

Tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjoni tegevus 2015. aastal

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

Tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjon (TKE) analüüsis 2015. aastal 106 ekspertisitaotluse asjaolusid ning tuvastas vajakajäämisi 23 korral, neist otseseid meditsiinilise tegevuse vigu oli 18. Viiel juhul peeti kaebust põhjendatuks osaliselt, sest tegemist oli dokumentide ebakorrekse täitmisega ja vajakajäämistega suhtlemisel patsiendi, tema sugulaste või lähedastega.

Erialati jagunesid kaebused järgmiselt: hambaarstide tegevuse kohta laekus 20 kaebust, erakorralise meditsiini ja kiirabi kohta 13, psühhiaatrite kohta 11 (sh 3 kinnipeetavatelt), kirurgide töö kohta 9, ortopeedide kohta 9, naistearstide kohta 8, perearstide kohta 7, õendushooldusteenuse kohta 6, rahulolematusest tasuliste iluteenustega (plastilise kirurgiaga seotud tegevused, ilusalongis tehtud täitesüstide tüsistused) oli põhjustatud 2 kaebust, nahaarstide kohta esitati 2, nina-kõrva-kurguarstide kohta 1, reumatoloogide kohta 1 ning nefroloogide tegevuse kohta 1 kaebus. Kinnipeetavatelt laekus 16 põhjendamatu avaldust.

Terviseamet esitas 9 ekspertisitaotlust, tervishoiuteenuste osutajad kolm, advokaadibürood samuti kolm, Eesti Patsientide Esindusühing kaks, politseiuurija ühe, õiguskantsler ühe. Ülejäänud avalduste esitajad olid patsiendid või nende lähedased.

Võrreldes eelnevate aastatega oli kaebuste arv 2015. aastal väiksem. Arvudes väljendub see viimasel viiel aastal järgmiselt: 2014. aastal menetletud 119 juhtumist leiti vajakajäämisi 30 puhul; 2013. aastal menetletud 137 juhtumist leiti vajakajäämisi 30 korral; 2012. aastal menetletud 132 juhtumist leiti vajakajäämisi 31 juhul; 2011. aastal menetletud 128 juhtumist leiti vajakajäämisi 37 puhul.

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

GÜNEKOLOOGIA JA SÜNNITUSABI

Juhtum 1. Loote südamelöökide kestva aeglustumise tekkel ei arvestatud hüpoksia võimalust

27aastane esmasrase suunati kõrgema etapi haiglas sünnituse esilekutsumiseks ülekandluse ennetamise eesmärgil. Alates raseduse 39. nädalast diagnoositi patsiendil rasedate hüpertensioon ning määrati raviks labetalool annuses 100 mg 3 korda päevas. Muus osas kulges rasedus iseärasusteta.

Haiglas konsulteeris rasedat valvearst, tehti kardiokograafia (KTG) uuring, mille tulemus hinnati normaalseks. Raseduse kestus oli 41 nädalat ja 5 päeva. Patsiendile väljastati saatekiri sünnituse esilekutsumiseks järgmisel päeval.

Haiglas saabudes oli patsient heas üldseisundis, vererõhuväärtused olid 144/80 ja 140/78 mm Hg. Esinesid kerged tursed labajalgadel.

Raseda kehapikkus oli 164 cm ja kaal 84,5 kg. Patsient oli põdenud lapsena meningiiti ja puukentsefaliiti, tal olid olnud tuulerõuged, sügelised, kahepoolne kopsupõletik. Analüüsid (kliiniline vereanalüüs, uriini analüüs, C-reaktiivne valk) olid normi piires. Ultraheliuuringu põhjal oli tegemist terve, rasedusajale vastava lootega, kelle vereringenäitajad oli normaalsed ja lootevee hulk oli normi alumisel piiril (suurim lootevee tasku 3,0 x 3,3 cm).

Vaginaalsel uuringul leiti, et loote pea asus sügaval vaagnas, emakakael oli sakraalselt, säilinud 1,5 cm ulatuses ning emakasuu avatud 1 sõrme ulatuses.

Rasedushüpertensiooni raviks otsustati jätkata labetalooliga 100 mg 3 korda päevas. Sünnituse esilekutsumiseks paigaldati emakakaela sisesuudme kohale balloonteeater. Kõik sellel perioodil tehtud KTGd kinnitasid loote rahuldavat seisundit. Järgmisel hommikul eemaldati balloon, emakakael oli avanenud 4 cm-ni. Avati veepõis, lootevett oli vähe, vesi oli paks ja rohelist värvi. Loote seisundi täpsemaks jälgimiseks asetati skalpelektrood. Sünnituse valutustamiseks paigaldati sünnitajale epiduraalkateeter ja alustati epiduraalanalgeesiat. Kell 10.30 ordineeriti sünnitustegevuse stimuleerimiseks tilkinfusioon oksütotsiiniga kiirusega 6 tilka minutis. Ordinatsiooni põhjendus (diagnoos) sünnitusloos puudub. Monitooringu salvestiste väljatrükist nähtub, et juba kella 08.09-st alates registreeris aparaat korduvalt emaka ülemäärast sagedasi kontraktsioone (tahhüsüstol). Tilkinfusiooni kiirust suurendati

¹ Tartu Ülikooli bio-ja siirdemeditsiini instituut,

² Eesti Kohtuekspertiisi Instituut,

³ Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut,

⁴ Sotsiaalministeeriumi tervisesüsteemi arenduse osakond

jätkuvalt iga poole tunni tagant 2 tilga võrra minutis, infusiooni suurendamise põhjendus sünnitusloos puudub.

Väljutusperioodi alguseks on sünnitusloos märgitud kell 15.00.

Kell 15.10 tekkis loote südame-löökide aeglustumine kestusega 8 minutit (patoloogiline tunnus), sellele järgnes loote EKGs muutus, mis viitab hüpoksiale. Sünnitaja keerati külili, anti hapnikumask ning suurendati veel oksütotsiini infusiooni kiirust 24 tilgani minutis. Lühiajaliselt KTG leid normaliseerus. Tilkinfusiooni kiiruse suurendamise põhjust ei ole sünnitusluku märgitud.

Alates kella 15.50-st on kardiokogramm püsivalt haigusele viitavate muutustega, on näha loote südamelöökide sageduse vähenemist 60 löögini minutis, mis toimus iga emakakontraktsiooni ajal (esinesid südame löögisageduse kestvad vähenemised). Kell 16.00 ja 16.10 on veel suurendatud oksütotsiini tilkinfusiooni kiirust (vastavalt 28 ja 32 tilka minutis). Kell 16.15 tehti episiotomia, laps sündis kell 16.30 üliiraskes seisundis minimaalsete elutunnustega (Apgari hinne 1. minutil 1; 5. minutil 0; 10. minutil 2), teda elustati 27 minutit. Reanimatsioon oli ebaefektiivne ning surma konstateeriti kell 16.57.

Kokkuvõte

Patsiendil esines rasedate hüpertensioon, loote seisund hospitaliseerimisel oli hinnatud heaks (puudusid hüpoksia tunnuseid, väheveesust ei esinenud). Sünnituse esilekutsumine ülekanaluse vältimiseks oli põhjendatud ja selleks valitud meetod (balloonkateetri asetamine) oli sobilik. Näidustust plaanilise keisrilõike tegemiseks ei esinenud. Loote seisundit jälgiti sünnituse käigus adekvaatselt.

Sünnitusloos puudub seletus, miks suurendati oksütotsiini tilkade arvu, vaatamata sellele et keskjälgimissüsteem andis alarmi, et tegu on tahhüstoliga. Loote südamelöökide kestva aeglustu-

mise tekkel ei arvestatud hüpoksia võimalust, vaid jätkati stimulatsooni ja suurendati jätkuvalt oksütotsiiniinfusiooni kiirust. Liiga sagedased emaka kokkutõmbed soodustavad ja süvendavad loote hüpoksiat. Oksütotsiini manustamise jätkamine hüpoksia kahtluse korral on vastunäidustatud. Alates kella 15.15-st oli KTG leid haigusliku muutusega, seejärel lühiajaliselt normaliseerus ning muutus uuesti ja püsivalt haiguslikuks alates kella 15.50-st. Kui KTGs ilmuvad hüpoksia tunnused, siis tuleb rakendada meetmeid hüpoksia leevendamiseks või sünnituse lõpetamiseks. KTG-uuringu haigusliku leiu tõttu väljutusperioodis oleks olnud näidustatud sünnituse lõpetamine vaakumekstraktsiooni (või tangide) abil. STAN (loote EKG ST-segmendi analüüsi) meetodit kasutades ei või teisi kliinilisi andmeid eirata. Lapse surma põhjus oli raske sünnipuhune hüpoksia.

Juhtum 2.

Riskid emale ja vastsündinule jäid hindamata

Alljärgnevalt on kirjeldatud juhtumit, kus ajaline korduv sünnitus lõppes vastsündinu surmaga.

Rasedus kulges normaalselt, anamneesis kroonilised haigused puudusid, patsient oli GBS (beetahemolüütiline streptokokk) positiivne. Tegemist oli adipoose sünnitajaga (pikkus 158 cm, KMI raseduse algul 35, kaal sünnitama tulles 97,8 kg).

Sünnitaja saabus haiglasse regulaarse spontaanselt alanud sünnitus-tegevusega. Vaginaalsel läbivaatusel oli emakakaal lame ja selle konsistents pehme, avatud 5 cm, lootepea ees, looteveepõis terve. Sissekande alusel oli sünnitus aktiivses faasis ja esialgne sünnituse juhtimise plaan konservatiivne. Sissekannetes viited suure loote kahtluse kohta puuduvad.

Avanemisperiood kestis 4 tundi, loote südamegevus oli normaalne. Probleemid tekkisid väljutusperioodis.

Kella 08.30-st alates kuni väljutusperioodi lõpuni on ämmaemand kirjeldanud sünnitaja paanikat, hirmu pressimise ees, hirmu asendite muutmise ees ja üldist koostööraskust. Kuna tuhud olid lühikesed, tundus ämmaemandale, et tegemist oli väljutusjõudude nõrkusega. Ta helistas valvegünekoloogile ja sai korralduse alustada kell 09.00 stimulatsiooni oksütotsiiniga.

Kell 09.11 sündis loote pea, kuid õlgade sündi ei järgnenud. Kutsuti appi teine ämmaemand ja helistati lastearstile, ühiste jõududega väljutati kell 09.14 loote õlad ja keha, sündis makrosoomne poeglaps kaaluga 4750 grammi. Laps oli sündides üliiraskes seisundis, Apgari hinne 3/5/1. Last elustati, kuid tulemuseta ja vastsündinu surm fikseeriti kell 10.15.

Kokkuvõte

Raseduse jälgimine oli suboptimaalne (mitte parim võimalik). Patsient kuulus kõigi parameetrite järgi rasedusdiabeedi (GDM) riskirühma, kuid raseduse jälgimise jooksul ei tehtud ei esimesel trimestril ega 24.–28. rasedusnädalal glükoositaluvustesti (GGT). Seetõttu võis jääda diagnoosimata GDM ja sellest tulenevalt hindamata olulised riskid rasedale ja lootele (makrosoomia), vastsündinule.

Põhjendamatu oli diagnoosida väljutusjõudude nõrkust 20–25 minutit pärast emaka täisavatusedastamist. Stimulatsioon ei olnud näidustatud.

Alates hetkest, kui diagnoositi väljutusjõudude nõrkust ja alustati sünnitus-tegevuse stimulatsiooni, ei olnud enam tegemist normaalse sünnitusega ja sünnituse juhtimise oleks pidanud üle võtma naistearst. Ei osatud eeldada, et tegemist on suure lootega. Õlgade raskendatud vabastamise juurde naistearsti ei kutsutud.

Emal ja vastsündinul riskid ei olnud eelnevalt hinnatud ning sellest tulenevalt ei olnud täidetud vastsündinu kohese elustamise tingimused. Esimesed 12 eluminutit ei vastanud vastsündinu elusta-

mine rahvusvahelisele vastsündinu elustamise juhendile. 10. eluminuti Apgari madal hinne näitab, et vastsündinu oli sünnijärgses asfüksias, vaatamata elustamisele. Madal Apgari hinne 10. minutil (Apgar 10. eluminutil 1 pall) näitab elustamise ebaefektiivsust.

Juhtum 3. Emakavälise raseduse tunnused varieeruvad suurtes piirides

Patsiendi kaebuse põhjuseks oli rahulolematuse naistearsti osutatud tervishoiuteenusena.

Tervisekaardi sissekandes on märgitud, et patsient kaebab veritsust tupest ja ebaregulaarset menstruatsiooni. Patsient oli kodus teinud rasedustesti, mis osutus negatiivseks. Naistearst diagnoosis ovulatsiooniaegse veritsuse, määras vere hüübivust parandava ravimi ja andis saatekirja ultraheliuuringule. Naistearsti selgituse kohaselt ei kaevanud patsient valu. Arsti soovitus on tervisekaardil põhjalikult dokumenteeritud.

Patsient on aga kirjutanud, et arsti poole pöördumise põhjuseks oli terav valu ja pikaajaline verejooks; pärast naistearsti vastuvõttu piinles ta valudes hommikuni ning otsustas seejärel pöörduda haigla erakorralise meditsiini osakonda.

Haigla erakorralise meditsiini osakonnas on kaebusena märgitud veritsus suguteedest paari nädala vältel ja alakõhuvalu kiirgumisega pärakusse. Patsiendi hemodünaamika oli stabiilne, hemoglobiin 112 g/l, kooriongonadotropiin seerumis (HCG) suhteliselt madal (909,4). Diagnoositi emakavälise raseduse, tehti erakorraline laparoskoopia ja eemaldati parem munajuha koos ektoopilise rasedusega. Operatsioonil oli kõhuõõnes verd vähesel hulgal (250 ml). Patsient lahkus koju paranenult teisel päeval pärast operatsiooni.

Kokkuvõte

Noortel naistel, kel esinevad menstruaaltsükli häired, tuleb alati kahtlustada emakavälise raseduse

ja teha kas rasedustest uriinist või kooriongonadotropiini määramine seerumist. Ultraheliuuring on abimeetod positiivse rasedustesti korral, et täpsustada raseduse asukohta (kas emaka sees on näha lootemuna või mitte) ja vaba vedeliku (vere) olemasolu kõhukoopas.

Naistearst usaldas patsiendi sõnu, et eelneval päeval kodus tehtud rasedustest oli negatiivne. Seetõttu ei kahtlustanud ta emakavälise raseduse ja otsustas veritsuse suhtes kasutada jälgimistaktikat, määrares hüübivust parandava ravimi ja kutsudes patsiendi tagasi 5 päeva pärast. Samuti suunas ta patsiendi ultraheliuuringule, kuigi saatekirjal puudub kuupäev, millal uuring pidi tehtama. Uuringu saatediagnoos oli veritsus emakast ja parempoolse munasarja tsüsti kahtlus.

Tagantjärele pole dokumentide alusel võimalik tuvastada, millal patsiendil täpselt valud tekkisid. Võimalik on tuvastada vaid ebaregulaarse veritsuse esinemist, mille põhjused võivad olla väga erinevad (rasedus, k.a emakavälise raseduse, genitaaltrakti põletik, emaka või emakakaela kasvaja, menstruaaltsükli korratus hormonaalsete häirete tõttu).

Naistearst ei võtnud ühtki analüüsi, et käsitleda patsiendi probleemi diferentsiaaldiagnostiliselt. Haigusloost selgub, et patsiendil puudus ravikindlustus, ning see võis olla analüüside tegemata jätmise põhjuseks.

ERAKORRALINE MEDITSIIN

Juhtum.

Erakorralise meditsiini osakonnas tõlgendati valesti röntgenuuringut, mistõttu jäi patsiendi haigusseisund avastamata

Patsient pöördus parema randmeliigese trauma tõttu 28.06.2015 haigla erakorralise meditsiini osakonda. Paremast labakäest 28.06.2015 tehtud röntgenogrammide põhjal kahtlusati nihestusmurdu, mis

jäi aga sel hetkel diagnoosimata. Haigusloos puudub lokaalse leiu ja võimaliku varasema trauma dokumenteeritud kirjeldus.

Randmeliigese nihestusmurdu diagnoositi järgmisel päeval, kui kannatanu pöördus omal initsiatiivil uuesti samasse haiglasse. Seejärel suunati patsient operatiivseks raviks kõrgema etapi haiglasse. Arsti selgituskirja põhjal esines patsiendil varasemaid traumasid, mistõttu hinnati värsket murdu kui n-ö vana traumat. Arvestades trauma tekke mehhanismi ja pehmete kudede seisundit, tulnuks patsient kutsuda järelkontrolli.

Diagnoosi täpsustamine järgmisel päeval ja kohene suunamine edasisele ravile ei halvendanud vigastuse ravi tulemust.

Kokkuvõte

Haigla erakorralise meditsiini osakonnas osutatud tervishoiuteenus ei vastanud patsiendi haigusseisundile, kuid viivitus haigusseisundi diagnoosimisel ei halvendanud ravi lõpptulemust.

KIIRABI

Juhtum 1.

Puudujäägid kiirabibrigaadi tegevuse dokumenteerimisel ja perearstipoolne seaduste mittetundmine

Patsiendi abikaasa avalduse andmeil kutsuti kiirabi 04.09.2012. Eelnevalt olevat abikaasa olnud terve. Esitatud dokumentide andmeil oli tegemist 59aastase mehe äkksurmaga.

Kaebuste ja kiirabi tehtud EKG kirjelduse alusel kahtlustas kiirabibrigaad südamelihaseinfarkti. Patsiendi tervisekaardi andmetel ei olnud kuni aastani 2012 südamehaigust diagnoositud. Patsiendi pöördumisel perearsti vastuvõtule 15.08.2012 registreeriti esimest korda kõrgem vererõhk (I astme kõrgvererõhktõvele vastav), kuid vastuvõtul tehtud EKG leid oli normikohane: selles ei esinenud V4–V6 lülitustes depressioone, mida

on kirjeldatud 04.09.2012 kiirabibrigaadi tehtud EKGs.

Kuna 59aastasel patsiendil puudus eelnev pikaajaline südamehaiguse anamnees ja varasem tervise üldseisund oli suhteliselt hea, siis jäi tema surma põhjus ebaselgeks.

Patsiendi avalduse andmeil väljastas perearst surmateatise kiirabikaardile tehtud kande alusel, saatekirja lahkamisele ei andnud. Perearst kirjutas seletuskirjas, et väljastas omaste palvel neile surmateatise, ning lisas, et tema kohustuste hulka ei kuulu lahangule suunamine, vaid seda peab tegema surma konstateerinud arst.

Esitatud andmeist jäi ebaselgeks, kas perearstil oli kiirabikaardi ärakiri või ei: patsiendi abikaasa väitel perearstil see oli, kuid perearst ei ole oma seletuskirjas seda maininud.

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse rakendusakti „Kiirabi ja perearstide koostöö ning tasaarveldamise kord“ järgi peab kiirabibrigaad teavitama perearsti tema patsiendi juurde tehtud visiidist, saates perearstile ärakirja kiirabikaardist. Väljakujunenud tavapraktika kohaselt toob perearstile kiirabikaardi koopia tavaliselt patsient ise või patsiendi omaksed.

Kokkuvõte

Kiirabibrigaadi meditsiinilises tegevuses eksimusi ei olnud: patsiendi haigusseisundi uurimine, korraldatud ravi ning ettevõtetud elustamiskatse lõpetamine toimusid nüüdisaja meditsiininõuete kohaselt. Küll aga esineb suuri puudujääke kiirabibrigaadi tegevuse dokumenteerimisel: kiirabivisiit on dokumenteeritud ühel kiirabikaardil (nn digitaliseeritud kiirabikaardi väljatrükkil), kuid puudub elustamiskaart, mille koostamine on patsiendi elustamise korral kohustuslik. Lisaks on esitatud teinegi käsikirjaline kiirabikaart, mis vormistati tegelikult hoopis surnukeha suunamiseks surnukuuri.

Kirjeldatud juhul oli tegemist kehtiva õiguskorra mittetundmi-

sega, kuid sellest ei järeldu aga kindlasti, et lahangule suunamine jäeti tegemata surmapõhjuse varjamise eesmärgil, nagu kahtlustasid kaebuse esitajad. Surma põhjuse tuvastamise seaduse järgi on patoanatomiline lahangukohustuslik järgmistel juhtumitel:

- ebaselge surmajuhumi korral, kui puudub alus oletada, et isiku surm on saanud kuriteo tagajärjel või välispõhjustest tingitud asjaoludel;
- haiguse ebaselge elupuhuse diagnoosi korral.

Sama seaduse järgi teavitab kiirabibrigaadi pidaja, juhul kui surma tuvastab kiirabi, tervishoiuteenuste korraldamise seaduse alusel sätestatud korras surnu perearsti, kes otsustab patoloogilise lahangu tegemise. Patoanatomilise lahangu tegemise aluseks on arsti saatekiri, millele lisatakse väljavõtte surnu tervise seisundit kajastavatest dokumentidest.

Juhtum 2. Diferentsiaaldiagnostilised probleemid peajakahjustuse diagnoosimisel alkoholijoobes patsiendil

Haigele kutsuti kiirabi 12.09.2015 kell 10.53 seoses alakõhuvalu ja iiveldusega, mille arvatava põhjusena tõlgendati juba varem diagnoositud neerukivitõbe. Haige vaevusi leevendati metoklopramiidi ja tramadooli süstetega.

Teistkordse kutse (12.09.2015 kell 20.39) põhjuseks (kutsujaks elukaaslane) olid epileptilised hood. Kiirabi saabudes oli haige teadvusel, halvatusteta ja ilmse kõnehäirega, mida kiirabikaardil on märgitud „lalinana“, „vadinina“. Seletuskirjades, mille on kirjutanud kiirabibrigaadi töötajad, kinnitatakse, et haige liigutas kõiki jäsemeid ühtlaselt, kuid sõnalist kontakti haigega ei saadud. Samas on seletuskirjas märges selle kohta, et patsiendi elukaaslase andmeil olevat ta tarvitanud mitu pokaali veini. Ka kiirabikaardil on märges alkohoolse joobe esinemise kohta.

Haige seisund halvenes märgatavalt ja 13.09.2015. a varahommikuks kella 05.42-ks oli kujunenud parema kehapoole halvatus ja haige viidi kõrgema etapi haigla neuroloogiaosakonda. Seal tehti haigele 13.09 kell 7.08 peaju kompuutertomograafia (KT) ja see tehti ka uuesti kell 10.34. Nende uuringute alusel ei ilmnenud küll peaju magistraalarterite kahjustust, kuid nii mõlemad KT-uuringud kui ka 15.09 kell 7.38 tehtud magnetresonantstomograafilise uuringu osutasid peaju parema poolkera ulatuslikule isheemilisele kahjustusele.

Sellest hetkest alates vastas patsiendi haigusseisundi diagnoosimine ja raviprotsess heale meditsiinilisele. Trombolüüsi ei olnud enam võimalik rakendada, kuna ajukahjustuse ja neuroloogilise defitsiidi kujunemisest oli möödas vähemalt 9 tundi. Kõrgema etapi haiglas tehtud uuringuil leiti küll peaju isheemilise kahjustuse tunnused, kuid ei leitud arterisulgust.

Peaju isheemilise kahjustuse põhjuseks oli suure tõenäosusega veenoosne tromboos, mida on kirjeldatud suukaudsete rasestumisvastaste ravimite kasutamise kõrvaltoimena. Patsient kasutas drospirenooni ja etünnüülöstradioli, mille puhul suureneb märkimisväärselt venoosse tromboosi risk.

Kokkuvõte

Kirjeldatud juhul raskendas peajakahjustuse tunnuste äratundmist tõenäoliselt alkoholijoove.

LASTEHAIGUSED

Juhtum.

Lapsel ei diagnoositud õigel ajal ägedat kõhuõõnehaigust

Patsiendi vanaema kaebas, et 1 aasta 2 kuu vanusel lapsel ei diagnoositud õigel ajalt ägedat kõhuõõnehaigust ning sellega seati ohtu lapse elu ja tervis.

Esitatud dokumentidest selgus, et laps haigestus 24.04.2015 febrilise palaviku ja oksendamisega.

27.04.2015 pöördus ema lapsega perearstikeskuse lastearsti vastu võtule, kus diagnoositi ülemiste hingamisteede nakkus (J06.9) ning määrati raviks amoksitsilliini 250 mg 3 korda päevas. Tagasi vastu võtule kutsuti patsient 04.05.2015. Tervisekaardil on dokumenteeritud kaebustena palavik 37,8 °C ja see, et laps on viril. Oksendamise kaebust sissekannetes kirjeldatud pole, lastearsti selgituse kohaselt sellist kaebust ei esitatud ja ka objektiivsel läbivaatusel ei jäänud arstile ägeda kõhuhaiguse muljet.

Objektiivse läbivaatuse tulemusena täheldati neelu tagaseina hüperemiat. Tehti CRV analüüs, mille väärtus oli oluliselt suurenenud – 109 g/l.

Kuna lapse tervises seisund halvenes, pöörduti 28.04.2015 hommikul kõrgema etapi haiglasse, kus tehti 29.04.2015 ägeda kõhu tõttu kõhuõõne operatsioon, mille käigus eemaldati nii pimesool, mis oli haiguslike muutusteta, kui ka põletikuline Meckeli divertiiikul ja *omentum*. Operatsiooni järel laps paranes ning kirjutati 07.05.2015 haiglast välja rahuldavas üldseisundis.

Kokkuvõte

Diagnoosi hilinemise tingis ilmselt paljude tegurite koosmõju – kaebuste puudulik väljaselgitamine, keskendumine vaid ühele võimalikule diagnoosihüpoteesile (ülemiste hingamisteede haigus) – ning seetõttu oli puudulik ka objektiivne läbivaatus. Ehkki lapse ägeda kõhuõõnehaiguse diagnoosimine hilines, sai laps hiljem asjakohast ravi ning paranes selle tulemusena.

Lastearsti väitel ei tekkinud tal ei kaebuste ega lapse seisundi alusel ägeda kõhuõõnehaiguse kahtlust ning ema ei rääkinud lapse oksendamisest. Samas võinuks lapsel esinenud küllaltki suure C-reaktiivse valgu sisalduse juures veres ja üsna vähese ülemiste hingamisteede haiguse leiu puhul last uurida ka teiste võimalike haigusseisundite suhtes, näiteks oleks võinud mõelda kõhuõõnehaigusele ja palpeerida

kõhtu. Õige diagnoosi panek oli kirjeldatud juhtumil siiski küllaltki keerukas, kuna Meckeli divertiiikul on harva esinev haigus.

Puudulikult on objektiivse läbivaatuse leidu dokumenteeritud ka kõrgema etapi haigla valvearst, jättes haigusloos kirjeldamata kõhu palpatsiooni leiu.

ORTOPEEDIA JA TRAUMATOLOOGIA

Juhtum.

Suhtlusviga põhjustas patsiendipoolset arusaamatust ja rahulolematust

Patsient pöördus haigla erakorralise meditsiini osakonda 30.03.2015, s.t nädal pärast kukkumisel saadud küünarvarreluu murru ebaõnnestunud paigaldamist Soomes. Haigla ortopeed ei pidanud luumurru kirurgilist ravi vajalikuks ja otsustas jätkata käe kipsimmobilisatsiooniga. Patsient oli seisukohal, et ravitaktika ei olnud temaga kooskõlastatud ja see ei andnud vajalikku tulemust.

Kodarluumurru ravijuhendist lähtudes on tegemist kirurgilise ja konservatiivse ravi piiripealse situatsiooniga. Iga operatsioon on seotud riskidega ning nii konservatiivne kui ka kirurgiline ravi nõuab pikaajalist taastusravi ja pidevat võimlemist. Tulemust saab hinnata alles aasta-poolteise möödumisel traumast.

Kokkuvõte

Patsiendile tervishoiuteenuse osutamisel raviviga ei tehtud. Samas oli tegu suhtlusveaga: patsiendile ei selgitatud piisavalt tema olukorda ega valitud ravitaktikat ja erinevad arstid andsid erinevaid soovitusi, mis tekitas patsiendis rahulolematusetunde.

KIRURGIA

Juhtum.

Valvekirurg korraldas ravi telefoni teel ega läinud esimesel võimalusel patsienti vaatama

47aastast patsienti opereeriti kõrgema etapi haiglas metasta-

seerunud vähkkasvaja tõttu umbsooles. Tehti radikaalne operatsioon (eemaldati kasvaja koos kõhukelme-metastaasidega) koos kõhukoopasise kemoteraapiaga. Operatsioonile järgnes tüsistus peensoole perforatsiooniga ja peritoniidiga, mis põhjustas haige surma.

Kõhukoopa laialt levinud ehk generaliseerunud vähkkasvajate korral on radikaalne operatsioon koos keemiaraviga tunnustatud ravimeetod. Samas võib selline vähkkasvaja rakkude suhtes agressiivne kombineeritud ravi tüsistuda sooleperforatsiooniga, nagu juhtus ka kirjeldatud haigel. Selles arstliku tegevuse etapis vigu ei esinenud.

Haigusloos sissekannete ja haigla seletuskirja andmeil hindas 02.05 hommikuse visiidi teinud osakonnajuhataja patsiendi seisundi heaks. Õe sissekannetest haiguslukku on näha, et kell 12.00 ja 18.00 patsient kaebusi ei esitanud. Kell 22.00 kaebas patsient puhitust ja ebamugavustunnet kõhus, mida ise seostas õhtusöögiga. Õde võttis vereanalüüsid ja informeeris telefoni teel valvekirurgi.

Valvekirurg, kes sel ajal oli hõivatud kahe erakorralise haigega, vaatas arvutist patsiendi viimaseid analüüse, ning pidades kaebuste põhjuseks operatsioonijärgset paraluütilise iileuse episoodi, määras päarakravimküünlad ja valuvaigisti (ketoprofeen) ning tilkinfusiooni. Sissekanne haiguslukku kell 00.30 ööl vastu 03.05 oli järgmine: „Kõht puhitunud, gaasid ei välju. Ei oksenda. Pissil käib ise.“ Haigla seletuskirjas on märgitud, et „pärast valuvaigistavat ravi vastas patsient, et tal on parem ja kõht on vähesel määral läbi käinud. Õde käis öösel korduvalt patsienti vaatamas – kaebusi ta ei esitanud ja häirekella ei vajutanud. Varahommikul soovis patsient valuvaigistit, mida õde ka tegi.“

Haigusloos on sissekanne, et kell 5.15 on süstitud petidiini 100 mg lihasesisesi. Kell 05.30 on tehtud haiguslukku järgmine sissekanne:

„Pt. hingab halvasti, ei reageeri, vererõhku mõõta ei õnnestu. Pulsus olemas.“ Haige viidi kohe intensiivravipalatisse ja alustati elustamist, kuid edutult. Kell 06.15 dokumenteeriti *exitus letalis*.

Haigusloo sissekannete ja haigla seletuskirja järgi oli patsient tuisustusest põhjustatud vaevuste kujunemise ajal (2. mai õhtu ja öö vastu 3. maid 2015) valveõe pideva järelevalve all ja sai ka valvekirurgi määratud ravi. Kahjuks valvearst, olles hõivatud teiste erakorralist kirurgilist abi vajavate haigetega, tegi oma korraldused telefoni teel ega rutanud esimesel võimalusel haiget vaatama. Samas on vähe usutav, et valvekirurgi aktiivsem sekkumine oleks suutnud haige elu päästa.

Kokkuvõte

Vajakajäämiseks tuleb pidada seda, et väljakutse ajal teiste erakorraliste haigetega hõivatud valvekirurg korraldas ravi vaid telefoni teel ega läinud esimesel võimalusel patsienti vaatama.

PEREARST JA ERAKORRALISE MEDITSIIINI OSAKOND

Juhtum.

Perearst ei osanud seostada patsiendi käe haava palaviku ega nimmevaluga

Haige pöördus 15.08 perearsti poole, tal oli nimmevalu ja ka haav paremal labakäel. Haava raviks oli ta kasutanud braunovidooni. Haava tekkepõhjuse ja seisundi kohta kirjeldus meditsiinidokumentatsioonis puudub. Nimmevalu all oli haige kannatanud pikemat aega (esimene saadaolev spondülogramm on pärit 2009. aastast) ning ilmselt ei olnud see sedavõrd piinav, sest haige plaanis kuuks ajaks Eestist ära sõita. Sellele vaatamata tehti haigele 15.08.2014 korduv spondülogramm, millel ei olnud näha olulisi muutusi võrreldes 2009. aasta spondülogrammidega.

Tervisekaardil puuduvad viited palavikule, mida avaldaja märkis endal olevat olnud juba vähemalt alates 4. augustist. Sellele vaatamata plaanis arst 18.08 teha vereanalüüsi. Andmeid analüüsi teostamise ja selle tulemuste kohta komisjoni käsutuses ei olnud.

Haige seisund halvenes oluliselt 23.08, mil kiirabi transportis ta esimest korda keskhaigla erakorralise meditsiini osakonda. Kiirabi kaardil on märgitud viide nimmevalule lisandunud jalatuimusele, kuid ei ole märkmeid palaviku olemasolu ega käe haava seisundi kohta. Kogu ravi piirdus valu vaigistamisega. Teostatud kompuutertomograafia väljendunud lülisambamuutust esile ei toonud. Haige seisund halvenes 25.08 veelgi ja kiirabi viis ta taas haiglasse. Kuigi oli lisandunud urineerimistakistus, parema jala nõrkus ja haigel oli ka sama päeva hommikul olnud palavik, ei hospitaliseeritud haiget ka seekord, vaid saadeti ta koju ootama neuroloogi plaanilist konsultatsiooni, mis pidi toimuma 14.10.2014.

Vaid tänu patsiendi ema initsiatiivile sai haige neuroloogi vastuvõtule 27.08. Siis tehti ka vereanalüüs ja 28.08 ka magnetresonantstomograafiline uuring, mis andis selge seletuse haige vaevustele – palavikule, nimmevalule ja uriiniretentsioonile. Tegemist oli ägeda hematogeense spondülodistsiidiga, mis lähtus ilmselt haigel olnud käe haavast.

Kokkuvõte

Haigla erakorralise meditsiini osakonnas ei pööratud tähelepanu haige kliinilisele leiule (nimmevalu, palavik) lisandunud urineerimistakistusele ega jala tuimusele. Piirduti kompuutertomograafilise uuringu tulemustega, mis veenvat lülisambahaigust (patoloogilist muutust) esile ei toonud, ja jäeti tegemata kliiniline vereanalüüs. Ilmselt poleks seda juhtunud, kui oleks süvenetud haiguse anamneesi.

Kiirabi tegevus oli kirjeldatud juhul asjakohane.

PSÜHHIAATRIA

Juhtum. Psühhiaatriliste diagnoosidega patsientide puudulik jälgimine

Esitatud ravidokumentidest nähtub, et esimene patsient hospitaliseeriti 19.06.2015 kõrgema etapi haigla erakorralise kirurgia osakonda seedetrakti verejooksu tõttu maohaavandi ägeda hemorraagia diagnoosiga. Gastroskoopia käigus viidi läbi haavandi skleroseerimine ja patsiendi seisund paranes. Järgmise päeva õhtul (20.06.2015) patsiendi psühhiline seisund halvenes: ta oli erutunud, mõne aja pärast koguni rahutu, rääkis omaette, karjus, nägi asju, mida tegelikkuses ei olnud. Otsest agressiivsust tal ei esinenud, korraldustele allus osaliselt. Kokkuleppel psühhiaatrilist abi osutava haigla valvestiga viidi patsient 21.06.2015 kell 11.15 sinna üle, diagnoosiks oli võõrutusdeliirium alkoholist.

Valvearst hindas patsiendi seisundi vältimatut abi vajavaks: esinesid deliiriumile iseloomulikud teadvushäired, patsiendi mõttekäik oli rahutu, tal esines pinge- ja hirmutunne. Somaatiline seisund oli rahuldav. Patsiendi suhtes vormistati tahtest olenematu ravile võtmise otsus, alustati infusioonravi ja deliiriumi ravi. Patsient paigutati haiglasse ja ühtlasi rakendati tema ohjeldamist (algus 21.06.2015 kell 11.05). Haigusloos on järgmised patsiendi seisundi jälgimist kinnitavad kellaajad: 11.43 kirjutas öde: „Pt. tuli kõrgema etapi haiglast, ei olnud orienteeritud ajas ja kohas. Fikseeritud“. 16.00 kirjutas psühhiaater: „Patsient rahutu, räägib segast juttu, hallutsineerib. Saab ravi skeemi järgi. RR 128/101 PS. 109, t-N“.

Samal päeval toodi maakonna-haiglast üle teine patsient täpsustamata psühhooosi diagnoosiga (kahtlustati psühhootilist narkojoovet hallutsinogeenist 251-NBOM). Vastuvõtul patsiendil ägedaid psühhosiinõhke ei täheldatud, kuid ta

oli pidurdatud (eelnevalt oli saanud sedatiivseid ja antipsühhootilisi ravimeid). Kuna tegemist oli eelnevalt psühhootilise patsiendiga ja ka psühhooosi põhjus ei olnud selge, oli õigustatud tema jätmise esialgu jälgimisele akuutpalatisse. Ei olnud selge, kas tegemist on lühiajalise psühhootilise narkojoobega või ägedalt algava endogeense psühhooosiga. Üldpalatites on ka järelvalve korraldamine keeruline. Haiglasse saabudes oli patsient rahulik, psühhosiinähte ei täheldatud, personali korraldusi täitis, seetõttu puudus vajadus selles olukorras ohjeldusmeetmeid rakendada. Selle patsiendi ravidokumentidest nähtub, et patsiendi töi maakonnahaiglasse ema, sest patsient olevat muutunud imelikuks, rääkinud nägemustest, kartnud ümbrust, väitnud, et teda jälitatakse. Valvearst alustas infusioonravi füsioloogilise lahusega, patsient sai 10 mg diasepaami veenisisesi ja 5 mg lihasesisesi. Patsient olevat öelnud, et ta on kasutanud LSDd juba üle ühe aasta. Öösel muutus patsient haiglas rahutuks: käitus ebaadekvaatselt ja agressiivselt, kuulis häält, nuttis, halises. Hommikul oli seisund järgmine: pilk fikseeritud ühte punkti, välisärritustele ei reageerinud, periooditi rahutu. Valvearst otsustas suunata patsiendi kõrgema ravi etapi haiglasse. Patsient oli sõidu ajal ohjeldatud, andmeid ravimite manustamise kohta kiirabikaardilt ei selgunud. Kohale jõuti kell 12.30.

Haiglas on valvearst dokumenteerinud, et patsient on pidurdatud, vastab küsimustele raskustega, desorienteeritud kohas ja ajas, meelepetteid ei esine, joobe tunnuseid ei esine, üldseisund on rahuldav. Patsient hospitaliseeriti vältimatu abi korras, tahtest olenematu ravi (TOR) otsus on vormistatud 21.06.2015 kell 14.55. TORi-otsus põhines järgmistel kriteeriumitel: psüühikahäire iseloom – deliiriumisündroom; ohtlikkus psüühikahäire tõttu – võib ohustada enda või teiste elu; muu abi võimalikkus – ravi on võimalik ainult statsio-

naarses psühhiaatriaosakonnas. Patsient paigutati samasse jälgimispalatisse, kus viibis patsient 1.

Akuutpalati jälgimislehel on 21.06.2015 kuupäeva kohta üks sissekanne (ilma kellaaajata): RR 115/92, pulss 96. Seisundi kohta andmed puuduvad. Psühhiaatri sissekanne: 21.06.2015 kell 18.00: „Patsient vaikne, magab pool päeva, selge. Sõi õhtusööki. Palub üle viia teda teise palatisse, sest siin talle ei meeldi, eriti segab patsient, kes karjub. Talle seletatud, et kuna ta oli osakonda toodud täpsustamata psühhooosi diagnoosi tõttu, tuleb teda ravida intensiivravi palatis. Sai ravi skeemi järgi.“

21.06.2015 kell 19.40 avastati esimene patsient voodis elumärkida, tema surma oli põhjustanud samas palatis olnud teine patsient.

Kokkuvõte

Haiglas ei tehtud raviviga patsiendi ohjeldamisel ja ohjeldamata jätmisel haiglasse saabumisel. Küll aga tehti viga mõlema patsiendi puudulikul jälgimisel, kuna haiglaravil viibiva patsiendi julgeoleku eest vastutab haigla.

Haiglal on kohustus tagada haiglas viibivate patsientide julgeolek ja terviseseisundi jälgimine viisil, mis tagab õigeaegse sekkumise terviseseisundi muutumisel ja muu hulgas välistab enesevigastuse või ründe kaaspatientide või personali vastu. Selleks on vajalikud nii ehituslik-tehnilised meetmed (jälgimispalatid, ohjeldusruumid, vajaduse korral videojälgimine), piisav arv töötajaid ja käitumisjuhised. Rahutute ja potentsiaalselt ohtlike patsientide vägivalda ennetamine eeldab raviasutuses vastava strateegia ja protokollilise väljatöötamist.

Psühhiaatrilise abi seaduse §-s 14 on sätestatud, et mehaanilise ohjeldusmeetme rakendamisel peab isik olema tervishoiutöötaja pideva järelevalve all. Sotsiaalministri 19.07.2012. a määruses nr 29 on täpsustatud ohjeldusmeetmete jälgimise sagedust järgmiselt: mehaanilisel ohjeldamisel peab

tervishoiutöötaja hindama isiku seisundit vastavalt vajadusele, kuid vähemalt üks kord tunni jooksul kuni ohjeldusmeetme rakendamise lõpetamiseni.

HOOLDUSRAVI

Juhtum 1. Patsiendi seisundit ei olnud õendusdokumentides täpselt hinnatud, sissekanded polnud üheselt mõistetavad ega dokumenteeritud

Lapselaps leidis 18.09.2014 hommikul vanaema kodus lamamas, tal oli vasak kehapool tuim ja kõndida ei suutnud. Kutsutud kiirabi toimetas vanaproua haiglasse, kus diagnoositi peaaajuinfarkt ajuarterite emboolia tõttu, kaasuvate haigustena südamekahjustusega hüpertooniatõbi (kongesttiivse) südamepuudulikusega, kodade virvendus (permanentne), krooniline tsüstiit, jääknähud 2009. aastal olnud insuldust, segahüperlipideemia. Põhihaiguse tuisustusena oli märgitud parema keskmise ajuarteri sündroom sügava vasakpoolse hemipareesiga.

Neuroloogiakeskuses tehti vajalikud uuringud ja analüüsid, korregeeriti ravi varfariiniga ja tehti vajalikud õendushooldustoimingud ning määrati ravi. Väljakujunenud sügava puude tõttu vajas patsient edaspidist pidevat hooldust, jälgimist ja asendiravi ning patsient saadeti nelja aktiivravi päeva järel hospiitsi iseseisva statsionaarse õendusabi osakonda.

02.10.2014 tekkis patsiendil psühhomotoorne rahutus ja 03.10.2014 kukkus patsient voodist põrandale. Ninal olnud väike haav õmmeldi. Juhtunu oli nii ka dokumenteeritud arsti sissekandes. Kukkumisest teavitati omakseid ning küsiti luba rakendada patsiendil ohjeldusmeetmeid, kuna esines suur kukkumisoht. Omaksed seda luba ei andnud.

Kuna omaksed polnud rahul hospiitsi iseseisva statsionaarse õendusabi osakonnas patsiendile osutatud õendushooldusteenusega,

korraldasid nad 07.10.2014 patsiendi üleviimise teise hooldusravikliinikuisse.

Sinna saabudes oli patsient pidurdatud, väljaheide oli musta värvi, esinesid trauma tunnused, mistõttu ta suunati kohe täiendavatele uuringutele erakorralise meditsiini osakonda.

Kompuutertomograafilisel uuringul leiti peajus paremas poolkeras intratserebraalne hemorraagia seda ümbritseva tursetsooniga; vereanalüüsil oli INR 6,6 (kriitiline on INR > 4). Patsient suunati aktiivravile neuroloogia osakonda. Haigusseisundist lähtudes tehti patsiendile vajalikud uuringud, vereanalüüsid, määrati medikamentoosne ravi ja tehti õendushooldustoimingud ning seda kinnitab korrektselt vormistatud meditsiinidokumentatsioon.

Aktiivravi järel suunati patsient taas 22.10.2014 hooldusravikliinikuisse õendushooldusteenust saama.

Patsiendi käsitluses ja dokumentatsiooni täitmisel esinesid järgmised puudused:

1. Patsiendi seisundis tekkinud muutus (psühhootiline seisund) 02.10.2014 oli jäänud nii arsti kui ka õdede piisava tähelepanuta, välja selgitamata oli jäänud muutuse võimalik põhjus.
2. Puudub arsti hinnang patsiendi tervislikule seisundile kukkumise järel ning pole tehtud ka uuringuid, et välistada võimalikke tüsistusi (patsiendil oli peatrauma).
3. Oli teada, et patsient saab antikoagulantravi (varfariin), seega oleks pidanud raviarst ja õenduspersonal olema teadlik, et patsiendil on veritsuse oht (eriti traumade korral) suur. Selle kohta pole meditsiinidokumentatsioonis mingit märget, samuti ei kajastu dokumentides, kas patsiendil on õendusabi osakonnas kontrollitud INRi väärtust.
4. Hospiitsi iseseisva statsionaarse õendusabi osakonna õendusdokumentide sissekanded pole kohati piisavalt informatiivsed,

on üldsõnalised (patsient loid, RR 66/45 mm Hg, lööve nahal, lamatis jms).

5. Õendusepikriis on patsiendi üleviimisel hospiitsi iseseisva statsionaarse õendusabi osakonnast hooldusravikliinikuisse puudulikult vormistatud, ei anna täielikku ülevaadet patsiendi seisundist.

Kokkuvõte

Patsiendile osutatud tervishoiuteenus oli ebapiisav, patsiendi käsitlus oli mitterahuldav ega vastanud heale meditsiinitavale. Dokumenteerimisel tuleb juhinduda sotsiaalministri 18.09.2008. a määrusest nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord” ning 2007. a tegevusjuhendist „Õendushoolduse osutamise nõuded”.

Juhtum 2.

Õendusdokumendid ei kajastanud kõiki teostatud õendushooldustoiminguid ega hinnanguid nende tulemuste kohta

Perearst suunas patsiendi saama statsionaarset õendusabiteenust 02.10.2014 seoses enesehooldusdefitsiidiga.

Patsiendi põhidiagnoosiks oli märgitud peajuinfarkti jääknähud. Kaasuvad haigused olid spastiline hemipleegia, hüpertooniatõbi, kusepidamatus; lisaks oli dokumentatsioonis märgitud varem tehtud operatsioone emakamüoomi ja liitelise soolesulguse tõttu ning sümptomaatilist epilepsiat.

Saabudes kaebas patsient pearinglust, oli suuteline istuma ratastoolis, muus osas mujale siirdumisel vajas kõrvalabi. Suhtles enamasti selgelt, kohati ka ebaadekvaatselt. Tervise üldseisund ja südame-veresoonkonna olukord püsis raviga stabiilne.

14.10.2014 hommikul tekkisid patsiendil valud rindkeres, ülakõhus, kaelapiirkonnas. Konsulteritud arst määras ravi ja hiljem konsta-

teeris, et valu möödus, kuid nõrkus jäi püsima. Südametegevus oli arütmiline, kuid tabletraviga rütm normaliseerus. Järgneva haigusloo sissekande andmeil oli kell 13.00 patsiendi üldseisund stabiilne.

Kell 18.30 palatisse minnes leidis valveõde, et voodi serval istunud patsient oli vajunud voodisse, nägu oli tsüanootiline, ta ei hinganud, pupillid ei reageerinud valgusele, pulss ei olnud loetav ja vererõhk ei olnud mõõdetav. Kohale kutsutud kiirabibrigaad konstateeris patsiendi surma.

Väljastatud arstlikul surmatunnistusel olid diagnoosideks täpsustamata südamepuudulikkus, kodade virvendus ja laperdus, südamekahjustusega hüpertooniatõbi. Peajuinfarkti jääknähud.

Õendusdokumentatsioon oli patsiendi saabudes vormistatud nõuetekohaselt, võetud õendusannamnees, välja toodud õendusprobleemid, eesmärgid, planeeritavad õendustegevused. Nende dokumentide põhjal võib öelda, et patsiendile oli osutatud õendushooldusteenust lähtuvalt tema individuaalsetest vajadustest ja tervislikust seisundist. Tehtud olid planeeritud õendustoimingud, patsienti abistati enesehooldusel, temaga tegeles füsioterapeut, manustatud olid arsti määratud ravimid.

Samas on kahetsusväärne asjaolu, et õendushooldustegevus, mis toimus 14.10.2014 ajavahemikul 13.00–18.30, on õenduspäevikusse märkimata jäetud. Teave patsiendi jälgimise kohta sellel ajal selgub vaid valveõde seletuskirjast ja arsti sissekandest kell 15.15.

Valveõde on oma seletuskirjas märkinud, et ta oli ajavahemikul 13.00–18.30 käinud patsienti palatis jälgimas iga 10–20 minuti järel, kuid kahjuks õendusloos sellekohased sissekanded puudusid.

Kokkuvõte

Õendustoimingute dokumenteerimisel peab juhinduma sotsiaalministri 18.09.2008. a määrusest nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise

MITMESUGUST

dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“ ning 2007. a tegevusjuhendist „Õendushoolduse osutamise nõuded“.

KOKKUVÕTE

TKE tegi 2015. aastal tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedi ja töökorralduse parandamiseks 17 ettepanekut, soovitusi ja tähelepanujuhtumist, sh tervishoiuteenuste osutajatele (haiglate juhatusele, hambaraviasutustele) 13 ettepanekut ja Terviseametile kolm ettepanekut järelevalve tegemise kohta.

Kahe juhtumi puhul soovitati erialaseltsil korraldada erialakoolitust, ühel korral tehti ettepanek

Eesti Perinatoloogide Seltsile korraldada vastsündinu elustamise koolitust ämmaemandatele, naiste- ja lastearstidele ning ühel korral soovitati ämmaemand suunata pädevuse hindamisele. Terviseametile tehti ettepanek kontrollida ühe haigla sobivust ja valmisolekut alkoholi- mürgistuste ravimiseks.

Ortopeedi ravitaktika valikul juhiti tähelepanu sellele, et ühel koosolekul tuli käsitleda kahe patsiendi põhjendatud rahulolematust sama ortopeedi ravitaktika valikuga ning teenuseosutajal soovitati neid juhtumeid ka ise analüüsida.

Hambaarstide juhtumite korral soovitati põhjendatud kaebuste

korral jõuda patsiendiga kokkuleppeni ja ühe hambaarstiteenust osutava asutuse kohta tehti ettepanek Terviseametile korraldada järelevalvet selle asutuse tegevuse nõuetekohasuse üle.

Nagu eelmistel aastatel nii tehti ka 2015. aastal märkus patsientide ja nende lähedastega suhtlemise kohta, samuti rõhutas komisjon mitmel korral korrektse dokumentatsiooni olulisust, eriti tuli seda teha hooldus- ja õendusdokumentide puhul.

TÄNUAVALDUS

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

Sünkoop kui liiklusõnnetuse riskitegur

Liiklusvahendi juhi äkiline teadvusekadu on väga tõsine oht liikluse turvalisusele. Taani teadlased analüüsisid riiklike meditsiini- ja liiklusregistrite põhjal sünkoo-bidiagnoosiga juhtide sattumist liiklusõnnetustesse.

Analüüsi 41 039 statsionaaris või ambulatoorsel uuringul sünkoo-bidiagnoosi saanud juhiga juhtunud liiklusõnnetusi. Uurimisel keskmine vanus oli 66 eluaastat, naisi oli nende hulgas 51%. Sünkoobi tekkimise

põhjuseks peeti 35%-l juhtudest südame-veresoonkonnahaigust, 11%-l diabeeti, 7%-l alkoholismi, 33%-l psühhofarmakonide tarbimist. Kaheaastase jälgimisperioidi vältel juhtus liiklusõnnetus 1791 isikuga (4,4%), neist 78% sai vigastada ja 0,3% suri. Võrreldes üldrahvastikuga oli sünkoobiga isikutel kahekordne risk sattuda liiklusõnnetusse. Samas on võrreldes üldrahvastikuga sünkoobiga juhtide osakaal liiklusõnnetusse sattunute seas väiksem. Aastas juhtub Taanis liiklusõnnetus 224 278 juhiga, mis moodustab 5,3% juhtidest,

ja 0,3% neist hukkub. Sagedamini juhtub õnnetusi meesjuhtidel, ka sünkoo-bidiagnoosiga juhtide seas. Hinnatakse, et mehed käituvad liikluses riskantsemalt.

Autorid järeldavad, et sünkoo-bidiagnoos on üks paljudest teguritest, mida tuleb arvestada, kui hinnatakse meditsiinilisest aspektist, kas isik sobib liiklusvahendit juhtima.

REFEREERITUD

Numé A-K, Gislason G, Christiansen CB, *et al.* Syncope and motor vehicle crash risk. A Danish nationwide study. *JAMA Intern Med*, February 29, 2016. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.8606.

LÜHIDALT