

Kuidas kujuneb meditsiiniline otsus?

Väino Sinisalu – Eesti Arst

Veel umbes 40 aastat tagasi polnud kahtlust – arst teadis, mis on patsiendile vaja, mis on talle parim. Teadmised haigustest ja nende ravist olid eelkõige professionaalide monopol. Inimeste haridustaseme tõusu ja info parema levikuga jõudsid teadmised haigustest ja ravist ka mitteprofessionaalideni ning patsient hakkas arstile esitama küsimusi, nõudma temalt selgitusi. Paternalismi ajajärk meditsiinis hakkas läbi saama. Päevakorda tõusis patsiendi informeeritud nõusoleku kontseptsioon – haigele tuleb selgitada, miks ja milleks arst seda või teist raviviisi soovitab, ja oluliseks sai ka see, kas patsient arsti soovitatuga nõus on. Nii me palume praegu patsiendil allkirjastada informeeritud nõusoleku vormi, kus ta kinnitab, et on teadlik kavandatavast ravist ja sellega nõus.

Tänapäeval tugineb kliiniline tegevus tõendus põhiste teadmistele. Oma kliinilistes otsustes peab arst tuginema uuringutega kinnitatud andmetele. Paraku ei anna ka heal teadusliku tasemel tehtud juhuslikustatud (ka platseeboga kontrollitud) uuringud alati kindlalt kinnitatud vastust ühe või teise käsitlusviisi eeliste või nõrkade külgede kohta. Väga sageli tuleb tunnistada, et ühe või teise kliinilise olukorra lahendamiseks pole üht ainuõiget viisi, tuleb valida erinevate võimaluste vahel, igal neist on oma tugevad ja nõrgad küljed (1). Millest tuleks valiku tegemisel lähtuda?

1987. aastal esitas USAs tegutsev Pickeri Instituut patsiendikeskse meditsiinilise käsitluse kontseptsiooni. Selle kaheksa põhikomponenti on järgmised: 1) respekttee-

rida patsiendi väärtusi ja vajadusi; 2) anda haigele ja tema lähedatele kvaliteetset infot patsiendi meditsiiniliste probleemide kohta; 3) tagada koordineeritud ja integreeritud ravi ja põetus; 4) tagada patsiendile füüsiline mugavus, sealhulgas adekvaatne valuleevendus; 5) toetada patsienti emotsionaalselt, leevendada tema hirme ja kartusi; 6) kaasata patsiendi toetamiseks ja abistamiseks tema perekonnaliikmed ning sõbrad; 7) tagada ravi järjepidevus ravi eri etappidel; 8) kindlustada ligipääs abile. Kontseptsiooni mõte on minna patsiendi haiguskesksest käsitlusest kaugemale, arvestades ka patsiendi vajadusi, eelistusi ja iseärasusi (2).

Patsiendikeskse käsitluse nurgakivi on patsiendi kaasamine tema kohta käiva meditsiinilise otsuse tegemisse. Ingliseelses kirjanduses on selle kohta käibel termin *shared decision making*. Seda hinnatakse praegu kui head kliinilist praktikat ja eetilist imperatiivi patsiendi aktiveerimiseks ja kaasamiseks raviprotsessi. Patsiendi kaasamine otsustusprotsessi tähendab kujundada meditsiiniline otsus, mispuhul klinitsist ja patsient koos võtavad vastu otsuse, tuginedes tõendus põhiste uuringutele ja kliinilisele kogemusele, arvestades patsiendi bioloogilisi, psühholoogilisi ja sotsiaalseid aspekte ning patsiendi ja tema perekonna eelistusi ning eesmärke (1).

Patsiendi arvamus ja seisukoht on otsuse tegemisel oluline, kui ühe või teise probleemi lahendamiseks on mitmeid võimalusi. Koos arstiga on vaja kaaluda olukorra häid külge ja riske, kui pole üht ja ainuõiget lahendust. Arst peaks koos

patsiendiga läbi arutama eri lahendusvõimalused, selgitades, a) mis juhtub, kui jätta mingid ravivõtted rakendamata ning oodata ja jälgida; b) millised on üldse selle olukorra ravivõimalused; c) millised on nende võimaluste head küljed ja riskid; d) kas patsiendil on piisavalt infot, mille alusel otsustada (3).

Kõik kirjeldatud otsustusviisid, nii paternalism kui ka informeeritud nõusolek ja patsiendi kaasamine, ei välista üksteist ning need võivad omavahel kombineeruda. Sageli juhtub, et patsient jätab otsuse tegemise arstile, usaldades teda kui professionaali; juhtub ka seda, et patsient nõuab teisest arvamust, enne kui otsustab; võib juhtuda, et ilmselt mentaalsete häiretega patsient ei nõustu tema haiguse kindlalt tõendus põhise raviviisiga. Universaalseks põhimõtteks jääb vestlus patsiendiga, tema informeerimine talle arusaadaval viisil, seejuures peab arst veenduma, et tema jutust on aru saadud (4). Arst peab ka oma selgitustes kasutama patsiendile mõistetavaid termineid ja väljendusi. Hea klinitsist on see, kes nii tegudes kui ka sõnades näeb patsienti läbi tema silmade, mõistes patsiendi vajadusi, ootusi ja arusaamu (2).

KIRJANDUS

1. Fried TR. Shared decision making – finding the sweet spot. *N Engl J Med* 2016;374:104–6.
2. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making – the pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med* 2012;366:780–1.
3. Hoffmann TC, Légaré F, Simmons MB, et al. Shared decision making: what do clinicians need to know and why should they bother? *Med J Austr* 2014;201:35–9.
4. Danbury C. When mental capacity becomes an issue in medical practice. *BMJ* 2016;352:i22.