

Aime Keis: noored arstid julgevad üha rohkem enda eest seista

Noored arstid julgevad üha rohkem enda eest seista ja soovivad ebakollegiaalsusest tekkinud konfliktid ära lahendada, ütles Tartu Ülikooli meditsiinieetika õppejõud dr Aime Keis Med24 toimetajale Madis Filippovile.

Arstide liidu eetikakonverentsil räägiti sel korral meditsiinieetika õppimisest ja õpetamisest. Kui palju praegu õpetatakse Tartu Ülikoolis arstitudengitele arstieetikat ja suhtlemist?

Meditsiinieetikat õpetatakse meditsiiniteaduste valdkonna arsti ainekava õppijatele esimesel kursusel ja hambaravis teisel kursusel. Samuti füsioterapeutidele ja farmaatsiatudengitele. Lisaks on rahvatervishoiueetika, mis on rahvatervishoiu magistrantidele. Doktorantidele on meditsiiniteaduste valdkonnas bioetika, kus käsitletakse teadusega seotud eetilisi aspekte ja dilemmasid.

On seda piisavalt?

Loomulikult ei ole ja alati saaks paremini. Euroopas on üldiselt tavaks, et eetilised aluspõhimõtted on esimestel kursustel ja hiljem, kui üliõpilased on liikunud kliinilisse meditsiini, lisandub eraldi ainena kliiniline eetika. Näiteks on Vilniuse Ülikoolis viiendal kursusel kliinilise eetika aine, kus arutletakse eetiliste dilemmade üle. Meil hilisematel kursustel sellist kliinilise eetika õppainet ei ole, aga peaks olema. Kliiniline eetika ei tähenda ainult loengute kuulamist, vaid iseseisvat ettevalmistust ja õppejõuga koos kliinilises praktikas eetiliste dilemmade arutelu ja lahenduste kaalumist. Samuti tuleks residentuuris leida aeg õppekavas eetiliste dilemmade arutamiseks. Peremeditsiini õppetool minu teada sellist praktikat viljeleb.



Aime Keis

Meditsiinieetika ja suhtlemine pole päris üks ja seesama. Suhtlemine kuulub meditsiinilise etiketi raamesse. Küll aga väljendab suhtlemine arsti iseloomu ja meditsiinieetika aspektist on arsti iseloomul väga oluline roll. Peremeditsiini õppetool õpetab arstiteaduskonnas kolmanda kursuse tudengitele patsiendikeskset suhtlemist, kus mitte ainult ei räägita suhtlemisest keeruliste patsientidega ja halbade uudiste teatamisest, vaid sellest, kuidas üldse patsiendiga käituda, teda konsulteerida ja motiveerida.

Meditsiinieetikas esineb veel nähtus nagu varjatud või vaikiv eetikaõpe. Selle õppe raames võtavad üliõpilased ja residendid üle oma õppejõudude ja juhendajate suhtlemis- ja käitumismustrid ning arusaamad meditsiinieetikast. Sellisel õppel on nii positiivseid kui ka negatiivseid külgi. Kui noor kolleeg suudab eristada, millised omadused ja põhimõtted võib üle

võtta ja millised mitte, siis on kõik hästi. Mul on enda praktikas vähemalt kaks juhtumit, kus noored kolleegid, saades erialaspetsialistideks, on võtnud üle just need käitumismustrid ja põhimõtted, mis ei toeta kollegiaalsust.

Kui palju saab suhtlemisoskusi ja suhtumist üldse õppega muuta ja mis on selle eelduseks?

Meditsiinieetika eesmärgid on suunata üliõpilast mõtlema selle peale, millised on tema väärtushinnangud ja millised iseloomuomadused vajaksid arendamist. Meditsiinieetika on normatiivne eetika, kus on väga kindlad põhimõtted. Selle õppe eesmärk on kujundada arusaam, millised need normid on ja arendada üliõpilase oskust enda sisse vaadata, et näha ette võimalikke konflikte enda töekspidamiste ja väärtuste ning professionaalsete normide vahel. Võin tuua näite. Mõned aastad tagasi keeldus üks perearst kirjutamast naistele välja rasestumisvastaseid vahendeid, sest see ei käinud tema isiklike töekspidamistega kokku. Arstitöö eesmärk on langetada otsuseid patsiendi heaolu ja tervise nimel. Isiklikud veendumused tuleb jätta koju.

Õppima tulles on üliõpilane juba väljakujunenud isiksus. Inimest ei saa muuta, aga teda saab suunata ja panna mõtlema. Meditsiinis on hästi oluline mõista patsiendi kannatusi. Kuidas saab empaatiavõimet kasvatada? Mina olen oma tudengitele soovitanud lugeda

raamatuid, eeskätt ilukirjandust, mida arstid on ise kirjutanud, näiteks Bulgakovit. Kirjandus on hea allikas, mille kaudu inimeste kannatusi mõista. Eks kõige paremini saab empaatiavõimeliseks, kui kõik situatsioonid ise läbi elada, aga see ei ole ju võimalik.

Suhtlemisõpetus peab kindlasti olema fokuseeritud ühe osana ka sellele, kuidas konflikti juhtida, aga kõige parem on, kui oskad konflikti üldse ära hoida. Ma olen meditsiinis olnud üle 30 aasta ja praeguseks julgen küll öelda, et oskan konflikti juhtida, aga ma olen seda õppinud läbi oma kogemuste, vahel ka „ämbreid kolistades“. Neid kogemusi anname mina ja teised õppejõud tudengitele edasi. Aga ei saa öelda, et kogenud arstid on need, kes ainuõiget tõe teavad. Arusaamad eetilised raamistikud võivad olla põlvkonniti erinevad. Näiteks arusaam privaatsusest, kui me räägime sotsiaalmeediast ja muust, võib olla teistsugune. Ühiskond muutub ja muutuvad ka arusaamad.

Kui võimalik on tänapäeval üldse arstina töötada, olla tippspetsialist, ilma et oleksid piisava empaatiavõimega ja n-ö normaalne suhtleja?

Mina julgen öelda, et ega väga võimalik ei ole. See on vananenud arusaam, et patsient väga arsti ei näe ja temaga ei räägi ning arst ei räägi patsiendiga, sest arvab, et teab ise, mis on patsiendile parim. See on muutunud ja patsiendid väga soovivad, et arst neile selgitaks, põhjendaks ja nendega suhtleks.

Kuidas teie hinnangul suhtuvad sellesse teemasse juba töötavad arstid? Kas seda peetakse oluliseks või teisejärguliseks?

Kõigi kolleegide eest ei oska rääkida, aga suhtlemist peetakse üldiselt oluliseks. Kõike seda, et selgitad patsiendile põhjalikult, mis toimub, miks toimub, mida uuritakse, miks uuritakse. Tänapäeva meditsiin on

patsiendikeskne, mis tähendab, et patsiendil on õigus oma tervise üle ise otsustada. Kui me ei suhtle, kui me ei saa teada, mida patsient soovib, ootab ja arvab, siis me ei saa teda ju ravida.

Kaebused arstide peale on sageli seotud suhtlemisega, aga kuidas saab arst ennast kaitsta, näiteks kui teine pool on pahatahtlik?

Mina oma pika praktika jooksul pole päris pahatahtlikku patsienti näinud, küll aga tuleb aru saada, et patsient on alati teistmoodi emotsionaalses seisundis, eriti juhul, kui midagi on juhtunud ootamatult. Selline patsient võib olla halvasti tujus, ning kui sa ei taju seda ära ja võib-olla ise oled kah natuke väsinud ja mitte kõige paremas tujus, siis ongi konflikt kerge tekkima. Sage-damini tekivad need erakorralised situatsiooni pinna pealt.

Arsti jaoks on oluline aru saada, et konfliktiga ei või kaasa minna, sest siis see eskaleerub. Kui on näha, et patsiendil on mingi probleem, mis konfliktisust põhjustab, tuleks proovida selle põhjus välja selgitada, et seda osata maandada. Kui see ei õnnestu, peab suhtlemine jääma ikkagi professionaalseks. Karjuvale patsiendile ei tohi vastu karjuda. Reeglina pole patsient isiklikult selle arsti või õe vastu meelestatud. Kui patsient on turris selle pärast, et on kaua ukse taga oodanud, siis ongi põhjust vabandada. Ka lihtsalt vabadusest või selgitusest vahel piisab, et ravisuhe normaalseks saada. Mul polegi kordagi juhtunud, et haige on nii konfliktne, et tervishoiuteenust pole võimalik osutada. Aga neid üksikuid juhtumeid siiski on avalikkuse ette jõudnud.

Kui rääkida arstide omavahe- lise suhtlemisest, siis ebakollegiaalsus on teema, mille toovad sageli välja noored arstid. Mis seda soodustab?

Olen sellele palju mõelnud. Meditsiin on olnud pikki aastaid hierarhiline süsteem. Ilma üleminekuta hierar-

hilisest süsteemist meeskondlikuks meditsiiniks – sest tänapäeval ravige patsienti ikkagi meeskonnana – me kaasaegset arstiabi osutada ei saa. Võib-olla ebakollegiaalsed suhtumised võivad tuleneda sellest, et mõned kolleegid ei taha hierarhilisest meditsiinist lahti lasta. Teine võimalik põhjus, ja ma loodan, et seda jääb järjest vähemaks, on see, kuidas sinuga on kunagi käitunud, kui sa ise olid noor. Ehk elad selle välja noore arsti peal. Ma tahaks loota, et seda pole palju.

Ebakollegiaalset suhtumist kohtab eriti just noorte kolleegide suhtes, aga mitte ainult. Toon näite, kus erialaspetsialist nimetab füsioterapeuti võimlejaks. Füsioteraapia ei ole pelgalt ainult võimlemine ja selle eriala inimestel on tänapäeval meditsiinis väga suur roll. On ka ebakollegiaalseid suhteid erialade vahel. See pole ainult Eestis nii, seda juhtub ka mujal riikides. Selliseid ebakollegiaalseid suhteid peaks jääma järjest vähemaks.

Mida saab noor arst, kes kogeb ebakollegiaalset suhtumist, omalt poolt teha?

Tal on võimalik kolleegiga rääkida, vahetu juhiga arutada või minna kuni Eesti Arstide Liidu eetikakomiteeni välja. Ma ei tea, kui palju seda tavapraktikas on juhtunud. Eks see on noorele arstile üsna keeruline seista vastakuti näiteks 30 aastat töötanud arstiga ja selgitada, et selline suhtumine nooremasse kolleegi ei ole tänapäeval aktsepteeritav.

Ja see, kuidas pärast väikeses Eestis, kus kõik tunnevad kõiki, edasi töötada?

Jah, aga ma loodan, et see asi nii karm ei ole. 1990ndate alguses oli mul ühe arstiga konflikt, kes mulle ütles, et Eestis ma enam kunagi tööd ei leia. Olin väga pikalt stressis, töötama ma siiski toona ei jäänud. Selliseid konflikte on tõesti raske lahendada. Kui tekib konflikt, kus üks on jõupositsioonil, siis lahkub tavaliselt ikkagi see, kes ei ole, ehk

noor arst ja me kaotame hea spetsialisti. Me ei peaks neid asju nii kaugele laskma.

Ma näen EMOs praktikal palju residentide ja kuuenda kursuse tudengeid – nad on särtsakad ja ma ütleks, et ega noored arstid ei lase endale pähe istuda. Nad on julged. Mõni üritab kohe välja selgitada, mis on ebakollegiaalse käitumise allikas, mõni tuleb juhendaja käest abi otsima. Ma olen ise vahele astunud noore arsti ja teise eriala arsti konfliktile. Näiteks tekkis konflikt, kui resident helistas erialaarstile, paludes teda haiget konsulteerima, ja kogenumale kolleegile see ei meeldinud. Millal siis resident veel õpib kui mitte residentuuris?

EMOs ma näen, et nad tulevad konflikti järel juhendaja ja kolleegide juurde arutama, mis on valesti, miks see nii on ja kuidas konfliktist välja tulla. Ma ütleks, et noored on tänapäeval märksa julgemad, kui meie omal ajal olime.

Võib-olla on ka põhjust olla, arvestades, et enamikul erialadel ilmselt järjekorda ukse taga pole, sest arste on vähe?

Jah, see on üks põhjus. Kui ma vaatan noori, siis nad seisavad üldse rohkem enda eest kui meie omal ajal. Nii me saamegi lahti arusaamast, et meditsiin on hierarhiline. Jah, vastutab meeskonna juht ja arstil on kõige suurem vastutus, aga see ei tähenda seda, et teisi meeskonnaliikmeid, ükskõik, kas seal on noored arstid, teise eriala spetsialistid, õed, hooldajad, ei peaks respektierima. Nende kõigi panus on oluline. Tuleb aru saada, et kollegiaalsuse konfliktis jääb kannatajaks patsient, sest me keskendume omavaheliste jõupositsioonide väljaselgitamisele, unustades patsiendi, kes on põhjus, miks me omavahel peame suhtlema.

Mida saab haigla teha ära, et tööõhkkond oleks parem?

Haigla saab pakkuda koolitusi ja koordineerida meeskondade omavahelist töökultuuri. Haiged on meil enamasti multimorbiidsed, mis tähendab, et nendega peab tegelema mitu erialaspetsialisti. See tähendab erialadeülest meeskonnatööd. Meditsiinis ei ole nii, et üks eriala on tähtsam kui teine.

Meil pole tavaks suhtlemist harjutada. Panustame hästi palju erialalisse arengusse, kuid omavahelist suhtlemist harjutame vähe. Lisaks on väga tähtsad erinevate situatsioonide arutelud. Kui meditsiiniliste tüsistuste ja vigade tekkimise puhul arutatakse läbi, minnakse rohujuure tasandile, et aru saada, mis ja miks juhtus, siis samamoodi tuleks paisuvad konfliktid osapooltega läbi arutada ja järeldused teha. Selliste arutelude juhtimisel on suur roll vahetul juhil, sellel, millised on tema oskused ja arusaamad suhtlemise ja eetika raamistikus.

Meditsiinis töötamine ei tähenda elukestvat õpet mitte ainult erialalises plaanis, vaid õppida tuleb ka eetika ja suhtlemise mõttes. Koolituse eetiliste hoiakute ja suhtlemise arendamiseks on meil paraku vähe. Minu soovitus on olukorras, kus oskusi ja teadmisi suhtlemisel ja eetikas jääb vajaka, meenutada üht põhitõde: ära tee teisele seda, mida sa ei taha, et sulle tehakse. Sellest juba piisab, et patsiendiga tegelemine kulgeks õiges suunas.

Selgusid Neinar Seli stipendiumi saajad

Eesti Arsti 2020. aasta märtsinumbris kuulutati välja Neinar Seli stipendiumi asutamine. Stipendium on mõeldud artiklikonkursi „Minu esimene publikatsioon“ parimatele autoritele. Eesti Arsti toimetuse valis 2022/2023. aasta konkursivoorule laekunud 15 tööseast välja kolm võidutööd. Kolm 1000eurost stipendiumi saavad võidutööde esimesed autorid.

Stipendiumi saajad:

- **Lisanna Põlluaas.** Juhendajad Sandra Ütt, Katrin Öunap. Titi-nopaatiad: kirjanduse ülevaade ja haigusjuhu kirjeldus.
- **Mari-Liis Männard.** Juhendaja Reedik Pääsuke. Adduktorkõõluste hematoomi heterotoopne ossifikatsioon sporditrauma järel – haigusjuht ja kirjanduse ülevaade.
- **Marie Elise Soomre.** Juhendajad Eevi Pärsik, Katrin Palk. Autoloogsete vereloome tüvirakkude siirdamine süsteemse skleroosi ravis: kirjanduse ülevaade ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla haigusjuhtude analüüs.