

# Kokkuvõid meditsiinis ja arsti eetika

Väino Sinisalu – peatoimetaja

Kõik arenenud riigid, kes on kehtestanud solidaarse ravikindlustussüsteemi, on hädas sellega, et meditsiinile ei jätku küllaldaselt raha. See objektiivne paratamatus on ühelt poolt seotud uute teadmistega haiguste patogeneesist, ravist ja profülaktikast, teiselt poolt areneb meditsiinis kasutatav tehnoloogia – seadmed, aparatuur – ning võetakse kasutusele uusi tõhusaid ravimeid.

Viimastel aastakümnetel on ridamisi kasutusele tulnud uusi diagnoosimis- ja ravimeetodeid, mis võimaldavad paljusid haigusi paremini ravida ja ära hoida tüsistusi. Kõige selle eest tuleb maksta kõrget hinda, vahendid on aga piiratud.

Nii seisabki ühiskond dilemma ees, kuidas järjest kasvavate kulutuste juures tagada kõigile ühiskonna liikmeile kvaliteetne kaasaja tasemele vastav arstiabi. Head lahendust ei ole leitud üheski riigis, ka kõige jõukamates. Likvideerida solidaarsusel põhinev ravikindlustussüsteem ja jätta tervis või haigus iga inimese erasjaks, millega peab ise toime tulema, on mõeldamatu. See on niisama mõeldamatu kui loobuda elektrist, autodest, lennukitest ja muudest kaasaegse elu enesestmõistetavatest hüvedest.

Progressi ei saa peatada ja mõttetu on süüdistada teadlasi, keemikuid ja konstruktoreid, kes avastavad uusi fakte haigustest, sünteesivad efektiivselt toimivaid ravimeid, loovad aparate ning seadmeid organismi morfoloogiliste ja funktsionaalsete muutuste uurimiseks. Ei saa ette heita arstidele seda, et nad uusi teadmisi, ravimeid ja aparate-seadmeid patsienti paremini aidata soovides rakendavad, ehkki see teeb arstiabi kalliks. Põhjust ja tagajärge ei tohi sega ajada ega arvata, et haigused ja muud tervisehädad tulenevad sellest, et arstid neid diagnoosivad, ja meditsiinikulud kasvavad seetõttu, et arstid mõtlematult kalleid ravi- ja uurimismeetodeid kasutavad ning kõrgehinnalisi ravimeid ordineerivad. Paraku on aga selliseid

mõtlemise lühiühenduse tulemusel tekkinud argumente kuulda olnud ka meie ühiskonna arvamuse- või meditsiiniliidrite avaldustes. Õnneks üksikud.

Nüüdisajal peaks olema kõigile, ka arstidele endastmõistetavalt arusaadav, et meditsiinis kehtivad majandusseadused nagu põllumajanduses, laevanduses või mujal. Samas on see sügavalt spetsiifiline majandusharu ja meditsiiniteenus ülimalt spetsiifiline teenus. Üldisi majanduse põhitõdesid saab siin rakendada vaid meditsiini iseärasusi arvestades.

Meditsiiniabi üldaktsepteeritud kvaliteedikriteeriumide loetelus on märgitud, et meditsiiniabi on kvaliteetne, kui tema osutamisel on arvestatud kuluefektiivsust (*cost effectiveness*). Äraseletatult tähendab see, et uurimis- või ravimeetodit valides tuleb kasutada odavaimaid efektiivseid meetodeid ning loobuda sellistest, mille informatiivsus või efektiivsus on vähene või mis koguni dubleerivad juba tehtut. Mõnikord on kuluefektiivsem kohe kasutada moodsaid ja kalleid meetodeid, mitte kulutada vahendeid mitmele odavamale, kuid ebaefektiivsele meetodile, mis nagnüü soovitud tulemust ei anna.

Meditsiiniabi kuluefektiivsus on pigem mõtteviis kui täpne instruksioonide kogum. Kuluefektiivsus võib eri maades erineva meditsiinkorralduse puhul olla erinev. Seepärast ongi enamikus riikides välja töötatud rahvuslikud praktiseerimisjuhendid (ravijuhendid), kus spetsialistide konsensusliku kokkuleppe põhjal on fikseeritud mitmesuguste haiguste ja seisundite käsitlemise põhimõtted. Need on abimaterjaliks arstidele meditsiiniliste otsuste tegemisel ning ühtlasi tagavad konkreetse maa oludes arstiabi parima võimaliku kvaliteedi. Neid juhendeid täiendatakse ja nende arvu suurendatakse pidevalt.

Siiski on iga konkreetse inimese ja haigusseisundi ravimisel oma iseärasused ja erinevad probleemid,

mida on võimatu normatiivide või juhendiga reguleerida. Ainsaks regulatiiviks saavad olla eetilised kategooriad. Arsti eetika on sama vana kui arstimine ja sellele ei ole alternatiivi. Inimkonna arenedes muutuvad ka eetilised töekspidamised ja ühiskonna progress esitab arstieetikale pidevalt uusi väljakutseid.

Teise maailmasõja järel loodud Maailma Arstide Organisatsioon (*World Medical Association*, WMA) võttis oma teisel üldkoosolekul septembris 1948 vastu nn Genfi deklaratsiooni, kus fikseeriti kaas- aegsed arstieetika põhimõtted. Järgmisel kohtumisel 1949. a Londonis võeti vastu rahvusvaheline meditsiinieetika koodeks. Järgnevatel aastatel on WMA koosolekud toimunud regulaarselt ja vastu on võetud üle 50 deklaratsiooni, mis puudutavad arstieetika erinevaid aspekte (1). Enamiku riikide arstide organisatsioonid aktsepteerivad neid ja propageerivad nende järgimist oma liikmete hulgas.

Deklaratsioon arsti sõltumatuses ja professionaalsest vabadusest võeti vastu WMA 38. assambleel oktoobris 1986. a. Selle kohaselt peab arstil "olema professionaalne sõltumatus esindada ja kaitsta patsiendi huve ka olukordades, mil patsiendile vajaliku abi osutamist püütakse keelustada või muul viisil takistada." Samas jätkatakse: "...kuigi arst peab olema teadlik tema poolt osutatud abi maksumusest ja aktiivselt osalema meditsiinikulude kokkuhoiust, on siiski esmane kohustus kaitsta haige või vigastatu huve ka juhtudel, mil ühiskonna huvides tehtav meditsiinikulude kokkuvõtteid võib ohustada patsiendi tervist või isegi elu."

Järgmisel, 1987. a 39. assambleel, mis toimus oktoobris Madridis, võeti vastu arsti professionaalse autonoomia ja professionaalse iseregulatsiooni Madridi deklaratsioon. Selle 6. alapunktis on märgitud: "...professionaalse iseregulatsiooni oluline element on meditsiinikuluste teadvustamine arstide poolt. Püüdlused rakendada kõrgema kvaliteediga ravi on õigustatud ainult juhtudel, kui kulutused sellele suudab ühiskond katta nii, et selline ravi on kättesaadav kõigile ühiskonna liikmetele."

"Patsiendi õiguste Lissaboni deklaratsioonis", mis võeti vastu 34. assambleel 1981. a oktoobris Lissabonis, on käsitletud arsti kohustusi oma patsiendi ees. Selle sissejuhatavas lõigus märgitakse järgmist: "Tunnistades, et arstil võivad meditsiiniliste otsuste tegemisel olla ka praktilised, eetilised või legaalsed raskused, peab ta siiski alati tegutsema patsiendi huvides". Alapunktis b) on lisatud, et "patsiendil on õigus olla ravitud arsti poolt, kes on oma kliinilistes ja eetilistes otsustustes vaba ja sõltumatu".

Nendest lühidalt refereeritud arstieetika kaas- aegsetest printsiipidest võib järeldada, et arsti igapäevane dilemma – soov ravida patsienti parimate kaasaja teadmiste alusel ja vahendite nappus seda teha – kummitab arste kogu maailmas.

Konflikt vajaduste ja võimaluste vahel patsiendi ravimisel, ei ole ületatav ei käskude, keeldude, ringkirjade, juhendite ega muude administratiivsete vahenditega. Pigem need süvendavad seda. Ainus tee olemasolevatest karidest mööda pääseda ja õigel ajal uusi märgata, on kõigi osapoolte konsensusel põhinevad kokkulepped. Seaduse- andjad ja administraatorid peavad tundma õppima meditsiini spetsiifikat, arstid peavad omavahel kokku leppima, kuidas olemasolevaid vahendeid efektiivsemalt kasutada. Inimestele – nii praegustele kui võimalikele tulevastele patsientidele – peavad nii arstid kui seaduseandjad avameelselt selgitama reaalsel olukorda-võimalusi. Rumal on vastaspooli süüdistada *à la* "küll me raviksime, kui Haigekassa raha annaks" või "Haigekassa raha jätkuks kõikide ravimiseks, kui vaid arstid seda vastutust tundmata ei raiskaks".

Kuigi arstid peavad ka majanduslikult mõtlema, on meie esmane kohustus siiski arstlikult mõelda ja patsiendi huvides tegutseda. Seda ootab meilt ühiskond.

vaino@eestiarst.ee

Kirjandus

1. Lääkäriin etiikka. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto; 1992.