

Tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjoni töö 2018. aastal

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

Tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjon (TKE) menetles 2018. aastal 191 avaldust ja tuvastas vajakajäämisi 45 korral. Neist meditsiinilise tegevuse vigu oli 39 ning 6 juhul peeti kaebust põhjendatuks osaliselt. Need juhtumid olid seotud dokumentide ebakorrekse täitmisega, vajakajäämistega töökorralduses ning vajakajäämistega suhtlemisel patsiendi, tema sugulaste või lähedastega.

Võrdluseks, et 2017. aastal menetletud 191 juhtumist leiti vajakajäämisi 41 juhul; 2016. aastal menetletud 147 juhtumist leiti vajakajäämisi 35-l; 2015. aastal menetletud 106 juhtumist leiti vajakajäämisi 23-l; 2014. aastal menetletud 119 juhtumist leiti vajakajäämisi 30-l ja 2013. aastal menetletud 137 juhtumist leiti vajakajäämisi 30 korral. Kaebuste jagunemine erialati on esitatud tabelis.

Kaebuste esitajad olid 132 korral patsiendid ja nende lähedased. Lisaks esitasid kaebusi kinnipeetavad 21 korral, Terviseamet esitas 29 ekspertiisitaotlust, juristid 7, raviautused 2. Peale esmakordsete eksperdi hinnangu taotluste menetleti 3 teistkordset taotlust isikutelt, kes polnud rahul TKE varasema hinnanguga.

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

SÜNNITUSABI JA GÜNEKOLOOGIA

Juhtum 1. Esmasel pöördumisel esinenud kaebustega oleks pidanud patsiendi jätmata haiglasse jälgimisele.

20.06.2018 kell 03.17 toodi patsient kiirabiga keskhaiglasse tugeva alakõhuvalu, iivelduse, oksendamise ja palavikuga 38,7 °C. Kaebused olid alanud samal päeval umbes kell 02.00. Arsti sissekande kohaselt oli kodus valu tugevuseks valuskaala VAS (*visual analogue scale*) järgi kuni 8 palli võimalikust 10-st.

Naistekliinikusse saabudes oli objektiivne leid järgmine: RR 112/70 mm Hg, südamelöögisagedus 71 korda minutis, C-reaktiivne valk (CRV) 10,3 mg/l, leukotsüüdid 9,11 10⁹/l, rasedustest negatiivne. Objektiivsel läbivaatusel olid kõhukatted pinges, valulikkus üle kogu kõhu, tugevaim valupunkt kesk-kõhus. Günekoloogiline palpatsioon oli valulikkuse tõttu raskendatud. Patsiendile tehti vaginaalne ultraheliuuring (UH-uuring), mille leid sarnanes 16.03.2018 tehtud ultraheliuuringuga: vasak munasari sisaldas kaht endometriooosile iseloomulikku

Tabel. Tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjonile esitatud kaebuste jagunemine erialati 2018. aastal

Eriala	Kaebuste arv
hambaravi	54
peremeditsiin	24
vanglameditsiin	21
sisehaigused	11
ortopeedia	11
neuroloogia ja neurokirurgia	11
kirurgia	9
onkoloogia	7
plastikakirurgia	7
sünnitusabi ja günekoloogia	7
psühhiaatria	6
erakorraline meditsiin (sh EMO ja kiirabi)	6 (3 ja 3)
kardioloogia	4
oftalmoloogia (silmahaigused)	4
õendus- ja hooldusteenused	3
uroloogia	2
töötervishoid	2
otorinolarüngoloogia (kõrva-nina-kurguhaigused)	1
lastehaigused	1

¹ TÜ bio- ja siirdemeditsiini instituudi kohtuarstiteaduse õppetool,

² Eesti Kohtuekspertiisi Instituut,

³ TÜ peremeditsiini- ja rahvatervishoiu instituudi peremeditsiini õppetool,

⁴ Sotsiaalministeeriumi tervisesüsteemi arendamise osakond

kollet (1 cm ja 2,4 × 2,9 cm). Endometriosis oli patsiendil diagnoositud 2006. aastal laparoskoopilise operatsiooni käigus.

Günekoloog välistas ägeda günekoloogilise haiguse ning suunas patsiendi lisauuringutele ja kirurgi konsultatsioonile sama haigla erakorralise meditsiini keskusesse (EMK). Diagnoos oli kõhu- ja vaagnapiirkonna valu, ülakõhuvalu (rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versiooni (RHK-10) kood R10.1); kaasuvaks haiguseks endometriosis, munasarja endometriosis (RHK-kood N80.1).

Patsiendile tehti EMKs kompuutertomograafiline (KT) uuring ja kõhu ning vaagna ultraheliuuring, kuid kumbki uuring valu põhjust välja ei selgitanud. Ainsaks laboratoorse leiu hälbeks oli tagasihoidlik CRV-sisalduse suurenemine (10,3 mg/l); naistekliinikus võetud vereproovis. Kõhuvalu taandus (valu tugevus VASi järgi 3 võimalikust 10-st) ja günekoloog lubas patsiendi koju, paludes seisundi halvenedes tulla EMKsse tagasi, sest ägedat kirurgilist sekkumist vajavat haigust hetkel ei diagnoositud. Lõplikuks kliiniliseks diagnoosiks jäi muud soole talitlushäired, täpsustamata soole talitlushäire (RHK-10 kood K59.9).

Kodus patsiendi seisund ei paranenud, palavik ja kõhuvalu püsisid. Patsient võttis 21.06.2018 ühendust perearstiga, kes olevat pärast EMK väljavõttega tutvumist kinnitanud „kõhugripi“ diagnoosi. Korduval perearsti poole pöördumisel 25.06.2018 tegi perearst vereanalüüsi (CRV 211 mg/l) ja suunas patsiendi uuesti keskhaigla EMKsse, kus tehtud KT-uuringu alusel diagnoositi tuboovariaalne abstsess ja pelvioperitoniit.

Naistekliinikus alustati kombineeritud antibiootikumravi. 27.06.2018 tehti laparoskoopiline operatsioon, mille käigus eemaldati vasakpoolne munasari ja -juha ning parempoolne munajuha. Antibakteriaalse ravi ajal mädaprotsess edasi ei arenenud.

Kokkuvõte

Kuigi 20.06.2016 ei viidanud objektiivne leid ega analüüside ja uurin-gute tulemused ägedale günekoloogilisele haigusele ning EMK valvearst välistas ka kirurgilise haiguse, olnuks korrektne olnud soovitada abi otsida mitte üksnes seisundi halvenemisel, vaid ka juhul, kui haigusseisund ei näita teatud aja jooksul paranemise märke.

Operatsiooni edasilükkamist pärast patsiendi haiglaravile võtmist ei saa keskhaigla ette heita. Premenopausaalsetel naistel soovitatakse tuboovariaalse abstsessi ravi alustada antibiootikumidega juhul, kui patsient on hemodünaamiliselt stabiilne, abstsess ei ole lõhkenud ning selle mõõtmed on alla 9 cm. Antibakteriaalne ravi on sellisel juhul efektiivne kuni 70%-l juhtudest.

Juhtum 2. Patsiendilt ei võetud kirjalikku nõusolekut kompuutertomograafilise uuringu tegemiseks.

Patsient pöördus keskhaigla naistekliiniku erakorralisse vastuvõttu 07.05.2018 hilisõhtul, kaevates hingamisraskust ja ühe jala turset. Valvearst kahtlustas süvaveeni tromboosi ja kopsuarteri trombembooliat ning määras uuringud – veenide ultraheliuuringu ja kompuutertomograafia koos veresoonte uuringuga (KT-angiograafia). Kompuutertomograafial kopsuarteri trombemboolia kahtlus kinnitust ei leidnud.

Patsient heidab haiglale ette, et arsti suhtumine oli pealiskaudne: haiget ei küsitatud piisavalt, tema läbivaatust ei toimunud (väidetavalt puuduvat haigusloost vastav sissekanne), arst piirdus visuaalse vaatlusega. Arvatava haiguse ja planeeritavate uuringute olemust ei selgitatud piisavalt, kompuutertomograafia tegemiseks ei küsitud naise nõusolekut. Patsiendile ei antud võimalust enne uuringut lähedastega telefonitsi nõu pidada, patsiendi soovi uuringut mitte teha eirati.

Haigusloo epikriisi sissekanne 07.05.2018 kell 22.27: „Raske hingata, kurdab, et parem jalg on vasakust jämedam. Rase olukorrast häiritud. Kõne aeglane, räägib rohkem abikaasa, kes kirjeldab seisundit. Plaanis alustada kleksaanravi ravi-doosis; korraldada kompuuterrangiograafia ja jalaveresoonte uuring. Üldseisund on rahuldav. Parem jalg on vasakust paksem, veidi külmem. Muid iseärasusi ei esine.“

Patsiendi eluliste näitajate kohta on tehtud 07.05.2018 kell 22.39 sissekanne: „Vererõhk: 135/78 mm Hg; pulss: 92 x/min; SpO₂ 100%“.

Patsient on seisukohal, et KT-uuring võis suurendada rinnavähki haigestumise riski. Patsiendile oli tehtud geneetiline uuring rinnavähi riski hindamiseks, mille vastus osutus positiivseks – vastav märke oli raseduskaardil.

Kopsuarteri trombemboolia (KATE) diagnoosimise standarduuringuks on kopsuarterite kompuutertomograafia-angiograafia. Enamasti on KATE põhjustaja jala süvaveenitromboos, mida iseloomustab ühe jala turse. Rasedus on KATE riskitegur.

Eluliste näitajate ja vereanalüüsi (D-dimeerid) abil saab hinnata KATE tõenäosust, kuid radioloogilist uuringut tegemata ei saa KATE diagnoosi välistada ja uuringu määramist patsiendile ei saa pidada põhjendamata otsuseks.

Patsiendi hirmu kiirgusuuringu tagajärgede ees võib mõista: on näidatud, et BRCA geenimutatsiooni korral seostatakse enne 30. eluaastat tehtud kiirgusuuringuid rinnavähki haigestumise riski suurenemisega.

Kokkuvõte

Konflikt tekkis patsiendi teavitamise ja tema nõusoleku saamise käigus. Haigla väitel nõustati patsienti piisavalt ning ei patsiendil ega tema abikaasal ei tekkinud nõustamise käigus täiendavaid küsimusi. Vastaspole väitel oli nõustamine pinnapealne ja uuring tehti vastu patsiendi tahtmist.

ÄMMAEMANDUS

Juhtum 1. TKE teeb ettepaneku muuta kodusünnitusabi juhendit, kus määratakse kindlaks kiirabi kutsumise kriteeriumid raskete terviseprobleemide korral nii vastsündinul kui ka emal.

Terviseamet esitas hinnangutaotluse ämmaemanda volituste ja tegutsemise kohta kodusünnitusel. 2018. aasta maikuu toimunud kodusünnitusel sündis hüpotroofiline vastsündinu rasedusnädalal 37⁺¹. Laps vajab hilisemat haiglaravi ja tema seisund halvenes hospitaliseerimise järel oluliselt.

Ämmaemanda selgituste ja esitatud dokumentide andmeil sõlmiti kodusünnituse leping 31. rasedusnädalal ning hilisem planeeritud kohtumine patsiendiga jäi ära patsiendipoolisel põhjusel: patsient ei soovinud kohtumist, sest ämmaemand oli juba varem tema kaks kodusünnitust vastu võtnud. On teada, et patsient keeldus religioosetel põhjustel rasedusaegsetest ultraheliuuringutest. Tegemata ultraheliuuringute tõttu ei pea ämmaemand keelduma kodusünnituse lepingu sõlmimisest.

Kodusünnituse riske hindas teine rasedust jälginud ämmaemand 32. rasedusnädalal – riske ei esinenud. Patsient kutsuti tagasi kahe nädala pärast, kuid patsient edasiste vastuvõttudele ei läinud ja seetõttu jäi tegemata kodusünnituse riskide lõplik hindamine. Kodusünnituse lepingu sõlminud ämmaemand ei teadnud, et patsient edaspidistel vastuvõttudel ei käinud. Ämmaemand kohtus patsiendiga alles sünnituse väljutusperioodis. Kodusünnituse loos dokumenteeritud andmeil kulus patsiendi vaatlusest lapse sünnini 15 minutit. Kodusünnituseks oli sõlmitud leping ja patsiendi tahe oli kodus sünnitada.

Vastsündinu sündis rahuldavas seisundis, Apgari hinne oli 7–9 palli, sünnikaal väike. Vastsündinu hüpotroofia ehk kasvupeetuse raskusaste oli tõsine: haigusloo andmeil oli

kaal 1900 g ja peaümbermõõt 27 cm (< 3 protsentiili). Arvestades ka väga väikest infarktikkelletega platsentat (300 g), võis tõenäoliselt tegemist olla platsentaarse puudulikkusega, mis võib alguse saada juba enne 30. rasedusnädalat. Väikese sünnikaaluga (< 2500 g) laps ei kuulu ämmaemanda jälgimisele ja võib vajada abi, sõltumata seisundist sünnil.

Ämmaemand teavitas peret, et on vaja pöörduda haiglasse, kuid pere ei nõustunud kiirabi kutsumisega ja ämmaemanda veenmise tulemusena mindi lõpuks haiglasse oma sõidukiga. Vastsündinu hospitaliseeriti 3 tunni vanusena.

Kokkuvõte

Tõenäoliselt oli juhtumi asjaolude keerukus seotud perekonna usuliste ja kultuuriliste eripäradega, mis takistasid objektiivse ülevaate saamist ning õigeaegset haiglasse minekut. Sünnituse vastuvõtmisel viga ei tehtud. Vastsündinut käsitleti kodusviibimise ajal parimal viisil, mis haiglavälistes tingimustes on võimalik (välditi vastsündinu jahtumist ning hinnati seisundit väliselt kuulatlemise teel). Arvestades vastsündinu tervise seisundit, oleks vastsündinu haiglasse viimisel pidanud eelistama kiirabi, et tagada kiiremini vajalik ravi.

TKE teeb ettepaneku muuta kodusünnitusabi juhendit, et määrata kindlaks kiirabi kutsumise kriteeriumid nii vastsündinu kui ka ema raskete terviseprobleemide korral.

Juhtum 2. Tervishoiuteenuse osutamise litsentsi omav ämmaemand ei peaks ilma lepinguta kodusünnitusel osalema ega teenust osutama.

2018. aasta aprillis hospitaliseeriti keskhaiglasse kodus sünnitada soovinud, kuid pikaleveninud sünnituse, puhkenud lootevee ja sünnitustegevuse nõrkusega patsient, kes vajab haiglas sünnituse stimulatsiooni. Sünnitus tüsistus koorionamnioniidiga. Sünnitus lõpetati keisrilõikega.

Patsiendil oli varasem kokkulepe isikliku ämmaemandaga, kuid patsiendil tekkis haiglaga konflikt, mistõttu soovis ta kodus sünnitada. Koju kutsutud ämmaemanda selgituses terviseametile ja keskhaiglaga ravidokumentides olevad andmed on vastuolus.

Ämmaemanda väitel ei olnud tal sõlmitud patsiendiga kodusünnituse lepingut, kuid keskhaiglaga sünnitusloole väljavõttes ja ämmaemandalt patsiendile kaasa antud kodusünnituse jälgimislehel on dokumenteeritud, et koju konsulteerima minnes sõlmiti kodusünnituse leping ja täideti riskide hindamise tabel (väike risk).

Ilma lepinguta ei ole põhjust tervishoiuteenuse osutamise õigust omaval ämmaemandal kodusünnitusel osaleda.

Ämmaemanda koostatud kodusünnituse jälgimislehe andmeil jälgiti sünnitustegevust, loote südame löögid olid normaalse sagedusega, sünnitaja kehatemperatuur normaalne, lootevesi selge. Sünnituse kulg oli olnud aeglane, kuid täpselt ei dokumenteeritud vaginaalseid läbivaatusi. Seletuskirja sõnul soovis ämmaemand kella 23 paiku saata patsiendi haiglasse, kuid patsient keeldus sellest. Keeldumist kodusünnituse protokollis dokumenteeritud ei ole. Jälgimist jätkati kodus ja hommikul veenis ämmaemand patsienti haiglasse minema, sest sünnitus ei edenenu oodatavalt.

Ämmaemand ei saanud ette näha, et sünnitus tuleb lõpetada kirurgiliselt ja kujuneb koorionamnioniit ehk lootekestade põletik. Looteveed olid ämmaemanda väitel puhkenud 20 tundi tagasi, haigla dokumentide järgi aga üle 24 tunni tagasi.

Kokkuvõte

Olemasolevate dokumentide ja seletuskirja põhjal jääb sünnitustegevus ja lootevee puhkemine ajaliselt sobivatesse piiridesse, kuigi sünnituse edenemine ei olnud ootuspärane ja seetõttu oleks tulnud patsient varem hospitaliseerida. Kui patsient ei soovi haiglasse minna, on tal

õigus keelduda, kuid sel juhul tuleb kodusünnitusel patsiendi keeldumine dokumenteerida. Kodusünnitusel osalenud ämmaemand peaks minema haiglasse koos patsiendiga, et anda objektiivseid selgitusi toimunu kohta.

SISEHAIGUSED

Juhtum 1. Vereanalüüside põletikunäitajast (CRV algul 62 mg/l, pärast 246 mg/l) hoolimata ei peetud vajalikuks määrata põletikuvastast ravi.

24.05.2018 toodi patsient kiirabiga üldhaigla erakorralise meditsiini osakonda (EMO) süvenenud nõrkuse ja jõuetusega. Ravidokumentide andmeil oli patsient korduvalt viibinud haiglaravil bakteriaalse kopsupõletikuga: 30.01.–14.02.2017, 14.02.–06.03.2017 ja 06.03.–27.03.2017 statsionaarse õendusabi osakonnas.

Patsient ei olnud söönud, sagedaste tasakaaluhäirete tõttu olevat iga päev kukkunud; eelnevates haiguslugudes oli kirjeldatud dementsust. Tehti vereanalüüs, milles esinesid aneemia (Hgb 107 g/l) ja põletiku tunnused (CRV 62 mg/l); uriini eritus vähe, patsient kaebas kõhuvalu, põiekateetri asetamise järel kõhuvalu taandus. Patsiendi poja nõusolekul suunati patsient üldhaigla iseseisva statsionaarse õendusabi osakonda, kus ta viibis 24.05.–11.06.2018. Diagnoositi vaskulaarset dementsust, eesnäärme suurenemist, kusepeetust, jäsemete arterite ateroskleroosi ning jätkati kodus kasutatud ravimite manustamist. Patsient oli ebaadekvaatne, vajas täishooldust ja suunati 07.06.2018 tasulisele hooldusravile.

09.06.2018 muutus patsiendi hingamine raskemaks, ragisevaks, oli kuulda sekreedi liikumist hingamisteedes. Kuna patsient ise sekreedi välja ei köhinud, prooviti seda aspireerida, kuid ka siis midagi ei väljunud. Arsti suulise korralduse alusel tehti inhalatsiooni ja anti lisahapnikku. Raviarsti korraldusel võeti 11.06.2018 analüüsid

(ilmnes CRV oluline tõus 249 mg/l) ja määrati kopsuröntgen, mida aga teha ei jõutud, kuna patsient suri. Arvestades hingamispuudulikkust ja kuulatlusleidu kopsudes, oli arsti arvates tegemist kahepoolse kopsupõletikuga.

EMOs tehti vereanalüüsid, kuid selgest põletikunäitajast hoolimata ei peetud vajalikuks osutada põletikuvastast arstiabi, vaid patsient suunati õendusravi osakonda, kus viibimise ajal põletikunäitaja oluliselt suurenes (CRV 62 mg/l > 246 mg/l). Raviotsus ei olnud õige, kuna dokumentide andmeil ei olnud eelnevalt tehtud haige diagnoosi ja ravi määramiseks vajalikke uuringuid ega määratud põletikuvastast ravi.

Kokkuvõte

Arvestades, et haigusseisundi diagnoosimine ja ravi ei olnud adekvaatsed, ei osutanud üldhaigla patsiendile tervishoiuteenust oodatava hoolega. Eakas patsient põdes mitut rasket kroonilist haigust, millele lisandunud ägeda põletikulise haiguse ravi ei tehtud, vaid piirduti hooldusravi korraldamisega.

Juhtum 2. Patsiendi operatsioonijärgset seisundit ei hinnatud õigesti, mistõttu adekvaatne ravi hilines.

Patsienti opereeriti 14.08.2017 üldhaiglas reieluumurru tõttu: murrukoht fikseeriti luuüdisisese sisemise intramedullaarse naelaga. Operatsiooni järel patsient paranes ja hakkas iseseisvalt käima. Detsembris 2017 tekkisid tal valud ja raskused käimisel. 09.01.2018 suunas perearst patsiendi kirurgi vastuvõtule, kes leidis, et implantaat on väljavõlvunud, ja suunas ta teise arsti vastuvõtule 12.01.2018. Sel ajal oli valu muutunud nii tugevaks, et patsient ei suutnud ise käia ja toodi kiirabiga otse haiglasse, kus teda samal päeval opereeriti ja eemaldati implantaat.

Operatsiooni eel tehti patsiendile analüüsid ja elektrokardiogramm. 12.01.2018 tehtud vereanalüüsid oli CRV tõusnud 23 mg/l, kuid

15.01.2018, kui CRV oli tõusnud 197 mg/l, oleks kindlasti pidanud tegema verekülvid. Operatsioonijärgsel päeval oli patsiendi somaatiline üldseisund rahuldav, kuid esines mõningane meeltesegadus. Meeltesegaduse tekkimise põhjuseks arvati asjaolu, et patsiendi anamneesis oli märgitud alkoholisõltuvus ja pikaajaline psühhotroopsete ainete kasutamine.

15.01.2018 (kolmandal operatsioonijärgsel päeval) muutus patsient apaatseks, jõuetuks, tekkisid hingamisraskused, palavik oli 37,8, põletikumarkerite sisaldus suurenes ja röntgeniülesvõttel oli näha infiltraat parema kopsu alaväljas. Patsient viidi ravi jätkamiseks intensiivraviosakonda.

15.01.–19.01.2018, mil patsient viibis intensiivraviosakonnas, halvenes tema üldseisund kiiresti ja patsient suri 19.01.2018. Pärast patsiendi surma saadi rögast tehtud mikrobioloogilise analüüsi vastus ja leiti ESBL (*extended spectrum beta-lactamase*), mida toodavad gramnegatiivsed bakterid ja mille tõttu muutuvad bakterid resistentseks enamiku beetalaktaamantibiootikumide suhtes. Patsiendile oli antud 13.01.2018 kahel korral diasepaami, 1 kord 5 mg haloperidooli ja 25 mg kvetiapiini, kuid haigusloo väljavõtetest (S231 2018) ei nähtu, et arst oleks neid ravimeid määranud. Ravilehel on allkiri (pole aru saada, kelle allkiri) ainult diasepaami väljakirjutamise korralduse rea järel.

Haigla selgituste kohaselt ei tehtud 12.01.2018 operatsiooni eel kopsust röntgeniülesvõtet, kuna see oli tehtud enne 14.08.2017 toimunud operatsiooni ning patsiendil puudusid selle vajadusele viitavad kaebused.

Haigusloos on kuupäevaga 17.01.2018 järgmine märkus: „Ei ole seni võetud verekülve! Korraldatud. Samuti uriini külv. Hingamisteede bakterite DNA“.

Kokkuvõte

Patsiendile ei tehtud analüüse kahel operatsioonijärgsel päeval, mistõttu

antibakteriaalse ravi alustamine hilines. Patsiendi operatsiooni-järgset seisundit ei hinnatud õigesti.

PEREMEDITSIIN JA PSÜHHIAATRIA

Juhtum 1. Patsient perearsti ja psühhiaatri vahel.

Perearst hakkas tegelema patsiendiga alates 27.07.2016. Eelnevalt olid erinevad psühhiaatrid väljastanud patsiendile unehäirete ja ärevuse tõttu nii zopiklooni, alprasolaami kui ka klonasepaami retsepte.

Ravimisõltuvuse diagnoosi pani patsiendile esimest korda 25.11.2016 välja psühhiaater, kes mõnedel visiitidel (02.02.2017, 29.03.2017, 06.06.2017 ja 19.09.2017) jätkas alprazolaami ja zopiklooni väljakirjutamist. Põhiosa patsiendile väljakirjutatud trankvillisaatoritest on ajavahemikul 29.07.2016 kuni 14.02.2018 ordineerinud perearst.

Perearsti sissekanded on lakoonilised, viidatud on unehäiretele, ärevusele ja depressioonile, millest viimane esinevat juba lapseast. Dokumenteeritud ei ole aga unehäire diagnoosimise põhjust ega unehäire iseloomu, samuti eriarstide ja eelmise perearsti määratud varem tarvitatud ravimeid. Raviloos ei ole märgitud ka diagnoosidele viitavaid konkreetseid haigustunuseid (sümptomaatikat). Isegi kui unehäired esinesid, ei kuulu nii alprasolaami kui ka klonasepaami määramise näidustuste hulka unehäired. Alprasolaami näidustus on ärevushäired, mida perearst on patsiendil diagnoosinud, ehkki diagnoosimise põhjendust ravikaardilt ei selgu.

Kahe rahusti (alprasolaam ja klonasepaam) määramist korraga ei peeta heaks kliiniliseks tavaks. Rahustite määramine peaks olema lühiaegne, kuna esineb suur oht kuritarvitamiseks ja sõltuvuse kujunemiseks. Oma tegevuses võis perearst lähtuda eelnevalt psühhiaatrite määratud ravimitest, kaasa arvatud sellest, et nii alprasolaami kui ka zopiklooni oli ajavahemikul

02.02.–19.09.2017 mitmel korral määranud psühhiaater.

Kokkuvõte

Perearstide roll sagedasemate meeleoluhäirete (depressioon, ärevushäired, unehäired) ravimisel üha suureneb. Perearstile oleks suureks abiks, kui psühhiaatri epikriisid digiloos sisaldaksid soovitusi ravikuuri pikkuse ja ravi kuuri lõpetamise ning aja kohta, millal võiks patsienti psühhiaatriga uuesti konsulteerida. Mitme muu eriala arstid jagavad epikriiside vahendusel perearstile seesuguseid soovitusi. Probleemiks on see, et psühhiaatrilised epikriisid pole alati digiloos kättesaadavad. Õnneks on võimalus psühhiaatriga ka konsulteerida – e-konsultatsioon on olnud teenusena kättesaadav alates 2017. aasta lõpust.

PEREARSTIABI

Juhtum. HIV-infektsiooni diagnoosimine hilines.

Patsient pöördus 2016. aasta juulis mitu korda perearsti vastuvõtule kõhulahtisuse ja palaviku kaebustega, lisaks esines tal lümfisõlmede suurenemine. Perearst tegi mitmeid uuringuid ja analüüse ning ultraheliuuringul leiti põrna suurenemine, mille põhjust aga ei tuvastatud ega osatud öelda. Diagnoosiks jäi sel korral tundmatu päritoluga palavik. Perearst kahtlustas algselt kolelitaasi ning kirjutas raviks drotaveriini. Mingil hetkel patsiendil haigustunused kadusid.

27.01.2017 pöördus patsient perearsti vastuvõtule *herpes zoster*'i tõttu ja sai vajalikku abi. Lisaks käis patsient 2016. ja 2017. aastal korduvalt üldhaigla günekoloogi vastuvõttudel tupe seeninfektsiooni ja tupepõletiku tõttu. Hiljem pöördus ta samade kaebustega korduvalt ka erapraksise günekoloogi vastuvõtule.

Kuna emakakaela uuringul avastati PAP-ASCUS (Papanicolau test kindlaks määramata tähendusega atüüpiliste skvamoosete (lame-

epiteeli) rakkude sedastamiseks), tehti inimese papilloomiviiruse (HPV) analüüs. Analüüs oli HPV suhtes positiivne ja näitas suurt riski ning patsient saadeti atüüpiliste muutuste tõttu emakakaela kolposkoopilisele uuringule. Kolposkoopilise uuringu leid osutus normaalseks ning seega edasisi uuringuid ei tehtud. Lisaks pöördus patsient naistearsti vastuvõtule algava rasedusega, mis hiljem katkes.

Ühtekokku käis patsient naistearsti vastuvõtul enam kui kümnel korral ja mitte kordagi ei tehtud talle HIV-analüüsi. Kuna patsiendil oli probleeme rasedumisega, avastati planeeritava diagnostilise laparoskoopilise operatsiooni eel tehtud analüüsides tulemusel, et patsiendi HIV-test on positiivne. Edasi on patsient alates veebruarist 2018 saanud HIV-infektsiooni ravi Lääne-Tallinna Keskhaiglas.

Kokkuvõte

Erialaseltsides 2012. aastal kinnitatud „HIV-nakkuse ja HIV-positiivsete isikute ravile suunamise tegevusjuhise“ soovitusel järgi pidanuks perearst HIV-testimist patsiendile pakkuma siis, kui patsient pöördus vastuvõtule *herpes zoster*'iga, kuivõrd tegemist oli alla 65aastase isikuga. Sama juhise järgi võinuks patsiendile HIV-testi teha ka naistearstid seoses korduvate (oportunistlike) tupe seenhaigustega ja emakakaela papilloomviirusinfektsiooni diagnoosimisel.

Eelnevalt viidatud tegevusjuhise ja Eesti Naistearstide Seltsi kinnitatud „Raseduse jälgimise juhendi“ järgi tuleb kõiki rasedaid uurida HIV-nakkuse suhtes. Juhendis on öeldud: „Kõiki rasedaid tuleb raseduse I trimestril või esimesel pöördumisel testida HIV suhtes“.

Patsient pöördus sooviga rasedusega arvele tulla günekoloogi vastuvõtule märtsis 2017. Selle visiidi käigus tuvastati rasedus ja rasedusega arvele võtmiseks määrati uus külastusaeg, paraku rasedus katkes enne järgmist visiiti ning seetõttu jäi tegemata ka HIV-analüüs.

UROLOGIA

Juhtum. Ureetri stendi eemaldamine 4 aasta möödudes on meditsiiniline viga.

Neerupaisu põhjustanud mõlema ureetri kivi tõttu asetati patsiendile veebruaris 2013 nefrostoomid. 20.–22.02.2013 viibis patsient piirkondliku haigla uroloogiaosakonnas, kus 21.02.2013 ureteronefroskoopial eemaldati kivid kusejuhastest, likvideeriti nefrostoomid ja stenditi vasak ureeter. Järgmisel päeval lubati patsient heas üldseisundis koju. Raviks määrati tsefuroksiim (Zinnat 500 mg × 2).

15.03.2013 oli plaanis nende neeruvaagna- ja karikakivide ESWL (kehaväline rõhkpurustus), mida ei olnud võimalik eemaldada. Stent kavatseti eemaldada 19.03.2013.

Kuid patsient rehospitalseeriti neljaks päevaks (24.02.–27.02.2013) uroinfektsiooni tõttu, mis taandus antibiootikumi vahetamisega tsiprofloksatsiini vastu. Tehti UH-uuring ja veenisisesel urograafial nähti stenti vasakus ureetris.

11.04.2013 päevastatsionaaris tehti ESWL, mis arstide hinnangul oli edukas.

Patsient käis perearsti suunatuna uroloogide vastuvõtul ajavahemikul 07.05. kuni 04.09.2013. kokku viiel korral. Nii perearst kui ka uroloogid diagnoosisid ja ravisid tsüstiiti – patsiendi kaebusteks olid sage urineerimine, põie pakitsus ja ärritus. 09.10.2013 suunas perearst patsiendi nefroloogi ambulatoorsele vastuvõtule, kes aga nefroloogilist probleemi ei näinud ja suunas patsiendi uroloogi konsultatsioonile.

Ravidokumentide sissekannete järgi ei esitanud patsient uroloogilisi kaebusi 4 aasta jooksul ehk ajavahemikul 04.09.2013. aastast pärast viimast uroloogi vastuvõttu kuni 2017. aastani, mil seljavalu tõttu tehtud KT-uuringul tuvastati stent vasakus ureetris. 14.03.2017 tehtud tsüstoskoopial leiti, et stendi ümber on moodustunud kivi. 17.04.2017 tehti üldnarkoosis ureterotsüstoskoopia: kivimass

purustati, stendi tükid ja kivipuru eemaldati kusepöiest, kuid stendi ülemine kolmandik jäi eemaldamata. Ureetrisse jäeti silikoonstent, kusepöide Foley kateeter.

Patsiendile planeeriti 12.05.2017 teha ESWL, millele pidi järgnema uus ureteronefroskoopia sissejäänud stendiosa eemaldamiseks. Öösel 19.04.2017 toodi patsient tagasi haiglasse hingamisraskuste ja kopsuarteri trombemboolia kahtlusega. 19.04.2017. varahommikul tehtud laporotoomial tuvastati alakõhus sigmakäärsoole perforatsioon kuni 0,5 cm diameetriga, millest soolt manipuleerides väljus ka soolesisu. Defekt suleti ja rajati lingsigmoidstoom (küljega), väikevaagnasse jäeti dren, aponeuroos suleti. 02.05.2017 kirjutati patsient rahuldavas üldseisundis koju.

12.05.2017 tehti edukas ESWL vasaku neeruvaagna stendi ümbruse kividele ja 30.06.2017 ureteronefroskoopial eemaldati stendi jääkosa. 03.10.2017–06.10.2018 likvideeriti sigmoidostoom ja parastomaalne song.

Kokkuvõte

Esitatud ravidokumentide andmed ei võimalda täpselt välja selgitada ureetri stendi varasema eemaldamata jätmise ning uroloogi vastuvõtule ja kontrolli suunamata jätmise asjaolusid. Kui stent avastati, püüti seda 17.04.2017 ureterotsüstoskoopial eemaldada. Kivifragmentide eemaldamiseks rajati suprapuubiline tsüstostoom, mille käigus vigastati jämesoolt ning seda võib pidada operatsiooni tüsistuseks. Stendi eemaldamata jätmine 4 aasta jooksul oli viga.

PLASTIKAKIRURGIA

Juhtum. Patsiendi ravimise ei suhtunud oodatava hoolega ja hea meditsiinitava kohaselt.

Plastikakirurg tegi 19.04.2016 patsiendile rindade suurendamise operatsiooni ja paigaldas rinnaimplantaadi, misjärel tekkisid probleemid parema rinnaga. Patsiendi

sõnul ei saanud ta arstiga kontakti, mistõttu oli sunnitud 13.07.2016 pöörduma abi saamiseks teise haiglasse, kust patsient suunati tagasi teda opereerinud kirurgi juurde, kes eemaldas samal päeval (13.07.2016) parema rinnaproteesi.

03.05.2017 paigaldas plastika-kirurg patsiendile uuesti rinnaimplantaadi, mis aga taas tüsistusinfektsiooniga. 26.05.2017 õmbles arst avanenud haava ja 29.05.2017 kontrollvisiidil määras veel kord antibiootikumi.

Alates 29.05.2017 patsient opereerinud arstiga enam kontakti ei saanud. 03.06.2017 õnnestus arstiga ühendust saada patsiendi abikaasal, kellele arst oli lubanud, et kirjutab patsiendile antibiootikumide retsepti, mida ta aga ei teinud. Kuna patsiendi sõnul edasised korduvad katsed kirurgiga kontakti saada taas ebaõnnestusid, siis pöördus ta 09.06.2017 teise haiglasse, kus 12.06.2017 eemaldati põletiku tõttu parem rinnaprotees ja 12.07.2017 eemaldati ka vasak rinnaprotees.

Plastikakirurg oli teadlik pärast kolmandat operatsiooni ilmnunud tüsistustest (alustas raviga), kuid jättis ravi lõpetamata ning eiras patsiendi korduvaid püüdeid abi saamiseks temaga kontakti võtta.

Kokkuvõte

Esitatud haiguslugudes ei ole dokumenteeritud 03.05.2017 tehtud operatsioonile järgnenud tüsistuste ravi. Asjaolust, et plastikakirurg ei esitanud TKE-le omapoolset selgitust juhtumi kohta, võib järeldada, et ta ei vaidlusta patsiendi pretensioone ega patsiendi kronoloogiliselt esitatud fakte.

ERAKORRALINE MEDITSIIN

Juhtum 1. Patsiendil ei diagnoositud Achilleuse kõõluse rebendit.

04.06.2018 kell 15.30 vigastas patsient paremat jalga ja pöördus samal õhtul kell 17.00 keskhaigla EMOsse. Patsiendikaardilt selgub, et elulised näitajad olid normis ja

peamiseks kaebuseks valulik jala peale astumine.

Keskhaigla EMOs tehti radioloogiline uuring paremast hüppeliigesest, kus murdu ei esinenud. Kliiniliselt hinnati, et patsiendil esines palpatoorselt parema sääre keskosas lateraalsel valu, mis kiirgus sääre keskossa, ning hüppeliigese liikumine oli valulik. Diagnoositi säärelihaste põrutus ning kõõluste venituse ja määrati säästev režiim, külmaaplikatsioon, valuvaigistav ravi ning soovitati pöörduda perearsti poole.

Edasi pöördus patsient perearsti vastuvõtule, kuid pääses vaid pereõe konsultatsioonile, kes soovitas määrada valutavale kohale geeli Diclac. Kuna jala seisukord muutus hullemaks ning valud jalas püsisid, pöördus patsient 26.06.2018 uuesti perearsti poole, kes seekord ise patsiendi üle vaatas, kahtlustas kannakõõluse rebendit ning soovitas minna teise eriarsti juurde.

Tasulisel ortopeedi vastuvõtul 26.06.2018 tuvastati kannakõõluse rebend ning patsient saadeti keskhaiglasse, kus asetati jalale kips ja kust ta suunati koju operatsiooniga ootama. 02.07.2018 pöördus patsient ise uuesti keskhaigla EMOsse, kus seekord määrati ilma operatsioonita (konservatiivne) ravi, asetati 6 nädalaks ortoos.

Kokkuvõte

Keskhaigla EMOs jäi diagnoosimata Achilleuse kõõluse rebend, mis oleks olnud kliiniliselt diagnoositav haigusseisundi objektiivse hindamisega ja diagnoosi kinnitava ultraheliuuringuga.

Probleemiks oli ka puudulik suhtlemine keskhaigla töötajate ja patsiendi vahel, sest patsient ei saanud piisavalt infot raviotsuste kohta ja teda jäeti teadmata ajaks ootama.

Juhtum 2. Diagnoosimata luumuru tõttu paranemise aeg pikenes.

14aastane patsient vigastas 18.01.2018 kooli kehalise kasva-

tuse tunnis paremat hüppeliigest. Samal päeval tehti üldhaiglas röntgeniülevõtted mõlemast hüppeliigesest, kuid radioloog luumurdu ei kirjeldanud. Kirurg diagnoosis kanna ja jalapiirkonna liigete ja sidemete vigastuse ning sidemerebendi ja määras raviks elastse sideme, valuvaigisti ja külma kompressi.

Patsient pöördus 14.03.2018 uuesti perearsti konsultatsioonile, kes suunas ta sama haigla kirurgi vastuvõtule. Kaebusteks olid parema jala valu ja turse, samuti ei saanud patsient astuda paremale jalale ning lisandunud olid selja ja parema põlve valud. Objektiivselt põletiku tunnused puudusid. Laps lonkas kõndides tugevalt paremat jalga. Isa sõnul läks jalg õhtuti siniseks. Hilisemal vestlusel arstiga selgus, et laps näitas valukohaks hoopis labajala piirkonda. Tehti röntgenfilmid labajalgadest, mis olid patoloogiat.

26.03.2018 suunas perearst lapse piirkondliku haigla lastekirurgi vastuvõtule, kaebusteks hüppeliigese valu, õhtuti turse, parema jalaga lonkamine ja valulikkus jalale toetumisel. Kuna 18.01.2018 röntgeniülevõttel tuvastati parema pindluu avulsioonfraktuur, siis tehti uus röntgenogramm, millel nähti luukildu. Määrati ortoosravi ja ravikuur mittesteroidsete põletikuvastaste ainetega (ibuprofeen 400 mg × 2) kestusega 10 päeva. Patsient kutsuti kontrollile kahe kuu pärast.

Üldhaigla radioloog tunnistab oma eksimust ja ülemarsti arvates oli tegemist sidemete vigastusega koos luukillu (2,5 mm) ärarebimisega ning vaevused olid seotud luud ümbritsevate kudede seisundiga. Sellise seisundi puhul võtab sõltuvalt sidemete vigastusest paranemine keskmiselt aega kuni 6 kuud.

Kokkuvõte

Patsiendi vigastuse esmasel diagnoosimisel kohalikus haiglas tehti viga: tuvastamata jäeti luumurd. Seetõttu kestis paranemine tava-
pärasest kauem.

Juhtum 3. Diagnoosimata jäi õlavarreluu *tuberculum majus*'e murd.

Patsient kukkus kodus 15.11.2015 ja vigastas paremat õlaliigest ning suunati üldhaiglast keskhaigla erakorralise meditsiini osakonda. Esmaabi andnud arsti selgituse kohaselt töi kiirabrigaad patsiendi 15.11.2015 kell 01.57 EMOsse, patsient kaebas valu paremas käes.

Läbivaatuse ajal oli patsient raskest alkohoolses joobes, käitus ebaadekvaatselt, ajuti isegi agressiivselt. EMOsse kutsuti viivitamata valveanestesioloog üldanesteesia tegemiseks, et kohe likvideerida õlanihestus. Anestesioloog vaatas patsiendi üle ja narkoosist loobuti, kuna patsient oli vähem kui tund tagasi tugevasti söönud ja alkoholi tarvitanud. Soovitati oodata vähemalt 5 tundi ning sellest teavitati patsienti. Üldanesteerias õlanihestus kõrvaldati, seda kinnitas kontroll-röntgenogramm. Radioloog ega traumatoloog luumurdu ei diagnoosinud. Tegemist oli parema õlaliigese nihestuse ja luumurruga.

Harva kaasneb nihestusega mõne õlapõimikust lähtuva närvi vigastus (sagedasim on aksillaar-närv). Enamik närvivigastusi on traumahetkel tekkinud venitused, mis taastuvad 4–6 kuu jooksul iseeneslikult. Üliharva võib lisaks närvivigastusele kaasneda aksillaararteri vigastus, mis võib olla täielik rebend või sisekesta rebend, ning sellest põhjustatud tromboseerumine ja äge ülajäseme isheemia.

Kokkuvõte

Enamik närvivigastusi tekib nihestuse hetkel mõjuvate jõudude, venituse tõttu ja on diagnoositavad patsiendi EMOsse saabumisel. Samas ei võimalda dokumentide andmed kindlalt öelda, kas õlapõimiku vigastus ja aksillaararteri tromboseerumine esinesid patsiendi pöördumisel haiglasse või tekkisid hiljem.

VERESOONTEKIRURGIA

Juhtum. Operatsiooni käigus tekitati *n. peroneus*'i vigastus.

Patsient kaebas, et arst eemaldas veenioperatsiooni käigus 8 cm *nervus peroneus communis*'t, mille tagajärjel ta ei saa vasakut labajalga tõsta (puudub dorsaalfleksioon).

Patsiendi veenilaiendeid oli opereeritud 1983. aastal paremal ja 2007. aastal vasakul jalal. 2018. aastal esines veenilaiendite retsidiivvarikoos – turse, valu, veenilaiendid mõlemal säärel ja reiel. Vasaku jala põlveõndlas olid suured, osaliselt põletikujärgsed veinikomud, mille tekkimas troofilised nahamuutused; aktiivset põletikku veenilaiendite piirkonnas ei diagnoositud. Doppleri ultraheliuuring näitas vasaku v. *saphena magna* klapipuudulikkust.

07.02.2018 eemaldati vasaku jala suur nahaalne veen reielt ja säärelt ning külgnevad veinikomud vasaku sääre mediaal- ja tagaosast. Operatsioonikirjelduse andmeil mingeid kõrvalekaldeid ei esinenud ja patsient lubati samal päeval koju.

13.02.2018 avastati järelkontrollis labajala tuimus ja dorsaalfleksiooni puudumine ning diagnoositi iatrogenet *n. peroneus*'i vigastust. 28.02.2018 tehtud revisjonoperatsioonil leidis kinnitust pindluunärvi vigastus – defekt närvi otste vahel oli 8 cm. Närvi taastamise ainus võimalus oleks närvi siirdamine (transplantatsioon), mille tulemused nii suure defekti korral aga on halvad. Patsient küsis omal algatusel teist arvamust, milles samuti hinnati *n. peroneus*'e taastamine mitteperspektiivseks.

Hiljem pakuti patsiendile labajala funktsiooni parandamiseks tagumise säärelihase (*m. tibialis posteriori*) kõõluse kirurgilist transpositsiooni, millest patsient aga loobus.

Ühise pindluunärvi vigastus veenioperatsioonil on väga harva esinev tüsistus. Arsti selgituse põhjal soodustasid vigastuse tekkimist suured põletikujärgsed veinikomud põlveõndlas ja eelmise veenioperat-

siooni käigus tekkinud sidekirme vigastus, armistumine.

Kokkuvõte

Tegu on operatsiooni käigus tekitatud raske tüsistusega, mille tekkimist operatsiooni ajal ei märgatud. Tüsistuse tekkimist soodustavad tegurid oli korduv operatsioon, sh eelmise operatsiooni ja läbi põetud veenipõletike järel tekkinud armkude.

KIRURGIA

Juhtum 1. Kohene hospitaliseerimine oleks vähendanud patsiendi kannatusi ja pettumist meditsiinis.

Patsient pöördus 18.10.2017 keskhaigla erakorralise meditsiini osakonda vasaku jala viienda varba diabeetilise gangreeniga. Tehti Doppleri ultraheliuuring veresoontest: magistraalsooned ülalpool põlve olid intaktsed, allpool põlve leiti arterite märkimisväärsed kahjustused. Määrati antibakteriaalne ravi (bakteriaalse uuringu tegemise kohta andmed puuduvad), patsient kutsuti tagasi seisundi halvenemise korral ning suunati veresoontekirurgi konsultatsioonile 16.11.2017.

Patsiendi hinnangul seisund halvenes ja ta pöördus 06.11.2017 uuesti sama haigla EMOsse.

EMK arsti sissekande alusel gangreeni olulist levikut ei olnud. Analüüsides oli positiivne dünaamika (CRV oli vähenenud: algul 50 mg/l, pärast 25 mg/l).

Kirurg (erinev eelmisest) hindas ravidünaamikat positiivseks (CRV kahekordne vähenemine), määras teise antibakteriaalse ravimi (bakteriaalse uuringu tegemise kohta andmed puuduvad) ja lubas patsiendi koju. Patsient käis haavaravi õe juures sidumisel 08.11.2017 ja 13.11.2017. 13.11.2017 kutsus õde kirugi, kes patsiendi erakorraliselt hospitaliseeris, ning 14.11.2017 tehti jalaveresoonte balloondilatatsioon allpool põlve ning 15.11.2017 vasaku jala IV ja V varba amputatsioon.

Kokkuvõte

Patsiendi oleks pidanud hospitaliseerima esimese pöördumise ajal, kuna esinesid varba väljakujunenud gangreen, halvasti ohjatud diabeet, suurenenud põletikunäitajad, veresoonte oklusioonid allpool põlve. Amputatsiooni edasilükkamine infektsiooni ravimise eesmärgil oli põhjendatud, kahjuks see ei andnud soovitud tulemust, vaid haigusnähud süvenesid. Haiglatungimustes oleks olnud antibiogrammi alusel ka antibakteriaalse ravi läbiviimine korrektsem.

Kohene hospitaliseerimine tõenäoliselt ei oleks mõjutanud lõplikku ravitulemust, küll aga oleks see vähendanud patsiendi kannatusi ja pettumist meditsiinis. TKE leiab, et oluliselt oleks võimaldanud parandada ravitulemust vaid varasem arsti poole pöördumine.

KARDIOLOOGIA

Juhtum 1. Meditsiinidokumentide sissekanded ei ole piisavalt informatiivsed.

Patsient oli põdenud südamelihase infarkti ja talle oli tehtud aortokoronaarse šunteerimise operatsioon, korduv pärgarterite uuring ja laiendamine (stentimine) ning paigaldatud kardiostimulaator. Korduvalt oli ravitud hüpertooniatõbe, südamepuudulikkust, alajäsemete ateroskleroosi, eesnäärme pahaloomulist kasvajat, epilepsiat, nägemishäireid, seedetrakti verejooksu ja neerupuudulikkust.

18.10.2017 kutsuti kiirabi: patsiendil olid valud rinnus ja tugevalt väljendunud astsiit. Patsient viidi keskhaigla EMOsse, kus temaga tegeles valvekardioloog. Asetati dreen astsiidivedeliku eemaldamiseks ja suunati ravile sisehaiguste osakonda.

Ravidokumentides on märgitud, et haige oli hospitaliseeritud rindkere valu tõttu (valu tekkis liigutustel) ja esines õhupuudus pikali asendis. Astsiit punkteeriti ja eemaldati 800 ml vedelikku ning dreen eemaldati. Patsiendi üldseisund oli

stabiilne: ta oli teadvusel, kontaktne, kuid vajas abi igapäevaste toimingute sooritamisel, sest oli pime. Lühikest aega pärast haiglaravile saabumist leidsid siseosakonna töötajad patsiendi voodi kõrval põrandal istumas, patsiendi sõnul oli ta ise roninud üle voodipiirete sooviga minna tualetti. Sündmuse tagajärjel oli tekkinud kanüüli piirkonda käele veritsev marrastus. Marrastusele asetati plaaster, mida kavatsesi vahetada 23.–24.10.2017.

Patsient lubati omal soovil koju 20.10.2017. Kodus kutsuti korduvalt kiirabi seoses tugevate valudega rindkeres ja jäsemetes (haiglas voodist kukkumise järel olid haavad ja verevalumid). Haige suri 24.10.2017.

Keskhaigla vastus kaebusele: „Nõustume, et patsiendi hooldusküsimustes on haiglates võimalik parandusi teha, ka meie haiglas. Hilisemal haigusjuhu arutelul on juhitud osakonna personali tähelepanu vajadusele patsiendiga mitte ainult tegeleda, vaid seda ka korrektselt dokumenteerida.“

Kokkuvõte

18.–20.20.2017 haiglaravi kohta koostatud meditsiinidokumentide sissekanded on väheinformatiivsed ja neist ei selgu, et haige oleks saanud trauma haiglavoodist kukkudes. Keskhaigla selgituse andmeil konsulteeris patsienti haiglasse saabumisel kardioloog, samas kardioloogi konsultatsiooni dokumenteeritud ei ole. Patsiendi surma põhjuseks olid rasked kroonilised haigused, mida ei saa seostada kukkumisega haiglas.

Juhtum 2. Patoanatomiline ja kliiniline diagnoos lahknevad.

Patsient viibis septembris 2015 ravil piirkondliku haigla pulmonoloogia osakonnas, kuhu oli ta saatnud perearst, sest kopsude röntgeniülevõttel kahtlustati kopsukasvajad. Radioloogiliselt leiti kahepoolne pleuraefusioon. Pleuraefusiooni diferentsiaaldiagnostikaks tehti vedeliku eemaldamiseks pleuraõõne punktsioon ning rindkere KT-uuring.

Nende uuringutega välistati pahaloomuline kasvaja, samuti olid uuringud võimaliku tuberkuloosi suhtes negatiivsed.

Patsient pöördus 26.09.2016 samasse haiglasse kardiokirurgilise ravi üle otsustamiseks.

15.10.2016 pöördus patsient uuesti EMOsse, sest õhupuudus oli süvenenud, koormustaluvus vähenenud ja jalgadele tekkinud tursed. Ta hospitaliseeriti I kardioloogiaosakonda ja registreeriti operatsioonile 24.10.2016. Operatsiooni oodates haige tervis halvenes: 23.10.2016 tekkis septiline šokk. Sepsise ja hingamispuudulikkuse põhjusena kahtlustati pleuraempüeemi. Röntgenuuringul leiti kopsupais, kahtlustati algavat pneumooniat. Korduvatel radioloogilistel uuringutel kopsuparenhüümis tuberkuloosi tunnuseid ei ilmnunud. 25.10.2016 kujunes välja hulgielundipuudulikkus ja haige suri 27.10.2016.

Lahangul ilmnis, et haigel oli harva esinev dissemineerunud miliaarne tuberkuloos (diagnoos kinnitati histoloogiliselt ja bakteriaalselt). Haaratud olid kopsud, maks, peensool, põrn, neerupealised, neerud, eesnääre, perikard, müokard ja keskeinandi lümfisõlmed. Tüsistustena esinesid äge verejooks peensoole tuberkuloosi koldest, äge respiratoorse düstressi sündroom. Ühe miliaarse tuberkuloosi tüsistusena esines perikardipauna väljendunud lubjastus – kokkukasve. Tuberkuloositekitaja tehti kindlaks lahangul võetud koetüki analüüsi põhjal.

Kokkuvõte

Tuberkuloos tekitab tihti südamekahjustusi (harva perikardiiti), kuid kõnealuse patsiendi korduvatel elupuhustel uuringutel tuberkuloosi tunnuseid kahjuks ei avastatud.

SILMAHAIGUSED

Juhtum. Ambulatoorsel vastuvõtul peab kontrollima patsiendi nägemisteravust.

07.08.2017 pöördus patsient silmaarsti vastuvõtule parema silma

tugeva valu ja punetusega. Silmaarst diagnoosis ägedat iridotsükliiti ja määras raviks kortikosteroidtilgad ja -salvi (*Sol. Maxidex* ja *Ung. Maxidex*) ning pupilli laiendavad tilgad (*Sol. Cyclogyl*).

Järgmisel päeval suurenes patsiendil silma valulikkus ja nägemine kadus, kuid 09.08.2017 toimunud vastuvõtul jätkas silmaarst sama ravi. Järgnesid veel 3 visiiti 17.08, 23.08, 30.08, mil jätkus sama ravi. Ambulatoorse kaardi sissekannete andmeil kaebas patsient jätkuvalt nägemise halvenemist ja silmamuutused püsisid ka objektiivsete näitete põhjal. Mõõdeti silmasiserõhku, kus oli juba märgata silmasiserõhu erinevust kahe silma vahel. Ravis muutusi ei toimunud. Seoses silmaarsti puhkuse algusega lepiti kokku, et edasiste kaebuste tekkimisel pöörduks patsient keskhaigla silmakliiniku EMOsse.

11.09.2017 pöördus patsient keskhaigla EMOsse, kus diagnoositi parema silma krooniline iridotsükliit ja sekundaarne glaukoom. Silmasiserõhk oli tõusnud juba 65 mm Hg-ni (põhjustab tugevat valu ja võib tekitada oksendamist), mille tõttu oli täiesti kadunud parema silma nägemisteravus ($Vis\ od = 0$). Määrati glaukoomi ravi ja patsiendi edaspidine ravi jätkus silmakliinikus.

Patsient põeb lisaks silmahai-gusele juveniilset spondüliiti, mis on üheks kroonilise iridotsükliidi põhjuseks. Haiguse kulust võib eeldada, et patsient on tundlik kortikosteroidide sisaldavate ravimite suhtes, mis tõstavad silmasiserõhku ja mille tagajärjel võib tekkida sekundaarne glaukoom ning kaduda silmanägemine. Patsiendi silmakambrinurka olid põletikust tekkinud liited, mis omakorda takistasid vedeliku voolu silmas ja tõstsid silma siserõhku. Protssess võib olla väga agressiivse iseloomuga.

Kokkuvõte

Patsiendi nägemise kaotuse põhjuse selgitamiseks oleks arst pidanud tegema lisauuringuid (näiteks silma

vikerkesta-sarvkesta nurga vaatluse ehk gonioskoopia) või saatma patsiendi konsultatsioonile teise raviasutusse. Kortikosteroidravi määramisel tuleb kindlasti kontrollida silmasiserõhku.

KOKKUVÕTE

TKE tegi 2018. aastal tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedi ja töökorralduse parandamiseks 28 ettepanekut, soovitusi ja tähelepanujuhtimisi, neist 18 esitati tervishoiuteenuste osutajatele (sh 7 hambaraviasutustele, 1 haigla kiirabile, 1 vanglale), 7 Terviseametile, 1 Sotsiaalministeeriumile, 1 Eesti Psühhiaatrite Seltsile, 1 Eesti Haigekassale.

Komisjon juhtis korduvalt tähelepanu, et kaebuste lahendamisel on oluline korrektne dokumentide täitmine ja dokumenteerimisel

tuleb juhinduda sotsiaalministri 18.09.2008. a määruse nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord” nõuetest.

TKE juhtis Eesti Psühhiaatrite Seltsi tähelepanu, et tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59² kohustab kõiki eriarstiabi osutajaid esitama tervise infosüsteemi (TIS) stationsaarsed epikriisid alates 01.01.2009 ja ambulatoorsed epikriisid alates 01.01.2010.

Samas ei kohusta TKE ettepanek, nõuanne ja soovitus arsti või raviasutust hüvitama patsiendile eksimuse tagajärjel tekkinud tervisekahju. Rahalise hüvitise taotlemiseks peab patsient pöörduma kohtusse, kui tal ei õnnestu tervishoiuteenuse osutajaga saavutada kohtuvälist kokkulepet. Kauga kestvate ja kulu-

kate kohtumenetluste ennetamiseks on TKE korduvalt soovitanud tervishoiuteenuse osutajal ja rahulolematul patsiendil kohtuväliselt omavahel kokkuleppele jõuda.

Paljude kaebuste põhjuseks olid suhtlusprobleemid, mille puhul TKE ei saa tagantjärele objektiivselt hinnata konflikti tekkimise asjaolusid ja tavaliselt pole need ka ravidokumentides dokumenteeritud. Seega ei ole TKE riikliku järelevalve organ ning ei käsitle tervishoiuteenuse osutaja ja patsiendi vaidlus- ja rahaküsimusi. Komisjoni hinnang on eriarstidest ekspertide soovituslik arvamus, mis ei sea kellelegi mingeid juriidilisi õigusi ega kohustusi, ei muuda ega lõpeta neid.

TÄNUAVALDUS

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

Üksteist soovitud muskuloskeetaalse valuga haigete käsitlemiseks

Esmatasandi arstid puutuvad iga päev kokku patsientidega, kelle kaebuseks on nimme-, kaela-, põlve-, puusa- või õlavalu. Enamasti on valu muskuloskeetaalse iseloomuga, sagedasemaks põhjuseks on degeneratiivsed muutused lülisambas ja liigestes. Vaevused on kroonilise iseloomuga ning sageli korduvad.

Ühendkuningriigi teadlased analüüsisid rahvusvahelistes andmebaasides refereeritud 6232 artiklis soovitatud käsitlusi muskuloskeetaalse valuga haigete ravis. Nende põhjal formuleeriti

11 soovitusi, mida peetakse parimaks praktikaks nende haigete käsitlemisel.

Kokkuvõtlikult soovitati teha järgmist:

- 1) läheneda patsiendikeskselt;
- 2) välistada nn punased lipud;
- 3) selgitada välja võimalikud vaevusi mõjutavad psühhosotsiaalsed tegurid;
- 4) visualiseerimismeetodit valides esitada selgelt küsimus, millele soovitakse vastust saada, et leida optimaalne meetod;
- 5) uurida patsienti hoolikalt ja objektiivselt;
- 6) jälgida sümptomite dünaamikat;

- 7) teavitada haiget igakülgsesti;
- 8) soovitada võimlemisharjutusi ja füüsilist aktiivsust;
- 9) manuaalteraapiat soovitada vaid täiendava raviviisina;
- 10) kirurgilist ravi soovitada vaid siis, kui konservatiivse ravi võimalused on ammendatud;
- 11) soovitada jätkata töötamist.

Arusaadavalt on esitatud käsitluse üldpõhimõtted. Olulisim neist on patsiendikeskne lähenemine.

REFEREERITUD

Lin I, Wiles L, Waller R, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. Br J Sports Med 2019, doi:10.1136/bisports-2018-099878.

LÜHIDALT