

Seitsmes peatükk

MUUTUSED TERVISE KONTEKSTIS

Inimene tänapäeva
tervise- ja sotsiaalsüsteemis

Kadi Lubi, Barbara Haage

Sisukord

Sissejuhatus	3
7.1 Ravilt ennetusele	6
7.2 Paternalismist patsiendi- ja inimkesksuseni.....	9
7.3 Jagatud otsused ja kohustused	11
Kokkuvõte	14
Kasutatud kirjandus.....	15

Sissejuhatus

Tervishoiuteenus ei ole ainult arsti või muu tervishoiutöötaja aktiivne tegevus – muutunud käsitlused seavad inimese kõigi toimingute keskmesse ja seetõttu on oluline mõista, mida see praktikas kaasa toob. Kui varasemates peatükkides on kirjeldatud tervishoiualaste tegevuste järjepidevust ja osapooli eelkõige andmete ja infosüsteemi vaates, siis käesolev peatükk kirjeldab ühiskondlikke muutusi, mis on kujundanud vajaduse inimese tervist ja sellega seotud osapooli üksteisega seondult ja järjepidevalt kogu inimese elukaare ajal arvestada.

Selle peatüki eesmärk on selgitada lugejale,

- 1) kuidas on muutunud arusaam **meditsiini, tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna toimimisest**;
- 2) kuidas on muutunud **ootused tervisesüsteemi osapooltele**;
- 3) mida tähendavad **patsiendikesksus** ja **inimkesksus** ning milline on nende erinevus;
- 4) mida tähendab **ennetus** ja kuidas seda on võimalik rakendada tervishoiusüsteemis;
- 5) kuidas mõista patsiendi **kaasamist, jagatud otsustamise õigust ja individuaalset vastutust** ning milliseid **probleeme** see praktikas põhjustab.

Koos ühiskondade arenemisega on muutunud ja arenenud arusaamad sellest, kuidas eri valdkondade osapooled omavahel suhtlevad, millised on nende rollid, ülesanded ja vastutus. Traditsiooniliselt on terviseküsimumstega seotud olulisi osapooli olnud peamiselt kolm: arst, patsient ja muud ravitsejad¹. Ka nende osapoolte omavahelised suhted olid selged: patsiendi asi oli kuulata arsti või ravitsejat ja täita saadud korraldusi. Tänapäeval on olukord väga mitmel põhjusel keerukam, olgu selleks siis erinevate tervise- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide suur hulk või arusaam, mille kohaselt igaüks ise vastutab oma tervise eest. See peatükk avab võimalikke põhjuseid, milles need keerukused täpsemalt seisnevad, sest e-tervise kontekstis tekib inimesel rohkem võimalusi, aga ka kohtustus ise vastutada.

Kasutatavad mõisted

Ennetus (ingl k *prevention*) on probleemi ja sellega seotud muude probleemide ärahoidmine ning väljakujunemise, edasiarenemise ja korduvuse vältimine. Olenevalt ennetuse sihtrühma riskitasemest eristatakse universaalset, valikulist ja näidustatud ennetust ning olenevalt tegevuse ajast esmast, teisest ja kolmandast ennetust².

Inimkesksne lähenemine (ingl k *person-/human-centered care*) on integreeritud tervise- ja sotsiaalvaldkonna lähenemine, mille kohaselt nähakse inimest terviklikuna tema elu kõigi (sotsiaalsete, emotsionaalsete, psühholoogiliste jm) aspektidega, mitte vaid üksiku haiguse kontekstis. Ei võrdu patsiendikesksusega.

Jagatud otsustamine (ingl k *shared decision-making*) on ühine otsuste kujundamise protsess, mille käigus vähemalt kaks osapoolt arutavad tervise, haiguse ja raviga kaasneva üle ning teevad ühise otsuse, mis erinevaid vajadusi arvesse võtab.

¹ Ravitsejad olid varasematel aegadel teadjanaised ja -mehed, ämmaemandad, aga kuna see peatükk ei käsitle alternatiivseid raviviise, siis me seda teemat siin detailsemalt ei ava.

² https://terviseonastik.tai.ee/terviseonastik?alphabetical_group=6. Sotsiaalvaldkonnas kasutatakse mõisteid universaalne, valikuline (selektiivne) ja näidustatud (indikeeritud) ennetus ning tervise valdkonnas on kasutusel esmase, teisese ja kolmandase ennetuse mõisted.

Patsiendikeskne lähenemine (ingl k *patient-centred care*) on tervishoius kasutatav lähenemine, kus lähtutakse patsiendi vajadustest, kuid fookus on haigusel ja ravil selleks, et haigust võimalikult tõhusalt kontrolli all hoida ning võimaldada inimesel tavapärast toimimist. Sotsiaaltöös on kasutusel erinevad terminid (juhtumikorraldus, lapse heaolu jt), mis sisuliselt on võrreldavad patsiendikeskuse tähendusega (nn kliendikesksus).

Aga **miks me üldse räägime patsiendi- ja inimkesksusest?** Lihtne vastus oleks, et see on nii meie kui ka paljude teiste riikide tervise- ja sotsiaalsüsteemi suur ja keskne eesmärk. Samuti on oluline mõista, et kui me räägime tervisest, siis me tegelikult ei räägi enam niipalju meditsiinist, vaid palju laiemalt. Tervist ei käsitleta Maailma Terviseorganisatsiooni (ingl k *World Health Organization (WHO)*) poolt enam elamise eesmärgina, vaid igapäevaelu ressursina. Tervist defineerib WHO kui täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisundit, mitte ainult haiguse või puuete puudumist. **WHO³ on välja toonud, et inimkeskse lähenemise rakendamiseks on vajalik tegeleda tervisega kogu eluea jooksul, sh panustades enam ressursse tervise edendamisse ja haiguste ennetamisse.** Just rõhuasetus edendusele ja ennetusele ning elukestvate süstemaatilistele tegevusele viitavad, et tervise valdkonnas ei ole enam asjakohane rääkida ainult haigustest ja meditsiinist. See aga tähendab, et muutunud on tervise, haiguse ja nende raames toimuvate protsesside mõtestamine.

Loomulikult võib nüüd küsida, **mis vahe on patsiendi- ja inimkesksusel.** Esmalt on oluline märkida, et mõlema mõiste puhul on kasutusel erinevalt sõnastatud definitsioone ja siinne peatükk seab eesmärgiks anda edasi mõlema mõiste sisuline mõte. Nagu juba nimetus viitab, lähtub üks definitsioon patsiendistaatusest ehk kellestki, kes ühel või teisel põhjusel on sisenenud tervishoiusüsteemi ja keda nähakse tervishoiu ühe osapoolena. „Inimene“ on aga oluliselt laiem tähendusega ja nii saabki öelda, et nende kahe mõiste peamine sisuline erinevus tuleneb rollist ja tervisetevetuse eesmärgist ehk kas eesmärk on vaimselt ja füüsiliselt funktsionaalselt toimiv keha (patsiendikesksus) või maksimaalselt tähendusrikka elu elamine (inimkesksus). Viimase puhul ei pruugi kliiniliste ja meditsiiniliste mõõdikute alusel olla eesmärgiks võimalikult terve keha, sest olulisem on see, mida inimene ise eesmärgiks seab. Vahel võib eesmärgiks olla iseseisev toimetulek inimese jaoks olulise tegevusega – olgu selleks siis oma kodus elamine insuldi järel või töөлkäimine vaatamata haigusele. Inimkesksuse puhul on tähtis ka see, et protsessides arvestatakse inimese igapäevast konteksti, sotsiaal-demograafilisi, geograafilisi ja muid tegureid, mis tervise ja haiguse kontekstis ning vastavaid otsuseid tehes võtavad arvesse inimese valmisolekut, võimekust ja võimalusi.

Kas ja miks on mõistlik ja oluline teha tervishoius vahet patsiendi- ja inimkesksusel? Patsiendi- ja inimkesksus on mõlemad inimese autonoomsust suurendavad lähenemised, mis võimaldavad inimesel aktiivselt osaleda nii patsiendi, lähedase kui lihtsalt teadliku tervisekäitujana enda või oma lähedase tervisega seotud otsustusprotsessides, sh jagatud otsustamises. Aktiivne osalus omakorda saab kaasa aidata ka võimestamise ja kaasamise eesmärkide saavutamisele. Kahe lähenemise fookus ja eesmärk on mõnevõrra erinevad ning seetõttu on tähtis neid teineteisest eristada. Seda seetõttu, et tervise ja haigusega seotud teemad on keerukamad kui mõned muud protsessid, kus me aktiivselt klientidena-otsustajatena osaleme ja osaluse eest vastutame. Selle näiteks on mitmesugused aegkriitilised või eluohtlikud olukorrad, kus inimese enda soovide ja vajaduste arvestamine ei pruugi meditsiinilisest vaatenurgast olla kohane, mistõttu ei ole sobiv rääkida ka inimkesksusest – parimal juhul saab olla patsiendikeskne ja lähtuda tervises seisundi vajadusest. Kui otsused tehaksegi ainult meditsiinilistest kaalutlustest lähtuvalt patsiendi otsuse tegemise vähimalgi määral kaasamata ja seeläbi päästetakse elu, ei kipu me seda ilmselt ju kuidagi vääraks pidama.

³ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1.

Milline lähenemine on tänapäevases tervisekäsitluses parim? Nagu eelnevast nähtub, ei saa tegelikult öelda, et üks teoreetiline arusaam oleks eelistatum. Jah, palju räägitakse inimkesksest tervishoiust kui ideaalist, kuhu jõuda, aga tegelikult on oluline hinnata, kas see igas olukorras võimalik ja vajalikki on. Seetõttu ei ole mõistlik eelistada üht mõistet teisele või pidada autonoomseid lähenemisi võrreldes paternalismiga⁴ paremaks meditsiinilises mõttes, sest kõigi lähenemiste korral on ühine eesmärk parim võimalik ravi. Erinevus mõistete sisus ja olemuses tuleb esile pigem seisundist endast (kriitilisus, eluohtlikkus, kroonilisus, pikaajalisus vm) lähtuvalt. Samal ajal on inimkesksus ühine ja ühendav eesmärk olukordades, kus seatakse eesmärgiks inimese toetamine tervise ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide koostöös.

Aktiivse kaasatuse ja võimestamise puhul tuleb tähele panna ka üht selle „kõrvaltoimet“. Autonoomia ja aktiivsuse suurenedes hakkavad inimesed ise aktiivselt infot otsima, kuid seda tehes võivad leida infot, mis ei ole tõenduspõhine või meditsiinilises mõttes korrektne. Samal ajal ja vaatamata üldisele aktiivsusele ise panustada võib puududa võimekus leitud või saadud infot ja selle tõlevastavust või sisulist tähendust mõista. Seetõttu võib tekkida olukord, kus inimesed hakkavad tegema otsuseid, mis ei pruugi olla meditsiiniliselt õiged või töötavad ravieesmärkidele vastu. Sellise olukorra näiteks on ravist loobumine või selliste alternatiivsete viiside kasutamine, mis ravitulemusi mõjutavad. Digiterwise kontekstis saab näiteks tuua erinevate lahenduste ja rakenduste kasutamise, milleni inimene on ise jõudnud kas otsingu või sisuturunduse vahendusel, kuid mille puhul ei pruugi olla kindlust pakutud soovitude asjakohasuses tervise, aga eriti haiguseelsete ja -aegsete seisundite korral. Käesoleval ajal puudub valdaval osal mobiilsetel tervise- või heaolurakendustel (nn terviseäppidel) tõenduspõhisus. Seetõttu on oluline, et paralleelselt ootustega, et inimesed iseseisvalt ja aktiivselt oma terviseküsimustes kaasa mõtleksid ja tegutseksid, leitaks soovitud käitumist toetavaid kommunikatsioonivõimalusi.

⁴ Paternalism – hierarhiline süsteem, mille kohaselt kõrgemal positsioonil (või antud kontekstis ka suurema vajaliku pädevusega) isik ütleb allpool asetsevale isikule, mida teha. EKI seletava sõnaraamatu kohaselt mõistetakse paternalismi kellegi eest otsustamise tähenduses. <https://eki.ee/dict/ekss/index.cgi?Q=paternalism>

7.1 Ravilt ennetusele

Ühiskonna vananemine ning meditsiini ja tehnoloogia areng on loonud vajaduse ja võimaluse tegeleda tervise ja haigusega laiemas spektris kui vaid haiguste ravi.

Ennetuse täpse definitsiooni üle on palju arutletud, kuna ennetus on väga lai mõiste. Tervise Arengu Instituudi (TAI) tervisesõnastiku kohaselt on see **probleemi ja sellega seotud muude probleemide ärahoidmine ning väljakujunemise, edasiarenemise ja korduvuse vältimine**. Tervishoius on kasutusel esmase, teise ja kolmandase ennetuse mõiste, mis viitavad ennetuse toimumise ajale tervise probleemi kujunemise vaatenurgast. TAI tervisesõnastiku kohaselt on **esmane ennetus** kõigile suunatud ennetus probleemi kujunemise ärahoidmiseks või edasilükkamiseks (näiteks vaktsineerimine), **teisene ennetus** on varases staadiumis probleemiga inimestele suunatud ennetus probleemi (edasi)arenemise ja kordumise ärahoidmiseks ning **kolmandane ennetus** on väljakujunenud probleemiga inimestele suunatud ennetus probleemi edasise süvenemise ja muude probleemide tekke vältimiseks.

Definitsioonina on ka selgitatud, et **ennetus on lähenemisviis, kus sekkumisi pakutakse laiemale elanikkonnale või inimestele, kellel on tuvastatud riskitegur, ja nad saavad teenuseid lootuses, et tulevikus tekkivate häirete tõenäosus väheneb** (National Research Council, 2009).

Traditsiooniline ennetustöö mudel pärineb meditsiinist. Rishel (2007) on välja toonud, et kuigi vaimse tervise ennetusalaseid uuringuid on tehtud juba alates 1960. aastatest, tunnistati ennetusteadust eraldi distsipliinina alles 1980. aastatel. Ennetusteaduse eesmärk on ennetada suuri käitumuslikke probleeme – elamisprobleeme. Ennetamine toimub enne, kui probleem on täielikult nähtav või välja kujunenud. Seetõttu keskenduvad ennetusuuringud enamasti mittesoovitud käitumise ja seda soodustavate tegurite selgitamisele. Tervise- ja sotsiaalprobleemi tekkimise tõenäosust vähendavad kaitse- ning suurendavad riskitegurid. (Rishel 2007: 153).

Mrazek ja Haggerty (1994) on kolmetasandilise jaotuse kaudu kirjeldanud vaimse tervise probleemide ennetust, kuid see on laiendatav tervisele üldisemalt.

1. **Universaalne ennetus** on suunatud laiemale populatsioonile olenemata riski tasemest. Paljudel juhtudel saab seda liiki ennetust teha ilma ekspertide soovitude ja abita ning saadav kasu on suurem kui kulutused ja riskid (nt mitmesuguseid käitumisoskusi õpetavad ennetusprogrammid koolides).
2. **Valikuline ehk selektiivne ennetus** on suunatud individidele või gruppidele, kellel on (vaimse) tervise häire tekkimise risk keskmisest suurem. Riskitegurid võivad olla nii individuaalsed kui ka keskkonnaga seotud.
3. **Näidustatud ehk indikeeritud ennetus** on suunatud kõrge tervisehäire tekkimise riskiga inimestele, kellel on tuvastatud minimaalsed, kuid nähtavad sümptomid, mis vaimse tervise näite puhul viitavad psüühikahäirete eelsoodumusele, kuid kes ei vasta sellel hetkel veel häire diagnoosimise kriteeriumitele. Näiteks kuuluvad siia eri sihtrühmade regulaarsed kontrollid (vaimse tervise sekkumised laste puhul, kellel ilmnevad varajased sümptomid, näiteks depressioon või ärevus) (Mrazek & Haggerty, 1994: 22–24).

Seega on ennetus oma olemuselt lai mõiste ja ennetavad sekkumised saavad olla suunatud väga erinevatele sihtrühmadele.

Põhjus, miks ennetuse käsitlustest on oluline aru saada tervise valdkonnas⁵, seisneb selles, et

- 1) pikas vaates on ennetamine ravimisest ressursitõhusam (odavam on ennetada kui tagajärgedega tegeleda);
- 2) rahalise ja inimressursi puuduses ning vananevas ühiskonnas on oluline kaasata inimesi oma tervise hoidmisse ja säilitamisse;
- 3) märkimisväärne osa tervise- ja sotsiaalprobleemidest on omavahel seotud ja ennetatavad.

INFOKILD: Kas teadsid, et Eestis on riiklikult kokku lepitud, et ennetus peab olema valdkondadeülene⁶?

2024.⁷ aasta andmete kohaselt on naissoost eestimaalaste keskmine eluiga 83,4 ning meestel 8 aastat vähem ehk 75,1 eluaastat, ent tervena elatakse vastavalt 60,6 ja 56,8 eluaastat. Seetõttu on mõisteta, miks Eesti Rahvastiku Tervise Arengukava 2020–2030⁸ eesmärgiks on seatud tervena elatud aastate arvu suurenemine ja tervisealase ebavõrdsuse vähenemine. Asjaolu, et eesmärk on seotud tervise hoidmise ja tervena püsimisega, aga mitte haiguste (veel) tõhusama raviga, viitab, et tervise ja haigustega seotud arusaamades on toimumas suurem nihe.

Miks toimumas, aga mitte toimunud? Vaatamata väljaõeldud eesmärkidele on endiselt asjaolusid, mis võivad takistada eesmärkide saavutamist kõige laiemal ühiskondlikul tasandil:

- tervise ja haigusega seotud ühiskondlikud uskumused ja tavad;
- tervishoiu ja meditsiini praktiseerimine indiviidide tasandil, sh mitte ainult „tavainimeste“ – patsientide –, vaid ka tervishoiutöötajate jt tervise valdkonna spetsialistide vaatenurgast. Näiteks kuidas inimene saab hakkama haiguse ohjamisega või milliseid vahendeid (sh digitaalseid jm tehnoloogilisi) tervishoiutöötaja kasutab ning kuidas tegevusi prioriseerib oma töö tõhusamaks korraldamiseks ja eesmärkide saavutamiseks;
- meditsiini ja tervishoiu praktiseerimine kogukondlikul tasandil, nt kuidas korraldatakse ümber tööalased jm suhted haiguse diagnoosimise järel või ootamatu terviserikke korral;
- meditsiini ja tervishoiu praktiseerimine ühiskondlikul tasandil, nt milliseid teenuseid ja kuidas hüvitatakse.

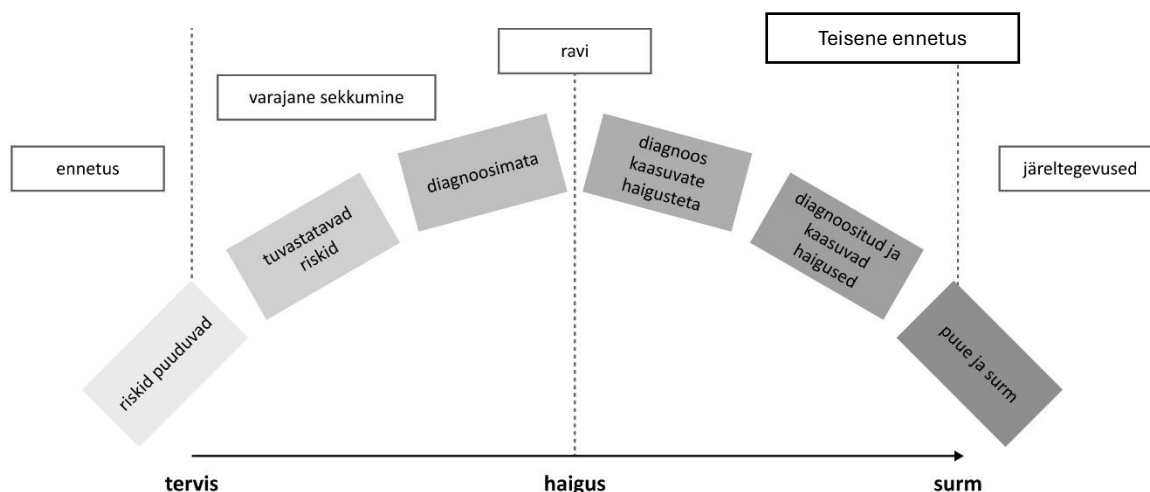
Tervishoiu muutnud eesmärged ja tervisevaldkonna tegevuste ulatust aitab selgitada joonis 7.1.

⁵ <https://www.just.ee/ennetusnoukogu#otsused-detsembris-2023>.

⁶ <https://www.just.ee/ennetusnoukogu>.

⁷ <https://stat.ee/et/avasta-statistikat/valdkonnad/heaolu/tervis/oodatav-eluiga>.

⁸ https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf.



Joonis 7.1. Tervise-haiguse **kontiinum** ehk pidevustik (kohandatud McKenna & Collinsi ning Grant jt järgi).

Nagu jooniselt näha, ei saa tervist ja haigust enam lihtsa ja kaheks jaotatud „on – ei ole“ skaalaga mõõta. Nii tervis, terve- kui ka haigeolemine on olemuselt muutunud, lähenemine on killustatum ja nüansirikkam, mis nõuab kõigilt osapooltelt detailsemat ja varasemast erinevat lähenemist. See omakorda muudab tervise valdkonnas tegutsemise (ükskõik, millises rollis) keerukamaks, sest lisaks „tervis-haigus“ duaalsuse kadumisele ei ole enam ka traditsioonilist „arst-patsient“ toime- ja suhtlusskaalat. Selle asemel liitub pidevustiku ehk kontiinumi eri etappides erinevate tegevustega erinevaid tervise- ja sotsiaalvaldkonna spetsialiste, kelle koostöö ja selle toimimise tase võib lõpuks ära määrata, kui tõhusalt seatud eesmärgid saavutatakse.

Miks just erialaspetsialistide koostöö ja mitte üksikisiku enda panus seda enim mõjutab? Seda seetõttu, et nii tervise- kui ka sotsiaalvaldkond toimivad süsteemselt, praegu enam valdkondlikult, aga järjest rohkem ka valdkondadevaheliselt, mis on integreeritud ja inimkeskse lähenemise üks alustalasid. Sellest lähtuvalt on üsna mõisteta, et üksikisikul on võimalus ja võimekus mingi piirini panustada ja vastutada oma tervise eest. Ent kuni esineb süsteemiseid ja süsteemidevahelisi probleeme, võib üksikisik ikkagi hätta jääda, sest tema võimuses ei ole neid süsteemseid probleeme lahendada. See omakorda võib viia olukorrani, kus komplekssete tervise- ja sotsiaalsete probleemidega inimene „kaob“ erinevate süsteemide vahele ära.

Nii võib juhtuda näiteks insuldi korral, kus sageli ootamatule terviserikkale järgnevad edasised ja jätkuvad terviseprobleemid, aga võivad kaasneda ka probleemid, mis vajavad sekkumist ja tuge sotsiaaltöö valdkonnast. Eestis algatas Tervisekassa 2019. aastal „Insuldi juhtprojekti“⁹ eesmärgiga „parandada inimese insuldijärgset elukvaliteeti patsiendi vaatest terviklikku raviteekonda arendades, kus muu hulgas inimest ja tema lähedasi võimestatakse tervishoiusüsteemi poolt, raviteekonna koordineerimise eest võetakse vastutus ja patsiendid saavad neile vajamineva teenuse“. Projekti jooksul katsetati erinevaid lähenemisi, kus patsiendi ja tema lähedaste toetamiseks vaadeldi (hinnati) nii erinevate tervishoiutöötajate kui ka näiteks kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja lisandumise mõju.

⁹ <https://www.tervisekassa.ee/insuldi-juhtprojekt>.

Nii saabki öelda, et tervise-haiguse kontiinum, kus sekkumine ja vastutus ei alga haiguse ilmnemisest, vaid eesmärgist säilitada inimeste tervis, sh hoida nad riski-, sümptomi- ja haigusevabana, toob kaasa kompleksse, mis väljendub muu hulgas näiteks järgmistes arusaamades:

- milline tervise- ja sotsiaalvaldkonna spetsialist (arst, õde, füsioterapeut, tegevusterapeut, logopeed, toitumis- või liikumisnõustaja, haigla sotsiaaltöötaja, kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja jne) kontiinumi igas etapis tegutseb või peaks tegutsema;
- kuidas samas etapis tegutsevate tervise- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide koostöö, infovahetus ning konkreetsed toimingud multidistsiplinaarse meeskonnana või vähemalt lihtkoostööna sujuvad;
- kuidas tagada erinevate infosüsteemide omavaheline koosvõime viisil, mis parimal ja tõhusaimal moel tagaks eelmainitud koostöö ja kommunikatsiooni;
- kuidas erinevates etappides tagada asjakohase tõenduspõhise info kättesaadavus lihtsalt arusaadavas vormis, mis toetaks laiemat teadlikkuse kasvu;
- kuidas kujundada tervishoiusüsteemi protsesse ümber selliselt, et see tagaks teenuse kättesaadavuse ja seeläbi suurenenud teadlikkuse rakendamise konkreetsetesse tervist toetavasse ja säilitatavasse tegevusse.

7.2 Paternalismist patsiendi- ja inimkesksuseni

Tänapäeval peame loomulikuks, et inimene ei ole enam oma terviseküsimustes passiivne kuuletaja, vaid aktiivne tegutseja, kel on oluline roll oma tervise ja haiguse probleemide lahendamisel.

Traditsiooniliselt on meditsiin olnud paternalistlik ja hierarhiline. Erinevatel põhjustel on sellest lähenemisest hakatud loobuma ja pea kõigi strateegiliste lähenemiste keskseks eesmärgiks on saanud inimkeskne tervishoid.

Et seda veidi üldist selgitust konkretiseerida, tuleb vaadelda meditsiinisotsioloogilist käsitlust, mis selgitab, kuidas meditsiin kui distsipliin ning selles valitsevad arusaamad ja toimimispõhimõtted on paradigmaatilisel muutunud (vt joonis 7.2).



Joonis 7.2. Nihe haiguse ja tervise käsitlustes (Nettleton 2013).

Nagu jooniselt näha, on nihkunud kõik arusaamad, alates sellest, mis juba eespool mainitud: me ei räägi enam haigusest, vaid tervisest. Kui me juba haigusest räägime, siis valdavalt on tähelepanu vähemalt läänelikes heaoluühiskondades läinud kroonilistele seisunditele ja nendega hakkama saamisele. Viimane on muidugi paradoksaalselt seotud meditsiini enda arenguga, sest

- haigusi ja neile viitavaid sümptomeid osatakse varem avastada;
- ühiskondlikult panustatakse sellistesse rahvatervist toetavatesse programmidesse, mis aitavad haigusi varem avastada (nt sõeluuringud);
- infot jagatakse elektroonses tervisele, mis võimaldab nii spetsialistidel kui ka tavainimestel terviseandmetele ligi pääseda;
- paremini osatakse ravida seisundeid, mille korral inimesed varem surid kiiremini (diabeet, onkoloogilised seisundid jne);
- inimesi toetatakse nende tervise- ja haigusseisundite enesehoolduse (*self-care*) ja enesejuhtimise (*self-management*) rakendamisel.

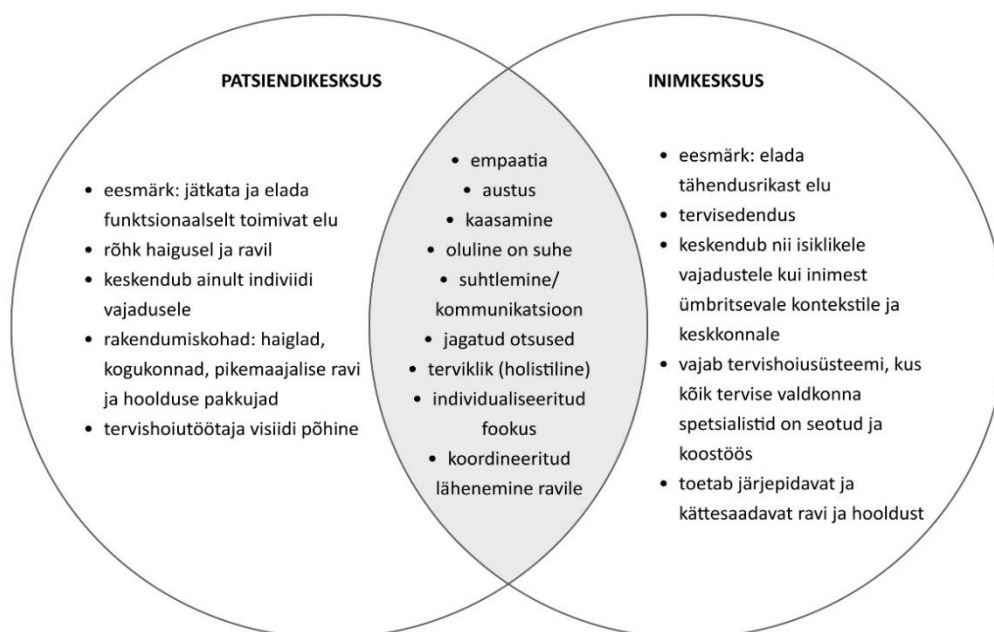
Kuna me enam ei keskendu ainult haigusele, on muutunud ka see, kus ja kuidas tervisega seotut praktiseeritakse ning kes seda teeb. Nii ei ole kesksel kohal enam raviasutus, vaid ka haige inimene elab oma haigusega või praktiseerib terviskäitumist kogukonnas, oma tavapärase elukeskkonnas, kus teda ümbritsevad valdavalt meditsiinilise taustaga inimesed. Nagu eespool öeldud, siis selmet peamiselt ravile keskenduda, on üldisem fookus liikunud ennetusele, **(enese)jälgimisele**, **enesejuhtimisele** ja **enesehooldusele**, mis kõik annavad inimesele suurema võimaluse, aga ka vastutuse, oma tervisega seoses kaasa rääkida, otsustada ja tegutseda. Just need muutused on nihutanud keskeid arusaamu paternalismilt suureneva autonoomia (st patsiendi- ja inimkesksuse) suunas (vt tabel 7.1).

Tabel 7.1. Paternalism vs. autonoomsust suurendavad lähenemised (Murgic et al., 2015; Parsons, 1951; Sandman & Munthe, 2010; Weiss, 1985, Aasmäe & Lubi, 2023 kaudu).

	Paternalism	Autonoomia
Patsiendi roll	„Haige“-roll, et kuuletuda arsti korraldustele	Aktiivne osaleja oma tervist ja haigust puudutavates otsustes
Arsti roll	Autoriteet	Partner
Raviotsus	Arsti ühepoolne otsus	Arst tutvustab võimalikke erinevaid lähenemisviise, patsient räägib oma soovidest ja vajadustest ning nende põhjal tehakse ühine otsus
Patsiendi kaasatus	Kaasamist ei toimu, patsient kuuletub arsti korraldustele	Patsient on kaasatud igas raviprotsessi etapis otsuste tegemisse
Teiste spetsialistide kaasatus	Arst on ainus otsustaja, teiste spetsialistide roll on alluda arsti korraldustele	Interdistsiplinaarne meeskond teeb ühise otsuse
Haiguse ravimine	Parim võimalik ravivalik	

Niisiis on paternalism ja autonoomsed lähenemisviisid niivõrd erinevad, et on asjakohane rääkida **transformatsioonist ja paradigma muutusest** meditsiini praktiseerimise viisides. Siinkohal võiks muidugi küsida, kui rakendatav autonoomia on valdkonnas, kus tegemist võib olla „elu ja surma“ küsimusega ning kus arstid on otsuste tegemise võimekuse omandanud 6–10 aasta jooksul. Kahtlemata on autonoomseid lähenemisi vaja ja võimalik rakendada pikaaegsete krooniliste seisundite puhul. Samal ajal muudab see, et tuleb ära tunda ja eristada, millises olukorras millist lähenemist kasutada, ka meditsiinis ja tervishoius toimimise komplekssemaks.

Millised need autonoomsed lähenemised siis täpsemalt on? Kasutusel on kaks peamist teoreetilist kontseptsiooni: inimkesksus ja patsiendikeskus. Nende puhul ei ole tegemist sünonüümidega, kuigi neis mõistetes on kattuvusi (joonis 7.3).



Joonis 7.3. Patsiendi- vs. inimkeskus (Zao et al. 2016 ning Håkansson Eklund et al., 2019; viidatud Trei et al., 2023 kaudu).

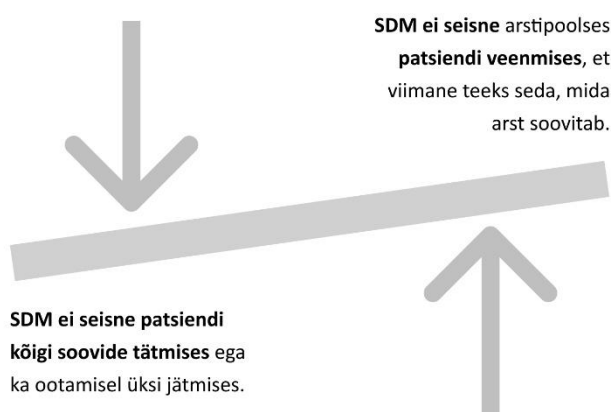
Nagu jooniselt näha, seisneb nende käsitluste kõige põhimõttelisem erinevus eesmärgis ja fookuses. **Patsiendikesksus keskendub peamiselt haigusele** ja selle põhiküsimuseks on, kuidas inimene kohandab haiguse oma ellu. **Inimkesksus aga keskendub inimesele ja tema keskkonnale** (st ka kõigile muudele elu aspektidele peale tervise ja haiguse), mistõttu on oluline leida viisid ning ka tehnoloogilised lahendused, mis toetavad seda, kuidas haigus kohaneb inimese, tema vajaduste ja eluga. Just see põhimõtteline erinevus aitab mõista ka joonisel 7.2 toodud nihet, mis ei ole tegelikult lineaarne ega liigu kindla suuna ja lõpp-punktiga paternalistlikust käsitlusest inimkesksesse.

7.3 Jagatud otsused ja kohustused

Üks oluline kontseptsioon, mis on seotud suurenenud autonoomsusega, on välja kasvanud patsiendikesksusest 1980ndatel. Tegemist on **jagatud otsustega** (ingl k *shared decision-making*, SDM) ning seda on defineeritud kui ühist otsustamisprotsessi, mille käigus vähemalt kaks osapoolt teevad ühise tervist, haigust ja/või ravi puudutava otsuse. Traditsiooniliselt on jagatud otsustamise protsessis

räägitud arsti ja patsiendi vahelisest arutelust ja otsustest. Inimkesksuse populaarsuse ning inter- ja multidistsiplinaarsete meeskondade koostöö valguses on ka jagatud otsustamise protsess muutunud komplekssemaks, sest otsuse tegemisse võivad olla kaasatud paljud osapooled, sh erinevad tervise- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistid ning patsiendi kõrval ka tema lähedased ja/või hooldajad.

Ideaalselt on jagatud otsustamist nähtud kui protsessi, kus patsiendile antakse teave, millega ennast kurssi viia ning mille põhjal oma tervist ja haigust puudutavate otsuste tegemises osaleda. Tegelikkuses esineb selles protsessis hulk probleeme. Eeskätt on vaja leida tasakaal (joonis 7.4) patsiendi eest otsustamisel ja tema toetamisel ning selleks on vaja võtta aega.



Joonis 7.4. Tasakaalu leidmine jagatud otsustamise protsessis.

Nagu jooniselt näha, on jagatud otsustamise protsess keeruline konstruktsioon selles mõttes, et on üsna raske öelda, millisel hetkel algaks arstipoolne oma arvamuse pealesurumine või millisel hetkel jäetaks inimene üksi, mitte ei võimaldataks tal iseseisvalt otsustada. Seetõttu on jagatud otsustamise protsess pigem pikaldane, ka üksikvestluse korral, ja välja on pakutud, et see peaks koosnema neljast sammust, mida spetsialist peaks järgima (nn Calgary-Cambridge'i mudel; Kurtz & Silverman, 2016).

1. **Valik** (ingl k *choice talk*): spetsialist jagab oma mõtteid ja kaasab patsiendi vestlusse.
2. **Võimalused** (ingl k *option talk*): arutatakse erinevaid võimalusi.
3. **Otsus** (ingl k *decision talk*): räägitakse plaan läbi.
4. **Tagasiside**: kontrollitakse, kuidas patsient aru sai ja kuidas ta end kokkulepitud plaani osas tunneb.

Nagu öeldud ja neist neljast sammust näha, on jagatud otsustamise korral tegemist kahepoolset kommunikatsiooni nõudva protsessiga, kus tuleb rakendada aktiivse kuulamise ja intervjuerimise tehnikaid, et kindlustada ühtsed arusaamad otsuse langetamiseks.

Oluline on märkida, et jagatud otsustamise protsessi rakendamiseks on vajalik kõigi osapoolte aktiivne osalemine ja panustamine. See tähendab, et ka patsient peab panustama, sest ei arst ega ka kogu meeskond üksi ei saa jagatud otsustamise protsessi toimima panna ja inim- või patsiendikeskselt probleeme lahendada. Samas on näidatud, et mitmesugused sotsiaal-demograafilised ja kultuurilised tegurid – vanemaealisus, meessugu, elamine maapiirkonnas, madal haridus- ja sissetulekute tase, etnilisse vähemusse kuulumine – võivad vähendada inimeste soovi, valmidust või võimekust jagatud otsustamise protsessis osaleda.

Lisaks arsti ja patsiendi vahelisele jagatud otsustamise protsessile on oluline arvestada, et **kõik autonoomsed käsitlused eeldavad ka suuremat erialadevahelist koostööd**, nii tervishoiu sees kui ka koos sotsiaalvaldkonnaga. Et teemat veidi avada, võtame näiteks kuriteo ohvriks langenud patsiendi. Eesti Justiitsministeerium viis aastatel 2021–2023 koostöös organisatsiooniga Victim Support Europe läbi projekti, mille eesmärk oli pakkuda kuriteoohvritele paremat kaitset. Tervishoiutöötajate kohustus on aidata patsiente, kes on langenud mingit sorti kuriteo ohvriks. Kuna esmase abi kogemusest sõltuvad ohvri edasised sammud (abi küsimine, politsei poole pöördumine jne), siis on oluline tervishoiutöötaja oskus abi pakkudes taastada inimese turvatunne ja suunata ta abi saama. Tervishoiutöötajatele on loodud [kuuesammuline tegevusjuhend](#)¹⁰, mille kohaselt tuleks teha järgmist:

- 1) anda esmaabi;
- 2) tagada turvaline ja privaatne keskkond, kus patsient saab juhtunust rääkida;
- 3) uurida juhtunu kohta;
- 4) koguda ja talletada infot vigastuste kohta;
- 5) suunata edasi abi saama;
- 6) pidada nõu oma kolleegiga, sotsiaaltöötajaga või muu kokkulepitud kontaktisikuga.

Nagu sellest tegevusjuhiseist näha, hõlmab tervishoiutöötaja tehtav enam kui vaid meditsiinilise probleemi lahendamine. Oluline on, et kogu meditsiiniline info oleks talletatud ja jagatud viisil, mis toetab inimese edasist aitamist, sh sotsiaaltöötaja poolt.

Rahvastiku Tervise Arengukava 2020–2030 on seadnud eesmärgiks inimkesksuse, koostöö ja inimese vastutuse oma tervise eest (koostöös eri valdkondade spetsialistidega)¹¹. Praegu on suurimad proovikivid erinevate erialade piirid, ülesannete sõnastamine, ülesannete ja vastutuse jagamine ja jagunemine. See tähendab, et valdkondade vahele jääva „halli ala“ juhtudel puudub osapool, kes võtaks olukorra juhtimise ja keske vastutuse enda kanda. Samuti on eesmärkideks innovaatiliste lahenduste kasutamine ja ebavõrdsuse vähendamine tervises. Hästi planeeritud, arendatud ja rakendatud infosüsteemid ja tehnoloogilised rakendused on kesksel kohal nende eesmärkide saavutamisel ja takistuste ületamisel. Samas tuleb arvestada, et paradoksaalselt võivad innovaatiline tehnoloogia ja ebavõrdsuse vähendamine olla omavahel teataval määral vastuolus – just digitervise lahenduste kasutuselevõtt võib teatud populatsioonirühmades suurendada ebavõrdsust¹², kuigi paradoksaalselt on need just need rühmad, kes on olemuslikult nuginii suuremas ebavõrdsuse ohus. Tähtis on silmas pidada, et teatavad tegurid (maapiirkond, vanus, keelegrupp) iseloomustavad ka tervise- ja sotsiaalvaldkonna töötajate poolt erinevate tehnoloogiliste lahenduste ja infosüsteemide kasutamist. Seetõttu võivad tekkida olukorrad, kus inimene „kaob“ süsteemide vahele ära. Viimast mõjutavad ka infosüsteemide koostalitlusvõime probleemid.

¹⁰ https://www.justdigi.ee/sites/default/files/documents/2023-02/Tegevusjuhend%20meditsiinitöötajatele%20kokkupuutel%20võimaliku%20vägivalga%20ohvritega_ES_T.pdf

¹¹ <https://www.sm.ee/rahvastiku-tervise-arengukava-2020-2030>.

¹² WHO on oma digitervisealast ebavõrdsust käsitlevas raportis esile toonud, et madalam haridustase ja väiksem sissetulek, kuulumine vanemasse vanuserühma, etnolingvistikusse vähemusse või elamine maapiirkonnas on tegurid, mis vähendavad võimekust digitervise lahendusi kasutada ja seeläbi suurendavad tervisealast ebavõrdsust. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6810-46576-67595>.

Kokkuvõte

Kogu sotsiaalse maailma komplekssemaks muutumisega on keerukamaks muutunud ka see, kuidas nähakse eri osapooli tervise- ja sotsiaalprobleemide korral. Komplekssust lisavad muu hulgas

- tervise- ja sotsiaalvaldkonna prioriteetide nihkumine ennetusele;
- inimeste vastutuse suurenemine oma tervise ja heaolu tagamisel;
- inimeste kaasamine otsustamisse tervise- ja sotsiaalküsimustes;
- digitaalsete ja tehnoloogiliste vahendite, infosüsteemide ja rakenduste olemasolu, mille probleemiks on nende vähene omavaheline koostalitlusvõime ja nende kasutamisega seotud võimalik ebavõrdsus;
- eri distsipliinide koostöö, sh erinevad käsitlused ja arusaamad distsipliinide, aga ühise eesmärgi kontekstis.

Seetõttu on oluline mõista, et ka tervise- ja sotsiaalvaldkonna protsessid ning probleemide lahendamine on aeganõudvam, kui see paternalistliku – „ekspert teab ja ütleb, mida ja kuidas teha tuleb“ – käsitluse korral oleks. Ent seades eesmärgiks patsiendi- ja inimkesksuse, on lisaaeg ja -komplekssus soovitud suunas liikumisel vältimatud.

Kasutatud kirjandus

- Aasmäe, B., Lubi, K. (2023). Factors influencing participation in shared decision making in the oncological setting. *Proceedings of the Estonian Academy of Sciences*, 72 (3), 106–205.
- Covvey JR, Kamal KM, Gorse EE, et al. (2019). Barriers and facilitators to shared decision-making in oncology: a systematic review of the literature. *Supportive Care in Cancer* 27, 1613–1637.
- Equity within digital health technology within the WHO European Region: a scoping review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.
- Gaston, C.M., Mitchell, G. (2005). Information giving and decision-making in patients with advanced cancer: a systematic review. *Social Science & Medicine*, 61, 2252–2264.
- Gray, S.W., Hicks-Courant, K., Lathan, C.S., et al. (2012). Attitudes of patients with cancer about personalized medicine and somatic genetic testing. *Journal of Oncology Practice*, 8, 329–335.
- Kallaste, E., Järve, J., Sömer, M., et al. (2019). Inimkeskse tervishoiu seiremetoodika väljatöötamise lõpparuanne. Tallinn, https://www.sm.ee/sites/default/files/inimkeskse_tervisesusteemi_seiremetoodika_loppraport_toimetatud.pdf.
- Keij, S.M., van Duijn-Bakker, N., Stiggelbout, A.M., et al. (2021). What makes a patient ready for Shared Decision Making? A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 104, 571–577.
- Kurtz, S.M., Silverman, J.D. (1996). The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical Education*, 30: 83-89. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1996.tb00724.x>.
- McKenna, M. & Collins, J. (2010). Current issues and challenges in chronic disease control. In: Remington PL, Brownson R, Wegner MV (eds). *Chronic Disease Epidemiology and Control, 3rd Edition*. American Public Health Association: Washington DC.
- Mrazek, P.J., Haggerty, R.J. (1994). Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. Washington (DC): National Academies Press (US). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK236319/pdf/Bookshelf_NBK236319.pdf.
- Murgic L, Hébert PC, Sovic S, et al. Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-communist) country. *BMC Med Ethics* 2015; 16: 65.
- National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions; O'Connell ME, Boat T, Warner KE. (2009). Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities. Washington (DC): National Academies Press (US). Kasutatud 09.06.2024, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32775/pdf/Bookshelf_NBK32775.pdf
- Nettleton, S. (2013). *The Sociology of Health and Illness 3rd Edition*. Cambridge: Polity Press.
- Parsons T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21: 452–460.

- Pritchard, D. E., Moeckel, F., Villa, M. S., Housman, L. T., McCarty, C. A., & McLeod, H. L. (2017). Strategies for integrating personalized medicine into healthcare practice. *Personalized medicine*, 14(2), 141–152. <https://doi.org/10.2217/pme-2016-0064>.
- Rishel, C. W. (2007). Evidence-based prevention practice in mental health: What is it and how do we get there? *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(1), 153–164. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.1.153>.
- Sandman L, Munthe C. Shared decision making, paternalism and patient choice. *Health Care Analysis* 2010; 18: 60–84.
- Sotsiaalministeerium. *Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile*. Tallinn, aruanne 2020.pdf
- Tervise Arengu Instituut. Tervisesõnastik. <https://tervisesonastik.tai.ee> (kasutatud 09.06.2024).
- Trei, H.-M., Lubi, K., Haage, B. (2023). Men's perceptions of the supportive use of health communication tools during the ante- and postnatal period. *Proceedings of the Estonian Academy of Sciences*, 72 (3), 259–266.
- Weiss GB. (1985). Paternalism modernised. *Journal Medical Ethics*, 11, 184–187.
- Wolyniec, K., Sharp, J., Lazarakis, S., et al. (2020). Understanding and information needs of cancer patients regarding treatment-focused genomic testing: A systematic review. *Psychooncology*, 29, 632–638.