

# Kui aktiivravi enam ei aita...

**Katrin Elmet**

[katrin.elmet@kliinikum.ee](mailto:katrin.elmet@kliinikum.ee)

**EAP 2019**

Mis on meditsiinilis raskem –  
kas teha või jätta  
tegemata?

Kas ravi võib olla  
halastamatu?

Filosoofia!

# Kas oleks võinud teisiti?

- 83 a mees
- Diagnoos: ileus. Jämesoole vähk
- Taust: Hüpertooniatõbi. Kodade virvendusarütmia. Krooniline neerupuudulikkus. Anamneesis korduvad ajuinfarktid. Parempoolne sp. hemiparees ja osaline sensomotoorne afaasia. Enesehooldusdefitsiit. Kognitiivne häire
- Radikaalne operatsioon: vasakpoolne hemikolektoomia
- Palliatiivse kolostoomi rajamist ei kaalutud

- Tüsistused: sooleanastomoosi leke, peritoniit, septiline šokk, mitme elundi puudulikkus
- Ravi intensiivravi osakonnas 3 nädalat, organasendusravi
- Ravimahu piiramise otsust ei tehtud, sest arstide konsiilium ei saavutanud konsensusust
- Lähedased: kaua see kõik veel kestab?
- Patsient lahkus intensiivravi osakonnast trahheostomeerituna spontaanhingamisel, sügava teadvushäire, kognitiivse ja füüsilise defitsiidiga
- Suri õendushooldus osakonnas esimesel nädalal



# Meditstiini/intensiivravi arengu tulemused

- IRO – kõrgtehnoloogiline elu säilitav ravi
- Efektiivne, kui haigus on ravitav ja patsient sobiv
- Kui haigus on ravimatu ja/või patsient ei ole sobiv, siis
  - › Suremise protsess pikeneb
  - › Rohkem sügava puudega ellujäänuid
  - › Inimkannatuste ja valu hulk kasvab
  - › Kulutused meditsiinile kasvavad

**Mõttetetu/kasutu ravi oht!**

# Kasutu ravi.

## *Futile therapy. Medical futility*

- Iga ravi peab olema näidustatud
- Elu säilitava ravi eesmärk on tuua patsiendile kasu pikemas perspektiivis
- Ravi, mis patsiendile kasu ei too, nimetatakse mõttetuks/kasutuks raviks
- Kasutu ravi läbiviimine on ebaeetiline, isegi juhul, kui patsient/perekond seda nõuab

# Konflikt - teadus vs eetika

- Meditsiin on muutunud võimsaks, kuid mitte kõikvõimsaks
- Kellel on võim, peab seda oskama kasutada
- Tavapärane on keskenduda sellele, mida me teeme ja kuidas me seda teeme, kuid põhiküsimus on **mis põhjusel** me midagi teeme
- Halva prognoosi korral peaks arst alati küsima endalt põhiküsimuse: **miks** ma ravin seda haiget?



# Miks me ravime ehk mis on meditsiini põhieesmärgid?

- Heategemine (*Beneficence*)  
*Salus aegroti suprema lex*
- Mittekahjustamine (*Non-maleficence*)  
*Nihil nocere!*
- Õiglus (*Justice*)\_
- Enesemääramisõigus (*Autonomy*)  
*Voluntas aegroti suprema lex*

# Kes otsustab, kas ravi on patsiendile kasulik?

- Arst (prognoos, informeerimine)
- Patsiendi ja/või tema lähedaste valik/nõusolek (väärtused)
- Hoiakud ühiskonnas võivad soodustada või takistada arsti ja patsiendi koostööd

# Isiku autonoomia.

## Perekonna roll otsuse tegemise protsessis

- Kompetentse ja tõemeelselt informeeritud patsiendi nõusolek – kui suur ravikoormus ja missuguse tulemuse nimel on talle vastuvõetav
- Otsustusvõimetuse korral on enesemääramisõigus perekonnale otsustamisõiguse andmise moraalne põhjendus
- Perekond peaks teadma patsiendi väärtushinnangutest kõige rohkem
- Ideaalis – arsti ja patsiendi/perekonna jagatud otsus

# Isiku autonoomia.

## Tulevikujuhised (*advance directives*)

- Dokument, mis võimaldab otsustusvõimelisel inimesel määrata endale antava meditsiiniabi ulatuse, kui ta peaks jääma otsustusvõimetuks
- Seadusliku esindaja määramine (*power of attorney, health care proxy*)
- Probleemid:
  - › Kättesaadavus
  - › Kehtivus (inimeste eelistused muutuvad)
  - › Interpreteeritavus
  - › Seaduslikkus, kui siduv on juhised arsti jaoks?
  - › Kui lähedased ei nõustu?\_

Mis toimub  
maailmas?

- The course and nature of dying have changed dramatically in recent decades
- More than 20 % of population die after being treated in the ICU
- Most deaths of patients in the ICU are preceded by a decision to limit life support
- End-of-life choices are made by clinicians and family members because less than 5 % of ICU patients have decision-making capacity

Journal of Critical Care 2006 Dec;21(4):294-304

## Ühiskonna roll ravipiirangu otsuse tegemise protsessis

Traditsioonid, kultuurilised ja religiooniga põhjendatud erinevused terminaalse seisundi käsitlemiseks:

- Suhtumine surma
- Suhtumine ravipiirangutesse, elu säilitava ravi lõpetamisse
- Kes otsustab?
- Ravipiirangute läbi viimise erinev praktika

# Elu lõpu käsitluse praktika maailmas

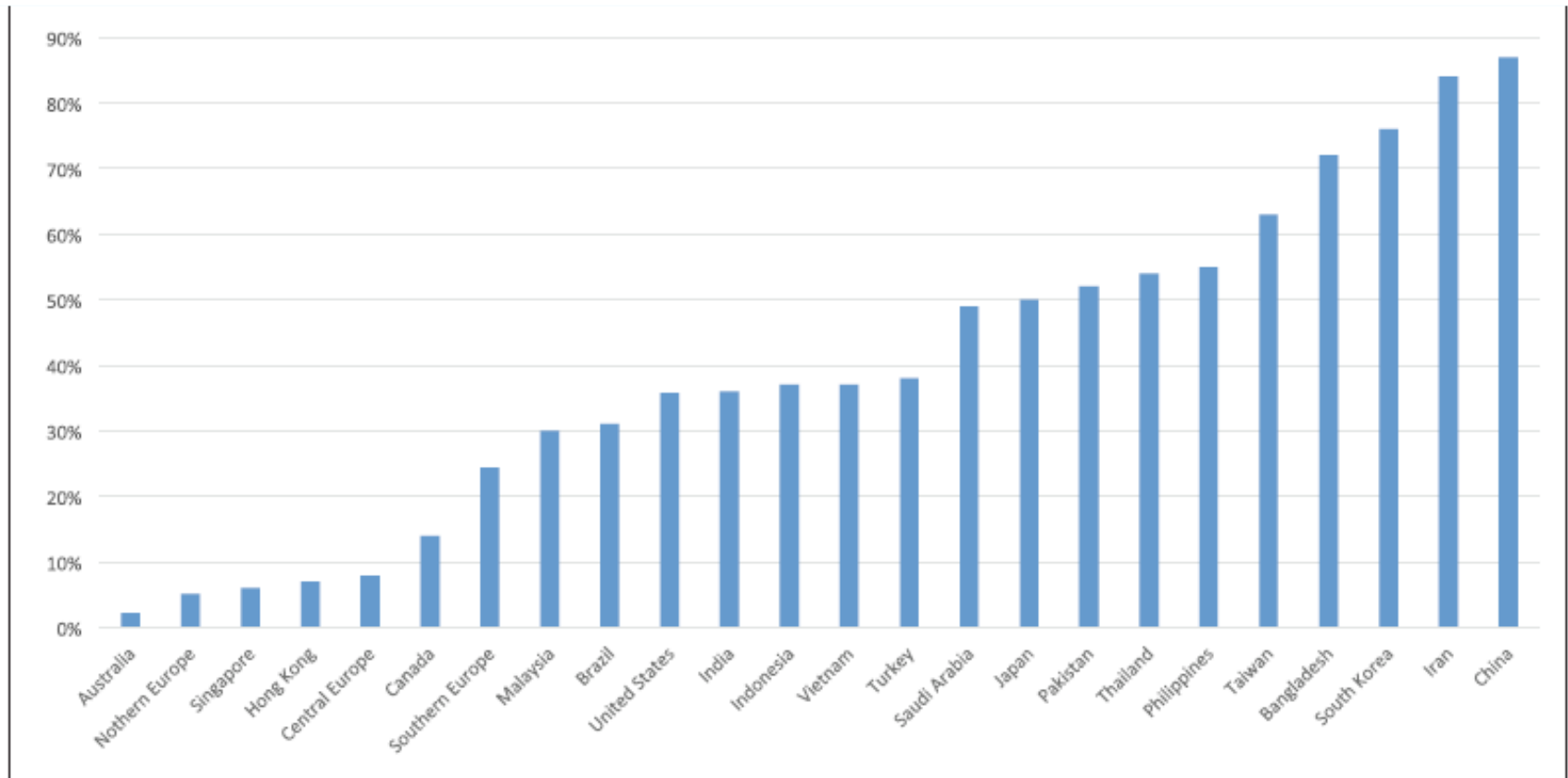
## Erinevused

- Regioonid
- Riigid
- Riigisiseseelt
- Raviastutustevahelised
- Ühe raviastutuse IRO-d
- Ühe IRO sisesed

## Erinevuste põhjused

- Religioon
- Kultuur (mida mõjutab religioon)
- Sotsiaalmajanduslik olukord (SKP)
- Individuaalsed
  - > patsiendid
  - > meditsiinitöötajad





**FIGURE 1.** Treatment responses of doctors from major world regions and countries to a case scenario of a patient with severe, irreversible hypoxic ischemic encephalopathy (vegetative state) who develops septic shock. The bars represent the proportion who would initiate treatment of septic shock with vasopressors, antibiotics, and continue mechanical ventilation (do everything). Data from Phua *et al.* [13] and Yaguchi *et al.* [14].

*Worldwide end-of-life practice in ICU Wong et al. Curr Opin Anesthesiol 2018, 31:172–178*

# Seeking Worldwide Professional Consensus on the Principles of End-of-Life Care for the Critically Ill

## The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) Study

Charles L. Sprung<sup>1</sup>, Robert D. Truog<sup>2</sup>, J. Randall Curtis<sup>3</sup>, Gavin M. Joynt<sup>4</sup>, Mario Baras<sup>5</sup>, Andrej Michalsen<sup>6</sup>, Josef Briegel<sup>7</sup>, Jozef Kesecioglu<sup>8</sup>, Linda Efferen<sup>9</sup>, Edoardo De Robertis<sup>10</sup>, Pierre Bulpa<sup>11</sup>, Philipp Metnitz<sup>12</sup>, Namrata Patil<sup>13</sup>, Laura Hawryluck<sup>14</sup>, Constantine Manthous<sup>15</sup>, Rui Moreno<sup>16</sup>, Sara Leonard<sup>17</sup>, Nicholas S. Hill<sup>18</sup>, Elisabet Wennberg<sup>19</sup>, Robert C. McDermid<sup>20</sup>, Adam Mikstacki<sup>21</sup>, Richard A. Mularski<sup>22</sup>, Christiane S. Hartog<sup>23</sup>, and Alexander Avidan<sup>1</sup>

- Küsitlus 1283 vastajat
- 32 maad (Aasia ja Aafrika vähe esindatud)
- 81 väidet ja mõistet
- Konsensus kui > 80% olid nõus
- 81 % väidetest ja mõistetest leidsid konsensuse

*American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*  
Volume 190 Number 8 | October 15 2014

# Ülemaailmsed kokkulepped 1

- Elu säilitava ravi peab lõpetama, kui see on kasutu
- Patsiendi autonoomia, sealhulgas patsiendi testament on oluline
- Perekonna nõusolek on vajalik
- Jagatud otsustamine (paternalism vs autonoomia)
- Interdistsiplinaarne meditsiiniline otsus (õed!)
- Surma kiirendamise võtted ei ole lubatavad (*ASDP – active shortening of dying process*), kuid “ravimite kahene toime” terminaalse sedatsiooni ja valuravi kontekstis on OK

# Ülemaailmsed kokkulepped 2

- Ravipiirangu otsuse peab täpselt dokumenteerima
- Palliatiivne ravi peab olema kättesaadav
- Meditsiinitöötajate spetsiaalne ettevalmistus vajalik – kuidas otsustada, viia otsus ellu ja kuidas halba uudist edastada (teooria, praktika)
- Ravipiirangute praktika peab mahtuma riigi seadusandluse raamidesse
- Keeruliste juhtumite puhul võib kaasata kliinilise eetikakomitee



Kuidas otsustada?

# The Durban World Congress Ethics Round Table IV: Health care professional end-of-life decision making



Gavin M. Joynt, MBBCh, FFA(SA)(Crit Care), FHKCA (IC), FCICM<sup>a,\*</sup>,  
Jeffrey Lipman, MBBCh, DA, FFA(SA)(Crit Care), FCICM, MD<sup>b</sup>, Christiane Hartog, MD<sup>c</sup>, Bertrand Guidet, MD<sup>d</sup>,  
Fathima Paruk, MBBCh<sup>e</sup>, Charles Feldman, MBBCh, DSc, PhD, FRCP, FCP (SA)<sup>f</sup>,  
Niranjan Kissoon, MD<sup>g</sup>, Charles L. Sprung, MD, MCCM, FCCP<sup>h</sup>

*G.M. Joynt et al. / Journal of Critical Care 30 (2015) 224–230*

# Kunas mõelda ravipiirangule?

- Patsiendi soov/elutestament
- Lõppstaadiumis krooniline haigus/eelnev halb elukvaliteet
- Ajukahjustus halva paranemisprognosisiga
- Ravile allumatu mitme elundi puudulikkus
- Ellu jäämine vähe tõenäoline
- Ravi järgselt on aktsepteeritav elukvaliteet vähe tõenäoline
- Vanus >80a?
- Lähedaste soov???

# Võimalikud ravipiirangud

- DNR – mitte elustada kliinilisest surmast
- Mitte rakendada ravi intensiivravi osakonnas
- DNET – mitte eskaleerida aktiivravi
- Teatud ravivõtteid mitte rakendada (organasendusravi)
- Aktiivravi lõpetamine → Ainult vaevusi leevendav ravi? Terminaalne ravi? Elu lõpu ravi?



# Ravist hoidumise ja ravi lõpetamise otsuse tegemine

- Otsustatakse juhupõhiselt
- Otsustab reeglina arstide konsiilium, mille koosseisus peaks olema ka kogunud arstid
- Õdede kaasamine on laialdane praktika
- Konsiilium peaks saavutama konsensusse
- Kas valve- või raviarst võiks otsustada ainuisikuliselt?
- Otsus dokumenteeritakse
- Otsus peaks olema kergesti kättesaadav

Aga...?

# Aga kohustus säilitada elu???

- Igal inimesel on õigus elule!
- Kedagi ei tohi piinata ega ebainimlikult või alandavalt kohelda  
(ÜRO Peaassamblee inimõiguste ülddeklaratsioon 1948 jt kokkulepped)
- Euroopa inimõiguste kohus: inimväärikus on demokraatliku ühiskonna kõige olulisem väärtus
- Iga arst peab alati meeles pidama kohustust austada (*respect*) inimelu  
(Rahvusvaheline meditsiinieetika koodeks)
- **Austus inimelu ja inimväärikuse vastu ei tähenda alati elu säilitamist**

# Aga kas see pole mitte eutanaasia?

- Eutanaasia on surmamine
- Aktiivne eutanaasia on surmamine ja on meil keelatud
- Kas ravi piiramine on passiivne eutanaasia?
- Kas terminaalne valuravi ja sedatsioon on kaudne eutanaasia?
- Eutanaasia klassifitseerimine on segadust tekitav
- A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus 2007

# Aga arstide legaalne kindlustunne?

- Õiguslik regulatsioon Eestis puudulik
- VÕS reguleerib autonoomia
- Tulevikujuhiste ja ravi piiramise seaduslikkus?
- Liigne legaalne tähelepanu takistab ravipiirangute läbi viimist
- Reguleerimatus samuti – arstil puudub seaduslik kaitse
- Patsiendid, kellel on elutestament, soovivad tagatist, et nende autonoomiat austatakse

# Kas kirves arsti pea kohal?

**Karistusseadustik 3. jagu Elu ja tervist ohustavad süüteod § 124. Abita jätmine**

Teadvalt eluohtlikus seisundis olevale inimesele abi andmata jätmise eest õnnetuse või üldise ohu korral, kui abi andmine oleks olnud võimalik ilma abistajat ennast ohtu seadmata, – karistatakse rahalise karistuse või kuni kolmeaastase vangistusega.

# Vandeadvokaat Ants Nõmper: varem või hiljem lubatakse ka Eestis surmaabi.

Postimees 3. november 2016

- Kui aktiivravil pole enam mõtet, siis selle lõpetamine ei ole eutanaasia, vaid patsiendiga sõlmitud tervishoiuteenuse osutamise lepingu nõuetekohane täitmine
- Eutanaasia on teise inimese elu lühendamine, mida juristid tavaliselt nimetavad tapmiseks. Eutanaasia ei vaja tegelikult täiendeid, nagu aktiivne või passiivne või kaudne, sest need ainult hägustavad eutanaasia mõistet
- Seega õige samm enne eutanaasiaküsimuse lahendamist on see, kui tagame arstile, kes järgib konsiiliumi otsust ravi lõpetamise või mittealustamise kohta, õigusliku puutumatusse ehk vabastame vastutusest.

# Kokkuvõtteks

- Kasutu ravi on vastuolus kõigi meditsiinieetika printsiipidega
- Meditsiinitöötajate haridussüsteemis peaks eetikal ja suhtlemisel olema oluliselt suurem osakaal nii diplomieelses kui ka –järgses õppes
- Ühiskonna hoiakute kujundamine: ravitavusel on piirid, surm on elu paratamatu osa, väärikas surm on inimesele kasulik, kui mõttetu ravi...
- Kasutust ravist hoidumine peaks olema legaalselt aktsepteeritud



# Kuid kõik algab tegelikult arstidest endist...

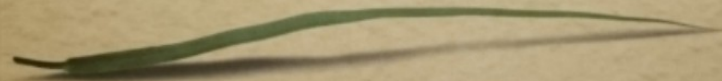
## Arstid peaksid:

- leppima, et patsiendid on suurelikud ja kõik haigused pole ravitavad
- uskuma, et inimestel on õigus väärikalt surra
- mõistma, et kasutust ravist peab hoiduma
- aru saama, et ressursi raiskamine on ebaõiglane
- olema võimelised suhtlema patsientide ja/või nende lähedastega oskuslikult ja tõemeelselt – kasulikke valikuid teha ja leppida olukorraga saab vaid hästi informeeritud inimene

Paranemisele suunatud ravi võimaluste ammendumine ei tähenda, et meditsiin ei saa enam inimest aidata

Palliatiivne ravi ei tohi olla vaid unistus!

ATUL GAWANDE



*Surelikkus*

MEDITSIINIST JA SELLEST,  
MIS ON TEGELIKULT OLULINE