

# Kliiniliste eetikakomiteede areng, tegevus ja tulevik

Margit Venesaar\* – Merekivi Perearstid OÜ

Viimase 20 aasta jooksul on paljudes riikides järjest kasvanud haiglate kliinilis-eetiliste küsimustega tegelevate komiteede arv. Selle põhjuseks on järjest muutuvad ja arenevad meditsiiniteaduse ja -tehnoloogia võimalused, mis näiteks lubavad elus hoida järjest enam inimesi või tekitavad olukordi, kus kõikidele ravivajajatele ei jätku vajalikke vahendeid. Samuti on tähtsa koha omandanud patsiendi isikuautonoomia, mis omakorda on muutnud otsustamise patsiendi ravimisel keeruliseks. Kliinilised eetikakomiteed (KEK) tegelevad üldiselt vaid kliiniliste küsimustega ega ole seotud inimuuringute eetilise hindamisega. Siiski tegutsevad mõnede riikide raviasutustes ka haigla või institutsionaalsed eetikakomiteed, mis võivad tegelda nii kliiniliste kui ka inimuuringute läbiviimist puudutavate küsimustega.

## Kliiniliste eetikakomiteede teke

Konkreetsete KEKde asutamine on lähtunud kas suurt vastukaja pälvinud üksikjuhtumitest, meditsiinipersonali ja patsientide huvist või ka riiklike organisatsioonide nõuetest. Esimesed niisugused komiteed loodi USAs 1976. aastal pärast Karen Quinlani juhtumit (püsivas vegetatiivses seisundis noore naise vanemad palusid lõpetada kopsude kunstliku ventilatsiooni, kuid haigla keeldus seda tegemast), kui juhtumit menetlenud kohtunik tegi ettepaneku, et eetilised dilemmad peaks lahendama haiglas ja mitte tooma neid kohtusse. Samasuguseid komi-

teesid kui parimat vahendit nõusolekuvõimetute patsientide ravimisega seotud eetiliste küsimuste lahendamiseks hakati asutama lastehaiglatesse pärast üht kohtuprotsessi 1982. aastal USA Indiana osariigis ja aasta pärast suure avalikkuse tähelepanu pälvinud vastsündinu Jane Doe juhtumit, kus mõlemal juhul vanemad keeldusid vastsündinud lapse raskete arengurikete kirurgilisest ravist (1). Üksikud sedalaadi komiteed tekkisid 1960. aastatel USA katoliiklikes haiglates, et lahendada ressurside piiratusega seotud probleeme hemodialüüsi vajavate neerupuudulikkusega haigete ravimisel (1, 2). Esiialgu tegutsesid KEKd *ad hoc* ehk juhupõhisel viisil, hiljem muutusid alalisteks, regulaarselt koos käivateks organiteks.

Teistes riikides algas kliiniline eetikakomiteede moodustamine peamiselt alates 1990. aastate algusest (3). Ka Ühendkuningriigis toimus kliiniliste eetikakomiteede loomine mõnes haiglas reaktiivse nina üksikjuhtumitele, teistes kliinistide huvi tõttu ühe või teise teema suhtes (4). Nüüdseks on loodud seal KEKde võrgustik (*United Kingdom Clinical Ethics Network*), mis peaks edendama ja arendama kliinilise eetika valdkonda, julgustama eetilisi arutelusid ja jagama kogemusi parimatest praktikatest eetikakomiteede tegevuses (5). Ühendkuningriigis ei ole nõuet igasse haiglasse KEK luua, kuid nende arv on kasvanud 20-st 2000. aastal 85-ni 2011. aastaks (6).

Norras algas KEKde moodustamine katseprojektina 1994. aastal

kolmes haiglas, kus neid püüti sobitada kohalike vajadustega. Kuigi juba 1976. aastal tegi Norra Arstide Liit ettepaneku asutada haiglatesse kliinilised eetikakomiteed, asutati esimene ametlikult 1996. aastal (7). 1998. aastal soovitati asutada KEK igas kesk- ja regionaalhaiglas, võimaluse korral aga igas haiglas. Norra parlament andis tungiva soovitusena nende loomiseks 2003. aastal. Norras oli 2009. aasta andmetel 37 kliinilist eetikakomiteed (8), kuid 2012. aasta seisuga oli neid juba 41 (<http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/>). Eetikakomiteede tööd koordineerib Oslo Ülikooli juures tegutsev meditsiinieetika keskus, mis aitab komiteesid asutada, pakub täienduskoolitust, hoolitseb kogemuste vahetamise ja kvaliteedi kindlustamise eest ning korraldab teemaga seotud uuringuid.

Leedus tehti KEKde loomine haiglasse jällegi kohustuslikuks seadusega enne kohapealset initsiatiivi (9), mistõttu need ei hakanud tööle kui vahendajad, vaid pigem kui vahimehed (10). Belgias alustati eetikakomiteede loomisega 1994. aastal seaduse alusel, mis kohustas kõiki üld- ja psühhiaatrilisi haiglaid asutama nn kohalikke eetikakomiteesid (11). Kui Belgias ja Prantsusmaal on KEKde juhtimine tsentraalne, kuid siiski pigem soovitusliku iseloomuga, siis Hollandis ja Ühendkuningriigis on areng toimunud n-ö alt üles ning juhtimine lokaalne. Nii mõnedki eetikad on seisukohal, et parim KEKde juhtimismudel põhineb ikkagi tsentraalsel

\* Autor on olnud aastatel 1997–2012 Tallinna Lastehaigla eetikakomitee ja Eesti Arstide Liidu eetikakomitee liige.



### Tartu Ülikooli Kliinikumi kliiniline eetikakomitee detsembris 2013.

Vasakult ülemarst Margus Ulst, mittekoosseisuline sekretär Taimi Namm, ülemõde Tiina Freiberg, emeriitprofessor Tiina Talvik (esimees), eetikaprofessor Margit Sutrop (aseesimees), hingehoidja teoloog Naatan Haamer, emeriitprofessor Arvo Tikk (aseesimees). Pildilt puuduvad professor Hele Everaus, vanemarst-õppejõud Tuuli Metsvaht ja arst-õppejõud Katrin Elmet.

regulatsioonil, mis oleks soovitusliku iseloomuga (10).

Eestis tekkisid kliinilised eetikakomiteed spontaanselt, mitte kõrgemalt poolt tulnud korralduse alusel. Eesti esimene kliiniline eetikakomitee loodi 11. märtsil 1997. aastal Tallinna Lastehaiglas. See sai teoks tänu 1996. aastal realiseeritud EURONIC projektile (12) ja selle rahvusvahelisele koordinaatorile doktor Marina Cuttinile, kes saatis meile asjakohased materjalid, samuti tänu dr Adik Levini initsiatiivile. Kohe seejärel asutati kliiniline eetikakomitee Tartu Ülikooli Kliinikumi. 1997. aastal loodi ka Eesti Arstide Liidu eetikakomitee ja 1998. aastal asutati Eesti Bioetika Nõukogu. Inimuringute eetikakomiteed on Eestis olemas olnud juba 1990. aastate algusest, kui need loodi Tartus Tartu Ülikooli ning Tallinnas Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi juurde.

### Kliiniliste eetikakomiteede liikmesus

Kliinilised eetikakomiteed püütakse moodustada nõnda, et lisaks haigla töötajatele kuuluvad neisse ka inimesed väljastpoolt asutust, teiselt elualadelt ja rahva, s.t patsientide hulgast (13, 14). See annab komitee tööle ning aruteludele ja soovitudele laiemat ühiskondliku vaatenurga ja interdistsiplinaarse sisu. Juba 1986. aasta USA vastavas



### Tallinna Lastehaigla eetikakomitee 10. tegevusaasta tähistamisel 2007. aastal.

Pildil vasakult paremale lapsevanemate esindaja ja psühholoog Signe Arro, neonatoloog Ervin Saik, perearst Margit Venesaar, sotsiaaltöötaja Marika Vatman, lastearst Esti Põldmaa, psühholoog Anu Virovere, lastearst Kaja Leito, endokrinoloog Ülle Einberg (esimees), anestezioloog ja intensiivraviarst Mari-Liis Ilmoja, filosoof Aive Pevkur, jurist Ants Nõmper. Pildilt puuduvad pediatr Katrin Luts, vanemõde Virve Ilves, diakon Lauri Kurvits, hematoloog-onkoloog Kadri Saks, lastekirurg Ann Paal.

juhendis (15) on vihjatud, et eetikakomitee liikmete hulgas ei peaks olema haigla juhatajat või mõnd muud isikut, kelle kuulumine komiteesse võiks piirata selle sõltumatust otsuste tegemisel. Siiski peaks komitee esimees olema valitud ravi-asutuse esindajate seast ning ühtlasi

olema selle töötajatele autoriteetne ja/või usaldusväärne isik. Tallinna Lastehaigla eetikakomitee põhimääruse ettevalmistamisel kasutatud USA näidisjuhendites on kirjutatud ka, et tagamaks eetikakomitee mitmekülsust ja vastavust haigla vajadustele, tuleb liikmeid valida

mitme valdkonna esindajate hulgast (nt jurist, sotsiaaltöötaja, lapsevanemate esindaja), samuti arste ja/või õdesid erinevatest osakondadest (nt intensiivravi, kirurgia, neonatoloogia) (16).

Norra eetikakomiteede koosseisude analüüsimisel on leitud, et vaid mõnedes neist on olemas patsientide esindaja ja vaid pooltes jurist või eetik (17). Kõikides on olemas arstid, enamikus õed ja/või ka muu haigla töötaja (nt füsioterapeut), vaimulik ja juhatuse liige. Keskmiselt on Norra eetikakomiteedes 7–12 liiget, liikmete kompetentsus tuleneb peamiselt eneseharimisest, aga kõik liikmed läbivad ka Oslo Ülikooli meditsiinieetika kursused. Ühendkuningriigis kõigub liikmete arv komitees 2–26 inimeseni, kuid keskmiselt on komitees 13 liiget. Enamik liikmeid on arstid või meditsiiniõed, kuid pooltes on ka jurist, vaimulik ja kodanik väljastpoolt haiglat (13). Eetikakomiteede mitmekesise ja suure liikmeskonna puhul võib konsultatsioonidel inimeste erinevate väärtushinnangute ja kultuuride tõttu muutuda keeruliseks suhtlemine nii komitee sees kui ka raviprotsessi teiste osapooltega (patsiendid, nende pereliikmed, teised meditsiinitöötajad) (18). Selline olukord teeb ühest küljest küll otsustamise või isegi soovitude andmise väga raskeks, kuid teisalt on see õiglase arvamuse saamiseks vajalik.

Eesti mõlema kliinilise eetikakomitee koosseis on multidistsiplinaarne, liikmete hulgas on inimesi väljastpoolt haiglat ja teistelt elualadelt. 2012. aasta seisuga on Tallinna Lastehaigla eetikakomitees 15 ja TÜ Kliinikumi omas 9 liiget. Lastehaigla eetikakomitees on lisaks arstidele ka üks õde, vaimulik, jurist, filosoof, sotsiaaltöötaja, psühholoog ja lapsevanemate esindaja, sh haiglast 9 liiget ehk 60%. Kogemus näitab, et ühegi eriala osalust ei saa alahinnata ning vajaduse korral võib kutsuda koosolekutele ka teisi eksperte või siis koostada komitee vähematest liikmetest.

### Eetikaprobleemide lahendamine kliinilises keskkonnas ning eetikakomiteede roll selles

Enamik eetilisi probleeme haiglas või ka ambulatoorses praktikas lahendatakse meediku-patsiendi suhte tasandil, lähtudes isiklikust kogemusest, üldistest eetikanormidest, eetikakoodeksitest. Vajaduse korral kasutatakse ka kolleegide, näiteks konsiiliumi abi.

Hollandis tehtud uuringust (19) selgus, et eetiliste probleemide lahendamiseks kasutatakse peamiselt kolme meetodit: esiteks eetikakomiteed, teiseks eetiku (üksikisikuna) konsultatsiooni ja kolmandaks nn eetikanõupidamist (*moral case deliberation*), milleks koguneb rühm isikuid, kes püüavad aru saada, mis väärtustega antud juhtumi korral on tegu, ning saavutada konsensus olukorra mõistmisel ning lahendusvariantide leidmisel. Seda on nimetatud kliinilis-eetiliseks toeks (*clinical ethics support, CES*) ning selle kõikidel vormidel on oma plussid ja miinused (13) ning tuleks kaaluda, milline vorm konkreetse haiglas on võimalik ja/või sobiv. Variante kliinilis-eetiliste küsimuste lahendamiseks on siiski veel: Ühendkuningriigi kogemuse kohaselt kasutatakse raviasutuses eetiliste probleemide lahendamiseks eetikakomiteesid, eetikuid, erialaseltse, juhatuse liikmeid, vaimulikke, juhendeid, ülikooli meditsiinieetika osakondi ja teisi spetsialiste (20).

Muu hulgas on KEKde vajadust rõhutanud UNESCO oma 2005. aasta juhendis „Establishing Ethics Committees“, et aidata praktikuid ja patsiente läbi moodsa meditsiini tekitatud labürindi ja kindlustada hea kliinilise tava rakendamist kliinilistes otsustes, milleks on vajalik eetiliste probleemide lahendamise protsessi arendamine (21). Euroopa Komisjoni 1998.–2001. aastani kestnud projekti lõpparuandes (22) märgitakse, et eetikakomiteed on sotsiaalne uuendus, et tegeleda meditsiinis keeruliste eetiliste probleemidega ning saavutada arutelude

mitmekülgsus. Projekti analüüsi tulemusena ei pea eetikakomitee tingimata olema põhiline üksus, mis tegeleb eetikaga haiglas, vaid on pigem igapäevaelu reaalsuse, selle struktuuri ja potentsiaali vaatleja ja dokumenteerija ning toimuvale hinnangu andja.

### Kliiniliste eetikakomiteede ülesanded

Eetikakomitee on vabatahtlik, nõuandev ja sõltumatu organ, mille peamiseks eesmärgiks on aidata selgitada ja lahendada ebaharilikke ja komplitseeritud probleeme, mis mõjutavad patsiendi ravi ja hooldust (15, 23) ning puudutavad isikuid, kes vastutavad selle eest. Lisaks peaks KEK suurendama personali meditsiinieetilist kompetentsust, juhendama vajaduse korral keerukate olukordade otsustusprotsessi ja edendama kliinilise eetika arutelu (24). See tähendab, et eetikakomitee ei otsusta, vaid aitab otsuseni jõuda. Norra autorid (25) on rõhutanud, et eetikakomiteede eesmärgiks on parandada kõikide tervishoius töötavate inimeste töö kvaliteeti ja patsientide ravi kvaliteeti. C. Delany ja G. Hall on kirjutanud, et KEKde eesmärk on lahendada konflikte, soodustada kommunikatsiooni ja vähendada moraalset pinget tervishoius (18).

Eetikakomitee klassikalised ülesanded on oma liikmete ja haigla töötajate koolitamine meditsiinieetilistes küsimustes, haiglasiseses käitumistaktika kujundamine ja juhendite koostamine eetiliselt tundlikel aladel ning vajaduse korral abi osutamine eetiliste valikute tegemisel (15, 16, 26). Sealjuures on koolituse ingliskeelne termin *education* lai mõiste, mis sisaldab peale seminaride ja loengute pidamise ka juhtumite arutelu näiteks avatud koosolekutel või eetikajuhendite tõlgendamist, koostamist jms (13). Meditsiinieetilised probleemid, mida kõikide riikide eetikakomiteedes, sh Eestis, sagedamini oma ülesandeid täites käsitletakse (13, 25–27), on järgmised: ravi piiramine,

alustamine ja lõpetamine; ravist keeldumine; informeeritud nõusolek; patsiendi otsustusvõime ning konfidentsiaalsus; patsiendi autonoomia; meediku, patsiendi ja omaste suhted haigusjuhu käigus ja sellega seotud konfliktid; informatsiooni edastamine surmajuhtumite korral; prioriteetide seadmine ravisutuse töös; ressursside jagamine jpt.

Ühendkuningriigi 35 aktiivselt tegutsevast kliinilisest eetikakomiteest toetavad 66% klinitsiste konsultatsioonide või retrospektiivse juhtumite analüüsimisega, 54% käitumistaktika ja -juhendite väljatöötamisega ning 37% koolitustega (13). Tšehhis on eetikakomitee ainult arvamuse andja, et aidata leida konsensust erinevate praktikate vahel haiglas (28). Austraalia haiglate 1991.–1992. aastal tehtud uuringust selgus, et 33% KEKdest tegelesid koolitamisega ja 50–60% lahendasid personalikonflikte (26), mis ei ole seotud patsiendi raviga. Belgias (11) on antud komiteedele juhendav ja konsulteeriv ülesanne haigla ravi eetiliste aspektide osas ja samuti inimuuringute protokollide läbivaatamise osas. Hollandis võib eetikakomiteede tegevus olla piiratud ainult ühe ülesande või teemaga, s.o näiteks haigla töötajate konsulteerimine komplitseeritud kliiniliste juhtumite korral või haigla juhatusele eetiliste nõuannete andmine asutuse käitumistaktika kohta näiteks palliatiivses ravis või töötajate moraalse teadlikkuse üldine suurendamine, parandades sellega teenuse kvaliteeti (29). Samas täidab enamik eetikakomiteesid Hollandi haiglates mitut ülalnimetatud ülesannet.

### Eetikakomiteede roll personali koolitamisel

Eetikakomiteede haridusliku funktsiooni on rõhutatud eetikakomiteede tööd korraldavate juhendites (13, 14, 30). Eeskätt peaksid koolitust saama järjepidevalt komitee enda liikmed, seejärel haigla arstid ja õed, samuti inimesed väljaspool haiglat. USA haiglate eeti-

kakomiteede ühe juhendi autorid (30) kirjutavad, et iga haridusele suunatud pingutus tugevdab komitee liikmete teadmisi ja oskusi ning kasvatab tema rolli olulisust haiglas. Austraalia kliiniliste eetikakomiteede uuringus märkis ca 60 kliinilisest eetikakomiteest 17% oma tegevusena ka hariduslikku funktsiooni (26). Norra 11 komiteed, mis olid asutatud enne 2003. aastat, tegid keskmiselt 3 seminari või kursust 2 aasta jooksul kas mõne konkreetse juhtumi alusel või mõnel üldisemal teemal (17). Kanada PEECE uuringu tulemusena selgus, et esmaselt orienteeruvad komiteed oma töös liikmete koolitusele, kuna nende teadmised ja oskused on piiratud (31). Eestis on koolituste korraldamise väga hästi käima saanud TÜ Kliinikumi eetikakomitee.

### Eetikakomiteed juhendite ja käitumistaktika loojatena

Eetikakomitee kolmandaks traditsiooniliseks ülesandeks on teatud juhtudel käitumistaktika kujundamine või üldiste soovituslike juhendite koostamine näiteks mitteelustamise või ravist keeldumise kohta, kusjuures need sisaldaksid näpunäiteid käitumisele sellises olukorras kõiki aspekte arvestades, aga mitte konkreetseid kriteeriume, missugusel juhul ja mida teha. Samuti võiks selline ülesanne sisaldada ka juba olemasolevate rahvusvaheliste juhendite tõlgendamist, eetikakoodeksite lahtimõtestamist vms abi, lähtudes tervishoiuasutuse vajadusest, aga ka eetiliste dilemmadega juhtumite dokumenteerimist ja näidisanalüüsi koolitustel. Sellelegi ülesandele viitavad eespool nimetatud juhendid eetikakomitee tegevuse kohta. Austraalia uuringu järgi (26) olid komiteed koostanud keskmiselt 2 juhendit, peamiselt mitteelustamise tingimuste ja konfliktide lahendamise juhendeid. Norras oli 11 komiteest 4 koostanud kokku 5 juhendit, mis olid seotud peamiselt elupikendava ravi lõpetamisega (17). Nende koostamise

peale kulus Austraalia kliinilistel eetikakomiteedel 33% ja USA komiteedel 20% oma tööajast (32).

### Eetikakomiteede nõuandev roll

Konsultatsioonid on vajalikud, sest ei ole vaja üksi olla raske dilemmaga. Probleeme on võimalik arutada süstemaatiliselt, ning isegi kui ei leita lõplikku lahendust või nõuannet, aitab see ometi näha patsiendi soove ja väärtusi ning sel on laiem mõju, mida saab rakendada edaspidi konkreetsete soovitusena sarnaste juhtumite korral või asjakohase juhise koostamisel. Näiteks Norra haiglates küsitakse eetikakomiteelt konsultatsiooni järgmistel põhjustel: professionaalne lahkarmamus meeskonnas, konflikt patsiendi või tema omastega, „võimatud“ meditsiinilised valikud (nn tõelised eetilised dilemmad) ja samuti hinnang juba vastu võetud otsustele (33). 2010. aasta EACME (*The European Association of Centres of Medical Ethics*) aastakonverentsil jäi kõlama mure selle üle, et eetikakomiteedel Euroopas ja mujal on konsultatsioone vähe, keskmiselt 3–6 konsultatsiooni aastas, kuigi selleks kulunud aeg võib moodustada ca 50% kogu eetikakomitee töö ajast (34–36). Tallinna Lastehaigla eetikakomitees tuleb aastas kokku keskmiselt 2 nn käimasoleva juhtumi arutelu, millest osa on kandunud läbi mitme koosoleku ja isegi aasta. Mõnesid neist on arutatud erakorralistel koosolekutel, teisi aga korraliselt, kuid seejuures peab arvestama, et komitee 6 viimase aktiivse tegutsemisaasta jooksul (2006–2012) on korralisi koosolekuid aastas toimunud keskmiselt 5.

Uuritud on eraldi ka konsultatsioonide vähesuse põhjuseid hoolimata eeldatavast vajadusest ning selgunud on, et selles mängivad olulist rolli teadmatus võimalusest, negatiivne eelarvamus (37) ja hirm saada hukka mõistetud (7). Kuigi enamikus meditsiinasutustes kogetakse vajadust toetuse järele eetilistes küsimustes, leidub ka

negatiivset suhtumist, kus eetikakomiteed kogetakse kontrollorganina (19) ja sinna pöördumist ebalojalsuse ilminguna (33).

Eetikakonsultatsioonide vajaduse üle arutledes kirjutas perearst ja bioetik Marc Tunzi 1999. aastal (38), et enamik eetilisi probleeme haihtub, kui patsiendid, pered ja meedikud on põhjalikult arutanud oma eelistusi, tundeid, ootusi, hirme, muresid. Førde ja Vandvik kirjutavad samuti, et kommunikatsiooniprobleemid võivad olla varjanud eetilisi probleeme (25).

Kliiniliste eetikakomiteede konsultatsioone kasutatakse sageli konfliktide lahendamisel, mis on tekkinud seoses patsientide raviga, aga ka haiglatöötajate omavaheliste konfliktide lahendamiseks. See on selgunud nii Austraalia uuringust kui ka meie kogemusest Tallinna Lastehaigla eetikakomitees. Ja kuigi see ei ole algselt kliinilise eetikakomitee otsene ülesanne, mõjutavad niisugused probleemid ometi ravi ja hoolduse kvaliteeti ning suhtlemist patsientide ja nende perekondadega üldiselt. Paul McNeill on märkinud, et „raske on kujutleda, et personal suhtleb patsientidega eetilisel ja hoolival viisil, aga nende omavahelised suhted on keerulised ja konfliktid“ (26). Üldiselt on konfliktid tähtsaks ajendiks juhtumite eetikakomiteesse toomisel (39, 25).

### Eetikakomiteede rahastamine

Kliiniliste eetikakomiteede tegevuse korraldamisel on oluliseks küsimuseks nende rahastamine. Näiteks saab Norra komiteede tööd koordineeriv Oslo Ülikooli meditsiinieetika keskus sellega seoses igal aastal tervishoiuministeriumilt toetust aastas 335 000 dollarit (40), mis võimaldab muu hulgas hoolitseta ka eetikakomiteede liikmete pädevuse arendamise eest. Samuti on välja antud eetikakomiteede asutamise ja tegutsemise juhend, mida on mitu korda uuendatud (14). Artiklites viidatakse sellele, et liiga sageli on rahastamine ebapiisav nii komiteesse liikmete kutsumiseks

väljastpoolt asutust, sekretäritööks kui ka koolitusteks-koosolekuteks ning vahendeid võib nappida ka probleemide õigeaegseks ja efektiivseks lahendamiseks (41).

Eestis võiks haiglal eetikakomitee töö jaoks olla oma eelarve ning tsentraalselt võiks selle rahastamist toetada näiteks Sotsiaalministeerium koolitusprogrammi toetamise kaudu. Töö koordineerimise ja teadmiste vallas peaksid meie eetikakomiteed tegema enam koostööd nii omavahel kui ka teiste riikide komiteede ja akadeemiliste keskustega.

### Kliiniliste eetikakomiteede tegevuse tõhusus ja rahulolu

Pediaatriaprofessor ja bioetik Bruce White (42) on kirjeldanud kümnet heale kliinilisele eetikakomiteele olulist ja iseloomulikku joont, milleks on **mitmekesise erialase ettevalmistusega liikmeskond, kindel eesmärk, kohustuste ja vastutuste fikseerimine, rahastamine, koostöö teiste komiteedega, patsientide ja haigla töötajate vajaduste mõistmine ning suutlikkus neid pigem aidata kui segadusse ajada, oskusliku juhi olemasolu, oma tegevuse piiride tundmine, autoriteet ja kindel tegevuskava**. Sarnaseid tingimusi on kirjeldatud ka teistes allikates ja need on saanud kinnitust ka meie endi kogemustest. Laura Williamson (43) leiab oma ülevaateartiklis Ühendkuningriigi eetikakomiteede uuringutest, et nende efektiivseks tööks konsultatsioonide osas oleks vaja luua 4 eeltingimust, mis on pühendumus, realistlikud ootused, igakülgne koolitus ja kaalutlemine, kuidas luua ja juhtida eetilist tuge haiglas. Efektiivse ja eduka eetikakomitee nelja tunnust on oma raamatus kirjeldanud ka Jonsen kaasautoritega (4) ning kvalitatiivse uuringu tulemusena Schick ja Moore juba 1998. aastal (44). Lühidalt on need järgmised: 1) haigla juhatuse ja töötajate (arstide, õdede) heakskiit ja toetus komitee tööle ning piisavad ressursid töötamiseks ja eetikakomitee selge koht organisatsiooni struk-

tuuris ja aruandlus; 2) kolleegide respekt komitee liikmete suhtes, väljastpoolt haiglat ja ka meditsiini olevate liikmete olemasolu (s.o multidistsiplinaarsus), hea juht, hea kommunikatsioon, regulaarsed kohtumised, dokumenteeritud ja konfidentsiaalselt säilitatud arutlused ja konsultatsioonid; 3) personali informeerimise ja komiteega kontakteerumise reeglid, rahaliselt toetatud koolitused; 4) võimalused taotleda komitee liikmetele meditsiinieetilist koolitamist.

Kliiniliste eetikakomiteede tegevus on pärinud ka negatiivseid hinnanguid: organisatsioon on väga varieeruv, neil on erinev struktuur, ülesanded, tööprotseduur, ressursid (7, 17, 31); ebapiisav järjepidevus ja jätkusuutlikkus; ülekoormus; liikmete frustratsioon, mis on põhjustatud haigla töötajate vastuseisust; eneseanalüüsi ja -kriitika puudumine, intuitsioonil põhinev tegutsemine (45). Eetikakomiteede tööd, efektiivsust ja mõju näiteks ka ravi tulemuste parandamisele on tööpoolest raske hinnata ning selleks ei ole häid kriteeriume (32, 41).

Siiski on kliiniliste eetikakomiteede töös leitud ka palju positiivset. Näiteks Uus-Meremaal tehtud uuringus (46) hindas enamik vastanutest eetikakomitee konsultatsioonilt saadud arvamusi väärtuslikuks ning pidas väärtuslikuks ka edaspidist eetikakoolitust. Austraalias tehtud uuring (18) sisaldab eetikakomitee poole pöördunud arstide rahuolu analüüsi. Kokkuvõtteks järeldasid autorid, et rahulolu on põhjendatud näitaja efektiivse konsultatsiooni kindlakstegemiseks ja hindamiseks, sest tähendab, et inimene on ära kuulatud, temaga on arvestatud ja võib-olla on ka pöörduja saavutanud suurema arusaamise iseendast, oma tööst ja väärtushinnangutest.

### Kokkuvõtteks

Mingil juhul ei näi maailma kirjandusest ja praktikast lähtudes küsimus olevat enam kliiniliste eetikakomiteede loomise vajaduses. Pigem on küsimus nende tegevuse edenda-

mises ja efektiivsuse suurendamises, kuigi kliinilistel eetikakomiteedel peaks jääma teatud vabadus oma tegevust seada ja olla samas ka oma asutuse kujundatud.

Kuigi nii meil kui ka mujal on komiteede tegevuse suhtes olnud küllaltki suured ootused, saavad nad teha vaid niipalju, kui palju neil on pädevus-, aja-, inim- ja raharesurssi. Eestis piisaks arvatavasti sellest, kui kliinilised eetikakomiteed oleks olemas suuremates keskhaiaglates. Samas peaks neil komiteedel tõepoolest olema piisavalt võimu ja ressursi, et vajaduse korral tegeleda kõikide või siis ka ainult ühe, haiglale kõige olulisema ülesandega, mida saab eelnevalt selgitada, uurides haigla töötajate huve ja ka toimunud juhtumite lugusid.

Eesti seisukohalt oleks oluline arendada nii siinsete organisatsioonide kui ka rahvusvahelist koostööd, sest see annab kindlust ja kogemust. Samuti on tähtis meie kliiniliste eetikakomiteede töö koordineerimine, seda peamiselt nõustamiste ja koolituste korraldamisel ning teatud ressursside jagamisel, sest kuigi eetikakomiteed on ajas pidevas muutumises, oleks nende tegevuses ometi hea teatav järjepidevus ning püsivamad tegutsemise reeglid ja struktuur. Esialgu on meil ehk veel puudu ressurssidest ja kompetentsusest, kuid teadmised ja kogemused kogunevad pikapeale, suhtumine eetikakomiteedesse muutub samamoodi. Arendama peaks komiteede konsulteerimise reegleid, parandama reageerimise paindlikkust, proovima mõista tegevuse vajadust ja parimat eksisteerimise vormi haiglas. Eetikakomiteede efektiivsust mõõta on raske, kuid ainuüksi rahulolu või mõne tõe enda jaoks avastamine võiks olla nende tegevuse oluline mõõde.

Ainult koostöös on võimalik teha seda, mida me ise tahame, et meie heaks tehtaks. Siis saab ka eetikakomitee tegevus toimuda

nii, et see tõepoolest aitab patsienti ja tema ravimeeskonda tunda end kindlamini oma valikutes.

#### KIRJANDUS

1. Drane JF. Clinical bioethics: theory and practice in medical ethical decision making. Kansas City: Sheed & Ward; 1994; 232.
2. McGee G, Spanogle J, Caplan AL, Penny D, Aasch D. Successes and failures of hospital ethics committees: a national survey of ethics committee chairs. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2002;11:87–93.
3. Ethical function in hospital ethics committees. Biomedical and Health Research, ed Lebeer G. Abstracts. IOS Press 2002; 51.
4. Slowther A, Hope T. Clinical ethics committees. They can change clinical practice but need evaluation. BMJ 2000;321: 649–50.
5. Slowther A, Johnston C, Goodall J, et al. Development of clinical ethics committees. BMJ 2004;328:950–2.
6. Hunt G, Gannon C, Gallagher A. Elements of an engaged clinical ethics: a qualitative analysis of hospice clinical ethics committee discussions. Clinical Ethics 2012;7:175–82.
7. Førde R, Pedersen R, Akre V. Clinicians' evaluation of clinical ethics consultations in Norway: a qualitative study. Med Health Care Philos 2008;1:17–25.
8. Kalager G, Førde R. Is the discussion of patient cases in clinical ethics committees useful? Tidsskr Nor Lægeforen 2011;131:118–21.
9. Gefenas E. Is „failure to thrive“ syndrome relevant to Lithuanian healthcare ethics committees? Health-Care Ethics Committee Forum 2001;13:381–92.
10. Steinkamp N, Gordijn B, Borovecki A, et al. Regulation of healthcare ethics committees in Europe. Med Health Care Philos 2007;10:461–75.
11. Meulenbergs T, Vermeylen J, Schotmans PT. The current state of clinical ethics and healthcare ethics committees in Belgium. J Med Ethics 2005;31:318–21.
12. Cuttini M, Kaminski M, Saracci R, de Vonderweid U. The EURONIC project: a European concerted action on information to parents and ethical decision-making in neonatal intensive care. Paediatr Perinat Epidemiol 1997;11:461–74.
13. Slowther A, Johnston C, Goodall J, Hope T. A practical guide for clinical ethics support. The Ethox Centre, University of Oxford, 2004. United Kingdom Clinical Ethics Network. <http://www.ukcen.net/index.php>
14. Manual for kliniske etikk-komiteer i spesialisthelsetjenesten. Section for Medical Ethics, University of Oslo, 2012. <http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten>
15. Ross JW. Handbook of hospital ethics committee. Chicago: American Hospital Publishing; 1986; Appendix A.
16. Guideline: Infant bioethics committees. The American Academy of Pediatrics. Manual of Guidelines on Clinical-Ethical Issues. The Catholic Health Association 1990, 5–11.
17. Pedersen R Førde R. Hva gjør de kliniske etikkomiteene? Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 2005;125:3127–9.
18. Delany C, Hall G. 'I just love these sessions'. Should physician satisfaction matter in clinical ethics consultations? Clinical Ethics 2012;7:116–21.
19. Dauwse L, Abm T, Molewijk B, Widdershoven G. Ethics support in the Netherlands: is there a need in health care institutions? Book of Abstracts, ed Ames H. University of Oslo. EACME Annual Conference 2010.
20. Slowther A, Bunch C, Woolnough B, Hope T. Clinical ethics support services in the UK: an investigation of the current provision of ethics support to health professionals in the UK. J Med Ethics 2001;27: 2–8.
21. Establishing ethics committees. UNESCO guide no 1. Health care/hospital ethics committees (HECs) 2005;33–40. <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139309e.pdf>.
22. Making hospital practice more ethical. Ethical function in hospital ethics committees. EC report 2001, coord Moulin M, Lebeer G. [http://ec.europa.eu/research/biosociety/pdf/bmh4\\_ct98\\_3127\\_partb.pdf](http://ec.europa.eu/research/biosociety/pdf/bmh4_ct98_3127_partb.pdf).
23. Tallinna Lastehaigla eetikakomitee põhimäärus; 2006.
24. Brinchmann, BS. When ethics and law diverge – a case from a psychiatric ward. European bioethics in a global context. ESPMH 22th conference 2008, Tartu.
25. Førde R, Vandvik IH. Clinical ethics, information, and communication: review of 31 cases from a clinical ethics committee. J Med Ethics 2005;31:73–7.
26. McNeill PM. A critical analysis of Australian clinical ethics committees and the functions they serve. Bioethics 2001;15:443–60.
27. Akabayashi A, Slingsby BT, Nagao N, Kai I, Sato H. An eight-year follow-up national study of medical school and general hospital ethics committees in Japan. BMC Medical Ethics 2007; 8:8.
28. Simek J. Controversies in the role and mission of ethics committees. ESPMH 22th conference 2008, Tartu.
29. van der Kloot Meijburg HH, ter Meulen RHJ. Developing standards for institutional ethics committees: lessons from the Netherlands. J Med Ethics 2001; 27(Suppl 1):136–40.
30. Nelson WA, Elliott BA. Critical access hospital ethics committee resource guide. Hanover, New Hampshire: Trustees of Dartmouth College; 2012. [http://geiselmed.dartmouth.edu/cfm/resources/cahe/cah\\_guide.pdf](http://geiselmed.dartmouth.edu/cfm/resources/cahe/cah_guide.pdf)
31. Godkin MD, Faith K, Upshur REG, McRae SK, Tracy CS. Project examining effectiveness in clinical analysis of nine clinical ethics services ethics (PEECE): phase 1 – descriptive analysis of nine clinical ethics services. J Med Ethics 2005;31:505–12.
32. McGee G, Spanogle J, Caplan D, Aasch D. A National survey of ethics committees. Am J Bioethics 2001;1:60–4.
33. Bahus MK. What do doctors tell about their experience with clinical ethical committees concerning difficult end-of-life decisions? EACME Annual Conference Book of Abstracts (ed Ames H). University of Oslo; 2010; 5.
34. Fox E, Myers S, Pearlman RA. Ethics consultation in United States hospitals: national survey. Am J Bioethics 2007;7:13–25.
35. Kesselheim JC, Johnson J, Joffe S. Ethics consultation in children's hospitals: results from a survey of pediatric clinical ethicists. Pediatrics 2010;125:742–6.
36. Slowther AM, McClimans L, Price C. Clinical ethics paper: development of clinical ethics services in the UK: a national survey. J Med Ethics 2011;doi:10.1136/medethics-2011-100173.
37. Gacki-Smith J, Gordon EJ. Residents' access to ethics consultations: knowledge, use, and perceptions. Acad Med 2005;80:168–75.
38. Tunzi M. Ethical theories and clinical practice. One family physician's approach. Arch Fam Med 1999;8:342–4.
39. DuVal G, Sartorius L, Clarridge B, Gensler G and Danis M. What triggers requests for ethics consultations? J Med Ethics 2001;27:24–9.
40. Førde R, Pedersen R. Clinical ethics committees in Norway: what do they do, and does it make a difference? Camb Q Health Ethics 2011;20:389–95.
41. O'Reilly KB. Willing but waiting: Hospital ethics committees, AMNews staff, 2008. <http://www.amednews.com/article/20080128/profession/301289970/4/>.
42. White B. Top ten characteristics of a highly effective ethics committee. Ethics consultant group. An four-part introductory course for hospital ethics committees; 2011. <http://www.docstoc.com/docs/84017908/CLINICAL-ETHICS-101>.
43. Williamson L. Empirical assessments of clinical ethics services: implications for clinical ethics committees. Clin Ethics 2007;2:187–92.
44. Schick IC, Moore FS. Ethics committees identify four key factors for success. HECForum 1998;10:75–85.
45. Dörries A. Clinical ethics committees and sustainability: empirics concerning implementation strategies and evaluation practice. Book of abstracts, ed Ames H. University of Oslo. EACME Annual Conference 2010:17.
46. Pinnock R, Crosthwaite J. Auckland hospital ethics committee: the first 7 years. NZ Med J 2004;117:U1152.

*margit.venesaar@gmail.com*