

# Iuubi all



Kliinikumi anestezioloog Katrin Elmetil tuleb tööolukord, kus elustada tuleb lootusetus seisus haiget.

FOTO: ROBIN ROOTS/ÕHTULEHT/SCANPIX

**Palliatiivravi** Elu lõpu otsused on tihti vormistamata

# Kui palju ravi on liiga palju?

Vähesed Eesti inimesed on koostanud elulõpu tahteavalduse ja need kes on, ei saa olla kindlad, et nende soovidega ka arvestatakse. Vastuolud seadusandluses asetavad arsti dilemma ette, kas lasta ravimatus seisus inimesel surra või hoida teda vegetatiivsena elus.

**Siret Trull**

siret.trull@aripaev.ee

Kas ravi peab olema halastamatu, küsis TÜ Kliinikumi anestezioloog, Eesti Arstide Liidu eetikakomitee esimees Katrin Elmet konverentsil "Patsienditestament inimese autonoomia teenistuses" ja rääkis patsiendiloo.

65aastane naine saabus TÜK EMOSse diagnoosiga "ebaselge kooma". Lähemal anamneesi uurimisega selgus, et tegemist on kaugele arenenud amüotroofse la-

teraalskleroosiga. Naine oli elanud hooldekodus ning eelnevalt olid tal juba lakanud kõik motoorsed funktsioonid peale hingamise. Nüüd oli peatunud ka see ja patsient oli hüperkarnilises koomas. "Minu kui intensiivravi arsti käest paluti hospitaliseerimist intensiivravi osakonda. Mul tekkisid selles suhtes teatud torked," meenutas Elmet. "Ma eeldasin, et inimene ei taha seda elu, kus ta ei ava silmi, kus teda toidetakse gastostoomiga, kus ta nüüd ei saa ka enam hingata. Mul tekkis humanne tahtmine lasta tal surra." Arsti oli aga



Jelena Leibur,  
diakooniahaigla arst ja juht

## Enim jäävad palliatiivravist ilma dementsusega patsiendid, onkoloogiliste haigetega on seis parem.

teavitatud, et patsiendi tütar soovib ema elu päästmist.

“Ma võtsin patsiendi intensiivravi osakonda, ventileerisin teda n-ö teadvusele. Teadvusest sain ma aru ainult nii, et kui me avasime patsiendi silmad, siis tundus, et oli tekkinud pilk,” rääkis Elmet. Ta vestles pikalt patsiendi tütreaga, kes tõdes, et ei tea, mida ema oleks sellises olukorras tahtnud. Küll aga selgus see siis, kui Elmet võttis ühendust neuroloogiga, kes oli kunagi olnud patsiendi raviarst. Haige oli palunud, et kui ta enam ei neela, siis talle sondi ei pandaks, kui ta enam ei hingata, ei ühendataks teda hingamisaparaadiga. Raviarst oli need korraldused dokumenteerinud kohalikkude haiglasse saadetud epikriisis, ent sealt edasi läks tahtevaldus kaduma. “Kui oleks olnud toimiv patsienditestamendi süsteem, oleks kõik võinud olla teisiti,” tõdes Elmet.

Mullusügisene eetikakonverents oli stardipauk, mille järgnes Eesti Arstide Liidu ja Tartu Ülikooli eetikakeskuse juhitud ravitsemise töögrupi moodustamine. Eesmärk on töötada välja toimiv patsiendi elulõpu tahtevalduse süsteem. Praegu on sellised tahtevaldused olemas väga vähestel eestlastel, kuigi neid, kes tahaksid oma elu lõppu puudutavad soovid kirja panna, on Elmeti sõnul üsna palju. Hetkel ei ole aga tagatud, et koostatud testamendiga ka arvestatakse või et see, nii nagu Elmeti räägitud loos, kaotsi ei lähe.

Selleks, et süsteem tööle hakkaks, on vaja lahendada mitu keerulist juriidilist, eetilist ja tehnilist küsimust, aga samavõrra on vaja ka ühiskondlikku arutelu ja väärtushinnangu muutust.

Hetkel ei ole arstidel julgust loobuda selliste patsientide intensiivsest ja aktiivsest ravist, kelle haigus on ravimatu ja kelle elu läheneb lõpule. Elmeti hinnangul kardetakse, et kui lased patsiendil surra, aga keegi lähedane otsustab kaevata arsti kohtusse, võimaldab karistusseadustik meedikule vastutusele võtta. Samas on siin seadustes vastuolu. Aastal 2002 jõustunud võlaõigusseadus kehtestas Eestis esmakordselt kohustuse arvestada patsiendi autonoomia ehk enesemääratlemise õigusega. Elulõpu tahtevaldus ei ole Elmeti sõnul midagi muud kui patsiendi enesemääratlemise õiguse väljendus. Praegune seadusandlus võimaldab kaevata arsti kohtusse nii selle eest, et ta patsiendi elu päästis, kui ka selle eest, et ta arvestas patsiendi tahtega ja jättis ta elustamata.

### Ülimad on patsiendi huvid

Endiselt valitseb seisukoht, et elu päästmine on arsti ülim kohus. Elmet ütleb, et see ei ole enam nii. “Elu säilitamise eesmärk meditsiinis on üks kõige lihtsam eesmärk üldse. Kui meil oleks ainult see eesmärk, siis oleks otsuseid ikka väga lihtne teha,” sõnab ta. “Kaasaja arenenud meditsiiniga on arusaamad muutunud: ülim on patsiendi parimad huvid.”

See tähendab meditsiinilise prognoosi kõrval arvestamist ka patsiendi tahte, tema väärtuste ja arusaamadega.

Siit kerkib aga uus nüanss: tahet enda parimates huvides, saab avaldada üksnes hästi informeeritud patsient, kes saab

olukorrast aru. Ravi jätkamise üle tuleb peamiselt otsustada aga siis, kui patsiendi otsustusvõime on taaspöörumatu. Kui inimene pole oma tahet eelnevalt dokumenteerinud, tuleks enne ravi algust lähedastega läbi rääkida, kust lähedavad piirid, juhul kui ravi ei õnnestu või inimese seisund vaatamata ravile halveneb.

Meedikud on aga täheldanud, et kuigi inimesed ei soovi endale olukorda, kus neid vegetatiivses seisundis elus hoitakse, siis oma lähedasi nad sellest säästa ei julge.

Elmeti sõnul tuleb mõista, et kõik inimesed surevad ja vähesed surevad kiirelt. Tänapäeva meditsiin võimaldab pikalt suremise protsessi veelgi pikendada, põhjustades patsiendile ja tema lähedastele kannatusi raske ja kasutu raviga, millele ei ole tulemust. Ravi, mis ei ole inimesele kasulik, on kasutu ja ebaetiline. Mustvalgeid olukordi on siiski harva, mistõttu on otsustamine paljuski arstietika küsimus.

Elulõpu tahtevaldus annaks inimesele võimaluse rääkida oma elu üle otsustamises kaasa ka siis, kui ta enam ei suuda vahetult suhelda, ning annaks ka arstile seadusliku aluse ravi lõpetamise otsuse tegemisel.

### Kokkulepped tahtevalduseks

Sotsiaalministeeriumi tervisesüsteemi arendamise osakonna nõunik Silja Elunurm kinnitab, et patsiendi elulõpu tahtevalduse küsimuses on alanud arutelud laiapõhjalises töögrupis, kuhu on kaasatud tunnustatud eetikud, valdkonna meditsiinisektori esindajad, juristid ja patsientide esindajad.

Erinevate tahtevalduste (sh nt elundidoonorlus) aegkriitiline kuvamine on Elunurme kinnitusele ka tervise infosüsteemi uuendamise ehk upTIS projekti teemad hulgas.

Enne IT-lahendusteni jõudmist on aga vaja kokku leppida, kuidas, mismoodi ja mille kohta täpselt tahtevaldust teha saab, kui kaua see kehtib, milline peaks olema nõustamine enne elulõpu tahtevalduse andmist, kas teatud olukordades (nt isik on otsustusvõimetu, kuid meditsiiniliselt on teada, et tegemist ei ole pöörumatu seisundiga) on tervishoiutöötajal siiski mingi otsustusruum jne. “Hetkel toimuvad arutelud kõiki neid teemasid ka tõstatavad,” ütleb Elunurm.

Maailmas on elulõpuga seotud tahtevalduste osas kasutusel mitu erinevat varianti: elutestament, viis soovi, tervisevolinik jne.

Eestis teemaga tegelev töögrupp tähtaega, mil mõni neist ka meil kehtima võiks hakata, seadnud ei ole, kuigi esmaste sisuliste kokkulepeteni loodetakse jõuda suve alguseks.

Juriidilised ja tehnilised küsimused saaks tähtajaliselt lahendada, kuid aega võtab ühiskondliku suhtumise kujunemine, et surmast rääkimine on lubatav ning eelduseks väärikale elust lahkumisele.

Loe ka juhtkirja lk 3.

## Palliatiivravi meeskond aitab leida igas päevas väärtust

**Ikka ja jälle tõstatub Eestis eutanaasia legaliseerimise teema. Eesti Arstide Liidu eetikakomitee esimehe Katrin Elmeti arvates on kummaline, et eutanaasiast räägitakse meil rohkem kui palliatiivravist või sellest, et inimese elushoidmine ilma igasuguse paranemisprospektiivita on ebaetiline.**

“Riik, kus kõigile rasketelt ja ravimatult haigetele ja nende lähedastele ei ole kvaliteetne palliatiivravi kättesaadav, pole kindlasti eutanaasia seadustamiseks küps,” on Elmeti seisukoht. Ta toob näite: vähihaigel on füüsilised vaevad, te tunneb end üksi, ta pere ei oska temaga toime tulla, ta tunneb, et on koormaks ja tahab surra. Aga kui siis tuleb appi palliatiivravi meeskond, kes toetab nii haiget kui tema lähedasi, on abiks füüsiliste, sotsiaalsete ja ka spirituaalsete küsimuste lahendamisel, hakkab patsient taas leidma igas päevas väärtust.

### Kohe kaks palliatiivravi meeskonda

Eestis on palliatiivse ravi meeskond hetkel üksnes Põhja-Eesti Regionaalhaiglas, loomiselt on see ka TÜ Kliinikum. PERH palliatiivravi keskuse juhataja Pille Sillaste sõnul suudavad nad hetkel kuidagi moodi katta Harjumaa vähihaigete vajaduse teenuse järele, aga selle laiem pakumine jääb nii raha, personalipuuduse kui ka teadlikkuse taha.

Keskuse patsiendid on peamiselt vähihaiged, kuigi palliatiivravi on näidustatud palju laiemale haigete grupile, nt ka kardiovaskulaarpatoloogiaga haigetele, neurodegeneratiivsete haigustega patsientidele jne. Keskusesse jõuavad suuremalt jaolt elu lõpusirgel olevad haiged ja nemadki sageli liiga hilja, siis kui on juba pikalt kannatatud vaevusi, mida palliatiivraviga oleks saanud leevendada.

Rahalise poole pealt on probleem, et

kui ödede ja arstide ambulatoorse töö eest on võimalik haigekassalt kompensatsiooni saada, siis haiglas tehtavate konsultatsioonide eest ning sotsiaaltöötajate ja psühholoogide töö eest mitte, st puudub rahastus eraldi palliatiivravi meeskonna tarvis.

Palliatiivse ravi lõpuosa on hospitiivravi. Seda vajavad haiged suunatakse PERH diakooniahaiglasse. Hospitiivravi voodipäev on haigekassa hinnakirjas alles alates 2020. aastast ning hospitiivse ravi eest hetkel kolm: diakooniahaiglas, Ida-Tallinna Keskhaiglas ja TÜ Kliinikum.

EELK Tallinna Diakooniahaigla juhataja ja sisearst Jelena Leibur tõdeb, et palliatiivravi olemus ja vajalikkus vajavad endiselt selgitamist, ka meedikutele. Kindlasti oleks vaja suurendada palliatiivse ravi osa arstide ja ödede õppet ja läbi viia täiendkoolitusi: nii selleks, et meedikud oskaksid oma patsiente teenusele suunata, kui ka selleks, et saada juurde pädevat personali, kes palliatiivravi osutaks.

### Dementsusega patsiendid ilma

Kui kõige kättesaadavam on palliatiivne ravi Eestis hetkel onkoloogilistele haigetele, siis enim ilma jäävad sellest võimalusest Leiburi hinnangul dementsusega patsiendid.

Arstid loodavad siiski olukorra paranemisele, kuna palliatiivravi teemat käsitletakse riiklikus vähitõrjeplaanis ning asja sai valmis ka palliatiivravi ravijuhendi teine osa, kus käsitletakse ka võimalikku palliatiivravi struktuuri Eestis.

Leibur ütleb, et hospitiivse ravi Eestis on vajalikud ja vääriavad kindlasti edasi arendamist. “Igal inimesel on õigus väärikalt oma elu lõpuni elada ja rahulikult elust lahkuda. Meie ülesanne on neile seda võimaldada,” kinnitab ta.

Loe intervjuud Pille Sillastega mu.ee.

## Kes otsustab vastsündinu eest?

**Ida-Tallinna Keskhaigla neonatoloog Pille Andresson tõdes sügisel eetikakonverentsil, et nii nagu elu lõpus, nii tekib mitu eetilist meditsiinilist küsimust ka elu alguses. Eelkõige siis, kui sündimas on sügavalt enneaegne või raske arengurikkuga laps. “Meie ainus eesmärk ei ole lapse ellu jäämine, aina enam on küsimuseks elukvaliteet,” sõnas Andresson.**

Rahvusvaheline elustamise juhend ütleb, et mittekindlate prognooside korral, kus vastsündinu ellu jäämine on piiripealne, haigestumusrisk kõrge ja lapse tulevased hoolduskulud suured, on vanemate soov esmasel elustamisel oluline.

Eestis seda juhendit järgida ei saa.

Meie karistusseadustik määratleb elu algusena hetke, kui loode emakast väljub, see hetk annab sündinud lapsele õiguse elule ning tema abita jätmise on karistatav. “Meditsiinitöötaja ei või jätta sünnitusjärgus loodet ega vastsündinut abita, olenemata sellest, missuguses raseduse suuruses on ta sündinud, missugune on vanemate soov või lapse prognoos,” tõdes Andresson.

Lastearstide soov on liikuda seadusandluse muutmise suunas, kus ka lapsevanematel oleks võimalik väljendada oma tahet vastsündinu sünnijärgse aktiivse abistamise ja intensiivravi osas, kui lapse ellujäämine on piiripealne, haigestumusrisk kõrge ja ta vajaks kogu ülejäänud elu hooldust.