

# Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni tegevus 2020. aastal

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

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon (TKE) menetles 2020. aastal 204 avaldust ja tuvastas vajakajäämisi 51 korral, millest meditsiinilise tegevuse vigu esines 25 juhul. 26 juhul hinnati kaebus põhjendatuse osaliselt, kuna tegu oli dokumentide ebakorrekse täitmisega, vajakajäämistega töökorralduses või suhtlemises patsiendi, tema sugulaste või lähedastega. Võrreldes 2019. aastaga on nii kaebuste arv kui ka vajakajäämistest arv veidi kasvanud (2019. a oli kaebusi 178 ja vajakajäämisi 43). Tabelis on toodud kaebuste esinemine erialade kaupa.

Vanglameditsiini teenustega rahulolematuse kohta esitati 34 avaldust. Patsiente esindavad advokaadid/juristid esitasid 9 ja tervishoiuteenuse osutajad 5 hinnangutaotlust. Ülejäänud 156 avalduse esitajad olid patsiendid ja nende lähedased. Peale esmakordset eksperdi hinnangu taotluste menetleti 10 teistkordset taotlust isikutelt, kes ei olnud rahule jäänud TKE hinnanguga.

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

## GÜNEKOLOOGIA JA SÜNNITUSABI

**Juhtum 1. Ei süvenetud piisavalt analüüsi vastusesse**  
25aastane naine pöördus 02.01.2019 üldhaiglasse raseduse tuvastamiseks. Haiglas kinnitati raseduse

olemasolu ultraheliuuringul ning võeti klamüdioosi- ja gonorröaanalüüsid. 04.01.2019 toimunud arsti kordusvisiidi ajaks analüüside tulemusi veel ei olnud.

Arst kohtus patsiendiga uuesti 15.02.2019 erakorralisel vastuvõtul seoses vähese määriva veritsusega tupest – analüüside hindamiseks ei olnud arsti sõnul siis vajadust.

Patsiendi rasedust jälgis ämmaemand. Patsiendi viimane visiit haiglasse toimus 30.04.2019, raseduse suuruses 24<sup>+6</sup> nädalat.

Patsiendi partneril tuvastati 2020. a oktoobris klamüdioos,

mispeale patsient tutvus oma 2019. aasta terviseandmetega ja nägi, et 02.01.2019 võetud klamüüdiatesti tulemus oli positiivne. Ämmaemand ei olnud seda märganud.

Patsiendi rasedus lõppes enneaegse sünnitusega raseduse 33. nädalal.

Ämmaemand tunnistab, et ei märganud positiivset analüüsitulemust ning märkis rasedakaarti ekslikult negatiivse tulemuse. Eksimuseni viis tema sõnul see, et erinevalt tavapärasest ei olnud analüüsi hälbiv tulemus seekord märgistatud punaselt.

**Tabel.** Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjonile esitatud kaebuste jagunemine erialati 2020. aastal

Eriala	Kaebuste arv
hambaravi, sh ortodontia üks	39
peremeditsiin	33
esmatasandi meditsiiniabi vanglates	22
ortopeedia	21
kirurgia, sh üldkirurgia 12, kardiokirurgia 2, plastikakirurgia 2, lastekirurgia 1, käekirurgia 1	18
sünnitusabi ja günekoloogia	15
psühhiaatria	14
erakorraline meditsiin (erakorralise meditsiini osakond ja kiirabi)	12
kardioloogia	6
oftalmoloogia	6
onkoloogia	4
õendusabi	4
neuroloogia	2
nahahaigused	2
radioloogia	1
anestesioloogia	1
töötervishoid	1
reumatoloogia	1
otorinolarüngoloogia	1
intensiivravi	1

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

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

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

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

## Kokkuvõte

Klamüüdiainfektsiooni seostatakse enneagse sünnituse ja viljatusega.

Tegemist on haiglas juhtunud tõsise eksimusega, mille puhul lasub süü nii ämmaemandal, kes ei süvenenud piisavalt analüüsi vastusesse, kui ka haiglal, kus tekkis tõrge hälbelistest analüüsitulemustest alarmeerimise süsteemis.

## Juhtum 2. Ebatüüpiliselt ja varjatult kulgenud emaka(armi)rebendi diagnoosimine

30aastane naine pöördus keskhaigla sünnitusmaja 12.09.2019 kell 8.00 raseduse suuruses 36 nädalat ja 2 päeva. Patsiendil esinesid 4minutilise intervalliga teravad valud alaseljas ja alakõhus. Patsient kahtlustas lootevee puhkemist, kuna 11.09.2019 kella 18.00-st oli eritunud pruunikat-roosakat vesisemat voolust. Viimane plaaniline raseduse jälgimise visiit oli 11.09.2019; visiidi päeval määratud hemoglobiini sisaldus veres oli 92 g/l.

Patsiendi saabumisel oli lootevee testi tulemus negatiivne. Kardiotokograafial loote distressi tunnuseid ei olnud, regulaarset sünnitustegevust monitor ei näidanud.

Günekoloogilise läbivaatuse teinud arst kirjeldas voolust limasvesise-verisena. Emakakael oli suletud, 3 cm pikk. Vaginaalne ultraheliuuring näitas, et emakakaela sisesuue oli avatud 3 mm, platsenta eesatsust ei olnud. Kuna vahetult pärast uurimist puhkes patsiendil verine lootevesi, suunati ta sünnitusosakonda jälgimisele. Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni järgi olid diagnoosid järgmised: O60 – *partus praematurus imminens*. *Gravid in hebd* 36<sup>+2</sup>. PPRM (ingl *preterm premature rupture of the membranes*, lootevee puhkemine ajavahemikul 22<sup>+0</sup>–36<sup>+6</sup> rasedusnädalat). Ebatuhud? *Hypotrophia foetus*; O34 – arm emakal.

Sünnitustegevus algas 12.09.2019 kell 08.40. 12.09.2019 võetud vereanalüüsis esines leukotsütoos (leukotsüüte 14,3 /nl) ja neutrofiilia (neutrofiilide % 86,6) – selle ja puhkenud

lootevee tõttu rakendati profülaktilist antibakteriaalset ravi penitsilliiniga alates sama päeva kella 14.00-st. Sama vereanalüüs näitas hemoglobiini sisalduseks 99 g/l.

Kell 17.45 tehti patsiendile epiduraalanalgeesia. Väljutusperiood algas kell 19.15. Laps sündis kell 19.44 (2340 g, 45 cm; Apgar 8–9). Platsenta sündis 10 minuti pärast spontaanselt, verekaotuseks hinnati 350 ml.

13.–18.09.2019 viibis patsient sünnitusjärgsel jälgimisel ja ravil. Kehatemperatuur oli 1., 2., 3. ja 4. sünnitusjärgsel päeval mõõdetuna normaalne. Emaka taandareng kulges tavapäraselt. Tähelepanu väärib, et 18.09.2019 (4. sünnitusjärgsel päeval) on sünnitusjärgne emakavoolus ehk *lochia* uuesti olnud veresegune (*lochia rubra*), kuna päev varem oli vastavalt sünnitusjärgse perioodi eeldatud kulule *lochia fusca*. 16.09.2019 oli laekunud platsentalt ja tupest võetud mikrobioloogiliste külvide negatiivne vastus.

Patsient kirjutati sünnitusosakonnast välja 18.09.2019, kuid kuna laps viibis intensiivravi osakonnas, jäi patsient haiglasse. Samal õhtul algasid patsiendil tugevad alakõhuvalud. Väljakutsele vastanud valveämmaemand arvas, et tegemist on gaasivaludega ja tõi patsiendile 2 Espumisani-kapslit. Seda episoodi ei ole meditsiinilises dokumentatsioonis dokumenteeritud.

Patsient lubati koos lapsega koju 19.09.2019 kell 11. Kell 14.00 kodus mõõtes oli kehatemperatuur 38,6 °C ja patsient võttis 1 g paratsetamooli. Kuna valud suurenesid, tekkis veritsus ning püsis palavik (38,8 °C kell 20.00), läks patsient tagasi sünnitusmaja, kus ta võeti günekoloogia osakonda septilises seisundis: kehatemperatuur 38,0 °C, pulss 131 korda minutis, C-reaktiivne valk (CRV) 330 mg/l, leukotsüüte 27/nl, prokaltsitoniin 2,53 µg/l; tupest eritus halvalõhnalist voolust. Ultraheliuuringul jäi kahtlus emakaarmi dehistsentsi suhtes; emaka ja kusepõie vahel esines ebamäärane 3 × 4 cm kolle. Alustati antibakteriaalset ravi amoksiklaavi ja metronida-

sooliga; konsulteeriti telefoni teel infektsionistiga, kes hindas ravi adekvaatseks.

Seoses haigusnähtude süvenemisega 20.09.2019 otsustati kohe teha operatsioon: selgus, et emakaarm oli 7 cm pikkuselt rebenenud, haava servad olid turselised, mädased. Rebendit ehk ruptuuri kattis osaliselt suur rasvik. Operatsioonil eemaldati emakas ning munajuhad ja osa suurest rasvikust. Patsient lubati 7. postoperatiivsel päeval rahuldavas seisundis ambulatoorsele ravile.

19.09.2019 võetud verekülviivst leiti B-hemolüütiline streptokokk.

## Kokkuvõte

Tegemist oli ebatüüpiliselt, varjatult kulgenud emaka(armi)rebendiga; seetõttu ei esinenud sündmuste kulus kuni 19.09.2019 palavikutõusuni konkreetset sõlmpunkti, mis aidanuks asjakohaselt sekkuda.

Ähvardavale armi rebendile võinuks viidata emaka armi piirkonna valulikkus, ehkki see pole spetsiifiline sümptom. Haigusloost ei ole võimalik leida sissekannet, kas armi piirkonda palpeeriti. Platsenta eesatsuse kui võimaliku veritsuse põhjuse välistas arst ultraheliuuringul. Emakaarmi rebend soodustas emaka infitseerumist. Emaka eemaldamine oli kirjeldatud olukorras möödapääsmatu.

## Juhtum 3. Ämmaemanda tegevus. Platsenta koetüki irdumine emakaseinalt põhjustas suure verekaotusega veritsuse, mida oleks saanud ennetada kirurgilise sekkumisega

25aastane naine sünnitas keskhaigla sünnitusosakonnas 13.02.2020 kell 14.48 ajalise tütre. Platsenta sündis terviklikult 24 minutit pärast lapse sündi, kuid lootekestad peetusid. Sünnitaja juurde kutsuti valvegünekoloog ja lootekestad eemaldati emakakaelast osaliselt. Patsiendile süstiti lihasesse 5 toimeühikut oksütotsiini. Pärast seda oli emakas heas kontraktsioonis, vereeritus oli tavapärase. Sünnitusaegne verekaotus oli kokku 600 ml. Patsient

lubati koju teisel sünnitusjärgsel päeval 15.02.2020.

01.03.2020 tekkis patsiendil järsku heleda vere eritus, mis kestis 4–5 minutit. Patsient pöördus seepeale keskhaigla erakorralisse vastuvõttu, kus temaga vestelnud ämmaemand pidas sünnitusjärgset veritsust normaalseks nähtuseks. Kuna veritsuse põhjust ei olevat võimalik tagantjärele selgeks teha, ei peetud läbivaatust ja uuringuid vajalikuks.

Samal päeval pöördus patsient teise keskhaigla naistekliiniku erakorralisse vastuvõttu. Läbivaatuse ja ultraheliuuringu käigus avastati emakas (rohkem emakakaela piirkonnas) 3,7 × 4,3 cm hüperehogeenne ala. Patsiendile määrati ravi desaminooksütotsiiniga ja ta lubati koju. Samal õhtul esines veel kaks 3–4minutilist veritsust, millele patsient enam nii kriitiliselt ei reageerinud, võttes neid kui tablettide kõrvaltoimet.

07.03.2020 tekkis ootamatult heleda verega verejooks. Kui kiirabi patsiendi keskhaiglasse toimetas, oli veritsuse algusest möödunud ühe tunni. Emakakaelast eemaldati 4 × 4 cm platsenta tükk (histoloogiliselt kinnitamata) ja määrati emakat kontraheeriv ravi, mispeale veritsus lakkas. Verekaotuse suuruseks hinnati umbes 1–1,5 liitrit, patsient sai vereülekanne ja lubati järgmisel päeval kodusele ravile.

Sünnitusloos on dokumenteeritud, et platsenta sündis terviklikult, kuid ilmselt see nii ei olnud ja platsenta väikese osa peetumine jäi tähelepanuta (on ka võimalik, et esines platsenta lisaagar).

## Kokkuvõte

Kõnealusel olukorras pidanuks värske vere eritumine ämmaemandat alarmeerima ning ajendada tegema edasisi uuringuid.

## ERAKORRALINE MEDITSIIIN

### Juhtum. Kannakõõluse rebendi diagnoos hilines

59aastane mees pöördus 04.05.2020 üldhaigla erakorralise meditsiini

osakonda (EMO), kus diagnoositi parema jala põrutus ja soovitati panna peale külma kompressi. Tehti jala objektiivne läbivaatus ja Thompsoni test. 04.05.2020 EMO uuringu kirjelduses on märgitud „Thompsoni kats positiivne“, mis peaks tähendama, et kannakõõlus on rebenenud.

Epikriiside ja selgituste andmeil oli testi positiivne ja negatiivne tähendus dokumenteerimisel segi läinud, s.t testi tegemisel plantaarfleksioon siiski toimus.

21.05.2020 tehti patsiendile samas haiglas operatsioon. 22.06.2020 võttis patsient kodus oma sõnul korraks lahase ära, komistas ja vigastas oma kannakõõlust uuesti ning pöördus samal päeval üldhaigla EMOsse. EMO 22.06.2020 epikriisi andmeil hinnati seekord Thompsoni testi positiivsust õigesti ning patsiendil diagnoositi kannakõõluse reruptuur. Patsient pöördus samasse haiglasse veel 24.06, mil epikriisi andmeil jätkati konservatiivset ravi, mõeldi konsulteerimisele piirkondliku haigla ortopeedidega ja kutsuti tagasi vastuvõtule 01.07.2020.

Patsient pöördus juuli algul ise kõrgema etapi haiglasse, kus 11.08.2020 tehtud ultraheliuuringul diagnoositi kannakõõluse reruptuuri ja tehti korduv operatsioon 14.08.2020.

## Kokkuvõte

Esmasel pöördumisel jäi kannakõõluse rebend diagnoosimata, mistõttu ravi algus viibis 17 päeva. Esmasel visiidil oleks mõistlik olnud kannakõõluse vigastuse diagnoosimisel kasutada lahast või ortoosi.

## KIIRABI

### Juhtum 1. Kuna ravidokumendist ei selgu, et esmakordset peeringlust oleks peetud perifeerseks vertiigoks, oleks olnud näidustatud kompuutertomograafiline (KT) uuring

62aastasele mehele kutsuti kiirabi 10.06.2020 varahommikul kell 7.56, kuna pärast 24tunnist valvet oli ta tundnud peeringlust, vererõhk

oli kõrge ja ta oli ka oksendanud. Vererõhk oli kõrgem olnud juba kaks päeva. Kiirabibrigaad neuroloogilist koldeleidu ei tuvastanud. Leiti, et parem pupill on laiem kui vasak, kuid patsient oli adekvaatselt kontaktne. Vererõhk oli 150/100 mm Hg, elektrokardiograafia (EKG) oli ägeda isheemilise patoloogiata, siinusrütm.

Patsiendile manustati vererõhku alandavaid ja iiveldusevastaseid ravimeid ning hospitaliseeriti vertiigo ja hüpertooniatõve diagnoosidega keskhaigla EMOsse. Seal vaadati patsient läbi, jälgiti tema üldseisundit ja tehti analüüsid, mis olid olulise patoloogiata. Vererõhk oli normaliseerunud. Kuna patsiendi enesetunne väidetavalt paranes ja objektiivset neuroloogilist koldeleidu ei olnud, lubati ta koju. KT-uuringut ei tehtud.

Teine kiirabi väljakutse tehti samal päeval kell 12.24. Patsient ei suutnud rääkida ega käsi-jalgu liigutada. Kiirabi saabudes kell 12.33 oli patsient koomas. Jälle kirjeldati kiirabikaardil pupilli diferentsi – parem laiem kui vasak –, vererõhk 210/100 mm Hg. Patsiendile manustati ravimit ja ta hospitaliseeriti taas keskhaiglasse. EMOs patsient intubeeriti, manustati rahustit, seederiti ning ravi jätkus esialgu intensiivravi osakonnas. KT-uuring koos ajuangiograafiaga tehti kell 14.36 – patsiendil diagnoositi kolju-põhimiku (basilaar)arteri tromboosi ja peaajutüve infarkti. Patsiendile tehti trombolüüs ja suunati edasiseks trombi eemaldamiseks ehk trombektoomiaks kõrgema etapi haiglasse.

Kell 16.10 viidi patsient piirkondlikku haiglasse, kus alustati kell 17.45 trombektoomiat, kuid protseduur tüsistus ajutüve hemorraagia ja ulatusliku subarahnoidaalse hemorraagiaga ning patsient suri 11.06.2020.

## Kokkuvõte

Esimesel EMO-visiidil käsitleti patsienti kui kardiovaskulaarse probleemiga haiget ja neuroloogilised haigusnähud jäid tagaplaanile. Ravidokumendist ei selgu,

et esmakordset peeringlust oleks peetud healoomuliseks perifeerseks vertiigoks, ja seetõttu oleks olnud näidustatud KT-uuring. Samas poleks tavaline KT-uuring pruukinud näidata värsket ajuinfarkti, veel vähem basilaartromboosi või ajutüve infarkti. Seega oleks haigus jäänud tõenäoliselt diagnoosimata ka siis, kui KT-uuring oleks kohe tehtud. EMO objektiivse läbivaatuse kirjelduse andmeil ei esinenud patsiendil selgeid ajutüve infarkti tunnuseid esimesel EMOSse hospitaliseerimisel. Trombektoomia tüsistuse tekkimine ei ole seotud patsiendi meditsiinilise käsitlusega ja sarnaseid tüsistusi võib ette tulla kõikjal.

## Juhtum 2. Kiirabi ei diagnoosinud südamehaigust ega teinud EKGd

60aastane meespatsient käis 12.02.2020 perearsti vastuvõtul, kus talle määrati vereanalüüs ja tehti EKG. Kaebusteks olid kõha rögaga, hingeldus koormuse ajal. 17.02.2020 visiidil perearsti juures olid kaebused samad, üldseisund rahuldav. Patsient ei kurtnud perearstile valu rinnus.

16.03.2020 tekkis patsiendil tugev valu, mis kiirgus mõlemasse kätte ja kaela. Kaasnes õhupuudus, samal ajal oli ka palavikutõus 38 °C ning haige kutsus esimest korda kiirabi, kes manustas valuvaigistit. EKGd ei tehtud ja haige jäeti kodusele ravile.

19.03.2020 öösel tekkis tugev valu rindkeres. Seekord viis kiirabi patsiendi hommikul üldhaiglasse, kus EKGs ilmnis ST-elevatsioon anterioorsel ning patsient viidi samal päeval edasi piirkondlikku haiglasse. Kuna valu algusest oli möödunud rohkem kui 12 tundi, trombolüüsi ei tehtud.

Piirkondliku haigla diagnoosid: *Infarctus myocardi ac.* (I, anter. STEMI ~ 16.03.2020); äge transmuraalne müokardi esseina infarkt; *Insuff. cordis ac*; Killip II chr.; NYHA II; puhas hüperkolesteroleemia; südamekahjustusega hüpertooniatõbi ilma (kongestiivse) südamepuudulikkuseta; krooniline obst-

ruktiivne kopsuhaigus; tsentrilobulaarne emfüseem; neurofibromatoos (healoomuline).

Raviks tehti südame veresoone stentimine.

24.03.2020 oli patsient kaebusteta (valu rindkeres ega hingeldust ei kurtnud).

25.03.2020 kell 6.44 läks öde patsiendilt verd võtma ja leidis ta voodis elutuna. Kutsuti elustamisbrigaad ja valvekardioloog, alustati kaudset südame massaaži ja maskventilatsiooni. *Exitus letalis* dokumenteeriti kell 6.55.

Patoanatomilise lahangu epikriis: surma põhjuseks oli äge suurekoldeline südamelihase infarkt (ca 10 päeva vanune) koos süveneva kardialse puudulikkusega. Seisundi raskust süvendas konkureeriv patoloogia – krooniline obstruktiivne kopsuhaigus väljendunud bulloosse kopsupuhitumise ja hingamispuudulikkusega. Kliiniline ja patoanatomiline diagnoos ühtivad.

## Kokkuvõte

Esitatud ravidokumentide andmed ei võimalda tagantjärele kindlaks teha südameinfarkti alguse täpset aega. Patoanatomilise lahangu andmeil oli surma põhjuseks äge suurekoldeline südamelihase infarkt (ca 10 päeva vanune) koos süveneva südamepuudulikkusega. Kuna kiirabivisiidil ei kahtlustatud kaebuste seost ägeda südamehaigusega, EKGd ei tehtud.

## Juhtum 3. Kiirabi ei lähtunud patsiendi käsitlusele kiirabi tegevus- ja ravijuhenditest ega heast meditsiinipraktikast ning jättis tegemata EKG

77aastane mees tundis end 31.12.2019 väga halvasti: valu rinnus ja hingamisraskused, oli kaetud külma higiga ja väga nõrk. Patsient oli hakanud end halvasti tundma juba 28.12.2019, kuid 31.12.2019 halvenes tervis järsult ning kell 19.52 kutsuti talle kiirabi.

Häirekeskuse väljakutse prioriteediks määrati C ja tüüpjuhtumiks valu rinnus ning kirjelduses

märgiti, et patsiendil on rinnus valu, raske hingata, palavik. Kiirabikaardi anamneesis on kaebusteks palavik ja valu rinnus. Kaebused 3 päeva. Leiti palpatoorne valulikkus rindkerel, kuulatledes paremas kopsus räginad. Patsient oli teadvusel, adekvaatne. Nahk oli kuum ja niiske, kehatemperatuur 37,9 °C. Hemodünaamiliselt oli patsient stabiilne, SpO<sub>2</sub> 98%.

Kiirabi soovitas patsiendil pöörduda esimesel võimalusel perearsti konsultatsioonile või järgmisel päeval minna ise võimaluse korral haigla EMOSse. Palaviku puhul võtta parasetamooli. Diagnoosiks kiirabikaardil on täpsustamata rindkerevalu.

Omaksed viisid patsiendi 01.01.2020 kõrgema etapi haigla EMOSse, kus diagnoositi äge müokardiinfarkt. Patsient suri 03.01.2020 infarkti tüsistusena tekkinud hemo-perikardi tõttu. Patsiendil esines põletikunäitajate tõus (CRV 184 mg/l), kuid kopsupõletikku röntgenuuritingimused ei näidanud.

## Kokkuvõte

Tegemata jäi rindkerevalu puhul vajalik ja ravijuhendites soovitatud EKG, mis oleks andnud õige diagnoosi. Samuti ei olnud põhjendatud patsiendi hospitaliseerimata jätmine.

## Juhtum 4. Kiirabi ei tundnud ära aju transitoorse isheemia atakki ning jättis tähelepanuta fikseerunud südamekodade virvendusarütmia kui olulise riskiteguri ajuinfarkti tekkeks

88aastasele mehele kutsuti 23.11.2019 kiirabi, kuna patsient ei ärganud hommikul kella 12-ks üles ning teda oli vaja äratada. Ärgates oli patsiendil suuri raskusi kõnelemisega, suunurgast jooksis sülge ja pilk ei olnud fokuseeritud. Häirekeskusest sai kiirabibrigaad kell 12.50 B-prioriteediga väljakutse, tüüpjuhtumiks insult/halvatus. Kaebusteks on märgitud imelik käitumine, suust sülge väljaniristamine, suu viltu, sõnad segased.

Kiirabikaardi järgi oli patsient kiirabi saabudes närvisüsteemi haigusnähtudeta (neuroloogi-

lise patoloogiat), anamneesis on mainitud, et patsiendil oli muutunud kõne ning tekkinud pearinglus pärast ärkamist.

Objektiivselt: patsient istub, kontaktne, adekvaatne, ägeda neuroloogilise haiguse tunnused puuduvad, pupillid võrdsed, nägu sümmeetriline, lihaste toonus normis, pearinglust ei ole, vererõhk 110/80 mm Hg, pulsi sagedus 60 korda/min. Patsienti ei hospitaliseeritud, vaid soovitati kutsuda uuesti kiirabi, kui taas tekib kõnehäire.

Kell 16.50 kutsuti patsiendile uuesti kiirabi, kuna lähedaste sõnul ei olnud kõne paremaks muutunud. Kiirabikaardi järgi kell 17.30 märkasid sugulased, et patsient räägib omapäraselt, kõne on pehme, mitte kõik sõnad pole arusaadavad, kõnnak ei ole stabiilne. Kiirabi saabudes kõnehäire püsis. Mainitud on, et analoogne seisund esines ka hommikul, kuid möödus. Patsiendi elulised näitajad olid jälle normi piires. Seekord patsient hospitaliseeriti. Kiirabi manustas patsiendile metoklopramiidi (kuid kiirabikaardil puudub viide selle ravimi vajalikkuse kohta) ning alustas kristalloidlahuse infusiooni. Hospitaliseerimise diagnoosid: transitoorne isheemiline atakk ja peajuinfarkt.

Patsient suri 07.12.2019. TKE-l puuduvad andmed surma otsese põhjuse kohta.

### Kokkuvõte

Kiirabibrigaad ei arvestanud piisava tõsidusega patsiendi lähedastelt saadud anamneesi ja ei tundnud ära aju transitoorse isheemia atakki. Kiirabibrigaad oleks pidanud patsiendi juba esimesel korral hospitaliseerima, kuna ajuvereringehäirega patsient vajab täpsustavaid uuringuid, mille alusel on võimalik anda adekvaatseid ravisoovitusi.

### Juhtum 5. Kiirabi ei küsinud patsiendi anamneesi piisava hoolikusega ning jättis tähelepanuta hüpotensiooni

59aastane mees oli aastalõpupühadest kuni 4. jaanuarini 2020

tarvitanud alkoholi. 5. jaanuaril tundis ta end halvasti ja omastele tundus, et ta ei näe ega kuule hästi. Lähedased kahtlustasid infarkti või insulti ja kutsusid 05.01.2020 kell 10.08 kiirabi.

Kiirabikaardi anamnees on väga lakooniline: on märgitud, et patsient tarvitas mitu päeva alkoholi ning nüüd on halb olla, kuid pole selgitatud, mida halb olla tähendab. Patsient oli desorienteeritud, Glasgow' koomaskaala (GKS) 13 palli, hemodünaamika normaalne, hingamine normaalne, hingamissagedus 18 korda minutis, kehatemperatuur normis. On märgitud, et peristaltika on normaalne, ei ole positiivseid peritoneaalärritusnähte, veriokset ning kõht ei ole esile võlvunud. Mõõdetud veresuhkur oli 0,6 mmol/l, mistõttu patsiendile manustati veeni 24 g glükoosi. Pärast seda on veresuhkur olnud kiirabikaardi andmeil 8,6 mmol/l, kuid GKS on jäänud 14 pallile ehk sõnaline kontakt patsiendiga on olnud segane. Patsienti ei hospitaliseeritud, vaid soovitati pöörduda perearsti poole.

Kiirabikaardil on märgitud, et patsient ravimeid ei tarvita. Puudub märke krooniliste haiguste kohta. Tütre sõnul oli patsient eelnevalt terve, kroonilisi haigusi ei olnud, seega jäid selgusetuks hüpotensioon ja teadvushäire põhjused, mistõttu oleks olnud näidustatud patsiendi hospitaliseerimine.

Kell 14.21 kutsuti uuesti kiirabi, kutse põhjus – nõrkus, halb olla. Kirjas on, et patsiendil on külm higi, püsti ei tõuse. Anamneesi kohta on sissekanne jälle lakooniline: üldnõrkus, halb enesetunne, on tarvitanud mitu päeva alkoholi. Mainitakse ka eelnevat hüpotensiooni episoodi ning seda, et patsient on desorienteeritud ja ei saa tõusta. GKS järgi on hinnang jätkuvalt 14 palli, võrreldes eelmise kiirabikutsega on patsient muutunud hüpotensiooniks – vererõhk 90/60 mm Hg, kuid tahhükardiat ei esinenud. Patsiendile tehti EKG, mille kirjeldus on normileid. Patsiendi hingamine oli jätkuvalt normis, hingamissagedus küll veidike tõusnud – 20

korda minutis. Jälle on kirjeldatud kõhuleidu, mis kiirabikaardi andmeil oli igati normaalne. Veresuhkur oli 11,1 mmol/l, palavikku patsiendil ei olnud, väidetavalt ka mitte valu. Nahk oli normaalne. Kiirabi alustas kristalloidinfusiooni ja hospitaliseeris patsiendi keskhaiglasse, kuhu ta jõudis 05.01.2020 kell 15.03.

Haiglas leiti, et kõht oli pinges ja esilevõlvunud. Kiirabikaardil on dokumenteeritud vastupidine info. Patsient hingeldas, esines akrotsüanoos, hemodünaamika muutus ebastabiilseks – keskhaigla arsti hinnangul saabus patsient üliiraskes, praktiliselt terminaalises seisundis. KT-uuringul leiti soole isheemia ja iileus ning alustati patsiendi tervise seisundi stabiliseerimist, kuid patsient suri 05.01.2020 kell 23.05.

### Kokkuvõte

Kuna patsient ei põdenud kroonilisi haigusi ega tarvitanud ravimeid, oleks pidanud ta hospitaliseerima täiendavateks uuringuteks. Patsient ei muutunud adekvaatselt kontaktseks ka pärast glükoosi manustamist, mis veelgi kinnitas hospitaliseerimise vajadust. Arusaamatuks jääb, kuidas kiirabi teisel visiidil hindas patsiendi kõhu seisundi normileiaks ning miks kiirabikaardil puudub info kõhuvalu kohta, kui pool tundi hiljem haiglasse saabudes leiti patsiendil ägeda kõhu tunnused ning sisuliselt terminaalne seisund.

## ILUKIRURGIA

### Juhtum 1. Raviprotseduuri (raviblokaad interkostaalse närvivalu raviks) tüsistusena tekkis vasakpoolne õhkrind

50aastane naine pöördus 29.11.2019 korduvale vastuvõtule erakliinikusse ning kaebas vasaku abaluu piirkonna valu ja piiratud liikuvust. Varasema, 15.11.2019. a vastuvõtuga võrreldes iseloomustas valusündroomi tugev valu vasaku abaluu piirkonnas. Arst pani diagnoosiks müalgia ja ägeda valu.

Arvestades patsiendi kaebusi, valusündroomi tugevnemist, füüsi-

lise töö koormust ja piiratud liikuvust, otsustati teha raviblokaad. Patsiendile selgitati raviprotseduuri sisu, ravitoimet ja võimalikke tüsistusi. Patsient andis oma nõusoleku raviblokaadi tegemiseks. Protseduur tehti aseptilistes tingimustes. Raviprotseduur – interkostaalse närvi raviblokaad – oli tehtud tavapäraselt: süstiti Kenalogi 20 mg + 0,5% S. Lidokaini 5 ml. Raviprotseduuri tüsistusena tekkis vasakpoolne õhkrind.

### Kokkuvõte

Tegemist oli meditsiinilise protseduuri tüsistusega, mida ei saa pidada veaks. Õhkrinda esineb sellistel protseduuridel kuni 1 : 1000 ja see on põhjustatud liiga sügavast nõelatorkest. Samas on närvi ja pleuraõõne/kopsukoe vahe vaid mõni millimeeter ning rindkere seinapaksus on inimestel erinev.

### Juhtum 2. Juuksed peahaavas

37aastasel naisel eemaldati erakliinikus 04.02.2020 parema kõrva tagune nahaalne rasvkaasvaja. Operatsiooni aeg lepitati eelnevalt kokku 20.01.2020. a visiidil. Operatsioon oli meditsiiniliselt näidustatud (histoloogilisel uuringul oli tegu fibrolipoomiga).

Patsiendi sõbranna leidis 07.02.2020, et operatsioonihaavas on juuksed ja haavast tehti foto. 08.02.2020 eemaldati regionaalhaigla EMOs juuksed haavast. Haav paranes esmaspingsalt.

### Kokkuvõte

Juuste haava jätmine oli hooletusviga. Tagantjärele on võimatu kindlaks teha, kas juuksed olid haavas või ainult õmbluste all, nagu väidab erakliinik. Hea meditsiinitava eeldab juuste eemaldamist ka õmbluste alt.

## KIRURGIA

### Juhtum 1. Patsient suri mao resektsiooni järgse verejooksu tõttu

61-aastane mees hospitaliseeriti 21.05.2018 erakorraliselt üldhaig-

lasse. Kaebuseks oli kuu aega kestnud raskustunne ülakõhus. Uuringutel diagnoositi mao pülooruse stenoosi, mis vajas kirurgilist ravi. 24.05.2018 tehti erakorraline operatsioon – antrumektomia.

Operatsioon kulges tavapäraselt, haige seisund anesteesia ajal oli stabiilne: vererõhk püsis stabiilsena 120–150/55–80 mm Hg piires, südame-tegevus 60–70 korda minutis. Umbes 12 tundi pärast operatsiooni hakkas patsient kaebama valu ülakõhus, raskust, üldist halba enesetunnet. 25.08.2018 kella 04 paiku tekkis järsk vererõhu langus 65/40, esialgu ilma tahhükardiata. Kuna kõhukoopasse jäetud dreeni-dest vereeritust ei esinenud, kahtlustati esialgu kardiaalset patoloogiat, mis EKG alusel kinnitust ei leidnud.

Mõne aja pärast ilmnis vereeritus kõhuõõne drenist – oli selge, et tegemist on operatsioonijärgse verejooksuga. Alustati verepreparaatide ülekannet. Kell 8.30 tehti relaparotomia. Kõhuõõnes oli umbes 3000 ml verd ja hüübeid – need evakueeriti. Jämesoole kinnistis oli näha suur hematoom, mis oligi verejooksu põhjuseks. Peale kõhuõõne avamist tekkis vatsakeste fibrillatsioon ja kliiniline surm. Haiget püüti 1,5 tunni jooksul elustada, kuid vaatamata rakendatud võtetele (kaudne südamemassaaž ja aordi kompressioon, massiivne transfusioon, adrenaliin, defibrillatsioon) vereringe ei taastunud. Kell 10.00 dokumenteeriti letaalne lõpe.

Kordusoperatsiooni alguseks oli patsient väljendunud hemorraagilises šokis. Selles ajamomendis rakendatud ravivõtted olid asjakohased. Hoolimata sellest ei õnnestunud patsienti päästa. Südamelihase hüpertroofia võis olla üheks teguriks, mis tingis elustamisvõtete ebaefektiivsuse.

Kohtuarstlik ekspertiis tuvastas, et surma põhjuseks oli kirurgilise protseduuri järgne verejooks jämesoole kinnistist. Olulise kaasuva haigusena kirjeldati kõrgvererõhktõve tõttu arenenud südamelihase hüpertroofiat.

### Kokkuvõte

Operatsioonijärgse verejooksu kohest diagnoosimist raskendas tahhükardia puudumine, mis peaks olema verekaotuse esimesi tunnuseid. Alles 3 tundi hiljem tekkis dreeni-dest ulatuslik vereeritus, mis viitas verejooksule kõhukoopast. Kui vererõhu langedes oleks kohe tehtud vereanalüüs, oleks tõenäoliselt verejooksu diagnoositud varem ja alustatud varem ka reoperatsiooni, mis oleks andnud paremad võimalused fataalse lõppe vältimiseks.

### Juhtum 2. Protseduuri käigus tekkis sapijuha perforatsioon retroperitoneaalruumi

61-aastasele naisele tehti piirkondlikus haiglas 19.02.2019 kell 14.50 sapikivitõve näidustusel endoskoopiline retrograadne kolangiopankreatograafia (ERKPG) protseduur.

ERKPG tegemise ajal vigastust ei märgatud. Patsiendi haigusseisundit hinnati kui ERKPG järel sagedamini esinevat tüsistust – ägedat pankreatiiti – ning lähtuti edaspidise ravi määramisel ägeda pankreatiidi ravijuhendist, lisades antibiootikumid raviskeemi alles siis, kui diagnoositi septiline seisund.

21.02.2019 kell 03.20 tehtud KT-uuringul ilmnis nekrootiline põletik retroperitoneaalruumis – see oli meditsiiniline näidustus patsienti kohe opereerida. Kell 07.05 tehti korduv KT-uuring (kontrastainega), mis aga eelnevale infot ei lisanud: kontrastaine leket soolest väljapoole ei leitud. Patsiendi seisund oli selleks ajaks niivõrd halb, et kell 09.45 konsiiliumi otsusega lükati operatsioon edasi haige seisundi stabiliseerumiseni. Operatsioon – laparotomia – toimus alles 21.02.2019 kell 14.00. Seega oli hetkest, mil ilmnis vajadus operatsiooniks (kell 04.00), möödunud 10 tundi.

21.02.2019 kell 14.00 tehtud operatsioonil nekroosikoobas puhastati ja dreeniti. Kuid haigusprotsessi kulgu see enam ei mõjutanud, kuna retroperitoneaalruumi nekrootilise põletiku korral on patsientide prognoos väga halb ja letaalsus väga suur.

## Kokkuvõte

TKE hinnangul ei olnud tegemist hooletusveaga. Kuna ERKPG tegemise ajal vigastust ei märgatud, siis tõlgendati patsiendil kujunenud haigusnähtude kliinilist pilti kui oluliselt sagedamini esinevat tüsistust – ERKPG-järgset pankreatiiti. Operatsiooniga viivitamine tulenes taktikast täpsustada korduva KT-uuringu käigus perforatsiooni täpset asukohta.

Kõnealusel juhul tehti viga ERKPG käigus tekkinud tüsistuse diagnoosimisel. Tagantjärele hinnates valiti ravitaktika, mis kõnealuse patsiendi puhul ei osutunud õigeks.

TKE peab äärmiselt kahetsväärseks, et piirkondlikku haiglas esinesid puudujäägid suhtlemisel patsiendi omastega, sh et neile ei selgitatud lähedase inimese surma põhjust.

## Juhtum 3. Endoskoopilise retrograadse kolangiopankreatograafia järel tekkinud nekrotiline pankreatiit põhjustas hiljem soolenekroosi koos perforatsiooniga, mis tüsistus sepsisega

71-aastane naine hospitaliseeriti piirkondlikku haiglasse 17.02.2020 sapivoolmetega, mis kiiresti möödusid, kuid kordusid haiglas. Sapipõis oli patsiendil eemaldatud juba 10 aastat varem. Biokeemiliste analüüside järgi esines biliostaas (transaminaaside ja leelisfosfataasi sisalduse suurenemine), kliiniliselt sapivoolmed. Ultraheliuuringul sapiteede laienemist ei esinenud, kuid jäi sapiteede sademe kahtlus; magnetresonantstomograafilisel (MRT) uuringul jäi sapijuha kivide kahtlus.

26.02.2020 tehtud ERKPG-protseduur ei õnnestunud täies mahus: pärast eellõiget ei õnnestunud kontrasteerida sapiteid, kontrasteeritus vaid pankreasejuha ja protseduur sellega piirdus. Protseduuri järel tekkis patsiendil raske pankreatiit, mille ravi oli esialgu tulemuslik – põletiknäitajad vähenesid,

kehatemperatuur normaliseerus ja patsient lubati heas üldseisundis koju 20.03.2020.

Uuesti hospitaliseeriti patsient 30.03.2020 ning haiglas diagnoositi postnekrotilist abtsessi ja kopsuarteri trombembooliat. Abstsess dreeniti esialgu ultraheliuuringu kontrolli all, kuid tekkinud soolefistli raviks oli vajalik kirurgiline operatsioon. Operatsioonil eemaldati osaliselt jämesool ja kõhunäärme nekrotiseerunud osa, kõhunäärme dreeniti ja rajati niudesoolefistul ehk ileostoom. Soolefistli tekkimise põhjustas (histoloogilise uuringu andmeil) soolenekroos, mis tüsistus sepsisega. Sepsisest põhjustatud hulgielundipuudulikkuse tõttu patsient suri 19.04.2020.

## Kokkuvõte

Patsiendi varasem rehospitaliseerimine oleks prognoosi parandanud. Tegemist on tüsistusega, mida pole võimalik ette näha. ERKPG-järgne äge pankreatiit esineb umbes 4%-l juhtudest. Raske pankreatiidi suremus on omakorda kuni 30%.

Pankreatiidi korral tekib nekroosi infitseerumine tavaliselt 2.–3. nädalal pärast haiguse algust. Haiguskolde liiga varajane punkteerimine võib ise põhjustada infitseerumist.

## Juhtum 4. Maksatsirroosi ja portaalhüpertensiooni foonil tekkis verejooks ägedatest maohaavanditest. Operatsiooni eel ei tehtud antibiootikumidega profülaktikat

26aastane mees saabus 22.09.2010 piirkondliku haigla EMOSse. Esines maksapuudulikkus – bilirubiinitaseme tõus, trombotsütopeenia, hemoglobiin 99 g/l, hematokrit 28,9%, leukotsüüte 8,63  $10^9/l$ , trombotsüüte  $70 \times 10^9/l$ , CRV 1,3 mg/l, INR 1,39, jääkained (uurea, kreatiini) normis. EMOs tehtud gastrofibroskoopial kindlat verejooksu kohta ei leitud, maos olid veresegused massid; nähti aktiivse veritsuseta söögitoru varikoosi. Patsient hospi-

taliseeriti kirurgiaosakonna intensiiviravipalatisse ning patsient jäi konservatiivsele ravile pantoprasooli (annuses 40 mg  $\times$  2), tsüklokaproonhappe ja tilkinfusiooniga.

Järgmiseks hommikuks hemoglobiinisaldus vähenes 69 g/l-ni, hematokrit 23,3%. Kanti üle 4 doosi erütrotsüütide massi, kuid kell 15.42 oli hemoglobiinisaldus suurenenud vaid 79 g/l-ni. Seetõttu tehti uus gastrofibroskoopia, kus leiti, et magu on täidetud verehüüvetega, kuid konkreetset verejooksu allikat ei leitud (gastroskoopia olid teinud erinevad arstid).

Järgmiseks päevaks, s.o 24.09.2019 muutus patsient psühhootiliseks ja ta seisund destabiliseerus. Ta kaebas valu seljas ja ülakõhus, mistõttu viidi ta üle III astme intensiivraviosakonda. Ammooniumisisaldus oli suurenenud 146-ni, mis viitab algavale maksakoomale, põhjuseks tsirroos ja seedetraktist resorbeeruv veri. Patsient intubeeriti, sedeeriti ja viidi üle kopsude mehaanilisele ventilatsioonile. Vereõhk oli 63/40 mm Hg. Perforatsiooni välistamiseks tehtud erakorraline KT-uuring perforatsiooni esinemist ei kinnitanud. Hemoglobiinisaldus vähenes 71 g/l-ni. Jätkuva verejooksu tõttu tehtud kolmanda gastroskoopia leid kattus varasematega, maos olid näha verised massid, aga verejooksu allikat leida ei õnnestunud.

Pärast gastroskoopiat tehti 24.09.2019 kell 14.10–15.10 üldnarkoosis operatsioon. Antibiootikumiprofülaktika kohta marget haigusloos ei leidu.

Järgmisel hommikul oli patsient septilises šokis: ebastabiilne hemodünaamika, kõrge kehatemperatuur, CRV 81,2 mg/l, leukotsüüte 0,86/nl, hemoglobiin 96 g/l, hematokrit 26,7%, verekülvis *E. coli* positiivne. Veres C-hepatiidi viiruse vastased antikehad.

Alustati antibakteriaalset ravi, ja kuna diurees lakkas, alustati samal päeval pidevat neeruasendusravi.

26.09.2019 oli prokaltsitoniin 39,97 (referentsväärtus kuni 0,05),

tegemist oli ilmse sepsisega. Vaata-mata intensiivravile (vasopressorid, mehaaniline kopsude ventilatsioon, antibakteriaalne ravi, infusioonravi, pidev neeruasendusravi, verekomponentide ülekanded) jäi patsiendi tervise üldseisund ebastabiilseks ning süvenes maksa- ja neerupuudulikkus, mille tagajärjel patsient suri 29.09.2019.

### Kokkuvõte

Patsiendil esines maksatsirroosi ja portaalhüpertensiooni foonil verejooks maohaavanditest. Puuduseks tuleb pidada operatsioonieelse antibiootikumprofülaktika tegemata jätmist. Tagantjärele ei saa väita, et antibiootikumprofülaktika oleks sepsist 100% vältinud, kuid ravi-juhiste järgi oleks seda pidanud tegema. Haiglasse tulles patsiendil põletikunäitajad puudusid, mistõttu tuleb tema sepsist käsitleda hospitalinfektsioonina.

### ORTOPEEDIA

#### Juhtum 1. Pöialuu põhimiku väike avulsioonimurd ning välimise ja keskmise talbluu nihketa murru diagnoosimiseks oleks tulnud teha kompuutertomograafiline uuring

60aastane naine vigastas 29.08.2019 kukkudes vasakut labajalga ja hüppeliigest. Kiirabi viis patsiendi keskhaigla erakorralise meditsiini keskusse, kus tehti asjakohane kliiniline läbivaatus. Tehti röntgeniülesvõte, kus ei sedastatud luumurde. Ka retrospektiivselt vaadates ei ole röntgenipildil selgeid viiteid luulisele vigastusele.

Diagnoositi kann- ja jalapiirkonna liigeste ja sidemete luksatsioon, distraktsioon ja distensioon. Anti ravijuhised. Patsient käis 06.09.2019 ortopeedi korduval vastuvõtul: hinnati vigastuse kliinilist seisundit ning tehti uus röntgeniülesvõte. Kahtlus jäi võimaliku avulsioonimurru suhtes keskmise talbluu kohal. Arst määras patsiendile taastusravi ning kutsus tagasi kontrollvastuvõtule 27.09.2019.

Korduva visiidi ajal patsiendil kaebused püsisid. Tehti labajala KT-uuring, mille põhjal tuvastati 3. ja 4. pöialuu põhimiku väike avulsioonimurd ning välimise ja keskmise talbluu nihketa murd. Arvestades traumamehhanismi, kliinilist ja radioloogilist leidu, esines patsiendil ligamentaarne Lisfranci tüüpi vigastus, mis esmast kirurgilist ravi ei vaja.

### Kokkuvõte

Patsiendi vaevusi oleks võinud vähendada esimese visiidi ajal lahase asetamine. Õige diagnoosi hilinemine ei muutnud ravitaktikat ning ei kahjustanud patsiendi tervist. Tegemist on väga harva esineva (0,2% kõikidest murdudest) ning väga sageli diagnoosimata jääva vigastusega. Sellist tüüpi vigastuste paranemine võib kesta kaua.

#### Juhtum 2. Harva esinevate (kaasuvate) haigustega patsiente peaks ravima kõrgema etapi haiglas

25aastane naine põdes kaasasündinud haigust – Klippeli-Feili sündroomi –, mille peamine tunnus on kaelalüliliste kokkukasve ja deformatsioon koos mitmete (võimalike) kaasuvate sündroomidega.

Patsient oli kaevanud valu paremas õlaliigeses alates 2015. aastast. Korduvate arstivisiitide järel suunati ta 2016. aasta märtsis MRT-uuringule, kus leiti parema õlaliigese kõhre (*labrum'i*) ulatuslik rebend nii ees- kui ka tagaosas, liigeseõõnsus (glenoid) oli düsplaasia tunnusteta, ülaserivas degeneratiivset tüüpi signaali muutus.

Patsient sai taastusravi, millega valu mõnevõrra taandus. Kliinilisest ja MRT-leiust lähtudes tehti keskhaiglas 30.09.2016 parema õlaliigese artroskoopiline operatsioon.

Hiljem, märtsis 2017 püüti taastada vasema õlaliigese liikuvust, mis aga olukorda oluliselt ei parandanud. Seejärel pöördus patsient ravi jätkamiseks teise keskhaiglasse, kus liigese kapsli fikseerimiseks paigaldatud ankrud 2018. aasta augustis eemal-

dati ning avaldati kahtlust tehtud operatsiooni vajalikkuse kohta.

Hiljem kahtlustati infektsiooni ja määrati antibiootikumravi, mille järel patsiendi seisund paranes ja valud vähenesid. Praeguseks on välja kujunenud liigese hävimine (destruktsioon), mille võimalik kirurgiline ravi on parema õlaliigese endoproteesimine. Õlga ja kätte kiirgav valu on kaela deformatsioonide korral üsna tüüpiline. 25.01.2019 tehtud röntgenogrammil on glenoidil nähtav deformatsioon, mida kinnitas ka MRT-uuring märtsis 2016. Seda teades oleks tulnud väga tõsiselt kaaluda õlaliigese operatiivse ravi vajalikkust.

### Kokkuvõte

Geneetilise haigusega (Klippeli-Feili sündroom) patsiendile tehti õlavaevuste tõttu korduvaid operatsioone, mille tulemusena õlaliigese liigestuvad pinnad hävisid. Selleks et ära hoida korduvaid operatsioone ja sellega kaasnevaid tüsistusi, peaks harva esinevaid haigusi ravima kõrgema etapi haiglas

### PEREARST

#### Juhtum 1. Maovähi diagnoosimine hilines

64aastane mees oli ligi 30 aastat olnud taimetoitlane. Varem oli ta hea tervise juures, kuid 2018. aasta novembris pöördus perearsti poole väsimuse ja nõrkusega, mis polnud tavapärane. Perearstikeskuses tehtud kliinilise vere analüüs näitas hemoglobiini väikest väärtust (98 g/l), mida tõlgendati kui alimentaarset rauavaegusaneemiat ja patsiendile määrati rauaravi. Hemoglobiini kontrolliti igakuiselt, ja kui rauaravi tulemust ei andnud, siis vahetati erinevaid rauapreparaate, lisauringuid ei tehtud. Kui patsient jäi väga nõrgaks ja tekkisid olulised maovaeuused, suunati ta gastrokoopiale. Esmakordsetest kaebustest kuni täpsustavale uurin-gule saatmiseni kulus 9 kuud.

12.08.2019 tehtud gastrokoopiaal avastati kaugelearenenud maovähk



koos laialdaste siiretega. Vähiravi konsiiliumi otsusel operatsiooni teha ei olnud võimalik ning pakuti palliatiivset keemiaravi, millest patsient keeldus.

Patsient suri 18.01.2020 oma kodus.

### Kokkuvõte

Kuna patsient oli taimetoitlane, tõlgendati madalat hemoglobiini taset ekslikult taimetoitlusest põhjustatud rauavaegusaneemiana ning edasine ravi lähtus sellest.

Kuivõrd varasel maovähil puuduvad selgelt väljendunud haigusespetsiifilised kaebused, on tagasiulatavalt väga raske hinnata, kas esimeste kaebuste tekkides oleks kasvaja olnud tervistavalt opereeritav. Kindlasti oleks aga kasvaja varasem diagnoos ja õigeaegne ravi haiguse prognoosi oluliselt parandanud ja patsiendi eluiga pikendanud.

### Juhtum 2. Võlaõigusseaduse § 768 kohustab arsti hoidma saladuses talle tervishoiuteenuse osutamisel teatavaks saanud andmeid patsiendi isiku ja tema terviseseisundi kohta ning mitte jagama neid kolmandate isikutega

45aastane mees kaebas, et perearst edastas ilma tema nõusolekuta ta delikaatseid terviseandmeid kolmandale isikule ning määras diagnoosi suvalise infoallika andmeil ilma patsienti läbi vaatamata ja erialaarstile suunamata.

Patsient elas 19.03.2020 üle raskes kujulise ajuinfarkti. Pärast taastusravi hakkas tema terviseseisundit jälgima perearst. Patsiendi terviseseisundi hindamisel lähtus perearst kolmandalt (asjasse mitte puutuvalt) isikult telefoni teel saadud kirjeldusest ning ei kohtunud patsiendiga. Patsient hindab psüühilise terviseseisundi kirjelduse tõe üle mittevastavaks.

Perearst tunnistas seletuskirjas TKE-le, et lähtus diagnoosi panemisel telefoni teel kolmandalt isikult saadud patsiendi terviseseisundi kirjeldusest, mitte patsiendi selle hetke objektiivsest seisundist, kuna patsiendiga perearst sel hetkel ei kohtunud. Perearst selgitab, et on varem patsiendi soovil talle väljastanud tõendi vaimse pinget mitte talumise kohta erinevatele ametiasutustele esitamiseks. Terviseseisundi andmete kolmanda isikuga jagamist põhjendas perearst sellega, et patsient on varem käinud vastuvõtul koos sama isikuga. Perearsti väitel ise ta patsiendi andmeid kolmandale isikule ei edastanud.

### Kokkuvõte

Perearst on patsiendi ees vabandanud ja on patsiendi nõudmisel kustutanud digiloo sissekanded, mis lähtusid kolmanda isiku kirjeldusest.

### KOKKUVÕTE

TKE on nõuandev komisjon, mille eesmärk on patsiendile viimasel viiel aastal osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedile sõltumatu hinnangu andmine ning hinnangust tulenevalt Terviseametile, Eesti Haigekassale ja tervishoiuteenuse osutajatele ettepanekute tegemine.

TKE esitas 2020. aastal tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedi parandamiseks tervishoiuteenuste osutajatele 18 ettepanekut ja soovitusi, sh seitse hambaraviasutustele, ühe perearstile ja ühe vanglale.

Komisjon rõhutas paljudel juhtudel korrektse dokumentatsiooni olulisust ja oli seisukohal, et patsiendi haigusjuhtude dokumenteerimises on vajakajäämisi ning sissekanded ei vasta sotsiaalministri 18.09.2008. a määruse nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord” nõuetele. TKE soovitas ühel tervishoiuteenuse osutajatel luua süsteem, mis välistaks tervishoiutee-

nuse osutamise dokumenteerimata jätmise.

TKE juhtis ka tähelepanu vajadusele parandada haiglatöötajate suhtelikkust suhelda patsientide omastega ning jagada neile raviselgitusi, et täita sotsiaalministri 15.12.2004. a määruse nr 128 „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“ §-i 6 (tervishoiuteenuse osutaja kohustused patsientide rahulolu tagamisel ja tervishoiuteenuste osutamisega kaasneva riski juhtimisel), sh lõike 3 punkti 3.

TKE ettepanek, nõuanne ja soovitus ei kohusta arsti või raviasutust hüvitama patsiendile arstliku vea tagajärjel tekkinud tervisekahju. Konflikti kohtuväliseks lahendamiseks (kaua kestva ja kuluka kohtumenetluse vältimiseks) on TKE korduvalt soovitanud tervishoiuteenuse osutajal ja rahulolematul patsiendil kohtuväliselt omavahel kokkuleppele jõuda.

TKE eksperdihinnang on kasutatav tsiviilkohtumenetluses tõendina, millel (nagu igal teiselgi tõendil) puudub ette kindlaksmääratud jõud, ja kohus annab selle kohta hinnangu kooskõlas kõigi teiste tsiviilasjas kogutud tõendite ning materjalidega. Eksperdihinnangu sisu ei saa vaidlustada, vaid hinnanguga rahulolematu isik, kel endal puuduvad eriteadmised vastaval erialal, võib taotleda oma kulul hinnangut teistelt ekspertidelt. Vaidlustada saab üksnes TKE menetluse õigusvastavust.

TKE ei ole riikliku järelevalve organ ning ei käsitle tervishoiuteenuse osutaja ja patsiendi vahelisi vaidlus- ja rahaküsimusi. TKE 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.