

Tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjoni töö 2013. aastal

Marika Väli^{1,2}, Ruth Kalda³, Anne Poll⁴, Peeter Mardna⁵

Tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjon (TKE) on Sotsiaalmistriteeriumi juures tegutsev alaline komisjon, mille tegevuse eesmärk on anda patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedile eksperdihinnang. Komisjon (kuni 2008. aastani arstiabi kvaliteedi eksperdikomisjon) on töötanud alates 1995. aastast ja keskmiselt esitatakse komisjonile aastas läbivaatamiseks ja hinnangu andmiseks üle 100 taotluse. Komisjoni koosseisus on 18 liiget ja üldjuhul toimuvad istungid üks kord kahe kuu jooksul. Komisjon on asjatundlik ja erapooletu.

2013. aastal esitati komisjoni 137 ekspertiisitaotlust ja komisjon tuvastas neist vajakajäämisi 30 korral. Otseseid tervishoiuteenuse tegevuse puudusi (vigu) tuvastati 25 korral ning 5 juhul esines puudujääke kas töökorralduses, dokumenteerimises või patsiendi ja tema lähedastega suhtlemises. Kõige enam esitasid komisjonile läbivaatamiseks taotlusi patsiendid (87), seejärel Terviseamet, advokaadibürood ja juristid ning politsei, Eesti Patsientide Esindusühingust saabus 5 kaebust. Märkimisväärselt suure osa moodustasid eelmisel aastal kinnipeetavate avaldused (27 avaldust), mille sisuks oli rahulolematumus vanglate osutatava tervishoiuteenusega.

Artiklis on antud ülevaade nendest juhtumitest, millele peaks iga arst oma töös tähelepanu pöörama ning mida oleks võinud ära hoida ja

seetõttu peaks ka tulevikus suutma vältida. Käsitletud juhtumid on jagatud valdkondadesse.

ERAKORRALISE MEDITSIIINI OSAKONNAGA VÕI KIIRABIGA SEOTUD JUHTUMID PATSIENDI ELUOHTLIKU SEISUNDI TUVASTAMATA JÄTMISE KOHTA

Juhtum nr 1

Patsiendil esines anamneesis kaks-teistsõrmiksoole haavandtõbi. Kiirabi diagnoosis seedetrakti verejooksu, 10 minutit varem oli patsient kaotanud teadvuse, hiljem kaebas patsient nõrkust ja kõhuvalu, vererõhk oli 65/45–94/50 mm Hg. Haigla vastuvõtuosakonna sissekande kohaselt esinesid patsiendil valud allkõhus, iiveldus ja oksendamine ning mitmeid kordi kõhulahtisust. Köht oli palpatsioonil pehme, täheldatav oli elav peristaltika, *anus*'es olev roe oli sissekande kohaselt normaalse värvusega. Erakorralise meditsiini osakonnas (EMO) diagnoositi patsiendil nakkuslikku mao-soolepõletikku ning patsient lubati pärast ühetunnist jälgimist koju, seejuures soovitati pöörduda järgmisel päeval perearsti vastuvõtule.

Meditsiiniliseks veaks EMOs tuleb pidada hemoglobiinisisalduse mõõduka vähenemise (122 g/l, norm 136 g/l) ja hematokriti (35,5, norm 40) arvestamata jätmist. Patsiendi abikaasa ja kiirabi selgitusi ning haiguse edasist kulgu arvestades võib pidada tõenäoliseks, et EMOs ei tehtud digitaalset rektaalset vaatlust (või tehti see pealiskaudselt). 9 tundi pärast

haiglast lahkumist sai kiirabi uue kutse: patsiendil esines korduv veriokse ja veriroe, mille alusel kiirabi diagnoosis uuesti seedetrakti verejooksu, ning patsient sel korral hospitaliseeriti. Patsiendi vererõhk oli 85/45 mm Hg – 100/56 mm Hg, hemoglobiini tasemeks mõõdeti 66 g/l. Seedetrakti endoskoopilisel uuringul leiti verejooksuga duodenaalhaavand. Patsient jõuti viia operatsioonituppa, kuid operatsiooni ajal tekkis tal südameseiskus, elustamine oli ebaefektiivne. Otseks surmapõhjuseks oli lahanguandmetel verejooksujärgne äge aneemia (kliiniliselt avaldus südameseiskusega). Verejooksu allikaks oli kalloosne (paksuseinaline) kõhunäärmesse ulatuva põhjaga kaksteistsõrmiksoole peptiline krooniline haavand.

Komisjon leidis, et kirjeldatud juhul oli tõsiseks meditsiiniliseks veaks seedetrakti verejooksuga haige kojulubamine ning eelnevate sümptomite ja analüüsiväärtuste eiramine.

Juhtum nr 2

Kiirabi osutas esmaabi 38aastasele patsiendile, kellel oli tõenäoliselt äge koronaarhaigus, aga kes jäeti hospitaliseerimata.

Kiirabikaardi sissekande põhjal oli kiirabi kutsumise põhjuseks 40 minutit tagasi tekkinud tugev valu rinnus. Ravimeid ei olnud patsient tarvitanud. Valu möödus kiirabi saabumisel. Kiirabibrigaad diagnoosis patsiendil kõrgenenud vererõhu ja manustas talle 25 mg metoprololi. Vererõhk oli 159/110 mm Hg, pulss 90 korda minutis, hapniku osarõhk oli normis (SpO₂ 98). Elektrokardiogramm (EKG) oli kiirabi

¹ Tartu Ülikooli patoloogilise anatoomia ja kohtuarstiteaduse instituut,

² Eesti Kohtuekspertiisi Instituut,

³ Tartu Ülikooli peremeditsiini kliinik,

⁴ Sotsiaalministeeriumi tervishoiuosakond,

⁵ Terviseameti järelevalveosakond

protokolli kohaselt ägeda patoloogiat: tegemist oli siinusrütmiga, frekvents regulaarne, 74 x min. Kiirabivisiit kestis 12 minutit. Patsiendil soovitati pöörduda perearsti poole. Teine kiirabikutse saadi 17 minutit pärast seda, kui esimene kiirabi-brigaad oli lahkunud. Patsiendi abikaasa oli vahepeal käinud lapsel lasteaias järel ja koju jõudes leidis mehe elutunnusteta. Kiirabi jõudis kohale 12 minuti pärast, alustati elustamist, mis kestis 24 minutit ega osutunud efektiivseks.

Ravidokumentidest puudus oluline info: esimesel kiirabivisiidil oli väidetavalt tehtud EKG. Tegevuse käigus on eksitud kehtiva „Kiirabi ravijuhendi“ vastu: EKG võimalik normileid või EKG tegemata jätmine (visiidi kestus oli vaid 12 minutit) ei anna veenvat põhjendust esimesel kiirabivisiidil ägeda koronaarhaiguse diagnoosimata jätmiseks.

Arusaamatuks jääb ka fakt, et teisel väljakutsel ei juhendatud telefoni teel patsiendi abikaasat elustamist alustama, samuti puudub info selle kohta, miks ei kutsutud elustamiseks appi reanimobiili.

Juhtum nr 3

Õigustatud kaebuseks võib pidada juhtumit, kus kiirabi ei hospitaliseerinud vähidiagnoosiga patsienti ning patsient suri. Lisaks sellele olid vähidiagnoosiga patsiendi puhul meditsiinilised dokumendid (kiirabikaardid) täidetud lohakalt, neis oli ülekirjutamisi ja need olid väheinformatiivsed. Puudusid tegutsemist fikseerivad kellaajad ja elustamiskaart ning arusaamatuks jääb patsiendile osutatud ravi ja elustamise käik. Suure tõenäosusega suri patsient koronaarse äkksurma tõttu, kuid ei saa välistada ka muid äkksurma põhjuseid: aordi aneurüsmi rebend, kopsuarteri tromboemboolia, südame klapirike või kardiomiopaatia südame äkkseisukusega jt. Kõiki neid põhjuseid saab lõplikult tõestada ainult patoanatomilise lahangu käigus.

KIRURGILISE TEGEVUSEGA SEOTUD JUHTUMID

Juhtum nr 1

Patsient hospitaliseeriti väljakujunenud hingamisraskuse ja õhu massilise kogunemise tõttu nahaalusesse koesse. Haiglasse saabumisel leiti kompuutertomograafilisel uuringul kahepoolne ülerõhuline õhkrind, õhu kogunemine rindkere vaheseinandisse ning nahaalusesse koesse pea, kaela ja keha piirkonnas. Tuvastati ka parempoolse VIII roide murd. Elupäästva operatsioonina otsustati ülerõhulise õhkrinna likvideerimiseks rajada kahepoolne kopsukelmeruumi drenaaž. Vasakpoolse drenaaži rajamisel väljus kopsukelmeruumist 700 ml verd, patsiendi seisund halvenes. Ravile vaatamata jätkus vere eritumine kopsukelmeruumist ja patsient suri. Lahangul selgus, et vasempoolse kopsukelmeruumi dreenimisel oli dreeni sisestamisel vigastatud 3–4 cm sügavusel kopsukoos vasema kopsuarteri haru, põhjustades ägeda verekaotuse, mis lõppes patsiendi surmaga. Komisjon pidas kahetsusväärseks, et patsiendile vajaliku elupäästva protseduuri (kopsukelmeruumi drenaaž) tegemisel tekkis tüsistusena kopsuarteri haru vigastus, mis omakorda põhjustas konservatiivsele ravile allumatu verejooksu.

Arstlikuks veaks saab pidada aga seda, et kopsukelmeõone dreenimisel ei arvestatud varasema trauma tagajärjel (anamneesis mototrauma) tekkinud rindkeredeformatsiooni ja seetõttu sai võimalikuks dreenimise käigus veresoone vigastamine, millest tekkinud verejooksu ei suudetud peatada. Pleuraõone dreenimisel verejooksu tekkimisel ei kaalutud millegipärast operatiivset vahelesegamist, mis oleks olnud ainus võimalus verejooksu peatada.

Juhtum nr 2

Juhtum puudutab hilinenud kirurgilist sekkumist, ja ehkki on kaheldav, kas patsiendi opereerimine ilma täiendavate uuringuteta oleks

päästnud ta elu, oleks varem tehtud operatsioon loonud selleks suurema võimaluse.

Patsient põdes sigmasoole valendikku ahendavat vähki, mille tõttu oli tekkinud sooleseinamulgustus ja roojamassid sattusid kõhukoopasse. Kiirabi suunas patsiendi haiglasse kell 12.32 diagnoosiga: *Ileus?* Kaebustena oli märgitud, et haigel oli kõhuvalu, iiveldus, gaasid ei välju, kõht puhitunud, pinges. Auskultatsioonil oli vaikus üle kogu kõhu.

EMO valvearsti sissekande järgi oli patsiendil valu kestnud 3 tundi, patsiendi kõht oli puhitunud ja pinges, kuid auskultatsioonil oli kuulda loid peristaltika, peritoneaalärritusnähtude kohta sissekanne puudub. Valvearst ei kutsunud kohe valvekirurgi, vaid korraldas täiendavad uuringud diagnoosi täpsustamiseks: kell 12.40 tehti kõhukoopa röntgenuuring ja kell 14.30 suunati patsient ultraheliuuringule. Röntgenuuring, nagu selgus, tehti patsiendi lamavas asendis. Selliselt tehtud uuringu põhjal ei olegi võimalik kõhuõõnes vaba gaasi sedastada ja selle alusel tehtud otsus oli vale.

Kuna kumbki uuring ei selgitanud kõhuvalu põhjust ning samal ajal halvenes patsiendi seisund vaatamata infusioonravile ja valuvaigistitele, hakkas EMO valvearsti andmetel kell 16.00 patsiendiga tegelema vastutav valvekirurg. Valvekirurg kirjutab aga oma selvetuskirjas, et alles kell 17.20 rääkis valveterapeut temaga patsiendist. Valvekirurgi sissekande kohaselt haiguslukku oli patsiendi kõht pinges ja peritoneaalärritusnähud ±. Vaatamata sellele ei pidanud valvekirurg, lähtudes tema sissekandest haiguslukku, vajalikuks kohe patsienti opereerida. Ta lisas raviskeemi antibakteriaalse ravi (gentamütsiin, metranidasool, tsefuroksiim), ja kuna ta kahtlustas maohaavandi perforatsiooni, otsustas diagnoosi täpsustamiseks teha kompuutertomograafilise uuringu. Uuring toimus kell 17.20, vastus saabus alles kell 19.11. Patsiendil diagnoositi pneumo-

peritoneum. Erakorraline haige oli selleks ajaks viibinud haiglas ligi 7 tundi, valude algusest oli möödunud juba umbes 10 tundi, kuid ka siis ei langetatud otsust kohe opereerida. Kuna patsiendil oli 2000. aastal vähi tõttu eemaldatud üks kops, otsustas anestezioloog, et anesteesia ja postoperatiivne ravi on suure riskiga ning õigem on patsienti opereerida kõrgema etapi haiglas.

Patsiendi operatsioonijärgne seisund oli üliraske, tekkis septiline šokk. Vaatamata intensiivravile suri patsient hulgielundipuudulikkusega (konkreetselt hingamise ja maksa-neerupuudulikkuse tagajärjel) 30.03.2013 kell 8.10. Tutvunud haigusjuhtu käsitlevate dokumentidega, arvas komisjon, et patsiendi abistamisel esines puudusi. Kuigi perforatsiooni ja fekaalperitoniidiga tuisistunud jämesoolevähi korral, eriti veel eaka patsiendi puhul, on haiguse kulg sageli letaalne, ja ka käsitletud juhul ei saa olla kindel, et aktiivsema tegutsemise korral oleks patsiendi elu olnud võimalik päästa, oli komisjon siiski arvamusel, et EMO valvearst oleks erakorralise kirurgilise probleemiga haige saabumisel pidanud kohe konsulteerima valvekirurgiga.

Jääb ebaselgeks, miks valvekirurg, kui ta vaatas haiget, kellel olid ägedad kõhuvalud kestnud juba 8 tundi, kellel oli kõht pinges, peritoneaalärritusnähud ±, ei pidanud tarvilikuks haiget kohe opereerida, vaid pidas vajalikuks teha veel kompuutertomograafiline uuring. Kuigi kõik haigele tehtud uuringud olid diagnoosi täpsustamise aspektist õigustatud, oleks kõhukoopa ilmse katastroofiga haiget pidanud opereerima kliinilise pildi alusel hoopis varem. Haige uuringuteks ja transportiks kulunud aeg ainult halvendas haige seisundit ning lõpuks tehtud operatsioon ei suutnud teda enam päästa. Erakorralise operatsiooni käigus eemaldati vähkkasvaja koos sooleperforatsiooniga ja kõhukoobas puhastati, kuid patsient suri hulgielundipuudulikkuse tõttu.

Juhtum nr 3

Patsienti opereeriti erakorralise haigena sapikivikoolikate tõttu. Pärast seda tekkis tal operatsioonijärgse päeva öhtul südame kroonilise isheemiatõve foonil äkksurm, mille kujunemisel oli soodustavaks teguriks sapikivitõve näidustusel tehtud erakorraline operatsioon. Omastele väljastatud arstlikul surmateatisel surma põhjuseks märgitud esmane diagnoos (sepsis) osutus ekslikuks. Lahangumaterjalide täiendavate koeuuringute tulemusena täpsustati hiljem vahetut surmapõhjust, milleks oli äkksurm kardiaalsel põhjusel. Selle kohta vormistati uus lõplik surmateatis, mis kehtiva korra kohaselt saadeti Tervise Arengu Instituudi surmapõhjuste registrile. Kahetsusväärset aga ei teavitatud surmapõhjuste diagnoosi muutumisega seoses vormistatud uuest surmateatisest patsiendi omakseid (seadus ei näe ette teistkordse surmatõendi kui riikliku dokumendi väljastamist surnu omastele) ning see põhjustas neis hulgaliselt küsimusi ja TKE-le esitatud pöördumise.

Juhtum nr 4

Kaebus puudutab olukorda, kus ortopeedil jäi südamelihaseinfarkt elupuhuselt märkamata. Patsiendil diagnoositi reieluukaalamurd ja ta hospitaliseeriti, kusjuures EMOs viibis ta 8 tundi 26 minutit. Patsiendi operatsioon oli planeeritud järgmisele päevale, valvearsti seletuskirja ja haigusloo andmeist selgub, et operatsioonide rohkuse tõttu lükkus patsiendi löikus siiski edasi. Haiglas viibimise teise päeva öhtul tekkis patsiendil südamekoodade virvendusarütmia ja haige suri asüstoolia tõttu kell 23.00, elustamine 20 minuti jooksul jäi tulemusteta. Surma põhjuseks pidas raviarst kopsuarteri trombembooliat, mida lahangul ei tuvastatud – otseseks surmapõhjusteks oli äge südamelihaseinfarkt (kestusega alla 1 ööpäeva) ja foonhaiguseks parema reieluu periproteetiline murd. Seega oli müokardiinfarkt

tekinud patsiendi haiglas olles ja see jäi diagnoosimata.

Juhtum nr 5

Patsient andis nõusoleku ühe operatsiooni tegemiseks, aga operatsiooni käigus otsustas ortopeed teha vähem traumaatilise löikuse, mis kahjuks ei andnud soovitud tulemust.

Patsient hospitaliseeriti plaanilises korras valude tõttu vasaku käe põidla-randme-kämbllaliigeses. Radioloogilisel uuringul oli diagnoositud liigese osaline nihestumine koos luuliste muutustega. Kuna eelnev konservatiivne ravi ei andnud tulemusi, siis oli lepitud kokku kirurgiline ravi. Patsiendile selgitati võimalikke operatsioonivariante ja ta oli nõus liigese luulise fikseerimisega. Operatsiooni käigus pidas opereeriv kirurg aga õigeks stabiliseerida liiges pehmete kudede (sidemed) plastikaga, kuigi selle metoodika rakendamise patsiendi väitel operatsiooni eel juttu ei olnud. Pärast operatsiooni patsiendi vaevused ei vähenenud. Korduv röntgenuuring näitas, et põidla nihkumine oli tekkinud uuesti.

Eksperdi arvamuse kohaselt ei olnud patsiendi põidla stabiliseerimiseks näidustatud pehmete kudede plastika, vaid sobilik oleks olnud patsiendiga operatsiooni eel kokku lepitud liigese luuline fikatsioon, et vältida liigese deformatsiooni taasteket.

NAISTEARSTIDE JA ÄMMAEMANDATE TÖÖ KOHTA ESITATUD KAEBUSED

Juhtum nr 1

Neljandat kuud rasedal patsiendil tekkisid kodus olles valud kõhus. Sama päeva öhtul ilmnisid kerge veritsus ja üldine nõrkus. Patsient pöördus pärast veritsuse tekkimist kohe abi saamiseks naistekliiniku erakorralise vastuvõtu osakonda, kus läbivaatuse teinud arst diagnoosis soolepõletikuga kulgevat viirusinfektsiooni.

Patsiendikaardile tehtud sissekande põhjal veendus arst, et loode oli elus ning liigutas. Samas puudub patsiendikaardil sissekanne nii emakakaela seisundi hindamise kohta kui ka emakakaela avatuse hindamise kohta ultraheliga.

Rasedus katkes juba ca 14 tundi pärast esmast haiglasse pöördumist. Raseduse katkemise põhjuseks oli äge põletik (amnioniit, platsentiit). Selle põhjal saab küll oletada, et rasedust säilitav (antud juhul eeskätt antibiootiline) ravi ei oleks suutnud abordiprotsessi peatada. TKE tõdes, et veritsusse tulnuks siiski suhtuda tõsisemalt – asjakohane oluiks emakakaela vaatlus peegliatega, külvide võtmine ning ka UH-uuring.

Juhtum nr 2

Ämmaemanda ebakvaliteetse töö tõttu kukkus vastsündinu sünnituse käigus põrandale.

TKE-le saadetud kirjas on lapse ema esitanud küsimuse, kas sünnituse ajal osutatud abi, mille käigus tema vastsündinu kukkus põrandale, oli adekvaatne ja vastas sünnitusabi nõuetele. Sünnitusloos dokumenteeritud andmeil oli tegemist normaalselt kulgenud teise ajalise sünnitusega, mille käigus sünnitaja käitus adekvaatselt ja jälgis temale ämmaemanda antud instruksioone ning ei takistanud mingil viisil praktikandi ega ämmaemanda tegevust. Ämmaemand usaldas sünnituse vastuvõtmise praktikandile, viibides ise samal ajal kogu aeg praktikandi ja sünnitaja kõrval. Sünnitajal paluti väljutusperioodi käigus tõusta poolkükakile, mis on aktsepteeritud sünnitusasend. Laps kukkus sündides põrandale pea ees.

Kuna sünnituse kulg oli kiire, ei jõudnud abistanud ämmaemand ja praktikant võtta tarvitusele meetmeid, et vältida lapse põrandale kukkumist. Siiski ei saa kirjeldatud juhul hinnata sünnitusabi adekvaatseks ja nõuetele vastavaks. TKE arvates oli tegemist ettevaatamatusest tingitud õnnetusega, mis ei põhjustanud vastsündinule tervisehäiret, sh peaajukahjustust.

PEREARSTIDE TÖÖ KOHTA ESITATUD KAEBUSED

Juhtum nr 1

Patsiendil oli anamneesis 2 insulti, ja kuigi läbivaatusel tuvastatud sümptomid (pearinglus, vasema näo poole tuimus ja neelamishäire) viitasid korduvale insuldile, ei hospitaliseerinud perearst patsienti, vaid lubas tal minna koju.

Patsiendikaardi sissekande kohaselt kahtlustas perearst patsiendil ka ise uue insuldi tekkimise võimalust, kuid samas ei võtnud midagi ette, et seda täpsustada. Eesti neuroloogide ja neurokirurgide 2004. aastal valminud ja Eesti Haigekassas tunnustatud insuldi ravijuhendi kohaselt on insult sarnaselt müokardiinfarkti ja traumaga kiiret meditsiinilist tegutsemist vajav seisund. Seetõttu tuleb haigestunud võimalikult kiiresti haiglasse toimetada. Kriteeriume, keda hospitaliseerida, keda jätta koju, ravijuhendis antud ei ole.

Juhtum nr 2

Patsiendi kroonilise subduraalse hematoomi diagnoosini jõuti ligikaudu 2 nädalat pärast esialgsete kaebuste väljakujunemist. Kuigi tegemist oli nooremapoolse mehega, kellel esinesid olulised tervisekaebused, sh peavalu, iiveldamine, oksendamine, ei tekkinud perearstil raskema haiguse kahtlust ja patsienti raviti NSAIDiga. Alguses puudusid patsiendil neuroloogilisele koldeleile viitavad nähud: teadvusehäired, kehapoole nõrkus. Need kujunesid aga koos põiekontrollihäirete ja segadusseisundiga välja vahetult hospitaliseerimise eelsel õhtul. Perearsti ja EMO sissekannete andmeil ei esinenud patsiendil neuroloogilist defitsiiti nende kahe nädala jooksul, mil ta oli kahel korral pöördunud perearsti vastuvõtule. Tasakaaluhäiret, mis patsiendi abikaasa avalduse andmeil esines patsiendil kodus olles, hilisemates terviseandmetes kirjeldatud ei ole. Perearsti seletuskirja kohaselt tasakaaluhäireid patsiendil vastuvõtul viibides ei esinenud.

Kuna tagantjärele pole võimalik vastukäivate andmete tõele vastavust kontrollida, ei saa TKE hinnata, kas arstid jätsid need kaebused tähelepanuta või pole patsient neid kaebusi esitanud. Diagnoosimist raskendavaks asjaoluks oli see, et puudus eelnev viide traumale, mis on sagedasti subduraalse hematoomi tekkepõhjuseks ja mis sel korral enne haigestumist ka ilmselt esines. Trauma kohta on patsienti meditsiiniliste dokumentide andmeil ka küsitletud, patsient oli selle esinemist eitanud.

Patsiendi haigusjuhtum esines mitmeid asjaolusid, mis põhjustasid õige diagnoosi hilinemise. Vaatamata diagnoosimist raskendavatele asjaoludele tõdes TKE siiski, et nooremaealisel, eelnevalt suhteliselt tervel meespatsiendil esinev peavalu, mis 2 nädala jooksul ei ole allunud valuravile ning mille puhul esinevad iiveldus ja oksendamine, vajab igal juhul suuremat tähelepanu ja täpsustavaid diferentsiaaldiagnostilisi uuringuid ning neuroloogi konsultatsiooni kiirendatud korras. Perearsti tervisekaardi sissekanded olid väheinformatiivsed ja tema rakendatud ravitaktikat ei saa pidada õigeks.

HOOLDUSRAVI KOHTA ESITATUD KAEBUSED

Hooldusravikaebused puudutasid nii meditsiinilise personali suhtlemist patsiendi omastega kui ka meditsiinilise dokumentatsiooni täitmise puudulikkust, mistõttu komisjonil polnud tagantjärele võimalik hinnata, kummal poolel õigus oli.

Ühe kaebuse korral oli kahtsusväärne ka asjaolu, et õendusepikriisi, õenduspäeviku ja haigusloo sissekannetes esines vasturääkivusi. Õendusepikriisis oli dokumenteeritud, et kaks päeva enne surma kontakt patsiendiga puudus ning patsient suri 04.05.2013 kell 08.30. Samas oli õenduspäevikus viimane sissekanne 03.05. kell 16: patsient voodihaige, sööb vähe, rohtu peab suhu panema, mõistus ei ole päris

selge. 04.05.2013 õendushooldustoi-
mingute kohta ja surma saabumise
aeg sissekannetes puudus.

Arsti sissekandes haiguslukku
on 29.04.2013 fikseeritud järgmine:
patsiendil esinev valu on kuidagi
ebaselge, käib öösiti koridoris – valu
ei ole? Jõud d=s [lihasjõud külgüht-
lane – toim.]. Iga hetk ei ole adek-
vaatne. 04.05.2013. Ex. letalis 8.30.

Meditsiinidokumentidest ei
selgunud üheselt, millises seisundis
oli patsient 1–2 päeva enne surma ja
mis põhjusel saabus surm. Arstid,
õed ja hoolduspersonal saab oma
tegevust, sh suhtlemise õigsust,
tõestada ainult korrektselt täidetud
dokumentatsiooni alusel, mis annab
täieliku ülevaate patsiendi käsitlu-
sest ja seega aitab kaasa patsiendile
kvaliteetsema teenuse osutamisele.

KOKKUVÕTE

Artiklis on toodud lühiülevaade
nendest kaebustest, mida TKE-l
on tulnud lahendada möödunud
aasta jooksul ja kus tuvastati ka
eksimusi. Tuleb rõhutada, et paljude
õnnestunud vahelesegamiste kõrval
on need ikkagi harvad juhtumid.
Samas on neist oluline rääkida ja
sel kombel ka õppida.

Tähele tuleb panna, et tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjoni hinnang on asjatundjate soovituslik arvamus, mis ei sea kellelegi mingeid juriidilisi õigusi ega kohustusi, ei muuda ega lõpeta neid. Samuti ei käsitle komisjon tervishoiuteenuse osutaja ja patsiendi vaidlus- ja rahaküsimusi ning komisjoni ettepanek, nõuanne ja soovitus ei kohusta

(kuid ei keela) arsti või raviasutust hüvitama patsiendile arstliku vea tagajärjel tekkinud tervisekahju. Rahalise hüvituse taotlemiseks peab patsient kohtusse pöörduma, kui ei õnnestu saavutada kohtuvälist kokkulepet teenuseosutajaga. Pikaajaste ja kulukate kohtumenetluste ennetamiseks on tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjon korduvalt soovitanud rahulolematutel patsientidel ja raviasutusel kulude hüvitamiseks kohtuväliselt kokkuleppele jõuda.

TÄNUAVALDUS

Artikli autorid tänavad kõiki tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjoni liikmed aasta jooksul tehtud töö eest, samuti panuse eest selle artikli valmimisele.

marika.vali@ut.ee

Tegurid, mis soodustavad operatsioonijärgse opioidisõltuvuse kujunemist

Opioidid on laialdaselt kasutusel operatsioonijärgse valu ravis. Ägeda operatsioonijärgse valu ebaadekvaatne ravi soodustab kroonilise valu kujunemist, mis halvendab oluliselt haigete elukvaliteeti. Teisalt, pikaajaline ravi opioididega põhjustab ravimisõltuvust, mis omakorda mõjutab negatiivselt haigete elukvaliteeti, samuti suurendab vigastuste ja südamehäirete teket.

Kanadas Toronto Ülikoolis tehti aastatel 2003–2010 esinduslik uuring, kus uuriti opioidide kasutamist suuremahuliste operatsioonide järel 39 140 haigel, kes enne operatsiooni opioide ei kasutanud. Uuritavate vanus oli 66 aastat või enam.

Uuringusse kaasati haiged, kel tehti koronaaartereid šunteerivad operatsioonid ster-

notoomia kaudu, kopsu reseksioon avatud või torokoskoopilisel meetodil, jämesoole reseksioon, prostatektoomia avatud või laparoskoopilisel meetodil, hüsterektoomia avatud või laparoskoopilisel meetodil. Kõigile haigetele määrati vahetult operatsioonijärgsel perioodil opioidravi, pooltel haigetest jätkati seda ravi ka pärast haiglast väljakirjutamist. Pärast 90 päeva möödumist operatsioonist jätkas opioidide kasutamist veel 3% (1229 haiget), mis viitab väljakujunenud sõltuvusele opioididest. Pikaajaline opioide kasutamise risk oli suurem noorematel isikutel, samuti neil, kes olid majanduslikult vähem kindlustatud, ja neil, kel olid tõsised kaasuvad haigused – diabeet, südamepuudulikkus või krooniline kopsuhaigus. Samuti oli suurem risk opioidisõltuvuse kujunemiseks isikutel, kes enne operatsiooni olid depressiivsed ja ärevad ning kasutasid benso-

diasepiine või antidepressante või mõlemaid.

Opioidisõltuvuse kujunemise risk oli 2,5 korda suurem avatud intratorakaalsete operatsioonide järel ja 0,95 korda suurem torakoskoopiliste operatsioonide järel võrreldes teiste piirkondade lõikustega.

Kokkuvõttes: iga 30. haige jätkas opioidide kasutamist pärast kolmandat operatsioonijärgset kuud. Autorid viitavad sellele, et kuigi suuremahuliste operatsioonide järel esines opioidisõltuvust vaid 3%-l haigetest, on see siiski tõsine rahvaterviseprobleem, arvestades selliste operatsioonide rohkust. Operatsioonijärgse valu ravis tuleb tõsiselt arvestada opioidisõltuvuse kujunemise võimalikkust.

ALLIKAS

Clarke H, Soneji N, Ko DT, et al. Rates and risk factors prolonged opioid use after major surgery: population based cohort study. *BMJ* 2014;348:g1251 doi:10.1136/bmj.g1251 (Published 11 February 2014).

LÜHIDALT