

Meditsiiniõiguslik tagasivaade 2018. aastale ehk arsti vastutuse tõde ja õigus

Ants Nõmper – Advokaadibüroo Ellex Raidla

Eelmisel aastal sai kännu tagant liikuma patsiendikindlustuse projekt. Liikuma saamine ei tähenda veel kuidagi lõpuni jõudmist, aga vähemalt edenemist on märgata. Loodetavasti ei ole tegemist ainult valimiseelse puru silma ajamisega ja niisama aktiivne tegelemine jätkub ka pärast valimisi. Igatahes lubas sotsiaaldemokraadist sotsiaalminister Riina Sikkut 11. septembril 2018, et süsteem jõustub 1. jaanuaril 2020. Sellest ajendatuna on tahetud seekord anda lugejale ülevaade, milline on arsti vastutus õiguse vaatenurgast ning milline on olnud õiguse rakendamise praktika ehk tõde. Nii senine õigus kui ka praktika muudetakse patsiendikindlustusega ära, mistõttu on loodetavasti tegemist ka ühe ajastu kokkuvõtva kirjutisega ja selle teema juurde ei pea enam tagasi tulema. Edaspidi saab tõde ja õigust loodetavasti hinnata, analüüsides patsiendikindlustuse süsteemi ja lahendeid.

TSIVIILVASTUTUS EHK KAHJU HÜVITAMISE ÕIGUS

Tsiviilvastutuse eesmärk on ennistada varasem olukord, mitte aga kedagi karistada. Varasema olukorra ennistamiseks tuleb näiteks meedias ilmunud ebaseaduslikult ära võetud asi selle omanikule tagasi anda. Kui olukorra endiseks tegemine ei ole võimalik, siis tuleb püüda tekkinud olukord hüvitada rahas. Tervishoius tulebki tsiviilvastutuse all mõista eelkõige patsiendile või tema lähedastele tekkinud kahju hüvitamise kohustust.

Alustame tervishoiuteenuse osutaja kui ettevõtja ja tervishoiutöötaja kui füüsilise isiku vastutuse

eristamisest. Tööandja ja töötaja samaaegse vastutuse näeb ette võlaõigusseaduse (VÕS) § 758 lõige 2 järgmiselt: „Tervishoiuteenuse osutamisel osalev kvalifitseeritud arst, hambaarst, iseseisvalt tervishoiuteenust osutav õde või ämmaemand, kes tegutseb tervishoiuteenuse osutajaga sõlmitud töölepingu või muu sellesarnase lepingu alusel, vastutab tervishoiuteenuse osutamise lepingu täitmise eest tervishoiuteenuse osutaja kõrval ka isiklikult.“ Ei ole just palju erialasid, kus seadusandja on pidanud vajalikuks eksimuste eest panna vastutama ka töötajat ennast. Teoorias võivad küll mõlemad vastutada, kuid praktikas vastutab siiski ainult teenuse osutajaks olnud haigla või muu tervishoiuasutus.

Miks praktika selline on, sellel on mitu põhjust. Esiteks on patsiendil alati parem valida endale vastaspooleks see, kelle maksevõime on suurem. Teiseks on suurem tõenäosus jõuda kompromissini just sellise vastaspoolega, kellel on rohkem raha. Kompromiss on eriti tõenäoline just siis, kui väljamakstavast summast ei sõltu otseselt ühegi inimese sissetulek või varaline seisund, vaid väljamakse reaalseks tegijaks on kindlustus. Paljud tervishoiuteenuse osutajad on oma vastutuse vabatahtlikult kindlustanud ja seetõttu ei ole neil probleemi raha vajaduse korral välja maksta, kui summa on mõistlik (enamasti on kindlustusleping selline, et vastutuskindlustuse andja hüvitab väljamakstud summa tervishoiuteenuse osutajale, mitte ei maksa ise otse patsiendile, nagu VÕSi § 510 reegljuhtumina ette näeb). Kolmandaks on teenuse osutaja vastu mine-

mine patsiendile riskivabam, sest kahju tekitajas pole võimalik eriti eksida. Kuna tervishoid ja arstiabi on meeskonnatöö, tekib konkreetse tervishoiutöötaja vastaspooleks väljavalimisega alati risk, et kohtumenetluses avastatakse, et viga oli kellegi teise tehtud ja hagi jääb seetõttu rahuldamata.

Isegi kui mõni patsient tahaks just nimelt tervishoiutöötajaga kohut käia ja kõiki neid eespool nimetatud riske võtta, ei õnnestu tal tervishoiutöötaja käest tegelikuses raha saada. Nimelt sätestab töölepingu seaduse (TLS) § 76 lõige 1, et kui töötaja on mittetahtlikult tekitanud töökohustuste täitmisel kellelegi kahju, siis peab selle kahju ja kaasnevad kohtukulud kinni maksma tööandja. Tööandjal endal tekib pärast kahjusumma väljamaksmist õigus nõuda töötajalt osaliselt raha tagasi. See osa, mis tuleb töötajal tagasi maksta, on piiratud TLSi § 74 lõike 2 kohaselt järgmiselt: „Kui töötaja on töölepingut rikkunud hooletuse tõttu, vastutab ta tööandjale tekitatud kahju eest ulatuses, mille määramisel arvestatakse töötaja tööülesandeid, süü astet, töötajale antud juhiseid, töötin-gimusi, töö iseloomust tulenevat riski, tööandja juures töötamise kestust ja senist käitumist, töötaja töötasu, samuti tööandja mõistlikult eeldatavaid võimalusi kahjude vältimiseks või kindlustamiseks. Hüvitist vähendatakse tööandja tegevusega seonduva tüüpilise kahju tekkimise riski tagajärjel tekkinud kahju võrra.“ Seega sätestab VÕS tervishoiutöötaja vastutuse aluse ja TLS sisustab vastutuse rahalise ulatuse. Täpsema kohtupraktika puudumise tõttu võib arvata,

et tegelikkuses piirdub tööandja tagasinõudeõigus tervishoiutöötaja vastu paari kuupalgaga. Siiski ei ole Eestis teada ühtegi tervishoiuteenuse osutajast tööandjat, kes oleks oma kollektiivi tervishoiutöötajalt hakanud isegi seda paari kuupalka kahjuhüvitise katteks tagasi nõudma. Tervishoiutöötajate nappuse olukorras ei ole tööandjal lihtsalt sellist läbirääkimiste positsiooni ning paar kuupalka ei vääri ilmselt kogu kollektiivi töörahu rikkumist.

Tõsi, ka teoreetiline risk on risk ja seetõttu on hea, kui arst oma teoreetilise vastutuse, mille suuruseks on paar kuupalka, ära kindlustab. Seda on ka enamik Eesti arste juba teinud Eesti Arstide Liidu kaudu, kuhu kuulub 70% praktiseerivatest arstidest (1). Liidu kinnitusel on nende kindlustust vaja olnud ainult väga üksikutel juhtudel, kuigi see on jõus olnud juba üle 15 aasta. See kinnitab veel kord, et tervishoiutöötajate vastu nõudeid ei esitata. Seega pole ka VÕSi § 758 lõikes 2 sätestatud tervishoiutöötaja isikliku lepingulise vastutuse järele mingit vajadust ning selle sätte võiks tühistada.

Deliktilise ja lepingulise vastutuse eristamisega tegeleb VÕSi § 1044. Selle paragrahvi lõike 4 kohaselt vastutab lepingulise kohustuse rikkumise tulemusena isiku surma põhjustamise või talle kehavigastuse või tervisekahjustuse tekitamise korral kahju tekitaja selle eest ka kahju õigusvastase tekitamise sätete alusel. Seega võib ebaõige ravi kaasa tuua nii lepingulise kui ka deliktilise vastutuse. VÕSi § 1054 kohaselt tekib töötajal ja tööandjal ühesugune vastutus olukorras, kus arst oma töökohustusi täites tekitab patsiendile õigusvastaselt kahju. Seega oleme tagasi samasuguses olukorras nagu lepingulise vastutuse puhul. Praktikast ei viigi lepinguline ja lepinguväline vastutus tervishoiuvaldkonna kaasustes erineva tulemuseni. Asjaolu, et deliktilise vastutuse jaoks eeldatakse VÕSi § 1045 lõike 1 punktide 1 ja 2 kohaselt surma või tervisekahjustuse

põhjustamise korral õigusvastasust ning VÕSi § 1050 lõike 1 kohaselt ka süüd, ei tähenda, et tõendamiskoormis oleks ümber pööratud. Patsient peab endiselt tõendama käibekohustuse rikkumist, mis lepinguõiguses võrdub VÕSi §-is 762 nimetatud arstiteaduse üldise taseme rikkumisega. Alles siis, kui käibekohustuse rikkumine on tõendatud, peab tervishoiuteenuse osutaja omalt poolt tõendama vastutust välistavaid asjaolusid, eelkõige põhjusliku seose puudumist, sest kahjulik tagajärg on juba olemas. Samasugune on olukord ka lepingulise vastutuse puhul, kus VÕSi § 770 lõike 4 kohaselt peab ravivea tõendatuse korral hakkama tervishoiuteenuse osutaja tõendama põhjusliku seose puudumist.

Eraldi tuleb peatuda süü küsimusel. Tuleb kohe alguses ära öelda, et süü küsimus ei ole kohtumenetlustes siiani kunagi olnud keskne teema ega õlekõrs vastutusest pääsemiseks. Selline on olukord nii lepingulise kui ka deliktilise vastutuse korral. Tegemist on tervishoiuvaidlustes sisutühja kontseptsiooniga, nagu tervishoiutöötaja isiklik tsiviilõiguslik vastutus tervikuna on sisutühi. Ka deliktilise vastutuse nõude esitamise korral eelistavad patsiendid eelmainitud põhjustel tervishoiuteenuse osutajat ning need, kes lähevad nõudega tervishoiutöötaja vastu, saavad TLSist tulenevalt ikkagi vastutajaks tervishoiuteenuse osutaja, nagu eespool selgitatud.

Miks siis tervishoiutöötajad seda süü küsimust kogu aeg rõhutavad ja mittesüüilisest vastutusest räägivad? „Süü“ on tavakeeles häbimärgistava tähendusega sõna. Keegi ei taha süüdi olla. Seepärast tundub atraktiivsena ingliskeelne termin *no-fault liability*, millega iseloomustatakse Skandinaavia riikide patsiendi-kindlustuse süsteeme (2–5). Süüta vastutus tähendab õiguskeeles riskivastutust ehk seda, et süü vastuväidet ei saa õigushüve kahjustanud isik üldse esitada. Selles mõttes langevad juriidiline keel ja tavakeel

kokku, et tervishoiutöötaja vastutusele võtmiseks ei ole süüd vaja tuvastada. Tervishoiutöötajad teevad aga sellest järelduse, et tervishoiutöötaja vastutus kaob üldse ära, sest ilma süüdlaseta ei saa ju vastutusele võtta. Juristide jaoks on vastupidi: süüta vastutus halvendab tervishoiutöötaja olukorda ja suurendab vastutust, sest süü puudumise taha ei saa enam pugeda. Kuna aga, nagu eespool öeldud, on süü tervishoiuteenuse üle peetavates vaidlustes sisutühi kontseptsioon, siis tuleks edaspidises diskussioonis üldse süü teemast hoiduda ja keskenduda olulistele küsimustele.

KAHJU HÜVITAMISE TÕDE

Kui sageli esineb tervishoiuteenuse osutaja tsiviilvastutust? Seda on raske hinnata, aga proovime siiski. Riigi Teataja kohtulahendite andmekogust (www.riigiteataja.ee) leiab alates 2006. aastast märksõnaga „raviviga“ kokku 46 lahendit. Kui nende hulgast jätta välja vangide kaebused (seal soovitakse tavapärast ravi edasilükkamisest või mittesaamisest tekkinud kahju hüvitamist, mitte ei vaielda ravi kvaliteedi üle kitsamas tähenduses), hambaravi vaidlused (seal soovitakse tavapärast makstud raha tagasi), Riigikohtusse jõudnud vaidlused ning menetluslike küsimuste üle peetud vaidlused, siis jääb alles seitse lahendit. Riigikohtu veebilehel asuv märksõnastik sisaldab märksõna „tervishoiuteenuse osutamise leping“ all samuti seitse lahendit. Kui eemaldada nende hulgast jällegi hambaravi, nõusoleku küsimused ja tervishoiuteenuse kvaliteeti mittepuudutavad lahendid, jääb alles ainult kaks sisulist vaidlust tervishoiuteenuse kvaliteedi üle.

Kohtupraktika vähesus ei ole siiski üllatav, sest üldjuhul lepivad pooled hüvitise suuruses kokku, kui tervishoiuteenuse kvaliteedi eksperdikomisjon on ravivea tuvastanud, ja seetõttu ei ole patsiendil vaja kohtusse pöörduda. Kui aga vaidlus ikkagi kohtusse jõuab, siis lõpeb see üldjuhul kompromissiga.

Sõlmitud kokkulepped on tavaliselt konfidentsiaalsed, sest patsient on huvitatud oma privaatsuse kaitsest ning haigla ei ole huvitatud negatiivsest tähelepanust meedias. Kui aga eksperdikomisjon ei ole raviviga tuvastanud, on patsiendil üsna vähe lootust saada hüvitist kohtumenetluse teel ja jällegi jääb kohtuvaidlus ära.

Millised on väljamõistetud hüvitised? Harju Maakohtu väljamõistetud mittevaralise kahju hüvitised on uuemates vaidlustes olnud järgmised:

- seoses hambaraviteenusega 2000 eurot;
- seoses eriti raske tervisekahjustuse tekitamisega 100 000 eurot;
- seoses kannatanu surmaga 11 000 eurot (6).

Lisaks patsiendile saab teatavatel juhtudel nõuda mittevaralise kahju hüvitamist ka patsiendi lähedane isik. VÕSi § 134 lõike 3 kohaselt on sellise kahjunõude eelduseks lisaks tavapärasele eeldustele erandlikud asjaolud. Kohtupraktikas on peetud selliseks erandlikuks asjaoluks vastsündinu surma olukorras, kus lapsevanemad on olnud mõlemad lapsega samas haiglas. Kahjude õiglaseks suuruseks pidas Riigikohus 3000 eurot isale ja 7000 eurot emale (7). Sellises suurusjärgus on ka kriminaalasjades rahuldatud mittevaralise kahju hüvitise nõuded. Näiteks vereülekanne, mis tõi kaasa patsiendi surma, tekitas kohtu hinnangul hüvitamisväärset mittevaralist kahju lähedastele 3000–5000 eurot (8). Seejuures pidas kohus erakorraliseks asjaoluks lihtsalt fakti, et surma saanud patsient viibis haiglas (9).

KARISTUSÕIGUSLIK VASTUTUS EHK KARISTAMISE ÕIGUS (JA TÕDE)

Kuivõrd ka karistusõiguslik vastutus jaguneb kaheks – vastutus kuriteo või väärteo eest –, tuleb kõigepealt kontrollida, kas tervishoiuteenuse osutamisel tekkivad probleemid on karistatavad väärteona. Vastus

sellele küsimusele on eitav. Väärteona on karistatav küll erinevate haldusõiguslike piirangute täitmata jätmine, kuid klassikaline raviviga on karistatav ainult kuriteona. Seejuures ei ole seadusandja pidanud vajalikuks kehtestada erikoosseisu ravivigade jaoks, vaid juhtumeid lahendatakse tagajärje järgi kas karistusseadustiku (KarS) § 117 (surma põhjustamine ettevaatamatusest) või § 119 (raske tervisekahjustuse tekitamine ettevaatamatusest) alusel. Tahtlike ravivigade puhul järgneb samuti vastutus nagu tavaliste tahtlike tegude puhul, kuid ravivigu ei panda toime tahtlikult. Pole õige nimetada raviveaks tahtlikku tapmist või tervisekahjustuse tekitamist.

Iseseisvuse taastanud Eestis on oma tööülesannete täitmise ehk tervishoiuteenuse osutamisega seoses süüdi mõistetud neli arsti ja kolm muud meditsiinitöötajat. Siia hulka pole arvatud nn retseptivabrikuid, kus tervishoiutöötajad on narkomaanidele või sportlastele ebaseaduslikke aineid vahendanud. Ka ebaseaduslik majandustegevus meditsiini valdkonnas ei ole siin asjakohane. Lugejad võivad mäletada ka Jehoova tunnistajate kriminaalasja, kuid seal olid kohtu all nõusoleku andmisest keeldunud lapsevanemad, kes mõisteti õigeks, Keila kiirabi tervishoiutöötajat karistati abivajaja haiglasse toimetamata jätmise eest, mille tagajärjel saabus patsiendi surm paar päeva hiljem (10). Tartus ilma naise nõusolekuta aborti teinud ja selle käigus naisele üliraske kehavigastuse põhjustanud naistearst mõisteti süüdi pärast kahes kohtuastmes õigeks mõistmist (11, 12). Pärnus õigel ajal keisrilõike tegemata jätnud naistearst mõisteti süüdi naisele ja lapsele raske tervisekahjustuse tekitamise eest (13, 14). Kõige hilisem arsti süüdimõistmine pärineb 2018. aastast, kui Virumaa arsti karistati erakorralise meditsiini osakonnas õige diagnoosi panemata jätmise eest, millega kaasnes patsiendi surm (15). Muudest tervishoiutöötajatest on

karistatud farmatseuti, kes Pelgulinna sünnitusmajas ravimi ebaõige sildistamise (kaaliumi asemel glükoosi silt) tõttu põhjustas ühe valet ravimit saanud vastsündinu surma ja teise üliraske kehavigastuse (16). Süüdi mõisteti ka ämmaemand, kes ebaõnnestunud võttis vastu kodusünnituse, ilma et tal oleks üldse olnud õigust sünnitust kodus vastu võtta (17). Viimasena on karistatud meditsiiniõde, kes ekslikult kandis patsiendile üle vale verd ja põhjustas sellega patsiendi surma (18). Seega on neli juhtumit seotud sünnitusabiga, kaks erakorralise meditsiiniga ning üks juhtum seoses vereülekandega. Üks juhtum iga kolme ja poole aasta kohta pärast taasiseseisvumist.

Uurimisel olnud kriminaalasju ei ole ka väga palju rohkem olnud. Alates 2010. aastast on prokuratuuris olnud menetluses, ent kohtusse mitte jõudnud täpselt üks juhtum aastas (19). Lõpetamise aluseks on ühe erandiga olnud kuriteo tõendamatus. Ei ole liialdus väita, et riigi jõustruktuurid on jõuetud ravikvaliteedi asju uurima, sest tegemist on väga spetsiifilise ja eriteadmisi nõudva küsimusega. Seetõttu pole põhjust arvata, et kriminaalasjade arv kuidagi suureneks, kuigi patsientide jaoks on tegemist väga mugava menetlusega. Piisab ainult avalduse esitamisest politseile ja käivitub kriminaalmenetlus. Patsiendil ei ole vaja tasuda riigilõivu ega palgata advokaati. Kõike, mida riik suudab välja uurida, saab patsient kasutada oma nõude esitamiseks. Seega on vaatamata näilisele patsiendisõbralikkusele kriminaalmenetluse ebaefektiivsus see, mis nullib ära selle kasutamise atraktiivsuse patsientidele.

KOKKUVÕTE

Arsti ja teiste tervishoiutöötajate vastutus on Eestis eksisteerinud kogu iseseisvuse taastamise järgse aja. Selle aja jooksul on ravivigade eest välja mõistetud summad jõudnud 100 000 euronit ning iga kolme ja poole aasta tagant leitakse

mõni tervishoiutöötaja kuriteos süüdi olevat. Samas ei mõisteta neid summasid välja arstidelt, vaid ikka haiglatelt ning kriminaalkaristused tähendavad tingimisi karistamist ehk reaalselt ei pea keegi vanglasse minema. Seega on tegemist arstide vaates asjatu ähvardamise ja hirmutamise, millel on kahtlemata negatiivne mõju avalikustamisele ja probleemide tunnistamisele. Seetõttu on ülim aeg edasi liikuda ja hirmutamise asemel hakata koguma andmeid ja

neid analüüsima ning maksta kahju kannatanud patsiendile hüvitist eraldi loodavast patsiendikindlustuse fondist. Kohtumenetlus ei ole lahendus patsiendile ega arstile ning loodetavasti need kaasused ka käesoleval aastal lõpevad.

KIRJANDUS

1. <https://arstideliit.ee/vastutuskindlustus>
2. <https://www.npe.no/en>
3. <https://pebl.dk/>
4. <https://lof.se/>
5. <http://www.pvk.fi/en>
6. Harju Maakohtu 3. detsembri 2018. a kiri Justiitsministeeriumile, 10-3/18-34.

7. Riigikohtu tsiviilkolleegiumi otsus 3-2-1-131-13.
8. Harju Maakohtuotsus 1-17-7224.
9. Haravee J. Kohtunik Merle Parts: „Kui patsient saab loodetud abi asemel haiglas surma, siis on see erakorraline!“ Öhtuleht, 07.12.2017. <https://www.ohuleht.ee/844981/fotod-kohtunik-merle-parts-kui-patsient-saab-loodetud-abi-asetel-haiglas-surma-siis-on-see-erakorraline>.
10. Tallinna Linnakohtu otsus 1-243/96.
11. Riigikohtu kriminaalkolleegiumi otsus 3-1-1-119-00 ja 3-1-1-63-00.
12. Nõmper A. Stigma abordi kaasus. *Juridica* 2000;(7): 435–50.
13. Riigikohtu kriminaalkolleegiumi otsus 3-1-1-79-10.
14. Nõmper A. Lisandusi Riigikohtu lahendile 3-1-1-79-10. *Juridica* 2011;(2).
15. Viru Maakohtu otsus 1-15-6223.
16. Tallinna Ringonnakohtu otsus II-1/214.
17. Harju Maakonnakohtu otsus 1-15-6038.
18. Harju Maakonnakohtu otsus 1-17-7224.
19. Kask S. Arst kohtuniku patsiendina. Ettekanne Eesti Tervishoiutöötajate Liidu konverentsil. Tallinn; 21.09.2018.

Kas hommikusöögiga või ilma

Ülekaalus on kogu maailmas üks suuremaid rahvatervise probleeme ning selle levimus on kiire kasvutrendiga. Ülekaalus on seotud mitmete krooniliste haigustega nagu südame- ja veresoonkonnahaigused, diabeet ja osteoartriit. Kuigi ülekaalususe ennetamise ja vähendamise strateegiad peaksid olema mitmetegurilised, on palju räägitud justnimelt hommikusöögist kui ülekaalususe eest kaitsvast tegurist.

On teoretiseeritud, et hommikuti söömine võib muuta toitainete metaboliseerimist tõhusamaks ning seeläbi vähendada ülejäänud päeva jooksul liigset söömist. Küll aga on uuringutes võrreldud hommikusööki söövate ja mitesöövate inimeste põhiainevahetust ning rühmade vahel olulisi erinevusi ei ole leitud. Regulaarne hommikusöögi söömine võib ka üksnes peegeldada inimeste üldise tervislikke eluviise – nimelt on leitud, et hommikusööki

söövad inimesed tarbivad suurema tõenäosusega vähem alkoholi ning rohkem kiudaineid. Väidetavalt põhjustab hommikusöögi vahejätmine päeva jooksul ülesöömist ning seega liigse toiduenergia tarbimist.

Viidi läbi metaanalüüs eesmärgiga uurida, mil määral mõjutab regulaarne hommikusöögi söömine päevast kaloraaži ning seeläbi kehakaalu. Analüüsi kaasati ajavahemikul jaanuarist 1990 kuni jaanuarini 2018 ilmunud juhuslikustatud kontrolluuringud ning võrreldi hommikusööki söövate ja mitesöövate inimeste päevakaloraaži ja kehakaalu. Kokku kaasati analüüsi 13 uuringut, millest seitsmes hinnati, kuidas hommikusöögi söömine mõjutab kehakaalu, ja kümnes uuringus analüüsiti päevast energiatarbimist.

Metaanalüüsist selgus, et hommikusööki mitesöövate kehakaal oli vähesel määral väiksem (keskmine erinevus 0,44 kg, 95% usaldusvahemik 0,07–0,82). Hommikusööki söövate inimeste

energiatarbimine oli päeva jooksul suurem (keskmine erinevus 259,79 kilokalorit päevas). Siit võib järeldada, et hommikuti mitesöövad inimesed ei söö ülejäänud päeva jooksul liiga palju.

Olemasolevate uuringute peamisteks miinusteks oli lühike jälgimisperiod (keskmiselt jälgiti kehakaalu 7 nädala ja energiatarbimist 2 nädala jooksul), mistõttu tulemuste kvaliteet võib olla kehvem ning tulemusi peaks ettevaatusega tõlgendama.

Uuringust võib järeldada, et täiskasvanutel hommikusöögi lisamine päevamenüüsse ei pruugi kehakaalu langetamiseks olla hea strateegia, vaid sellel võib olla hoopiski vastupidine toime. Oleks vaja teha edasisi parema kvaliteediga juhuslikustatud kontrolluuringuid, et hinnata hommikusöögi söömise rolli kehakaalu langetamises.

REFEREERITUD

Sievert K, Hussain S, Page M et al. Effect of breakfast on weight and energy intake: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2019;364:l42.

LÜHIDALT