

# Meditseenilisest veast teatamine patsiendile

Liis Puis<sup>1</sup>, Aime Keis<sup>2</sup>

Meditseenilisi vigu defineeritakse kui välditavaid ebasoodsaid meditsiinilisi ilminguid, mis tekivad kas tehtu või tegematajätmise tagajärjel ning millel on potentsiaalselt kahjulikud tagajärjed patsiendile (1, 2). See, kas kõik vead on tõeliselt välditavad, on vaieldav (3). Samuti on oluline eristada hooletut käitumist ausatest vigadest (1). Esimesel korral on tegu välditavate vigadega, mille oskuslik ja teadlik sama eriala teine esindaja sarnases situatsioonis ja tingimustes vales tunnistaks (1, 2).

Meditseenipraktikas on vead tavalised ning peaaegu kõik praktiseerivad arstid on teinud vigu, kuigi tihti neist ei räägita ei patsientidele ega nende peredele (4). Uuringud näitavad, et arstid tahaksid vigu patsientidele avalikustada, aga tihti ei tehta seda ebapiisava tugisüsteemi ja sellistes olukordades vajaliku suhtlemisoskuse puudumise tõttu, samuti on arstidel jätkuvalt hirm kohtuprotsessi või patsientide ja maine kaotuse ees (5, 6). Ausa ülestunnistuse peamiseks takistuseks ongi just hirm kohtuprotsessi ees (7–9). Seda ka olenemata tõsiasjast, et tegelikult viivad kohtusüüdistuseni vähesed juhud – Harvardi meditsiinipraktika uuringus leiti, et ainult 2% juhtudest (1, 8, 10).

Lääneriikides on olemas peaaegu universaalne kokkulepe, et kahjuni viivatest vigadest tuleb patsiendile rääkida. Ühest küljest on juhtunu mõistmine oluline selleks, et patsient saaks anda informeeritud nõusoleku veale järgnevate meditsiiniliste sammude astumiseks, teisest küljest on leitud, et ausus võib hoopis tugevdada arsti ja patsiendi

suhet (2, 4). Eetilisi, inimlikke ja seaduslikke põhjusi selle kohta, miks tuleb patsiendile veast rääkida, on veel mitmeid. Artikli eesmärk on aga tuua välja peamised aspektid, millest lähtuda, kui teatada tehtud veast patsiendile.

Kuna patsiendile veast teatamine on halbade uudiste edastamine, peab see toimuma õiges kohas ja õigel ajal, mil patsient on füüsiliselt ja emotsionaalselt piisavalt stabiilses seisundis, et see teave vastu võtta (1, 4). Meditsiinis kehtib neli klassikalist bioetika põhiprintsiipi: patsiendi autonoomia, mittekahjustamise, heategemise ja õigluse printsiip. Keeruline on teavitada patsienti tekkinud raviveast nii, et ei tekiks füüsilist ja vaimset kahju patsiendile. Patsiendil on õigus teada kogu infot, mis on temaga toimunud tervishoiuteenuse osutamisel. Eelkõige Hippokratese aegadest pärinev kuuluse lause – *primum non nocere* –, mida tudengid teavad n-ö unepaalt, peab püsima arstidel meeles kuni karjääri lõpuni. Kui aga siiski on juhtunud raviviga, siis on õiglane, et patsient saab sellest teada oma raviarsti käest ja et võimalikud tervisehädad, mis sellest kõrvalekaldest olid tingitud, likvideerib tervishoiuteenuse osutaja. Tõelise kahjustuse korral tuleb aga pakkuda ka rahalist kompensatsiooni, nagu arenenud läänemaailm seda juba ammuilma on teinud (8).

Enne kui minna veast rääkima, on oluline, et arst oleks mõelnud läbi kõik detailid ja kogunud vajalikud faktid (2). Hébert, Levin ja Robertson (2001) on oma artiklis välja toonud, et vajaduse korral tuleks otsida abi inimestelt, kes võiksid vea teatamisel abiks olla. Kui vea teeb arst, kellel on alles õpingud pooleli, siis on vastutus jagatud

juhendava arstiga (4). Juhendaja peaks sel juhul koos residendiga patsiendile veast teatama ning vajaduse korral kaasama mõne asutuse esindaja (4, 11).

Vestlust peaks alustama tehtud vea tunnistamisest ning seejärel võiks selgitada langetatud otsuste tagamaid (4). Kõik olulisemad vestluses arutatud aspektid tuleks dokumenteerida (1). Rääkimisel ei tohiks käituda ennast kaitsvalt ega puiklevalt ning vältima peaks mitmetähenduslikkust, keerulist sõnastust ning kiusatust jätta patsiendile muljet, et viga oli vältimatu või suisa eeldatav tulem (1, 2). Uuringud on näidanud, et enamikule patsientidest on veast teatamisel tähtsad kolm aspekti: vabandust palumine, selgitus ja tegevus sarnaste olukordade vältimiseks tulevikus (8, 12). Paljudel juhtudel on mõni neist komponentidest puudu ning see nõrgestab ka teiste mõju (12).

Kuigi vabandust palumine on keeruline protsess ning selle olemus peaks sõltuma konkreetsest olukorrast, on olemas teatud ühised jooned, mida järgida. Need on vea tunnistamine, kahetsuse ja edasise tegevuse väljendamine (13). Vabandus on peale patsiendi oluline ka arstile. Vabanduse palumine ning vea tunnistamine võivad aidata vähendada süü- ja häbitunnet ning emotsionaalset kurnatust (4, 8). On aga oluline, et vabanduse palumisel ei keskendutuks mitte ainult arsti huvidele. Pärast vabandamist peaks patsient tundma, et arst mõistab, millist mõju tehtud viga talle kui inimesele avaldab, ning nägema, et arstil on tõesti kavatsus midagi tulevikus muuta (13). Efektiivseks vabandamiseks on vajalik heal tasemel suhtlemisoskus, mis hõlmab nii verbaalset

<sup>1</sup> TÜ Kliinilise meditsiini instituut,  
<sup>2</sup> Ida-Viru Keskhaigla

kui ka mitteverbaalset komponenti (nt kehaga ettepoole kallutamine, pikemaajaline silmavaatamine, peanoogutused, sobilik kõnemaneeer, sujuvad kehaliigutused, sobival ajal naeratamine) (5, 8). Kuigi eelnimetatule ei panda tihti suurt rõhku, on see oluline, et väljendada siirust ja empaatiat ning aidata kaasa andestamisele ning usalduse taastekkele (5, 8, 14). Mitteverbaalne suhtlemine pole patsientide silmis mitte ainult tunnustust väärt oskus, vaid midagi, mida pigem arstilt oodatakse (5).

Kuigi siiras vabanduse palumine on oluline, ei ole see patsiendi jaoks piisav (8). Inimesele on tähtis, et arst võtaks juhtunu eest ka vastutuse ning selgitaks täpselt sündmuste ahelat, mis viis vea tekkeni (8, 12). Patsient tahab täpselt mõista, mis juhtus, ning samuti saada kinnitust selle kohta, et meetmed niisuguste sündmuste kordumise vältimiseks on kasutusele võetud (5, 8, 12). Täpne selgitus näitab patsiendile ka seda, et vea tegija saab aru, mis

täpselt valesti läks, ning õpib sellest (5, 12). Viga võib olla andestatav, aga sellest mitteõppimine pole (12). Patsiendile on oluline ka see, et tema kui isiksuse muret mõistetak. Arstid kipuvad keskenduma meditsiinilistele tagajärgedele ja advokaadid finantsiliste lahenduste leidmisele, aga patsient kui emotsionaalne isiksus jääb tihti tagaplaanile (8). Nagu ka haiguste ravimisel, on sellistes olukordades oluline inimese kui terviku vaatamine ning vastavalt sellele käitumine.

Uringud on näidanud, et peaaegu kõik arstid teevad vigu. Just seetõttu oleks oluline juba arstitudengitele õpetada tehtud veaga toimetulekut ning sellest teatamist patsiendile ja tema lähedastele. Noortele oleks oluline rääkida nii teoreetilistest aspektidest kui ka vanemate kolleegide kogemustest – ainult nii saaks tagada selle, et tulevased arstid oleksid kas või mingil määral sellisteks olukordadeks ette valmistatud.

## KIRJANDUS

1. Hébert PC, Levin AV, Robertson G. Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical error. *CMAJ* 2001;164:509–13.
2. Chamberlain CJ, Koniaris LG, Wu AW, Pawlik TM. Disclosure of „Nonharmful“ medical errors and other events: duty to disclose. *Arch Surg* 2012;147:282–6.
3. Brennen T. The Institute of Medicine report on medical errors: Could it do harm? *N Engl J Med* 2003;342:1123–5.
4. Wu AW, Cavanaugh TA, McPhee SJ, Lo B, Micco GP. To tell the truth. Ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. *JGIM* 1997;7:770–5.
5. Hannawa AF. Disclosing medical errors to patients: Effects of nonverbal involvement. *Patient Educ Couns* 2013;94:310–3.
6. Wu AW. Medical error: the second victim – the doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 2000;320:726–7.
7. Vines PE. Apologies and civil liability in England, Wales and Scotland: the view from elsewhere. *Edinb Law Rev* 2007;12:200–30.
8. Hannawa AF, Beckman H, Mazor KM, Paul N, Ramsey JV. Building bridges: Future directions for medical error disclosure research. *Patient Educ Couns* 2013;92:319–27.
9. Ghalandarpoorattar SM, Kaviani A, Asghari F. Medical error disclosure: the gap between attitude and practice. *Postgrad Med J* 2012;88:130–3.
10. Wu AW. Handling hospital errors: is disclosure the best defense? *Ann Intern Med* 1999;131:970–2.
11. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. How house officers cope with their mistakes: doing better but feeling worse? *West J Med* 1993;159:565–9.
12. Mazor KM, Greene SM, Roblin D, et al. More than words: Patients' view on apology and disclosure when things go wrong in cancer care. *Patient Educ Couns* 2013;90:341–6.
13. Allan A, McKillop D, Dooley J, Allan MM, Preece DA. Apologies following and adverse medical event: The importance of focusing on the consumer's needs. *Patient Educ Couns* 2015;98:1058–62.
14. Hannawa AF. „Explicitly implicit“: examining the importance of physician nonverbal involvement during error disclosures. *Swiss Med Wkly* 2012;142:w13576.

## Kui palju füüsilist tegevust on piisav, et vähendada haigestumise riski rinna- ja jämesoolevähki, diabeeti ning südame ja aju isheemilisse haigusse?

Maaailma Terviseorganisatsiooni soovitude kohaselt on terviseriskide vähendamiseks vajalik füüsiline tegevus, mis kulutab energiat vähemalt 600 metaboolset ekvivalenti minutis nädalas (MEV min/näd). Senini on vähe andmeid, millised konkreetseid terviseriske sellises mahus füüsiline tegevus võiks vähendada.

Rahvusvaheline uurijate rühm analüüsis 1980. aastast kuni 2016. aasta veebruarini andmebaasides MedLine ja EMBASE avaldatud materjale, et välja selgitada,

millises mahus füüsiline tegevus vähendab riski haigestuda rinna- ja jämesoolevähki, diabeeti, südame isheemiatõppe ning isheemilisse insulti. Kokku analüüsiti 174 artikli materjale.

Analüüsist ilmnas, et füüsiline tegevus 600 MEV min/näd vähendas võrreldes füüsiliselt vähem aktiivsete isikutega loetud haigestumise riski 2% võrra. Isikutel, kelle füüsiline aktiivsus oli 3000–4000 MEV min/näd, oli haigestumise risk samadesse haigestumise vähem aktiivsete isikutega võrreldes 19% väiksem. Suurema füüsilise koormusega (9000 – 12 000 MEV min/näd) isikutel vähenes haigestumise risk võrreldes 3000–4000 MEV min/näd koormusega isikutega uuringu põhjal vaid 2%

võrra. Seega on optimaalne füüsiline koormus, mis vähendab riski haigestuda uuritud haigestumise, 3000–4000 MEV min/näd. Sellise energiakulu annavad näiteks mõõduka tempoga kõndimine 25 minutit päevas, 20 min jooksu või aiatööd, samuti 10 min treppidest üles kõndimist päevas.

Senini kehtiv Maaailma Terviseorganisatsiooni soovitus füüsilise aktiivsuse mahu kohta ei ole ilmselt piisav, et vähendada riske haigestuda tänapäeval enam levinud haigestumise.

## REFEREERITUD

Kyu HH, Forouzanfar MH, Bachman V, et al. Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *BMJ* 2016;354:i3857.

## LÜHIDALT