

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni tegevus 2019. aastal

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

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon (TKE) menetles 2019. aastal 178 avaldust ja tuvastas vajakajäämisi 43 korral, millest meditsiinilise tegevuse vigu esines 26 juhul.

17 juhul hinnati kaebus põhjendatuks osaliselt. Need juhtumid olid seotud dokumentide ebakorrektsuse täitmisega, vajakajäämistega töökorralduses või suhtlemisel patsiendi, tema sugulaste või lähedastega.

Eelmiste aastatega võrreldes oli 2019. aastal kaebuste arv enam-vähem sama. Siiski peab märkima, et esines ka korduvaid kaebusi, kus patsient esitas täiendavaid andmeid ja komisjon oli seetõttu nõus juhtumit uuesti arutama. Tabelis on toodud kaebuste jagunemine erialade kaupa.

Vanglameditsiini teenustega rahulolematud kinnipeetavad esitasid 21 avaldust. Patsiente esindavad advokaadid/juristid esitasid 15 hinnangutaotlust, Terviseamet esitas 3 hinnangutaotlust, politseiuurijad 2, raviasutus 1, Maanteeamet 1 ja patsiendi tööandja 1 avalduse. Ülejäänud 155 avalduse esitajad olid patsiendid ja nende lähedased. Peale esmakordsete eksperthinnangu taotluste menetleti uute asjaolude ilmnenemisega seoses 10 teistkordset taotlust isikutelt, kes polnud jäänud TKE varasema hinnanguga rahule.

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

ERAKORRALINE MEDITSIIIN

Juhtum 1. Nekrootiline fastsiit jäi diagnoosimata

16aastane noormees haigestus 05.10.2018. a hommikul, kaevates parema öla valu. Öhtuks tõusis palavik 38 °C-ni ja vanemad andsid lapsele paratsetamooli.

Järgmise päeva hommikuks oli kehatemperatuur 38,3 °C ja lisaks

Tabel. Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjonile esitatud kaebuste jagunemine erialati 2019. aastal

Eriala	Kaebuste arv
hambaravi	33
peremeditsiin	29
kirurgia	14
ortopeedia	12
erakorraline meditsiin (EMO ja kiirabi)	8
psühhiaatria	8
sünnitusabi ja günekoloogia	9
kardioloogia	9
neurokirurgia	6
uroloogia	6
töötervishoid	5
onkoloogia	5
sisehaigused	4
naha- ja nahahaigused	2
oftalmoloogia	1
lasteneuroloogia	1
otorinolaringoloogia	1
androloogia	1
plastikakirurgia	1
radioloogia	1
õendus- ja hooldusteenus	1

oli tekkinud punetav lööve paremale ülakehale. Laps kurtis väsimust ja õlavalu. Kella 10 paiku kutsuti talle kiirabi, kes viis patsiendi kohaliku haigla erakorralise meditsiini osakonda (EMO). Objektiivsel läbivaatusel leiti punetav lööve rindkerel, valulikkus vasakul 5.–6. roidevahemikus ja valu paremas ölas. Esines kerge köha, kuid kopsude kuulatlusleid oli normis, lisaks esines kurgu kerge punetus. Mingeid vigastusi ei leitud.

Piltagnostikal kõrvalekaldeid ei ilmnenud, analüüsides oli C-reaktiivne valk (CRV) 42,6 mg/l; hemoglobiin 186 g/l, leukotsütoos $14,23 \times 10^9/l$, neutrofiile sellest 90,6%, uriinis oli nitriteid ja vähesel määral valku, bilirubiinisalduseks märgiti ++, leukotsüüte ei olnud. Gripitest oli negatiivne. Ülejäänud verenäitajad olid normi piires.

EMO arst konsulteeris telefoni teel valvepediaatriga, kelle arvates oli lööve põhjustatud mittespetsiifilisest viirusinfektsioonist, uroinfektsiooni hüpoteesi ta eitas. Antibakteriaalse ravi alustamist ei pidanud arst vajalikuks.

EMOs sai patsient antipüreetilist ravi ja tilkinfusiooni, millega ta enesetunne paranes ja temperatuur langes 37,2 °C-ni. Patsient sai soovitusel pöörduda 08.10.2018. a perearsti poole, kodus tarvitada paratsetamooli 1,0 × 3 ja ibuprofeeni 0,4 × 3 ning ta lubati kella 17.00 paiku vanemate saatel koju.

33 tundi hiljem hospitaliseeriti patsient kiirabiga üliarstkeses seisundis septilise šoki kliinilise pildiga: temperatuur 39,1 °C, nahk marmorjas, punetav lööve oli muutunud peenpapuloosseks, parem rindkere pool turseline,

¹ TÜ bio- ja siirdemeditsiini instituudi kohtuarstiteaduse õppetool,

² Eesti Kohtuekspertiisi Instituut,

³ TÜ peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi peremeditsiini õppetool,

⁴ Sotsiaalministeeriumi tervisesüsteemi arenduse osakond

tahhükardia 135 × min, tahhüpnöe 35 × min, RR 113/54 mm Hg, Glasgow' koomaskaala (GCS) skoor 12 – patsient oli rahutu, ei allunud korraldustele, vajas füüsilist ohjastamist. Analüüsides oli CRV 173 mg/l, Lk $2,76 \times 10^9/l$, laktaadisaldus 9,0 U/l. Patsiendil diagnoositi septiline šokk ja ta viidi intensiivravi osakonda. Alustati antibakteriaalset ravi ertapeneemiga, 9 tundi hiljem asendati see antibiootikum tundlikkusest lähtudes penitsilliiniga (*Streptococcus pyogenes*). Vajalik oli ka vasopressoorne ravi noradrenaliiniga. Tehti kompuutertomograafiline (KT) uuring, kus leiti ulatuslik pehmete kudede turse ja vedelikukogumikud lihaste vahel, seda nii rindkeres kui ka kõhuseinas.

08.10.2018 kell 09.00 tehti rindkerele 2 lõiget, kus leiti rohkelt vedelikku kudedes ja lihaste kärbumine. Sama päeva õhtul kell 18.00 tehti kompartmentsündroomi lahendamiseks täiendav lõige parema õlavarre tagapinnale. Pärast rindkerelõigete tegemist kell 09.20 alustati pideva hemodialüüsiga. Hemodünaamika tagamiseks sai patsient erütrotsüütide suspensiooni ja plasma ülekandeid, suurenevates annustes vasopressoreid (adrenaliin ja dopamiin). Sellele vaatamata hemodünaamikat stabiliseerida ei õnnestunud ja 09.10.2019 kell 04.11 patsient suri.

Nekrotiseeriv fastsiit on harva esinev haigus (0,4 juhtumit 100 000 inimese kohta aastas), mille tüüpilisteks tunnusteks on eelnev trauma, lokaliseerimine jäsemetel ja patsiendi kuulumine riskirühma või immuunpuudulikkus. Kõik need tunnused käsitletud patsiendil puudusid.

Kokkuvõte

Patsient põdes nekrotiseerivat fastsiiti, mille tagajärjel ta 09.10.2019 suri. Haiguse mittediagnoosimine 06.10.2018. a pöördumisel on kahetsusväärne, kuid patsiendi tervises seisundi ja tehtud uuringute tulemuste põhjal ei olnud võimalik haiglasse pöördumise ajal nekrootilist fastsiiti diagnoosida.

Juhtum 2. Õige diagnoos ja seetõttu ka vastav ravi hilines

50 aasta vanusel naisel oli pikemat aega esinenud valu nimmepiirkonnas. Alates 09.07.2018. a muutus valu päev-päevalt tugevamaks ning kiirgus alguses vasakusse ja edasi paremasse jalga. Jalad olid tuimad ja pinges. 11.07.2018 läks patsient perearsti vastuvõtule. Perearst suunas ta neuroloogi konsultatsioonile, mis toimus järgmisel päeval.

Neuroloog vaatas vana röntgeni-ülesvõtet ja tegi närviblokaadi ning kutsus patsiendi paari päeva pärast tagasi, kui paremaks pole läinud. Patsiendi vaevused süvenesid ja paari päeva möödudes tehti talle uuesti närviblokaad. Kui kolmandat korda polnud patsient enam võimeline arsti juurde minema, läks perearst ise patsiendi juurde koju ja suunas ta kiirabiga erakorralise meditsiini osakonda, kus tehti kompuutertomograafiline uuring. Kuigi KT-l diagnoositi ulatuslikku 4. ja 5. lumbaalülivahemiku tsentraalsel paiknevat diski prolapsi, mis põhjustas spinaalstenooosi, saadeti patsient EMOst koju. EMO patsiendikaardil pole märgitud edaspidiseid ravijuhiseid patsiendile ega soovitusi valuraviks.

20.07.2018 tuli perearst uuesti patsienti koju vaatama ja arvas, et patsienti tuleb siiski opereerida, ning soovitas tal endal otsida arst, kes opereerib.

30.07.2018 suunati patsient erakorralisele operatsioonile piirkondlikku haiglasse. Selleks ajaks oli tal kujunenud välja nn hobuse-saba ehk *cauda equina* sündroom (seljaaju lõpposa pigistusvigastuse sündroom).

Kokkuvõte

Patsiendile tehti küll vajalik KT-uuring, kuid ei osatud õigesti tõlgendada selle tulemust ja patsiendi haigusseisundi kliinilist leidu ning patsient saadeti koju, kuigi ta oleks vajanud erakorralist kirurgilist käsitlust.

Juhtum 3. Eakas patsient, kes ei saanud iseendaga hakkama, saadeti EMOst üksi koju

88aastane naissoost patsient põdes südamekahjustusega hüpertooniatõbe ja 2. tüüpi diabeeti ning 2018. aasta mais oli psühhiaater diagnoosinud tal ka vaskulaarset dementsust.

Ajavahemikul 09.05.–25.10.2018 käis patsient korduvalt psühhiaatri vastuvõtul, kes on iga kord märkinud, et patsient ei tule enam iseseisvalt toime. (Patsiendi poeg elas Šotimaal, patsiendi jutu põhjal oli poeg teda külastanud ja teadlik tema seisundist. Dokumentidest ei selgu, kas poeg on arsti või sotsiaaltöötajaga ema olukorda arutanud.)

30.10.2018 kukkus patsient tänaval ja viidi kiirabiga üldhaigla EMOsse. Kiirabikaardil on märgitud, et patsient vastab küsimustele, kuid ei saa ümbritsevast aru. EMOs diagnoositi vasema õlavarreluu kirurgilise kaelaosa fragmentide dislokatsiooniga luumurd ja suure kõbrukese servmine luumurd (*Fractura colli chirurgici et tuberculi maj. ossis humeri sin cum dislocationem fragmentarum*), vasaku käe II sõrme haav, marrastused näol. Haav ömmeldi, vasak käsi asetati ortoosile. Patsient saadeti koju kell 15.41 ja kutsuti tagasi kirurgi vastuvõtule.

Järgmisel hommikul leidis sotsiaaltöötaja patsiendi kodust põrandal kõhuli lamamas. Patsient oli teadvusel, kuid desorienteeritud (pole teada, kuidas ja millal ta kukkus ning kui kaua põrandal lamas). Kiirabi sai väljakutse kell 11.57 ja viis patsiendi haiglasse, kus ta hospitaliseeriti kirurgia osakonda. Kuna oli selge, et patsient üksi kodus hakkama ei saa, viidi ta üle õendusosakonda, kus viibis 05.11.–15.11.2018. Õendusosakonnas tekkis palavik, alustati ravi tilkinfusiooni ja antibiootikumiga; ristluudel ja kandadel olid lamatised ja patsient viidi üle intensiivravi osakonda, kus viibis 15.11.–21.11.2018.

Patsiendi üldseisund püsis stabiilne kuni 14.01.2019, mil CRV sisaldus suurenes kuni 99 mg/l

ning järgmistel päevadel hakkasid tekkima muutused ka teistes analüüsides: naatrium 152 mmol/l,alaniini aminotransferaas (ALT) 88 U/l, aspartaadi aminotransferaas (AST) 96 mmol/l, uurea 19,9 mmol/l. Epikriisis on diagnoosid: krooniline neerupuudulikkus, uroinfektsioon, hemokromatoosi kahtlus. Osakonna visiidil (visiidi kuupäev on dokumenteerimata) otsustati aktiivravi lõpetada ja jätkata sümptomaatilise raviga. Patsient suri 04.02.2019.

Kokkuvõte

Patsiendikaart on täidetud väga lakooniliselt: pole märgitud, kuidas patsient koju läks, kas korraldati transport, kas patsient läks koju üksi või saatjaga. TKE-l puudusid ka andmed selle kohta, kas haigla töötajad püüdsid kontakteeruda patsiendi omastega või sotsiaaltöötajaga.

GÜNEKOLOOGIA JA SÜNNITUSABI

Juhtum 1. Perineumi III ja IV järgu rebendi esinemise korral peab ämmaemand kutsuma naistearsti

Patsient sünnitas 07.12.2017 keskaigla naistekliinikus. Sünnitus tüsistus lahkliha rebendiga. Ämmaemand tegi iseseisvalt sünnitusteede revisjoni, hindas lahkliha rebendi ulatuselt II astmele vastavaks ja taastas õmmeldes lahkliha terviklikkuse. Sünnitusjärgne periood kulges tavapäraselt (v.a kerge aneemia) ning patsient lubati koju 4. sünnitusjärgsel päeval ja anti kaasa soovitusel teha vaagnapõhja taastavaid harjutusi.

Sünnitusjärgsel visiidil 29.01.2018 kurtis patsient naistearstile gaaside pidamatust; rektaalset läbivaatust patsient ei soovinud. Günekoloog soovitas jätkata vaagnapõhjajutuste tegemist, ja kui olukord ei parane, planeeris suunata patsiendi 6 kuu möödudes kirurgi konsultatsioonile. Järgmisele visiidile naistearsti juurde pöördus patsient alles 25.01.2019, kaevates taas süvenevat

gaaside pidamatust. Patsient suunati proktoloogi vastuvõtule.

30.01.2019 tehtud läbivaatusel selgus, et osa päraku välimisest sulgur- ehk sfinkterlihasest ei kontraheru. Välise sulgurlihase defekt leidis kinnitust ka 02.02.2019 tehtud ultraheliuuringul (sisemine sulgurlihas oli intaktne ehk veatu). Patsiendi elukvaliteet on gaaside pidamatuse tõttu olulisel määral rikutud.

Kokkuvõte

Ämmaemanda pädevuses on lahkliha ehk perineumi I ja II järgu rebendi õmblemine, mille juures ei eeldata arstlikku järelevalvet. Kahjuks ämmaemand ei hinnanud lahkliha rebendi ulatust õigesti, mistõttu jäi sulgurlihase terviklikkus taastamata.

Juhtum 2. Kas keisrilõike oleks pidanud tegema varem?

Patsient saabus keskaigla naistekliinikusse 11.02.2018 kell 19.15, sest samal päeval kell 16 oli alanud sünnitustegevus. Patsiendi eelmine sünnitus oli lõppenud erakorralise keisrilõikega.

Ämmaemand täheldas 12.02.2018 kl 04.00, et 2 tundi püsinud emaka kaela täisavatus ja adekvaatse sünnitustegevuse juures ei ole märgata sünnituse edenemist. Kell 04.40 tegi valvegünekoloog vaginaalse läbivaatuse, mille käigus selgus, et emakakael oli täielikult avanenud, loote pea asus tasapinnal -2, peal oli minimaalne sünnitusmuhk; loote veepõis puudus, eritus selget lootevett. Keisrilõike armi piirkond oli palpatsioonil valutu.

Arst diagnoosis sünnituse väljutusperioodi ja kahtlustas funktsionaalselt kitsast vaagnat (diagnoos küsimärgiga). Arst otsustas jätkata sünnituse konservatiivset juhtimist, soovitas vahetada sünnitusasendit ja palus sünnitajal kaasa pressida, et hinnata loote pea nihkumist väikses vaagnas. Ultraheliuuringul nähti, et loote pea on õiges asendis (kukalseisu eesmisel teisel poolel) ja sonograafiliselt hinnates nihkub edasi.

Kell 05.10 tehtud korduval vaginaalsel läbivaatusel ilmnas, et loote

peal oli väheldane sünnitusmuhk; loote pea laskumist väiksesse vaagnasse ei olnud toimunud. Kell 05.15 tehti otsus lõpetada sünnitus erakorralise keisrilõike teel, põhjuseks funktsionaalselt kitsas vaagen. Kuni patsiendi operatsioonituppa jõudmiseni ei esinenud tal emakarebendi kliinilisi tunnuseid (emaka püsiv kontraktsioon, veritsus suguteedest, seemise verejooksu või loote düstressisümptomid), seega ei olnud emaka rebendit võimalik varem diagnoosida.

Operatsiooniks saadi patsiendi nõusolek. Operatsioonilaua langes patsiendi vererõhk 74/54 mm Hg-ni, mistõttu loobus anestezioloog esmasest spinaalanesteesia plaanist ja otsustas teha operatsiooni üldanesteesia. Kõhuõõne avamisel oli emaka ees näha vedelat verd ja hüübeid (400 ml). Keisrilõike arm oli täies ulatuses rebenenud.

12.02.2018 kell 05.40 sündis elus, ajaline tütarlaps massiga 3714 g, Apgari hinne 3 → 8. Emakahaav suleti, saavutati hemostaas. Verekaotus hinnati 2200 ml-le. Patsient lubati koju 16.02.18.

Kokkuvõte

Patsiendil ei esinenud raseduse ajal absoluutset näidustust plaanilise keisrilõikega sünnitamiseks. Loote oletatav sünnikaal ei olnud liiga suur (01.02.18 vastas ultraheliuuringul 53. protsentiilile), eelmise keisrilõike haav paranes teadaolevalt probleemideta ning peale emakaarmi ei esinenud muid suhtelisi keisrilõike näidustusi.

Emakaarmi rebend ei välista järgnevat rasestumist ja plaanilise keisrilõike teel sünnitamist.

KIIRABI

Juhtum 1. Peatrauma kahtlusega, ninaverejooksuga ja raskes alkoholijoobes patsiendi oleks pidanud hospitaliseerima erakorralise meditsiini osakonda

17.04.2019 leiti trepikojas lamamas mees, kelle juurde kutsuti kiirabi.

Kiirabi sõnul oli väljakutse põhjuseks peatrauma: „M 60+ vereleiki juures, ninast tulnud, mees trepikojas külili maas, vist purjus peaga kukkunud“. Kiirabibrigaadi saabudes lamas alkoholijoobes mees trepikoja põrandal, ilmselt olid joomakaaslased ta kusagilt korterist välja visanud. Kiirabikaardi andmetel olid elulised näitajad korras, patsient oli teadvusel, aruselge, mistõttu kiirabibrigaadi juht ei pidanud vajalikuks patsienti hospitaliseerida. Politsei lubas viia mehe koju või kainestusmajja.

Kiirabi märkis visiidi tulemuseks, et „ei hospitaliseeritud, lubatud viia kainestusmajja“.

Kaks tundi hiljem kutsuti kiirabi arestimajja uuesti hindama patsiendi tervises seisundit. Kiirabi otsusel võis isik edasi kaineneda. Kiirabikaardi andmetel olid elulised näitajad korras, välised vägivalla tunnused puudusid, patsient oli teadvusel, aruselge ning kiirabi hinnangul puudus vajadus erakorraliseks hospitaliseerimiseks.

Politsei seletuskirja põhjal kontrollis arestimaja korrapidaja isiku seisundit pidevalt, kuni kell 00.21 kutsuti kolmandat korda kiirabi, kuna isik ei olnud enam kontaktne. Kella 00.34 paiku saabunud kiirabi tuvastas isiku surma.

17.04.2019 tehtud kohtuarstlikul lahingul tuvastati surmapõhjus:

- I.a. Peaaju põrutus kelmealuste verevalumitega.
- I.b. Kuklaluu murd ja paremal oimuluu murd.
- I.d. Ebaselge tahtlusega sündmus.
- II. Alkoholijoove. Etanooli veres 2,17 mg/g ja uriinis 2,80 mg/g.

Kokkuvõte

Raskes alkoholijoobes 64 aasta vanune mees oli saanud üliraske trauma, mis põhjustas surma. TKE-le esitatud dokumentidest jäi selguse tuks lahingul leitud pea- ja näopiirkonna väliste vigastuste tekkimise aeg ja koht. Kuigi kiirabibrigaadi juhi seletuskirja põhjal patsiendil väliseid peatrauma tunnuseid ei olnud, jäi kahtlus, et neid pole dokumenteeritud.

Juhtum 2. Perearst ja patsienti visiteerinud kiirabibrigaad ei saanud aru patsiendi seisundi tõsidusest ning ei võtnud ette õigeaegseid meetmeid patsiendi hospitaliseerimiseks

89 aasta vanune naine haigestus 09.10.2018 halva enesetunde, iivelduse, oksendamise, kõrgenenud vererõhu ja kiirenenud pulsiga, kurtis valu rinnus ja alakõhus. Talle kutsutud kiirabi mõötis kõrgenenud vererõhku ja tegi elektrokardiogrammi (EKG), mille andmeil oli tegemist südamekodade virvendusarütmiaaga. Kiirabi tehtud raviga alanes vererõhk ning patsiendi hospitaliseerimist ei peetud vajalikuks. Kiirabi soovitas pöörduda perearsti poole.

Kõhu hindamise andmeid kiirabikaardile märgitud ei ole, kuid brigaadijuhi seletuskirja väitel kõhtu katsuti ja kõht oli pehme, valuvaba, ägeda kõhu kahtlust ei jäänud ning see jäi kiirabikaardile märkimata. Esitatud kirjelduse põhjal võis patsiendi kaebuste (halb enesetunne, iiveldus-oksendamine, valu rinnus) põhjuseks olla kõrgenenud vererõhk.

Järgmisel päeval pöördusid omaksed perearsti vastuvõtule ning said teada, et haiglakohta hetkel ei ole ning patsient jäi haiglakohta ootele. Perearst käis ka ise patsienti vaatamas ja kahtlustas algul pimesoolepõletikku, kuid ei pidanud kõhu leidu piisavalt väljendunuks. Perearst kirjutas ravimeid, mida patsient aga võtta ei saanud, kuna oksendas need välja. Patsiendi vererõhk muutus madalaks, pulss jäi kiireks.

18.10.2018 öösel kaebas patsient väga suurt valu ja kiirabi kutsuti uuesti. Kiirabikaardil dokumenteeriti kaebustena 2 nädalat kestnud oksendamine ja põlveliigeste valu ning et patsient on perearsti määratud ravil ja haiglakohta ootel. Vererõhk oli madal, patsient oli palavikuvaba. Kõhtu patsiendil ei uuritud – puudub sellekohane märg

kiirabikaardil, kuigi iiveldus oleks võinud sellele mõttele viia.

Järgmisel päeval said omaksed jälle perearstikeskusest vastuse, et haiglakohta ei ole tekkinud. Öhtul töölt koju tulles avastas tütar oma ema väga halvas seisundis: tugev valu rinnus ja kõhus. Sel korral kiirabi (teine kiirabibrigaad) hospitaliseeris patsiendi üldhaiglasse.

Haiglasse jõudes kell 19.28 oli patsient teadvusel. EMOs tehti kiiresti (1 tunni ja 51 minuti jooksul) vereanalüüsid, manustati valuvai-gisteid ning saadeti uuringutele ja ravile piirkondlikku haiglasse peritoniidi diagnoosiga. Haiglasse jõudes oli patsiendi seisund üliraske: esines mitme elundi puudulikkus ning diagnoositi pitsunud kubemeseong soole mulgustusega, peritoniit ja soolesulgus. Kuna haigusseisund halvenes progresseeruvalt, korraldati edasise ravi otsustamiseks konsiilium. Konsiilium otsustas, et patsiendi praegust seisundit, koor-matud haigusanamneesi ja eelnevat üldseisundit arvestades ei paranda aktiivravi patsiendi prognoosi elule.

Kokkuvõte

Kiirabi jättis uurimata patsiendi kõhu, kuigi esinesid viited ägedale kõhuhaigusele, patsiendi elulisi näitajaid ei tõlgendatud õigesti ning küsitava väärtusega oli ka lihase-sisene ravimite manustamine.

Perearst käis küll patsienti kodus vaatamas ja kahtlustas algselt pimesoolepõletikku, kuid ei pidanud kõhu leidu piisavalt väljendunuks, mistõttu ei suunanud patsienti erakorraliselt haiglasse.

KARDIOLOOGIA

Juhtum. Kardioloogi diagnoosid erinevad perearsti ja lahingul leitud kroonilise südamehaiguse diagnoosidest

61 aasta vanune meespatsient suri 10.09.2018 keskhaigla hooldekeskuses ägedasse südamepuudulikkusse. Sugulaste arvates ei vastanud see, et hüpertooniatõvega patsient, kellel tuvastati objektiivse leiuna vererõhu

väärtused 70/40 mm Hg, saadeti haiglast ära, kardioloogi raviteenuse kvaliteeditasemele ja kardioloogile kehtivatele hoolsusnõuetele.

Patsiendi viibimist raviasutuses kardioloogi konsultatsioonil 18.07.2018 kell 10.20 ja 10.09.2020 kell 12.51 kajastab lühike sissekanne: „Objektiivselt: RR 70/40 mm Hg, pulss 74/min. Raviks soovitatud mõlemal korral Spirix 50 mg 2 korda nädalas ja vitamiin D“.

Kardioloogi põhidiagnoosi kood rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10 versiooni (RHK-10) alusel: I11.9 – südamekahjustusega hüpertooniatõbi ilma (kongestiivse) südamepuudulikkuseta.

Kaasuvate haiguste diagnoosikoodid ja diagnoosid: E03.8 – muu täpsustatud hüpotüreosis, E55.9 – täpsustamata D-vitamiinivaegus, E66.0 – liigsete kalorite põhjustatud rasvumus, F20.1 – skisofreenia, I50.9 – täpsustamata südamepuudulikkus. Seega on kardioloog diagnoosinud patsiendil kõrgvererõhktõbe ilma südamepuudulikkuseta ja samal ajal südamepuudulikkust I astme raskusega.

10.09.2018 kell 16.24 kutsuti kiirabi, kiirabi saabudes oli patsient surnud.

Surmapõhjused lahanguprotokollis olid (RHK-10 koodidega) järgmised:

I.a. Vahetu surma põhjus: I50.1 – vasaku vatsakese puudulikkus.

I.b. Varasem põhjus: I42.0 – dilateeruv kardio(müo)paatia.

I.c. Surma algpõhjused: I13.0 – südame- ja neerukahjustusega hüpertooniatõbi (kongestiivse) südamepuudulikkusega Patoanatomiline epikriis: 61-aastase meesterahva surm, kes põdes dekompensatsiooni staadiumis hüpertooniatõbe dilateeruva kardiomüopaatia arenemisega, saabus ägeda südamepuudulikkuse tagajärjel. Perearst oli külastanud patsienti korduvalt, viimane külastus 04.09.2018 ja 05.09.2018.

Perearsti diagnoosid on järgmised: põhihaigus (ja RHK-10 kood) –

täpsustamata uriiniinkontinentsus ehk kusepidamatus (R32); kaasuvad haigused (ja RHK-10 koodid) olid südame- ja neerukahjustusega hüpertooniatõbi (kongestiivse) südamepuudulikkusega (I13.2); dilateeruv kardio(müo)paatia (I42.0); kongestiivne südamepuudulikkus (I50.0); vasaku vatsakese puudulikkus (I50.1); täpsustamata krooniline tubulointerstitsiaalnefriit (N11.9); täpsustamata krooniline neeruinsufitsients (N18.9); täpsustamata kortsneer (N26).

Kindlasti oleks patsient pidanud kirjeldatud väga madala vererõhu ja muude terviseprobleemide tõttu olema arsti jälgimisel ja ravil. Kahjuks on ravi kirjeldus ebapiisav, et hinnata eriarsti tegutsemist haigega. Kardioloogi vormistatud diagnoosid olid tunduvalt kergema raskusastmega kui perearsti diagnoosid ning ei olnud vastavuses lahangul kirjeldatud kroonilise südamehaiguse põhjuste ja diagnoosidega.

Kokkuvõte

Kardioloogi konsultatsiooni sissekandes märgitakse ainult madalat vererõhku. Patsiendi väga madal vererõhk ja muud terviseprobleemid oleksid kindlasti vajanud arsti jälgimist ja ravi. Kahjuks oli kardioloogi vastuvõtt, sh ordineeritud ravi nii puudulikult dokumenteeritud, et ei võimaldanud hinnata eriarsti tegutsemist haigega.

KIRURGIA

Juhtum 1. Patsiendile paigaldati munandiprotees valele poolele

38 aasta vanusele meespatsiendile oli tehtud aastaid tagasi lastehaiglas operatsioon, mille käigus eemaldati vasak munand. 2012. aastal toimus teine operatsioon – paigaldati munandiprotees. Haigusloos on dokumenteeritud parema munandi kaotus ning 21.12.2012 paigaldati protees munandikotti paremale. 2018. aastal avastati erakliinikus, et munandiprotees asub paremal, kuid puudub hoopis vasak munand.

Piirkondlikus haiglas 21.12.2012 patsiendile tehtud operatsioonil paigaldati munandiprotees munandikoti valele poolele. Kuna haigusloos sissekandes oli märgitud vale diagnoos – parempoolse munandi puudumine –, paigaldati munandi protees munandikoti vasaku poole asemel paremasse, kus oli olemas normaalne munand.

Kokkuvõte

Piirkondlikus haiglas tehti patsiendile munandiproteesi paigaldamise operatsioonil viga. Patsiendile tuleks teha uus operatsioon, eemaldada protees ja paigaldada see õigele poolele, kus munand puudub.

Juhtum 2. Tüsistus, mida ei saanud ära hoida

60 aasta vanune mees pöördus 24.01.2019 üldhaiglasse ülakõhuvaluga, mille põhjuseks olid ühisapijuha kivid. Sapipõis oli mehel 4 aastat varem eemaldatud.

Sapiteede kivide eemaldamiseks tehti patsiendile 28.01.2019 endoskoopiline retrograadne biliopankreatograafia (ERCPG) koos papillotoomiaga. Protseduur tüsistus pankreatiidi, kaksteistsõrmiksoole retroperitoneaalse perforatsiooni ja verejooksuga. Pankreatiit diagnoositi 24 tundi pärast protseduuri pankrease fermentide sisalduse suurenemise (lipaas 446 U/l) põhjal, kaksteistsõrmiku retroperitoneaalse perforatsioon ja seedetrakti verejooks avastati 28 tundi pärast protseduuri. Raviks oli olnud nasogastraal aspiratsioon, valuvaigistid ja põletikuvastased ravimid, alates 30.01.2019 ka antibakteriaalne ravi. 01.02.2019 tehti pleura drenimine.

Tüsistuste käsitlemine ja ravi üldhaiglas oli korrektne. 01.02.2019 viidi patsient üle ravile keskhaiglasse, kus ta viibis kuni 25.03.2019.

Kokkuvõte

ERCPG käigus toimunud kaksteistsõrmiku seina perforatsiooni ei oleks olnud võimalik vältida, kuna pole teada, mis asjaoludel see tekkis. Mulgustumisele järgnenud tüsis-

tuste – pankreatiit (esinemissagedus 4%), kaksteistsõrmiku retroperitoneaalne perforatsioon (esinemissagedus alla 1%) ja verejooks (esinemissagedus 1–2%) – ravi oli põhjendatud ja õigeaegne.

Juhtum 3. Operatsiooni käigus tekkis sapiteede vigastus, mis jäi operatsioonil märkamata ja mille tagajärjel tekkis sapiperitoniit

27aastasele naisele tehti 24.02.2018 üldhaiglas laparoskopiline koletsüstektomia sapikivitõve raviks. Operatsioon oli näidustatud, kuna noorel naisel esinesid sapivoolmed ja laparoskopiline koletsüstektomia on sellisel puhul valikmeetod. Operatsioon kestis täpselt 1 tund, mis on tavapärane, ja kulges kirjelduse järgi iseärasusteta, v.a asjaolu, et nähtavuse tagamiseks oli paigaldatud lisatrookaar. Patsient oli ülekaaluline (kehamassiindeks 33,8). Järgmisel päeval lubati patsient koju, kuigi ta kaebas valusid kõhus. Haigusloo sissekannete põhjal on kõhuvalu pärast sellist operatsiooni tavapärane. Kontrollanalüüsides kõrvalekaldeid ei esinenud (CRP 4,6 mg/l, leukotsüüte 12,11 $10^9/l$, hemoglobiin 13,5 g/l, bilirubiin 13,8 $\mu\text{mol/l}$). Koduseks raviks määrati valuvaigistid.

27.04.2018 pöördus patsient teise üldhaigla EMOsse, kus tehtud uuringute alusel kahtlustati sapileket kõhukoopasse. Patsient suunati piirkondlikku haiglasse, kus teda samal päeval erakorraliselt opereeriti. Esines sapiperitoniit, mille põhjuseks oli laparoskopilise koletsüstektomia käigus toimunud iatrogenne sapiteede vigastus/läbilõige. Operatsiooni käigus rajati dreniga hepatojejunostoom koos Roux' anastomoosiga ja kõhukoopa drenimisega. See operatsioon tõi tervislikku hepatojejunostoomi lekkega, mis sapiperitoniidi foonil rajatud anastomoosi puhul on sage komplikatsioon. Kuna kõhukoobas oli adekvaatselt drenitud, ei olnud kordusoperatsiooni tarvis ja pikkamööda lahenes sapileke iseenesest. Patsient viibis

haiglaravil kuni 08.05.2018 ja lubati koju 3 dreniga. Viimane dren kõhukoopast eemaldati septembris.

22.–27.11.2018 viibis patsient haiglaravil gastroenteroloogia osakonnas ikteruse tõttu.

13.12.2018 hospitaliseeriti patsient uuesti. Tekkinud oli hepatojejunostoomi anastomoosi striktuur, mille tõttu teda 17.12.2018 opereeriti. Pärast 12 päeva statsionaaris viibimist lubati patsient koju ühe dreniga kõhukoopas.

Operatsioonijärgsel päeval ultraheliuuringu tegemine oleks võinud viia tüsistuse avastamiseni varem, kuid selles ei saa 100% kindel olla. Väike vedelikukogum operatsiooniloožis, mida oleks võidud näha, ei tähenda veel tüsistust, sest pärast laparoskopilist operatsiooni võib ka gaas kõhukoopas segada leiu adekvaatselt hindamist.

Kokkuvõte

Tegemist oli tüsistusega, mille põhjuseks oli kirurgi tehtud tahtmatu viga operatsioonil.

ORTOPEEDIA JA TRAUMATOLOOGIA

Juhtum 1. Märkamata jäi õlaliigese tagumine luksatsioon

33 aasta vanune naine kukkus libedal tänaval ja ta viidi keskhaiglasse. Paremast õlast tehtud röntgeniülesvõttel tuvastati õlavarreluu murd. Patsiendile määrati valuravi ja esmane varane parema õla-küünarliigese ortoos ning ta kutsuti tagasi kontrolli. Järgnevatel regulaarsetel kordusvisiitidel tehtud röntgeniülesvõtetel oli näha, et luumurd oli paranemas ning patsient suunati taastumise soodustamiseks füsioteraapiat saama. Õlaliigese tagumine nihestus diagnoositi alles 18.02.2019 tehtud magnetresonantstomograafilisel (MRT) uuringul ehk kaks aastat hiljem.

Kolm väga kogenud radioloog ei diagnoosinud korduvatel röntgenogrammidel õlaliigese tagumist nihestust, kuna radioloogiline leid oli

väga tagasihoidlik ning luumurrust tingitud valu ei võimaldanud rakedada pikitelje (aksiaalset) suunda röntgeniülesvõtete tegemisel. Samuti põhjustab õlavarreluu kirurgilise kaela murd samasuguseid kaebusi nagu õlaliigese tagumine nihestus.

Õlaliigese tagumine nihestus on harva esinev vigastus. Ilmselt on vajalik kirurgiline ravi, mida patsiendile on ka soovitatud: nihestuse paigaldamine, luuplastika ja liigese endoproteesimine või nende kombinatsioon.

Kokkuvõte

Tegemist oli diagnostilise veaga ja sellest tulenenud raviveaga. Korduvatel röntgenogrammidel ei diagnoositud õlaliigese tagumist nihestust põhjusel, et selle radioloogiline leid oli väga tagasihoidlik ning õlavarreluumurrust tingitud valu ei võimaldanud röntgeniülesvõtete tegemisel rakedada aksiaalset suunda. Õlavarreluu kirurgilise kaela murd põhjustab samasuguseid kaebusi nagu õlaliigese tagumine nihestus.

Juhtum 2. Piirkondliku haigla EMOs ei diagnoositud hüppeliigesest ja labajala luudest tehtud röntgen-uuringutel kandluu murdu

62 aasta vanusel mehel diagnoositi 26.07.2018 hüppeliigese nikastus liigesekapsli või sidemete ülevenituse või rebendiga (distorsioon) ning anti soovitus edaspidiseks raviks.

Patsient käis edasisel ravil keskhaiglas, kus 20.11.2018 diagnoositi parema kandluu paranemisfaasis murd, vajadust paigaldada kips ei olnud. Patsient väidab, et kogu selle aja – ligi 5 kuu vältel – oli tal jalavalu ja ta ei saanud tööl käia. Meditsiini-dokumentide andmeil patsient selle aja jooksul arsti poole ei pöördunud.

Patsiendil esinenud kandluu murdu ravitakse ilma operatsioonita (konservatiivselt). Eeldatav kokkukasvamise ja esmase ravi aeg on orienteeruvalt 10–12 kuud. Kipsfiktsiooni kasutamise vajadus

on suhteline ja otsustatakse juhu-põhiselt.

Kõnealusel juhul ei olnud kipsi mittekasutamine ja ravi pikkus omavahel seotud. Pigem tagab funktsionaalne ravi ilma kipsfikatsioonita kudede parema ainevahetuse ja seeläbi soodsama võimaluse murru konsolidsatsiooniks.

Kokkuvõte

Kandluumurru diagnoosimata jätmine ei mõjutanud ravi.

Juhtum 3. Meditsiinilise protseduuri tüsistusena tekkis nahaaluse sidekoe põletik ehk tselluliit

42 aasta vanusel naisel oli kuus aastat valutanud parema käe ranne. Alates 2018. aasta oktoobrist muutus valu tugevamaks ja patsient pöördus piirkondliku haigla ortopeedi vastuvõtule. Ortopeed suunas patsiendi kontrastainega MRT-uuringule, mis tehti 10.10.2018 piirkondliku haigla radioloogia osakonnas. Kuna liigese-pilu oli väga kitsas, ei õnnestunud vaatamata korduvatele katsetele kontrastainet liigesesse süstida.

Ilma kontrastaineta tehtud MRT kirjeldus: „SL-sideme [kuuluu ja lodiluu vaheline sidemekompleks – toim.] kahjustus dorsaalsel, osalisele rebendile sobiv leid. TFCC [triangulaarne fibrooskõhreline kompleks ehk *triangular fibrocartilage complex* – toim.] perifeerses osas vigastusele viitav leid“.

Patsiendi randmevalu tugevnes kohe pärast protseduuri ja õhtuks oli käsi turses. Järgmisel päeval pöördus patsient sama haigla erakorralise meditsiini osakonda, kus vaadati käsi üle, kirjutati oksükodooni retsept ja soovitati pöörduda oma raviarsti poole. EMO väljavõttel on märgitud, et mädasele põletikule iseloomulikud muutused puuduvad.

Kuna kontrastaine ei läinud liigesesse, vaid sattus naha alla (protseduuri tegijad on selle korrektselt dokumenteerinud), tekkis naha pindmine nekroos ja mõõdukas põletikureaktsioon, mis võivadki põhjustada tugevat valu. Hilisemal

MRT-uuringul leitud liigesesidemete kahjustuste tekkimine artrograafia käigus on ebatõenäoline (pigem olid need kahjustused uuringutele saatmise põhjus).

Kuna käsi valutas edasi, pöördus patsient 12.10.2018 keskhaigla EMOSse, kus tuvastati parema randmeliigese turse, valu, punetus ja liikuvuse piiratus ning vereanalüüsidest põletikunäitajate tõus (leukotsütoos $10,38 \times 10^9/l$; CRV seerumis/plasmas 62,4 mg/l). Diagnoositi (RHK-10 kood) liigeste muud spetsiifilised kahjustused, sidemete ehk ligamentide haigusseisundid (M24.2); tselluliit, jäseme muude osade tselluliit (L03.1). Patsiendile anti esmaabi, liiges immobiliseeriti ja soovitati antibakteriaalset ravi. Patsient suunati tagasi ortopeedi juurde, sest plaanis oli ka parema randme operatsioon. Patsient pöördus perearsti poole, kes määras sultamitsilliini tabletid; 16.10.2018 määras ortopeed klindamütsiini.

Kokkuvõte

Tegemist oli meditsiinilise protseduuri tüsistusena tekkinud nahaaluse sidekoe põletikuga ehk tselluliidiga. Kontrastaine süstimisel selle sattumine liigesevälisele on protseduuri tüsistus ja sellest tulenev nahakahjustus on kontrastaine kõrvaltoime.

PEREMEDITSIIN

Juhtum 1. Kopsupõletiku ravi hilines

79 aasta vanune meespatsient oli alates 2016. aastast hematoloogi jälgimisel müeloproliferatiivse düsplastilise sündroomi ja kroonilise müeloidleukeemia kahtlusega. Viimati oli ta käinud hematoloogi vastuvõtul 01.11.2018. Varem kalduvust infektsioonidele ei ole olnud. Anamneesist oli ka teada, et patsiendile oli tehtud pärgarterite šuntimine ja ta põdes ka südamekahjustusega hüpertooniatõbe.

25.01.2019 pöördus patsient telefoni teel perearstikeskusesse, kaevates 5. päeva kestnud pala-

vikku, iiveldust, kõhuvalu ja nõrkust. Pereõde nõustas patsienti, soovides tarvitada palaviku alandajaid ja pöörduda perearsti vastuvõtule 29.01.2019. Seisundi halvenemise tõttu kutsusid omaksed 28.01.2019 hommikul patsiendile kiirabi. Kiirabibrigaad saabus, kuulas patsiendi kopsu, ning kuna oli teada, et perearsti juurde on vastuvõtuaeg järgmisel päeval, soovitati patsiendil võtta ühendust oma perearstiga. Patsient helistas halva enesetunde tõttu veel kord perearstikeskusesse, aga tal paluti oodata järgmise päevani.

29.01.2019 viisid omaksed patsiendi perearstikeskusesse. Seal kohtus ta pereõega, patsiendilt võeti vereanalüüsid, ta suunati röntgenisse, talle tehti EKG ning seejärel saadeti ta tagasi koju, öeldes, et perearst helistab tagasi ning teatab analüüside ja uurin-gute tulemused. Röntgenuuringul tuvastati kahepoolne kopsupõletik, perearst kirjutas patsiendile antibiootikumiretsepti, pereõde helistas patsiendile koju ja andis edasi ravi-soovitused. EKGs olid näha kroonilise südamehaiguse süvenemisele viitavad muutused: V4–V6 lülitustes ST-depressioonid, mis olid võrreldes 2018. a tehtud EKGga süvenenud. 30.01.2019 muutus patsiendi üldseisund niivõrd halvaks, et omaksed kutsusid kiirabi. Patsient hospitaliseeriti keskhaiglasse, kus ta 31.01.2019 suri.

Patsiendi tervisekaardilt ei ole näha, et patsient oleks kohtunud oma haiguse kestel perearstiga. Sissekanded on teinud pereõde ja ka patsiendi tütre seletuskirjas on kirjeldatud kohtumist vaid pereõega. Pole teada, kas telefonikõne vastu võtnud pereõde edastas patsiendi probleemi perearstile ja mis põhjusel määrati ägeda haige vastuvõtuajaks 29.01.2019 ning mitte sama päev, 28.01.2019. Kui patsient helistas 28.01.2019 ning teavitas oma halvenenud seisundist, siis ei kutsutud teda vastuvõtule, vaid paluti oodata järgmise päevani. 29.01.2019 kohtumisel ei ole samuti

näha perearsti sissekannet. Perearst on väljastanud vaid antibiootikumiresepti. Ka telefonikõne sisu patsiendiga on dokumenteeritud pereõde ning see võib tähendada, et patsient perearstiga üldse ei kohtunud.

Arstlik surmateatis väljastati ilma lahanguka. Vahetuks surma põhjuseks on määratud täpsustamata brohopneumoonia, surma algpõhjuseks (põhihaiguseks) krooniline müeloidleukeemia.

Kuna lahanguka ei tehtud, ei saa tagantjärele diagnoose täpsustada ei hematoloogilise haiguse esinemise ega kroonilise südamehaiguse süvenemise osas, millele viitavad EKG muutused.

Kokkuvõte

Patsiendil diagnoositi 29.01.2019 kahepoolne kopsupõletik ning ta suri haiglas haigusseisundi kiire halvenemise tõttu 31.01.2019.

Perearstikeskuse õed ja perearst ei osutanud tervishoiuteenust tavaliselt oodatava hoolega, mida nõuab võlaõigusseaduse paragrahv 762. TKE-le jäi nii ravidokumentide kui ka seletuskirja andmeist selgusetuks, kas patsiendiga kohtus ka perearst ja kui ei kohtunud, siis miks.

Juhtum 2. EKG jäi hindamata ja seetõttu ei diagnoositud õigel ajal kopsuarteri trombembooliat

64aastasel mehel hakkas 04.08.2019 õhtul halb: oli raske trepist üles minna, ta hakkas hingeldama ja kaotas korraks (5–10 sekundiks) teadvuse, kukkudes näoga vastu kapinurka. Abikaasa kutsus patsiendile kiirabi.

Kiirabi saabudes oli mees teadvusel, adekvaatne, kaebusteta, õhupuudust ei esinenud. Kukkumisest oli tekkinud huulehaav, mis õmblemist ei vajanud. Selgus, et viimasel ajal on patsiendil olnud stressirohke periood, ta on palju töötanud ja maganud halvasti. Kiirabibrigaadi hinnangul oli patsient neuroloogilise koldeleiuata; elulistest näitajatest oli pulsisagedus

normist veidi kiirem (104 korda minutis), muud näitajad olid normis, sealhulgas SpO₂ oli ruumiõhuga 96%. EKGd kiirabibrigaad ei teinud. Patsiendile soovitati esimesel võimalusel külastada perearsti ning seisundi halvenemisel kutsuda uuesti kiirabi.

Järgmisel hommikul mindi perearsti vastuvõtule, kus patsiendi võttis vastu perearsti asendaja. Patsiendile tehti mitmed analüüsid ja EKG. Järgmisel päeval helistas patsiendi abikaasa kokkulepitult arstile ja sai teada, et analüüsid on korras ning mingit tõsist haigust pole, täiendavaid uuringuid pole vaja teha; patsient peab puhkama ja 2 nädala möödudes tegema uued analüüsid. Arsti seletuskirjast selgub, et ta oli küll vaadanud analüüsides vastuseid, kuid suure töökoormuse tõttu (sest asendas teist perearsti tema puhkuse ajal) oli EKG jäänud hindamata. Patsiendi üldseisund vastuvõtul oli olnud hea, ei olnud ühelegi elundipuudulikkusele viitavat leidu.

Patsiendi tervis aga ei paranenud: kadus isu, vererõhk alaneks, tekkis palavik ja kõha. 08.08.2019 helistas ta uuesti perearstile ning ta kutsuti kohe vastuvõtule. Pärast EKG tegemist, kus ilmnesid olulised muutused, saadeti patsient EMOsse, kus diagnoositi kopsuarteri trombemboolia (KATE).

Kokkuvõte

Patsiendi juures käinud kiirabibrigaad ei mõelnud süngoobi ühe võimaliku põhjusena KATE peale. Kiirabibrigaad jättis tegemata EKG. Kuigi KATE diagnoosimisel ei ole EKG-l väga tugevat tõendus põhisust, oleks süngoobi esinemisel võinud seda siiski teha.

Perearst tegi küll vastuvõtul EKG, kuid unustas selle suure töökoormuse tõttu hindamata. Seetõttu KATE diagnoos hilines. Kuigi KATEt on haigustunnuste ebaspetsiifilisuse tõttu kliiniliselt üsna keerukas diagnoosida, on järsult tekkinud õhupuudus ja lühiaegne süngoop sellele haigusseisundile küllaltki

tüüpilised. EKG hindamine esimesel perearsti vastuvõtul (05.08.2019) oleks kiirendanud õige diagnoosini jõudmist.

Juhtum 3. Täpse diagnoosini jõuti umbes 5 kuud pärast patsiendi esmast pöördumist

37 aasta vanune naine pöördus 15.04.2019 perearsti poole umbes kolm nädalat kestnud kõhaga. Vastuvõtul tegi perearst objektiivse läbi vaatuse, ja kuna kõrvalekaldeid ei leidnud ning vastuvõtu käigus tehtud CRV-analüüs oli normikohane (8 mg/l), siis uuringuid perearst vajalikuks ei pidanud.

Kõhahogude püsimise tõttu pöördus patsient 13.05.2019 samas perearstikeskuses töötava teise aasta arst-residendi vastuvõtule. Patsiendi kaebusena on tervisekaardil märgitud: „Umbes 1,5 kuud kõha, mis ägeneb, kui patsient lamab, eriti paremal küljel. Seetõttu on pt. ja lapse uni häiritud. Palavikku pole olnud, vahel on tulnud vähest röga“. Arst-resident tegi patsiendi objektiivse läbi vaatuse, ja kuna olulist kõrvalekallet ei leidnud, täiendavaid uuringuid ei tehtud. Kõhahogude põhjuseks arvati kas nina-neelu nohu või reflukshaigust ja nendest hüpoteesidest lähtudes soovitati patsiendile ka ravi. Patsient kutsuti tagasi ühe kuu pärast.

05.08.2019 vastuvõtul käsitles perearst patsienti kui kroonilise kõhaga haiget ja tegi uue kopsude röntgenuuringu, mille alusel diagnoositi parempoolne kopsupõletik. Patsiendile määrati antibiootikumikuur kaheks nädalaks. Järgneval röntgenuuringul ei olnud paranemist näha ja kõha püsis. Täiendavate edasiste uuringutega kopsuarsti vastuvõtul septembri lõpus tuvastati, et patsient põeb kopsutuberkuloosi.

Kokkuvõte

Perearstidele mõeldud pikaajalise kõha käsitlemise ravijuhend soovitab patsiendile teha röntgenuuringu juhul, kui kõha on kestnud 8 nädalat ja enam. Perearstid lähtusid juhendis

märgitud ajalisesest kriteeriumist, ja kuna patsiendil ei esinenud peale kõha olulisi teisi haigustunnuseid, siis ei pidanud nad röntgenuuringu varem vajalikuks.

Röntgenuuringu varasemat tege- mist oleks siiski võinud kliinilistel näidustustel kaaluda, sest anam- neesist selgub, et kõha progres- seerus pidevalt, mitte ei vähenenud ning patsiendi kaebused aja jooksul süvenesid.

Juhtum 4. Perearst keeldus 3 kuu vanust last vaksineerimast

Perearst keeldus 3 kuu vanusele imikule 3. elukuu visiidil (23.01.2019) ettenähtud vaksineerimist tege- mast ning saatis lapsevanema nädalaks koju vaksini kõrvalmõ- jude üle järele mõtlema, vaatamata patsiendi ema väitele, et ta soovib igal juhul last vaksineerida. Pere- arst tutvustas emale kabinetis vakt- siini infolehte, juhtides tähelepanu vaid kõrvaltoimetele. Tervisekaardil on perearsti lakooniline sissekanne, et ta on andnud infot vaksini kohta. Samas teavitas lapse ema sõnul arst teda vaid vaksineerimise võimal- kest kõrvaltoimetest.

Sotsiaalministri 06.01.2010. a määruse nr 2 „Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend“ § 3 lg 2 punktis 2 „Pere- arsti töövaldkonnad ja tegevused“ on kehtestatud muu hulgas pere- arsti ühe tööülesandena haiguste ennetamine. See hõlmab tervise riskitegurite hindamist, immuni- seerimist ja söeluuringuid. Sama määrus kohustab perearsti täitma ka teiste õigusaktide sätteid, sh nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seaduse § 10 lõike 3 alusel kehtestatud tervise ja tööministri määrust nr 9 „Immuneerimiskava“ ning võlaõigusseaduse 41. peatü- kiga (tervishoiuteenuse osutamise leping) tervishoiuteenuse osutajale kehtestatud kohustusi.

Immuneerimiskava kohaselt tuleb lapse 3. elukuu vaksineerida teda järgmiste vaksiniidega: DTaP-IPV-Hib-HepB 1 + RV 2 (difteeria,

teetanuse, atsellulaarse läkakõha, inaktiveeritud poliomüeliidi, *Haemophilus influenzae* b-tüübi nakkuse ja B-viirushepatiidi vaksini ning rotaviiruse vaksini).

Kokkuvõte

Tervisekaardi andmeil ei olnud lapsel vastunäidustusi vaksineerimiseks. Seega jättis perearst lapse tema 3. elukuu vaksineerimata kompleks- vaksiniiga DTaP-IPV-Hib-HepB 1 + RV 2, mida oleks riikliku immuni- seerimiskava ja sotsiaalministri määrusega kehtestatud perearsti tööjuhendi kohaselt tulnud teha. Laps jäeti vaksineerimata, vaata- mata lapsevanema soovile ja vastu- näidustuste puudumisele.

Juhtum 5. Ägeda müeloidse leukeemia diagnoos hilines

48 aasta vanune naine pöördus 20.02.2019 perearsti vastuvõtule, kaevates pearinglust, väsimust ja nõrkust. Kroonilise müeloidse leukeemia diagnoosi sai ta 01.04.2019 ehk pisut enam kui kuu aega hiljem. Vahepealsel ajal käsitleti patsiendi haigust kui ägedat neelupõletikku ning määrati antibiootikumravi. Sellel ajavahemikul pöördus patsient pere- arstikeskusesse neljal korral. Talle tehti 08.03.2019 täisvere kliiniline analüüs, millest oli näha, et patsiendil on hemoglobiinisisaldus väike (94 g/l), leukotsütoos ($15,2 \times 10^9/l$), trombotsütopeenia ($57 \times 10^9/l$) ning erütrotsütopeenia ($2,88 \times 10^{12}/l$).

Perearstikeskuses kolm kuud varem tehtud vere kliinilise analüüsi tulemused olid normis, seega olid muutused toimunud suhteliselt kiiresti. Seda pani tähele ka perearst, kes tõlgendas muutusi aga rohke verekaotusega menstruatsioonist tekkinud rauavaegusaneemiana, jättes tähelepanuta, et esinesid ka trombotsütopeenia, erütrotsüto- peenia ja leukotsütoos. Tsütopeenia põhjus vajanuks edasist täpsusta- mist.

Diagnoosini jõuti kõrgema etapi haigla EMOs, kuhu patsient pöördus ise 01.04.2019 ning kus talle määrati ägeda müeloidse leukeemia ravi.

Kokkuvõte

Perearstil jäid tähele panemata olulised muutused vere kliinilise analüüsis (eeskätt tsütopeenia), mis võimaldanuks jõuda ägeda müeloidse leukeemia diagnoosini mõnevõrra varem, kuigi haiguse diagnoosi ja ravi hilinemine ühe kuu võrra haiguse prognoosi oluliselt ei mõjutanud.

Juhtum 6. Patsiendi omaste ja perearsti selgitustes ning tervisekaardi sissekannetes esinevad olulised lahknevused. Perearsti sissekanded tervisekaardile ei kajasta avalduses mainitud mitmepäevast palavikku ja tugevat ragisevat kõha

67 aasta vanune mees haigestus 24.02.2019 palavikuga, kõhaga ja valuga rinnus ning pöördus 28.02.2018 perearsti poole. Pere- arst määras patsiendile 01.03.2019 vereanalüüsi, mille vastuste järgi oli tegemist olulise põletikulise protsessiga (CRV oli 290 g/l), kuid mitte midagi ette ei võtnud. Järgmi- seks vastuvõtu ajaks oli määratud 05.03.2019. Kuna mingit ravi ei olnud määratud, halvenes patsiendi tervis ja omaksed leidsid ta 05.03.2019 surnuna. Kiirabi sissekandest selgub, et omaste viimane kontakt patsiendiga oli kaks päeva varem, 03.03.2019.

Tervisekaardil kirjeldatud patsiendi kaebuste põhjal ei teki kahtlust, et tegemist võis olla ägeda haigestumisega. Dokumen- tide andmed ei võimalda tagantjäre- le kindlaks teha, kas patsient ei rääkinud perearstile kõikidest oma vaevustest ja probleemidest või on perearsti sissekanne puudulik. Pere- arst selgitas, et kui tal oleks tekkinud ägeda haiguse kahtlus, siis oleks ta teinud kohapeal kiire CRV-analüüsi. Kahtlustamata tõsisest haigust, suunas perearst patsiendi vereanalüüse tegema järgmisel päeval (reedel) ja tutvus vastustega alles kolm päeva hiljem, pärast nädalavahetust. Tervis- hoiuteenuse osutamist kajastavatest dokumentidest ei selgu, kas tõsiselt haige patsient esitas perearstile ise

selliseid kaebusi, mis oleksid kiirendanud õige diagnoosini jõudmist ning vajaliku ravi osutamist.

Lahangu andmeil oli surma põhjuseks tsentraalne kopsuvähk ning selle tüsistustena tekkinud äge kopsupõletik ja süvenev hingamispuudulikkus. TKE-l pole andmeid, mis kell 01.03.2019 patsient analüüsi andmas käis ning mis ajaks saabusid vastused.

Kokkuvõte

Perearstikeskuses peaks olema süsteem, mis tagab töö ajal laekuvate analüüsi- või uuringutulemuste jälgimise nii, et need vaadatakse üle õigel ajal ning kohest sekkumist eeldavatele uuringutulemustele reageeritakse viivitamata.

PSÜHHIAATRIA

Juhtum. Ilma patsiendi teadmata oli dokumentidesse sisestatud psüühilise haiguse diagnoos

50aastane meespatsient viibis 23.05.–06.06.2019 piirkondliku haigla psühhiaatrikliinikus statsionaarsel kohtupsühhiaatrilisel ekspertiisil, mille käigus tehti psühhiaatrilise hindamine ning psühholoogilised ja neuropsühholoogilised uuringud.

Haigusjuhu digiloo väljavõttes oli psühhiaater diagnoosiks märkinud „Häired ajuhaigusest, -kahjustusest orgaaniline isiksushäire“ (RHK-10 kood F07.0). Seletuskirjas on perearst märkinud, et alates 2008. aastast on patsiendi töövõimetus tuvastamisel osalenud psühhiaater. Kontakti patsiendiga tema tervise seisundi hindamiseks ei ole arstidel olnud viimase 10 aasta jooksul, kuna patsient keeldus vastuvõtust ja perearsti koduviisidist.

Erafirma psühhiaatri digiloo haigusjuhtumi ambulatoorses epikriisis on haigusjuhu (algus 09.01.2014, lõpp 31.10.2018) diagnoosiks „lihtne skisofreenia“ (RHK-10 kood F20.60).

Sama psühhiaatri tervisekaart sisaldab aastatel 2008–2018 patsiendile pandud erinevaid diagnoose. Psühhiaatri seletuskirja kohaselt

kohtus ta patsiendiga ühel korral koduviisidil käigus 2008. aastal. Hili-semates sissekannetes on märgitud, et visiidil käis patsiendi õde. Valdavalt oli tegemist visiitidega püsiva töövõimekaotuse hindamiseks.

Kokkuvõte

Kuna patsiendi tervise seisundi uurimine psühhiaatri poolt ei olnud piisav digiloo epikriisides ja psühhiaatri tervisekaardil pandud diagnooside kinnitamiseks, on patsiendil õigus nõuda oma digiloo sissekannete muutmist. Digiloo terviseandmete parandamisel tuleb aluseks võtta statsionaarsel kohtupsühhiaatrilisel ekspertiisil pandud diagnoos „Segatüüpi isiksushäire“ (RHK-10 kood F61.0). Patsiendi kaasamine diagnoosimise protsessi sisaldab nii patsiendi uurimist kui ka tema teavitamist haiguse diagnoosist ja ravi võimalustest.

KOKKUVÕTE

TKE ei ole riikliku järelevalve organ ega käsitle tervishoiuteenuse osutaja ja patsiendi vaidlus- ja rahaküsimusi. TKE hinnang on eriarstidest ekspertide soovituslik arvamus, mis ei sea kellelegi mingeid juriidilisi õigusi ega kohustusi, ei muuda ega lõpeta neid. TKE ettepanek, nõuanne ja soovitus ei kohusta arsti või raviasutust hüvitama patsiendile arstliku vea tagajärjel tekkinud tervisekahju.

Rahalise hüvitise taotlemiseks peab patsient pöörduma kohtusse, kui tal ei õnnestu tervishoiuteenuse osutajaga saavutada kohtuvälist kokkulepet. Kauakestvate ja kulukate kohtumenetluste ennetamiseks on TKE siiski korduvalt soovitanud tervishoiuteenuse osutajal ja rahulolematul patsiendil kohtuväliselt omavahel kokkuleppele jõuda.

Kuigi TKE hinnang ei sea kellelegi mingeid juriidilisi õigusi ega kohustusi, on komisjonil õigus teha ettepanekuid ning juhtida tervishoiuteenuste osutajate ja Terviseameti tähelepanu kaebuste arutelul selgunud probleemidele. TKE hinnangu sisu ei saa muuta ega vaidlustada, sest ühe ekspertide

kogu arvamusel rahulolematu isik, olemata ise vastava eriala ekspert, võib alati taotleda hinnangut teistelt ekspertidelt.

- TKE tegi 2019. aastal tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedi parandamiseks 15 ettepanekut ja soovitusi, neist 2 esitati Terviseametile ning 13 tervishoiuteenuste osutajatele, sh 4 hambaravi-asutustele.
- TKE juhtis Sotsiaalministeeriumi tähelepanu sellele, et Vabariigi Valitsuse 16.06.2011. a määruse nr 80 „Mootorsõidukijuhi ja mootorsõiduki juhtimisõiguse taotleja ning trammijuhi juhtimisõiguse taotleja tervisekontrolli tingimused ja kord ning tervisenõuded, sealhulgas meditsiinilised vastunäidustused, mille korral mootorsõiduki ja trammijuhtimine ei ole lubatud“ meditsiiniliste vastunäidustuste sätted vajavad ajakohastamist.
- Komisjon tõdes, et ei saa tagantjärele hinnata haiglatöötajate ja patsiendi lähedaste suhtluse probleeme, kuna need vestlused pole tavaliselt dokumenteeritud ja komisjon saab oma hinnangus lähtuda vaid meditsiinidokumentide andmetest. Samas juhtis komisjon tähelepanu, kui oluline on suhtlus patsientide ja nende lähedastega.
- Komisjon rõhutas paljudel juhtudel korrektse dokumentatsiooni olulisust, sest puudulik dokumenteerimine ei võimalda kinnitada, et arsti tegevus vastas üldtunnustatud heale meditsiinilisele.
- TKE soovitas ebaselge ja ootamatu surma korral teha patoanatomiline lahing, eriti kui patsient viibis haiglas alla ühe ööpäeva. Samuti soovitas komisjon patoloogidel korraldada arstidele täienduskoolitust arstlikul surmatõendil surma põhjuse määramise teemal.

TÄNUAVALDUS

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