

# Tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjoni töö 2016. aastal

Marika Väli<sup>1, 2</sup>, Ruth Kalda<sup>3</sup>, Anne Poll<sup>4</sup>

Tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjon (TKE) analüüsis 2016. aastal 147 ekspertiisitaotluse asjaolusid ning tuvastas vajakajäämisi 35 korral, sellest otseseld meditsiinilise tegevuse vigu oli 24. Üheteistkümmel juhul peeti kaebust põhjendatuks osaliselt: dokumentide ebakorrektnete täitmine ja vajakajäämised suhtlemisel patsiendi, tema sugulaste või lähedastega.

Kaebused jagunesid järgmiselt: hambaarstid 34, perearstid 23, kirurgid 12, ortopeedid 9, erakorraline meditsiin 9, kiirabi 8, psühhiaatrid 8 (sh kaebasid kaks kinnipeetavat ja üks kohtu määratud sundravialune), õendus- ja hooldusteenused 6, naistearstid 5, onkoloogid 4, nina-kõrva-kurguarstid 2, neurokirurgid 2, silmaarst 1, gastroenteroloog 1, töötervishoiuarst 1. Kinnipeetavatelt laekus kokku 19 põhjendamatu avaldust.

Peale esmakordsete eksperdihinnangu taotluste menetleti 3 teistkordset taotlust isikutelt, kes polnud rahul TKE varasema hinnanguga.

Terviseamet esitas 18 ekspertiisitaotlust, advokaadid 13, politseiuurijad ühe. Ülejäänud avalduste esitajad olid patsiendid või nende lähedased.

Artiklis on antud ülevaade juhtumitest, mis on õpetlikud kõikidele arstidele ja aitavad vältida tulevikus analoogsete juhtumite esinemist.

## ERAKORRALINE MEDITSIIN

### Juhtum 1. Puudulikult dokumenteeritud haigusseisundi kirjeldused ei võimaldanud adekvaatselt hinnata patsiendile osutatud abi kvaliteeti

09.12.2015 pöördus patsient keskhaigla hambakliinikusse sooviga eemaldada hammas ning seda hambaarst ka tegi. Järgmisel päeval tekkis eemaldatud hamba piirkonnas valu ja turse. 11.12.2015 läks patsient teise hambaarsti vastuvõtule, kes tegi panoraamülesvõtte ja sedastas, et põletikku pole, ja palus patsiendil tulla tagasi esmaspäeval (oli reede). Öhtuks tundis patsient väljakannatamatut valu ja kutsus kiirabi, kes tegi valuvai-gistava süsti ja soovitas pöörduda haiglasse vältimatu abi saamiseks. Keskhaigla erakorralise meditsiini osakonna (EMO) arst konsulteeris patsienti, määras analgeetikumi ja soovitas pöörduda abi saamiseks piirkondlikku haiglasse näo-lõualuukirurgia osakonda, kus pühapäeva hommikul abstsess avati. Haigla seletuskirja andmeil pole neil näo-lõualuukirurgi ja seetõttu puudub haiglal pädevus suuõõnest lähtuvate põletike raviks; EMO arst ei ole kompetentne määrama isegi antibakteriaalset ravi ilma hambaarstiga konsulteerimata.

Patsiendi pöördumisel EMOsse märkis triaaziõde kaardile „valu ja turse näo paremal pool“; kehatemperatuur 36,5 ja ka teised elulised näitajad olid normaalsed; patsient keeldus valuvaigisti retseptist raha puudusel ega osanud valuskaalal oma valu intensiivsust hinnata.

Keskhaigla ravidokumentides pole üheski etapis kirjeldatud turse ulatust ega naha ja limaskestade värvust, mis võimaldanuks hinnata olukorra tõsidust. Panoraamröntgenülesvõtte ei võimaldagi sedastada pehmete kudede põletikku. Pidev ja tugev valu tekitab patsiendis arusaadavalt tugeva negatiivse emotsiooni, mis sunnib teda otsima kiiret abi.

### Kokkuvõte

Patsiendi puudulikult dokumenteeritud haigusseisundi kirjeldused ei võimalda adekvaatselt hinnata talle osutatud abi kvaliteeti.

TKE juhtis keskhaigla juhtkonna tähelepanu sellele, et tervishoiuteenuste osutamise dokumenteerimine peab vastama sotsiaalministri 18.09.2008. a määruse nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“ nõuetele.

### Juhtum 2. Patsiendil esinenud varjatult areneva ajuinfarkti äratundmine hilines

Meespatsient haigestus 24.01.2016, kui tal tekkis äkki peavalu kuklas ning üldine enesetunne halvenes. Tervisekaardi andmeil oli tal varem olnud üksikuid ägedaid ülemiste hingamisteede viirusinfektsioone, ülekoormusest tingitud nimmevalu, epikondüliit ja karpaalkanali sündroom.

28.01.2016 pöördus patsient perearsti poole. Objektiivse leiu kohta oli märgitud: RR 137/75 mm Hg, südamelöökide sagedus 73 x min. Perearst on tervisekaardil kirjeldanud patsiendi kaebusi: käte

<sup>1</sup> TÜ bio- ja siirdemeditsiini instituudi kohtuarstiteaduse õppetool,

<sup>2</sup> Eesti Kohtuekspertiisi Instituut,

<sup>3</sup> TÜ peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi peremeditsiini õppetool,

<sup>4</sup> Sotsiaalministeeriumi tervisesüsteemi arenduse osakond

tuimustunnet, teatud tajuhäireid. Tasakaaluhäireid ei esinenud, diagnoos jäi ebaselgeks ja ta esitas diagnoosihüpooteesina ebaselge põhjusega peavalu. Raviks soovitati ibuprofeeni 400 mg 3 korda päevas või paratsetamooli koos kodeiiniga. Seisundi halvenemisel soovitati kutsuda kiirabi või pöörduda haigla EMOsse. Sama päeva õhtul patsient pöörduski üldhaigla EMOsse, kus valvearst olulisi kõrvalekaldeid ei leidnud ja patsient suunati tagasi kodusele ravile. 29.01.2016 pöördus patsient piirkondlikku haiglasse, sest kaebused süvenesid, kuid ka seal ei tuvastatud närvisüsteemi seisundi olulist kõrvalekallet ja patsient saadeti tagasi kodusele ravile.

30.01.2016 tekkis patsiendil kõne ja teadvuse häire, millele lisandus vasaku kehapoole nõrkus. Kiirabi hospitaliseeris patsiendi teise piirkondlikku haiglasse, kus kompuutertomograafilisel (KT) uuringul tuvastati allaäge infarktkolle paremal temporaalpiirkonnas. Patsiendile tehti trombektoomia.

Diagnoositi peajuinfarkt ajuarterite tromboosi tõttu, karotiidarteri sulgus ja stenoos, spastiline hemipleegia, düsfaagia. Patsient saab ambulatoorset ravi ning vajab pikaajast taastusravi.

### Kokkuvõte

Esmaselt patsienti näinud arstid oleksid pidanud arvestama, et noor füüsiliselt aktiivne mees tavaliselt ei kaeba nii pikka aega kestvat peavalu ilma tõsise põhjuseta. Korduv pöördumine samade ja üha süvenevate vaevustega oleks kindlasti pidanud suunama arstide mõtte ajuhaigusele. KT-uuringu tegemata jätmine oli viga, mis tulenes arstide vähesest kogemusest, kuid samas tuleb mõelda, et KT-uuring ei oleks pruukinudki viidata peaju koldelisele muutusele.

Peale närvisüsteemi ärajäämanähtude kujunemist (6 päeva pärast vaevuste teket) osutatud haiglaravi oli asjakohane ning tulemuslik.

### Juhtum 3. Arvestamata jäeti paratsetamoolimürgistuse eripära – maksakahjustuse algus paratsetamoolimürgistusel hilines ja maksanäitajate tõusu põhjuseks peeti alkoholi toimet

Patsient hospitaliseeriti 25.11.2014 kell 8.54 erakorralise haigena keskhaigla EMOsse, kus ta viibis 25.11.2014 kuni kella 11.25-ni. Patsient kutsus ise kiirabi seoses suitsiidikatsuga – enda sõnul oli ta tarvitanud samal öösel kella 02.00 paiku paratsetamooli 2 grammi ja ibuprofeeni 4 grammi ning lisaks alkoholi, mille kogus pole teada (kontsentratsiooni veres sel päeval ei määratud). Patsient kaebab nõrkust ja valu ülakõhus. Ta oli varem korduvalt pöördunud psühhiaatri vastuvõtule depressiooni tõttu.

EMO valvearsti hinnang patsiendi seisundile oli järgmine: „ibuprofeeni ja paratsetamooli annus ei ole toksiline; transaminaaside tõus on pigem tingitud alkoholi tarvitamisest. Arvestades aga, et patsiendil püsivad ärevus ja enesetapumõtted, otsustatud haige saata konsultatsiooniks valvepsühhiaatri juurde.

Patsient adekvaatselt kontaktne, kuklakangestust ega selget hemipareesi ei ole; RR 129/81 mm Hg; fr 72, EKG SR; ägeda isheemia tunnusteta; kopsudes bilateralselt vesikulaarne hingamiskahin; kõht palpeerimisel pehme; õrn valu ülakõhus; peristaltika kuuldav; perifeerset turset ei ole.“

Patsient sai raviks tserukaali 10 mg intravenoosselt; 0,9% naatriumkloriidilahust 500,0 ml koos 150 mg ranitiinilahusega veenisisesi; Ringeri lahust 1000,0 ml veenisisesi; diasepaami tilkadena suu kaudu 5 mg.

Diagnoositi mürgistus täpsustamata mitteopioidse analgeetikumi, antipüreetikumi ja antireumaatikumiga; alkoholgastrit, tahtlik enesemürgistus mitteopioidsete analgeetikumide, antipüreetikumide või antireumaatikumidega.

Piirkondlikku haiglasse saabus haige kiirabiga 26.11.2014 kell 11.53 raskes üldseisundis. KT-uuringul oli

näha maksa parenhüümi difuusne kahjustus. Paratsetamoolimürgistust kahtlustades alustati ACC (atsetüültsüsteiin) antidootravi ning kohe ka hemodifiltratsiooni. Kuna raske maksapuudulikkuse jätkuv intensiivravi jäi tulemusteta, viidi ta 03.12.2014 reanimobiiliga maksasiirdamisele, kuid hepatorenaalse sündroomi, maksakooma ja hingamispuudulikkuse süvenemisel patsient suri 05.12.2014 kell 02.10.

Lahangul sedastati mittesterooidsete põletikuvastaste ravimite (paratsetamool, ibuprofeen) ja alkoholi toksiline toime; maksanekroos, histoloogilisel uuringul subtotaalne maksarakkude tsütolüüs; säilinud maksarakkude rasvväärastus, mille tüsistusena tekkis maksa-neerude puudulikkus ja hepatorenaalne sündroom. Maksakooma (kliinilistel andmetel). Hemorraagiline kopsupõletik. Muude täpsustatud nakkuslike organismide tekkeline pneumoonia (*Stenotopomonas maltophila*). Äge hingamispuudulikkus. Septiline šokk.

Välispõhjus: tahtlik enesemürgistus mitteopioidsete analgeetikumide, antipüreetikumide või antireumaatikumidega ja alkoholiga.

### Kokkuvõte

Keskhaigla valvearst hindas saabunud patsiendi üldseisundi rahuldavaks, ei rakendanud kõiki mürgistuse esmaabi võtteid ja saatis patsiendi ema saatel valvepsühhiaatri juurde. Jäeti arvestamata paratsetamoolimürgistuse eripära – maksakahjustuse algus paratsetamoolimürgistusel hilineb ja maksanäitajate tõusu põhjuseks peeti alkoholi toimet, samas jäeti määramata alkoholi kontsentratsioon patsiendi veres. Paratsetamooli antidooti (ACC) ei kasutatud.

### INTENSIIVRAVI

#### Juhtum. Tilkinfusioonravi oleks pidanud olema pankreatiidi ravis mahukam

Patsient viibis 17.06.–19.07.2016 kolmel korral üldhaiglas ägeda pank-

reatiidi ravil. Tilkinfusioonraviga haige üldseisund paranes ja CRV vähenes väärtusest 173 mg/l väärtuseni 38 mg/l. Vaatamata sellele, et amülaasi ja lipaasi väärtused püsisid suured, kirjutati haige 01.07.2016 koju, kuid kaebuste püsimise tõttu hospitaliseeriti uuesti 10.07.2016.

Haigusloo epikriis on kirjas haigele antud soovitusel: „Maorohtu 2 nädala jooksul, dieet, kontrollanalüüsid 2 nädala pärast ja ultrahelikontroll 1 kuu pärast perearsti juures“. Ühtlasi oli haigele väljastatud omeprasooliretsept, et pidurdada maosekretsiooni.

19. juulil oli valuarst määranud pregabaliini (Lyrica) ja oksükodoonvesinikkloriidi (Oxycont) suukaudseks manustamiseks. Miks määrati suukaudsed ravimid, ei ole selge. Tilgutis olid 0,9% naatriumkloriidilahus, 5% glükoosilahus, 5,8% naatriumkloriidilahus, 7,4% kaaliumkloriidilahus, insuliini 6 toimeühikut, 4% gelofusiin, dobutamiin automaatsüstlaga ehk perfuusoriga, adrenaliin.

Kuna KT-uuringul ilmnes pankreases vedelikukogum võimaliku koenekroosiga, suunati haige piirkondlikku haiglasse, kus 15.07.2016 pankrease pseudotsüstist juhiti vedelik dreni abil endoskoopiliselt makku ja haige saadeti tagasi üldhaiglasse, kus tilkinfusioonravi jätkus, kuid positiivset ravidünaamikat ei kujunenud. Ööl vastu 19. juulit haige seisund oluliselt halvenes, kiiresti kujunes hulgelundipuudulikkus ja haige suri 19.07.2016.

### Kokkuvõte

Patsiendile osutatud tervishoiuteenus vastas pankreatiidi nüüdisaja ravi üldistele seisukohtadele, kuid tilkinfusioonravi oleks pidanud olema mahukam ja aktiivsem (diureesi ei jälgitud) ning haige haiglast väljakirjutamine oli enneaegne. Samas ei ole kindel, kas aktiivsem ja kestmav ravi oleks haiget suutnud päästa, kuna nekrootilise pankreatiidi korral on letaalsus erialase kirjanduse andmetel 40–85%.

## GÜNEKOLOGIA

### Juhtum. Arstiga suhtlemine ja informeeritud nõusoleku allkirjastamine operatsiooni eel

Patsiendile tehti plaaniline operatsioon – emaka laparoskoopiline eemaldamine vaevusi põhjustava emakamüoomi tõttu. Operatsiooni käigus tekkis tüsistus – mõlemad kusejuhad lõigati emakaarterite kõrguselt läbi. Tüsistus diagnoositi operatsioonipäeva õhtul ja patsient viidi üle keskhaiglasse, kus diagnoos kinnitati ning tehti kusetee terviklikkust taastav operatsioon: kusejuhad ühendati põiega.

Operatsioonile suunanud arst ja patsient on allkirjastanud kõik operatsioonieelsed infodokumendid, sh ka dokumendi, mis kirjeldab operatsiooni võimalikke tüsistusi.

Operatsiooniprotokollis on arst kirjeldanud mõõdukalt liitelist protsessi kõhuõõnes: liited rasviku ja kõhu eesseina vahel, soole ja vaagnaseina vahel paremal, soole ja emaka tagapinna vahel. Müomatoosne emakas vastas 15.–16. rasedusnädalale. Operatsiooniaegseid tehnilisi probleeme ei esinenud, kirjeldatud on vaid operatsioonipreparaadi (müomatoosse suure emaka) raskendatud väljutamist tupe kaudu. Operatsiooni lõpus on tehtud põie terviklikkuse kontroll värvainega.

Operatsioonimeetodi valiku teeb opereeriv arst, lähtudes haiguse olemusest, patsiendi eripärast ja oma kogemustest. Planeeritav operatsioon tuleb kooskõlastada patsiendiga.

Operatsioon oli patsiendile meditsiiniliselt näidustatud, kuna tegu oli vaevusi põhjustava ehk sümptomaatilise müoomiga. Kusejuha vigastus on günekoloogilise operatsiooni korral harva esinev raske tüsistus, kahepoolset vigastust esineb üliharva. Tüsistus diagnoositi operatsioonipäeval ja tehti edukalt taastav operatsioon ehk neoureterovesikostoomia.

Teise haiglaste suunamisel väljastati patsiendile teise isiku dokumendid.

### Kokkuvõte

Opereeriv arst ei vaadanud patsienti enne operatsiooni läbi ega selgitanud operatsiooni eel patsiendile põhjalikult operatsioonimeetodi valikut ja võimalike tüsistuste teket. Arstiga suhtlemine ja informeeritud nõusoleku allkirjastamine operatsiooni eel on patsiendi võimalus infot küsida ja arutleda erinevate võimaluste üle eelseisva operatsiooni teemal.

Patsiendile teise isiku ravidokumentide väljastamisel ei täidetud võlaõigusseaduse paragrahvis 762 sätestatud hoolsuskohustust.

## KARDIOLOGIA

### Juhtum. Antikoagulandi retsept jäeti südame rütmihäiretega patsiendile väljastamata

Patsient viibis ravil piirkondliku haigla kardioloogiaosakonnas 21.–27.07.2016. Ravile saabumise põhjus oli kodade virvendus, diagnoositi ka ajuinfarkt parempoolse kerge halvatusena ja hüpertoonia-tõbi südamepuudulikkusega.

Haiglaravil viibides esines patsiendil erinevaid südamerütmi häireid, mille ravi oluliseks komponendiks oli antikoagulantide kasutamine alates esimesest haiglapäevast. 27.07.2016 ravilt lahkudes määrati koduseks raviks samuti antikoagulant, kuid ei väljastatud selle ravimi retsepti.

06.08.2016 töi kiirabi patsiendi haiglaste peajuinfarktist põhjustatud vasakpoolse halvatusena ja koomaga. Kaasuva haigusena diagnoositi südamerütmihäiret (kodade virvendust ja laperdust) ja kõrgvererõhktõbe. Nädalase raviga haige ei paranenud ja ta saadeti õendushooldusosakonda.

Haiglas viibides alustati ravi süstitava antikoagulandi enoksapariiniga ja antikoagulantravi jätkamiseks kodus oli planeeritud rivaroksabaan.

Hoolimata raviarsti väitest, et ravimi rivaroksabaan määramise asjus oli patsiendi tütre konsul-

teeritud, ei olnud patsiendile selle ravimi digiretsepti välja kirjutatud.

## Kokkuvõte

Südamerütmihäiret, südamepuudulikkusega kõrgvererõhktõbe ja ajuinfarkti põdenud 85aastast haiget raviti haiglas õigesti, lähtudes rahvusvahelise ravijuhendi soovistustest.

Raviarst määras koduse ravina lisaks vererõhu ja rütmihäire ravimile ka antikoagulandi, kuid kahetsväärset ei taganud ta antikoagulandi rivaroksabaan kättesaadavust patsiendile seniks, kuni haige jõuab perearsti juurde.

## KARDIOKIRURGIA

### Juhtum. Väikelapse plaanilise südameoperatsiooni käigus ühendati vereringe valesti – tekkisid raske ajukahjustus, lisaks operatsioonijärgsete tüsistustena insult ja südameseiskus (patsient elustati)

17.01.2016 hospitaliseeriti 1 aasta 2 kuu vanune laps kardiokirurgia osakonda kaasasündinud südamerikke (vatsakeste vaheseina puue, kopsuarteri kitsenemus) kirurgiliseks raviks. 2. elupäeval oli last eelnevalt opereeritud söögitoru kaasasündinud väärarendi tõttu.

19.01.2016 operatsiooni algul kehavälisest vereringest alustades selgus, et kunstvereringe aparaat töötas vales režiimis. Elektroonilise anestesioloogia kaardi andmetel kestis sügava hüpotensiooni periood kokku 15 minutit (valesti ühendatud kunstvereringe ja selle korrigeerimiseks kulunud aeg), mille tulemusena kujunes lapsel kudede verevarustuse üldine puudulikkus ja raske ajukahjustus. Operatsioonijärgse haiglaravi ajal tekkis ravile raskesti alluv palavik; 22.01.2016 tekkis neuroloogiline tüsistus – ajuinsult – ning 27.01.2016 hingamisseiskus järgneva südameseiskusega (haige elustati).

Haigla uurimiskomisjon järeldas, et esinenud vea tekkevõimaluse

tingisid laste kehavälise vereringe puhul kasutatavad tarvikud ja senine töökorraldus ning eksimus ei ole seostatav ühe konkreetse töötaja hoolimatusega.

## Kokkuvõte

Kunstvereringe aparaadi vale ühendamise oli operatsiooni käigus tekkinud viga, mis põhjustas lapse raske ajukahjustuse. Vea teke oli tingitud kasutatavatest tarvikutest ja senisest töökorraldustest. Eksimus ei olnud seostatav ühe konkreetse inimese hoolimatusega.

## KIIRABI

### Juhtum 1. Patsiendi seisundit ei hinnatud õigesti kolmel kiirabivisiidil

84aastane naispatsient pöördus ajavahemikul 11.–13.01.2016 kolm korda kõhuvalu, iivelduse ja oksendamise tõttu kiirabi poole. Haige hospitaliseeriti haiglasse alles kolmandal väljakutsel, kui ta oli juba üli-raskes seisundis – septilises šokis. Vaatamata intensiivravile haige suri 14. jaanuaril 2016.

Esimesel kiirabivisiidil (väljakutse 11.01.2016 kell 23.37) hinnati haige tervise üldseisund heaks ja elulised näitajad olid normis. Patsiendile, kes oli põdenud südameelihaseinfarkti ja kellele oli paigaldatud koronaarstent, oleks aga pidanud ägeda koronaarsündroomi välistamiseks tegema elektrokardiograafia (EKG).

Teisel kiirabivisiidil (väljakutse 12.01.2016 kell 7.59) oli viga jätta korduval väljakutsel hospitaliseerimata haige, kelle kõhuvalu kestis kolmandat päeva.

Kolmandal kiirabivisiidil (väljakutse 13.01.2016 kell 17.35) oli haigel juba välja kujunenud uriinipeetus ja hemodünaamika häire (hüpotoonia, tahhükardia), ta kaebas lisaks valudele nõrkust ja pearinglust. Kiirabi manustas enne haiglasse viimist lisaks valuvaigistitele vaid 250 ml naatriumkloriidi, mis patsiendil kujunenud haigusseisundis oli ebapiisav.

Kuna sugulased keeldusid lahangust, vormistati surmatunnistus järgmise diagnoosiga: sepsis, septiline šokk; äge sapipõie põletik koos sapijuhapõletikuga.

## Kokkuvõte

Pretensioonid kiirabi tegevuse kohta patsiendile abi osutamisel on põhjendatud. Kuna lahangut ei tehtud, jääb lõplik surmapõhjus ebaselgeks.

### Juhtum 2. Kiirabi ei hinnanud õigesti suure riskiga koronaarhaige seisundi raskust

10.09.2015 kell 05.55 kutsuti patsiendile kiirabi valude tõttu südame piirkonnas. Haige oli põdenud südameelihaseinfarkti (1996. a oli tehtud aortokoronaarne šunteerimine) ja kirjeldas, et rindkerevalu sarnaneb infarktivaluga. Kiirabi õebrigaad tegi EKG, mis olevat olnud isheemia-leiuta (EKGd pole TKE-le esitatud). Kiirabi brigaad diagnoosis neuralgia, süstis kell 06.31 valuvaigistit (50 mg deksketoprofeeni (Dolmen) lihasesse) ja lahkus, soovitades pöörduda perearsti poole ravi saamiseks.

Kuna valu kestis, kutsuti kell 18.22 uuesti kiirabi ja arstibrigaad hospitaliseeris haige keskhaiglasse, kus diagnoositi äge müokardiinfarkt kardiomarkerite tõusu, EKG ja ehhokardiograafia leiu alusel.

## Kokkuvõte

Esimesel väljakutsel käinud kiirabi õebrigaad tegi küll kõik vajalikud diagnostilised toimingud, kuid ei hinnanud õigesti suure riskiga koronaarhaige seisundi raskust. Haigustunnuste alusel oleks tulnud haige kohe hospitaliseerida lähema haigla EMOsse südame-veresoonkonnahaiguse kindlakstegemiseks.

### Juhtum 3. Esimesel kiirabivisiidil ei hinnatud patsiendi haigusseisundit piisava hoolikusega

17aastane patsient, kellel mõned päevad varem oli olnud palavik, kutsus 15.01.2016 seljavalu tõttu

kiirabi. Haige tervise seisund hinnati heaks, kehatemperatuur ei olnud tõusnud, kopsudes oli vesikulaarne hingamiskahin ja haigel soovitati pöörduda perearsti poole. Järgmisel päeval oli kiirabile uus väljakutse, kuna seljavalu püsis. Ka nüüd oli haige seisund kiirabi hinnangul adekvaatne, kopsudes vesikulaarne hingamiskahin, saturatsioon SpO<sub>2</sub> 97%, kuid vererõhk oli madal (RR 90/60 mm Hg). Haige hospitaliseeriti seljavalu diagnoosiga haiglasse.

Haiglasse saabumisel 16.01.2016 kell 08.37 oli haige eluohtlikus seisundis, põhikaebuseks õhupuudus ja hingamisraskus. Diagnoosihüpoteesiks oli sepsis ning haige intubeeriti ja alustati kohe intensiivravi, kuid tulemusteta ja kell 10.45 dokumenteeriti haige surm.

Esiagne surmateatis väljastati diagnoosiga septiline šokk. Lahangul selgus, et tegemist oli ägeda kopsu- ja südamevereringe puudulikkusega, mille põhjustas astma ja astmaatilise bronhiit.

### Kokkuvõte

Esimesel kiirabivisiidil ei hinnatud patsiendi haigusseisundit piisava hoolikusega, mistõttu jäeti patsient koju. Teisel kiirabivisiidil tehtud otsus haige hospitaliseerida oli ainuõige. Haigla EMOs anti patsiendile meditsiiniabi üldhaigla võimaluste kohaselt. Sepsise tekkimise lõplik põhjus jääb kahjuks ebaselgeks.

### Juhtum 4. Kiirabi jättis tähelepanuta febrilise kehatemperatuuri, tähelepanu ei pööratud hüpertooniat põdeva haige langevale vererõhule; diabeedihaigel mõõdeti veresuhkrut vaid esimesel kiirabivisiidil

Patsient põdes mitut kroonilist haigust (diabeet neerukahjustusega, südamepuudulikkusega hüpertooniatõbi, polüartroos) ning oli korduvalt vajanud haiglaravi.

13.04.2016 hommikul kutsuti haigele kiirabi nõrkuse ja nimmepiirkonna valu tõttu. Kehatemperatuur

oli 38,4. Kiirabi manustas paratsetamooli ja ibuprofeeni ning jättis haige koju. Veel kahel korral (13.04 õhtul ja 15.04 hommikul) kutsutud kiirabi diagnoosis ikka seljavalu ja jättis haige koju.

Alles neljandal kiirabiväljakutsel (15.04 õhtul) haige hospitaliseeriti palaviku tõttu ja haiglas diagnoositi stafülokokksepsis. Vaatamata antibakteriaalsele ja intensiivravile patsient suri 16.04.2016.

### Kokkuvõte

Kiirabi jättis tähelepanuta febrilise kehatemperatuuri patsiendi esimesel külastusel ja järgnevatel väljakutsetel kehatemperatuuri isegi ei mõõtnud; tähelepanu ei pööratud hüpertooniat põdeva haige langevale vererõhule; diabeedihaigel mõõdeti veresuhkrusisaldust vaid esimesel kiirabivisiidil. Kroonilistele haigustele keskendudes jäi diagnoosimata äge haigestumine sepsisesse, mis põhjustas haige surma.

### SILMAHAIGUSED

#### Juhtum. Silmakeskus ei täitnud ravimiseaduse § 78<sup>6</sup>, mis kohustab tervishoiuteenuse osutajat teavitama Ravimiametit ravimi kõrvaltoimete tekkimisest

Patsiendile tehti silmakeskuses 26.03.2014 selektiivne nägemist korrigeeriv protseduur FLOW-meetodil eksimeerlaseriga.

Nädal pärast protseduuri läks patsient plaanilisele vastuvõtule silmaarsti juurde, kaevates nägemise hägustumist. Hägustumist põhjustas ravimi ladestumine sarvkestale. Ravim eemaldati sarvkestalt teise operatsiooniga.

Silmaarsti selgituse põhjal sel päeval silmakeskuses tehtud protseduuride järel ei kulgenud paranemine plaanipäraselt ning sellest järeldati, et paranemise hilinemist võis põhjustada ravimpreparaat Nevanac. Samal päeval konsulteeris silmaarst välismaa kolleegiga (silma- ja laserkirurgia rahvusvahelisel

tunnustatud ekspert), kes soovitas kutsuda need patsiendid esimesel võimalusel tagasi silmakeskusesse, eemaldada ravimiga kokkupuutunud epiteel, loptada silmapind ohtra füsioloogilise lahusega (BSS), asetada silmale uus kontaktlääts ja kasutada hiljem tavapärasest operatsioonijärgset raviskeemi. Laseriga soovitas ta hakata puhastama sarvkesta mitte enne 6 kuu möödumist esmaprotseduurist. Eelkirjeldatud raviplaani järgi silmakeskus hiljem ka tegutses.

Patsiendil tekkinud sarvkesta deposiidid ja hägunemine (ingl *haze*) on ravimi Nevanac omaduste kokkuvõttes märgitud võimalike kõrvaltoimetena. Eksperdi arvates võis kõrvaltoimete tekkimist soodustada nädalane Nevanaci kasutamine pärast operatsiooni. Samas on kataraktioperatsiooni järel Nevanaci kasutusjuhendis ravipikkuseks lubatud 21–60 päeva. Silmaarsti selgitused Nevanaci kasutuse kohta: „Nevanaci ravitilkade sobivust refraktiivkirurgilistel protseduuridel kasutamisel olime kontrollinud varem ka ravimifirma esindajatelt, erialakirjandusest ja välismaa kolleegidelt“.

Ravimiameti selgituse järgi on Nevanaci lubatud kasutada ainult kataraktioperatsiooni puhul. Kuna ravimi kasutusjuhend muid kasutusvõimalusi peale kataraktioperatsiooni ette ei näe, toimub ravimi muudel juhtudel kasutamine arsti omal vastutusel.

Silmaarst ei teinud Ravimiametile esildist, tuues selgituseks, et tegemist ei olnud komplikatsiooniga, vaid pigem tilgamanustamise ebaõige ajastusega. Samuti väitis ta, et on patsienti teavitanud Nevanaci võimalikest kõrvaltoimetest ja patsient on andnud selle kohta allkirja.

### Kokkuvõte

Silmakeskus ei täitnud ravimiseaduse § 78<sup>6</sup>, mis kohustab tervishoiuteenuse osutajat teavitama Ravimiametit ravimi kõrvaltoimete tekkimisest. Ehkki nägemist

korrigeeriva refraktiivse operatsiooni järgset Nevanaci kasutamist ravimi kasutusjuhend ette ei näe, ei tekitanud Nevanaci kasutamine jäävat kahju patsiendi tervisele, kuna patsiendi nägemine on 100% taastunud ja ravimi kõrvaltoime taandunud.

## ONKOLOOGIA

### Juhtum 1. Enne onkopsüüfilise ravi algust oleks keskhaigla vajanud piirkondliku haigla onkoloogilise konsiiliumi otsust

10.02.2015 toodi iileuse kliinilise pildi tunnustega patsient perearsti suunatuna kiirabiga keskhaigla EMOsse. Põhilisteks vaevusteks olid valud ülakõhus, iiveldus ja kõrvetised. Tehtud uuringute põhjal (koloskoopia ja kogu keha KT) diagnoositi jämesoole maksanurga piirkonnas pahaloomuline kasvaja metastaaasiga maksa paremas sagaras.

Parempoolne hemikolektoomia tehti ülejärmisel päeval, 12.02.2015. Postoperatiivne periood kulges tüsistusteta, patsient sai antibakteriaalset ravi, tilkinfusioone, üldist toetavat ravi ja kirjutati koju rahuldavas üldseisundis. 22.04.2016 piirkondlikus haiglas toimunud seede-traktikasvajate-teemalisel konsiiliumil otsustati maksametastaaside operatiivse eemaldamise vajadus ning 11.05.2016 tehti samas raviasutuses maksa mõlema sagara resektsioonid. Histoloogilisel uuringul leidsid soolevähi maksametastaasid kinnitust. Süsteemset adjuvantravi otsustati mitte rakendada ja patsient jäeti jälgimisele.

Viimane keskhaigla onkoloogi külastus oli 09.10.2015 – põhihaiguse remissioon püsis. Elukohajärgse perearsti viimane külastus 26.05.2016 oli seotud eesnäärmevaevusega ja patsiendile määrati antibakteriaalne ravi; põhihaigusega seotud kaebusi patsient ei esitanud.

Kliiniline diagnoos: *Carcinoma coli flexurae hepatis st IV, ypTONOM1hep*. Põhihaigus: käärsoole

pahaloomuline kasvaja – maksimumine käärsoolekoold. Põhihaiguse tüsistus: muud ja täpsustamata sooleummistused. Kaasuvad haigused: prostata hüperplaasia; südamekahjustusega hüpertooniatõbi ilma (kongestiivse) südamepuudulikkuseta; aterosklerootiline kardiovaskulaarhaigus.

### Kokkuvõte

Sotsiaalministri 19.08.2014. a määruse nr 103 „Haigla liikide nõuded“ § 21 (üldkirurgia tervishoiuteenuste osutamine) lõikes 2 keskhaiglatele kehtestatud tingimuste kohaselt on onkopsüüfilise ravi alustamiseks vajalik piirkondliku haigla onkoloogilise konsiiliumi otsus. Kui haige üldseisund ei võimaldanud teda konsiiliumi saata, siis oleks erakorralises olukorras tulnud haigele rajada stoom ja seejärel suunata ta onkopsüüfilise ravi saamiseks piirkondlikku haiglasse. Rahvusvahelistes ravijuhendites on soovitatud jämesoole esmastuumor ja maksametastaasid eemaldada ühes etapis neil juhtudel, kui see on tehniliselt võimalik. Onkoloogiliste haigete nüüdisaegsaks interdistsiplinaarseks käsitlemiseks ja mitut raviviisi hõlmava kvaliteetse vähiravi läbiviimiseks peab keskhaigla oluliselt tihendama kontakte piirkondlike haiglatega.

### Juhtum 2. Patsiendile oleks pidanud algul pakkuma operatsioonieelset kiiritus- ja keemiaravi, millele oleks järgnenud radikaalne operatsioon

03.09.2015 hospitaliseeriti patsient keskhaiglasse plaanilise haigena lisauuringuteks pärasoolevähi kahtluse tõttu. Põhilised kaebused olid vereeritus pärakust umbes 6 kuu jooksul ja perioodilised kõhupalud. Anamneesis oli eesnäärme adenokartsinoom, mille tõttu oli 2013. aastal tehtud kahepoolne orhidektoomia. Hospitaliseerimisel oli patsient rahuldavas üldseisundis, kardiopulmonaalselt kompenseeritud. Kõht oli pehme ja valutu.

Rektaalsel uuringul umbes 2 cm kaugusel anaalavast oli palpeeritav ringjas kasvaja, kindale jäi veri. 03.09.2016 kogu keha KT-uuringul leiti stenoseeruv pärasoole tuumor metastaaasidega regionaalsetes lümfisõlmedes. 07.09.2016 tehti plaanilises korras pärasoole abodominoperitoneaalne resektsioon; sigmasool toodi alla anaalkanalisse ja tehti anastomoos pärasoole kõndiga. Resektsioonijooned olid puhtad, kuid regionaalsetes lümfisõlmedes leiti metastaaasid. Pärast operatsiooni määrati antibakteriaalne ravi ja patsient jäeti jälgimisele.

Jaanuaris 2016 hospitaliseeriti patsient erakorralise haigena keskhaiglasse ägeda kõhu kliinilise pildi tõttu. KT-uuringul leiti ka kopsumetastaasid. Erakorraliselt tehtud operatsioonil leidis kinnitust soole perforatsiooni kahtlus. Pärast operatsiooni määratud antibakteriaalse ravi järel hakkas haige üldseisund paranema. Pärast operatsiooni käis patsient onkoloogi vastuvõtul, kes suunas ta piirkondlikku haiglasse palliatiivsele keemiaravile kapetsitabiinga (Xeloda). Digiloo andmeil oli viimane kontakt haigega mais 2016.

Diagnoos: *adenocarcinoma recti st III, ypT3N2M1pulmonum*. Põhihaigus: pärasoole pahaloomuline kasvaja. Põhihaiguse tüsistus: äge peritoniit. Soole (mittetraumaatilise) perforatsioon. Kaasuv haigus: eesnäärme pahaloomuline kasvaja

### Kokkuvõte

Sotsiaalministri 19.08.2014. a määruse nr 103 „Haigla liikide nõuded“ § 21 lõikes 2 keskhaiglatele kehtestatud tingimuste kohaselt on spetsüüfilise onkoloogilise ravi alustamiseks vajalik piirkondliku haigla onkoloogilise konsiiliumi otsus. Rahvusvahelistest ravijuhenditest lähtudes oleks pidanud lokaalselt levinud pärasoolevähi ühe ravivariandina kindlasti kaaluma operatsioonieelse kiiritus- ja keemiaravi võimalust. Onkoloogiliste haigete tänapäevaseks interdistsiplinaarseks käsitlemiseks ja mitut raviviisi

hõlmavaks kvaliteetseks raviks peab keskhaigla oluliselt tihendama kontakte piirkondlike haiglatega.

## PEREARST

### Patsiendi kaebused ja objektiivne leid tuleb korrektset dokumenteerida

Terviseamet taotles tervishoiuteenuste kvaliteedi eksperdikomisjoni hinnangut selle kohta, kas patsiendi haigusloos dokumenteeritud kaebuste käsitus ja dokumenteerimine on olnud nõuetekohane. Tegemist oli kahe eraldiseisva haigusjuhtumiga: ühel juhul oli tegemist kõhuvaluga ja teisel juhul menorraagiaga.

Kõhuvalu ja kõhulahtisuse tõttu kahtlustas perearst patsiendil viirusinfektsiooni, kuigi kaebused olid kestnud juba üle 5 päeva ning esines ka palavik. Nädal aega pärast kaebuste tekkimist pöördus patsient erakorraliselt kõrgema etapi haigla erakorralise meditsiini osakonda, kus diagnoositi äge apenditsiit peritoneaalabstsessiga ning patsienti opereeriti tüsistuste tekkimise tõttu korduvalt.

Patsient oli käinud haiguse jooksul kolmepäevase vahega perearsti vastuvõtul. Haigusjuhtumi kohta tehtud sissekanded on väga lakoonilised, sissekannetes pole kordagi kirjeldatud kõhuvalu esinemist, mille alusel oluks võimalik apenditsiiti kahtlustada. Ilmselt pole valude esinemise kohta ka patsiendilt küsitud. Patsient ise väidab, et kõhuvalu kaebas ta korduvalt. Patsiendi tervisekaardil puudub mõlemal korral ka objektiivse läbivaatuse leiu kirjeldus. Patsiendi väitel ei palpeeritud tema kõhtu mitte kordagi.

### Kokkuvõte

Põhjalik anamneesi kirjeldamine ning objektiivse läbivaatuse tegemine ja kirjeldamine tervisekaardil on üks tervishoiuteenuse osutaja ülesannetest. Kuna sissekanded olid lakoonilised ja puudus objektiivse läbivaatuse tegemist kirjeldav osa,

saab järeldada, et seda ei tehtud ja sellega võib olla seotud ka ägeda ussripikupõletiku diganoosi hiline.

### Juhtum 2.

Menorraagia oli kestnud patsiendil juba kaks nädalat, kui ta pöördus perearsti vastuvõtule. Tervisekaardil on kirjas lakooniline kirje: „Võtab tromboosirohtusid, menstruatsioon 2 nädalat“. Nädal hiljem on kirjas, et „Menstruatsioon ikka kestab, soovib vereanalüüsi“. Kliinilise vere analüüs tehti ja selle põhjal jäi kahtlus rauavaegusaneemia suhtes ning kaardil on kirjas soovitus osta käsimüügist rauapreparaate. Perearsti seletuskirja kohaselt on ta soovitanud patsiendil pöörduda günekoloogi vastuvõtule, mille kohta aga tervisekaardil sissekandeid ei ole (peale kahe eelnevalt tsiteeritud lakoonilise lause). Patsiendi sõnutsi sai ta soovitus kohe valv günekoloogi juurde pöörduda hoopis apteegist.

### Kokkuvõte

Menorraagia diagnoos või kahtlus eeldab alati väikevaagna elundite põhjalikku kontrolli, vereanalüüsi ja ka teatud uuringuid (ultraheli). Kuna oli teada oletatav menorraagia põhjus (antitrombootiline ravi, millest tulenes vere hüübimise aeglustumine) ja oli tuvastatud ka sellest tulenev aneemia, vajanuks patsient kindlasti konkreetsemat sekkumist, näiteks erakorraliselt günekoloogi juurde saatmist. Tervisekaardilt ei selgu, et sellist soovist oleks antud või erakorraline visiit korraldatud.

Eelnevast järeldub, et mõlema haigusjuhu käsitus ei olnud nõuetekohane, eeskätt anamneesi võtmise ja kirjeldamise ning objektiivse leiu kirjeldamise seisukohalt. Samuti ei ole selgelt kirjeldatud patsiendile antud soovitusi ja edasise ravi korraldust. Eelnimetatud puuduste tõttu on keeruline hinnata ka osutatud arstiabi sisulist kvaliteeti. Perearst on kohustatud dokumenteerimisel järgima sotsiaalministri 18.09.2008. a

määruse nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“ nõudeid.

### Juhtum 3. Eksimus patsiendi ohutusnõuete vastu

Enam pöördus koos oma 2aastase lapsega tavapäraseks tervisekontrolliks perearstikeskusesse. Perearst mõõtis ja kaalus last, seejärel palus lapsel paljajalu käia, et hinnata kõndimist. Kabineti ukse ees oleval vaibal astus laps endale jalga süstlanõela, mille eemaldamisel tuli torkehaavast verd. Lapse varbale asetati plaaster ja emale öeldi, et ilmselt on tegemist kasutamata nõelaga. Edasi saadeti laps saatekirjaga nakkuskliinikusse, kus temalt võeti vereanalüüsid A- ja B-hepatiidi ning HIV-nakkuse diagnoosimiseks ning öeldi, et analüüse on vaja aasta jooksul korrata iga 3 kuu järel. Ambulatoorses epikriisis dokumenteeritud varba torkehaava objektiivse leiu kirjelduse kohaselt oli tegu sügava torkehaavaga. Analüüsid nakkushaiguste suhtes olid sel korral õnneks negatiivsed.

On positiivne, et perearstid lubavad patsiendile saadetud kirjas olla toeks probleemide lahendamisel ning pakuvad omalt poolt võimalust kohtumiseks ja aruteluks. Samuti rakendati perearstikeskuses pärast juhtumit täiendavaid ohutuskontrolle ning korraldati personalile vastavateemalisi koolitusi.

### Kokkuvõte

Võlaõigusseaduse (VÕS) § 762 järgi peab tervishoiuteenus vastama vähemalt arstiteaduse üldisele tasemele teenuse osutamise ajal ja seda tuleb osutada tervishoiuteenuse osutajalt tavaliselt oodatava hoolega.

Kuigi lapsele osutatud raviteenuse vastavuses arstiteaduse üldisele tasemele pole alust kahelda, hõlmab oodatav hool ka ohutusnõuete täitmist, sh patsiendi mittevigastamist. Lapse läbivaatuse käigus sai laps viga, mis tulenes ilmselt vaktsineerimiskomplektide käsitlemisele pööratud ebapiisavast tähelepanust.

VÕSi § 770 järgi vastutab tervishoiuteenuse osutaja ka teda abistavate isikute tegevuse ja tervishoiuteenuse osutamisel kasutatavate seadmete vigade eest. Seega vastutab perearstikeskus ka koristustööde täitmise, jäätmete ohutu likvideerimise jms eest.

Kuigi eksimus on toimunud, on positiivne, et perearstikeskus teeb igakülgset koostööd juhtunu edaspidiseks vältimiseks.

## PSÜHHIAATRIA

### Juhtum 1. Raske psüühikahäire – deliirium – jäi diagnoosimata ja patsiendi järelevalve haigla osakonnas polnud piisav

Patsiendi surnukeha leiti 24.01.2016 hommikul kell 10 haigla ravikorpuse akende alt, surm oli saanud kukumisest tingitud hulgivigastuste tagajärjel.

Hukkunu lähedase avalduses TKE-le esitati mitmeid kaebusi haigla osutatud abi kvaliteedi kohta. Muu hulgas väitis avalduse esitaja, et patsiendi käed olid öösiti kinni seotud ning ta ei saanud end liigutada, et ta ei saanud sel ajal piisavalt süüa ja juua ning et personali käitumine hirmutas patsienti. Samas ei olnud järelevalve patsiendi üle piisav, nii et viimane sai avada akna ja end sealt välja kukutada.

TKE-le esitatud seletuskirjas märgib haigla, et patsiendi käed olid kinni seotud 20.01.2016 kokku 1,5 tunni vältel, kuna patsient proovis eemaldada operatsioonihaava dreeni. Eraldi on lisatud, et öösiti patsiendi käsi ei kinni ei seotud.

Avaldaja väidet, et personali käitumine hirmutas patsienti, ei ole võimalik esitatud dokumentatsiooni põhjal kontrollida. Patsiendi hirmutatud ja ärev olek võis olla tingitud temal tõenäoliselt esinenud psüühikahäirest.

TKE-l pole võimalik tagantjärele kontrollida avaldaja väidet, et patsient ei saanud süüa ega juua, kuna haigusloo epikriisis on dokumenteeritud, et patsient sööb

ise ega vaja selleks välisabi. 24.01 hommikul on hooldaja märkinud, et käis hommikusööki kahel korral pakkumas, kuid patsient keeldus söögist.

Haigusloo lõplikus diagnoosis on patsiendi psüühiline seisund võetud kokku koodiga F41.2 ehk depressiooniga ärevus. TKE hinnangul on haigusloos märgitud ka märksa raskemale psüühikahäirele viitavad haigustunnused: hallutsinatsioonid, rahutus (operatsiooni järel püüdis välja kiskuda dreeni, mistõttu käed tuli fikseerida). Haigla ülemarsti seletuskirjas on märgitud, et hirmud, luululise sisuga mõtted ja hallutsinatsioonid avaldusid enam päeva teisel poolel ja öösiti. Eeltoodu viitab deliiriumile, mis on jäänud tähelepanuta ja diagnoosimata. Lõplikku kinnitust deliiriumi diagnoosi kohta on nappide dokumenteeritud andmete põhjal raske saada.

Patsiendi hukkamise võis põhjustada psüühikahäirest tulenev ettearvamatu käitumine.

### Kokkuvõte

TKE hinnangul esines puudusi nii arstlikus tegevuses kui ka haigla töökorralduses: patsiendil tõenäoliselt esinenud raskekujuline teadvushäiretega psüühikahäire (deliirium) jäi diagnoosimata; järelevalve patsiendi üle tema terviseseisundist tulenevalt ei olnud piisav, et välistada surmaga lõppenud ettearvamatu käitumine; haigla tehnilised tingimused – võimalus avada aknad viisil, et sealt saab välja hüpata või kukkuda – aitasid kaasa surmlõppele. Esitatud meditsiinidokumentide andmete analüüs ei võimalda tuvastada, et personal oleks patsienti väärt kohelnud.

### Juhtum 2. Tervisekaardi andmetel eirati sõltuvusravi põhimõtteid, mis ei ole kooskõlas hea ravitavaga

TKE analüüsitud tervisekaardi sissekannetest selgub, et ravimid välja kirjutatud arst oli teadlik patsiendi metadoon-asendusravist.

Loomulikult on arstil patsiendile ravi määrates õigus lähtuda konkreetsest olukorrast, patsiendi seisundist ja teha põhjenduse olemasolu korral ka erandeid. Kirjeldatud olukorras on siiski korduvalt mindud vastuollu opioidisõltuvuse ravijuhendites toodud reegluga, et metadoon-asendusravil viibivale patsiendile ei määrata samal ajal bensodiasepiini tüüpi rahusteid. Lisaks pole patsiendile määratud ravimid vastavuses diagnoosiga, mille arst on kandnud tervisekaardile. Psühhootilise depressiooni korral ei ole bensodiasepiini tüüpi rahustid valikravimiks ning nende määramine ilma antidepressiivsete ja antipsühhootiliste ravimiteta ei ole kooskõlas ravipraktika ega -juhenditega. Seisundi kirjeldused ei vasta psühhootiliste sümptomitega korduva raske depressiooni sümptomitele. Tervisekaardil on ka märke, et vähemalt ühel korral ei väljastatud ravimeid mitte patsiendile, vaid anti need patsiendi sõbrale. Seega ei ole isik ise vastuvõtul viibinud ja arst on teinud otsuse ilma patsienti nägemata.

Teise TKE analüüsitud tervisekaardi kanded on standardsed – 2 nädalaste vahedega on regulaarselt välja kirjutatud bensodiasepiine väidetavalt võõrutusseisundi raviks. Selline ravimikasutus ei ole põhjendatud ja jätab pigem mulje regulaarsest bensodiasepiinide kuritarvitamisest (võimalikust sõltuvusest). Ka korduv rahustite ja tramadooli väljakirjutamine võõrutusnähtude kupeerimiseks lubab oletada, et tegemist on oipoidisõltuvusega ja valida tuleks teine ravitaktika. Rahustite väljakirjutamist opiaatse uimasti mõju all olevale patsiendile ambulatoorse ravina ei saa pidada hea ravitavaga kooskõlas olevaks – sellises olukorras võivad koostoimed olla ohtlikud.

### Kokkuvõte

Mõlema tervisekaardi andmetel eirati sõltuvusravi põhimõtteid, mis ei ole kooskõlas hea ravitavaga.



## HOOLDUS- JA JÄRELRAVI

### Juhtum 1. Suhtlemisel kujunesid emotsionaalsed probleemid. Kohalikus haiglas peab olema ööpäev läbi tagatud teatud statsionaarsete teenuste kättesaadavus

Patsient hospitaliseeriti 15.02.2015 erakorralise haigena piirkondliku haigla erakorralise meditsiini osakonda parempoolse reieluu ja vasaku õlavarreluu murruga. Tal oli varem diagnoositud ja ravitud südame isheemiatõbe, südamepuudulikkust, hüpertooniatõbe ja katarakti. 17.02.2015 tehti reieluu murru raviks operatsioon. Õlavarreluu murru puhul otsustati konservatiivse ravitaktika kasuks. Operatsioon kulges tüsistusteta.

3 päeva pärast operatsiooni muutus patsiendi nahk ikteeriliseks. Haiget konsulteeris gastroenteroloog, kes korraldas ultraheliuuringu, KT-uuringu, biokeemilised vereanalüüsid. Kuna ikteruse tekkepõhjus uuringute tulemusena ei selgunud, tehti 02.03.2015 endoskoopiline retrograadne kolangiopankreatograafia. Biokeemiliste analüüside tulemused näitasid selgelt maksafunktsiooni paranemist, ning kuna haige tervise üldseisund pärast uuringuid oli rahuldav, suunati ta 03.03.2015 järelravile.

Järelravi haigla haigusloo andmeil oli haige tervise üldseisund 03.03.2015 saabumisel rahuldav, patsient oli adekvaatselt kontaktne. Patsient liikus iseseisvalt palati piires ja talle korraldati ravikehakultuuri harjutusi. Kahe päeva jooksul aga süvenes ikterus ja lisandusid ebamäärased kaebused: halb enesetunne, isutus, kõhulahtisus, mõningane rahutus. Järsk seisundi muutus – teadvusetus – tekkis 06.03.2015 öösel ja hommikul suunati patsient kiirabi tagasi kõrgema etapi haiglasse.

06.03.–19.05.2015 viibis haige intensiivravi osakonnas ning 19.05.–31.05.2015 kirurgiakliiniku üldkirurgia osakonnas. Põhihaigusena diagnoositi ägedat nekrootilist

pankreatiiti; kaasuvana septilist šokki, ägedat neerupuudulikkust, polüneuroopaatiat, kopsupõletikku, kõrgvererõhktõbe, sapipõie põletikku, kuseteede nakkust. Tehti mitu kõhukoopaoperatsiooni (laparotoomia, koletsüstektomia, kõhuõõne ja retroperitoneaalu ruumi drenaaž, pankrease nekroosi eemaldamine). Kuna haige tervise üldseisund oli raske, paranemist ei toimunud ja haigusnähud süvenesid, tehti 15.05.2015 otsus piirata ravi mahtu ning planeeriti haige uuesti viia 01.06.2015 järelravile, kuid haige suri 31.05.2015 piirkondlikus haiglas.

Haige omaksed ei ole rahul sellega, et neid ei teavitatud ravimahu piiramise otsusest, ei arutatud lähedastega patsiendi edasi suunamist järelravi haiglasse, ei antud teada suunamise põhjustest ega teavitatud lähedasi õigeaegselt patsiendi surmast

### Kokkuvõte

Esitatud dokumentide analüüsil arstlike vigu ei tuvastatud. Patsiendi lähedaste kaebuste ajendiks ei olnud niivõrd ravikvaliteedi nõuete eiramine, vaid eeskätt suhtlemisel kujunenud emotsionaalsed probleemid. TKE ei saa anda hinnangut väidetele, mille kohta puuduvad objektiivsed andmed ravidokumentides. Haigla on tunnistanud, et patsiendi lähedastega suhtlemisel ja teavitamisel esines puudujääke ning on selle pärast korduvalt vabandust palunud.

TKE ei nõustu järelravi haigla seletusega, et vastavalt haigla tüübile ja rahastamisele puudub haiglas arsti ööpäevane valve, mistõttu patsiendi tervise seisundi erakorralisi muutusi ei ole võimalik töövälisel ajal kohe objektiivselt hinnata. Terviseameti registri andmeil on kohalik haigla selline, kus sotsiaalministri 10.03.2014. a määruse nr 103 „Haigla liikide nõuded“ järgi peab olema ööpäev ringi tagatud nende statsionaarsete teenuste kättesaadavus, mille osutamiseks on antud tegevusluba: sisehaigused, erakorraline meditsiin, üldkirurgia, anestesioloogia, radioloogia. Valve-

arsti puudumise korral on patsiendi tervise seisundi ööpäevaringne meditsiiniline jälgimine õe ülesanne.

### Juhtum 2. Õendushooldustegevust ei osutatud oodatava hoolega

Tegemist oli kõrges vanuses ja kaasuvate haigustega patsiendiga, kellel uuringute käigus diagnoositi sigmasoole III staadiumi vähkkasvaja uurisega põide. Onkoloogilise konsiiliumi otsusel tehti haigele radikaalne operatsioon, mille käigus lisaks sigmasoole põhikasvajale ja piirkondsetele lümfisõlmedele eemaldati põrn ja resetseeriti kusepõit. Erinevate operatsioonitüüsete tõttu tehti haigele veel lisaks 6 operatsiooni, mis olid kõik meditsiiniliselt põhjendatud ja haigele eluliselt vajalikud.

Eakas patsient oli korduvate operatsioonide järel raskes üldseisundis voodihaige, kes vajab jälgimist ja abi igapäevastes toimingutes.

Hooldaja aitas patsiendi voodi äärelle istuma, kuid ei toestanud teda piisavalt turvaliselt ning jättis öökapi rattad pidurdamata. Samal ajal palatis patsiendile õendus-teenust osutanud valveõde aga ei pööranud patsiendi turvalisusele ja ohutusele üldse mingit tähelepanu. Patsiendile ei olnud antud käeulatusse õe kutsungipulti, mistõttu tal polnud võimalik abi kutsuda. Patsient kukkus, lüües pea vastu põrandat katki.

Haige voodist väljakukkumise põhjuseks oli palatiõe ja hooldaja hooletus: nad jätsid raskes üldseisundis haige pikaks ajaks (40 minutit) järelevalveta, ei andnud talle kutsungipulti ega taganud patsiendi turvalisust istumisel.

Kahetsusväärset ei mõistnud õde, et tal tuleb täita oma ametijuhendist tulenevat ametialast vastutust ja kohustusi ning tööleping temaga lõpetati.

### Kokkuvõte

Õendushooldustegevust ei osutatud oodatava hoolega ja õendushoolduse hea tava kohaselt.

Kõik valitud ravitaktikad vastasid rahvusvahelistele ravijuhistele ja arstliku tegevuse heale tavale ning olid ajendatud soovist patsiendi tervise üldseisundit parandada ja vaevusi vähendada.

## KOKKUVÕTE

TKE tegi 2016. aastal tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedi ja töökorralduse parandamiseks 14 ettepanekut või soovitusi, sh 10 haiglate juhatusele, 2 hambaraviasutustele, ühe Terviseametile ja ühe perearstile.

Samas juhtis TKE tähelepanu, et patsiendile teise isiku ravidokum

entide väljastamisel ei täidetud võlaõigusseaduse paragrahvis 762 sätestatud hoolsuskohustust. Ühel juhul soovitas TKE parandada haigla-personali (arstid, eeskätt õed) teadmisi deliiriumi diagnoosimise kohta ja töötada välja juhised deliiriumis patsiendi käsitlemiseks. Samuti tegi TKE ettepaneku vaadata üle haigla tehnilised tingimused suitsiidiriski minimeerimiseks (akende avamise ulatus jms).

TKE tegi ühele keskhaiglale ettepaneku tihendada kontakte piirkondlike haiglatega piirkonna onkoloogiliste patsientide tänapäevaseks

interdistsiplinaarseks käsitlemiseks ja rahvusvahelistele ravijuhenditele tugineva mitut raviviisi hõlmava vähiravi määramiseks ja läbiviimiseks. Sama juhtumiga seoses tegi TKE Eesti Haigekassale ettepaneku kaaluda keskhaigla onkoloogiliste ravijuhtude auditeerimist.

## TÄNUAVALDUS

Autorid tänavad tehtud töö eest kõiki komisjoni liikmeid: Tiiu Aro, Rando Truve, Lee Tammemäe, Enn Jõe, Taavo Seedre, Vahur Valvere, Ralf Allikvee, Andres Ellamaa, Andres Lehtmets, Liis-Mail Moora, Ingrid Tammik, Arvo Mesikepp, Kaido Kolk, Kaie Mõtte, Sirje Kövermägi.

## Kahepoolse ooforektoomia korral on südame isheemiatõve ja kasvajate tekkerisk suurem

Naistel, kel on suguelundite pahaloomulised kasvajakasvud või suur risk nende tekkeks, on siiaamaani soovitatud eemaldada mõlemad munasarjad. Seda seetõttu, et rinnavähk ja endomeetriumi vähk on sageli stimuleeritud naissuguhormoonide poolt ning ühes munasarjas olev kasvaja võib kergesti levida teise. Paljudel viljakas eas naistel eemaldatakse mõlemad munasarjad munasarjavähi ennetamiseks, kuigi neil selleks kindlaid näidustusi pole.

Ühendkuningriigis korraldatud retrospektiivses analüüsis uuriti naisi vanuses 35–45 aastat. Uuritavatele tehti healoomulise haiguse tõttu hüsterektoomia. Võrreldi naisi, kellele eemaldati mõlemad munasarjad, nendega, kellele tehti munasarja säilitav operatsioon. Uuriti korduvat hospitaliseerimist 30 ja 90 päeva möödudes hüsterektoomiast, korduvat hospitaliseerimist müokardiinfarkti ja teiste südame isheemiatõve vormide tõttu, teiste pahaloomuliste kasva-

jate esinemist, suitsiidikatsete esinemist ning suremust.

Sel ajavahemikul tehti hüsterektoomia 126 005 patsiendile. Lõppkohordi 113 679 patsienti jälgiti keskmiselt 6 aastat.

Isheemiatõve tõttu hospitaliseeriti 1,6% ja 2,02% haigetest vastavalt munasarja säilitavas ja mittesäilitavas rühmas. Ükskõik millise pahaloomulise kasvaja diagnoosimise tõttu esines hospitaliseerimist vähem munasarja säilitavas rühmas kui kahepoolse eemaldamise rühmas (2,85 vs. 3,49%). Leiti vahetult tekkinud munasarjavähi esinemissageduse suurenemine operatsiooni järel, kui eemaldati mõlemad munasarjad; keskmiselt kulus selleks aega 4 kuud võrreldes 54 kuuga munasarja säilitavas rühmas. 1,01%-l patsientidest diagnoositi pärast hüsterektoomiat rinnavähk, munasarja säilitavas rühmas oli selle esinemissagedus 1,02% võrreldes 0,97%-ga munasarja mittesäilitavas rühmas.

Surmajuhtude arv oli munasarja säilitavas rühmas väiksem. Munasarja säilitavas rühmas oli surmade esinemissagedus südamehaiguste tõttu 0,03% võrreldes 0,06%-ga munasarja mittesäili-

tavas rühmas. See on tingitud sellest, et östrogeenide tase väheneb kahepoolse munasarjaeemalduse korral rohkem ning see toob kaasa südame-veresoonkonna haiguste suurenenud riski. Surmasid erinevate kasvajakasvude tõttu oli märgatavalt vähem munasarja säilitavas rühmas, küll aga esines selles rühmas rohkem rinnavähki. See võib olla tingitud sellest, et sageli on tegemist östrogeen-sõltuva rinnavähiga.

Leiti kindel seos kahepoolse munasarjade eemaldamise ning südame isheemiatõve sagenemise vahel ning samuti pahaloomulistes kasvajatesssuremise suurenenud risk. Metaboolselt aktiivse elundi eemaldamisel võivad olla lisaks lühiajalistele kõrvaltoimetele, mis on tingitud östrogeenidefitsiidist, ka pikaajalised toimed ning mõlema munasarja eemaldamine peab olema läbimõeldud otsus. Munasarja säilitav operatsioon oleks mitmest aspektist eelistatud.

## REFEREERITUD

Mytton J, Evison F, Chilton P, Lilford R. Removal of all ovarian tissue versus conserving ovarian tissue at time of hysterectomy in premenopausal patients with benign disease: study using routine data and data linkage. *BMJ* 2017; p. j372.

## LÜHIDALT