

Mitteelustamise otsus Eestis

Eva Antsov^{1,2,3}, Saara Sadrak¹, Katrin Elmet⁴, Rainer Ratnik⁵, Juuli-Ann Tähiste⁶, Eno-Martin Lotman⁶

Ravitahe, sealhulgas mitteelustamise otsus (ingl *do not resuscitate, do not attempt resuscitation order*), on inimese juhis oma ravieelistuste kohta hetkeks, kui ta ise ei ole enam otsustusvõimeline. Mitteelustamise otsuse tegemise võib algatada ka arst, kui peab seda patsiendi tervises seisundist lähtuvalt sobilikuks. Mitteelustamise tava sai alguse Ameerika Ühendriikides, kui mõisteti, et kõigi kliinilises surmas patsientide elustamine ei saa olla ega ole tulemuslik ja patsientide käsitus elu lõpus jätab tõsiselt soovida. Eestis on ravitahe ja mitteelustamise tava õiguslikult reguleerimata ning ka arstkonnal puuduvad ühtsed arusaamad ja tegevusjuhised. Artiklis on toodud põgus ülevaade mitteelustamise tekkeloost, praktikast Eestis ja näiteid teistest riikidest ning arutletud mitteelustamise eetilise tagamaa, sotsiaalse tähenduse ja Eesti õigusloome puudujääkide üle ravipiirangute kontekstis.

RAVITAHE JA MITTEELUSTAMISE OTSUS

Ravitahe, sealhulgas mitteelustamise otsus, on inimese juhis oma ravieelistuste kohta hetkeks, kui ta ise ei ole enam otsustusvõimeline. Juhis võib olla kirjalik ja ka suuline, kui see on antud tunnistaja juuresolekul (1). Mitteelustamise otsus, inglise keeles *do not resuscitate order*, lühendatult DNR, on üks tuntumaid ravitahte vorme (vt näidised joonisel 1 ja 2). Mitteelustamise otsuse tegemise võib algatada ka arst, kui prognoositavad ravitulemused on selgelt halvad. Kui patsiendipoolset otsust teda mitte elustada nimetatakse sageli ravitahteks või tulevikujuhiseks, siis arstipoolset otsust kutsutakse klassikaliselt ikkagi ainult DNR-iks. Artiklis nimetamegi selguse huvides patsiendi tehtud mitteelustamise otsust laiemalt ravitahteks ja arsti otsust mitte elustada DNRiks.

Siinses käsitluses oleme tõlkinud väljendi *do not resuscitate order* (ingl) kui mitteelustamise otsus. Mitteelustamise otsuse ja ka teiste ravipiirangute eestikeelne terminoloogia võiks tulevikus kindlasti arutelu objektiks olla. Mitteelustamise otsuse ingliskeelsed mõisted sisaldavad terminoloogilisi küsitavusi, millest on teaduskirjanduses palju juttu olnud. Mõistet ja lühendit DNR peetakse vananenuks ja selle asemel soovitatakse kasutada pigem DNAR (ingl *do not attempt resuscitation*) või AND (ingl *allow natural*

death), mis on selgemad ja loovad parema õhkkonna mitteelustamise otsuse arutamiseks patsiendiga. DNRi kasutamisel peetakse probleemseks, et patsient võib sellest välja lugeda, et ta valib elamise ja

Mitteelustamise otsus

Mina, soovin, et mulle osutataks erakorralist meditsiiniabi piiratult vastavalt alljärgnevalt esitatule, kui ma ei ole võimeline seda tahet suuliselt avaldama.

Ma saan aru, et mitteelustamise otsus tähendab, et kui minu süda lakkab töötamast või kui ma lõpetan hingamise, ei viida minu peal läbi meditsiinilisi protseduure, mis on mõeldud südame taaskäivitamiseks või hingamise mehaaniliseks toetamiseks.

Ma saan aru, et see otsus ei muuda minu võimalusi saada muud nii erakorralist kui ka plaanilist meditsiiniabi nii haiglast väljas kui ka haiglas.

Ma saan aru, et võin oma mitteelustamise otsuse tagasi võtta igal ajal.

Ma luban käesolevat infot edastada kõikidele tervishoiutöötajatele, sh kiirabitöötajatele.

Käesolevaga nõustun juhisega „Palun mind mitte elustada (DNR)“.

Allkiri
Kuupäev

Joonis 1. Mitteelustamise otsuse sisu näidis, mille koostamisel on eeskujul võetud USA California osariigi plangist (19).

Eesti Arst 2017;
96(9):523–531

Saabunud toimetusse:
26.04.2017
Avaldamiseks vastu võetud:
23.05.2017
Avaldatud internetis:
27.10.2017

¹ Eesti Nooremarstide Ühendus,
² Ida-Tallinna Keskhaigla,
³ Tallinna Ülikooli humanitaarteaduste instituudi üliõpilane,
⁴ Tartu Ülikooli Kliinikumi anestezioloogia ja intensiivravi kliinik,
⁵ Advokaadibüroo Lextal,
⁶ Tartu Ülikooli meditsiiniteaduste valdkonna arst-resident

Kirjavahetajaautor:
Eva Antsov
antsov@gmail.com

Võttesõnad:
mitteelustamise otsus, ravitahe, DNR, elu lõpu juhised, tervishoiukorraldus

suremise vahel, kui ta palub end mitte elustada. DNAR viitab täpsemalt tegevuse sisule: hoitakse ära elustamise üritamist, sest tegelikkuses on see pigem harva edukas ravivõtte. AND, eesti keeles loomuliku surma lubamine, on sobivam patsiendi ja tema lähedaste vaatevinklist, sest termin on argine ja rõhutab haiguse võimalikku lõpet surmaga, mitte ei keskendu ravivõtte ärajätmisele. Samas peab AND sisaldama siiski täpsustavat juhust, mida surma lubamiseks võib teha (patsiendi arvamus elustamise, valuvaigistite jms kohta). Igasu-

guse elustamist puudutava nõusoleku või keeldumise kirjapanemine eeldab arutelul patsiendi või tema lähedastega (2).

Mitteelustamise otsus on võrreldav informeeritud nõusoleku tavaga raviprotseduuride puhul, ainult kõnealusel juhul on tegu pigem informeeritud keeldumisega (3). Paljudes olukordades aga jäetakse patsiendi nõusolek või keeldumine elustamise küsimuses arutamata ja dokumenteerimata, ning kui patsiendi äkksurma korral elustamise meeskond või kiirabi kohale kutsutakse, lähtutakse isiku eeldatavast soovist, et teda elustataks. Miks elustamise puhul patsiendi nõusolekut kergesti eeldatakse, on käsitletud allpool.

MITTEELUSTAMISE TAVA AJALUGU

Elustamist hakati praktiseerima 1960ndatel Ameerika Ühendriikide haiglates. Ka mitteilustamise otsus tekkis 1970ndatel USAs vastusena universaalse taaselustamise praktika ebaefektiivsusele (4). Euroopa taaselustamise nõukogu (*European Resuscitation Council*) taaselustamise kehtiv juhised ütleb, et elustamine on invasiivne ja pigem harva edukas protseduur ning et elustamist ei peaks rakendama, kui sellel on prognoositavad halvad tulemused. Mõistagi ei ole võimalik elustamise tulust alati täpselt ennustada ja ravitahe ei ole sageli vajalikul hetkel kättesaadav, mistõttu on eluohetlikus olukorras patsientide taaselustamine muutunud pigem normiks (5).

Eduka elustamine võib põhjustada inimestele kannatusi, näiteks elu märkimisväärse neuroloogilise defitsiidiga. Reaalsus on küllaltki karm – erinevate uuringute andmetel peetakse 85–90% elustamistest mitteedukaks. Ilma olulise kesknärvisüsteemidefitsiidita lahkub pärast taaselustamist haiglast keskmiselt 10–15% inimestest (4). Ka Eestis on uuritud haiglavälise taaselustamise tulemusi: perioodil 1999–2013 oli haiglavälise taaselustamine edukas 10,2%-l juhtudest, vaadates eraldi perioodi 2009–2013, paranes elulemus kuni 13,4%-ni (6).

Elustamise tulemuslikkuse kainenestav statistika on olnud üheks DNRI otsuse ja ravitahte tekkimise motiiviks. Lisaks on ravitahte teket soodustanud järgmised asjaolud:

- meditsiini tehniline areng, mis on muutnud võimalikuks inimese elushoidmise intensiivravi tingimustes;



State of Florida

DO NOT RESUSCITATE ORDER

(please use ink)

Patient's Full Legal Name: _____ Date: _____
(Print or Type Name)

PATIENT'S STATEMENT

Based upon informed consent, I, the undersigned, hereby direct that CPR be withheld or withdrawn.
(If not signed by patient, check applicable box):

Surrogate

Court appointed guardian

Proxy (both as defined in Chapter 765, F.S.)

Durable power of attorney (pursuant to Chapter 709, F.S.)

(Applicable Signature) (Print or Type Name)

PHYSICIAN'S STATEMENT

I, the undersigned, a physician licensed pursuant to Chapter 458 or 459, F.S., am the physician of the patient named above. I hereby direct the withholding or withdrawing of cardiopulmonary resuscitation (artificial ventilation, cardiac compression, endotracheal intubation and defibrillation) from the patient in the event of the patient's cardiac or respiratory arrest.

(Signature of Physician)

(Print or Type Name)

(Date)

Telephone Number (Emergency)

(Physician's Medical License Number)

DH Form 1896, Revised December 2004

PHYSICIAN'S STATEMENT

I, the undersigned, a physician licensed pursuant to Chapter 458 or 459, F.S., am the physician of the patient named above. I hereby direct the withholding or withdrawing of cardiopulmonary resuscitation (artificial ventilation, cardiac compression, endotracheal intubation and defibrillation) from the patient in the event of the patient's cardiac or respiratory arrest.

(Signature of Physician)

(Date) Telephone Number (Emergency)

(Print or Type Name) (Physician's Medical License Number)

DH Form 1896, Revised December 2004



State of Florida
DO NOT RESUSCITATE ORDER

Patient's Full Legal Name (Print or Type) _____ (Date) _____

PATIENT'S STATEMENT
Based upon informed consent, I, the undersigned, hereby direct that CPR be withheld or withdrawn.
(If not signed by patient, check applicable box):

Surrogate

Court appointed guardian

Durable power of attorney (pursuant to Chapter 709, F.S.)

Proxy (both as defined in Chapter 765, F.S.)

(Applicable Signature) (Print or Type Name)

Joonis 2. USA Florida osariigi DNR-otsuse plank (20).

- teadmine, et enamik inimesi loobuks agressiivsest ravist, kui pikendatud elu oleks kehva väljavaatega (sealjuures enamik patsiente kahjuks ei tea, et elustamine nii harva edukas on);
- patsiendi lähedaste majanduslik ja moraalne koormus (näiteks lähedase eest hoolitsemiseks oma tööst loobumine);
- elu lõpu küsimuste tähtsustamine üldiselt ning tähelepanu pööramine surija kannatuste vähendamisele;
- tervishoiusüsteemi kulu.

Ravitahe tugineb olemuslikult isikupuutumuse ja enesemääramisõiguse põhimõtetele. Inimene saab avaldada tahet, mis ulatuses ta soovib, et teda ravitakse, kui ta ise ei ole enam otsustusvõimeline. Samuti saab inimene osutada lähedasele, kes tema eest sellisel juhul peaks otsuseid tegema. Kliiniline surm on just selline olukord.

Euroopa taaselustamise juhendi eetika osas on rõhutatud, et tervishoiutöötaja peab enne elustamisotsuste tegemist mõistma selle moraalseid mõõde. Alati peab meeles pidama meditsiinieetika põhiprintsiipe: autonoomia, heategemine, mittekahjustamine ja õiglus. Autonoomia kandjaks on ravitahe, mis peab vastama kolmele kriteeriumile: kohaldatavus, kehtivus ja olemasolu/kättesaadavus (ingl *applicability, validity, existence*). Sellest lähtudes on ravijuhendis öeldud, et kui ravitahe ei ole kohe kättesaadav, ei pea arstid keskenduma ravitahte olemasolu väljaselgitamisele, vaid alustama viivitamata taaselustamisega. Teiselt poolt, kuna arst peab silmas pidama ka heategemise ja mittekahjustamise printsiipe, ei tohiks taaselustamist alustada, kui see on perspektiivitu, isegi kui see läheb vastuollu valiidses ja kättesaadava ravitahtega (5).

Eestis ei ole mitteilustamine õiguslikult ega professionisiseselt ühise juhendiga reguleeritud. See aga ei tähenda, et tervishoiuasutustes ei oleks siiski tekkinud viise, mis võimaldavad meedikutel elustamisest hoiduda.

MITTEELUSTAMISE REGULATSIOON EESTIS

Eestis üldkehtivat ja üldkasutatavat mitteilustamise/DNR-otsuse süsteemi ei ole. Nii klassikaline DNR kui ka ravitahe täidavad meditsiinis erinevaid rolle. DNR-otsuseid teevad eelkõige arstid, kes tegelevad raskes seisundis patsientidega, näiteks aneste-

sioloogid, kardioloogid, onkoloogid, sisearstid.

Eestis on tavaliseks mitteilustamise otsuse tegemise viisiks kutsuda kokku arstide konsiilium, mis suurendab summaarselt otsustajate kompetentsi, samuti on mitme arsti otsus patsiendi ja tema lähedaste jaoks usutavam ja arstliku vastutuse jagamine otsustajate emotsionaalset koormat kergendav. Konsiiliumi otsus peab alati olema konsensuslik ja dokumenteeritud patsiendi haiguslukku. Nagu mainitud, peaks arstlikust DNR-otsusest patsienti või tema lähedasi teavitama. Seda nõuab ka tervishoiuteenuse osutamist reguleeriv võlaõigusseadus (VÕS). VÕSi § 766 lõikes 1 on sätestatud: „Tervishoiuteenuse osutaja peab patsienti teavitama patsiendi läbivaatamise tulemustest ja tervise seisundist, võimalikest haigustest ning nende kulgemisest, pakutava tervishoiuteenuse olemusest ja otstarbest, selle osutamisega kaasnevatest ohtudest ja tagajärgedest ning teistest võimalikest ja vajalikest tervishoiuteenus- test. Patsiendi soovil peab tervishoiuteenuse osutaja esitama nimetatud teabe kirjalikku taasesitamist võimaldavas vormis“ (7).

Võlaõigusseaduse järgi on arstidel kohustus patsienti teavitada mis tahes asjaoludest seoses patsiendi tervisega ja otsustest, sh DNR-otsusest, mis on temaga seoses tehtud, kuid paraku Eestis see sageli nii ei ole. Eelkõige on sellise olukorra põhjuseks asjaolu, et meie arstid ei söanda ja ei oska patsientidega sellistel teemadel rääkida. Muu hulgas ei sisalda arstiõpe ettevalmistust, kuidas sedalaadi olukordades hakkama saada. Samuti ei ole meie ühiskond piisavalt teadlik vastavast problemaatikast, nii et arstidel on suur kogemus seista silmitsi patsiendi lähedaste (mitte niivõrd patsiendi enda) tõsise rahulolematuse ja põhjendamatult kõrgete ootustega. Pahatihti juhtub ka nii, et DNR-otsust ei fikseerita kirjalikult haiguslukku, mille tõttu kannatab raviarsti ja valvearsti vaheline suhtlus ning varem tehtud mitteilustamist puudutavad otsused jäävad hiljem arvesse võtmata.

Haiguslugudes sageli kohatav lause „elustamismeeskonna kohalejõudmise ajaks oli patsient juba surnud“ aitab nii paljudki arstid välja olukorrast, kus neil tegelikult peaks olema kohustus delikaatselt selgitada patsiendile juba ennetavalt, et tema surma korral ei saa elustamine olla tulemuslik ja see on patsienti kahjustav ravivõte. Sisuliselt

võib selline lause haigusloos viidata teatud juhtudel aga sellele, et varasem otsus mitte elustada oli tehtud, kuid puudus selgus, kuid korrektselt otsus kirja panna. Päril elus on palju lihtsam öelda paranemislotsusega haige kliinilise surma puhul elustamismeeskonnale, et ei pea kiiresti tulema, kui asuda vormistama DNR-otsust, mille puhul pole selge, kuidas seda täpsemalt formaalselt tegema peaks. Sellist taktikat nimetatakse mujal maailmas „aeglase elustamistiimi kutseks“ (ingl *slow code*).

On ka olukordi, kus elustatakse lihtsalt selleks, et pääseda vastutuse koormast, mille mitteelustamise otsus endaga kaasa võib tuua. Hirmu vastutuse ees põhjendab asjaolu, et Eesti karistusõigus näeb ette, et teadvalt eluohtlikus seisundis olevale inimesele abi andmata jätmine toob kaasa kriminaalvastutuse (vt karistusseadustik (KarS), § 124) (8).

Seega seisavad tervishoiuteenuse osutajad oma igapäevases praktikas silmitsi olukorraga, mida võib pidada vastuoluliseks: VÕS annab patsiendile õiguse otsustada, kas ta soovib konkreetsete ravivõtete rakendamist, KarS näeb ette aga abita jätmise eest vastutuse. Kuivõrd ravitahte vormistamine ja DNR-otsuse vastuvõtmise kord ja eeldused ei ole formaalselt reglementeeritud, ei tea arst, kas VÕSi alusel patsiendi tehtud otsus on piisav ja korrektne.

Eetika ja õigusfilosoofia perspektiivist oleks muidugi paslik mõtiskleda abiandmise sisulise tähenduse üle üleüldse – kas mõttetut ravi, sealhulgas perspektiivitu elustamine, on üldse inimesele abiks. Praegu on DNRi ja ravitahte vormistamise reeglite puudumine siiski ka praktiline probleem. Valdkonnas peaksid eksisteerima ühtsed juhised, et abi osutaja teaks, kuidas on olukorras õige käituda. VÕS on kehtinud juba enam kui 15 aastat, seega tuleb nentida, et vähemalt ravitahte vormistamise selge korra ja lihtsasti kohaldatavuse (sh erinevate tahteavalduste lihtne kättesaadavus e-tervisest) asjus on seadusandjal veel tööd teha.

Kehtiva õiguse järgi on arstidel igal juhul kohustus teavitada patsienti tema tervisega seotud asjaoludest – sealhulgas võimalikust lähenevast surmast ja ka sellest, mida elustamine endaga kaasa võib tuua, samuti arstide tehtud otsustest. Samas tuleks rõhutada, et arstide tehtud DNR-otsus haiglas on arstlik otsus, mille aluseks on ravitavuse piiride olemasolu ja prognos-

tiline hinnang. Iseküsimus ja keerulisim probleem on, kuidas olukorda patsiendile selgitada, vältides samal ajal isiku moraalselt kahjustamist ja konflikte. Haige võib keelduda ravist, aga ei ole põhjendatav osutada patsiendi nõudmisel sellist ravi, mis tema seisundi ja prognoosi juures ei ole näidustatud ega perspektiivikas. Olgu lisatud, et perspektiivikast ravist keeldumise korral lasub arstil samuti kohustus selgitada ja püüda patsienti veenda.

RAVITAHTE KOOSTAMINE PRAKTIKAS

Arstidel on muidugi lihtsam, kui haiglasse jõudvad patsiendid on oma (mitte)elustamist puudutava otsuse juba varem valmis teinud. See viib aga järgmise küsimuse juurde: kuidas peaks ravitahte tegemise vajadus patsiendini üldse jõudma? Kes peaks patsiendile rääkima tema haiguse prognoosist ning temaga ravitahte tegemist arutama? Kui rasket, ravimatut ja progresseeruvat haigust põdevad patsiendid (näiteks *sclerosis multiplex*'i haiged, kaugelearenenud kasvajaga haiged) on regulaarselt eriarsti vaateväljas, kes neid haiguse olemusest ja lõppest informeerivad, siis on loogiline, et raviarst nõustab patsienti ka ravitahte koostamisel. Tervetel inimestel ei ole praeguse süsteemi juures kellegi teisega ravitahtest rääkida kui oma perearstiga. Patsiendiga mitteelustamise otsuse läbirääkimine ja selle vormistamine on perearstile kindlasti aja- ja energiamahukas kohustus, kuid praeguse süsteemi puhul näib mõistliku kohana, kus seda vestlust pidada. Kuna meie ühiskonnas tegelikult tulevikujuhiste praktika sisuliselt puudub, siis on selge, et krooniliste haigete raviarstid peaksid ise teema algatama, sest patsientidel puudub vastav teadlikkus. Tervete inimeste ravitahte jääb ikkagi teadlikumate inimeste endi algatada ja perearst saab siin nõustaja rollis olla.

Kõige suurem mure Eesti arstkonna seas on ravitahte ja DNR-otsuse vormistamise reeglite puudumise kõrval ravitahtelase nõustamise oskusteabe puudumine. Kõikidel arstidel, kes haigetega kokku puutuvad, võib ette tulla vajadus neid keerulisi küsimusi patsiendiga arutada. Halva uudise edastamine on omaette kunst ja ravitahtest rääkimisel on vaja delikaatsust, piisavaid teadmisi ning empaatiavõimet, et patsient ei tunneks end survestatuna, aga samas

saaks aru oma võimalustest ja õigustest. 47 uuringu põhjal tehtud metaanalüüs mitteelustamise otsuse tegemisega kaasnevate probleemide kohta näitas, et arstide jaoks on DNR-aruteluks patsientidega 7 suuremat takistust: tunne, et vajalikke aruteluoskusi pole piisavalt, aruteluks vajamineva enesekindluse puudumine, kogenematus teemat käsitleda, ebamugavustunne või piinlikkustunne, kartus kaebuste pärast, isiklik ebakindlus otsuse tegemisel ning soovimatus võtta vastutust (9).

RAVITAHTE JA MITTEELUSTAMISE OTSUSE VORMILINE KÜLG

Mitteelustamise otsuse plangi väljatöötamine eeldab tegelemist ka mitme tehnilise probleemiga. Üheks küsimuseks on, kas koostada üks üldine DNR-otsuse vorm või luua erinevatele patsiendirühmadele spetsiifilised vormid. Teiseks, kas luua vorm paberil, tagades ühtlasi selle info kandumise terviseinfosüsteemi, või ainult digitaalselt?

Eesti põhjamaised naabrid on teinud erinevaid ravitahte planke eri patsiendirühmadele. Olenevalt sihtrühmast võib ravitahtes sisalduda näiteks ka soov mitte veenisiseseid ravimeid saada, loobuda kirurgilisest ravist, soov loovutada elundeid doonorluse eesmärgil. Näiteks Soome mälu liidu tehtud ravitahte plangil (peamiselt Alzheimeri tõve haigetele) on võimalik panna ristike ka lause „Soovin osaleda ravimiuuringus, kui arstide arvates on võimalus, et see parandab minu tervist“ juurde (10).

Omaette probleemiks on patsiendi otsustusvõime ravitahte koostamise ajal. Haiguste puhul, mille arenedes kognitiivne võimekus olulisel määral väheneb, on hea teha ravitahte plank valmis juba haiguse varasemas faasis. Soome mälu liidu ravitahte plank sisaldab lisaks muule ka patsiendi võimalust määrata enda seaduslik esindaja, kellele võib patsiendi kohta infot anda ja kes võib patsienti puudutavaid otsuseid langetada (k.a majanduslikud otsused ja matmisega seotud küsimused) (10).

Eestis ei ole ravitahte ja mitteelustamise otsusega seotud küsimused õiguslikult piisavalt reguleeritud, lisaks puudub ühiskonnas üldine arusaam teema kohta. Seetõttu seisavad otsustusvõimetuid patsiente ravivad arstid pahatihti silmitsi konfliktisituatsioonidega. Patsiendi tervisega seotud küsimuste arutamine omastega võib viia isegi suurte peretülideni, kuna enamikus

perekondades ei ole tavaks omavahel nendel teemadel rääkida. Ühtlasi võivad märkimisväärselt erineda perekonnaliikmete tõlgendused otsustusvõimetu isiku enda tahtest. Patsient võib olla arstile oma ravitahte avaldanud, aga perekond ei ole sellest teadlik ja kas ei usu arsti või ei võta patsiendi tahet tõsiselt, seades oma tunded ja soovid esikohale.

VÕSi § 767 lõikes 1 on kirjas: „Kui patsient on teadvuseta või ei ole muul põhjusel võimeline tahet avaldama (otsusevõimetu patsient) ning tal ei ole seaduslikku esindajat või seaduslikku esindajat ei ole võimalik kätte saada, on tervishoiuteenuse osutamine lubatud ka patsiendi nõusolekuta, kui see on patsiendi huvides ja vastab tema poolt varem avaldatud või tema eeldatavale tahtele ja tervishoiuteenuse viivitamatu osutamata jätmise oleks ohtlik patsiendi elule või kahjustaks oluliselt patsiendi tervist. Patsiendi varem avaldatud või eeldatav tahe tuleb vastavalt võimalustele selgitada välja patsiendi omaste kaudu. Patsiendi omakseid tuleb teavitada patsiendi tervise seisundist, tervishoiuteenuse osutamisest ja sellega kaasnevatest ohtudest, kui see on asjaolude kohaselt võimalik“. Omaste määratlus on sätestatud sama paragrahvi teises lõikes: „Omasteks käesoleva peatüki tähenduses loetakse patsiendi abikaasat, vanemaid, lapsi, õdesid ja vendi. Omasteks võib lugeda ka muid patsiendile lähedasi isikuid, kui see tuleneb patsiendi elukorraldusest“ (7).


Seega on seaduses omasteks määratud isikuid üsna palju ja praktilises elus on sageli juhtumeid, kus raviotsuste kohta on pere liikmetel kardinaalselt erinevad arvamused. Kui püüda perekonnaga vestelda patsiendi väärtushinnangutest, et välja selgitada eeldatav tahe, võib ette tulla olukordi, kus pereliikmetel on ka eriarvamusi selles suhtes, kes patsienti ikka kõige paremini tundis ja kes kõige lähedasem oli. Arstidel võiks olla kirjeldatud olukordade tarbeks konkreetsed tegevusjuhised, mis oleksid kooskõlalised ja sisult hõlmaksid VÕSis ja KarS-is sätestatud põhimõtteid – see tähendab, et need küsimused peaks lahendama seadusandja, luues konkreetsed reeglid.

Kolmas küsimus ravitahte koostamise juures on selle seaduslikkus ja kehtivus. Praegu ei ole Eestis ametlikku ravitahte vormi, samuti ei ole seda koostanud erialaselt oma eriala siseselt. Enamikus haiglatest on olemas raviga soostumise kohta

allkirjastatav nõusolekuvorm (vt joonis 3), mille sisuks on patsiendi luba ravida teda meditsiinilisi põhimõtteid järgides. Kui keegi patsientidest on ravitahte omaalgatuslikult kodus valmis kirjutanud või kannab näiteks käeketti kirjaga „Mitte elustada“, siis on praegu seda praktikas raske kohaldada, sest puudub selgus, mida on otsustusvõimetus seisundis isik tahteavalduses silmas pidanud. Notariaalselt tõestatud (s.t notari poolt isikule selgitatud sisuga) tahteavalduse puhul on eluliseks probleemiks tõsiasi, et notaritel puuduvad meditsiinilised eriteadmised, mistõttu on tehniliselt õiguslikult korrektset teksti keeruline meditsiinipraktikas arusaadava juhisenähtluse tõlgendada, sest tahte puhul on ennekõike oluline, et just meditsiiniterminoloogia kontekstis oleks tahe üheselt mõistetav. Notariaalselt kinnitatud ravitahte tähendab seaduslikult praegu ikkagi, et me saame kinnitada allkirjastaja isiku, aga mitte plangil olevat sisu.

Samuti ei ole ravitahtest kasu üksinda elava inimese puhul ega inimese puhul, kes oma soovidest lähedastele ei ole rääkinud, kui ravitahe on vaid paberil, mille asukohta keegi ei tea.

E-riigis on ühisesse informatsiooni salvestamata ravitahe juba ajale jalgu jäänud. Probleem on ka arstide tehtud DNR-otsusega. Kui haiglas on arstide konsiilium teinud DNR-otsuse ja patsient peaks jõudma koju, hooldekodusse või elukohajärgsesse haiglasse, siis on probleemne selle otsuse kättesaadavus, näiteks kiirabi informatsiooni jõudmine. Nii võibki elustamisele mittekuuluva patsiendi puhul asuda kiirabi heas tahtes, aga perspektiivitult tegutsema ning see on ühelt poolt vastuolus patsiendi parimate huvidega, teiselt poolt aga raiskab meditsiiniressursse. Positiivse algatusena võib välja tuua Ida-Tallinna Keskhaigla korra, kus haigla infosüsteemis on võimalik lisada märge patsiendi riskitegurite kategooriasse



IDA-TALLINNA KESKHAIGLA
 AS Ida-Tallinna Keskhaigla
 Ravi 18, 10138 Tallinn
 Reg nr: 10822088
 Tel: 666 1930
 e-post: info@ik.ee

Patsiendi nõusolek

Operatsiooni/protseduuri/uringu (edaspidi toiming) nimetus _____

Mina, _____ (patsient/patsiendi esindaja), kinnitan, et raviarst on mind teavitanud minu/patsiendi _____ (patsiendi ees- ja perekonnanimi) tervise seisundist, minul/patsiendil esinevatest võimalikest haigustest ja nende kulgemisest. Raviarst on mulle selgitanud ettevetava toimingu olemust ja otstarvet ning sellega kaasnevat võimalikke ohte ja tagajärgi. Samuti on mind informeeritud muudest võimalikest ja vajalikest uuringu- ja ravivõimalustest.

Mulle on tutvustatud patsiendi infomaterjali _____

Mind on teavitatud, et toimingu käigus võib tekkida vajadus toimingu ulatuse või eesmärgi muutmiseks. Sellisel juhul **nõustun / ei nõustu** (vajalik alla kriipsutada) toimingu ulatuse ja eesmärgi muutmisega.

Mulle on selgitatud, et toimingu ajal või vahetult pärast seda võib tekkida vajadus verepreparaadi ülekandeks. Olen saanud teavet verepreparaadi ülekande vajalikkuse, olemuse ning sellega kaasnevate riskide kohta, samuti on mind teavitatud verepreparaadi ülekandest loobumise korral sellega kaasnevatest riskidest. Näidustuse korral **nõustun / ei nõustu** (vajalik alla kriipsutada) verepreparaadi ülekandega.

Mind on teavitatud, et juhul, kui ma olen keeldunud verepreparaadi ülekandest, kuid verepreparaadi ülekandmata jätmisega võib kaasneda raske tervisekahjustus või saabuda surm, tehakse verepreparaadi ülekanne minu keeldumisest hoolimata.

Olen nõus / ei ole nõus (vajalik alla kriipsutada), et toimingu läbiviimise juures viibivad õppe-eesmärgil üliõpilased, täienduskursustel osalejad.

Kinnitan, et mulle on antud võimalus esitada küsimusi toimingu kohta ning olen saanud vastustest aru saanud.

Olen teadlik, et toimingu läbiviimine ei pruugi tagada soovitud eesmärgi.

Mulle on selgitatud, et käesoleva nõusoleku allkirjastamine ei võta minult õigust esitada raviarstile toimingu kohta täiendavaid küsimusi ega saada täiendavaid selgitusi.

Mind on teavitatud, et võin oma nõusoleku igal ajal tagasi võtta, vormistades selleks kirjaliku avalduse.

Annab oma nõusoleku ülalnimetatud toimingu tegemiseks ning kinnitan seda oma allkirjaga.

Kuupäev _____ Allkiri _____
(Patsient / seaduslik esindaja)

Mina, _____, kinnitan, et olen informeerinud patsienti ja/või patsiendi seaduslikku esindajat talle arusaadaval viisil toimingu vajalikkusest, olemusest ja võimalikest ohtudest ja tagajärgedest ning muudest võimalikest alternatiivsetest uuringu- ja ravivõimalustest.

Kuupäev _____ Allkiri _____
 Tempel _____

ITK 391 (1) ITK 391 (1)

Patsiendi keeldumine informatsioonist

Toimingu nimetus _____

Mina, _____, kinnitan, et nõustun minu/ patsiendi _____ (ees- ja perekonnanimi) läbiviidava toiminguga, kuid ei soovinnud selle kohta informatsiooni.

Näidustuse korral **nõustun / ei nõustu** (vajalik alla kriipsutada) verepreparaadi ülekandega. **Nõustun / ei nõustu** (vajalik alla kriipsutada) toimingu ulatuse ja eesmärgi muutmise toimingu käigus.

Olen nõus / ei ole nõus (vajalik alla kriipsutada), et toimingu läbiviimise juures viibivad õppe-eesmärgil üliõpilased, täienduskursustel osalejad.

Mulle on selgitatud, et käesoleva nõusoleku allkirjastamine ei võta minult õigust esitada raviarstile toimingu kohta täiendavaid küsimusi ja saada täiendavaid selgitusi ning ma võin oma nõusoleku igal ajal tagasi võtta.

Kuupäev _____ Allkiri _____
(Patsient / seaduslik esindaja)

Patsiendi keeldumine toimingust

Toimingu nimetus _____

Mina, _____, kinnitan, et raviarst on mind teavitanud minu/patsiendi _____ (patsiendi ees- ja perekonnanimi) tervise seisundist, minul/patsiendil esinevatest võimalikest haigustest ja nende kulgemisest. Raviarst on mulle selgitanud pakutava toimingu olemust ja otstarvet ning sellega kaasnevat võimalikke ohte ja tagajärgi. Mind on informeeritud võimalikest riskidest ja tagajärgedest, mis võivad kaasneda pakutavast toimingust keeldumise korral. Samuti on mind informeeritud muudest võimalikest ja vajalikest uuringu- ja ravivõimalustest.

Kinnitan, et mulle on antud võimalus esitada küsimusi toimingu ja sellest keeldumise tagajärgede kohta ning olen saanud vastustest aru saanud.

Mind on teavitatud, et võin igal ajal oma toimingust keeldumise tühistada ning vormistada toimingu läbiviimiseks kirjaliku nõusoleku.

Oles teadlik oma otsuse võimalikest tagajärgedest, keeldun ülalnimetatud toimingust ning kinnitan seda oma allkirjaga.

Kuupäev _____ Allkiri _____
(Patsient / seaduslik esindaja)

Seadusliku esindaja otsust ei järgita, kui see kahjustab patsiendi huve.

Mina, _____, kinnitan, et olen informeerinud patsienti ja/või patsiendi seaduslikku esindajat talle arusaadaval viisil toimingu vajalikkusest, olemusest ja võimalikest ohtudest ja tagajärgedest ning muudest võimalikest alternatiivsetest uuringu- ja ravivõimalustest ning toimingust keeldumise võimalikest tagajärgedest ja riskidest.

Kuupäev _____ Allkiri _____
 Tempel _____

ITK 391 (2) ITK 391 (2)

Joonis 3. Ravitahe on võrreldav patsiendi nõusolekuvormiga, mille patsient haiglas raviga soostumise kohta allkirjastab. Ida-Tallinna keskhaigla patsiendi nõusolekuvorm sisaldab ka välja „Patsiendi keeldumine toimingust“, mida võiks kasutada ka elustamisest keeldumiseks.

mitteelustamise otsuse kohta, mis patsiendi andmetes olulise infona kajastub. Samas on tegu ühe haigla sisese tavaga, mille kättesaadavus väljaspool seda infosüsteemi ja ka haigusjuhtu on küsitav (vt joonis 4).

SUHTUMINE SURMA ON VÄÄRTUSKÜSIMUS

Artikli alguses sai välja toodud, et elustamise otsuse tegemisel tuleb arvestada meditsiinietika printsiipidega. Kuigi inimese enesemääramisõigust kohaldatakse üha enam ka Eesti meditsiinis, on patsiendi terminaalset seisundit puudutavad soovid varju jäänud. Surm on tabuteema, millest rääkimist väldivad nii arstid kui ka patsiendid, ja nii jäävadki elu lõpu soovid avaldamata ja vormistamata. Otsustusvõimeline patsient saab otsustada, mis on talle elu lõpus hea, aga õigete valikute tegemiseks peab inimene olema täiel määral informeeritud, mis teda ühe või teise otsuse korral ootab. Niisiis on küsimus ka väärtustes, mis aitavad inimestel teha otsuseid selle kohta, mis on elu lõpus hea, ja selles, kas patsiendil on täielik ettekujutus otsuse tähendusest. Selgitamaks, miks on keeruline elu lõpu küsimustele vastata, tasub heita pilk ka ühiskonda laiemalt, mille arusaamade sees tervishoid toimib.

Kultuuriteadlane Rein Raud kutsub nähtusi nagu surm ja vananemine bioloogilisteks konstantideks, mida on igal ajal igal indiviidil ja inimgrupil vaja mõtestada ning mis on justkui seekaudu kultuuri ülesanne (11). Samas toob meditsiiniteoretik Andres Soosaar välja, et meditsiin suudab mõjutada inimeksistentsi piire, ühes millega ei ole inimelu algus ja lõpp enam ainult bioloogiliselt paratamatud (12). Neuroloogia emeriit-professor akadeemik Ain-Elmar Kaasik on tõdenud, et arstiabi andmine põrkub alati vastu bioloogilisi, majanduslikke ja eetilisi piiranguid, mis ei luba kunagi kõiki haigusi ravida (13). Mitmeti tõlgendatavad nähtused ja olukorrad toovadki esile küsimusi, millele oleks tarvis leida õiglane, inimelu austav ja üldsust rahuldav vastus. Suuresti on ka mitteelustamise ja ravitahte arutelu kerkinud just sellest samast olukorrast, kus lõputu ravimine ei ole enam inimväärika elu huvides, kuid ka suremist ei pea ei arst ega lähedased heaks asjade käiguks.

Folklorist Marju Kõivupuu on täheldanud, et surmaga kokkupuutumine on tänapäeval pigem vähene: „Primaarse surmakogemuse

TERVIST KAHJUSTAVAD RISKITEGURID

	Kehtivus	Riskitegur
●	15.08.2016	Riskitegur: DNAR e. mitteelustamise otsus.

Joonis 4. Ida-Tallinna keskhaigla infosüsteemi eHealth DNRI/ mitteelustamise otsuse sissekande näidis. Punane täpp märgib info olulisust ja tõmbab patsiendikaardi päises sellele tähelepanu.

vähennemisele vastandub meedia kaudu edastatava surma pidev kohalolek. [---] Surma abstraktne kujutamine toob omakorda kaasa surmast võõrandumise ja selle eemal tõrjumise – meid rahustab teadmine, et surevad inimesed jäävad meist kaugele“ (14). Primaarse surmakogemuse vähennemise all peab Kõivupuu silmas surnuga kokkupuutumise ja matusekomete muutumist, matuste kommertsialiseerumist, inimeste vähest osalemist matustel. Suremise ja surnutega kokkupuutumise võimaluste ahenemine teeb ilmselt ka elu lõpu vestluste-otsuste tegemise ebamugavaks ja ebatavaliseks, kuigi surelikkust ennast ei peaks ka haigla kontekstis ravima.

Vähene kokkupuude surijatega ja bioloogiline elu-surma piiri hägustumine mõjutavad kindlasti inimeste ettekujutusi elu lõpu kohta. Patsientide liiga optimistlikke ootusi ravi suhtes võivad soodustada ka meedia loodud ettekujutused sellest, mis haiglas toimub. On leitud, et meditsiinisarjades, mis on inimestele sageli ainsaks infoallikaks elustamise kohta, on elustamine tulemuslikum kui tegelikus elus ning et elustamist vajavad seal patsiendirühmad, kellel enamasti äkksurma ei tekigi. 1996. aastal uuriti meditsiinisarjade „ER“, „Chicago Hope“ ja „Rescue 911“ elustamisolukordi, kus osutus vahetult edukaks 75% elustamiskatsetest ja 63% neist patsientidest näis ellu jäävat pikas perspektiivis. Samuti toodi välja, et nimetatud sarjades elustatakse põhiliselt lapsi, teismelisi ja noori täiskasvanuid ning et südameseiskuse valdavaks põhjuseks on trauma, mitte kardiovaskulaarne haigus (15). Sarjade „Grey’s Anatomy“ ja „House“ põhjal saadi 2011. aastal sarnane tulemus: seriaalis kujutatud südamemassaažidest osutus vahetult edukaks 70% (16).

Ameerika kirurg ja kirjanik Atul Gawande kirjutab teoses „Surelikkus“ meditsiini toimetulematusest vananemise ja elu lõpu

juhtimisega. Ta kutsub üles pingutama enim selle nimel, et patsient saaks elada endale meelepärast elu väljaspool haiglat, ja olema julgemad ravist loobumisel, sest just mitteravimine osutub mõnes olukorras elujaatavaks käiguks. Gawande ütleb, et meditsiinis on vähe olukordi, kus justkui enam midagi teha ei saa: „Ma ei olnud isegi kindel, mida sõna „suremas“ üleüldse tähendab. Arstiteaduse viimase paarikümne aasta edusammude tõttu olid senised surma ja suremisega seotud tõekspidamised ja traditsioonid [---] aegunud ning inimkonna ette oli kerkinud uus probleem: kuidas surra.” (17).

Ka Eesti arstidelt on kõlanud arvamusi, et suremine on teema, millest tervishoiutöötajad ja pered omavahel ei räägi. Seda mainisid nii konverentsil „Kliinik 2017“ eetikasessioonil osalejad kui ka 2016. aasta arvamusfestivali Eesti Nooremaste Ühenduse korraldatud avalikul arutelul „Kuidas ma tahan surra?“ sõna võtnud intensiivraviarst Katrin Elmet, kes väitis, et haiglas kerkivates elu lõpu küsimustes inimese tahe ei pääse eriti nähtavale, „otsustavad lähedased ja lähedased otsustavad sellepärast, et mitte kunagi ei ole kodus juttu olnud [---] Nii et kõik taandub eeldatavale tahtele“ (arutelu lindistus, 13.08.2016, Paide). Oma osa saaksid paremini täita nii arstid kui ka pered, tõstatades neid vestlusi ennetavalt.

ELU LÕPP PUUDUTAB MEID KÕIKI

Tänapäeval surrakse haiglas, hooldekodus või kodus. 45 populatsiooni hõlmanud uuringus leiti, et keskmiselt sureb haiglas 54% ja hooldekodudes 18% inimesi, kuigi riigiti esinevad suured erinevused (18). Eesti kohta selliseid andmeid leida ei õnnestunud. Haigla kui praegune põhiline suremise koht võiks viidata, et tervishoid on oluline institutsioon, kellega tuleb suremise teemal dialoogi astuda. Teiseks tähtsaks dialoogi osaliseks on õiguskord, mis tagab kõigi inimeste põhiõigused ja sätestab, kuidas peaksid toimuma isikutevahelised kokkulepped ning isikute poolt millekski tahte avaldamine. Kehtiv õigus peaks vastama ühiskonnas tunnetatavale moraalkäsitlusele.

On suur edusamm, et ka Eestis on elu lõpu küsimused aktuaalseks muutunud, sest surma aktsepteerimine on tegelikult kõigi inimeste ja ühiskonna kui terviku huvides. Inimese väärikuse nimel on ühiskonnas

hädavajalikud mitmed otsused ja kokkulepped. Et elu lõppu puudutavad valikud oleksid heategevamad, vähem kahjustavad, õiglasemad ja teeniks patsiendi parimaid huvisid, peaks valitsevaks muutuma arusaamine, et inimesed on surelikud, neil on õigus väärikale surmale ja kõik haigused ei ole ravitavad. Arstidel lasub aga moraalne kohustus oma patsientideni ja ühtlasi ka ühiskonnani see arusaamine viia. Ainult nii saab realiseeruda inimese autonoomia – tahe hoiduda olukordadest, millesse ta tegelikult iial sattuda ei sooviks, olgu see siis elustamine või muu viletsa väljavaatega meditsiiniline tegevus.

AUTORITE VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel puudub huvikonflikt.

SUMMARY

Do not resuscitate order in Estonia

Eva Antsov^{1,2,3}, Saara Sadrak¹, Katrin Elmet⁴, Rainer Ratnik⁵, Juuli-Ann Tähiste⁶, Eno-Martin Lotman⁶

Advanced directives including the do not resuscitate/do not attempt resuscitation orders are declarations regarding person's preferences about medical treatment in case they are unable to make decisions by themselves. Decision to withhold cardiopulmonary resuscitation can be motivated by medical futility as well. Decisions about refraining from resuscitation were called into being in the United States of America in response to failures of universal resuscitation script and imperfect management of end-of-life issues in hospitals. In Estonia, the tradition of advanced directives and patient autonomy is young and insufficiently covered by the law. The article intends to give historical, general legal, social, and ethical context to the withholding of resuscitation practice in Estonia.

KIRJANDUS/REFERENCES

1. World Medical Association. WMA Statement on Advance Directives ("Living Wills"). Vastu võetud 54. WMA üldkogul septembris 2003 Helsingis ja uuesti kinnitatud 194. WMA nõukogu istungil Balil aprillis 2013. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/w14/>.
2. Breault JL. DNR, DNAR, or AND? Is language important? *Ochsner J* 2011;11:302–6.
3. Santonocito C, Ristagno G, Gullo A, Weil MH. Do-not-resuscitate order: a view throughout the world. *J Crit Care* 2013;28:14–21.

¹ Estonian Junior Doctors Association, Tartu, Estonia,

² East Tallinn Central Hospital, Tallinn, Estonia,

³ student, Institute of Humanities, University of Tallinn, Estonia,

⁴ Anaesthesiology and Intensive Care Clinic, Tartu University Hospital, Estonia,

⁵ Attorneys' Office Lextal Ltd., Tallinn, Estonia,

⁶ resident, Faculty of Medicine, University of Tartu, Estonia

Correspondence to:
Eva Antsov
antsov@gmail.com

Keywords:
resuscitation, advanced directives, do not resuscitate order, DNR

4. Yuen JK, Carrington MR, Fetters MD. Hospital do-not-resuscitate orders: why they have failed and how to fix them. *J Gen Intern Med* 2011;26:791–7.
5. Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 2015;95:302–11.
6. Sipria A, Kirsimägi Ü, Popov A, Veber A. Taaselustamine haiglaväliselt tekkinud südame äkksurmast. *Tulemused Eestis aastatel 1999–2013*. *Eesti Arst* 2016;95:428–36.
7. Võlaõigusseadus (26.09.2001). RT I 2001, 81, 487 (viimati muudetud 14.12.2016). <https://www.riigiteataja.ee/akt/131122016007?leiaKehtiv>.
8. Karistusseadustik (06.06.2001). RT I 2001, 61, 364 (viimati muudetud 15.12.2016). <https://www.riigiteataja.ee/akt/126022014006?leiaKehtiv>.
9. Mockford C, Fritz Z, George R, et al. Do not attempt cardiopulmonary (DNACPR) orders: A systematic review of the barriers and facilitators of decision-making and implementation. *Resuscitation* 2015;88:99–113.
10. Muistiliitto. Hoitotahtoni. 2015. http://www.muistiliitto.fi/files/3014/4966/8975/Hoitotahtoni_2015_sivuittain.pdf.
11. Raud R. Mjõ on kultuur? Sissejuhatus kultuuriteooriasse. Tallinn: Tallinna Ülikooli Kirjastus; 2013.
12. Soosaar A. Meditsiin ja inimkesksed piirid. *Riigikogu Toimetised* 2010;22.
13. Kaasik AE. Arstiabi võimaluste piirid: meditsiinilised, majanduslikud ja eetilised aspektid. *Akadeemia* 2007;19:13–21.
14. Kõivupuu M. Surmakultuuri suundumustest tänapäeval. *Usuteaduslik Ajakiri* 2010;1:105–29.
15. Diem SJ, Lantos JD, Tulsy JA. Cardiopulmonary resuscitation on television — miracles and misinformation. *N Engl J Med* 1996;334:1578–82.
16. Portanova J, Irvine K, Yi JY, Enguidanos S. It isn't like this on TV: Revisiting CPR survival rates depicted on popular TV shows. *Resuscitation* 2015;96:148–50.
17. Gawande A. Surelikkus. Tallinn: Pilgrim; 2016.
18. Broad JB, Gott M, Kim H, et al. Where do people die? An international comparison of the percentage of deaths occurring in hospital and residential aged care settings in 45 populations, using published and available statistics. *Int J Public Health* 2013;58:257–67.
19. Emergency Medical Services Authority (EMSA). Do not resuscitate (DNR) and other patient-designated directives, 5. versioon. 2016. http://www.emsa.ca.gov/Media/Default/PDF/DNRGuidelines_2016_Approved.pdf.
20. Do Not Resuscitate Order. 2004. Florida Department of Health. <http://www.floridahealth.gov/about-the-department-of-health/about-us/patient-rights-and-safety/do-not-resuscitate/index.html>.

Kommentaar

Vahetult enne käesoleva artikli ilmumist on õiguskirjanduses avaldatud ka arvamust, et tegelikult on elutestamenti puudutav reeglistik Eestis piisav ja tagab inimesele võimaluse anda oma elu lõpu kohta juhiseid (viide). Autorid selle seisukohaga täielikult ei nõustu, kuivõrd tagatud ei ole, et kirjalikult või isegi notariaalses elutestamendis toodud juhised faktiliselt terviseandmebaasidesse ja e-tervise aegkriitiliste andmete hulka jõuaksid. See tähendab paraku, et olemas-

olev lahendus ei ole täielik ega taga elutestamentide kui juhiste tervishoiuteenuse osutajateni jõudmist. Suuliselt omastele või meditsiinitöötajatele avaldatud elutestamendi rakendamine sisaldab aga suurt vaidluste tekkimise riski.

VIIDE

Kruus M, Int R, Nõmper A. Patsienditestament: milleks ja kellele? Vormid, vormistamine ja rakendamise probleemid. *Juridica* 2017;5:329–39.