

Kliinilise eetika alased soovitused Eesti haiglatele piiratud tervishoiuressursside jaotamiseks COVID-19 pandeemia tingimustes¹

Nii nagu kogu maailmas, võib ka Eestis COVID-19 pandeemia laienemine juba lähiajal tuua olukorra, kus kõigile haigestunutele ei jätku vajadustele vastavat ravi. Haigestumiste ja karantini tõttu on oluliselt häiritud arstide, õdede ja muu haiglapersonali normaalne töötamine ning tarneraskuste tõttu isikukaitsevahendite, ravimite ja muude meditsiinitarvikute kättesaadavus. Kuigi nii riigi kui ka haiglate tasandil tehakse suuri jõupingutusi, et nimetatud ressursse suurendada ja COVID-19 levikut elanikkonnale kehtestatud liikumispiirangute kaudu pidurdada, võib haiglavoodite, intensiivravikohtade, hingamisaparaatide, individuaalsete kaitsevahendite ja personali puuduse tõttu tekkida olukord, mil haiglaravi (sh intensiivravi) vajadus on suurem kui haiglad pakkuda suudavad.

Selleks, et tervishoiutöötajad ja haiglad oleksid raskete otsuste tegemiseks ette valmistatud ning patsiendid, nende omaksed ja ühiskond tervikuna neid otsuseid mõistaksid, on vaja sõnastada piiratud ressurside jaotamise eetilised alused. Mitmes Euroopa riigis (nt Austria², Belgia³, Itaalia⁴, Saksamaa⁵, Suurbritannia⁶, Šveits⁷) on juba sõnastatud kiirabi ja intensiivravi ressurside jaotamise põhimõtted COVID-19 pandeemia ajal. Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja Tartu Ülikooli Kliinikum, kes kannavad COVID-19 kriisi lahendamisel põhja ja lõuna regioonide meditsiinistaapide juhtimisel põhivastutust, palusid sõnastada tegevuspõhimõtted, millest lähtudes teha nappide ressurside jaotamisel eetiliselt põhjendatud otsuseid, võttes arvesse patsientide arvu ja seisundit, haiglate mehitatust personaliga ja varustatust meditsiinitarvikute, -seadmete ja ravimitega.

¹ Dokument valmis Põhja-Eesti Regionaalhaigla eetikanõukogu, Tartu Ülikooli Kliinikumi eetikakomitee ja Tartu Ülikooli eetikakeskuse koostöös, kaasates ka teisi meditsiini-, eetika- ja õiguseksperte. Kliinilise meditsiini osa analüüsi eest vastutavad dr Jaan Tepp ja dr Kristo Erikson (Põhja-Eesti Regionaalhaigla), eetilise analüüsi eest prof Margit Sutrop (Tartu Ülikooli eetikakeskus, Helsingi Ülikooli Collegium for Advanced Studies) ja dots Kadri Simm (Tartu Ülikooli eetikakeskus) ning õigusliku analüüsi eest prof. Jaan Ginter (Tartu Ülikooli õigusteaduskond). Üldkoordinatsioon: Andra Migur (Põhja-Eesti Regionaalhaigla). Dokumendi koostasid: Valmar Ammer, Katrin Elmet, Kristo Erikson, Jaan Ginter, Marten Juurik, Merit Kudeviita, Tiia Kõnnussaar, Elena Mahhova, Andra Migur, Mari-Liisa Parder, Meego Rimmel, Kadri Simm, Margit Sutrop ja Jaan Tepp. Konsulteerisid: Ants Nõmper, Veronika Reinhard, Andres Soosaar, Kadri Tamme, Peep Talving ja Joel Starkopf.

² Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie. (2020). Retrieved from https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf

³ Meyfroidt, G., Vlieghe, E., Biston, P., Decker, K. De, Wittebole, X., Depuydt, P., ... Ledoux, D. (2020). Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice by the Belgian Society of Intensive care medicine. Retrieved from <https://www.hartcentrumhasselt.be/professioneel/nieuws-professioneel/ethical-principles-concerning-proportionality-of-critical-care-during-the-covid-19-pandemic-advice-by-the-belgian-society-of-ic-medicine>

⁴ Vergano, M., Bertolini, G., Giannini, A., Mistraretti, G., & Petrini, F. (2020). Clinical Ethics Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments in Exceptional, Resource-Limited Circumstances. Retrieved from <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19 - documenti SIAARTI/SIAARTI - Covid-19 - Clinical Ethics Recommendations.pdf>

⁵ Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie. (2020). Retrieved from <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file>

⁶ COVID-19: Ethical issues. (2020). Retrieved from <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/covid-19/ethics/covid-19-ethical-issues>

⁷ Swiss Academy Of Medical Sciences. (2020). COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity. <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20229>

TEGEVUSPÕHIMÕTTED:

PATSIENTIDE VÕRDNE KOHTLEMINE

1. Haiglaravi vajavate patsientide hulga plahvatuslikul suurenemisel ja ressursside äärmise nappuse korral lähtutakse tervishoiuresursside jaotamisel eelkõige sellest, et võimalikult suures ulatuses ära hoida kahju tekkimine. Seeläbi tagatakse suurim hüve suurimale hulgale inimestele ühiskonna tasandil tervikuna.
2. Meditsiinisüsteem käsitleb kõiki patsiente võrdselt, sõltumata sellest, kas tegemist on COVID-19 või muu ägeda haigestumisega.
3. Varasem ravile saabumine ei anna ühelegi patsiendile eelist hilisemate tulijate ees.

INTENSIIVRAVI PUUDUTAVAD OTSUSED RESSURSSIDE ÄÄRMUSLIKU NAPPUSE KORRAL

4. Intensiivravi ressursside jaotamisel ja raviotsuste tegemisel lähtutakse eelkõige ravi tulemuslikkuse prognoosist ja tulevase elukvaliteedi prognoosist, võttes arvesse patsiendi aktuaalset kliinilist seisundit, kaasuvaid haigusi, tema üldist tervislikku seisundit, muid prognostiliselt relevantseid näitajaid ning patsiendi taht.
5. Intensiivravi otsused on dünaamilised, neid võib ajas ümber hinnata (vt p. 4), võttes arvesse patsientide arvu ja seisundit, haigla mehitatust personaliga ja varustatust meditsiinitarvikute, -seadmete ja ravimitega.
6. **Kokkuvõtteks:** Kui COVID-19 pandeemia laienedes ei jagu enam ressursse kõikidele patsientidele, hinnatakse intensiivravi alustamist ja jätkamist (vt p 4) iga uue patsiendi saabumisel uuesti (vt p 5), tagades uute ja juba ravil olevate patsientide ning COVID-19 ja teiste haigestumistega patsientide võrdse kohtlemise (vt p 2 ja 3). Kõik otsused tehakse konsiliaarselt; argumenteeritakse, dokumenteeritakse ja kommuniqueeritakse lähedastele.
7. Aktiivravi katkestamisel tehakse kõik võimalik, et vähendada patsiendi kannatusi ja tagada tema inimlik ning hooliv kohtlemine.

PATSIENDID JA NENDE LÄHEDASED

8. Tervishoiutöötajad teevad kõik võimaliku, et selgitada välja patsiendi tahe (praegune, varem avaldatud või eeldatav tahe) ning seda järgida ning patsiendiga (või patsiendi otsustusvõimetuse korral tema lähedastega) läbi rääkida tema raviplaani. Patsiendilt tuleks võimalusel ennetavalt uurida tema taht ja eelistusi ning läbi rääkida, mida teha, kui olukord peaks kriitiliseks muutuma.
9. Patsiendi lähedaste informeerimine on eriti vajalik siis, kui aktiivravi otsustatakse katkestada ja paika pannakse palliatiivse ravi plaan või kui tehakse elu lõpuga seotud toiminguid. Raviasutuste töötajad mõistavad, et tegemist on raskete otsuste ja halbade uudiste kommunikatsiooniga ning nende kommunikatsiooniviis on mõistev, toetav ja empaatiline.

10. Raviasutused teevad pingutusi, et ka nakkusohust tingitud külustuskeelu ajal ei tunneks patsiendid end mahajäetuna ja saaksid lähedastega kontakti hoida (nt võttes kasutusele erinevaid infotehnoloogilisi lahendusi). Patsientide vaimse heaolu tagamiseks tuleks kaasata psühholooge, hingehoidjaid ja/või vaimulikke.

TERVISHOIUTÖÖTAJATE KAITSE NING KOOSTÖÖ

11. Et kindlustada patsientide ravi, pööratakse kõrgendatud tähelepanu tervishoiutöötajate kaitsele, sest pandeemia vastu võitlemise edukus sõltub nende tervise hoidmisest. Iga töövõimelise tervishoiutöötaja kaotus tähendab kaotust kõigi patsientide ravis.
12. Tervishoiutöötajad ja haiglad üle kogu Eesti toetavad üksteist raskes olukorras ning teevad heatahtlikku koostööd oma teadmiste, kogemuste, praktika ja ressursside jagamisel.

TEGEVUSPÕHIMÕTETE EETILINE PÕHJENDUS

Meditsiinieetika printsiibid

Meditsiinieetika neli olulist printsiipi – **autonoomia, heategemine, mitte-kahjustamine ja õiglus**⁸ – on aktuaalsed ka COVID-19 pandeemiast tingitud ressursside nappuse korral.

Tavaolukorras on kliiniline meditsiin **patsiendikeskne**: meditsiinitöötajate kohustus on hoolitseda iga patsiendi heaolu ja tervise eest (*heategemise printsiip*), vältides kahju tekitamist (*mitte-kahjustamise printsiip*), võttes arvesse patsientide individuaalseid eelistusi ja väärtusi (*autonoomia ja inimväärikuse austamine*), koheldes kõiki patsiente võrdselt ja hoidudes kellegi diskrimineerimisest vanuse, soo, vaimse või füüsilise puude tõttu (*õigluse printsiip*). Heategemise, mitte-kahjustamise ja õigluse printsiipidest tulenevalt peab arst kõikide patsientide elu ja tervise eest võrdselt hoolitsema ning vältima kahju tekitamist. Ka tavaolukorras on meditsiiniressursid piiratud ja igasugune ravi peab olema näidustatud, sest kasutule ravile kulutatud ressurss halvendab ebaõiglaselt teistele patsientidele vajaliku ravi kättesaadavust⁹.

Katastroofiolukorras muutub eriti oluliseks mitte-kahjustamise printsiibi järgimine. Autonoomia printsiibist tuleneb, et arst peab alati austama patsiendi taht. Otsustusvõimeline patsient saab oma taht avaldada vahetult. Otsustusvõimetu patsiendi tahte kohta saab infot tema lähedastelt või varem vormistatud kirjalikest tahteavaldustest.

Katastroofimeditsiini eetika põhimõtted

Pandeemia olukorras on abiks katastroofimeditsiini ja kiirabi jaoks formuleeritud **triaažireeglid**. Katastroofina defineeritakse olukorda, kus tavaelu on tõsiselt häiritud ning kannatuste tase ületab kogukonna võimekust sellega hakkama saada¹⁰. COVID-19 puhul on tegemist väga suure ulatusega globaalse pandeemiaga, kus erinevalt näiteks looduskatastroofidest pole enamasti ka teiste riikide käest abi loota: kõigil napib ressursse ning nakkusohu tõttu on riigid sulgenud oma piire.

⁸ Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019), 8th ed. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press.

⁹ Praktikas sureb Euroopas ka tavaolukorras enamik intensiivravi osakondade patsiente pärast otsust kasutada või intensiivravi võtete kasutamise lõpetada. Sprung CL, Ricou B, Hartog CS, et al (2019) Changes in End-of-Life Practices in European Intensive Care Units From 1999 to 2016. JAMA - J Am Med Assoc Oct 2:1–13. doi: 10.1001/jama.2019.14608

¹⁰ United Nations. (2009). 2009 UNISDR Terminology on Disaster Risk Reduction. Retrieved from: https://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf

Katastroofimeditsiini eetika oluliseks printsiibiks on: kui ressursside piiratuse tõttu ei ole võimalik kõigile abivajajatele elusäilitavat ravi tagada, tuleb ära hoida nii suur kahju kui võimalik, mis ühtlasi aitab tagada suurima hüve suurimale hulgale inimestest ühiskonna tasandil. Kriisiolukorras, kus ressursse napib ja on võimatu kõiki abivajajaid vajalikul määral aidata, liigub põhifookus tavameditsiini **individuaalsete väärtuste** (autonoomia, privaatsus) austamiselt **kollektiivsetele väärtustele** (solidaarsus, vastastikusus, turvalisus) ehk individuaalsetelt hüvedelt kogukonna ühishüve tagamisele.

Indiviidi hüved ja kogukondlikud ühishüved

Kliinilise meditsiini patsiendikeskne lähenemine asendub rahvatervise raamistikust lähtuva kogukonnakeskse lähenemisega, kus esikohal on **kahju vältimine, suurima hüve printsiip ja piiratud ressursside jagamine ausalt ja läbipaistvalt**. See ei tähenda, et heategemine, patsientide autonoomia (sh informeeritud nõusolek) ja inimväärikuse printsiip muutuvad ebaoluliseks: need kehtivad edasi. Tõlgendades meditsiineetika printsiipe katastroofimeditsiini eetilises raamistikus, muutub olulisemaks olemasolevate ressursside õiglane jagamine (st ausalt ja läbipaistvalt tegutsemine, hoidudes diskrimineerimisest), võimalikult paljude elude päästmine (tagades, et tegutsedes hoitakse ära suurem kahju (nt suurem suremus või haigestumus) kui see, mille tegevus ise põhjustab.) ning tervishoiutöötajate kaitse tagamine¹¹.

Taolises olukorras seisavad tervishoiutöötajad sageli silmitsi **moraalse dilemmaga**, kus valida on vaid halva ja veel halvema lahenduse vahel. See olukord on oma olemuselt traagiline, sest ükskõik, mida ka ei otsustataks teha, kaasneb iga otsusega kahetsus: polnud võimalik teha kõike, mida oleks pidanud tegema. Samas võib ka kahetsusest hoolimata olla tegemist õige otsusega. See tähendab, et iga muu otsus oleks olnud veel halvem. Ka see, kui midagi ei tehta, on otsus, mis võib põhjustada rohkem kahju kui millegi tegemine. Paratamatult paneb taoline moraalses mõttes väljapääsmatu olukord tervishoiutöötajad suure psüühilise pingele alla ja tekitab stressi. Just seetõttu on oluline anda tervishoiutöötajatele moraalne kompass, mis annaks neile orientiiri antud olukorras parimate võimalike otsuste tegemiseks.¹²

Õiguslikus mõttes on tegemist kohustuste kollisiooniga: otsustajal on mitu üksteisega vastuolus olevat kohustust ning täita tuleb selles situatsioonis kohustus, **mis hoiab võimalikult suures ulatuses ära kahju tekkimise**. Tegu, millega õiguslikku kohustust rikutakse, ei ole õigusvastane, kui isik peab üheaegselt täitma mitut õiguslikku kohustust ja tal ei ole võimalik kõiki täita, kuid ta teeb kõik endast oleneva, et täita kohustust, mis on vähemalt sama oluline kui rikutav kohustus¹³. Karistusseadustik näeb ette karistuse teadvalt eluohtlikus seisundis olevale inimesele abi andmata jätmise eest, kuid kohustuste kollisioonist lähtumine annab arstile õiguse loobuda intensiivravivahendite kasutamisest negatiivsema prognoosiga patsiendi raviks, kui sama intensiivravivahendit on vaja teise, parema prognoosiga patsiendi raviks.

¹¹ Swiss Academy of Medical Sciences 2020: 2

¹² World Health Organisation. (2016). Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>

¹³ Karistusseadustik § 30. Kohustuste kollisioon

Soovituslikud kriteeriumid patsientide prioritseerimiseks katastroofi tingimustes

Kõike eelnevat arvesse võttes on piiratud ressursside puhul patsientide prioritseerimise peamine kriteerium nende ravi õnnestumise ja tulevase elukvaliteedi prognoos, mille kaalumise peab toimuma nii hoolikalt kui võimalik, võttes arvesse patsiendi aktuaalset kliinilist seisundit, kaasuvaid haigusi, tema üldist tervislikku seisundit, muid prognostiliselt relevantseid näitajaid ning patsiendi tahet.¹⁴ Katastroofiolukorras kantakse eelisjärjekorras hoolt nende patsientide eest, kelle ellujäämise tõenäosus ja paranemise prognoos (intensiivravi järgselt) on suurem. Rolli võib mängida ka meditsiiniteenuse efektiivsuse argument – millisele patsiendile abi osutamine on kiirema ja tugevama mõjuga –, et tagada meditsiiniressursid järgmistele abivajajatele.¹⁵

Võrdse kohtlemise printsiip nõuab, et kõiki patsiente koheldakse võrdselt¹⁶. Seetõttu peab hädaolukorras ressursside jagamisel silmas pidama mitte üksnes COVID-19 haigeid, vaid kõiki patsiente, kes ravi vajavad.

COVID-19 pandeemia puhul peaks intensiivravi määramise või jätkamise peamised kriteeriumid olema **ravi õnnestumise meditsiiniline väljavaade** ning **tulevase elukvaliteedi prognoos**. Kuigi on teada, et peamine tegur, mis mõjutab ravi õnnestumist, on kaasuvad ja kroonilised haigused ning statistiliselt seostatakse kõrgemat vanust sagedamini kaasuvate ja krooniliste haigustega, ei tohi ka COVID-19 puhul, sarnaselt tavaolukorraga, patsiente vanuse alusel diskrimineerida.

Raviotsuste tegemisel ei tohi inimese sugu, rahvus, sotsiaalne staatus mängida mingit rolli. Inimõiguste raamistikust tulenev diskrimineerimiskeeld ei kaota ka hädaolukorras oma kehtivust. Kriisi ajal tuleb eraldi tähelepanu pöörata kommunikatsioonile patsiendi ning tema lähedastega¹⁷.

Võimaluse korral tasub haiglatel selle tarbeks kaaluda lisaressursi (nt psühholoogide, hingehoidjate, vaimulike jt abiliste) kaasamist.

¹⁴ Vt Saksa 7 erialaorganisatsiooni soovitusi patsientide prioritseerimise kohta: Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie, 2020, lk 6. Samuti samas dokumendis skeem, lk 12-13). Eesti Anestesioloogide Selts tegeleb praegu aktiivselt otsustamise toe loomisega.

¹⁵ Swiss Academy of Medical Sciences 2020: 3.

¹⁶ Põhiseadus, § 12.

¹⁷ Vt näiteks <https://www.vitaltalk.org/guides/covid-19-communication-skills/>

KIRJANDUS

Erinevate maade juhised

Austria

https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf

Belgia

Belgian Society of Intensive care medicine [https://aem-online.de/fileadmin/user_upload/COVID-19 - Belgian Society of Intensive Care Medicine -ethical_final.pdf](https://aem-online.de/fileadmin/user_upload/COVID-19_-_Belgian_Society_of_Intensive_Care_Medicine_-_ethical_final.pdf)

Hollandis arutelu puuetega inimeste võimaliku diskrimineerimise vastu

<http://www.edf-feph.org/newsroom/news/updated-statement-ethical-medical-guidelines-covid-19-disability-inclusive-response-0>

Itaalia (inglisekeelne tõlge):

https://bioethics.miami.edu/_assets/pdf/education/translation-of-siaarti-3-6-20.pdf

Saksamaa

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)

<https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file>

Suurbritannia

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng159/resources/covid19-rapid-guideline-critical-care-in-adults-pdf-66141848681413>

<https://pharmafield.co.uk/healthcare/nice-guidelines-on-active-management-of-patients-with-covid-19/>

<https://www.bmj.com/content/bmj/368/bmj.m1189.full.pdf>

<https://www.bma.org.uk/advice-and-support/covid-19/ethics/covid-19-ethical-issues>

USA The Hastings Centre

<https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>

<https://www.thehastingscenter.org/ethics-resources-on-the-coronavirus/>