

# Elu ja surma piiril ravimise eetikast

Andres Soosaar

# Elu ja surma piir I

- Kui bioloogias on surm elu(sa) loomulikuks lahenduseks, siis meditsiin kipub surma muutma ebaloomulikuks;
- Intensiivmeditsiin on üks nendest meditsiini valdkondadest, mis on jõuliselt kompinnud/nihutanud elu ja surma piiri ning mõjutanud seeläbi oluliselt eetikat;
- Tavaarusaam: **Elu väärrib võitlust ja kohtlemist, surm üksnes kohtlemist.**

# Elu ja surma piir II

- Moodsa meditsiinieetika *locus classicus*: A Definition of Irreversible Coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. JAMA, **1968**, 205, 6, pp. 85-88.
- “*Our primary purpose is to define a new criterion for death*”

# Ravimine elu ja surma piiril

- Ravida tuleb vaid elusat; NB! Susan Torrese juhtum
- Meediku-patsiendi suhe on jätkuvalt tõsiasi;
- Väga intensiivne meditsiin fragmenteerib patsienti;
- Kaasaja dilemma: Elu kui ülim väärtus *versus* elu kui kvaliteetne eksistents;

# Arsti-patsiendi suhte põhilised eetilised printsiibid

- Inimväärikus, respekt patsiendi kui tervikliku isiksuse suhtes.
- Mittekahjustamine, *primum non nocere*
- Heategemine
- Tõemeelsus või pigem ausus (ingl. veracity)
- Patsiendi autonoomia ja enesemääratlemine tagamine
- Õiglus
- Patsiendi privaatsus ja arsti konfidentsiaalsus

# Euroopa olukord I

- Üha enam hinnatakse ka eetikaprobleemide seisundit kogukonnas empiiriliste uuringutega.
- Intensiivmeditsiini praktikaid elulõpu olukorras ei ole uuritud mitte väga palju.
- CL Sprung et al. End-of-Life Practices in European Intensive Care Units. JAMA, **2003**, 290, 790-797.

# CL Sprung et al. (2003)

- Osalesid 37 intensiivravi osakonda 17 erinevas regioonis paiknevast Euroopa riigist , 01.01.1999- 30.06.2000.
- Kokku saabus sellel ajavahemikul uuringu-osakondadesse 31417 patsienti, nendest 4248 (13,5%) surid või neil piirati elu toetavaid ravivõtteid (4248 omakorda 72,6% ehk 3086 patsienti).
- Elu lõpu erinevateks kriteeriumideks määratleti: ebaõnnestunud kardiopulmonaalne elustamine; ajusurm; elu toetavate ravivõtete katkestamine; elu toetavate ravivõtetega mittealustamine; aktiivne suremisprotsessi kiirendamine.

# CL Sprung et al. (2003)

Riigiti oli elu lõpu kategooriate esinemissagedus õige erinev:

- ebaõnnestunud kardiopulmonaalne elustamine 5-48 % (keskmise 19,6 % );
- ajusurm 0-15 % (7,8 %);
- elu toetavate ravivõtete katkestamine 5-69% (32,9%) ;
- elu toetavate ravivõtetega mittealustamine 16-70% (32,9%);
- aktiivne suremisprotsessi kiirendamine 0-19% (2,2 %)



# Juhtnöörid intensiivmeditsiini arstidele elu ja surma piiril tegutsemiseks

- Eesti arstieetika koodeks (2001), [http://www.arstideliit.ee/et/eetika/arstieetika\\_koodeks.html](http://www.arstideliit.ee/et/eetika/arstieetika_koodeks.html)
- USA presidendi meditsiini ja biomeditsiiniliste uuringute eetiliste probleemide uurimise komisjoni raport “Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment (1983).
- Society of Critical Care Medicine (SCCM) eetikakomitee juhtnöörid “Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit”, Crit. Care Med. 2001, 29, 12, pp. 2332-2348.

# Eesti arstieetika koodeks

- Arsti kohus on anda arstiabi igas võimalikus olukorras;
- Arst peab suhtuma patsienti austuse ja lugupidamisega;
- Arsti esmane kohustus on osutada arstiabi oma pädevuse piires, austades patsiendi inimväärikust, eraelu ja heaolu;
- Otsustusvõimetu patsiendi puhul tuleb teavitada tema seaduslikke esindajaid, taotledes nende nõusolekut uuringuteks ja raviks. Nõusoleku saamise põhimõtte siiski ei tohi põhjustada viivitusi eluohtlike seisundite puhul vajalike otsuste vastuvõtmisel.

# Eesti arstieetika koodeks

- Vältimatu abi andmise puhul peab arst kiirelt tegutsema patsiendi tervise huvides oma parimate võimaluste järgi ära ootamata kannataja või tema esindajate nõusolekut. Arst on vastutav tagajärgede eest, mis võivad tuleneda põhjendamatust keeldumisest anda abi.
- Vajaduse korral arst peab abistama patsienti ka tema usuliste, vaimsete või aineliste vajaduste korraldamisel.

# USA kogemus 1983

- 1980d on isikuautonoomia austamise printsiibi kõrgaeg Lääneriikides.
- 24 juhtnööri, mille alusel otsustamine vajab siiski nendega seotud väärtuste ja põhimõtete kontekstide tundmist ja silmaspidamist.
- Selgesti eristuvad otsustusvõimelise ja otsustusvõimetu patsiendi kohtlemine.

# USA kogemus 1983

- Nii nagu teistegi meditsiiniliste sekkumiste korral, peab kompetentne ja informeeritud patsient otsustama, kas tema puhul tuleb kasutada elu toetavat ravimeetmeid või mitte.
- Nagu meditsiinis mujalgi, on mõned piirangud patsiendi autonoomiale õigustatud:
  - ⌘ Teatud valikutest võivad meedikud ja haiglad keelduda, kuid need on vastuolus nende südametunnistuse ja professionaalsusega;
  - ⌘ Haiglad võivad õigustatult piirata teatud valikute kättesaadavust piiratud ressursi õiglasema kasutamise nimel;
  - ⌘ Ühiskond võib piirata teatud valikute kättesaadavust võrduse ja üldise heaolu nimel, kuid need piirangud ei pea olema spetsiaalselt elu toetavate meetoditele suunatud;
  - ⌘ Teave eespool nimetatud piirangutest peab olema kättesaadav patsientidele ja nende esindajatele.

# USA kogemus 1983

- Arstid ja teisedki olukorra hindajad peavad otsustamise eeltingimusena hindama patsiendi autonoomiavõimet;
- Selle puudumisel peaks vastavad otsused tehtama lähedase asendusnõusoleku alusel;
- Meedikud ja haiglad peaksid looma selged ja avalikud juhtnöörid, kuidas ja kelle poolt tehakse otsuseid patsiendi kohta, kes ise seda ei suuda.
- Institutsioonid peavad looma võtteid (nt eetikakomiteed), mis aitavad kaasa sellistes olukordades otsuste tegemisele kaasa.

# SCCM eetikakomitee juhtnöörid

- On isegi leitud, et 90% patsientidest sureb intensiivravi osakonnas pärast otsust piirata elu toetavaid ravimeetmeid.
- Palju on viiteid rahuolematusele patsientide ja nende perekondade seas elu toetavate meetmete lõpetamise järel toimuva suhtes.
- Otsustamine ses küsimuses sisaldab kahte, sageli mitte nii teravalt eristuvat faasi: (i) otsus loobuda kuratiivsest lähenemisest ja (ii) konkreetsed palliatiivse ravi meetmed. Antud juhtnöörid tegelevad pigem just selle teise küsimusega.

# SCCM eetikakomitee juhtnöörid

- Meetmed seostuvad 3 sihtrühmaga: patsient, perekond, personal.
- Singeri jt (1999) järgi määravad patsiendile hea elulõpu ravi järgmised asjaolud:

tõhus valu ja teiste ebameeldivate sümptomite kõrvaldamine; surmaga ülemäärase venitamise vältimine; kontrollitunde omamine; vaevadest vabastamine; lähedastega suhete kindlustamine.



# SCCM eetikakomitee juhtnöörid

- Meedikute tegelemine perekonnaga on järjest olulisem, nt eraldi ruumid nende jaoks ning selgus meedikutega suhtlemisel on tegevuses tähtsal kohal.
- Ka intensiivravi osakondade personal vajab oma töös tuge ning selles vallas on asutuse administratsiooni personalile suunatud toetavad tegevused väga kõrgelt hinnatud.

# Kokkuvõte

- Eesti praegune ametlik meditsiinieetika on suuresti “importkaup” ning enam-vähem sama kui meditsiiniõiguse positsioonid.
- Elu-surma piiril tehtavate intensiivmeditsiini toimingutega seotud eetikaprobleemide konkreetsemad lahendused on riigiti/regiooniti õige erinevad.
- Teie loote oma käesoleva konverentsi ja igapäevase tööga elu ja surma piiril intensiivmeditsiini meetodite kasutamise meditsiinieetikat Eestis.