

# Ravi piiramise Eesti juhend

Autorid

Eesti Anestesioloogide Seltsi ravipiirangute töörühma liikmed

Liivi Maddison <sup>1, 2</sup>

Maarja Hallik <sup>3</sup>

Kaire Pakkonen <sup>4</sup>

Katrin Elmet <sup>5</sup>

Vladislav Fedossov <sup>3</sup>

Raido Paasma <sup>6</sup>

Ants Nõmper <sup>7</sup>

Lisette Kaljuste <sup>8</sup>

1. SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, anestesioloogia kliinik, intensiivravi keskus
2. Tartu Ülikool, kliinilise meditsiini instituut
3. AS Ida-Tallinna Keskhaigla, kirurgiakliinik, anestesioloogia ja intensiivravi keskus
4. SA Pärnu Haigla, anestesioloogia, operatiiv- ja intensiivraviteenistus
5. SA Tartu Ülikooli Kliinikum, anestesioloogia ja intensiivravi kliinik
6. AS Lääne-Tallinna Keskhaigla, anestesioloogia ja intensiivravikliinik
7. Ellex Raidla Advokaadibüroo OÜ (vandeadvokaat)
8. Ellex Raidla Advokaadibüroo OÜ (assistent ja keeleteimetaja)

|                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Ravi piiramise Eesti juhend</b>                              | <b>1</b>  |
| <b>1. Taust ja juhendi eesmärk</b>                              | <b>3</b>  |
| <b>2. Ravi piiramisega seotud terminoloogia</b>                 | <b>4</b>  |
| 2.1. Terminid, mida ekslikult seostatakse ravi piiramisega      | 9         |
| 2.2. Laialdaselt kasutatavad, kuid probleemsed terminid         | 9         |
| <b>3. Ravi piiramise eetilised alused</b>                       | <b>10</b> |
| <b>4. Ravi piiramise regulatiivne raamistik</b>                 | <b>12</b> |
| <b>5. Ravi piiramise kaalumise ajendid</b>                      | <b>15</b> |
| <b>6. Ravi piiramise otsustusprotsess</b>                       | <b>16</b> |
| <b>7. Ravi piiramise otsuse dokumenteerimine</b>                | <b>17</b> |
| <b>8. Patsiendi ja omaste roll ravi piiramise protsessis</b>    | <b>21</b> |
| 8.1 Otsustusvõimeline patsient                                  | 21        |
| 8.2 Patsient, kes ei soovi osaleda ravi puudutavates otsustes   | 22        |
| 8.3 Täisealine patsient, kellel puudub otsustusvõime            | 22        |
| 8.4 Lapspatsient                                                | 23        |
| <b>9. Eriarvamused ravi piirava otsuse osas</b>                 | <b>24</b> |
| 9.1 Eriarvamused ravimeeskonna sees                             | 24        |
| 9.2 Eriarvamused patsiendi ja/või omaste ja ravimeeskonna vahel | 24        |
| 9.3 Eriarvamused omaste vahel                                   | 25        |
| <b>10. Elu säilitava ravi lõpetamise praktilised aspektid</b>   | <b>26</b> |
| <b>Allikate loend</b>                                           | <b>28</b> |

# 1. Taust ja juhendi eesmärk

Tänapäevane meditsiin pakub palju võimalusi inimese elu pikendamiseks. Kahjuks ei ole elu pikendamine kaugeltki alati inimese huvides, näiteks kui elu pikendav ravi suurendab vaid kannatusi. Et pakutav ravi oleks patsiendi parimates huvides, tuleb mõnel juhul hoiduda teatud ravivõtete kasutamisest või loobuda juba alustatud ravist. Ravist hoidumist või ravi lõpetamist olukorras, kus ravi ei paranda patsiendi seisundit ega taga soovitud elukvaliteeti või on vastuolus patsiendi soovidega, nimetatakse ravi piiramiseks.

Kõik ravi puudutavad otsused peavad põhinema usaldusväärsel tervisealasel informatsioonil, olema meditsiiniliselt põhjendatud ning austama patsiendi õigusi ja tahet. Ravi piiramist kaaludes tuleb lähtuda meditsiinieetika printsiipidest ning järgida kehtivaid õiguslikke norme. Hinnangu andmine sellele, milline ravimaht või -suund vastab kõige paremini patsiendi huvidele, võib sisaldada vastuolusid, muuhulgas ka arstide endi isiklikke vaateid ja väärtusi, ning võib seetõttu osutuda keeruliseks.

Ravi piiramise Eesti juhendi koostamisel on võetud aluseks Norra Terviseameti (Helsedirektoratet) rahvuslik juhend „Decision-making processes in the limitation of life-prolonging treatment“.

Ravi piiramise Eesti juhendi eesmärk on tõsta tervishoiutöötaja ja patsiendi teadlikkust ravipiirangute valdkonnast, pakkuda arstile tuge ravi piiramise otsuse tegemisel ning raamistikku, mille alusel läheneda otsuse tegemisele teadlikult ja struktureeritult. Juhend annab soovitusi, millistel juhtudel tuleb ravi piiramist kaaluda ja milline on otsuse tegemise dokumenteerimise hea praktika.

See juhend on erialade ülene ja kasutatav tervishoiusüsteemi kõigil tasanditel. Selle juhendi saab võtta aluseks, kui mingis kliinilises valdkonnas või tervishoiuasutuses tekib vajadus spetsiifilisema juhendi järgi. Kuna seda juhendit tõlgendab ja rakendab ning ravi piiramise otsuse teeb arst või arstide konsiilium, siis vastutus tehtud otsuste eest lasub arstil, mitte juhendi koostajatel.

## 2. Ravi piiramisega seotud terminoloogia

- **Ravi eesmärk** (ingl *goal of care / treatment goal*) on patsiendi tervises seisundist, prognoosist, väärtustest ja eelistustest lähtuv kokkulepitud siht, mille saavutamiseks ravi rakendatakse. Ravi eesmärk võib olla tervistumine, haiguse kulu pidurdamine, elu pikendamine, vaevuste leevendamine või elukvaliteedi säilitamine. Ravi eesmärk ei pruugi olla püsiv, vaid haiguse kulu, patsiendi seisundi või tema tahte muutudes tuleb see ümber hinnata. Ravi eesmärgi selge sõnastamine on ravi alustamise, jätkamise või piiramise alus.
  - **Eesmärgipärane ravi** on kooskõlas ravi eesmärkidega.
  - **Mitte-eesmärgipärane ravi** ei aita saavutada ravi eesmärki.
- **Ravi proportsionaalsus** (ingl *proportionality of treatment*) iseloomustab raviga kaasneva koormuse tasakaalu võrreldes sellega, milline on ravi kasu patsiendile, arvestades patsiendi väärtusi, tervises seisundit, ravi eesmärke ja prognoosi. Ravi proportsionaalsuse hindamine on kliiniline ja väärtuspõhine otsus ning võib ajas muutuda.
  - **Proportsionaalse ravi** koormus on mõistlikus tasakaalus sellega, milline on eeldatav kasu patsiendile.
  - **Ebaproportsionaalse ravi** koormus ei ole tasakaalus eeldatava kasuga isegi juhul, kui ravi on potentsiaalselt efektiivne või eesmärgipärane.
- **Ravi koormus** (ingl *treatment burden*) on raviga kaasnevad füüsilised, psüühilised, sotsiaalsed ja eksistentsiaalsed mõjud patsiendile ja tema elukvaliteedile. Raviga võivad kaasneda valu, ebamugavus, funktsionaalsed piirangud, sõltuvus abist, hospitaliseerimised, vääriskuse riive jne.

Ravi koormuse hindamisel tuleb lähtuda patsiendi subjektiivsest kogemusest ja väärtustest, kuna sama ravi võib eri patsientide jaoks olla erineva tähenduse ja talutavusega.

Arstid sageli alahindavad ravi koormust ja proportsionaalsust, kuid patsiendi jaoks on need keskse tähendusega. Alati peab kaaluma nii ravi eesmärgipärasust kui ka proportsionaalsust, näiteks võib eesmärgipärane ravi olla oluliselt ebaproportsionaalne.
- **Kasutu ravi** (ingl *futile treatment*) ei ole patsiendile näidustatud ja pole tema huvides või on talle kahjulik. Ebaproportsionaalne või mitte-eesmärgipärane ravi on kasutu. Kasutu ravi läbiviimine on ebaeetiline isegi juhul, kui patsient või omaksed seda nõuavad.
- **Prognoos meditsiinis** (ingl *prognosis in medicine*) on arsti hinnang haiguse eeldatavale kulule ning patsiendi paranemise või tervistumise väljavaadetele.

- **Ravi piiramine** (ingl *limitation of treatment*) on ravist hoidumine või ravi lõpetamine olukorras, kus ravi ei teeni patsiendi huve, ei paranda tema tervises seisundit, kahjustab teda või on vastuolus patsiendi tahtega.
  - **Ravist hoidumine** (ingl *withholding treatment*) on ravi alustamata jätmine või ravimahu suurendamata jätmine või mingi konkreetse meditsiinilise sekkumise rakendamata jätmine.
  - **Ravi lõpetamine** (ingl *withdrawing treatment*) on juba alustatud ravi katkestamine.
- **Elu säilitava ravi ja elu pikendava ravi** (ingl *life-sustaining treatment* ja *life-prolonging treatment*) terminite kasutamise osas puudub konsensus. Neid käsitletakse nii sünonüümideks kui ka sisuliselt erinevas tähenduses. Selles juhendis on välja pakutud erinevad tähendused.
  - **Elu säilitav ravi** on elutähtsate organite funktsioone toetav või asendav ravi, mis tavaliselt on tehnoloogiline ja viiakse läbi intensiivravi osakonnas (nt juhitud hingamine, neeruasendusravi, kehaväline membraanoksügenisatsioon aga ka elustamine kliinilisest surmast). Eesmärk on vältida kohest surma ja luua tingimused seisundi põhjustanud haigusest paranemisele.
  - **Elu pikendav ravi** on
    - krooniliste haiguste kulgu pidurdav ravi, sest iga toimiv ravi põhimõtteliselt pikendab elu;
    - kaugelt arenenud ravimatute haiguste ravi, kui püütakse pikendada elu erinevate sekkumistega (nt palliatiivne kasvaja ravi, toitmisravi, antimikroobne ravi, neeruasendusravi). Selline ravi ei pruugi parandada inimese elukvaliteeti ja võib hoopis lisada kannatusi;
    - igasugune selline ravi, mida seni on aktiivraviks nimetatud (tervistav, haigust pidurdav ja elu säilitav ravi).
- **Kuratiivse ehk tervistava ravi** (ingl *curative treatment*) eesmärk on haiguse täielik kõrvaldamine või püsiva tervistumise saavutamine. Sellised on näiteks vähkkasvaja korral süsteemravi, mille tulemusel saavutatakse püsiv remissioon; antibiootikumravi kopsupõletiku korral; liigese täielik endoproteesimine jne.
- **Haiguskulgu modifitseeriva või pidurdava ravi** (ingl *disease-modifying treatment*) eesmärk on muuta haiguse kulgu: aeglustada haiguse progresseerumist, vähendada ägenemiste arvu ja ennetada tüsistuste teket. Pikemas perspektiivis on haigust pidurdav ravi elu pikendav. Täielik tervistumine ei ole haiguse olemusest või patsiendi iseärasustest tulenevalt realistlik ravi eesmärk. Sellised on näiteks diabeediravi, hüpertensiooni ravi jne.
- **Palliatiivne ravi** (ingl *palliative care*) on interdistsiplinaarne terviklik aktiivne ravi, mis on suunatud elu ohustava ja elukvaliteeti halvendava tervisliku seisundiga patsiendi ja tema lähedaste elukvaliteedi parandamisele patsiendi elu lõpuni kogu haiguse vältel. Palliatiivse ravi eesmärk on aegsasti märgata, hinnata ja ravida haigusest ning selle ravist tingitud valu ja teisi kehalisi vaevusi, samuti leevendada psühhosotsiaalseid ja hingelisi kannatusi. Palliatiivravi meeskonna liikmed on arstid, õed, hingehoidjad,

psühholoogid, sotsiaaltöötajad, toitmisravi spetsialistid, füsioterapeudid ja teised vastavalt patsiendi vajadustele.

### **Palliatiiivravi alla kuuluvad kõik järgnevad terminid:**

- **Toetav ravi** (ingl *supportive care*) on palliatiiivse ravi osa, mis pakub ravi kuratiivses faasis tervishoiuteenuseid, mis aitavad patsiendil toime tulla haiguse, selle sümptomite või ravi kõrvaltoimetega. Toetav ravi hõlmab füüsiliste vaevuste ja ravi kõrvaltoimete leevendamist, toitmisravi, rehabilitatsiooni, psühholoogilist tuge jne. Toetava ravi termini kasutamine on Eestis praegu vaidlusalune: praegu on see palliatiiivse ravi sünonüüm.
  - **Elulõpuravi** (ingl *end-of-life treatment/care*) on palliatiiivse ravi osa, mis algab, kui kuratiivne ravi, haigust pidurdav ravi ja elu säilitav ravi on ammendunud, kuid vaevuste tõttu vajab inimene palliatiiivse ravi teenuseid. Elulõpuravi peamine eesmärk on vaevuste leevendamine, inimväärikust austav põetamine ja parima võimaliku elukvaliteedi võimaldamine surmani. Palliatiiivse ravi meeskonna ülesanne on ka omaste toetamine ja leinanõustamine.
    - **Hospiits** (ingl *hospice*) on koht, kus pakutakse hospiitsravi teenust eesmärgiga leevendada tõsiste, sageli lõppstaadiumis olevate ravimatute haiguste tõttu tekkivaid vaevuseid, pakkudes samaaegselt emotsionaalset ja hingelist tuge nii surijale kui tema lähedastele. Hospiits võib olla eraldi raviasutus, haigla osakond või palat, kuid teenust saab osutada ka kodus või hooldekodus (s.o koduhospiits).
    - **Terminaalravi** (ingl *terminal care*) kasutatakse elulõpuravi mõistes, kui surm on päevade või tundide kaugusel. Kui surijal on tavapärasele ravile allumatud vaevused, siis leevendamiseks võib olla vajalik palliatiiivne ehk terminaalne sedatsioon, mille eesmärk on mõjutada patsiendi teadvust, et ta ei peaks kannatusi tajuma.
  - **Totaalne valu** (ingl *total pain*) on inimese kogemus, mis hõlmab korraga nii füüsilisi, psühholoogilisi, sotsiaalseid ja spirituaalseid kannatusi. See on palliatiiivravi keskne kontseptsioon.
  - **Multimorbiidsus ehk hulgihäirelisus** (ingl *multimorbidity*) on kahe või enama kroonilise haiguse samaaegne esinemine, mis koos oluliselt mõjutavad funktsionaalset võimekust, ravivalikuid, prognoosi ja elukvaliteeti. Multimorbiidne patsient vajab rohkem tervishoiuteenuseid. Multimorbiidsuse korral ei ole üksikud haigused sageli käsitletavad eraldiseisvatena, kuna nende koostoime võib suurendada ravikoormust, kõrvaltoimete riski, ja muuta üksikute haiguste standardravi patsiendi jaoks ebaproportsionaalseks või mitte-eesmärgipäraseks.
- Haprusega kulgev kaugele arenenud multimorbiidsus** on kliinilis-sotsiaalne fenomen, mida iseloomustab mitme elundisüsteemi kahjustus koos funktsionaalse ja füsioloogilise reservi olulise vähenemisega. See avaldub kõrge sümptomikoormuse, igapäevase toimetuleku progresseeruva halvenemise ning korduvate hospitaliseerimistena.
- **Elukvaliteet** (ingl *quality of life*) on subjektiivne heaolu ehk inimese hinnang oma heaolu või selle eri aspektide kohta. Elukvaliteeti hinnates kirjeldab inimene seda,

kuidas ta oma heaolu kogeb ja kui elamisväärsaks ta oma elu seetõttu peab. Elukvaliteet kujuneb mitmest omavahel seotud aspektist. Need on

- füüsiline aspekt (kas minu keha seisund on mulle talutav)
- funktsionaalne ehk toimetuleku aspekt (kas ma tulen oma eluga enda jaoks vastuvõetaval viisil toime, isegi kui vajan pidevat kõrvalabi)
- psüühiline ja kognitiivne aspekt (kas ma saan ümbritsevast aru ja olla mina ise)
- sotsiaalne aspekt (kas ma saan inimestega suhelda ja kas on, kellega suhelda)
- eksistentsiaalne aspekt (kas minu elu on minu jaoks tähenduslik ja väärikas)

Elukvaliteet ja selle aspektid on iga inimese jaoks erineva tähendusega ja seetõttu saab ainult inimene ise öelda, milline elukvaliteet on tema jaoks vastuvõetav või vastuvõetamatu.

Kliinilises praktikas kasutatakse inimese elukvaliteedi hindamiseks erinevaid mõõdikuid, mis võimaldavad elukvaliteeti teatud määral objektiviseerida ja võrreldavalt käsitleda (näiteks EQ-5D-5L, RAND-36 jne).

- **Otsustusvõime** (ingl *decision-making capacity*) on isiku võime teha teadlikke ja põhjendatud valikuid. Otsustusvõime olemasolu eeldab, et patsient on
  - kaalutlusvõimeline ehk on võimeline
    - mõistma asjakohast teavet oma tervises seisundi, pakutavate ravivõimaluste ja nende eesmärkide kohta;
    - hindama oma olukorda ning seostama saadud teavet iseenda haiguse, prognoosi ja võimalike tagajärgedega;
    - kaaluma erinevate ravivalikute poolt- ja vastuargumente (võimalikku kasu, riske ja koormust).
  - võimeline tegema oma väärtuste ja eelistustega kooskõlas oleva selge otsuse ning seda arusaadavalt ja järjepidevalt väljendama.

Otsustusvõime on otsuse- ja olukorrapõhine: see ei ole püsiv omadus ega üldine seisund, vaid võib ajas muutuda ning erineda sõltuvalt otsuse keerukusest. Patsiendil võib näiteks olla otsustusvõime lihtsamate otsuste tegemiseks, kuid samal ajal ei suuda ta teha kaalukamaid ja keerulisemaid otsuseid.

Otsustusvõime hindamine on kliiniline. Arstid hindavad otsustusvõimet igal patsiendil, sest see on tervishoiuteenuse osutamiseks teadva nõusoleku saamise alus. Kõiki täiskasvanuid eeldatakse olema otsustusvõimelised, kuni ei ole põhjendatud kahtlust vastupidiseks. Kui tekib kahtlus otsustusvõime olemasolu suhtes, näiteks kognitiivse häire, deliiriumi, psühhootiliste sümptomite või raske emotsionaalse distressi korral, tuleb otsustusvõimet hinnata struktureeritult ja vajadusel kaasata erinevad spetsialistid. Kommunikatsioonihäire- ja/või intellektiprobleemiga patsientide otsustusvõime hindamine nõuab spetsialisti (nt logopeedi, puudespetsialisti) kaasamist. Psühhiaatrilise või neuroloogilise diagnoosi olemasolu iseenesest ei tähenda otsustusvõime puudumist.

- **Teovõime** on inimese võime iseseisvalt teha kehtivaid õigustoiminguid. Teovõime võib olla täielik või piiratud. Täiskasvanud inimeselt eeldatakse täieliku teovõime olemasolu. Teovõime piiramine on juriidiline toiming, mille teeb kohus peamiselt

kohtupsühhaatrilisele ekspertiisile tuginedes, või faktiline olukord, kui inimene ei ole veel 18-aastane. Kohus tuvastab inimese teovõime piiratuse, kui ta vaimuhaiguse, nõrgamõistuslikkuse või muu psüühikahäire tõttu kestvalt ei suuda oma tegudest aru saada või neid juhtida. Piiratud teovõimega inimesele määrab kohus eestkostja ja inimene on piiratud teovõimega ulatuses, milles talle eestkostja on määratud. Piiratud teovõimega inimene võib olla otsustusvõimeline. Vähemalt 15-aastase inimese piiratud teovõimet võib kohus laiendada, kui selleks on vajadus ja isiku arengutase seda võimaldab.

- **Patsiendi tahe** on patsiendi enda suuliselt või kirjalikult väljendatud või omaste kaudu välja selgitatud tervist, ravi ja hooldust puudutavad eelistused, soovid või juhised. Patsiendi tahe on tema autonoomia väljendus ja teadlikult kujundatud soov, mida tervishoiutöötajal tuleb austada ja järgida.
  - **Otsustusvõimelisele** inimesele võib tervishoiuteenust osutada üksnes tema nõusolekul. Patsienti peab temale arusaadaval moel teavitama, ta peab olema teabest igakülgselt aru saanud ja andma teadva nõusoleku. Patsiendil on õigus informatsiooni saamisest keelduda.
  - **Otsustusvõimetu** on patsient siis, kui ta on teadvuseta või ei ole muul põhjusel võimeline tahet avaldama. Sel juhul on tervishoiuteenuse osutamine lubatud, kui see on patsiendi huvides ja vastab tema poolt varem avaldatud või tema eeldatavale tahtele ja tervishoiuteenuse viivitamatu osutamata jätmine oleks ohtlik patsiendi elule või oluliselt kahjustaks patsiendi tervist. Patsiendi varem avaldatud tahe võib olla tervise infosüsteemist kättesaadav patsiendi elulõpu tahteavaldus, aga ka muul moel väljendatud tahe, mida enamasti vahendavad patsiendi omaksed. Kui patsiendi varem avaldatud tahe pole teada, siis tuleb tema eeldatav tahe vastavalt võimalustele selgitada välja patsiendi omaste abiga.
- **Patsiendi tahteavaldus** on otsustusvõimelise patsiendi kirjalikult või suuliselt väljendatud tahe selle kohta, millist ravi või hooldust ta soovib või ei soovi olukorras, kus ta ise pole enam võimeline otsuseid langetama ja soove väljendama.
- **Konsiilium** on vähemalt kahest arstist koosnev, vajadusel erialadeülene ehk multidistsiplinaarne arutelu, mille eesmärk on hinnata patsiendi seisundit, ravivõimalusi, ravi eesmärke ja proportsionaalsust, vastavust patsiendi tahtele jne ning kokku leppida edasises raviplaanis. Erinevalt lihtsast arutelust on konsiilium struktureeritud: selles sõnastatakse konkreetne kliiniline küsimus, tehakse põhjendatud otsus ning konsiiliumi järeldused kindlasti dokumenteeritakse.
- **Mitte elustada kliinilisest surmast** (ingl *Do Not Resuscitate*; **DNR**) tähendab **ainult seda**, et vereringe ja hingamise seiskumise (e kliinilise surma) korral elustamisvõtteid ei rakendata. See ei tähenda ühegi teise, kaasa arvatud elu säilitava ravi piiramist. European Resuscitation Council (ERC) 2025. aasta juhiste järgi soovitatakse kasutada ingliskeelset väljendit *Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation* (**DNACPR**).
- **Lubada loomulik surm** (ingl *Allow Natural Death*; **AND**) on otsus mitte rakendada elu lõpus elu säilitavaid ja pikendavaid meditsiinilisi sekkumisi ning on otsus lubada haiguse loomulikul kulul viia surmani, keskendudes vaevuste leevendamisele, hooldusele ja inimväärikuse säilitamisele. Ravi eesmärk on palliatiivne.

- **Mitte rakendada invasiivset ventilatsiooni** (ingl *Do Not Intubate*; **DNI**) tähendab, et hingamispuudulikkuse raviks invasiivset kopsude kunstliku ventilatsiooni ei rakendata. See ei tähenda, et anesteesia läbiviimiseks ei tohiks patsiendile rajada invasiivset hingamisteed (nt intubeerida). Eraldi peab otsustama ja dokumenteerima hingamistoetuse teiste viiside kasutamise.
- **Terminaalne ekstubatsioon** on endotrahheaalse toru eemaldamine patsiendilt, kellel on tehtud elu säilitava ravi lõpetamise otsus. Eesmärk on sümptomite leevendamisele keskendumine ja patsiendile võimalikult väärika ja loomuliku suremise võimaldamine.

## 2.1. Terminid, mida ekslikult seostatakse ravi piiramisega

- **Eutanaasia** on praktika mille puhul arst või arsti vastutusel teine tervishoiutöötaja tahtlikult lõpetab patsiendi elu tema teadliku ja vabatahtliku taotluse alusel eesmärgiga lõpetada leevendamatud ja talumatud kannatused. Eutanaasia on surmamine ehk elu loomuliku kulu aktiivne katkestamine meditsiinilise sekkumise kaudu. Eutanaasia ei ole Eestis legaliseeritud. Elu säilitava ravi piiramine ei ole eutanaasia.
- **Abistatud enesetapp** on praktika, mille puhul tervishoiutöötaja või muu isik teadlikult võimaldab või hõlbustab leevendamatute vaevustega inimese vabatahtlikku ja teadlikku elu lõpetamist, andes talle vahendid, juhised või muu abi, kuid surmava teo viib ellu inimene ise. Abistatud enesetapu korral ei põhjusta surma abistaja, vaid see, kes enesetapu sooritab. See eristab abistatud enesetappu eutanaasiast, mille puhul tervishoiutöötaja või muu isik surmab patsiendi. Tervishoiutöötaja poolt abistatud enesetapp on Eestis keelatud.

## 2.2. Laialdaselt kasutatavad, kuid probleemsed terminid

- **Parim toetav ravi** on ebatäpne ja segadust tekitav termin, mis ei määratle selgelt, millises palliatiivravi etapis patsient on. Patsientides ja nende lähedastes võib see termin toita põhjendamatuid ootusi. Palliatiivravi juhendi järgi viitab *parima toetava ravi* definitsioon elulõpuravile. Intensiivravi kontekstis ei ole *parim toetav ravi* organasendusravi lõpetamiseks sobiv piiranguotsus. Küsitav on, kas mingi pakutava ravi nimetuses on sobiv kasutada hinnangulist sõna nagu *parim*. Soovitame *parima toetava ravi* asemel kasutada *palliatiivse ravi* terminit koos täpsustusega, missuguses palliatiivse ravi faasis patsient on.
- **Aktiivravi** ei ole seni kasutusel olnud tähenduses täpne. Aktiivraviks on traditsiooniliselt peetud kuratiivset, haigust pidurdavat, elu säilitavat ja pikendavat ravi, kuid vastavalt kaasaegsele palliatiivse ravi definitsioonile on ka palliatiivne ravi aktiivne ravi. Seetõttu ei ole ravipiirangu otsus aktiivravi lõpetada realselt teostatav, sest palliatiivne ravi peab olema alati kõigile inimestele tagatud kuni surmani. Soovitav on selle termini asemel kasutada piirangute termineid *elu säilitava* ja *elu pikendava ravi lõpetamine*.

### 3. Ravi piiramise eetilised alused

Maaailma Arstide Liidu (WMA) arstieetika koodeksil ja Genfi deklaratsioonil (s.o arstivanne) ning nende alusel koostatud Eesti arstieetika koodeksil ei ole küll seaduse jõudu, kuid need on kooskõlas Eesti õigusaktidega ja ravi piiramisel peab neist juhinduma.

- Maaailma Arstide Liidu rahvusvaheline arstieetika koodeks  
[https://arstideliit.ee/wp-content/uploads/2023/03/WMA-arstieetika-koodeks .pdf](https://arstideliit.ee/wp-content/uploads/2023/03/WMA-arstieetika-koodeks.pdf)
- Eesti arstieetika koodeks  
[https://www.arstideliit.ee/wp-content/uploads/2011/10/Eesti arstieetika koodeks.pdf](https://www.arstideliit.ee/wp-content/uploads/2011/10/Eesti_arstieetika_koodeks.pdf).

Tervishoiutöötajad peavad oma töös alati meeles pidama meditsiinieetika põhiprintsiipe: heategemine, mittekahjustamine, patsiendi autonoomia ja väärikuse austamine ning õiglus.

1. Meditsiini arenguga **on muutunud inimese elu säilitamise põhimõtted**. Kui varem oli arstidele pandud kohustuseks alati säilitada inimelu, siis tänapäeval on ülimaks muutunud inimelu ja -väärikuse austamine (Genfi deklaratsioon 1948, 2005). Võimekus surma edasi lükata seab arstide ette ülesande prognoosida, kas patsient saab elu säilitavast ravist kasu pikemas perspektiivis. Pahatihti saavutatakse tehnoloogiate abil surma edasilükkamine intensiivravis või siis hoopis ellujäämine inimese jaoks vastuvõetamatu elukvaliteediga, mis riivab tema väärikust. Elu pühadus tähendab paljude inimeste, sealhulgas ka arstide jaoks ekslikult kohustust elu iga hinnaga alal hoida ning see teeb raskeks leppimise asjaoluga, et austus inimelu vastu tähendab ka väärika suuremise võimaldamist.
2. **Heategemine** tähendab tegutsemist patsiendi parimates huvides ja **mittekahjustamine** on kahjustuste ja kannatuste vältimine. Need põhimõtted eeldavad, et ravi kasu kaalub üles sellega kaasnevad kahjud. Elu säilitamine ei pruugi alati olla patsiendi huvides, kui see märkimisväärselt suurendab kannatusi ja ei pruugi lõppeda patsiendi jaoks vastuvõetava tulemusega.
3. Igasugune ravi eeldab kehtivat õiguslikku alust ehk teadlikku nõusolekut, mis sisuliselt tähendab kompetentse ja hästi informeeritud inimese otsust, kui suur ravikoormus ja missugune tulemus on talle vastuvõetav. **Autonoomia** ja isikupuutumatus austamine eeldab tõemeelset ja taktitundelist suhtlemist patsiendi ja/või tema omastega. Tervishoiutöötajad peavad andma patsiendile piisavalt arusaadavat teavet, et ta saaks teha enda jaoks õigeid otsuseid. Teave patsiendi tervises seisundi, prognoosi, ravi mõju ja kõrvaltoimete kohta peab olema objektiivne, individuaalne ja tasakaalustatud. Kui patsient ei soovi infot ja soovib jätta otsustamise teistele, tuleb seda austada. Samas ei tähenda autonoomia austamine, et patsiendil oleks õigus nõuda ravi, mis ei ole näidustatud.
4. Kui patsient ei ole otsustusvõimeline, tuleb austada tema varem väljendatud soovi. Sellisel juhul on tervishoiutöötajatel kohustus anda teavet lähedastele, välja arvatud juhul, kui see oleks selgelt vastuolus patsiendi sooviga. **Varem väljendatud tahe** võib olla suuline või kirjalik ja selle vahendajateks võivad olla patsiendi omaksed. Kirjalik tahteavaldus võib olla vabas vormis või notariaalselt kinnitatud, samuti võib see olla dokumenteeritud digitaalsesse haiguslukku. Neist kõige kindlam ja paremini läbimõeldud ning tervishoiutöötajatele õigeaegselt kättesaadav on patsiendi elulõpu tahteavaldus.

5. **Õigus** tähendab, et näidustatud tervishoiuteenused on kõigile võrdselt kättesaadavad. Ühele haigele mahuka ressursi kulutamine võib ebaõiglaselt vähendada teiste ravi kättesaadavust. Kaaluma peaks sellisest ravist loobumist, mille kasu patsiendile on minimaalne või kaheldav, olles samal ajal eproportsionaalselt kulukas. Ravi vajalikkust tuleb hinnata nii haiguse raskuse, eeldatava kasu kui ka kulutõhususe alusel.
6. Elu säilitavast ravist hoidumist või selle lõpetamist **ei tohi segi ajada eutanaasia ja abistatud enesetapuga**. Ravist loobumise tulemusena inimene sureb oma haiguse tagajärjel: surma saabumist ei kiirendata ega takistata. Eutanaasia ja abistatud enesetapu korral inimese elu loomulik kulg katkestatakse ehk inimene surmatakse kas teise inimese või tema enda poolt.
7. See ravijuhend käsitleb ainult ravipiiranguid ning nendega seonduvat. Kannatuste leevendamine on tugev moraalne kohustus. See kehtib ka siis, kui vaevusi saab leevendada vaid ravimitega, mille kõrvaltoimed võivad lühendada elu. Seda nimetatakse **ravimite kahese toime printsiibiks** ja seda peetakse elulõpuravi kontekstis lubatavaks. Ravimite manustamise tahtlus ei ole surmamine nagu eutanaasia, vaid hoopis vaevuste leevendamine, mille korral surma võimalik kiirem saabumine on tingitud ravimite kõrvaltoimetest.
8. **Enteraalne ja parenteraalne toitmisravi ja vedelikravi** on meditsiinilised sekkumised ja olemuselt elu säilitavad ravimeetodid. Toitmis- ja vedelikravist loobumine võib olla emotsionaalselt raske nii patsiendi lähedastele kui ka ravimeeskonnale. Seetõttu tuleb juba varakult jagada teavet loomuliku suremisprotsessi ning vedelike manustamise võimalike kasude ja kahjude kohta. Vedeliku tarbimise vähenemine on suremisprotsessi loomulik osa. Kui on alust arvata, et patsient tunneb ebamugavust, on asjakohane kasutada vaevusi leevendavat ravi. Hea suuhügieen on oluline ebamugavustunde ennetamiseks.
9. Eetiliselt ega juriidiliselt **ei ole vahet, kas elu säilitavat ravi ei alustata üldse või juba alustatud ravi lõpetatakse**, kui prognoos vaatamata ravile ei parane. Sageli on ravi alustamise hetkel meditsiiniline olukord ebaselge isegi siis, kui paranemise lootust ei tundu olevat. Kui sellises olukorras ravi alustatakse, tuleb patsiendile ja/või omastele selgitada, et ravi võib olla ajutine ja lõpetatakse, kui see ei anna soovitud tulemust. Seda tuleb teha lugupidavalt ja empaatiliselt.

## 4. Ravi piiramise regulatiivne raamistik

Eesti meditsiiniõiguses on tervishoiutöötaja tegevus reguleeritud küllalt üldsõnaliselt. Tervishoiutöötaja tegevuse seadustega kooskõlas hoidmiseks on vajalik tunda seetõttu ka meditsiinieetika aluseid. Ravipiirangute kontekstis peab tervishoiutöötaja tegevus olema vastavuses järgmiste Eestis kehtivate õigusaktidega:

- Eesti Vabariigi Põhiseadus (<https://www.riigiteataja.ee/akt/ps>)
- Võlaõigusseadus (<https://www.riigiteataja.ee/akt/v%C3%B5s>)
- Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (<https://www.riigiteataja.ee/akt/ttk>)
- Isikuandmete kaitse üldmäärus (GDPR) (<https://eur-lex.europa.eu/ET/legal-content/summary/general-data-protection-regulation-gdpr.html>) ja isikuandmete kaitse seadus (<https://www.riigiteataja.ee/akt/iks>)
- Karistusseadustik (<https://www.riigiteataja.ee/akt/kars>)

Arvestada tuleb ka raviasutuse sisemisi kokkuleppeid ja käitumisreegleid.

Tervishoiuteenuste õiguspäraseks osutamiseks on vaja teada järgmist:

### 1. Patsiendi nõusolek

- Tervishoiuteenuse osutamine on lubatud **patsiendi nõusolekul**.
- Patsiendi nõusolekut saab küsida ainult **näidustatud ravi** kohta, sest näidustamata ravi ei saa olla kooskõlas arstiteaduse üldise standardiga.
- Patsienti peab enne nõusoleku andmist **teavitama** raviga seotud olulistest asjaoludest (nt ravi sisu, riskid, oodatav tulemus jne).
- Patsient võib nõusoleku alati tagasi võtta. Nõusoleku **tagasivõtmisel** ei ole tagasiulatuvat mõju, vaid ainult edaspidine mõju.

### 2. Patsiendi keeldumine teabest ja ravist

- Patsient võib endale **määrata esindaja** ning loobuda ise teavitamises ja nõusoleku andmisest osalemisest.
- Patsient võib **loobuda teavitamisest** ja ise ikkagi anda kehtiva nõusoleku.
- Patsiendil on õigus mitte anda nõusolekut ehk **keelduda ravist** (ka näidustatud ravist, elu pikendavast ravist).

### 3. Erandolukorrad

- Kui patsient on alaealine (s.o **lapspatsient**), tuleb hinnata tema kaalutlusvõimet vastavalt juhendile
  - „Lapspatsiendi kaalutlusvõime hindamine tervishoiuteenuse osutamisel. Juhend tervishoiutöötajale“ ([https://www.oiguskantsler.ee/sites/default/files/Juhend\\_LÕPLIK.pdf](https://www.oiguskantsler.ee/sites/default/files/Juhend_LÕPLIK.pdf))

Kaalutlusvõimeline lapspatsient annab nõusoleku ise. Kaalutlusvõimetu lapspatsiendi eest annab nõusoleku lapsevanem või muu eestkostja.

- Kui **piiratud teovõimega** patsiendi (sh lapspatsiendi) seadusliku esindaja otsus suure tõenäosusega kahjustab patsiendi huve, ei või tervishoiuteenuse osutaja seda järgida.

- Kui patsient on **otsustusvõimetu**, tuleb patsiendi tahe välja selgitada varasemate tahteavalduste või nende puudumisel omaste abil. Kui omaste seisukoht suure tõenäosusega kahjustab patsiendi huve, siis ei või tervishoiuteenuse osutaja seda järgida.
- Kui patsiendi tahet ei ole võimalik vajaliku aja jooksul välja selgitada, siis **ilma nõusolekuta** ravi tohib teha ainult kiireloomulise vajaduse korral (nt teadvuseta patsiendile eluohtlikus seisundis, kui elu säilitav ravi võiks olla patsiendi huvides).

#### 4. Tervishoiuteenuse kvaliteet

- Tervishoiuteenuse **kvaliteeti** hinnatakse läbi arstiteaduse üldise taseme ja erialase hoolsuse.
- **Arstiteaduse üldine tase** võib, aga ei pruugi olla kindlaks määratud ravijuhistega. Ravijuhistest võib mõjuval põhjusel kõrvale kalduda.
- **Erialase hoolsuse** juures võetakse arvesse ka arstieetika nõudeid.
- Arst ei tohi pakkuda või alustada ravi, mis on **meditsiiniliselt põhjendamatu või ebavajalik**, st vastuolus arstiteaduse üldise tasemega.
- Patsient saab nõusoleku anda ainult meditsiiniliselt näidustatud ravi suhtes. Patsiendil ei ole õigust nõuda ja arstil ei ole õigust osutada **näidustamata ravi**.
- Patsiendile peab tagama palliatiivse ravi ja inimväärse hoolitsuse.
- Arstil ja patsiendil ei ole lubatud kokku leppida ravi osutamises allpool arstiteaduse üldist taset või vastuolus kohase hoolsusega.

#### 5. Dokumenteerimiskohustus

- Patsiendi teavitatud nõusolek raviks ei pea olema allkirjastatud. Erandid tulevad (abordi, siirdamise, kunstliku viljastamise jne) eriseadustest. Kui puudub patsiendi allkiri, siis on soovitatav teha märge teavitamise ja nõusoleku kohta patsiendi dokumentatsiooni.
- Dokumenteerida tuleb osutatud teenuse kvaliteedi hindamiseks oluline informatsioon. Täpsem kord tuleneb sotsiaalministri määrusest (<https://www.riigiteataja.ee/akt/110042025005>).
- Kohustuslik on dokumenteerida tervishoiuteenuse osutamise protsessi. Kehtestatud on standardid selle kohta, mis peab olema dokumenteeritud, näiteks anamnees, uuringud, raviplaan, tulemused jne. Raviplaan juurde kuulub ka patsiendi teavitamine ja tema nõusolek, mis tungivalt võiks olla samuti dokumenteeritud, kuigi see pole kohustuslik.
- Suulised kokkulepped on kehtivad, kuid eriarvamuste korral on hiljem keeruline nende olemasolu tõestada, kui kohtus tekib tõendamiskohustus.
- Nõusoleku dokumenteerimata jätmine võib osutada hoolsusstandardite ebapiisavale järgimisele.
- Dokumentatsioon on vaidluse korral esmane tõend ja selle puudumine võib otsuse kallutada arsti kahjuks.

## 6. Karistusseadustik

Kuna ravimahu piiramisele järgneb tõenäoliselt surm, siis on põhjendatud küsida, kas arst vastutab karistusõiguslikult. Vastus on, et **ei vastuta**, sest tegemist **ei ole**

- **tapmisega** ehk teise inimese tahtliku surmamisega karistusseadustiku § 113 kohaselt, sest ravi nõuetekohasel piiramisel ei ole arsti tahtlus suunatud surmamisele, vaid arstiteaduse üldise taseme jälgimisele või patsiendi tahte austamisele;
- **surma põhjustamisega ettevaatamatusest** karistusseadustiku § 117 kohaselt, sest ravi nõuetekohasel piiramisel tegutseb arst teadlikult ja tahtlikult, mitte kogemata või eksituses olles;
- **ohtu asetamisega** karistusseadustiku § 123 kohaselt, sest seda sätet saab kohaldada ainult siis, kui oht ei realiseerunud ehk patsient jäi ellu ning ka vaatamata ravi piiramisele elus oleva patsiendi korral ei ole arsti tahtlus suunatud surmamisele, vaid arstiteaduse üldise taseme jälgimisele või patsiendi tahte austamisele;
- **abita jätmisega** karistusseadustiku § 124 kohaselt, sest ravi nõuetekohasel piiramisel antakse patsiendile arstiteaduse üldisele tasemele ja tema tahtele vastavat abi, mitte ei jäeta patsient abita.

## 5. Ravi piiramise kaalumise ajendid

Ravi piiramise otsused peavad arvestama eetilisi aspekte ja olema kooskõlas kehtiva seadusega. Ravi piiramise iga otsus peab olema meditsiiniliselt põhjendatud. Erand on olukord, kus patsient on vääramatult keeldunud ravist, mis meditsiiniliselt oleks talle näidustatud.

### **Ravi piiramist peab kaaluma järgmistes olukordades:**

1. Ravist hoidumine või ravi lõpetamine on patsiendi tahe, mida patsient võib olla väljendanud tervishoiuteenuse osutamise ajal. Otsustusvõimetu patsiendi puhul peab arvesse võtma tema varem avaldatud tahet.
2. Ravijärgne prognoositav elukvaliteet on patsiendi teadaolevate väärtuste ja eelistuste kohaselt talle vastuvõetamatu.
3. Prognoositav kasu patsiendile on ebaproportsionaalselt väike võrreldes ravist tingitud koormusega ja riskidega patsiendile ja/või ravile kuluva ressursiga.
4. Ravi ei paranda prognoosi, vaid suurendab patsiendi kannatusi ja pikendab suremise protsessi.
5. Patsiendil on ravimatu progresseeruv halva prognoosiga haigus (näiteks amüotroofiline lateraalskelroos).
6. Patsiendil on kaugelearenenud või lõppstaadiumis krooniline haigus (sh dementsus), mis oluliselt halvendab tema funktsionaalset võimekust ja lühendab tema elu.
7. Patsiendil on haprusega kulgev kaugelearenenud multimorbiidsus.
8. Patsient on oma elukaare lõpus ja halvas funktsionaalses seisundis (e habras).
9. Patsiendil on kriitiline elundipuudulikkus, mille asendusravi ei paranda haigusest paranemise ega ellujäämise prognoosi.
10. Patsiendil on halva paranemisprognoosiga raske ajukahjustus.
11. Vaatamata optimaalsele ravile ei ole patsiendi ellujäämine tõenäoline.

## 6. Ravi piiramise otsustusprotsess

Ravi piiramise otsus peab olema meditsiiniliselt põhjendatud ning arvestama eetilisi aspekte ja olema kooskõlas kehtiva seadusega. Kui patsient ei keeldu ravist enda teadliku otsusega, siis muutub määravaks prognoos. Kuna ainult arstidel on prognoosimise pädevus, siis on ravi piiramise otsus alati arstlik otsus. Patsiendilt või omastelt ja õdedelt saadud teave aitab kaasa õigete otsuste tegemisele.

**Küsimused, millele peab mõtlema enne ravi piiramist, on järgmised:**

1. Kas patsient on otsustusvõimeline?
2. Kas patsiendi tahe ravi osas on teada?
3. Kui patsient on otsustusvõimetu, siis kas omakseid on teavitatud ja neile on patsiendi seisundit ja prognoosi selgitatud?
4. Kas on olemas patsiendi prognoosi hindamiseks vajalik kliiniline informatsioon?
  - diagnoos
  - kaasuvad haigused
  - skooride abil objektiviseeritud funktsionaalne võimekus (nt hapruse skaalal; skaaladel ECOG, Charlson Comorbidity Index (CCI), NYHA, Lansky, Karnofsky jne)
  - objektiivne staatus
  - kokkuvõtte uuringute tulemustest
  - senine ravi, ravivastused
5. Kas otsustusprotsessi on vajalik kaasata erinevate erialade spetsialiste?

Ravi piiramise otsus peab põhinema **prognoosi** hindamisel. Prognoosimine võib olla seotud ebakindlusega ja abi võib siin olla **erialadeülesest konsiiliumist**.

Konsiiliumi eesmärk on jõuda konsensusele, aga see ei ole alati võimalik. Eriarvamus peab olema dokumenteeritud ja põhjendatud. Kui meditsiiniline hinnang on ebaselge või ei anna üheselt mõistetavat suunist edasiseks tegevuseks, omandavad suurema tähtsuse muud, eeskätt **väärtuspõhised kaalutlused**.

Ravi piiramise otsuse teeb **arst või arstide konsiilium** nii ambulatoorse kui ka statsionaarse tervishoiuteenuse osutamise ajal. Otsuse võib teha ka esmatasandi arstiabi osutav perearst. Otsuse tegemiseks vajaliku teabe saamiseks on konsiiliumisse soovitatav kaasata õdesid ja teisi ravimeeskonna liikmeid.

Konsiilium ei ole vajalik ja **arst võib teha ravi piiramise otsuse üksi**, kui kliiniline situatsioon on selge, nt patsiendi keeldumine ravist või selge tahteavalduse olemasolu, multimorbiidse hapra patsiendi elu pikendamise loobumine, halva prognoosi korral kriitilises seisundis patsiendi elu säilitava ravi piiramine jne.

Kui kliiniline situatsioon võimaldab, tuleks ravi piiramise otsused teha ette planeeritult ja eelistatud on otsuste tegemine päeval ajal.

## 7. Ravi piiramise otsuse dokumenteerimine

Otsus ravi piiramise kohta koos põhjendusega ning jätkutegevuste plaaniga tuleb alati korrektselt dokumenteerida.

Soovitav on selleks kasutada **kindlat vormi**, mis on patsiendi elektroonses haigusloos kõikidele tervishoiutöötajatele kättesaadav. Otsus tuleb dokumenteerida selgesõnaliselt ja ka mittemeedikule arusaadavalt sõnastatuna ja vältides lühendite kasutamist.

Iga tervishoiuteenuseid osutav asutus peaks kehtestama ravi piiramise otsuse tegemise ja dokumenteerimise **kindla korra** tagamaks, et otsuse tegemise protseduur toetab läbikaalutud, meditsiiniliselt ja eetilisel põhjendatud otsuse tegemist, otsuse dokumenteerimine toimub alati ettenähtud vormis ning dokumenteerimise alternatiivseid viise (nt päevikukannet) ei kasutata.

Lisaks otsuse dokumenteerimisele soovitame kasutada patsiendi haigusloos kindlat **hoiatuse süsteemi** (nt sarnaselt allergia olemasolust hoiatamisele), mis teavitaks tervishoiutöötajaid patsiendi kohta tehtud ja käesoleval hetkel kehtivast ravi piiramise otsusest.

Teise tervishoiuteenuse osutaja juures viibiva patsiendi puhul tuleb konsultatsiooni otsus, mis puudutab ravi või selle piiramist, teha kirjalikult (aegkriitiline krüpteeritud e-kirjaga või e-konsultatsiooni kaudu).

Ravi piiramise otsuse dokumenteerimiseks soovitame kasutada järgmist andmete struktuuri:

| ARSTLIK OTSUS RAVI PIIRAMISE KOHTA                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Patsiendi isikuandmed</b><br><br>1. Patsiendi ees- ja perekonnanimi<br>2. Patsiendi isikukood                                      |
| <b>Tervishoiuteenuse osutaja (asutuse) andmed</b>                                                                                     |
| <b>Haigusloo number</b>                                                                                                               |
| <b>Osakond</b>                                                                                                                        |
| <b>Otsuse kuupäev ja kellaaeg</b>                                                                                                     |
| <b>Otsuse tegemise protseduur ja tingimused</b><br><br><b>1. Protseduur</b><br><br>1.1. ühe arsti otsus<br><br>1.2. konsiiliumi otsus |

## 2. Tingimused

2.1. erakorraline otsus

2.2. plaaniline otsus

### Otsuse sisu

1. **Mitte elustada** kliinilisest surmast
2. **Piirata ravi ja mitte elustada** kliinilisest surmast
3. **Lõpetada elu säilitav ja elu pikendav ravi** (sh vedelik- ja toitmiseravi), **jätkata elulõpuraviga**

Ravi piirava otsuse (valik 2) korral tuleb täpsustada, milliste ravivõtete kasutamist piiratakse. Ravi, mis ei ole piiratud, tuleb jätkata vastavalt näidustustele.

### Ravivõtted, mida ei kasutata:

- 2.1. invasiivne juhitud hingamine (DNI)
- 2.2. mitteinvasiivne juhitud hingamine (nt näomaski kaudu)
- 2.3. kõrge pealevooluga ninakanüüli kaudu manustatav hapnik
- 2.4. igasugune hapnikravi
- 2.5. kestevasopressorne ravi
- 2.6. neeruasendusravi (dialüüsravi)
- 2.7. vereülekanne
- 2.8. revaskulariseeriv ravi (trombolüüs, trombektoomia ajuarteritest, koronaarangioplastika)
- 2.9. kirurgiline ravi
- 2.10. onkopsüüfiline ravi
- 2.11. toitmiseravi
- 2.12. antimikroobne ravi
- 2.13. õendusabiteenusele suunatud patsiendi rehospitalseerimine uuringuteks ja raviks
- 2.14. muu raviviis (täpsustada - avaneb vabatekstiväljal)

### Ravi piiramise meditsiiniline, eetiline põhjendus

1. **Patsiendi kliinilise situatsiooni lühikokkuvõte** (vabatekstiväljal)
2. **Ravi piiramise põhjused** (märkida kõik, mis iseloomustab patsiendi olukorda)
  - 2.1. ravist hoidumine või ravi lõpetamine on patsiendi tahe
    - 2.1.1. tahe on väljendatud patsiendi poolt tervishoiuteenuse osutamise ajal
    - 2.1.2. otsustusvõimetu patsiendi tahe on välja selgitatud varem dokumenteeritud põhjal (nt elulõpu tahteavaldus)
    - 2.1.3. otsustusvõimetu patsiendi tahe on välja selgitatud omaste kaudu patsiendi varem väljaõeldu põhjal
  - 2.2. ravi järgne prognoositav elukvaliteet on patsiendile teadaolevalt vastuvõetamatu

|       |                                                                                                                                                             |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.3.  | prognoositav kasu patsiendile on ebaproportsionaalselt väike võrreldes ravist tingitud koormusega ja riskidega patsiendile ja/või ravile kuluva ressursiga. |
| 2.4.  | ravi pikendab patsiendi (elulõpu) vaevusi ja suremise protsessi                                                                                             |
| 2.5.  | Patsiendil on ravimatu progresseeruv halva prognoosiga haigus (näiteks amüotroofiline lateraalskelroos).                                                    |
| 2.6.  | patsient põeb lõppstaadiumis kroonilist haigust (sh dementsust), mis oluliselt halvendab tema elukvaliteeti ja/või lühendab tema elu                        |
| 2.7.  | patsiendil esineb haprusega kulgev kaugelearenenud multimorbiidsus                                                                                          |
| 2.8.  | patsient on oma elukaare lõpus ja halvas funktsionaalses seisundis (e habras)                                                                               |
| 2.9.  | patsiendil on kriitiline elundipuudulikkus, mille asendusravi ei paranda prognoosi elule                                                                    |
| 2.10. | patsiendil on halva paranemisprognoosiga raske ajukahjustus                                                                                                 |
| 2.11. | vaatamata optimaalsele ravile ei ole patsiendi ellujäämine tõenäoline                                                                                       |

**Lühikokkuvõtte arutelust, arvamused, eriarvamused**

(vabatekstiväli)

Juhul, kui otsus tehti konsiiliumi korras või kui konsulteeriti teiste tervishoiutöötajatega või -spetsialistidega ning esines eriarvamusi või eraldi märkimist väärivaid arvamusi, tuleb neid dokumenteerida.

1. tervishoiutöötaja/-spetsialisti ees-ja perekonnanimi
2. arvamus/eriarvamus (vabatekstiväli)

**Uue hindamise planeerimine**

Uue hindamise vajadus - jah/ei

Jaatava vastuse korral tekib lisaväli uue hindamise kuupäeva dokumenteerimiseks:

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Jätkutegevuste plaan**

(vabatekstiväli)

**Patsiendi omakseid või seaduslikku esindajat ravi piiramise otsusest teavitab**

Arsti ees- ja perekonnanimi

**Otsuse kehtivus**

Otsus kehtib:

1. käesoleva haigusjuhtumi lõpuni (kehtib ka statsionaarsele ravile järgneva õendusabiteenuse ajal)
2. käesoleva külastuse lõpuni (kehtib ainult osakonnas, kus otsust tehti)
3. tähtajaliselt kuni \_\_/\_\_/\_\_\_\_
4. tähtajatult

**Otsuse teinud arst(id)**

1. arsti ees- ja perekonnanimi
2. arsti eriala

## 8. Patsiendi ja omaste roll ravi piiramise protsessis

### 8.1 Otsustusvõimeline patsient

Loomulikud hetked edasise ravi plaani, sealhulgas ravipiirangute teemal patsiendiga suhtlemiseks on näiteks, kui:

- patsiendi seisundit ja haiguse kulgu arvestades on tõenäoline, et patsient sureb aasta jooksul;
- tervistava ja haigust pidurdava ravi võimalused on ammendunud ja ravi eesmärk muutub palliatiivseks;
- patsiendil on pöördumatu organpuudulikkus, mis vajab mehaanilist toetust (hingamisaparaat, neeruasendusravi, kehaväline membraanoksügenisatsioon, südamevatsakest assisteeriv seade jm);
- prognoos on väga halb kliinilise hinnangu või tunnustatud hindamisskaala alusel;
- haiglast väljakirjutamisel või uuesti hospitaliseerimisel tüsistus või krooniline haigus süveneb.

Otsustusvõimelisel patsiendil on õigus nõustuda elu säilitava raviga või ravist keelduda isegi juhul, kui ravi on meditsiiniliselt näidustatud. Patsiendi teadva nõusoleku andmise alus on tõemeelne ja talle arusaadav teavitamine. Professionaalne suhtlemine on oluline, et vältida ebakindlust ja lahkarmumusi raviprotsessi käigus.

Sageli märkab patsiendi soovi elu lõpu teemadel rääkida esimesena just õenduspõhine, kes on patsiendiga kõige tihedamas kontaktis. Kui patsient seda lubab, tuleb tema soov edasi anda arstile, kes ravi puudutavaid otsuseid langetab ja patsiendiga vastavaid vestlusi läbi viib.

Hea oleks, kui patsiendi ja arsti vestluse juures saaksid viibida ka omaksed, kuid seda vaid juhul, kui patsient sellega nõustub. Omaste juuresolekul peab tagama, et kaitstud oleksid patsiendi soovid ja ei oleks omaste survet. Raskelt haigetel ning surevatel haigetel on info- ja osalusvajadused, mis võivad ajas muutuda. Seetõttu ei ole võimalik anda lihtsaid vastuseid küsimusele, millal ja kuidas tuleks elu säilitava ravi piiramise teemat arutada. Paljud haiged ja nende omaksed ei saa rahuldavat teavet tervishoiutöötajate ajapuuduse ja ebapiisava suhtlemisoscuse tõttu. Patsientidel sageli puuduvad teadmised reaalsete ravivõimaluste, ravi kõrvaltoimete ja loomuliku suremisprotsessi kohta. Mitmekülgse info jagamine võib aidata vähendada patsientide hirme ja toetada nende teadlikku otsustamist ja autonoomiat.

Kui plaanis on alustada elu säilitavat ravi, näiteks neeruasendusravi, kopsude kunstlikku ventilatsiooni (nii invasiivset kui mitteinvasiivset) või enteraalset või parenteraalset toitmisravi, annab see põhjuse säilinud otsustusvõimega patsiendiga arutada ravi olemust ja riske, prognoosi ja seda, millal ja millistes olukordades võiks ravi lõpetada. Patsient peab saama võimaluse jagada oma mõtteid plaanitava ravi kohta. Arst peab sellise vestluse toimumise tagama, sest patsiendi eelistuste teada saamine on eelduseks, et tema tahtega arvestatakse ka siis, kui seisund halveneb ja patsient kaotab otsustusvõime.

Patsiendiga arutelu sisu peab alati dokumenteerima haigusloos võimalikult täpselt. Otsustusvõimelisel patsiendil saab arst aidata vormistada patsiendi elulõpu tahteavalduse, mis hakkab kehtima siis, kui patsient pole enam otsustusvõimeline. Muudel juhtudel peab täitma ravimahu piiramise protokoll, mille peab täies mahus lisama epikriisi. Otsuste kättesaadavuse

peab tagama kas erinevate tervishoiuteenuste pakkujate infosüsteemides või selle võimaluse puudumisel paberkanalil.

## 8.2 Patsient, kes ei soovi osaleda ravi puudutavates otsustes

Paljud patsiendid eelistavad, et keerulised otsused teeks nende eest arst, ega soovi ise otsustusprotsessis osaleda. On oluline välja selgitada, millist teabehulka konkreetne patsient soovib ja kui palju tahab ta otsuste tegemises osaleda.

Raviarstile on edasiste raviotsuste tegemiseks ja patsiendile vastuvõetava ravimahu pakkumiseks oluline teada saada, millist elukvaliteeti patsient peale raviprotsesse ootab.

Kui patsient ei soovi oma seisundist ja raviprotsessist teada, peab arst küsima, kas patsiendi omakseid võib tema seisundist ja raviprotsessist teavitada. Kui patsient keeldub ka sellest, tuleb keeld dokumenteerida haigusloos ja edastada info keeldumise kohta ravimeeskonnale ja ka patsiendi omastele.

## 8.3 Täisealine patsient, kellel puudub otsustusvõime

Igal konkreetsel juhul tuleb hinnata, kas patsient on otsustusvõimeline. Ka piiratud teovõimega, näiteks varases staadiumis dementsusega patsiendid, võivad olla võimelised adekvaatselt osalema oma ravi puudutavates aruteludes.

Kui patsient hinnatakse otsustusvõimetuks, siis tuleb veenduda, kas ta on varem avaldanud oma tahet. Juhul kui tahteavaldus puudub, tuleb püüda välja selgitada inimese eeldatav tahe. Kui patsiendi tahte kohta igasugune teave puudub, peab ravialase otsuse tegemisel lähtuma muudest eetilistest ja meditsiinilistest põhjendustest, eelkõige patsiendi parimatest huvidest.

Teavet patsiendi tahte kohta saab kahel viisil:

- **Varem avaldatud tahe**

Vastavalt võlaõigusseadusele saab inimene varem oma tahet väljendada suuliselt ja kirjalikult. Suulise tahte kandjad on patsiendi omaksed, kellele ta oma soovid on usaldanud. Kirjalik tahteavaldus võib olla väljendatud vabas vormis või vormistatud notariaalselt, samuti võib arst olla sisestanud patsiendi soovid digilukku ja need peaksid olema vormistatud ravipiiranguna.

Kõige kindlam on tahet väljendada patsiendi elulõpu tahteavaldusena, mille tegemise kord on sätestatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduses (§59). See on dokument, mille isik koostab juhaks, kui ta on tulevikus otsusevõimetus seisundis. Isik kirjeldab elulõpu tahteavalduses olukordi, millesse sattudes ta keelab enda nimetatud tervishoiuteenuste osutamise. Elulõpu tahteavalduse võib koostada täiskasvanud täieliku või piiratud teovõimega otsusevõimeline isik. Esmakordset elulõpu tahteavaldust on õigus koostada tingimusel, et arst on isikut nõustanud. Nõustamisel selgitab arst isikule elulõpu tahteavalduse olemust, pöördumatuid terviseseisundeid, raviviiside sisu ja tervishoiuteenustest loobumise võimalikke tagajärgi. Elulõpu tahteavaldus jõustub pärast seda, kui dokument on nõuetekohaselt vormistatult ja allkirjastatult tervise infosüsteemi jõudnud. Kehtiva tahteavalduse järgimine on patsiendile tervishoiuteenust osutavatele isikutele kohustuslik.

- **Eeldatav tahe**

Enamasti ei ole inimesed oma tahet varem avaldanud ja seetõttu jääb üle vaid oletada, mida patsient ühes või teises olukorras võiks tahta. Eeldatava tahte väljaselgitamise aluseks on inimest hästi tundvate omaste ja tervishoiutöötajate, näiteks perearsti, vahendusel saadud teave. Hinnata tuleb info asjakohasust, tähendust ja seda, kui hiljuti see patsiendilt saadi. Ilma sellise hinnanguta võib jääda ebaselgeks, kas info peegeldab patsiendi tegelikke soovide praeguses olukorras. Tähelepanu keskmes peab olema see, **mida patsient oleks tahtnud selles konkreetses olukorras**, mitte see, mida omaksed või tervishoiutöötajad soovivad.

Oluline on, et patsiendi raviarsti ning omaste vahel oleks **hea teabevahetus ja usaldus** ning et ravimeeskond ja omaksed teeksid **tihedat koostööd**. Omastele ei tohi panna vastutust ravi piiramise otsuse eest. See **vastutus lasub arstil**. Kokkuvõtte vestlusest omastega tuleb dokumenteerida võimalikult täpselt.

## 8.4 Lapsespatsioon

Lapse osalemine otsustusprotsessides sõltub tema vanusest, küpsusest, kogemustest ja tervislikust seisundist. Lapse **parimates huvides** tehtavate otsuste langetamine on vanemate õigus ja kohustus.

- Vanematel on õigus osaleda lapse ravi puudutavates otsustes.
- Vanemad ei või nõuda ravi, mida raviarst ei pea meditsiiniliselt põhjendatuks.
- Vanemad ei või keelduda ravist, mida ravimeeskond peab lapse parimates huvides olevaks.

Ravimeeskond peab andma vanematele objektiivset teavet lapse seisundi ja prognoosi kohta ning hoidma neid kursis lapse tervist puudutavate muutustega. Lapsel endal on õigus teabele ja õigus olla ära kuulatud. Kui lapsel on progresseeruv haigus ja ebasoodne prognoos, on kasulik eelnevalt arutada, millise ulatuseni ravi jätkatakse seisundi halvenemise korral, eriti olukordades, kus otsused tuleb langetada kiiresti.

Tervishoiutöötajate ülesanne on anda teavet viisil, mis arvestab vanemate olukorraga. Eelkõige vastutavad tervishoiutöötajad selle eest, et laps saaks head arstiabi ega kannataks asjatult. See hõlmab ka lapsele ja vanematele vajaliku toe ja lohutuse pakkumist.

## 9. Eriarvamused ravi piirava otsuse osas

Patsiendi ravi piiramise küsimuses ei pruugi ravimeeskonna sees valitseda üksmeel. Samuti võivad selles küsimuses esineda eriarvamused või erimeelsused ravimeeskonna ja patsiendi enda või tema omaste vahel. Seisukohtade erinevused võivad piirduda argumenteeritud diskussiooniga ja eriarvamuse dokumenteerimisega, kuid võivad päädida ka emotsionaalse konfliktiga. Erimeelsuse ja konflikti põhjusteks võivad olla halb kommunikatsioon, lahkarmused otsuse meditsiinilise või eetilise põhjenduse osas, erinevused väärtushinnangutes või usalduse puudumine ravimeeskonna vastu.

### 9.1 Eriarvamused ravimeeskonna sees

Ravi piiramise osas tekkinud eriarvamuste korral võiks olla lahenduseks ja heaks tavaks taotleda teisest arvamust.

Kui eriarvamuse lähtepunktis on eelkõige otsuse eetiline põhjendus, tuleks võimaluse korral pöörduda seisukoha kujundamise palvega eetikakomitee poole. Eestis on praegu eetikakomiteed vaid piirkondlikes haiglates, aga nendel eetikakomiteedel on valmisolek anda nõu ka teistes haiglates ette tulevate probleemsete juhtumite korral. Piirkondlike haiglate eetikakomiteed on

- Tartu Ülikooli Kliinikumi kliinilise eetika komitee [etikakomitee@kliinikum.ee](mailto:etikakomitee@kliinikum.ee)
- Põhja-Eesti Regionaalhaigla eetikanõukogu [etika@regionaalhaigla.ee](mailto:etika@regionaalhaigla.ee)

Kui ravi piiramise meditsiiniline põhjendus tekitab ebakindlust, eriarvamusi või erimeelsust, oleks hea tava küsida teisest arvamust seotud eriala kolleegidelt teisest tervishoiuasutusest. Elu säilitava või pikendava ravi piiramisega seotud küsimustes peaks teisese arvamuse taotlemise lävend olema madal.

Teisese arvamuse saamise ja dokumenteerimise formaalne protseduur ei ole Eestis kehtestatud. Oluline on, et teisene arvamus oleks taasesitamist võimaldavas vormis dokumenteeritud, tuues selgelt välja, kes on arvamuse avaldaja(d). E-konsultatsiooni tellimine võiks olla üks võimalus erialadel, kus selline teenus on olemas, ja olukorras, kus teisese arvamuse saamine ei ole aegkriitiline.

### 9.2 Eriarvamused patsiendi ja/või omaste ja ravimeeskonna vahel

Kui patsient või omaksed soovivad ravi, kuid ravimeeskond ei pea seda meditsiiniliselt näidustatuks, peab ravimeeskond pühendama aega, et selgitada oma seisukohtade meditsiinilist ja väärtuspõhist tausta. Oluline on kirjeldada, milline oleks patsiendi tõenäoline tervislik seisund pärast ravi ning millised võivad olla ravi soovimatud tagajärjed.

Kui patsiendi või omaste ravi sooviva positsiooni taga on usaldamatus ravimeeskonna vastu, võib olla abi patsiendi seisundi uuesti hindamisest ja üksikasjalikust argumenteeritud arutelust. Selles situatsioonis on omal kohal ka teisese arvamuse küsimine eeldusel, et patsient või omaksed ise pöörduvad selle palvega spetsialisti poole, keda nad usaldavad, ja ravimeeskond edastab teisese arvamuse avaldajale kogu asjakohase teabe haigusjuhtumi kohta.

Elu säilitava või pikendava ravi lühiajaline jätkamine olukorras, kus ravi lõpetamise otsus on langetatud, võib olla erandkorras õigustatud. See on lubatav vaid siis, kui see ei põhjusta patsiendile suuremaid kannatusi, ei ole vastuolus tema tahtega ning pole ebamõistlikult kulukas. Ravi lühiajaline jätkamine võib olla vajalik, et

- anda omastele võimalus hüvasti jätta
- anda aega erimeelsuste lahenemiseks ja paratamatusega leppimiseks

Ravi lõpetamise edasi lükkamine võib aga toita põhjendamatud ootusi ja koos sellega veelgi süvendada erimeelsusi, seega liigset viivitamist peab vältima.

### 9.3 Eriarvamused omaste vahel

Otsustusvõimetu patsiendi omaste vahel võib esineda erimeelsus nii selles, mida patsient soovib, kui ka selles, milline on õige otsus. Võimaluse korral tuleb selgitada välja erimeelsuse põhjus. On väga oluline eristada patsiendi eeldatavat või varem väljendatud tahet omaste soovidest ning otsuse tegemisel lähtuda patsiendi huvidest.

## 10. Elu säilitava ravi lõpetamise praktilised aspektid

Kui on otsustatud elu säilitav ravi lõpetada, tuleb tähelepanu suunata patsiendi kannatuste leevendamisele.

Teadvushäirega patsiendil elu säilitava ravi lõpetamisel tuleb lähtuda eeldusest, et ta kuuleb, tunneb valu ja ebamugavust. Elu säilitava ravi lõpetamise otsustamise järel on vajalik üle vaadata patsiendi raviskeem ning kohandada seda vastavalt palliatiivravi põhimõtetele.

Alljärgnevalt on käsitlesoovitused pärast otsuse tegemist.

### 1. Regulaarne ravimite manustamine

Nende ravimite manustamine, mille ära jätmine ei põhjustaks patsiendile kannatusi ja ebamugavust, tuleb lõpetada. See puudutab näiteks järgmisi ravimeid:

- endokriinhaiguste ravimid, sh insuliin
- kopsuhaiguste ravimid, sh KOK-i ja astma ravimid
- rütmihäirete ja südamepuudulikkuse ravimid
- vererõhualandajad ja kolesteroolitaset langetavad ravimid
- antikoagulandid/antiagregandid

### 2. Sümptomeid leevendavad / sedatiivsed / psühhoaktiivsed ravimid

Kuna palliatiivravi ja sh elulõpuravi eesmärk on sümptomite leevendamine, on asjakohane nende ravimite jätkamine, vajadusel suurendatud annuses, et tagada piisav toime.

### 3. Antimikroobne ravi

Antimikroobne ravi tuleb üldjuhul lõpetada. Erandiks on olukord, kus infektsioon põhjustab kannatusi, näiteks naha ja limaskestade infektsioonide korral, siis peaks paikset ravi jätkama

### 4. Vasoaktiivsed ja inotroopsed ravimid

Nende ravimite manustamine tuleb lõpetada.

### 5. Organasendusravi (mehaaniline organ-toetus)

Igasugune organasendusravi lõpetatakse. Enne hingamisaparaadi toetuse lõpetamist tuleb alustada terminaalse analgosedatsiooniga, kui on oht, et mehaanilise ventilatsiooni lõpetamine põhjustab lämbumistunnet. Opioidide ja rahustite annuseid peab kohandama vastavalt vajadusele kuni kannatused on leevendunud.

### 6. Lisahapnik

Kui hapniku manustamine leevendab patsiendi õhupuuduse sümptomeid, võib seda jätkata kuni terminaalne analgosedatsioon on toimivas annuses. Eelkõige vähendab õhupuudustunnet liikuv õhk, mille saavutamiseks võib kasutada ventilaatoreid.

### 7. Toitmis- ja vedelikravi

Elu säilitava ravi lõpetamisel tuleb lõpetada enteraalne ja parenteraalne toitmisravi ja vedeliku manustamine. Kui patsient soovib juua ja süüa, tuleb talle seda pakkuda suukaudu.

Toitmisravist ja vedelikravist loobumine võib olla emotsionaalselt raske nii patsiendi omastele kui ka ravimeeskonnale. Seetõttu tuleb juba varakult jagada teavet loomuliku suremisprotsessi ning vedelike manustamise võimalike kasude ja kahjude kohta.

Uuringud näitavad, et surevad patsiendid ei tunne ebamugavust, kui toitmise ravi ja vedelikravi lõpetatakse.

Hea suuhügieen on väga oluline ebamugavustunde ennetamiseks ja leevendamiseks.

### **Diagnostika**

Elulõpuravi kontekstis ei ole uuringud ja analüüsid näidustatud, küll aga põhjustavad patsiendile kannatusi. Ka surmajärgsed uuringud ei ole põhjendatud, välja arvatud seadusega kehtestatud erijuhtumitel.

### **Otsuse rakendamise järgsed tegevused**

Kui elu säilitav ravi on lõpetatud, on soovitatav korraldada järelarutelud mõne aja möödudes, eriti kui ravimeeskonnas või meeskonna ja omaste vahel esines erimeelsusi. Ravi piiramisest omastega vesteldes jääb neile pahatihti mulje, et kui nad on ravi piiramisega nõus, siis on see justkui nende otsus ja vastutus. Sellise teadmisega on raske arstide otsusega nõustuda.

**Omastele tuleb selgelt kinnitada, et nad ei kannu mingit vastutust lõpliku otsuse eest, otsustajad on alati arstid ja määrav on patsiendi enda tahe.**

## Allikate loend

1. Eesti Arstide Liit. Eetikakoodeks. Saadaval: [https://www.arstideliit.ee/wp-content/uploads/2011/10/Eesti\\_arstieetika\\_koodeks.pdf](https://www.arstideliit.ee/wp-content/uploads/2011/10/Eesti_arstieetika_koodeks.pdf)
2. Eesti Vabariigi Põhiseadus. Saadaval: <https://www.riigiteataja.ee/akt/ps>
3. Isikuandmete kaitse seadus. Saadaval: <https://www.riigiteataja.ee/akt/iks>
4. Isikuandmete kaitse üldmäärus. Saadaval: <https://eur-lex.europa.eu/ET/legal-content/summary/general-data-protection-regulation-gdpr.html>
5. Karistusseadustik. Saadaval: <https://www.riigiteataja.ee/akt/kars>
6. Maaailma Arstide Liit. Rahvusvaheline arstieetika koodeks. Saadaval: [https://arstideliit.ee/wp-content/uploads/2023/03/WMA-arstieetika-koodeks\\_.pdf](https://arstideliit.ee/wp-content/uploads/2023/03/WMA-arstieetika-koodeks_.pdf)
7. Norwegian Directorate of Health. Decision-making processes in the limitation of life-prolonging treatment. Norway. 2013. ISBN: 978-82-8081-152-3.
8. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Saadaval: <https://www.riigiteataja.ee/akt/ttk>
9. Võlaõigusseadus. Saadaval: <https://www.riigiteataja.ee/akt/v%C3%B5s>
10. Õiguskantsleri Kantselei et al. Lapspatsiendi kaalutusvõime hindamine tervishoiuteenuse osutamisel. Juhend tervishoiutöötajale. Saadaval: [https://www.oiguskantsler.ee/sites/default/files/Juhend\\_L%C3%95PLIK.pdf](https://www.oiguskantsler.ee/sites/default/files/Juhend_L%C3%95PLIK.pdf)
11. Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise tingimused ja kord. Saadaval: <https://www.riigiteataja.ee/akt/110042025005>