

**TARTU ÜLIKOOL**

**Sotsiaal- ja haridusteaduskond**

**Sotsioloogia ja sotsiaalpoliitika instituut**

**Teele Orgse**

**PATSIENDI OHUTUS KUI TEADVUSTAMATA PROBLEEM EESTI  
TERVISHOIUPOLIITIKAS**

**Magistritöö**

Juhendaja:

*Avo Trumm, MA*

---

Tartu 2010

## **Patient Safety as a Subliminal Issue in the Estonian Health Care Policy**

The main topic of this thesis is patient safety as an important health care policy aspect. The author tried to create a narrative on patient safety literature for Estonian public to first read about the topic in Estonian language.

The main objective was to explore why patient safety has not been discussed in Estonian health care organizations and among Estonian health care leaders and to learn is patient safety considered as a problematic feature in Estonian health care delivery.

The topic was chosen because patient safety has been internationally well identified as an important health care problem and research issue, but there has been no disquisition on it in Estonian literature.

The work was carried out using both scientific and policy literature analyses and qualitative method, which contained expert interviews with selected Estonian health care opinion leaders.

The study revealed that Estonia lacks a common understanding not only on patient safety, but also on health care main target. The study also revealed that no national policy nor strategy document contains a patient safety perspective.

Nevertheless all experts managed to identify patient safety aspects and create a patient safety definition.

Although the opinion on whether patient safety is a problem in Estonian health care or not polarized, all experts agreed upon that some kind of further action should be taken.

The author hopes to have opened a discussion on patient safety in Estonia in Estonian language thus creating a platform for further studies and policy changes.

## Sisukord

Patient Safety as a Subliminal Issue in the Estonian Health Care Policy.....	2
Sissejuhatus .....	4
Patsiendi ohutus.....	7
Patsiendi ohutuse liigid.....	11
Patsiendi ohutuse juhtumite ulatus .....	13
Patsiendi ohutuse uurimisvaldkonnad .....	17
Eesti tervishoiupoliitika alused ja patsiendi ohutus.....	20
Eesti jaoks siduvad patsiendi ohutusega seotud poliitikadokumendid.....	23
Metoodika.....	25
Analüüs.....	29
Kuivõrd on patsiendi ohutus Eestis probleemiks?.....	29
Kuivõrd tuntakse Eestis patsiendi ohutuse kontspetsioone? .....	32
Kas patsiendi ohutus on otseselt või kaudselt integreeritud Eesti tervishoiupoliitikasse ja – korraldusse?.....	34
Kas Eestis peetakse patsiendi ohutust oluliseks teemaks ning miks? .....	41
Kuidas edasi?.....	43
Arutelu .....	46
Kokkuvõte .....	51
Viidatud allikad .....	53

## Sissejuhatus

*Primum non nocere* – eelkõige ära kahjusta, on meditsiinieetikast tuntud mittekahjustamise põhimõte, mille kohta Hippokratese vandes on sõnad: „/.../ ma tahan neid säästa kahjust ja ebaõiglusest“. Hippokrates elas aastatel 460 – 370 eKr, kuid tema poolt öeldu on ikka veel sama aktuaalne.

2006. a 19. oktoobril suri ligi kümme aastat nn ärkvelolekukoomas viibinud Ruslan Kirillov (30). Kümne aasta täitumisest jäi puudu 11 päeva. 30. oktoobril 1996 valis Tallinna keskhaigla narkoosiarst pimesooleoperatsioonile toodud Kirillovile ebasobiva uinutusskeemi. Sobimatu tuimestusviisi tõttu patsiendi kopsulihased lõtvusid, kuid anestezioloog märkas hingamise lakkamist liiga hilja. Arstid said noormehe südame uuesti tööle, kuid aju oli hapnikupuuduses juba rängalt kannatanud. (SL Õhtuleht 2006)

2010. a 3. märtsil mõistis Pärnu maakohus süüdi Pärnu haiglas töötanud arsti Carmen Heinväli, keda süüdistati tegevusetusega ettevaatamatusest kahele inimesele raskete tervisekahjustuste tekitamises. Valves olnud naistearst Carmen Heinväli kas ei jälginud sünnituse kulgu piisavalt või tegi valesid järeldusi. Selle kõige tulemusel hilines lapsel hapnikupuuduse diagnoosimine, ehkki selleks võimalused olid olemas. See omakorda põhjustas kahjuks keisrilõike hilinemise – keisrilõike küll toimus, kuid natuke liiga hilja ning selle tõttu kujunes lapsel hiljem välja ajukahjustus. Sünnitaja kaotas emaka. (Tamm 2010)

2000. a 29. augustil tõi toona 35 aastane Kristiina (nimi muudetud) Valga haiglas keisrilõike abil ilmale neljanda poja. Sestpeale naise elu muutus. Kristiina elu hakkasid hooti saatma metsikud kõhuvalud. Peale korduvaid uuringuid ja pöördumisi tervishoiuasutuste poole saabus 09. detsembril 2009.a ootamatu lahendus. Siis avastas Tartu Naistekliiniku günekoloogiaosakonna juhataja Ülle Kadastik Kristiina kõhukoobast uurides soolte vahelt kummalise moodustise. Selleks oli hiiglaslik marlitampoon. (Ernits 2010 I)

2010. a 5. aprilli Maalehes avalikustas Tallinna Diagnostikakeskuses töötav radioloog Juta Kõrm juhtumi, kus haruldast ortopeedilist haigust põdeva 16 aastasele neiuale on tehtud 70 röntgenülesvõtet. (Ernits 2010 II)

Viimased on üksikud näited ajakirjanduses käsitletud patsientide juhtumitest, kus pöördumine arstiabi saamiseks on osutunud ohtlikuks. Samal ajal ütleb Eesti Vabariigi põhiseaduse paragrahv 28, et „Igaühel on õigus tervise kaitsele. /.../ Abi liigid, ulatuse ning saamise tingimused ja korra sätestab seadus. /.../“. (RT 2003, I 64, 429)

1999. aastal avaldas *Institute of Medicine* (Ameerika Ühendriigid) oma teedrajava raporti „*To Err is Human*“ (Eksida on inimlik) tõstes kogu maailmas tervishoiupoliitilisele areenile tervishoiu aset leidvad kvaliteedi- ja ohutuse probleemid. Raport, eelkõige viidates Leape jt (1992) *Harvard Medical Practice Study* ja Thomas jt (1999, 2000) Utah ning Colorado osariikides läbi viidud uuringutele, näitas, et igal aastal sureb Ameerika Ühendriikide haiglates hinnanguliselt 44 000 – 98 000 inimest välditavate surmajuhtumite ehk kõrvalekallete tõttu.

Peale nimetatud uuringut on patsiendi ohutus, kõrvalekalded meditsiinis ning meditsiinilised vead muutunud oluliseks tervishoiupoliitiliseks teemaks ning tervishoiu alase uurimistöö objektiks kogu maailmas. Nii annab PubMed „*patient safety*“ otsingusõna tulemuseks käesoleval ajal juba üle 113 000 avaldatud artikli.

Kuigi kõikidel inimestel on aeg-ajalt vajadus tervishoiuteenuste järele ja on olemas oluline hulk tõenduspõhist materjali, mis annab ülevaate patsientide jaoks esinevatest võimalikest tervishoiuteenustega kaasnevatest riskidest, siis millegipärast pole Eestis patsiendi ohutust kui eraldi käsitlust vajavat teemat siiani sisuliselt käsitletud.

Samal ajal on näiteks liiklusohutus Eestis mitmetes kordades rohkem käsitletud teema. Patsiendi ohutuse alasest kirjandusest leiab sageli võrdlusi kõrget ohutuse taset tagava lennunduse valdkonnaga. Näitena võib tuua „*To Err is Human*“ raportis viidatud (1999: 42) Ameerika Ühendriikide lennunduse ohutuse raporti, mille kohaselt peaks keskmine reisija ööpäevaringselt lendama 438 aastat järjest, et saada lennukatastroofi osaliseks. Haiglas meditsiinilise vea tagajärjel on suremise tõenäosus aga erinevate uuringute järgi, mida antud töö hiljem tsiteerib, ligikaudu kuuel patsiendil tuhandest.

Töö eesmärk on uurida miks pole patsiendi ohutust eraldi seisva teemana Eesti tervishoiu asutustes, poliitikadokumentides ja tervishoiu arvamusiidrite poolt siiani käsitletud ning

saada teada kas Eesti tervishoiu arvamusiidrid peavad patsiendi ohutust tervishoiuteenuste osutamise juures problemaatiliseks ja eraldi käsitlemist väärivaks küsimuseks. Autor loodab antud tööga tõsta esile ja algatada diskussioon patsiendi ohutuse temaatika olulisusest alustades teooriate tutvustamisest Eesti akadeemilisele lugejaskonnale ning selgitada välja patsiendi ohutuse olulisus ja koht Eesti tervishoiupoliitikas.

Käesolev töö annab ülevaate patsiendi ohutusest kui olulisest tervishoiupoliitilisest probleemist ning näitab milliseid patsiendi ohutuse aspekte on uuritud, jättes välja konkreetsete meditsiiniliste manipulatsioonide patsiendi ohutusele suunatud uurimistööd. Lisaks näitab autor millised aspektid on Eesti tervishoiupoliitikas olulised ning soovib tõestada, et Eestil on kohustus vastavalt oma liikmelisusele nii Euroopa Liidus (edaspidi EL) kui Maailma Terviseorganisatsioonis (edaspidi WHO) patsiendi ohutusega tegeleda.

Töö uurimisobjektiks on selgitada välja põhjused miks Eestis patsiendi ohutusega seni tegeletud ei ole ning mida ja kas peaks selleks tegema, et patsiendi ohutus muutuks lahutamatuks osaks Eesti tervishoiupoliitikast ning Eesti tervishoiu eesmärkidest.

Töö meetodiks on valitud ekspertintervjuud Eesti juhtivate tervishoiupoliitiliste arvamusiidritega.

## Patsiendi ohutus

Patsiendi ohutuse esimene teadlik definitsioon pärineb *Institute of Medicine* raportist „*To Err is Human*“ (Kohn jt 1999; edaspidi *IOM raport*), kus defineeritakse patsiendi ohutus kui „*tahtmatu vigastuse vältimine*“ (*freedom from accidental injury*) (1999: 4), lähenedes nii patsiendi ohutuse probleemile patsiendi vaatest. EL Nõukogu soovitus (2009: 7) on patsiendi ohutusele antud definitsiooniks – „*olukord, kus patsient on kaitstud tervishoiuteenustega seotud tarbetu või võimaliku kahju eest*“, sama definitsiooni on üle võtnud ka WHO (2010: 3).

Enamus uurimustöödest patsiendi ohutusele definitsiooni ei anna, vaid käsitlevad patsiendi ohutust eelkõige võimalike välditavate meditsiiniliste vigade aspektist.

Nii nagu Ameerika Ühendriikides tõusis patsiendi ohutus üleriiklikuks laialt ühiskonnas ning tervishoiuringkondades arutatavaks probleemiks peale IOM raporti avaldamist, hakkas ka enamuse teistest suurriikidest patsiendi ohutust eraldiseisva tervishoiupoliitilise teemana käsitlema peale põhjalike uurimustööde läbi viimist antud riigis aset leidvate meditsiiniliste vigade või kõrvalekallete ulatusest ning liikidest.

Peamiselt käsitletakse patsiendi ohutust läbi kõrvalekallete esinemise uurimise tervishoiuteenuste osutamisel. Autori arvates on Eesti jaoks parim kõrvalekalde definitsioon (rahvusvahelises kirjanduses i.k. *adverse event*) kättesaadav EL Nõukogu soovitus (2010: 7) – „*juhtum, mille tulemusel tekitatakse patsiendile kahju*“. Enamus olulistest kõrvalekallete kohta tehtud uuringutest kõrvalekallet ennast ei defineeri, pigem on uurijad otsinud kõrvalekallete liike. Sellest võib järeldada, et patsiendi ohutus ja selle peamine dimensioon – kõrvalekalle – on uurijatest enamuse arvates lugejate jaoks enesestmõistetavad või defineerimist mittevajavad terminid. Käesolevas töös kasutab autor patsiendi ohutuse ja kõrvalekalde definitsioonidena ainukesi talle kättesaadavaid eestikeelseid termineid EL Nõukogu soovitusest (2009).

Kuigi patsiendi ohutuse juhtumiga kaasneb kahju ja kõrvalekalle ei ole tervishoiuteenust osutades kunagi olnud eeldatav või soovitav tulemus, rõhutavad eksperdid patsiendi ohutuse

alases kirjanduses, et kõrvalekallet ei tohi samastada tahtliku meditsiinilise veaga – „/.../ *Kõik meditsiinilised vead ei põhjusta kahju*“ (IOM raport 1999: 4). Argumenteerida võib ka vea definitsiooni üle. Kõrvalekallet defineerides käsitletakse IOM raportis esmalt vea definitsiooni, mis on ka ainuke autori poolt uuritud uuring kus patsiendi ohutust kirjeldades käsitletakse paralleelselt nii terminit kõrvalekalle kui meditsiiniline viga. Kuna tegemist oli esimese suure uuringuga, siis ilmselt oli vajalik rääkida keeles, millest kõik arstid aru saavad – viga, toimunud on midagi, mis poleks pidanud toimuma. Viga on defineeritud kui „/.../ *plaanitud tegevuse kavakohase täitmise ebaõnnestumine või eesmärgi täitmiseks vale plaani kasutamine. Kõik kõrvalekalded samas ei ole vea tulemused*“ (IOM raport 1999: 4). Kõrvalekalle on raportis defineeritud kui „/.../ *vigastus, mille on põhjustanud meditsiiniline sekkumine, mitte patsiendi seisund. Kõrvalekalle, mis on põhjustatud vea tõttu, on seega välditav kõrvalekalle.*“ (IOM raport 1999: 28). Seega on patsiendi ohutuse aspektist tulenevalt eelkõige oluline rääkida välditavatest kõrvalekalletest.

Teedrajav ja kõikides järgnevates patsiendi ohutuse uurimustes tsiteeritud raport tõstas esimesena probleemi, et vigade juhtumisel peaks tähelepanu pöörduma indiviidide süüdistamise asemel tulevaste vigade vältimisele, saades ohutussüsteemi osaks (IOM raport 1999: 5). IOM raportis käsitletakse laialt vigade liikide ja põhjuste uurimise vajadust ning antakse mitmeid poliitilisi ettepanekuid meditsiiniliste vigade käsitlemiseks. Näiteks soovitatakse luua „/.../ *kohustuslik üleriigiline raporteerimissüsteem määratletud kõrvalekallete uurimiseks*“ (IOM raport 1999: 9). On selge, et olukorras, kus inimesi kahjustavad vead tulevad ilmsiks, on tähtis luua olukord, mis samaaegselt võimaldades kogu arst- ja ühiskonnal neist vigadest õppida, ei seaks vigadest raporteerijaid õigusliku süüdistuse objektideks. Seega teevad raporti autorid ettepaneku, et „/.../ *Kongress peaks võtma vastu seaduse, mis annaks patsiendi ohutusega seotud informatsiooni kogumisele ja analüüsimisele kaitse, võimaldades informatsiooni kasutamise ainult patsiendi ohutuse ja kvaliteedi tõstmise eesmärgil*“ (IOM raport 1999: 10). Sellegipoolest ei ole raport ühekülgne, vaid ütleb, et „/.../ *hooletusest põhjustatud kõrvalekalle on kõrvalekallete eriliik ning kuulub õiguslikule hooletuse defineerimisele*“ (IOM raport 1999: 28).

Raport käsitleb ka patsiendi ohutuse kultuuri edendamist, nimetades, et „/.../ *ohutus peaks olema tervishoiuorganisatsiooni [haigla] selgelt defineeritud eesmärk.*“ (IOM raport 1999: 14).

*„/.../ Üleüldise informatsioonipuuduse tõttu tervishoius asetleidvate vigade kohta on nii tervishoiuteenuste tarbijatel kui ostjal võimatu nõuda paremat teenust. Meditsiinist eeldatakse perfektsust ja vigade esinemist peetakse hooletuseks või ebakompetentsuseks. Õigusliku vastutuse tõttu on vigade ilmsiks tulekut ära hoitud.“* (IOM raport 1999:21). Seetõttu ongi vaja välist jõudu ja keskkonna muutust patsiendi ohutuse põhjalikumaks käsitlemiseks.

Lisaks kahetsusväärsetele tervisele seotud tagajärgedele, mida patsiendid meditsiiniliste vigade tulemusel kannatavad, kannab ka ühiskond meditsiiniliste vigade tagajärjel otseseid ja kaudseid kulusid.*“/.../Otsesed kulud on seotud kõrgemate tervishoiu kulutustega ja kaudsed kulud kaotatud produktiivsuse, vigastuse või puude kulude ning indiviidi kuludega ravimisele.“* (IOM raport 1999: 40). Lisaks on arvestatud kaudsete kulutustena ka kaotatud sissetulekuid. Thomas et al (1999) määratlesid oma Utah ja Colorado osariigi meditsiiniliste vigade uuringus tulemusi ekstrapoleerides kogu Ameerika Ühendriikide peale, et aastal 1992 olid kõrvalekalletega seotud riigi kaudsed kogukulud 37,6 miljardit US dollarit, s.h. välditavate kõrvalekallete kulu 17 miljardit. See oli omakorda 4% kogu tervishoiule kuluvast rahast (tsiteerides läbi IOM 1999: 41). Vastavalt sotsiaalministeeriumi „Tervis-, töö- ja sotsiaalelu 2000 – 2008 aruandele oli aastal 2007 Eestis tervishoiu kogukulud 12 619 000 000 krooni, millest 4% teeks 504 760 000 krooni, mida välditavate meditsiiniliste kõrvalekallete ärahoidmisega saaks kokku hoida ja paremini ära kasutada.

Patsiendi ohutus on rohkem kui meditsiiniliste vigade vältimine. Patsiendi ohutuse eraldi teemana käsitlusse võtmise aluseks on eeldus, et ohutus on mitmedimensiooniline, eriti arvestades tervishoiuteenuste osutamise järjest tõusvat keerulisust ja mitmetahulisust ning osutamisel toimuvate protsesside paljusust (mitte ainult üksiku tervishoiutöötaja eksliku või hooletusest tehtud vea esinemine). Seega on *„/.../ patsiendi ohutuse tagamiseks vaja luua operatiivsed süsteemid ja protsessid, mis tõstaksid ravimise töökindlust ja usaldusväärset.“*(IOM raport 1999: 58). Uuringute keskuse RAND Corporation poolt rõhutatakse samuti: *„/.../Halva ülesehitusega tervishoiusüsteemid loovad töötajatele tingimused ebaõnnestumiseks, hoolimata sellest kui väga nad ka püüaksid. Kui me soovime ohutumad ja kõrgkvaliteedilist tervishoidu, peame tervishoiu **süsteemi** ümber kavandama.“* (Beckett et al 2006, tsiteerides läbi Kenney 2008:10). Enamustel tervishoiu kvaliteedi alastel rahvusvahelistel konverentsidel on peakõnelejate poolne üleskutse olnud *„/.../ Trying harder*

*won't work, it is the system that needs to be changed!*“ – „/.../ paremini proovimine ei tööta, süsteemi tuleb muuta!“ (Berwick 2008, autori märkmed *International Forum on Quality and Safety in Health Care*).

## Patsiendi ohutuse liigid

IOM raport toob varasemate uurimuste põhjal välja patsiendi ohutuse liikidena ravimitega seotud juhtumid, transfusiooniga seotud juhtumid, vale piirkonna operatsioonid, kirurgilised vigastused, ennetatavad enesetapud, ohjeldusmeetmetega seotud surmad, hospitaal- või ravimisega seotud infektsioonid, kukkumised, põletamised, lamatised, identifitseerimisprobleemid (IOM raport 1999: 35).

IOM raport (1999: 36, tsiteerides Leape et al 1993), jagab meditsiinilised vead diagnostilisteks, raviga seonduvateks, ennetusega seotud ja teisteks.

Tabel 1. Meditsiiniliste vigade liigid (Leape et al 1993; viidatud IOM raport 1999: 36).

Diagnostilised vead	Diagnoosi hilinemise viga Määratud uuringu rakendamise häire Aegunud uuringu või raviviisi kasutamine Uuringute või jälgimise tulemustele reageerimise häire
Ravivead	Uuringu, operatsiooni või protseduuri teostamise viga Ravi määramise viga Ravimi doseerimise või andmise viisi viga Patoloogilisele uuringu vastusele raviga reageerimise välditav hiline mine Vale ravi
Ennetusega seotud vead	Profülaktilise ravi määramise häire Ebapiisav monitoorimine või järelkontroll
Teised meditsiinilised vead	Kommunikatsioonihäired Tehnika häired Muud süsteemi häired

Kanadas 2004 aastal läbiviidud meditsiiniliste kõrvalekallete levimuse uuringu alusel on kõrvalekalded kõige sagedamini seotud kirurgiliste protseduuridega, ravimite või meditsiiniliste vedelikega ja tegevusetusega – näiteks diagnoosi püstitamise või ravimise häirega (Baker et al 2004: 1683).

WHO poolt 2008. aastal avaldatud juhend-dokument patsiendi ohutuse strateegiate kujundamisel toob välja 33 aspekti, mida riigid patsiendi ohutuse kujundamisel võiksid arvestada, mh:

- inimressursside juhtimisega seotud aspektid (nt regulatsioonid tervishoiutöötajate pädevuse hindamiseks, haridustasemete standardiseerimiseks, aga ka poliitikalade adekvaatseks inimressursside planeerimiseks);
- organisatsioonide juhtimisega seotud aspektid (nt teenuste osutamise reguleerimine, indikaatorite ja tulemuste mõõtmise süsteemid, akrediteerimine, ohutuse programmide implementeerimine);
- toodete ja tehnoloogiatega seotud aspektid (nt turu reguleerimine, riikliku sekkumise reguleerimine, probleemjuhtumite teavitamise süsteemide loomine, ravimite ja meditsiinitehnika kvaliteeditagamise);
- patsientidega seotud aspektid (nt patsiendi õiguste kaitse reguleerimine, patsiendi kogemuste monitoorimine, avaliku läbipaistva tulemuslikkuse informatsiooni tagamine); rahastamisega seotud aspektid (tegevusindikaatorite ja tulemuslikkuse informatsiooni sidumine seadusandlusega kõrvuti kättesaadavuse ja kuluefektiivsusega).

## Patsiendi ohutuse juhtumite ulatus

Nagu eelpool kirjeldatud, on patsiendi ohutuse kui eraldiseisva teema käsitlemine enamuses suurriikidest nõudnud algselt kohaliku üleriigilise kõrvalekallete ulatuse uuringu läbiviimist. Kirjanduses sagedamini tsiteeritavamad uuringud pärinevad **Ameerika Ühendriikidest** (Kohn, 1999 IOM raport), otseviidates *Harvard Medical Practice Study*'le (Leape et al, 1984) ja Utah ning Colorado kõrvalekallete uuringule (Thomas et al, 1992), **Austraaliast** (Wilson et al, *The Quality in Australian Health Care Study*, avaldatud *Med J Aust* 1995; 163 (9):458-76), **Suurbritanniast** (*An organisation with a memory*, 2000, Department of Health), **Uus-Meremaalt** (Davis et al, *Adverse Events in New Zealand public hospitals: principal findings from a national survey*, 2001), **Taanist** (Sciöler et al, *A retrospective study of medical records*, *Ugeskr Læger*, 2001; 163: 5370-8), **Kanadast** (Baker et al, *The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada*, 2004, avaldatud *JAMC*; 170 (11): 1678-1686), **Hollandist** (Hoonhout et al, *Direct medical costs of adverse events in Dutch hospitals*, *BMC Health Services Research*, 2009, 9:27), **Prantsusmaalt** (Michel et al, *Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals*, *BMJ*, 2004; 328:199), **Rootsist** (Soop et al, *The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study*, *Qual Health Care*, 2009, 21 (4): 285 – 291) ja **Hispaaniast** (Aranaz-Andrés et al, *Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS)*, *Qual Health Care*, 2009, 21 (6): 408 – 414).

Enamus uuringutest viidi (erinevate modifikatsioonidega) läbi tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide retrospektiivse analüüsi alusel, kus esmalt spetsiaalselt koolitatud õed sõelused juhuslikult valitud juhtumitest välja eeldefineeritud kriteeriumite alusel võimalikud patsiendiohutuse juhtumid, mille järel koolitatud arstid viisid läbi teise hinnangu andmise (Leape et al, Thomas et al, Suurbritannia, Uus-Meremaa, Taani, Kanada, Holland, Rootsi).

Prantsusmaal läbiviidud uuring omakorda võrdles kõrvalekallete ulatuse erinevust kasutades erinevaid uurimismetoodikaid. Hollandis läbiviidud uuringu peamine eesmärk oli hinnata

kõrvalekallete rahalist kulu eelkõige pikenenud ravil viibimise aja ja täiendavate meditsiiniliste sekkumiste alusel.

Eeldefineeritud kõrvalekallete kriteeriumitena on kasutatud (Baker et al 2004: 1679 viidates *Harvard Medical Practice Study*'le 1984, Hoonhout et al 2009:2-3 viidates Baker et al 2004, Soop et al 2009 viidates *Harvard Medical Practice Study*, Wilson et al 1995 ja Davis et al 2001):

- erakorralised hospitaliseerimised enne plaanilist hospitaliseerimist
- erakorraline rehospitaliseerimine peale patsiendi haiglast väljakirjutamist
- hospitaalinfektsioon
- hospitaliseerimise ajal saadud vigastus
- ravimi kõrvatoime
- erakorraline patsiendi üleviimine tavaosakonnast intensiivravi osakonda
- erakorraline patsiendi üleviimine teise raviasutusse
- erakorraline korduv operatsioon
- planeerimata organi eemaldamine, vigastamine või parandamine operatsiooni käigus
- neuroloogilise defitsiidi teke
- ootamatu surm
- südame seiskumine
- sünnituse või abordiga seotud vigastus
- asjakohatu patsiendi haiglast välja kirjutamine
- dokumenteeritud patsiendi pretensioon või kohtuvaidlus
- muu patsiendi kaebus
- mõni muu ebasoovitav tulemus.

Kõikide uuringute eesmärgiks oli ühes või teises sõnastus uurida kõrvalekallete ulatust konkreetses riigis haiglaravil olnud patsientide käsitluses. Autor on järgnevalt koostanud ülevaatliku tabeli eelpool nimetatud uuringutest saadud kõrvalekallete ulatuse tulemustest.

Tabel 2 Kõrvalekallete ulatused randomiseeritud uuringute tulemustes.

	Suurbritannia	Taani	Kanada	Rootsi	Hispaania
Hospitaliseerimiste arv riigis	8 500 000	1 107 632	2 500 000	1 200 000	
Uuritud ravijuhtude arv	1 014	1 097	3 745	1 967	5 908
Kõrvalekallete protsent	11,7%	10,4%	7,5%	8,6%	11%
Neist välditavate kõrvalekallete protsent	48%	46%	36,9%	70%	43%
Kõrvalekallete tagajärjel surnud patsientide protsent	8%	6,1%	9%	3%	4,4%

Allikad: Suurbritannia – Vincent et al 2001: 518; Taani – <http://www.slideshare.net/sanidadyconsumo/patient-safety-the-danish-experience>; Kanada – Baker et al 2004:1681-1682; Rootsi – Soop et al 2009: 287-288; Hispaania – Aranz-Andrés et al 2009: 410

Esitatud arvude põhjal saab järeldada, et kõrvalekallete ulatus on riigiti väga sarnane andes keskmiseks kõrvalekallete protsendiks kõikidest hospitaliseerimistest 9,8%. Kui antud uuringute põhjal järeldada, et kõikidest kõrvalekalletest on välditavad keskmiselt 49%, siis esineb kõikidest hospitaliseerimistest välditavaid kõrvalekaldeid keskmiselt 4,8 juhul sajast ning kõrvalekallete tagajärjel sureb tuhandest hospitaliseeritud patsiendist iga kuues.

Nii on Baker et al (2004: 1684) hinnanud, et Kanadas võib aastas 141 250 – 232 250 haiglaravil olnud patsienti kogeda välditavat kõrvalekallet ja 9 250 – 23 750 patsienti võib hospitaliseerimise tagajärjel surra. Ka Soop et al (2009: 290) on oma andmeid ekstrapoleerides hinnanud, et Rootsis võivad vastavalt 105 000 haiglaravil olnud patsienti kogeda välditavat kõrvalekallet ja 3 000 patsienti surra.

Kui arvestada, et Eestis on aastas 254 800 hospitaliseerimist (Sotsiaalministeerium 2009: 70), siis võiks rahvusvaheliste uuringute põhjal järeldada, et igal aastal kogeb Eestis ligikaudu 12 000 inimest välditavat kõrvalekallet ning kuni 1 500 inimest sureb haiglaravi tulemusena.

Võrreldes Eesti surma statistikat (Statistikaameti andmebaas 2010), oleks kõrvalekalletest tingitud surmajuhtumid viimase viie aasta keskmisena kolmas surma põhjus edestades kaugelt sotsiaalsete surmade ennetamise kampaaniatena kuulsad liiklusõnnetused (5 aasta keskmine sagedus 190, 16. surmapõhjus), rinnavähk (233, 11.), emakakaela vähk (62, 36.) või uppumised (70, 35. surmapõhjus).

Tabel 3. Kümme sagedasemat surma põhjust Eestis

	2005	2006	2007	2008	2009	Keskmine
Südame isheemiatõbi (s.h. äge müokardiinfarkt)	4 912	4 854	4 681	4 588	4 330	4 673
Peaajuveresoonte haigused	2 334	2 228	1 853	1 570	1 384	1 874
Hüpertooniatõbi	708	728	1 044	1 540	1 827	1 169
Muud südameveresoonte haigused	621	724	800	833	760	748
Hingamiseldite pahaloomulised kasvajak	708	759	762	756	659	729
Vanadus	442	453	459	196	153	341
Mao pahaloomuline kasvaja	313	366	336	288	303	321
Käärsoole ja ühenduskoha pahaloomuline kasvaja	255	277	264	284	286	273
Enesetapp	273	247	253	242	269	257
Lümfoid- ja vereloomekoe kudede pahaloomulised kasvajak	231	246	282	240	245	249

Allikas: [http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/03Rahvastikusundmused/10Surmad/RV\\_04.htm](http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/03Rahvastikusundmused/10Surmad/RV_04.htm)

## Patsiendi ohutuse uurimisvaldkonnad

Esimesed uuringud alates IOM raportist on järjepidevalt tõestanud, et kõrvalekalded on mastaapne probleem, mis ohustab kõiki tervishoiuteenuste tarbijaid. Mitmeid uuringuid on tehtud uurimaks miks kõrvalekalded üldse esinevad ning tänaseks on rahvusvaheliselt dokumenteeritud, et enamus kõrvalekalded ei juhtu hoolimatusest või halvast haridustasemest vaid pigem süsteemi kodeeritud vigadest (Conklin et al 2008:36 tsisteerides Nagel 2007 ja *World Health Professions' Alliance Fact Sheet*).

Alates IOM raportist (1999) kuni Euroopa Komisjoni soovituseni (2009) leiab kirjandusest ettepanekuid valitsustele ning otsustajatele luua vajalik õiguslik baas patsiendi ohutuse käsitlemiseks. Downie et al (2006) uurisid erinevaid õiguslikke meetmeid mida erinevates riikides on patsiendi ohutuse tagamiseks rakendatud ja leidsid, et tendents on pigem patsiendi ohutuse seadustamise kui tervishoiutöötajatele, kes tervishoiusüsteemi moodustavad, autonoomse otsustamise õiguse jätmise suunas; et õiguslikult reguleeritakse peamiselt järelevalvet; ja et patsiendi ohutuse seadustamine on oluliselt aidanud kaasa patsiendi ohutuse kultuuri edendamisele. Ka Yeung ja Dixon-Woods (2010) uurisid patsiendi ohutuse aspektide reguleerimist ning leidsid, et regulatsioonid võivad edendada patsienti ohutust ning head kliinilist praktikat, kuid seda juhul kui väärtushinnangud on paigas ja normides ning standardites on kokku lepitud. Samas tuleb nende arvates olla ettevaatlik, sest patsiendi ohutuse legaliseerimisel ja normeerimisel võivad olla sotsiaalsed ja eetilised tagajärjed nagu näiteks kui tervishoiutöötajad avastavad, et nad on kõigest süsteemi mutrid võimetud süsteemi kontrollima või seda parendama.

Teine suur patsiendiohutuse uurimisharu uurib raporteerimissüsteemide kasulikkust ning kasutamist. Taaskord alates IOM raportist (1999) kuni Euroopa Komisjoni soovituseni (2009) ärgitatakse valitsusi ning tervishoiuorganisatsioone looma kõrvalekallete kohustuslikke ja vabatahtlikke raporteerimissüsteeme, et läbi nende luua õpi- ning parenduskeskkond patsiendi ohutuse juhtumite edasiseks vältimiseks. Beckett et al (2006) poolt läbi viidud uuring näitas, et Ameerika Ühendriikides oli vähemalt kahekümne neljas osariigis vähemalt üks kõrvalekallete raporteerimissüsteem. Doupi (2009) poolt läbi viidud uuring näitas, et Euroopa Liidus eksisteerib kõrvalekallete raporteerimissüsteem vähemalt kolmeteistkümnes riigis. Tema poolt läbi viidud uuringu kohaselt jagunevad kõrvalekallete raporteerimissüsteemid

peamiselt kolmeks: tundlike juhtumite süsteemid (sageli kohustuslikud), spetsiaalsete kliiniliste erialade süsteemid (peamiselt vabatahtlikud) ning üleriigilised kõikehõlmavad raporteerimissüsteemid, mis sisaldavad nii kõrvalekaldeid kui ohujuhtumeid (Suurbritannia, Taani, Iirimaa). Doupi (2009: 29) tsiteerides Leape 2005, Runciman 2002) näitab, et raporteerimissüsteemide loomine on kasulik, muuhulgas järgmistel põhjustel:

- ühe organisatsiooni või üksuse tasemel juhtumite avastamine võib olla raskendatud, kuid andmeid agregeerides on võimalik varakult avastada varem tundmatud ohutegurid;
- erinevatest paikadest saabuvate ohutegurite analüüsimisel on võimalus identifitseerida sarnased tõukefaktorid;
- võimalus paremini mõista vigade tüüpe ning nende põhjuseid võib parandada teadlikkust nende ära hoidmise osas.

Samas rõhutavad kõik autorid raporteerimissüsteemide konfidentsiaalsuse, raporteerija anonüümsuse ning süsteemi mitte karistusliku olemuse olulisust.

Viimased kaks viivad rõhu patsiendi ohutuse kultuuri uurimise peale. Mitmed autorid viitavad, et patsiendi ohutuse tagamiseks on kõigepealt vaja organisatsioonis luua patsiendi ohutuse kultuur. Euroopa Tervishoiu Kvaliteedi Ühing defineeris aastal 2006 patsiendi ohutuse kultuuri kui „*...integreeritud mudel indiviidide ja organisatsioonide käitumisest, mis jagab ühiseid väärtusi ja järjepidevalt püüdleb patsientide ravi protsessi käigus võimaliku ohustamise minimeerimise poole.*“ (Kristensen ja Bartels 2010: 4). Kristensen ja Bartels leidsid kirjanduse ülevaadetest 19 erinevat patsiendi ohutuse kultuuri edendamise instrumenti ning EL liikmesriikides lisaks veel 11 kasutusel olevat patsiendi ohutuse kultuuri edendamise vahendit.

Oluline uurimisobjekt on patsiendi ohutuse juhtumite rahaline koormus. Nii näitas Vincent et al (2001), et keskmiselt pikeneb hospitaliseerimine kõrvalekallete tõttu 8,5 päeva kogumaksumusega Briti tervishoiu eelarvele kuni 1 miljard naela; Baker et al (2004) näitas 5,8 päeva võrra hospitaliseerimise pikenemist, Soop et al (2009) 6 päeva, Sciöler et al (2001) 7 päeva, Aranaz-Andrés et al (2009) 6,1 päeva. Hoonhout et al (2009) uurimuse kohaselt oli kõrvalekallete otsene rahaline kulu 355 000 000 eurot aastas moodustudes kõigest pikenenud ravipäevadest ja täiendavatest ravipäevades, andes nii Hollandi tervishoiu kogukuludesse

2,4%. Samas on Warburton (2005) tõstatanud eraldiseisva ideena küsimuse kas patsiendi ohutuse tagamiseks kulutatav raha täidab oma eesmärgi või saaks seda kasutada lihtsalt haigete ravimiseks.

Viimasel paaril aastal on hakanud ilmuma ka uurimustöid, mis käsitlevad patsiendi ohutuse tagamist sotsiaalteaduste aspektist kitsamalt. Waring (2009) pakub alternatiivi ortodokssele „mööda ja juhi“ lähenemisele patsiendi ohutusele pakkudes informatsiooni kogumist läbi narratiivide. Waring väidab, et narratiivid aitavad keerulistes ning emotsionaalsetes olukordades olevatele tervishoiutöötajatele, kes on patsiendi ohutuse juhtumi põhjustamise keskmes, anda juhtumile mõtte ning et bürokraatlik raporteerimine võimaldab kogu juhtumist saada vaid väikese osa informatsiooni. Ocloo (2010) uuris narratiive võimust ning vastutusest kannatanud patsientide seas, kus nende kogemused võimaldavad tema sõnul luua uusi abivahendeid patsiendi ohutuse tagamise reformimiseks. Patsientide kogemusi on siiani vähe kasutatud, kuid nad annaksid uut teadmist ohtudega kaasnevates meditsiinilistest ja sotsiaalsetest protsessidest ning seeläbi ka laiema raamistiku patsiendi ohutusega tegelemisele. Ka Isaac et al (2010) lähenevad patsiendi ohutusele läbi patsientide kogemuse ning läbi statistilise analüüsi tõestasid, et vähemalt kaks patsientide poolt antavat üldist hinnangut – haiglate üldine reiting ning valmisolek haiglat soovitada – olid tugevalt seotud haiglate tegevusindikaatorite tulemustega. Nii võiks haiglate kvaliteeti hinnates arvestada ka patsientide-poolsete kogemuslike näitajatega.

Lõpetuseks – John Ovretveit (2009), üks enim tsiteeritud tervishoiu kvaliteedi alaseid eksperte, on avaldanud uurimuse, mille tulemusel ta soovib sotsiaalteadlastel rohkem panustada selle kiirelt kasvava teadusharu uurimisse. Näidetena toob ta poliitikasuundade, meeskondade töö iseloomu, probleemide alusallikate, mitmetahuliste süsteemide ja sotsiaalsete sekkumiste efektiivsuse uurimise vajalikkuse tulevikus.

## Eesti tervishoiupoliitika alused ja patsiendi ohutus

Vabariigi Valitsus andis 26.06.2008. välja pressiteate, mis märgib, et Maailma Tervishoiuorganisatsiooni peadirektor Margaret Chan tunnustas kohtumisel peaminister Andrus Ansipiga Eesti tervishoiusüsteemi. „/.../ Ma tahan teie inimestele öelda, et nad peavad olema õnnelikud, et neil on nii hea tervisesüsteem,“ ütles Chan. Viimase 15 aastaga Eestis ellu viidud tervishoiureformid on aidanud üles ehitada eduka tervishoiusüsteemi. Nii on meie ravikindlustus- ja haiglareformide ja perearstide reformi, tervise edendamise ja rahvatervise programmide rakendamise kogemused väga hinnatud. Üha rohkem siirderiike tunneb vajadust õppida meie kogemustest ja kasutada meie ekspertide abi.“ Peaminister Ansipi sõnul on Eesti jätkuvalt valmis oma tervishoiusüsteemide reformikogemusi ja teadmisi ka teiste riikidega jagama.

*Health Consumer Powerhouse EuroHealth Consumer Index* iga-aastase raporti alusel tunnistati Eesti tervishoiusüsteem patsiendisõbralikkuselt 2007. aastal 29 riigi seas 12-ndaks, 2008. aastal 31 riigi seas 11-ndaks ja 2009. aastal 33 riigi seas 18-ndaks. Eesti on hinnatud teenuse hinna ja kvaliteedi suhte osas esimese koha vääriliseks 2007. ja 2008. aastal ja teiseks 2009. aastal.

Eesti tervishoiu põhialus on kirjas meie Põhiseaduse paragrahvis 28 – „/.../ Igaühel on õigus tervise kaitsele“. Sotsiaalministeeriumist saadud teabenõude vastuse kohaselt põhineb Eesti tervishoiupoliitika tervisevaldkonda puudutavatel arengukavadel (Rahvastiku Tervise Arengukava 2009 – 2020, Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009 – 2015 ning Vabariigi Valitsuse 2. aprilli 2003. määrus nr 105 Haiglavõrgu arengukava) ja õigusaktidel (tervishoiuteenuste korraldamise seadus ja ravikindlustuse seadus).

Rahvastiku Tervise arengukava (edaspidi RTA) seab üldeesmärgiks „/.../ tervena elatud eluea pikenemise enneaegse suremuse ja haigestumise vähenemise kaudu“ (RTA 2008: 12). Tervishoiusüsteemi osas on eesmärgiks „/.../ Kõigile inimestele on tagatud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ressursside optimaalse kasutuse kaudu“ (RTA 2008:46). Kordagi ei ole käsitletud patsiendi ohutusega seotud aspekte.

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus patsiendi ohutust ei käsitle, kuid annab viite kvaliteedi tagamise nõuetele, milles puudub samuti viide patsiendi ohutusele. Ravikindlustuse

seadus patsiendi ohutust ei käsitle, kuid seab ravikindlustushüvitise eelduseks kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamise, jättes kvaliteedi sealjuures defineerimata.

Alates 1990-ndate algusest on Eesti tervishoid läbi viinud 4 suurt reformi – süsteemi detsentraliseerimise, ravikindlustuse süsteemi loomise, esmatasandi süsteemi loomise ning haiglavõrgu optimeerimise (Raiend 2002). Sellega on Eesti tervishoiusüsteem struktuurselt täielikult reformitud.

Tervishoiu kvaliteedi teooria loojaks peetakse Avedis Donabedian defineeris juba 1966. aastal tervishoiu kvaliteedi läbi tulemise, protsessi ja struktuuri (Donabedian 1966) resulteerudes tuntud definitsioonis, kus tervishoiuteenuste või arstiabi kvaliteeti hinnatakse heaks kui see on osutatud „/.../ õigele inimesele, õiges kohas, õigel ajal ja viisil“. Ka Eestis on tervishoiuteenuste kvaliteeti üritatud poliitikadokumentides kirjeldada. Nii koostati aastatel 1995 – 1998 Eesti tervishoiu kvaliteedipoliitika dokument, mis esitati ka Vabariigi Valitsusele kinnitamiseks, kuid jäi kinnitamata kuna dokumendis nähti ette Tervishoiu Kvaliteedi Keskuse asutamist riigi rahastamisel. Kvaliteedinõuded defineeriti esmakordselt 2001. aastal koostatud sotsiaalministri määruses tervishoiuteenuste kvaliteeditagamise nõuded, mis muuhulgas pani tervishoiuasutustele kohustuseks luua organisatsiooni kvaliteedikäsiraamat. 2003. aastal ilmuski juhendmaterjal „Organisatsiooni juhtimise käsiraamatu/ kvaliteedikäsiraamatu koostamine ja rakendamine tervishoiuteenuste osutamisel“. Teine kontseptuaalne dokument, „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis“ valmis Sotsiaalministeeriumi tellimisel 2005. aastal.

Kõikides nimetatud dokumentides käsitletakse kvaliteeti läbi struktuuri-, protsessi- ja tulemuste kvaliteedi tagamise, kuid patsiendi ohutuse aspekte pole üheski dokumendis käsitletud. Sotsiaalministeeriumi poolt 2005. aastal tellitud töö kokkuvõttes seisab: „/.../ 1998. aastal valminud Eesti tervishoiu kvaliteedipoliitika dokumendis toodi välja järgmised lahendamist vajavad valdkonnad: kvaliteedialase tegevuse koordineerimine riiklikul tasandil, tervishoiuteenuste osutajate nõustamine ja juhendamine ning rahvusvahelise koostöö edendamine tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise valdkonnas. Nimetatud probleemid on aktuaalsed ka 2005. aasta alguses.“ (Põlluste jt 2005: 31) ning kahjuks peab seda ütleva ka aastal 2010.

Kokkuvõtlikult peab seega Eesti tervishoiukorralduse hetkeolukorra kohta nentima, et tervishoiuga on justkui kõik hästi (tervishoiukorralduse näitajad on head, Eesti tervishoiusüsteemi on kiidetud), tervishoiu olukord on stabiilne (kõik olulised reformid on ellu viidud), struktuuriliselt ja vormiliselt on kõik paigas, kuid tervishoiu toodangu tulemusega, tervishoiu sisuga ja tervishoiukorralduse sees toimuvaga pole veel tegelema hakatud.

## Eesti jaoks siduvad patsiendi ohutusega seotud poliitikadokumendid

Kuna Eesti on nii Euroopa Liidu kui Maailma Terviseorganisatsiooni liige, on EL ja WHO poolt välja antud dokumendid, deklaratsioonid, soovitused jms Eesti jaoks siduvad.

Eesti jaoks siduv Euroopa Ühenduse asutamislepingu artikkel 152 ütleb: „*.../ Kogu ühenduse poliitika ja meetmete määratlemisel ja rakendamisel tagatakse inimeste tervise kõrgetasemeline kaitse*“. Vabariigi Valitsuse poolt kinnitatud Eesti EL poliitika 2007 – 2011 ütleb tervishoiuteenustega seondult, et „*.../ Eesti toetab ühenduse meetmeid tervishoiuteenuste valdkonnas, et võimaldada ohutute, kõrge kvaliteediga ja tõhusate piiriüleste tervishoiuteenuste osutamist*“ (2007: 9).

Euroopa Liit on patsiendi ohutuse tõstnud olulise tervishoiukorraldusliku ja –poliitilise teemana kõrgele poliitilisele tasemele, seades patsiendi ohutuse tagamise EL tervishoiustrateegias 2008 – 2013 teiseks strateegiliseks eesmärgiks kolmest, sõnastades eemärgi kui „*.../ kodanike kaitsmine terviseohtude eest/.../*“, määratledes patsiendi ohutuse üheks meetmeid nõudvaks valdkonnaks (2007: 9). Ka EL Nõukogu on andud välja eraldi soovitus patsiendi ohutuse kohta, viidates 05.04.2006 vastu võetud Luksemburgi Patsiendi ohutuse Deklaratsioonile. Nõukogu soovitus võeti liikmesriikide poolt vastu 09.06.2009 EPSCO (*EU Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council*) nõukogu koosolekul. Komisjon soovitab liikmesriikidel luua kõikehõlmavad aruandlus- ja õppesüsteemid, välja töötada riiklik strateegia (s.h. määrata pädev organ, ajakohastada ohutusstandardid) ning eraldi vastu võtta ja ellu viia riiklik tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamise ja tõrje riiklik strateegia. Ühenduse tasemel soovitab Komisjon jagada teadmisi ning klassifitseerida ja mõõta patsiendi ohutust. Kolm aastat peale soovitus vastuvõtmist (ehk 09.06.2012) peavad liikmesriigid Komisjonile oma tegevuse osas aru andma, sealjuures saatma esialgse kokkuvõtte üks aasta varem. Näiteks on naaberriik Soome patsiendi ohutuse strateegia juba 2009. aastal vastu võtnud.

Juba 2002. aastal võttis WHO vastu patsiendi ohutuse alase Maailma Tervise Assamblee deklaratsiooni tungivalt soovitades liikmesriikidel patsiendi ohutuse probleemile tähelepanu pöörata ning luua tõenduspõhised patsiendi ohutust tagavad süsteemid.

Olles ka Euroopa Nõukogu liige, on Eestile samuti siduv nõukogu soovitus (2006)<sup>7</sup> patsiendi ohutuse juhtimiseks ja kõrvalekallete ennetamiseks tervishoius, märkides, et liikmesriigid peaksid: hoolitsema selle eest, patsiendi ohutus oleks kõikide oluliste tervishoiupoliitikate nurgakiviks; looma patsiendi ohutuse strateegia; looma süüdistustevabad patsiendi ohutuse juhtumite raporteerimissüsteemid.

Autorile teadaolevalt ei ole ühtegi ülalolevat soovitust Eesti täitnud.

## Metoodika

Antud magistritöö uurimisobjektiks on patsiendi ohutuse kui tervishoiupoliitika valdkonna olemasolu Eesti tervishoiupoliitikas.

Kirjanduse ülevaates näitas autor, et patsiendi ohutus on nii teaduskirjanduses kui rahvusvahelistes poliitikadokumentides oluline ning prioriteetne teema ja et Eesti seadusandluses ning tervishoiupoliitika alusdokumentides pole patsiendi ohutust kordagi käsitletud. Sellest tulenevalt soovib autor antud tööga tõsta esile ja algatada diskussioon patsiendi ohutuse temaatika olulisusest alustades teooriate tutvustamisest Eesti akadeemilisele lugejaskonnale.

Kuna töö eesmärgiks oli uurida miks pole patsiendi ohutust eraldi seisva teemana Eesti tervishoiu asutustes, poliitikadokumentides ja tervishoiu arvamussliidrite poolt siiani käsitletud ning selgitada välja patsiendi ohutuse olulisus ja koht Eesti tervishoiupoliitikas valis autor kvalitatiivse uuringu intervjuerides Eesti tervishoiu arvamussliidreid. Arvamussliidrite intervjuude tulemusega soovis autor uurida kas patsiendi ohutust tervishoiuteenuste osutamise juures peetakse problemaatiliseks ja eraldi käsitlust väärivaks küsimuseks. Sellest tulenevalt püstitas autor uurimusküsimused:

- kuivõrd Eestis tuntakse patsiendi ohutuse kontseptsioone;
- kas patsiendi ohutus on otseses või kaudses tähenduses integreeritud Eesti tervishoiupoliitikasse ja –korraldusse;
- kas Eestis peetakse patsiendi ohutust oluliseks ja/ või probleemseks teemaks;
- miks on Eestis olukord selline nagu ta on;
- millisel seisukohal on Eesti tervishoiupoliitikat- ja korraldust mõjutavad arvamussliidrid patsiendi ohutusega eraldi teemana käsitlemise osas;
- kuidas peaks patsiendi ohutuse teemaga edasi liikuma.

Uurimus viidi läbi kvalitatiivse uurimusega kasutades andmekogumise meetodina struktureeritud ekspertintervjuusid erinevate tervishoiu arvamussliidritega. Intervjuud ekspertidega toimusid 2010. aasta juulikuus. Intervjuud kestsid 15 minutist 45 minutini, keskmise kestvusega 33 minutit. Intervjuud lindistati ning hiljem transkribeeriti, moodustades

nii 39 lehekülge analüüsitavat materjali. Uurimuse käigus kogutud empiirilise materjali analüüsimiseks kasutati kvalitatiivset cross-case meetodit.

Autor valis oma tööalasest kogemusest tulenevalt<sup>1</sup> ekspertideks Eesti tervishoiukorralduses hetkel kõige enam mõju avaldavad tervishoiukorraldajad.

Ekspertidena intervjueriti:

1. Hannes Danilov, Eesti Haigekassa juhatuse esimees (omab mõju tervishoiu rahastamise korraldamises);
2. Ester Pruuden, Eesti Õdede Liidu president (omab mõju 4 000 liikmeskonnalise ametiühingu juhina Eesti õenduse arengu suundadele);
3. Urmas Sule, Eesti Haiglate Liidu juhatuse esimees (omab mõju ligikaudu 6 miljardilise käibega statsionaarse- ja ka ambulatoorse eriarstiabi võrgustiku töökorralduse juhtimisele);
4. Kalev Karu, AS Medicumi nõukogu esimees (pikaaegse juhtimiskogemusega tervishoiujuht, juhib Eesti suurimat ambulatoorset arstiabi osutavat organisatsiooni);
5. Jarno Habicht, WHO Eesti esindaja (on ekspert rahvusvahelise tervishoiukorralduse lõimumisest riikliku tervishoiukorraldusega);
6. Ivi Normet, sotsiaalministeeriumi terviseala asekantsler (on riiklikus struktuuris kõige kõrgemal ametniku positsioonil tervishoiupoliitika kujundamisel);
7. Andrus Mäesalu, Eesti Arstide Liidu president (on kogu Eesti arstkonna ametlikuks esindajaks);
8. Ain Aaviksoo, poliitikauuringute keskuse Praxis juhatuse esimees (omab mõju ja ekspertiisi Eesti tervishoiupoliitikate uuringute osas).

Kõikidele ekspertidele esitati viis ühesugust küsimust, mida vastamise käigus vajadusel ning võimalusel täiendati ning üks eriküsimus vastavalt eksperdi valdkonnale.

---

<sup>1</sup> Autor on oma ametilt haigla kvaliteedijuht olles eelnevalt või paralleelselt töötanud nii sotsiaalministeeriumis, Eesti Haigekassas, Eesti Haiglate Liidus kui ka praktiseeriva arstina ning olles olnud kaasatud mitmete poliitikadokumentide koostamise protsessi.

Ekspertidele esitatavad küsimused:

1. Mis on Eesti tervishoiu põhieesmärk? Mis on Eesti tervishoiu alusdokumendid?
2. Mida tähendab patsiendi ohutus? Palun leida Eestile sobiv patsiendi ohutuse definitsioon.
3. Kui suureks probleemiks hindate patsiendi ohutuse vähest teadvustamist Eestis?
4. Millised on patsiendi ohutuse elemendid, mis on Eesti tervishoiupoliitikas ja – korralduses kaetud?
5. *Valdkondlik küsimus*
6. Mida peaks edasi tegema?
7. Kõikidel intervjueeritavatel paluti öelda lõpusõnad.

Kõige keerulisemaks osutus neljandale küsimusele vastamine, kuna patsiendi ohutust ei ole üheski Eesti poliitika- või strateegia dokumendis eraldi käsitletud, mistõttu autor teatud juhtudel aitas täiendavate küsimustega kaasa patsiendi ohutuse elementide leidmisele, et eksperdid saaksid öelda oma arvamuse, kas antud teema on Eesti tervishoiupoliitikas ja – korralduses kaetud või mitte.

Valdkondlikud küsimused olid järgnevad:

1. Hannes Danilov: Millisel määral Eesti tervishoiu rahastamise põhimõtted soodustavad või siis väldivad patsiendi ohutust? (lisaks täpsustavad küsimused)
2. Ester Pruuden: Koostamisel oleva Eesti õenduse arengukavas kajastatavad patsiendi ohutuse aspektid juhtivõdede vaatevinklist.
3. Urmas Sule: Kuivõrd on haiglate töökorraldus seotud sellega, et patsiendi ohutuse standardeid määratleda, kui palju toimetatakse patsiendi ohutuse raames?
4. Kalev Karu: Kuivõrd AS Medicum korraldab oma tööd seoses patsiendi ohutuse temaatikaga? (lisaks täpsustavad küsimused)
5. Jarno Habicht: Miks pole Eesti täitnud EL ja WHO poolt määratletud soovituslikke regulatsioone patsiendi ohutuse teemadel?
6. Ivi Normet: Miks patsiendi ohutus pole eraldi teemana Eesti tervishoiupoliitikas käsitletud? (lisaks täpsustavad küsimused)
7. Andrus Mäesalu: Kas Eesti arstkond on valmis patsiendi ohutuse teemal rääkima? (lisaks täpsustavad küsimused)

8. Ain Aaviksoo: Miks meil ei ole tehtud patsiendi ohutuse alaseid uuringuid ning kas Ameerika Ühendriikide, Suurbritannia, Kanada, Rootsi jne uuringute taustal peaks keegi Eestis patsiendi ohutuse teema üles võtma?

Kuna mitmed eksperdid esitasid arvamusi, mida nad avalikkuses autori hinnangul ei avaldaks, siis sellest tulenevalt ei ole analüüsis esitatud tsitaadid seostatud konkreetse ekspertidega.

## Analüüs

### Kuivõrd on patsiendi ohutus Eestis probleemiks?

Kuna iga inimene vajab aeg-ajalt arstiabi, võiks eeldada, et ühiskond on arstiabi (kui ühe teenuse) kvaliteedist huvitatud. Selleks viis autor läbi interneti otsingumootorite päringu viimase 5 aasta kohta, uurides kui palju on Eestis tervishoiu- ja/ või arstiabi kvaliteeti, mille üheks osaks on patsiendi ohutus, ühiskonnas käsitletud. Võrdluseks on toodud liiklusohutus kui üks ohutusega seotud teema, mille puhul võib eeldada, et seda ühiskonnas samuti oluliseks peetakse.

Tabel 4. Tervishoiu kvaliteedi ja patsiendi ohutuse olulisus Eesti ühiskonnas selle kajastamise järgi internetis.

	Postimees	Eesti Päevaleht	Riigiteataja	Riigikogu stenogrammid
Patsiendi ohutus	3	1	1	0
Patsiendi turvalisus*	1	2	0	0
Tervishoiu kvaliteet	2	18	0	2
Arstiabi kvaliteet	16	24	0	5
Liiklusohutus	59	54	24	308

\*Kuna Eestis puudub kokkulepitud patsiendi ohutuse alane terminoloogia, on mõningatel juhtudel inglise keelne termin *patient safety* tõlgitud kui „patsiendi turvalisus“.

Allikas: interneti otsingumootorid.

Kuna Eestis pole tõenduspõhist materjali kõrvalekallete ulatuse kohta ning ajakirjanduses või internetist kättesaadavad rahulolematute patsientide kaebused ei pruugi alati kõrvalekallet tähendada, on ainuke kasutatav informatsioon Eestis toimunud kõrvalekalletest sotsiaalministeeriumi juures töötava Tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjoni (endine Tervishoiuameti juures tegutsenud Arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjon) statistika.

Tabel 5 Arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjoni/ Tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjoni tegevus arvudes

Aasta	Kaebuste arv	Arstlikke vigu	Suhtlemisprobleeme
1995	2	0	0

Aasta	Kaebuste arv	Arstlikke vigu	Suhtlemisprobleeme
1996	3	1	0
1997	12	4	1
1998	24	8	7
1999	52	11	8
2000	40	10	11
2001	54	16	6
2002	54	17	12
2003	78	19	18
2004	73	24	7
2005	60	17	2
2006	78	20	2
2007	63	18	6
2008	64	16	5
2009	105	24	7

Allikas: Sotsiaalministeerium, vastus teabenõudele

Kõrgeim kohtuväline organ arstiabi kvaliteedi ja seeläbi ka patsiendi ohutuse hindamiseks kõrvalekaldeid ei mõõda ega arvesta, vaid pigem on Eesti endiselt ortodoksse õige/ vale hindamise teel.

Nagu eelpool selgitatud, ei ole kõik kõrvalekalded meditsiinilised vead ning kõik kõrvalekalded ei ole ka välditavad. Meditsiinis tuntakse hästi tüsistuse terminit – haiguse, tervisliku seisundi või ravi tulemuse ebasoodne areng. Seega üritas autor leida viiteid tüsistuste statistika kohta Eestis.

Tervise Arengu Instituudi Tervisestatistika osakonnast saadud vastuseks oli *„Kahjuks meie oma aruannetes tüsistusi eraldi ei registreeri. Soovitan Teil pöörduda haigekassa poole. Vahest on nende andmebaasides see info olemas ja väljavõetav.“*

Eesti Haigekassa Tervishoiuökonomika osakonnast saadud vastuseks oli *„Informatsioon, mille alusel haigekassa andmebaasist oleks võimalik saada ülevaadet meditsiiniliste tüsistuste kohta, pärineb raviarvetelt. Tüsistused märgitakse raviarvetele diagnoosi koodidena, teatud juhtudel ka tervishoiuteenuste koodidena (näit. kood 050114 – Relaparotoomia tüsistuse tõttu, 070303 – Uriiniderivatsiooni tüsistuste korrigeerimine, kordusplastika).*

*Selleks, et haigekassa andmebaasist tüsistusi puudutavat infot välja võtta, tuleks saata vastavate diagnooside loetelu (RHK alusel).*

*Andmete interpreteerimisel tuleks arvestada asjaolu, et kõiki tüsistusi ei ole võimalik kodeerida raviarvel, kuna raviarve on rahastamise aluseks olev dokument ning sellega kogutakse vaid teatud rahastamiseks vajalikku infot.*

*Seetõttu ei saa haigekassa andmebaasis andmete põhjal tegelikku ülevaadet meditsiiniliste tüsistuste kohta ega teha järeldusi meditsiiniliste tüsistuste esinemissageduse, sisu jne kohta.“*

Seega ei ole patsiendi ohutuse juhtumite ulatust Eestis isegi kaudselt mitte võimalik prognoosida.

Patsiendi ohutuse aspektide tajumist uuriti 2009. aasta 11. septembrist 5. oktoobrini läbi viidud Eurobaromeetri uuringuga, kus Eesti tulemused olid järgmised:

- 45% vastanutest pidas tõenäoliseks saada kahjustatud haiglas viibimise ajal (EL 27 keskmine 50%);
- 51% vastanutest pidas tõenäoliseks, et üldarsti juures või apteegis võivad patsiendid kahjustada saada (EL 27 keskmine 46%);
- Kõige tõenäolisemaks kõrvalekaldeks pidasid eestlased vale, puuduvat või hilinenud diagnoosi;
- 39% eestlastest vastas, et tema või tema pereliige on kogunud kõrvalekallet (EL keskmine 26%), sealjuures 23% on sellest ka raporteerinud (EL 27 keskmine 27%);
- Kõige olulisemaks patsiendi ohutuse eest vastutajaks pidasid eestlased tervishoiutöötajaid ja haiglaid.

Kokkuvõtvalt peab eestlane meie tervishoiusüsteemi ohutuselt heaks EL 27 seas kaheksandana, kusjuures tulemustes ei ole mingeid erisusi selles osas, kas antud riigis on vastu võetud patsiendi ohutusega seotud seadusi või kas antud riigis on olemas kõrvalekallete raporteerimissüsteemid. Sellest võib järeldada, et patsiendi ohutusega tegelemine ei ole mitte niivõrd patsientide rahulolu ega tervishoiusüsteemi usaldusväarsuse tõstmiseks, kuivõrd pigem ebasoovitavate tulemuste ennetamiseks ning süsteemi efektiivsuse tõstmiseks.

## Kuivõrd tuntakse Eestis patsiendi ohutuse kontspetsioone?

Ekspertintervjuude põhjal võib väita, et patsiendi ohutuse kontseptsioonid pole Eesti tervishoiujuhtidele teadlikult teada, kuigi kõik intervjueeritavad tajusid ohutust sarnaselt patsiendi ohutuse EL definitsioonile – „olukord, kus patsient on kaitstud tervishoiuteenustega seotud tarbetu või võimaliku kahju eest“. Kaheksast intervjueeritavast kuus kasutasid patsiendi ohutusele tähenduse andmisel sõnu „vähem kannatusi“, „vigastuse vältimine“, „kahju vältimine“.

Näiteks:

*„nii vähe kannatusi tervishoiuteenuse osutamise protsessis patsiendile kui võimalik“,*

*„tervishoiuteenuse osutajad ei tohi olla ohuallikateks patsiendi tervise toetamisel, tervishoiuteenuse osutajad ei vigasta patsienti ja ei kahjusta mingit moodi tema tervist“,*

*„valdkond, kus me hoolitseme selle eest, et patsient ei saaks haiglas rohkem viga kui ta saaks kodustes tingimustes viibides“,*

*„see tähendab et patsienti ei tapeta ja talle ei tehta kahju“,*

*„patsiendi ohutus tähendab seda, et kui tal on vaja arstiabi, et see arstiabi ise ei toodaks tervise riski“,*

*„et kui inimene tuleb haiglasse, et ta ka siis täiendavaid süsteemist, mitte tema põhihaiguse probleemist tingitud, haigusi, vigastusi, ohtusid enda tervisele ei saaks“,*

*„esimene printsiip arstimise juures on ära tee kahju“,*

*„inimese kokkupuude tervishoiusüsteemiga ei tohi põhjustada suuremat probleemi kui see mille pärast ta tervishoiusüsteemiga kokku puutus“.*

Samas tõid eksperdid patsiendi ohutuse tähendusse sisse ka muid aspekte:

*„suutlikkus tegeleda professionaalselt“,*

*„et oleks optimaalne arv teenuse osutajaid“,*

*„patsiendil peab olema võimalus kaasa rääkida“,*

*„süsteem peaks hoolitsema selle eest, et inimesed oleksid võimalikult hästi informeeritud sellest mis toimub ja mis kuskil olemas on“,*

*„et patsiendi õigused oleksid kaitstud“,*

*„Patsiendi ohutuse kitsast tähendusest piisas senimaani kuni patsiendi enda roll raviotsuses oli suhteliselt passiivne. Sellisel juhul tõepoolest, see on suht selline paternalistlik hoiak – keegi kes temaga midagi teeb peab sellisel juhul vaatama ja hoolitsema, et ta ei teeks midagi halvasti. Olukorras, kus eeldatakse, et patsient ise on aktiivne osaline otsuses – sellest enam ei piisa. Lihtne kaalutus on see, et juhul kui protseduur läheb liiga riskantseks, arst otsustab – ei seda me ei tee, sest et võibolla on selle tagajärg kehv. Juhul kui patsient on osaline, siis tegelikult selle võimaliku kahju ja ohu tasakaalu punkt tuleb tegelikult kokku leppida. Seal on minu meelest väga raske seda kitsast osa eristada.“*

Samas ühe intervjuueeritava jaoks tähendab patsiendi ohutus kogu süsteemi olemasolu ja süsteemi toimimist: *„kõigile Eesti abivajajatele peaks olema tervishoiusüsteem ja see peab toimima võimalikult arusaadavalt“.*

Kokkuvõtlikult võib väita, et kuigi kaheksast intervjuueeritavast üks oli kursis patsiendi ohutuse rahvusvahelise definitsiooniga, on tervishoiujuhtidele patsiendi ohutuse kontseptsioon loogiliselt selge ning veelgi enam – kontseptsiooni laiendati vaid kahju puudumise aspektist kaugemale.

Töö tulemusel ei saa kahjuks siiski ühest Eesti patsiendi ohutuse definitsiooni anda, sest kuigi kõik peale ühe intervjuueeritava andsid omapoolse definitsiooni patsiendi ohutusele, olid vastused siiski liiga erinevad. Intervjuueeritav, kes polnud nõus patsiendi ohutust defineerima, arvas, et *„Kõige õigem on võtta mõni rahvusvaheline definitsioon“.*

Viis intervjuueeritavat pakkusid EL soovitusel definitsioonile sarnase definitsiooni. Kuid kaks intervjuueeritavat lähenesid defineerimisele süsteemi tasandilt:

*„süsteem, mis tagab tervishoiuteenuse osutamise ettearvataval viisil ja võimaldab seda kontrollida“,*

*„süsteem kuidas tagada patsiendile õige ravi õiges kohas ja osutada seda, nagu võlaõigusseadus seda ütleb, vähemalt keskmisest oodatava hoolega vastavalt kaasaegse arstiteaduse tasemele“.*

Seega ilmselt, kui patsiendi ohutust hakataks Eestis laiapinnalisemalt defineerima, jääks siin siiski kasutusele juba nii EL kui ka WHO poolt kasutusel olev definitsioon, kuid hea meel on tõdeda, et Eesti tervishoiujuht oskab ohutuse tagamaad näha süsteemis, mitte ainuüksi tervishoiuteenuse osutaja – patsiendi suhtes.

### **Kas patsiendi ohutus on otseselt või kaudselt integreeritud Eesti tervishoiupoliitikasse ja -korraldusse?**

Kõikidel intervjueeritavatel paluti sõnastada Eesti tervishoiu põhieesmärk ning nimetada Eesti tervishoiupoliitika alusdokumendid. Ekspertide arvamused meie tervishoiu põhieesmärgist lahkesid peamiselt kolmeks.

Tervist ja heaolu pidasid oluliseks kolm eksperti:

*„Kõik on suunatud sellele, et patsiendile tagada võimalikult hea tervis ja heaolu. Tervis laiemas mõistes, et ta võib olla küll diagnoosiga inimene aga meie teda toetame ja abistame.“,*

*„Ma arvan, et me lähtume puhtalt vastuvõetud dokumentidest. Väga lihtne on: pikem ja parem eluiga.“,*

*„Põhieesmärk on hoolitseda nende inimeste tervise eest, kes seda hoolitust vajavad.“.*

Kolm eksperti lähtusid tervishoiu põhieesmärgi sõnastamisel tervishoiuteenuste osutamise vaatevinklist:

*„Õige teenus õigel ajal õiges kohas.“,*

*„Ikka haiguste ravimine ja haiguste võimalusel ära hoidmine“,*

*„Tervishoiu põhieesmärk peaks olema terviseedenduse ja ennetusega tegelemine. Aga eelkõige on Eesti tervishoid orienteeritud kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamisele, võimalikult õiglaselt Eestis viibivatele elanikele.“*

Kaks eksperti aga lähtusid põhieesmärgi sõnastamisel süsteemi toimivusest:

*„Et kui inimesega midagi juhtub, et talle finantsilist kaitset pakkuda ja teine, et talle kvaliteetset ja kokkulepitud kättesaadavuse standardiga abi osutada“*,

*„See millest lähtutakse praegu otsuste tegemisel Eestis – minu hinnangul lähtub esimeses järjekorras efektiivsus taotlusest ehk võimalikult väikeste kuludega pakkuda teenuseid mida erinevad huvirühmad suudavad välja kaubelda nende käest kelle käes on raha ja võim.“*

Seega ei osutanud ükski ekspert tervishoiupoliitilise põhieesmärgi sõnastamise patsiendi ohutusele või kahju vältimisele.

Ekspertid nimetasid mitmeid erinevaid tervishoiupoliitilisi alusdokumente, mis on käesoleva töö teoreetilises osas juba käsitletud. Sellegi poolest eristus kaks kindlat joont ning autor tõlgendab seda siinkohal praktilisuse aspektist.

Viis eksperti nimetas esimese tervishoiupoliitilise alusdokumendina ära Rahvastiku tervise arengukava ning üks ekspert ütles, et ta ei tea, et Eestis oleks ühtegi [tõsiselt võetavat] tervishoiupoliitilist alusdokumenti.

Kaks eksperti mainisid mõlemad, et nad on teadlikud Rahvastiku tervise arengukava olemasolust ja selle esile tõstmisest, kuid märkisid, et:

*„Ma ei tea Eestis sellist inimest kes seda dokumenti haaraks või kes oskaks selle dokumendiga midagi ära teha.“*

*„Rahvastiku tervise arengukava ei ole praktiline dokument, seal ei ole prioriteete. Selline tervishoiupoliitika võiks olla igal ühel. Seal ei ole mitte midagi spetsiifilist.“*

Need samad kaks eksperti pidasid samaaegselt kõige olulisemateks tervishoiupoliitilisteks alusdokumentideks Eesti Haigekassa seadust ning ravikindlustuse seadust:

*„Need on kõige suurema mõjuga dokumendid, sest fikseerivad kuidas valdav osa tervishoiust saab rahastatud“,*

*„Kõige tõsisemad alusdokumendid on Eesti Haigekassa seadus ja ravikindlustuse seadus – need mõjutavad kõige enam, kõik ülejäänud kohanduvad nende kahe dokumendiga.“*

Üks ekspert tõi välja ka patsiendi vaate: *„Tervishoiutöötajatena me näeme seda, et peame olema ise teenuseosutajana teadlikud patsiendi õigustest, läbi koolituste hoidma end ja oma kolleege patsiendi õigustest kursis, kuigi samas on meie ülesandeks patsiendile tema õigusi selgitada. Seda me oleme praegu kohanud, et see on puudu.“*

Vaid üks ekspert tõstatas patsiendi ohutuse teema: *„Maailmas on väga palju pehmeid regulatsioone – lepime kokku, et teeme asju paremini. Eestis aga vaikselt alles liigutakse sinnapoole, et pehme regulatsioon on oluline ja kõiki asju ei pea võtma vastu riigikogus. Aga samas kui asjad lähevad kriitiliseks, siis tuleb välja, et kui ei ole ikka seaduses kirjas, siis me seda ei tee. Mis tekitab patsiendi ohutuse teema juures suure küsimuse on – kus sa tahad asja reguleerida?. Kas tahad panna kõik seadusesse ja kõike arutada kohtus või tahad tagada head kvaliteeti pehmema regulatsiooni tasandil – asjad mida erialad lepivad kokku, seda mida arstid on kokkuleppinud, et käituvad eetiliselt ja vaatavad, et head tavad on jälgitud. Kus sa tahad neid häid tavasid kirja panna. Sa võid need kirja panna seaduses – see on väga karm tavaliselt. Miinimumnõuded, sa paned alati seadusesse kirja aga kui sa räägid kvaliteedi parendamisest, siis küsimus on kas kvaliteedi parendamine on see mida sa tahad seadusse kirjutada. Kui printsiibi võid sa kirjutada seadusesse aga kas kõike seda mida sa pead tegema saab seadusesse panna, siis kõikide kogemus on see, et pehme regulatsioon on tunduvalt mõistlikum.“*

Seega võib kokkuvõtvalt öelda, et tervishoiupoliitilistes alusdokumentides ning tervishoiu põhieesmärgina patsiendi ohutus oluline ei ole.

Samas küsiti ekspertidelt ka arvamust millised patsiendi ohutuse elemendid Eestis kaetud on. Siinkohal selgus, et patsiendi ohutuse teoreetiline kontseptsioon on Eesti tervishoiujuhtide jaoks tundmata.

Mainiti ravikvaliteedi kontrolli olemasolu haiglates sisemiselt (3), kuid seda ei hinnatud piisavana:

*„See on kõige suuremate ja jämedamate probleemide kinni püüdmiseks piisav aga esimese veerandi ühiskondade gruppi kuulumiseks kindlasti ebapiisav. Ja mis meil on kõige puudulikum, on selle mõõtmine. Meil on tehnilised protseduurid aga neil ei ole sihti. On olemas mingisugused koosolekud kus arutatakse keerulisi juhtumeid või juhtumeid, kus diagnoosi panek oli keeruline või patoloogid avastasid midagi mida raviarst ei teadnud või ei ravinud. Aga sellel ei ole tagajärge, süstemaatilist sisendust protsessi parendusse. Täpselt sama moodi ei ole süstemaatilist parendust ravikvaliteedi komisjonil. Kuna ta lihtsalt on hambutu. Ja see kontroll lähtub peaaesjalikult raha kasutamisest ja kui haigekassa juht on ise isiklikult öelnud, et kuna üheski seaduses Eestis ei ole defineeritud ravikvaliteeti, siis see ei olegi haigekassa ostu objekt. See on ametlik vastus riigikontrolli auditile. Minu meelest on see märgilise tähendusega.“,*

*„selleks on oma ajaloolised põhjused juba Nõukogude tervishoiusüsteemist, miks sellega on tegeletud. Teine pool, mis on jällegi nõrgemaks läinud, on igasuguste haigusjuhtude arutelu. Seal võib öelda, et kuidas neid arutati enne ja kuidas neid arutada ja õppida negatiivsest kogemusest, minu hinnangul on läinud alla.“,*

*„Sisend on paranenud, kus ja kuidas me seda kasutame – seal on palju auke. Järelevalve, miinimumkontroll ja see, et sa parendad asju, siis seal on meil väga suur auk. Ma isegi ei vaidleks selle üle milline institutsioon mida peaks tegema, selle üle on vaieldud 20 aastat ja vaieldakse edasi. Ja mulle tundub, et see vaidlus on selleks, et mitte teha sisuliselt neid asju. Me teeme auditeid ja me teame et on probleem aga me ei tee mitte midagi. Kui vaadata haigekassat ja terviseametit siis nad teevad asju, minu arvates teeb haigekassa rohkem. Aga neil jäävad käed lühikeseks. Kui tuleb välja audit, mis näitab, et midagi tuleks parendada ja mitte midagi ei tehta. Siis on kuskil meil midagi väga halvasti.“,*

*„ma olen töötanud sellises majas, kus igasugust normaalsest haiguse kulust kõrvalekallet peeti esmaselt mingisuguseks haigla poolt tekitatud vigastuseks või toimeks. Igasugune kõrvalekalle võeti arvele, analüüsiti osakonna koosolekul läbi ja analüüsiti läbi haigla juhtkonnaga – süsteemselt aastate viisi. Ja sealt tuli välja, mis patsiendiga tegelikult toimus.“*

*Ja seda kõike oleks vaja teha süsteemselt kõikides raviasutustes. Ja ma arvan, et seda ei tehta.“.*

Positiivsete näidetena toodi nakkuste vältimist (5), veretoodete käsitlemise standardiseeritust (3), ravimipoliitikat ja tehniliste vahendite kvaliteeti ja kättesaadavust (5), ravijuhendite olemasolu (3) ja patsientide tagasisidesüsteemi olemasolu (2).

Nõrgaks hinnati patsientide teavitamist (3), info liikumist (1), samuti ravijuhiste ja protseduuride standardite puudumist (3) ning personali kaitset (1).

Patsiendi aspekti tõi välja üks ekspert: *„Kui me mõtleme patsiendi ohutuse laiema regulatsiooni peale ja see, et kuidas patsient oleks kaasatud, et ta teaks kas see on ohutu või ei ole – arvan et seal on üks suur auk. Tavainimese teadlikus, mis on patsiendi ohutus, ma ütleks, et see täiesti puudub. Sellepärast, et inimene täna Eestis, mitte et ta peaks alati arstile väljakutset esitama – kas sa teed õiget asja, aga et ta mõtleks kriitiliselt, kas seda kõike mis talle tehakse on talle vaja ja kas see on hea tema tervisele. Seda võiks rohkem olla.“*

Kaks eksperti avaldasid arvamust, et kõrvalekaldeid tuleks dokumenteerida ja hinnata:

*„Personali põhjustatud probleemjuhtumid tuleks dokumenteerida ja kõiki neid tuleks hinnata ja arutada ja kui seda koguaeg niimoodi hoida siis on seda kergem juurida ja kaasa tõmmata ka neid uusi tulijaid, kes võibolla on teistsuguste hoiakutega.“,*

*„Seda valmisolekut ei tule sellepärast, et meie meedikud on liiga mugavad. See on kurb tõsiasi aga need asjad tuleb tegelikult institutsionaalselt asutustel riigi poolt vägisi paika panna. Mida rutem me selle asja paika saame, seda parem. Seda valutumalt see meie jaoks tuleb. Meil ei ole mingit tegelikku õigust põhjustada inimesele asjatuid kannatusi, vigastusi, töövõimetust. See on tegelikult kuritegu. Me peame arstide mõtteviisi muutma. See nõuab aega ja iseenesest ei muutu midagi.“*

Samal ajal kolm eksperti arvasid, et kõrvalekallete raporteerimiseks ei ole Eesti tervishoiusüsteem valmis:

*„Võtame näiteks haigekassa – me oleme ju kõik kuulnud seda, et näe audit ütles, et sinu majas tehakse seda ja seda mitte kõige õigemini ja me peame seda lepingu juures arvestama. See on reaalne motivaator matta asjad maha.“,*

*„Mina ei kujuta seda ette, et me seda täiesti süsteemselt üles ehitame aga ma saan aru, et seda väga kaua ei saa ka edasi lükata. Seda nii teha, et kõik sinna adekvaatselt andmeid esitaks ja samal ajal ei tekiks avalikkuse survet seda avalikustada. Sest statistiliselt me peame selle avalikustama. Ma loodan, et me pääseme sellest, et me ei ütle arsti või praksise nime sinna juurde aga kindlasti tekib meil kohustus kas või läbi teabenõude avalikustada üldised statistilised numbrid. Ma ei näe seda lisaväärtust. Ma ikka usun meie inimestesse kes töötavad tervishoius, et tahtlikult jamasid ei tehta, kas tehakse teadmatuses või lihtsalt juhtus. Pigem saab kollane kirjandus ja kommentaatorid vett veskile. Ma ei kujutaks nüüd ette, et ei oleks teist viisi tahtlikust ja lollust maandada kui see, et läbi selle Euroopa ohutussüsteemi, et kõik raporteerivad. Arvan, et see peaks ikkagi selline iseregulatsiooni mehhanism olema. Haiglad ja tervisekeskused ja praksised, et nende enda sees on selline hea tava, et nad ise analüüsiks ja ise jälgiks ja ise teeks järeldusi. Mitte, et kui avalikkusesse või ekspertkomisjoni jõuab, et siis mäsitakse kinni. Ise tehtaks ikkagi järeldusi, sest enamus ei ole tahtlikud. Ma ei näe muud lisaväärtust peale selle, et uudishimu saab kõigil rahuldatud.“,*

*„Patsiendi ohutuse mõttes on liigne informatsioon sama ohtlik kui informatsiooni puudumine. Teenuse osutaja jaoks on informatsiooni kogu aeg ja kõige olulisema informatsiooni kättesaamisega me ju tegelemegi. Võlaõigusseadus on tekitanud kuulsa olukorra kus veateateid ei saagi kuskil arutada, kuna see võib lõppeda sellega et arutaja saab karistada. On tekitatud ebakindlustunne, et kui sa tekitad infobaasi kuhugi, siis iga hetk võib seaduse järgi keegi need andmed sult välja nõuda. Need andmed mida sa oled kasutanud arutelu jaoks, mida sa oled kasutanud selleks, et sisemiselt asju korrastada ja paremaks teha. Siis teistpidi on need dokumendid kasutatavad süüdi mõistmisel.“.*

Kokkuvõtlikult saab järeldada, et Eesti tervishoiusüsteemis on teatud patsiendi ohutuse aspektid käsitletud, kuid mitte süstemaatiliselt ja keegi ei tea kes peaks olema see vastutaja kes ütleks kuidas süsteemi muuta süstemaatiliseks.

Huvitav on suhtumine raporteerimissüsteemide vajalikkusesse. Olgu siinkohal veidi paljastatud ekspertide anonüümsus, kuid laias laastus võib positiivse ja negatiivse suhtumise jagada kaheks – raha ning võimu eest vastutavad eksperdid olid raporteerimissüsteemidesse negatiivselt meelestatud, samas kui tervishoiutöötajad ise ning uurijad olid positiivselt meelestatud. Paradoksaalne, et otsustajad ei taha raporteerimissüsteeme luua peites end väite

taha, et „meie arstkond ei ole selleks valmis“, samal ajal kui arstide esindaja ütleb, et „riik peaks kasvõi vägisi selle süsteemi looma“.

Oluline on märkida, et kaks eksperti tõid väga selgelt välja reaalse ohu mis käesoleva seadusandlusega võivad raporteerimissüsteemide (ka vabatahtlike ja asutusesiseste) loomisel tekitada raporteerijatele juriidilise vastutusele võtmise.

Järelevalve puudustele on viidanud ka Riigikontrolli audit, mis seadis juba oma aruande eesmärgiks, et „/.../ Järelevalve iseloom ei saa olla ainult tervishoiuteenuse osutajate juurest vigade otsimine ja nende karistamine, vaid samaväärselt oluline on ka tervishoiuteenuse osutajate ja nende osutatava teenuse kvaliteedi arengu toetamine“. Audit leidis, et järelevalvel ei ole praegu selget eesmärki, mistõttu puudub kindlus, kas järelevalve keskendub olulistele probleemidele ning kas sel on oluline mõju tervishoiuteenuste kvaliteedi paranemisele. Lisaks leidis audit, et liiga palju järelevalvest keskendub tervishoiuteenuse formaalsele küljele ja et järelevalve ei hinda praegu piisavalt raviteenuse sisulist kvaliteeti.

Kuigi auditist on praeguseks juba kolm aastat möödunud ning nii Eesti Haigekassa juhatuse esimees kui sotsiaalminister lubasid muutusi tekitada, ei ole sisuliselt tervishoiuteenuste osutajate järelevalves siiani ühtegi muutust toimunud (muutunud on vaid järelevalve institutsionaalne staatus – ühendatud Terviseametis on nüüd koos nii tervise- kui tervishoiuteenuste järelevalve).

Kokkuvõtlikult saab seega öelda, et patsiendi ohutus ei ole hetkel defineeritud tervishoiu põhieesmärgi osana ning tervishoiupoliitika alusdokumendid patsiendi ohutust ei kajasta.

Samas saab tõdeda, et patsiendi ohutuse elemente Eesti tervishoiupoliitikas ning –korralduses leidub, nii mõnigi mõõde on hästi korraldatud. Lisaks on Eestis ainuüksi antud töö ekspertide näol olemas vaimne ressurss ja teadmine mida tuleks tervishoiukorralduses parendada ning teisiti teha selleks, et patsiendi ohutust paremini tagada.

## Kas Eestis peetakse patsiendi ohutust oluliseks teemaks ning miks?

Kuigi eelpool on korduvalt näidatud, et Eestis süstemaatiliselt patsiendi ohutust käsitletud ei ole, pidasid mitmed eksperdid patsiendi ohutuse käsitlemist iseseisva teemana oluliseks.

*„/.../ Ma arvan, et see on Eesti tervishoiusüsteemi kõige suurem probleem.“. Seejuures konstrueeris antud ekspert autorile täiesti uudse lähenemise patsiendi ohutusest kui probleemist: „/.../ Risk, mis on paratamatult seotud tervishoiuteenuse osutamisega, kui riskil ei ole hinda siis ei ole võimalik jagada seda riski erinevate osapoolte vahel – patsient/ tervishoiuteenuse osutaja/ maksja. Tüüpiliselt kuhjub see risk kõige nõrgemast ülespoole kõige tugevamani. Kõige suurema riski kannab sellises olukorras tõenäoliselt kõige nõrgem, antud juhul patsient. Haiglad on muutunud väga tugevaks. Igal juhul on patsient kaotaja. Teine on kulu pool: olukorras kui riskil ei ole kokkulepitud hinda, siis igasugune innovatsioon saab ainult suurendada kulusid. On olemas üksikuid sellised uuendusi mis vähendavad kulusid ja samaaegselt parandavad tulemust, aga põhimõtteliselt, paljudes teistes sektorites innovatsioon säilitab oodatud kvaliteedi taseme või riskimäära. Igal juhul on igasuguse uuenduse sisse viimiseks vaja investeringuid. Sa teed selle investeringu selleks, et seda sisse viia ja kui nüüd sellel riskil hinda ei ole, siis tegelikult isegi kui sa sama kvaliteediga osutad teenust ja sa oled sinna rohkem raha sisse pannud, siis ei ole sul võimalik seda hinda odavamaks lasta, sest see mis sa oled paremini teinud, seda ei maksta kinni ehk seda kvaliteedi säilimist odavamate vahenditega ei ole võimalik mõõta. Kui sa ei mõõda kvaliteeti, siis sa ei mõõda patsiendi ohutust.“,*

*„Ma probleemi keskselt sellele ei läheneks aga ma ütleks et sellega peab kogu aeg tegelema. Kui sellega ei tegeleta, siis on see probleem.“,*

*„See on teema millega tuleks tegeleda. Senimaani on meil tervishoius viimase 20 aasta jooksul tegeletud süsteemi ümber ehitamise ja reguleerimisega. Aga mulle tundub, et patsiendi vaade on ära kaotatud. Arvan, et sellele tuleb tähelepanu hakata pöörama. Lihtsalt institutsionaalsete ja struktuursete reformidega, ilma tähelepanu pööramata mida seal süsteemi sees tehakse, Eesti järgimist arenguhüpet ei tee.“,*

*„On kindlasti. Lihtsalt probleem sellepärast, et me päris teadlikult, süsteemselt ei tegutse. Meil on suhteliselt vähe sellel teemal kirjutatud, inimeste teadlikkus teemal on madal. Siin*

*tuleks ka inimesi harida, et patsiendi seisukohast lükkuks nõudlus süsteemi enese kaitseks ja arenguks.“*

Seega, kuigi keegi otseselt pole Eestis patsiendi ohutusega tegelenud (näiteks pole ühtegi arvamuskirjet keegi nimetatud ekspertidest kirjutatud, kus oleks patsiendi ohutusele kasvõi viidatud), avaldavad pooled valitud tervishoiu arvamuskirjete arvamus, et teema on oluline ning spetsiaalset käsitlust vajav.

Neli eksperti olid patsiendi ohutusega, kui eraldi temaga tegelemise osas, skeptilised:

*„Probleem on igal juhul, küsimus on kas see on ka kõige suurem probleem. Patsiendi ohutus või süsteemi efektiivsus – ega ei saaks öelda, et keegi nendega kunagi tegelenud ei oleks. Kui võtta nii fookusesse, et kas patsientide ohutus on tagatud? – saad palju järgmisi küsimusi ja suure tõenäosusega tuleb ka tegevusi, mida keegi peab tegema, mis selgub, et pole päris hästi tehtud.“*

*„Ma arvan, et ideaalolukorda ei saavutatagi.“*

*„Arvan, et see on teoreetiliselt probleem. See probleem on reaalselt küll olemas, aga kuna me süsteemselt nende asjadega ei tegele, siis me tegelikult ei tea.“*

*„Kindlasti on patsiendi ohutus probleem, aga me ei ole sellest rääkinud, arvan, et sellel on veel nõukogude pitsar küljes. Ilmselt see hirm, et iga arsti töös võib eksimusi leida, on takistanud teemaga tegelemast.“*

Nimetatud vastused võiks kokku võtta kahes kategoorias – hirm (kardetakse kedagi ärritada ning selle ärrituse reaktsioon ja tagajärg on ettearvamatu) ning tegevusetus (kuna keegi ei ole seda probleemina tõstatanud, siis järelkult probleem puudub).

Põhjuseid, miks Eestis patsiendi ohutusest seni räägitud ei ole, hindasid eksperdid järgnevalt:

*„See ei ole tunnetatud probleemina ja patsiendi ohutuse tajumine probleemina eeldab arstide töö kahtluse alla seadmist ja seda ei ole nõus arstid isekeskis avalikult tunnistama. Kuna meil on patsientide esindusorganisatsioonid ja selle alane tegevus ääretult nõrk, et siis pole seda*

*huvirühma, kes selle piisavalt kõva häälega üles tõstaks. Kuniks ei ole sellist väga tugevat survet ja tellimust ühiskonna poolt laiemalt, seni organisatorid üksi arstkonnale ei saa pähe astuda selle kohapealt. Siin jääb arsti arvamus ühiskonnas alati peale.“,*

*„Aga väga praktiline põhjus ma arvan, patsiendi ohutuses on puudu üks inimene kes riigi või süsteemi tasandil korra selle ülevaate teeks ja kokku paneks. Patsiendi ohutus ei ole olnud prioriteet, ma arvan, et see oleneb sellest kui kaugele on riik arenenud.“*

Antud vastuste alusel võiks eeldada, et kõik, mida patsiendi ohutuse teema avalikustamiseks vaja on, on aktiivne inimene, kes suudab veel kedagi kaasata ning vähemalt teatud ringkonnal omakorda huvi tekitada.

## **Kuidas edasi?**

Kuigi paljud mahukad uuringud on juba tõestanud patsiendi ohutuse ja kõrvalekallete ulatust ning nii mitmedki autorid on avaldanud arvamust, et rohkem teemat käsitleda pole vaja, leidis üks ekspert siiski, et patsiendi ohutuse teema tõstatamiseks oleks ka Eestis vaja eraldi uuring läbi viia.

*„Igasuguse riski puhul, epidemioloogilises mõttes, omab alati tähtsust mitte selle riski absoluutne suurus vaid mingi teguri mõju mingisugusele tulemusele. Patsiendi ohutuses räägitakse välditavatest surmadest, aga ühiskonnas ei aktsepteerita neid ja mina arvan, et ülevaatliku uuringu tegemine on hädatarvilik.“*

Seega oleks antud eksperdi arvates vaja patsiendi ohutuse temaatika tõstatamiseks Eesti ühiskonnas leida Eesti päris omad numbrid, et inimestele teema isiklikumaks teha.

Edaspidiste soovitusena märkisid eksperdid:

*„Mina arvan küll, et antud hetkel peaks seda trummi taguma ja otsima seda lünka kohta nii uuringute rinnetel ning ma arvan, et võiks olla ka mõni tubli patisient või siis miks mitte mõni parlamendisaadik kellega koos on võimalik see asi ette võtta.“*

*„Riigi tervishoiupoliitika on ikka poliitikute kujundada, selles mõttes peaks sellega rohkem poliitiliselt tegelema ja riik peaks sinna taha tulema. Et see ei jääks tähelepanuta, tegelemiseta.“,*

*„Me peaksime jooksma. Mõte on selles, et patsiendi ohutus on asi mida me ei tohi unustada. Miks ma ütlen, et jooksma, me mõtleme et vaatame ringi ja ei tegele sellega või me jalutame vaikselt ja vaatame ringi: „oh, vaata see riik tegeleb ja teine riik tegeleb,“ siis lihtsalt teised riigid lähevad mööda ja me näeme, et need reformid, mis meil on viimase 20 aasta jooksul tehtud, on olnud väga edukad – Eesti on selline tähelepanuväärne riik ja teised seavad endale eesmärgiks – vot niimoodi võiks reforme teha, muutuda ja liikuda. Aga kui me tahaks, et ka 20 aasta pärast Eestit niimoodi vaadatakse, peame me hakkama tegelema sellega, mis tervisesüsteemis sees toimub.“,*

*„Selle teemaga tuleb süsteemselt tegutseda, teiste riikide näitel. Tuleb teha otsus mil viisil riik selle teemaga edasi läheb. Patsiendi ohutus on teema ja sellega tuleb tegeleda ja süsteemselt.“.*

Nende nelja eksperdi arvamused näitavad selgelt, et patsiendi ohutus tuleb ühiskonna teadvusse aktiivselt tõsta, et ta saaks edasi areneda. Lihtsalt ootama jäädes, et äkki keegi kuskil midagi kunagi teeb või eeldades, et me tegeleme patsiendi ohutusega erinevate muude tervishoiupoliitiliste aspektide raames, jääb selgelt ebapiisavaks.

Ekspertid, kes patsiendi ohutust kui eraldiseisvat teemat skeptilisemalt hindasid, arvasid:

*„Kui meie kultuuriruumis on midagi toimetatud patsiendi ohutuse vallas, siis võiks seda informatsiooni jagada, siis suure tõenäosusega sugenevad sealt ka mingid tegevused. Ma ei näe siin küll teist institutsiooni kui sotsiaalministeerium, kes peaks siin eestvedamist teostama.“.*

*„Teemaga saavad tegeleda ainult raviautused ise, nad võiksid kokkuleppele jõuda.“,*

*„Võib olla peaks Rahvastiku tervise arengukavas olema üks peatükk patsiendi ohutus. Sinna sisse võiks põhimõtted viia ja need tulevad siis alla ministri kvaliteedi määrusega.“,*

*„Meil on praegu suuremaid probleeme. Kui me praegu patsiendi ohutuse teema üles tõstaks, õõnestaksime süsteemi usaldust. Minu meelest ei ole praegu õige hetk. Olen vaadanud teiste riikide kogemusi, kus valitsused on ise teema tõstatanud – väga raske on, aga nad on samal ajal pidanud siis ka kohutavalt raha sellesse süsteemi sisse panema. Millega võiks tegeleda, on korraldajate ja juhtidega teema üles tõsta, aga mitte ühiskonna jaoks. Näiteks miks ei võiks haiglate arengukavades patsiendi ohutus peatükina sees olla.“*

Seega arvavad ka patsiendi ohutuse kui eraldiseisva tervishoiupoliitilise teema suhtes skeptilised eksperdid, et patsiendi ohutusega keegi kuskil võiks tegeleda. Nad ei too seda lihtsalt jõuliselt välja, kuid ei luba endale ka teema käsitlemise vajalikkuse täielikku eitamist.

## Arutelu

Patsiendi ohutus on sõnastatud kui põletavaim tervishoiupoliitiline probleem maailmas. Kümned, sajad ning tuhanded uurimustööd uurivad, miks tervishoiusüsteem, mis on loodud patsientide abistamiseks ja nende väga kalli isikliku vara – tervise – kaitsmiseks, on muutunud üheks tervist kõige enam ohustavamaks teguriks.

Võib vaielda, et kas see, kui 10% süsteemi sisenejatest saab mingil määral kahju (ja enamasti ei ole kahju ulatus kõrge) ning teema seetõttu üles puhutakse ja see omakorda süsteemi usaldusväarsust raputab, on väärt süsteemile halva maine tekitamist, kui samas 90% süsteemi sisenejatest saavad ju abi ning leevendust. Samas, ilmselt paljud meist ei lendaks lennukitega kui tõenäosus lennukiõnnetusse sattuda oleks igal kümnendal.

Patsiendi ohutuse algseks uurimisobjektiks tervishoius oli kahju saamise ulatus. Ilmselt tõesti tekiks ka Eesti ühiskonnas aktiivne diskussioon kui ühel päeval oleks Postimehe või Päevalehe või Aktuaalse Kaamera avauudiseks tõenditel põhinev fakt, et igal aastal sureb Eesti haiglates 1 500 patsienti põhjendamatult (ehk välditava kõrvalekalde tulemusel).

Nüüdseks on maailmas jõutud uurida nii kahjuni jõudmise põhjuseid, viise, kahjude tagajärgi kui omakorda ka põhjuste leidmise viise, põhjustega tegelemise viise, kahjuni jõudmise tee põhjust jne. Patsiendi ohutus on ammu väljunud arstkonna traditsioonilise distsipliini piiridest. Eelkõige on rõhuasetus keeruliste süsteemide ning nende omavaheliste seoste mõistmisel ja uurimisel ning kultuuri muutmisel.

Nii soovis ka antud töö autor mõista erinevate keeruliste süsteemide ning protsesside omavahelisi seoseid – seoseid, kus linearsus on kui nõel heinakuhjas – miks patsiendi ohutus, kui ta on kirjanduses ja rahvusvaheliste organisatsioonide nagu WHO poliitikadokumentides sõnastatud kõige põletavam tervishoiupoliitiline probleemina kogu maailmas, pole Eestis konstruktiivset kõlapinda saanud. Ka ajakirjandusest leitud seitse viidet olid juhuslikud ning selle sõnapaari leidmine mingist artiklist ei omanud tegeliku sisu kajastamise mõtet. Kuidas on võimalik, et edukas innovaatiline väikeriik käitub igat ühiskonna liiget mõjutava teenuse – tervishoiuteenuse – kvaliteedi tagamisel ikka veel 1966.

aastast pärineval kvaliteediteoorial (Donabedian 1966, Põlluste jt 2005). Viimane on küll endiselt nii mõneski aspektis ajakohane, kuid uusi käsitlusi on ju järjepidevalt lisandunud.

Kõige parem on ehk taaskord alustada algusest. Kui 1999. aastal avaldati (mh enne planeeritud aega) revolutsiooniline *To Err is Human* raport, ei vaikinud sellest mitte ükski Ameerika telejaam, ajaleht, raadio ega ilmselt ka arstide tuba. See kõlas nii ennekuulmatuna, et iga päev tapab tervishoiusüsteem 250 inimest – see on kaks Tartu Ülikooli ajaloo muuseumi saalitäit. Selline teadmine oli vaieldamatult šokeeriv. Kuid peale seda kasvas huvi patsiendi ohutuse vastu kordades – näiteks ei suutnud enam *Institute for Healthcare Improvement* rahuldada kõikide soovijate tungi nende patsiendi ohutuse õpitubadesse (Kenney 2008). Samamoodi hakati Eesti haiglates kvaliteediga süstematiseeritult tegelema mitte peale Eesti Tervishoiu Kvaliteedipoliitika ilmumist aastal 1998, vaid peale 2001. aastal koostatud sotsiaalministri määruse tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded ilmumist, mis seadis haiglatele kohustuseks omada kvaliteedikäsiraamatut. Järelikult on muutuse tekitamiseks vaja kas šokeerivat või regulatiivset tõukefaktorit.

Seega on esimeseks võimalikuks lahenduseks ühe eksperdi poolt avaldatud arvamus, et Eesti vajab oma kõrvalekallete ulatuse uuringut. Teadmist, kuidas vastavat uuringut läbi viia on juba väga paljud uurijad jaganud (alates Leape 1991 kuni Baker 2004 kuni Soop 2009), võimalikud uurijad on Eestil ka olemas (Eesti Haigekassa viib aastas läbi vähemalt 5 kliinilist auditit, seega põhjalik kliiniliste andmete analüüs ei ole tundmatu), vaja on vaid peale hakkamist ning rahastamist.

Järgnevana võib püstituda küsimus kas Eestil on üldse vaja patsiendi ohutusega tegeleda? Miks teha uuring, mille tulemusel tõstatub teema, milleks ühiskond veel valmis ei ole nagu arvab üks antud töö ekspertidest. Esiteks ei leidnud töö autor ühtegi viidet sellele, et peale patsiendi ohutuse teema tõstatumist oleks üheski vastavas riigis toimunud suuremahuline usalduse kaotuse laine tervishoiuteenuste osutajate vastu. Teiseks on Eesti, astudes Euroopa Liidu liikmesriigiks, ise soovinud käituda vastavalt selles ühenduses kokku lepitud reeglitele ning EL kõikide liikmesriikide ministrid kirjutasid 09.06.2009. aastal alla Nõukogu soovitusel, mis väga tugevalt õhutab liikmesriike patsiendi ohutusega tegelema. Kolmandaks

ütles üks töö ekspertidest tabavalt: „/.../ kõigest kõrvalseisjana vaadates mida teised riigid meie ümber teevad, siis teised riigid lihtsalt lähevad arengus meist mööda“.

Kuigi töö alguses võinuks eeldada, et Eestis patsiendi ohutust oluliseks ei peeta (patsiendi ohutus pole leidnud kõlapinda ei ajakirjanduses, seadusandluses, riigikogu töös ega strateegia dokumentides), sõnastasid pooled intervjuueritud ekspertidest, tervishoiu arvamuslimidrid, patsiendi ohutuse sellegi poolest suure probleemina. Oma analüüsis eeldas autor, et patsiendi ohutuse probleemiks mittepildamise põhjuseks võiks olla kas hirm kedagi ärritada või kalduvus tegevusetusele. Samas kui rohked uuringud on tõestanud, et patsiendi ohutus on suur probleem ja Eestile siduvad poliitikadokumendid ärgitavad tegutsemisele viidates, et vaid nii saab kindlalt defineeritud probleemi lahendamisele kaasa aidata, siis järelikult tuleb tegeleda nende põhjuste likvideerimisega, mis takistavad patsiendi ohutuse teema tõstatamist.

Näiteks soovitab EL Nõukogu edendada asjakohasel tasemel tervishoiutöötajate koolitust patsiendi ohutuse valdkonnas ning levitada teavet patsientidele (võiks võtta ära hirmu põhjuse kedagi ärritada). Kuigi hariduse andmine ja teabe mõistmine ei pruugi alati olla omavahelises otseses seoses, ei saa eeldada, et kõrgelt haritud arstkont ei suudaks tõenduspõhist teavet vastu võtta. Ühiskonna jaoks teema avamisel oleks võimalik teema algatajatel teha kokkulepe ajakirjanikega neid eelnevalt harides, sellist lähenemist kasutati näiteks 1990-ndate keskel Ameerika Ühendriikides (Kenney 2008).

Töö teoreetilises osas tutvustati patsiendi ohutuse liike ning kontseptsioone. Kuigi ükski ekspertidest ei osanud kirjandust tsiteerides esitada patsiendi ohutuse liikide narratiivi, konstrueerisid kõik eksperdid need loogilisest mõtlemisest ning tervishoiupoliitilisest ekspertisist intervjuu käigus. Sealjuures andsid eksperdid koheselt ka hinnangu mingi konkreetse patsiendi ohutuse aspekti implementatsiooni tugevusest või nõrkusest Eesti tervishoiusüsteemis, kusjuures sama aspekti puhul võis üks ekspert arvata, et tegemist on tugeva aspektiga ja teine, et nõrgaga.

Sellest saab järeldada, et Eesti tervishoiukorraldust ning –poliitikat mõjutavad inimesed tegelikult teavad mida teha tuleks, et süsteem muutuks. Küsimus on kas tahetakse süsteemi muutust ning kas leitakse konsensus süsteemi muutmise viisi osas.

Süsteemi muutmise soov ei peaks enam vajama arutelu, sest vajadus selle järele on tõestatud (meie tervishoiupoliitika dokumendid ei ole patsiendi ohutuse osas ajakohased Eesti jaoks siduvate tervishoiupoliitiliste strateegiatega).

Konsensuse leidmine samas on aga tõsine väljakutse. Esiteks pole patsiendi ohutust siiani avalikult ega teadlikult konstruktiivselt käsitletud, hetkel ühtegi otsest tõukefaktorit ei ole ning isegi kõigest kaheksaliikmelises tervishoiuekspertide valimis oli selgelt näha teemakäsitluse polariseerumist. Üks võimalus on kutsuda kokku ümarlaud või töörühm, mille ülesandeks oleks konsensuse leidmine (nt EL Nõukogu poolt soovitatud patsiendi ohutuse strateegia koostamine). Teine viis oleks keskenduda patsiendi ohutuse teema tõstatamisel inimestele, kes soovivad teemaga tegeleda, eeldades, et heade tulemuste korral liitub teemakäsitlusega ka ülejäänud Eesti tervishoiupoliitikat mõjutavad inimesed ning huvigrupid.

Kõik eksperdid, ka need, kes patsiendi ohutuse teema käsitlemise vajalikkuses olid pigem skeptilised, leidsid vähemalt ühe endapoolse soovitusena edasisteks tegevusteks.

Ka skeptilised eksperdid leidsid, et informatsiooni patsiendi ohutuse teooria kohta tuleks jagada. Seda võiks tõlgendada ka kui patsiendi ohutuse kultuuri edendamise ettepanekut, millele autor viitas töö teoreetilises osas või kui patsiendi ohutuse strateegia/ tegevuskava koostamise ettepanekut, mis on omakorda ettepanekuna olemas Eestile siduvates rahvusvahelistes poliitikadokumentides.

Kõige keerulisemaks võib osutada konsensusele jõudmine kõrvalekallete raporteerimissüsteemide loomise osas. Samas on raporteerimissüsteemid arenenud riikides normaalseks osaks patsiendi ohutuse ning tervishoiuteenuste osutamise kultuurist, seega oleks Eestil võimalus õppida paljude teiste kogemustest nii süsteemi loomisel kui haldamisel. Kuid nagu nii kirjanduses kui rahvusvahelistes poliitikadokumentides rõhutatakse raporteerimissüsteemide kavandamise juures eriti oluliseks nende lahusust õiguslikest

tagajärgedest ja raporteerijate puutumatus, siis peaks tõenäoliselt enne antud teema laiemat tõstatamist lahendama Eesti õigusruumis Võlaõigusseaduses sisalduva vastutuse probleemi.

Nii nagu kolme aastane laps oskab tänapäeval käsitleda mitmeid keerulisi võõrkeelseid kodumasinaid ja info- ning kommunikatsioonitehnoloogia vahendeid, nii oleks hea võimalus just ülikoolil panustada patsiendi ohutuse teema edendamisesse. Koolitades välja järgmist põlvkonda tervishoiutöötajaid, tervishoiuteenuste osutamisega seonduvaid töötajaid ja poliitika kujundajaid, võimaldaks patsiendi ohutuse teema akadeemiline käsitlemine ning õppekavadesse sisseviimine kaasa kiirele Eesti tervishoiusüsteemil põhinevale teemakäsitlusele ja arendusele.

## Kokkuvõte

Kõik inimesed tarbivad ühel või teisel eluhetkel tervishoiuteenuseid ning kuna arsti poole pöördutakse sooviga end paremini tunda, vabaneda haigusest põhjustatud halvast enesetundest, siis eeldatakse tervishoiusüsteemilt abi saamist. Abi saamise asemel kogevad tegelikult aga kuni 10% tervishoiuteenuste tarbijatest kasu asemel kahju ning kuni iga kuues patsient tuhandest sureb haiglaravil olles välditava kõrvalekalde tulemusel.

Antud magistritöö „Patsiendi ohutus kui teadvustamata probleem Eesti tervishoiupoliitikas“ eesmärgiks oli tõsta esile ja algatada diskussioon patsiendi ohutuse temaatika olulisusest alustades teooriate tutvustamisest Eesti akadeemilisele lugejaskonnale ning selgitada välja patsiendi ohutuse olulisus ja koht Eesti tervishoiupoliitikas. Uurimisobjektiks oli selgitada välja põhjused miks Eestis patsiendi ohutusega seni tegeletud ei ole ning mida ja kas peaks selleks tegema, et patsiendi ohutus muutuks lahutamatuks osaks Eesti tervishoiupoliitikast ning Eesti tervishoiu eesmärkidest.

Uurimus viidi läbi ekspertintervjuudena Eesti tervishoiu juhtivate tervishoiupoliitiliste arvamusiidritega.

Lisaks kasutati uurimuses kõrvalekallete ulatuse uuringute andmeid ning ekstrapoleeriti need Eesti statistilistele andmetele ning tulemuste põhjal võib seega väita, et hinnanguliselt kogeb Eestis igal aastal tõenäoliselt ligikaudu 12 000 haiglaravil olnud inimest välditavat kõrvalekallet ning kuni 1 500 inimest võib surra haiglaravi tulemusena. See teeks kõrvalekaltest tingitud surmajuhtumitest kolmanda surma põhjuse eesti surma statistikas. Lisaks võiks välditavate meditsiiniliste kõrvalekallete ära hoidmisega aastas kokku hoida kuni 500 miljonit krooni tervishoiu kogukuludest.

Uurimusest selgus, et Eestis puudub selgelt sõnastatud ning üheselt mõistetav tervishoiupoliitiline eesmärk, kuna ka tervishoiu arvamusiidrid sõnastasid selle erinevatest vaatevinklitest. Sellegi poolest joonistus välja kolm lähenemist – lähenemine tervisele ja heaolule, lähenemine tervishoiuteenuste osutamisele ning lähenemine süsteemi toimivusele.

Vastavalt poliitikadokumentide analüüsile ja ekspertarvamustele, ei kajasta ükski tervishoiupoliitiline dokument patsiendi ohutust, kuigi Eestile siduvad nii Euroopa Liit kui

Maailma Terviseorganisatsioon on oma poliitikadokumentides patsiendi ohutuse seadnud prioriteetseks ja meetmeid nõudvaks valdkonnaks.

Sellegipoolest konstrueerisid ning identifitseerisid kõik eksperdid enamused patsiendi ohutuse kontspetsioonid ning nii saab järeldada, et Eestis on piisav vaimne ressurss patsiendi ohutuse teema tõstatamiseks olemas.

Patsiendi ohutuse kui olulise tervishoiupoliitilise probleemi käsitlemisel polariseerusid ekspertide arvamused järgalt kaheks: pooled eksperdid arvasid, et on viimane aeg patsiendi ohutusega kui olulise tervishoiupoliitilise probleemiga tegeleda ning pooled eksperdid leidsid, et patsiendi ohutus ei ole tervishoiupoliitiline probleem või teema ei vaja vähemalt hetkel käsitlust.

Samas leidsid kõik eksperdid, et teema vajab ühel või teisel viisil Eesti tervishoiusüsteemis edasist käsitlust.

Ekspertid leidsid, et teemat pole Eestis seni käsitletud eelkõige selle tõttu, et puudub kindel huvigrupp, kes oleks teema enda vedada võtnud ning teise aspektina leidsid mõned eksperdid, et teema käsitluseks ei ole Eesti tervishoiusüsteemi kultuur veel valmis.

Autor loodab, et antud tööga avatakse eesti keelne arutelu patsiendi ohutuse kui olulise tervishoiupoliitilise valdkonna määratlemisel. Autor püüdis käesoleva tööga koostada võimalikult laiapinnalise, kuid siit-tulenevalt paraku ka pindmise, ülevaate patsiendi ohutuse teooriast, patsiendi ohutusest kui tervishoiupoliitika valdkonnast, tõestades teema käsitlusega, et patsiendi ohutus vajab Eestis edasist laialdast tutvustamist ning eestikeelse terminoloogia loomist.

## Viidatud allikad

1. A brief synopsis on patient safety. (2010). World Health Organization. ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0015/111507/E93833.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf)03.06.10.)
2. Aranaz-Andrés J.M., Aibar-Remón C., Vitaller-Burillo J., Requena-Puche J., Terol-García E., Kelley E., Gea-Velazquez de Castro M.T. 2009. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (*ENEAS*). *Journal for Quality in Health Care*. 21 (6): 408 – 414.
3. Baker G.R., Norton P.G., Flinoft V., Blais R., Brown A., Cox J., Etchells E.E., Ghali W.A, Hebery P., Majumdar S.R., O’Beirne M., Palacios- Derflingher L., Reid R.J., Sheps S., Tamblyn R. 2004. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *JAMC*:1678-1686
4. Beckett. 2006 RAND Corporation Technical Report
5. Berwick D.M. 2008. *International Forum on Quality and Safety in Health Care*, Pariis. Autori märkmed.
6. Conklin A., Vilamovska A-M., Vries H., Hatzianandreu E. 2008. Improving Patient Safety in the EU 2008 RAND technical report for European Commission
7. Recommendation (2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. 2006. Council of Europe
8. Donabedian A. 1966. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*: 44 (3): 166-203
9. Doupi P. 2009. National Reporting Systems for Patient Safety Incidents – A review of the situation in Europe. National Institute of Health and Welfare Finland
10. Downie J., Lahey W., Ford D., Gibson E., Thomson M., McDonald F., Shea A. 2006. Patient safety law: From Silos to systems.

11. Edistämme potilasturvallisuutte yhdessä, Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. 2009. Sosiaali- ja terveyministeriön julkaisuja.  
(<http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/ julkaisu/138357123.04.10.>)
12. Eesti EL poliitika 2007 – 2011 2007. Eesti Vabariigi Riigikantselei.  
([http://www.riigikantselei.ee/failid/ELPOL\\_2007\\_2011.pdf23.04.10.](http://www.riigikantselei.ee/failid/ELPOL_2007_2011.pdf23.04.10.))
13. Eesti Statistikaamet. ([www.stat.ee27.07.10.](http://www.stat.ee27.07.10.))
14. EuroHealth Consumer Index Report 2007.2007. Health Consumer Powerhouse  
([http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport\\_EHCI\\_2007.pdf29.07.10.](http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCI_2007.pdf29.07.10.))
15. EuroHealth Consumer Index Report 2008. 2008. Health Consumer Powerhouse  
(<http://www.curanovis.ch/download/EHCI%20Index.pdf29.07.10.>)
16. EuroHealth Consumer Index Report 2009. 2009. Health Consumer Powerhouse.  
(<http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2009-090925-final-with-cover.pdf29.07.10.>)
17. Euroopa Liidu Nõukogu soovitus nr 10120/09, 5.06.2009.
18. Euroopa Ühenduse asutamisleping(Konsolideeritud versioon 1992). 1992., Euroopa Ühenduste Teataja C 224, 31.  
([http://www.legaltext.ee/en/lingid/EY\\_ASUTAMISLEPING.htm23.04.10.](http://www.legaltext.ee/en/lingid/EY_ASUTAMISLEPING.htm23.04.10.))
19. Ernits P. 2010. Üheksa aastat valu: arstid unustasid naise kõhtu tampooni.  
(<http://www.maaleht.ee/news/uudised/eesti uudised/uheksa-aastat-valu-arstid-unustasid-naise-kohtu-tampooni.d?id=3028353718.07.10.>)
20. Ernits P. 2010. Uskumatu lugu: arstid tegid teismelisele piigale 70 röntgenit.  
(<http://www.maaleht.ee/news/tarbija/tervis/uskumatu-lugu-arstid-tegid-teismelisele-piigale-70-rontgenit.d?id=3014761318.07.10.>)
21. Eesti Vabariigi põhiseadus (RT 2003, I 64, 429)  
(<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=63394930.07.10.>)

22. Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. 2008. World Health Organization
23. Hoonhout L.HF., Bruijne M.C., Wagner C., Zegers M., Waaijman R., Speeuwenberg P., Asscheman H., Wal G., Tulder M.W. 2009. Direct costs of events in dutch hospitals. BMC Health Services Research. (<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/2710>.07.10.)
24. Isaac T., Zaslavsky A.M., Cleary P.D., Landon B.E. 2010. The Relationship between Patients' Perception of Care and Measures of Hospital Quality and Safety. Health Services Research: 45 (4): 1024-1040
25. Kaarna M., Kalda R., Karu K., Lember M., Lindmäe E., Maaros H-I., Maiste K., Põlluste K., Raiend T., Rätsep A. 2005. *Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis*, Sotsiaalministeerium ([http://ee.euro.who.int/tervishoiu\\_kvaliteet\\_24veebr2005.pdf](http://ee.euro.who.int/tervishoiu_kvaliteet_24veebr2005.pdf)10.07.10.)
26. Kahur K. 28.07.2010. Eesti Haigekassa Tervishoiuökoonomia osakond. Elektrooniline kirjavahetus
27. Kass M. 2010. Kohus mõistis sünnitaja hooleta jätnud arstile tingimisi vangistuse. (<http://www.postimees.ee/?id=232000>18.07.10.)
28. Kenney C. 2008. The Best Practice – How the new quality movement is transforming medicine“, PublicAffairs.
29. Kohn L., Corrigan J., Donaldson M. 1999. To Err is Human – Building a Safer Health System. Institute of Medicine. National Academy Press.
30. Kristensen ja Bartels Use of patient safety culture instruments and recommendations, EUNetPaS WP1 report, 2010
31. Leape L.L., Brennan T.A., Laird N., Lawthers A.G., Localio A.R., Barnes B.A., Hebert L., Newhouse J.P., Weiler .PC., Hiatt H. 1991. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl: J Med: 377-384.
32. Lindmäe E. 1998. Eesti tervishoiu kvaliteedipoliitika

33. Maailma Tervishoiuorganisatsiooni peadirektor Chan kiitis Eesti tervishoiusüsteemi. 2008. Vabariigi Valitsuse pressiteade. ([http://www.valitsus.ee/?id=834530.07.10.](http://www.valitsus.ee/?id=834530.07.10))
34. Nõmper A., Sootak J. 2007. Meditsiiniõigus. Tallinn: Juura.
35. Ocloo J.E. 2010. Harmed patients gaining voice: Challenging dominant perspectives in the construction of medical harm and patient safety reforms. *Social Science and Medicine*: 71: 510-515
36. Ovretveit J. 2009. The contribution of new social science research to patient safety. *Social Science and Medicine*: 69: 1780-1783
37. Patient Safety and quality of healthcare. 2010. Special Eurobarometer. ([http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_327\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf)01.07.10.)
38. Patient Safety – Making it Happen. 2006. Luxembourg Declaration on Patient Safety. ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/ev\\_20050405\\_rd01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf)23.04.10.)
39. Poolakese A. 27.07.2010 Tervise Arengu Instituudi Tervisestatistika analüütik osakond. Elektrooniline kirjavahetus
40. Põlluste K. 2003. Organisatsiooni juhtimise käsiraamatu/ kvaliteedikäsiraamatu koostamine ja rakendamine tervishoiuteenuste osutamisel, Sotsiaalministeerium
41. Raiend T. 2003. *Overview of the Estonian Health Care Reforms to the ECON centre for economic analyses*. Maailmapank. Ülemaailmse Arengu Indikaatorid 2003 alusdokument.
42. Rahvastiku tervise arengukava 2009 – 2020. 2008. Eesti Vabariigi Valitsus. ([http://www.valitsus.ee/failid/Rahvastiku\\_tervise\\_AK\\_2009\\_2020.pdf](http://www.valitsus.ee/failid/Rahvastiku_tervise_AK_2009_2020.pdf) 20.11.09.)
43. Kaarna M., Kalda R., Karu K., Lember M., Lindmäe E., Maaros H-I., Maiste K., Põlluste K., Raiend T., Rätsep A. 2005. *Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis*, Sotsiaalministeerium ([http://ee.euro.who.int/tervishoiu\\_kvaliteet\\_24veebr2005.pdf](http://ee.euro.who.int/tervishoiu_kvaliteet_24veebr2005.pdf)20.11.09.)
44. Sciöler T., Lipczak H., Pedersen B.L., Mogensen T.S., Beck T.S., Stockmarr A. 2001. *A retrospective study of medical records*, *Ugeskr Læger*: 163: 5370-8

45. Soop M., Fryksmark U., Köster M., Haglund B. 2009. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Journal for Quality in Health Care*: 21 (4): 285 – 291
46. Suri koomapatsient Ruslan Kirillov (2006). SL Õhtuleht.  
(<http://www.ohtuleht.ee/index.aspx?id=208568>18.07.10.)
47. Tamm M. 2010. Süüdimõistetud naistearst kõrvaldati kohe sünnitusabi töölt.  
(<http://www.postimees.ee/?id=232089>18.07.10.)
48. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. (RT I 2001, 50, 284)  
(<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=1326424728>.07.10.)
49. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded. (RTL 2004, 158, 2376).  
(<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?replstring=33&dyn=13264247&id=82831427>.07.10.)
50. Thomas EJ, Studdert DM, Newhouse JP, Zbar BI, Howard KM, Williams EJ, Brennan TA. 1999. Costs of medical injuries in Utah and Colorado. *Inquiry*: Fall: 255-264.
51. Tervis, töö- ja sotsiaalelu 2000 – 2008. 2009. Tallinn. Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium  
([http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/V21jaanded/Publikatsioonid/2009/esinduskogumik\\_2009.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/V21jaanded/Publikatsioonid/2009/esinduskogumik_2009.pdf)27.07.10.)
52. Vincent C., Neale G., Woloshynowych M. 2001 Adverse events in British hospital: preliminaru retrospective record review. *BMJ*: 322 (3): 517-519
53. Warburton R.N. 2005. Patient Safety – how much is enough? *Health Policy*: 71: 223-232
54. Waring J.J. Constructing and re-constructing narratives of patient safety. *Social Science and Medicine*: 69: 1722-1731
55. WHA55.18, 18.05.2002. Quality of care: patient safety.
56. Üheskoos tervise nimel: Eli strateegiline lähenemine aastateks 2008 – 2013. 2007. Euroopa Parlamendi resolutsioon. (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:009E:0056:0064:ET:PDF>20.11.09.)

57. Yeung K., Dixon-Woods M. 2010. Design-based regulation and patient safety: A regulatory studies perspective *Social Science and Medicine*: 71: 502-509.