

Kuidas teaduse ja tehnoloogia progress meditsiinis mõjutab arsti-patsiendi suhteid?

VÄINO SINISALU

Viimase saja aasta vältel on teaduse ja tehnoloogia kiire areng märgatavalt muutnud arusaamu haigustest, avanud uusi võimalusi haigusi diagnoosida, ravida ja ennetada. Eriti kiire on olnud areng viimase 50 aasta jooksul. Sellekohaseid näiteid võib tuua palju. Tõeline revolutsioon põletikuliste haiguste ravis oli antibiootikumide avastamine ja kasutuselevõtt. Esimene antibiootik, mille avastas 1928. aastal Alexander Fleming, oli penitsilliin ja seda manustati esimest korda inimesele 1941. aastal.¹ Tänu antibiootikumidele ei ole näiteks kopsupõletik enam sagedasti surmaga lõppev haigus, samuti on tuberkuloos enamasti edukalt ravitav.

Tänapäevased meditsiinis kasutatavad visualiseerimismeetodid – ultraheliuuringud, röntgenkompuutertomograafia, magnetresonantstomograafia – võimaldavad elupuhuselt nähtavale tuua muutusi erinevates organismi piirkondades ja elundites. Saab hinnata haiguslike protsesside ulatust ja nende dünaamikat, seega ka ravimeetodite efektiivsust. Need meetodid on igapäevases arstipraktikas rutiinselt kasutusel, teisiti ei kujuta ei arstid ega patsiendid haiguste diagnoosimist ega ravimist ettegi. Ometigi on need

¹ C. M. Grossman, „The first use of penicillin in the United States“, *Annals of Internal Medicine*, 149 (2008), 135–136.

meetodid kasutusel alles suhteliselt lühikest aega – röntgenkompuutertomograafia 1971. aastast,² magnetresonantstomograafia 1980. aastast.³

Moodne tehnoloogia on ka haiguste kirurgilise ravi muutnud vähem traumeerivaks, patsiendile palju ohutumaks, paremini talutavaks ja efektiivsemaks. Moodsad intensiivravimeetodid võimaldavad paljudel juhtudel edukalt ravida ka kriitilises seisundis patsiente. Kunstlik hingamine, kehaväline vereringe, neeruasendusravi on haiglates iga päev kasutatavad ravimeetodid. Endastmõistetavaks on saanud liigeste endoproteesimine või neeru, südame, silma sarvkesta ja kopsu siirdamine.

Märkimisväärsed on saavutused südame-veresoonkonnahaiguste ravis ja ennetuses. Parimaks näiteks sellest on Soomes aastatel 1972–92 läbi viidud Põhja-Karjala projekt, mis edukalt demonstreeris, kuidas elanikkonna eluviisi ja toitumisharjumusi muutes on võimalik vähendada suremust südame-veresoonkonnahaigustesse. Lihtsate meetmetega – suitsetamisest loobumine, rasvase toidu ja soola tarbimise vähendamisega – vähenes 1992. aastaks (1972. aastaga võrreldes) Põhja-Karjala piirkonnas, samuti kogu Soomes märkimisväärselt suremus nimetatud haigustesse.⁴

Moodsad infotehnoloogia võimalused on teinud kergesti kättesaadavaks ja kiiresti levitatavaks meditsiiniteaduse saavutused. Internetis on nii meedikutele kui patsientidele kättesaadav enamiku teaduslike meditsiiniajakirjade sisu. Viimasel paaril aastakümnel on juurdunud uus haiguste diagnoosimise, ravimise ja ennetamise kontseptsioon – tõenduspõhisus.⁵ Otsused ja soovitused peavad põhinema juhuslikustatud platseebokontrollitud pimeuringute analüüsil, mitte vaid autoriteetide arvamusel ja senistel kliinilistel kogemustel. Neid põhimõtteid aluseks võttes koostatakse haigusseisundite käsitlusjuhendeid ja soovitusi.

² E. C. Beckmann, „CT scanning early days“, *The British Journal of Radiology*, 79 (2006), 5–8.

³ W. S. Hinshaw, P. A. Bottomley, G. N. Holland, „Radiographic thin-section image of the human wrist by nuclear magnetic resonance“, *Nature*, 270 (1977), 727–723.

⁴ P. Puska, J. Salonen, A. Nissinen, J. Tuomilehto, „The North Karelia Project“, *Preventive Medicine*, 12 (1983), 191–195.

⁵ Evidence-Based Medicine Working Group, „Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine“, *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 268 (1992), 2420–2425.

Infotehnoloogia on abiks ka meditsiinilise dokumentatsiooni salvestamiseks ja edastamiseks arstiabi eri tasandite vahel ja selle säilitamiseks. Ka on igal patsiendil võimalus tutvuda oma elektroonilise haigusloo andmetega.

Kõigile meditsiiniteaduse- ja tehnoloogia edusammudele vaatamata ei ole arstiteadus kõikvõimas. Haigustega võitlemine on nagu võitlus mitme peaga lohega – raiud neist ühe maha, kasvab teine asemele. Tänapäevased raviviisid sageli ei suuda haigust välja ravida, küll aga seda paremini kontrolli all hoida. Inimene elab edasi koos oma haigusega ja suudab enda eest hoolt kanda, ka töötada, kuid jääb sõltuvaks ravimitest või spetsiaalsetest raviviisidest. Elanikkonna vananemise tõttu kasvab patsientide hulk, kel on mitu haigust. Sellises olukorras võib arstidel olla keeruline leida optimaalseid lahendusi patsiendi käsitlemisel.

Vaatamata moodsatele uurimismeetoditele ei ole harvad olukorrad, mil haigel on kaebused, mis pärsivad ta toimetulekut ja halvendavad elukvaliteeti, kuid hoolikal uurimisel ei leita kõrvalekaldeid ei analüüsides ega piltdiagnostika leius. Need on nn funktsionaalsed häired, mille täpset patogeneesi tänapäeva teadus ei tunne ja mida praegu seostatakse isiku võimetusega kohastuda kiiresti muutuvate olukordadega elus ja töös. Selliste seisundite eristamine konkreetsete elundite haigusseisunditest on arstile väga töömahukas ja suure ressursside kuluga, kuid ravitulemused sageli ei rahulda ei haiget ega patsienti.

Arsti ette jääb ikka ja võimalik, et alatiseks dilemma: kas ravida haigust või ravida haiget inimest. Ühest lahendust siin ei ole. Küll aga peab alati lähtuma sajandeid püsinud arstimise kuldreeglist: ära kahjusta.

Sajandeid on arsti-patsiendi suhteis valitsenud paternalism. Arstil on informatsioon haigustest ja nende ravimisest ning patsient eeldab, et eetilise arst kasutab neid teadmisi ja oskusi tema parimates huvides. Sajandeid on õpingud lõpetanud arstid andnud Hippokratese vande, millega kohustuvad oma arstitöös pühenduma inimese abistamisele ja humaansuse põhimõtete teenimisele.

Teaduse ja tehnoloogia progress meditsiinis on teinud omad korrektiivid ka arsti-patsiendi suhetesse. Praegu ei ole arst enam meditsiini puutuva informatsiooni ainuvaldaja, järjest enam kohtab arst teadlik-

ke patsiente, kes esitavad rohkelt küsimusi ning kel on soov ja õigus teada saada ja kaasa rääkida tema tervist puudutavates küsimustes.⁶

Järjest enam leiab kirjandusest viiteid sellele, et tõeliselt tõenduspõhised on kliinilised otsused siis, kui lisaks teaduslike uuringute tulemustele arvestatakse otsuse tegemisel haige isiklike vajadusi, eelistusi ja väärtushinnanguid. Juurdunud on mõiste patsiendikeskne meditsiin. Termin võttis kasutusele inglise psühhoanalüütik Erin Balint 1969. aastal, kirjeldades viisi, kuidas läheneda psühhosomaatiliste sündroomidega haigetele. Sellise käsitlemisviisi korral tuleb välja selgitada, mida patsient eelistab ja mida ootab määratavast ravist, ning tegurid, mis võiksid mõjutada tema paranemist. Haige soovib ju personaalset kontakti, adekvaatset selgitust oma seisundi kohta ja arsti empaatiat.⁷

Aeg on näidanud, et tõenduspõhise meditsiini põhimõtted ei ole praktikas universaalselt kasutatavad kõikidel juhtudel. Kriitikute hinnangul on kitsaskohad järgmised:⁸

1. Ka hästi planeeritud kliinilised uuringud annavad statistiliselt keskmisi andmeid, mis alati ei sobi rakendamiseks konkreetsele haigele.
2. Tihti on patsiendil mitu haigust. Sellist kombinatsiooni uuringute baasil koostatud käsitusjuhendites enamasti ei käsitleta.
3. Ilmselgelt on koostatud palju ja mahukaid haiguste käsitusjuhendeid, nendes on raske ja aeganõudev orienteeruda.
4. Mõneti on üle tähtsustatud juhendite osatähtsus, neid ei saa vaadelda kui kokaraamatuid. Nende täht-tähelt jälgimist ei tohi pidada ravikvaliteedi näitajaks. Tõenduspõhise meditsiini edasine arendus peab olema patsiendikeskne. Keskne küsimus peaks olema, milline on parim arstlik käsitus konkreetsele haigele, arvestades tema seisundit ja eripära. Haige, kel on adekvaatne info oma haiguse, uurimistulemuste ning ravivõimaluste kohta, paraneb paremini, tema funktsionaalne võimekus taastub kiiremini.⁹

⁶ R. Kaba, P. Sooriakumaran, „The evolution of the doctor-patient relationship“, *International Journal of Surgery*, 5 (2007), 57–65.

⁷ P. Karazivan, V. Dumez, L. Flora, et al. „The patient-as-partner approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition“, *Academic Medicine*, 90 (2015), 437–441.

⁸ T. Greenhalgh, J. Howick, N. Maskrey, „Evidence based medicine: a movement in crisis?“, *The BMJ*, 348 (2014), g3725.

⁹ P. Karazivan, V. Dumez, L. Flora et al. „The patient-as-partner approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition“, *Academic Medicine*, 90 (2015), 437–441.

Patsiendikeskne käsitus põhineb arsti ja patsiendi heal kommunikatsioonil, arsti empaatial ja patsiendi partnerlustundel. See tagab parema ravitulemuse ja patsiendi rahulolu. See on humanistlik, mitte kõrgtehnoloogiline lähenemine raviprotsessile, millele vajaduse korral kaasatakse meditsiini kõrgtehnoloogilised lahendused.¹⁰

Patsiendikeskne käsitus tähendab patsiendi kaasamist tema kohta käiva meditsiinilise otsuse tegemisele. Seda hinnatakse praegu kui head kliinilist praktikat ja eetilist imperatiivi patsiendi aktiveerimiseks ja kaasamiseks raviprotsessi.¹¹ Patsiendi arvamus ja seisukoht otsuse tegemisel on eriti oluline, kui ühe või teise probleemi lahendamiseks on mitu võimalust, aga pole ainuõiget lahendust. Arst ja patsient kaaluvad siis partneritena koos ühe või teise lahendusvõimaluse riske ja kasu. Kindlasti on vaja veenduda selles, et patsiendil oleks piisav, talle arusaadav info, mille alusel otsustada.

Kindlasti ei välista patsiendikeskne käsitus ka paternalismi arsti-patsiendi suhetes, need võivad omavahel kombineeruda. Sageli juhtub, et patsient jätab otsuse tegemise arstile, usaldades teda kui professionaali. Juhtub ka seda, et patsient soovib ka teise arsti arvamust, enne kui otsustab, kas nõustuda soovitatud raviga või mitte. Universaalne põhimõte on haige informeerimine talle arusaadaval viisil, sealjuures peab arst veenduma, et tema selgitustest on aru saadud.¹²

Patsiendikeskne käsitus, kirjanduses nimetatud ka jagatud otsustus, meditsiiniline konsumerism, patsiendi revolutsioon, ei tähenda kindlasti arstide soovi vastutusest kõrvale hiilida, see on tegelikult viis, kuidas meditsiiniabi kvaliteeti parandada.¹³ Hea ravitulemus on võimalik vaid siis, kui patsient sellele aktiivselt kaasa aitab. See tähendab soovitatud ravirežiimi täpset jälgimist, vajaduse korral korduvatele uuringutele ilmumist, eluviisi ja toitumisharjumuste muutmist, tervist kahjustavatest harjumustest loobumist, aktiivset

¹⁰ R. M. Epstein, R. L. Jr. Street, „The values and value of patient-centered care“, *The Annals of Family Medicine*, 9 (2011), 100–103.

¹¹ T. R. Fried, „Shared decision making – finding the sweet spot“, *The New England Journal of Medicine*, 374 (2016), 104–106.

¹² C. Danbury, „When mental capacity becomes an issue in medical practice“, *The BMJ*, 352 (2016), i222.

¹³ T. Richards, V. M. Montori, F. Godlee, P. Lapsley, D. Paul, „Let the patient revolution begin“, *The BMJ*, 346 (2013), f2614.

tegevust oma tervise eest hoolitsemisel. Ainus võimalus selleni jõudmiseks on motiveeritud patsient, kes tunneb end arsti partnerina ja sisuliselt mõistab arsti soovitusi ja pakutud ravivõimalusi.

Tänapäevaste võimaluste juures osutatud arstiabi on väga kallis. Haiguste diagnoosimise ja ravi võimalusi on palju, järjest enam tõuseb päevakorda küsimus arstiabiks osutatud vahendite ratsionaalsest kasutamisest. Kirjanduses on tutvustatud mitmeid sellealaseid algatusi: *choosing wisely* (valides targalt), *less is more* (vähem on enam) ja mitmed teised.¹⁴ Mõistagi soovib patsient, et tema probleemi lahendamiseks kasutataks kõiki võimalusi. Arsti ülesanne on patsiendile selgitada erinevate diagnoosimise ja ravi võimaluste kasu ja võimalikke tüsistusi. Ainult koostöös patsiendiga on võimalik leida optimaalsed lahendused, mis rahuldavad patsienti ja väldivad n-ö liigset meditsiini.¹⁵

Arenenud riikides kehtib solidaarne ravikindlustus. On enesest mõistetav, et isik (patsient), kes kasutab selle süsteemi hüvesid, on kohustatud neid hüvesid mõistlikult kasutama ja teadlikult mitte riskima oma tervisega. See on elementaarne kohustus ka kaaskodanike ees, kellega koos solidaarsesse ravikindlustusse panustatakse ja selle hüvesid kasutatakse. Seega patsiendil on teatud õigused, aga ka kohustused.¹⁶ Neid kohustusi ei saa seaduseraamatusse raiuda ja nende eest vastust nõuda. Haigeks olemise eest ei saa kedagi karistada. Patsiendi kohustused ja neist kinnipidamine kuuluvad eetika ja moraali valdkonda. Kui patsient on kaasatud oma tervise kohta tehtava otsuse tegemisse, tunnetab ta paratamatult ka oma vastutust otsuse täitmisel. Patsiendikeskne lähenemine aitab tagada ka patsiendi vastutustundlikku suhtumist oma tervisesse, selle parandamisse ja hoidmisse.¹⁷

Tänapäeva arusaamade kohaselt on patsiendi meditsiiniliste probleemide lahendamisel patsient ja arst partnerid, kes koostöös

¹⁴ ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine, „Medical professionalism in the new millennium: a physician charter“, *Annals of Internal Medicine*, 136 (2002), 243–246.

¹⁵ D. Allen, K. J. Harkins, „Too much medicina“, *Lancet*, 366 (2012), 782–783.

¹⁶ H. Lie, „Should patients have obligations?“, *Tidsskrift for Den Norske legeforening*, 131 (2011), 16–19.

¹⁷ J. A. Jarousse, „Population health and the rise of consumerism“, *Hospitals & Health Networks*, 89 (2015), 47–57.

jõuavad patsiendile parimate otsusteni. Siiski on arstil kui professionaalil keskne ja suunav osa selles koostöös. Hea klinitsist on see, kes nii tegudes kui ka sõnades näeb patsienti läbi tema silmade, mõistes patsiendi vajadusi, ootusi ja arusaamu.¹⁸



Väino Sinisalu (dr. med.) on TÜ Kliinikumi neorokirurg.

¹⁸ M. J. Barry, S. Edgman-Levitan, „Shared decision making – the pinnacle of patient-centered care“, *New England Journal of Medicine*, 366 (2012), 780–781.

How has Scientific and Technological Development in Medicine Influenced the Doctor-Patient Relationship?

Väino Sinisalu
Tartu University Hospital

Progress in medical science and technology during the previous hundred years has opened up new possibilities in the diagnostics and treatment of many medical conditions. Unfortunately, not all diseases can be cured; in many cases medicine can help the patient live with his or her disease, to adapt to everyday life and even work.

Paternalism is gradually receding in the doctor-patient relationship. Owing to modern technology, patients have access to medical information as well as their own medical data. Very often they have adequate information about their illness; they ask many questions from the doctor and expect a high level of competence from him/her.

In recent decades a new paradigm—evidence-based medicine—has emerged. It is based on the tenet that decision-making in case of different medical conditions should be based on evidence drawn from well-designed and well-conducted research. Guidelines for medical practice are also compiled by using evidence.

In everyday medical practice it is sometimes impossible to handle a patient only on the basis of evidence. The patient may have concurrent medical problems and even the best designed research may be unhelpful in such cases.

The further development of evidence-based medicine is only possible in cooperation with the patient, through sharing decision-making with him or her. The principles of shared decision-making, patient-centred care and medical consumerism are based on informing the patient, considering his/her preferences and individual needs. The doctor and the patient should be equal partners in making the best decision for the patient.