

Tartu Ülikool
Tervishoiu instituut

**Autonoomia ja informeeritud nõusolek arsti-patsiendi
suhetes**

Magistritöö rahvatervishoius

Margrid Kaasik

Juhendaja: Andres Soosaar, PhD
Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi dotsent

Tartu 2008

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis ja Lõuna-Eesti Haiglas.

Tartu Ülikooli rahvatervise kraadinõukogu otsustas 28.05.2008 lubada väitekiri terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Oponent: Arvo Tikk, Tartu Ülikooli emeriitprofessor

Kaitsmine: 12. juuni 2008. a.

SISUKORD

SISUKORD	3
TABELITE NIMEKIRI	5
JOONISTE NIMEKIRI	6
SISUKOKKUVÕTE	7
1. Sissejuhatus	8
2. Kirjanduse ülevaade	9
2.1 Meditsiinieetika areng 20. sajandi teisel poolel.....	9
2.2 Meditsiinieetikat mõjutanud sotsiaalsed ja poliitilised aspektid.....	10
2.3 Muutused meditsiinis ja nende mõju meditsiinieetikale.....	11
2.4 Meditsiinieetika olulisemad printsiibid.....	14
2.5 Patsiendi autonoomia ja tema informeeritud nõusolek kui kaasaegse meditsiinieetika aluspõhimõte	15
2.5.1 Isikuautonoomia tähendus ja selle olulisemad vormid	15
2.5.2 Isikuautonoomia järgimine kaasaja meditsiinis	17
2.5.3 Informeeritud nõusolek.....	18
2.5.3.1 Informeeritud nõusoleku komponendid.....	19
2.5.3.2 Informeeritud nõusoleku põhimõtte realiseerumine kaasaja Eesti ühiskonnas.....	20
3. Töö eesmärgid.....	22
4. Metoodika	22
4.1 Valimi kirjeldus	23
4.2 Uuringu läbiviimise kirjeldus	24
4.3 Andmete statistiline analüüs	24
5. Tulemused.....	25
5.1 Patsientide hoiakud autonoomia ja informeeritud nõusoleku suhtes.....	25
5.1.1 Uuringus osalenud patsientide üldine kirjeldus	25
5.1.2 Autonoomia arsti ja patsiendi suhtes	26
5.1.3 Informeerimise vajalikkuse hindamine.....	27
5.1.4 Seosed uuritavate patsientide autonoomiahinnangute ja nende eluolu kirjeldavate näitajate vahel	28
5.1.4.1 Hinnangud autonoomiale ja patsiendi vanus	28
5.1.4.2 Hinnangud autonoomiale ja patsiendi sugu	28
5.2 Arstide hoiakud patsiendi autonoomia ja informeeritud nõusoleku suhtes	34

5.2.1 Üldandmed.....	34
5.2.2 Autonomia arsti ja patsiendi suhtes	35
5.2.3 Informeerimise vajalikkus	36
5.2.4 Seosed uuritud arstide autonoomiahinnangute ja nende tööelu kirjeldavate näitajate vahel	37
5.3 Patsientide ja arstide arvamuste võrdlev analüüs.....	39
6. ARUTELU	42
7. JÄRELDUSED.....	46
KASUTATUD KIRJANDUS	47
LISAD	50
lisa 1.....	51
lisa 2.....	52
lisa 3.....	54
SUMMARY	58
TÄNUAVALDUS.....	59
CURRICULUM VITAE.....	60

TABELITE NIMEKIRI

Tabeli nr.	Tabeli pealkiri	Lk.
Tabel 1.	Patsientide autonoomiahinnangud	26
Tabel 2.	Patsientide hoiakud informeeritud nõusoleku suhtes	27
Tabel 3.	Seosed patsientide autonoomiahinnangute ja nende vanuse vahel	28
Tabel 4.	Võimalikud seosed mees- ja naispatsientide autonoomiahinnangute vahel	29
Tabel 5.	Võimalikud seosed autonoomiahinnangute ja patsientide elukoha vahel	30
Tabel 6.	Hariduse ja patsientide hoiakute vahelise seose võrdlus	31
Tabel 7.	Sotsiaalse tausta ja väidete vaheline seos	32
Tabel 8.	Haiglas viibimise põhjuse ja väidete vaheline seos	33
Tabel 9.	Arstide hoiakud patsiendi autonoomia suhtes	35
Tabel 10.	Arstide hoiakud informeeritud nõusoleku suhtes	36
Tabel 11.	Tööstaaži ja väidete vaheline seos	37
Tabel 12.	Väidete ja vastanute soo vahelise seose võrdlus	38-39
Tabel 13.	Arstide ja patsientide arvamuste võrdlev iseloomustus	39-40

JOONISTE NIMEKIRI

Joonise nr.	Joonise pealkiri	Lk.
Joonis 1.	Patsientide sotsiaalne taust	25
Joonis 2.	Uuringus osalenud arstide jaotus erialati	34
Joonis 3.	Arstide jaotus tööstaaži alusel	35
Joonis 4.	Patsiendi ja arstide autonoomiahinnangute võrdlev analüüs tavapärasel olukorras	41
Joonis 5.	Patsientide ja arstide autonoomiahinnangute võrdlev analüüs riskiolukorras	41

SISUKOKKUVÕTE

Käesoleva töö teemavaliku põhilisteks argumentideks on patsiendi autonoomia austamise põhimõtte suur tähtsus kaasaegses meditsiinieetikas ning seda puudutavate vastavate kvantitatiivsete uuringute puudumine Eestis, mistõttu puudub ka selge arusaam sellest, kuidas tegelikult suhtuvad autonoomiasse Eesti patsiendid ja arstid. Leian, et antud uuringu tähtsus Eesti meditsiinieetikale võiks olla päris oluline, sest sellega püütakse esmakordselt täpsemalt kirjeldada, kuidas meie arstid ja patsiendid hindavad patsiendi autonoomia austamist ja informeeritud nõusolekut meditsiinilises tegevuses.

Uuringu tulemusena selgus, et patsiendid on väheteadlikud oma autonoomiast. Nad usaldaksid oma raviküsimused arsti kui professionaali hooleks, mis tegelikkuses tähendab seda, et nad toetavad seega arstlikku domineerimist. Küsitletud arstide hoiak on samuti arstlikku paternalismi pooldav ja patsiendi autonoomiat mitte kuigi oluliseks pidav. Patsientide hoiakud sõltuvad nende eest, haridusest ja sotsiaalsest taustast. Nooremad, haritumad ja töötavad patsiendid peavad patsiendi autonoomiat tähtsaks. Vanemad ja vähemharitumad patsiendid usaldaksid otsustamise arsti kui professionaali hooleks. Kokkuvõtvalt võiks öelda, et meil ollakase autonoomia ja informeeritud nõusolekuga teatud ülemineku faasis, kus asjaosalistel ilmnevad samas küsimuses õige erinevad ja omavahel isegi mõneti vastukäivad arvamused.

1. Sissejuhatus

Arsti mõjuvõim on paljus ainulaadne. Arst peab oma töös pidevalt patsiendi tervise kohta otsuseid langetama, olgu tegemist keeruka südameoperatsiooniga või tavalise konsultatsiooniga. Samas pole arsti ja patsiendi vaheline suhe sugugi tasakaalus. Nii nagu jurist tunneb seadusi paremini kui tema klient, teab ka arst meditsiini ja inimorganismis toimuvast märksa rohkem kui tema patsient. Patsiendi suhtumine kõigub seetõttu arsti teadmiste usaldamise ja enda teadmatusest tingitud üldise usaldamatuse vahel. Meditsiinieetika ülesanne on tagada, et arst oma potentsiaalset üleolekut ei kuritarvitaks (4).

Moodsa meditsiinieetika üheks oluliseks tunnuseks on patsiendi autonoomia austamine medikute poolt. Autonoomia on oma põhimõttelt inimese võime ja võimalus end ning enda kohta käivat ise määratleda. Informeeritud nõusolek on vahend patsiendi autonoomia elluviimiseks ning seega oluliseks tingimuseks nii kliinilises tegevuses kui ka arstiteaduslikus uurimistöös.

Kaasaegset arsti-patsiendi suhet on oluliselt mõjutanud informeeritud nõusoleku üldiseks nõudeks saamine. Informeeritud nõusoleku olemasolu on nii patsiendi kui teadusuuringus osaleja vabaduse ühiskondlik tagatis/garantii. Patsiendi otsustamisvabadus omakorda on oluliselt vähendanud arsti otsustamise vastutust ja suurendanud patsiendi autonoomiat. Samas võib selline vastutuse vähenemine pärssida arsti püüdlusi läheneda patsiendile tema ainukordsust silmas pidades (7).

Käesoleva magistr töö esimene osa koosneb kirjanduse ülevaatest, teine osa empiirilise uuringust, mis viidi läbi Lõuna-Eesti Haiglas. Arutelu peatükk sisaldab uuringutulemuste ja kirjanduse analüüsi.

2. Kirjanduse ülevaade

2.1 Meditsiinieetika areng 20. sajandi teisel poolel

Arstide vaated patsientide võrdsusele ja õigustele on aegade jooksul läbi teinud omapärase arengu.

Ühest küljest on arstid omaks võtnud läbi Maailma Arstide Liidu (WMA) Genfi deklaratsiooni põhimõtte, et “vanuse, haiguse, puude, usutunnistuse, etnilise päritolu, soo, kodakondsuse, poliitilise kuuluvuse, rassi, seksuaalse sättumuse või ühiskondliku staatusega seotud kaalutlustel ei tohi lubada astuda minu kohustuste ja minu patsiendi vahele” (1).

Teisalt on arstid väitnud endal olevat õiguse teatud juhtudel keelduda patsienti vastu võtmast, kui hädaolukorrad välja arvata. Säärane keeldumine võib olla erineval viisil põhjendatud, näiteks täiskoormus, spetsiifiline ettevalmistus või selle puudumine, spetsialiseerumine. Kui arst ei pea patsiendile oma keeldumist selgitama, võib ta kergesti käituda diskrimineerivalt, ilma et teda selle eest vastutusele võetaks (2).

Rahvusvahelise meditsiinieetika koodeksi järgi peab arst oma patsientide ja kolleegidega suhtlema ausalt ning püüdma paljastada neid, kes on arstitöök sobimatud iseloomuomaduste või erialaste oskuste poolest, või kes tegelevad pettusega. Arst peab olema oma patsiendi suhtes täiesti lojaalne ja kasutama tema ravimisel kõiki oma käsutuses olevaid erialaseid teadmisi ja oskusi. Kui patsiendi läbivaatus või ravi pole arstile jõukohane, peaks ta pöörduma vajalike teadmiste ja oskustega kolleegi poole (1).

Kui meditsiinieetika kuulub oma pikka aega formuleeritud normide ja põhimõtetega vanimate elukutse-eetikate hulka, siis teaduse ja teadlase eetika on suhteliselt noor valdkond, mistõttu nende kombinatsiooni iseloomustab dünaamiline ja interdistsiplinaarne loomus. Meditsiinieetika oluliseks ülesandeks on osalemine ühiskondliku elu regulatsioonis. Lisaks ühiskonna moraalsele regulatsioonile on seal väga tähtsal kohal ka õiguslik ja majanduslik regulatsioon ning need on omavahel tihedasti läbipõimunud ka kaasaja meditsiinis. Just nende valdkondade kokkupuutumisel ilmnevad teinekord eriti selgesti võimalikud paratamatu iseloomuga

konfliktid, sest ühelt poolt on meediku peamiseks hooleks tema patsiendid ning teiselt poolt on arsti kohuseks ka oma valdkonna ja ühiskonna käekäigule kaasa aidata. Need kaks kohustust ei pruugi konkreetsetes kliinilistes situatsioonides alati kokku langeda (3).

2.2 Meditsiinieetikat mõjutanud sotsiaalsed ja poliitilised aspektid

Eetikaküsimused on olnud meditsiinis juba selle algusest peale, kuid 20. sajandi teisel poolel on need läbi teinud suured muutused.

II maailmasõda mõjutas nii inimõiguste tunnustamist rahvusvahelises ulatuses kui omandas ka spetsiifilise mõju üksikisiku autonoomia nõude, bioloogia ja meditsiini ülikiire arengu näol. Nende arengute tulemuste määramatus ja ressursimahukus äratavad ühiskonna huvi eelkõige biomeditsiiniliste probleemide suhtes. Maailma Arstide Liit loodi 1947. aastal ning olles teadlikud arstieetika rikkumistest enne II maailmasõda ning selle ajal, astusid WMA rajajad otsekohe samme, tagamaks, et arstid oleksid oma eetilistest kohustustest vähemalt teadlikud (2).

Inimeste võrdsuse ideed arendati oluliselt edasi inimõiguste mõistestiku raames. Värskest rajatud Ühinenud Rahvuste Organisatsiooni üks esimesi tegusid oli Inimõiguste ülddeklaratsiooni väljatöötamine, mis oma 1. artiklis ütleb: “Kõik inimesed on sündinud oma väärikuse ja õiguste poolest vabade ja võrdsetena.” Paljud teised rahvusvahelised ja riiklikud otsustuskogud on oma dokumentides deklareerinud kas kõigi inimeste, konkreetse riigi kõigi kodanike või teatud isikuterühmade õigusi (4).

Arusaamine, et arstidel on kohustusi selle ühiskonna ees, kus nad elavad, on viimastel aastatel samuti avardunud. Rohkem kui kunagi varem on meditsiin tänapäeval ühiskondlik, mitte rangelt individuaalne tegevus. Ta paikneb valitsuste- ja firmadepoolse organiseerimise ning rahastamise kontekstis. Tema teadmisaas ja ravimeetodid toetuvad riigi ning erafirmade poolt läbiviidavale meditsiinilasele uurimistöele ning tootearendusele. Paljude tema protseduuride läbiviimine nõuab kvalifitseeritud tervishoiuasutusi. Meditsiin ravib haigusi ja seisundeid, mis on oma tekkelt nii bioloogilised kui ka sotsiaalsed (2).

1970-te aastate alguseks muutus olukord USAs küpseks uue valdkonna – bioetika tekkimiseks, mis haaras enesesse nii traditsioonilise meditsiinieetika kui ka bioloogia ja biomeditsiinilise uurimistööga seonduvad uued eetilised probleemid ja nende käsitlemise meetodid. Bioetika hõlmab endas nii meditsiinipraktikast lähtuvaid moraaliküsimusi kui ka eluteadustest lähtuvaid moraaliküsimusi. Esimene on seotud pigem traditsioonilise meditsiinieetikaga, teine aga teaduseetikaga. Kaasajal tuleb üha enam ette olukordi, kus need 2 valdkonda põimuvad omavahel, st samad persoonid on korraga nii arsti kui patsiendi või uurija ja uuritava rollis ning suhtes (5).

2.3 Muutused meditsiinis ja nende mõju meditsiinieetikale

Teadusliku teadmise ja selle kliiniliste rakenduste kiire kasvu tulemusena on ka meditsiin muutunud üha keerukamaks. Üks arst ei saa enam olla asjatundja kõigi oma patsientide haiguste ja võimalike raviviiside osas ning vajab spetsialiseerunud arstide ja teiste meditsiinitöötajate abi. Arstid peavad teadma, kuidas pääseda ligi neile tarvilikele oskustele, mida nende patsiendid vajavad ning mis neil endal puuduvad (2).

Meditsiiniajaloo alguses on olemas nõuded arstile, haigeolemise moraalsed tõlgendused ja riiklikud määratlused arhailistes ühiskondades ning antiikaja kõrgkultuurides. Kuningas Hammurapi (u. 1750 eKr.) seadustekogu sisaldab reegleid arstliku tegevuse ja esimese tasustamiskorra kohta. Meditsiinieetika tuumaks on sajandite vältel olnud Hippokratese vanne (5-4 saj. eKr.), mis sisaldas keeldu teha aborti, aktiivset eutanaasiat ja kivilõiget ning arstide vaikumiskäsku. Arsti oluliseks ülesandeks on saatmine haigeolemisel ja suremisel, tema tegevus ei piirdu ravimisega. Uusajal saavad üha enam hoogu teaduse ja tehnika areng. Eetika puudutab tegutsemist ja tunnetamist; arst saab moraalselt korrektselt või ebakorrektselt käituda mitte ainult suheldes haigega, vaid ka eksperimenteerides, teoretiseerides, publitseerides. 19. sajandi meditsiinieetikat iseloomustavad: selgituste andmise kohustus, absoluutne vaikumiskohustus, haiguse ja ravi positivistlik mõtestamine (6).

Arsti-patsiendi suhe on arstipraktika ning seega ka arstieetika peateljeks. Nõuab ju WMA Genfi deklaratsioon arstilt, et “minu patsiendi tervis on minu esmahuvi” ning WMA rahvusvaheline arstieetika koodeks ütleb, et “ arsti täielik lojaalsus ning tema

teaduse kõik ressursid kuuluvad tema patsientidele”(1). Viimastel aastatel on arsti-patsiendi suhte traditsiooniline paternalistlik tõlgendus, mille puhul teeb arst otsused ja patsient allub neile, nii eetikas kui ka seadusandluses suures osas kõrvale heidetud. Kuid kuna paljud patsiendid kas pole võimelised oma ravi üle otsustama või ei soovi seda teha, siis on patsiendi tegelik autonoomia sageli väga problemaatiline (5).

Kaasaegset meediku-patsiendi suhet iseloomustavad

- Süvenev ilmalikkus;
- 2 olulist aspekti: eetika (põhineb ikka kristlusest pärinevast filantroopiast ja filosoofiast) ja tehnilisus (teaduslikkus, praegu tõenduspõhisus);
- Patsient kui indiviid (eetika) versus patsient kui kudede-organite talitluse komplekt (tehnika);
- Põhjalik sekkumine inimeksistentsi paljudesse tahkudesse;
- Ressursside piiratus ja küsimused nende õiglasest jaotamisest (5).

Järgneval kolmel valdkonnal – kirurgia, intensiivravi ja eutanaasia - tahaks peatuda põhjalikumalt põhjusel, et seal kerkivad eetikaküsimused kõige teravamalt esile.

Eetilised aspektid kirurgias ei tähenda seda, et on olemas spetsiaalne eetika kirurgias või koguni kirurgide erieetika. Asjatundjate ringkondades on isegi meditsiinieetika olemasolu vaieldav ning ollakse seisukohal, et tegelikult on ikkagi tegemist üldeetikaga, mida rakendatakse meditsiinis. Üks avalikkuses diskuteeritum eetiline pingeväli kirurgias on operatsioonieelne teavitamine. Operatsioonieelne teavitav, selgitav ja rahustav vestlus patsiendi ja arsti vahel on olnud alati tähtis osa vastutustundlikust tegevusest kirurgi igapäevatoos. 1892. aastast alates on see seadusega Saksamaal kohustuslik (7).

Intensiivravi ei nõua samuti mingit eripärast meditsiinieetikat, ta ei taotlegi seda. Küll aga omandab iga dramaatiline juhtum seal avalikkust huvitavad mõõtmed ja jurisprudentsi jaoks kaugeleulatuvat tähendust. Intensiivravivis rõhutatakse vähemalt 5 eetilist printsiipi, mis aitavad piiritleda arsti käitumist juba alates patsiendi ravile võtmise hetkest. Nendeks on: patsiendi päästmise võimalikkus, panus indiviidi elu säilitamiseks, kohustus mitte lisandada kahjustust ega kannatust, indiviidi enesemääratluse printsiip ning majandusliku ja juriidilise kaalutlemise printsiip. Need mõisted tähistavad selle pingevälja piire, kus peab viibima iga intensiivraviarst. (8).

Elu lõpuga seotud küsimused ulatuvad püüetest pikendada surevate patsientide elu alles katsetamisjärgus tehnoloogiaga nagu näiteks loomade elundite siirdamisega kuni püüdeni lõpetada elu enneaegselt eutanaasia teel või arstliku kaasaaitamisega enesetapule. Eutanaasiat ja enesetapule kaasaaitamist peetakse sageli moraalselt samaväärseks, ehkki nende vahel on olemas selge praktiline erinevus ning mõnedes jurisdiktsioonides ka õiguslik erinevus. Eutanaasia ning enesetapule kaasaaitamise eitamine ei tähenda, et arst ei saa üldse midagi teha patsiendi jaoks, kelle eluohtlik haigus on kaugemale arenenud staadiumis, mille jaoks sobivaid ravivahendeid pole. Eelkõige ei tohiks arstid surevaid patsiente hüljata, vaid peaksid neile osutama kaastundlikku hoolitsust isegi siis kui ravi pole enam võimalik (2).

MeditSiini enda arengute puhul väärrib kindlasti äramärkimist ka järjest parem diagnoosimine meditsiinis, mis on tingitud eelkõige meditsiini tehnologiseerumisest, seadmete ja vahendite kvaliteedi paranemisest ning arenemisest. Seoses sellega muutub ka vahetu kontakt arsti ja patsiendi vahel. Kuna on tekkinud nn. meedikute tiimid ehk grupp oma eriala spetsialiste, siis ei suuda arstid alati patsienti hoomata kui tervikut, vaid sageli pigem tähelepanu all olevate organsüsteemide või osade kaupa. Tugev patsiendi autonoomia võib sageli arusaamade erinevuse tõttu komplitseerida suhteid meedikute ja patsientide vahel. Väga tuntuks on saanud arsti-patsiendi suhet iseloomustav Robert M. Veatchi'i arsti-patsiendi suhte erinevate tüüpide eristamine, mis omakorda jaguneb neljaks eraldi mudeliks:

- Inseneri mudel – arst kui teadlane, kes teavitab faktidest ja laseb patsiendil selle põhjal otsuseid langetada. Tal ei ole mitte mingit moraalsel autoriteeti.
- Preestri mudel – arsti-patsiendi suhe on religioosne, arst domineerib kui isa. Arst omab ülimäärast moraalsel autoriteeti.
- Kollegiaalne mudel – arst ja patsient kui kolleegid. Usaldus ja konfidentsiaalsus on seal väga tähtsal kohal.
- Lepinguline mudel – mõlemal osapoolel on omad kohustused ja ootused. Arst tunnetab seda, et patsiendile peab jääma vabadus otsustada oma elu ja saatuse üle (9).

2.4 Meditsiinieetika olulisemad printsiibid

Kaasaja rahvusvahelise meditsiinieetika kõige mõjukama T. Beauchampi ja J. Childressi vaate kohaselt valitsevad ala neli põhiprintsiipi, millest kaks on olemas juba ka Hippokratase vandes. Nendeks on heategemine (*beneficence*) ja mittekahjustamine (*nonmaleficence*). Seoses inimõiguse suure tähtsuse ja moodsa ühiskonna korraldusega on lisandunud ka nn. uued printsiibid nagu isikuautonoomia respektimine (*autonomy*) ja õiglus (*justice*) (10).

Heategemise printsiip kohustab aitama ja edendama neid olulisi ja seaduslikke huvisid, mis ennetavad kahjutegemise. Heategemine sisaldab endas nelja elementi, mis aitavad kaasa teise inimese heaolule: mitte peale suruma kurjust või kahju, vältima kahju teket, eemaldama kahju ja teha head või soodustada heategemist . Mittekahjustamise põhimõtte järgimist nimetatakse ka hippokraatlikuks traditsiooniks. Oma põhimõttelt tähendab *primum non nocere* ehk eelkõige ära tee kahju. Seotud tihedalt heategemise printsiibiga (10).

Autonoomia respektimine on seotud selliste mõistetega nagu privaatsus, vabatahtelisus, vaba valik ja teise inimese valikute aktsepteerimine. Kõik olemasolevad autonoomiat puudutavad analüüsid keskenduvad autonoomsele indiviidile. Faden ja Beauchamp (11) tundsid huvi autonoomse valiku ja veel üldisemalt, autonoomse käitumise vastu. Autonoomia teema leiab täpsemat käsitlemist käesoleva töö järgmises peatükis.

Õigluse nõue on täidetud kui võrdseid koheldakse võrdselt ja ebavõrdseid ebavõrdsetena. Peamine, mis õigluse põhimõttest tuleneb teavitatud nõusoleku jaoks, on see, et kui nõusolekut küsitakse, siis tuleb seda küsida kõigilt. Samas on õiglus realiseeritud ka siis kui kellelki nõusolekut ei küsita (12).

Kuigi ka Hippokratase vandes oli ebaõigluse teema kajastatud, ei leidnud see varasemal ajal meditsiinieetikas tähelepanu. Õigluse teema ilmus informeeritud nõusoleku alasesse kirjandusse kui leiti, et kellegi moraalseid või legaalseid õigusi on

rikutud. Patsiendi õiguste rikkumine on ka see kui arst osutab patsiendile vähem kui parimat raviteenust (13).

Õigluse teemad valitsevad vaidlustes tervishoiu piiratud ressursside üle. Põhimõtteliselt ei ole vahet, kas tegemist on rahalise, füüsilise, bioloogilise või mõne muu ressursiga. Meditsiini ressursid jäävad alati piiratuks ja osad patsientide vajadused rahuldamata. Vajalik on kindlaks määrata, kuidas neid piiratud ressursse jaotada (14).

2.5 Patsiendi autonoomia ja tema informeeritud nõusolek kui kaasaegse meditsiinieetika aluspõhimõte

Inimese autonoomia on tema enesemääramise võime ja võimalus teha enda kohta käivaid otsuseid. Siiski ei tähenda olla autonoomne seda sama, mis on olla respektieritud. Olla respektieritud kui autonoomne isik tähendab seda, et tunnustatakse isiku õigust teha valikuid ja võtta vastu otsuseid (15).

Meditsiinieetikas tähendab autonoomia inimese võimalust enesemääratluseks ja samas ka eesmärki, et isiku autonoomia olgu respektieritud. Isiku autonoomiat saab võtta kui fundamentaalset väärtust ja õigust, isegi kui ülimalt väärtust (liberaalse individualismi ideoloogia). Autonoomiat kui võimet tuleb eristada autonoomiast kui teo omadusest s.t et mõnikord võib autonoomiavõimeline isik teha mitteautonoomseid tegusid (5).

Autonoomia põhimõte ei ole meditsiinieetikas midagi erandlikku, vaid pigem kaasaegse inimkäsitluse realiseerumine meditsiinieetikas (16).

2.5.1 Isikuautonoomia tähendus ja selle olulisemad vormid

Autonoomia ehk enesemääramine on see meditsiini tuumikväärtus, millega seostuvad olulisimad muutused viimastel aastatel. Üksikisikutena on arstidel enestel olnud traditsiooniliselt suur kliiniline autonoomia selle üle otsustamisel, kuidas oma patsiente ravida. Arstidel kollektiivselt on olnud vabadus ise kindlaks määrata ka meditsiinihariduse ja meditsiinilise praktika standardeid. Hoolimata neist

väljakutsetest väärtustavad arstid ikkagi oma kliinilist ja professionaalset autonoomiat ning püüavad seda säilitada nii palju kui võimalik (2).

Isiku autonoomia sisaldab endas 3 aspekti: teolisus (*agency*), sõltumatus (*independence*) ja mõistuspärasus (*rationality*).

Teolisus on teadlikolemine oma soovidest ja kavatsusest ja nende alusel toimimine; siin on olulisel kohal valikuvabaduse olemasolu. Teolisus eristab inimest ülejäänud elavast ja elutust.

Sõltumatus on selliste mõjude puudumine, mis panevad inimese tegutsema mitte tema tahte kohaselt. Sõltumatus tähendab ka valikute olemasolu. Sõltumatuse vähenemine omakorda tähendab ka valikute vähenemist (17).

Patsiendi autonoomia austamisega seostub ka tema õigus privaatsusele oma isiklike terviseandmete osas. See eeldab, et patsiendile on eelnevalt räägitud sellest, mil moel temaga seotud informatsiooni kasutatakse. Privaatsuse tagamise tähtsaks vahendiks on pikka aega olnud arstisaladus (2).

Isiku autonoomia kui selline, eeldab, et indiviididel (inimestel) oleks selgepiirilised (adekvaatsed) valikud. Sundimine ja manipuleerimine vähendab valikuid, kuid valikud võivad olla piiratud ka sotsiaalse ja füüsilise keskkonna tõttu (17).

Meie teada ei ole kvantitatiivseid autonoomia ja nõusoleku uuringuid meil endil ja rahvusvahelises ulatuses palju läbi viidud, mistõttu puudub hea ülevaade autonoomia olukorrast erinevates riikides. Tšehhimaal viidi patsientide seas läbi uuring kus küsiti, kas patsiendid teavad, mis on informeeritud nõusolek. Võrreldi seoseid uuritavate arvamuse, soo, vanuse ja hariduse vahel (18). Rootsi uuringu käigus analüüsiti 544 ankeeti. Selgus, et patsiendile tuleb anda liiga palju informatsiooni. 86% vastanud arstidest leidis, et patsiendid pole üldjuhul võimelised antavast informatsioonist aru saama. 56% arstidest leidis, et peaaegu võimatu on nõuda kirjaliku nõusoleku andmist akuutses olukorras (19).

2.5.2 Isikuautonoomia järgimine kaasaja meditsiinis

Paternalism on kellegi eesõigus otsustada teise isiku eest. Tervishoiu kontekstis seostub paternalism iga arsti omaalgatusliku tegevuse, otsuse või kohustusega, mida ta teeb ilma patsiendi uskumusi kaalutlemata ja patsiendi autonoomiat austamata (20).

Paternalismi kohaselt on isiku autonoomia piiramine õigustatud kui see väldib isikule tõsise kahju tekkimise. Paternalism on ka igapäevaelus laialt levinud, näiteks ravimite kättesaadavuse piiratus või nõue kasutada turvavööd. Paternalism võib erinevates olukordades olla erineva ulatusega. Ravist keeldumise, ravimise soovi ja privaatsuse eiramine, instruksioonide paternalistlik iseloom, institutsionaalne surve, sekkumine suitsiidi, tahtevastane hospitaliseerimine – need on vaid mõned näited antud mõistest lähtuvalt (5).

Arstlikku paternalismi on järk-järgult õnestanud üha süvenev arusaam, et patsientidel on õigus ise teha neid puudutavaid meditsiinilisi otsuseid. Selle tulemusena on koostööpõhine otsustusmudel hakanud asendama autoritaarseid mudeleid, mis on iseloomulikud traditsioonilisele arstlikule paternalismile. Arstliku paternalismi nõrgenedes on ühtlasi kadunud ka usk, et arstid “omavad” oma patsiente. Patsientide traditsioonilist õigust küsida teist arvamust on sedavõrd laiendatud, nii et see hõlmab ka ligipääsu teistele arstiabi andjatele (2). Paternalismi õigustamise aluseks on küsimus isiku-ühiskonna vahekorras ja primaarsusest, samuti religioossetest arusaamadest. Mõnede arvates ei saagi paternalismi õigustada ja teiste arvates ei ole nõrk paternalism üldsegi paternalism. Nõrk paternalism on see kui inimesele surutakse peale valikuid. Tugev paternalism on lubatav teatud juhtudel: ei ole alternatiivi ning on oht suureks kahjustamiseks; paternalistlik tegu ei kahjusta indiviidi, kasud ületavad kahjud, ei riivata respekti autonoomia suhtes jne (5).

Arstid on hakanud üle kogu maailma laialdasemalt tunnustama patsientide autonoomiat, mis tähendab seda, et just patsiendid ise peaksid olema ülimad otsustajad neid puudutavates küsimustes. Selle üheks väljenduseks on WMA Lissaboni deklaratsioon patsiendi õigustest kus siis muu seas on formuleeritud patsiendi õigus valikuvabadusele ja otsustada ise enda kohta käivate meditsiiniliste tegevuste üle (1).

2.5.3 Informeeritud nõusolek

Informeeritud nõusolek on üks tänapäeva meditsiinieetika keskseid mõisteid.

Patsiendil on õigus enesemääramisele – õigus langetada temasse puutuvaid otsuseid. Arst informeerib patsienti tema otsuste tagajärgedest. Vaimselt adekvaatsel, täiskasvanud patsiendil on õigus anda või mitte anda oma nõusolek mistahes diagnostikaprotseduuriks või teraapiaks. Patsiendil on õigus informatsioonile, mis on tarvilik selliste otsuste langetamiseks. Patsient peaks selgesti mõistma, mis on uuringu või ravi eesmärk, mida tulemused tähendavad ja millised tagajärjed on nõusoleku mitteandmisel (2).

WMA Lissaboni deklaratsioon patsiendi õigustest ütleb: “Patsiendil on õigus saada enda kohta mis tahes meditsiinilistes toimikutes registreeritud teavet, olla täiel määral teavitatud oma tervislikust seisundist ning teada meditsiinifakte oma olukorra kohta” (21).

Informeeritud nõusoleku põhimõtte ja selle viljelemise põhiliseks õigustuseks on arusaam, et tõeline või korrektne informeeritud nõusolek tagab inimesele tema autonoomsuse konkreetses olukorras. Enamikul juhtudel tähendab patsiendi kõigekülgne teavitamine vaid ideaali, mille piiratud realiseerumine on põhjustatud nii arstide kui kõigi teiste inimeste tunnetuslikest piiridest (22).

Üheks oluliseks, kuid samas vähem reglementeeritud valdkonnaks on informeeritud nõusoleku ulatus ja kestus. Ulatuse all mõistetakse seda, kas nõusolek katab tervikuna ühe konkreetse diagnoosimis- ja ravikompleksi või tuleb igaks protseduuriks eraldi nõusolek saada (3).

Informeeritud nõusolekul on lisaks formaalsele nõudele ka terve rida funktsioone:

- Tagada isiku autonoomia,
- Soodustada mõistuslikku otsustamist,
- Vältida pettust ja välist survet,
- Soodustada patsiendi osalust otsustusprotsessis,
- Vähendada uurija ja tema institutsiooni õiguslikku vastutust (11).

Kaitsemehhanismiks nõusoleku ebamäärase ulatuse ja kestuse vastu on enamikus informeeritud nõusolekut käsitlevates eetika ja õiguse dokumentides antud nõusoleku andjale õigus oma nõusolek tagasi võtta. Kvaliteetse nõusoleku komponendiks peaks kindlasti olema selgus selle ulatuses ja kestuses ning kuidagi ei saa õigeks pidada meedikute või teadlaste tegutsemist arusaama järgi, et inimeselt võetakse nõusolek millekski ja seejärel kasutatakse selle volitusi hoopis teisi eesmärke teenivate tegevuste läbiviimiseks ning õigustamiseks (3).

Paljud patsiendid pole pädevad ise otsustama: näiteks väikesed lapsed, psühhiaatriliste või neuroloogiliste haiguste all kannatavad isikud ja need, kes on ajutiselt teadvuseta või koomas. Nende patsientide puhul on tarvilikud asendusotsustajad, olgu siis arstid või teised isikud. Sobiva asendusotsustaja kindlaksmääramisel ning nende kriteeriumide valikul, mille alusel otsustatakse ebapädevate patsientide üle, kerkivad esile mitmesugused eetikaküsimused (2).

2.5.3.1 Informeeritud nõusoleku komponendid

Kaasajal on levinud arusaam, et informeeritud nõusolek ei ole lihtne nähtus, vaid see sisaldab eri aspekte või elemente. Väga mõjukas informeeritud nõusoleku struktuuri kirjeldus põhineb Beauchamp'ilt ja Childress'ilt (1994):

I Lähtetingimused

1. Kompetentsus mõista ja otsustada (*competence*)
2. Vabatahtelisus otsustamisel (*voluntariness*)

II Informatsioonilised elemendid

3. Teavitamine olukorrast (*disclosure*)
4. Soovitused tegutsemiseks (*recommendation*)
5. Arusaamine punktidest 3 ja 4 (*understanding*)

III Nõusoleku elemendid

6. Otsus mingi plaani kasuks (*decision*)
7. Tehtud valiku autoriseerimine (*authorization*) (13).

Kui neid komponente lähemalt vaadelda, on selge, et informeeritud nõusolek kujutab endast teatud kindlates oludes aset leidvat tunnetusprotsessi, mille lõpptulemuseks peaks olema patsiendi enesekohane argumenteeritud otsus olla millegagi nõus või

sellest keelduda. Nõusolekukeskne lähenemine meditsiinile toob paratamatult kaasa omapärase ning mõneti harjumatu rollijaotuse arsti-patsiendi suhtes. Patsient otsustab isegi haigena oma saatuse üle märksa enam ning võtab sellega arstilt otsustamise vastutuse (3).

Mõnes kultuuris on laialt levinud arvamus, et arsti kohustus anda patsiendile informatsiooni ei kehti siis, kui diagnoosiks on parandamatu haigus. Selle aluseks on tunne, et niisugune informatsioon põhjustaks patsiendis meeleheite ja teeks tema ülejäänud elupäevad palju õnnetumaks. Üle kogu maailma on üsna tavaline, et patsientide pereliikmed paluvad arste patsientidele mitte öelda, et nad surevad. Andes edasi halbu uudiseid, peavad arstid olema tundlikud nii kultuuriliste kui ka individuaalsete faktorite suhtes. Ent siiski on patsientide õigust informeeritud nõusolekule hakatud üha kindlamini tunnistama ja arsti üheks esmaseks kohustuseks on aidata neil seda õigust teostada (2).

2.5.3.2 Informeeritud nõusoleku põhimõtte realiseerumine kaasaja Eesti ühiskonnas

Koos Eesti ühiskonnas toimuvate muutuste ja läänelike väärtuste tulekuga üritatakse üle võtta ka sealne meditsiinieetika. Ühelt poolt oleks seda kerge teha, kuna lääne-riikides on suur töö juba ära tehtud. Teiselt poolt jälle päris raske, sest nende muutuste omaksvõtmine toimub meie ühiskonnas ebaühtlaselt.

Seaduse järgi on informeeritud nõusoleku saamise kohustus koos dokumenteerimiskohustusega tervishoiuteenuse osutaja kohustus. Tegemist ei ole kohustusega, mille juured ulatuksid Hippokratese vandesse, vaid see sai oma tänapäevase kuju alles eelmise sajandi keskel. Kui arutleda selle üle, kas patsiente raviti enne seda nõusoleku alusel või vastu patsiendi tahtmist, siis tõenäoliselt toimus ravi patsiendi nõusolekul. Kuigi tegemist ei olnud informeeritud nõusolekuga, oli siiski ka varasemal ajal patsiendil võimalik raviga nõustuda või siis arsti juurde mitte minna. Seega pole korrektne väita, et tervishoiuteenuseid osutati läbi ajaloo ilma patsiendi nõusolekuta, vaid ilma patsiendi informeeritud nõusolekuta. Seda peegeldab näiteks ka ENSV Tervishoiuseaduse § 52, lõige 1 “Operatsioone tehakse ja keerukaid

diagnoosimeetodeid kasutatakse haigete nõusolekul, alla kuueteistkümnene aasta vanuste ja psüühiliselt haigete puhul aga nende vanemate, hooldajate või eestkostjate nõusolekul” ja lõige 2 “Arstid teevad vältimatuid operatsioone ja kasutavad keerukaid diagnoosimeetodeid ilma haigete või nende vanemate, hooldajate või eestkostjate nõusolekuta ainult nendel erandjuhtudel, kui diagnoosi või operatsiooniga viivitamine ohustab haige elu, mainitud isikute nõusolekut saada aga ei ole võimalik” (14, 23).

Praegust meie arstide arusaama informeeritud nõusolekust kajastab Eesti arstieetika koodeks: “Arst peab selgitama patsiendile tema tervislikku seisundit ning saama vabatahtlikult antud ja arusaamisel põhineva nõusoleku vajalike uuringute ja ravimenetluste tegemiseks. Patsiendile antav informatsioon peab hõlmama teavet uuringute ja ravi vajalikkusest, võimalikest erinevatest raviviisidest, samuti teavet nendest tuleneda võivatest kõrvalnähtudest, tüsistustest ja ohtudest” (24).

Mõnel pool, näiteks Tartu Ülikooli Kliinikumis on kasutusele võetud patsiendi üldise teavitamise ja nõusoleku võtmise vorm (25). See sisaldab endas põhimõtet, et patsient annab oma kirjaliku nõusoleku tervishoiuteenuse osutamiseks ülesloetletud tingimustel ning lubab oma terviseandmeid kasutada teadus- ja uurimistöö eesmärgil. Ülesloetletud tingimused koosnevad kolmest alapunktist: teavitamine, õigused, kohustused. See nõusoleku vorm lähtub Võlaõigusseaduse 41 peatüki, 766-st paragrahvist, mille lõige ütleb:

“Tervishoiuteenuse osutaja peab patsienti teavitama patsiendi läbivaatamise tulemustest ja tervise seisundist, võimalikest haigustest ning nende kulgemisest, pakutava tervishoiuteenuse osutamisega kaasnevatest ohtudest ja tagajärgedest” ja lõige 3 määratleb: “Patsiendi võib läbi vaadata ja talle tervishoiuteenust osutada üksnes tema nõusolekul. Patsient võib nõusoleku mõistliku aja jooksul pärast selle andmist tagasi võtta. Tervishoiuteenuse osutaja nõudmisel peab nõusolek või selle tagasivõtmise avaldus olema vormistatud kirjalikku taasesitamist võimaldavas vormis”(26).

3. Töö eesmärgid

Uuringu üldeesmärk on hinnata kui oluliseks peavad nii arstid kui patsiendid viimaste autonoomia austamise põhimõtet ja informeeritud nõusolekut arsti-patsiendi suhetes.

Töö konkreetsemad eesmärgid:

1. Selgitada vastava küsimustiku abil patsientide suhtumist nende autonoomia põhimõttesse ja informeeritud nõusolekusse ning leida korrelatsioone teiste patsiendi iseloomustavate tunnuste (vanus, elukoht, haiglas olemise põhjus) vahel.
2. Selgitada vastava küsimustiku abil arstide suhtumist patsiendi autonoomia põhimõttesse ja informeeritud nõusolekusse ning leida korrelatsioone nende hoiakute ja erialast tegevust iseloomustavate tunnuste vahel.
3. Analüüsida patsientide ja arstide hoiakuid avaramas sotsiaalses ja meditsiinieetika kontekstis.

4. Metoodika

Uuringu läbiviimisel on kasutatud erinevaid ankeetküsimustikke arstide ja patsientide arvamuse välja selgitamiseks. Meie uuringus on kasutatud küsimustike (vt lisa 2 ja 3) koostamisel lähtunud kahest varem tehtud uuringust. Esimene neist on E. Falkumi ja F. Reiduni 2001. aastal valminud ulatuslik uuring, mille käigus küsitleti Norra kuue erineva eriala arste (26). Teine on A. Stiggelbouti ja tema kolleegide poolt 2004. aastal läbi viidud uuring kolmes erinevas Lääne-Hollandi haiglas. Seal olid uuritavateks kirurgid ja kirurgia residendid ning aneurüsmi diagnoosiga patsiendid (27).

Küsimustiku koostamisel peeti silmas isikuautonoomia ja informeeritud nõusoleku erinevaid aspekte ning nende alusel formuleeriti konkreetset uuringüküsimused. Uurimisküsimused esitati väidetena ja uuritavad said valida viie erineva vastusevariandi vahel (täiesti nõus, pigem nõus, ei tea, pigem ei ole nõus, ei ole üldse

nõus). Vastuseid kodeeriti töö tulemuste analüüsimisel nii, et “täiesti nõus” – 1, “pigem nõus” – 2, “ei tea” – 3, “pigem ei ole nõus” – 4 ning “ei ole üldse nõus” – 5.

Küsimustikud olid anonüümsed ning vastuste lehed jäid edasiseks andmetöötuseks uuringu läbiviija kätte. Küsitluste tulemusi töödeldi statistiliselt ning püüti neid siduda informeeritud nõusoleku erinevate komponentidega.

Uurimuse läbiviimiseks on saadud luba Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetika Komiteelt (nr 147/6, 27.03.2006).

4.1 Valimi kirjeldus

Esimese uuritavate grupi moodustasid Lõuna-Eesti Haigla AS-i kirurgia osakonna patsiendid.

Valimisse arvamisel järgiti järgnevaid printsiipe:

- Täiskasvanud, eesti keelt kõnelevad patsiendid
- Tervislik seisund võimaldab ankeeti täita

Teise uuritavate grupi moodustasid Lõuna-Eesti Haigla AS-i 50 arsti, kes moodustasid selle asutuse arstide kõikse valimi.

Uuritavale isikule anti enne temalt nõusoleku võtmist asjakohast teavet nii uuringu otstarbest ja olemusest kui ka selle võimalikest tagajärgedest ja ohtudest. Antud juhul on oluline, et küsitletavad saaksid aru, mis uuringus ning mis eesmärgil neil palutakse osaleda – selleks sai koostatud spetsiaalne teavitamise leht (vt lisa 1). Uuritavatele selgitati, et küsitluse vahetuid tulemusi kasutab ainult uurija oma magistriväitekirja koostamisel ning et peale uuringu valmimist need hävitatakse. Iseenesest on uuringuga kaasnevad võimalikud riskid minimaalsed ja seotud kõige rohkem ebakorrekse andmete kogumise ja säilitamisega, mistõttu tuleb uuringu läbiviimisel uuringuandmeid käsitleda vajaliku hoolikuse ja korrektsusega. Et küsitlus oli anonüümne, vähendas see oluliselt tegelikke uuringuandmete kaitsega seotud eetikaprobleeme.

4.2 Uuringu läbiviimise kirjeldus

Küsitlused viidi läbi Lõuna-Eesti Haiglas ajavahemikul september 2006 kuni märts 2007. Küsitluse viis töö autor läbi iseseisvalt. Patsientidega suhtlemine toimus vahetult haigla ruumides kus selgitati kohe ka uuringu eesmärgid ning koos ankeediga anti patsientidele ka teavitamise leht. Oli patsiente kes tagastasid ankeedid kohe peale täitmist, kuid oli ka neid, kes vajasisid mõtlemiseks ja täitmiseks pikemat aega ning tagastasid ankeedid järgmisel päeval. Ankeedid kogus kokku osakonnas tööl olnud valvõrde ning tõi need uurijale kinnistes ümbrikutes. Uuringust keeldumist esines patsientide seas väga vähe. Tagastatud ankeetide hulk oli 93% (235-st tagastati 219). Arstide küsitlemine ei läinud nii lüüasa, esines rohkem ära-ütlemisi, mistõttu ka ankeetide tagastamise hulk oli tagasihoidlikum, 70% (50-st ankeedist 35).

4.3 Andmete statistiline analüüs

Andmete sisestamiseks, hoidmiseks, analüüsimiseks ja andmete graafiliseks esitamiseks kasutati Microsoft Excel 2000 programmi. Mittepidevaid tunnuseid, näiteks arstide tööstaazi ja väidete seost või patsientide hariduse ja väidete seost uuriti "Kendalli tau" korrelatsiooni erikordaja abil.

Väidete erinevusi meeste ja naiste puhul uuriti mitteparameetrilise Mann-Whitney testi abil ning T-testi põhjal vanuste erinevusi meestel ja naistel.

Kruskal-Wallise testi abil võrreldi omavahel kolme või enama grupi tunnuse jaotuse erinevusi. Antud töös võrreldi selle testi abil patsientide hoiakute seost nende haridustasemega ja patsientide väidete seost nende haiglas viibimise põhjusega.

5. Tulemused

5.1 Patsientide hoiakud autonoomia ja informeeritud nõusoleku suhtes

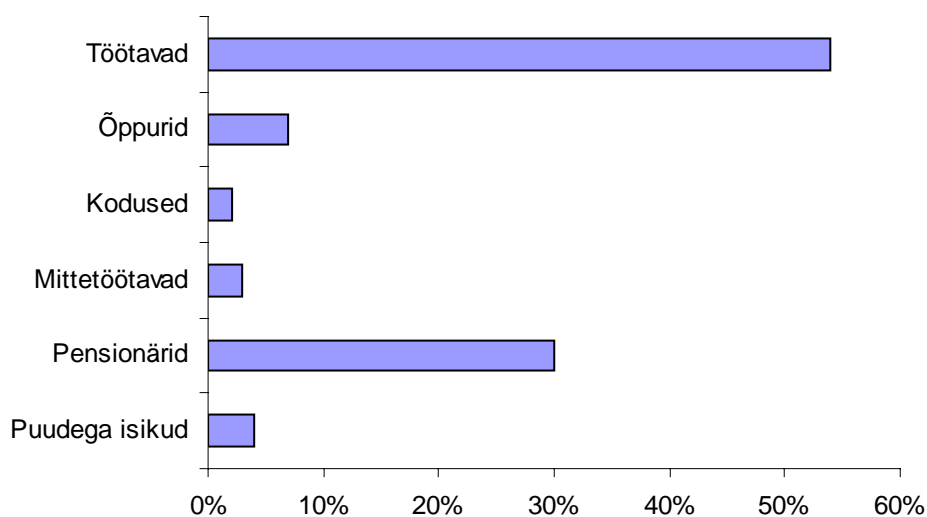
5.1.1 Uuringus osalenud patsientide üldine kirjeldus

Vastanutest 47% moodustasid mees- ja 53% naispatsiendid. Meeste keskmine vanus oli 50,5 ja naistel 55,3 aastat.

40% vastanutest omasid põhiharidust, 44% keskharidust ning 16% kõrgharidust.

49% elasid linnas, 37% alevis ja 14% maal.

Patsientide sotsiaalne taust on välja toodud joonisel 1.



Joonis 1. Patsientide sotsiaalne taust

15% vastanutest viibivad haiglas uuringutel, 21% trauma tõttu, 31% ägeda haigestumise tõttu, 28% pöördus plaaniliseks operatsiooniks ning 5% pöördus mingil muul põhjusel.

5.1.2 Autonomia arsti ja patsiendi suhtes

Alljärgnevasse tabelisse on välja toodud need väited, mis kõige ilmekalt kajastavad patsientide hoiakuid nende endi autonoomiasse.

	Täiesti nõus	Pigem nõus	Ei tea	Pigem ei ole nõus	Ei ole nõus	Vastamata
Arsti domineerimine arsti-patsiendi suhtes						
Kui arst ainuisikuliselt otsustab, milline ravimeetod on patsiendile parim, on see hea tava piiride ületamine	70%	14%	6%	8%	1%	1
Arst, kui professionaal peaks otsustama patsiendi eest enamikes meditsiinilistes situatsioonides	53%	15%	13%	13%	6%	1
Autonomia arsti-patsiendi suhtes						
Patsient peaks ise oma parima arusaama kohaselt valima erinevate ravimeetodite vahel	14%	3%	13%	43%	26%	-
Vestluse tulemusena peab patsient järele andma arsti asjatundlikule arvamusele	65%	18%	10%	6%	-	-
Kui arst ja patsient ei jõua ühisarvamusele parima ravimeetodi osas, peaks arst langetama lõpliku otsuse	74%	20%	3%	2%	1%	-
Suure riskiga seotud otsused						
Kui patsient otsustab ülemäära riskantse või ka küsitava ravimeetodi kasuks, peaks arst seda otsust aktsepteerima	53%	15%	16%	12%	4%	-
Õigus mitte osaleda otsuse tegemisel ja õigus mitte teada oma olukorrast						
Patsiendile peaks jääma õigus mitte osaleda oma ravialastes otsustes	27%	8%	15%	39%	10%	1%
Arst peaks austama patsiendi otsust kui ta ei soovi saada riske puudutavat informatsiooni	54%	28%	6%	8%	3%	1%

Tabel 1. Patsientide autonoomiahinnangud

Valdav enamus patsientidest leidis, et arst peaks otsustama. See on selge märk sellest, et patsiendid pooldavad arstlikku domineerimist. Samas ilmnesid vastustest ka vastuolud, näiteks kui patsient otsustab riskantse ravimeetodi kasuks, siis peaks arst seda otsust aktsepteerima.

5.1.3 Informeerimise vajalikkuse hindamine

Uurisime, kas patsiendid peavad informeeritud nõusolekut oluliseks (tabel 2).

	Täiesti nõus	Pigem nõus	Ei tea	Pigem ei ole nõus	Ei ole nõus	Vastamata
Nõusoleku olulisus						
Patsiendi informeerimine ja tema nõusolek peaks olema kesksel kohal kaasaegse meditsiiniteenuse pakkumisel ja selleta ei saa alustada meditsiinilist tegevust haiglas	93%	6%	1%	-	-	-
Informeerimise olulisus						
Patsient peab saama arstilt kogu vajaliku informatsiooni erinevate diagnoosimis- ja ravivõimaluste kohta	86%	14%	-	-	-	-
Kui meedikutel on palju tööd, siis võib patsiendi informeerimisega viivitada ja nõusoleku kunagi hiljem vormistada	63%	27%	3%	3%	3%	1%
Olles seekord haiglaravil, on minult küsitud informeeritud nõusolekut ja ma olen selle ka andnud	85%	11%	3%	-	-	1%
Raviga seotud riskid						
Enne kui patsient annab raviks oma nõusoleku, tuleb teda informeerida kõikidest raviga seotud riskidest	87%	11%	2%	-	-	-

Tabel 2. Patsientide hoiakud informeeritud nõusoleku suhtes

Valdav enamus küsitletavatest peab informeeritud nõusolekut väga oluliseks. Samas ollakse nõusoleku küsimise viivitamisega nõus, mis viitab samas vastuolule eelmise hinnanguga. Võru haiglas puudub kirjalik nõusoleku vorm, kuid 85% on vastanud, et neilt on informeeritud nõusolekut küsitud. Sellisel juhul oleks tegu justkui suulise nõusoleku küsimisega.

5.1.4 Seosed uuritavate patsientide autonoomiahinnangute ja nende eluolu kirjeldavate näitajate vahel

5.1.4.1 Hinnangud autonoomiale ja patsiendi vanus

Uurisime võimalikke seoseid küsitletud patsientide autonoomiasse puutuvate arvamuste ja hoiakute ning eluolu iseloomustavate näitajate vahel (tabelit 3).

		Korrelatsiooni-kordaja	p
3	Kui meedikutel on palju tööd, siis võib patsiendi informeerimisega viivitada ja nõusoleku kunagi hiljem vormistada	-0.1425	0.0003
4	Olles seekord haiglaravil, on minult küsitud informeeritud nõusolekut ja ma olen selle ka andnud	-0.1143	0
6	Arst, kui professionaal, peaks otsustama patsiendi eest enamikes meditsiinilistes situatsioonides	-0.1422	0.0009
8	Vestluse tulemusena peab patsient järele andma arsti asjatundlikule arvamusele	-0.0902	0.0214
9	Kui arst ja patsient ei jõua ühisarvamusele parima ravimeetodi osas, peaks arst langetama lõpliku otsuse	-0.0904	0.0101
10	Enne kui patsient annab raviks oma nõusoleku, tuleb teda informeerida kõikidest raviga seotud riskidest	-0.0577	0.0376
12	Arst ei tohiks patsienti teavitada oma isiklikest hinnangutest patsiendi tervise ja haiguse osas	-0.0756	0.0842
13	Patsiendile peaks jääma õigus mitte osaleda oma ravialastes otsustes	-0.1217	0.006
14	Arst peaks austama patsiendi otsust kui ta ei soovi saada riske puudutavat informatsiooni	-0.0725	0.0812

Tabel 3. Seosed patsientide autonoomiahinnangute ja nende vanuse vahel

Tabelis 3 on esitatud need seosed, mille puhul korrelatsioonikordaja olulisuse tõenäosus on väiksem kui 0.1. Selgus, et oluliseks osutunud väidete seosed on negatiivsed, mis tähendab seda, et eakamad patsiendid pooldavad enam arstlikku paternalismi väidete 3 ja 6 alusel.

5.1.4.2 Hinnangud autonoomiale ja patsiendi sugu

Tabelis 4 on välja toodud väidete keskmised väärtused vastajate soo järgi ja statistilise erinevuse olulisuse tõenäosus.

		Mees-patsiendid	Nais-patsiendid	p
1	Patsiendi informeerimine ja tema nõusolek peaks olema kesksel kohal kaasaegse meditsiiniteenuse pakkumisel ja sellela ei saa alustada meditsiinilist tegevust haiglas	1.08	1.07	0.994
2	Patsient peab saama arstilt kogu vajaliku informatsiooni erinevate diagnoosimis- ja ravivõimaluste kohta	1.13	1.15	0.685
3	Kui meedikutel on palju tööd, siis võib patsiendi informeerimisega viivitada ja nõusoleku kunagi hiljem vormistada	1.61	1.49	0.338
4	Olles seekord haiglaravil, on minult küsitud informeeritud nõusolekut ja ma olen selle ka andnud	1.29	1.09	0.003 **
5	Kui arst ainuisikuliselt otsustab, milline ravimeetod on patsiendile parim, on see hea tava piiride ületamine	1.65	1.49	0.473
6	Arst, kui professionaal, peaks otsustama patsiendi eest enamikes meditsiinilistes situatsioonides	2.12	1.96	0.187
7	Patsient peaks ise oma parima arusaama kohaselt valima erinevate ravimeetodite vahel	3.62	3.68	0.977
8	Vestluse tulemusena peab patsient järele andma arsti asjatundlikule arvamusele	1.65	1.5	0.338
9	Kui arst ja patsient ei jõua ühisarvamusele parima ravimeetodi osas, peaks arst langetama lõpliku otsuse	1.45	1.32	0.375
10	Enne kui patsient annab raviks oma nõusoleku, tuleb teda informeerida kõikidest raviga seotud riskidest	1.16	1.15	0.843
11	Kui patsient otsustab ülemäära riskantse või ka küsitava ravimeetodi kasuks, peaks arst seda otsust aktsepteerima	1.96	2.03	0.749
12	Arst ei tohiks patsienti teavitada oma isiklikest hinnangutest patsiendi tervise ja haiguse osas	3.19	3.41	0.151
13	Patsiendile peaks jääma õigus mitte osaleda oma ravialastes otsustes	3	2.93	0.905
14	Arst peaks austama patsiendi otsust kui ta ei soovi saada riske puudutavat informatsiooni	1.74	1.78	0.802

Tabel 4. Võimalikud seosed mees- ja naispatsientide autonoomiahinnangute vahel

Arvamus on oluliselt erinev ($p < 0.05$) mees- ja naispatsientidel väite 4 korral. See tähendab seda, et meespatsientidelt oleks justkui vähem informeeritud nõusolekut küsitud. Kuna vaid selle küsimuse puhul tuli välja statistiline erinevus, siis võib väita, et erilisi seoseid mees- ja naispatsientide autonoomiahinnangute vahel ei esinenud.

Uurisime, kas patsientide väidete ja nende elukoha vahel on statistiliselt olulisi seoseid (tabel 5).

	Elukoht	Linn	Asula	Küla	p
1	Patsiendi informeerimine ja tema nõusolek peaks olema kesksel kohal kaasaegse meditsiiniteenuse pakkumisel ja selleta ei saa alustada meditsiinilist tegevust haiglas	1.05	1.1	1.1	0.361
2	Patsient peab saama arstilt kogu vajaliku informatsiooni erinevate diagnoosimis- ja ravivõimaluste kohta	1.09	1.19	1.17	0.156
3	Kui meedikutel on palju tööd, siis võib patsiendi informeerimisega viivitada ja nõusoleku kunagi hiljem vormistada	1.64	1.44	1.52	0.065
4	Olles seekord haiglaravil, on minult küsitud informeeritud nõusolekut ja ma olen selle ka andnud	1.19	1.12	1.3	0.426
5	Kui arst ainuisikuliselt otsustab, milline ravimeetod on patsiendile parim, on see hea tava piiride ületamine	1.63	1.54	1.4	0.672
6	Arst, kui professionaal, peaks otsustama patsiendi eest enamikes meditsiinilistes situatsioonides	2.2	1.93	1.74	0.283
7	Patsient peaks ise oma parima arusaama kohaselt valima erinevate ravimeetodite vahel	3.76	3.64	3.33	0.053
8	Vestluse tulemusena peab patsient järele andma arsti asjatundlikule arvamusele	1.56	1.56	1.65	0.574
9	Kui arst ja patsient ei jõua ühisarvamusele parima ravimeetodi osas, peaks arst langetama lõpliku otsuse	1.4	1.34	1.4	0.857
10	Enne kui patsient annab raviks oma nõusoleku, tuleb teda informeerida kõikidest raviga seotud riskidest	1.13	1.18	1.16	0.613
11	Kui patsient otsustab ülemäära riskantse või ka küsitava ravimeetodi kasuks, peaks arst seda otsust aktsepteerima	1.99	2.05	1.9	0.84
12	Arst ei tohiks patsienti teavitada oma isiklikest hinnangutest patsiendi tervise ja haiguse osas	3.47	3.16	3.07	0.116
13	Patsiendile peaks jääma õigus mitte osaleda oma ravialastes otsustes	3.22	2.78	2.48	0.015 *
14	Arst peaks austama patsiendi otsust kui ta ei soovi saada riske puudutavat informatsiooni	1.75	1.78	1.74	0.885

Tabel 5. Võimalikud seosed autonoomiahinnangute ja patsientide elukoha vahel

Tabelist 5 on näha, et statistiliselt oluline erinevus tuleb välja vaid väite 13 korral. Ehk linnaelanikud ei tea, kas patsiendile peaks jääma õigus mitte osaleda oma ravialastes otsustes. Asula- ja külaelanikud on selle väitega pigem nõus. Siit järeldub, et sisuliselt ei esine elukoha ja patsientide autonoomiahinnangute vahel olulisi seoseid.

Uurisime, kas esineb erinevusi väidete ja vastanute haridustasemetega (põhi-, kesk- ja kõrgharidus) vahel (tabel 6).

	Haridus	Põhi vs kesk	Põhi vs kõrg	Kesk vs kõrg
3	Kui meedikutel on palju tööd, siis võib patsiendi informeerimisega viivitada ja nõusoleku kunagi hiljem vormistada	0.03	<u>0</u>	0.044
4	Olles seekord haiglaravil, on minult küsitud informeeritud nõusolekut ja ma olen selle ka andnud	0.026	<u>0.001</u>	0.155
5	Kui arst ainuisikuliselt otsustab, milline ravimeetod on patsiendile parim, on see hea tava piiride ületamine	<u>0.003</u>	0.104	0.414
6	Arst, kui professionaal, peaks otsustama patsiendi eest enamikes meditsiinilistes situatsioonides	0.087	<u>0.015</u>	0.267
7	Patsient peaks ise oma parima arusaama kohaselt valima erinevate ravimeetodite vahel	0.471	<u>0.003</u>	0.018
9	Kui arst ja patsient ei jõua ühisarvamusele parima ravimeetodi osas, peaks arst langetama lõpliku otsuse	0.035	<u>0</u>	0.045
10	Enne kui patsient annab raviks oma nõusoleku, tuleb teda informeerida kõikidest raviga seotud riskidest	0.229	<u>0.013</u>	0.146
11	Kui patsient otsustab ülemäära riskantse või ka küsitava ravimeetodi kasuks, peaks arst seda otsust aktsepteerima	<u>0.009</u>	0.308	0.33
12	Arst ei tohiks patsienti teavitada oma isiklikest hinnangutest patsiendi tervise ja haiguse osas	<u>0.014</u>	<u>0.017</u>	0.509
13	Patsiendile peaks jääma õigus mitte osaleda oma raviastetes otsustes	0.38	<u>0.001</u>	<u>0.006</u>

Tabel 6. Hariduse ja patsientide hoiakute vahelise seose võrdlus

Kõige enam on erinevusi põhi- ja kõrgharidusega patsientide arvamuses. Näiteks leidsid põhiharidusega patsiendid, et informeerimisega võib viivitada kui arstidel on palju tööd ja pooldavad arstlikku domineerimist. Kõrgharidusega patsiendid ei olnud nendes küsimustes sama meelt, nad pooldavad enam patsiendi autonoomiat. Ka keskharidusega patsiendid pooldavad vähem arstlikku domineerimist kui põhiharidusega patsiendid. Seega võib väita, et kõrgema haridustasemega kaasneb ka suurem patsiendi autonoomia tähtsustamine.

Uurisime, kas patsientide sotsiaalse tausta ja hoiakute vahel on statistiliselt olulisi seoseid (tabel 7).

		Töötav	Õppiv	Kodune	Mittetöötav	Pensionär	Puudega isik
1	Patsiendi informeerimine ja tema nõusolek peaks olema kesksel kohal kaasaegse meditsiiniteenuse pakkumisel ja sellela ei saa alustada meditsiinilist tegevust haiglas	1.11	1	1	1	1.05	1
2	Patsient peab saama arstilt kogu vajaliku informatsiooni erinevate diagnoosimis- ja ravivõimaluste kohta	1.15	1.07	1	1	1.15	1.12
3	Kui meedikutel on palju tööd, siis võib patsiendi informeerimisega viivitada ja nõusoleku kunagi hiljem vormistada	1.65	1.56	3	1.14	1.36	1,14
4*	Olles seekord haiglaravil, on minult küsitud informeeritud nõusolekut ja ma olen selle ka andnud	1.24	1.53	1	1	1.03	1
5	Kui arst ainuisikuliselt otsustab, milline ravimeetod on patsiendile parim, on see hea tava piiride ületamine	1.57	1.47	1	1	1.62	2
6*	Arst, kui professionaal, peaks otsustama patsiendi eest enamikes meditsiinilistes situatsioonides	2.29	2.2	1.75	1	1.68	1.75
7	Arst, kui professionaal, peaks otsustama patsiendi eest enamikes meditsiinilistes situatsioonides	3.76	3.87	4.25	3	3.57	2.75
8	Patsient peaks ise oma parima arusaama kohaselt valida erinevate ravimeetodite vahel	1.7	1.6	1.5	1.29	1.38	1.38
9	Vestluse tulemusena peab patsient järele andma arsti asjatundlikule arvamusele	1.54	1.13	1	1	1.23	1.14
10	Kui arst ja patsient ei jõua ühisarvamusele parima ravimeetodi osas, peaks arst langetama lõpliku otsuse	1.27	1.21	1	1	1.06	1
11	Enne kui patsient annab raviks oma nõusoleku, tuleb teda informeerida kõikidest raviga seotud riskidest	2.02	2.2	5	1	1.89	1.62
12	Kui patsient otsustab ülemäära riskantse või ka küsitava ravimeetodi kasuks, peaks arst seda otsust aktsepteerima	3.56	3.27	4	2	3.02	2.5
13*	Patsiendile peaks jääma õigus mitte osaleda oma ravialastes otsustes	3.25	3.27	4	1.83	2.42	2.75
14	Arst peaks austama patsiendi otsust kui ta ei soovi saada riski puudutavat informatsiooni	1.76	1.87	2.75	1.29	1.71	1.88

Tabel 7. Sotsiaalse tausta ja väidete vaheline seos

Kuna töötavaid ja pensionäridest patsiente oli kõige rohkem, siis otsustasin võrrelda nende poolt vastatud väiteid. Olulist erinevust oli märgata väidete 4, 6, ja 13 puhul. Ehk töötavatel patsientidel oleks justkui rohkem informeeritud nõusolekut küsitud. Pensionäridest patsiendid on arstliku domineerimisega enam nõus kui töötavad patsiendid. Töötavad patsiendid ei näi teadvat, kas patsiendile peaks jääma õigus mitte osaleda oma ravialastes otsustes, samas kui pensionäridest patsiendid on selle väitega nõus.

Tabelis 8 on välja toodud patsientide haiglas viibimise põhjuste ja väidete vahelised seosed.

		Uuringud	Trauma	Haigestumine	Operatsioon	Midagi muud	P
1	Patsiendi informeerimine ja tema nõusolek peaks olema kesksel kohal kaasaegse meditsiiniteenuse pakkumisel ja selleta ei saa alustada meditsiinilist tegevust haiglas	1.09	1.02	1.11	1.08	1	0.416
2	Patsient peab saama arstilt kogu vajaliku informatsiooni erinevate diagnoosimis- ja ravivõimaluste kohta	1.12	1.11	1.12	1.2	1.09	0.62
3	Kui meedikutel on palju tööd, siis võib patsiendi informeerimisega viivitada ja nõusoleku kunagi hiljem vormistada	1.75	1.54	1.34	1.57	2.09	0.006 *
4	Olles seekord haiglaravil, on minult küsitud informeeritud nõusolekut ja ma olen selle ka andnud	1.03	1.3	1.21	1.11	1.18	0.016 *
5	Kui arst ainuisikuliselt otsustab, milline ravimeetod on patsiendile parim, on see hea tava piiride ületamine	1.75	1.67	1.42	1.53	1.64	0.391
6	Arst, kui professionaal, peaks otsustama patsiendi eest enamikes meditsiinilistes situatsioonides	1.94	2.15	2.08	1.83	2.82	0.151
7	Patsient peaks ise oma parima arusaama kohaselt valima erinevate ravimeetodite vahel	3.84	3.72	3.67	3.46	3.91	0.482
8	Vestluse tulemusena peab patsient järele andma arsti asjatundlikule arvamusele	1.41	1.72	1.53	1.58	1.64	0.702
9	Kui arst ja patsient ei jõua ühisarvamusele parima ravimeetodi osas, peaks arst langetama lõpliku otsuse	1.23	1.37	1.39	1.46	1.27	0.432
10	Enne kui patsient annab raviks oma nõusoleku, tuleb teda informeerida kõikidest raviga seotud riskidest	1.12	1.26	1.08	1.16	1.18	0.238
11	Kui patsient otsustab ülemäära riskantse või ka küsitava ravimeetodi kasuks, peaks arst seda otsust aktsepteerima	2.03	2.09	1.83	2.18	1.55	0.292
12	Arst ei tohiks patsienti teavitada oma isiklikest hinnangutest patsiendi tervise ja haiguse osas	3.22	3.59	3.27	3.25	2.91	0.599
13	Patsiendile peaks jääma õigus mitte osaleda oma ravialastes otsustes	2.71	3.3	3.03	2.76	2.91	0.259
14	Arst peaks austama patsiendi otsust kui ta ei soovi saada riske puudutavat informatsiooni	1.81	1.85	1.57	1.9	1.55	0.511

Tabel 8. Haiglas viibimise põhjuse ja väidete vaheline seos

Väite 3 puhul on siin erinevused “ägeda haigestumise tõttu” ja “muu põhjusega” haiglas viibinute arvamuses. Ehk siis ägeda haigestumisega haiglas viibivad

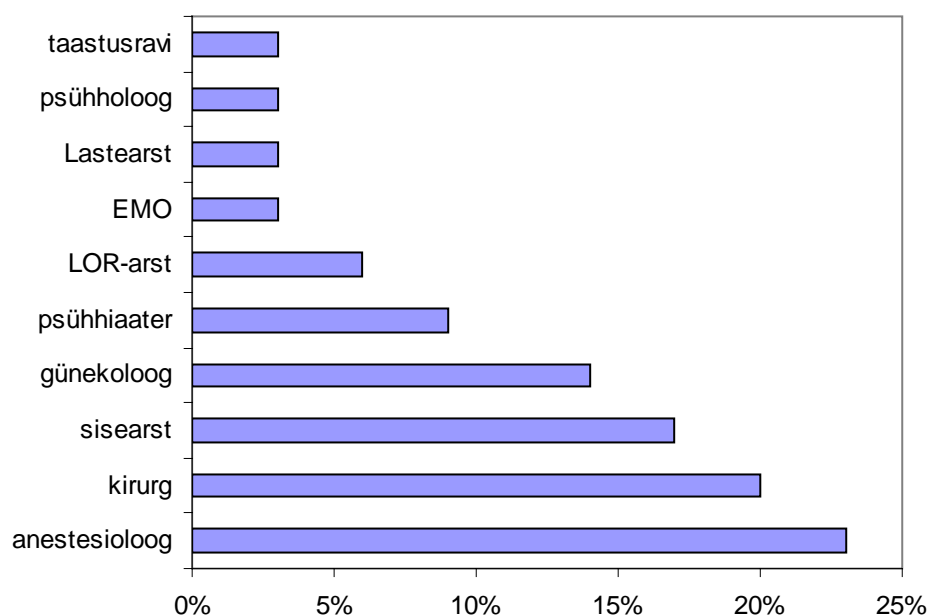
patsiendid lubaksid arstil informeeritud nõusoleku küsimisega viivitada. Mingil muul põhjusel haiglas viibivad patsiendid on selles suhteseri meelt.

Väite 4 korral on erinevused märgata “ägeda haigestumise” ja “uuringutele pöördumise” põhjusel haiglas viibinute arvamuses. Ehk siit võib välja lugeda, et uuringutele pöördumatelt on küsitud rohkem informeeritud nõusolekut kui ägeda haigestumisega haiglas viibivatelt patsientidelt.

5.2 Arstide hoiakud patsiendi autonoomia ja informeeritud nõusoleku suhtes

5.2.1 Üldandmed

Palusime uuritavatel vastata, mis erialaarstid nad on (joonis 2).



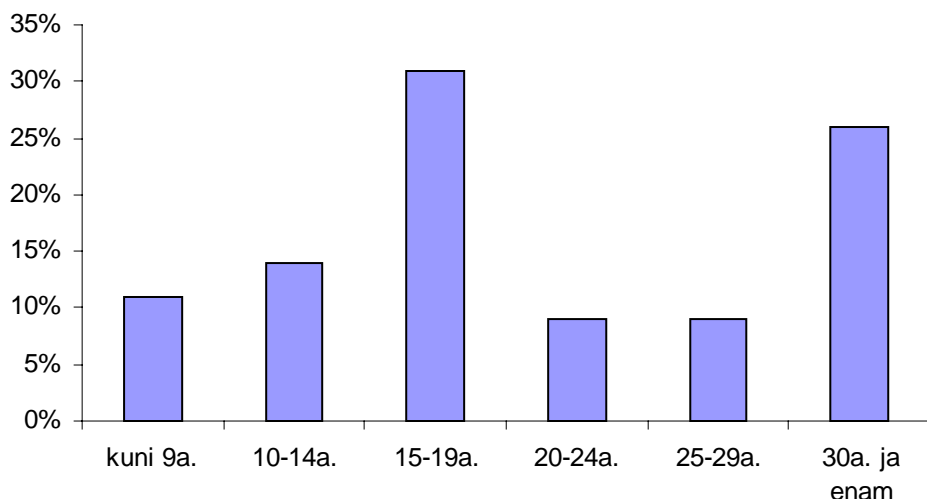
Joonis 2. Uuringus osalenud arstide jaotus erialati

Uuringule vastanutest 34% moodustasid mees- ja 66% naisarstid.

Meesarstide keskmine vanus oli 40 aastat, noorim 26- ja vanim 56 aastane.

Naisarstide keskmine vanus oli 49 aastat, noorim samuti 26- ja vanim 68 aastane.

Vastanud arstide tööstaažide jaotus on esitatud joonisel 3.



Joonis 3. Arstide jaotus tööstaazi alusel

Uuringus osalenud meesarstide keskmine tööstaaz oli 16 aastat (vahemikus 2 kuni 31 aastat), naisarstidel oli keskmine tööstaaz 22 aastat (vahemikus 2 kuni 38 aastat).

5.2.2 Autonoomia arsti ja patsiendi suhtes

Arstide domineeriva hoiaku hindamiseks esitati neile terve rida väiteid (tabel 9)

	Täiesti nõus	Pigem nõus	Ei tea	Pigem ei ole nõus	Ei ole nõus
Arstide domineeriv hoiak					
Arst, kui professionaal, peaks otsustama patsiendi eest enamikes meditsiinilistes situatsioonides	23%	63%	-	11%	3%
Kui arst ja patsient ei jõua ühisarvamusele parima ravimeetodi osas, peaks arst langetama lõpliku otsuse	11%	72%	3%	14%	-
Arst peaks hoiduma patsiendi hinnangute hukkamõistmisest, isegi kui need ohustaksid tema arvates patsiendi tervist	6%	-	6%	71%	17%
Riskid					
Kui patsient ise otsustab riskantsema või küsitava ravimeetodi kasuks, peaks arst seda otsust aktsepteerima	6%	11%	6%	66%	11%
Arst ei tohiks patsienti teavitada oma isiklikest hinnangutest patsiendi tervise ja haiguse osas	3%	11%	9%	51%	26%
Õigus mitte osaleda otsuse tegemisel ja õigus mitte teada oma olukorrast					
Patsiendile peaks jääma õigus mitte osaleda oma ravialastes otsustes	23%	71%	6%	-	-

Tabel 9. Arstide hoiakud patsiendi autonoomia suhtes

Kokkuvõttes ilmneb arstide domineeriv hoiak arsti-patsiendi suhtes kõigi kolme väite puhul väga selgesti. Olgu siis tegemist väga üldise või pigem spetsiifilise situatsiooniga arsti-patsiendi suhtes.

5.2.3 Informeerimise vajalikkus

Tabelis 10 on kajastatud arstide hoiakud patsiendi informeerimise suhtes.

	Täiesti nõus	Pigem nõus	Ei tea	Pigem ei ole nõus	Ei ole nõus	Vastamata
Nõusoleku olulisus						
Patsiendi informeerimine ja tema nõusolek peaks olema kesksel kohal kaasaegse meditsiiniteenuse pakkumisel ja selleta ei saa alustada meditsiinilist tegevust haiglas	57%	43%	-	-	-	-
Patsient peab saama arstilt kogu vajaliku informatsiooni erinevate diagnoosimis- ja ravivõimaluste kohta	23%	63%	6%	9%	-	-
Reeglina tuleb patsienti informeerida nii, et see julgustaks teda nõustuma arsti arvamusega edasise tegevuse osas	29%	71%	-	-	-	-
Informeeritud nõusoleku protseduuri võib läbi viia ka õde või spetsiaalselt haiglasse palgatud suhtlemisspetsialist	17%	29%	9%	45%	-	-
Olles arsti poolt põhjalikult informeeritud, peaks patsiendile jääma õigus valida ravi, mis vastab enam tema hinnangutele	11%	11%	6%	60%	11%	-
Informeeritud nõusolekul ei ole tegelikkuses suuremat mõtet, see on pigem formaalne nõue	9%	9%	9%	65%	9%	-
Informeeritud nõusoleku saamise nõue häirib oluliselt professionaalsete tegevuste parimal võimalikul viisil sooritamist	9%	3%	6%	65%	17%	-
Patsiendid ei ole päris sageli võimelised aru saada neile antavast informatsioonist	37%	54%	-	9%	-	-

Tabel 10. Arstide hoiakud informeeritud nõusoleku suhtes

Kõik arstid leiavad, et patsiendi informeerimine ja tema nõusolek on meditsiiniteenuse pakkumisel olulised. Informeeritud nõusoleku protseduuri läbiviija

suhtes lähevad arstide arvamused lahku. Pooled arstidest on arvamusel, et informeerida võib ka õde. Teine pool leiab siiski, et see peaks olema arsti ülesanne. Arstliku domineerimise vajalikkuse pooldamist kajastavad viimasele väitele antud vastused, ehk arstid leiavad, et patsiendid pole sageli neile antavast informatsioonist võimelised aru saama.

5.2.4 Seosed uuritud arstide autonoomiahinnangute ja nende tööelu kirjeldavate näitajate vahel

Uurisime, kas arstide tööstaaži ja nende autonoomiahinnangutel on statistiliselt olulisi seoseid (tabel 11).

		Korrelatsiooni-kordajad	p
10	Arst, kui professionaal, peaks otsustama patsiendi eest enamikes meditsiinilistes situatsioonides	-0.2151	0.0342
11	Patsient peab saama arstilt kogu vajaliku informatsiooni erinevate ravivõimaluste kohta	0.2319	0.0224
12	Reeglina tuleb patsienti informeerida nii, et see julgustaks teda nõustuma arsti arvamusega edasise tegevuse osas	0.1529	0.0991
13	Informeeritud nõusoleku protseduuri võib läbi viia ka õde või spetsiaalselt haiglasse palgatud suhtlemisspetsialist	0.2017	0.0687
15	Olles arsti poolt põhjalikult informeeritud, peaks patsiendile jääma õigus valida ravi, mis vastab enim tema hinnangutele	0.2857	0.0061
16	Arst peaks hoiduma patsiendi hinnangute hukkamõistmisest, isegi kui need ohustaksid tema arvates patsiendi tervist	0.1782	0.0581
17	Kui patsient ise otsustab riskantsema või küsitava ravimeetodi kasuks, peaks arst seda otsust aktsepteerima	0.1899	0.0575

Tabel 11. Tööstaaži ja väidete vaheline seos

Tabeli esimesel real on välja toodud korrelatsioonikordajad ja teisel real olulisuse tõenäosused. Esitatud on need seosed, mille puhul korrelatsioonikordaja olulisuse tõenäosus on väiksem kui 0.1. Siit järeldub, et väitele 10 antud vastuste ja arstide tööstaaži seos on negatiivne, s.t. et staažikamad töötajad on enam nõus (vastuste skoorid on väiksemad), et arst peaks professionaalina otsustama patsiendi eest enamikes meditsiinilistes situatsioonides.

Tabelis 12 on välja toodud nais- ja meesarstide arvamuste keskmised ning keskmiste võrdlusel saadud olulisuse tõenäosus.

		Meesarst	Naisarst	p
1	Patsiendi informeerimine ja tema nõusolek peaksid olema kesksel kohal kaasaegse meditsiiniteenuse pakkumisel	1.42	1.43	0.935
2	Kasvavad nõudmised patsientide informeerimise ja nõusoleku osas on teinud arstide ja teiste meedikute töö järjest keerulisemaks	1.5	1.52	1
3	Oma tööd tehes olen viimase aasta jooksul küsinud igalt patsiendilt informeeritud nõusolekut keerulisemate ja riskantsemate diagnostika- ja ravimeetodite läbiviimiseks	2.17	2	0.941
4	Informeeritud nõusolekul ei ole tegelikkuses suuremat mõtet, see on pigem formaalne nõue	3.67	3.52	0.579
5	Informeeritud nõusoleku saamise nõue häirib oluliselt professionaalsete tegevuste parimal võimalikul viisil sooritamist	3.83	3.78	0.592
6	Enamik patsiente on informeeritud nõusoleku suhtes ükskõiksed	3.58	3.3	0.451
7	Mõningatel juhtudel peaks arst informatsiooni patsiendile andmata jätma	2.92	2.91	1
8	Patsiendid ei ole päris sageli võimelised aru saama nendele antavast informatsioonist	2	1.7	0.493
9	Kui arstil ei ole aega ega võimalust, võib ta patsienti informeerida vaid mõnedest tema haigusasjaoludest	2.58	2.04	0.199
10	Arst, kui professionaal, peaks otsustama patsiendi eest enamikes meditsiinilistes situatsioonides	2.42	1.91	0.241
11	Patsient peab saama arstilt kogu vajaliku informatsiooni erinevate ravivõimaluste kohta	1.83	2.09	0.275
12	Reeglina tuleb patsienti informeerida nii, et see julgustaks teda nõustuma arsti arvamusega edasise tegevuse osas	1.75	1.7	0.756
13	Informeeritud nõusoleku protseduuri võib läbi viia ka õde või spetsiaalselt haiglasse palgatud suhtlemisspetsialist	2.92	2.78	0.809
14	Arst ei tohiks patsienti teavitada oma isiklikest hinnangutest patsiendi tervise ja haiguse osas	3.75	3.91	0.91
15	Olles arsti poolt põhjalikult informeeritud, peaks patsiendile jääma õigus valida ravi, mis vastab enim tema hinnangutele	2.83	3.83	0.019 **
16	Arst peaks hoiduma patsiendi hinnangute hukkamõistmisest, isegi kui need ohustaksid tema arvates patsiendi tervist	3.67	4.17	0.076 *

		Meesarst	Naisarst	p
17	Kui patsient ise otsustab riskantsema või küsitava ravimeetodi kasuks, peaks arst seda otsust aktsepteerima	3.08	3.96	0.061*
18	Ravi puudutavatesse küsimustesse kaasamine on patsiendile väga tihti koormaks	3.5	3.52	0.921
19	Kui arst ja patsient ei jõua ühisarvamusele parima ravimeetodi osas, peaks arst langetama lõpliku otsuse	2.58	2	0.034**
20	Patsiendile peaks jääma õigus mitte osaleda oma ravialastes otsustes	1.75	1.87	0.567
21	Arst peaks austama patsiendi otsust, kui ta ei soovi saada oma haiguste riske puudutavat informatsiooni	1.5	1.7	0.571

Tabel 12. Väidete ja vastanute soo vahelise seose võrdlus

Oluliselt erinevad on mees- ja naisarstide arvamused väidete 15 ja 19 korral. Meesarstid pooldasid enam patsiendi õigust valida peale informeerimist sobivaim ravimeetod, naisarstid aga pooldavad enam arsti õigust langetada lõplik otsus.

5.3 Patsientide ja arstide arvamuste võrdlev analüüs

Arstide ja patsientide küsitlustes esines terve rida kattuvaid küsimusi. Võrdleme järgnevalt mõlema uuritavate grupi vastuseid nendele küsimustele (tabel13).

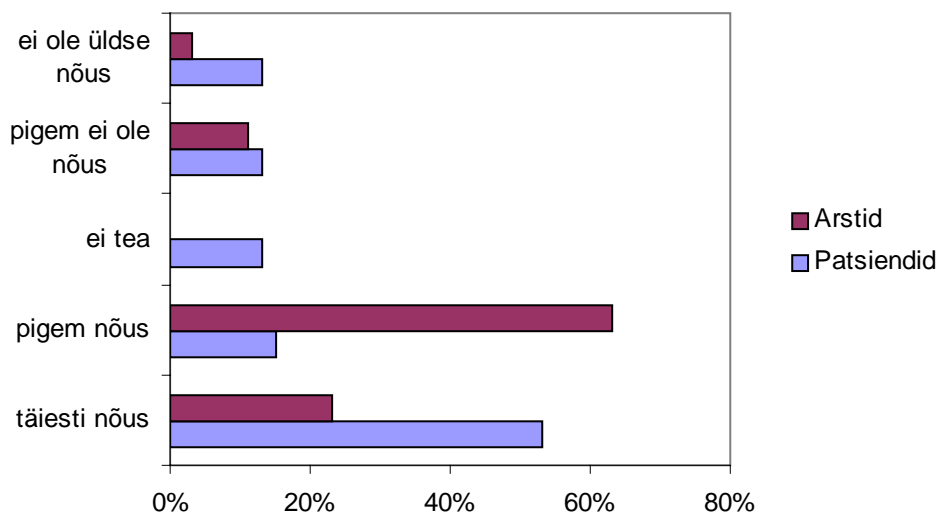
		Patsiente arvamus	Arstide arvamus	p
1	Patsiendi informeerimine ja tema nõusolek peaksid olema kesksel kohal kaasaegse meditsiiniteenuse pakkumisel	1.1	1.4	0
2	Patsient peab saama arstilt kogu vajaliku informatsiooni erinevate ravivõimaluste kohta	1.1	2.0	0
3	Arst, kui professionaal, peaks otsustama patsiendi eest enamikes meditsiinilistes situatsioonides	2.0	2.1	0
4	Kui arst ja patsient ei jõua ühisarvamusele parima ravimeetodi osas, peaks arst langetama lõpliku otsuse	1.4	2.2	0
5	Kui patsient ise otsustab riskantsema või küsitava ravimeetodi kasuks, peaks arst seda otsust aktsepteerima	2.0	3.7	0
6	Arst ei tohiks patsienti teavitada oma isiklikest hinnangutest patsiendi tervise ja haiguse osas	3.3	3.9	0

		Patsiente arvamus	Arstide arvamus	p
7	Patsiendile peaks jääma õigus mitte osaleda oma ravialastes otsustes	3.0	1.8	0
8	Arst peaks austama patsiendi otsust kui ta ei soovi saada riske puudutavat informatsiooni	1.8	1.6	0

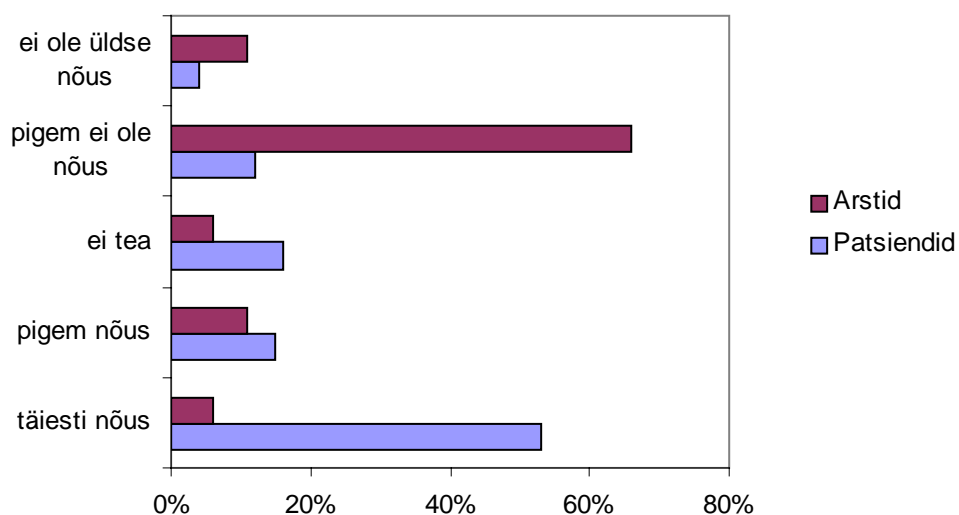
Tabel 13. Arstide ja patsientide arvamuste võrdlev iseloomustus

Mitmete selliste väidete puhul on märgata patsientide ja arstide arvamuse erinevust. Väite 5 puhul ei nõustu arstid sellega, et kui patsient otsustab riskantse ravimeetodi kasuks, peaks arst seda otsust aktsepteerima. Patsiendid on selle väitega pigem nõus. Väitega 7 on arstid pigem nõus, samas kui patsiendid ei oska selles küsimuses oma seisukohta võtta.

Järgnevad joonised 4 ja 5 illustreerivad arstide ja patsientide autonoomiahinnanguid tava- ja riskiolukorras.



Joonis 4. Patsiendi ja arstide autonoomiahinnangute võrdlev analüüs tavapärase olukorras küsitluse küsimuse “Arst, kui professionaal, peaks otsustama patsiendi eest enamikes meditsiinilistes situatsioonides” alusel



Joonis 5. Patsientide ja arstide autonoomiahinnangute võrdlev analüüs riskiolukorras küsitluse küsimuse “Kui patsient otsustab ülemäära riskantse või ka küsitava ravimeetodi kasuks, peaks arst seda otsust aktsepteerima” alusel

6. ARUTELU

Tehtud uuringu tulemuste alusel leiavad patsiendid enamasti, et informeerimine ja nendelt nõusoleku saamine on väga olulised ja peavad olema kesksel kohal kaasaegses meditsiinisüsteemis. Lisaks peetakse tähtsaks seda, et arstilt oleks võimalik saada kogu ravisse puutuv informatsioon. Nõusoleku küsimisega viivitamises ei nähta probleemi – seda võib teha kunagi hiljem. Siit järeldub aga, et vastused ei ole omavahel kooskõlas ning tekib küsimus, mis roll on tagantjärele antud nõusolekul?

Kuna töötasin uuringu läbiviimise ajal antud raviasutuses, siis tean, et uuringu läbiviimise ajal puudus seal spetsiaalselt väljatöötatud nõusoleku ja informeerimise leht. Vastustest selgus, et 96% -lt on küsitud nõusolekut. Ilmselt on tegemist suulise nõusolekuga. Samuti võis see olla ka teatud vaikiv nõusolek ehk nõusolekut tajuti, kuid kui informeeritud see oli, see on omaette küsimus.

Meditsiinieetika on seisukohal, et nõusolek võetakse enne menetlust. Kui vaadelda autonoomia teemat, siis selgub, et patsiendid on seda meelt, et tuleks järele anda arsti asjatundlikule arvamusele ja kui vestluse käigus ei jõuta ühisarvamusele, tuleks otsustamine jätta arsti kanda.

Autonoomiaga otsesemalt seotud küsimuste vastuste läbitöötamisel leidsin huvitava vastuolu, nimelt ligi 90% patsientidest ei toeta arsti ainuisikulist otsustamist, samas ligi 70 % on vastanud, et arst kui professionaal peaks lõpliku otsuse langetama. Need vastused näitavad selgesti, et patsiendi autonoomia ei ole arsti ja patsiendi suhtes juhtiv väärtus. Väidetes, mis puudutasid patsientide õigusi, teha enda kohta käivaid otsuseid, läksid patsientide arvamused üsna lahku: pooled ei nõustu sellega, et tuleks ise osaleda oma raviotsustes, 15 % ei oska üldse seisukohta võtta ja 30 % tahaksid sellistes otsustes kaasa rääkida.

Patsiendi autonoomia rõhutamisest lähtuvas meditsiinieetikas peetakse oluliseks ka patsiendi õigust mitte teada. Siit järeldub, et arst peaks austama patsiendi otsust kui ta ei soovi saada teatud haiguse ja ravimisega seotud riske puudutavat informatsiooni. Samas tahavad 98% vastanud patsientidest kindlasti enne nõusoleku andmist saada informeeritud kõigist riskidest. Vastuolu soovide ja tegelikkuse vahel on ilmne ning ilmselt on soov abi saada suurem kui oma autonoomia eest seista. See näitab seda, et

meie patsiendid siiski ei taju veel kuigi selgesti patsiendi autonoomia mõiste sisu ning olulisust.

Tavaarusaamade kohaselt sõltuvad inimeste hoiakud vanusest, haridusest ja sotsiaalsest staatusest. Kui võrdlesin erinevaid väiteid meeste ja naiste vahel, siis selgus, et naistelt on enam küsitud informeeritud nõusolekut ning nad on selle ka andnud. Autonoomiaküsimustes usaldavad eakamad patsiendid otsustamise arstile ja ei soovi kaasa rääkida oma ravialastes küsimustes. Kõrgharidusega patsiendid pooldavad vähem arstlikku paternalismi, soovivad ise nende endi kohta käivate otsuste tegemisel rohkem kaasa rääkida ning soovivad ka riskidest enam teada. Pensionäridest patsiendid nõustuvad enam kui töötavad patsiendid väitega, et informeeritud nõusolekuga võib teatud olukordades viivitada. Töötavad patsiendid pooldavad enam seda, et patsiendil peaks olema õigus kaasa rääkida oma raviküsimustes. Sarnaselt meie uuringu tulemustega andsid Tšehhi uuringus nooremad, haritumad ja mehed pigem patsiendi autonoomiat toetavaid vastuseid. Naised, vanemad ja madalama haridustasemega jällegi soosisid enam arstlikku paternalismi (18).

Mitmetes konkreetsetes olukordades lubasid patsiendid kõrvalekaldumist autonoomia ja informeeritud nõusoleku põhimõtte hoolikast järgimisest. See näitab seda, et traditsiooniline paternalistlik arsti-patsiendi suhe on Võrumaa inimeste arusaamades jätkuvalt veel väga mõjus.

Arstide vastustest loeb väga selgelt välja selle, et ka nemad pooldavad tugevat arstlikku domineerimist arsti-patsiendi suhtes. 85% arvab, et arst peab otsustama patsiendi eest ja praktiliselt sama protsent leiab, et kui arst ja patsient ei jõua ühisarvamusele, peaks arst olema see, kes langetab lõpliku otsuse. Samas leiab valdav enamus arstidest, et patsiendile peaks jääma õigus mitte osaleda oma ravialastes otsustes.

Mis puutub informeeritud nõusoleku kesksusesse meditsiinis ja selle olulisusesse, siis 100%-liselt ollakse sellega nõus. Lisaks leiavad kõik arstid, et patsienti tuleks teavitada nii, et see julgustaks teda arsti arvamusega nõustuma. Paraku tuleb tunnistada, et seda küsimust võib erinevalt tõlgendada, sealhulgas mitte niivõrd autonoomiasse puutuvana, vaid pigem arsti-patsiendi suhtluse psühholoogilist külge silmas pidava väitena. Peale patsiendi informeerimist ei poolda 71% arstidest seda, et

patsiendile peaks jääma mingi õigus valida omale sobiv ravimeetod. Küsitud oli et kas informeerida võiks keegi teine peale arsti – siin läksid arvamused lahku: pisut enam oli neid, kes leidsid, et see on siiski arsti ülesanne. Aga samas on piisavalt palju arste, kes meelsamini usaldaks selle kellelegi teisele tehtavaks. 91% arstidest leiab, et patsiendid pole tegelikkuses kohati üldse võimelised aru saama neile antavast informatsioonist. See on väga levinud arusaam arstide seas. Samas tuleb mõista, et arst peaks silmas pidama konkreetse patsiendi võimet mõista tema meditsiinilisi probleeme, mistõttu patsiendile tema olukorra selgitamise viis ja selle valik kuuluvad pigem just arsti suhtluskunsti valdkonda. Samale tulemusele jõudsid ka Rootsi uurijad. Nad püüdsid kindlaks teha, mida sealsed arstid kogesid informeeritud nõusoleku saamise/võtmise käigus. Meesarstid eelistavad enam suhtlustasandil nõusoleku küsimist ja arvavad, et informeeritud nõusoleku saamisel ei ole erilist mõtet, kui patsiendid pole võimelised sellest aru saama. Siiski polnud enamus vastanud arstidest kogunud negatiivset reaktsiooni patsientide poolt, kui neilt informeeritud nõusolekut küsiti (19).

Kui võrrelda arstide hoiakuid nende tööstaazi ja vanuse alusel, selgus, et eakamad ja seega ka staažikamad arstid pooldavad enam arstlikku domineerimist, mis oli ka üsna oodatud tulemus. Naisarstid olid vähem nõus sellega, et peale informeerimist peaks patsiendile jääma õigus valida sobivam ravimeetod. Samas meesarstid pooldasid vähem seda, et ühisarvamusele mittejõudmise korral, peaks arst olema see, kes langetab lõpliku otsuse. Siinkohal tekib arusaam, et naisarstid on seega enam arstlikku paternalismi pooldavad.

Arstide hulgas paistab klassikaline meditsiinieetika veel õige elujõuline olevat. Üheks põhjuseks võib olla vastava hariduse ja ettevalmistuse vähesus, sest eraldi eetikakursus on Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas käigus olnud vaid viimased 10 aastat. Kogu maailmas ollakse üha enam seda meelt, et vaid spetsiaalsed eetikakursused saavad olukorda kiirelt ja vajalikul viisil muuta. Lisaks on meil ka avalik ning erialane diskussioon antud teemal loid ning vastavasisulist kirjandust suhteliselt vähe. Kaasaja kodanikuühiskonna üheks tunnuseks on inimõiguste, sealhulgas patsiendi õiguste ja autonoomia, hoolikas silmaspidamine. Et arstid näevad arsti-patsiendi suhet sageli paternalistlikuna, siis suhtuvad nad mõnedesse kodanikuühiskonna põhimõtetesse õige leigelt.

Kui võrrelda kahte erinevat uuritavate gruppi, siis kõige olulisem, mis vastustest kõlama jäi, oli see, et nii patsiendid kui ka arstid ise pooldavad arstlikku paternalismi, mis on selles mõttes hea, et vastastikkused ootused arsti-patsiendi suhtele on sellisel juhul samasugused.

Üks põhjendus selleks võib siinkohal olla see, et Eestisse on uus meditsiinieetika alles hiljuti teistest lääneriikidest imporditud ning meil ollakse selles osas ikka veel teatud üleminekuajal. Teisalt väljendab see ka üht laiemat probleemi: meil on nõrk kodanikuühiskond, kus oma õiguste mittejärgimine ei soodusta ühiskonna arengut tervikuna.

7. JÄRELDUSED

1. Uurimusest selgus, et patsiendid on väheteadlikud oma autonoomiast. Nad usaldaksid oma raviküsimused pigem arsti kui professionaali hooleks, mis tegelikkuses tähendab seda, et nad pooldavad seega tugevat arstlikku paternalismi arsti-patsiendi suhtes.
2. Uuringus osalenud arstide hoiak on samuti arstlikku paternalismi pooldav ja patsiendi autonoomiat sisuliselt mitte kuigi kõrgelt hindav.
3. Patsientide arusaamad arsti-patsiendi suhtest sõltuvad nende eest, haridusest ja sotsiaalsest taustast. Nooremad, haritumad ja töötavad patsiendid peavad patsiendi autonoomiat tähtsaks. Vanemad ja madalama haridustasemega patsiendid usaldaksid enam nende kohta käivate otsuste tegemise arstide kui professionaalide hooleks.
4. Hoolimata mõlemapoolsest arstlikku paternalismi pooldavatest hoiakutest, leiab valdav enamus uuringus osalenud patsiente ja arste, et patsient peab saama arstilt kogu vajaliku informatsiooni erinevate diagnoosimis- ja ravivõimaluste kohta.

KASUTATUD KIRJANDUS

1. Kergandberg E, Sootak J. Tekste meditsiiniõigusest I. Tartu: 1997.
2. Williams JR. Arstieetika käsiraamat. Tartu: Kirjastus Elmatar; 2007:134.
3. Soosaar A. Järjest ühiskonnastuv arsti-patsiendi suhe. 2003. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://biomedicum.ut.ee/~andress/eesti/lood/arstpatsient2003.htm> (viimati külastatud 04.04.2008).
4. ÜRO inimõiguste ülddeklaratsioon. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/est.htm> (viimati külastatud 16.04.2008).
5. Soosaar A. Inimese autonoomia ja informeeritud nõusolek kui protsess. 2005. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://biomedicum.ut.ee/~andress/eesti/lood/autonoomia%20&%20consent%20kui%200protsessid.htm> (viimati külastatud 03.02.2008).
6. von Engelhardt D. In: von Engelhardt D. Eetika meditsiiniargipäevas. Tartu Ülikooli kirjastus; 2002: 3-23.
7. Schildberg F. Eetilised aspektid kirurgias. In: von Engelhardt D. Eetika meditsiini argipäevas. Tartu Ülikooli kirjastus; 2002: 213-226.
8. Müller-Esch G. Eetika intensiivravis. In: von Engelhardt D. Eetika meditsiini argipäevas. Tartu Ülikooli kirjastus; 2002: 140-146.
9. Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.jstor.org/stable/3560825> (viimati külastatud 05.05.2008).

10. Beauchamp TL. The “Four-principles” In: Gilbon R. Principles of Health Care Ethics. John Wiley & Sons: 1994; 3-12.
11. Beauchamp TL, Faden RR. A History and Theory of Informed Consent. New York, Oxford. Oxford University Press: 1986; 392.
12. Nõmper A. Open Consent – a new form of informed consent for population genetic databases. Tartu: Dissertationes Iuridicae Universitas Tartuensis 2005; 259.
13. Beauchamp TL, Faden RR. Informed consent in Encyclopedia of Bioethics. 3-rd edition. MacMillan Reference 1995; 3:1271-1280.
14. Nõmper A, Sootak J. Meditsiiniõigus. Tallinn: Kirjastus Juura; 2007:232.
15. Principle of Respect for Autonomy. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.ascensionhealth.org/ethics/public/issues/key_principles/respect_autonomy.asp (viimati külastatud 08.05.2008).
16. Mason JK, Smith RA. Õigus ja meditsiinieetika. Tallinn: Õigusteabe AS Juura 1996; 223.
17. Miller BL. Autonomy in Encyclopedia of Bioethics 3-rd edition. MacMillan Reference 1995;1:246-251.
18. Krizova E, Simek J. Theory and practice of informed consent in the Czech Republic. Journal of Medical Ethics 2007;33:273-277.
19. Agard A, Herlitz J, Hermeren G. Obtaining informed consent from patients in the early phase of acute myocardial infarction: physicians experiences and attitudes. Heart 2004;90:208-210.
20. Paternalism. Arvutivõrgus kättesaadav: <http://www.ascensionhealth.org/ethics/public/issues/paternalism.asp> (viimati külastatud 08.04.2008).

21. Maailma Arstide Liidu deklaratsioon patsiendi õigustest. In: von Engelhardt D. Eetika meditsiini argipäevas. Tartu Ülikooli Kirjastus; 2002:331-335.
22. Samarütel K. Patsiendi nõusolek läbi patsiendi teavitamiskohustuse. Tartu: Õigusteaduskond; 2005.
23. Võlaõigusseadus. RT I 2002; 53:336.
24. Eesti Arstieetika Koodeks. Arvutivõrgus kätte saadav: http://www.arstideliit.ee/et/eetika/arstieetika_koodeks.html (viimati külastatud 10.05.2008).
25. Patsiendi üldise teavitamise ja nõusoleku võtmise vorm. Arvutivõrgus kättesaadav: http://www.kliinikum.ee/doc/VKL_130_est.doc (viimati külastatud 06.05.2008)
26. Võlaõigusseadus. Tervishoiuteenuse osutamise leping. 41 ptk RT I 2001, § 766.
27. Falkum E, Reidun F. Paternalism, patient autonomy and moral deliberation in the physician – patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians in Social Science and Medicine 2001; 52:239 – 248.
28. Stiggelbout AM, Molewijk AC, Otten W, Timmermans DRM, Van Bockel JH, Kievit J. Ideals of patient autonomy in clinical decision making: a study on the development of a scale to assess patient's and physician's views. Journal of Medical Ethics 2004; 30:268 – 274.

LISAD

LISA 1

Lugupeetud Patsient!

Palume Teid osaleda uurimuses “Autonoomia meediku ja patsiendi suhetes – arusaamad, hetkeseis ja perspektiivid”.

Teie osalemine uuringus tähendab seda, et Te vastate ankeedile, mille eesmärgiks on välja selgitada kuivõrd levinud ja oluline on patsiendilt informeeritud nõusoleku saamine praeguses Eesti meditsiinisüsteemis.

Ankeedile vastamine on täiesti vabatahtlik ja vastuste anonüümsus saab garanteeritud uuringu läbiviija Margrid Kaasiku poolt. Mõelge hoolikalt ja kui te ei soovi mingil põhjusel uuringus osaleda, siis ärge asuge ankeeti täitma ja informeerige sellest uuringu läbiviijat.

Uuringu tulemusi kasutab uurija magistriväitekirja koostamiseks. Koos ankeediga annab uurija Teile ka puhta, valge ümbriku, et saaksite vastatud ankeedi ümbrikusse panna ja selle sulgeda. Kui teil peaks uuringu suhtes tekkima mingeidki küsimusi, siis pöörduge nendega uuringu läbiviija poole.

Käesoleva uuringu läbiviimise on heaks kiitnud Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee (<http://www.med.ut.ee/teadus/eetikakomitee>).

Ette tänades uuringus osalemise eest!

Margrid Kaasik

Tartu Ülikooli Rahvatervise magistrant

Telefon: 7868514

LISA 2

Lugupeetud patsient!

Palun Teil vastata järgnevatele küsimustele, mille eesmärgiks on välja selgitada kui võrd levinud ja oluline on patsiendi informeerimine teda puudutavate raviküsimuste osas. Küsimustik on anonüümne ja vastuste lehed jäävad edasiseks andmete töötlemiseks vaid uuringu läbiviija Margrid Kaasiku kätte ega satu haigla töötajate kätte vaatamiseks ega analüüsimiseks. Uuringu tulemusi kasutatakse magistriväitekirja koostamisel ning võimalusel publitseeritakse eriala ajakirjades. Esimesed 6 küsimust puudutavad teie isikuandmeid, vastates tehke palun rist sobiva vastuse ees olevasse kasti. Järgneb 14 väidet, millele vastates valige palun 5 erineva vastusevariandi vahel.

1. Teie vanus a.

2. Teie elukoht 1 linn 2 asula 3 küla

3. Kas Te olete 1 töötav 2 õppiv 3 kodune 4 mittetöötav
5 pensionär 6 puudega isik

4. Teie haridus 1 põhi 2 kesk 3 kõrg

5. Teie sugu 1 mees 2 naine

6. Mis põhjusel Te haiglas viibite 1 uuringud 2 trauma
3 äge haigestumine 4 plaaniline operatsioon 5 midagi muud

	Täiesti nõus	Pigem nõus	Ei oska öelda	Pigem mitte nõus	Ei ole üldse nõus
7. Patsiendi informeerimine ja tema nõusolek peaks olema kesksel kohal kaasaegse meditsiiniteenuse pakkumisel ja selleta ei saa alustada meditsiinilist tegevust haiglas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Patsient peab saama arstilt kogu vajaliku informatsiooni erinevate diagnoosimis- ja ravivõimaluste kohta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kui meedikutel on palju tööd, siis võib patsiendi informeerimisega viivitada ja nõusoleku kunagi hiljem vormistada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Olles seekord haiglaravil, on minult küsitud informeeritud nõusolekut ja ma olen selle ka andnud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Kui arst ainuisikuliselt otsustab, milline ravimeetod on patsiendile parim, on see hea tava piiride ületamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Arst, kui professionaal, peaks otsustama patsiendi eest enamikes meditsiinilistes situatsioonides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Patsient peaks ise oma parima arusaama kohaselt valima erinevate ravimeetodite vahel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Vestluse tulemusena peab patsient järele andma arsti asjatundlikule arvamusele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kui arst ja patsient ei jõua ühisarvamusele parima ravimeetodi osas, peaks arst langetama lõpliku otsuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Enne kui patsient annab raviks oma nõusoleku, tuleb teda informeerida kõikidest raviga seotud riskidest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Kui patsient otsustab ülemäära riskantse või ka küsitava ravimeetodi kasuks, peaks arst seda otsust aktsepteerima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Arst ei tohiks patsienti teavitada oma isiklikest hinnangutest patsiendi tervise ja haiguse osas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Patsiendile peaks jääma õigus mitte osaleda oma ravialastes otsustes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Arst peaks austama patsiendi otsust kui ta ei soovi saada riske puudutavat informatsiooni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Täiendavad märkused või kommentaarid:

LISA 3

Lugupeetud arst!

Palume Teil osaleda uurimuses “Autonoomia meediku ja patsiendi suhetes – arusaamad, hetkeseis ja perspektiivid”.

Teie osalemine uuringus tähendab seda, et vastate ankeedile, mille eesmärgiks on välja selgitada kuivõrd levinud ja oluline on patsiendi informeerimine teda puudutavate raviküsimuste osas. Küsimustik on anonüümne ja vastuste lehed jäävad edasiseks andmete töötlemiseks vaid uuringu läbiviija Margrid Kaasik’u kätte ega satu haigla töötajate kätte analüüsimiseks. Uuringu tulemusi kasutab uurija magistriväitekirja koostamisel ning võimaluse korral publitseeritakse eriala ajakirjades. Koos ankeediga annab uurija Teile ka puhta, valge ümbriku, et saaksite vastatud ankeedi ümbrikusse panna ja selle sulgeda. Kui teil peaks uuringu suhtes tekkima mingeidki küsimusi, siis pöörduge nendega uuringu läbiviija poole.

Käesoleva uuringu läbiviimise on heaks kiitnud Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee (<http://www.med.ut.ee/teadus/eetikakomitee>).

Esimesed 4 küsimust puudutavad Teie isikuandmeid. Neile järgneb 21 väidet, millele palun vastata valides 5 erineva vastusevariandi vahel.

Ette tänades uuringus osalemise eest!

Margrid Kaasik

Tartu Ülikooli Rahvatervise magistrant

Telefon: 7868514

1. Teie amet ja eriala

2. Teie vanus

3. Teie erialane tööstaaž

4. Teie sugu M N

	täiesti nõus	pigem nõus	ei tea	pigem ei ole nõus	ei ole üldse nõus
5. Patsiendi informeerimine ja tema nõusolek peaksid olema kesksel kohal kaasaegse meditsiiniteenuse pakkumisel.					
6. Kasvavad nõudmised patsientide informeerimise ja nõusoleku osas on teinud arstide ja teiste meedikute töö järjest keerulisemaks					
7. Oma tööd tehes olen viimase aasta jooksul küsinud igal patsiendilt informeeritud nõusolekut keerulisemate ja riskantsemate diagnostika- ja ravimeetodite läbiviimiseks.					
8. Informeeritud nõusolekul ei ole tegelikkuses suuremat mõtet, see on pigem formaalne nõue.					
9. Informeeritud nõuoleku saamise nõue häirib oluliselt professionaalsete tegevuste parimal võimalikul viisil sooritamist.					
10. Enamik patsiente on informeeritud nõusoleku suhtes ükskõiksed.					
11. Mõningatel juhtudel peaks arst informatsiooni patsiendile andmata jätma.					
12. Patsiendid ei ole päris sageli võimelised aru saama nende antavast informatsioonist.					
13. Kui arstil ei ole aega ega võimalust, võib ta patsienti informeerida vaid mõnedest tema haiguseasjaoludest.					

	täiesti nõus	pige m nõus	ei tea	pigem ei ole nõus	ei ole üldse nõus
14. Arst, kui professionaal, peaks otsustama patsiendi eest enamikes meditsiinilistes situatsioonides.					
15. Patsient peab saama arstilt kogu vajaliku informatsiooni erinevate ravivõimaluste kohta.					
16. Reeglina tuleb patsienti informeerida nii, et see julgustaks teda nõustuma arsti arvamusega edasise tegevuse osas.					
17. Informeeritud nõusoleku protseduuri võib läbi viia ka õde või spetsiaalselt haiglasse palgatud suhtlemisspetsialist.					
18. Arst ei tohiks patsienti teavitada oma isiklikest hinnangutest patsiendi tervise ja haiguse osas					
19. Olles arsti poolt põhjalikult informeeritud, peaks patsiendile jääma õigus valida ravi, mis vastab enim tema hinnangutele					
20. Arst peaks hoiduma patsiendi hinnangute hukkamõistmisest, isegi kui need ohustaksid tema arvates patsiendi tervist					
21. Kui patsient ise otsustab riskantsema või küsitava ravimeetodi kasuks, peaks arst seda otsust aktsepteerima					
22. Ravi puudutavatesse küsimustesse kaasamine on patsiendile väga tihti lisakoormaks.					
23. Kui arst ja patsient ei jõua ühisarvamusele parima ravimeetodi osas, peaks arst langetama lõpliku otsuse.					

	täiesti nõus	pige m nõus	ei tea	pigem ei ole nõus	ei ole üldse nõus
24. Patsiendile peaks jääma õigus mitte osaleda oma ravialastes otsustes					
25. Arst peaks austama patsiendi otsust, kui ta ei soovi saada oma haiguse riske puudutavat informatsiooni					

Täiendavad märkused ja kommentaarid

SUMMARY

The study "Autonomy and informed consent in doctor-patient relationship" is based on the data from the South-Estonian Hospital. The aim of the study was to evaluate how important is the principle of the patient autonomy and the informed consent in the doctor-patient relationship considered to be by patients and doctors.

Data was collected from September 2006 to March 2007. The study was carried out at the hospital where the interviewer explained the aims of the current study to patients and doctors and handed out the questionnaires. The study consisted of two questionnaires: one for the patients and the other for doctors. A special questionnaire, based on the corresponding studies carried out in Norway and the Netherlands, was compiled for both studied target groups. Out of 235 questionnaires handed out to patients, 219 (93%) were returned. And out of 50 questionnaires handed out to doctors, 35 (70%) were returned.

As a result of the study it appears that the patients are not very aware of importance of their autonomy. They prefer to trust the doctors to make the treatment decisions for them. Additionally, based on the study, it is possible to say that patients favour the doctors paternalism. The attitude of the doctors who took part in the study also favoured paternalism. The attitude of the patients depends on their age, education, and social background. Young, more educated and employed patients think that the patient autonomy is important. Older and less educated patients prefer to trust the doctors to make treatment decisions for them.

TÄNUAVALDUS

Suurimad tänusõnad juhendaja Andres Soosaarele, statistik Heti Pisarevile, dr. Katrin Langile, Jaanika Soeverile ja kõigile neile, kes andsid nõusoleku uuringus osalemiseks.

CURRICULUM VITAE

Nimi: Margrid Kaasik

Sünniaeg: 17. november 1980

Kontakt: margrid.kaasik@hus.fi; telefon: +358408575550; +3725223828

Hariduskäik:

2005 – 2008 Tartu Ülikool, arstiteaduskond, rahvatervise magistriõpe

2000 – 2004 Tartu Meditsiinikool, õe eriala

1987- 1999 Rakvere Reaalgümnaasium

Erialane töökogemus:

2007- ... Helsingi Ülikooli Kliinikum, õde

2005-2007 Lõuna-Eesti Haigla AS, Kirurgia kliiniku vanemõde

2002-2005 Tartu Ülikooli Kliinikum, intensiivraviõde

Kuulumine erialaühingutesse:

2005-... Eesti Anesteesia- ja intensiivravi õdede ühing