

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni tegevus 2021. aastal

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

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 50² järgi on tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon (TKE) nõuandev komisjon, mille eesmärk on anda sõltumatu hinnang patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedile viimasel viiel aastal ning hinnangust tulenevalt Terviseametile, Eesti Haigekassale ja tervishoiuteenuse osutajatele ettepanekute tegemine.

TKEna on riik loonud patsiendile tasuta eksperdi-hinnangu saamise võimaluse selleks, et esitada hagi kohtusse võlaõigusseaduse § 770 lõike 3 ja 4 kohaselt. TKE eksperthinnang on tsiviilkohtumenetluses kasutatav tõendina, millel nagu igal teiselgi tõendil puudub ettemääratud tõendusväärtus ja kohus käsitleb hinnangut kogumis teiste talle esitatud tõenditega.

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon menetles 2021. aastal 168 avaldust ja tuvastas vajaka-jäämisi 42 korral, millest meditsiinilise tegevuse vigu oli 28. Kaebus hinnati 14 juhul põhjendatuks osaliselt: dokumentide ebakorrektnete täitmine, vajakajäämised töökorralduses või suhtlemisel patsiendi, tema sugulaste või lähedastega. Tabelis on esitatud kaebuste jaotus erialati.

Vanglameditsiini teenustega rahulolematuse kohta esitati 21 avaldust. Patsiente esindavad advokaadid/juristid esitasid 10 ja tervishoiuteenuse osutajad 3 hinnangutaotlust. Ülejäänud 134 avalduse esitajad olid patsiendid ja nende lähedased.

Peale esmakordsete eksperthinnangu taotluste menetleti 5 teistkordset pöördumist isikutelt, kes ei olnud rahule jäänud TKE hinnanguga.

Artiklis on antud ülevaade juhtumitest, mis võiksid olla õpetlikud kõikidele arstidele.

DIAGNOSTIKA

Juhtum. Diagnostilise gastroskoopia tegemise käigus tekitati söögitoru vigastus

75aastasele meespatsiendile tehti 02.12.2020 kohalikus haiglas gastroskoopia, mille käigus gastroskoopi korduval (5–6 katset) sisestamisel tekitati söögitoru kaelaosas vigastus, mis jäi protseduuri ajal diagnoosi-

Tabel. Tervise teenuste kvaliteedi ekspertkomisjonile esitatud kaebuste jaotus erialati 2021. aastal

Eriala	Kaebuste arv
hambaravi (sh ortodontia 2)	42
peremeditsiin	21
esmatasandi meditsiiniabi vanglates	21
kirurgia, sh üldkirurgia 6, plastikakirurgia 5, lastekirurgia 1	12
psühhiaatria	11
ortopeedia	9
erakorraline meditsiin (erakorralise meditsiini osakond ja kiirabi)	8
sünnitusabi ja günekoloogia	6
onkoloogia	6
kardioloogia	4
otorinolaringoloogia	4
neuroloogia ja neurokirurgia	4
uroloogia	4
õendusabi	4
oftalmoloogia	3
anestesioloogia ja intensiivravi	3 (sh laste intensiivravi 2)
radioloogia	3
hematoloogia	1
taastusravi ja füsiaatria	1
töötervishoid	1

mata. Kuna protseduur ei õnnestunud, kirjutati patsient samal päeval haiglast välja. Järgmisel ööl kodus tekkisid patsiendil neelamisraskus ja -takistus ning kaela turse. Kiirabi viis patsiendi piirkondlikku haiglasse, kus diagnoositi iatrogenese söögitoru vigastuse tagajärjel tekkinud kaela flegmoon ja septiline šokk.

Patsienti opereeriti korduvalt ajavahemikul 03.12.2020 kuni 05.01.2021. Kogu selle aja viibis ta kunstlikus koomas III astme intensiivravi osakonnas, rajati trahheostoom ja gastrostoom. Ägedast infektsioonist patsient paranes, kuid pikaajalise intensiivravi tüsistusena arenesid polüneuropaatia ja entsefalopaatia, liigeste jäikus, lamatised.

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

Vaatamata jätkuvalle taastusravile on täieliku funktsionaalse taastumise saavutamine vähe tõenäoline.

Kirjanduse andmetel on söögitoru vigastuse teket soodustavad asjaolud lülisamba eesmised osteofüüdid, Zenkeni divertikuli esinemine, söögitoru ahenemised (striktuurid) ja pahaloomulised haigused. Kuna patsiendil ei esinenud ühtki eelloetletud riskitegurit, on tõenäoline, et tüsistuse tekkimise põhjustasid kas protseduuri tegemise ebaõiged võtted või protseduuri tegemise ajal liiga suure jõu kasutamine, mida arst oleks pidanud saama vältida.

Kokkuvõte

Diagnostilisel protseduuril tehtud viga põhjustas söögitoru perforatsiooni.

ERAKORRALINE MEDITSIIIN

Juhtum 1. Tegemist oli diagnostilise veaga, mistõttu patsient suri peritoniiti

69aastane naispatsient, kelle kaebusteks alates eelmisest õhtust olid iiveldus ja valu alakõhus, hospitaliseeriti 09.08.2020 kell 00.14 keskhaigla erakorralise meditsiini osakonda (EMO). Naine oli oksendanud ligi 10 korda, kõht oli läbi käinud raskustega. Kaasuva haigusena pödes patsient orgaanilist hallutsinooosi, mille raviks oli ordineeritud risperidooni, zopiklooni ja diasepaami. Saabudes oli patsiendi RR 163/96 mm Hg, pulss 68, hingamissagedus 14 korda minutis, kehatemperatuur 37,0 °C, saturatsioon 93%. Esines leukotsütoos (12,5 10⁹/L), neutrofiile oli 85,5%, C-reaktiivne valk 1,1 mg/L, veresuhkur 7,3 mmol/L, uriinis leukotsüüte 3+, erütrotsüüte 4+, valku 1+, ketokehi 4+.

Patsiendil diagnoositi kuseteede nakkus täpsustamata paikmes (uroinfektsiooni) rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni diagnoosikoodiga N39.0.

Raviks määrati sterofundiini 500,0 + hüostsiinbutüülbromiidi 40 mg. Seisund paranes.

Patsient lahkus EMOst 09.08.2020 kell 08.03. Ordineeriti amoksitsilliini 1000 mg × 2 seitsmeks päevaks, valude korral ibuprofeeni 400 mg × 3 ja drotaveriini 80 mg × 3.

Kodus patsiendi seisund halvenes ning koju kutsutud kiirabi konstateeris surmlõppe 11.08.2020 kell 17.45. Patoanatomilisel lahingul leiti surma põhjusena difuusne mädane peritoniit gangrenoose usripiku perforerumisest.

Kokkuvõte

EMOs keskenduti ainult patoloogilisele uriinileiule. Piltagnostika (ultraheliuuringu ja kompuutertomograafia) kasutamine uroinfektsiooni diagnoosimiseks pole kohustuslik, kuid alakõhu valu korral oleks see olnud vajalik diferentsiaaldiagnostilisel eesmärgil ja võimalik, et see oleks ära hoidnud ka diagnoosivea.

EMO arst on kõhu objektiivset leidu kirjeldanud lakooniliselt: „Kõht palpatsioonil valulik enam alakõhus vasakul, keskkõht vähem valulik. Peristaltika normaalse kõlaga. Ei ole puhitunud.“ See kirjeldus ei välista apenditsiidi esinemist.

Tehti diagnostiline viga, mille tõttu patsient ei jõudnud õigel ajal operatsioonile ja suri. Apenditsiidi diagnoosimist võis raskendada patsiendi kaasuva psüühilise haiguse raviks tarvitatud psühhofarmakonide toime.

Juhtum 2. Raviarst jättis tähelepanuta kompuutertomograafilise uuringu kirjelduse ja seetõttu ei tekkinud kahtlust rinnaaordi aneurüsmi ruptuuri suhtes

85aastane naispatsient viibis hooldekodus reieluukaela murru proteesimise järel.

Patsient saabus keskhaigla EMOsse kõhuvalu tõttu 15.12.2020 kell 18.19. Valves olnud üldarst tegi patsiendi läbivaatuse. Raviks määrati ranitidiini 80 mg kell 19.52. Kell 20.45 tehti EKG ning kell 21.20 kõhu ja vaagna kompuutertomograafilise (KT) uuringu kontrastainega ning jätkati isotoonilise soolalahuse infusiooni kuni 500 ml. Radioloogilise uuringu saatekirjas oli näidustuseks toodud „kõhuvalu ülakõhus ja vasakul alakõhus“. Kahjuks ei olnud kirjas täpsemat diagnoosihüpoteesi ega konkreetset otsitavat haigust.

Uuringu vastuses oli kirjas, et patsiendil on rinna- ja kõhuaordi aneurüsmaatilised laienemised ja ateroskleroetilised muutused ning alaneva rinnaaordi intramuraalse hematoomi kahtlus. 16.02.2020 kell 01.20 suunati patsient teadmata põhjusega kõhuvalu diagnoosiga tagasi hooldekodusse, kus ta kuus päeva hiljem 22.02 suri. Lahangul diagnoositi rinnaaordi aneurüsmi ruptuur.

KT-uuringu õige tõlgendamine oleks võimaldanud patsiendil elupuhuselt diagnoosida rinnaaordi aneurüsmi. Selle diagnoosiga haiget ei oleks ilmselt saadetud tagasi hooldekodusse, kuid hospitaliseerimine ei oleks vältinud surmlõpet, sest sellises vanuses rinnaaordi aneurüsmi ruptuur on ravimatu haigus.

Jääb ebaselgeks, kas EMOs patsiendiga tegelenud valvearst ei diagnoosinud ägedat aordi haigust või kaebuste taandumist ja patsiendi hooldusest sõltuvust arvesse võttes otsustas sümptomaatilise ravi kasuks.

Kokkuvõte

Dokumentatsioonis puuduvad viited erialaspetsialisti konsultatsioonidele (kirurg, veresoontekirurg, kardioloog). Põhihaiguse diagnoosiks jäi täpsustamata kõhuvalu, kuigi uuringutulemusi ning laboratoorseid analüüse arvesse võttes oleks olnud võimalik diagnoosida ägedat aordihäigust.

Tegemist oli diagnostilise veaga, mis põhjustas patsiendi haigusseisundi eksliku käsitlemise.

Juhtum 3. Patsiendi haiguste anamneesi aluseks võttes ei arvestatud uue ägeda koronaarsündroomi riskiga

61aastane meespatsient pöördus 24.03.2020 keskhaigla erakorralise meditsiini osakonda kahel korral: kell 00.27 ja kell 20.02. Mõlemal korral kaebas patsient kolm päeva kestnud valu rinnaku taga. Esitatud dokumentide ja patsiendi digiloo andmeist selgub, et patsiendil oli varem diagnoositud ning korduvalt ravitud südamelihaseinfarkte, sealhulgas oli korduvalt tehtud koronaarinterventsioone. Lisaks oli patsiendil diagnoositud hüpertooniatõbe, düslipideemiat, insuliinist sõltumatut suhkurtõbe, ülekaalulisust. Mitme ööpäeva jooksul esines patsiendil perioodiliselt põletav valu rinnus, mille tõttu ta kutsus kolmel korral kiirabi.

24.03.2020 määrati patsiendile EMOs esmalt kollane triaazikategooria, mis 9 minutit hiljem alandati roheliseks. Jääb selgusetuks, mille alusel muudeti triaazikategooriat, ning esineb mittevastavus kehtiva triaazijuhendiga. EMOs tehti patsiendi tervises seisundi ülevaatus ja 12 lülitusega EKG ning määrati vereanalüüsid. Raviks manustati esomeprasoolilahust. Põhidiagnoosiks jäi täpsustamata gastriit ning kaasuvana kõrvetised. Koduseks raviks määrati omeprasooli 20 mg päevas kaheks nädalaks; soovitati dieeti ning jälgimist perearsti poolt. EMO visiit kestis patsiendikaardi andmeil 00.52 kuni 01.22 ehk 30 minutit.

Sama päeva õhtul kell 20.10 saabus patsient uuesti kiirabiga EMOsse samade kaebustega. Esmalt määras õde kollase triaazikategooria, mis 11 minutit hiljem ekslikult muudeti roheliseks triaazikategooriaks. Taas tehti läbivaatus, 12 lülitusega EKG ja määrati vereanalüüsid. Raviks manustati esomeprasooli, valu vastu ketoprofeeni ning arteriaalse hüpertensiooni raviks enalapriili veenisisesi. Soovitati pöörduda kardioloogi konsultatsioonile. EMO visiit kestis 20.10 kuni 22.13 ehk 123 minutit.

26.03.2020 hospitaliseeriti patsient piirkondlikku haiglasse, kus diagnoositi inferioosne südamelihaseinfarkt ja tehti koronaarne angioplastika. Patsient paranes.

Kokkuvõte

Patsiendi käsitlus keskhaigla EMOs 24.03.2020 oli ebakvaliteetne. EKGsid oleks pidanud hindama dünaamikas ning kirjaliku hinnangu oleks pidanud andma kardioloog. Mõlemal visiidil määrati patsiendil ka cTnT-hs ehk kõrgtundliku troponiin-T kontsentratsioon plasmas. Euroopa Kardioloogide Seltsi soovitude järgi on näidustatud korduv cTnT-hs analüüs, mida kummalgi visiidil ei tehtud. Euroopa Kardioloogide Seltsi soovitude järgi oli näidustatud kardioloogi konsultatsioon ning patsiendi hospitaliseerimine jälgimiseks ja raviks. EMO patsiendikaardid on täidetud ebakorrektselt: ei ole märgitud, kas EMOst väljakirjutamisel olid patsiendi kaebused taandunud. Mõlemal visiidil pandud põhihai-guse diagnoos oli vale.

Juhtum 4. EKGs ja analüüsides olid viited võimalikule algavale müokardiinfarktile

73aastasel naispatsiendil tekkis 31.01.2021 rindkerevalu ja hingeldus, mistõttu patsiendi tütar kutsus kiirabi. Kiirabi viis patsiendi üldhaigla erakorralise meditsiini osakonda. EMOs püüsid rindkere valu, nõrkus, hingeldus. EKGs olid muutused (I ja AVLi lülituses ST-elevatsioon 1 mm ning V4, V5, V6 AVFi lülituses ST-depressioon 2 mm, V2 ja V3 lülituses ST-depressioon 1 mm, negatiivsed T-sakid lülitustes V2–V6). Analüüsides esines kardiomarkerite taseme tõus: troponiin-T 4,5 ng/L; kreatiniinikinaasi MB isoensüüm 5,14 mcg/L.

EMOs diagnoositi rindkerevalu hingamisel, soovitati valuvaigisteid ja 2,5 tundi EMOs viibimise järel lubati patsient koju.

Kodus valu püsis ja patsient helistas 01.02.2021 perearstikeskusesse. Kuna haigla EMOs ägedat haigust ei olnud tuvastatud, tegi perearst patsiendile ettepaneku tulla vastuvõtule järgmisel päeval ning kirjutas saatekirja ka D-dimeeride analüüsiks, arvestades patsiendi anamneesis olnud kopsuarterite trombembooliat (KATE).

02.02.2021 helistas patsient perearstile, kes soovitas uuesti pöörduda EMOsse. Rohkem patsient perearsti poole ei pöördunud.

Patsiendi enesetunne ei paranenud ja 05.02.2021 pöördus ta uuesti EMOsse. Seekord diagnoositi müokardiinfarkt ja patsient viidi piirkondliku haigla kardiointensiivravi osakonda. Järgmisel päeval 06.02.2021 tekkis südame tamponaad ja patsient suri. Surma põhjuseks oli äge südamelihaseinfarkt ja südame tamponaad.

Kokkuvõte

Üldhaiglas tehti viga patsiendi haigusjuhtumi käsitlemisel: esimesel EMOsse pöördumisel oleks pidanud patsienti pikemalt jälgima, hindama kordus-EKGd ja kordama analüüse.

GÜNEKOLOOGIA JA SÜNNITUSABI

Juhtum 1. Vastsündinu jäi eluohtlikku seisundisse puuduliku järelevalve tõttu

34aastasel naispatsiendil oli tegemist dikoriaalse diamniaalse kaksikrasedusega, mille suuruses 38 nädalat 2 päeva oli 08.08.2019 keskhaiglas plaanis sünnitus keisrilõikega (ema soovil). Tegemist oli kolmanda sünnitusega; varasemad sünnitused olid toimunud loomulikke teid pidi aastatel 2016 ja 2017, laste sünnikaal oli vastavalt 3338 ja 4060 g.

07.08.2019 õhtul pöördus patsient keskhaiglasse seoses samal päeval kl 18 alanud sünnitustegevusega ja lootevee puhkemisega. Kell 21.30 tegi arst läbivaatuse: emakakaela avatus oli 7 cm, mõlemad looted olid peaseisus. Patsient jäi kindlaks keisrilõike soovile, kuigi arstid soovitasid loomulikke teid pidi sünnitust. Patsient saabus operatsioonituppa kell 21.55 ja kell 22.07 süstis

anestesioloog spinaalanesteesia ravimi (bupivakain). Kuna oodatud valutustamist ei õnnestunud 15 minuti jooksul saavutada, siis jätkati üldanesteesiaga ja keisrilõige algas kell 22.23. Kell 22.25 sündis esimene poeg kaaluga 3045 g, Apgari hindega 9/9 ja kell 22.26 teine poeg kaaluga 3076 g, Apgari hindega 7/8 palli.

07.08.2019 kl 23.30 viidi ema üle sünnitusjärgsesse intensiivravi palatisse, kus ta esimest korda imetas vastsündinuid. Patsiendi ja laste stabiilset head seisundit arvestades ning lähtudes naistekliiniku imetamisstrateegia põhimõtetest, anti lapsed ema rinnale, imetamisel abistas teda ämmaemand. Kell 00.30 laste 2 tunni vanuses tehti vastsündinute monitooring (SpO_2 , pulss, temperatuur) – näidud olid normis. Lapsed olid ema juures.

08.08.2019 kell 02.15 manustas ämmaemand arsti korraldusel emale valuvaigistina petidiini. Seejärel asetas ämmaemand esimesena sündinud lapse ema paremale küljele pehmele padjale teist korda imetamiseks; teine laps oli samal ajal voodis ema vasakul käel; seejuures oli ema anesteesiast tulenevalt endiselt liikumisvõimetu. Petidiini manustamisel soovitas ämmaemand emal uinuda ja tõmbas voodi ümber kinni läbipaistmatud kardinaid. Lapsed jäid mõlemad ema kõrvale voodisse. Ema uinus; kell 03.25 ärgates tundis ta, et üks lastest tema kõrval vajab abi. Ämmaemand avastas, et üks lastest ei hingata. Laps toimetati kohe neonatoloogia osakonda, kus ta intubeeriti. Seejärel viidi laps üle lastehaigla vastsündinute intensiivravi osakonda, kus ta 09.08.2019 kell 12.02 suri.

Kokkuvõte

Vastsündinu surma põhjustas lämbumine, mis tekkis hingamisteede sulgusest. Lämbumiseni viis töökorralduse vajakajäämisest tulenenud puudulik järelevalve – vastsündinut ei jälgitud oodatava hoolega.

Kirjeldatud juhul kaasnes hulk täiendavaid riskitegureid (üldnarkoos eelneva mittetoiminud spinaalanesteesiaga, opiaatvaluvaigistite kasutamine, öine aeg, kaksikud, teise kaksiku hingamistoetuse vajadus sünnil), mis eeldasid tavapärasest intensiivsemat jälgimist. Lisaks sellele on pehme aluse kasutamine imetamisel seotud suurema riskiga vastsündinu sattumiseks asendisse, kus hingamisteed võivad sulguda.

Juhtum 2. Laps suri sünnitusel asfüksia tagajärjel

30aastane naispatsient oli alates 7. rasedusnädalast ämmaemanda jälgimisel keskhaigla naistenõuandla raseduskeskuses. Raseduse 15.–17. nädalal esines ekstrasüstoleid, mis kupeerusid panangiinraviga. Raseduse 38. nädalast olid patsiendil vähesed kuni mõõdukad tursed jalgadel, rasedusaegsed analüüsid olid normi piirides (ühel korral oli uriinis 20.07.2020 minimaalselt valku, hilisemates analüüsidest valku uriinis ei olnud). Rasedusaegne kaaluühe oli ülemäärane (19 kg). 30.07.2020 tehtud kardiotokeogramm (KTG) oli reaktiivne.

Raseduse suuruses 40⁺⁵ nädalat pöördus patsient 02.08.2020 kell 01.10 keskhaigla naistekliiniku vastuvõttu eelmisel päeval kl 23.00 alanud tuhudega, mis sel hetkel olid 5minutiliste vahedega. Ämmaemand hindas sünnitustegevuse ebaregulaarseks. Sissekandest nähtub, et patsient tundis loote liigutusi tavapäraselt, tema elulised näitajad oli normis. Emakakael oli suletud, loote KTG kõrvalekalleteta. Patsiendile pakuti sünnituseelsele osakonda jäämist, millest ta keeldus (patsiendi sõnul talle sellist pakkumist ei tehtud). Patsienti nõustati tagasi tulema, kui ta ei peaks tundma looteliiigutusi, kui vallanduvad regulaarsed emakakontraktsioonid 5–7minutiliste vahedega, kui selge lootevee puhkemisest möödub 12 tundi või kohe, kui eritub rohelist looteveet.

Patsient pöördus uuesti 02.08.2020 kell 13.27 keskhaigla naistekliinikusse regulaarsete tuhudega 2–4 minuti järel. Vaginaalsel vaatlusel oli emakakael lame, avatus 3 cm. Loote KTG-l esines 10 esimese jälgimiskunuti jooksul mõõdukas tahhükardia keskmiselt kuni 172 lööki minutis, samas oli südame löögisageduse (SLS) variaablus normaalne. Patsiendi vererõhk oli saabudes 138/91 – 142/93 mm Hg, tursed keskmised, kehatemperatuur 36,5 °C, pulss 90 lööki minutis. Sama KTG-jälgimise käigus loote südame löögisagedus normaliseerus ja KTG lõpetati, kui normokardiat oli registreeritud umbes 27 minuti vältel.

Kuna tegemist oli väikse sünnitusriskiga, jälgis sünnituse kulgu ämmaemand. Sünnitustegevus püsis regulaarsena. Sünnitaja soovil kasutati valutustamiseks naerugaasi ja epiduraalanalgeesiat, mille käigus jälgiti loodet KTGga. 17 minutit pärast ravimi manustamist tekkis prolungeeritud detseleratsioon: loote südame löögisagedus langes 2,5 minuti vältel minimaalse väärtuseni 85 lööki minutis (langus 45 lööki minutis) ning taastus seejärel 2,5 minuti kestel (variaablus püsis ka detseleratsiooni ajal). 5 minuti pärast tekkis veel üks detseleratsioon sügavusega 30 lööki ja kestusega 2,5 minutit, variaabluse kadumiseta. Edasisel KTG-l on jälgitav normokardiline südame löögisagedus ja normaalne SLSi variaablus.

Loote südametegevust jälgiti edasi iga 30 minuti järel käsitsi Doppleri-uuringuga, toonid püsisid regulaarsena, nende sagedus oli 134–153 lööki minutis.

Kell 20.09 tundis sünnitaja survetunnet pärasoolele. Ämmaemand alustas uuesti KTG jälgimist. Kell 20.11 langesid loote südamelöögid järsult tasemele 40–60 lööki minutis. Välja kutsutud valvegünekoloog saabus kell 20.15 ja otsustas kell 20.17 minna hädakeisrilõikele. Kell 20.34 sündis poeglaps, kelle kaal oli 3736 g ja pikkus 52 cm ning Apgari hinne 0/0. Lapse elustamine ei andnud tulemust ja see lõpetati 20.58.

Keisrilõikel olid järeleved paksud ja pruunikad, nabaväät peenike, sültjas, suhteliselt veretühi, nabavääd kinnitus oli servmine. Nabavääd keerumist või strangulatsiooni ei olnud.

Lahangu epikriisi järgi oli intranataalse surma põhjuseks üsasisene asfüksia, mis tüsistus lootevee ja mekooniumi algava aspiratsiooniga. Patoloogi hinnangul soodustasid äge astendeerunud koorionamnioniit ja omfalovaskuliit lapse intranataalse asfüksia teket.

Sünnituse kestus oli tavapärase pikkusega: avanemisperioodi latentne + aktiivne faas lapse sünnini 19 tundi ja 34 minutit, veeta periood 19 minutit. Sünnitust jälgiti ja dokumenteeriti hea tava kohaselt. Pärast epiduraalanalgeesia tegemist esines üks lühiajaline loote bradükardia episood, mis möödus ema kehaasendi muutmisega. Kuni loote südametegevuse ootamatu kiire aeglustumiseni 02.08.2021 kl 20.11 ei esinenud muid loote ohuseisundile (distressile) viitavaid tunnuseid.

Sünnituse lõpetamise otsus võeti vastu õigel ajal. Laps sündis hädakeisrilõikega 17 minutit pärast otsuse langetamist ning see on aktsepteeritav ajavahemik.

Kokkuvõte

Patohistoloogilisel uuringul tuli ilmsiks platsenta, lootekestade ja nabaväädi veresoonte põletik, mida tekitanud mikroobi ei õnnestunud tuvastada. Mainitud põletik soodustas lapse sünniasfüksia teket, vähendades loote vastupanuvõimet sünnitusega kaasnevale stressile. Koorionamnioniiti haigestumise aega ei ole võimalik täpsustada. Naistekliinikus ei tehtud patsiendile tervishoiuteenuse osutamisel viga.

Juhtum 3. Arst sisestas haiguslukku objektiivse leiu andmed ilma haiget läbi vaatamata

33aastane naispatsient pöördus 02.12.2021 üldhaigla günekoloogi ambulatoorsele vastuvõtule. Ambulatoorses sissekandes on märgitud „COVID-19, enesetunne hea, kehatemperatuur 36,2 °C“. Patsient leidis, et visiitide epikriiside sissekanded ei vasta tegelikkusele: arst on teda käsitlenud kui COVID-19-positiivset haiget, on haigusloos dokumenteerinud tema kehatemperatuuri ilma seda mõõtmata ja teinud sissekande patsiendi rinnanäärmete palpeerimise kohta, mida tegelikult ei toimunud (viimane märkus puudutab ühtlasi ka 15.06.2020. a visiiti).

Vastuskirjas on haigla selgitanud, et arst käsitles patsienti haigla hea tava kohaselt, mis näeb ette patsientide küsitlemist COVID-19 sümptomite esinemise suhtes.

Arst on kinnitanud, et ta palpeeris vastuvõtu käigus patsiendi rindu, ent kehatemperatuuri ei mõõtnud, hinnates seda käega. Mõlemal visiidil on arst kasutanud patsiendi üldseisundi kirjeldamiseks stampsissekannet, mis muu hulgas kirjeldab rinnanäärmete ja aksillaarsete lümfisõlmede palpatsiooni. TKE-l ei ole võimalik tagantjärele kindlaks teha, kas arst tegelikult rinnanäärmeid palpeeris või mitte.

Kokkuvõte

TKE leiab, et patsiendi COVID-19 tervisedeklaratsiooni puudutav epikriisi osa ei ole sellisel kujul üheselt

mõistetav ning andmete sisestamise vorm vajab korrigeerimist. Arst sisestas haiguslukku patsiendi kehatemperatuuri kohta kontrollimata andmeid. TKE juhib tähelepanu, et tervishoiuteenuse dokumentide lohakas täitmine on lubamatu.

KIRURGIA

Juhtum 1. Tüsistuste tekkimise põhjuseks oli operatsioonil kasutatud vigane stapleripartii ja trahheakanüüli dislotseerumine

36aastasele naispatsiendile (kehamassiindeks 49) tehti 02.05.2019 keskhaiglas bariaatriline maovähendusoperatsioon. Kaasuva haigusena oli patsiendil II tüüpi diabeet.

Operatsioonil tekkis tõrge esimese staplerikasseti kasutamisel. Teine kassett töötas tõrketeta. Õmbluste hermeetilisust kontrolliti metüleensinisega.

Esimesel operatsioonijärgsel päeval (03.05.2019) tekkinud vaevuste tõttu tehti kõhuõõne diagnostiline laparoskoopia ja tuvastati operatsiooni tüsistusena tekkinud mao-soole anastomoosi õmbluse leke. Lekkekoht parandati üleõmblusega, kõhuõõs loputati ja paigaldati dreene, määrati antibiootikumravi. 06.05.2019 tekkis kõhudreenist sapisegune eritus, mistõttu patsiendile tehti üldnarkoosis laparotomia: diagnoositi leke staplerõmbluse teisest kohast, mis samuti viitab vigase stapleri tõttu tekkinud tüsistusele.

Pärast operatsiooni viidi patsient intubeerituna III astme intensiivravi osakonda. Kehatemperatuur ja põletikunäitajad olid püsivalt kõrged, kujunes septiline seisund.

Kuna olid tekkinud peritoniit ja eventratsioon, tehti 11.05.2019 kolmas kordusoperatsioon. Peritoniidist arenenud sepsise ja hulgielundipuudulikkuse tõttu vajab patsient pikaajast juhitavat hingamist, seetõttu asendati 16.05.2019 intubatsioonitoru trahheostoomiga. Peale protseduuri operatsioonitoast lahkumisel tekkisid patsiendil trahheostoomiga hingamisraskused, lämbumine (asfüksia) ja südameseiskus. Ventileerimine õnnestus alles pärast trahheostoomi eemaldamist ja uut intubeerimist. Patsienti elustati, kuid edutult.

Tõenäoliselt trahheakanüüli liigutamisel dislotseerus, muutes ventileerimise võimatuks. Tagantjärele on võimatu öelda, kas kanüül oli puudulikult kinnitatud või kasutati haige liigutamisel valesid võtteid.

Kokkuvõte

Patsiendi surma põhjuseks oli ebakvaliteetsete staplerite kasutamine esimesel operatsioonil, mis viis õmbluste lekkest põhjustatud kõhukelmepõletikuni ja omakorda sellest tingitud sepsise ning hulgielundipuudulikkuse tekkeni. Kasutatud stapleripartii kutsus tootjafirma tagasi sellest juhtumist hiljem, kuid mitte selle juhtumi tõttu.

Trahheostoomiaga seoses tehti raviviga, kuid tagantjärele pole võimalik selgitada, milles viga täpselt seisnes.

Juhtum 2. Elektroodi alla sattus desinfitseeriva aine

34aastasele naispatsiendile tehti 03.10.2018 üldhaiglas pitsunud nabasonga operatsioon, mille käigus tekkis diatermia passiivse elektroodi alla 15 × 25 suurune III astme keemiline põletus. Põletuse tekkimist ei ole haigusloos dokumenteeritud.

Desinfitseeriva aine sattumist elektroodi alla ja sinna jäämist kogu operatsiooni ajaks tuleb pidada veaks, millest tekkis tüsistusena keemiline põletus. Tüsistuse raviks pöördus patsient piirkondlikku haiglasse, kus 26.10.2018 tehti naha vabaplastika. Tüsistusena tekkis patsiendil songa operatsioonihaava piirkonnas seroom/hematoom, mis evakueeriti. Aasta hiljem tekkis nabasonga retsidiiv, tehti kordusoperatsioon.

Kokkuvõte

Desinfitseeriva aine sattumine elektroodi alla ja sinna jäämine operatsiooni ajaks oli viga. Veaks tuleb pidada ka operatsiooniaegse tüsistuse dokumenteerimata jätmist haigusloos. Operatsioonihaava seroomi ja songa retsidiivi tekkimist ei saa käsitleda raviveana, kuna need ei ole 100% välditavad, kuigi mõlemad on operatsiooni kvaliteedi näitajad.

Juhtum 3. Operatsioonijärgsel jälgimisel ei arvestatud verejooksu võimalusega

37aastasel naispatsiendil diagnoositi keskaiglas 16.03.2021 äge apenditsiit ja samal ajal ka COVID-19-infektsioon, mistõttu ta hospitaliseeriti COVIDi-osakonda.

Patsiendile tehti 17.03.2021 üldnarkoosis operatsioon – laparoskoopiline apendektoomia. Operatsioon oli meditsiiniliselt näidustatud. Hilisemal histoloogilisel uuringul selgus, et tegemist oli gangrenoosse apenditsiidiga. Operatsioon kulges iseärasusteta.

Operatsiooni lõppedes (kell 01.55) rahuldavas üldseisundis patsient suunati ärkamispalatisse, kus ta ühe tunni jooksul viibis monitorjälgimisel: vererõhk, pulsisagedus ja saturatsioon dokumenteeriti iga 10 minuti järel. Seejärel viidi patsient COVIDi-osakonda. Operatsioonijärgseks terviseprobleemiks oli madal vererõhk, mille põhjus jäi ebaselgeks. Patsient sai infusioonravi gelofusiiniga, mille järel oli vererõhk veelgi madalam. Kahtlustati gelofusiinist tingitud anafülaktilist reaktsiooni, mille raviks määrati noradrenaliini infusioon.

Haigusloo andmeil jäi patsient 5–10 minutiks järelevalveta ning leiti kell 05.50 voodist elutuna ja alustati elustamist. Elustamine toimus 4 tundi pärast operatsiooni lõppu, see õnnestus ja seejärel tehti uus operatsioon. Kordusoperatsioonil leiti kõhukoopas 2,3 liitrit verd ja verehüübeid. Verejooksu allikaks osutus kõhuseina alumine vasakpoolne troakaari sisestushaav (pordi haav). Verejooks kõhukoopasse tuvastati alles pärast elustamist, kui juba olid kujunenud pöördumatud, eluks sobimatud muutused organismis.

Kokkuvõte

Verejooks on tüsistus, mida operatsioonide järel 100% vältida pole võimalik. Veaks tuleb pidada, et madala vererõhuga ja tahhükardiaga patsient viidi COVIDi-osakonda tavapalatisse, kus peaaegu 3 tunni jooksul kordagi ei mõõdetud vererõhku ja pulsisagedust ega mõeldud operatsioonijärgse verejooksu võimalusele.

Tõenäoliselt soodustasid sellise olukorra tekkimist COVIDi-pandeemiast tingitud ümberkorraldused haigla igapäevatoös, mille tulemusena COVIDi-osakonnas tegeles patsiendiga personal, kelle jaoks operatsioonijärgsete patsientidega tegelemine ei olnud tavapärane.

Juhtum 4. Diatermiaga kahjustati duodeenumi sein, millest tekkis perforatsioon ja peritoniit

40aastane naispatsient hospitaliseeriti üldhaiglasse plaaniliseks koletsüstektomiaks. Pool aastat varem oli patsient viibinud haiglaravil ägeda kalkuloosse koletsüstiidiga, mis paranes konservatiivse raviga. Operatsioon oli patsiendile meditsiiniliselt näidustatud. Võimalike tüsistuste tutvustamise kohta on patsient allkirjastanud enne operatsiooni nõusoleku lehe.

Operatsiooni käigus diatermilisel liidete vabastamisel kahjustati duodeenumi sein, mille tagajärjel tekkis umbes 34 tundi hiljem sooleseina mulgustumine. 14 tundi pärast seda tehti kordusoperatsioon: parandati sooleseina defektid. Samal päeval viidi patsient raske üldseisundi tõttu üle Tallinna keskaiglasse ja hiljem elukohajärgsesse keskaiglasse, kus ta viibis kuni paranemiseni 04.08.2020.

Kokkuvõte

Sooleseina kahjustamine diatermilisel liidete vabastamisel oli viga. TKE-l ei ole tagantjärele dokumentide põhjal võimalik hinnata, kui palju patsienti informeeriti ravi käigust ja tulemustest enne ja pärast esimest operatsiooni. Peale teist operatsiooni ei saanud patsienti juhtunust teavitada, kuna ta jäi teadvusetuna juhitavaale hingamisele.

Juhtum 5. Koloskoopial tehtud polüpektoomia järel tekkis polüpektoomiajärgne diatermokoagulatsiooni sündroom

58aastasele meespatsiendile tehti 03.06.2021 koloskoopia, mis oli meditsiiniliselt näidustatud. Koloskoopia käigus leiti umbsooles kolm polüüpi, mis eemaldati endoskoopiliselt. Polüüpide eemaldamine oli näidustatud, kuna nende iseloom oli teadmata (hilisemal koeuuringul selgus, et tegu oli tubulaarsete adenoomidega).

Sama päeva õhtul tekkis patsiendil kõhuvalu ja palavik. Ultraheliuuringul kõhukoopas haigusnähte ei ilmnenud, analüüsides põletikunäitajate taseme tõusu ei esinenud. Neli tundi hiljem vaevuste süvenemise tõttu tehtud KT-uuringul leiti paremale alakõhtu tekkinud vaba vedelik, ilma vaba gaasita. Ravile lisati antibiootikumid.

Tervise seisundi halvenemise tõttu 10 tundi hiljem tehtud korduval KT-uuringul leiti vedeliku rohkenemine ning gaas kõhukoopas ja ümbritsevates lihastes.

Iatogeense sooleperforatsiooni kahtluse tõttu patsienti opereeriti: esines peritoniit, kuid sooleseina läbivat perforatsiooniava ei leitud operatsiooni ajal ega pärast operatsiooni operatsioonipreparaadi uurimisel. Tehti niudesoole-umbsoole resektsioon. Peritoneaalvedelikust kasvas *E. coli*. 24 tundi hiljem diagnoositi nekrootiline fastsiit, mille tõttu patsiendile tehti relaparotoomia, avati laialdaselt retroperitoneaalruum, tehti löiked küljele, kubemesse ja fastsiotoomia paremale reiele. Haavad jäeti lahti.

Kokku opereeriti patsienti 15 korda, ta viibis 21 päeva III astme intensiivravil, edasi kirurgia ja taastusravi osakonnas, kus 27.10.2021 seisuga ravi jätkus.

Kokkuvõte

Koloskoopial tehtud polüpektoomia järel tekkis tüsistusena polüpektoomiajärgne diatermokoagulatsiooni sündroom, mida esineb polüpektoomiatega järel 20%-l juhtudest. See seisneb infektsiooni levimises läbi makroskoopiliselt terve, kuid diatermiast kahjustatud sooleseina. Käsitletud patsiendil tekkis sellest diabeedi ja hüpoproteineemia tõttu nõrgenenud immuunsuse foonil nekrootiline fastsiit.

PEREARST

Juhtum 1. Tervishoiuteenus osutamine tuleb dokumenteerida koos põhjendusega, lähtudes sotsiaalministri 18.09.2008. a määrusest nr 56 „Tervishoiuteenus osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“

71aastane naispatsient leiti 05.01.2021 kodus riietega vannis uppununa. 07.01.2021 helistas patsiendi tütar perearstile, et uurida, kas emal oli mingeid terviseprobleeme, kuna tema teada ema ei olnud perearsti ammu külastanud ja ravimeid ei tarvitanud. Perearst ütles, et nägi patsienti viimati 2019. a mais.

Perearst teatas patsiendi tütrele, et emal oli juba aastaid sügav depressioon ja ta võttis alprasolaami. Seda ravimit sai ta perearstilt aastaid, ilma et oleks visiidil käinud. Retsept kirjutati välja kas patsiendi või tema abikaasa telefonikõne peale. Tütrel küsimusele, kas rahusteid võib välja kirjutada nii pikalt, ilma et patsient ise kohale tuleb, väitis perearst, et kirjutab seetõttu, kuna ta on tundnud patsienti ja tema abikaasat pikka aega.

Perearsti koostatud tervishoiuteenus osutamist tõendavates dokumentides ei ole kuue aasta jooksul kordagi dokumenteeritud patsiendil depressiooni või ärevushäire diagnoosi esinemist. Samuti ei leia kuue aasta jooksul kordagi põhjendust alprasolaami retsepti korduva väljastamise kohta.

Retseptikeskuses on alates 2015. aastast näha alprasolaamiretseptid ning see on ka ainus ravim, mida on patsiendile väljastatud. Depressiooni raviks kasutatakse ravijuhendite kohaselt antidepressante. Kuna raviteenus osutamist tõendavad dokumendid on puudulikud, ei ole võimalik hinnata, milline oli põhjendus trankvillisaatori (alprasolaam) järjepidevaks kasutamiseks. Perearst on oma seletuskirjas viidanud ravimisõltuvusele.

Kokkuvõte

Perearsti osutatud tervishoiuteenus ei vastanud heale meditsiinitavale. Tervishoiuteenus osutamine (kaasa arvatud ravimiretsepti väljastamine) tuleb dokumenteerida koos põhjendusega, lähtudes sotsiaalministri 18.09.2008. a määrusest nr 56 „Tervishoiuteenus osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“.

Juhtum 2. Patsiendi pärasoolekasvaja diagnoos hilines nii kaebuste erineva iseloomu kui ka eri uuringute korraldamisele kulunud aja tõttu

39aastasel meespatsiendil hilines pärasoole pahaloomulise kasvaja diagnoos, kuna esmalt keskenduti maouuringutele. Selleks andsid põhjust maohaavand anamneesis ja patsiendil esinenud ülakõhuvalud, mistõttu ta hospitaliseeriti üldhaiglasse 19.05.2020. Kaebuste iseloom oli ka edaspidi väga varieeruv: kord olid esiplaanil maopoolsed kaebused, kord enam soolehaigusele viitavad sümptomid.

Haiglas tehtud KT-uuringul soolestikus patoloogilist leidu ei tuvastatud, küll aga leiti maksas kahtlane kolle, mille puhul ei välistatud maksametastaasi. Perearstil soovitati suunata patsient gastrokoopiale, mis aga ebaõnnestus, sest patsient ei suutnud gastrokoopi neelata. Edasisi täpsustavaid uuringuid kuni oktoobrini patsiendile ei tehtud.

Oktoobrist alates oli patsient taas suunatud erinevatele uuringutele ja üldkirurgi vastuvõtule, sest seedetraktikaebused süvenesid. Nende uuringutega jõuti ka pärasoolevähi diagnoosini.

Kokkuvõte

Kirurgi ja perearsti koostöö patsiendi vaevuste käsitlemisel ei olnud kõige sujuvam. Erinevate uuringute korraldamisega kaotati aega ja nii jõuti pärasoolevähi diagnoosini alles 7 kuuga. Kas mõnevõrra varasem diagnoosimine oleks haiguse ravi seisukohalt tähendanud ka paremat lõpptulemust, seda ei ole võimalik tagantjärele öelda.

Juhtum 3. Haiguse ebatüüpilise kulu ja borrelioosi diagnoosi kinnitavate antikehade puudumise tõttu diagnoos hilines

64aastane naispatsient pöördus ajavahemikul 13.–28.09.2019 korduvalt eri arstide ja tervishoiuas-

tuste poole: algselt puugihammustuse ja nahal esineva erüteemi tõttu, hiljem rindkeres ja paremas õlas ning abaluu all esinevate valude tõttu. Esmasel pöördumisel oli puugihammustusest möödas 2 nädalat. Valud tekkisid umbes 2 nädalat pärast esmast pöördumist ja umbes 4 nädalat pärast puugihammustust. Lõpuks kujunes välja neuroborrelioosile omane haiguse kliiniline pilt.

Patsiendi haigust oli keeruline diagnoosida seetõttu, et kuigi patsiendil esinesid puugihammustuse anamnees ning erüteem, ei leidunud esmasel (19.09) ega korduval määramisel (27.09) positiivseid antikehasid seerumis. Kuigi perearst kahtlustas borrelioosi juba esmasel visiidil ning selgituse sõnul soovitas patsiendile ka antibiootikumravi, soovis patsient siiski esmalt antikehade määramist. Kuna ka korduv antikehade test oli negatiivne, jäi antibiootikumravi tegemata, kuigi perearst väljastas ravimiresepti ning patsient ostis ravimi ka välja. Perearsti sõnul ei soostunud patsient ise antibiootikumraviga, samas pole patsiendi sõnul see väide õige.

Patsient pöördus ajavahemikul 21.09.–28.10.2019 piirkondliku haigla kiirabisse ja erakorralise meditsiini osakonda kokku üle 15 korra. Enamasti diagnoositi tal müofastsiaalseid valusid, tehti mitmeid analüüse ja uuringuid, kaasa arvatud KT-uuring lülisamba kaelaosast. Kõik analüüsid ja radioloogilised uuringud olid korras. Neuroborrelioosi kahtlust ei tekkinud, sest neuroborrelioosile tüüpiline radikulaarne sündroom kujunes välja alles 23.10.2019 ning näonärvi haaratus alles 29.10.2019, mil patsient viibis juba haiglas.

Kokkuvõte

Õige diagnoosini jõudmine hilines haiguse ebatüüpilise kulu ja borrelioosi diagnoosi kinnitavate antikehade puudumise tõttu veres.

Juhtum 4. Südameinfarkti diagnoosimine hilines

91 aasta vanune meespatsient põdes juba aastakümneid raskeid kroonilisi haigusi: südamekahjustusega hüpertooniatõbi kongestiivse südamepuudulikkusega, ateroskleroos, insuliinist sõltumatu suhkurtõbi täpsustamata tüsistustega, täpsustamata hüpotüreos, glaukoom, rasvumus.

Perearst korraldas patsiendile aeg-ajalt südameveresoonekonna seisundi hindamiseks vereanalüüse ning korrigeeris ravi, lähtudes analüüsides tulemustest. Kuna patsient oli juba aastaid raskes tervises seisundis ja viimasel aastal praktiliselt voodihaige, ei olnud täpsem südameveresoonekonna seisundi uurimine ambulatoorselt võimalik. Visiidid toimusid valdavalt patsiendi tütre ja perearsti telefonikonsultatsioonidena. Koduvisiite ei olnud perearst teinud, sest patsient elas väljaspool tema teeninduspiirkonda ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 9 lõike 1 kohaselt ei ole perearst selleks siis kohustatud.

17.02.2021, kui tütar helistas perearstikeskusesse, olid patsiendi põhikaebuseks hingeldus ja jalgade turse, õhtuti vererõhu tõus ja seljavalud. Perearst korrigeeris patsiendi ravi. Sel päeval südamelihaseinfarktile viitavaid kindlaid tunnuseid tervisekaardil kirjeldatud ei ole.

Avalduse väitel esinesid patsiendil 19.02.2021 tugevad valud rindkeres, ülakõhus ja seljas, samas perearst on tervisekaardil kirjeldanud vaid palaviku ja köha esinemist ning nendest kaebustest lähtuvalt määranud patsiendile antibiootikumravi. Selle kohta, miks puuduvad tervisekaardil kaebused, mis võinuks viidata võimalikule müokardiinfarktile, pole tagantjärele ainult dokumentide põhjal võimalik järeldusi teha.

22.02.2021 kutsusid omaksed patsiendile kiirabi. Haiglasse saabudes oli patsient väga raskes üldseisundis, prognoos eluks oli halb, ta vajas püsivalt vasopressorite toetust ning südamepuudulikkus ja neerupuudulikkus süvenesid oluliselt. Ravimid manustati kõik veenisisesi ja patsient sai pidevalt lisahapnikku. Tütar külastas patsienti ja talle selgitati olukorda.

Patsient viibis 23.–26.02.2021 intensiivraviosakonnas ja 26.–27.02.2021 sisehaiguste osakonnas, kus jätkati elulõpu toetavat ravi. Patsiendi üldseisund 27.02.2021 oli üliraske ja ta suri kell 07.05. Surmatunnistus väljastati omastele lahanguta.

Üldhaigla juhatuse esimehe selgituse sõnul patsienti hooletusse ei jätetud ning teda koheldi inimväärsetel tema elu lõppemiseni. Patsienti külastanud tütar ei esitanud haiglapersonalile pretensioone või ettepanekuid ega väljendanud muret patsiendi heaolu ja hooldamise üle.

Kokkuvõte

Raske haigusseisundi ja tugevate valude tõttu rindkeres tulnuks patsiendile 19.02.2021 kutsuda kiirabi. Patsiendi elu ei oleks ka siis ilmselt olnud võimalik päästa, arvestades tema väga raskeid kaasuvaid haigusi.

ORTOPEEDIA

Juhtum. Märkamata jäi Kirschneri varraste ebaõige asend

28.07.2020 viis kiirabi 13aastase lapse lastehaigla traumapunkti, kus leiti küünar- ja kodarluu distaalsete otste murd, mille põhjuseks oli kukkumine batuudil. Laps võeti haiglaravile ja tehti samal õhtul arkoskoobi kontrolli all luude osteosüntees kahe Kirschneri vardaga ning käele asetati kips. Laps kirjutati haiglast välja 29.07.2020 ja määrati korduv kontroll traumatoloogi juures 07.08.2020.

Patsiendil esines vasaku küünarvarre luude distaalse paigastnihkumisega (dislotseerunud) sirutusmurd. Küünarluu murd oli metafüüsi ja diafüüsi piiril nihkega laiusesse ja nurka. Kodarluu murd oli diafüüsi distaalses kolmandikus, nihkega nurka ja laiusesse koos lüheneemisega.

07.08.20 visiidi ajal tehti röntgenoloogiline uuring läbi kipsi ja leiti kodarлуу fragmentide ebarahuldav seis – sekundaarne dislokatsioon, mille põhjuseks ilmselt kodarлуу murru tüüp – põikimurd sagitaalses projektsioonis. Haigetele soovitati korduvat operatsiooni. Lapsega visiidil kaasas olnud sugulased ei osanud kohe otsustada ravi jätkamise suhtes.

Osteosünteesiks kasutatud vardad olid nii pikkuselt kui ka läbimõõdult tavapärased ja sobivad. Esmase repositsioon tehti piisava täpsusega, kuid röntgenogrammidel on näha, et vardad ei fikseeri luuframente: vardad on sisestatud distaalsesse luuframenti ja läbivad luu kortikaalkihti, kuid väljuvad vastaspoolest luukorteksist murrujoone kõrgusel ning ei ulatu kehapoolsesse (proksimaalsesse) luuframenti.

Sellises olukorras on luumurru fragmentide teisese nihkumise (sekundaarse dislokatsiooni) tekkimise oht niisama suur kui repositsioonil ilma osteosünteesita.

Kokkuvõte

Kasutatud ravimeetod oli õigustatud ja aktsepteeritav. Osteosünteesi vardad valiti õiges mõõdus, kuid neid ei asetatud selliselt, et saavutada fragmentide fiksaatsiooni. Vea on teinud operatsiooniaegse ja -järgse röntgenuuringu hindamisel raviarst ja radioloog. Tõenäoliselt ei märganud Kirschneri varraste ebaõiget asendit.

ONKOLOGIA

Juhtum. Lähtudes „Eesti vähiravi kvaliteedi tagamise nõuetest“ aastast 2011 ja sellest tulenevast Eesti Haigekassa korraldusest, otsustab kõigi esmaste onkoloogiliste haigete raviplaani multimodaalse vähiravi konsiilium, kus soovi korral võib osaleda ka patsient

74aastane meespatsient viibis 19.05.2020 piirkondliku haigla androloogiakeskuses uuringutel, kus leiti PSA sisalduse suurenemine 4,7 ng/mL ja mille järel suunati patsient eesnäärmevähi kahtluse tõttu edasisteks uuringuteks uroloogi juurde.

30.07.2020 uroloogi visiidil patsienti informeeriti eesnäärmeest proovitükkide võtmise protseduuri (eesnäärme biopsia) olemusest ning patsiendi nõusolekul tehti see protseduur samal visiidil ja määrati antibakteriaalseks premedikatsiooniks ravidoos tsipriinooli. Uroloogi tehtud protseduur möödus tüsistusteta ja patsient lubati koju. Protseduuri järel tüsistusi ei tekkinud.

Bioptaadi histoloogilise uuringu vastuse (eesnäärme adenokartsinoom, Gleasoni järgi 3 + 4, üks sagar. Arsti hinnangul cT2-protsess) saabudes 27.08.2020 teavitas arst telefonitsi patsienti uuringutulemustest ja soovitas radikaalset ravi: laparoskoopilist prostatektoomiat. 07.09.2020 konsulteeris androloog patsienti pakutud ravimeetodi suhtes ning raviplaan jäi samaks.

Patsient andis nõusoleku planeeritud ravitegevuseks, millest teda teavitati ja mille kohta anti selgitusi suuliselt. Patsient ei nõudnud kirjalikku informatsiooni raviprotseduuri, operatsiooni ega alternatiivsete võimaluste kohta. Esitatud ravidokumentides ei ole märgatav ravigeelse onkokonsiiliumi toimumise kohta.

22.09.2020 tehti patsiendile laparoskoopiline radikaalne prostatektoomia. Operatsioonil vigastati kusepõit, vigastus avastati, ömmeldi kinni ja kontrolliti põie terviklikkust. Jämesoole vigastust operatsiooni ajal ei kirjeldatud ega kahtlustatud.

Operatsioonijärgse perioodi kulgu oli raske: tekkisid põletikulised haavatusistused ja septiline seisund. Uuringutel leiti kõhu eesseina mädanik, abtsess, mis 27.09.2020 esmalt punkteeriti. 28.09.2020 tehti laparotoomia, kuna kahtlustati jämesoole vigastust ning rajati kolostoom. Ka selle operatsiooni järgne periood oli raske – eelkirjeldatud tüsistustele lisandus depressioon.

Järeldraviks viidi patsient üle keskhaiglasse, kus ta viibis 18 päeva (12.–30.10.2020).

Pärast aktiiv- ja järeldravi esines pikka aega haavainfektsioon ning tekkisid parastomaalne song, operatsioonijärgne uriinipidamatus, erektsiooni puudumine (pole teada, kas viimast esines operatsiooni eel). 05.05.2021 suleti kolostoom ja likvideeriti parastomaalne song.

Patsiendi tervise seisund oli halvem kui enne operatsiooni: kodus on vajanud ta pidevat kõrvalabi, tal on uriinipidamatus, erektsiooni puudumine, seedehäired.

Kokkuvõte

Patsiendi haigusseisundi ravigeelne diagnostika oli asjakohane. Enne ravi oleks pidanud korraldama multimodaalse onkoloogilise konsiiliumi ning erinevaid ravivõimalusi oleks võinud arutada põhjalikumalt ja patsienti kaasates. Operatsiooni ajal tekitatud kusepõievigastus avastati kohe ja seda käsitleti adekvaatselt.

Hilistüsistusena tekkinud parastomaalse songa tekkimist ei ole võimalik prognoosida ega ennetada.

KOKKUVÕTE

TKE tegi 2021. aastal tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedi parandamiseks tervishoiuteenuste osutajatele 13 ettepanekut ja soovitusi, sh 3 hambaraviasutustele ja 3 perearstidele.

Samuti nagu eelnevatel aastatel, rõhutas komisjon ka 2021. aastal paljudel juhtudel korrektse dokumenteerimise olulisust, leides vajakajäämisi patsientide haigusjuhtude dokumenteerimisel – sissekanded ei vasta sotsiaalministri 18.09.2008. a määruse nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“ nõuetele. Kui tervishoiuteenuse osutamist tõendav dokument pole korrektselt koostatud, on tagantjärele raske tõendada tervishoiuteenuse osutamise korrektsust. Muu hulgas soovitas TKE pöörata hambaarstidel

rohkem tähelepanu dokumenteerimisele ja raviplaani korrektsusele.

Tervishoiuteenuse osutamine eeldab patsiendi informeerimist eelseisva uuringu või ravi eesmärgist ja olemusest. Nõusolek keerukamate diagnostiliste ja raviprotseduuridega tuleks eelistatult vormistada kirjalikult, vastasel korral pole TKE-l tagantjärele võimalik hinnata, kas patsienti nõustati piisaval määral.

TKE ei lahenda küll rahaküsimusi, kuid soovitas nii mõnigi kord jõuda patsiendiga mõlemaid pooli rahuldava kohtuvälise kokkuleppeni ebakvaliteetsest ravist tekkinud kulutuste hüvitamisel. Samas ei kohusta TKE ettepanek, nõuanne ega soovitus arsti või raviasutust hüvitama patsiendile arstliku vea tagajärjel tekkinud tervisekahju. Rahalise hüvitise taotlemiseks peab patsient kohtusse pöörduma, kui tal ei õnnestu tervishoiuteenuse osutajaga kohtuväliselt kokkulepet saavutada.

Ekspert hinnangu 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.

Harvad polnud juhtumid, kui kaebuse sisuks olid patsiendi ja arsti erinevad arvamused ja vaidlused. TKE hinnangu andmise korra kohaselt on hinnangu aluseks esitatud dokumentide andmed. TKE pädevusse ei kuulu patsiendi vastuvõtul toimunud suhtlemise ja suusõnalise vestluse asjaolude tagantjärele hindamine ühepoolsete väidete põhjal, mida ei ole dokumenteeritud tervishoiuteenuse osutamist tõendavates dokumentides – TKE ei ole uurimisorgan.

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 liikmeid ja eriarst-eksperthe, kes andsid tänuväärse panuse otsuste tegemisel.

Kunstlikud magusained ja vähirisk

Toiduainetööstuses kasutatakse paljude toiduainete ja jookide valmistamisel alternatiivina lisatud suhkrutele, mille kahjulik mõju mitmete krooniliste haiguste korral on selgelt kindlaks tehtud, kunstlikke magusaineid. Nende lisaainete ohutuse üle vaieldakse jätkuvalt ja järeldused nende rolli kohta erinevate haiguste etioloogias on vastuolulised. Mitmed eksperimentaalsed uuringud viitavad nende kantserogeensele toimele, kuid kindlaid epidemioloogilisi tõendeid selle kohta ei ole.

Prantsuse teadlased korraldasid ulatusliku epidemioloogilise uuringu, et leida seoseid kunstlike magusainete – aspartaam (E951), atsesulfaam K (E950) ja sukraloos (E955) – tarvitamise ja vähiriski vahel. Kokku hõlmas uuring 102 865 täiskasvanut Prantsusmaa rahvastikupõhisest kohordist NutriNet-Santé (2009–2021), jälgimisaja mediaan oli 7,8 aastat. Toitumisteave, sh magusainete

tarvitamise andmed, saadi korduvate 24 tunni toitumispäevikute kannetest, mis sisaldasid ka tööstuslike toodete tootemargineid.

Seoseid magusainete tarvitamise ja vähi esinemissageduse vahel hinnati Coxi regressioonimudeli abil, mis oli kohandatud vastavalt vanusele, soole, haridusele, füüsilisele aktiivsusele, suitsetamisele, kehamassiindeksile, pikkusele, kaalu suurenemisele jälgimise ajal, diabeedi esinemisele, vähile perekonna anamneesis ja täidetud 24 tunni toitumispäevikute arvule ning manustatud energia, alkoholi, naatriumi, küllastunud rasvhapete, kiudainete, suhkru, puu- ja köögiviljade, täisteratoodete ja piimatoodete hulga jälgimisaja alguses.

Võrreldes magusainete mitte-tarvitajatega oli erinevaid magusaineid enam tarvitajatel (üle mediaanoguse) suurem üldine vähirisk ($n = 3358$, riskitiheduste suhe (HR) = 1,13, 95% uv 1,03–1,25, p -trend = 0,002). Eelkõige seostus

suurenenud vähiriskiga aspartaami (HR = 1,15, 95% uv 1,03–1,28, $p = 0,002$) ja atsesulfaam K (HR = 1,13, 95% uv 1,01–1,26, $p = 0,007$) kasutamine. Suuremat rinnavähi riski täheldati seoses aspartaami kasutamisega ($n = 979$, HR = 1,22, 95% uv 1,01–1,48, $p = 0,036$). Rasvumisega seotud vähkide risk oli seotud kunstlike magusainete üldkogusega ($n = 2023$, HR = 1,13, 95% uv 1,00–1,28, $p = 0,036$) ja eraldi aspartaamiga (HR = 1,15, 95% uv 1,01–1,32, $p = 0,026$).

Selles suures kohortuuringus leiti seosed paljudes toidu- ja joogimarkides kasutatavate kunstlike magusainete (eriti aspartaami ja atsesulfaam K) ja suurenenud vähiriski vahel. Need leiud annavad olulisi sisendeid Euroopa Toiduohutusametis käimasolevale kunstlike magusainete mõju ümberhindamisele.

REFEREERITUD

Debras C, Chazelas E, Srouf B, Druetne-Pecollo N, Esseddik Y, Szabo de Edelenyi F, et al. Artificial sweeteners and cancer risk: Results from the NutriNet-Santé population-based cohort study. *PLoS Med* 2022;19(3):e1003950. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003950>.

LÜHIDALT