

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni tegevus 2017. aastal

Marika Väli^{1,2}, Ruth Kalda³, Anne Poll⁴

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon (TKE) menetles 2017. aastal 191 avaldust ja vajakajäämisi tuvastati 41 korral, millest 27 oli meditsiinilise tegevuse vigu. 14 juhul peeti kaebust põhjendatuks osaliselt, need juhtumid olid seotud dokumentide ebakorrektses täitmisega, vajakajäämistega töökordades ning probleemse suhtlemisega patsiendi, tema sugulaste või lähedastega. Enamikul juhtudest märkis komisjon, et osutatud ravi vastas arstiteaduse üldisele tasemele ja oli läbi viidud oodatava hoolega.

Erialati jagunesid kaebused järgmiselt: hambaravi 36, peremeditsiin 22, kirurgia 14, ortopeedia 14, sise-mediitsiin 13, psühhiaatria 13, sünnitusabi ja günekoloogia 12, töötervishoid 10, erakorraline meditsiin 10 (sh kiirabi 4), neuroloogia ja neurokirurgia 9, oftalmoloogia 7, onkoloogia 8, plastikakirurgia 4, kõrva-, nina- ja kurguhaigused 4, kardioloogia 3, õendus- ja hooldusteenused 3, dermatoloogia 1. Peale esmakordset eksperdi hinnangu taotluste menetleti 8 teistkordset taotlust isikutelt, kes polnud rahul TKE varasema hinnanguga.

Vanglameditsiini teenustega rahulolematud kinnipeetavad esitasid 33 avaldust, Terviseamet esitas 27 ekspertiisitaotlust, juristid 13, vanglad 5, politseiurijad 3. Ülejäänud 110 avalduse esitajaks olid patsiendid ja nende lähedased.

Eelmiste aastatega võrreldes suurenes 2017. aastal kaebuste arv

tunduvalt. Näiteks esitati 2016. aastal 147 taotlust menetlemiseks, millest vajakajäämisi leiti 35 korral; 2015. aastal menetletud 106 juhtumist leiti vajakajäämisi 23 puhul; 2014. aastal menetletud 119 juhtumist leiti vajakajäämisi 30 juhul; 2013. aastal menetletud 137 juhtumist leiti vajakajäämisi 30 puhul; 2012. aasta menetletud 132 juhtumist leiti vajakajäämisi 31 korral.

Alljärgnevalt on antud ülevaade juhtumitest, mis võiksid anda kasulikku teavet ja olla õpetlikud kõikidele arstidele.

SÜNNITUSABI JA GÜNEKOLOOGIA

Juhtum 1. Vaatamata sellele et antibakteriaalset ravi oli juba alustatud, tulnuks esmasel hospitaliseerimisel kehatemperatuuri tõusul 38,5 °C teha verekülvid.

Patsiendi raseduse kulgu oli kuni 16. rasedusnädalani normaalne. Ta hospitaliseeriti 18.06.2016, kui raseduskestus oli 16 nädalat ja 2 päeva, parempoolse ülakõhuvalu tõttu. Läbivaatusel selgus, et on alanud vereeritus tupest. Hospitaliseerimisel kahtlustati sapipõie põletikku ja ähvardavat aborti. Saabudes oli kehatemperatuur 38,5 °C ja analüüside alusel diagnoositi kuseelundite infektsiooni ja alustati antibakteriaalset ravi. 19.06.2016 täheldati kõhuõõne ultraheliuuringul kerget parempoolset neerupaisu ning 19.06. uriinikülvis ja 20.06.2016 emakaelast võetud materjali külvamisel kasvas *Candida lusitaniae*.

21.06.2016. aastal haiguslukku tehtud sissekande põhjal kehatemperatuur normaliseerus. Ravi tulemusena leukotsüütide hulk

veres normaliseerus (7,69 x 10⁹/l), C-reaktiivse valgu sisaldus seerumis (CRV) jäi siiski suuremaks kui hospitaliseerimisel (49,5 mg/l) ning minimaalne veritsus tupest jäi püsima.

Patsient kirjutati 22.06.2016 haiglast välja, antibakteriaalne ravi jätkus ambulatoorselt. Emakakaela lühenemise ega avanemise tunnuseid ei esinenud. Kuna uriinis ja tupes leitud *Candida lusitaniae*'le raseduse ajal spetsiifilist sobivat ravi ei ole, oli õigustatud laia toimespektriga antibakteriaalne ravi. Silmas pidades 19.06.2016. a kehatemperatuuri 38,5 °C, oleks võinud teha ka verekülvid, vaatamata juba alustatud antibakteriaalsele ravile.

Patsiendi taotluses on kirjas, et 21. juuni õhtul püsis kõrge palavik ja 22. juunil ehk väljakirjutamise päeval oli kehatemperatuur 38 °C ning palavik oli püsivalt kõrge kuni järgmise hospitaliseerimiseni. 22. juunil märgeti patsiendi kehatemperatuuri mõõtmise kohta polnud. Vaatamata kõrge kehatemperatuuri ja vereerituse püsimisele pöördus patsient arsti juurde alles 27.06.2016.

Patsient viibis teist korda naistekliiniku sünnituseelses ja günekoloogia osakonnas 27.06.–06.07.2017. Ta oli sünnituseelsesse osakonda hospitaliseeritud, kui raseduskestus oli 17 nädalat ja 3 päeva ning tal esines kehatemperatuuri tõus, kõha ja vereeritus tupest. Koorionamioniidi kahtluse tõttu alustati kohe empiirilist antibakteriaalset ravi. Diferentsiaaldiagnostiliselt uuriti patsienti põletiku eri põhjuste suhtes: tehti kopsu röntgenülevõte, hammaste panoraamülevõte, verekülvid, rögakülv, sepsisetekitajate DNA, seroloogilised uuringud mükoplasma ja klamüüdia suhtes,

¹ TÜ bio- ja siirdemeditsiini instituudi kohtuarstiteaduse õppetool,

² Eesti Kohtuekspertiisi Instituut,

³ TÜ peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi peremeditsiini õppetool,

⁴ Sotsiaalministeeriumi tervisesüsteemi arendamise osakond

analüüsid gripiviiruse, puukentsefaaliidi ja borrelioosi suhtes. Patsiendi haigusseisundi asjus konsulteeriti pulmonoloogi ja infektsionistiga.

27.06.2016 emakakaelast võetud külvis kasvas *Pseudomonas aeruginosa*. Ravi foonil palavik püsis, ka CRV sisaldus püsis suur (67,1-60,2-61,7 mg/l). 1. juulil diagnoositi koorionamnioniiti ja muudeti antibakteriaalset ravi. 02.07.2016 puhkes lootevesi ja 03.07.2016 rasedus katkes.

Kokkuvõte

Esmasel hospitaliseerimisel oleks võinud kehatemperatuuri tõusul 38,5 °C teha verekülvid, vaatamata sellele et antibakteriaalset ravi oli juba alustatud. Ülejäänud osas olid ravi ja uuringud adekvaatsed.

Haigusloo andmeil kirjutati patsient haiglast välja kodusele ravile, kui tema tervise üldseisund oli rahuldav. 21. juunil oli kehatemperatuur normaalne, kuid 22. juuni haigusloo sissekannetes ja jälgimislehel kehatemperatuuri ei ole dokumenteeritud.

Teistkordsel haiglas viibimisel tehti uuringud ja ravi adekvaatselt.

Juhtum 2. Loote üsasise surm raseduse 32. nädalal. Emakapõhja kiire kasvu põhjuse selgitamiseks tuleb teha ultraheliuuring.

Rasedusaegse glükoositaluvustestiga diagnoositi patsiendil gestatsioonidiabeet. 12.10.2016 toimus arsti plaaniline vastuvõtt, mille käigus tõdeti 10.10.2016 antud uriiniproovis leukotsüütide ($25 \cdot 10^9/l$), ketokehade (5,0 mmol/l) ja urobilinogeeni (17 mol/l) esinemist Haigusloo sissekande (ka graafiliselt) kohaselt oli emakapõhja kõrgus nädala jooksul järsult suurenenud, samas pole dokumenteeritud arsti hinnangut sellele.

Aminotransferaaside sisalduse suurenemise tõttu (maksaeensüümid ALAT 126 U/l; ASAT 84 U/l) suunas arst patsiendi 20.10.2016 toimunud visiidil infektsionisti vastuvõtule. 25.10.2016 tehtud ultraheliuuringul diagnoositi sapipõie polüüpi. Loodet ei vaadeldud.

26.10.2016 pöördus patsient sünnitusosakonda, kaevates loote-liigutuste puudumist enam kui 12 tunni vältel. Ultraheliuuringul tõdeti bradükardilist loote südametegevust ja ulatuslikku loote hüdropsi. Erakorralisel keisrilõikel sündis enneaegne poeglaps: 2745 g (lahanguprotokolli järgi 2780 g), 43 cm, Apgar 0/0; raseduskestus 31⁺¹ nädalat. Platsenta mass oli 1018 g, nabaväät turseline.

Loote surma põhjustas tõenäoliselt ema raseduseaegne esmanakatamine parvoviirusega.

Loote hüdropsi prognoos on raske, sõltumata tekkepõhjusest.

Kokkuvõte

Emakapõhja kiire kasvu põhjuse selgitamiseks tuleb teha ultraheliuuring. Võimalik, et see oleks näidanud loote hüdropsi ja ajendanud tegema edasisi uuringuid ning määrama ravi.

Juhtum 3. Arst oleks võinud pühendada patsiendile rohkem aega ning anda selgitusi haiguse võimaliku kulu kohta, samuti pakkuda välja konkreetsema uuringu- ja raviplaani.

Patsient pöördus 27.06.2017 üldhaiglas kõhuvalukaebusega. Valvegünekoloog diagnoosis vasema munasarja tsüsti. Arst selgitas, et tegemist on ajutise probleemiga, mis võib ise laheneda, ning manustas patsiendile diklofenaki suposiidi ja täiendavaid uuringuid ega haiglaravi vajalikuks ei pidanud.

Kuna valu ei leevenenud, pöördus patsient järgmisel päeval keskhaiglas, kus tehtud ultraheliuuringul leidis kinnitust munasarjatsüsti diagnoos. Patsiendile pakuti jääda haiglasse jälgimisele, millest ta tol hetkel kodustel põhjustel keeldus.

Sama päeva õhtul oli patsient sunnitud valude tugevnemise tõttu haiglasse tagasi pöörduma. Selleks ajaks oli kõhuõõnde tekkinud ka vaba vedelik. Patsiendile tehti 29.06.2017 hommikul laparoskopiline operatsioon, mille käigus diagnoositi munasarja apopleksiat. Munasarjatsüst eemaldati, vere-

kaotuseks kujunes 150 ml. Patsient lubati koju 30.06.2017.

Kokkuvõte

Valu vaigistamine ja haiguse kulu jälgimine oli tol hetkel adekvaatne otsus. Ehkki koheseks operatsiooniks ei olnud 27.06.2017 vajadust, oleks võinud pakkuda patsiendile võimalust jääda haiglasse jälgimisele.

Juhtum 4. Ema surma põhjuseks oli haruldane haigus – põrnaarteri rebend –, mistõttu ei saa väita, et surm oleks olnud vältitav. Neuralgia diagnoosiga piirdumist ei saa pidada õigeks.

27.01.2016 algasid rasedal patsiendil tugevad valud õlas, seljas ja alakõhus. Kuna valu oli väga tugev ja ei andnud järele, kutsus abikaasa patsiendile kell 06.26 kiirabi. Kiirabi märkis diagnoosina neuralgia ning süstis valuvaigistit ja viis patsiendi keskhaigla sünnitusmajja (saabumise aeg 07.14), kus temalt võeti vereproovid, teostati vaginaalne ultraheliuuring ja kardiotokograafiline *non-stress-test*. Haiglas märgiti diagnoosina samuti neuralgia, kuid küsimärgiga ja saadeti koju.

Peagi pärast koju jõudmist valu ägenes veelgi ja abikaasa kutsus kell 10.44 uuesti kiirabi. Kiirabi esimese brigaadi (õebraad) saabumise ajaks oli patsient kaotanud teadvuse. Kiirabi alustas elustamist ja kutsus appi teise kiirabibrigaadi (arstibrigaadi), kes saabus 11.06. Kokku elustati patsienti kohapeal tulemusteta 43 minutit, misjärel sõideti piirkondlikku haiglasse, kus tehti kohe elustav torakotomia, kuid patsient ja tema laps surid. Surmapõhjuseks oli põrnaarteri aneurüsmi rebendist tingitud verejooks.

Kokkuvõte

On teada, et põrnaarteri aneurüsmi rebendi korral on emade ja vastsündinute suremus suur, mistõttu ei saa väita, et traagiline lõpe oluks vältitav. Põrnaarteri aneurüsmi ruptuuri puhul tekib nn esmane tamponaad, mille tõttu patsiendi

üldseisund kohe ei halvene, elulised näitajad püsivad normi piires ja ka vereanalüüsis väljendunud aneemiast enne nn teist ruptuuri ei teki.

Haiglas viibimise ajal pole dokumenteeritud patsiendi elulisi näitajaid. Arsti sissekanne on üldseisundi ja objektiivse leiu kohta üpris napsõnaline (v.a günekoloogiline staatus ja loote seisundi kirjeldus), sh pole võimalik tõestada, kas patsiendi kõhtu palpeeriti.

Patsiendi kaebuste, üldseisundi ja analüüside põhjal sisemise verejooksu kahtlust ei saanud tekkida. Ultraheliuuringul välistati vere esinemine kõhukoopas. Kompuutertuuringu näidustus puudus.

Neuralgia diagnoosiga piirdumist ei saa õigeks pidada. Öösel järsult tekkiv valu noorel, seni tervel rasedal oleks pidanud juba iseeneest olema alarmeeriv ja innustama arsti valu põhjust põhjalikumalt otsima. Jääb arusaamatuks, miks ei püütud selgitada valu põhjust, miks kiirustati haige koju saatmisega, ei pöördutud konsulteerimiseks teiste arstide poole ja loodeti, et valu püsimisel saab haige adekvaatse arstiabi erakorralise meditsiini osakonnas (EMO).

Dokumentide põhjal hinnangut andes ja lõpptulemust teades tuleb tõdeda, et valu põhjuste väljaselgitamiseks oleks võinud teha enam. Kohane oluks küsida teise arsti arvamust, jälgida patsienti haiglas pikema aja jooksul. Arsti sissekandest ei selgu, et taolist võimalust oleks patsiendiga arutatud või et patsient oleks haiglasse jäämast keeldunud.

Juhtum 5. Tegemist oli suhtlemiskonfliktiga.

Digitaalse haigusloo sissekandega tutvudes leidis patsient sissekandest tema arvates isiklikke ja negatiivseid hinnanguid, nagu „räägib eesti keelt halvasti, tugeva vene keele aktsendiga”, „kardab paaniliselt rasedust”, „helistab peale tööaega, on kuri ja tõre, aktsendiga”. Samuti häiris patsienti, et dokumenti oli kopeeritud osa tema ja teenust

osutanud osahingu kirjavahetusest. Patsient küsib, mil moel on tema keeleoskuse hindamine, kirjavahetuse dokumenti kopeerimine ja raseduskartuse paanilisena kirjeldamine oluline tema „edaspidisele tervisele ja arstidele, kes edaspidi haiguslugu näevad”.

Arsti poolt haiguslukku kantud märkus patsiendil esinenud keele kohta ei olnud vajalik ega kohane. Patsiendi halva keeleoskuse väljatoomine haigusloos võib teatud juhtudel olla oluline, kui tervishoiuteenuse osutajal jääb kahtlus, et patsiendile edastatud info ei jõua terviklikult ja moonutatuna kohale. Kui arstil jäi kahtlus, et tema antud info võis kaotsi minna või moonuda, oluks õige seda sellises sõnastuses ka haigusloos kajastada.

Patsiendiga peetud kirjavahetuse säilitamine tervishoiuteenuse osutaja poolt ei ole taunitav. Patsiendil võis vastuvõtule tulles esineda raseduskartust, mille hindamine „paanilisena” näib liialdusena. Patsiendi hääletooni kajastamine dokumentides „aktsendiga, kurja ja tõredana” ei ole põhjendatud ning võib põhjustada tulevikus teiste meditsiinitöötajate eelarvamuslikke hoiakuid.

Kokkuvõte

Tervishoiutöötajad peavad vältima oma töös kergekäeliste hinnangute andmist. TKE tunnustab naistearsti otsust osaleda tööalase suhtlemise koolitusel.

PSÜHHIAATRIA

Juhtum 1. Haigusloo andmetes esines vasturääkivusi ja surma vahetu põhjus jäi selgusetuks, sest puudusid andmed äkksurma kliinilise pildi ja elustamise kohta.

11.11.2016 viidi patsient kiirabiga üldhaiglasse seoses teadvuse kaotuse hooga (hommikul puid tuues kukkus trepilt, tekkis pea marrastus ja oksendamine). Haiglasse jõudes oli vererõhk madal 110/70 mm Hg (tegemist hüpertooniatõve patsiendiga), nõrkus,

pearinglus, mida hinnati vererõhu ravimite tekkinud hüpotooniaks. Patsient oli anamneesi andmeil tarvitanud igapäevaselt 0,25 liitrit viina, enda väitel ei olnud ta saabumise päeval alkoholi tarvitanud ja joobe tunnuseid ei esinenud. Samas on vastuvõtu kirjelduses märgitud: haige suust „tugev alkoholilõhn – joobes” (saabumise päeval 11.11.2016 vere alkoholisisaldust ei määratud, 14.11.2016 etanoolisisaldus plasmas oli negatiivne). Saabumise päeval tehtud kompuutertomograafial (KT) oli peaaegu traumaatiliste muutusteta.

Patsiendil oli anamneesis dilatatiivne kardiomiopaatia kroonilise südamepuudulikkusega ja südamekodade virvendusarütmia, hüpertooniatõbi, alkoholi kuritarvitamine. 2016. aastal viibis haiglaravil kopsuarteri trombemboolia tõttu.

13.11.2016 patsient kukkus ja südame-veresoonkonna seisund halvenes. Valvearst lisas raviskeemi gelofusiini tilkinfusiooni ja hapniku. Kuna patsient kukkus uuesti, fikseeriti ta voodisse ning määrati raviks diasepaam ja haloperidool.

15.11.2016 hommikul oli patsient tsüanootiline, rahutu ja ei tahtnud tilkinfusiooni ega hapniku manustamist. Kell 10.00 leiti haige surnuna. Haigla selgituse järgi ei alustatud elustamist raske südamepuudulikkuse tõttu ja diagnoositi kardiaalset äkksurma.

Kokkuvõte

Raske südame-veresoonkonnahaigusega korduvalt hospitaliseeritud patsiendi terviseseisund halvenes ravi väitel. Korduvate teadvusehäirete ja kukkumiste põhjuseks peeti alkoholi tarvitamisest tingitud võõrutusnähtusid, kuigi haigusloo sissekanded seda ei kinnita. Haige surma põhjus oli tingitud raskest südame-veresoonkonnahaigusest, kuid kuna surnut ei lahatud, jääb vahetu surmapõhjus ebaselgeks.

Haigusloo andmed on vasturääkivad, eriti alkoholi võimaliku kuritarvitamise ja abstinentsinähtude kirjeldamise osas. Seletuskirjas on märgitud, et alkoholi kasutamise

järel vallandus abstinentsisündroom, mis ilmnes ebaadekvaatsuses, ohus iseendale, kaaspatientidele ning töötajatele. Kahtlus olevat saanud kinnitust haigusloo andmetel, kui patsiendiga vesteldes viimane oma eelmise päeva kukkumisi eitas.

Kahjuks ei kinnita haigusloo sissekanne ka psühhoosi. Segasusseisundi peatamiseks ja ärahoidmiseks sai patsient alates neljandast ravipäevast diasepaami tabletina ning haloperidooli veeni, B₁-vitamiini. Võimalike võõrutusnähtude raviks rakendatud haloperidool pole ravijuhendi alusel näidustatud. (09.09.2015. a avaldatud ravijuhendi „Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitlus” järgi on diasepaami kasutamine lubatud, kuid võõrutusnähtude ravi haloperidooliga pole näidustatud).

Juhtum 2. Tahtest olenematu ravi lõpetamise otsus on vormistatud 3 päeva pärast statsionaarse haigusjuhu lõpetamist.

Terviseamet küsis algatatud järelevalvemenetluse käigus TKE-lt hinnangut piirkondliku haigla psühhiaatrikliiniku raviarsti osutatud tervise teenuse kvaliteedi, tahtest olenematu ravi võimaliku lõpetamise ja patsiendi koju lubamise kohta, kui puudus raviarsti sellekohane põhjendatud arvamus.

Tahtest olenematu ravi otsuse lõpetamine on vormistatud 3 päeva pärast statsionaarse haigusjuhu lõpetamist. Kokkuvõtte patsiendi haigusseisundist statsionaarist väljakirjutamisel on napisõnaline ega põhjenda piisava selgusega raviarsti otsust. Sissekannetes on viiteid, et konkreetse kuupäeva kohta tehtud sissekanne tehti mitu päeva tagantjärele.

Statsionaarse ravi lõpetamisel ei esinenud enam haigusseisundit, mis oli tinginud patsiendi tahtest olematu statsionaarse ravi psühhiaatrilise abi seaduse § 11 lõike 1 alusel. Patsiendil ei esinenud enam *mania* tunnuseid, samuti oli paranenud tema haiguskriitika oma varasema tervise seisundi suhtes.

Kuid patsiendi tervise seisund haiglast väljakirjutamise hetkel polnud siiski stabiilne: haigusele omaselt oli tekkinud depressioon, mis viis patsiendi pärast haiglast väljakirjutamist enesetapuni.

Kokkuvõtte

Tekkinud olukord oleks olnud välditav tervise seisundi parema hindamisega ja teise ravitaktika valikuga – oluline olu nuks jätkata patsiendi ravi statsionaaris või äärmisel juhul parema tugivõrgustiku toel ambulatoorselt ka siis, kui tahtest olenematu ravi vajadus oli lõppenud.

Haigusjuhu dokumenteerimisel esines mitmeid puudusi.

Juhtum 3. Psühhiaatrikliiniku akuutpsühhiaatria osakonnas osutatud tervisehoiuteenuse kvaliteet ei vastanud arstiteaduse üldisele tasemele teenuse osutamise ajal ja seda ei osutatud oodatava hoolega. Vajaka jäämisi esines dokumenteerimisel.

Patsient saabus üldhaiglasse 03.04.2017 alkoholi võõrutusdeliiriumile iseloomulike sümptomitega. Eelmisel päeval esinenud epileptiliste hoogude tõttu oli patsiendil kodus käinud kiirabi. Haiglasse saabudes olid patsiendi näol hematoomid, mida haigusloos on kirjeldatud üldsõnaliselt.

07.07.2017 tegi psühhiaatrikliiniku valvearst patsiendi läbivaatuse, kuna õdede sissekannete kohaselt ei olnud ta võimeline enam toitu neelama ja teadvushäire süvenes. Valvearst kirjeldas haigusloo sissekandes patsiendi pea piirkonnas vasakul suurt prillhematoomi. Patsient suunati sama haigla sisehaiguste osakonda, kus ta seisund oli stabiilne, samas oli positiivne dünaamika väga tagasihoidlik. Tekkis palavik, kahtlustati pneumooniat ja alustati antibiootikumravi ning patsient saadeti piirkondliku haigla intensiivravi osakonda, kus diagnoositi ajusilla tsentraalne müelinolüüs. Patsient viibis haiglas 11.–13.04.2017, seejärel suunati ta tagasi elukohajärgse üldhaigla sisehaiguste ja järelravi osakonda. Patsiendi tervise-

seisund küll paranes, kuid püsima jäi kognitiivne ja liikumispuue ning ta vajab toimetulekuks pidevat välisabi.

Kokkuvõtte

Psühhiaatrikliiniku akuutpsühhiaatria osakonnas osutatud tervisehoiuteenuse kvaliteet ei vastanud arstiteaduse üldisele tasemele ja seda ei osutatud oodatava hoolega.

Võõrutusdeliiriumis, ebastabiilse hemodünaamikaga ja krambisündroomiga patsient võeti ravile psühhiaatrikliinikusse, kus puuduvad tema haigusseisundi jälgimiseks vajalikud võimalused ja personali väljaõpe. Retrospektiivselt ei ole võimalik hinnata, kas ajusilla tsentraalne müelinolüüs tekkis ravi tüsistusena või on selle põhjus mujal.

Vajaka jäämisi esines dokumenteerimisel: haiglasse vastuvõtmisel ei tehtud sissekannet objektiivse seisundi hindamise kohta, anamneesi kirjeldati pinnapealselt ja selles puudub ravitaktika seisukohalt oluline teave (haiguse anamnees, senised sekkumised), arsti sissekanded puuduvad 3 päeva vältel, õdede sissekanded on üldsõnalisel ja väheinformatiivsed. Haigusloos puudus teave ravikäigu kohta. Lisaks sellele lõpetati haiguslugu mitu päeva pärast järgmisse ravi etappi suunamist ning seetõttu ei olnud ka sealsele personalile teave senisest haiguse käsitlusest kättesaadav. Lisaks dokumenteeriti vigastusi puudulikult.

Juhtum 4. Haigusloos puuduvad andmed tervise seisundi piisava jälgimise kohta: ei selgu isolaatorisse paigutamise põhjused ja jälgimise kohta tehtud ettekirjutused.

Patsient saabus üldhaigla vastuvõtuosakonda 17.03.2017 kell 20.15 neuroloogiliste kaebustega, anamneesist oli teada varasem epilepsia diagnoos ja see, et patsient ei olnud kasutanud regulaarselt ravimeid. Lisaks esinesid südamekaebused (tuim valu rinnus). Saabudes oli patsient segasusseisundis, EMOs lõhkus meditsiiniseadme ja tõmbas välja veenikanüüli, ise oma tegudest

aru ei saanud. Agressiivset käitumist ei esinenud, samuti polnud viiteid potentsiaalselt ohtlikele psühhiaatrilistele sümptomitele (meelepetted, luulumõtted vms). Kuna patsiendi põhihaigus (epilepsia) oli neuroloogiline ja epileptilise psühhooosi kaasuv esinemine selgus alles hiljem, suunati ta kell 22.25 siseosakonda ja jäeti jälgimisele.

Õenduspäeviku sissekande kohaselt patsient ei maganud 17.–18.03.2017 öösel, kõndis palatis ringi, vahepeal istus palatinurgas, ronis voodi alla. Õenduspäeviku kanded on puudulikud, patsiendi seisundi kohta puudub ülevaade kuni 19.03.2017. a kella 17.30-ni, mil on märgitud, et patsient ei luba temperatuuri mõõta, läheb agressiivseks.

Epilepsiahaige patsient keeldus ravimitest, kuid sellele ei reageeritud kogu päeva jooksul. Olukorras, kus patsient ei olnud vaateväljas, avati isolaatori uks viisil, mis võimaldas patsiendil haiglapersonali rünnata.

Haigusloo epikriisi järgi on põhihaiguse diagnoosiks F06.2: muud psüühikahäired ajukahjustusest, düsfunktsioonist või somaatilise haigusest, orgaaniline luululine psühhooos.

Patsient oli paigutatud lukustatud ruumi, mida Terviseamet tõlgendas kui ohjeldusmeedet, mida võib rakendada üksnes psühhiaatrilise abi osutaja psühhiaatrilise abi seaduses sätestatud juhtudel.

Kokkuvõte

TKE hinnangul patsiendi jätmise ravile üldhaiglasse ei olnud viga. Agressiivne, sh haigusest põhjustatud ettearvamatu ja vägivaldse käitumisega patsient ei kuulu automaatselt ravile psühhiaatria statsionaris, vaid ravi toimub seal, kus see põhihaiguse seisukohast on optimaalne. Sellest tulenevalt peab haiglate erakorralise meditsiini osakondadel ja statsionaarse tervishoiuteenuse osutajatel olema võimekus tulla selliste olukordadega toime. Dokumentides puuduvad andmed patsiendi terviseseisundi piisava jälgimise kohta, samuti ei

selgu isolaatorisse paigutamise põhjused ja jälgimise kohta tehtud ettekirjutused.

VANGLAMEDITSIIIN

Juhtum. Õigel ajal ei diagnoositud maohaavandi perforatsiooni ja peritoniiti.

Kinnipeetaval esinesid maovärvused, mis olid kestnud juba üle 2 nädala. Kõhuvalu tõttu kutsuti 22. mail ja 23. mail 2016 erakorraliselt kinnipeetava juurde vangla meditsiiniosakonda õed. Meditsiiniosakonda õdede sissekanded tervisekaardil on väga lakoonilised: 22.05.2016 puudub objektiivse läbivaatuse kirjeldus; 23.05.2016. a sissekandest selgub, et kõhu katsumine oli väga valus olnud juba eelmisel päeval ja ka sel päeval olid kõhulihased kergelt pinges.

24.05.2016 viidi üliiraskest seisundis kinnipeetav keskaiglasse, kus teda opereeriti, kuid järgmisel hommikul ta suri. Tegemist oli maohaavandi perforatsioonist arenenud mädase peritoniidiga.

22. ja 23. mai visiitidel ei diagnoositud vangla meditsiinitöötajad maohaavandi perforatsiooni ja peritoniiti, mis oli ilmselt olemas juba 22.05.2016.

Kokkuvõte

Eluohtliku seisundi mittediagnoosimist tuleb pidada meditsiiniliseks veaks.

KAITSEVÄE MEDITSIIINITEENISTUS

Juhtum. Ignoreeriti nimmevalu ja ei süvenenud haige objektiivsesse neuroloogilisse leidu.

Patsient oli kaitseväeteenistuse ajal esimest korda pöördunud seljavalu tõttu arsti poole 17.03.2017, mil seljavalu seostati toimunud füüsiliselt raske rännakuga.

Järgmisel arsti vastuvõtul 15.05.2017 kaebas patsient lisaks nimmevalule juba valu vasakus jalas. Samal päeval leidis arst vasaku kannarefleksi olulise alanemise

ja valutundlikkuse häire vasaku reie tagumisel pinnal. 17.05.2017 koostatud tervisekaardil on arsti sissekanne „Jätkab voodirežiimi kuni reservini“.

08.06.2017 pöördus patsient piirkondliku haigla erakorralise meditsiini osakonda, kust suunati neurokirurgi vastuvõtule ja diagnoositi vasempoolne 1. sakraalse närvijuure (S1) diskogeenne radikulopaatia (valu, hüpalgeesia S1 innervatsioonialal, kannarefleksi kustumine, labajala plantaarfleksiooni nõrkus). 13.06.2015 tehtud magnetresonantstomograafilisel (MRT) uuringul leiti 5. nimmelüli ja 1. sakraallüli vahelise diski suur vasakpoolne prolaps, mille ravimiseks patsienti opereeriti ja seejärel haige paranes.

Kokkuvõte

Tegemist on kaitseväeteenistuse ajal toimunud haigestumise kaugtagajärgede ning tüsistustega. Arst ignoreeris nimmevalu ja piirdus ravi määrates üldiste võimalike valu-levendusevõtete ja medikamentidega, süvenemata haige neuroloogilisse leidu võimalike valupõhjuste selgitamiseks. Tuleb pidada ekslikuks taktikat, mille puhul arst otsustas piirduda „voodirežiimiga kuni reservi arvamiseni“.

ORTOPEEDIA

Juhtum. Vasaku käe II metakarpaalluu murd jäi diagnoosimata.

Patsient toodi 19.09.2016. kiirabiga autoavarii õnnetuskohalt üldhaiglasse. Röntgenuuringutel tuvastati parema õlavarreluu murd, parema küünarliigese ja vasaku labakäe põrutus. 20.09.2016 opereeriti parema õlavarreluu proksiimaalse otsa dislokatsiooniga murd ja 21.09.2016 kirjutati patsient kodusele ravile. Raviarstide väitel ei kaevanud patsient vasaku käelaba valu.

23.09, 27.09 ja 03.10.2016 käis patsient teises haiglas parema käe sidumistel, kus olevat kaevanud korduvalt valu vasakus käes.

03.10.2016 tehtud röntgenuuringul tuvastati mitu murdu vasaku käelaba luudes. Käele asetati fikseeriv kipsmähis, mis eemaldati 17.10.2016.

Kokkuvõte

Vasaku käe II metakarpaalluu murd jäi diagnoosimata, kuna trauma esmasel käsitlemisel ei tehtud röntgenuuringut vasakust käest. Vaatamata hilinevad diagnoosile ja ravile vasaku käe II metakarpaalluu murd konsolideerus ja hea liikumisraviga võib tulevikus saavutada vasaku käelaba vähemalt rahuldava funktsiooni. Peale esmast diagnoosimist ja seisundi stabiliseerimist tulnuks patsient saata edasiseks raviks piirkondlikku haiglasse või keskhaiiglasse.

PLASTILINE KIRURGIA

Juhtum. Meditsiinidokumentide koostamisel ei järgitud sotsiaalministri 18.09.2008. a määruse nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord” nõudeid haigusloo koostamise, sh operatsiooniprotokollide vormistamise kohta.

TKE-le esitatud avalduses väitis patsient, et pöördus erakliinikusse sooviga suurendada ja tõsta rindu, kuid operatsioon tehti ebakvaliteetselt.

Patsiendile tehti erakliinikus rindade suurendamise operatsioon 23.12.2014. Operatsioonile eelnenud konsultatsioonil (17.12.2014) allkirjastas patsient „Nõusoleku operatsiooniks“, mille andmeil ta soovis üksnes rindade suurendamise (kuid mitte tõstmise) operatsiooni endoproteesidega.

Erakliiniku esitatud dokumentides ei ole kirjeldatud operatsioonijärgse paranemise käiku, täielikult puuduvad arsti tähelepanekud ja hinnangud ning operatsioonijärgse seisundi kirjeldus.

Samuti ei esitanud erakliinik pre- ja postoperatiivseid fotosid patsiendi rindadest, mistõttu ei olnud eksperdil võimalik objektiiv-

selt hinnata operatsiooni esteetilist tulemust.

Esitatud meditsiinidokumentide koostamisel ei järginud erakliinik sotsiaalministri 18.09.2008. a määruse nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord” nõudeid haigusloo koostamise, sh operatsiooniprotokollide vormistamise kohta.

Avalduses palub patsient kontrollida arsti haridust ja kvalifikatsiooni. Terviseameti riiklikus tervishoiutöötajate registris on nimetatud arst registreeritud üldkirurgina ja Terviseamet on väljastanud tegevusloa üldkirurgiliste ambulatoorsete ja üldkirurgiliste päevakirurgiateenuste osutamiseks. Patsiendi operatsioonil kirurgi assistendina dokumenteeritud arstil ei ole Terviseameti andmeil tegevusloa.

Kokkuvõte

TKE edastas kõnealuse juhtumi materjalid Terviseametile ja tegi ettepaneku viia läbi riiklik järelevalvemenetlus asutuse ja arsti tegevuse nõuetekohasuse kontrollimiseks.

KÕRVA-NINA-KURGUHAIGUSED

Juhtum. Operatsioonijärgne medikamentoosne ravi ei vastanud patsiendi vanusele ega füüsilistele näitajatele. 26.09.2016 pöörduti arsti poole lapse öise norskamise tõttu. Objektiivselt esinesid suured adenoidid ja nina limaskestast turse. Laps suunati kurgumandlite ja adenoidide eemaldamise operatsioonile üldhaiiglasse järgmiste diagnoosidega: krooniline tonsilliit, adenoidide hüpertroofia, ninavaheseina kõvervus.

29.10.2016 tehti üldhaiigla kirurgiakliiniku päevaravi osakonnas adenoidektoomia ning kahepoolne tonsillektoomia ja kahepoolne konhoplastika. Operatsioon kulges iseärasusteta, kuid operatsioonijärgsel päeval tekkis iiveldus. Raviarsti korraldusel jäeti patsient haiiglasse jälgimisele 30.10.2016. a hommikuni. Patsient oksendas

korduvalt ning 30.10.2016 kell 18.40 tekkisid valud ja krambid, peavalu ning pead ei saanud pöörata.

Patsient viidi reanimobiilibrigaadiga piirkondliku haigla lastekliinikusse, kus viibis ravil kuni 01.11.2016. Neuroloogilist koldeleidu ei esinenud ja üldseisund oli hea. Kliiniline leid vastas metoklopramiidi üledoosist tingitud düstooniale.

Patsiendil diagnoositi ravimitekkene düstoonia, autoimmuunne türeoidiit, krooniline mandlipõletik.

Kokkuvõte

Ravidokumentatsiooni andmeil sai patsient metoklopramiidi, mis ei ole näidustatud lastel adeno-tonsiliektoomia järgse iivelduse ja oksendamise ärahoidmiseks. Raviarst ei olnud dokumenteerimisel korrektne: ravilehel puudus ravimi toimeaine nimetus ja annustamiskordade juurde ei olnud märgitud kellaaegu. Arsti määratud ravimid Cyklocapron (traneksaamhape), Octostim (desmopressiin), Perfalgan (paratsetamool) ja Cerucal (metoklopramiid) ning nende annused ei olnud vastavuses lapse vanusega ega operatsiooni järel esinenud vaevustega.

ERAKORRALINE MEDITSIIN

Juhtum 1. Meningokokkmeningiit võib kulgeda ka mitespetsiifiliste või atüüpiliste haigustunnustega. Diferentsiaaldiagnoosiks oleks pidanud võtma süvendatud anamneesi.

TKE hinnangut taotles Terviseamet piirkondliku haigla erakorralise meditsiini osakonna tegevuse üle alustatud järelevalvemenetluse käigus. Järelevalvemenetlus lähtus avaldusest, milles patsiendi abikaasa avaldas rahulolematust seoses patsiendi haigusseisundi diagnoosimisega piirkondliku haigla erakorralise meditsiini osakonnas.

Patsient pöördus abikaasa saatel piirkondliku haigla erakorralise meditsiini osakonda 14.11.2016. aasta hommikul kell 8.15 järgmiste kaebustega: ühe päeva vältel temperatuuri tõus kuni 39 °C, köha, valu,

hingamisraskus, kõhmisel süvenev valu vasakul rindkeres, mittesügelev lööve üle kogu keha. Eelnevalt oli umbes üks nädal olnud nohu ja köha. Objektivne leid oli järgmine: teadvushäireta, RR 118/66 mm Hg, südamesagedus 106 korda minutis, SpO₂ 95%, kehatemperatuur 36,7 °C.

Patsiendi EMO-kaardilt ei selgu, mis kell triaaziõde patsiendi seisundit hindas, patsiendi abikaasa sõnul oli see kella 9 paiku. Patsiendile määrati „roheline“ triaazikategooria, kuid eluliste näitajate (SpO₂ 95%) ja kaebuste alusel oleks pidanud klassifitseerima „kollase“.

Dokumentide andmetel vaatas EMO arst patsiendi läbi kell 10.20, kuid patsiendi abikaasa sõnul nägi arst patsienti korraks ka varem, kui triaaziõde kutsus teda löövet vaatama – arst olevat pidanud lööbe põhjuseks enteroviirust.

Patsiendile tehti EMOs kopsu röntgenuurung ning vereanalüüsid. Kui arst sai teada patsiendi analüüside tulemused, helistas ta patsiendi abikaasale (patsient oli EMOst lahkunud enne tulemuste teadasaamist) ning soovitas kohe pöörduda nakkuskliinikusse. Seal diagnoositi patsiendi kaebuste (palavik, peavalu, oksendamine) ja kliinilise pildi (petehhiaalne lillakas lööve, mis klaasitesti ära ei kadunud, kahtlus kuklakangestusele) ning suurenenud põletiknäitajate alusel (C-reaktiivne valk (CRV) 210,3 mg/l) meningokokkmeningiit. Vaatamata kohe alustatud antibakteriaalsele ravile patsiendi terviseseisund halvenes, mistõttu ta suunati piirkondlikku haiglasse intensiivravile.

Kokkuvõte

Anamneesi võtmisel oleks EMO arst pidanud patsienti küsitlema kõigi võimalike infektsioonile viitavate kaebuste, sh peavalu ja iivelduse-oksendamise kohta. Lööve oli ainus haigustunnus, mille alusel patsiendil oleks võinud kahtlustada meningiiti, ülejäänud kaebused olid mittespetsiifilised.

Kuna patsient lahkus EMOst omal vabal tahtel enne diagnostilise

protsessi lõppu, väärib tunnustamist, et EMO arst teatas patsiendile analüüsitulemused ja leppis kokku visiidi nakkuskliinikusse.

Juhtum 2. Luumurruga patsiendi oleks pidanud hospitaliseerima operatiivseks raviks ortopeedia osakonda.

TKE poole pöördus patsiendi tütar kaebusega, et tema eakal emal, kes haiglaravil viibides kukkus, ei diagnoositud kohe puusaluumurdu ja lasti mitu päeva valudes vaevelda.

Patsient viibis psühhiaatria-haiglas, kus kukkus ööl vastu 16.11.2016. Pärast seda viidi ta keskhaigla EMOsse, kus tehtud röntgenuurung ei näidanud luumurdu ja patsient saadeti tagasi psühhiaatria-haiglasse. Valud püsisid, 3 päeva hiljem valud suurenesid ja lisandus liikumisfunktsiooni häire ning patsient suunati uuesti keskhaigla EMOsse, kus korduval röntgenuurungul diagnoositi reieluukaela dislokatsiooniga puusaluumurdu.

Haige suunati edasisele ravile piirkondlikku haiglasse, kus talle 21.11.2016 paigaldati puusa poolprotees.

Kokkuvõte

Kirurgilise ravi tegemiseks oleks pidanud sellise luumurruga patsiendi erakorraliselt hospitaliseerima keskhaigla ortopeediaosakonda. Psühhiaatria-haiglas kukkudes 16.11.2016 tekkis patsiendil tõenäoliselt ilma dislokatsioonita parema reieluukaela murd.

SISEHAIGUSED

Juhtum. Raviarst ei hinnanud patsiendi käitumist suitsiidiohtlikuks.

Patsient pöördus 27.08.2016 keskhaigla erakorralise meditsiini osakonda ja võeti haiglasse südamehaiguse ravimiseks. 30.08.2016 hommikul kell 9.40 helistati patsiendi abikaasale ja teatati, et patsient lahkus haiglast. Omaksed teadsid, et enne lahkumist oli patsient üritanud end kahel korral vigastada. Patsient leiti 04.09.2016 poonuna.

Hospitaliseerimisel käsitleti patsienti kardioloogilise haigena, ehkki juba vastuvõtuarst leidis, et patsiendi vererõhuprobleemidel on ka psühhiaatriline komponent. Kuna keskhaigla koosseisus puudub psühhiaater ja võimalus psühhiaatriliste patsientide konsulteerimiseks, otsustas raviarst jätta psühhiaatrilise probleemi konsulteerimise haiglaravijärgsesse perioodi. Kahjuks ei hinnanud raviarst hommikuse visiidi käigus patsiendi psühhilist seisundit piisavalt täpselt, et otsustada vältimatu abi korras psühhiaatria-haiglasse paigutamine. Meditsiinidokumentide andmeist ei selgu, kas selle põhjuseks võis olla puudulik infovahetus õenduspersonaliga (arsti ei teavitatud öösel ja hommikul toimunud enesekahjustuskatsetest) või alahindas arst suitsiidiohtu.

Meditsiinidokumentide andmeist ei selgu põhjus, miks raviarst ei pidanud patsiendi käitumist püsivalt suitsiidiohtlikuks.

Kokkuvõte

Kui patsiendi seisund muutub psühhiliselt, peab haigla tagama vajaliku abi, sh vajaduse korral üleviimise spetsialiseeritud raviasutusse, samuti on haiglal kohustus tagada patsiendi jälgimine ja ohutus. Kui isik on endale ohtlik, peab kasutama turvatöötajate või politsei abi.

Patsiendi nõudmisel haiglast väljakirjutamine olukorras, kus arst hindab tema terviseseisundi ebastabiilseks, saab toimuda eeldusel, et patsient on otsustusvõimeline ja suuteline kaaluma otsusest tulenevaid tagajärgi.

PEREARSTIABI

Juhtum 1. Terviseamet soovis seoses Maanteeameti pöördumisega TKE vastuseid patsiendi terviseseisundit puudutavale küsimusele, kas patsiendil võisid esineda tema psühhikaseisundist või ravimikasutusest lähtudes meditsiinilised vastunäidustused mootorsõiduki juhtimiseks.

23.03.2017 toimus liiklusõnnetus, kus autole, mille tagaistmel istusid 10- ja 12aastane tüdruk, sõitis otsa teine auto. Liiklusõnnetuse tagajärjel hukkus tagaistmel istunud 10aastane tüdruk ning 12aastane tüdruk toimetati vigastustega keskhaiglasse. Autot juhtis laste ema, kellele perearsti tervisetõendi alusel oli väljastatud juhiluba 17.05.2010.

Autoroolis olnud emal oli diagnoositud paranoidne skisofreenia (rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni diagnoosikood F20.02), mis haigusseisundi ägenemistel välistaks mootorsõiduki juhtimise. Esimest korda oli see haigus diagnoositud 2011. a augustis, mil patsient hospitaliseeriti psühhiaatria haiglasse. Seejärel on ta viibinud samas haiglas paranoidse skisofreenia ägenemistega 2013., 2015. ja 2017. aastal, viimati pärast liiklusõnnetust. Haiglas on ta saanud psühhotropset ravi, mis on absoluutne vastunäidustus juhtimisõiguse saamiseks, aga haigusloo väljavõtete andmeil ei ole ta seda ravi kodus ambulatoorselt jätkanud.

Perearsti seletuskirja järgi ei olnud tal patsiendil esineva haigusseisundi kohta mingit infot, sest haigla epikriisidele tal ligipääsu ei ole ja patsient teda ise oma haigusest ei olnud teavitanud. Kuigi Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskusest saadud teabe kohaselt olevat 2015. a haigusjuhtumi epikriis digilukku saadetud, on digiloos leitav vaid 04.05.2017. a epikriis, mis kajastab liiklusõnnetusejärgset haiglas viibimise episoodi. Digiloos ei leidu ühtki epikriisi, mis kinnitaks, et patsient on käinud ambulatoorselt psühhiaatri või perearsti vastuvõtul.

Tervisetõendi väljastamisel 17.05.2010 ei esinenud patsiendil ühtegi mootorsõiduki juhtimise välistavat diagnoosi. Hiljem ei olnud perearstil mingit alust seda tervisetõendit tühistada.

Kokkuvõte

Meditsiiniliste dokumentide põhjal esines patsiendil raske psühhikahäire, kuid konkreetne diagnoos

ei välista mootorsõiduki juhtimist, lähtudes Vabariigi Valitsuse 01.01.2017 määruse „Mootorsõidukijuhi ja mootorsõiduki juhtimisõiguse taotleja ning trammijuhi ja trammi juhtimisõiguse taotleja tervisekontrolli tingimused ja kord ning tervisenõuded, sealhulgas meditsiinilised vastunäidustused, mille korral mootorsõiduki ja trammi juhtimine ei ole lubatud” §-s 4 toodud vastunäidustusest. Tegemist ei ole psühhikahäirega, mis tooks kaasa väljendunud kognitiivse häire või alandaks muul viisil juhtimisvõimet ja mõjutaks suutlikkust ohutult sõita. Isik ei kasutanud ka psühhotropseid ravimeid (ravimiseaduse mõistes). Seega puudusid absoluutsed vastunäidustused mootorsõiduki juhtimiseks.

Juhtum 2. Üldhaiglas ei kasutatud kõiki tänapäevaseid võimalusi patsiendi haigusseisundi diagnostikaks ja raviks. Ka nüüdisaja meetodite kasutamisel oleks jala säilitamise võimalus olnud 50% või veelgi väiksem.

Perearsti seletuskirja ja tervisekaardi andmeil toimus patsiendi (1931. a sündinud naine) vastuvõtt 09.01.2017. Kaebuseks oli jahe ja külmatundlik vasem jalg. Patsiendi üldine seisund oli rahuldav, *a. dorsalis pedis*'el olid pulsid sissekande kohaselt nõrgad. Perearst soovitas esmaseks raviks Thrombo ACC-d (aspiriin) 100 mg päevas, Trentali (pentoksüfülliin) 400 mg 2 korda päevas. Patsiendi tütrele soovitati patsiendi jala seisundit jälgida.

Kui patsiendi vasema jala III varbale tekkis 26.01.2017 must laik, soovitas perearst patsiendil kohe pöörduda kohaliku haigla EMOsse. Kuna aga oli tekkinud varba gangreen, eemaldati patsiendil haigla kirurgiaosakonnas vasema jala III varvas.

Perearst organiseeris koduõetennuse patsiendi hoolduseks ja raviks ning määras palaviku tekkides adekvaatse antibakteriaalse ravi tsiprofloksatsiiniga (kasutatakse naha ja pehmete kudede infektsioonide raviks).

Kuna aga gangreen levis edasi, tuli kaks nädalat hiljem teha radikaalsem operatsioon ning eemaldada jalg reie alumisest kolmandikust.

Patsient põdes jalaarterite umbuvat ateroskleroosi, millele viitas pulsside puudumine vasakul põlveõndlas ja labajalal 26.01.2017 ning mille tagajärjel arenes III varba gangreen. Vaatamata varba amputatsioonile levis gangreen ootuspäraselt edasi labajalale, kuna jala verevarustus oli puudulik. Elupäästva operatsioonina tehti 14.02.2017 jala amputatsioon reiest, kus kudede verevarustus oli hea ja operatsioonihaava paranemisega probleeme ei olnud.

Jala päästmise teoreetiline võimalus oleks eeldanud veresoonte seisundi täpsemat hindamist angiograafia või kompuutertomograafilise angiograafia uuringul, et selgitada, kas verevarustuse taastamine labajalal erinevate meetoditega oleks olnud võimalik või mitte. Kui üldhaiglas need diagnostikavõimalused puuduvad, oleks pidanud patsiendi saatma kas keskhaiglasse või piirkondliku haigla veresoontekirurgi vastuvõtule.

Kokkuvõte

Perearst ega koduõde ravivõime ei teinud. Samas ei kasutatud üldhaiglas kõiki nüüdisaegseid võimalusi patsiendi haigusseisundi diagnostikaks ja raviks. Siiski oleks ka tänapäevaste meetodite kasutamisel olnud jala säilitamise võimalus 50% või veelgi väiksem.

ÕENDUS JA HOOLDUSRAVI

Juhtum. Patsiendi õendushooldus ei vastanud heale meditsiinitavale ega ravijuhenditele.

TKE hinnangut taotles patsiendi tütar koos abikaasaga.

Patsiendi tütar kutsus kiirabi 13.10.2016 õhtul, kuna ema ei olnud hommikust saadik äratav. Kiirabi saabudes oli patsient somnolentne, dehüdreerunud. Ta oli omaste hooldamisel voodihaige. Anamneesis oli

IV staadiumi pahaloomuline rinnakasvaja, krooniline südame- ja neerupuudulikkus, kodade virvendus ja laperdus, läbipõetud müokardiinfarkt.

Erakorralise meditsiini osakonda saabudes oli patsiendi üldseisund keskmise raskusega, esines teadvushäire, vererõhk 131/79 mm Hg, pulsisagedus 131 korda minutis, dehüdreerunud, tõrjus valuärriust häälekalt, analüüsides hüponatreemia (123 mmol/l); CRV 41 mg/l; kreatiniin seerumis 135 mmol/l.

Edasi suunati patsient kirurgiaosakonda, kus lisandus kõrge palavik ja alustati kohe antibakteriaalset ravi oksatsilliiniga 1 g 4 korda päevas veenisisesi ja lisaks sai patsient paratsetamooli 1 g veenisisesi. Patsiendi seisund küll veidi paranes, kuid ta vajab pidevat kõrvalist abi keeramisel ja igapäevatoimingutes. Patsient suri 22.10.2016 kell 11.20 põhihaiguse, s.o rinnanäärmevähi tõttu.

Esitatud dokumentide andmed ei võimalda hinnata lamatiste ennetamiseks ja raviks tehtud tegevusi, sest need on dokumenteerimata, seega pole teada, kas neid tehti. Sissekannetest ei selgu, kas raviarsti on lamatiste tekkest teavitatud. Nahakahjustuste hoolduse dokumenteerimiseks ei ole kasutatud haavaravi-lamatiste lehte. Sugulaste tehtud pildil on näha parema kõrvalesta lamatis, mis on haigusloos dokumenteerimata. Dokumenteeritud on kõrva-ninakurguarsti konsultatsiooni toimimine 22.04.2017, kuid konsultandi sissekanne puudub.

Side paremal otsmiku ja vasaku oimu piirkonnas on dokumenteerimata, jääb selgusetuks, mis vigastusega oli tegemist ja miks personal sidumistega ei tegele.

TKE ei saa tagantjärele kontrollida haiglatöötajate ja omaste vahelist suhtlemist ega käitumist puudutavate avaldaja etteheidete paikapidavust olukorras, kus haigusloos

sissekannetes neid probleeme pole dokumenteeritud.

Kokkuvõte

Patsiendi õendushooldus ei vastanud heale meditsiinitavale ega ravijuhenditele. Esines puudujääke dokumenteerimisel: sissekandeid ei tehtud iga päev ja need ei anna järjepidevat terviklikku ülevaadet õendustegevustest.

TKE juhtis üldhaigla juhatuse tähelepanu, et haiguslugude täitmisel tuleb juhendada sotsiaalministri 18.01.2008. a määrusest nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“ ja Eestis kehtivast ravijuhendist RJ-L/6.1-2016 „Lamatiste käsitlus – ennetamine ja konservatiivne ravi“ tervishoiu- ja hoolekandeametuste töötajatele, kes tegelevad liikumis- ja aktiivsuspääringutega patsientide ravi ning hooldusega.

KOKKUVÕTE

Kuigi TKE hinnang ei sea kellelegi mingeid juriidilisi õigusi ega kohustusi, on komisjonil õigus teha ettepanekuid ja juhtida tervishoiuteenuste osutajate ja Terviseameti tähelepanu kaebuste arutelul selgunud probleemidele. TKE hinnangu sisu ei saa muuta ega vaidlustada, sest ühe ekspertide kogu arvamusega rahulolematu isik, olemata ise vastava eriala ekspert, võib alati taotleda hinnangut teistelt ekspertidelt. TKE-lt hinnangu taotlemise võimalus on loodud patsiendile selleks, et tal oleks võimalik saada tasuta eksperdihinnang (TKEsse pöördumine on riigilõivuvaba) enne hagi esitamist kohtusse.

2017. aastal esitas TKE tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedi ja töökorralduse parandamiseks 17 ettepanekut või soovitusi, sh 8 haiglate juhatustele, 2 hambaravi-asutustele, 2 kiirabiasutustele ja 5 Terviseametile. Terviseametile tehti kahel korral ettepanek algatada

järelevalvemenetlus tervishoiuteenuste osutajate tegevuse nõuetekohasuse kontrollimiseks ja neljal korral soovitati erialaseltsidel viia läbi vastavad koolitused. Hambararstide kohta esitatud põhjendatud kaebuste korral soovitati patsiendil ja hambararstiteenust osutanud asutusel jõuda kohtuvälise kokkuleppeni.

2017. aastal juhtis TKE ka Terviseameti tähelepanu vajadusele töötada välja õiguslik regulatsioon ohjeldusmeetmete kasutamiseks haiglates (lisaks psühhiaatriakliinikutele) ja esitas ettepaneku Sotsiaalministeeriumile sätestada arsti õigus keelduda tervisetõendi väljastamisest mootorsõiduki juhiloa taotlejale juhul, kui patsient on sulgenud arstile juurdepääsu oma haigusjuhtumite sissekannetele digitaalses haigusloos, sh psühhiaatrilistele diagnoosidele, või teha seadusse muudatus, mis lubab mootorsõiduki juhtimise loa taotlemisel arstil tutvuda ka psühhiaatriliste diagnoosidega.

Komisjon tõdes, et ei saa tagantjärele hinnata haiglatöötajate ja patsiendi lähedaste vahelise suhtluse probleeme, kuna need vestlused pole tavaliselt dokumenteeritud ja komisjon saab oma hinnangu lähtuda vaid meditsiinidokumentide andmetest. Samas juhtis komisjon tähelepanu, kui oluline on suhtlus patsientide ja nende lähedastega. TKE ei saa tagantjärele kontrollida, mida arst patsiendile haiguse prognoosi ehk täieliku tervistumise suhtes lubas ja kuidas patsient lubatust aru sai, kuna neid vestlusi pole haigusloos kirjast.

Komisjon rõhutas paljudel juhtudel korrektse dokumentatsiooni olulisust, eriti hooldus- ja õendusdokumentide puhul.

TÄNUAVALDUS

Täname kõiki TKE komisjoni liikmeid ja arst-eksperthe, kes andsid tänuväärse panuse komisjoni otsuste tegemisse.