

TÜ Kliinikumi psühhiaatriakliiniku
teaduskonverents „Miks tekib psühhoos?“, 23.10.2014

Suure tõenäosusega tekkiva psühhoosiga patsiendi käsitlese eetilised aspektid

Andres Soosaar

Verbitas OÜ

verbitas.ee@gmail.com

Seisundi prognoosimine psühhiaatrias

- Psühhiaatrias (ja kogu meditsiinis) on patsiendi olukorra ja käitumise prognoosimine alati olnud oluline nii teoreetilisest kui praktilisest vaatepunktist, sest eksimise puhul võib arst olla osaline suure isikliku kahju tekkimisel.
- Tänapäevane patsiendi isikuautonoomia ja selle sotsiaalse tagamise formaalsete reeglite (informeeritud nõusolekuga seonduva) tähtsustumine komplitseerib haiguse kulu prognoosimisega seonduvat veelgi.

Võimalikku tulevasse psühhoosi varase sekkumise teema on ennetava meditsiini vallast

Hilisema raske kuluga krooniliste haiguste väga varajane avastamine (soovitavalt veel enne selle äratuntaval kujul manifesteerumist) ja selle ära hoidmine/kulu soodsas suunas mõjutamine on muutunud moodsa arstiteaduse erinevate voolude (nt personaalne meditsiin, siirdemeditsiin, meditsiinigeneetika, vähemasti mõned oomikad, rahvatervishoid jt) prioriteetseks eesmärgiks ja tegevusvaldkonnaks.

H. Leavelli and E. G. Clarki kontseptualiseeritud haiguse ennetamise põhiviisid alates 20. sajandi keskpaigast

- **Esmane ennetamine:** haiguse riskitegurite kõrvaldamine või mõju vähendamine, mis põhjuslike seoste mõjutamise kaudu väldib haiguse tekkimise;
- **Teisene ennetamine:** haiguse avastamine eelsümptomaatilises järgus ja ravi varane alustamine haiguse progresseerumise pärssimiseks;
- **Kolmandane ennetamine:** haiguse progresseerumise maksimaalsel määral pidurdamine patsientidel, kellel on haigus ja selle tunnused juba selgesti väljendunud.

Millal on haiguse tekkimise risk väike/suur?

- Praktilises tegevuses on keerukateks küsimusteks nii haigusriski näitaja arvutamise metoodika kui tulemuse tegelik kliiniline tähendus ja rakendamine.

Näide: Austraalia kardiovaskulaarse haiguse tekke absoluutse riski kalkulaator:

- Suur risk: tõenäosus haigestuda > 15% järgmise 5 aasta jooksul
- Keskmise risk: 10–15%
- Väike risk: < 10%

Meediku-patsiendi suhte põhilised eetilised printsiibid

- Inimväarikus, austus patsiendi kui tervikliku isiksuse ja tema inimõiguste vastu.
- Empaatiat patsiendi suhtes
- Mittekahjustamine, *primum non nocere*
- Heategemine
- Isikuautonoomia ja enesemääratlemine
- ✓ Tõerääkimine
- ✓ Patsiendi privaatsus ja arsti konfidentsiaalsus
- Õiglus

TH McGlashani vaade (2005) psühhoosi varasesse prodroomi sekkumise eetikaprobleemidele

- „Ootame ja vaatame“ taktika ei kaitse suure tõenäosusega tekkiva psühhoosiga patsienti ja on tänapäeval pigem ebaeetiline;
- Varase sekkumisega seotud teadusuuringute probleemid on seotud **ravimite kõrvaltoimete ja stigmadega**.
- Inimesel on õigus teada enda **haigusriske**.
- Olukord ei ole veel küps prodromaalperioodis sekkumise kasude ja riskide standardseks hindamiseks kliinilises praktikas, kuid on küps vastavate **teadusuuringute** tegemiseks.

Alzheimeri tõve varase avastamisega seotud probleemid (Mattson et al., 2010)

Contra: ✕ Tänapäeval on vähe tugevaid varast diagnoosimist toetavaid argumente, sest puudub haigust modifitseeriv ravi.

✕ Samuti esineb olemasolevate diagnoosimise meetodite kasutamisega oht valedeks tõsiste tagajärgedega järeldusteks.

Pro: ✕ Siiski toob varane diagnoosimine isegi haigust modifitseeriva ravi puudumisel kasu nii palju, et teeb võimalikuks hilisema perioodi kohta otsuste tegemise ja välditakse patsiendi hüpoteetilise nõusolekuga seotud probleeme.

Iatrogenia vältimine

- Patsiendi kahjustamine meditsiinilise tegevuse tulemusena on meditsiinieetika vaatepunktist tõsine eksimus, mida tuleb vältida kõigi võimalike vahenditega.
- Tõenäosuslikud (statistilised) argumendid ei õigusta valepositiivsete tulemustega diagnostiliste testidega kinnitatud haiguse diagnoosi ning sellele järgnevaid aktiivseid sekkumisi.

Kasude-riskide vahekorra lähtuv hindamine

- Kasude-riskide vahekorra hindamine on juba olemuslikult keeruline ülesanne, sest teinegi kord tuleb seosesse viia täiesti erinevate valdkondade nähtused (nt haige psüühiline seisund ja ühiskonnas domineerivad sotsiaalsed olud);
- Kuigi utilitaristlike lähenemiste korral on käitumisest tulenevad kasud esiplaanil, ei ole nende riske/koormisi/probleeme kompenseeriv võime meditsiinieetikas siiski kuigi arvestatav.

Patsiendi isikuautonoomia realiseerumine

Moodsas meditsiinieetikas on patsiendi isikuautonoomia austamise põhiliseks viisiks kvaliteetse **informeeritud nõusoleku** (*informed consent*) saamine.

Kui täisväärtuslikku informeeritud nõusolekut ei ole võimalik patsiendilt (uuritavalt) saada, siis rakendab ühiskonna tema suhtes täiendavaid kaitsemeetmeid.

Kas varase ja väga varase psühhoosi ilmingute korral on isikuautonoomia järgmine parem paternalismist?

- Pikka aega arvati, et patsienti tuleb säästa teda ennast puudutavatest halbade uudistest. Iseäranis kehtis see arusaam onkoloogias ja psühhiaatrias.
- Tänapäeval on leitud mitmeid argumente halvagi prognoosi puhul patsiendi varase teavitamise poolt.
- Tänapäeva meditsiinieetikas (iseäranis seoses geenianalüüsidest lähtuvate haigusriskide käsitlemisel) räägitakse ka **inimese õigusest mitte teada**.

NB! Kvaliteetse informeeritud nõusoleku saamine on alati nõudlik suhtlusülesanne

Informeeritud nõusoleku elemendid (Beauchamp & Childress, 1994)

I Lähtetingimused

1. Kompetentsus mõista ja otsustada
2. Vabatahtelisus otsustamisel

II Informatsioonilised elemendid

3. Teavitamine (olukorrast)
4. Soovitused tegutsemiseks
5. Arusaamine punktidest 3 ja 4

III Nõusoleku elemendid

6. Otsus mingi plaani kasuks
7. Tehtud valiku autoriseerimine

Raskused patsiendi isikuautonoomia realiseerimisel

- Võimaliku psühhoosi varasel diagnoosimisel/ravimisel tuleb hoolega silmas pidada patsientide psühholoogilist ja sotsiaalset **haavatavust**.
- Tõerääkimise põhimõtte järgimist komplitseerib probleemi mitmetes aspektides usaldusväärselt tõendatud seisukohtade vähesus/puudumine ja nende tõenäosuslik loomus, mistõttu hilisema tõsise haigestumise stsenaariumid ei pruugi paljudel juhtudel realiseeruda.

Mõlema raskuse ületamiseks peavad meedikud patsiendiga suhtluses olema vägagi hoolikad ja paindlikud.

Mida võib ja saab teha?

- Hinnata vajaliku regulaarsusega psühholoogilist seisundit ja hinnata riske.
- Juhtida tähelepanu ja püüda loobuda/vältida psühhoosi provotseerivatest teguritest.
- Soovitada vaimset tervist tugevdavaid ja sotsiaalsel toimetulekul soosivaid meetmeid.
- Leida parimaid (tervishoiu)korralduslikke võimalusi ja meetmeid riskigrupis olevate inimeste toetamiseks.

Mida ei tuleks teha või tegutsemisel olla väga hoolikas?

- Tõenäosuslikke stsenaariume pidama paratamatuks/kindlasti juhtuvaiks;
- Kasutada antipsühhootilisi (ja teisigi psühhotropseid) ravimeid.

Kokkuvõte

- **Iatrogeenne** patsiendi kahjustamise teokssaamine või ka arvestatav võimaluse teke selleks on väga võimaliku või varase psühhoosiga patsiendi kliinilise käsitluse peamine eetikaprobleem.
- Eelistatud on psühhoosi **esmas**e ennetamise võtete rakendamine, s.h patsiendi hoolikas jälgimine, stressoorsete mõjude minimeerimine/sotsiaalse toimetuleku toetamine ja aju neurokeemiat rikkuvate ainete vältimine.
- **Uuringuimperatiivi** surve kasvab, s.t ebapiisava teadmisega seotud suletud ringist väljapääsemiseks tuleb ikkagi teadusuuringuid teha ja seeläbi järk-järgult teadmatuse argumendi mõju kahandada.

Kirjandus

- McGlashan TH. Early detection and intervention in psychosis: an ethical paradigm shift. Br J Psychiatry 2005;48(Suppl):s113–5.
- Mattsson N, Brax D, Zetterberg H. To know or not to know: ethical issues related to early diagnosis of Alzheimer's disease. Int J Alzheimer's Dis 2010; 2010: <http://dx.doi.org/10.4061/2010/841941>