

Tervishoiuteenuste kvaliteedi eksperdikomisjoni esimees: Arvan, et Eestis ei ole ühtegi arsti, kes on tahtlikult patsiendile halba teinud

Tihti on arstlikku viga keeruline määratleda, rääkimata sellest, et selgitada, kas mingi konkreetse juhtumi puhul on ikka tegemist arstliku veaga või arstist sõltumatu tüsistusega, ütles tervishoiuteenuste kvaliteedi eksperdikomisjoni esimees, TÜ kohtuarstiteaduse professor Marika Väli Eesti Arsti vastutavale väljaandjale Siim Nahkurile antud intervjuus.



Prof Marika Väli

Olete alates 2012. aasta septembrist Sotsiaalministeeriumi juures asuva tervishoiuteenuste kvaliteedi eksperdikomisjoni esimees. Milline on selle komisjoni roll Eesti tervishoiu kvaliteedi tagamise süsteemis? Kas komisjon tegeleb üksnes konkreetsete kaebuste lahendamisega või on sellel veel ka teisi ülesandeid?

Tervishoiuteenuste kvaliteedi eksperdikomisjoni ülesanne on anda sõltumatu eksperdi hinnang patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedile. Komisjon lähtub oma töös tervishoiuteenuse dokumentidest,

asjasse puutuva arsti selgitustest, õigusaktidega kehtestatud nõuetest ning arvestab üldtunnustatud meditsiinitava ja meditsiini- eetika põhimõtteid. Komisjoni menetlus on dokumendipõhine: eriarsti eksperdiarvamus ja muud dokumendid saadetakse komisjoni liikmetele, kes koosolekul diskussiooni teel formeerivad otsuse. Kõik komisjoni otsused on nii tervishoiuteenust osutavale asutusele kui ka konkreetsele arstile ainult soovituslikud. Komisjoni eesmärgiks ei ole kedagi karistada, vaid ennekõike teha selgeks, kas tegemist oli vea, õnnetuse või tüsistusega. Rahalise hüvituse taotlemiseks peab patsient kohtusse pöörduma, kui ta ei saavuta kohtuvälist kokkulepet teenu- seosutajaga.

Komisjon on tegutsenud alates 1994. aastast. Kuidas hindate selle peaaegu 20aastast arengulugu? Milliseid on need komisjoni tegutsemisjooned ja väärtused, mida on peetud tähtsaks kogu selle toimimise jooksul?

Komisjoni ajalugu algab 1994. aastast, kui ravikvaliteedi komisjoni esimeheks oli dr Mait Karlis. Alates 1995. aastast on komisjoni tegevusega seotud olnud dr Peeter Mardna. 2002. aastal moodustati Tervishoiuameti juurde arstiabi kvaliteedi eksperdikomisjon. 2008. aastast tegutseb komisjon taas Sotsiaalministeeriumi juures ja põhineb sellest ajast alates ekspertidel. Alates 2000. aastast on komisjoni koosseisus Tartu Ülikooli emeriitprofessorid ja oma eriala kogenud kliinilised arstid, mistõttu on

komisjon muutunud rohkem meditsiinikeskseks ja tänu sellele on arstikond komisjoni otsuseid enam aktsepteerinud. Komisjoni liikmete hulgas on ka arstide liidu, haiglate liidu, haigekassa ja patsientide esindaja, sellest aastast ka ämmaemandate esindaja. Komisjon tegeleb konkreetsete juhtumite analüüsiga. Usun, et kõik komisjoni liikmed soostuvad mu mõttega, et komisjoni tööpõhimõtteks on olla objektiivne ja õiglane nii patsientide kui ka arstide suhtes.

Ekspertkomisjoni töömahu statistikat vaadates on näha, et esitatud kaebuste arv on tasapisi kasvanud. Kuidas tõlgendada seda kasvu, kas meie tervishoid on läinud järjest viletsamaks? Kui suur osa probleemsetest juhtudest ei jõua Teie hinnangul komisjoni arutamiseks?

Arvan, et see kasv ei ole väga suur ega ole seotud Eesti arstide kvaliteediga. Komisjoni jõuavad sageli juhtumid, kus tervishoiuteenust osutav asutus ja patsient ei ole jõudnud omavahel kokkuleppele või neil on tekkinud mingid suhtlemisprobleemid, aga on ka patsiente, kes lähevad konkreetsest haiglast või arstist mööda ning esitavad otse kaebuse meile. Üheks kaebuste arvu suurenemise põhjuseks on 2002. aastal vastu võetud võlaõigusseadus, mis tähendab, et sisuliselt hakkas sellest hetkest Eestis kehtima arsti ja haigla kliinilises tegevuses õiguslik vastutus. Teisalt on kasvanud patsientide informeeritus ja Eestis on küllaltki aktiivne patsientide ühing. Mööda ei saa vaadata ka tõsiasjast, et Eesti rahvastik vananeb, see tähendab, et eakamad inimesed vajavadki rohkem arstiabi. Üheks rahulolematuse põhjuseks on omamoodi arusaam, et arstiabi saabki Eestis ainult Tallinnas või Tartus. Näiteks kui eakas inimene suunatakse Tartu Ülikooli Kliinikumist edasi maakonnahaiglasse, siis tekitab see sugulastel kohe probleeme ja rahuolematust. Kui juhtum lõpeb patsiendi surma või tüsistusega, siis arvatakse kohe, et kõrgema etapi haiglas poleks seda juhtunud. Samas peab märkima, et on ka juhtumeid, kus patsientide kaebused on igati õigustatud, ja sellistel juhtudel on komisjon ka vastava otsuse teinud.

Olen nõus Ants Nõmperi arvamusega, et Eestis laekub tegelikult vähe kaebusi arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjonile. Kui arvutada meie rahvaarvule ümber

mõnede teiste riikide andmed, siis kaebuste hulk võiks olla kuni 15 korda suurem. Kui viimasel aastal jõudis tervishoiuteenuste kvaliteedikomisjoni 131 kaebust, siis täiesti normaalne oleks 400–500 kaebust aastas. Osa kaebusi lihtsalt ei jõua komisjoni ning osa patsiente võib jõuda oma kaebusega otse prokuratuuri või politseisse, kus omakorda määratakse kohtuarstlik ekspertiis. Selliste pöördumiste arv on aastas umbes 5–6, kusjuures osa kohtuarstlikku ekspertiisi jõudnud juhtumid on läbinud enne ka kvaliteedi ekspertkomisjoni. Aastas teevad kohtuarstid 15–20 ekspertiisi, kus põhjuseks kaebused arstide tegevuse kohta. Kohtuarstliku ekspertiisi määramise põhjuseks võib olla rahulolematuse ekspertkomisjoni otsusega ja lootus, et juriidiline otsus erineb kindlasti tervishoiuteenuste ekspertkomisjoni omast.

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni otsust ei lubata kriminaalasjades tõendina kasutada. Kas ekspertkomisjoni otsusel peaks olema rohkem jõudu?

Sooviksin, et selle komisjoni otsused oleksid kasutatavad ka kohtus tõendusmaterjalina. See kergendaks ka kohtuarstide tööd, sest sageli on nad sundseisus, s.t ravikvaliteedi ekspertkomisjoni otsust tohib kasutada ainult kui üht täiendavat dokumenti ja mõnikord tundub, et me ei tohiks samale arvamusle komisjoniga jõuda. Eestis on juhtumeid, kus kohtuarste on süüdistatud, et nad kasutavad ekspertkomisjoni otsust oma arvamusel formuleerimisel, saamata aru, et kui meie arvamus ühtib ekspertkomisjoni arvamusel, siis see ei tähenda veel, et see ei ole objektiivne. See on nonsens, sest arstiabi ekspertkomisjon on eelkõige oma eriala kogunud arstide (korüfeede) koosseis, samuti on komisjon ise küsinud arvamust mingi arstliku eriala ekspertidelt.

Oleksin isiklikult väga rahul, kui koostöös arstide, Sotsiaalministeeriumi esindajate ja juristidega saaksime seda teemat edaspidi arutada. Saan aru, et see eeldab paljude seaduste muutmist, kuid tulemus tasuks ennast tulevikus kindlasti ära.

Komisjoni statistikat vaadates ilmneb samuti, et enamiku kaebuste korral komisjon vigu ei tuvasta. Näiteks leiti 2011. aastal 128 esitatud kaebusest vigu 37 juhul. Kuidas

hindate neid pöördumisi ja nende põhjusi, mille korral komisjon vigu ei tuvasta? Samuti vajaks siinkohal enam selgitamist komisjoni praktika eristada arstliku tegevuse vigu teisest vigadest.

Tihti on arstlikku viga keeruline määratleda, rääkimata sellest, et selgitada, kas mingi konkreetse juhtumi puhul on ikka tegemist arstliku veaga või arstist sõltumatu tüsistusega. Kaebuste põhjuseks võivad olla hoopis tervishoiukorralduse organisatoorsed asjaolud, näiteks ei ole patsient rahul, et tippkliiniku asemel satub ta maakonnavalglasse. Harvad pole juhtumid, kui arsti ja patsiendi probleemid saavad alguse ebapiisavast suhtlemisest ning teineteise mittemõistmisest. Väga hea arst ei pruugi olla veel väga hea suhtleja. Tihti on ravi- ja kommunikatsioonivead omavahel tihedalt põimunud ning piiri tõmbamine nende vahele on keeruline. Ravi on seda tõhusam, mida parem on arsti ja patsiendi koostöö ning kui koostööd ei toimu, siis on ka konflikt kerge tekkima. Arstide väljaõppes võiks olla kursusi, kus arst saab teadmisi ka psühholoogia valdkonnast, samuti peaks komisjonile esitatud kaebused jõudma arstide täienduskoolitustel käsitletavate teemade hulka.

Lisaks tooks ma probleemide allikana välja dokumentide arstidepoolse nigela täitmise, millega nii kohtuarstid kui ka tervishoiuteenuste kvaliteedi komisjoni liikmed igapäevaselt kokku puutuvad. Dokumentidest peab selguma, mis kaebustega patsient haiglasse saabus, milliseid uuringuid talle tehti, millist ravi patsiendile määrati ja mis patsiendiga edasi saab. Uskuge mind, nendele küsimustele ei leia kohtuarst haigusloost alati vastust. Harvad ei ole juhtumid, kus haiguslood on ebakorrektelt täidetud, ja see, kui arst hiljem oma selgituses ütleb, et „ma tegin või ütlesin seda“, ei ole tegelikult objektiivne tõend.

Tahan tuua välja veel ühe kaebuste põhjuse. Kui ühe haigla või raviasutuse arst ütleb patsiendile, et teda eelnevalt ravinud arst ravis valesti või seda haigust oleks saanud hoopis teisiti ravida, siis uskuge mind, patsient ei jäta kaebust esitamata. Osa kaebusi on suunatud vanglameditsiini

kvaliteedi kohta, millest suurem osa ei ole põhjendatud. Suhteliselt palju kaebusi on hambaarstide töö vastu. Küllap nendes valdkondades, kus on rohkem mängus patsientide isiklikku raha, tuleb neilt ka rohkem kaebusi.

Milline oleks Teie arvates kõige õigem viis komisjoni töö tulemusi rakendada? Kas oleks mõeldav osa komisjoni jõudnud juhtude avalikustamine või kasutamine tervishoiutöötajate väljaõppes ja täienduskoolitusel? Kas komisjoni töö vajaks senisest enam avalikustamist?

Pooldan meil käsitletud juhtumite arutelu meedikute erialastes ringkondades ning mõningatest juhtumitest võiks ka Eesti Arstis kirjutada. Tervitatav oleks selliste juhtumite arutelu arstide erialaste täienduskoolituste raames.

Omaette teema on kaebuste avalikustamine meedias. Ma ei arva, et neid juhtumeid peaks seal rohkem avalikustama. Me kõik oleme näinud, mis toimub Eesti ajakirjanduses, kui tegu on mingi meditsiinis juhtunud õnnetuse või ravi tagajärjel tekkinud tüsistusega, või veel hullem, kui on tegemist surmajuhtumiga. Sageli ei anna avalikkus endale aru, et kõik surmaga lõppenud juhtumid ei ole tingitud arstlikust veast. Juba ainuüksi arusaam sellest, mis on tüsistus, on arstil ja patsiendil täiesti erinev. On tüsistusi, mis käivad kaasas konkreetse vigastuse või haigusega, ning on tüsistusi, mis on tekkinud arstliku tegevuse tagajärjel. Samas peab aga küsima, kas arst oleks saanud midagi teisiti teha, miks ta just nii käitus, kas seda tüsistust oleks saanud ära hoida, kas see tegevus oli tahtlik või tahtmatu. Küsimus, millele kohtuarst meditsiinilise juhtumi hindamisel peab sageli vastama, on seotud nn ennustamisega. See tähendab vastuse leidmist oletustele, kui oleks kasutatud muud ravimit või kirurgilist meetodit või alustatud tegutsemisega kaks tundi varem, kas saanuks siis patsiendi elu päästa. Kahjuks ei saa meditsiin rajaneda ennustamisele. Arvan, et Eestis ei ole ühtegi arsti, kes tahtlikult on tahtnud patsiendile halba teha. Kõik eelnevalt esitatu raskendab nende juhtumite avalikustamist mittemeedikute hulgas.