

# Psühhosotsiaalsed ja eetilised väljakutsed tervisealases kriisisituatsioonis: eesliini tervishoiutöötajate hinnangud ja kogemused COVID-19-pandeemia esimese laine näitel

Kadi Lubi<sup>1, 2</sup>, Kadri Simm<sup>3</sup>, Jay Zameska<sup>3</sup>, Kaja Lempu<sup>4</sup>, Angela Eensalu-Lind<sup>4</sup>

Eesti Arst 2022;  
101(4):214–223

Saabunud toimetusse:  
09.07.2021  
Avaldamiseks vastu võetud:  
22.10.2021  
Avaldatud internetis:  
26.04.2022

<sup>1</sup> Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli tervisehariduse keskus,  
<sup>2</sup> Tallinna Tehnikaülikooli tervisetehnoloogiate instituut,  
<sup>3</sup> Tartu Ülikooli filosoofia ja semiootika instituut,  
<sup>4</sup> Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õenduse õppetool

Kirjavahetajaautor:  
Kadi Lubi  
kadi.lubi@taltech.ee

**Võtmesõnad:**  
meditsiineetika,  
psühhosotsiaalsed ja eetilised väljakutsed,  
COVID-19, pandeemia,  
eesliini tervishoiutöötajad

**Taust ja eesmärgid.** COVID-19-pandeemia on üleilmselt esitanud rahvatervise olukorra hoidmiseks tervisealaseid, tervishoiupoliitilisi ja sotsiaalseid väljakutseid. Lisaks on pandeemia kaasa toonud ka selliseid psühhosotsiaalseid ning eetilisi dilemmasid, millega sel viisil pole tervishoiuasutused ja -töötajad pidanud varem tegelema. Artikli eesmärk on analüüsida eesliini tervishoiutöötajate arvamusi ja kogemusi nende väljakutsete lahendamisel pandeemia ajal.

**Metoodika.** Andmete kogumiseks kasutati kombineeritud meetodit: kvantitatiivsele veebipõhisele küsimustikule vastas 220 ning kvalitatiivsetele poolstruktureeritud süvaintervjuudele 8 eesliini tervishoiutöötajat. Andmeanalüüsis kasutati kirjeldavat statistikat ja kvalitatiivset sisuanalüüsi.

**Tulemused.** Enamik vastanutest tundis ennast oma kliinilises rollis enesekindlalt, kuid enesekindlus võib võimaliku ressursipuuduse tõttu sõltuda olukorrast. Peamised stressiallikad olid mure lähedaste ja ressursside nappuse pärast, vähesed teadmised COVID-19 kohta, kiiresti muutuv olukord, suur töökoormus ja isikukaitsevahendite puudus. Seetõttu peeti edaspidi vajalikeks meetmeteks detailsemate triaazijuhiste väljatöötamist, töötajate vaimse tervise toetamist ning kommunikatsiooni parendamist. Eetilise ohuna toodi välja suurenev tervisealane ebavõrdsus ning kriisiaegse rahvatervishoiueetika reeglite vastuolud patsiendikeskse kutse-eetikaga.

**Järeldused.** Eetiliste otsuste tegemist toetavad täpsemad triaazijuhised, vaimse tervise tugi ning tõhusam sise- ja väliskommunikatsioon.

Maaailma Terviseorganisatsioon kuulutas ülemaailmse SARS-CoV-2 põhjustatud koroonaviiruse pandeemia välja 2020. aasta 11. märtsil (1), millele järgnes päev hiljem eriolukorra väljakuulutamine Eestis (2). Kui enamiku haigestunute jaoks põhjustab viirus kerget kuni mõõdukat respiratoorset haigestumist, mille puhul kasutatakse sümptomaatilist ravi, siis erinevate riskirühmade (nt eakad, kaasuvate haigustega patsiendid) jaoks võib haiguse põdemine kujuneda raskeks (3).

Lisaks füüsilisele haigestumisele võib haigus ja sellega seotud meetmed põhjus-

tada psühhosotsiaalseid probleeme (4). Kui Saksamaal tervishoiutöötajate hulgas korraldatud uuringu tulemused ei kinnitanud tervishoiutöötajate suuremat stressitaset võrreldes teiste erialade esindajatega (5), siis Itaalias ja Serbias näitasid uuringud, et eesliini tervishoiutöötajatele võib COVID-19 põhjustada suurenenud psühhosotsiaalset ja vaimset koormust stressi, ärevuse ja depressiooni tõttu (6–8). Samal ajal on leitud, et vaatamata suurenenud stressile, tajutud riskidele ja tööandjapoolsele ebapiisavale toele ja kaitsele, pühendusid õed oma tööle ega plaaninud töölt lahkuda (9).

Eetiline otsustamine meditsiinis tähistab protsessi, kus erinevate käitumisvalikute hindamisel ning alternatiivide kaalumisel on üheks oluliseks komponendiks nende valikute kokkusobivus meditsiinieetika põhimõtetega. Tavapäraustes kliinilistes olukordades on tervishoiutöötajatele abiks juhised, millele otsuste tegemisel toetuda, kuid eetiliste otsuste langetamine n-ö katastroofiolukorras on sageli keerulisem, sest tuleb langetada otsuseid, mis võivad hiljem painama jääda isegi juhul, kui teatakse, et mingil ajahetkel langetati õige otsus (10). Oma igapäevatoos kliinilisest meditsiinieetikast lähtuvad Eesti tervishoiutöötajad pidid uudses olukorras lähtuma ka rahvatervise kaitsmiseks loodud reeglitest, need kaks eetilist raamistikku aga ei ühildu sujuvalt.

Erinevalt patsiendikesksest kliinilisest eetikast on rahvatervishoiueetikas jõutud seisukohale, et esile võib kerkida olukordi, kus laiem avalikkuse tervise huvid kaaluvad üles isikuautonoomia ja üksikisiku õigused (11). Selleks, et muuta pandeemiast tekitatud eetiliste otsuste langetamine tervishoiutöötajatele lihtsamaks, olid paljud Euroopa riigid, sh Eesti, juba 2020. aasta aprilli keskpaigaks loonud mingis formaadis eetikajuhendi (12). Peamised eetilised probleemid, mida pandeemia kontekstis on esile toodud, on seotud vastutuse puudumisega, ressursside (ebavõrdse) jaotamisega ning usalduse vähenemisega tervishoiuteenuste pakkumise suhtes (13).

Kriisisituatsioon ning keeruliste valikute tegemise vajadus korraka nii isiklikul, professionaalsel kui ka ühiskondlikul tasandil toob esile hulga psühhosotsiaalseid ning eetilisi reaktsioone, mida on meditsiinieetikakirjanduses viimastel aastakümnetel kirjeldatud moraalse kurnatuse (*moral distress*) mõiste abil (14). Termin viitab eelkõige tagajärgedele, mis tekivad siis, kui olud ei võimalda meditsiinitöötajatel täita kutsealaseid kohustusi, mida nad ometigi tunnetavad enda vastutuses olevaina (15). Kõige sagedamini on seda nähtust uuritudki erakorralise meditsiini, intensiivravi ning katastroofimeditsiini kontekstis (16–18). COVID-19-pandeemia ajal on moraalset kurnatust seostatud eelkõige turvalisusküsimustega, patsientide külastamise keeluga, tervishoiuressursside puuduse ning tervishoiuteenuse pakkumise piiramisega (19).

Uuringu eesmärk oli kirjeldada eesliini tervishoiutöötajate hinnanguid enda ja tervishoiuasutuste valmisolekule keerulistes meditsiinilistes olukordades hakkama saada, sh eetikaalasele väljaõppele ja esilekerkinud probleemkohtadele COVID-19-pandeemia esimese laine ajal (kevadel 2020). Sellest tulenevalt olid uurimisküsimused järgmised: 1) milliseks hinnatakse tervishoiutöötajate ja -asutuste valmisolekut eetilises otsustusprotsessis pandeemia tingimustes hakkama saada ning 2) millised psühhosotsiaalsed probleemid neis situatsioonides esile kerkisid.

## METOODIKA

Uuringu viidi läbi kombineeritud meetodil. Uuringu valimisse kaasati viis tervishoiuasutust ja nende osakonnad: Kuressaare haigla, TÜ Kliinikumi ning Põhja-Eesti Regionaalhaigla intensiivravi- ja erakorralise meditsiini osakonnad (vastavalt IRO ja EMO) ning Tallinna ja Tartu Kiirabi. Organisatsioonide valik lähtus nende suuremast kaasatusest COVID-19-pandeemia esimese laine haigusjuhtudega tegelemisse. Osalejatena kaasati nimetatud asutuste ja osakondade arstid, õed ning erakorralise meditsiini tehnikud.

Uuringu kvantitatiivse osa läbiviimiseks ja osalejate kaasamiseks pöörduiti asutuse kontaktisikute poole, kes edastasid uuringuga seonduva info (sh uuringukutse ja lingi küsimustikule) oma asutuse vastavate osakondade töötajatele. Uuringus said osaleda kõik kutse saanud inimesed, kellel oli link uuringuankeedile, kuid osalemine oli rangelt vabatahtlik ning asutuste kontaktisikud ega teised haiglatöötajad muul viisil uuringu korraldamisesse kaasatud ei olnud. Veebipõhine küsimustik, mille avalehele oli paigutatud teadva nõusoleku vorm, asus Tartu Ülikooli Microsoft 365 keskkonnas, millele oli ligipääs artikli teisel ja kolmandal autoril. Ankeet oli vastamiseks avatud 16.10.–30.11.2020 ning sel perioodil vastas ankeedile 220 inimest.

Küsimustik koosnes kahest osast, millest esimene sisaldas vastajaga seotud infot ning teine osa koosnes 13 küsimusest, mis puudutasid pandeemiat, enda rolli tervishoiutöötajana ning erinevaid tegureid, mis mõjutasid eetiliste otsuste langetamist pandeemia olukorras. Kvantitatiivne andmeanalüüs viidi läbi MS Exceli ja Bluesky Statisticsi (7. versioon) abil, erinevate tunnuste vaheliste seoste

kirjeldamiseks kasutati risttabeleid ning tulemused esitati protsentides. Tulemuste analüüsil ei ilmnud statistiliselt olulisi seoseid, mistõttu ei saa tulemuste põhjal esitada konkreetseid seoseid vastajate tausta ja teatud käitumisviiside kohta, mis aga seda enam toovad esile teema kompleksuse ja sellest lähtuvad vajadused (vt täpsemalt tulemuste ja arutelu jaotisi).

Kvalitatiivsete intervjuude tegemiseks pöörduti võimalike intervjuueeritavate poole otse e-kirja teel palvega intervjuu anda. Intervjuud viidi läbi Zoomi keskkonnas ajavahemikul 30.11.–20.12.2020. Intervjuud läbisid esmase veebipõhise transkribeerimise (20), seejärel kuulas esimene autor kõik intervjuud veel kord üle ja parandas käsitsi vead, misjärel intervjuude salvestised kustutati. Transkribeerimisele järgnes intervjuutekstide kvalitatiivne sisuanalüüs, mis võimaldas saadud kontekstilisi tähendusi süvitsi uurida. Kvalitatiivse sisuanalüüsi läbisid ka vastused, mis olid antud küsimustiku avatud küsimustele. Tulemusi ilmestavad osalejate tsitaadid, mis on artiklis esitatud kaldkirjas ja kajastavad osalejate lausekonstruktsioone, mida autorid grammatiliselt ei korrigeerinud.

Uuringu on heaks kiitnud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee (kooskõlastus nr 322/T-5, 07.10.2020).

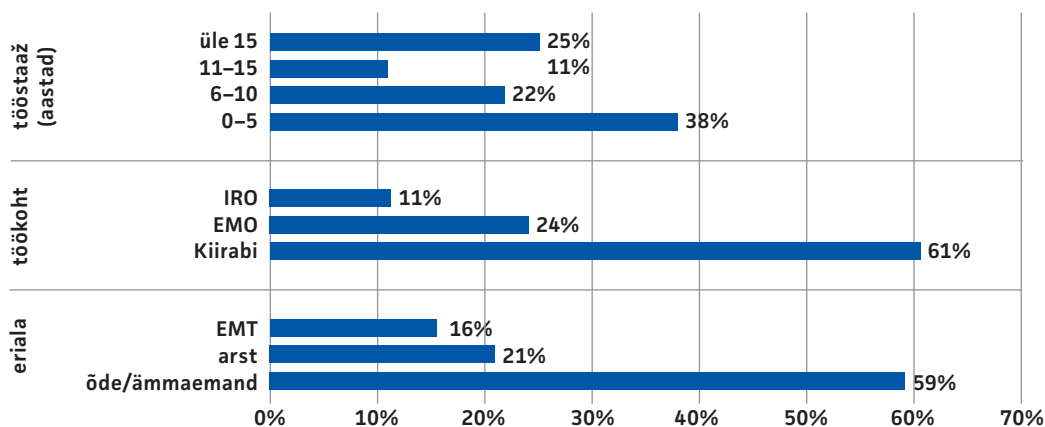
## TULEMUSED

### Kliinilise rolli ja otsuste langetamisega seotud enesekindlus

Küsitluses osalenud vastajate iseloomustus on toodud joonisel 1. Kuna osa (n = 11) vasta-

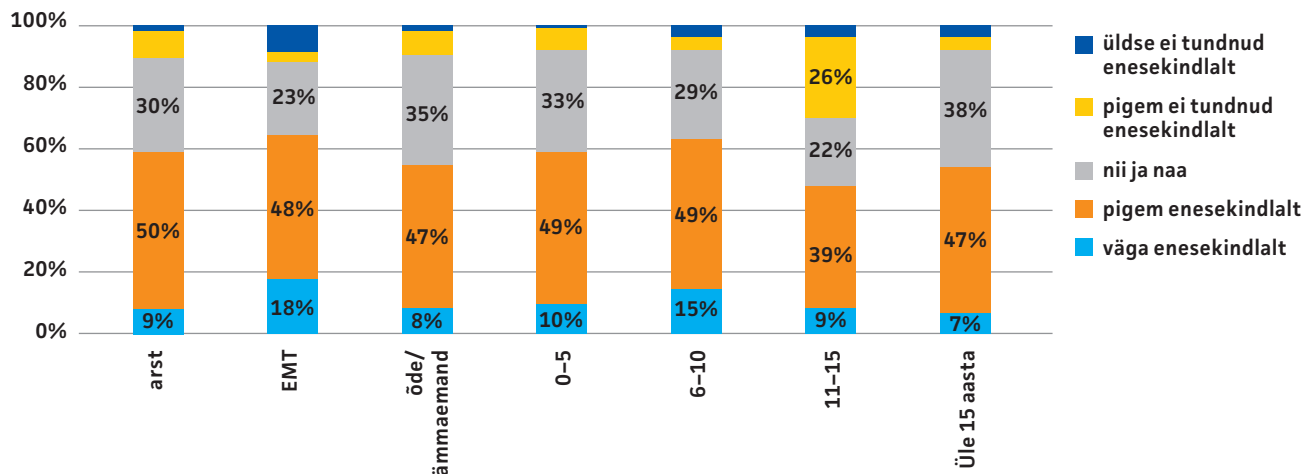
nutest ei märkinud oma eriala, töökohta ega staaži, ei anna tabelites toodud jaotus kokku 100%. Vaatamata sellele kasutati nende osalejate vastuseid analüüsil, kuna otsus oma andmeid mitte sisestada võis tuleneda võimalikust kaudse tuvastamise kahtlusest. Viimast võivad põhjustada valimi moodustamise kriteeriumid nii institutsioonide kui ka nende asukohtade ja osakondade järgi. Muud antud vastused olid uuringu jaoks olulised, samuti puudub autoritel põhjus kahelda, et nimetatud osalejad kuuluvad sihtrühma hulka.

Üle poole vastanutest tundsid ennast pandeemia ajal oma kliinilises rollis enesekindlalt (vt joonis 2). Huvitav oli enesekindluse erinevus spetsialistide vaates: kui arstide ja õdede-ämmaemandate puhul olid vastuste määrad pigem sarnased, siis erakorralise meditsiini tehnikud eristusid teistest vastajatest. Nende hulgas oli rohkem nii neid, kes tundsid end väga enesekindlalt, kui ka neid, kes ei tundnud end üldse enesekindlalt. Erinevus ilmnes ka tööstaaži osas, kus 11–15aastase staažiga vastajad olid keskmisest ebakindlamad, neljandik neist tundsid ennast oma kliinilises rollis pandeemia ajal pigem ebakindlalt. Samas tuleb siin silmas pidada, et sellise staažiga vastajate hulk oli väiksem võrreldes teiste rühmadega, mistõttu erinevused ilmnevad reljeefsemalt. Samuti on oluline tähele panna, et keskmiselt kolmandik kõigist vastajatest valis variandi „nii ja naa“, mis viitab, et enesekindluse määr võib sõltuda olukorrast, kuid ei anna täpsemat vastust sellele, millisel puhul oli enesekindlus suurem, millisel väiksem.



IRO – intensiivravi osakond, EMO – erakorralise meditsiini osakond, EMT – erakorralise meditsiini tehnik

Joonis 1. Uuringu osalenute profiil (n = 209).



EMT – erakorralise meditsiini tehnik

**Joonis 2.** Vastanute pandeemiaaegne enesekindlus oma kliinilises rollis erinevate erialade esindajate ja tööstaaži kaupa.

Kui vastajatel tuli anda hinnang oma enesekindlusele hüpoteetilises olukorras, kus tervishoiuressursse (nt hingamisaparaate) oleks olnud piiratult, olid vastused mitmekesisemad (vt tabel 1). Ka siin ilmnis analoogiline erialadevaheline erinevus, kuid oluline on ka üldine erisus, mille kohaselt väga või pigem enesekindlalt tundis ennast umbes veerand vastajatest. 40% vastanutest leidis, et enesekindlus tuleneb olukorrast („nii ja naa“ variant) ning kolmandik ei tundnud end pigem või üldse enesekindlalt. Seetõttu oli ootuspärane, et võimalikus ressursipuuduse olukorras peeti kõige eetiliseks seda, kui otsus olemasolevate ressursside jagamise kohta on meeskondlik/konsiliaarne. Kuigi valdav osa (79%, sh 88% arstidest) vastanutest leidis, et sellise otsuse langetamise meeskonda peab kuuluma ka raviarst, leidsid mõned vastajad, kelle arvates peab otsus olema konsiliaarne, kuid raviarst ei pea kaasatud olema.

### Pandeemiaaegsete keeruliste otsuste tegemine

Kolme olulisema tegurina, mida ressursipuuduse tingimustes otsuste tegemisel silmas pidada, toodi välja ravi tulemuslikkust konkreetse patsiendi puhul (43%), patsiendi tervislikku seisundit (33%) ja patsiendi vanust (10%). Teisi tegureid (nt patsiendi puue, tema enda tahe või tervishoiutöötajate eelistamine) nimetati harvem.

Peamised vastajatele stressi põhjustanud tegurid on esitatud tabelis 2, mille kohaselt on ka siin spetsialistide vahel erinevused, mis tulenevad ilmselt erinevast kliinilisest rollist ja töö spetsiifikast. Nii on suurim mure lähedaste pärast erakorralise meditsiini tehnikutel, kes on välja toonud ka probleeme isikukaitsevahenditega varustatuses, samas arstid, kelle otsene ülesanne on ravimine, on väljendanud enim muret ravi mõjutavate ressursside puudumise pärast.

**Tabel 1.** Vastuste jagunemine küsimusele „Kui (enese)kindlalt tundsite end (võimalikus) olukorras, kus oleks tulnud otsuseid langetada piiratud ressursside (nt hingamisaparaatide vähesus) tingimustes?“ erinevate erialade esindajate kaupa (saadud vastused %-na vastava sihtrühma hulgast)

	arst	erakorralise meditsiini tehnik	õde/ ämmaemand	kokku
väga enesekindlalt	7%	3%	4%	4%
pigem enesekindlalt	22%	29%	20%	22%
nii ja naa	37%	44%	41%	41%
pigem ei tundnud enesekindlalt	30%	18%	30%	28%
üldse ei tundnud enesekindlalt	4%	6%	5%	5%

**Tabel 2.** Olulisemad stressiallikad pandeemia esimese laine tippajal erinevate erialade esindajate kaupa (vastusena esitatud % vastava sihtrühma hulgast (märkida tuli viis olulisemat))

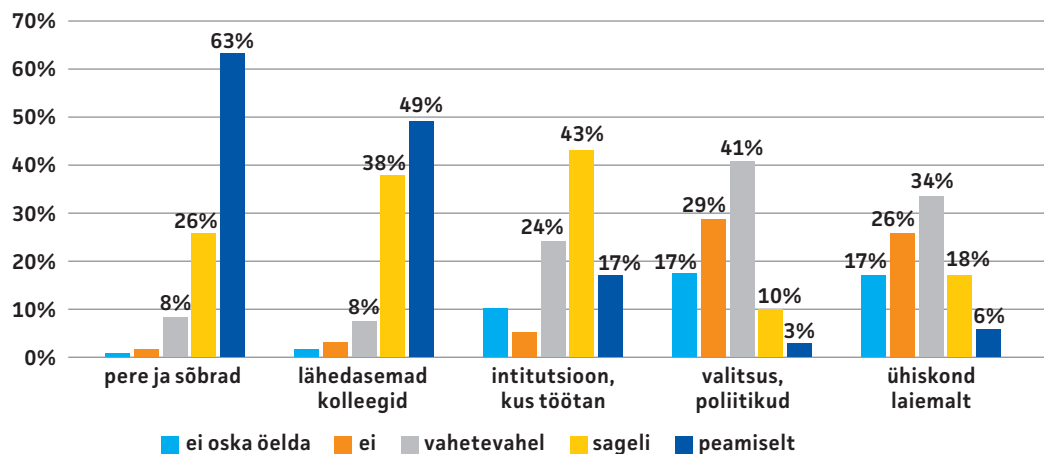
Arst	
Mure võimaliku ressursipuuduse pärast inimeste ravimisel	67%
Vähesed/puudulikud teadmised COVID-19 kohta	58%
Kiiresti muutuv olukord riigis seoses haiguspuhanguga ja sellest tulenev teadmatus	58%
Mure lähedaste pärast	47%
Suur töökoormus	24%
Probleemid puuduvate kaitsevahendite pärast	22%
Piisava testimisvõimekuse puudumine	20%
Mure iseenda füüsilise tervise pärast	16%
Kommunikatsiooniprobleemid ning infopuudus organisatsiooni sees	13%
Mure iseenda vaimse tervise pärast	9%
Ebakindlus seoses uues valdkonnas töötamisega (nt põhitöö väljaspool intensiivravi)	9%
Erakorralise meditsiini tehnik	
Mure lähedaste pärast	81%
Vähesed/puudulikud teadmised COVID-19 kohta	50%
Kiiresti muutuv olukord riigis seoses haiguspuhanguga ja sellest tulenev teadmatus	50%
Probleemid puuduvate kaitsevahendite pärast	46%
Mure iseenda füüsilise tervise pärast	46%
Mure võimaliku ressursipuuduse pärast inimeste ravimisel	29%
Mure iseenda vaimse tervise pärast	21%
Piisava testimisvõimekuse puudumine	18%
Suur töökoormus	14%
Ebakindlus seoses uues valdkonnas töötamisega (nt põhitöö väljaspool intensiivravi)	4%
Kommunikatsiooniprobleemid ning infopuudus organisatsiooni sees	4%
Õde/ ämmaemand	
Mure lähedaste pärast	59%
Kiiresti muutuv olukord riigis seoses haiguspuhanguga ja sellest tulenev teadmatus	53%
Vähesed/puudulikud teadmised COVID-19 kohta	50%
Suur töökoormus	44%
Mure võimaliku ressursipuuduse pärast inimeste ravimisel	42%
Mure iseenda füüsilise tervise pärast	35%
Probleemid puuduvate kaitsevahendite pärast	34%
Mure iseenda vaimse tervise pärast	22%
Piisava testimisvõimekuse puudumine	19%
Kommunikatsiooniprobleemid ning infopuudus organisatsiooni sees	15%
Ebakindlus seoses uues valdkonnas töötamisega (nt põhitöö väljaspool intensiivravi)	7%

Erinevate meetmete hulgast, millest võiks olla abi tervishoiutöötajate stressi vähendamisel tuleviku võimalike pandeemiatega korral, tuli vastajatel valida kuni kolm, millest olulisimal kohal (52%) oli selgemate triaazjuhiste vajadus. Olulisimaks pidasid seda õed ja ämmaemandid, kes peavad triaazi läbi viima. Avatud vastuste analüüsil oli „selgelt formuleeritud juhendite puudulikkus ja haigla poliitika väga ebakonkreetne formuleering“ toodud välja ka kui üks täiendav stressiallikas. See väide osutab, kui oluline on tervishoiusüsteemi efektiivsel ja eetilisel toimimisel selle süsteemi enda toetus üksikisikutest otsustajatele. Lisaks sellele, et juhised ja seisukohad annavad töötajatele aktsepteeritud tegutsemisraami, annavad need ka kindluse, et riskid on maksimaalselt maandatud ja keerulistes oludes on tervishoiutöötajal olemas igakülgne institutsionaalne tugi.

Üsna samal määral peeti lisaks juhiste oluliseks ka töötajate vaimse tervise toetamist (49%). Vaimse tervise toetamine ei ole oluline ainult inimese enda seisukohast, vaid ka seetõttu, et avaldab otsest ja kaudset mõju kõigile, kellega kokku puututakse, sest „ei ole kõik nii hea stressitaluvusega ja siis murdutakse rohkem, lubatakse endale käitumist, mida [--] ei peaks tegema“. See tsitaat viitab samuti igakülgse institutsionaalse toe vajadusele, et emotsionaalselt ebastabiilses ja keerulises olukorras suudetaks mitmepoolses suhtluses rakendada nii professionaalse eetika printsiipe kui ka ühiskonnas aktsepteeritud väärtushinnanguid.

Olulisena toodi välja ka kommunikatsiooni, sh nii sisekommunikatsiooni organisatsioonis (31%) kui ka väliskommunikatsiooni, eeskätt suhtluseks patsientide ja nende lähedastega (28%). Ka intervjuudes toodi välja sisekommunikatsiooni probleeme: „pigem on kõige suurem takistus sinna kommunikatsiooni taha, et majas sees olid omad plaanid, asjad aga, aga need kuidagi nagu ei liikunud seal“.

Teisi meetmeid (juriidiline abi ja kaitse ning eetikaalased meetmed) mainiti vähem. Kõige laiemalt liigituvad nii kommunikatsioon kui ka erinevad teised meetmed institutsionaalse toe alla, mida on täpsemalt käsitletud järgmises alapeatükis. Pandeemia ajal tunti tuge ja toetust peamiselt ja sageli oma lähimast suhtevõrgustikust, sh nii perelt ja sõpradelt, lähematelt kolleegidelt kui ka organisatsioonilt, kus töötati (vt



Joonis 3. Osapooled, kelle tuge ja toetust vastajad kriisi ajal tundsid.

joonis 3), ning see toob esile pehmete väärtuste olulisuse kriisisituatsioonis.

### Pandeemia kui ühiskondlik ja kutse-eetika väljakutse

Pikemad arutlused eetikast ja pandeemia mõjust eetilisele käitumisele tervishoiuasutustes leidsid aset süvaintervjude käigus. Olulise eetilise nüansina toodi välja kaugenenemist tänapäevasesst patsiendikesksest lähenemisest ja seda nii meditsiinilisest kui ka eetilise aspektist. Nii näiteks mainiti, et pandeemia tõttu ei pruugitud pakkuda meditsiiniliselt kõige paremaid lahendusi neile patsientidele, kes hospitaliseeriti muul põhjusel kui COVID-19: „*noh pärast insulti ja selliseid asju, et, et, et ühesõnaga nad tegelikult oleks vajanud hoopis nagu teistsugust abi [---] nad jäid nagu, [---] õigest ravist ilma. [---] me tegelikult ju neid ei aidanud [---] ma ei usu, et sai nagu tehtud nagu täis selline ütlemine, arstiabi või mida tegelikult oleks võinud [saada]*“.

Samuti toodi esile, et uute protseduuriliste muudatuste tõttu võis abi saamine viibida: „*kutseid ei kadunud kuskile [---] lihtsalt meie kutsetega läheb rohkem aega [---] [võib juhtuda] et jah, „tavaline“ äge infarkt peab ootama, sest et me just peseme autot. Samas, musta autosse teda ka võtta ei saa*“.

Nagu eelnevatest näidetest nähtub, on COVID-19-pandeemial potentsiaal suurendada tervisealast ebavõrdsust, mis võib olla oluline aspekt strateegiate ja kriisiplaanide koostamisel. Mõneti panevad sellised töökorralduslikud uuendused ja muudatused aga raskete valikute ette ka tervishoiutöötajad, kel tuleb teha otsu-

seid, keda, millal ja millisel määral aidata. Paratamatult võib valik, kus ühel pool on reeglite järgimine rahvatervise olukorra säilitamiseks või parandamiseks ja teisel pool üksikisiku tervisevajadused, kutsuda esile sisemise eetilise (nii kutsealase kui ka üldnimiliku) dilemma. Viimane võibki viia omaenda eetiliste põhimõtete rikkuamiseni ja sisemiste konfliktide tekkeni, mille puhul pörkusid professionaalne eetika ja tavapärase patsiendikeskne praktika, üldnimelikud väärtused ja pandeemiaaegsed uued rahvatervise kaitsest lähtuvad reeglid, mida ühe eriti reljefse näite puhul võrreldi küüditamisega: „*ma sain ka aru, et, [---] kui mina teen midagi, et lubangi selle inimese koju, siis [---] mind selle eest karistatakse. Et sa oled nagu selles süsteemis. Ja see, seda enam sa näed, et sa ei saa öelda, et minu eetika on nüüd nii. [---]sul on mingisugune seadus, millest sa pead lähtuma. [---] ma võrdlesin seda Siberisse saatmisega. Sinu eetika võib öelda, et sa naabrimeest ei saada. Aga kui [---] see on sinu töö või sind lastakse muidu maha, siis sa teed seda lihtsalt ja see käib väga lihtsalt*“.

Nii see kui ka teised sarnased näited, mida intervjuueeritud isikud välja tõid, viitavad, et olukord, kus tuleb samal ajal lahendada tervisekriisi ning säilitada enda väärtused ja/või põhimõtted, võib inimeste jaoks olla keerukas ning vajada nii psühholoogilist kui eetikaalast toetamist.

Lisaks erinevatele tervises seisunditele toodi probleemkohana välja ka nüansse, mis viitavad võimalike igapäevaeluprobleemide süvenemisele, sh majandusliku kahju tekkimisele, sest „*kevadel me ju ei lubanud tööle,*

*kuna selline oli korraldus, et pidi olema PCR-negatiivne [--] need on igal juhul kaotanud näiteks kas või majanduslikult“.*

Laiemalt nähti aga ka ühiskonnast tõukuvaid eetilisi probleeme, kus meedia, kes saaks inimesi toetada, võis probleeme süvendada, aga ka meediaetika-vastaselt käituda: „Saksa meedias ei ole võimalik isegi, et mingi suvaline [--] üldse saaks eetriaega [--] meedia võiks toetada inimeste siis nagu harimist, [--] see, et igapäevale sõna antakse, on tegelikult isegi nagu kuritegelik [--] ma arvan, et ajakirjandus kindlasti rikub oma eetikat praegusel ajal ka nagu oluliselt“.

Nagu eeltoodud tsitaadist näha, on tervisealane kriisisituatsioon tundlik palju laiemas kui vaid tervishoiusüsteemi kontekstis, esitades erakorralisi nõudmisi erinevatele valdkondadele ja nende esindajatele ning viidates vajadusele avaliku debati järele. Siiski leidis enamik (85%) osalenutest, et pandeemia andis neile teadmise, et nad teevad olulist tööd, mis „on meie tavapäeva töö“. Samuti, et „ei ole veel tekkinud sellist olukorda, et ma ütleksin, et noh, ma ei lähe tööle, sellepärast ma nagu kardan [--] ja eriti tobe on istuda kodus siis, kui sa oskad aidata“. Viimases tsitaadis leiduva mõtte esitasid mitmed intervjuueeritud ning see toob esile kutse-eetikast lähtuva arusaama selle kohta, milline käitumine on eetiline mastaapses tervishoiualases kriisilukorras, milles võivad pörkuda omavahel kutsealast lähtuvad ning individuaalsed nõudmised ja vajadused.

## ARUTELU JA JÄRELDUSED

COVID-19-pandeemia esimene laine tõi endaga kaasa olukordi, millega Eesti ühiskond ja tervishoiusüsteem ei ole pikka aega kokku puutunud. Nagu eesliini tervishoiutöötajate seas läbi viidud uuringu tulemustest selgus, hinnati oma professionaalset hakkamasaamist positiivselt, kuigi tajutud enesekindlus vähenes, kui vastajad pidid hindama hüpoteetilist olukorda, kus oleks meditsiiniliste otsuste langetamisel olnud tegu vajalike ressursside defitsiidiga. Taoline ebakindel hoiak ei pruugi aga sugugi markeerida ebakindlust teadmatuse võtmes. Reflektsioon dilemmade üle, kus valida tuleb mitmete oluliste, kuid olukorras kokkusobimatute eetiliste väärtuste vahel (nt konkreetse patsiendi huvid vs. utilitaristlikud rahvatervishoiu eesmärgid), võib ebakindlust seostada ka suurema teadlik-

kusega olukorra eetilise kompleksisusest ning paratamatutest kompromissidest, mida sellises olukorras teha tuleb (21).

Selleks, et keerulistes oludes toetada tervishoiutöötajate otsuste tegemist, koostasid paljud riigid, teiste hulgas Eesti, juba 2020. aasta kevadel juhised (16). Taolised dokumendid mängisid muu hulgas olulist rolli just suunatuna avalikkusele – kinnitades üle tervishoiuteenuste pakkumise eetilised alused ka pandeemia tingimustes. Samas ei ole eesliinitöötajad saanud sealt alati vajalikke praktilisi juhtnööre. Sama kinnitasid uuringus osalejad, kui pidasid vajalikuks veelgi detailsemate triiaažjuhiste koostamist. Lisaks professionaalse hakkamasaamise toetamisele oli vastajatele oluline ka tööandja toetus stressi ja vaimse pingega hakkamasaamisel.

Nagu varasemad uuringud on näidanud, on eesliini töötajatel kriisisituatsioonis suurenenud psühholoogilise pingetase (6, 7), mida võivad suurendada täiendavad tegurid, nagu uuringus välja toodud mure lähedaste ja ressursipuuduse pärast, info vähesus, riikliku rahvatervise olukorra kiired muutused ja probleemid isikukaitsevahendite kättesaadavusega. Täiendava psühhosotsiaalse ja eetilise probleemina võib esile kerkida ka moraalne kurnatus, mis paneb tervishoiutöötajad olukorda, kus valida tuleb meditsiiniliselt korrektse ja/või vajaliku tegevuse ning riiklikult või institutsionaalselt kehtestatud reeglite vahel (14–19). Nagu intervjuudest peamiselt esile tuli, tajutakse olukorda, kus patsientidele ei ole võimalik enam pakkuda abi professionaalse eetika põhimõtetele ja ravijuhistele tuginedes, tervisealast ebavõrdsust suurendavana, aga ka edasisi võimalikke terviseprobleeme süvendavana.

Varasemad uuringud on näidanud, et nii ajalooliselt (17) kui ka COVID-19-pandeemiaga (18, 19) on maailmas tervisealane ebavõrdsus suurenenud. Kuigi Eesti uuringu tulemused ei toonud liiga teravalt esile sotsiaal-majanduslikust taustast lähtuvat ebavõrdsust, tuleb silmas pidada, et tervishoiuteenuse kättesaadavuse piiratuse tõttu võib ebavõrdsus tekkida nii erinevate (COVID-19-ga mitteseotud) haigusseisundite korral (20) kui ka täiendavatest ohutusmeetmetest tingituna.

Lähtuvalt neist tulemustest saab öelda, et eksisteerib vajadus nii institutsionaalse kui ka riikliku strateegilise toe järele, mis

ei hõlmaks vaid töökorralduslikke aspekte ja võimalikke eetilisi otsustuskohti, vaid aitaks ka tervishoiutöötajaid keerulistes psühholoogilistes, emotsionaalsetes ja eetilistes oludes. Uuringu tulemustest järeldub, et vaatamata keerukatele oludele suutsid uuringus osalenud tervishoiutöötajad koroonapandeemia esimese laine ajal uute oludega kohaneda. Siiski tõi uute institutsionaalsete ja protseduuriliste reeglite rakendamine esile olukordi, mis võivad viia suureneva tervisealase ebavõrdsuseni. Nagu uuringu tulemused osutavad, suudeti üsna kiiresti kohandada tavapäraseid tööprotsesse, samuti loodi juhiseid eetilisel keerukates oludes otsuste langetamiseks. Samas see, et lisaks normatiivsetele juhiste vajatakse ka emotsionaalselt ja psühholoogiliselt kohandatavat tuge, on tulnud esile uudistes, mis on artikli kirjutamise ajal (oktoober 2020) jõudnud meediasse ning milles on väljendatud tervishoiutöötajate kurnatust ja vähenenud valmisolekut COVIDi-osakondades töötada.

Eesti uuringu tulemused on tervisealase ebavõrdsuse aspektist olulised ka rahvusvahelises kontekstis. Kui 2020. aasta kevadel kulgenud pandeemia esimene laine oli võrreldes teiste riikidega pigem leebe ja lokaliseeritud ning tõi sellele vaatamata esile moraalse kurnatuse tendentsi ja tervisealase ebavõrdsuse ilminguid, siis kahtlemata oludes, kus haiguspuhang on intensiivsem, avalduvad ka need ilmingud veel selgemini ja tugevamini, mistõttu on oluline riikidel lisaks rahvatervise aspektidele valmistuda ka nende nüanssidega tegelemiseks.

Ühe võimalusena saab pandeemia erinevate lainete vahelisel ajal pakkuda vastavasisulisi koolitusi, aga psühholoogilise abi ja toe võimalus peab eesliini tervishoiutöötajatele olema kergesti ja kiiresti kättesaadav ka intensiivsematel kriisiperioodidel. Edasise ettevalmistuse mõttes tasub aga kaalumist, kas tuleks läbi vaadata tervishoiutöötajate õppekavad ja senisest suuremas mahus õpetada kriisiloludes toimimist, sh mitte vaid abivajajate-patsientide, vaid ka tervishoiutöötajate endi vaatepunktist. Näiteks on moraalse kurnatuse vältimiseks mujal maailmas juba välja töötatud mitmeid meetodikaid moraalse vastupidavuse (*moral resilience*) suurendamiseks (27). Nende meetodikate eesmärk on tervishoiu paratamatute ette tulevate moraalsete konfliktide

ning ka lihtsalt ebaõnne korral eetiliste otsustusprotsesside järjekindluse säilitamine institutsionaalse toetusmehhanismi abil ning osalejate väärkuse toetamine, muu hulgas erinevate eneseregulatsiooni ja -refleksiooni vahenditega.

Uuringul on ka teatud piiranguid. Esmalt tuleb silmas pidada, et uuritud perioodiks oli COVID-19 esimene laine, mis möödus Eestis vaatamata teatud piirkondlikele erisustele suhteliselt rahulikult. Teiseks, uuringu perioodi ajaks oli algamas COVID-19 teine laine, mis ühelt poolt võis mõjutada antavaid hinnanguid, aga ka uuringus (mitte-)osalemise otsust üldisemalt. Kolmandaks on oluline välja tuua, et erinevate tervishoiutöötajate esindatus valimis ei vasta tegelikele proportsioonidele, valim ei olnud esinduslik ning kaasatud asutuste arv oli piiratud, mistõttu ei saa tulemuste põhjal teha kõigile eesliini tervishoiutöötajatele laiendatavaid üldistusi ja järeldusi. Neljandaks, lähtuvalt valitsenud epidemiooloogilisest olukorrast tuli valida uuringu läbiviimiseks elektroonilised kanalid, mistõttu võisid uuringus osaleda keskmisest aktiivsemad ja/või tehniliselt pädevamad inimesed. Viiendaks, tulemuste analüüsis ei ilmnunud erinevate taustatunnuste ja kindlate (käitumis-)valikute vahel statistiliselt olulisi seoseid ning seda tuleb uuringu tulemusi tõlgendades kindlasti silmas pidada. Siiski leiavad autorid, et vaatamata nimetatud piirangutele on saadud teadmised tervishoiualase kriisisituatsiooni mõistmisel ja analüüsimisel olulised ning annavad edasi olukorras toimimise ja hakkamasaamise kompleksust.

Seetõttu tuleb suurema kriisilukorra möödudes lisaks meditsiinilise suutlikkuse suurendamisele pöörata tähelepanu, sh tegevusplaanide loomise ning rakendamise kaudu, ka tervishoiu selliste aspektide arendamisele, mis toetavad tervishoiusüsteemi sotsiaalset, psühholoogilist ja eetilist suutlikkust.

---

#### TÄNUAVALDUS

Autorid tänavad kõiki uuringus osalenud tervishoiutöötajaid, kes pingelisel tervisekriisi ajal leidsid aega, et uuringus osaleda. Artikkel on valminud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli rakendusuuringu 1-16/545 rahastuse ning Eesti-uuringute Tippkeskuse (Euroopa Regionaalarengu Fond) ja Tartu ülikooli (2020) baasrahastuse toel.

---

#### HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Võimalik huvide konflikt puudub.



<sup>1</sup> Centre for Health Education, Tallinn Health Care College, Estonia,

<sup>2</sup> Institute of Health Technologies, Tallinn University of Technology, Estonia,

<sup>3</sup> Department of Philosophy and Semiotics, University of Tartu, Estonia,

<sup>4</sup> Chair of nursing, Tallinn Health Care College

Correspondence to:  
Kadi Lubi  
kadi.lubi@taltech.ee

Keywords:  
medical ethics, ethical decision-making, Covid-19, pandemic, frontline healthcare professionals

## SUMMARY

### Ethical and psychosocial challenges and decision-making during a public health emergency: the perceptions and experiences of frontline healthcare professionals in the course of the first wave of the COVID-19 pandemic

Kadi Lubi<sup>1,2</sup>, Kadri Simm<sup>3</sup>, Jay Zameska<sup>3</sup>, Kaja Lempu<sup>4</sup>, Angela Eensalu-Lind<sup>4</sup>

**Background and aims.** The outbreak of the COVID-19 pandemic has posed several challenges to societies, individual healthcare systems, and global public health. Additionally, the pandemic has entailed new ethical dilemmas that healthcare professionals and institutions are forced to manage both individually as well as institutionally. Many countries, including Estonia, had already prepared ethical guidelines by April 2020 to support healthcare professionals in their potentially challenging ethical decision-making. The aim of this article was to analyse the evaluations of frontline healthcare professionals regarding these situations, as well as their individual strategies and perceptions related to the management of ethically challenging medical cases in the context of the pandemic.

**Methods.** The research made use of a combined method of a quantitative web-based survey (n=220) and eight qualitative semi-structured in-depth interviews. The sample consisted of frontline healthcare professionals from 5 institutions (Kuressaare Hospital, Tartu University Hospital, North Estonia Medical Centre and the Ambulance Foundations of Tallinn and Tartu) which were affected the most by the first wave of the pandemic. Quantitative data was analysed using descriptive statistics (cross tabulation) with the MS Excel and BlueSky Statistics (version 7.0). Qualitative textual analysis was used for data analysis. The research was granted ethical approval by the Research Ethics Committee of the University of Tartu.

**Results.** The majority of the respondents felt very much or quite confident about their clinical role. In the case of potentially limited resources, the majority (40%) of

the respondents suggested that their confidence depended on the situation. The six main sources of work-related stress were concerns about family, concerns about limited resources, lack of knowledge about COVID-19, rapidly changing public health situation and increased workload, as well as the issue of missing equipment for personal protection. Thus, more detailed guidelines, mental health support, and both external and internal communication were seen as necessary measures to be adopted. The analysis revealed that the pandemic as an ethical issue might increase health inequalities and social stigmatization.

**Conclusions.** In addition to medical aspects, it is necessary to pay attention to the development of crisis management plans, which involve more detailed guidelines and increased support for the social, psychological and ethical capacity of frontline health workers.

## VIITED/REFERENCES

1. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. 2020 [cited 2020 Jun 19]. Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
2. Estonian Government. Emergency situation in Estonia. 2020 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://www.valitsus.ee/en/emergency-situation-estonia>.
3. World Health Organization. Coronavirus. 2021 [cited 2020 Jun 30]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1).
4. Alipour F, Arshi M, Ahmadi S, Lebeau R, Shaabani A, Ostadhassemi L. Psychosocial challenges and concerns of COVID-19: A qualitative study in Iran. *Health* 2020;1-18. Available from: <https://doi.org/10.1177/1363459320976752>.
5. Skoda E-M, Teufel M, Stang A, et al. Psychological burden of healthcare professionals in Germany during the acute phase of the COVID-19 pandemic: differences and similarities in the international context. *J Pub Health* 2020;42:688-95.
6. Antonijevic J, Binic I, Zikic O, Manojlovic S, Tosic-Golubovic S, Popovic N. Mental health of medical personnel during the COVID-19 pandemic. *Brain Behav* 2020;1:10.
7. di Tella M, Romeo A, Benfante A, Castelli L. Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *J Eval Clin Pract* 2020;26:1583-7.
8. Robert R, Kentish-Barnes N, Boyer A, Laurent A, Azoulay E, Reignier J. Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Ann Int Care* 2020;10:84.
9. Sperling D. Ethical dilemmas, perceived risk, and motivation among nurses during the COVID-19 pandemic. *Nursing Ethics* 2021;28: 9-22.
10. Simm K. Ethical decision-making in humanitarian medicine: How best to prepare? *Disaster Med Public Health Prep* 2021;15:499-503.
11. Griffiths SM, Martin R, Sinclair D. Priorities and ethics in health care. In: Guest C, Ricciardi W, Kawachi I, Lang I, eds. *Oxford Handbook of public health practice*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2013:12-27.
12. Ammer V, Elmet K, Erikson K jt. Kliinilise eetika alased soovitusel Eesti haiglatele piiratud tervishoiuressursside jaotamiseks COVID-19 pandeemia tingimustes. 2020 [Vaadatud 08.07.2021]. Kättesaadav: [www.regionaalhaigla.ee/sites/default/files/documents/Eetika\\_alased\\_sovivitused\\_haiglatele.pdf](http://www.regionaalhaigla.ee/sites/default/files/documents/Eetika_alased_sovivitused_haiglatele.pdf).
13. Kooli C. COVID-19: Public health issues and ethical dilemmas. *Ethics, Medicine and Public Health* 2021;17:100635.
14. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics* 2019;26.

15. Tessman L. Moral distress in health care: when is it fitting? *Med Health Care Philos* 2020;23:165–77.
16. McAndrew NS, Leske J, Schroeter K. Moral distress in critical care nursing: The state of the science. *Nursing Ethics* 2018;25.
17. Mills M, Cortezzo DE. Moral distress in the neonatal intensive care unit: what is it, why it happens, and how we can address it. *Front Pediatr* 2020;8:581.
18. Gustavsson ME, Arnberg FK, Juth N, von Schreeb J. Moral Distress among Disaster Responders: What is it? *Prehosp Disaster Med* 2020;35:212–9.
19. Morley G, Sese D, Rajendram P, Horsburgh CC. Addressing caregiver moral distress during the COVID-19 pandemic. *Cleve Clin J Med* 2020. Doi: 10.3949/ccjm.87a.ccc047.
20. Alumäe T, Tilk O, Ullah A. Advanced rich transcription system for Estonian speech. *Frontiers in Artificial Intelligence and Applications* 2018;307:1–8.
21. Lepora C, Goodin RE. *On Complicity and Compromise*. Oxford: Oxford University Press; 2013.
22. Sutrop M, Simm K. Developing guidelines for the distribution of scarce medical resources during the COVID-19 pandemic: the Estonian case. *Trames* 2020;24:251–68.
23. Bengtsson T, Dribe M, Eriksson B. Epidemiology in history: social class and excess mortality in Sweden during the 1918 influenza pandemic. *Am J Epidemiol* 2018;187:2568–76.
24. Mishra V, Seyedzenouzi G, Almohtadi A, et al. Health inequalities during COVID-19 and their effects on morbidity and mortality. *J Healthc Leadersh* 2021;13:19–26.
25. Berkowitz SA, Wiley Cene C, Chatterjee A. Covid-19 and Health Equity — Time to Think Big. *NEJM* 2020;383:e76.
26. Lubi K. Is the COVID-19 crisis increasing health inequalities among chronic illness patients? In: Lombardi L, Annandale E, Hilario AP, Świątkiewicz-Mośny M, Gibin M, editors. *THE CHALLENGES OF COVID-19: Global Health and Inequality* ESA RN16 NewsLetter Special Issue 11. 2020:23–5.
27. Hylton Rushton C. *Moral resilience: transforming moral suffering in health care*. Oxford: Oxford University Press; 2018.

## COVID-19-sse haigestunud rasedatel on kaks korda sagedamini perinataalseid tüsistusi. Vaktsiin on ohutu ja kaitseb nii ema kui ka last

Alates COVID-19-pandeemia algusest on palju vastamata küsimusi SARS-CoV-2 nakkuse mõjust raseduse kulule, võimalikest perinataalsetest tüsistustest ning nende tagajärgedest. Seoses COVID-19-vaktsiinide kasutuselevõtuga 2021. aasta alguses tekkisid inimestel, k.a arstidel kahtlused nende ohutuse suhtes raseduse korral, samuti nende mõju suhtes lapsele ja tervikuna fertiilsusele, sest kliinilisi uuringuid rasedatel vaktsiinide mõju kohta oli enne nende kasutuselevõttu tehtud vähe.

USAs korraldatud uuringus analüüsiti Põhja-California piirkonnas ajavahemikul märtsist 2020 kuni märtsini 2021 rasedustüsistuste esinemist ja nakatumist SARS-CoV-2-ga (1). Haiguslugudest koguti 42 886 raseda (keskmine vanus 30,7 aastat) andmed järgmiste neil esinenud perinataalsete tüsistuste kohta: raske haigestumine raseduse ajal, venoosse trombemboolia kujunemine, meditsiinilistel põhjustel või spontaanselt tekkinud enneaegne sünnitus. Koguti andmed

raseduse ajal tekkinud 21 raske haiguse, nende seas müokardiinfarkti, ägeda neerupuudulikkuse, respiratoorse distressi sündroomi ja sepsise kohta. COVID-19-infektsioon tuvastati 1338 rasedal (3,0%).

Andmete analüüsil välistati kaasuvate haiguste, demograafiliste, rassiliste ja sotsiaalsete tegurite ning suitsetamise võimalik mõju perinataalsete tüsistuste tekkele. Ilmnes, et koroonasse nakatunud rasedatel esines mittemakatunudega võrreldes 2,5 korda sagedamini raskeid haigestumisi raseduse ajal, 2 korda sagedamini enneaegset sünnitust erinevatel põhjustel ja 3 korda sagedamini venooset trombembooliat.

Autorite hinnangul peaks soovutama kõigil rasedatel ja ka neil, kes rasedust planeerivad, lasta end vaktsineerida COVID-19-vaktsiiniga.

Rootsi ja Norra ühistöös valminud uuringus analüüsiti mõlema maa andmebaaside põhjal jaanuarist 2021 kuni jaanuarini 2022 sünnitanud naiste rasedusega seotud tüsistuste esinemise ja vastsündinute terviseseisundiga seotud ilminguid sõltuvalt rasedate vaktsineeritusest COVID-19-vaktsiiniga (2). Vaatluse all olid andmed 157 521 raseda kohta, kellest 18% olid vaktsineeritud.

95%-l juhtudest oli kasutatud mRNA-vaktsiini (Pfizer-BioNTech või Moderna) ning rasedaid oli enamasti vaktsineeritud 12. rasedusnädalal.

Vaktsineeritutel ei ilmnenud võrreldes vaktsineerimata rasedatega sagedamini perinataalseid tüsistusi, nagu enneaegne sünnitus, loote kasvupeetus ja vastsündinu madal Apgari hinne, ning uuritud vastsündinud ei vajanud sagedamini meditsiiniabi. Täiendavalt selgus, et vaktsineerimise järel emal tekkinud antikehad läbivad platsenta ja liiguvad loote vereringesse. Sellega on teatud määral tagatud ka vastsündinu kaitse COVID-19-nakkuse eest.

Kuigi uuringud on näidanud, et COVID-19-nakkus raseduse ajal suurendab oluliselt rasedusega seotud tüsistuste riski, püsib kartus, et COVID-19-vaktsiin võib kahjustada ema ja last. Nii esitatud kui ka järgnevad uuringud haju-tavad kindlasti need hirmud.

## LÜHIDALT

### REFEREERITUD

1. Ferrara A, Hedderson MM, Zhu Y, et al. Perinatal complications in individuals in California with or without SARS-CoV-2 infection during pregnancy. *JAMA Intern Med* 2022. doi: 10.1001/jamainternmed.2022.0330. Online ahead of print.
2. Magnus MC, Örqvist AK, Dahlqvist E, et al. Association of SARS-CoV-2 vaccination during pregnancy with pregnancy outcomes. *JAMA* 2022. doi: 10.1001/jama.2022.3271. Online ahead of print.