meditsiiniliste ressursside piiratuse probleemi, ja lisaks vajab üha suurem hulk patsiente ravi, mis on tulutu. Rahaline koormus tervishoiusüsteemidele on muret tekitav.

Eriti ilmne on meditsiiniliste ressursside jaotamise probleem intensiivraviosakonnas: Ameerika Ühendriikides on intensiivraviosakonnas ühe päeva voodikoha maksumus üldpalati omast kolm korda kõrgem (Reardon jt 2018). Üldiselt moodustabki intensiivraviosakond märkimisväärse osa tervishoiukuludest. Käesolev töö ei püüa väita, et intensiivravi kulukus oleks iseenesest probleem ega sea ka kahtluse alla intensiivravi vajalikkust, ent pigem juhib töö tähelepanu asjaolule, et just intensiivravis, mis on oma olemuselt kulukaim meditsiinivaldkond, võib tulutu ravi kaasa tuua eriti suure rahalise koormuse. On hinnatud, et 20% intensiivraviosakonna patsientidest saavad tulutut või tõenäoliselt tulutut ravi (White & Pope 2018: 68). Ameerika Ühendriikides said viies erinevas intensiivraviosakonnas ligi 11% patsientidest ravi, mida arst pidas tulutuks (Huynh jt 2013). Seetõttu keskendubki töö tulutule ravile intensiivraviosakonnas põhjusel, et see on kõige kulukam meditsiinivaldkond. Intensiivraviosakondades on kulud võrreldes üldpalatitega märkimisväärselt kõrgemad, mis tähendab, et ressursside õiglasem jaotus võimaldaks seal teha olulisi kokkuhoide ja tagada õiglasema jaotuse.

Käesoleva töö uurimisküsimus on, et kas olukorras, kus meditsiiniline sekkumine on tulutu, on ravi pakkumisest õigustatud loobuda põhjusel, et meditsiinilised ressursid on piiratud.

Esmalt annan ülevaate tulutut ravi puudutava debati lätetest ja erinevatest definitsioonilistest lähenemistest tulutule ravile, et luua selge alus tulutu ravi probleemiga tegelemiseks. Seejärel tutvustan meditsiiniliste ressursside piiratuse probleemi ja sellest tulenevat vajadust ressursside õiglase jaotamise järele. Töö põhiosas näitan, miks on kasu maksimeeriv lähenemine tulutule ravile õiglase ressursside jaotus, ja ühtlasi käsitlen, miks küsimused seoses patsiendi autonoomiaga pole tulutu ravi olukordades piisavalt pädevad põhjused, miks endiselt ravi osutada. Seejärel tegelen kahe võimaliku vastuväitega: inimväärikuse ning haavatavate ühiskonnagruppide vastuväidetega ja näitan, miks need ei jää püsima.

1. Tulutu ravi kui probleem meditsiinis

Selles peatükis tutvustan tulutu ravi mõiste ajalugu ja seda, kuidas tulutu ravi määratletakse tänapäeval, et luua selge alus edasisele arutelule. Lisaks tutvustan meditsiiniliste ressursside piiratust ja jaotamise probleemi meditsiinis, selgitades nelja meditsiini juhtivat põhiväärtust ja kolme lähenemist meditsiiniliste ressursside jaotamisele, et jõuda töö põhiargumendini, mis argumenteerib kasu maksimeeriva lähenemise poolt.

1.1 Tulutu ravi puudutava debati lätted

Tulutu ravi idee on eksisteerinud mingil määral juba meditsiiniteaduse sünnist saadik. Juba Hippokrates arvas, et kui haigusest pole võimalik jagu saada, ei saa meditsiin enam midagi teha. Hippokrates panigi arstide kohustuseks loobuda ravist juhul, kui haigus on ravimatu. Hippokratese käsitus oli siiski pigem teoreetiline ning lähtus arsti moraalsest kohustusest mitte sekkuda, kui sellest pole kasu. (White & Pope 2018: 66–67) Kaasaegne arutelu tulutu ravi üle on seevastu oluliselt praktilisem ja seotud konkreetsete olukordadega, mida on loonud meditsiinitehnoloogia areng. Tänapäevase arutelu meditsiinilise tulutuse üle tegidki võimalikuks mitmed olulised arengud meditsiinis. 1960ndad aastad olid meditsiinis revolutsioonilised: nendel aastatel võeti kasutusele elupäästev tehnoloogia, nagu 1960. aastal leiutatud kardiopulmonaalne elustamine ja Scribneri šunt, millest viimane võimaldab kroonilise neerupuudulikkuse pikaajalist ravi (samas). See on oluline, sest tänu hulgaliselt elupäästvatele meditsiinilisele leiutistele arenes intensiivravivaldkond, kus saaks patsiente pidevalt jälgida ja rakendada elustavat tehnikat, mida polnud varasemalt olnud. 1960ndate aastate lõpuks olid juba enamikus USA haiglates intensiivraviosakonnad (samas). Küsimus, kas tulutu ravi andmine on põhjendatud, saigi hoo sisse 20. sajandi teisel poolel selle elupäästva tehnoloogia kasutuselevõtuga.

1960ndatel hakkas meditsiinis üha enam esile tõusma patsiendi autonoomia roll (White & Pope 2018: 67). Patsiendi autonoomia on üks meditsiinieetika printsiipidest, mis on teinud võimalikuks pidada debatti tulutu ravi üle. Kui varem langetasid ravialaseid otsuseid peamiselt arstid, siis sellel perioodil toimus nihe ja otsustusõigus anti patsiendile. Olulisteks väärtusteks saidki individuaalsed õigused ja patsiendi autonoomia. (samas)

USAs kasutusele võetud teadliku nõusoleku doktriin on juriidiline põhimõte, mis kohustab tervishoiuteenuse osutajaid vastutama selle eest, et patsient oleks teadlik kõikidest meditsiinilistest protseduuridest või ravimeetoditest enne, kui ta nendega nõustub (Shah 2024). Patsiendi autonoomia kasvuga tekkis ka vajadus selge juriidilise raamistiku järele, mis kindlustaks patsiendi õiguse ravist keelduda. 1970ndatel ja 1980ndatel tegelesid mitmed Ameerika Ühendriikide apellatsioonikohtud juhtumitega, kus ravist loobumine on õigustatud (White & Pope 2018: 67).

Üks selline juhtum oli 1976. aasta Karen Ann Quinlani juhtum: esimene suur kohtuasi, mis tunnistas patsiendi õigust surra. Karen Ann Quinlan sattus pärast alkoholi ja ravimite üledoosi püsivasse vegetatiivsesse seisundisse. Quinlani vanemad taotlesid kohtult luba eemaldada Karenit elus hoidev hingamisaparaati, sest nad uskusid, et tütre seisund polnud ta soovidega kooskõlas. Alama astme kohus lükkas Kareni vanemate soovi tagasi. Viimaks otsustas New Jersey ülemkohus, et patsiendi õigus privaatsusele hõlmab ka õigust keelduda elupikendavast ravist. (Stonecipher 2006) Küsimus elu pikendavate ravimeetodite üle muutub nimelt keeruliseks, kui ravi ei paranda patsiendi seisundit ega anna lootust taastumiseks, vaid pikendab kannatusi või vegetatiivset seisundit. Siis tuleb mängu elukvaliteedi küsimus: meditsiin ei püüa alati vaid elu säilitada, vaid peab arvestama ka sellega, milline see elu on. Kareni juhtum saigi oluliseks sümboliks arutelule selle üle, millal on ravi jätkamine patsiendi huvides ja millal mitte. Ühtlasi andis antud kohtuasi patsiendi esindajatele õiguse keelduda patsiendi ravist (samal). Patsiendi esindaja on tervishoiu kolmas osapool, kellel on isiku roll koos õigusega otsustada patsiendi eest (Tervise Arengu Instituut i.a). Antud kohtuasi lõi Ameerika Ühendriikide õigussüsteemis olulise pretsedendi. Lisaks Quinlani kohtuasjale leidsid aset mitmed teised olulised kohtuasjad ja 1990ndate aastate alguseks olid kõik olulised küsimused patsiendi autonoomia kohta justkui lahendatud (White & Pope 2018: 67).

Siis hakkasid aga tekkima uued küsimused: kas patsiendil või patsiendi esindajatel on üldse õigus nõuda ja saada ravi, mida arstid peavad tulutuks? Küsimused patsiendi positiivsete õiguste kohta on siamaani meditsiinieetikas aktiivselt diskussiooni all.

1.2 Tulutu ravi mõiste

Kui esmalt keskendutigi patsiendi ja tema esindajate õigusele keelduda ravist, siis tänapäeval on aktiivne arutelu ka selle üle, millal on arstidel õigustatud alus ravist keelduda, eriti juhul, kui nad peavad ravi tulutuks. Et selliseid olukordi paremini mõista ja hinnata, on oluline vaadata, mida tähendab tulutu ravi ning millised on peamised lähenemised sellele. Douglas White'i ja Thaddeus Pope'i toovad välja neli peamist tulutu ravi lähenemist (2018: 72).

White'i ja Pope'i kohaselt on esimene lähenemine tulutule ravile füsioloogiline tulutus: see on olukord, kus meditsiinilisel sekkumisel pole võimalik osutada edukaks (White & Pope 2018: 72). Sellised olukorrad on näiteks elustamine olukorras, kus koolnu on juba kangestunud. Nendes olukordades on ainult üks lahendus, milleks on ravi mitte osutada. Ent kuna lähenemine tugineb ainult faktidele ja mõõdetavale teabele, saab seda kasutada vaid väga harva: siis, kui on täiesti kindel, et ravi on tulutu. Selliseid olukordi tuleb aga harva ette. (sammas)

Teine meditsiinilise tulutuse definitsioon on „ebatõhus ravi“ (White & Pope 2018: 72). Meditsiiniliselt ebatõhus ravi on ravi, kus saab mõistlikul määral meditsiinilise kindlusega väita, et meditsiiniline protseduur ei hoia esiteks ära patsiendi halvenemist või teiseks patsiendi juba lähenevat surma (sammas). Siinkohal tugineb mõistlik meditsiiniline kindlus kollektiivsele arusaamale heast kliinilisest praktikast, mis peegeldab vastava eriala professionaalset normi. Ebatõhusa ravi alla käivad näited nagu dialüüsi osutamine patsiendile, kellel on küll neerude, ent näiteks lisaks ka lõppstaadiumi südamepuudulikkus: dialüüs küll parandab neerude seisukorda, ent ei hoia patsiendi südamepuudulikkuse tõttu ära tema surma mõne päeva pärast (sammas). Selles lähenemises on oluline mõiste „lähenev surm“: patsiendi seisund on pöördumatu ja ta on elu lõppfaasis ning isegi kõige intensiivsem ravi ei suudaks tema surma vältida (sammas). Kui meditsiiniline sekkumine seisundi halvenemist aeglustaks, on see väärtuslik vaid juhul, kui juurde võidetud aeg on tasakaalus lisandunud kannatustega: kui patsiendil on lootus teenida juurde mõni tund või paar päeva, pole meditsiiniline sekkumine mõistlik. Siinjuures juhivadki arsti meditsiinieetika printsiibid nagu heategemine ja mittekahjustamine.

White'i ja Pope'i kohaselt on kolmas lähenemine kvantitatiivne tulutus (2018: 73). Selle lähenemise raames on välja pakutud kvantitatiivne standard, mille abil saab määrata, millal

on ravi tulutu, tuginedes kliinilistele uuringutele ja hindamissüsteemidele. Kõige levinum kvantitatiivse tulutuse standard näeb ette, et ravi tuleks pidada meditsiiniliselt tulutuks, kui see pole töötanud viimase 100 juhtumi puhul. Selle lähenemise üks põhiprobleeme on aga ebamäärasus: on ebaselge, milline protsendiline piir tuleks kehtestada, et pidada ravi tulutuks. Kas meditsiiniliselt tulutu on sekkumine, mis pole töötanud viimase 100, 200 või 300 juhtumi puhul? Isegi kui suudetaks kokku leppida teatud läveprotsent, on arstidel väga raske kindlaks teha, kas lävestandard kehtib ka konkreetse patsiendi kohta. Kolmas probleem on see, et arstide hinnang tulutule ravile võib arstide hinnang tulutule ravile võib muutuda nii-öelda isetäituvaks ennustuseks. See tähendab, et kui arstidel on juba eeldus, et meditsiiniline sekkumine ei tööta, siis nad ka ei proovi seda ja kuna nad isegi ei proovi, siis polegi võimalik, et patsiendi seisund paraneks, ja seega näib justkui, et algne otsus oli õige. See võib viia selleni, et ravist loobutakse põhjendamatult vara. (samas)

Neljas lähenemine on kvalitatiivne tulutus, millel on kaks varianti (samas: 73). Esimene variant põhineb kasude ja kahjude tasakaalustamisel: meditsiiniline sekkumine on sobimatu, kui selle prognoositav kasu on väiksem kui sellega kaasnevad kannatused. Sellised sekkumised on näiteks pikaajalise dialüüsi pakkumine raske dementsusega patsiendile, mis pikendab patsiendi kannatusi. Lisaks on selline sekkumine näiteks lõppstaadiumis vähiga patsiendi elustamine: elustamine ei taasta patsiendi seisundit ja mitmed roidemurrud põhjustavad patsiendile vaid lisakannatusi. (samas)

Kvalitatiivse tulutuse teine vorm näeb ette, et ravi on sobimatu, kui see ei suuda pakkuda patsiendile elamisväärset elukvaliteeti, näiteks olukorras, kus patsient on püsivalt teadvusetu (samas: 74). Sellised olukorrad ei pruugi patsiendile põhjustada rohkem kannatusi, ent ei paku ka elamisväärset elukvaliteeti.

Kvalitatiivset tulutust on kritiseeritud, kuna see tähendab, et arst teeb patsiendi eest otsuse, kas ravi on jätkamist väärt, tuginedes oma hinnangule patsiendi elukvaliteedist: arsti hinnang ei pruugi olla kooskõlas patsiendi enda vaadetega. Sellise definitsiooniga on eelkõige ohus puuetega inimesed: arst ei pruugi näha nende elu väärtuslikuna, ehkki puuetega inimesed ise küll. (samas)

Ehkki White ja Pope toovad välja neli erinevat lähenemist, määratletakse tulutut ravi üldiselt siiski olukorrana, kus ravi ei peaks läbi viima, sest olemasolevad tõendid näitavad, et see ei

paranda patsiendi tervislikku seisundit (Bernat 2005). Antud töös toetungi teisele lähenemisele: tulutu ravi on ravi, kus saab mõistlikul määral meditsiinilise kindlusega väita, et meditsiiniline protseduur ei hoia esiteks ära patsiendi seisundi halvenemist või teiseks ei hoia ära patsiendi juba lähenevat surma (White & Pope 2018: 73). Sama seisukohta kajastab ka AMA (American Medical Association) eetikakoodeks, mis tähendab, et lähenemine on meditsiinipraktikas üldkasutatav: AMA eetikakoodeks sätestab tulutute meditsiiniliste sekkumiste kohta: „Arstid ei ole kohustatud pakkuma ega läbi viima sekkumisi, mille puhul nende parima meditsiinilise otsuse kohaselt ei ole mõistlik eeldada, et need toovad soovitud kliinilist kasu või aitavad saavutada kokkulepitud ravieesmärke” (AMA eetikakoodeks i.a). AMA põhimõtte käib edukalt kokku käesolevas töös kasutatava lähenemisega.

1.3 Meditsiiniliste ressursside piiratus

Määratlenud tulutu ravi, näitan, et tulutu ravi pakkumine on probleem, arvestades tõsiasja, et meditsiinilised ressursid, nagu voodikohad, arstid, meditsiinipersonal ja ravimid, on alati piiratud. Käesolevas peatükis toon välja mitmeid näiteid, et demonstreerida, et maailmas on selge meditsiiniliste ressursside piiratus, mis sunnib tulutu ravi probleemiga tegelema.

Meditsiinilised ressursid on piiratud nii erastatud kui riigistatud tervishoiusüsteemides. Erastatud tervishoiusüsteemides nagu Ameerika Ühendriikides määravad sageli individuaalsed rahalised piirangud juurdepääsu ravile, samal ajal kui ravikindlustuseta või ebapiisava kindlustusega inimesed ei saa lubada endale vajalikke ravimeetodeid, ravimeid ega protseduure. Ameerika Ühendriikides sureb aastas tervisekindlustuse puudumise tõttu 26 000 inimest, mis näitab, et meditsiinilised ressursid jaotuvad väga ebavõrdselt ja neist on selge puudus (Tanne 2008). Ent ka riigistatud tervishoiusüsteemides nagu Kanadas, Suurbritannias või Eestis põhjustab piiratud haiglakohtade, meditsiinipersonali ja seadmete piiratus pikemaid ooteaegu ning takistusi eriarstide juurde pääsemisel. Kanadas pidid 2024. aasta uuringu andmetel patsiendid keskmiselt ootama 30 nädalat, et pääseda eriarsti juurde, mis on aegade pikim ooteaeg (Moir & Barua 2024). Suurbritannias on viimase kümnendi jooksul rohkem kui 500 000 vähipatsienti oodanud üle kahe kuu eluliselt tähtsat ravi ning vaid 69% patsientidest alustavad ravi eesmärgiks seatud 62 päeva piires (Bawden 2025). Ent olukord on kehv ka Eestis: 2019. aastal teatas 15,5% elanikest katmata ravivajadustest, samal ajal kui Euroopa Liidus oli katmata ravivajaduste keskmine 1,7% (European Commission 2021). Need andmed näitavad, et meditsiiniliste ressursside piiratusel on olulised tagajärjed

tervishoiu ligipääsule ja seekaudu inimeste tervisele seoses pikkade ooteaegadega ja katmata ravivajadustega.

Lisaks sellele süveneb vananeva ühiskonnaga meditsiiniliste ressursside piiratuse probleem. Ehkki teised tegurid, nagu vale elustiil võivad süvendada meditsiiniliste ressursside piiratust, on vananev ühiskond siiski suurim tegur, mis seda süvendab. Nagu sissejuhatuses välja toodud, kahekordistub Euroopas ja Põhja-Ameerikas 25 aastaga rohkem kui 80. aastaste inimeste arv, mis toob kaasa intensiivraviosakondade voodikohtade kasvava vajaduse ja suurema ressursikulu (Laporte jt 2018).

Tõsiasi on see, et üle maailma moodustab tulutu ravi märkimisväärse osa meditsiinkulutustest. Kui pakkuda 11% intensiivraviosakondade patsientidele tulutut ravi, võtab see ära olulise tähtsusega ressursi teistelt patsientidelt, kellel on tõenäosus paraneda (Huynh jt 2013). Ühes Ameerika Ühendriikide suurhaiglas arutati, et intensiivraviosakonnas pakutav tulutu ravi maksis aastas üle 2 miljoni dollari ja pikendas ravijärjekordi patsientidele, kes oleksid saanud realistlikult terveneda (Huynh jt 2013). Tulutu ravi pakkumine viib meditsiinilise ressursi ebaefektiivse kasutamiseni, kus piiratud meditsiinilise ressursi tõttu ei saa ravi patsiendid, kellel on lootus paranemaks.

1.4 Meditsiiniliste ressursside jaotamine

Meditsiiniliste ressursside piiratus sunnib tegema valikuid. Ent kuidas neid jaotada? Üks meditsiiniliste ressursside jaotamise peamine näide on organite jaotamine: kuna organeid on palju vähem kui vajajaid, pannakse inimesi ootejärjekordadesse ja traagiliselt suur osa sureb enne vajaliku organi saamist (Williams & Dawson 2014: 12). Organite jaotamine tekitab mitmeid eetilisi probleeme: kas organite jaotamisel tuleks prioriteediks seada patsiendid, kes on kõige kauem oodanud, kes vajavad seda enim või kelle ellujäämistõenäosus on suurim? Sarnaselt organite jaotamisega on tulutu ravi puhul näiteks küsimus, kas ravile kuluvad ressursid peaks suunama patsientidele, kelle seisund on pöördumatu ja keda need meditsiinilised ressursid ei suuda päästa, või keskenduda neile, kellel on võimalus taastuda?

Ehkki organite jaotamise näide on tuttav, on see ka kõige ebatavalisem (Williams & Dawson 2014: 12). Enamik meditsiiniliste ressursside jaotamise otsuseid ei ole organite jaotamine või inhalaatorite jaotamine: meditsiiniliste ressursside jaotamine puudutab eelkõige prioriteetide

seadmist ravile, teenustele, ravimitele, meditsiinilistele protseduuridele ja nii edasi. Piiratud meditsiiniliste ressursside jaotamine toimub kogu aeg, need lihtsalt pole otsused nagu kellele anda organit, vaid protsessid jaotamise taga on palju komplekssemad. (samas)

Ka teistes tervishoiuosakondades, sealhulgas intensiivravis, tuleb teha raskeid valikuid selle kohta, kellele ressursse suunata, ehkki mitte otseselt. Intensiivraviosakonnas peab otseselt piiratud ressursse jaotama vaid kriisiolukordades, näiteks juhul kui inhalaatoreid on vähem. Küll aga ei tähenda see, et intensiivraviosakonnas ei peaks jaotama piiratud ressursse: jaotamine toimub süsteemsel tasandil määratud kriteeriumite ja prioriteetide alusel.

Neid valikuid suunavad ühelt poolt meditsiini juhtivad neli väärtust. Need väärtused tulenevad bioetikute Tom Beauchampi ja James Childressi esitatud nelja põhiprintsiibi teooriast (Soosaar 2006). Need on neli väärtust, mida rakendada meditsiinieetika probleemide analüüsimisel ja hindamisel: patsiendi autonoomia austamine, heategemine, mittekahjustamine ja õiglus. Patsiendi autonoomia tähendab inimese võimet ja võimalust teha enesekohaseid otsuseid. Heategemine tähendab, et arst peab arstiabi andmisel tegutsema patsiendi parimate huvide kohaselt. Mittekahjustamine näeb ette, et meedikud peavad enda erialases tegevuses tegema kõik selleks, et nende patsiendid ega kolleegid ei saaks kahju. Õiglus meditsiinieetikas tuleneb Hippokratese vandest säästa patsiente ebaõiglusest. Kuna tänapäevameditsiin töötab alaliselt ebapiisavate ressursside tingimustes, siis on oluline, et nende ressursside jaotus oleks õiglane. Ressursside puuduse olukorras on väga olulised tehtavate otsuste põhimõtted ja reeglid, mis ühelt poolt arvestavad õiglusega, teisalt aga arvestavad ka teiste meditsiini jaoks teiste oluliste väärtuste ja printsiipidega. (samas)

Nagu välja toodud, siis on alaliselt piiratud ressursside puhul oluline, et jaotus oleks õiglane, ja seega puudutab ressursside jaotamine eelkõige õigluse printsiipi. Meditsiiniliste ressursside jaotamise debatis on aga vaidlus selle üle, kuidas oleks ressursse õiglaseim jaotada: peamised suunad on vajaduspõhine lähenemine, kasu maksimeerimine ja egalitarism.

Vajaduspõhine lähenemine pole alati üheselt mõistetav, ent üks levinumaid arusaamu on see, et suurim vajadus on neil, kelle elu on ohus (Cookson 2000). Alternatiivselt saab vajadust määratleda ka laiemalt: näiteks tugev valu või suur kannatus õigustab ka kiiremat ravi. Teine lähenemine on kasu maksimeerimine (utilitarism): ressursid tuleks jaotada viisil, mis tagab parimad võimalikud tagajärjed. Kõige levinum näide on rahvastiku tervise maksimeerimine.

Rahvastiku tervise maksimeerimine tähendab, et ressursid jaotatakse viisil, et kasu oleks võimalikult suur. Näiteks olukorras, kus üks hulk ressursi kataks kas haruldase ja kalli raviga patsiendi arstikulud või vaksineerimiskampaania, osutuks kasu maksimeerimise järgi valituks vaksineerimiskampaania, sest see tooks kasu suuremale hulgale inimestele ja päästaks potentsiaalselt rohkem elusid. Esmatasandil kasu maksimeerimine tähendaks nende patsientide ravimist, kellel on suurim ellujäämistõenäosus või kellel on potentsiaalselt pikim elu ees. Egalitaarsuse printsiibi eesmärk on vähendada tervisealast ebavõrdsust: eelistama peaks neid, kellel on olnud vähem võimalusi nautimaks tervet ja pikka elu. Samas on üldiselt meditsiinieetikas meditsiinilise ressursi jaotamise printsiibid omavahel segunenud. (Cookson 2000)

Kuna meditsiinilised ressursid on piiratud, on oluline, et me jaotaksime neid õiglaselt. Tutvustanud kolme jaotamisprintsiipi, näitan järgnevas peatükis, miks on tulutu ravi puhul õiglaseim kasu maksimeeriv lähenemine.

2. Põhiargument: tulutu ravi pakkumisest loobumine on õigustatud

Olles defineerinud tulutu ravi, käsitlenud meditsiiniliste ressursside piiratusest tulenevaid probleeme ja tutvustanud erinevaid lähenemisi meditsiiniliste ressursside jaotamisele, on asjakohane liikuda töö keskse argumendi juurde.

Nagu välja toodud, on tehnoloogilised edusammud meditsiinis võimaldanud hoida patsiente elus isegi olukordades, kus paranemine on äärmiselt ebatõenäoline. See on tõstatanud meditsiinieetikas olulise küsimuse selle kohta, millal ja kas on ravi lõpetamine õigustatud. Küsimus vajab lahendamist, sest meditsiin töötab alaliselt piiratud ressurssidega, mis piirab juurdepääsu ravile ning tähendab, et tervishoiusüsteemidel on kohustus neid õiglaselt jaotada.

Ühtlasi süveneb vananeva ühiskonna tõttu ressursside piiratuse probleem, kuna surve tervishoiusüsteemidele suureneb. Tulutu ravi moodustab aga märkimisväärse osa meditsiinkulutustest: nagu märgitud, siis saavad 20% intensiivraviosakonna patsientidest tulutut ravi või tõenäoliselt tulutut ravi (White & Pope 2018: 68). Tulutu ravi ei aita patsiendi seisundit parandada, vaid kulutab väärtuslikke piiratud ressursse, mis võiksid olla suunatud patsientidele, kellel on paranemislootus.

Meditsiiniliste ressursside piiratus sunnib tegema valikuid. Ühelt poolt tehakse neid valikuid, lähtudes neljast põhiväärtusest meditsiinis, nagu heategemine, mittekahjustamine, õiglus ja patsiendi autonoomia. Õiglasel jaotusel on omakorda kolm lähenemist, nagu vajaduspõhine lähenemine, kasu maksimeerimine ja egalitaarne lähenemine.

Argumenteerin, et ravi pakkumisest on õigustatud loobuda, sest meditsiinilised ressursid on piiratud. Sellest tulenevalt on õiglane jaotada ressursse kasu maksimeerimise printsiibi alusel. Meditsiiniliste ressursside piiratus ja meditsiinieetika põhimõtted õigustavad tulutust ravist loobumist, sest see võimaldab tagada õiglasema juurdepääsu tervishoiule ja ühtlasi optimeerida olemasolevate ressursside kasutust.

2.1 Kasu maksimeerimine kui õiglase meditsiiniliste ressursside jaotuse printsiip tulutu ravi olukordades

Käsitlenud meditsiiniliste ressursside piiratusest tulenevat valikute tegemise vajadust ja erinevaid lähenemisi õiglasele jaotusele, keskendun sellele, kuidas kasu maksimeerimise printsiip pakub kõige õiglasemat lahendust piiratud meditsiiniliste ressursside jaotamisel. Kasu maksimeeriv lähenemine keskendub ressursside jaotamisele nii, et need tagaksid parimad võimalikud tagajärjed.

Ehkki, nagu välja toodud, avalduvad eetilised probleemid meditsiiniliste ressursside jaotamisel eelkõige süsteemsel tasandil, näiteks otsustes, milliseid ravimeid või teenuseid riiklikult rahastada, siis avalduvad need vahetult ka esmatasandil, eriti intensiivravis. Käesolev töö keskendubki sellistele otsustele, kus piiratud ressursid nõuavad konkreetsete patsientide vahel valikute tegemist. Kasu maksimeerimise põhimõtte kohaselt tähendab see praktikas tavaliselt selle patsiendi eelistamist, kellelt oodatakse suurimat tervisekasu tema eeldatava eluea jooksul. Cooksoni kohaselt tähendab see patsiendi eelistamist, kellelt on oodata suurimat kogutervisekasu tema ülejäänud elu jooksul, võttes ühtlasi arvesse võimalikke kaudseid mõjusid teiste inimeste tervisele, näiteks vabanevate ressursside kaudu (Cookson 2000). Ent miks teised lähenemised ei päde?

Vajaduspõhise lähenemise mittesobivuse illustreerimiseks saab rakendada sarnast lähenemist piiratud ressursside jagamisele kriisiolukorras: kui intensiivraviosakonnas on kaks patsienti ja mõlemal on vaja inhalaatorit, ent inhalaatoreid on vaid üks, siis üldiselt antakse see patsiendile, kellel on suurim oht elule. Tulutu ravi olukorras olev patsiendil ei ole aga ohtu elule: ta ei saa vajada ravi samal viisil, sest ravi, mis ei aita kaasa ellujäämisele ega tervenemisele, ei täida eesmärki. Seega ei toimi vajaduspõhine lähenemine olukorras, kus vajadus ravi järele ei vii eesmärgini ning ravi ise on sisuliselt tähenduseta.

Sarnane loogika kehtib ka egalitarismi puhul. Kuigi egalitaristlik lähenemine taotleb tervisealase ebavõrdsuse vähendamist, ei tähenda see, et ressursse peaks suunama igas olukorras sotsiaalselt kehvemas seisus patsiendile. Kui ravi on tulutu ja ei aita parandada inimese tervist ega pikendada elu, ei täida see ka egalitarismi eesmärki, milleks on anda kõigile võrdsed võimalused elada enam-vähem sama kaua ja sama tervelt. Egalitaristliku printsiibi rakendamisel võib aga tekkida oht, et võrdsuse taotlemine takistab ravi

meditsiinilist otstarbekust. Näitlikustamaks egalitarismi puudusi, esitlen näidet: intensiivraviosakonnas on kaks patsienti. Üks on madala sissetulekuga ja tervisekindlustuseta eakas patsient, kellel on lõppstaadiumi vähk ja keda peaks elustama, ent elustamine ei hoiaks ära patsiendi seisundi halvenemist ega lähenevat surma. Teine patsient on jõukas ja tervisekindlustusega, kel on haruldane, ent ravitav haigus. Egalitaristlik printsiip eelistaks antud olukorras esimest patsienti, kuna see otsus aitaks vähendada sotsiaalmajanduslikust ebavõrdsusest tingitud terviselõhet. Ent selline otsus oleks tulutu ja vaid raiskaks ressursi, mille saaks suunata teisele patsiendile, kellel on reaalne võimalus terveneda. Ehkki, nagu märgitud, ei toeta egalitarism tulutat ravi, näitlikustab see olukord hästi, kuidas egalitarism võib viia ebaotstarbeka valikuni esmatasandil.

Ühegi meditsiiniliste ressursside jaotamise printsiibi järgi ei peaks pakkuma tulutat ravi. Niisiis tuleb tulutu ravi olukordades, kus ravi ei paranda patsiendi seisundit, loobuda seda pakkumast, et säästa ressursse ja suunata neid sinna, kus patsiendi tervise parandamiseks on reaalne potentsiaal. Õiglase jaotuse tagamiseks tähendab see, et ravist loobumine tulututes olukordades ei ole ebaõiglane, vaid õiglane, sest see võimaldab suunata ressursse sinna, kus ravi võib maksimaalselt kasu tuua. Kasu maksimeerimine oleks liiga radikaalne olukorras, kus on kaks patsienti, kellel on mõlemal vaja ravi ning on reaalne võimalus seda ravi ka pakkuda, ent kasu maksimeerimise eesmärgil loobutakse ravi pakkumast ühele patsiendile. Oluline erinevus ongi seega tulusa ravi ja tulutu ravi puhul – nagu argumenteeritud, pole ühtegi legitiimset põhjust pakkumaks tulutat ravi, sest patsient ei saa seda vajada.

Sellist kasu maksimeerivat õiglast jaotust praktiseeritakse meditsiinis juba praegu. Näiteks on Ameerika Ühendriikides on organite jaotamisele loodud automatiseeritud süsteem, mis arvestab mitmesuguseid tegureid, nagu kudede sobivus, veregrupp, ooteaeg ja patsiendi tervislik seisund (Organ Donation Alliance i.a). Eelistatakse neid patsiente, kellel on suurim tõenäosus ellu jääda ja kelle seisund vajab kiiret sekkumist. Selline süsteem tagab, et elundid jaotatakse õiglaselt, ent samas ka efektiivselt, et saavutada suurim võimalik kasu. (samamoodi)

Organite jaotamise süsteem on tõepoolest pakilisem, sest maailmas on alaline organite puudus ja organeid ei saa ka juurde tekitada, ent ressursside jaotamise puhul võib tunduda, et neid annab nii-öelda ümber tõsta, hiljem kompenseerida või kuskilt mujalt kärpida. Ent reaalsuses pole see nii. Nagu töös välja toodud, on nii Eestis kui mujal maailmas tõsine meditsiiniliste ressursside nappus, mis tulevikus vananeva ühiskonna tõttu ainult süveneb.

Kui intensiivraviosakondades, kus on palati päevamaksumus kolm korda kõrgem kui tavapalatis (Reardon jt 2018) ja kus hinnangulistelt pakutakse veel 20% patsientidele tulutut ravi (White & Pope 2018: 68), võtab see ära olulise hulga väärtuslikku meditsiinilist ressursi.

Kui ravi ei anna patsiendi seisundis mingit kasu ja selle jätkamine ainult raiskab väärtuslikke meditsiinilisi ressursse, siis on mõistlik suunata need ressursid neile, kes on tõenäoliselt võimelised paranema ja kellel on suurem taastumise võimalus, nagu näeb ette õiglase jaotuse kasu maksimeerimise printsiip. Nii nagu organite jaotamine keskendub sellele, kuidas anda elupäästvat ravi õiglaselt, võiks ka meditsiiniliste ressursside jaotamine tulutu ravi olukordades teha vastavaid otsuseid, et maksimeerida saadavat kasu. See tähendab, et otsustatakse loobuda pakkumast tulutut ravi.

Kokkuvõtteks saab väita, et ükski peamistest ressursside jaotamise kolmest lähenemistest ei toeta tulutu ravi pakkumist. Tulutu ravi puhul tuleb lähtuda kasu maksimeerimise printsiibist, mille kohaselt tuleks piiratud ressursse suunata sinna, kus neist saadav tervisekasu on suurim. Sellest lähtuvalt ei ole põhjendatud suunata ressursse patsientide ravile, kelle seisund ei võimalda ravist kasu saada. Seega viib kasu maksimeerimine paratamatult järelatuseni, et tulutu ravi ei ole mitte ainult ebaefektiivne, vaid ka ebaõiglane teiste patsientide suhtes, kellel on reaalne lootus paranemaks. Kasu maksimeeriva lähenemise kohaselt tuleks seega ressursid suunata eelkõige nende patsientidele raviks, kelle puhul on oodata kõige suuremat eluaastate võitu. Samas ei keskendu meditsiin ainult ressursside jaotamisele ja kasu maksimeerimisele, vaid oluline on ka üksikisiku tasand, sest meditsiini eesmärk on eelkõige kohelda igat patsienti kui indiviidi, austades seejuures patsiendi autonoomiat teha enda ravi kohta teadlikke valikuid.

2.2 Patsiendi autonoomia

Eelnevas peatükis keskendusin tulutu ravi probleemile õiglase jaotuse vaatenurgast, argumenteerides kasu maksimeerimise kui õiglase jaotuse kasuks. Ent lisaks sellele on küsimus tulutu ravi üle tekitanud probleeme ka patsiendi tasandil, seoses patsiendi autonoomiaga. Patsiendi autonoomia on juriidiline põhimõte, mis kohustab tervishoiuteenuse osutajaid vastutama selle eest, et patsient oleks teadlik kõikidest meditsiinilistest protseduuridest või ravimeetoditest enne, kui ta nendega nõustub (Shah 2024).

2.2.1 Patsiendi autonoomia pole absoluutne väärtus

Nagu välja toodud, võib patsiendi autonoomia tekitada tulutu ravi olukordades mitmeid probleeme. Samas pole need õigustuseks, et jätkata tulutu ravi pakkumist ja seda ka käesolevas ja järgnevas alapeatükis näitan. Esimene oluline probleem ja lahendus on see, et olukordades, kus patsient nõuab tulutu ravi, pole patsiendi autonoomia absoluutne väärtus ja arst ei ole kohustatud seda ravi pakkuma. Peggy Determeyer ja Howard Brody rõhutavad enda artiklis „Medical futility: content in the context of care”, et ravi pakkumise üle otsustamine peab lähtuma kutse-eetikast ja arsti kohustusest mitte pakkuda ravi, mis on ebaefektiivne (2014). Kutse-eetika meditsiinis tähendab arsti või tervishoiutöötaja ametialaseid moraalseid ja eetilisi kohustusi, mis juhivad nende tegevust patsiendi ravi käigus (Beauchamp & Childress 2009). Need kohustused on näiteks autonoomia austamine, ausus, kahju vältimine ja patsiendi heaolu esikohale seadmine (samas). Näiteks võib patsient nõuda, et talle kirjutataks kerge seljavalu puhul välja morfiin, sest see olevat ainus, mis aitab ta valu leevendada – morfiin on aga tugev ja sõltuvust tekitav opioid ja lähtudes kutse-eetikast, pole arstil kohustust morfiini välja kirjutada. Morfiin pole sobiv ravimaks kergemat valu ja selle väljakirjutamisel on suur väärkasutamise risk. Antud olukorras on mittekahjustamine ja heategemine olulisemad väärtused kui patsiendi autonoomia. Samamoodi läheb tulutu ravi olukord vastuollu arsti kutse-eetikaga: tulutu ravi ei paranda patsiendi seisundit ega hoia ära juba lähenevat surma.

Sarnane on ka olukord, kui patsiendil on lõppstaadiumis vähk ja kui ta elundid on peaaegu lakanud töötamast. Kui lähtuda kutse-eetikast, pole arstil kohustust elustada patsienti. Elustamine vaid pikendaks patsiendi kannatusi ega parandaks patsiendi elukvaliteeti. Determeyer ja Brody leiavad, et kutse-eetika on tulutu ravi olukordades väga oluline: kutse-eetika nimelt annab arstile õiguse ja vastutuse keelduda sekkumistest, mis ei kuulu hea meditsiinipraktika raamidesse (2014). Selliste sekkumiste nõudmine aga tähendaks kutse-eetika rikkumist ja ravi pakkumist, mis on ebaeetiline.

Patsient või patsiendi lähedased võivad näiteks nõuda meditsiinilist sekkumist, mis on arstliku ekspertiisi kohaselt tulutu põhjusel, et varem on sarnases olukorras patsient paranenud. Näiteks on ajusurm pöördumatu seisund, kus kõik elutähtsad funktsioonid, nagu hingamine ja vereringe on lakanud. Samas võib leiduda juhtumeid, kus ajusurma on valesi

diagnoositud (Shewmon 2017). Ajusurma valesti diagnoosimine on aga äärmiselt ebatõenäoline, sest ajusurma määramiseks kasutatakse väga rangeid teaduslikke ning meditsiinilisi kriteeriumeid ja mõõtmiseid. Kui meditsiinis hakataks keskenduma võimalusele, et ajusurm on valesti diagnoositud, oleks see ebateaduslik lähenemine, mis tooks kaasa segaduse ja ressursside raiskamise patsientide peale, kes on pöördumatus seisundis. See võib tekitada olukorra, kus patsiendi lähedased peavad elama lootuses, et võib-olla on patsiendi elu ikka võimalik päästa, mis tähendaks, et nad ei oleks võimelised lõplikult leppima asjaoluga, et nende lähedase olukord on pöördumatu. Selline olukord mitte ainult ei pikendaks aga nii lähedaste kui patsientide piinu, vaid tõenäoliselt suurendaks ka valesti määratud diagnooside ja meditsiiniliste sekkumiste arvu. Otsus eemaldada ajusurnud patsiendilt elu pikendamise seadmed, nagu hingamisaparaat, on psühholoogiliselt äärmiselt keeruline patsiendi esindajale, ent vaatamata emotsionaalsele keerukusele on see meditsiinieetika kohaselt õige samm. Meditsiin peab keskenduma tõenduspõhisele praktikale, mis lähtub tõestatud teadusuuringutest ja kindlatest diagnostilistest protseduuridest ning mitte erandjuhtumitest.

Niisiis võib patsiendi autonoomia ja kutse-eetika tekitada vastasseisu, mis kahjustab lugupidavat suhtlust patsientide ja nende lähedastega: lähedased võivad tunda, et nende soovidest ei peeta lugu (Determeyer & Brody 2014). Sellest tulenebki konflikt patsiendi autonoomia (või esindajate soovi) ja arstliku ekspertiisi vahel. Kui patsiendi esindaja on umbusaldav arstliku ekspertiisi suhtes, võib ta nõuda tulutut ravi, uskudes, et arst on näiteks diagnoosiga eksinud või ei oma olukorrast täielikku ülevaadet. Sellistes olukordades on oluline leida tasakaal eelmainitud kolme väärtuse vahel: arst peaks patsientidele ja patsiendi lähedastele selgitama, seejuures on oluline empaatiline suhtlus. See tagab usalduse patsiendi ja meditsiinitöötaja vahel ja aitab vältida konflikti patsiendi ja lähedaste vahel. (samamoodi)

2.2.2 Patsiendi otsustusvõime piiratus

Teine põhjus, miks patsiendi autonoomia pole piisav põhjus tulutu ravi jätkamisega, on see, et intensiivraviosakonnas tulutu ravi olukordades on patsiendi otsustusvõime sageli piiratud. White ja Pope toovad välja, et enamasti tekib tulutu ravi puhul konflikt, sest patsiendi esindajad nõuavad ravi, mida arstid ei taha pakkuda (2016: 68). Enamik patsiente, kes sõltuvad elu toetavast ravist, ei ole peaaegu kunagi võimelised ise otsuseid langetama. Neil puudub võime mõista pakutava ravi eeliseid, riske ja alternatiive ning teha enda tervisega

seotud otsuseid. Seetõttu peavad enamikul juhtudest langetama intensiivravi osakonna patsientide meditsiinilisi otsuseid nende esindajad. Samas on oluline märkida, et see pole alati nii ja intensiivraviosakonnas on samuti ka patsiente, kellel on otsustusvõimekus – kuid just tulutu ravi olukorras olevatel patsientidel pole sageli otsustusvõimekust. (samas)

Ent patsiendi esindajad võivad mitmel põhjusel olla ebausaldusväärsed. Esiteks on esindajad umbusaldavad arstide suhtes: mõned esindajad ei pruugi usaldada arstide hinnanguid, sest nad on minevikus ise kogunud arstide või diagnooside eksimusi (White & Pope 2016: 69). Usaldamatus on eriti levinud vähemuste seas, kes võivad olla skeptilisemad tervishoiusüsteemi suhtes. Teiseks ei mõista esindajad sageli patsiendi seisundit ja prognoosi täielikult. White ja Pope toovad välja, et uuringud näitavad, et vähem kui pooltel esindajatel on adekvaatne arusaam patsiendi olukorrast ja seejuures võivad arstid tahtmatult olukorda keerulisemaks teha, kasutades keerulist terminoloogiat ja nii edasi. Kolmandaks on esindajad ebausaldusväärsed, sest nad on emotsionaalselt ja psühholoogiliselt keerulises seisus: nad võivad tunda süütunnet või kohustust anda kõik, et pikendada patsiendi elu. Neljandaks on esindajad ebausaldusväärsed, sest nad võivad uskuda imedesse: esindajad usuvad, et isegi imeväike võimalus paranemiseks õigustab jätkata ravi. Patsiendi autonoomia ja sealjuures ka teadlik nõusolek eeldab arusaamist ja ratsionaalset otsustusvõimet, mida pole tihti võimalik tagada. (samas: 69-70)

Ehkki patsientide esindajad langetavad patsientide eest ise otsuseid, ei ole need soovid alati meditsiiniliselt või ka eetilisel põhjendatud (White & Pope 2016: 70). Üks peamised põhjuseid, miks arstid keelduvad ravi andmisest, on soov vältida tarbetut valu: kui ravi on tulutu ja pikendab patsiendi kannatusi ilma lootuseta taastuda, on arstid sageli selle ravi vastu. Teine põhjus on patsiendi tegelike soovide austamine: arstid soovivad tegutseda vastavalt patsiendi tegelikele soovidele ja uuringud näitavad, et enamik patsiente eelistab elu lõpus pigem vähem agressiivset ravi. See on eriti oluline elulõpuotsuste kontekstis, kus tuleb langetada otsuseid ravi jätkamise või lõpetamise kasuks vastavalt patsiendi väärtushinnangutele ja soovidele. Kolmandaks ei taha arstid osutada tulutut ravi põhjusel kaitsta meditsiini kutse-eetikat: arstid pole kohustatud tegema kõike, mida neilt nõutakse, kui see ei vasta erialastele väärtustele ja põhimõtetele. (samas)

Patsiendi autonoomia on meditsiinieetikas kahtlemata üks olulisemaid väärtuseid, ent tulutu ravi olukordades pole see olulisim tegur. Arstid ja tervishoiutöötajad peavad oma otsustes

arvestama mitte ainult patsiendi või patsiendi esindajate soovidega, vaid lähtuma ka kutse-eetikast ja patsiendi heaolust, mis tähendab, et teatud olukorras võivad arstid olla paternalistlikud. Kui ravi pikendab kannatusi ja on meditsiiniliselt tulutu, on arstide kohustus sellest ravist keelduda, et vältida lisakannatusi. Patsiendi autonoomiat intensiivraviosakonnas kahjustab veel asjaolu, et intensiivraviosakonnas puudub enamikul juhtudest patsiendil otsustusvõimekust ja patsiendi eest otsustavad tema esindajad, kes on sageli aga ebausaldusväärsed nii olukorra psühholoogilise keerukuse kui patsiendi soovidega vastukäivate soovide tõttu.

3. Vastuväidete käsitlus

Eelnevas peatükis sai välja toodud, miks on tulutust ravist loobumine kasu maksimeerimise printsiibi alusel põhjendatud ja õiglane. Ühtlasi näitasin, et patsiendi autonoomia, ehkki olles üks neljast meditsiini juhtivast põhiväärtusest, pole absoluutne ja peab sellegipoolest olema tasakaalustatud teiste väärtustega, nagu heategemine ja kutse-eeetika järgimine. Samuti näitasin eelnevas peatükis, et on harv, et tulutu ravi olukorras oleval patsiendil on intensiivraviosakonnas otsustusvõimekus. See õhnestab küsimust autonoomia üle veelgi. Ent tulutu ravi debatis on veel mitu olulist küsimust, mis vajavad lahendamist. Vastuväited, mis käsitlevad inimväärikuse küsimust ning haavatavaid ühiskonnagruppe, on olulised, kuna need tõstatavad küsimusi, kas ravi pakkumisest loobumine võib minna vastuollu väga oluliste väärtustega ühiskonnas. Nende väärtuste eiramine seaks ohtu meie arusaama õiglasest ja hoolivast ühiskonnast, taandades patsiendid lihtsalt ressursside tarbijateks. Käesolevas peatükis käsitlengi vastuväiteid seoses inimväärikuse ja haavatavate ühiskonnagruppidega ning näitan, et ehkki olulised vastuväited, on mitmeid põhjuseid, miks need ära langevad.

3.1 Vastuväide inimväärikuse seisukohalt

Ehkki tulutu ravi ei ole otseselt kasulik, võib see olla väga olulise tähtsusega inimväärikuse seisukohalt. Õenduse kutsekoodeksis rõhutatakse, et väärikuse säilitamine on oluline: „Õendustööle on omane austada inimõigusi, kultuurilisi õigusi, õigust elule ja valikule, väärikusele ja sellele, et patsiente koheldakse lugupidamisega (ICN: 2012).“ See on oluline, sest meditsiinis on lisaks patsiendi tervise parandamisele oluline kanda hoolt patsiendi psühholoogilise heaolu eest, leevendada patsiendi kannatusi ja hoolitseda patsientide inimväärikuse eest. Ehkki sai eelnevas peatükis välja toodud, et intensiivraviosakonnas pole patsientidel sageli otsustusvõimekust, siis leidub siiski ka olukordi, kus patsiendid on võimelised otsustama enda ravi üle ja nendel juhtudel on need otsused väga suure kaaluga.

Lõppstaadiumis oleva mitme organi puudulikkusega olev patsient ja tema esindaja võivad näiteks soovida, et patsiendile teostataks dialüüsi, ehkki see tema elu ei pikenda ega hoia seisundi halvenemist ära. Olla aga võimeline otsustama dialüüsi kasuks üle võib patsiendi jaoks olla psühholoogilise turvalisuse ja inimväärikuse jaoks eluliselt olulise tähtsusega. Kui patsiendilt võetakse see võimalus ära, võib see temas tekitada tunde, et tal pole piisavalt aega, et surmaga leppida ja nii-öelda head surma surra, ehkki reaalsuses ei annaks dialüüs

patsiendile aega juurde. Kui haigla teeb otsuse ravist keelduda põhjusel, et ressursid on piiratud, võib see eirata indiviidi subjektiivset inimväärikust. On ka oluline märkida, et ehkki võib kannatuste lõpetamine olla paljudel juhtudel viis austada inimväärikust, ei tähenda see seda, et iga ravi lõpetamine või sellest keeldumine seda alati oleks, sest mõnel juhul võib just ravi pakkumisest keeldumine minna vastuollu patsiendi subjektiivse väärikustundega või ka valmisolekuga surra.

Seetõttu on oluline, et meditsiinitöötajad ei keskenduks ainult kasule, vaid kaaluksid ka patsientide subjektiivset heaolu. Isegi kui ravi ei too suurt meditsiinilist kasu, võib see siiski tähendada patsiendi jaoks väga palju. Ravi võib pakkuda psühholoogilist turvalisust või ka lihtsalt teadmist, et meditsiiniastutus ei teinud tema eest elu lõpetamise otsust ära ja ta saab ise väärikalt lahkuda.

Siinkohal esitan enda vastuse probleemile: kuigi väärikus on oluline, ei ole meditsiini ülesanne pakkuda ebaefektiivset ravi. Ravi, mis ei paranda patsiendi seisundit ega paku ka teaduslikult tõestatud kasu, võib patsiendi ja tema lähedaste jaoks luua vale lootuse ning viia ka meditsiiniliste ressursside raiskamiseni. On ebaõiglane suunata piiratud ressursse ravile, mis ei too ühiskonnale ega inimesele kestvaid kasu. On oluline, et ei heidetaks kõrvale patsiendi psühholoogilist heaolu ja väärikust, kuid samal ajal ei saa keskenduda üksnes elupikendamisele, eriti lõppstaadiumis olevate patsientide puhul, kellel ei olegi paranemislootust. Selle asemel peaks mõtlema, kuidas pakkuda patsiendile parimat võimalikku hoolt, arvestades patsiendi seisundit ja vajadusi.

Nagu eelnevalt välja toodud, argumenteerivad Determeyer ja Brody, et patsient või patsiendi esindaja võib nõuda ebaefektiivset meditsiinilist sekkumist, kuna on arstide suhtes ebausaldavad ning ei pruugi mõista ravi tegelikku ebaefektiivsust (2014). Et seda probleemi lahendada, on oluline, et arstid läheneksid olukorrale empaatiliselt ja selgitaksid ravi tulutust. (sammas)

Üks lähenemisviis tulutu ravi asemel oleks palliatiivne ravi. Palliatiivne ravi ei püüa enam elu pikendada, vaid keskendub sureva patsiendi elukvaliteedi parandamisele ja olemise võimalikuks mugavaks tegemisele. Palliatiivse ravi eesmärk on leevendada kannatusi, vähendada valu ja pakkuda psühholoogilist ja emotsionaalset tuge. Palliatiivne ravi on oluline

raske haiguse lõppstaadiumis patsientide puhul, kuna see aitab neil ja nende lähedastel viimased päevad saata mööda võimalikult väärikalt.

Ehkki võib inimväärikuse, ühe alustrajava õiguse seisukohalt olla patsiendile oluline otsustada enda ravi üle, ei ole meditsiini ülesanne pakkuda ebaefektiivset ravi, et patsiendile vastu tulla. Tulutu ravi ei ole ravi, mida patsient saaks vajada, vaid ravi, mille kasuks elu lõpus otsustada, on hoopis palliatiivne ravi: valu ja kannatuste leevendamine ja emotsionaalne tugi. See ei tähenda, et loobutakse patsiendi õigustest või inimväärikusest, vaid keskendutakse sellele, mis on patsiendi jaoks kõige olulisem ja milline on tema praegune vajadus, kas psühholoogiline tugi või palliatiivne ravi.

3.2 Vastuväide haavatavate ühiskonnagruppide seisukohalt

Eelnevas peatükis sai välja toodud, kuidas tulutu ravi üle otsustamine võib negatiivselt mõjutada patsiendi inimväärikust ning seejuures ka psühholoogilist turvalisust ja heaolu. Samas tuleb lisaks individuaalsele tasandile arvesse võtta seda, kuidas tulutu ravi pakkumisest loobumine võib mõjutada suuremas pildis erinevaid ühiskonnagruppe. Haavatavad ühiskonnagrupid on inimgrupid, kes võivad mitmete erinevate tegurite, näiteks majanduslike, usuliste või muude vajada rohkem tuge ja kaitset, et olla ühiskonnas võrdsed ja saavutada heaolu (Social Protection and Human Rights 2015).

Kui me loobume pakkumast tulutut ravi, võivad need, kes on kas majanduslikult raskemas olukorras või kellel on raskem haigus või puue, sattuda veelgi haavatavamasse olukorda. Puudega inimeste ja patsientide õiguste kaitsjad on sageli mures, et tulutu ravi pakkumisest loobumine on tihti subjektiivne otsus, mis võib olla mõjutatud arstide isiklikest eelarvamustest ja stereotüüpidest (National Council on Disability 2019). See on otseselt seotud tulutu raviga, sest on olukordi, kus arstid peavad otsustama, millal on ravi tulutu. Näiteks võib arst pidada sügava puudega patsiendi seisundit ravimatuks mitte seetõttu, et ravi ise oleks tulutu, vaid kuna ta alahindab patsiendi tulevast elukvaliteeti. See tähendab, et ravi pole tulutu mitte meditsiinilises mõttes, vaid väärtuste seisukohalt.

Eelarvamused puuetega inimeste elukvaliteedi kohta võivad viia olukorrani, kus arstid teevad ebaõiglase otsuse, pidades puuetega inimest vähem väärtuslikuks või nende elu vähem tähtsaks. Kui ravist loobumise põhjuseks on ainult kasu maksimeerimine, võivad puuetega

või raskelt haiged inimesed sattuda olukorda, kus nende elu väärtustatakse madalamalt kui teiste, ning see võib viia ebavõrdse kohtlemiseni, sest neid ei peeta nii-öelda vääriliseks pikaajalise ja kallima ravi jaoks. Selline diskrimineerimine on eriti ohtlik, kuna see võib süvendada juba olemasolevaid sotsiaalseid ja tervishoiu ebavõrdsusi. Seetõttu on oluline, et ravi otsuseid tehes arvestataks õiglaselt kõigi patsientide vajaduste ja eelistustega, tagades, et haavatavates ühiskonnagruppides olevad inimesed ei satuks diskrimineerimise ohvriks.

Siinkohal esitan enda vastuse vastuargumendile: ehkki mure, et haavatavad inimgrupid võivad veel kehvemasse olukorda sattuda, on asjakohane, pole ravi jätkamine õiglane lahendus. Tõepoolest on üks meditsiini suurimaid väljakutseid tagada, et otsused ravi üle põhineksid objektiivsetel meditsiinilistel kaalutlustel, mitte eelarvamustel või oletustel patsiendi elu väärtuse kohta. Arstid peavad olema teadlikud oma võimalike eelarvamuste olemasolust, mis võivad mõjutada nende otsuseid nii eakate kui näiteks puuetega inimeste suhtes, seejuures kohustab neid selleks kutse-eetika.

Haavatavate ühiskonnagruppide argument käib eelkõige kvalitatiivse tulutuse kohta: kvalitatiivse tulutuse kohaselt on ravi sobimatu, kui see ei suuda patsiendile pakkuda elamisväärsset elukvaliteeti (White & Pope 2018: 73). See võib tekitada olukorra, kus arst ei näe patsiendi elu elamisväärsena ja lähtub ravi tulutuse üle otsustamisel vastavalt sellest. See lähenemine annab arstile märkimisväärse vabaduse hinnata patsiendi elukvaliteeti, kuna elukvaliteet on subjektiivne ja sõltub arsti väärtushinnangutest, kogemustest ja arusaamadest inimväärikuse ja elukvaliteedi kohta. Ent antud argument ei tööta selle puhul, kuidas käesolevas töös tulutut ravi defineerisin. Nagu eelnevalt välja toodud, siis määratletakse üldjuhul tulutut ravi olukorrana, kus meditsiiniline protseduur ei hoia esiteks ära patsiendi seisundi halvenemist või teiseks patsiendi juba lähenevat surma (sammas). Seega on antud tulutu ravi definitsioon üsna selgepiiriline ja konkreetne ning ei jäta ruumi arsti subjektiivsele hinnangule patsiendi elukvaliteedist.

Kokkuvõte

Tulutu ravi on keeruline ja vastuoluline teema, mis on juba mõnda aega meditsiinieetikas õhus olnud, ent tähelepanuta jäänud, arvestades tõsiasja, et arstide hinnangul saavad mõnes riigis koguni üle 20% patsientidest ravi, mida arstid hindavad tulutuks (White & Pope 2018: 68). Ressursside piiratus sunnib tegema valikuid, kellele ravi osutada ja mis määral. Töös näitasin, et arvestades meditsiiniliste ressursside piiratust ja suurenevat rahalist survet tervishoiusüsteemidele, on elementaarse tähtsusega lahendada tulutu ravi probleem. Töö põhieesmärk oli näidata, miks olukorras, kus meditsiiniline sekkumine on tulutu, on ravi pakkumisest õigustatud loobuda, sest meditsiinilised ressursid on piiratud.

Õiglus on meditsiini üks neljast põhiväärtusest ja töös näitasin, kuidas ükski ressursside õiglase jaotuse printsiip ei toeta tulutu ravi pakkumist. Eriti tugevalt ilmneb see kasu maksimeerimise printsiibi kaudu, mille kohaselt tuleks ressursid suunata eelkõige nende patsientidele raviks, kelle puhul on oodata kõige suuremat eluaastate võitu. Ressursside kulutamine ravile, millest patsiendil puudub tõenäoline kasu, ei ole õigustatud, eriti siis, kui see takistab tõhusat abi neile, kes ravist tegelikult võidaksid. Ühtlasi näitasin, miks küsimused seoses patsiendi autonoomiaga ei päde, et tulutut ravi endiselt pakkuda. Esiteks ei ole patsiendi autonoomia alati absoluutne väärtus ja kutse-eeetika näeb ette, et arst ei tohi pakkuda ravi, mis on ebaefektiivne. Isegi kui enda elu üle otsustamine on üks fundamentaalsemaid patsiendi õiguseid, ei ole tulutu ravi olukord patsiendi elu üle otsustamine ja meditsiini kohustus on pakkuda tõenduspõhist ja efektiivset ravi. Teiseks ei saa patsiendi autonoomiale tuginedes õigustada tulutu ravi pakkumist, sest intensiivraviosakondades on patsiendi otsustusvõime sageli piiratud ja patsiendi esindajad või lähedased pole usaldusväärsed otsustajad.

Lisaks käsitlesin töös kahte olulist vastuargumenti: inimväärikuse argument ning haavatavate ühiskonnagruppide argument. Esiteks ei pruugi tulutu ravi olla realselt kasulik, ent võib olla väga olulise tähtsusega inimväärikuse ja inimõiguste seisukohast. Kui patsiendilt võetakse ära õigus otsustada enda elu üle, tekitab see olukorra, kus patsient või patsiendi esindajad tunnevad, et nende õiguseid on rikutud ja inimelu mõõdetakse ainult kasu alusel, mis läheb oluliselt vastuollu nii meditsiinieetikaga kui inimõigustega üleüldiselt. Samas pole meditsiini eesmärk pakkuda tulutut ravi: see läheb vastuollu meditsiini alusväärtustega. Nendes olukordades on oluline hoolitseda patsiendi psühholoogilise heaolu eest, suunata patsient

vajadusel palliatiivsele ravile ja ühtlasi teha kindlaks, et suhtlus patsiendi või tema lähedastega on empaatiline. Teine vastuargument oli haavatavate ühiskonnagruppide argument. Samas defineerin antud töös tulutut ravi selgepiirilisel ja see ei jäta ruumi arsti subjektiivsele hinnangule patsiendi elukvaliteedist, mis tähendab, et vastuargument käesoleva töö puhul ei tööta.

Töös näitasin seega, miks seni õhus olnud küsimused tulutu ravi pakkumise üle, nagu probleemid seoses patsiendi autonoomia, inimväärikuse ja haavatavate ühiskonnagruppidega ei ole piisavad õigustused, et tulutu raviga jätkata. Lisaks sellele ja olulisem on see, et tulutu ravi pakkumisest loobumine on õigustatud, sest meditsiinilised ressursid on piiratud. On seega õiglane jaotada meditsiinilisi ressursse kasu maksimeeriva lähenemise alusel ja loobuda pakkumast tulutut ravi, et vabastada kriitilist ressursi ja maksimeerida kasu.

Kirjandus

Aghabarary, M., & Dehghan Nayeri, N. (2016). Medical futility and its challenges: A review study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 9, 11. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5203684/>

American Medical Association. (i.a). Opinion 5.5 - Medically ineffective interventions. *AMA Code of Medical Ethics*. <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/medically-ineffective-interventions>

Bawden, A. (2025). More than 500,000 in England waited at least two months for vital cancer care. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/society/2025/feb/03/england-essential-cancer-treatment-wait-nhs>

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics* (6th ed.). Oxford University Press.

Bernat, J. L. (2005). Medical futility: Definition, determination, and disputes in critical care. *Neurocritical Care*, 2(2), 198–205. <https://doi.org/10.1385/NCC:2:2:198>

Carter, H. E., Winch, S., Barnett, A. G., Parker, M., Gallois, C., Willmott, L., White, B. P., Patton, M. A., BurrIDGE, L., Salkield, G., Close, E., Callaway, L., & Graves, N. (2017). Incidence, duration and cost of futile treatment in end-of-life hospital admissions to three Australian public-sector tertiary hospitals: a retrospective multicentre cohort study. *BMJ Open*, 7(10), e017661. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6139208/>

Cookson, R., & Dolan, P. (2000). Principles of justice in health care rationing. *Journal of Medical Ethics*, 26(5), 323–329. <http://jme.bmj.com/>

Determeyer, P., & Brody, H. (2014). Medical futility: Content in the context of care. In T. E. Quill & F. G. Miller (Eds.), *Palliative care and ethics*. Oxford University Press. <https://philpapers.org/rec/DETMF>

European Commission. (2021). Riigi terviseprofiil 2021: Eesti [State of Health in the EU: Estonia – Country Health Profile 2021]. https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_et_estonian.pdf

Huynh, T. N., Kleerup, E. C., Wiley, J. F., Savitsky, T. D., Guse, D., Garber, B. J., & Wenger, N. S. (2013). The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. *JAMA Internal Medicine*, 173(20), 1887–1894. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24018712/>

ICN. (2012). The ICN code of ethics for nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

Laporte, L., Hermetet, C., Jouan, Y., et al. (2018). Ten-year trends in intensive care admissions for respiratory infections in the elderly. *Annals of Intensive Care*, 8, 84. <https://doi.org/10.1186/s13613-018-0430-6>

Moir, M., & Barua, B. (2024). *Waiting your turn: Wait times for health care in Canada, 2024*. Fraser Institute. <https://www.fraserinstitute.org/studies/waiting-your-turn-wait-times-for-health-care-in-canada-2024>

National Council on Disability. (2019). Medical futility and disability bias. <https://www.ncd.gov/report/medical-futility-and-disability-bias/>

Organ Donation Alliance. (i.a). Organ allocation process. <https://www.organdonationalliance.org/insight/organ-allocation-process/>

Reardon, P. M., Fernando, S. M., Van Katwyk, S., Thavorn, K., Kobewka, D., Tanuseputro, P., Rosenberg, E., Wan, C., Vanderspank-Wright, B., Kubelik, D., Devlin, R. A., Klinger, C., & Kyeremanteng, K. (2018). Characteristics, outcomes, and cost patterns of high-cost patients in the intensive care unit. *Critical Care Research and Practice*, 2018, 5452683. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6139208/>

Shah, P., Thornton, I., Kopitnik, N. L., & Hipskind, J. E. (2024). Informed consent. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/>

Shewmon, D. A. (2017). False-positive diagnosis of brain death following the pediatric guidelines: Case report and discussion. *Journal of Child Neurology*, 32(14), 1104–1117. <https://doi.org/10.1177/0883073817736961>

Social Protection and Human Rights. (2015). Disadvantaged and vulnerable groups. <https://socialprotection-humanrights.org/key-issues/disadvantaged-and-vulnerable-groups/>

Soosaar, A. (2006). *Meditšiinieetika*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.

Stonecipher, M. (2006). The evolution of surrogates' right to terminate life-sustaining treatment. *Virtual Mentor*, 8(9), 593–598.
<https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2006.8.9.hlaw1-0609>

Tanne, J. H. (2008). More than 26,000 Americans die each year because of lack of health insurance. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 336(7649), 855.
<https://doi.org/10.1136/bmj.39549.693981.DB>

Tervise Arengu Instituut. (i.a). Patsiendi esindaja. *Tervisesõnastik*.
<https://tervisesonastik.tai.ee/patsiendi-esindaja>

White, D., & Pope, T. (2016). Medical futility and potentially inappropriate treatment. In S. J. Youngner & R. M. Arnold (Eds.), *The Oxford handbook of ethics at the end of life*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199974412.013.12>

Summary

Medical futility and limited resources – is withdrawing from providing treatment a just solution?

The aim of my thesis is to answer the question whether, in a situation where medical intervention is futile, it is justified to withdraw from providing treatment on the grounds that medical resources are limited. My thesis addresses the definition of medical futility, the problem of limited resources and consequently the need for fair allocation of medical resources. In the main part of my thesis I show how the principle of utilitarian approach offers the fairest solution for allocation of limited medical resources. In the paper I also address concerns over patient autonomy, human dignity and vulnerable groups of society.

Futile treatment is a complex ethical issue, especially as limited resources require prioritization. As populations age and pressure on healthcare systems intensifies, addressing futile treatment becomes increasingly urgent. My thesis tackled that challenge, demonstrating that allocation principles do not support the continuation of futile treatment, and the utilitarian approach offering the most just solution: resources should be primarily directed towards patients who are expected to gain the most life-years from treatment.

In my thesis I also addressed some possible counterarguments. Patient autonomy is not absolute, and professional ethics prohibit doctors from providing ineffective treatment. While human dignity is important, providing futile care undermines core medical values and may falsely equate human worth with treatment. Instead, the focus should be on psychological support, palliative care, and empathetic communication. And since the thesis clearly defines futile treatment based on objective criteria, the argument about discriminating against vulnerable groups does not apply.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Annette Maria Hermaküla,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Tulutu ravi ja piiratud ressursid – kas ravi pakkumisest loobumine on õiglane lahendus?“, mille juhendajad on Mirt Vissak ja Kadri Simm, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Annette Maria Hermaküla

09.05.2025