

Tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjoni tegevus 2014. aastal

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

2014. aastal esitati tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjonile 119 ekspertiisitaotlust, millest komisjon tuvastas vajakajäämisi 30 korral, neist 23 juhul arstlikus tegevuses. Seitsmel juhul peeti kaebused põhjendatuks osaliselt: mitteõigeaegne konsulteerimine eriarstidega või hilinenud saatmine uuringutele, dokumentide ebakorrektne täitmine ja vajakajäämised suhtlemisel patsiendi, tema sugulaste või lähedastega.

Raviasutused ja Terviseamet esitasid ka 3 ekspertiisitaotlust, mille ajendiks olid meedias avaldatud ebatõesed süüdistused.

Erialati jagunesid kaebused järgmiselt: hambaarstide tegevuse kohta esitati 24 kaebust, erakorralise meditsiini ja kiirabi kohta 14, ortopeedia kohta 12, sünnitusabi ja günekoloogia kohta 11, psühhiaatria kohta 9, perearstide tegevuse kohta 8, kirurgia kohta 5, õendushooldusteenuse kohta 5, töötervishoiuarsti tegevuse kohta 3 kaebust. Üks avaldus oli esitatud taastusravi, radioloogia, uroloogia ja kõrva- ning silmahaiguste eriala arstide, samuti ämmaemandate töö kohta ning 2 kaebust Eesti Kaitseväge meditsiinikeskustes osutatud tervishoiuteenuste kohta.

Eelmisest aastast tunduvat vähem laekus kaebusi kinnipeetavalt vanglate tervishoiuteenuste kohta: 2013. aastal 27 ja 2014. aastal 10 kaebust.

Artiklis on antud ülevaade juhtumitest, mis meie arvates võiksid olla õpetlikud kõigile arstidele ja aitaksid tulevikus ennetada analoogilisi eksimusi.

1. GÜNEKOLOOGIA JA SÜNNITUSABI

1.1. Ämmaemand eksis ämmaemanduse ja sünnitusabi osutamise hea tava vastu ega kasutanud oma erialaseid teadmisi sünnitusprotsessi juhtimiseks

Kiirabi tõi patsiendi emakarebendi ja sünnitusteedes hukkunud lootega naistekliiniku erakorralisse vastuvõttu. Kohe tehtud erakorralisel operatsioonil väljutati elutunnusteta poeglaps, õmmeldi emakarebend ja peatati verejooks. Suure verekaotuse tõttu tehti sünnitajale vereülekanne ja määrati põletikuvastane ravi. Patsient viibis haiglaravil 7 päeva ja paranes, kuid edaspidine raseduse kandmine ja sünnitamine on ülikõrge terviseriski tõttu ebasoovitav.

01.08.2014 jõustunud sotsiaalministri määruse nr 44 „Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord“ kohaselt kuulub iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabi teenuste hulka ka kodusünnitus, mis määruse tähenduses on raseduse plaanikohase jälgimise ajal raseda soovil planeeritud, visiitide käigus eelnevalt kokku lepitud ja väljaspool haiglat kodustes tingimustes ämmaemanda poolt vastuvõetud sünnitus. Kodusünnituse planeerimine eeldab kirjaliku lepingu

sõlmimist kodusünnitust planeeriva raseda ja ämmaemanda vahel. Lisaks on määruses toodud hulk nõudeid ämmaemandatele, kes võivad kodusünnitusabi osutada, ning loetelu tingimustest, mille korral võib kodusünnitust planeerida.

Määruse sätteid arvestades puudusid kõnealusel juhtumil kõik eeldused kodusünnitusabi osutamiseks: tegemist oli rasedaga, kelle terviserisk oli suur (eelnevalt keiserilõikest jäänud arm emakal), ja ämmaemandal puudus tegevusluba kodusünnituse osutamiseks. Nii rasedust jälginud kui ka koju kutsutud ämmaemand väidavad oma seletuskirjas, et tegemist ei olnud planeeritud kodusünnitusega, vaid sünnitaja tahtega viibida kodus võimalikult pikalt enne haiglasse pöördumist. Sünnitaja kodus viibis eelnevalt niinimetatud sünnitoetaja, kes telefoni teel kutsus sünnitajat vaatama ka oma tuttava ämmaemanda. Ämmaemand nõustus ja tema sõnul sai ta alles sünnitaja koju minnes teada, et tegemist on armiga emakakehaga ja sellest tuleneva suure terviseriskiga sünnitajaga.

Ämmaemanda tegevuses esines hulk vigu: otsus minna koju talle tundmatu sünnitaja juurde; reageerimata jätmine faktile, et tegemist on armiga emakakehaga, s.t suure terviseriskiga sünnitajaga. Sealt edasi tulenes juba mitu erialast eksimust: tähelepanuta olid jäänud väljutusperioodi pikkus ja ebaefektiivsus, roheliste lootevete puhkemine ning võimaliku emakarebendi tunnused.

Ämmaemand eksis ämmaemanduse ja sünnitusabi osutamise hea tava vastu ega kasutanud oma erialaseid teadmisi sünnitusprotsessi

¹ Tartu Ülikooli arstiteaduskonna patoloogilise anatoomia ja kohtuarstiteaduse instituut;

² Eesti Kohtuekspertiisi Instituut;

³ Tartu Ülikooli arstiteaduskonna peremeditsiinikliinik;

⁴ Sotsiaalministeeriumi tervisesüsteemi arenduse osakond

juhtimiseks, et muuta seda emale ja sündivale lapsele turvaliseks. Selle tagajärjel laps hukkus ja ema elu sattus ohtu ning ülikõrge terviseriski tõttu ei soovitata naisel edaspidi rohkem rasestuda ega sünnitada.

1.2. Loote seisundi sünnitusaegne jälgimine oli ebapiisav

Laps sündis erakorralise keisrilõike teel raskes hüpoksiat. Sünnituse jälgimine haiglas kestis üle seitsme tunni. Selle perioodi kohta on esitatud kolm pikemat kardiotokograafia (KTG) lindistust:

- Hospitaliseerimisel tehtud KTGd nimetas arst oma seletuskirjas kahtlaseks ja palus ämmaemandal seda kohe korrata.
- Uuringut korrati 2 tundi hiljem, kuid arst sellele hinnangut ei andnud. Oma seletuskirjas nimetas ämmaemand seda KTGd monotoonseks ning kirjutas: „Otsustasin korrata KTG”.
- 2 tundi hiljem tehti järgmine KTG, mis oli monotoonne, areaktiivne. Ämmaemanda ega arsti hinnangut KTG-le ei ole ei päevikus ega seletuskirjas.

Seejärel läks sünnitaja vanni. Hindamiseks sobilikku KTG lindistust rohkem patsiendi kohta ei ole. Kell 17.53 tegi ämmaemand järgmise päevikukande: „Südame löögid langevad kuni 100–105 x/min, kutsutud valvearst”.

Valvearst diagnoosis loote hüpoksiat, kell 18.04 otsustas ta teha hädakeisrilõike, laps väljutati kell 18.13. Sündis raskes hüpoksiat ajaline tütarlaps: Apgari hinded 2/5/6; pH nabaväädist 7,017; leelise liig (*base excess*, BE) –18,8; lapsel mekoniaalne aspiratsioon. Laps elustati, intubeeriti ja viidi üle Tallinna Lastehaigla reanimatsiooniosakonda intubeerituna üli-raskes seisundis.

Arstide seletuskirjadest ei selgu, kas kell 14.00 toimus valve üleandmine ja kas uus valvearst oli teadlik sünnitajast, kellel vastuvõtmisel registreeriti kahtlane KTG. Piiripealse või kahtlase KTG korral on tavaks üle minna loote südamelõõkide pidevale jälgimisele.

Patsiendi rasedust jälgiti nõuetekohaselt. Loote sünnitusaegse hüpoksiat põhjused jäävad käsitletud juhul ebaselgeks. Raseduse ajal ilmnunud haigused – väike emakamüoom ja dieediga korrigeeritud gestatsioonidiabeet – ei tinginud sünniaegset loote hüpoksiat ega olnud plaanilise keisrilõike näidustuseks. Samuti puudus vajadus sünnituse varasemaks esilekutsumiseks.

Loote seisundi sünnitusaegne jälgimine oli ebapiisav ja KTG näitade tõlgendamine puudulik ning seetõttu hilinesid hüpoksiat diagnoosimine ja õigeaegne abi.

1.3. Teise trimestri ultraheliuuringul (19. rasedusnädalal) jäi platsenta eesasetsus diagnoosimata

Patsient oli rasedusega jälgimisel erakliinikus, rasedus kulges iseärasusteta. Algava ülekandluse tõttu suunati patsient TÜ Kliinikumi naistekliinikusse sünnituse esilekutsumiseks ehk induktiooniks. Raseduse kestus oli 42 + 0 nädalat. Hospitaliseerimise päeval tekkis kodus vereeritus tupest, haiglas diagnoositi ultraheliuuringul platsenta totaalne eesasetsus ja tehti erakorraline keisrilõike üldnarkoosis. Verekaotus kokku oli 1500 ml, mistõttu tehti patsiendile vereülekanne. Laps sündis heas seisundis ning ema ja laps lubati kolmandal operatsioonijärgsel päeval heas üldseisundis koju.

Patsiendile tehti erakliinikus kolm ultraheli- (UH) uuringut raseduse 5., 7. ja 19. nädalal. Raseduse esimesel kolmandikul ehk esimesel trimestril (raseduse 11. nädalal) naistekliinikus tehtud UH-uuringu kirjelduses on öeldud, et platsenta asetseb emaka alumises osas ees- ja tagaseinal, kattes emakakaela sisesuuet.

Teise trimestri UH-uuringul (19. rasedusnädalal) jäi platsenta eesasetsus diagnoosimata.

Eesti Naistearstide Seltsi normaalse raseduse jälgimise juhend näeb ette kaks UH-uuringut raseduse jooksul: raseduse 11.–13. ja 19.–21. nädalal. Esimese uuringu

ajal katab platsenta poole emaka sisepinnast ning selle asetsusel ei ole suurt prognostilist väärtust. Teise UH-uuringu ajal (lisaks loote anatoomiliste struktuuride, nabanööri ning lootevee hulga hindamisele) on tavaks kirjeldada ka platsenta asukohta ja suhet emakakaela sisesuudmega. UH-uuring tehakse kõhu eesseina kaudu (transabdominaalselt). Kui transabdominaalse UH-uuringu käigus ei ole võimalik platsenta asukohta hinnata, tehakse täiendavalt tupekaudne (transvaginaalne) uuring. Platsenta täpset asukohta kirjeldatakse sõltumata sellest, kas uuringueelsel perioodil esines veritsust või mitte. Platsenta eesasetsuse rasedusaegne diagnoosimine võimaldab oluliselt vähendada sellega seotud tüsistuste (verejooks, verekaotusest tingitud šokk, loote üsasisene surm jms) esinemist.

2. KIRURGIA JA ORTOPEEDIA

2.1. Ebamäärane kõhuvalu

Kõhuvaluga üldhaigla erakorralise meditsiini osakonda pöördunud patsiendil kahtlustati kliinilise leiu ja vereanalüüsi (CRV 19 mg/l, leukotsütoos 10,7) alusel ägedat ussjätkepõletikku. Patsiendikaardi andmete järgi kaebas haige valu paremal pool alakõhus ja tal oli iiveldus. Kõhu-koopa palpatsioon paremal allkõhus oli valulik, peritoneaalärritusnähud olid negatiivsed, kuid vereanalüüsis olid põletikunäitajad suurenenud. Patsiendikaardil on sissekanne: „Ei saa välistada apenditsiiti”. Sellest hoolimata ordineeriti aga haigele tilkinfusioon koos valuvaigistiga (Dolmen, 100 mg). Tilkinfusiooni lõpuajaks on märgitud 18.58 ja vahetult pärast seda (lahkumisajaks on märgitud samuti 18.58) lubati haige koju tingimusel, et „kui läheb halvemaks, tuleb homme tagasi”. Kuna nimetatud haiguse tunnused ei olnud veel lõplikult välja kujunenud, saadeti patsient koju, lisades, et juhul „kui läheb hullemaks”, tulla tagasi. Haigel aga valud püsisid, ja kui (patsiendi avalduse andmeil)

järgmisel päeval haigla erakorralise meditsiini arst telefonivestluses selgitas, et vaevuste põhjuseks on seedehäired, sõitis patsient ise Ida-Tallinna Keskhaiglasse, kus operatsioonil eemaldati väljakujunenud nekrootilis-gangrenooses põletikus ussjätke. Leid kinnitati järgnenud histoloogilisel uuringul.

Haige oleks tulnud haigusseisundi jälgimiseks ja diagnoosi selgitamiseks hospitaliseerida. See oleks taganud, et operatsioon oleks toimunud varem, mitte 36 tundi pärast haiguse algust, kui protsess oli juba nekrootilise põletiku staadiumis.

2.2. Tõenäoliselt oleks olnud võimalik vältida sõrme amputatsiooni

Patsiendi parema käe peopesa sidekirme fibromatoosi raviks tehti operatsioon kõrgema etapi haiglas. Tegemist oli kordusoperatsiooniga, eelnevalt oli sama kätt opereeritud samas haiglas aastaid tagasi. Viis päeva hiljem käe sidumisel selgus, et 5. sõrm oli tsüanootiline ja naha all paiknes mädaastunud hematoom, mis avati. Käele asetati side polüvidoonjodiidsalviga (Braunovidon) ja patsiendile määrati antibakteriaalne ravi amoksitsilliiniga ning arteriaalse verevarustuse parandamiseks pentoksüfülliini (Trental). Järgmisel päeval tõusis patsiendil palavik (37,6 °C), käsi valutas ja algava gangreeni näidustusel sõrm amputeeriti elukohajärgses keskhaias.

Ekspertkomisjon leidis, et patsiendil tekkinud tüsistus ei ole tingimata seotud operatsiooni tehnilise teostusega. Erialase kirjanduse andmetel on Dupuytreni kontraktuuri operatsiooni järel tüsistuste sagedus 10–17%, kordusoperatsioonidel, nagu kirjeldatud juhul, aga veelgi sagedasem. Haavaprobleemide avastamise ajal polnud sõrme gangreeni veel välja kujunenud, seega oli kohe alustatud haavatüsistuse ravi asjakohane.

Ravi järjepidevuse seisukohalt on kahetsusväärne, et patsiendil ei õnnestunud pöörduda ja et teda ei suunatud teda opereerinud arsti

poole. On võimalik, et suurema käekirurgilise kogemusega ravi-asutuses oleks õnnestunud valida alternatiivseid ravitaktikaid ning amputatsiooni vältida.

2.3. Raviarstid peavad haigusjuhtumi käsitlemisel põhjalikult süüvima ka ravidokumentide eelnevate sissekannete andmetesse

2aastase lapse töid pärast kodus kukkumist vanemad üldhaiglasse, röntgenuuringul diagnoositi vasaku õlavarreluu distaalse otsa nihkumisega murd. Käsi pandi kipslahasesse ja kokkuleppel traumatoloogiga suunati laps ravile kõrgema etapi haiglasse.

Kuna luumurru paigaldamine ei õnnestunud, tehti operatsioon, kus nihkunud luufragment fikseeriti kolme traadiga. Soovitati jätkata kipsimmobilisatsiooni ligikaudu 3 nädalat ning teha röntgenkontrolli kas kohalikus haiglas või võimaluse korral kõrgema etapi haiglas. Vanemad pöördusid elukohajärgse arsti poole ja röntgenuuringul tuvastati, et vardad on korrektselt paigal. Lähtudes kõrgema etapi haigla soovitusel hoida kipsimmobilisatsiooni umbes 3 nädalat, eemaldas kirurg kipsi lapse käelt ravi 18. päeval.

Lapsevanemad otsustasid pärast seda pöörduda ikkagi kõrgema etapi haiglasse. Lapse käsi oli ilma lahaseta ja lapsevanema väitel kaebas laps vasakus käes valu. Kõrgema etapi haigla arst kirjeldas vasema küünarliigese piirkonna turset ja hematoomi ning lateraalpinnal nähtavaid fikseerivate traatide otsi ilma naha põletiku tunnusteta ning asetas käele uuesti lahase. Ta põhjendas oma otsust sellega, et luumurru fikseerimise ajaks peaks olema mitte vähem kui 3 nädalat ning vastuvõtul esinenud kliinilised nähud võimaldasid võtta vastu otsuse ilma röntgenuuringut tegemata jätkata immobilisatsiooni (kokku immobilisatsiooni aeg 29 päeva).

Arusaamatuks jääb kõrgema etapi haiglas kipsimmobilisatsiooni uuesti asetamine. Tagantjärele võib oletada,

et sellise otsuse tingis ebapiisav süvenemine haigusloo andmetesse.

Esinenud vigastuse tüübi ja rakendatud ravi tingimustes see hinnang luumurru paranemist siiski ei mõjutanud.

On kahetsusväärne, et haigusjuhu eduka ravimise käigus ilmselt suhtlustasandil tekkinud ebakõlad (mida ravidokumentid ei kajasta) viisid lapsevanemad eksiarvamusele, nagu esmatasandi haiglas oleks tehtud ebaõigeid raviotsuseid. Kahjuks kandus eksiarvamus lapsevanemate kaudu edasi ajakirjandusse, mis omakorda põhjustas kahe raviasutuse vahel asjatu kommunikatsioonihäire.

2.4. Pikk uuringute ooteaeg põhjustas patsiendile lisavaevusi

Patsient kukkus ja trauma tagajärjel tekkis vasaku õlaliigese väga harva esinev tagumine nihestumine, mis on röntgenuuringul raskesti diagnoositav.

Kui patsient 10 päeva pärast traumat kaebas raviarstile jätkuvalt tugevaid valusid õlaliigeses, oleks diagnoosi täpsustamiseks tulnud kohe leida võimalus teha erakorraline kompuutertomograafiline (KT) uuring, kuid patsiendile pakuti esimest võimalust KT-uuringuks alles 40 päeva pärast. Püsivate valude tõttu õlaliigeses pöördus patsient ise ASi Mammograaf, kus MRT-uuringul selgus õlaliigese tagumine nihestus ja järgmisel päeval toimus õlaliigese kirurgiline paigaldamine.

Edasine ravi vastas nüüdisaja ravipõhimõtetele.

Ehkki raviprotseduuri toimimine 40 päeva pärast trauma tekkimist ei mõjuta vigastuse paranemise kaugtulemusi, põhjustas nii pikk ooteaeg patsiendile siiski rohkesti lisavaevusi.

2.5. Istmikunärvi kahjustamine tuharasse tehtud injektsiooniga

Patsient vigastas paremat randmeliigest ja pöördus järgmisel päeval haiglasse, kus diagnoositi

küünarvarre- ja kodarлуу murdning asetati kipslahas. Luumurru fragmentide paigaldamisel kasutati paikset tuimestust ehk lokaalanesteesiast (lidokaiinisüst murru kohale). Patsiendi sõnade põhjal tehti talle valuvaigistav süst ka tuharasse, mille järel ta ei tundnud oma vasakut jalga.

EMO patsiendikaardis ei ole dokumenteeritud patsiendile täiendava valuvaigistava süsteravimi määramist. Samas on ortopeed 2014. aasta jaanuaris toimunud ambulatoorsete vastuvõttude epikriisis siiski kirjutanud, et patsiendile on tuharasse süstitud diklofenakki. Trauma järel patsiendiga tegelenud EMO arst ja õde süstimist ei mäleta ning koguni kahtlevad, kas süstimist üldse toimuski.

Patsiendil on siiski diagnoositud *n. ishiadicus*'e kahjustussündroom ja närvikahjustus on tõendatud ka elektroneuromüograafilisel (ENMG) uuringul.

Pole alust kahelda haige sõnades, et ebaõnnestunud süst tehti. Juhtunud võib aga pidada õnnetuseks, mitte personali oskamatuses tulenevaks tüsistuseks. Ei saa pidada heaks kliiniliseks tavaks süstitavate valuvaigistite rutiinset manustamist, mida on kirjeldatud haigla personali seletuskirjades.

3. PEREARSTIABI

3.1. Südamelihaseinfarkt jäi õigel ajal diagnoosimata

Patsient põdes alates 2004. aastast hüpertooniatõbe, mille ravi oli ebaregulaarne, kuna tervisekaardi ja perearsti seletuskirja andmeil jättis patsiendi ravisoostumus soovida. Patsient viibis hüpertensiivse kriisi tõttu 2013. aasta juunis erakorralise meditsiini osakonnas.

Peale selle esinesid patsiendil teisedki olulised südame-veresoonkonna haiguste riskitegurid: suitsetamine, II tüüpi diabeet, hüperkolesteroleemia ja hüpertriglütserideemia. Lisaks põdes patsient podagrat. Ajavahemikul 2006–2012 eelnimetatud analüüside väärtused pidevalt kõrgenesid. Statiinravi alustati 2006.

aastal, ravi ei olnud järjepidev. Ebajärjepidev oli diabeedi ravi. Patsiendi tervisekaardile lisatud 2006. aasta elektrokardiogrammis (EKG) on viited vasema vatsakese hüpertroofiale. Hiljem EKGd pole tehtud.

Perearsti seletuskirja andmeil käis patsient ambulatoorsel vastuvõtul ülemiste hingamisteede infektsiooniga ning oli sama haigusega (J 06,9) töövõimetuslehel 06.03.–14.03.2014.

Nädal aega hiljem käis patsient uuesti vastuvõtul ja teatas, et umbes nädal tagasi enesetunne halvenes: „Tekkis kehatemperatuuri tõus kuni 37,5 °C, kiire väsimine, õhupuudus, valu vasakul rinnus ja abaluu piirkonnas.“ Läbivaatuse tulemusel on märgitud vesikulaarset hingamiskahinat kopsu kuulatlusel ja sügaval sissehingamisel tekkivat valu vasakul 5.–6. roide kõrgusel ja seljas abaluu piirkonnas. Südametoonid olid selged, kõrvalkahinaid ei olnud kuulda, rütm regulaarne, sagedus 66 korda minutis. Vererõhku ei mõõdetud, EKGd ja vereanalüüse ei tehtud, vaatamata südame-veresoonkonna riskitegurite esinemisele ning kardიაalsele probleemile viitavatele kaebustele (õhupuudus, „hing kinni“, valu rindkeres ja seljas abaluu all), mistõttu edasise ravi otsustamiseks oleks pidanud kardიაalse probleemi vähemasti välistama. Siiski soovitas perearst patsiendil kaebuste süvenemisel pöörduda EMOsse.

Raviks soovitas arst salbutamolisiirupit 3 korda päevas 10 ml. Ravimi määramise põhjendus jääb ebaselgeks, kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse ägenemine on märgitud küsimärgiga diagnoosi tööversiooniks. Kuigi samal ajal kahtlustas perearst kopsuarteri trombemboolia esinemist, ei mõõtnud ta patsiendi vererõhku, ei teinud EKGd ega määranud D-dimeere. Müokardiinfarkti kahtlustatud ei ole.

Järgmisel päeval helistas patsient perele ja sai teada, et röntgen-uuringu alusel kopsupõletikku ei diagnoositud. Samas mainis ta, et tema enesetunne ei ole hea.

Patsiendi elukaaslase kirjast selgub, et „Rohu võtmine halvendas veelgi enesetunnet“.

Neli päeva pärast vastuvõttu saabus äkksurm. Kohtuarstliku lahangu protokollis kirjeldati surma põhjusena ägedat südamelihaseinfarkti koos südamelihase rebendiga vasaku vatsakese külgeinal ning sellest tulenevat hemoperikardi. Kirjeldati ka südame vasaku pärgarteri stenoosi üle 75%.

Perearst ei pööranud vajalikku tähelepanu haige kaebustele ja tegemata jäid esmased uuringud (vererõhu mõõtmine, EKG, vereanalüüsid), mistõttu südamelihaseinfarkt jäi diagnoosimata ja raviks määratud salbutamool võis veelgi halvendada patsiendi seisundit. Õigeaegsel südamelihaseinfarkti diagnoosimisel oleks patsient võinud saada ravijuhendites ettenähtud ägeda infarkti ravi.

3.2. Puukborrelioosi võimalusele viitavale anamneesile ja sümptomitele ebapiisava tähelepanu pööramine

Ravidokumentidest selgub, et ema märkas lapsel puuki kõrva taga juuni keskel. Haiglas puuk eemaldati, kuid puugi pea jäi sisse. Pärast puugi hammustust esinesid lapsel mõned päevad hiljem subfebriilne temperatuur, peavalu, oksendamine ja nahal laiguti löövet.

08.07.2014 pöördus ema lapsega perearsti vastuvõtule ning palus teha analüüsid borrelioosi ja viirusentsefaliidi diagnoosimiseks, sest nii oli soovitatud haiglas. 11.07.2014 ei tehtud lapsele mitte puukborrelioosi antikehade uuringut, vaid kliinilise vere analüüs. 28.07.2014 selgitas arst patsiendi emale, et vajadust borrelioosi antikehade määramiseks ei ole, kuna kliiniline leid ei vasta Lyme'i tõvele. Selleks ajaks lapsel enam palavikku polnud, kuid ema sõnutsi oli laps siiski tavapärasest haiglasem. Emale anti saatekiri infektsionisti juurde Merimetsa haiglasse. Ema polnud selle otsusega rahul ning helistas 29.07.2014

perearstikeskuse juhatajale, kes kutsus patsiendi järgmiseks päevaks vastuvõtule ning määras ka eelnevat analüüsi. Analüüside vastustest selgus, et puukborrelioosi IgM antikehad immunoblotuuringul olid positiivsed ja lapsele määrati amokitsilliinravi 20 päevaks.

Kirjeldatud lapselapsiendil tüüpilist borrelioosilöövet (*erythema migrans*) ilmselt ei esinenud (seda pole dokumenteeritud), mistõttu perearstikeskuse arstid hindasid edasiste täpsustavate uuringute tegemise ebavajalikuks. Ravijuhendite kohaselt ei pea aga seroloogilisi uuringuid haiguse diagnoosimiseks tegema sel juhul, kui pärast puugirünnet esineb tüüpiline lööve – siis võib kohe alustada ravi. Laboratoorne diagnostika on vajalik just ebatüüpilise erüteemi esinemise korral või siis, kui erüteem puudub või ei ole äratuntav.

Patsiendil oli olnud puugirünne, puugi pead ei õnnestunud eemaldada. Esinesid ka ebamäärased sümptomid: palavik, peavalu, väsimus, oksendamine, ebamäärane lööve. Kuna puuk paiknes kõrva taga juustepiiril, oli ka tüüpilise lööbe märkamise raskendatud, kuid teadaolevalt võib löövet esineda siiski ka mujal. Kliinilise vereanalüüsi tegemine ei olnud selle haiguse seisukohast vajalik, kuna see analüüs ei aita kuidagi puukborrelioosi ei kinnitada ega välistada. Võimalik, et mõeldi mõne muu infektsiooni või haiguse esinemisele.

Kõnealusel lapsel oleks seroloogiliste uuringute määramine olnud näidustatud ka borrelioosi välistamise eesmärgil, kuna esinenud puugirünne ja haigustunnused (palavik, peavalu, oksendamine, lööve) andsid alust kahtlustada borrelioosi.

Seroloogilised uuringud, mis diagnoosi kinnitasid, tehti pisut enam kui kuu aega pärast puugirünnet. Kuna haiguse varases faasis võivad borreliavastased antikehad veel puududa, ongi korrektne antikehasid määrata 2–4 nädalat pärast nakatumist. Seega ei saa

väita, et laboratoorsed analüüsid oleksid tehtud hilinemisega. Ravi oli määratud kohe pärast diagnoosi kinnitamist ning oli õigeaegne ja korrektne. Ravi varasem määramine poleks ravitulemust muutnud.

3.3. Patsiendi haiguse õigeaegne diagnoosimine ja asjakohase ravi määramine hilinesid

58aastasel patsiendil esinesid mitme kuu vältel tüüpilised stenokardiilised vaevused: valu ja ebamugavustunne rinnus enamasti füüsilisel koormusel, aga ka öösel ning aeg-ajalt õhupuudustunne. Lisaks esinesid patsiendil olulised kardiovaskulaarsed riskitegurid: III astme kõrgvererõhktõbi, suitsetamine, rasvumus, hüperkolesteroleemia, alkoholi liigtarvitamine.

Perearsti poole pöördus patsient kolmel korral, umbes nädalaste vahega, viimase visiidi vahe oli kaks nädalat. Patsiendil tuvastati kõrged vererõhuväärtused: 184/100 mm Hg. Perearst tegi kliinilise vere uuringu ning veresuhkru ja kolesterooli analüüsi. EKGd patsiendile ei tehtud.

Diagnoosideks olid patsiendil I11.9. ehk südamekahjustusega hüpertooniatõbi ilma kongestiivse südamepuudulikkuseta, E66.0 ehk liigsetest kaloritest põhjustatud rasvumus, E78.0 ehk puhas hüperkolesteroleemia. Stenokardiat patsiendil varem diagnoositud ei olnud. Kõrgvererõhktõve raviks anti patsiendile ramipriili-amlodipiini kombinatsioonravi (5 mg + 10 mg), patsient kutsuti tagasi kontrollile 10 päeva pärast ja seisundi halvenes soovitati kutsuda kiirabi. Kuna patsiendil puudus ravikindlustus, soovitas perearst tal taotleda sotsiaalosakonnalt toetust ravimite ja uuringute eest tasumiseks.

Patsiendi tervise seisund korduvat vastuvõttudel jäi samaks: vaevused püsisid, vererõhu väärtused olid endiselt kõrged. Perearst suurendas vererõhuravimi annust, nõustas eluviisi suhtes ning seisundi halvenemise korral soovitas uuesti kutsuda kiirabi. EKGd ei tehtud ka

teisel vastuvõtul. Kui kolmandal visiidil (18.06.2014) kaebas patsient taas südamepiirkonna valusid, tegi perearst ettepaneku teha EKG, millest patsient olevat aga keeldunud.

18 päeva pärast viimast perearstivisiiti kell 9.02 hospitaliseeriti patsient raskes üldseisundis erakorralise kardioloogia osakonda, kuid vaatamata ravile ta suri kell 11.45.

Patsiendi lahkamiseelseks põhihaiguseks oli äge transmuraalne müokardi eesseina infarkt (I21.0). Põhihaiguse tüsistused: kardiogene šokk (R57.0); äge kopsuturse (I50.1). Kaasuv haigus: muu krooniline neerupuudulikkus (N18.8).

Tehti lahing, kus kliiniline ja patoanatomiline diagnoos ühtisid. Patoanatomilisel lahingul leiti, et tegemist oli korduva müokardiinfarktiga, vasaku vatsakese müokardis leiti erinevas vanuses infarktjärgseid armkoe koldeid. Südame vasaku vatsakese eesseinas oli värske laialdane infarkti- (nekroosi-) kolle. Lisaks esinesid patsiendil maksarasvõbi ning algav maksatsirroos.

Vaatamata ravikindlustuse puudumisele oleks tulnud patsient suunata erakorraliselt kardioloogia osakonda (EMOsse), kus täpsemate uuringute käigus oleks selgunud, mis haigusega on tegu ja milline on edasine raviplaan.

EKG-uuring tuleb teha kõigile südamekaebustega patsientidele, eriti juhul, kui tegu on patsiendiga, kelle kardiovaskulaarhaiguse risk on suur ning kellel esinevad stenokardiilised vaevused. Perearsti seletuskirjas oli öeldud, et vastuvõtul puudub ägedale patoloogiale viitav leid, samas polnud leitud mingil viisil objektiviteeritud – EKG oli korduvalt tegemata.

3.4. Kopsupõletiku mitteõigeaegne diagnoosimine

Avalduse ja ambulatoorse tervisekaardi andmetel pöördus patsient detsembri alguses hommikul perearsti vastuvõtule kolmandat päeva kestnud kõrge palaviku (üle 39 °C) tõttu. Patsiendi perearsti asendanud arst võttis ta samal päeval vastu,

diagnoosis farüingiiti (J02) ja määras raviks amoksitsilliini 500 mg x 3. Järgmisel päeval märkas patsient rögas verd (röga oli pruunikas) ja helistas nõuandetelefonile, kus julgustati ravi jätkama. 05.12.2013 pöördus patsient korduvalt vastu võtule: tervise üldseisund polnud paranenud ja palavik püsis. Patsient informeeris verikõha kahtlusest arsti, kes kuulatles patsiendi kopse, hindas kuulatlusleiu normikohaseks ning soovitas võtta edasi sama antibiootikumi. Lisauuringuid sel hetkel ei tehtud, patsiendil paluti tagasi tulla nädala pärast ja enne vastuvõtule tulemist anda analüüsid laboris.

Patsiendi haigusseisund halvenes aga samal päeval oluliselt: tekkisid peavalu, õhupuudus ja tahhükardia ning patsiendi abikaasa kutsutud kiirabi hospitaliseeris patsiendi kõrgema etapi haiglasse, kus röntgenuuringu leiu alusel diagnoositi äge parempoolne kopsupõletik. Põletikunäitajad olid kõrged vaatamata saadud amoksitsilliinravile (CRV 83 g/l; leukotsüüte $10,51 \times 10^9/l$, vasemalenihe). Patsiendile ordineeriti klaritromütsiini 500 mg x 2, ja kuna 07.12 analüüsid oli CRV näit jätkuvalt kõrge (93 g/l), määrati lisaks veel ka tsefuroksiimi 1,5 g x 3. Kahe antibiootikumiga ravimisel põletikunäitajad alanesid, tervise üldseisund paranes ning 10.12.2013 lubati patsient ambulatoorsele ravile.

Patsient pole rahul, et varem ei tehtud uuringuid ja analüüse, mis oleksid võimaldanud kopsupõletikku õigel ajal diagnoosida ja seda korrektselt ravida. Perearsti seletuskirja kohaselt kahtlustas ta bronhiiti ja pidas võimalikuks ka viiruslikku kopsupõletikku, aga ei saatnud patsienti röntgenuuringut tegema, sest Paldiskis pole selle uuringu tegemise võimalust ning perearsti hinnangul patsiendi haigusseisund (nõrkus ja kõrge palavik) poleks võimaldanud kaugemale sõita.

Patsiendil esinenud kopsupõletik jäi perearstil diagnoosimata, kuigi haiguse algus ja kulg oleksid pidanud suunama sellele mõtlema: järsk

haigestumise algus koos külmavärinatega, püsivalt kõrge palavik, mis ei allunud palavikuvastasele ravile, hiljem lisandunud kõha koos verise (pruunika) röga, üldine halb enesetunne. Kuigi ravim (amoksitsilliin) oli haiguse tegelikku diagnoosi arvestades määratud õigesti, ei arvestanud perearst piisava tähelepanuga patsiendi tervise üldseisundit, ei korraldanud vajalikke esmaseid uuringuid, kui antibiootikumravi oli veel ravi kolmandal päeval ebaefektiivne. Seetõttu jäi kopsupõletik diagnoosimata ning ravitulemuse puudumisel ka ravi korrigeerimata.

3.5. Komplitseeritud tsüstiidi ebaprofessionaalne käsitlus

Patsient pöördus jaanuari keskel perearsti poole korduva tsüstiidi ägenemisega. Tsüstiiti oli patsiendil korduvalt ravitud mitme aasta vältel, ta oli viibinud uuringutel ka haiglas.

Kuna algul kahtlustas patsient, et võib olla rase, oodati ravi määramisega mõned päevad. Kui mittefarmakoloogilise raviga patsiendi seisund aga ei paranenud, otsustas perearst kolme päeva pärast määrata ampitsilliini. Ravi ei andnud tulemusi, vaevused pigem süvenesid, ja kui uriini mikroskoopilisel analüüsil oli näha tugev põletikuleid, otsustas perearst vahetada ravimi doksütsükliini vastu. Kui ka see ravim ei toiminud, pöördus patsient uuesti perearstikeskusesse sooviga lasta teha uriinist külv ja antibiogramm. Perearstikeskuse õde saatis uriini tavauuringule (sademe mikroskoopiaks), uriinikülvi tegemast keelduti. Patsiendi avalduse andmeil helistas ta perearstile ja küsis toimivat ravimit ning täpsustavaid analüüse haigustekitaja määramiseks, kuid seepeale soovitas perearst tal vahetada perearsti ja pöörduda EMOsse. Patsient pöörduski sama päeva õhtul erakorraliselt haiglasse. Selleks ajaks olid kaebused kestnud juba 11 päeva, tekkinud oli palavik, kõhu palpatsioonil oli kusepõis valulik. Haiglas määrati vajalik ravi ja patsient paranes.

Perearstipoolne korduva tsüstiidi käsitlus oli ebaprofessionaalne ega vastanud heale arstlikule tavale ega ravijuhendile „Sagedasemate haiglavälise infektsioonahaiguste laboratoorse diagnostika ja ravi algoritmid perearstidele“. Ravi aluseks peavad komplitseeritud tsüstiidi puhul olema uriinikülvi ja antibiogrammi tulemused. Kui enne antibiogrammi tulemuste saabumist määratav empiiriline ravi osutub ebaefektiivseks, siis järgmine määratud antibiootikum peaks juba kindlasti rajanema haigust tekitava bakteri ravimitundlikkusel. Seega oli patsiendi palve teha uriinikülv igati õigustatud.

4. ERAKORRALINE MEDITSIIIN JA INTENSIIVRAVI

4.1. Eaka naise haigusnähte ei hinnatud adekvaatselt: alahinnati võimaliku kujuneva sügava neuroloogilise defekti esmanähtu – afaasiat

Tegemist oli 79aastase naispatsiendiga, kes haigestus ajuinfarkti vasakpoolse keskmise ajuarteri varustusosalise sensomotoorse afaasia ning kerge parempoolse hemipareesiga, mille tagajärjel patsiendi õe sõnul oli ta invaliidistunud.

Patsiendile kutsuti esimest korda kiirabi 5. septembri pärastlõunal. Probleemiks oli äsja tekkinud kõnehäire. Kiirabikaardilt võis lugeda: patsient vastas küsimustele ebaadekvaatselt, arusaamatult, oli teadvusel, Glasgow' koomaskaala (GCS) $4 + 3 + 6 = 13$ palli. Pareese kiirabibrigaad ei tuvastanud. Kiirabibrigaad tegi kõik vajalikud mõõtmised, mis on ette nähtud teadvushäire korral (vererõhk, südamelöögisagedus SpO_2 , veresuhkur, pupillid, GCS). Uuringute tulemuste alusel oli patsiendi üldseisund stabiilne, vererõhk kergelt hüpertensiivne (170/90 mm Hg). Patsient hospitaliseeriti erakorralise meditsiini osakonda. Kiirabibrigaadi diagnoosiks olid muud ja täpsustamata kõnehäired (R47.8) ning võõrapärane

seletamatu käitumine. Ainsaks etteheiteks kiirabibrigaadile võib tuuagi ehk ebaotstarbekat diagnooside määramist: ei tuntud ära afaasiat kõnehäirena ning tõenäoliselt viis pareesi puudumine mõtted muudele võimalikele diagnoosidele kui lihtne insult. Samas ei oleks kiirabipoolses käsitluses insuldi diagnoosimine midagi muutnud: patsiendi hospitaliseerimine oli õige otsus.

EMOs patsiendiga tegelenud arsti tegevust ei saa aga kuidagi pidada tõenduspõhiseks ning heale meditsiinitavale vastavaks. Patsiendikaart on täidetud äärmiselt minimalistlikult, puudub info patsiendi neuroloogilise seisundi kohta, kuigi juhtivaks sündroomiks oli kõnehäire. Patsiendi kohta on kirjutatud, et ta oli desorienteeritud, GCSi väärtuseks on märgitud aga 15. Patsiendile tehti kompuutertomograafiline uuring peaajust, kus koldeleidu ei sedastatud (arvestades haiguse lühiajalist kestust, oli see täiesti ootuspärane, sest isheemiline kolle kujuneb välja hiljem). Patsiendil diagnoositi peaaju transitoorset isheemilist atakki (TIA). See eeldab, et neuroloogiline leid pidi mööduma, paraku ei ole see EMO kaardilt kuidagi väljaloetav. Isegi kui tegemist oli desorienteerituse ja kõnehäire möödumisega, tuleks tänapäeva ravijuhendite valguses TIAGA patsiendid hospitaliseerida riskitegurite väljaselgitamiseks ja ohjamiseks. Konkreetset juhul saadeti patsient koju.

6. septembri õhtupoolikul kutsuti patsiendile uuesti kiirabi, seekord oli kaebuseks peavalu. Kiirabibrigaadi üks liige oli patsiendi juures käinud ka eelmisel korral. Sel korral oli patsiendi teadvus selge, GCS 15 palli. Patsiendile tehti järjekordselt vajalikud mõõtmised, kõrge vererõhu tõttu anti vererõhualandajat ning peavalu tõttu valuvaigistit. Patsient jäeti koju, sest kiirabibrigaadi õdede seletuskirjade kohaselt oli tema seisund parem kui eelmisel korral, lisaks lähtus kiirabibrigaadi juht patsiendi kojujätmisel EMO arsti eelmise päeva otsusest.

Kiirabibrigaadi tegevuse puuduseks oli see, et kiirabikaardilt puudub info patsiendi neuroloogilise staatuse kohta (tegemist oli peavaluga).

7. septembri lõunal kutsuti patsiendile kolmandat korda kiirabi. Patsient oli ikka veel ebaadekvaatne, kiirabikaardi andmeil oli ta toa segi ajanud, rääkis segast juttu, korrutas ühte asja. Jätakuvalt kurtis peavalu, oli agressiivne, kuri. Samas on kiirabibrigaad kirjutanud, et GCS on 15 palli (!) ja neuroloogiline leid on korras (!), mõistmata, et ka teadvushäire on neuroloogiline leid. Kiirabibrigaad oli teinud kõik vajalikud mõõtmised ning subarahnoidaalse hemorraagia kahtluse tõttu hospitaliseerinud patsiendi EMOsse.

Kiirabibrigaad oli mõelnud õiges suunas ning teinud õige otsuse patsiendi hospitaliseerimiseks. Puudujäägid neuroloogilise seisundi hindamisel tuleks brigaadi liikmetega läbi arutada, vae diagnoosi püstitamist ei saa õibrigaadile pahaks panna, ka nende arvatud diagnoos oleks kliinilise pildi alusel kõne alla tulnud. Seega ei leidnud komisjon märkimisväärset viga kiirabibrigaadi tegevuses.

Teisel korral sattus patsienti EMOs käsitlema kogenum arst, kes patsiendi kliinilises pildis tundis ära ajuinfarkti, mida kinnitas selleks ajaks välja kujunenud isheemiline kahjustusala ajus. EMO patsiendikaardilt ei selgu, kas patsiendil esines parees või mitte, seda on kirjeldatud haigusloo sissekandes alles mitu päeva hiljem. Võimalik, et parees tekkiski hiljem.

Tegemist oli atüüpilise kliinilise pildi ja kuluga ajuinfarktiga, mida kahjuks ei tundnud ära ei kiirabibrigaadid ega EMO valvearst esimesel külastusel.

Kiirabibrigaadi tegevus esimesel ja kolmandal kiirabivisiidil patsiendi käsitlemisel vastas teadvushäirega patsiendi käsitlemise tegevusjuhendile ning vaatamata vormilistest lahknevustest diagnoosi suhtes (sisuline lahknevus puudus) võttis kiirabibrigaadi juht vastu õige otsuse

patsient hospitaliseerida. Teisel kiirabikutsel oli probleemiks peavalu, patsient oli adekvaatne. Ka sel juhul tegutses kiirabibrigaad ootuspäraselt, välja arvatud täpse neuroloogilise staatuse kiirabikaarti dokumenteerimine. Hilisemat arvestades ei olnud patsiendil pareesi ega sel hetkel ka afaasiat (GCS 15), mistõttu ei olnud kiirabibrigaadil alust diagnoosida muud kui hüpertensiooni ja peavalu. Kindlust nende diagnooside panemisel andis eelmisel päeval EMOs tehtud kompuutertomograafiline uuring (välistatud oli traumajärgne intrakraniaalne verejooks).

Peamiseks probleemiks patsiendi käsitluses oli esimesel EMOs viibimisel valvearsti liiga pealiskaudne suhtumine ning nõrgad teadmised neuroloogilistest haigustest. Samuti pole EMO patsiendikaardilt näha, et valvearst oleks konsulteerinud kogenuma kolleegiga. Kas hilisemas haiguse kulus ning paranemise prognoosis oleks kohene hospitaliseerimine midagi muutnud, on tagantjärele dokumentide põhjal raske öelda.

Haige terviseseisundi kliiniline hindamine esmaviibimisel EMOs ei olnud kooskõlas insuldihaige nüüdisaja ravi põhimõtetega. Valvearstil kas puudusid vastavad teadmised või suhtus ta oma tööülesannetesse formaalselt, jättes asjakohaselt hindamata patsiendi haigusseisundi ja ilmselged riskitegurid nagu vanus ja hüpertooniatõbi. Kuigi haige hospitaliseerimine ja asjakohane ravi esimesel haiglasse saabumisel poleks pruukinud vältida jääva defekti kujunemist, oli haige kojusaatmine sellises olukorras arstlik viga.

Haigusseisundit kajastavad dokumendid olid täidetud puudulikult, mistõttu nende põhjal on võimatu teha üheseid järeldusi haige terviseseisundi kohta eri etappidel haiguse esimestel päevadel.

5. ÕENDUS-JA HOOLDUSRAVI

5.1. Ebakorrektnete dokumenteerimine

Januari keskel leidis patsiendi tütar ema voodist, saavutamata

sõnalist kontakti, kutsus kiirabi ja patsient hospitaliseeriti sisehaiguste osakonda järgmise diagnoosiga: peajuinfarkt, ajuarterite emboolia; põhihaiguse tüsistus: düsfaagia, spastiline hemiparees, düsfaasia ja afaasia; kaasuvad haigused: kodade virvendus ja laperdus, südamekahjustusega hüpertooniatõbi, aterosklerootiline südamehaigus, kuseteede nakkus täpsustamata paikmes.

Haiglasse saabudes oli patsient ärkvel, kontaktitu, esines kerge *bulbus'* te düskoordinatsioon tendentsiga adversiooniks paremal, esines ka pea adversioon paremal. Parema käsi peaaegu pleegiline, küünarvarre vähene fleksioon oli aimatav. Toonus parempoolsetes jäsemetes oli tõusnud; Babinski refleksi ühepoolne. Ilmne keskmise ajuarteri proksimaalne oklusioon.

Raviarst määras KT- ja EKG-uuringu ja vereanalüüsid ning konsulteeris ravi suhtes neuroloogiga, kes soovitas varfariini esialgu ära jätta, määrata aspiriini ja enoksapariini (Clexane) 0,4 ml x 2, varfariini jätkata 2 nädala möödudes. Uroinfektsiooni tõttu määrati tsefuroksiim veenisisesi, mis hiljem asendati amoksitsilliini ja klavulaanhap- pega (Augmentin) veenisisesi. Alates 28.01.2014 sai tsiprofloksatsiini 500 mg x 2. Uriinikülv oli negatiivne. Kõhu- ja vaagnapiirkonna ultraheliuuringu tulemus oli haigusliku leiuta.

Paar päeva hiljem õhtul, kui õde ja hooldaja vahetasid voodipesu, kukkus patsient voodist põrandale, ta tõsteti tagasi voodisse täiendava abiga. Valvearst dokumenteeris vasakule otsmikupiirkonda tekkinud nahaaluse hematoomi ja määras pea KT-uuringu, kus vasemal frontaalsel oli leitav ekstrakraniaalsete pehmete kudede hematoom. Kolju- luude fraktuuri esile ei tulnud.

Ravilehe sissekannete põhjal aga jätkati haiglasse saabumisel määratud ravi, tervise üldseisundi objektiivne leid oli kirjeldatud muutusteta; 29.01.2014 saadeti patsient hooldusravihaiglasse.

Kirjeldatud juhtumi puhul võib öelda, et õendusprotsessi dokumenteeriti puudulikult.

Patsient oli saabudes raskes seisundis, õendusanamneesi põhjal teadvuseta, patsiendiga kontakti ei saadud, tal oli spastiline hemiparees, neelamishäire, täielik enesehooldusdefitsiit, ta sõltus kõrvalisest abist söömisel, joomisel, kehaasendi muutmisel, lamatiste ennetamisel, urineerimisel. Et saada täit, objektiivset ülevaadet patsiendi seisundist ravile saabumisel, on oluline täpne, üheselt mõistetav õendusanamnees. Teadaolevalt (haigusloos) oli patsiendil kardiotimulaator, hüpertooniatõbi, kõhulahtisus, uroinfektsioon. Sellekohased sissekanded õendusanamneesis puudusid. Kuna koostatud õendusplan ei kajastanud kõiki patsiendiga seonduvaid probleeme, oli puudulik ka õendusabi eesmärkide püstitamine, õendustegevuse planeerimine, hinnang tehtud õendustegevustele.

Õendusepikriisi vormistab õde, lähtudes tema käsutuses olevast teabest. Õendusepikriis peab andma ülevaate patsiendi tervise seisundi muutusest, ravist (sh viimasel teenuse osutamise päeval manustatud ravimid) ja konsultatsioonidest. Õendusepikriis peab sisaldama kokkuvõtet patsiendi toimetulekust ja talle osutatud õendusabist (sh patsiendi õpetusest), välja peavad olema toodud õendusprobleemid õenduabi osutamise lõppemisel, õe tähelepanekud ja soovitused edaspidiseks. See on dokument, mis annab olulist teavet inimese toimetuleku kohta ning on tähtis lüli tervishoiuteenuste järjepidevuses.

Kuna õenduslugu kajastab patsiendile osutatud ja osutamata jäetud õendushooldustegevusi, on oluline, et dokumentatsioon oleks korrektselt täidetud ja kajastaks kõiki sooritatud õendushooldustoi- minguid ja -hinnanguid tulemustele, mis omakorda tagab patsiendile individuaalse otstarbekohase ravi ja õendushoolduse.

Tuleb silmas pidada, et õendus- lugu on õendusdokument, mis peab koosnema üldandmete lehest, õendusanamneesist, õendusplanist, patsiendi seisundi ja vajaduste jälgimise ja hindamise lehest (õendus- päevik), jälgimise/ravi lehest, konsul- tatsioonilehest, õendusepikriisist, vajaduse korral lamatiste lehest. Dokumenteerimisel tuleb juhinda sotsiaalministri 18.09.2008. a määrusest nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ja nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“ ja 2007. a tege- vusjuhendist „Õendushoolduse osutamise nõuded“.

KOKKUVÕTE

TKE andis 2014. aastal tervishoiu- teenuse osutamise kvaliteedi ja töökorralduse parandamiseks soovi- tusi ja tegi ettepanekuid tervis- hoiuteenuste, sh eri- ja perearstiabi osutajatele. Need soovitused ja ettepanekud on järgmised:

- Raviarstid peavad vastuvõtul põhjalikult süüvima ka ravidokumendi eelnevatesse sissekan- netesse.
- Ühel juhul soovitati seltsil hinnata arsti erialast pädevust.
- Ühel juhul soovitati saata arst täienduskursustele.
- Soovitati haigla juhatusel paran- dada personali suhtlemisoskust patsientidega ja rõhutada vaja- dust korrektselt dokumenteerida.
- Hambaarstide juhtumite korral soovitati põhjendatud kaebuste korral jõuda patsiendiga kokku- leppeni ja ühel korral soovitati asutusel tagastada patsiendile krooni maksumus.
- Õendusjuhtumite korral soovi- tati dokumenteerida, lähtudes sotsiaalministri 18.09.2008. a määrusest nr 56 ja 2007. aasta tegevusjuhendist „Õendushool- duse osutamise nõuded“.

TÄNUAVALDUS

Täname tehtud töö eest kõiki komisjoni liikmeid: Anne Poll, Peeter Mardna, Ruth Kalda, Rando Truve, Lee Tammemäe, Enn Jõeeste, Taavo Seedre, Vahur Valvere, Andres Ellamaa, Andres Lehtmets, Liis-Mail Moora, Ingrid Tammik, Arvo Mesikepp, Made Bambus, Kaido Kõlk, Ulla Raid.