

# Vestlusring „Elutestamendiga arvestamise võimalikkus praktikas“

**Tarvo Puri:** Räägime sellest, kas ja kui palju on kellelgi olnud siin, Eestis kokkupuudet teemaga, et peaks arvestama haige inimese enda soovidega. Kas neid soovide on üldse paberile pandud, kas neid tähendatakse üles kuhugi meditsiinilistesse digilugudesse ning kas ja mis juhul patsiendiga räägitakse nendest teemadest?

**Helgi Kolk:** Igasuguse arstiabi osutamise eelduseks on nõusolek, patsiendi teadlik nõusolek. Kuidas seda saadakse ja võetakse, see on täiesti iseküsimus. Traumaosakonnas, kus haiged on erakorralised, ei ole neil enamasti eelnevalt mingeid soovide vormistatud. Tegelen seal kõige rohkem just nimelt eakate patsientidega, kellel on tõsised traumad, tõsised luumurrud. Väga tihti on küsimus, kas üldse opereerida, kuidas toimida. Tegelikult ei ole seda kellegi käest küsida, sest umbes kolmandik on vähemal või rohkemal määral dementsed ehk nemad oma otsustusi adekvaatselt teha ei suuda. Tavapraktikas hakkame me sel juhul otsima lapsi ja hooldajaid jm. Dementsetele inimestele on meil eestkostet vormistatud haruharva. Eestkoste saab vormistada, kui haiglas on vaja teha selliseid tõsiseid otsuseid, millega ei ole nii kiire. Tegelikult me oleme nõusoleku väljaselgitamisega tõsiselt hädas.

**Mari Lõhmus:** See on väga igapäevane, et patsientide või nende lähedastega peetakse aru sel teemal, missugused on nende soovid ja missugune on nende tahe sõltuvalt raviplaanist. Meil onkoloogias on see ajamõõde võib-olla natuke teistsugune: meil on aega arutada, atra seada, tihtipeale ka mõelda ravi ja ravi lõpetamise küsimuste üle. Sellised otsused, kus patsiendid oleks kirja pannud oma soovid, on väga harvad. Haiguslugudesse fikseeritakse seda ka harva. Igapäevapraktikas paneme kirja need otsused, kus patsient omal soovil ravist keeldub või soovib ravi lõpetada, et meil oleks pärast juriidiliselt mingisugune alus või miski, millele viidata.

**Tarvo Puri:** Sellest on siis ikkagi juttu patsiendiga, kas teatud juhul võiks ravi lõpetada?

**Mari Lõhmus:** Ühel hetkel oleme kõigi patsientidega sellises olukorras, kui ravi tuleb lõpetada. Eestis vähem, välismaal rohkem tehakse raviplaan onkoloogias pikemalt ette. Juba siis, kui on teada, et kasvaja haigus pole välja ravitav, aga elu pikendavaid ravivõimalusi diagnoosimise hetkel on palju, hakatakse rääkima sellest, kui palju meil võimalusi on ja mida me teeme siis, kui võimalused saavad otsa – millised on patsiendi soovid selles olukorras. Ma arvan, et seda tehakse järjest rohkem. Aga meil ei ole ühtegi sellist dokumenti, kuhu patsiendi soovid kirja pannakse või fikseeritakse. Sellist dokumenti, ingliskeelse nimetusega *advance care plan*<sup>1</sup>, meil ei olegi.

**Teija Toivari:** Meile satuvad hospiitsi<sup>2</sup> enamasti vähihaiged elu lõpus. Ütleme niimoodi, et selle 15 aasta jooksul, kui me oleme töötanud, on asi läinud paremaks. Nüüd on patsientidega juba vesteldud ka ravi lõpetamisest. Endiselt tuleb aga ka neid inimesi, kes satuvad hospiitsi, ilma et nad oleksid kindlad, kas ravi jätkub. Sugulastel võivad olla teised ootused kui patsiendil. Näiteks Soomes on *saattohoitopäätös* – lihtsalt mingil hetkel tehakse otsus, et nüüd ongi aktiivravi<sup>3</sup> lõpp ning selle asemel jätkub palliatiivne ravi<sup>4</sup> inimese elu lõpuni. Siis on palju lihtsam, sest kui selline patsient satub näiteks EMO-sse või kuhugi mujale,

<sup>1</sup> Ravi ja hoolduse tulevikujuhised (siin ja edaspidi: Mari Lõhmuse märkused).

<sup>2</sup> Hospiits on hospiitsifilosoofiast juhitud haigla, mis järgib ravis üldtunnustatud väärtusi nagu inimõigused, inimväärikus, võrdväarsus, võrdõiguslikkus, enesemääramisõigus ja vabadus otsustada. Hospiitsi töös on kesksel kohal terviklik inimesekäsitlus ka elu lõpul.

<sup>3</sup> Spetsiifiline haigusevastane ravi.

<sup>4</sup> Siin toetusravi ja sümptomeid leevendava ravi tähenduses.

siis teda ei hakata elustama. Me ei hakka selliseid agressiivseid meditsiinilisi võtteid kasutama, et hoida elu, mis tegelikult toob patsiendile ainult kannatusi.

Teine koht, kus me tunneme puudust sellest, et ei ole tehtud juhiseid, on siis, kui meie juurde tulevad need inimesed, kes elavad veel nädalaid, võib-olla isegi kuid, näiteks ajukasvajaga. Nad ei saa enam ise rääkida oma soovidest ega öelda, mida nad tahavad. Sugulased võivad olla erisugusel arvamusel. Mõned võivad täiesti leppida olukorraga, teised tahaksid veel saata inimese uuringutele ja leiavad, et teda peaks veel ravima. Mõned tahaksid, et me paigaldaksime sondi juhuks, kui ta enam ei suuda ise neelata. Vahel me töötajatena vaatame ja mõtleme, et kui me ise oleksime selle patsiendi nahas, siis me tõenäoliselt ei tahaks kõike seda. Siis meil ei jäägi muud üle, kui üritada rääkida lähedastega. Kui hästi see aga õnnestub, on iseasi. Pärast võivad tulla probleemid, kaebused. Alati on see küsimus.

**Liidia Meel:** Sageli on see kõik lähedaste jaoks niivõrd keeruline – emotsionaalselt, moraalselt ja ka teadmiste poolest. Haigla töötajatel – õdedel ja arstidel – puudub tihti endalgi emotsionaalne või sotsiaalne ettevalmistus, kuidas lähedasi toetada nende otsuste langetamisel. Et seda parandada, on näiteks rahvusvahelises diskussioonis pakutud välja *Facilitated Values History*. Patsiendi lähedaste narratiividest püütakse koguda infot patsiendi kui isiksuse kohta: mis mängis olulist rolli tema jaoks elu jooksul. See tähendab tema jaoks elu lõpu väärikust. See on erinev, milles seda väärikust nähakse. Selline raamistik aitaks nii töötajaid kui ka lähedasi, sest sageli võivad ka lähedaste otsused tulla esimese emotsiooni pealt, nii et tahetakse inimest võimalikult kaua elus hoida ja alles hiljem minnakse selle juurde, mis oli patsiendi jaoks oluline.

**Tarvo Puri:** Võtame nüüd sellise praktikas küll mitte väga levinud näite, et patsiendil siin Eestis on praegu endal üles tähendatud, kuidas teda ravida või mis juhul teda mitte ravida. Kas praegu Eestis arst arvestab sellega?

**Mari Lõhmus:** Kui nüüd soovid seal kirjapandus on kliiniliselt adekvaatsed ja arusaadavad ning lähedavad kokku arsti arvamise, mis võiks olla ravi puhul kõige rohkem patsiendi huvides, siis ma usun küll, et arstid püüavad neid otsuseid arvestada. Kui lisaks on ka võimalused olemas, s.t haigekassast rahalised ja ka tehnilised võimalused, siis neid arvestatakse. Teiselt poolt: kas see on suusõnaline, mis patsient ütleb oma ravi kohta, või kirja pandud? Ilmselt on põhjust eeldada, et soov on rohkem läbi mõeldud siis, kui see on dokumendina kirja pandud. Aga samamoodi arvestame ka patsiendi suusõnaliselt soovet.

**Tarvo Puri:** Siis jah, kui temal endal, sellel konkreetsel arstil, on võimalik arutleda patsiendiga nende küsimuste üle. Mina pidasin silmas pigem olukordi, kui patsient ei ole enam kontaktne, temaga ei saa kontakti, aga temaga kaasas on üks paber, kus on kirjas, et tema on otsustanud, et teda ei tohi ravida.

**Helgi Kolk:** Sellised paberid on muide täiesti olemas. Meil on näiteks Jehoova tunnistajad. Kui need inimesed jõuavad traumaosakonda, siis neil on väga kategooriline nõue, et neile ei tohi teha vereülekanne. Aga see on väga tihti vajalik juba enne operatsiooni. Teine asi on see, et suuremale operatsioonile ei saagi võtta patsienti, kes ei ole lubanud teha vereülekanne, sest see vajadus võib tekkida operatsiooni ajal või järel. Kuigi ma õpetan eetikakursusel teise aasta tudengitele seda, et patsiendi soov on ülimalt ning ei tohi olla niisugust asja, mida kutsutakse paternalismiks ehk arst võtab otsustamise enda peale, tema on see pool, kes teab, ja eeldab, et teine pool ei tea, siis tunnistan ausalt: tegelikult nende vanainimeste puhul me oleme küll kahevahel. Kui me näeme, et ta saaks sellest operatsioonist kindlat kasu, s.t pärast hakkab tõenäoliselt liikuma, aga kui me ei opereeri, siis ta ei hakka liikuma, siis ma olen võtnud neilt haiguslukku allkirja, öeldes, et me teeme vereülekanne ainult elulistel näidustustel. Alati pole meil seda vereülekanne ka vaja teha, aga lihtsalt meil peab olema garantii, sest me ei saa lasta haigel verest tühjaks joosta. Siis me peamegi täpselt niimoodi käituma, natuke üle kavaldama. See võib olla eetiline kategooria: kui me läheme selle inimese usu vastu, siis kui kõva see usk on ja kui suur on tema ellujäämise tahe. Ja kui ta jääb ellu, siis kas ta tahab jääda voodihaigeks või uuesti kõndima hakata, näiteks pärast reieluumurdu. Need on need valikud.

**Tarvo Puri:** Selline siseveendumus, jah, võib tekkida religioossetel põhjustel või kuidas tahes võib keegi oma sisemistes otsustes selleni jõuda.

**Helgi Kolk:** Jah, aga meie arstidena n-õ räägime neid ära, kasutades mingeid argumente, ja see ei ole sada protsenti meditsiiniliselt eetiline. Või lihtsalt ütleme, et me kasutame vereülekanne ainult elulistel näidustustel. Laias laastus see muidugi nii ongi. Aga teisalt me peaksime seda aktsepteerima, et kui inimene ütleb ei, siis see on ei. Niimoodi see ju on. Kui see on täiesti konkreetselt kirjalikult vormistatud – ja neil on, alati kaasas ka –, siis see on aktsepteerimise küsimus.

**Tarvo Puri:** Küsin siit edasi: kas nad kasutavad mingeid kindlaid vorme?

**Helgi Kolk:** Jaa, neil on kindlad vormid, kuhu on kõik märgitud. Seal on trükitud tekst. Ma arvan, et see on neil kõigil ühesugune.

**Tarvo Puri:** Kuidas on teiste kokkupuude selliste dokumentide ellurakendamisega?

**Teija Toivari:** Ei tule meelde, et meil oleks neid olnud. Aga selline juhus, kus oleks tõesti väga hea, kui oleks, on hetk – hospiitsis on see hetk kriitiline –, kui patsient enam ei neela, s.t seisund on läinud nii raskeks. Siis ongi seesama küsimus, kas tilgutada edasi tilgainfusiooni<sup>5</sup> kaudu, panna talle sond või lasta lihtsalt inimesel olla. Need on väga keerulised hetked. Kui meil oleks paber patsiendi sooviga selle kohta, et midagi sellist ei kasutata, siis nii kaua, kui see ei ole juriidiliselt kehtiv, sõltub väga palju sugulastest – kas me julgeksime selle järgi toimetada või mitte.

**Tarvo Puri:** Valikukoht ongi kindlasti see, kelle arvamus on kõige tähtsam. Juhul kui patsiendil, kes täna enam meile midagi ei ütle, on varem midagi välja öeldud, siis kas peaks arvestama sellega või nende sugulaste arvamusel, kes tema palatis ümber ta voodi istuvad?

**Helgi Kolk:** See on tegelikult üks väga oluline punkt. Kui meil läheb selle elutestamendi või tervisetestamendi tegelikuks tegemiseks, siis on hästi tähtis, et inimene ise määrab, kes otsustab, sest see on võtmeküsimus. Tihti on sugulastel väga erinevad, täiesti diametraalselt vastupidised huvid. Ühel päeval me jõuame otsusele, et edasine tegevus ehk operatsioon on liiga riskantne ja ei paranda inimese edasist elukvaliteeti. Aga järgmisel päeval on helistatud kliinikumi juhatusse: „Mõtelge, ta jäeti opereerimata!“ Patsiendi enda arvamust ei ole enam kuskilt küsida. Sugulased võitlevad siis omavahel ja ...

**Teija Toivari:** Just. Sellepärast oleks hästi hea, kui patsiendi soov oleks ametlik. See annaks patsiendile turvatunde ka, kui me suudame teha selle järgi, mida patsient soovib.

**Helgi Kolk:** Mul oli näiteks kaks nädalat tagasi selline situatsioon, et mehel oli jala gangreen ja ta ei olnud kroonilise psüühikahäire tõttu ise otsustusvõimeline. Vajalik oli jalg amputeerida. Nõusolekut küsiti tema endise abikaasa käest, kellega nad ei olnud ametlikult lahutatud. Abikaasa ei lubanud jalga amputeerida. Mees oli talumatus valus – meil ei olnud valuvaigisteid, millega seda vaigistada –, aga ilma loata jalga amputeerida ei tohi. Lõpuks personal suhtles nii palju abikaasaga, et ta oli nõus.

**Mari Lõhmus:** Need olukorrad on emotsionaalselt väga keerulised. Parem on otsused teha ära enne, kui hakata neid tegema kriisiolukordades või keerulises olukorras, nagu seda on lähedase inimese surm või raske haigus. Isegi kui neid teemasid on väga keeruline arutada või neid ei taheta arutada, sest kogu raske haiguse teema võib olla tabuteema, surmateema sealjuures, siis välismaa kogemus ütleb, et mida varem keerulisi teemasid arutada, seda paremini pärast rasked olukorrad kulgevad.

**Tarvo Puri:** Kas see arutelu võiks siis olla arsti ja tulevase patsiendi vahel? Selles mõttes, et tal ei pruugi olla praegu veel mingit otsust tervisehädas. Mõnes riigis öeldakse teatud vanuse saabumisel, et nüüd on sul aeg teada anda, mis on sinu otsused nendes küsimustes.

**Helgi Kolk:** Arutada tuleks ikka perearstiga. Arsti poole ollakse harjunud pöörduma kogu elu jooksul. Perearst on igaühel olemas, aga oma notarit kõigil ilmselt ei ole.

**Liidia Meel:** Haiglas peaks arst olema nii palju informeeritud ja ette valmistatud, et ta oskaks esmaselt suhelda ja tähelepanu pöörata nendele küsimustele, aga oskaks ka viidata teistele spetsialistidele. Ei ole nii, et ainult arstiga koos peaks tegema otsuseid. Võib-olla need teemad, millesse tuleks süvitsi minna, on rohkem sotsiaaltöö valdkonnast, psühholoogia või siis ka hingehoiu poole pealt.

**Tarvo Puri:** Siin on nüüd kaks valikukohta välja koorunud. Üks on see, et inimene ise ütleb – kõige lihtsam oleks tal seda mingi vormi kaudu teha –, mida ta tahab, et temaga tehakse ja mida mitte. Sellises olukorras, kus temaga arutatakse tema ravi jätkamist või selle lõpetamist, räägitakse juba väga varases etapis läbi, mis on tema enda eelistused. Teine variant on, et selles dokumendis oleks kirjas üks nimi, kes tema eest neid otsuseid teeb, et ei tekiks sugulaste-lähedaste vahel eriarvamusi, mille vahel arst peaks otsustama ja ise vaatama, kelle arvamusel arvestada. Kuidas teie vaates tundub see paremini ellu rakendatav? Kas see, kui inimene ise juba terve olles teeb neid valikuid mingite lahtrite täitmise kaudu või see, kui ta ütleb mõne inimese, kes võib teha tema eest otsuseid siis, kui tema enda käest enam küsida ei saa?

**Mari Lõhmus:** Mina arvan, et neid võib teha ka koos.

**Teija Toivari:** Jah, see on juba sellepärast hea, et kui inimene on teinud need otsused palju varem, siis ta mõtted võivad aja jooksul ka muutuda. Kui ta paneb sinna ka selle lähedase nime, siis tema teab tõenäoliselt inimese elu sellel hetkel ja seda, milliseid otsuseid ta siis teeks.

**Liidia Meel:** Need lähedased, kes on seal märgitud, on näiteks Inglismaal ka selle dokumendi hoidjad selles mõttes, et nende kätte lähevad koopiad.

<sup>5</sup> Veenikaudne vedelikuasendusravi.

**Helgi Kolk:** Meil peaks see kindlasti olema e-tervise süsteemis. Kui onkoloogias tõesti ei pea ühe päevaga midagi otsustama, siis kirurgias tuleb seda väga tihti ette. Eestis on väga selgelt näha, et suureneb 80-aastaste ja vanemate hulk ning ka üle 85-aastaste absoluutarv kasvab kogu aeg. Meil on osakonnas tavaline haigete arv 40. Spordi- ja töötraumatoloogia on nüüdsel ajal tagaplaanile jäänud. Meil ei ole ka enam nii palju liiklusvariisid. 1990-ndatel oli 400 liiklusraskest aastast, praegu on 60–70. Nii palju on ka vigastatuid. Asemele on tulnud vanainimesed. Haiglaravi vajavaid traumadega patsiente on sama palju kui kakskümmend aastat tagasi.

**Tarvo Puri:** Niisiis Jehoova tunnistajate ringis on mingid dokumendid kasutusel. Lisaks sain eelnevast jutust teada, et patsientidega väga raskes olukorras räägitakse, arutatakse valikuid. Kas kusagil digiloos on midagi nendest aruteludest või dokumentidest nähtaval?

**Mari Lõhmus:** Meil käivad kõik onkoloogilised otsused konsiiliumi<sup>6</sup> korras. Konsiiliumi korras püüame vormistada ka ravi lõpetamise otsuseid. Meie tehnoloogiline probleem on see, et need konsiiliumi otsused, millega inimene läheb sümptomaatilisele ravile<sup>7</sup>, ei jõua e-tervise süsteemi. Need on nähtavad ainult meie haigla siseses süsteemis.

**Helgi Kolk:** Kas teil haiged on kohal, kui see onkokonsiilium toimub?

**Mari Lõhmus:** Ei. Need olukorrad, kui tehakse sümptomaatilise ravi otsus, võivad meditsiinis olla väga erinevad. Otsus võib sündida patsiendi ja raviarsti vestlusest patsiendi eelistusi ja arsti soovitusi arvesse võttes. Samas võib see otsus olla ka arstlik konsiiliarne otsus, mille raviarst patsiendile edastab. Ka patsiendi üldseisund ja teadvusseisund võib olla heast kuni väga halvani, nii et alati ei saa patsiendiga kõiki ravi tahke arutada.

**Tarvo Puri:** Kas keegi sellest konsiiliumist on enne selle haigega rääkinud?

**Helgi Kolk:** Jah, raviarst.

**Mari Lõhmus:** Harvad on juhud, kui me tõesti läheme selle seltskonnaga patsiendi voodi kõrvale ja teeme otsuse palatis.

**Tarvo Puri:** Mulle tundub juristina kõrvalt vaadates, et kui üks sellest konsiiliumist on patsiendiga rääkinud ja annab kõigile edasi tema soove, siis see on ka igati loogiline.

**Mari Lõhmus:** Kõik ei pruugi olla ka patsiendi soovid, vaid see on see kliiniline<sup>8</sup> olukord, s.t need on kliinilised andmed, mille põhjal me selle otsuse teeme.

**Tarvo Puri:** Aga sealjuures on ikkagi ka patsiendi enda vaade.

**Helgi Kolk:** See jääb küllaltki tagaplaanile.

**Mari Lõhmus:** See võib täiesti tagaplaanile jääda. Patsient võib mitte nõustuda ravi lõpetamise otsusega. Kui meil pole kliiniliselt võimalik ravida, siis ei tähenda see seda, et igasugune ravi lõppeks. See tähendab seda, et lõpeb onkospetsiifiline ravi, kasvavastane ravi, edasi aga läheb valuravi<sup>9</sup>, toetusravi<sup>10</sup>, infektsiooniravi jne.

**Teija Toivari:** Lihtsalt mõte, mille üle võib-olla tasuks ka Eestis arutada. Šotimaalt käis üks palliaatiivse ravi arst, kes rääkis hästi põhjalikult sellest, et see on tegelikult hea, kui otsustamisse saab kaasata ka patsienti. Mis siis, kui kliiniliselt on väga üheselt arusaadav, et ei ole mõtet ravi jätkata. Aga see on selle inimese seisukohast väga oluline, et ta on kaasatud tema elu lõpul tehtavatesse otsustesse.

**Liidia Meel:** Küsimus on selles, et kui patsient on kriisiolukorras ja temaga mingisugused sündmused toimuvad, kas haiguslikud vms, siis ta ei pruugi alati aru saada sellest informatsioonist, mis talle antakse, sest inimesed on erinevad ja olukorrad ka. Sageli ta ei suuda isegi ajus salvestada seda infot. On katsetatud sellist asja nagu *shared decision making*, kus patsient on kaasatud konsiiliumi. Võrreldes tavapärasega, kus patsiendiga on konsultatsioon enne ja siis pärast konsiiliumi, siis tegelikult need patsiendid, kes said konsiiliumis ise osaleda, olid oluliselt paremini informeeritud ja said tunduvalt paremini aru oma seisukorrast ning nendest valikutest, mis ees seisisid.

**Teija Toivari:** Ma olen täiesti nõus sellega, sest kui me alustasime hospiitsi, siis enamik patsiente ei teadnud isegi, et nad on vähahaiged, rääkimata sellest, et aktiivravi on lõpetatud. Nüüd on muutunud see, et viimastel aastatel juba seaduse järgi peab patsient teadma oma olukorrast. Enamik patsiente teab,

<sup>6</sup> Patsiendi haiguse diagnoosimiseks ja ravi määramiseks korraldatud mitme eriala arstide nõupidamine. Multidistsiplinaarsesse onkoloogilisse konsiiliumisse kuuluvad kirurg, keemiaravi arst, kiiritusravi arst, radioloog ja patoloog.

<sup>7</sup> Sümptomeid leevendav ravi olukorras, kus spetsiifiline haigusevastane ravi on lõpetatud.

<sup>8</sup> Uuringutega kinnitunud terviseandmed ja konkreetse patsiendi terviseseisund.

<sup>9</sup> Valu leevendav medikamentoosne ravi, teatud juhtudel ka valu leevendav kiiritusravi või närviblokaadid.

<sup>10</sup> Ühine otsustamine.

kui ollakse näiteks vähihaige. Osa teab ka seda, kui spetsiifiline ravi on lõpetatud, osa puhul on see jäänud kuidagi lahtiseks. Aga sellel on väga suur mõju, mismoodi see info on jõudnud patsiendini. Kui see tuleb kuskilt ülevalt poolt, et nüüd on kõik, ravi lõpetatud, midagi ei tehta, siis patsiendil kaob lootus ära. Kui tal on jäänud veel kuid elada, siis meie üritame seda lootust uuesti üles ehitada: praegu tuleb veel ju elada. Et arvestada selle inimese elukvaliteeti ka elu lõpus, oleks hästi hea, kui ta oleks kaasatud terve see aeg.

**Liidia Meel:** Ma lisaksin eri spetsialistide poole pealt, et kui me räägime nendest dokumentidest ja vormidest, siis me ei saa rääkida ainult sellest dokumendist endast, kuhu märgitakse õiged vastused, vaid patsiendid tahavad arutleda nendel teemadel eri tasanditel. See ei ole ainult füüsiline pool või ainult sotsiaalsed suhted, vaid on ka eksistentsiaalsed ja spirituaalsed küsimused.

**Tarvo Puri:** Võtame korra ikkagi sellise patsiendi näite, kes tahaks, et temale raviteenust ei osutataks – ta on otsustanud, ta ei taha, et tema valu ja kannatust pikendataks. Oletame, et konsiilium on koos. Kas seal konsiiliumis küsitakse, et kas meist keegi on patsiendi käest uurinud, mis ta ise ravi jätkamisest arwab? Äkki on tegemist sellise patsiendiga, kes ei taha ravi.

**Helgi Kolk:** Mina käin kahes konsiiliumis. Ortopeediakonsiiliumis on vahel nii, et otsustajate ringist paljud on residendid, kes tegelikult arvamust ei avalda. Patsient tuleb tuppa, kus on valgetes kitlites inimesed; tal lastakse küsida, tal on enamasti saatja kaasas. Otsuseid arutatakse, neid aktsepteeritakse väga hästi. Aga just onkokonsiiliumi otsuseid, kui need ei ole sugugi mitte ravi lõpetamise otsused, vaid just nimelt raviotsused – kas teha kiiritusravi või kemoterapiat või millest, millal ja kus alustada –, on haigetele märksa raskem serveerida. Kui ma tulen sealt konsiiliumist, haige on võib-olla juba haiglast ära läinud, siis ma pean helistama talle või mõnele sugulasele või perearstile. See on märksa keerulisem situatsioon. Kui see inimene ongi seal ruumis meie ees, siis tihti võtame ta seal riidest lahti. Ise me arvame, et situatsioon on haige jaoks ebamugav. Aga tegelikult haiged aktsepteerivad väga seda, kui nad näevad, kuidas tehakse otsus. Näiteks otsustatakse mitte opereerida mingisugust suurt luustiku deformatsiooni – üks jalg on teisest palju lühem ja kõndida on väga halb, aga otsus tuleb selline: me ei saa seda parandada. Selle otsuse tegi niisugune konsiilium. Mitte ei helista üks arst, kes käis seal onkokonsiiliumis, kus võib-olla tarku otsustajaid oli palju rohkem ruumis, aga see haige ei tea, kuidas see otsus sündis. See on tegelikult emotsionaalselt ka väga oluline moment.

**Tarvo Puri:** Need arutelud, mis haigega on toimunud, peaks ju ikkagi kuskil olema nähtaval – ühe päeva, ühe nädala ja ühe kuu pärast. Ma saan aru, et kuhugi andmebaasi haige enda otsuseid kirja ei ole pandud.

**Helgi Kolk:** On küll. Meil on niisugune haige päevik nii haiglas kui ka ambulatoorselt<sup>11</sup>, kuhu saame kirjutada kõike, mida tahame. Iseküsimus on see, et vastuvõtuaeg on 15 minutit. Sa kasutad selle 15 minutit ära selleks, et tegelda haigega. Pärast oma vabast ajast trügid neid asju sinna sisse ja siis oled küllaltki lakooniline, paned mingid põhipunktid kirja. Ja asju, mis ei ole võib-olla väga nõutud või traditsioonilised, neid kannad enda pea sees.

**Tarvo Puri:** Kas seal olemuslikult võib siis olla ka märke, et ta ei soovi raviteenust? Kas sellega järgmine kord arvestatakse?

**Helgi Kolk:** Ikka.

**Mari Lõhmus:** Sellised asjad me paneme kirja. Ajafaktor mängib samasugust rolli ka meie konsiiliumis. Kindlasti on konsiilium patsiendile palju kõnekam siis, kui ta tuleb kohale. Aga kui neid kohaletulijaid on ühel päeval 20 ja kõik võtavad riided seljast ja tahavad oma pilte vaadata, ja siis on veel sugulaste küsimused, siis inimlikus mõttes on väga oluline neid asju seletada ja rahulikult seletada. Aga meil ei ole tihtipeale seal konsiiliumis rahulikult seletamise aega. See on põhjus, miks lähivad konsiiliumid järjest rohkem seda teed, et üha vähem patsiente kutsutakse kohale ja otsuseid tehakse andmete põhjal või ka raviarsti hinnangu järgi.

**Liidia Meel:** Kui palju patsient psühholoogiliselt on võimeline ühekorraga infot vastu võtma ja meelde jätma? Kriisiteooriate järgi on üldiselt nii, et keegi teine isik võiks olla kaasas, kes aitaks pärast meelde tuletda ja üle seletada. Kuidas oleks tugispetsialistide kaasamisega konsiiliumis, nii et konsiiliumis oleks kohal psühholoog, sotsiaaltöötaja ja hingehoidja või näiteks mõni õde, nõustaja, kes pärast võtaks selle patsiendi käekõrvale, istuks temaga koos maha ja räägiks need punktid veel korra läbi?

**Mari Lõhmus:** Meil on mõned konsiiliumites proovinud nii teha ja see on olnud väga positiivne.

<sup>11</sup> Polikliiniku vastuvõtt.

**Teija Toivari:** See tundub hea ka selles mõttes, et kui patsient ütleb mingit soovi, siis me ei hakka ühe emotsiooni najal öeldut kirja panema. Kui miski on ühe emotsiooni mõjul ühel hetkel öeldud, siis võib see muutuda, aga kui see on juba kirjas, siis kõik arvestavad, et nii ongi.

**Tarvo Puri:** See muutmise ja muutumise võimalikkuse küsimus on ka elutestamendi puhul oluline. Kas see, mis ükskord, näiteks kunagi 58-aastaselt, sai kirja pandud oma tuleviku jaoks, ka aasta või kahekolme pärast kehtib? Juhul kui nüüd elutestamentide jaoks tekiks mingi lahter või register, kust siis kõik arstid seda vaataksid, peaks see hõlmama ka ajalist muutmist, sest viimane on see, mis kehtib. Kas teie arvamus on sama?

**Helgi Kolk:** Absoluutselt. Inglismaa ühes versioonis on nii, et seda vaadatakse vist kahe aasta järel läbi. Võib ka suvalisel ajal, kui tuleb mingi uus haigus või mis on tahes probleem – sa võid seda alati muuta, see ei ole muutmatu.

**Tarvo Puri:** Kas see praegune teie märkmete tegemise või info ülestähendamise süsteem võimaldab mingit järjestust vaadata: et see viimane info on just see, mis mulle praegu ette jooksis, mitte see ei ole üleelmine info, mida inimene kunagi ütles?

**Helgi Kolk:** See praegune digilugu on kergelt primitiivne. Kui me selle lahti võtame, siis paljusid asju pole näha: mis selle sisu on jne. Sa pead tohutult palju visiite ja eri nimesid lahti klõpsima ja siis sa ei saagi aru, kus need olulised asjad on. Nii et selle läbikaevamine võtab väga palju aega. Kui see oleks natuke paremini süstematiseeritud, siis leiaks ilmselt kergemini olulisi asju üles, aga praegu peab seal päris palju kaevuritööd tegema.

**Teija Toivari:** Jah, see peab olema nii, et jääks kogu aeg võimalikult värske info ja see oleks kuidagi kättesaadav.

**Tarvo Puri:** Aga liigume edasi nende näidete juurde, kui inimene oma juristiga suhtleb ja arutab neid küsimusi, on see siis advokaat või notar. Paljudes riikides on ka lihtsalt kaks tunnistajat, kes elutestamendile alla kirjutavad. Kas te tajute, et selles olukorras, kui need otsused on läbi arutatud, aga mitte arsti, vaid hoopis teise valdkonna inimesega, võib juhtuda nii, et midagi läheb teisiti? Näiteks arst saab selle dokumendi, aga sealne info ei ole selge ega arusaadav, kuigi seda on enne juristi või tunnistajatega arutatud. Tõlkes läheb midagi kaduma ...

**Liidia Meel:** Siin on interdistsiplinaarse ja multidistsiplinaarse suhtluse vahe. Kui igaüks üksinda, omaette tegeleb selle valdkonnaga, siis võib see tõesti nii juhtuda. Interdistsiplinaarsus eeldab seda, et erinevad spetsialistid omavahel suhtlevad ja pärast võetakse see koos kokku.

**Tarvo Puri:** Mingid vormid või näidised on ilmselt ka mujal maailmas levinud. Kas need oleks abiks? See aitaks vältida infokadu, info valesti või puudulikult edasiandmist.

**Teija Toivari:** Ma arvan, et peab kindlasti olema ka meedik, kellega arutada, sest tema saab ju öelda ka, mis on ühe või teise otsuse eeldatavad tagajärjed. Muidu jääb küsimärk, et kas patsient on piisavalt informeeritud.

**Helgi Kolk:** See võrdub Jehoova tunnistajate otsusega, kes on väga järjekindlalt mingi ühe asja vastu ega suuda näha, mis võivad olla selle tagajärjed.

**Tarvo Puri:** Rainis Int on teinud ühe teadaoleva elutestamendi. Võib-olla sa räägid selle inimese lugu? Ta oli küllaltki eakas inimene ja ma saan aru, et tema soov oli üldse igasugustest raviteenustest täiesti ilma jääda, kuna ta pidas ennast valmis olevaks siit ilmast lahkuma, kui see aeg tuleb.

**Rainis Int:** Inimene, kes selle elutestamendi tegi, tema sünniaasta oli, kui ma ei eksi, 1940 millegagi. Nii et mitte kõige vanem inimene. Tema ütluste kohaselt tal ühtegi sellist haigust ei ole, mis peaks teda lähiajal siit ilmast ära viima. Tema filosoofiline taust oli see, et ta ei taha kuskil masina küljes elada, ta ei taha kellelegi kaela peale jääda. Lapsed on tal välismaal ja abikaasa oli tal juba üle 90 aasta vana. Nii et tema seisukoht oli selline, et kui temaga midagi juhtub, siis ... Ta oli selline aktiivse eutanaasia pooldaja, kes tahaks, et see oleks Eestis lubatud.

**Tarvo Puri:** See dokument väljendas soovi, et teda ei ravitaks mitte ühelgi juhul.

**Rainis Int:** Jah. Selle dokumendi koostamisse oli peale minu kaasatud veel advokaat ja ka arst. Sinna sai kantud terve loetelu raviteenustest, mida talle osutada ei tohi, nagu vereülekanne, mehaaniline ventileerimine, sondi kaudu toitmine. Seal oli veel neid raviteenuseid, mida mina ise notarina ei oleks osanud talle välja pakkuda. Kui inimene tuleb notari juurde ja ütleb, et ma tahan elutestamenti saada, siis mina notarina ei oskagi öelda neid raviteenuseid, millest keelduda. Tegimegi näidise arstiga koostöös. Sinna sai kirja, mida talle kindlasti osutada ei tohi. Tõime esile selle, et tema puhul tohib kasutada ja tema suhtes tuleb rakendada ainult palliatiivse ravi meetodeid.

**Tarvo Puri:** Kas te seda arutasite, kuidas see nähtavaks muutuks?

**Rainis Int:** Me saime aru, et digilugu, e-tervis ja mis iganes need vahendid on, ei ole need kohad, mida arstid igal juhul vaatavad, meil jäi vähemalt selline mulje.

**Helgi Kolk:** Jah, tegelikult nii on.

**Rainis Int:** Siis me ei suutnud pakkuda talle muud lahendust kui see, et koostati nimekiri kõigist ravi-asutustest, kuhu tal on Eestis võimalik sattuda, ja see dokument saadeti sinna.

**Helgi Kolk:** Kuidas see jõuab konkreetse arstini, kes on valves?

**Tarvo Puri:** Oletame, et ta ongi sattunud mingi terviserikkega arsti juurde ja see paber on ka jõudnud arstini. Kas siis praegu arvestatakse sellega, et ta ei taha mingit ravi?

**Helgi Kolk:** See vist ikka sõltub erakorralisel juhul olukorrast. Nagu te ütlete, on ta umbes 70-ndates. Kui tal on näiteks Eestis praegu äge müokardiinfarkt<sup>\*12</sup>, siis see on täiesti ravitav, isegi kui ta on kirjutanud sinna, et teda sel juhul mitte ravida. Nii et see sõltub ikkagi olukorrast.

**Teija Toivari:** Äkki ta peaks seda paberit ikkagi kaasas ka kandma? Kui tal juhtub mingi avarii, tuleb kiirabi ja elustab ta, siis jääb ta sellisesse seisundisse ja viiakse haiglasse. Edasi jääb ta vegetatiivsesse seisundisse.<sup>\*13</sup> Tegelikult peaks tema soov olema teada juba sel hetkel, kui kiirabi jõuab.

**Rainis Int:** Jah, sellest me temaga ka rääkisime. Kodus on tal olemas see paber, mille me tegime. Küsimus oli pigem selles, et – ta ise ütles, et ta abikaasa on tugev kristlane – kas seda paberit näidatakse õigel hetkel. Ta kahtles oma abikaasas, kes püüab ilmselt tema dokumenti varjata.

**Helgi Kolk:** Selle dokumendi koostamisel arst küll aitas teil leida asutusi ja protseduure, aga tegelikult peab hindama ka inimese vaimset seisundit sellel hetkel, kui ta niisugust avaldust teeb. Ka see on arstlik osa: välja selgitada, kas ta pole äkki sügavas depressioonis ja sellepärast vormistab endale sellise dokumendi.

**Rainis Int:** Notari töö osa on ju ka teo- ja otsusevõime kontroll. Selles mõttes ta oma testi läbis. Aga kindlasti on notaritöö häda ka see, et me ei ole psühhiaatrid ega oska selliseid asju alati saja protsendi kindlusega öelda. Tõenäoliselt on seal mingeid nüansse, millega saaks meid ka n-ö lohku tõmmata. *Mini-mental test*<sup>\*14</sup> ei pruugi alati õiget vastust anda.

**Liidia Meel:** On eri tasandid, mille järgi seda peaks hindama. Ei ole ainult psühholoogiline või psühhiaatriline. See otsus võib sündida ka sotsiaalselt pinnalt, sotsiaalsete suhete tõttu. See võib sündida religiooselt pinnalt. Nii et sellega peaks olema seotud eri spetsialistid, kes oskaksid nendes teemades süvitsi minna. Inglismaal oli minu meelest näiteks nii, et elutestament läheb perearstile, siis raviarstile, siis läheb nende mõistes elektroonilisse süsteemi nagu e-tervis. Seda, kas inimene tahab seda sinna panna või mitte, otsustab ta ise. Ta saab seda kaasas kanda ja see on ka kodus. Siis läheb see nendele isikutele, kelle ta on sinna märkinud. Mitte nii, et kristlasest abikaasa kodus otsustab, kas ta seda paberit näitab või ei näita. Need, keda inimene ise usaldanud on, ilmselt on ka usaldusväärsemad ja tõesti näitavad seda dokumenti vajaduse korral.

**Helgi Kolk:** Jah, aga nad ei pruugi kohal olla, kui teda kodus elustatakse.

**Tarvo Puri:** Ma saan aru, et teie arvates on kõige kindlam ikka see, kui arst on selle otsuse temaga koos läbi arutanud. Arst oskab ka neid perspektiive kõige paremini kirjeldada ja hinnata, millised on tänapäevased ravivõimalused mingites seisundites, olukordades.

**Liidia Meel:** Arst peaks tegema koostööd ka teiste spetsialistidega, sest arstil endal ei ole ilmselt aega, et ta suudaks igas valdkonnas pädev olla.

**Teija Toivari:** Siin tekib tõesti ka see küsimus kahjuks – kuna meil on sotsiaalvaldkond Eestis nii mõneski mõttes välja arenemata –, et lastel ja lastelastel on vanade inimeste eest hoolitsemise korral majanduslikult suur koorem. Seal võivad olla ka mingid sellised mõtted taustal. See on valus teema ja sellega peaks tegelikult tegelema.

**Helgi Kolk:** Just. „Ei ole raha, et minna hooldekodusse, keegi ei jõua selle eest maksta, parem tehke mulle süst.“ Kes ei oleks seda kuulnud?

**Rainis Int:** Selle juhtumi puhul ei küsinud ma kellegi pangakonto väljavõtet.

**Tarvo Puri:** Järgmine on võib-olla rohkem juristide teema. Kuidas on arstide hulgas praegune teadmine või arusaam: kas selleks, et Eestis elutestament üldse saaks tekkida või sellega arvestada, peaks seadusesse mingeid täiendusi ja muudatusi tegema?

<sup>12</sup> Südamelihase infarkt.

<sup>13</sup> Raske ajukahjustuse seisund, milles inimene on ärkvel ja säilitanud võime ise hingata, avada silmi, säilitada vereringet, kuid ta ei reageeri kuidagi väliskeskkonna ärritustele.

<sup>14</sup> Inimese kognitiivseid võimeid hindav lühike test.

**Helgi Kolk:** Kindlasti. Sellel peab olema ikkagi seaduse jõud. Muul juhul on ju väga raske mõelda, et keegi toob mingi paberi kaasa või et midagi pannakse digitaalsesse haiguslukku, kui see ei ole Eestis seadustatud. Siis tuleb sinna vastav rubriik. Praegu on digitaalses haigusloos mh selline meditsiiniliste andmete koht, mis läheb punaseks, kui inimene kannab mõnda ohtlikku mikroobi või tal on allergia. Siis peaks ka minema see punaseks, et vaat, temal on tehtud niisugune otsus. Siis on kohe näha, kui ta kuskile, minu pärast kasvõi EMO-sse, sisse kirjutatakse. Sest tõesti, krooniliste asjadega on aega, aga kõige keerulisemad kohad ongi needsamad, kus otsus tehakse väga kiiresti. Nii nagu teie siin ütlesite, et pärast on ta vegetatiivses seisundis, elustatud, aga siis me ei saa tehtut kuidagi tagasi võtta.

**Mari Lõhmus:** See, et oleks dokument, pole oluline mitte ainult haigete inimeste jaoks, vaid tervete jaoks samamoodi. Terved inimesed peaksid saama natuke läbi mõelda oma soove juhuks, kui nendega midagi juhtub.

**Tarvo Puri:** Tundub, et seadus on täiesti valmis selleks, et meditsiin ja juristid peaksid elutestamentidega arvestama. Pigem on praktika jäänud kuidagi takerduma või ootab järgmist põlvkonda. Reguleerimist vajaks see, kuidas info oleks hästi lihtsalt nähtaval ja digilugu või e-tervis näitaks seda, kui sinna sisse logida. Võib-olla peaks olema ka norm selle kohta, kas see võib olla inimese enda üksinda tehtud otsus või peaks seal olema veel arsti, kahe tunnistaja ja notari kinnitus ka peal. Tähtis on, et kui inimene seda otsust tegi, sai ta ikkagi oma teo ja otsuse tagajärgedest aru.

**Helgi Kolk:** Mis on aga selle õiguslik jõud? Ma võin koostajana sinna põhimõtteliselt kõike kirjutada. Kas minul arstina on kohustus seda järgida?

**Tarvo Puri:** Praegune seadus, s.t üldine reegel ütleb, et tervishoiuteenust võib osutada ainult patsiendi nõusolekul, ja seal on mõni lõik juures, näiteks kui nõusolek on leitav kuskilt minevikust, siis tuleb ka sellega arvestada. Selle alla mahuks tegelikult ka elutestamendid. Kehv või puudulik on see süsteem, kuidas neid nõusolekuid nähtavamaks muuta just sellel kõige tähtsamal, vajalikul hetkel.

**Rainis Int:** Kui me sellest meie tehtud dokumendist räägime, siis me ei pealkirjastanud seda kui elutestamenti, vaid see oli avaldus raviteenuse osutamisest keeldumiseks. Me kasutasime võlaõigusseaduse terminoloogiat, mis räägib raviteenuse osutamise kriteeriumitest ehk sellest, millal võib patsiendile raviteenust osutada. Nii et jah, elutestamendina me seda ei vormistanud ja seadusest – kui me vaatame õigusakte, mis kehtivad – me sellist mõistet ei leia. Sellist terminit ei ole. Aga dokumendile, mille me vormistasime, panime pealkirjaks „Avaldus raviteenuse mitteosutamiseks“.

**Helgi Kolk:** See on praeguses kontekstis isegi paremini arusaadav. Kui sa sellises valdkonnas tegutsed ja niisugust asja näed, siis saad aru, et sellel ongi mingi tähendus.

**Mari Lõhmus:** Kui küsimus oli, millises vormis see peaks olema või kes seda peab allkirjastama, siis minu meelest oleks abiks, kui on mingisugune kindel põhi või vorm, mis sagedasemad juhtumid ära katab, ja siis on seal veel mingisugune vaba väli, mida patsient saab ise täita – mida ta soovib või kindlasti ei soovi. Kes peaks olema sellesse protsessi kaasatud? Ma arvan, et peale patsiendi võiks seal olla meditsiiniline, ja nagu on juba mitu korda esile toodud, psühhosotsiaalne abi, hingehoidlik abi või nõustamine, ning juristide esindus. Samuti peaks olema keegi lähedane inimene või kontaktisik.

**Liidia Meel:** Ma sattusin just lugema ühte artiklit Hollandi kogemusest. Kui inimene väljendab – nagu me enne rääkisime – surmasoovi, on see mõistatav erinevas intensiivsustasemes. Alates sellest, et ta on suitsiidne ja soovibki elu lõpetada, või on tal lihtsalt sellised uitmõtted, mis kaasnevad raske haigusega, ja elust loobumine või ravist keeldumise järel suremine võimaldaks justkui põgenemist raskest olukorrast. Sealjuures ei seisne raske olukord ainult füüsilistes sümptomites või põhjus ei ole ainult selles, et ei taheta kellegi kaela peale jääda, vaid seal on ka teisi tasandeid. Üks neist on tunnetatud väärtus, väärikus. See konkreetne artikkel tõi nõustamisnäite. Eri valdkondades võib olla erisugust nõustamist, aga see artikkel käsitles *dignity psychotherapy*'t, mis on psühhoteraapia üks vorm. See konkreetne patsient ei tahtnudki pärast seda ravist loobuda, sellepärast et ta sai oma tuumväärtustest rääkida, need läbi arutada ja leida n-ö tuumidentiteedi üles – kes ta on ja mis põhjusel ta võiks veel siin kesta. Seega see ei ole ainult füüsiline pool.

**Helgi Kolk:** Kust üldse see temaatika on tulnud? Miks seda ei arutata juba ammu? Viiskümmend aastat võib-olla on arutatud, aga mitte palju rohkem. See ongi tulnud tegelikult koos tohutu meditsiiniprogressiga, mis laseb neil inimestel, kellel ei ole enam mõistust, kellel ei ole enam suutelisust ennast kõnes väljendada, olla elus. Sealt on tegelikult see kõik ju tulnud.

**Mari Lõhmus:** Meditsiinis on teinekord kergem ravida kui ravi lõpetada. Lõputut ravi on teinekord kergem jätkata, kui teha see otsus, et ravi ei ole patsiendi huvides.



**Helgi Kolk:** Samas on see tohutu ressursikulu, eriti onkoloogias võib ravi olla väga kallis. Aga muus mõttes ka. Palliatiivne ravi ei ole ju Euroopas enam ammu ainult vähihaigete ravi, vaid see on kõigi terminaalsete<sup>\*15</sup> või peatselt surra võivate haigete ravi. Ükski arst ei oska ka ütelda, kas on jäänud kaks nädalat või kaks kuud. Vahel tuleb ette üllatusi. Igal juhul on palliatiivne ravi laiem mõiste, s.t ei ole ainult onkoloogilised haiged, vaid ka näiteks eakad dementsed haiged.

**Teija Toivari:** Jah, ravi võib tähendada suuri vaevusi. Ise näen just sonde.<sup>\*16</sup> Ja lõpuks tekivad ju lamatised, mis võivad olla kuude viisi.

**Tarvo Puri:** Laias plaanis kogu selle vestluse, kogu selle artikli, kogu selle teema mõte ongi see, et inimesel võiks olla võimalus neid asju arutada siis, kui ta on veel aruteluks võimeline. Ma tajun nii oma töös kui ka siin vestlusringis seda, et selleks on vaja teisel poolel aega. Te rääkisite ka, et 15 minutit on ühe inimese kohta aega ja konsiiliumist käib korraga läbi palju rahvast. Juristidel on samamoodi, meil ei ole iga kliendi jaoks tervet päeva ega isegi poolt päeva. Aga paljudel juhtudel, kui meil või arstil oleks see aeg, siis see suhtumine, nagu te töite näite, võib inimesel täiesti muutuda. Ta leiab selle väärtuse või siis teeb otsused nii, et ta on täie teadmise juures sellest, mida need tähendavad.

**Liidia Meel:** Ühe palliatiivravi kontseptsiooni järgi ei ole palliatiivravi selline asi, mis algaks terminaalfaasis. See peaks mingil määral algama juba diagnoosi saades ja siis palliatiivravi osatähtsus kasvab sedamööda, kuidas aktiivravi osatähtsus kahaneb. Palliatiivravi juurde käib interdistsiplinaarne ravimeeskonna koostöö. Siin tuleb mängu ka ajafaktor. Kui inimesega hakatakse sellisel viisil tegelema juba algusest peale, siis on ilmselgelt tõenäolisem, et ka elulõpu soovid saavad selle aja jooksul järjest selgemaks. Inglismaal käisin hospitiisis ja nägin, kuidas see koostöö seal toimus. Ka need otsused ja arutelud ning need väärtused, mis kuidagi summeeritakse ja olulised asjad välja tuuakse, võetakse kuidagi kokku, nii et hiljem on need andmed kusagil näha. See võtab aega, aga kui see meeskond hakkaks ka siin nii tööle ... Põhja-Eesti Regionaalhaigla on meil hea näide, PERH-il on palliatiivravi meeskond, aga PERH ei ole ainuke haigla Eestis. Kui see niimoodi pihta hakkaks, juba algfaasis, siis olekski aega rohkem.

**Tarvo Puri:** See arutelule kulunud aeg annab kaugemas etapis, kui on vaja teha otsuseid, kas ravi jätkata või mitte, tagasi selle, et siis sa enam seda ressursi, mis sa muidu võib-olla valesti kulutaksid, ei kuluta, kuna sa oled enne temaga läbi arutanud kõik need teemad.

**Helgi Kolk:** Teine Eesti jaoks kindlasti oluline teema on ikkagi see, et rohkem tegeldaks eestkoste seadmisega, juhul kui inimene ise ei ole otsustusvõimeline. Eestis ei ole arstid dementsust – need on eri haigused, mida dementsuse all käsitletakse – kuigi hästi diagnoosinud. Seetõttu neid diagnoose ei ole ja ei saa ka eestkoste seada. Siis, kui need õnnetud vanainimesed meditsiinisüsteemi satuvad, on meil korraga sein ees.

**Tarvo Puri:** Selle eestkoste asendaks väga lihtsalt selline dokument, kus ta on ise öelnud selle inimese nime, kes võib tema eest otsuseid vastu võtta, et ei peaks kõigi lähedastega suhtlema.

**Helgi Kolk:** Tavaliselt me helistamegi ühele, sageli meil polegi rohkem kontakte kui üks. Aga nagu ma ennist näiteks töin, teised kontaktisikud ilmuvad ka välja ja avaldavad oma soove-arvamusi ning tihti ei saa nad omavahel kokkuleppele.

**Tarvo Puri:** Aga see, et inimestel tekiks üldse teadmine, et sellist kontaktisikut on võimalik määrata, nõuab natuke PR-tegevust ja info laiemat levitamist meedias.

**Helgi Kolk:** Praegu on haiguslugudel kohustuslik rubriik: kontaktisik. Tihti on seal lihtsalt telefoninumber. Ma helistan ja ütlen, et teate, teie telefoninumber on selle inimese haigusloo peal. Küsin, kes ta talle on. Niimoodi hakkab peale. Pole nime, pole sugulusastet ega midagi, ainult telefoninumber.

**Tarvo Puri:** Kas seda näeb ka kiirabi?

**Helgi Kolk:** Jah.

**Tarvo Puri:** See on siis praegu teie e-tervise ja digiloo tervikusteemist ehk kõige ligipääsetavam esilehekoht, kellegi telefoninumber.

**Mari Lõhmus:** Digiloo on kõik haigusjuhud eraldi. See tähendab, et kui patsient on olnud kliinikumis, siis seal võivad olla ühed kontaktandmed, kui ta on olnud mujal, siis on teised kontaktandmed.

**Helgi Kolk:** See on iga loo kaane peal. Näiteks tõi inimese kohale naaber. Vastuvõtuluugist küsitakse tema telefoninumber. Üldse ei küsitagi, kes ta inimesele on. Registraator paneb telefoninumbri kirja. Praegu ei ole üldse seda, et mis tähendus sellel numbril on.

<sup>15</sup> Inimene elu lõpus, surev patsient.

<sup>16</sup> Toitmiseks või vedeliku manustamiseks (või eemaldamiseks) läbi nina, suu või kõhu naha asetatud voolikud.

**Mari Lõhmus:** Äkki kiirabi võtab veel omakorda numbri?

**Helgi Kolk:** Jah, näiteks kes kutsus kiirabi ... Kui juhuslik mööduja leidis kellegi tänavalt ja kutsus kiirabi, siis jääb kiirabile tema number.

**Tarvo Puri:** Kokkuvõttes ikkagi selle inimese soovi või kasvõi kontaktisiku, selle üheainsa kontaktisiku nähtavaks tegemisega on küllaltki keerukad tehnilist laadi probleemid.

**Helgi Kolk:** See nõuab ilmselt PR-i, et sellesse suhtutaks vastutustundlikumalt. Seda infot praegu inimestel ei ole. Ma olen ise näinud, kuidas registraator sealt luugist telefoninumbrit küsib ja see on täiesti ükskõik, mis numbri sa annad. Tihti ongi nii, et see number ei ole üldse kasutusel või ongi antud täiesti suvaline number. Hakkad helistama, siis selgub, et see ei olegi õige. See saaks praeguses süsteemis hakata toimima, kui sellele anda mingi suurem tähendus kui lihtsalt üks number.

**Tarvo Puri:** Juhul kui nüüd arst sellele numbrile helistab ja sealt vastatakse, et jah, ma tean seda inimest, ta on mulle öelnud, et ta ei taha, et teda ravitakse. Jälle see minu alguses esitatud küsimus. Ütleme, et teie arstlik pilk ütleb ka, et siin on väga kahtlane, et me saame tal midagi paremaks teha. Kas see sealt saadud vastus mõjutab teie otsust?

**Helgi Kolk:** Ma arvan, et mõjutab, aga tavaliselt ma olen proovinud ikka niimoodi, et see inimene tuleks haiglasse kohale ja ma näen, kes ta reaalselt on. Ma ei saa lasta kellegi telefoniütluse põhjal otsustada teise inimese saatuse üle, kui ma isegi ei tea, kes ta on.

**Tarvo Puri:** Sellises suures vaates oleme nüüd rääkinud kõigist teemadest, millest oli plaanis. Üldine mõte on siis see, et seadust tuleks täpsustada, et patsiendi soovidega arvestada. Registritehniline pool vajaks viimistlemist ja täpsustamist: et iga arst, kes peab neid otsuseid tegema, saaks kuskil arvutis esiplaanil näha, kas inimene on ise midagi öelnud või andnud mõne nime, kes tema eest ütleb. Lisaks PR-tegevus, et inimesi suunata ise nende asjade peale mõtlema ja otsuseid tegema.

Vestlusring toimus 31. mail 2017. Vestlusringi vedas Tallinna notari Tarvo Puri.

**Osalesid:** Helgi Kolk – Tartu Ülikooli Kliinikumi traumatoloogia osakonna vanemarst-õppejõud, Eesti Geriaatrite Seltsi esimees  
Teija Toivari – Tallinna Diakooniahaigla hosiipitsosakonna õendusjuht  
Mari Lõhmus – Põhja-Eesti Regionaalhaigla keemiaravi osakonna onkoloog ja palliatiivravi keskuse konsultant  
Liidia Meel – Tartu Ülikooli usuteaduskonna doktorant  
Rainis Int – Tallinna notari