

Morbus medicamentosus, arstlik kollegiaalsus ja patsiendi autonoomia

Valdar Parve – praktiline psühhiaater ja akadeemiline filosoof

Võtan arutamiseks mõned eluea pikendamiseks rutiinselt pruugitavate ravimite toime sekundaarsed probleemid, mis on samal ajal arsti „õige käitumise“ probleemiks. Kardiovaskulaarsüsteemi funktsiooni regulaatorite, eeskätt vererõhualandajate küllus on Eestis valitsenud 20 aastat. Keskealiste meeste häbematu suur ajurabanduste arv näitab, et see on lühike aeg – avalik teadvus alles hakkab omaks võtma nende rohtude otsustavat kasu, kuna kahjudeni on arstidelgi veel jupp teed minna. Kesk- ja vanemaealistel on endeemiliseks tõveks kahjuks juba *morbus medicamentosus* neist samadest rohtudest, millega nad lubavad arstidel tõhusalt, ent sageli kvaliteedi halvendamise joones oma elu pikendada. Kui patsiendi elu on ravimitarvitamise saatel sekundaarselt halvenenud, siis tema elu kvaliteedi ennistamisele suunatud raviotsused kalduvad tekitama eelnevate ja järgnevate arstide või põhihaiguse ja kõrvalhaiguse arstide vahel pingeid.

Tees 1: Ühe ala eriarstil (nt mul psühhiaatrina) tekib tarvidus tungida teise eriarsti „haldusalale“.

Tees 2: Hoolimata sajandivahe- tuse eel buumiks paisunud eetilise- st ja juriidilisest paternalismikriitikast pole võimalik ravimeditiini seda- viisi korraldada, et arsti ja patsiendi partnerlussuhe tõrjub ravist välja nende paternalistliku suhte.

Taas kalevi alla nihutatud patsien- diseaduse eelnõu § 13 püüdis murda paternalismi nii:

(1) *Tervishoiuteenust osutav isik on kohustatud patsienti teavitama patsiendi läbivaatamise tulemustest ja tervise seisundist, võimalikest*

haigustest ning nende kulgemisest, pakutava tervishoiuteenuse olemusest ja otstarbest ning tervishoiuteenuse osutamise- ga kaasnevatest ohtudest ja tagajärgedest, teistest võimalikest ja vajalikest tervishoiuteenustest ning muudest olulistest asjaoludest.

Patsiendi soovil peab tervishoiuteenuse osutaja esitama nimetatud teabe kirjalikult taasesitatavas vormis.

Jätan valitsuse teha arvutuse, kuivõrd on selle ideaali saavutamiseks vaja suurendada arstide arvu sama arvu haigusjuhtude käsitlemiseks ning kuivõrd haigekassal suurendada ühe haigusjuhu eest makstavat, et korpata haigusjuhtude käsitlemise aja pikenedes ja seeläbi nende arvu vähenemisest tulenevat arsti sissetuleku vähenemist. Vaatlen *en gros*, mille pooldest veel on patsien- diseaduse ideaal teostamatu.

Informatsioonilehel on muu hulgas kirjas selle ravimi võimalikud kõrvaltoimed. Kes kõrvaltoimete pärast kohe ja suurt muret tunnema hakkab, see rohtu võtta ei saagi. Et rohtu võtta, pigistab patsient silma tugevamini kinni ja võtab ikka. Väljakirjutatud ravimeist jäävat kolmandik välja ostmata ning välja- ostetuist omakorda kolmandik tarvita- mata. (Libisen sellest mõõdetavast tõigast üle – nii hälve keskmisest kui ka elav kogemus erinevad eri- alati.) Kõrgvererõhktõve ja sellega seonduvate tõbede ravimeil on mulle erialaselt huvipakkuvaid kõrvaltoimeid suurusjärgu võrra sagedamini kui ravimi infoleht neid ravimkatsetuste toel ennustab. Olen selles täiesti kindel vähemalt oma patsientuuri ulatuses.

Mis saab õigustada Eesti Arsti avaldama, et üks psühhiaater ei

usu ravimiinfolehti ses osas, mis ravimiuuringute tulemuste alusel teatab, et seda ja seda kõrvaltoimet esineb niisugusel määral: „Sage: esineb 1–10 kasutajal 100-st; peavalu, pearinglus, unisus; pahklude turse, väsimus“? Mis aga õigustab mind mitte kasutama oma kogemust, kui leian nimetatud nähtude esinemist igal teisel selle ravimi tarvitajast patsiendil?

Mõtteline eksperiment: Mis siis saab, kui iga perearst, kirjutades välja ravimi, jagab igale uuele rohu- saajale (arsti hinnangul rohtuvaja- jale) sellist teavet: „Võttes ainult rohtu X ja jätkates seda korrapä- raselt, saate 15%-lise tõenäosu- sega paari aastaga depressiooni. Kombineerides rohtu X pikatoime- lise beetablokaatoriga Y, suureneb depressiooni tõenäosus 30%-ni. Ei ole ette näha, et teie elutingi- muste, tööala, toitumisviisi, füüsi- lise aktiivsuse ja kehakaalu samaks jäädes ravimivajadus järgmise 20 aastaga väheneb. Suurenemine on tõenäosem.“ Intelligentse patsiendi lööb säärane teavitus veel julmemalt jalust kui nõrgaandelise.

Oletagem, et perearst teeb järjepanu kümme teavitust „paku- tava ... tervishoiuteenuse osuta- misega kaasnevatest ohtudest ja tagajärgedest ...“. Pole võimatu, et neist kümnest ühtegi ei taba järg- nevad paar aastat ei peavalu ega depressioon. Järgnevale kümnele jätab ta selle ennustuse tegemata. Viis neist vaevlevad paari aasta möödudes vaegdiagnoositud *morbus medicamentosus*'e mitmete nähtu- dega psühhiaatri ukse taga või vaevavad oma sandi meeoleoluga aastaid julmalt lähimaid omakseid.

Kuidas asjad kulgevad, sellele ei ole teavitusel ega selle tegemata jätmisel vähimatki mõju.

Kui suur osa ravivajajaid täies mahus teavitusega niivõrd ära kohutatakse, et nad üldse rohtu ei võta (ja osa neist ajurabandusega lõpetab!), või tolle arsti manu peletatakse, kes pahemad ennustused enda teada jätab, seda saab mõõta *post factum*. Arsti kunst, kellele ja mida sünnib rääkida tema seisundi ja väljavaadete kohta, omandatakse proovides ja eksides. Arstieetika kirjutatud normid ja nende teadmine tuleb küll kasuks, ent patsiendiga patsiendikasulikult ümberkäimise viiside repertuaar on hulga laiem kui tema arstliku kohtlemise kirjutatud reeglistik.

Olgu järgmiseks pähklik küsimus, kuidas arst patsiendi ammendava informeerimise käigus saaks säästa kolleegi, kes on teinud oma tööd sooviga teha patsiendile head. Eeldan, et kolleeg pole ravi-meid välja kirjutades mitte milleski ravijuhtnõoris kõrvale kaldunud.

Olgu mu vastas depressiooni, peavalu ja unetuse tõttu vaevleja, kellele ütlen: „Tõenäoliselt on teie vaevused A, B ja C *morbus medicamentosus*. Antidepressandi lisandamine on üldise ravimkoormuse suurendamine. Ma ei ole kindel, et antidepressant on küllalt tõhus enne kõrvaltoimeid põhjustavatest ravimitest loobumist. On võimalik, et ma selles hinnangus ka eksin. Ent eksin ma või mitte, depressiooniravi alustades lisanduvad teile antidepressandi tarvitamisest uued kõrvalnähud, te võtate kaalus juurde ja sellega koos teie senine põhihaigus raskeneb.“ Ka selle jutu võime liigitada patsiendi teavitamiseks „tervishoiuteenuse osutamisega kaasnevatest ohtudest ja tagajärgedest“ patsiendiseaduse eelnõu § 13 mõttes.

Ütelnud nii, pean mõtlema, mis saab edasi. Meie suhte osaks on ka see doktor, kes on määranud rohud, mille kõrvaltoimeid ma pean

patsiendi minutõve (nt depressiooni) käivitajaks. Olgugi depressioon polüetioloogiline – mõne tema *causa* kõrvaldamiseta see tõbi ei lakka. Kui vallandavaks põhjuseks on ämm, tuleb vahetada elukohta, kui ravim X, tuleb see välja vahetada. *Ubi pus ibi evaqua*.

„Eesti arstieetika koodeks. IV. Arstide kollegiaalsed suhted“ pigem segab ning toob udu ja hallust juurde. Selle vaimu järgi pean saatma patsiendi ta esialgse arsti juurde ettepanekuga muuta tema ravi. Kolleeg võib sellega soostuda – haavudes või mitte. Ta võib ettepaneku tagasi lükata – haavudes või mitte. Ent kui see kolleegi haavab ja mina – seda teades või seda teada saamata! – raputan veel soolagi ta värske haava peale, saates homme ja saates järgmisel nädalal teise ja kolmanda sama laadi patsiendi sama laadi palvega tema juurde (mis sest, et järgmised kuud ei ühtegi!)? Kui juhtumisi tuleb välja, et mul oli õigus (mis sest, et mittetõendus põhised, kobina peale!), mis kaitseb siis seda kolleegi? Arstieetika koodeksi vaimul ei ole vähimatki toimet ei patsiendi pahameele ega heakskiidu peale.

Kes isekeskis arstidest räägivad, ei hooli sellest, et esimene arst, kelle rohtu käsitasin minutõve käivitajana, oli täpselt kinni pidanud erialaselt ravijuhtnõoriga, kuna mina „Eesti arsti eetikakoodeksist“ mitte.

Salus aegroti suprema lex. Seda küll. Tõenäoliselt on aga (pere)arsti maine (utilitaarlikult vaadeldes) kõrgemaks väärtuseks kui kõrvaldada kolm ravile mittealluvat depressioonijuhtu või peavalu kuus ning patsiendiseaduse käsul tõmmata maha nende oma arsti maine. Perearstil on kanda hool 2000 patsiendi eest ning hallatavate ravimite palett mitmeid kordi laiem psühhiaatri omast, sisaldades sellele vastavalt ka mitmeid kordi laiemat ebameeldivate kõrvaltoimete paletti (ehkki psühhiaatri rohtude kõrvaltoimed on fataalsemad). Tema maine ongi „inimkapital“.

Usun, et küsimuse säärases seades on ka midagi tegelikku, mitte ainult kohustuslik eetikaprobleemiseade Euroopa Komisjoni või õiguskantsleri rahuldamiseks.

Praktikas juhtub, et psühhiaatri kabinetti veeretatakse oma jalal ammu enam mitte kõndiv patsient, kellel on juba juhtunud kaks südame- ja kaks ajuinfarkti, kelle südant on operatiivselt remonditud ja kellele on pandud ka südamerütmur. Ta pea on valutanud neli-viis aastat, viimati päevagi vahele jätmata. Ta depressioon on juba ammu nii sügav, et ainult füüsiline võimetus takistab teda enda elu lõpetamast aknast õue sukeldumise teel. Ta ka anub surma sõnaselgelt. Ta seitsmest igapäevasest rohest vähemalt neljal on depressiooni, peavalu, kõhukinnisuse ja unetuse hoiatus kaasas ning kõik need nähud on selle patsiendi puhul päevakorral.

Ta valuvastased tavarohud on teravas vastuolus ta mao ja kaksteistsõrmiku limaskestaga. Peavalu vaigistav antidepressant ei sobi südamehaige ravijuhtnõoriga EKGd mõjutava toime tõttu. Tal ei ole oma arsti, kes võtab enda peale loominguiliselt järgida ravijuhtnõori ja ta ravimikoormust vähendada. Kes sõnab (omaette): „Tal on rütmur otsiti südames, usaldame seda ja anname talle valuvastast rohtu *quantum satis*. Pigem elagu valutult 88 ja pool aastat kui 90 ja piineldes!“

Tahaksin, et ei oleks olnud neidki juhtumeid, kus väljakannatamatu pea- ja kaelavaluga patsient tahab teada, millest see on. Ta käib pea ja kaela kompuuterpildistamisel, teda teavitatakse ammendavalt ta süütutest luunukikestest kaelalülide küljes ning süütust ajukelmekasvajast. Pärast uuringut valib ta vabaturma, jätnud mulle maha valusa küsimuse, kas ei olnud see diagnoosimata *morbus medicamentosus*.

Patsiendiseadus, nagu eelnõu teda esitleb, aitab neid asju hullemaks teha. Kas ka paremaks, see ei ole selge.