

Marko Murruste: huvi puudumine patsiendiohutuse seadusega edasimineku vastu on müstiline

Meditsiinitöötajate jaoks on huvi puudumine patsiendiohutuse seadusega edasimineku vastu täiesti arusaamatu, isegi müstiline, sest sellest on huvitatud kõik raviprotsessis osalejad, rääkis Tartu Ülikooli Kliinikumi kirurgiakliiniku vanemarst-õppejõud Marko Murruste Med24 toimetajale Madis Filippovile.

Kuulute koos Tõnu Rätsepaga mullu kõige enam patsientidelt tänu pälvinud arstide hulka kliinikumis. Mida peavad teie arvates patsiendid arsti puhul kõige olulisemaks?

Ma olen üsna veendunud, et patsiendi peamine huvi arstiga suhtlemisel on oma hädale leevendust saada ja ideaalis haigusest täielikult vabaneeda. Peale selle on aga olulised veel mitmed inimlikud aspektid: abi tahetakse saada võimalikult kiiresti, tahetakse nautida heatasemelist klienditeenindust, tahetakse, et abi oleks tasuta, ja tahetakse, et kogu raviprotsess tekitaks patsiendile endale võimalikult vähe tüli.

Paraku enamik neist soovidest tuleb arvesse vaid ideaalmaailmas. Reaalne maailm on selline, et paljudest haigustest pole võimalik vabaneda, võimalik on vaid haiguse pidurdamine, sümptomite leevendamine ja elukvaliteedi parandamine. Plaaniliste haigustega ei pääse ravile kohe – meil on ravijärjekorrad mõnel erialal küllaltki pikad. Personal töötab suure koormuse all ja see võib viia klienditeeninduse kvaliteedi halvenemiseni. Ehkki haigekassa tasub lõviosa ravikuludest, on meie meditsiinisüsteemis visiidi ja voodipäeva tasud ning ravimite eest tasumisel omaosalus. Ja viimaseks – haiguste ravi ei ole ainult meditsiinisüsteemi tegevus, vaid paljude haiguste korral on väga oluline ja suur osa patsiendi enda koostööl,



Marko Murruste

Foto: Andres Tennus

elustiili muutmisel ja aktiivselt raviprotsessis osalemisel.

Seega saame arstidena küll aru patsiendi peamistest huvidest ja aitame nende saavutamisele igati kaasa, aga on hulk aspekte, kus patsiendi arvates kõik pole alati ideaalne ja ravi protsess või sellega saavutatud tulemus on loodetust viletsam. See on üks põhjustest, miks suhtlemine patsiendiga on väga oluline – tuleb selgitada erinevaid aspekte.

Millised on teie põhimõtted patsientidega suhtlemisel?

Ma usun, et eelkõige kehtivad tavalised suhtlemisreeglid – viisakus ja empaatia on olulised.

Kui suudetakse näha haigusega kaasnevat probleemistikku läbi patsiendi silmade, siis on patsiendiga hea kontakti saavutamine tunduvalt lihtsam ja on lootust, et selgitustöö haigusega kaasneva kohta jõuab paremini patsiendini. Kui edastada vaid spetsiifilist ja keerukat meditsiinilist infot, siis enamik sellest patsiendini ei jõua. Uuringutes on näidatud, et patsiendid suudavad pärast arsti kabinetist lahkumist meenutada vaid 15–25% neile edastatud meditsiinilisest infost. Mida lihtsam on info, seda enam jõuab see patsiendini. Tänapäeval tuleb muidugi appi ka dr Google. Tema abiga on osa patsiente ennast enne konsultat-

sioonile või ravile tulemist eelseisvaga kurssi viinud.

Seega on suhtlemine väga oluline. Sõltub küll nii patsiendist kui ka haigusest – millal vähem, millal rohkem –, aga mingil määral peab alati andma infot haiguse olemuse ja põhjuste ning ravi võimaluste kohta.

Kuidas mõjutas teie igapäevast tööd eriolukord?

Eriolukord mõjutas igapäevast tööd oluliselt ja halvasti. Plaanilist kirurgilist tegevust ju ei toimunud, toimusid vaid telefonikonsultatsioonid. Nende osas meil varem kogemust ei olnud ja võib öelda, et tegelikult oli kogemus üsna hea – enamasti said probleemid lahendatud ja patsientide uuringu või ravi plaanid koostatud. Oli küll ka olukordi, kus oli vaja patsienti ennast ja tema häda näha, aga neid juhte polnud palju ja ka näost näkku konsultatsioonid sai korraldatud.

Erakorraline kirurgiline abi toimus rahuldavalt. Tingituna piirangutest olid küll omad logistilised probleemid ja mõningane aja kaotus kirurgilise ravini jõudmisel, aga minu andmetel ei viinud need meie haiglates raskete tüsistuste tekkeni.

Olete kliinikumis tegelenud tüsistuste registreerimise teemaga. Kui hästi on see praegu kliinikumis korraldatud?

Tüsistused meditsiinis ja eriti kirurgias on paratamatud. Nende olemasolust oldi teadlikud juba antiikajal ja siis alustati ka nendega võitlust. Hammurapi seadusteski on nimetatud karistused arstile, kes on põhjustanud raskeid tüsistusi või surma. Aga nagu ajalugu on näidanud, probleemi lahendamine algab probleemi teadvustamisest. See ongi tüsistuste registreerimise üks peamisi aluseid: mida täpsemalt me neid registreerime, seda paremini teame, kui palju neid on ja millega nad seonduvad. Seega saame leida tüsistuste tekkel võimalikud ühised nimetajad. Saame leida nõrgad kohad, et omakorda

rakendada tüsistuste ennetamise meetodeid.

Me hakkasime sellega aktiivselt tegelema 8–9 aastat tagasi ja alates sellest ajast võib mitmetes alalõikudes pidada olukorda rahuldavaks. Me töötasime välja tüsistuste registreerimise printsiibid, löime tüsistuste klassifikaatori ja IT-teenistus löi IT-lahendused nende võimalikult lihtsaks registreerimiseks. Hilisematel aastatel oleme tüsistuste klassifikaatorit regulaarselt täiendanud.

Tüsistuste registreerimisel on oluline väärtus ka õppeaspektist. Tüsistuste kollegiaalne ja akadeemiline läbiarutamine arstide ja residentidega spetsiaalsetel n-ö tüsistuste ja surmajuhude konverentsidel võimaldab ühest küljest oma teadmisi uuendada ning teisest küljest vigadest õppida.

Ma arvan, et praeguseks on tüsistuste registreerimine mitmeski lõigus heal tasemel. Neid registreeritakse, nende olemust ja vältimise võimalusi arutatakse ja võimaluse korral rakendatakse ennetusmeetodeid. Samas on kindlasti kohti, kus on ruumi veelgi täpsemaks registreerimiseks ja hilisemaks tüsistuste analüüsiks.

Kui laiendada küsimust kogu Eesti haiglatele, siis kuidas hindaksite praegust olukorda?

Suuremates haiglates (regionaal- ja keskhaiglates) toimub tüsistuste registreerimine ja nende andmete analüüs rahuldaval tasemel. Ma arvan, et sellega peaksid aktiivselt tegelema hakkama ka üldhaiglad, kus minu andmetel praegu tüsistuste registreerimisega süstemaatiliselt ei tegeleta.

Kui liikuda tüsistuste juurest ravivigade juurde, siis kui hea ülevaade neist Eestis üldse on ja mis selle saamist takistab?

Siin on oluline mõistetes õigesti orienteeruda, et saada aru, millest just on jutt. Selgituseks ütlen, et tüsistused võivad olla haigusest

tingitud tüsistused või siis mingi meditsiinilise protseduuri/operatsiooni tüsistused. Viimaseid on nimetatud ka menetlus- või ravi-tüsistusteks ning neid klassifitseeritakse potentsiaalselt välditavateks ja mittevälditavateks. Mittevälditavad on sellised, kus tüsistus tekkis vaatamata kõikidele (tänapäeva teadmistele vastavate) ennetusmeetodite rakendamisele. Potentsiaalselt välditavad tüsistused on sellised, kus tekkinud tüsistuse analüüsimisel selgub, et teatud ennetusmeetodite rakendamine oleks mingi tüsistuse tekke tõenäosust vähenanud. Nende tüsistuste loetelu, mis siia kuuluvad, on äärmiselt lai ning meditsiini areng ja tüsistuste uute ennetusmeetodite avastamine järjest suurendab nende tüsistuste loetelu.

Senised selgitused on juba niigi keerulised, aga siit edasi läheb asi veelgi keerulisemaks ning filosoofilisemaks. Nimelt on paljudel tüsistusi ennetavatel võtetel omakorda tüsistused. Seega, ühesed või automaatsed otsused selle üle, kas tüsistus oli potentsiaalselt välditav või mitte, ei ole sageli võimalikud. Selle üle otsustamiseks on vajalikud kollegiaalsed arutelud, n-ö tüsistuste konverentsid.

Ja nüüd lõpuks jõuame väljendini raviviga. Need tüsistused või surmajuhud, kus kollegiaalne analüüs näitas, et mingid tüsistuste ennetamise meetodid olid rakendamata ja samas tänapäeva teadmiste kohaselt oleks pidanud neid kasutama, võib klassifitseerida ravivigadeks. Vigade raskus ja tagajärjed võivad olla väga erinevad. Lisaks kuuluvad ravivigade alla „lubamatud vead“ (ingl *never event*). Näiteks vale veregrupi vere ülekanne, vale protseduur/operatsioon, protseduur valed pooltel, vale ravim.

Seega on mõistete selgus probleemistikus orienteerumiseks väga oluline. Põhimõtteliselt toimub tüsistuste ja ravivigade kollegiaalne analüüs käsikäes. Lõpuks vastus küsimusele: ravivigadest on üsna hea ülevaade nendel, kes oma tüsis-

tusi analüüsivad, ja puudulikud on andmed kõigi teiste kohta.

Omaette suur probleemistik on ravivigade edasine käsitus, mille jaoks on juba palju aastaid Eestis ettevalmistatud patsiendiohutuse või patsiendikindlustuse seadust, aga kahjuks on selle ettevalmistamine korduvalt toppama jäänud. Seejuures on meditsiinitöötajate jaoks huvi puudumine seadusega edasiminekuks täiesti arusaamatu, isegi müstiline. Seadusest on huvitatud kõik raviprotsessis osalejad: meedikud, haiglad, patsiendid. Ja ometi on areng tagasihoidlik ja seadust pole.

Millistes meditsiini valdkondades on riskid ravivigadeks suurimad?

Eelkõige ajakriitilistes situatsioonides. Nendes, kus on aega õige haiguse äratundmiseks ja õigete ravivõtete rakendamiseks väga vähe. Ajakriitliste haiguste korral halveneb patsiendi prognoos sõna otseses mõttes iga hetkega, hiline mine mõnekümne minuti või paari tunni võrra võib viia raskete tüsistuste, elukvaliteedi raske häire või surmani. Kui neis olukordades vaadelda sündmusi ajateljel, siis on aja kaotamise võimalusi kahjuks

palju: patsiendi või tema omaste arusaam, et midagi on väga valesti, kiirabi saabumine ja transport haiglasse, käsitus erakorralise meditsiini osakonnas ja lõpuks vajaliku protseduuri või operatsioonini jõudmine. Paraku võib neis situatsioonides raviveana vaadelda ka lubamatut ajakaotust ükskõik millises loetletud lõigus – seega on eduks vajalik mitmete inimeste kiire tegutsemine, taiplikkus ja lõpuks on vaja kindlasti ka õnne. Ajakriitilisi haigusi on rohkem erakorralises kardioloogias, neuroloogias ja kirurgias.