

Marika Väli: rohkem võiks tähelepanu pöörata suhtlemisele ja dokumenteerimisele

Eesti arstiabi kvaliteet on päris hea, kuid tähelepanu peaks pöörama patsientidega suhtlemisele ja nende teavitamisele ning tervishoiuteenuse osutamist tõendavate dokumentide korrektsele täitmisele, ütleb Tartu Ülikooli arstiteaduskonna medali pärvinud kohtuarstiteaduse professor Marika Väli Med24 toimetajale Madis Filippovile.

Pälvisite Tartu Ülikooli arstiteaduskonna medali silmapaistva panuse eest prekliinilise ja kliinilise teaduse ühendamisel arstliku tegevuse kvaliteedi tagamiseks. Mida see sisuliselt on tähendanud?

Kui räägime õppetööst, siis see tähendab, et oskusi, mida arstitudengitele õpetatakse esimesel kolmel aastal prekliinilistes ainetes, peavad nad oskama tulevikus arstina töötades siduda haigustega ja raviga. Eelkõige on need teadmised füsioloogilistest mehhanismidest, biokeemiast, anatoomiast, histoloogiast jm. Kui räägime teadusest, siis tähendab see teadustööde tulemuste parktikasse juurutamist. Ise olen alati pooldanud teadusuuringuid, mida saab igapäevases töös kasutada. Näitena võingi tuua oma eriala, kohtuarstiteaduse, kus me oleme püüdnud välja töötada surma aja määramiseks erinevaid meetodeid, tegelenud ligi kümme aastat biokeemiliste markerite kasutamise võimaluste leidmisega surmajärgseks diagnostikaks ja kaks aastat tagasi lisandusid radioloogilised uuringud. Oleme püüdnud nüüd neid kõiki omavahel kombineerida, välja töötada mudelid ja neid rakendada praktikas. Ma kindlasti ei alahinda fundamentaal- ehk alusuuringuid, mis panevad põhja ja annavad võimaluse rakendusuuringu tegemiseks.

Milliseid võimalusi näete Eesti arstiabi kvaliteedi parandamiseks?

Olen alati öelnud, et Eesti arstiabi kvaliteet on päris hea, kuigi alati saab paremini. Tähelepanu peaks pöörama patsiendi ja arsti vahelisele ning kolleegide omavahelisele

suhtlemisele, eriti kui midagi on ebaõnnestunud. Eesti arstid peavad hakkama rohkem mõtlema tervishoiuteenuse osutamist tõendavate dokumentide täitmisele. Kui vaadata uut tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seadust, siis kuulub näiteks kindlustusjuhtumi alla ka tervishoiuteenuse osutaja dokumenteerimiskohustuse rikkumine.

Olete pikalt juhtinud tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni. Miks olete selle ülesande enda peale võtnud ja soovinud seda juhtida?

Mõnikord on elus juhuseid ja asjaolude kokkusattumist. Kui mulle ligi 12 aastat tagasi selline ettepanek tehti, siis oli endalgi küsimus, miks just mina. Olles komisjonis praeguseks töötanud pikka aega, võin öelda, et minu arvates on üks põhjustest tõenäoliselt see, et ma pole seotud ühegi tervishoiuteenust osutava asutusega, olen täiesti neutraalne ja objektiivne. Kuna objektiivsus käib kaasas mu enda eriala põhimõtetega, siis usun, et meie komisjon ei anna ühtegi hinnangut, kui meil pole selleks objektiivset tõestust. Otsused oleme teinud oma kõige paremate teadmiste ja äranägemise järgi. Kindlasti pole meditsiinis asjad alati mustad ja valged, aga hinnangud/arvamused peavad olema läbipaistvad ja neid peame suutma ka põhjendada.

Minule isiklikult on komisjonis töötamine andnud väga palju meditsiiniteadmisi ja parema ülevaate Eesti meditsiinist tervikuna. Lisaks olen kohtunud paljude suurepärase kolleegidega, kes koos minuga seda tööd on teinud. Siin on hea võimalus neid selle eest tänada.

Kui mahukas see töö on?

Oleme käinud koos ühe korra kvartalis, mõnikord sagedamini. Ühel komisjoni koosolekul on ligi 30 juhtumit, mis eeldab 6–7tunnist tööpäeva. Eeltöö, mis on väga mahukas, teeb ära Sotsiaalministeeriumist meie komisjoni raudvara Anne Poll, kes küsib dokumendid, patsiendi ja arsti seletuskirjad ehk valmistab ette paketi, millega komisjoni liikmed saavad töötada.

Milliste probleemide tõttu on inimesed komisjoni peamiselt pöördunud?

Kindlasti on olulised teemad suhtlemine, nõusoleku võtmine, üksteisest arusaamine, dokumenteerimine. Kui patsiendil on ootus tervenemisele ja arst pole piisavalt seletanud, et on võimalus, et tagajärg ei vasta alati patsiendi ootustele, siis jääb patsiendile arusaamatuks, miks nii juhtus. Silma paistab esmatasandi meditsiin: kiirabi, erakorraline meditsiin, perearstiabi. Ma kindlasti ei taha öelda, et nende kohta on igal aastal enim kaebusi. Aastati kaebuste arv ja erialad varieeruvad. Põhjendatud kaebusi on meil ainult neljandik-viendik. Kui aastas on 180–190 kaebust, siis neist põhjendatud kaebusi on 20–30; ja kui vaadata eraldi, millised neist on seotud tervishoiuteenuse kvaliteediga, mitte suhtlusega, siis neid on ca 10–15.

Kui kaebus on põhjendatud, siis mida see patsiendile annab ja tervishoiutöötajale kaasa toob?

Peale otsust saavad nii patsient kui ka tervishoiuteenuse osutaja meie hinnangu. Oleme omavahel vaielnud, kas vastus peab olema niivõrd põhjalik, aga mina olen seda meelt, et asjad peavad olema inimesele selged, ta peab aru saama, miks, s.t mille alusel me otsuse teinud oleme. Enamikul juhtudel saavad osapooled kohtuvaliselt kokkuleppele. Kui patsient saab meie käest endale positiivse vastuse, siis ilmselt tunneb ta ennast kindlamini, kui läheb kompensatsiooni küsima. Eks muidugi on patsiente, kes pole meie hinnanguga rahul, aga neid juhtumeid pole väga palju ja õnneks on viimasel ajal olnud ka kohtusse pöördumisi vähem. Peale hinnangute väljasaatmist on nädal või kaks nii Anne Pollile kui ka mulle üsna rasked, sest patsientidelt, kes pole arvamusega rahul, tuleb negatiivset tagasisidet päris palju ja nende kirjadele peab vastama. Sellega tuleb seda tööd tehes leppida.

Kuidas suhtute otsusesse, et seoses patsiendikindlustusega lõpetab ekspertkomisjon töö?

Ma arvan, et see on asjade loomulik käik. Praegusel kujul seda komisjoni kindlasti enam vaja ei ole.

Patsiendikindlustust on kaua oodatud, aga kehva konkurentsiolekorra ja kõrgete hindade tõttu, mida Tervisekassa täielikult ei kata, on tahetud selle edasilükkamist. Milline on teie arvamus – kas selle võiks ikkagi läbi suruda või peaks kuidagi aja maha võtma?

Olen seda Eesti meditsiinis kuulnud umbes kümme aastat, et patsiendikindlustust tahtakse teha. Mina arvan, et ei saa poolele teele peatuma jääda, s.t tuleb edasi liikuda, mis iganes probleemid ei teki. Iga algus on raske ja kindlasti on segadust kõigil osapooltel, aga küll see korda saab. Kui seda veel edasi lükata, siis hakkab jälle venima. Asju saab alati ju korrigeerida, seadusi teevad inimesed ja seadusi muuta saavad ka inimesed.

Tänavu oli kohtuarstiteaduse residentuuris üks koht, kuid erialal ei asunud õppima keegi. Milliseid mõtteid ja tundeid see teie tekitab?

Tõepoolest oli ainult üks koht. Me pole isegi ühe koha soovi mitte igal aastal esitanud. Julgen öelda, et Eestis pole praegu kohtuarstide järelkasvuga probleeme. Eks natuke kurb on muidugi, aga ega aastad pole ühesugused ja kuulutame uue koha välja järgmisel aastal. Samas paneb see mind kui õppejõudu mõtlema, kuidas teha eriala veel atraktiivsemaks ja kuidas tekitada noortele huvi eriala vastu.

Meil on suhteliselt noor ja arenguvõimeline kohtuarstide kollektiiv. Näiteks on Lõuna-Eestis kolm noort kohtuarsti, kelle vanus jääb 30–40 vahele, meie keskmine vanus on 49 aastat. Kui teised tervishoiuteenuse osutajad on mures Ida-Virumaale arstide leidmisega, siis meie teise aasta resident on oma elu sidunud selle piirkonnaga ja me oleme kokku leppinud, et kui ta residentuuri lõpetab, siis jääb sinna tööle.

Miks võiks noor arst valida erialaks kohtuarstiteaduse?

Hea küsimus. See eriala ühendab õigusteadust ja meditsiini ning on seotud õigluse ja eks muidugi mingil määral põnevusega.

Selline huvi peab olema. Eriala tegeleb kõikvõimalike meditsiiniliste küsimustega, mis õiguskaitseorganitel tekivad. Selle eriala valinud arst peaks olema uudishimulik ja ta peab tahtma tõde välja selgitada, jäädes seejuures ise neutraalseks. Ta ei tohi pooli valida! Pole saladus, et mõnikord on inimesed valinud selle elukutse seetõttu, et nad ei peaks väga palju patsientidega suhtlema. Meil on küll ka elavisikute ekspertiisid, aga suhtlemist on kindlasti vähem, kui võrdleme ennast teiste arstide vajadusega igapäevaselt patsientidega suhelda.

Millised on teie erialal eneseteostuse võimalused Eestis? Kas on piisavalt kohti, kus seda tööd teha?

Sellepärast meie residentuurikohtade arv nii väike ongi, et me võtame residentide vastu nii palju, kui paljudele suudame tagada töökoha. Eestis on ainuke asutus, kus kohtuarstid töötada saavad, Eesti Kohtuekspertiisi Instituut. Väga lihtne pole ka teistes riikides töötada, sest meie tegevus toimub riigikeeles, mida kohtuarst peab oskama kõrgemal tasemel.

Millistest huvitavatest arengutest võiks kohtuarstiteaduse erialal rääkida?

Kõigepealt tooksin välja kohturadioloogia, mis tähendab seda, et surma põhjuse määramiseks ei pea enam alati tegema klassikalist lahangut. Alates eelmise aasta 1. septembrist on meil seaduse järgi võimalus määrata surma põhjus digilahanguga. Meil on selleks Tallinnas ja Tartus kompuutertomograaf (KT), Tallinnas on lisaks magnetresonants-tomograaf (MRT). Teatud juhtudel võime määrata surma põhjuse ainult KT-uuringu ja välisvaatluse põhjal. Oleme selle võimalusega Euroopas ühed eesrindlikumad. Näiteks saab digilahangut ja välisvaatlust kasutada siis, kui politseile on sündmuse asjaolud selged ja tegemist eluga kokkusobimatute vigastustega, näiteks on tegu enesetapuga, mille käigus inimene hüppas kõrguselt alla või heitis ennast rongi ette, või näiteks lapse uppumine vanemate silme all. Miks me peaksime nendel juhtudel tegema klassikalise lahangu?

Hea meel on märkida, et oleme hakanud radioloogilisi uuringuid kasutama ka teadus- ja arendustegevustes. Üheks näitena võin tuua surma aja määramiseks peaaegu metaboliitide magnetresonantspektroskoopi,

millega hindame ajaliselt peaaegu ainevahetusproduktide muutusi. Teise näitena toon surmajärgse kompuutertomograafilise angiograafia ehk surmajärgse kompuutertomograafilise veresoonteuuringu, mis annab võimaluse teha surmajärgseid vereringeuuringuid.

Arenguks pean ka töö eri etappide digitaliseerimist. Oleme saanud lahangusaalidese võimaluse vaadata lahangu tegemise ajal vigastustest nii radioloogilisi kui ka tavalisi pilte. Oleme juba paar aastat tegelema kõne transkribeerimise programmi juurutamisega. Kui praegu kasutab kohtuarst dikteerimiseks diktofoni, siis meie soov on, et tulevikus transkribeeritakse kohtuarsti kõne automaatselt tekstiks ja sekretäridele jääb ainult keeleline korrektuur.

Toon välja ka digipatoloogia kasutusele võtmise, mis tähendab, et kohtuarst ei pea vaatama enam mikroskoopi, vaid ta saab hinnata kudedes histoloogilisi muutusi arvuti ekraanilt. Kuna kohtuarstid töötavad neljas Eesti piirkonnas, Tallinnas, Tartus, Pärnus ja Kohtla-Järvel, siis kaob ära mõttetu histoloogiliste preparaate edasi-tagasi saatmine (labor asub ainult Tallinnas).

Surma põhjuse ja surma aja määramise kvaliteedi tõstmiseks oleme töötanud välja ja võtnud kasutusele erinevaid biokeemilisi uuringuid. Need on samad markerid, mida kasutatakse haiglas diagnoosimiseks. Näiteks kasutame C-reaktiivse valguga ja prokaltsitoniini määramist põletike diagnoosimiseks; troponiin T ja proBNP määramist südamelihase kahjustuse diagnoosimiseks. Varasematel aastatel oleme kasutusele võtnud diabeetilise ja alkohoolse ketoatsidoosi eristamisel beeta-hüdroksübutüraadi. Surma aja määramiseks kasutame kaaliumi ja hüpoksaantiini väärtusi.

Meil töötab praegu neli teaduskraadiga kohtuarsti ja kaks lisandub tõenäoliselt järgmisel aastal. See näitab, et meie inimesed on valmis arengusse ja teadustöösse panustama.

Kohtuarst tegeleb lisaks teemadega, mida võib-olla laiemalt ei teata. Kasvõi seda, et kohtuarstid tegelevad ka elavate inimestega. See puudutab vigastuste mehhanismi ja nende tekitamise aja kindlakstegemist. Näiteks kui liiklusõnnetuses saab keegi vigastada, siis määratakse kohtuarstlik ekspertiis, et teha kindlaks, millised vigastused inimesel esinevad, kuidas need võivad olla tekkinud, milline on raskusaste. Samad

küsimused peab kohtuarst lahendama, kui tegemist on kodu- või perevägivallaga, juhusliku peksmisega või kui teemaks laste füüsiline väärkohtlemine jm.

Meie töövaldkonda kuuluvad ka kaebused, mis puudutavad arstide tegevust. Sel juhul on inimene pöördunud kas otse kohtusse või siis pole rahul olnud näiteks tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjoni otsusega või pole leidnud ühist keelt tervishoiuteenuse osutajaga kompensatsiooni maksmise teemal. Selliste ekspertiiside korral kasutame teiste arstlike erialade kolleegide abi, kes osalevad komisjoni ekspertiisi tegemisel.

Ka seksuaalsüüteod on kohtuarsti teema. Me tegeleme eelkõige laste seksuaalsüütegude meditsiiniliste tõendite hindamisega.

Veel mainin terviseseisundi hindamist. Kui inimest kahtlustatakse kuriteos, siis aeg-ajalt kerkib küsimus, kas isiku süüdimõistmisel saab ta ikka karistust kanda, sest ta põeb erinevaid haigusi.

Tahan mainida ka kohtuantropoloogiat ja arstlikku kohtutoksikoloogiat. Arst-toksikoloog tegeleb eelkõige joores sõidukijuhtidel narko- ja alkojoobe tões-

tamisega ning kohtuantropoloog tegeleb üksikute skeleti luude või terve inimese skeleti uurimisega.

Kui mõtleme sellele, mis toimub maailmas, siis tegelikult on ka sõjakuriteod ja massõnnetused seotud kohtuarstidega. Nende sündmuste korral on kohtuarsti ülesanne teha kindlaks ohvrite surma põhjus ja vigastuste tekkemehhanismid, samuti aitame kaasa isikute identifitseerimisele.

Kas või kuidas teete selles osas Ukrainaga koostööd?

Sõja alguses olid nii mõnedki kohtuarstid nõus minema Ukrainasse, aga meist olenemata põhjustel see ei toimunud. Euroopa riikide kohtuarstide ja ka DVI (isikute identifitseerimine massõnnetustes) töörühmade seisukoht on, et sõjakoldesse kohtuarst ei lähe. Meid on pigem vaja siis, kui sõjategevus lõpeb, nimelt isikute identifitseerimiseks või surma põhjuse ja vigastuste tekkemehhanismi puudutavatele küsimustele vastamiseks. Leedu kolleegid käisid Ukrainas ja andsid tagasiside, et praegu on kohtuarsti roll seal üsna minimaalne.