

Peatükk 21

Seksuaal- ja reproduktiivõigused

Liiri Oja

Sissejuhatus

Ükski ühiskond, religioon, kultuur ega õigussüsteem pole inimeste seksuaal- ja reproduktiivtervise küsimustes neutraalne.¹ Niisiis pole ka seksuaal- ja reproduktiivõiguste kui inimõiguste kaitse mitte ainult heade õigusnormide sõnastamise küsimus ega pelgalt juristide pärusmaa, vaid vajab erialadevahelist lähenemist. Ühiselt peavad panuse andma nii õigusruumi kujundajad kui ka tervishoiu-, sotsiaal- ja haridusvaldkonna esindajad. Seksuaal- ja reproduktiivõigused pole nišiteema ega ainult naiste õiguste küsimus. Universaalsusest hoolimata on aga tõsiasi, et mitte kõikide inimeste seksuaal- ja reproduktiivõigused pole kaitstud ühtmoodi (hästi), vaid nagu kogu inimõiguste diskursuse puhul nii mõjutavad ka nende õiguste kaitset ühiskondlik ebavõrdsus ning diskrimineerimine ehk põhjendamatu ebavõrdne kohtlemine.

Meditsiin ja tervishoid pole vabad võimusuhetest, eelarvamustest, seksismist ega rassismist. Meditsiiniajaloo kriitiline analüüs illustreerib üheselt, kuidas väärarusaamad naiste reproduktiivtervisest ja naiste nägemine meeste järel teisejärgulisena kõikides eluvaldkondades laiemalt on toonud (ja toovad endiselt) kaasa inimõiguste rikkumisi.² Elinor Cleghorn rõhutab, et nüüdisaegne meditsiin – sh arsti elukutse, meditsiin kui institutsioon ja arstiteaduse distsipliin – on arenenud ja õitsenud sajandeid olukorras, kus naised on olnud marginaliseeritud nii poliitiliselt, sotsiaal-majanduslikult kui ka hariduslikult ning meessoost (*male*) keha primaarsus ja üleolek tementeeriti meditsiini alustaladesse juba Vana-Kreekas.³ Naisi defineeris nende anatoomiline erinevus meestest ning meditsiin nägi naise keha kui vigast, puudulikku ja ebatäiuslikku.⁴ Teadmised naise (*female*) kehast keskendusid ainult selle (müstilisele) reproduktsioonivõimele ja kohustusele: meditsiin kinnitas ja tugevdas müüti, mille alusel naine võrdubki oma bioloogilise kehaga, st teda valitseb ja juhib tema emakas ja reproduktiivsüsteem.⁵

Kuigi selline seksistlik ja ebateaduslik lähenemine võib tunduda praegu naeruväärne, näitab seksuaal- ja reproduktiivõiguste valdkond selgelt, et ka 21. sajandil pole taolised arusaamad kuhugi kadunud. Näiteks on peaaegu uskumatu, et alles 1998. aastal kummutas Austraalia professor Helen O'Connell oma teadustöös senise eksiarvamuse kliitori anatoomia kohta.⁶ Väärad arusaamad – ehkki mõnikord pehmemas või varjatumas vormis kui eelmistel

¹ Cook, R. J., Dickens, B. M., Fathalla, M. F. Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law. Oxford: Clarendon Press 2003, lk 3.

² Vt nt: Saini, A. Inferior. Suurbritannia: Fourth Estate Books 2018; Saini, A. Superior. Beacon Press 2020; Cleghorn, E. Unwell Women. A Journey Through Medicine and Myth in a Man-Made World. Suurbritannia: Weidenfeld and Nicolson 2021.

³ Cleghorn, E., lk 2.

⁴ *Ibidem*.

⁵ *Ibidem*.

⁶ O'Connell, H. E. *et al.* Anatomical relationship between urethra and clitoris. – The Journal of Urology 1998/6; O'Connell, H. E. *et al.* Anatomy of the clitoris. – The Journal of Urology 2005/4.

sajanditel – avaldavad kahjulikku mõju sellele, kuidas kohtlevad naisi sotsiaal-, õigus- ja tervishoiusüsteem.⁷

Seksuaal- ja reproduktiivõiguste sisustamises, kaitses ja edendamises on kesksel kohal ühiskondlikud narratiivid soorollide, reproduktiooni ja seksuaalsuse kohta. Inimese sooidentiteet mõjutab tema seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitset: naiste, trans-inimeste ja mittebinaarse sooidentiteediga inimeste kogemus on täiesti erinev *cis*-meeste⁸ kogemusest. Seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitsel on üks suuremaid katsumusi võitlus stereotüüpsete hoiakute vastu. Näiteks defineerivad need naiste rolli (ja väärtust) ühiskonnas üksnes normatiivse emaduse kaudu, piiravad naiste õigust otsustada ise oma keha üle, näevad naiste seksuaalsust räpasena ning täiesti normaalseid kehalisi funktsioone (nt menstruatsiooni) tabuna, millenagi, mida varjata.

Seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitse teevad korruga keeruliseks nii sellised poliitikad, õigusnormid ja praktikad, mille eesmärk on sihipäraselt eirata naiste ja tüdrukute inimväärikust (nt abordi kriminaliseerimine), kui ka sellised, mis jätavad seksuaal- ja reproduktiivõiguste aspektid lihtsalt arvesse võtmata (nt sünnitusmajade sulgemine, hügieenisidemete ja tampoonide maksustamine kõrge maksumääraga).

Nagu iga inimõiguste kaitse teema puhul nii on ka seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitse eeldus selle valdkonna terminivara olemasolu, arendamine ja korrektne kasutamine, sest selleks, et ebaõigluse vastu võidelda, peab olema võimalik seda kirjeldada (sõnastada). Ainult nii saab tekkida arusaam, mille alusel on seksuaal- ja reproduktiivõiguste puudutavad teemad esmajoonel inimõiguste (kaitse), mitte moraali, eetika või pelgalt tehnilised tervishoiuteenuste küsimused.

Termin *seksuaal- ja reproduktiivõigused* võib vajada eraldi selgitust, kuna valdkonnavälisele inimesele võib see (eelkõige eestikeelsena) tunduda üsna võõras ja vähekasutatud.⁹ Kui aga näidete varal seletada, mida tähendab nende õiguste kaitse praktikas (nt juurdepääs tõenduspõhisele seksuaalharidusele, turvalisele abordile ja sünnitusabile), siis nähtub selgelt, et need on inimõigused, mille kaitse on tähtis absoluutselt iga inimese jaoks sõltumata tema haridusest, sooidentiteedist, nahavärvist ja vanusest.

Seksuaal- ja reproduktiivõigused pole rahvusvahelise õigusliku kontseptsioonina siiski mitte väga uus nähtus, vaid – nagu selles peatükis selgitan – Ühinenud Rahvaste Organisatsioon (ÜRO) tunnustas reproduktiivõigusi juba 1994. aastal toimunud Kairo konverentsil. Seksuaal- ja reproduktiivõigused ei ole seega nn uued inimõigused, nagu vahel üritatakse näidata. Samuti on tähtis teadmine, et kuigi enamik rahvusvahelisi inimõiguste dokumente ei sisalda selgesõnalisi viiteid seksuaal- ja reproduktiivõigustele, on need ikkagi enamiku inimõiguste konventsioonide kaitsealas. Teisiti öeldes konstrueeritakse seksuaal- ja reproduktiivõigused juba tunnustatud inimõiguste kaudu – seksuaal- ja reproduktiivõigusi kaitsevad nt õigus elule, diskrimineerimise keeld, piinamise ja alaväärse kohtlemise keeld. Selleks et seksuaal- ja reproduktiivõigusi ning autonoomiat puudutav oleks kaitstud juba olemasoleva inimõiguste

⁷ Vt nt: Nagoski, E. *Come As You Are*. London: Scribe Publications 2015; Enright, L. *Vagina: A Re-Education*. Suurbritannia: Allen ja Unwin 2019.

⁸ Vt juurde: Viik, K. Sõnastik: *cis*. 19.05.2015. – <https://feministeerium.ee/nadala-sona-cis/> (19.11.2021).

⁹ Mulle teadaolevalt mainiti seksuaal- ja reproduktiivõigusi inimõiguste (põhiõiguste) kaitse kontekstis esimest korda Eesti Vabariigi põhiseaduse kommenteeritud väljaande 4. trükis 2017. a, täpsemalt § 26 kommentaarides. Ka põhiseaduse uusimad kommentaarid (5. tr) sisaldavad viiteid seksuaal- ja reproduktiivõigustele, vt <https://pohiseadus.ee/> § 26 kommentaarid. Siinne peatükk on esimene omataoline põhjalikum ülevaade eesti keeles.

raamistikuga, on aastakümneid vaeva näinud ning töötanud naiste õiguste organisatsioonid, feministlikud liikumised, teadlased, õiguspraktikud, poliitikud jt.

Siinjuures tuleb meeles pidada, et kuigi selles peatükis kirjeldatakse muu hulgas positiivseid suundumusi ja olulisi versteposte, oleks kohatu rääkida seksuaal- ja reproduktiivõigustest kui inimõiguste kaitse eduloost. Igal aastal sureb maailmas endiselt umbes 47 000 naist ebaturvalise abordi tagajärjel ja iga päev umbes 800 naist raseduse või sünnituse välditavate komplikatsioonide tõttu, lisaks ei ole tagatud rohkem kui 200 miljoni naise juurdepääs rasestumisvastastele vahenditele.¹⁰

Kuigi Eesti on maailma kontekstis eeskujulik näide (legaalne ja praktikas kättesaadav abort, tasuta sünnitusabi, seksuaalharidus üldhariduskoolide õppekavades), on ka meie ühiskonnas seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitse vallas endiselt palju arenguruumi.¹¹ Nende õiguste kaitse on seega pidev ja lõppematu töö, millele on teatud edasiminekutest hoolimata omased korduvad, juba tuttavad probleemid ning tagasilöögid.

1. Mis on seksuaal- ja reproduktiivõigused? Määratlused ja kujunemislugu

Lucia Berro Pizzarossa kirjutab seksuaal- ja reproduktiivõiguste ajaloo ülevaateartiklis, kuidas meil on paremad võimalused neid õigusi kaitsta siis, kui meil on selge arusaam mineviku suundumustest, sündmustest ja tingimustest, milles need muutused toimusid.¹² Berro Pizzarossal on õigus. Nagu ka sissejuhatuses kirjeldatud, on seksuaal- ja reproduktiivõiguste olukord tihedalt seotud sellega, mis toimub maailmas laiemalt, st nii poliitiliselt ja sotsiaal-majanduslikult kui ka näiteks soolise võrdõiguslikkuse valdkonnas. See tähendab omakorda, et seksuaal- ja reproduktiivõiguste puhul tuleb olla alati valmis taandarenguks ja tagasilöökideks. Kui vahetub valitsus, muutub poliitiline olukord või tekib kriisiolukord (majanduses, tervishoius), mõjutab see ka nende õiguste kaitset.

Enne 1990. aastaid tegelesid reproduktiivtervise, seksuaalsuse ja sooidentiteedi küsimustega peamiselt akadeemilised ringkonnad ning feministlikud liikumised ja organisatsioonid.¹³ Nimelt võitlesid 1970.–1980. aastatel naiste õiguste organisatsioonid ja laiemad sotsiaalsed liikumised mitmes tööstusriigis turvalise ja legaalse abordi ning rasestumisvastaste vahendite kättesaadavuse eest.¹⁴

¹⁰ WHO. Sexual and reproductive health beyond 2014: Equality, Quality of care and Accountability. 2014.

¹¹ Vt nt: Oja, L. Why is a 'good abortion law' not enough? The Case of Estonia. – Health and Human Rights Journal, 2017/19 (1); Abel, M., Oja, L. Üldse mitte ainult abordist ehk inimõigustel põhinev lähenemine seksuaal- ja reproduktiivtervisele. – Müürileht 01.12.2020. – <https://www.muurileht.ee/uldse-mitte-ainult-abordist-ehk-inimoigustel-pohinev-lahenemine-seksuaal-ja-reproduktiivtervisele> (09.01.2022); Peegel, M. Liiri Oja ja Marie Abel: meil kõigil on õigus seksuaal- ja reproduktiivtervisele, see pole luksuskaup. – Feministeerium 04.09.2020. – <https://feministeerium.ee/meil-koigil-on-oigus-seksuaal-ja-reproduktiivtervisele-see-pole-luksuskaup> (09.01.2022).

¹² Berro Pizzarossa, L. Here to Stay: The Evolution of Sexual and Reproductive Health and Rights in International Human Rights Law. – Laws 2018/7 (3), lk 1. Vt ka: Hadi, M. Historical development of the global political agenda around sexual and reproductive health and rights: A literature review. – Sexual & Reproductive Healthcare, 2017/12.

¹³ Corrêa, S. From Reproductive Health to Sexual Rights: Achievements and Future Challenges. – Reproductive Health Matters, 1997/5 (10), lk 107.

¹⁴ Corrêa, S., lk 108.

Tollased feministlikud liikumised ei olnud (ega ole tänapäeval) ühetaolised, mis omakorda tähendab, et naiste võitlused on riigiti ja ka ühe riigi sees sageli erinevad.¹⁵ Seega on näiteks madala sissetulekuga riikide feministid, samuti mustanahalised naised (esmajoones Ameerika Ühendriikide kontekstis) kritiseerinud läänemaailma feministe ja sotsiaal-majanduslikult paremas olukorras olevaid naisi seetõttu, et need on sidunud reproduktiivõigused eelkõige legaalse abordi kättesaadavusega, ent jätnud tähelepanuta näiteks sundsteriliseerimise või mõistmata naiste suguelundite moonutamise või (ümber)lõikamise (*female genital mutilation* või *female genitaal cutting*) probleeme.¹⁶

Kriitika tõi kaasa uue termini, *reproduktiivõigluse* (*reproductive justice*) tekke, mille eesmärk on tõmmata tähelepanu lõhele olemasolevate teoreetiliste õiguste ja tegeliku olukorra vahel ning luua seosed reproduktiivõiguste ja sotsiaalse õigluse vahel.¹⁷ Reproduktiivõiglusest kirjutanud aktivistide ja teadlaste kriitika oli (ja on endiselt) põhjendatud ning seda tuleb arvesse võtta, kuid terminoloogiliselt eelistan siduda seksuaal- ja reproduktiivtervist ning -autonoomiat puudutavad küsimused inimõiguste diskursusega. See toob need teemad õiguslikult siduvasse raami, kus on olemas kindel vastutaja: riik.

Üks tähtsamaid versteposte seksuaal- ja reproduktiivõiguste diskursuse arengus oli 1994. aastal peetud ÜRO rahvastiku ja arengu rahvusvaheline konverents (*International Conference on Population and Development* ehk ICPD) ehk nn Kairo konverents. Sellel osales ka Eesti valitsuse delegatsioon, kuhu kuulus muu hulgas Eesti Pereplaneerimise Liidu (praegu Eesti Seksuaaltervise Liit) esindaja.¹⁸

Kairo konverentsi mittesiduv tegevuskava, mida tuntakse ka reproduktiivõiguste rahvusvahelise mõttelise alustala nime all, oli esimene kord, kui ÜRO tunnustas reproduktiivõigusi kui inimõigusi.¹⁹ ICPD tegevuskavas selgitati: „Reproduktiivõigused puudutavad teatud inimõigusi, mida riigisisestes õigusaktides, rahvusvahelistes inimõiguste dokumentides ja muudes asjaomastes ÜRO konsensusdokumentides juba tunnustatakse. Kõnealused õigused tuginevad iga paari ja üksikisiku tunnustatud põhiõigusele vabalt ja vastutustundlikult otsustada, mitu last, millal ja milliste ajavahedega nad saada soovivad, õigusele saada juurdepääs selleks vajaminevale teabele ja vahenditele ning õigusele omada parimat võimalikku seksuaal- ja reproduktiivtervise seisundit. Reproduktiivõigused hõlmavad ka õigust teha järglaste saamise otsuseid vabana ebavõrdsest kohtlemisest, sunnist ja vägivallast vastavalt inimõiguste dokumentides sätestatule.“²⁰

¹⁵ Mottier, V. Reproductive rights. – Waylen, G. *et al.* (toim). The Oxford Handbook of Gender and Politics, Oxford University Press 2013, lk 215.

¹⁶ Mottier, V., lk 215.

¹⁷ Mottier, V. Vt ka: Silliman, J. *et al.* Undivided Rights: Women of Color Organizing for Reproductive Justice. 2016; Nelson, J. Women Of Color And The Reproductive Rights Movement. New York: New York University Press 2003; Combellick-Bidney, S., Genis, A. Only Through the Body: Reproductive Justice and the Practice of Embodied Theory. – Women's studies, 2018/47 (1); Ross, L. J. Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism. – Souls: A Critical Journal of Black Politics, Culture, and Society 2017/19 (3).

¹⁸ Vabariigi Valitsuse 25. augusti 1994. a korraldus nr 636-k. – RT I 1994, 61, 1038. Vt Eesti Seksuaaltervise Liidu ajalugu veebilehelt <http://www.estl.ee/organisatsioonist/ajalugu/?m=458> (09.01.2022).

¹⁹ Programme of Action of the International Conference on Population and Development. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994, 1995, A/CONF.171/13/Rev.1. Vt Miller, A. M., Roseman, M. J. Sexual and reproductive rights at the United Nations: frustration or fulfilment? – Reproductive Health Matters 2011/ 19 (38), lk 104.

²⁰ United Nations Population Division. Report of the International Conference on Population and Development, UN Doc A/CONF. 171/13, 18 October 1994, Programme of Action of the International Conference on Population and Development, para. 7.3.

Selle määratluse olulisim osa on seotus varem tunnustatud inimõigustega. Teisisõnu kinnitati, et reproduktiivõigused konstrueeritakse juba tunnustatud inimõiguste (nt õigus elule ja õigus tervisele) kaudu.²¹ Alicia Ely Yamin märgib ICPD-d kommenteerides, et enne seda käsitleti reproduktiivtervise küsimusi (sh pereplaneerimist, emade tervist ja seksuaalsel teel levivaid infektsioone) naise tervise üksikute ja eraldiseisvate aspektidena ning rahvastikupoliitika keskendus peamiselt utilitaarsetele eesmärkidele, mis põhinesid demograafilistel nõudmistel ja naiste viljakuse kontrollimisel; seetõttu olid naised ning nende vajadused ja õigused justkui nähtamatud, kuid ICPD tegevuskavaga toodi kõik sellised eraldiseisvad küsimused ühe tervikmõiste alla.²²

Mindy Roseman ja Laura Reichenbach lisavad, et ICPD tegevuskava oli nii „uuenduslik mudel, mille abil mõista tervise, inimõiguste, rahvastiku ja arengu omavahelisi seoseid“ kui ka paljude esindusrühmade (sh feministide, rahvatervise ekspertide, arengule keskenduvate majandusteadlaste, rahvastikuteadlaste, keskkonnaekspertide, usukogukondade, annetajate ja valitsuste) saavutatud kompromissi tulemus.²³ Kompromissile aitas kaasa eelkõige see, et ICPD-l ei loodud mitte uusi õigusi, vaid argumenteeriti, et reproduktiivõigused sisalduvad juba vastu võetud rahvusvahelistes inimõiguste dokumentides.²⁴

Seega pani ICPD tegevuskavas toodud määratlus aluse uuele mõtteviisile ning muutis märkimisväärselt seda, kuidas vaadeldakse laste saamist ning kuidas seda ja naiste emaks saamise kogemusi õiguslikult mõisteti. ICPD tegevuskavas ei antud „teatud inimõiguste“ ega „reproduktiivõiguste“ loetelu. Selle asemel rõhutas tegevuskava sõnaselgelt, kuidas patriarhaalsed eelarvamused naiste ja nende võime kohta täita muid rolle peale olemise mõjutavad kultuuri ja õigust, ning kutsus üles heitma neid eelarvamusi naiste reproduktiivõiguste kehtestamiseks kõrvale.²⁵

Kairo konverents ja selle tulemus ei olnud aga lihtne edulugu, millele kõik osapooled üksmeeles alla kirjutasid.²⁶ Näiteks paavst Johannes Paulus II kui Püha Tooli esindaja (viimasel oli ÜRO-s küll ainult vaatlejastaatus) kritiseeris korduvalt tegevuskava teksti mustandit, milles olid viited abordile, kondoomidele ja steriliseerimisele.²⁷ Samuti leidis Püha Tool, et seksuaal- ja reproduktiivõigusi ei tohiks siduda üksikisikuga (indiviidiga) ega tunnustada neid väljaspool traditsioonilist heteroseksuaalset monogaamset abielu.²⁸

Ka on eri autorid kritiseerinud ICPD tegevuskava kui pettumust just turvalise ja legaalse abordi kättesaadavuse tagamise teemal. Marge Berer on kirjeldanud ICPD tegevuskava kui erakordset dokumenti, kuid lisab, et selle erakordsuse sees peitub pettumust valmistav erand,

²¹ Sellist nn konstrueerimise lähenemist on toetanud mitu autorit. Vt nt: Cook, R. J. Human Rights and Reproductive Self-Determination. – American University Law Review 1994–1995/44 (4); Scheinin, M. Sexual Rights as Human Rights. – Protected under Existing Human Rights Treaties? – Nordic Journal of International Law 1998/ 67 (1); Kismödi, E. *et al.* Advancing sexual health through human rights: The role of the law. – Global Public Health 2015/ 10 (2).

²² Yamin, A. E. Power, Suffering, and the Struggle for Dignity Human Rights Frameworks for Health and Why They Matter. University of Pennsylvania Press 2016, lk 92.

²³ Roseman, M. J., Reichenbach, L. Global Reproductive Health and Rights: Reflecting on ICPD. – Roseman, M. J. (toim). Reproductive Health and Human Rights. The Way Forward, 2009, lk 4–5.

²⁴ Berro Pizarrossa, L., lk 6.

²⁵ Nelson, E. Law, Policy and Reproductive Autonomy. Hart Publishing 2013, lk 65.

²⁶ Berro Pizarrossa, L., lk 7.

²⁷ *Ibidem.*

²⁸ *Ibidem.*

sest tekstis on lause „Olukorras, kus abort ei ole seadusega vastuolus, peaks see olema ohutu“.²⁹ Berer nimetab sellist lähenemist vältimise meistriteoseks ning selgitab, et nii jäeti sõnastamata riigi kohustus dekriminaliseerida raseduse katkestamine ning luua tingimused kättesaadavaks ja turvaliseks abordiks.³⁰ Samas leiab ta, et ilma Kairo konverentsita oleks naiste õiguste olukord olnud kindlasti kokkuvõttes halvem. Selles jääb ta sarnasele seisukohale Sonia Corrêaga, kes nentis ICPD+10 ümarlaual, et konverentsi tegevusprogramm peegeldab seda, mida „poliitilised tingimused võimaldasid meil sel hetkel saavutada“.³¹

Olen arvamusel, et ICPD kogemus iseloomustab väga täpselt seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitse dünaamikat. Selles valdkonnas tuleb pidevalt arvestada, mis on sel ajahetkel (poliitiliselt) võimalik, milliste inimeste ja institutsioonide toetusega saab või ei saa arvestada ning kuidas rasked ja ehk ka pettumust valmistavad kompromissid võivad pikas plaanis saada ikkagi tulevikuarengu tugevaks alustalaks.

Lugeja märkab kindlasti, et ICPD tegevuskavas on kasutusel termin *reproduktiivõigused*, kuid selles peatükis on läbivalt kirjutatud *seksuaal- ja reproduktiivõigustest*. Need ei ole juhuslikud valikud: „Nimi on silt. Nimi annab identiteedi – inimestele, asjadele, organisatsioonidele. Nimi on oluline. Nimi on poliitiline“.³² Rahvusvaheliselt on inimõiguste ning ka rahvatervise (*public health*) valdkonnas seksuaal- ja reproduktiivõiguste edendamiseks sageli kasutusel just ainult termin *reproduktiivõigused*, kuna sõnad *seks* ja *seksuaalsus* on paljude riikide jaoks tabuteemad (sest viitavad mh naudingule ja ihale), ning *reproduktsoonist* rääkimine on seega strateegiliselt lihtsam ja „aktsepteeritavam“.³³

Siinses peatükis kasutan terminit *seksuaal- ja reproduktiivõigused* seepärast, et sisuliselt on need õigused lahutamatud, tihedalt seotud ja kohati sünonüümid ning täiendavad teineteist. Näiteks turvalise ja legaalse aborti kättesaadavus puudutab nii inimese seksuaalset autonoomiat (elada aktiivset seksuaalelu eesmärgita jääda rasedaks, st arvestada, et vajaduse korral on soovimatu rasedus võimalik katkestada) kui ka reproduktiivautonoomiat (inimese iseotsustusõigust selle üle, kas olla rase või mitte).

Niinimetatud Kairo pärandit võib näha igas maailma piirkonnas. Idee sellest, et seksuaal- ja reproduktiivtervise poliitika, programmid ja tavad peavad põhinema soolisel võrdõiguslikkusele ja inimõigustel ning tagama, et kõik inimesed saaksid kasutada seksuaal- ja reproduktiivtervisega seotud õigusi ilma diskrimineerimise, sundimise ja vägivallata, on kinnitanud kanda alates ÜRO-st kuni riigisiseste õigusnormideni.³⁴

Kui analüüsida kõiki olulisi rahvusvahelisi inimõiguste kaitse dokumente, siis ilmneb tõsiasi, et ükski neist isegi ei maini juurdepääsu turvalisele abordile, sünnitusabile ega kontratseptsioonile. Nende kohta ei sisalda ühtegi sätet ÜRO inimõiguste ülddeklaratsioon, ÜRO kodaniku ja poliitiliste õiguste rahvusvaheline pakt, ÜRO majanduslike, sotsiaalsete ja

²⁹ Berer, M. The Cairo ‘Compromises’ on Abortion and Its Consequences for Making Abortion Safe and Legal. – Roseman, M. J. (toim). Reproductive Health and Human Rights. The Way Forward, 2009, lk 152.

³⁰ Berer, M., lk 153–162.

³¹ Corrêa, S., Germain, A., Petchesky, R. P. Roundtable: Thinking Beyond ICPD+10: Where Should Our Movement Be Going? – Reproductive Health Matters 2005/13 (25), lk 110.

³² Cottingham, J., Kismödi, E., Hussein, J. Sexual and Reproductive Health Matters – What's in a name? – Sexual and Reproductive Health Matters 2019/27(1).

³³ *Ibidem*.

³⁴ Brown, R. *et al.* A sexual and reproductive health and rights journey: from Cairo to the present. – Sexual and Reproductive Health Matters, 2019/27 (1), lk 328.

kultuuriliste õiguste rahvusvaheline pakt, ÜRO lapse õiguste konventsioon ega Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon.

ÜRO konventsioon naiste diskrimineerimise kõigi vormide likvideerimise kohta (CEDAW)³⁵ viitab seksuaal- ja reproduktiivõigustele artiklites 10 (seksuaalharidus), 12 (vastavad teenused) ja 16 (reproduktiivautonoomia). ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioonis³⁶ leidub seksuaal- ja reproduktiivõigustele viiteid artiklites 23 (mitediskrimineerimine ja eraelu, sh pereplaneerimine) ja 25 (tervishoid).

Niinimetatud konstrueerimise lähenemine võib esmapilgul tekitada skepsist, sest võib näida, et see muudab seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitse liiga sõltuvaks tõlgendamisest. Tegelikult aitab ICPD vältida nende õiguste killustumist ja lahterdamist nn üldistest inimõigustest eraldiseisvana.

Nn konstrueerimise tõhusust illustreerivad ÜRO konventsioonide järelevalveorganite seksuaal- ja reproduktiivõigusi puudutavad rahvusvahelised konsensusdokumendid ning selle valdkonna praktika. Näiteks võttis ÜRO majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste komitee 2016. aastal vastu üldkommentaari (*General Comment*) nr 22, mis puudutab õigust seksuaal- ja reproduktiivtervisele (art 12) ning millega kinnitati, et õigus seksuaal- ja reproduktiivtervisele on „lahutamatu osa õigusest tervisele, mille sätestab majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste rahvusvahelise pakti artikkel 12“.³⁷ ÜRO inimõiguste komitee võttis 2018. aastal vastu üldkommentaari nr 36, mis puudutab õigust elule ning sidus omavahel kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvahelise pakti sätteid ning seksuaal- ja reproduktiivõigused.³⁸

Selgitusena tuleb märkida, et kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvahelise paktis ei viidata raseduse katkestamisele ega seksuaal- ja reproduktiivõigustele. Sellegipoolest kinnitas ÜRO inimõiguste komitee üldkommentaaris, et õiguse elule kaitse hõlmab muu hulgas juurdepääsu tagamist raseduse ohutule ja õiguspärasele katkestamisele, kvaliteetsele ja teaduspõhisele seksuaalkasvatusele, taskukohastele rasestumisvastastele vahenditele ning kvaliteetsetele sünnituseelsetele ja raseduse katkestamise järgsetele tervishoiuteenustele.

Seega lähtus komitee – seda küll otse nimetamata – Kairo konverentsi tegevuskava loogikast: seksuaal- ja reproduktiivõigused konstrueeritakse juba tunnustatud inimõigustele tuginedes. Rahvusvaheliste inimõiguste konventsioonide järelevalveorganite õiguspraktika on samuti toetanud nn konstrueerimisele tuginevat lähenemist. Näiteks ÜRO inimõiguste komitee leidis asjas *Whelan vs. Iirimaa*, et Siobhan Whelani eluvõimetu loote sündimiseni kandmiseks ja raseduse katkestamise võimalusele juurdepääsu saamiseks Ühendkuningriiki reisimiseks sündimisega rikuti ÜRO kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvahelise pakti artiklit 7 (piinamise ja alaväärse kohtlemise keeld), artiklit 17 (õigus eraelu puutumatus) ning samuti artiklit 26 (ebavõrdse kohtlemise keeld).³⁹

³⁵ ÜRO konventsioon naiste diskrimineerimise kõigi vormide likvideerimise kohta. – RT II 1995, 5, 31.

³⁶ ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon. – RT II, 04.04.2012, 6.

³⁷ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 22 on the Right to sexual and reproductive health (Article 12). UN Doc. E/C.12/GC/22 (2016).

³⁸ General comment No. 36 (2018) on article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the right to life CCPR/C/GC/36.

³⁹ *Whelan vs. Iirimaa*, CCPR/C/119/D/2425/2014 (2017).

Nendest headest näidetest hoolimata tasub jääda kriitiliseks. Esiteks on need edasiminekuks praegu veel pigem erandlikud ega näita pikaajalist trendi. Teiseks on ÜRO tegevuses palju ebaühtlust: eri allorganisatsioonid ei kasuta samu määratlusi⁴⁰, lisaks tehakse n-ö pehmeid valikuid, mis tähendab, et seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitsel keskendutakse teemadele (sh keelekasutusele), mis võiks tekitada maailma riikides vähem vastureaktsioone.⁴¹

Euroopa Liidu kontekstis on tähtis markeerida 24. juunil 2021 vastu võetud Euroopa Parlamendi resolutsioon seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitse teemal. Kuigi parlamendi resolutsioonid ei ole rangelt võttes õiguslikult siduvad, on neil siiski suur roll suunanäitamisel ja muredele tähelepanu juhtimisel.⁴² See resolutsioon on esimene omataoline ning üsna õnnestunud: seksuaal- ja reproduktiivtervise küsimused on formuleeritud otsesõnu inimõiguste küsimustena, selles on nii rõhutatud soopõhise diskrimineerimise mõju kui ka nimetatud kõik põhiteemad alates menstruatsioonist kuni turvalise aborti ja sünnitusabivägivallani.⁴³ Muu hulgas viidatakse resolutsioonis Gutmacher-Lanceti komisjonis välja töötatud uuendatud ning tänapäevasele seksuaal- ja reproduktiivõiguste määratlusele.⁴⁴

2. Haavatavate rühmade seksuaal- ja reproduktiivõigused

Nagu kõikide inimõiguste puhul nii peab ka seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitsel pöörama tähelepanu nn haavatavatele rühmadele. Inimene võib kuuluda haavatavasse või marginaliseeritud rühma näiteks oma vanuse, nahavärvi, sotsiaalmajandusliku tausta, seksuaalse või sooidentiteedi, puude olemasolu või religioosse kuuluvuse tõttu. See ei ole suletud nimekiri, sest haavatavus on kontekstipõhine ja võib ajas muutuda.

Haavatavust ja marginaliseeritust võib põhjustada ka füüsiline ruum, kus inimene viibib. Näiteks võivad olla halvasti tagatud kinnipidamisasutuses, pagulaslaagris või kodutute varjupaigas elava või viibiva inimese seksuaal- ja reproduktiivõigused. Vanglates tuleb jälgida, et seal karistust kandvatele inimestele oleks tagatud juurdepääs vastavalt naiste- või meestearsti vastuvõtule (sh sõeluuringud), kus on muu hulgas kaitstud inimese privaatsus (st vanglaametnik ei viibi näiteks günekoloogilise läbivaatuse juures), piisav varu hügieenisidemeid või tampoone, vajaduse korral rasedusaegne jälgimine, juurdepääs tõenduspõhisele seksuaalharidusele ning vajalikele ravimitele, kontratseptioonile ja uuringutele.⁴⁵ Arvesse tuleb võtta interseksionaalsust ehk tunnuste lõimumist

⁴⁰ Gilby, K., Koivusalo, M., Atkins, S. Global health without sexual and reproductive health and rights? Analysis of United Nations documents and country statements, 2014–2019. – BMJ Global Health 2021.

⁴¹ Yamin, A. E., Boulanger, V. M. Embedding sexual and reproductive health and rights in a transformational development framework: lessons learned from the MDG targets and indicators. – Reproductive Health Matters, 2013/21 (42).

⁴² Costa, M., Peers, S. Steiner & Woods EU Law (14th edn.) 2020, lk 12. Vt ka: Kreppel, A., Webb, M. European Parliament resolutions—effective agenda setting or whistling into the wind? – Journal of European Integration 2019/41 (3).

⁴³ Sexual and reproductive health and rights in the EU, in the frame of women's health. Euroopa Parlamendi resolutsioon, 24.06.2021 (2020/2215(INI)).

⁴⁴ Starrs, A. M. *et al.* Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Gutmacher. – Lancet Commission. The Lancet 2018, lk 2644–2646. –

[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)30293-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)30293-9.pdf) (09.01.2022).

⁴⁵ Enggist, S., Møller, L., Galea, G., Udesen, C. (eds.). Prisons and Health. WHO 2014; United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules). New York, United Nations 2011. – <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/BangkokRules.aspx> (09.01.2022).

(*intersectionality*). Näiteks vanglas karistust kandev puudega inimene peab ka puudest sõltumata pääsena õigel ajal arsti vastuvõtule ja saama talle sobivas vormis teavet (nt punktkirjas, kui on tegu nägemispuudega).

Seksuaal- ja reproduktiivõiguste puhul on väga tähtsad seksuaalne ja sooidentiteet. Abordi kriminaliseerimine, rasestumisvastaste vahendite kättesaadavuse piiramine ja sünnitusabivägivald on naiste, meeste ja mittebinaarsete inimeste jaoks erinevate tagajärgedega. Seksuaal- ja reproduktiivõiguste terminoloogia ning seksuaal- ja reproduktiivtervise küsimustele tähelepanu pööramine on olnud pikka aega naiste õiguste valdkond ning feministlike liikumiste tähelepanu all.

Seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitsel tuleb aga kindlasti arvesse võtta, et sooidentiteet on mitmekesisem kui jaotus naised/mehed. Trans-kogukonda kuuluvad ja mittebinaarse identiteediga inimesed⁴⁶ vajavad või võivad vajada juurdepääsu abordile, kunstliku viljastamise protseduuridele, sünnitusabile jm.⁴⁷ Kahjuks võivad need, kelle sooidentiteet ei vasta valdavale binaarsele jaotusele mees/naine, kogeda tervishoiusüsteemis häbimärgistamist, mikroagressioone (nt halvustavad märkused, invasiivsed ja asjassepuutumatud küsimused) ning tervishoiutöötaja teadmatusest põhjustatud ebakvaliteetset ravi ja nõustamist.⁴⁸

Haavatavate rühmade seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitset mõjutavad ühiskondlikud stereotüüpsed hoiakud. Rebecca J. Cooki ja Simone Cusacki selgituse järgi tuleb stereotüüpi mõista kui „üldistatud hoiakut või eelarvamust konkreesse rühma kuuluvatel isikutel olevate omaduste või tunnuste või rollide kohta, mida kõnealused isikud täidavad või peaksid täitma“.⁴⁹ Näiteks on seksuaal- ja reproduktiivõiguste rikkumistel sageli keskne roll stereotüüpsel hinnangutel naise keha, seksuaalsuse ja rollide suhtes: „kõik naised soovivad saada emaks“, „kõik naised, kes teevad aborti, kahetsevad seda“, „naiste seksuaalsus võrdub reproduktsiooniga“ jne.

Seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitset mõjutavad veel nahavärvusega seotud stereotüübid. Dorothy Roberts on kirjeldanud mustanahalise emaduse alaväärtustamist, mille ajaloolised juured ulatuvad orjaaega ning mille tõttu vaadeldakse mustanahalisi naisi kui „abiraha kuningannasid“, „ohtlikult üliviljakaid“, vaeseid, narkomaanidest normirikkujaid ja kokkuvõttes kui järglaste saamist mittevääri vaid isikuid.⁵⁰

Puudega seotud eelarvamused põhjustavad arvamust, et puudega naised ei rasestu, ei sünnita ega saa emaks, et nad pole seksuaalsed, ning arvatakse, et teatud naistele peaks olema keelatud seksuaalseks olendiks olemine, rasestumine, sünnitamine ja lapsevanemaks saamine

⁴⁶ Vt: Arumetsa, S. Sõnastik: mittebinaarne sooidentiteet. 19.09.2019 – <https://feministeerium.ee/mittebinaarne-sooidentiteet> (08.02.2022).

⁴⁷ Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. – BMC Pregnancy Childbirth 2017.

⁴⁸ Vincent, B. Transgender Health: A Practitioner's Guide to Binary and Non-Binary Trans Patient Care. Jessica Kingsley Publishers 2018.

⁴⁹ Cook, R. J., Cusack, S. Gender Stereotyping: Transnational Legal Perspectives. University of Pennsylvania Press 2010, lk 9. Vt ka: Brems, E., Timmer, A. (toim). Stereotypes and human rights law. Antwerp, Cambridge: Intersentia 2016.

⁵⁰ Roberts, D. Killing the Black Body: Race, reproduction, and the meaning of liberty. Knopf Doubleday Publishing Group 1997.

valiku tegemine.⁵¹ Alexandra Gartrell, Klaus Baesel ja Cornelia Becker kirjeldavad, kuidas puuetega naised jäetakse kõrvale tegevustest, millega edendatakse juurdepääsu seksuaal- ja reproduktiivõigusi puudutavale teabele, asjaomastele uuringutele ning ennetus- ja hooldeteenustele, kuna puuet seostatakse ebaõigelt asekuaalsusega ning suutmatusega kanda last ja vanemaks saada või vastava soovi puudumisega.⁵²

Vaimse tervise probleemidega naised vaadeldakse sageli kui n-ö ebapiisavaid või ohtlikke.⁵³ Kui nad on siiski emaks saanud, seisavad nad silmitsi täiendava ühiskondliku jälgimisega.⁵⁴ Claudia Malacrida kirjutab, et kuigi nn ideaalset emadust pole võimalik saavutada ja ideaalse ema standardi olemasolu kahjustab kõiki naised, mõjutab see eriti raskelt puuetega naised: puuetega emad peavad rinda pistma paljude majanduslike, sotsiaalsete ja keskkonnast tulenevate takistustega, mille seas on näiteks vaesus, piiratud juurdepääs avalikele kohtadele, suurem väärkohtlemise oht ning töötust ja vägivalda puudutav haavatavus.⁵⁵

Samuti pole puuetega naised kaitstud väärkohtlemise eest raseduse ajal (sünnituseelne abi) ja sünnitamisel (sünnitusabi).⁵⁶ Sünnitusabis loetakse nad sageli automaatselt (ja stereotüüpselt) kõrge riskiga rasedate/sünnitajate hulka ning neile ei tagata sünnitusabis ja esmajoonel sünnituse ajal otsustusõigust.⁵⁷

Seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitset mõjutavad meditsiinis ja tervishoiuvaldkonnas levinud stereotüübid. Diane E. Hoffmann ja Anita J. Tarzian kirjutasid oma 2001. aasta artiklis naiste ebavõrdsest kohtlemisest valuravis, muu hulgas sellest, kuidas „naispatsiente kirjeldati sagedamini närviliste, valu mittetundvatena“ (mistõttu manustati neile valuvaigistite asemel tihti rahusteid) ja et naispatsiendid kogesid „esmasel kokkupuutel tervishoiuteenuse pakkujaga umbusklikku suhtumist või muid takistusi“.⁵⁸ Selliste hoiakute tõttu ei võeta valu pärast arstiabi otsivate naiste kaebusi täie tõsidusega ning tõenäosus, et valu kannatavale naisele antakse asjakohast ravi, on samuti väiksem.⁵⁹ Hoffmann ja Tarzian lisavad, et läänelikus meditsiinimudelis ületähtsustatakse objektiivseid ja bioloogilisi valunäitajaid ning alaväärtustatakse naiste subjektiivseid ja kogemuslikke hinnanguid.⁶⁰

⁵¹ Vt nt: Tilley, E. *et al.* 'The silence is roaring': sterilization, reproductive rights and women with intellectual disabilities. – *Disability & Society* 2012/27 (3); Iezzoni, L. I. *et al.* 'How did that happen?' Public responses to women with mobility disability during pregnancy. – *Disability and Health Journal* 2015/8 (3).

⁵² Gartrell, A., Baesel, K., Becker, C. 'We do not dare to love': women with disabilities' sexual and reproductive health and rights in rural Cambodia. – *Reproductive Health Matters* 2017/25 (50), lk 32.

⁵³ Malacrida, C. Performing motherhood in a disablist world: dilemmas of motherhood, femininity and disability. – *International Journal of Qualitative Studies in Education* 2009/22 (1), lk 100.

⁵⁴ Vt nt: Grue, L., Tafjord Laerum, K. 'Doing Motherhood': Some experiences of mothers with physical disabilities. – *Disability & Society* 2010/17 (6).

⁵⁵ Malacrida, C. Performing motherhood in a disablist world: dilemmas of motherhood, femininity and disability. – *International Journal of Qualitative Studies in Education* 2009/22 (1), lk 100, 102.

⁵⁶ Vt nt: Gichane, M. W. 'They must understand we are people': Pregnancy and maternity service use among signing Deaf women in Cape Town. – *Disability and Health Journal* 2017/10 (3); Höglund, B. Midwives' knowledge of, attitudes towards and experiences of caring for women with intellectual disability during pregnancy and childbirth: A cross-sectional study in Sweden. – *Midwifery* 2013/29 (8).

⁵⁷ Vt nt: Walsh-Gallagher, D. *et al.* Normalising birth for women with a disability: The challenges facing practitioners. – *Midwifery* 2013/29 (4).

⁵⁸ Hoffmann, D. E., Tarzian, A. J. The Girl Who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain. – *Journal of Law, Medicine & Ethics* 2001, lk 17.

⁵⁹ *Ibidem*, lk 19 (viited C. Miaskowski tööle).

⁶⁰ *Ibidem*, lk 20.

Sugu on ainult üks asjaoludest, mis tekitab eespool kirjeldatud eelarvamusi, sarnane mõju on rassist ja usulistel veendumustel.⁶¹ Näiteks Vania Smith-Oka kirjeldab paljude autorite töödele tuginedes mikroagressioone: need on „vaevu hoomatavad solvangud ja alavääristavad käitumisviisid, mis on üldjuhul suunatud teise nahavärviga inimeste (või [...] „probleemsete teiste“[...]) vastu ning millega solvaja väljendab ja kinnistab oma üleolevat suhtumist“.⁶²

Ka Derald Wing Sue jt selgitavad mikroagressioone rassikontekstis ning nimetavad mikroagressioonide kolm tüüpi: mikrorünnakud (alavääristavad verbaalsed või mitteverbaalsed avalikud teod), mikrosolvangud (ebaviisakad või tundetud väljaütlemised) ja mikrotühistamised (väljaütlemised või teod, millega eitatakse, eiratakse või vähendatakse olematuks mikroagressioonide sihtmärkide vastused, nt nimetades vastuvõtjat üleliia tundlikuks).⁶³ Smith-Oka lisab neljanda tüübi: kehalised mikroagressioonid.⁶⁴

Smith-Oka selgitab, kuidas stereotüüpsed hoiakud sotsiaalselt tõrjutud rühma kuuluvate inimeste suhtes võivad tuua tervishoiuvaldkonnas kaasa konkreetseid tegevusi: haiglatest ja kliinikutest saavad kohad, kus riik üritab kaudselt vormida nn õiget/ideaalset emadust ning kus narratiivid nn heade ja halbade emade kohta jõuavad ka meditsiiniala suhtlusesse: „Kui patsient näis arsti käske eiravat või käitus ootamatul viisil, vaadeldi teda üldjuhul kui koostööst keelduvat ja nõudeid mittejärgivat isikut. Selline ettekujutus patsiendist tundus sageli õigustusena nii verbaalsetele noomitustele kui ka karmile füüsilisele kohtlemisele ja sekkumisele, millel võis küll olla teatud meditsiiniline põhjendus, kuid mis näis kõrvalseisjatele ja patsiendile karistusena“.⁶⁵

Üks konkreetne näide sellest, kuidas rassism mõjutab inimeste seksuaal- ja reproduktiivõigusi, on nii Ameerika Ühendriikides kui ka Suurbritannias mustanahaliste ja valgenahaliste naiste emade suremuse (*maternal mortality*) näitaja drastiline erinevus: Suurbritannias on mustanahalisel naisel neli korda suurem tõenäosus surra sünnituse või rasedusega seotud komplikatsioonide tõttu kui valgel naisel.⁶⁶

Seksistlikud uskumused ja hoiakud on ühiskonnas nõnda juurdunud ning institutsionaliseeritud, et ka Euroopa Inimõiguste Kohus pole seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitset puudutavates lahendites alati lükanud ümber (soo)stereotüüpidel ja müütidel põhinevaid narratiive.⁶⁷ Näiteks ei ütle kohus, et „süütuse kontrollimine“ pole meditsiinilist

⁶¹ Vt nt: Lutfey Spencer, K., Grace, M. Social Foundations of Health Care Inequality and Treatment Bias. – Annual Review of Sociology Vol. 42 (2016); Chapman, E. N. *et al.* Physicians and Implicit Bias: How Doctors May Unwittingly Perpetuate Health Care Disparities. – Journal of General Internal Medicine Vol. 28, Issue 11 (2013); Tong, R. Gender Justice in the Health Care System. An Elusive Goal. – Rhodes, R., Battin, M. P., Silvers, A. (toim). Medicine and Social Justice: Essays on the Distribution of Health Care 2012.

⁶² Smith-Oka, V. Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico. – Social Science & Medicine 2015, lk 9. Vt ka: Smith-Oka, V. „They Don’t Know Anything“: How Medical Authority Constructs Perceptions of Reproductive Risk among Low-Income Mothers in Mexico“. – Fordyce, L., Maraesa, A. (toim). Risk, Reproduction, and Narratives of Experience 2012.

⁶³ Wing Sue, D. Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. – American Psychologist 2007/62 (4), lk 271–286. Vt ka: Friedlaender, C. On Microaggressions: Cumulative Harm and Individual Responsibility. – Hypatia 2018/33 (1).

⁶⁴ Smith-Oka, V., lk 9.

⁶⁵ Smith-Oka, V., lk 10, 14.

⁶⁶ Vt nt: Summers, H. Black women in the UK four times more likely to die in pregnancy or childbirth. – The Guardian 15.01.2021. – <https://www.theguardian.com/global-development/2021/jan/15/black-women-in-the-uk-four-times-more-likely-to-die-in-pregnancy-or-childbirth> (09.01.2022).

⁶⁷ Oja, L., Yamin, A. E. „Woman“ in the European Human Rights System: How Is the Reproductive Rights Jurisprudence of the European Court of Human Rights Constructing Narratives of Women’s Citizenship? –

vajalik protseduur, ehkki seda, kas keegi on olnud vaginaalses vahekorras, ei saa ükski tervishoiutöötaja tõendada, vaid tegu on naisi ja tüdrukuid häbistava praktikaga, millele annavad tähenduse kahjulikud stereotüübid naise nn puhtusest.⁶⁸ Raseduse katkestamise puhul on kohus kasutanud aborti vajanud ja soovinud avaldajast rääkides termineid *ema* või *tulevane ema*, mis viitab stereotüüpsele vaatele, et kõik naised soovivad saada emaks.⁶⁹

Samuti, kuigi seksuaal- ja reproduktiivtervist puudutavat kui inimõiguste kaitse küsimusi hakati ÜRO tasandil mõistma juba 1990. aastate keskpaigas, pole Euroopa Inimõiguste Kohus kordagi sõnaselgelt kinnitanud, et seksuaal- ja reproduktiivõigused on Euroopa inimõiguste konventsiooni kaitsealasse kuuluvad inimõigused.

Olen koos Alicia Ely Yaminiga kirjutatud artiklis rõhutanud, et reproduktiivõiguste sõnaselge nimetamine inimõigusteks – mitte ainult kultuurilisteks, religioosseteks või moraalsedeks küsimusteks – on inimõiguste kaitse kriitilise tähtsusega.⁷⁰ Yamin selgitab, et inimõiguste jõud peitub „võimes mõjutada olemasolevaid ühiskondlikke suhteid ja võimustruktuure“ ning selles, kuidas inimõiguste abil on võimalik saavutada „tunduvalt teistsugune mõtteviis ühiskonnas esinevaid võimusuhteid ja ebavõrdsust puudutavas“.⁷¹ Seksuaal- ja reproduktiivõiguste kontekstis eeldab see, et seksuaal- ja reproduktiivtervist puudutavaid küsimusi nähakse kui inimõiguste kaitse küsimusi ning inimõiguste kaitse süsteem analüüsib võimuhete ja stereotüüpsete hoiakute mõju inimese seksuaal- ja reproduktiivõigustele.

Euroopa Inimõiguste Kohtu praktikast leiab siiski ka näiteid, kus kohus on pööranud (soo)stereotüüpide negatiivsele mõjule tähelepanu. Need on näiteks lähisuhtevägivalda (koduvägivalda),⁷² vanemapuhkust,⁷³ vägistamist⁷⁴ ja naiste seksuaalsust puudutavad lahendid. Viimane neist, lahend *Carvalho Pinto de Sousa Morais vs. Portugal*, puudutas 50-aastast naist, kellel põhjustas nurjunud günekoloogiline operatsioon tugevat valu, uriinipidamatust, raskusi istumisel ja kõndimisel ning ta ei saanud olla seksuaalvahekorras.⁷⁵ Portugali kõrgeim

Columbia Journal of Gender and Law 2016/32 (1). Vt ka: Havelková, B. *Judicial Scepticism of Discrimination at the ECtHR*. – Collins, H., Khaitan, T. (toim). Foundations of Indirect Discrimination Law 2018; Peroni, L., Timmer, A. Gender Stereotyping In Domestic Violence Cases An Analysis Of The European Court Of Human Rights' Jurisprudence. – Brems, E., Timmer, A. (toim). Stereotypes and human rights law 2016.

⁶⁸ Oja, L., Yamin, A. E. Vt ka: Abel, M., Lippus, H., Oja, L. Miks on süütuse ja neitsilikkuse ülistamine ohtlik? – Feministeerium 13.11.2019. – <https://feministeerium.ee/miks-on-suutuse-ja-neitsilikkuse-ulistamine-ohtlik/> (09.01.2022). Cinthio, H. 'You go home and tell that to my dad!' Conflicting Claims and Understandings on Hymen and Virginity. – Sexuality and Culture, 2015/19 (1); Cook, R. J., Dickens, B. M., Fathalla, M. F. Hymen Reconstruction. – Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law (2003); Cook, R. J., Dickens, B. M. Hymen reconstruction: Ethical and legal issues. – International Journal of Gynecology and Obstetrics 2009/107 (3); Essen, B. *et al.* The experience and responses of Swedish health professionals to patients requesting virginity restoration (hymen repair). – Reproductive Health Matters 2010/18 (35); Juth, N., Lynöe, N. Zero tolerance against patriarchal norms? A cross-sectional study of Swedish physicians' attitudes towards young females requesting virginity certificates or hymen restoration. – Journal of Medical Ethics 2015/41 (3).

⁶⁹ Nt lahendis *Tysiack vs. Poola* (p 107) leidis kohus: “While the state regulations on abortion relate to the traditional balancing of privacy and the public interest, they must be in case of a therapeutic abortion be assessed against the positive obligations of the state to secure the physical integrity of mothers-to-be.”

⁷⁰ Oja, L., Yamin, A. E. „Woman“ in the European Human Rights System: How Is the Reproductive Rights Jurisprudence of the European Court of Human Rights Constructing Narratives of Women's Citizenship? – Columbia Journal of Gender and Law 2016/32 (1).

⁷¹ Engle Merry, S. Human Rights and Gender Violence. The University of Chicago Press 2009, lk 180.

⁷² PSK § 18 kommentaar nr 39.

⁷³ Konstantin Markin vs. Russia, EIK 30078/06,22.03.2012.

⁷⁴ J. L. vs. Itaalia 21.05.2021 https://www.riigiteataja.ee/kohtuteave/kohtulahendi_analysys/18789 (09.01.2022).

⁷⁵ Carvalho Pinto de Sousa Morais vs. Portugal, EIK 17484/15, 25.07.2017.

halduskohus vähendas talle alamas astmes määratud mittevaralise kahju hüvitist põhjendusega, et avaldajal oli juba kaks last ja et ta on vanuses, kus seks pole sama tähtis kui varem.⁷⁶ Euroopa Inimõiguste Kohus leidis, et Portugal on rikkunud konventsiooni artikleid 8 (õigus eraelule) ja 14 (diskrimineerimise keeld), kui toetus stereotüüpsele eeldusele, et seksuaalsus pole 50-aastase ja kahe lapse ema jaoks tähtis.⁷⁷ Kohus ütles, et see eeldus peegeldab traditsioonilist ideed naiste seksuaalsusest kui millestki, mis on peamiselt seotud lapse kandmise eesmärkidega ning eirab seega selle füüsilist ja psühholoogilist tähtsust naise kui lihtsalt inimese jaoks.⁷⁸

ÜRO inimõiguste konventsioonide täitmist seiravate komiteede seisukohtadest leiab häid näiteid, millest tuleb lähemalt juttu järgmises alapeatükis.

3. Seksuaal- ja reproduktiivõigused praktikas

Seksuaal- ja reproduktiivõigusi mõjutavad nii õiguslikud, sotsiaalsed ja kultuurilised kui ka majanduslikud tõkked.⁷⁹ Praktikas võib see tähendada näiteks õigusakti, mis takistab juurdepääsu turvalisele abordile või võimaldab kontraseptsiooni ainult abielus olevatele naistele (abikaasa loal), eelarvelisi otsuseid, mis muudavad sünnitusabi kättesaamatuks majanduslikult vähekindlustatud naistele või nende peredele, ning ühiskonnas levinud stereotüüpe, mille järgi menstruatsioonist või seksuaalsusest rääkimine on tabu. Seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitse on niisiis mitmekihiline ja erialadevaheline töö, kus õigusnormide analüüsist üksi ei piisa.

Alljärgnevatel alapunktides 3.1–3.3 vaatlen lähemalt erinevate seksuaal- ja reproduktiivõiguste sisu ja kaitset. See on siiski ainult sissejuhatav käsitlus, millest on jäetud välja paljud seksuaal- ja reproduktiivõiguste teemad, näiteks nende õiguste kaitse humanitaarkriiside ja relvakonfliktide kontekstis, tervishoiusüsteemide rahastamine, laste ja noorte seksuaalharidus, seksuaal- ja reproduktiivõigused üleminekuaja õig(l)use kontekstis ning inimõigused kunstliku viljastamise ja surrogaatluse kontekstis.

3.1. Raseduse katkestamine (abort) ja inimõigused

Üks seksuaal- ja reproduktiivõigus on õigus turvalisele ja legaalsele raseduse katkestamisele ehk abordile. Abort on embrüo või loote eemaldamine emakaõõnest kirurgiliselt või ravimite manustamise teel (nimetatakse ka tabletiabordiks ja medikamentoosseks abordiks). Turvaline ja legaalne abort võib olla vajalik nii soovimatu kui ka soovitud raseduse puhul.

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) andmeil tehakse maailmas aastas keskmiselt umbes 73,3 miljonit aborti ja peaaegu pooled neist tingimustes, mis ei ole turvalised.⁸⁰ Juurdepääsu turvalisele ja legaalsele abordile takistavad piiravad seadused (sh aborti kriminaliseerimine), teenuste kättesaamatus, aborti kõrge hind, aborti tegemisega seotud stigma ja häbitunne, tervishoiutöötajate keeldumine (*conscientious objection*) ning ebavajalikud nõuded, näiteks kohustuslik järelemõtlemisaeg pärast nõustamist, kohustuslik nõustamine (survestamine), valeinfo jagamine (nt et abort on ohtlik, põhjustab vähki), kolmandate isikute nõusoleku

⁷⁶ *Ibidem*, p 16

⁷⁷ *Ibidem*, p 52.

⁷⁸ *Ibidem*, p 52.

⁷⁹ Women's sexual and reproductive health and rights in Europe. Issue Paper.(2017) – <https://rm.coe.int/women-s-sexual-and-reproductive-health-and-rights-in-europe-issue-pape/168076dead> (08.02.2022).

⁸⁰ World Health Organisation, Key Facts: Abortion (2021), <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion> (08.02.2022).

nõudmine (nt naise puhul tema abikaasa ja alaealise puhul tema vanema/esindaja nõusoleku küsimine), samuti meditsiiniliselt ebavajalike protseduuride, analüüside ja uuringute tegemine, mis lükkavad aborti edasi.⁸¹

ÜRO säästliku arengu eesmärkide hulgas on seatud riikidele eesmärgiks nii üleilmse emade suremuse (*maternal mortality*) vähendamine⁸² kui ka see, et riigid tagavad üldise juurdepääsu seksuaal- ja reproduktiivtervist puudutavatele tervishoiuteenustele, sealhulgas pereplaneerimise, teabe ja hariduse jaoks, ning lõimivad reproduktiivtervise riiklikesse strateegiatesse ja programmidesse.⁸³

Siinse peatüki kirjutamise ajal võttis aga Ameerika Ühendriikide Texase osariik vastu seaduse, mis keelab raseduse katkestamise ehk aborti pärast kuuendat rasedusnädalat ning lubab kõikidel inimestel kohtusse kaevata neid (ja teatada neist), kes teevad aborti pärast kuuendat rasedusnädalat.⁸⁴ 85–90 protsenti naistest, kes teevad aborti, on saanud teada sellest, et nad on rasedad, alles pärast kuuendat rasedusnädalat.

Selline surve naiste inimõigustele aborti reguleerimise kaudu pole USA-le eriomane fenomen. Euroopa Inimõiguste Kohtusse on pöördunud üle tuhande Poola naise, et võidelda seal 2021. aasta talvel kehtima hakanud varasemast veel karmima abordiseaduse vastu. See lubab raseduse katkestada üksnes juhul, kui ohus on naise elu või kui rasedus on intsesti või vägistamise tagajärg, sundides seega tuhandeid Poola naisi otsima eaturvalisi illegaalseid lahendusi oma kodumaal või sõitma lähiriikidesse, et katkestada nii soovitud (ent lootel on raske väärareng) kui ka soovimatuid rasedusi.⁸⁵

Ühest küljest võib tunduda, et raseduse katkestamine ehk abort on teema, mis on ammu läbi vaieldud ning mille puhul on ajalooliste näidete ja uuringutega tõestatud, et abortide kriminaliseerimine ei aita neid mitte vähendada, vaid muudab aborti (mis muidu on meditsiinilises mõttes inimese jaoks väga turvaline) tervisele lihtsalt eaturvaliseks või isegi eluohtlikuks. Samas on abort just üks nendest seksuaal- ja reproduktiivõiguste temadest, mis on väga politiseeritud.

Rebecca J. Cook ja Bernard M. Dickens on uurinud abordiga seotud õiguse arengut kogu maailmas ning nad eristavad kolme nn arengufaasi: esimeses on abort reguleeritud kriminaalõiguses, seejärel liigub see dekriminaliseerimise tulemusena rahvatervise teemaks ning viimaks sõnastatakse abordiga seotu põhi- ja inimõiguste küsimusena.⁸⁶ Teisisõnu seotakse turvalise ja legaalse aborti kättesaadavus inimõiguste keelega.

Vaadates, kui paljudes konstitutsioonikohtutes ning inimõigusi kaitsvates kohtutes ja komiteedes on analüüsitud aborti puudutavaid küsimusi, on selge, et Cooki ja Dickensi

⁸¹ World Health Organisation, Key Facts: Abortion (2021), <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion> (08.02.2022).

⁸² Säästliku arengu eesmärgi nr 3 „Tervis ja heaolu“ p 3.1: „Viia 2030. aastaks kogu maailmas emade suremus alla 70 surmajuhtumini iga 100 000 elussünni kohta“.– <https://www.riigikantselei.ee/valitsuse-too-planeerimine-ja-korraldamine/valitsuse-too-toetamine/saastev-areng#item-3> (09.01.2022).

⁸³ Säästliku arengu eesmärgi nr 3 „Tervis ja heaolu“ p 3.1: „Viia 2030. aastaks kogu maailmas emade suremus alla 70 surmajuhtumini iga 100 000 elussünni kohta“.– <https://www.riigikantselei.ee/valitsuse-too-planeerimine-ja-korraldamine/valitsuse-too-toetamine/saastev-areng#item-3> (09.01.2022).

⁸⁴ Center for Reproductive Rights, What if Roe fell? – <https://reproductiverights.org/maps/what-if-roe-fell/> (08.02.2022).

⁸⁵ <https://notesfrompoland.com/2020/10/22/constitutional-court-ruling-ends-almost-all-legal-abortion-in-poland/>.

⁸⁶ Cook, R. J., Dickens, B. M. Human rights dynamics of abortion law reform. – Human Rights Quarterly, 2003/25 (1), lk 1–59.

kirjeldatud kolmas etapp saab üha hoogu juurde.⁸⁷ Seejuures ei piisa muidugi pelgalt sellest, et abordiküsimused on riigisiseste või rahvusvaheliste kohtute ja komiteede tähelepanu all (st loetakse teatud foorumi pädevusse kuuluvaks), ega isegi sellest, et kohtud ja komiteed on tuvastanud ühe või teise normi rikkumise. Tähtis on kohtute ja komiteede täpne analüüs, see, kuidas nad mõistavad ja analüüsivad seksuaal- ja reproduktiivõigusi laiemalt, millistele uuringutele nad toetuvad, kuidas suhtuvad nad stereotüüpsetesse hoiakutesse ning milliseid narratiive nad loovad naise keha ja seksuaalsuse kohta.⁸⁸ Narratiivid on olulised, sest mõneti paradoksaalsel kombel on aborti isegi kõige liberaalsem õigusnorm siiski seksuaal- ja reproduktiivautonoomia riive. Lihtsalt öeldes: selleks, et naine saaks oma keha ja elu üle ise otsustada, on tal vaja konkreetset lubavat õigusakti.

Niisiis on abordiga seotud õigusnormid ja piirangud ühiskondliku rolli- ja võimujaoituse dünaamikaga. Sellisest võimudünaamikast võib olla üsna lihtne mööda vaadata, kuna abordivastane võitlus ja niinimetatud elu toetavad liikumised (religiooselt motiveeritud organisatsioonid ja liikumised, konservatiivsed jõud) on saavutanud midagi väga võimsat, mis mõjutab nii seadusandjaid kui ka kohtupraktikat: aborti ei seostata seetõttu mitte oma keha üle otsustava inimese narratiiviga, vaid rohkem „kaitset vajava loote“ ja „ohtliku isekuse“ naise kujutistega.⁸⁹

Euroopa Inimõiguste Kohtu aborti puudutavad lahendid on *Tysiāc vs. Poola*,⁹⁰ *A., B. ja C. vs. Iirimaa*,⁹¹ *R. R. vs. Poola* ning *P. ja S. vs. Poola*.⁹² ÜRO inimõiguste komitee on käsitlenud aborti kaasustes *K. L. vs. Peruu*,⁹³ *Mellet vs. Iirimaa*⁹⁴ ja *Whelan vs. Iirimaa*.⁹⁵ ÜRO naiste diskrimineerimise likvideerimise komiteel (CEDAW komitee) on üks aborti puudutav kaasus: *L. C. vs. Peruu*.⁹⁶ Peamine probleem Euroopa Inimõiguste Kohtu aborti puudutava praktikaga on kohtu oskamatus või tahtmatus mõista aborti seksuaal- ja reproduktiivõiguste kontekstis, samuti stereotüüpiseeriva keele kasutamine (kohus viitab korduvalt naistele kui *a priori* tulevastele emadele) ning ka rikkumise tuvastamise korral tuginemine konventsiooni artiklile 8 (eraelu kaitse), mis lubab asetada naise õigused ja ühiskonna konstrueeritud nn loote huvid võrdsetele kaalukaussidele.⁹⁷

Ehkki ÜRO inimõiguste komitee on näidanud seksuaal- ja reproduktiivõigustest paremat arusaama, oli Whelani kohtuasi esimene kord, kui komitee ütles otsesõnu, et Iirimaa väga range aborti õigusnormistik toetub kahjulikele soostereotüüpidele. CEDAW komitee kaasus *L. C. vs. Peruu* jääb ajateljel Whelanist ettepoole, kuid mõnevõrra ootuspäraselt (kuna CEDAW on soostereotüüpidele tähelepanu pöörav konventsioon) leidis CEDAW, viidates

⁸⁷ Vt nt: Sexual and Reproductive Rights Lawfare: Global battles (<https://www.cmi.no/projects/1836-sexual-and-reproductive-rights-lawfare>); Abortion Rights Lawfare in Latin America (<https://www.cmi.no/projects/1841-abortion-rights-lawfare-in-latin-america>).

⁸⁸ Oja, L., Yamin, A. E.

⁸⁹ Vt nt: Rootsi fotograafi-ajakirjaniku Lennart Nilsson kuulus foto allkirjaga „Loode imeb põialt“, mis avaldati ajakirjas *Life* „The Drama of Life Before Birth“ 1965 aastal.

⁹⁰ EIK 5410/03, 20.03.2007.

⁹¹ EIK 25579/05, 10.12.2010.

⁹² EIK 57375/08, 30.10.2012.

⁹³ CCPR/C/85/D/1153/2003, 24.10.2005.

⁹⁴ CCPR/C/116/D/2324/2013, 31.03.2016.

⁹⁵ CCPR/C/119/D/2425/2014, 17.03.2017.

⁹⁶ CEDAW 17.10.2011.

⁹⁷ Oja, L., Yamin, A. E.; Oja, L. Who is the “Woman” in Human Rights Law: Narratives of Women’s Bodies and Sexuality in Reproduction Jurisprudence, doktoritöö, Firenze: Euroopa-Ülikool Instituut 2018; Londoño, P. Redrafting abortion rights under the Convention: A, B and C v. Ireland. – Brems, E. (toim). Diversity and European Human Rights. Rewriting Judgments of the ECHR 2013.

L. C. õiguste rikkumisele, kuidas tervishoiutöötajate otsust lükata L. C. tervise kaitseks vajalik operatsioon raseduse tõttu edasi mõjutab stereotüüp, mille alusel peaks loote kaitse olema tähtsam kui naise tervis.⁹⁸

3.2. Menstruatsioon ja inimõigused

Iga päev kogeb menstruatsiooni umbes 800 miljonit inimest maailmas. Menstruatsioon on meditsiinilises mõttes täiesti loomulik füsioloogiline protsess, kuid sellele on sotsiaalselt ja kultuuriliselt omistatud palju negatiivset ning menstruaaltervisega on seotud palju müüte ja stereotüüpe. Tehnoloogilised lahendused üksi pole piisavad. Nagu Chris Bobel kirjutab, on süsteem suurem kui (piltlikult öeldes) tüdruk hügieenisidemega: tuleb analüüsida sotsiaalpoliitilist ja kultuurikonteksti, mis on selle tüdruku ümber.⁹⁹

Menstruatsiooniga seotud küsimuste formuleerimine inimõiguste kaitse küsimustena on kahjuks pigem uus nähtus nii Eestis kui ka mujal maailmas. Rahvusvaheliselt on menstruatsiooni nähtud pikalt kui pelgalt nn vee-, kanalisatsiooni- ja hügieeniprogrammide osa (inglise keeles on levinud *water, sanitation, hygiene* ehk nn WASH-programmid), ent selline lähenemine ei tegele menstruatsiooni ümbritseva sotsiaalse ja kultuurilise häbi ega stigmaga, samuti mitte soolise diskrimineerimise, tõrjutuse ega ebavõrdsusega.¹⁰⁰

Chris Bobel kirjutab, kuidas inimõigustepõhine vaade menstruatsioonile tähendab, et märgatakse, kirjeldatakse ja analüüsitakse seda, kuidas inimese menstruatsioonikogemust mõjutavad võim ja privileegid (nende puudumine).¹⁰¹ Ka seksuaal- ja reproduktiivõigusi käsitlevad aruanded ja ülevaated jätaavad menstruaaltervisega sageli tähelepanuta.¹⁰² Erandina paistab silma 2021. aasta kevadel avaldatud ÜRO Rahvastikufondi nn tehniline ülevaade, mis toob esile inimõiguste (sh seksuaal- ja reproduktiivõiguste) ning menstruatsiooni seosed.¹⁰³

Kui aga süveneda menstruatsiooniga seotud küsimustesse, siis on selgelt näha, kuidas üleilmsed jõupingutused seksuaal- ja reproduktiivtervis ning menstruaaltervis kaitseks on tihedalt põimunud ning väga sarnaste eesmärkidega: hõlbustada juurdepääsu teabele, toodetele ja teenustele selleks, et toetada selliseid tavasid, lähenemisi ja käitumisi, mis toovad kaasa tervise ja heaolu paranemise ning soolise võrdõiguslikkuse.¹⁰⁴ ÜRO naiste olukorra komisjon (*Commission on the Status of Women*) pööras teemale tähelepanu 2018. aastal, kui markeeris, kuidas stereotüübid seoses menstruatsiooniga ja menstruatsioonivahendite puudumine mõjutavad noorte (tüdrukute) koolis käimist, mistõttu tuleks riikidel astuda samme hariduses ja tervishoius, et edendada kultuuri, milles peetakse menstruatsiooni loomulikuks ning kus see ei põhjusta stigmatiseerimist.¹⁰⁵

⁹⁸ L. C. vs. Peruu, CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011), p 8.15.

⁹⁹ Bobel, C. *The Managed Body*. Palgrave Macmillan 2019, lk 583.

¹⁰⁰ McLaren, M. A., Padhee, M. A sexual and reproductive health rights approach to menstruation. – *Gender & Development*, 2021/29 (1).

¹⁰¹ Bobel, C., lk 498.

¹⁰² Wilson, L. *et al.* Seeking synergies: understanding the evidence that links menstrual health and sexual and reproductive health and rights. – *Sexual and Reproductive Health Matters*, 2021/(29) 1.

¹⁰³ Technical Brief: The Integration of Menstrual Health into Sexual and Reproductive Health and Rights Policies and Programmes (2021). – <https://esaro.unfpa.org/en/publications/technical-brief-integration-menstrual-health-sexual-and-reproductive-health-and-right-0>. (09.01.2022).

¹⁰⁴ Wilson, L. *et al.*

¹⁰⁵ Commission on the Status of Women. Challenges and opportunities in achieving gender equality and the empowerment of rural women and girls. E/CN.6/2018/L.8 (2018) – <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N18/084/57/PDF/N1808457.pdf?OpenElement> (09.02.2022).

Julie Hennegan jt pakuvad välja menstruaaltervise määratluse, mis on sarnane Maailma Terviseorganisatsiooni tervisemääratlusega (vt käesolevast raamatust Mari Pasti ptk „Õigus tervisele“) ning hõlmab nii menstruaalsiooni meditsiinilist kui ka sotsiaalset mõõdet: „Menstruaaltervis on menstruaaltsükliga seotud täielik füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte lihtsalt haiguse puudumine“.¹⁰⁶ See tähendab, et kõikidele inimestele, kellel on menstruaaltsükkel, peaks olema kogu elukaare ulatuses tagatud juurdepääs täpsele, õigeaegsele ja eakohasele teabele menstruaaltsükli ja menstruaalsiooni ning sellega seotud enesehoolduse ja hügieeni kohta.¹⁰⁷

Menstruaaltervis tähendab ühtlasi, et inimesel on võimalus hoolitseda oma keha eest menstruaalsiooni ajal nii, et tema eelistused, hügieen, mugavus, privaatsus ja ohutus on toetatud: see hõlmab nii vajalikke menstruaalsioonitarbeid (nt tampoonid, hügieenisidemed) kui ka juurdepääsu kanalisatsioonile ja puhtale veele.¹⁰⁸ Samuti peab riik tagama iga inimese juurdepääsu õigeaegsele diagnoosimisele, ravile ja hooldusele menstruaaltsükliga seotud ebamugavuste ja häirete puhul ning võitlema menstruaalsiooniga seotud stigmade, häbi ja tõrjumise vastu.¹⁰⁹ See, kuidas on inimesel võimalik oma menstruaaltervise eest hoolitseda, mõjutab peale õiguse seksuaal- ja reproduktiivtervisele ka teisi inimõigusi, näiteks õigust haridusele, õigust käia tööl ning laiemalt osalemist ühiskonnas.

Inimõigustest lähtuv vaade menstruaalsioonile tähendab veel seda, et menstruaalsioonist rääkides ei kasutata kaudseid ega varjavaid termineid (nt *menstruaalsiooni* asemel *kuupuhastus*), sest avatud sõnakasutus aitab muuta senist narratiivi, mis teeb menstruaalsioonist midagi, mida tuleb varjata, mis on seotud häbiga. Samuti on vaja teada, et menstruaalsiooni ei koge mitte ainult naised ja tüdrukud, vaid ka näiteks trans-mehed ning mittebinaarsed ja intersoolised inimesed.¹¹⁰ Inimõigustel põhinev lähenemine tähendab ühtlasi seda, et menstruaaltsükli käsitletakse üldhariduskoolide seksuaalhariduse tundides ja mitte ainult tüdrukutega. Teaduspõhine ja hinnanguvaba teave selle teema kohta on tähtis kõikide noorte jaoks sõltumata nende sooidentiteedist.

Rahvusvahelisest inimõiguste kaitse süsteemist ei leia me veel näiteid menstruaaltervist puudutava kohtupraktika kohta, ent näiteks Columbia konstitutsioonikohus on teinud kaks olulist lahendit.¹¹¹ Esimene neist (2018) kohustas riiki muutma maksuseadust ning vähendama tampoonide ja hügieenisidemete käibemaksu (5%), teine (2019) aga kohustas Bogota linna tagama koduta (tänaval elavate) naiste õiguse menstruaaltervisele.¹¹² Kohus leidis, et see tähendab praktikas nelja elementi: 1) piisavaid tooteid menstruaalvere imamiseks, 2) kohti, kuhu kasutatud tooted visata, 3) vett ja seepi pesemiseks ning 4) menstruaaltervist puudutava teabe kättesaadavust.¹¹³

¹⁰⁶ Hennegan, J. *et al.* Menstrual health: a definition for policy, practice, and research. – *Sexual and Reproductive Health Matters* 2021/29 (1).

¹⁰⁷ *Ibidem.*

¹⁰⁸ *Ibidem.*

¹⁰⁹ *Ibidem.*

¹¹⁰ Frank, S. E. Queering Menstruation: Trans and Non-Binary Identity and Body Politics. – *Sociological Inquiry*, 2020/90 (2).

¹¹¹ Arango Olaya, M. Blood, Taxes, and Equality. – OxHRH Blog November 2019. – <http://ohrh.law.ox.ac.uk/blood-taxes-and-equality> (09.01.2022).

¹¹² *Ibidem.*

¹¹³ *Ibidem.*

Ka paljud teised riigid on kas vähendanud või kaotanud tampoonide ja hügieenisidemete käibemaksu ning soodustanud nende kättesaadavust.¹¹⁴ Eestis kehtib neile tooterühmadele 20% käibemaks, ehkki enne 2010. aastat nägi määrus ette 9% ehk vähendatud käibemaksu.¹¹⁵ 2010. aasta Euroopa rahanduskriisi kontekstis muudeti seda määrust ning menstruaalvere imamiseks mõeldud vahendid võrdsustati maksustamise mõttes kõikide muude toodetega, kuigi tampoonid ja hügieenisidemed on selgelt vältimatud esmatarbekaubad. Probleemile (kõrgele käibemaksule ja toodete halvale kättesaadavusele) on viimasel ajal hakatud tähelepanu pöörama Eestiski, kuid seadusandja või täidesaatva võimu tasandil edasiliikumist pole.¹¹⁶

3.3. Sünnitusabi ja inimõigused, sünnitusabivägivald

Sünnitusabivägivalla vastu võitlemise sotsiaalsete liikumiste ning selle valdkonna normide sõnastamise sünnikohaks peetakse Ladina-Ameerikat ja täpsemalt Venezuelat. Venezuela kehtivas õiguses on sünnitusabivägivalla (*violencia obstétrica*) määratlus järgmine: „naiste keha ja reproduktiivprotsesside ülevõtmine, mille panevad toime tervishoiutöötajad ning mis väljendub inimvaenulikus kohtlemises, meditsiinilise lähenemise väärkasutamises ja loomulike protsesside patoloogiseerimises, mille tagajärjel kaob isiklik autonoomia ja võime oma keha ja seksuaalsuse üle vabalt otsustada ning mis mõjutab naiste elukvaliteeti negatiivselt“.¹¹⁷

Sünnitusabivägivalla termin on kasutusele võetud ka Mehhikos, kus sellega kirjeldatakse sünnitust puudutavat haiglatavasid, millega ei kaasne mitte üksnes naiste kehade liiga meditsiiniline käsitus, vaid ka nn struktuurse vägivalla viisid, mis annavad aimu „ebavõrdsuse sügavamatest mustritest“: sünnitusabivägivald on soopõhine vägivald.¹¹⁸

Rachelle J. Chadwick nendib, et termini *sünnitusabivägivald* valimine mõne neutraalsema nimetuse (nt *väärkohtlemine*) asemel on osa „sihilikust taotlusest tõsta esile probleemseid praktikaid, mis on jäänud vägivaldavormidena sageli varjatuks, nähtamatuks ja mainimata“.¹¹⁹ Sünnitusabivägivalla vormide kohta on palju näiteid: põhjendamatu episiotomia, sünnitusjärgse episiotomia tegemine õppe-eesmärgil, naise emakaõõne manuaalne kontroll

¹¹⁴ Vt nt: Diamond, C. Period poverty: Scotland first in world to make period products free. – BBC Scotland News 24.11.2020. – <https://www.bbc.com/news/uk-scotland-scotland-politics-51629880> (09.01.2022).

¹¹⁵ Seda reguleerib sotsiaalministri määrus „Käibemaksumääruga 9% maksustatavad ravimid, rasestumisvastased vahendid, sanitaar- ja hügieenitooted, meditsiiniseadmed ning abivahendid“. – RT I, 08.01.2021, 5.

¹¹⁶ Vt nt: Reineberg, L. Kommikarbi ja lilled kinkimisele lisaks võib naistepäeval annetada. – Tartu Postimees 08.03.2021. – <https://tartu.postimees.ee/7195633/kommikarbi-ja-lilled-kinkimisele-lisaks-voib-naistepaeval-annetada> (09.01.2022); Sotsiaaldemokraadid andsid menstruatsiooniga seotud vaesuse vähendamiseks kogutud allkirjad riigikogule üle. – sotsid.ee 11.05.2021. – <https://www.sotsid.ee/sotsiaaldemokraadid-andsid-menstruatsiooniga-seotud-vaesuse-vahendamiseks-kogutud-allkirjad-riigikogule-ule/> (09.01.2022); Padar, E. „Kuidas seletada vereplekke...“. – ERR 14.12.2021 – <https://www.err.ee/1608435281/eveliis-padar-kuidas-seletada-vereplekke> (09.01.2022).

¹¹⁷ „Ley Organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia“ G. O. (38668 De 23 /4/2007) La Asamblea Nacional De La República Bolivariana De Venezuela. „13. Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.“ Vt ka: Pérez D'Gregorio, R. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. – International Journal of Gynaecology and Obstetrics 2010/111 (3).

¹¹⁸ Zacher Dixon, L. Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices. – Medical Anthropology Quarterly 2015/29 (4), lk 438.

¹¹⁹ Chadwick, R. J. Obstetric violence in South Africa. – South African Medical Journal 2016/106 (5), lk 423.

eelneva valuvaigisti andmiseta, naise jalgade sidumine sünnituslaua külge, aga näiteks ka looteriski ületähtsustamine ja emale tekkiva riski alatähtsustamine või naise eriarvamuste vaigistamine, naisele sünnituskäigu kohta valetamine ning naise hooleta jätmine kui juhiste täitmata jätmise eest karistamise viis.¹²⁰

Camilla Picklesi selgituse järgi lähtub termin *sünnitusabivägivald* arusaamast, et „sünnitavate naiste tervishoiuasutustes kohtlemise viis on seotud nende üldisemas mõttes ebavõrdse sotsiaalse ja majandusliku positsiooniga ning sünnitusabivägivald on soopõhine vägivald“, ning selle termini abil „väljendatakse naiste kehalisi kogemusi kahjulikust, inimvaenulikkusest või vägivaldsest „hoolest“ ja väärkohtlemisest, mida naised on sunnitud taluma, olenemata sellest, et nad elasid üle sünnitamise ja neil on elusalt sündinud laps“.¹²¹

Michelle Sadler jt on pakkunud välja mõttekäigu, mille järgi võidakse sünnitusabivägivalda mõista kui „peegeldust sellest, kuidas sünnitava naise keha nähakse naiselikkuse vastandina: vägivald on seega vajalik naise üle kontrolli saavutamiseks, tema „loomupärase“ naiseliku alluvuse ja passiivsuse taastamiseks“.¹²² Seega pole kõnealuses kontekstis vägivald mitte ainult vastuvõetav, vaid seda ka kinnitatakse ja taastoodetakse.¹²³

Pickles arutleb sünnitusabivägivalla vastusammude üle Lõuna-Aafrikas ning argumenteerib karistusõigusliku reaktsiooni poolt, mis aga tema öeldu alusel siiski ei tähenda, et muude lähenemisviiside kasutamine (nt inimõigustele tuginev lähenemine, tervishoiusüsteemis muudatuste tegemine) ja karistusõiguslik vastutus üksteist välistaksid: Pickles jõuab järeldusele, et „üksnes seadusega süüteo koosseisu kehtestamine ei pruugi kõnealuses kontekstis kaasa tuua normatiivset muutust ja seepärast on vaja rohkemat“.¹²⁴

Tõepoolest ei toeta inimõigustele tuginevad lähenemised vastutuse puudumist, kuid nende põhirõhk on siiski teist laadi: nad keskenduvad miks-küsimusele. Tähelepanu all on näiteks see, miks usuvad õed, ämmaemandad ja arstid, et väärkohtlemine, kontrollimine ja võimu kuritarvitamine on vajalikud sünnituste õnnestumiseks ja emade ellujäämiseks, või miks arvavad haigla meditsiinitöötajad, et roma naiselt nõusoleku küsimata jätmine ja steriliseerimise jätkamine on vastuvõetav.¹²⁵

Rahvusvahelises inimõiguste kaitse süsteemis on märkimisväärne ÜRO eriraportööri 2019. aastal avaldatud inimõiguste ja sünnitusabi teemaline ülevaade.¹²⁶ Selles kinnitab ta, et sünnitusabivägivald on laiaulatuslik ja süstemaatiline üleilmne probleem.¹²⁷ Eriraportöör selgitab, kuidas sünnitusabivägivald on struktuurne: seda põhjustavad muu hulgas halvad

¹²⁰ Vt nt: Pickles, C. Eliminating abusive ‘care’: A criminal law response to obstetric violence in South Africa, South African Crime Quarterly, 2015, lk 7 ja viited.

¹²¹ *Ibidem*, lk 7.

¹²² Sadler, M. *et al.* Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. – Reproductive Health Matters 2016/47, lk 51.

¹²³ *Ibidem*, lk 52.

¹²⁴ Pickles, C., lk 11.

¹²⁵ Stop making excuses: Accountability for Maternal Health Care in South Africa. Human Rights Watch 2011. – <https://www.hrw.org/report/2011/08/08/stop-making-excuses/accountability-maternal-health-care-south-africa> (28.02.2018).

¹²⁶ A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence, (A/74/137) – <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en> (09.01.2022).

¹²⁷ A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence, (A/74/137) – <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en> (09.01.2022), punkt 12.

töötingimused, ressursside piiratus, patsiendi ja tervishoiutöötaja vaheline ebavõrdne võimudünaamika ning soostereotüübid naise rolli kohta.¹²⁸

Euroopa kontekstis on teemale tähelepanu tõmmanud Euroopa Nõukogu Parlamentaarse Assamblee resolutsioon, millega mõisteti hukka sünnitusabi- ja günekoloogiline vägivald kui naistevastane vägivald ning kutsuti liikmesriike üles astuma vägivalda ennetamiseks mitmesuguseid samme.¹²⁹ Muu hulgas kutsutakse neid üles koguma andmeid sünnitusabivägivalda levimuse kohta, levitama Maailma Terviseorganisatsiooni välja töötatud häid praktikaid ja juhiseid, tagama tervishoiuteenuste asjakohane rahastamine ning seda, et arstide, ämmaemandate ja õdede koolitamisel pöörataks eritähelepanu tervishoiutöötaja ja patsiendi suhetele, informeeritud nõusoleku kontseptsioonile, võrdõiguslikkusele, haavatavatele rühmadele; veel kutsutakse liikmesriike üles pakkuma sünnitusabi- ja günekoloogilise vägivalda ohvritele sobivaid ja vajalikke tugiteenuseid.¹³⁰

Lisaks on sünnitusabi ja inimõiguste teemale tähelepanu pööranud CEDAW komitee. Nimelt on komitee seisukoht asjas *S. F. M. vs. Hispaania* esimene kord, kus viidatakse riigi kohustusele ennetada ja ära hoida vägivalda ja väärkohtlemist sünnitusabi kontekstis.¹³¹ CEDAW komitee poole pöördunud avaldaja S. F. M. läks sünnitama Hispaania riiklikusse haiglasse. Tervishoiutöötajad tegid talle seal arvukalt ebavajalikke vaginaalseid läbivaatusi, manustasid talle oksütotsiini ilma tema informeeritud nõusolekuta, keelasid tal valida sünnitusasendit, tegid talle episiotomia (lahklihalõike) ilma informeeritud nõusolekuta, eraldasid ta põhjendamatu tema vast sündinud tütrest ning selle kogemuse tagajärjel kannatas S. F. M. pärast sünnitust traumajärgse stressisündroomi all.¹³²

Hispaania riigi kohtusüsteem ei leidnud, et S. F. M.-i õigusi on rikutud, kuid CEDAW komitee jõudis vastupidisele seisukohale. Komitee selgitas, et S. F. M.-i kohtlemisele oli alternatiiv, tema rasedus oli kulgenud tuisustusteta ja kuigi haiglasse saabudes ei olnud tema elu ohus, otsustas haigla arvukate sekkumiste kasuks, mille kohta ei saanud S. F. M. selgitusi ega avaldada arvamust. Samuti märkis komitee, et Hispaania haldus- ja õigusasutused lähtusid otsuseid tehes stereotüüpsetest seisukohtadest, kui eeldasid näiteks, et episiotomia tegemise üle otsustab arst, samuti siis, kui leidsid, et S. F. M.-i psühholoogilised kannatused olid „pelgalt tajuküsimused“, ning kui näitasid üles kaastunnet ainult S. F. M.-i mehe vastu, kui see teatas, et S. F. M.-i valude tõttu pole ta saanud olla oma naisega üle kahe aasta seksuaalvahekorras.¹³³ CEDAW komitee jõudis seisukohale, et Hispaania on rikkunud CEDAW konventsiooni artikleid 2 (diskrimineerimise keeld), 3 (võrdne kohtlemine), 5 (stereotüüpiseerimise keeld) ja 12 (tervishoiualase ebavõrdse kohtlemise keeld). Euroopa Inimõiguste Kohus pole sünnitusabivägivalda teemat otsesõnu analüüsinud, küll aga on sellesse kohtusse jõudnud sünnitusabi puudutavad kaasused.¹³⁴

¹²⁸ Punktid 40 ja 49.

¹²⁹ Council of Europe Committee on Equality and Non-Discrimination, *Obstetrical and Gynaecological Violence*, Doc. 14965 (2019); Council of Europe Parliamentary Assembly, *Resolution 2306: Obstetrical and Gynaecological Violence* (2019). – <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28236&lang=en> (09.01.2022).

¹³⁰ *Ibidem*.

¹³¹ CEDAW/C/75/D/138/2018, 28.02.2020.

¹³² *S. F. M. vs. Hispaania*, (CEDAW/C/75/D/138/2018, 28.02.2020), punkt 3.1.

¹³³ *S. F. M. vs. Hispaania*, (CEDAW/C/75/D/138/2018, 28.02.2020),

¹³⁴ Vt nt: (*abort*) EIK 3690/10, *Annen vs. Saksamaa*, 26.11.2015 (*abort ja sõnavabadus*); EIK 67545/09, *Ternovszky vs. Ungari*, 14.12.2010; EIK 28859/11 a 28473/12, *Dubská ja Krejzová vs. Tšehhi*, 15.11.2016 (*kodusünnituse keelud*); EIK 37873/04, *Konovalova vs. Venemaa*, 09.10.2014 (*kolmandate isikute viibimine sünnituse juures*); EIK 29518/10, *N. B. vs. Slovakkia*, 12.06.2012; EIK 15966/04, *I. G. et al. vs. Slovakkia*, 13.11.2012; EIK 18968/07, *V. C. vs. Slovakkia*, 08.11.2011 (*roma vähemusse kuuluvate naiste*

Eestis pole sünnitusabivägivalda uuritud. Teemale on juhitud ühiskonna tähelepanu¹³⁵ ja Eesti Seksuaaltervise Liit korraldas 2019. aastal sel teemal koolituse,¹³⁶ ent teadusuuringud ning põhjalik eestikeelne käsitus puuduvad. Inimõiguste ja sünnitusabi valdkonna kokkupuutekohti on eesti keeles selgitanud Marie Abel ja Liiri Oja oma 2017. aastal ilmunud artiklis¹³⁷, samuti viitavad sellele teemale lühidalt põhiseaduse kommentaarid¹³⁸.

Sünnitusabiga seotud piirangud Eesti haiglates ning piirangute proportsionaalsus ja kooskõla inimõigustega muutusid aktuaalseks Covid-19 pandeemia tõttu.¹³⁹ Õiguskantsler sai 2020. aasta kevadel palju pöördumisi seoses sünnitusabi osutamisega eriolukorra ajal.¹⁴⁰ Küsimusi tekitasid isikukaitsevahendite varud sünnitusosakondades, haiglasse tugiisikute mittelubamine, Covid-19 diagnoosimiseks sünnitajatele tehtav test ja kaitsemaski kandmine.

Eesti Naistearstide Selts, Eesti Ämmaemandate Ühing, Eesti Lastearstide Selts ja Eesti Perinatoloogia Selts koostasid 2020. aasta kevadel soovitusel „Sünnitus, raseda ja vastsündinu jälgimine COVID-19 epideemia ajal“, mille punkti A nr 1 alusel „sünnitoetajat ja teisi pereliikmeid koos sünnitajaga haiglasse ei lubata”.¹⁴¹ Õiguskantsler selgitas kirjas Terviseametile, Eesti Haigekassale ja Sotsiaalministeeriumile, et kuigi eriolukorra ajal piirati haiglate külastamist, on tugiisikul teistsugune roll kui lihtsalt külastajal, mistõttu ei asenda tugiisikut näiteks videokõnevõimalus.

WHO on teadusuuringute tulemusi korduvalt analüüsinud ja tõstnud esile tugiisiku tähtsust sünnitusabis.¹⁴² Nimelt saab tugiisik aidata ületada tervishoiutöötaja ja sünnitaja suhtlusprobleeme, toetada sünnitajat nii füüsiliselt kui ka emotsionaalselt ning edastada sünnitaja soove. Seoses Covid-19 epideemiaga rõhutas WHO eraldi, et kõigil naistel (sh nendel, kel kahtlustatakse nakatumist Covid-19-t põhjustava viirusega või kellele on pandud vastav diagnoos) on õigus saada kvaliteetset abi enne sünnitust, selle ajal ja pärast seda.¹⁴³ Turvaline ja positiivne sünnituskogemus hõlmab ühtlasi sünnitaja lugupidavat ja inimväärset kohtlemist, sünnitaja valitud tugiisiku kohalolu, tervishoiutöötajate selget kommunikatsiooni,

sundsteriliseerimine).

¹³⁵ MTÜ Emale algatus „#Minaka sünnitajana“. – <https://www.xn--minakasnnitajana-pzb.ee/> (09.01.2022).

¹³⁶ Koolitus „Sünnitusabivägivald ning inimõiguste põhised lähenemised seksuaal- ja reproduktiivtervisele“ toimus oktoobris 2019, koolitas dr Rachele Chadwick Pretoria Ülikoolist.

¹³⁷ Abel, M., Oja, L. „Ära inise, hakka pressima“ ehk inimõigustest sünnitusabis. – Eesti Naistearstide Seltsi Teataja 2017/59, lk 77–83.

¹³⁸ PSK § 18 kommentaar 40.

¹³⁹ Õiguskantsleri aastaülevaade 2019/2020. – <https://www.oiguskantsler.ee/ylevaade2020/oigusriik-eriolukorras#p11> (09.01.2022).

¹⁴⁰ Õiguskantsleri kiri Sotsiaalministeeriumile ja Terviseametile. Sünnitusabi Eesti haiglates eriolukorra ajal. 30.04.2020. – https://www.oiguskantsler.ee/sites/default/files/field_document2/S%C3%BCnnitusabi%20Eesti%20haiglates%20eriolukorra%20ajal.pdf (09.02.2022).

¹⁴¹ Eesti Naistearstide Seltsi, Eesti Ämmaemandate Ühingu, Eesti Lastearstide Seltsi ja Eesti Perinatoloogia Seltsi poolt 24.03.2020 kokku lepitud soovitusel normaalse raseduse jälgimiseks ja sünnitusabi osutamiseks ning nakatumisest ohustatud vastsündinu jälgimiseks esimestel elunädalatel Eestis Covid-19 epideemia ajal. – <https://www.keskhaigla.ee/wp-content/uploads/2020/03/Synnitus-raseda-ja-vastsyndinu-j2lgimine-COVID19-epideemia-ajal-ver-2.pdf> (09.02.2022).

¹⁴² WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. (2018) – <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/> (09.02.2022).

¹⁴³ WHO, Coronavirus disease (COVID-19): Pregnancy and childbirth. – <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth> (09.02.2022).

sobivat valuleevendust, sünnitaja liikumise toetamist sünnituse ajal, kui on võimalik, ning sünnitaja valitud sünnitusasendit.¹⁴⁴

Kokkuvõte

Nagu sissejuhatuses viidatud, pakub seksuaal- ja reproduktiivõiguste valdkonna analüüs näiteid rõõmustavatest suundumustest, sealhulgas teadlikkuse kasvust teemal, miks on seksuaal- ja reproduktiivtervist puudutav just inimõiguste küsimus. Üks ülalkirjeldatud kaalukas näide edasiminekest on asjaolu, et sünnitusabivägivalla kui inimõiguste rikkumise on mõistnud hukka nii ÜRO eriraportöör kui ka CEDAW-i (ÜRO konventsioon naiste diskrimineerimise kõigi vormide likvideerimise kohta) täitmist seirav CEDAW komitee. Sellise rahvusvahelise edusammu tuules pälvivad sünnitusabi ja sünnitusabivägivalda puudutavad küsimused aina kasvavat tähelepanu ka teadlaste hulgas¹⁴⁵ ning maailma riikides üldisemalt.¹⁴⁶

Samal ajal näitas see peatükk, kuidas areng on siiski aeglane ja sõltub tihedalt laiemast ühiskondlikust ebavõrdsusest. Samuti selgus, kuidas inimesed on pidanud iga sammu pärast parema seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitse nimel pistma oskuslikult rinda vastupanu ja tagasilöökidega, mida põhjustavad näiteks nii konservatiivsed poliitilised jõud, institutsionaliseeritud sooline ebavõrdsus, seksism ja rassism kui ka religioon ja meditsiinisüsteem (nt arstid, kes keelduvad aborti tegemast või rasestumisvastase vahendi retsepti välja kirjutamast, ja arstid, kes usuvad paternalistliku tervishoiu mudeli õigsusesse).

Võib-olla on lugeja jaoks mõnevõrra üllatuslik see, et ka rahvusvaheline inimõiguste kaitse süsteem ise pole sellisest vastupanust ja soostereotüüpidest vaba. Nii on Euroopa piirkonnas kõige olulisema inimõiguste kaitse konventsiooni – Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooni – täitmist seirava kohtu ehk Euroopa Inimõiguste Kohtu praktika seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitsel üsna kaugel eeskujulikkusest.¹⁴⁷ ÜRO konventsioonide täitmist seiravad komiteed on teinud sel alal palju paremat tööd.

Selle peatüki kirjutamise ajal on Euroopa Inimõiguste Kohtus ootel mitu aborti puudutavat kaasust. Võime olla lootusrikkad, et kohus kasutab võimalust öelda selgelt välja, et legaalne ja turvaline abort on seotud inimvääriskuse ja soolise võrdõiguslikkusega ning abordi kriminaliseerimine või selle üksnes erandlik lubamine rikub konventsiooniga kaitstud inimõigusi.¹⁴⁸

Siit peatükist on jäetud mahupiirangu tõttu välja hulk seksuaal- ja reproduktiivõiguste teemasid,¹⁴⁹ mis vajaksid samuti eestikeelset käsitlust ning seda ennekõike inimõiguste raamistikus. See töö jääb tulevikuks, kuid sissejuhatavalt markeerin mõne neist.

¹⁴⁴ *Ibidem*.

¹⁴⁵ Vt nt: Savage, V., Castro, A. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. – *Reproductive Health* 2017/14, 138.

¹⁴⁶ Vt nt: Portugali kohta: Martins, P. Deputy calls to criminalise violence in obstetrics. 23.07.2021. – <https://www.theportugalnews.com/news/2021-07-23/deputy-calls-to-criminalise-violence-in-obstetrics/61214> (09.02.2022).

¹⁴⁷ Oja, L., Yamin, A. E.

¹⁴⁸ Notification of applications concerning abortion rights involving Poland, vt <http://hudoc.echr.coe.int/eng-press?i=003-7074470-9562874> (09.02.2022).

¹⁴⁹ Üks selline teema on ka nt seksuaalvähivõim, mis vajaks kindlasti eraldi peatükki. Seksuaalvähivõim teemat puudutab H. Voolma Inimõiguste raamatu peatükis „Naistevastane vähivõim“. Vt ka: Lippus-Metsaots, H. Interpersonal violence in Estonia: prevalence, impact on health and health behaviour. Doktoritöö 2021. – <https://dspace.ut.ee/handle/10062/73026> (09.01.2022).

Üks selline valdkond on abistatud reproduktsioon, sh kunstlik viljastamine (inglise keeles kasutatakse üldisi termineid *assisted reproduction*, *assisted reproductive technologies*) ja surrogaatlus (asendusemadus¹⁵⁰). Inimõiguste kaitse vaatest on tähtsad küsimused sellest, kellele on kunstliku viljastamise tehnoloogia kättesaadav: kas kunstlik viljastamine on kaetud riikliku ravikindlustusega (nagu Eestis) või on see midagi, mille eest peab inimene tasuma ise, kas näiteks doonorrakkude ja kehaväline viljastamine on lubatud ainult abielus (sh samast soost) paaridele või on see võimalik ka vallalisele inimesele? Siin tekivad meditsiiniteemadega sama kaalukad küsimused sellest, milline on (õiguslik) olukord pärast sündi: kuidas tunnustatakse vanemlust ja kas lapsel on õigus teada (sõltumata vanema tahtest), et tema eostamiseks kasutati doonorrakke?

Eestis reguleerib valdkonda 1997. aastal vastu võetud kunstliku viljastamise ja embrüokaitse seadus.¹⁵¹ Võrreldes teiste Euroopa Liidu riikidega¹⁵² võib Eesti olukorda pidada pigem heaks, sest kunstliku viljastamisega seotud protseduurid (sh vajalikud hormoonravimid¹⁵³) katab ravikindlustusega inimestele Eesti Haigekassa¹⁵⁴ (v.a doonorrakkude hind). Samuti pole nende protseduuride eeldus abielu, kooselu ega paarisuhe, lisaks lubavad kunstliku viljastamise ja embrüokaitse seaduse §-d 21 ja 22 viljastada ka vallalise naise.¹⁵⁵

Veel vajaks inimõiguste kontekstis põhjalikumat eestikeelset käsitlust surrogaatlus ehk praktika, mille käigus naine rasestub kavatsusega laps pärast sündi ära anda.¹⁵⁶ Eesti perekonnaseaduse § 83 järgi on lapse ema naine, kes on lapse sünnitanud.¹⁵⁷ Samas on lubatud embrüo loomiseks kasutada doonori munarakke (kui naisel mingil põhjusel pole võimalik kasutada enda munarakke), st sel juhul puudub sünnitanud naisel lapsega geneetiline side, kuid vanema õiguslik staatus tekib sünnitusega. Teisalt ei ole lubatud olukord, kus surrogaat kannab emaks saada sooviva naise munarakust loodud embrüod (emaks saada soovival naisel on lapsega geneetiline side, kuid näiteks pole tal emakat või oleks rasedus tema tervisele ohtlik). Asjasse puutub karistusseadustiku § 132, mille lõike 1 alusel on võõra munaraku või sellest valmistatud loote ülekandmine naisele, kelle kohta on teada, et ta kavatseb sellest arenenud lapse pärast sündi ära anda, kuritegu ja selle eest karistatakse rahalise karistusega.¹⁵⁸

Samuti on piisavalt reguleerimata olukord, kus surrogaatluse kokkulepet on kasutatud riigis, kus see on igati legaalne, ja soovitakse naasta juba sündinud lapsega Eestisse (sh taotleda

¹⁵⁰ Eelistada võiks terminit *surrogaatlus*, kuna *asendusemadus* seob surrogaadi ehk selle naise, kes on rase ja kes sünnitab, kuid kes ei ole tulevane lapsevanem, ikkagi emadusega. Sellist narratiivi tuleks vältida.

¹⁵¹ Kunstliku viljastamise ja embrüokaitse seadus. – RT I, 28.12.2017, 35.

¹⁵² Vt nt: Präg, P., Mills, M. C. Assisted Reproductive Technology in Europe: Usage and Regulation in the Context of Cross-Border Reproductive Care. – Kreyenfeld, M., Konietzka, D. (toim). Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences. Demographic Research Monographs (A series of the Max Planck Institute for Demographic Research). Springer, Cham 2017; Busardò, F. P. jt. The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members. – BioMed Research International 2014.

¹⁵³ Eesti Haigekassa veebileht: <https://www.haigekassa.ee/inimesele/haigekassa-huvitised/kunstliku-viljastamisega-seotud-ravimite-huvitamine> (09.02.2022).

¹⁵⁴ Ravikindlustuse seadus. – RT I, 29.12.2020, 19, § 29 lg (2⁴), § 33³.

¹⁵⁵ Kunstliku viljastamise ja embrüokaitse seadus – RT I, 28.12.2017, 35.

¹⁵⁶ Eesti keeles on olemas nt lühike teemaleht, mis on küll mõneti aegunud sisuga. Vt Oja, L. Reproductiivõigused – asendusemadus Eestis. – Tallinn: Riigikogu Kantselei õigus- ja analüüsiosakond 2013. – https://www.riigikogu.ee/wpcms/wp-content/uploads/2015/01/Teemaleht_16_2013.pdf (09.02.2022). Vt ka: A Comparative study on the regime of surrogacy in EU Member States. European Parliament, Directorate General for Internal Policies, Policy Department C: Citizen's rights and constitutional affairs 2013.

¹⁵⁷ Perekonnaseadus. – RT I, 27.10.2020, 15.

¹⁵⁸ Karistusseadustik. – RT I, 21.05.2021, 9.

lapsele reisimiseks vajalikku isikut tõendavat dokumenti). Kui see on näiteks mehe ja naise paar ning nad esitavad lapse sünnitunnistuse, kus on kirjas nende nimed, ei pruugi probleeme tekkida, sest riik ei kontrolli, kes oli rase ja kes sünnitas. Küll aga võib tekkida raskusi (lisaküsimusi) olukorras, kus tegu on kahe mehe paariga ning mõni riigisisene register või vorm nõuab lünkade „Vanem“ ja „Vanem“ asemel lünkade „Ema“ ja „Isa“ täitmist.

Tegelikkus on see, et hoolimata ebakindlusest leidub Eestis paare (nende täpset arvu ei tea keegi), kes on kasutanud surrogaatlust välisriigis. Seepärast oleks aeg, et ka Eesti uuendaks oma selle ala õigusnorme ja jõuaks tegelikule elule järele. Inimõigustest lähtudes võiks siin seada eesmärgiks, et tagatud on nii surrogaadi, tulevaste lapsevanemate kui ka sündinud lapse õigused.¹⁵⁹ Seda tuleks teha ilma populistliku retoorika, eelarvamuste ja diskrimineerimiseta. Arvesse peab võtma ka Euroopa Inimõiguste Kohtu praktikat, millest ilmneb muu hulgas, et lähtuda tuleb lapse huvidest ning riik ei tohi keelduda andmast lapsele geneetilise vanema kodakondsust pelgalt seetõttu, et laps on sündinud surrogaatluse kokkuleppe tulemusena.¹⁶⁰ Surrogaatlus ei ole kerge tee, mida valida. Sellega käivad enamasti kaasas kunstliku viljastamisega seotud raskused ja see nõuab kõikidelt osalistelt palju kannatlikkust.¹⁶¹

Loodetavasti pakub see peatükk seksuaal- ja reproduktiivõiguste kaitsele Eestis tuge ning kinnitab veel kord, et seksuaal- ja reproduktiivtervise teemad (sh abort, seksuaalharidus, sünnitusabi, menstruatsioon) on inimõiguste kaitse küsimused, mis vajavad riigi erialadevahelist tähelepanu. Samuti soovin, et siinne tekst inspireeriks kirjutama uusi eestikeelseid teadusartikleid ja raamatuid seksuaal- ja reproduktiivõiguste teemal ning umbes viie aasta pärast ei saaks me enam öelda, et see peatükk on ainus omataoline töö eesti keeles.

¹⁵⁹ Ergas, Y. *Babies without Borders: Human Rights, Human Dignity, and the Regulation of International Commercial Surrogacy*. – *Emory International Law Review* 2013/27 (1); Gerber, P., O’Byrne, K. (toim). *Surrogacy, law and human rights*. 2015; Ergas, Y., Jenson, J., Michel, S. (toim). *Reassembling motherhood: procreation and care in a globalized world*, 2017; Mulligan, A. *Identity Rights and Sensitive Ethical Questions: The European Convention on Human Rights and the Regulation of surrogacy Arrangements*. – *Medical Law Review*, 2018/26 (3).

¹⁶⁰ März, J. W. *Challenges Posed by Transnational Commercial Surrogacy: The Jurisprudence of the European Court of Human Rights*. – *European Journal of Health Law* 2021/28 (3).

¹⁶¹ Teman, E. *Birthing a Mother: the Surrogate Body and the Pregnant Self*. University of California Press 2010; Ragone, H. *Surrogate Motherhood: Conception in the Heart*. Routledge 1994.