

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni tegevus 2022. aastal

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

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon (TKE) hindab tervishoiuteenuse kvaliteeti dokumendipõhiselt, s.t hinnangu taotleja avalduse, tervishoiuteenuse osutamist tõendavate dokumentide, tervishoiuteenuse osutaja (sh tervishoiuteenust osutanud tervishoiutöötaja) selgituste ja vastava eriala eriarsti eksperdiarvamuse andmete alusel.

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon menetles 2022. aastal 178 avaldust ja tuvastas vajakajäämisi 42 korral, sh meditsiinilise tegevuse vigu 32.

10 juhul hinnati kaebus põhjendatuks osaliselt, sest tegu oli dokumentide ebakorrektsuse täitmisega, vajakajäämistega töökorralduses või suhtlemisel patsiendi, tema sugulaste või lähedastega.

Võrdluseks viimase viie aasta kaebuste arv:

- 2021. a menetletud 168 juhtumist leiti vajakajäämisi 42;
- 2020. a menetletud 204 juhtumist leiti vajakajäämisi 51;
- 2019. a menetletud 178 juhtumist leiti vajakajäämisi 43;
- 2018. a menetletud 191 juhtumist leiti vajakajäämisi 45;
- 2017. a menetletud 191 juhtumist leiti vajakajäämisi 41.

Patsiente esindavad advokaadid/juristid esitasid üheksa, tervishoiuteenuse osutajad neli ning Politsei- ja Piirivalveamet ühe hinnangutaotluse. Vanglameditsiini kohta esitatud 19 hinnangutaotlusest kolm esitasid vanglad ja 16 kinnipeetavad. Ülejäänud 145 avalduse esitajad olid patsiendid ja nende lähedased.

Lisaks esmakordse eksperthinnangu taotlustele menetleti viit teistkordset pöördumist, sh kaks tervishoiuteenuse osutajatelt ja kolm patsientidelt, kes ei olnud rahule jäänud TKE hinnanguga. Patsiendid soovisid saada vastust, kas osutatud tervishoiuteenus vastas arstiteaduse üldisele tasemele teenuse osutamise ajal ning kas seda osutati oodatava hoolega.

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

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

Tabel. Tervisteenuste kvaliteedi ekspertkomisjonile esitatud kaebuste jaotus erialati 2022. aastal

Eriala	Kaebuste arv
hambaravi	33
kirurgia, sh üldkirurgia 10, plastikakirurgia 5, neurokirurgia 3, lastekirurgia 2, onkokirurgia 1, kaalukirurgia 1	22
esmatasandi meditsiiniabi vanglates	19
peremeditsiin	18
üldarstiabi ja õendushooldus, sh COVID-19-ga seotud 10 juhtumit	16
ortopeedia	15
erakorraline meditsiin, sh erakorralise meditsiini osakond 11, kiirabi 3	14
psühhiaatria	10
sünnitusabi ja günekoloogia	7
sisehaigused, sh neuroloogia 3, nahahaigused 2, gastroenteroloogia 1, nefroloogia 1	7
kardioloogia	4
uroloogia	3
otorinolarüngoloogia ehk kõrva-ninakurguhaigused	3
hematoloogia	2
töötervishoid	2
oftalmoloogia ehk silmahaigused	1
anestesioloogia	1
taastusravi ja füsiaatria	1

GÜNEKOLOOGIA JA SÜNNITUSABI

Juhtum 1. Operatsiooni käigus vigastati paremat kusejuha, mis jäi märkamata ja mistõttu tekkis peritoniit

67aastane patsient polnud rahul piirkondlikus haiglas tehtud lõikusega, mille tulemusena oli tal tekkinud äge peritoniit. Patsiendi sõnul on tal nüüd eluaegne kolostoomiseisund ja raske liikumispuue.

Munasarja vähkkasvaja tõttu tehti patsiendile 24.05.2018 laparotoomiline operatsioon: emakakeha eemaldamine (emaka supravaginaalne amputatsioon) koos mõlemapoolse munajuha-munasarja eemaldamisega.

10.11.2020 eemaldati väikese vaagna retsidiivtuumor. Selle operatsiooni käigus vigastati paremat kusejuha, kuid see jäi märkamata. Vigastusest arenes peritoniit, mille raviks tehti 17.11.2020 kordusoperatsioon, mille käigus jäi vigastus (peritoniidi põhjus) taas diagnoosimata. Vigastust ei avastatud ka 26.11.2020 tehtud kordusoperatsioonil, mis tehti juba uue tüsistuse – sigmakäärsoole isheemilise nekroosi ja sellest arenenud roojaperitoniidi – tõttu. Nekrootiline sooleosa eemaldati ja jämesoole ots toodi kõhuseinale.

Vigastus diagnoositi ja parandati 30.11.2020 operatsioonil, kus kirjeldati ka vigastuse tekkimise põhjust, milleks oli 2018. aastal tehtud operatsiooni tagajärjel muutunud kõhuõõne anatoomia. Kuna tekkinud tüsistustest paranemine oli raske, jäi vajalik keemiaravi optimaalsel ajal tegemata.

Kokkuvõte

Kusejuha vigastamine ja selle diagnoosimata jätmine järgnevatel operatsioonidel oli viga.

Juhtum 2. Noorel naisel jäi diagnoosimata rinnanäärme kasvaja

22aastane patsient pöördus 30.07.2021 üldhaiglasse naistearsti vastuvõtule parema rinna kaebustega – ligikaudu aasta jooksul oli ta rinnas tundnud massi, mis oli viimase kuu vältel muutunud järjest valulikumaks. Arst kirjeldas: „Parem rind visuaalselt suurem kui vasem. mõlemas rinnas võrdselt rinnanääre (seda ala patsient massiks peabki), ala liigutatav. Mõlemad aksillaarsed piirkonnad vabad, lümfisõlmi ei leia“. Arst diagnoosis täpsustamata tükki rinnas, soovitas võtta Agnucastoni ning suunas patsiendi ultraheliuuringule.

04.08.2021 tehtud ultraheliuuringu kirjeldus: „Paremas rinnas piirdunud vedeliku kogum suurusega 3,8 × 2,5 cm, tõenäoliselt abstsessikoobas. Aksillaarselt esineb suurenenud lümfisõlmi suurusega kuni 1,3 cm“. Samal päeval oli patsient kutsutud naistearsti vastuvõtule, kus leiti, et rind oli turseline, valulik, eraldi kollet ei olnud võimalik välja palpeerida. Naistearst nõustas patsienti ja teavitas, et rinna ultraheliuuring polnud tehtud sobivas (esimeses) menstruaaltsükli faasis; arst soovitas võtta esialgu valu korral paratsetamooli ja tulla uuesti vastuvõtule pärast menstruatsiooni või helistada naistenõuandlasse kohe, kui tekib palavik või olukord halveneb.

Patsient helistas 23.08.2021 naistearstile, soovides korduvat nõustamist ja informatsiooni parema rinnanäärme ultraheliuuringu vastuse kohta. Arst küsitles patsienti tema kaebuste kohta (parema rinnanäärme valu, palavikuvaba), selgitas abstsessi ravi võimalusi ja alustas suukaudset antibakteriaalset ravi. Arst selgitas patsiendile, et kui kaebused jäävad ravi järel püsima, järgneb kirurgi konsultatsioon ja vajadusel abstsessi kirurgiline eemaldamine. Patsient oli plaaniga nõus. Pärast teise arstiga konsulteerimist broneeris arst patsiendile naistearsti juures vastuvõtu aja 01.09.2021.

Vastuvõtul 01.09.2021 teatas patsient, et tundis end pärast ravikuuri antibiootikumiga paremini – valu oli vähenenud ja käsi liikus vabalt. Objektiivselt oli parem rinnanääre ikkagi turseline, kuum ja tihke, haiguskolle ei olnud eraldi palpeeritav. Naistearst otsustas jätkata antibiootikumravi ja teha uue ultraheliuuringu nädala pärast, mil menstruatsioon on lõppenud. Patsient kutsuti vastuvõtule 10.09.2021. Patsiendi avalduse andmeil küsis ta arstilt otse, kas tegemist on rinnavähiga ja sai korduvalt eitava vastuse – selleks olevat ta liiga noor.

06.09.2021 pöördus patsient erakorraliselt teise haigla naistearsti vastuvõtule, kuna kaebused püsisid ja patsient ei saanud parema käega töötada. Sissekandest: „Parem rind vasemast oluliselt suurem, kuumavam, nibu sissetõmbunud, rinna ülapiirus kergelt fluktuueeruv. Aksillaarpiirkond paremal tihkem kui vasemal (*mastitis?, tu!?*)“. Selle haigla erakorralise meditsiini osakonnas (EMO) tehtud vereanalüüsis põletikunähte ei esinenud. Ultraheliuuringul abstsessi enam ei leitud. Patsient suunati järgmise naistearsti vastuvõtule erakliinikusse ja sealt edasi piirkondlikku haiglasse. Seal tehtud uuringute põhjal diagnoositi patsiendil rinnanäärme IV astme vähkkasvaja (invasiivne duktaalkartsinoom).

Kokkuvõte

Tagantjärele hinnates oli juba esmase pöördumise hetkel tegemist kaugelearenenud rinnavähiga, mistõttu haiguse varasem diagnoosimine ja ravi poleks selle kulgu ega prognoosi enam olulisel määral mõjutanud. Sellele vaatamata oleks olnud vaja üldhaigla naistearstil juhtumit aktiivsemalt käsitleda: tulnuks kahtlustada rinnanäärme põletikku simuleerivat turselis-infiltratiivset rinnavähki ja suunata patsient varem mammo- loogi vastuvõtule.

Juhtum 3. Hüsterektomia käigus vigastati paremat kusejuha

39aastasele patsiendile tehti keskhaiglas emaka healoomulise lihaskasvaja (emaka intramuraalse müoomi) raviks 29.03.2022 laparoskoopiliselt subtotaalne emaka eemaldamine (hüsterektomia, LASH (*Laparoscopic-Assisted Supracervical Hysterectomy*)) koos munajuhade eemaldamisega. Emaka eemaldamise operatsiooni kulgu oli protokollis kirjeldatuna tavapärane. Vahepeal operatsioonijärgne periood kulges iseärasusteta: patsiendil puudusid valukaebused, seedetegevus oli normis ja diurees adekvaatne. Patsient lubati koju 31.03.2022.

Järgmisel päeval pöördus patsient naistekliiniku valvearsti poole tugevate valude tõttu paremas küljes. Valvearst tegi läbivaatuse, analüüsid, vaginaalse ultraheliuuringu, korraldas patsiendile valuravi ja soovitas vaevuste püsimisel pöörduda EMOsse.

Piirkondliku haigla EMOs tuvastati patsiendil 02.04.2022 neerupais ja seejärel diagnoositi parema kusejuha iatrogeenne vigastus: kusejuha täielik läbilõige.

05.04.2022 tehti edukalt kusejuha taasühendamine kusepõiega (neoaanastomoos).

Patsient oli operatsioonieelsel visiidil 14.03.2022 andnud kirjaliku nõusoleku „LASH, vajadusel avatud kõhuõõne operatsiooni“ tegemiseks ja kinnitanud, et on teadlik võimalikest operatsioonitüsistustest, sh kusejuha vigastusest.

Kokkuvõte

Kuigi kirurgilise ravi tüsistusi ei ole võimalik alati täielikult vältida, oli kirjeldatud juhul tegemist raviveaga, mille tekkimist võisid soodustada opereeritud emaka suured mõõtmed (vastas 13.–14. rasedusnädalale).

Juhtum 4. Patsiendi kaebustesse ei suhtunud piisava põhjalikkusega ja loote seisundit ei hinnatud oodatava hoolega

32aastane naispatsient haigestus seitsmenda raseduskuu lõpus COVID-19-nakkusesse (SARS-CoV-2 suhtes positiivne test tehti 20.12.2021).

Umbes 25.12.2021 paiku hakkas patsiendi tervis halvenema, tekkis palavik 39 °C. Patsient helistas ämmaemanda nõuandeliinile, kust soovitati palju vett juua ja paratsetamooli võtta, ning kui paremaks ei lähe, pöörduda EMOSse.

26.12.2021 päeval läski patsient üldhaigla EMOSse, kuna tundis, et loode ei liiguta end nii aktiivselt kui varem. Patsiendi COVID-19-positiivsuse tõttu vestles EMO õde temaga haigla ukisel. Patsiendi sõnul selgitas ta EMO õele, et teist päeva püsib kõrge palavik ja loote liigutused on väga harvad, ning avaldas soovi kontrollida loote tervises seisundit ja anda ehk mingeid analüüse. Õde seevastu väidab oma seletuskirjas, et vestluse käigus patsient ei kurtnud, et loode oleks tavapärasest passiivsem, vaid vestluse põhiteema olevat olnud palaviku kodune ravi (patsient olevat muretsenud palavikualandajate tarvitamise pärast raseduse ajal). Õde olevat küsinud, kas esineb kõhuvalu, veritsust või muid kaebusi, mida patsient olevat eitanud, ja teinud ettepaneku seisundi halvenedes kiirabi kutsuda. Patsiendi EMOSse pöördumist haiglas ei dokumenteeritud.

28.12.2021 hommikul kutsus patsient kiirabi, kuna ta polnud eelmisest päevast alates tundnud loote liigutusi. Kiirabi toimetas patsiendi haigla isolaatorisse, kus ämmaemand kuulatles Doppleri monitoriga loote südamelööke, mida patsient ka ise kuulis. Patsient läks tagasi koju.

29.12.2021 hommikul ärgates oli patsient üle keha kaetud sügeleva lööbega. Patsient helistas tema rasedust jälgivale ämmaemandale, kes soovitas võtta allergiravimit Zyrtec ja tulla pärast karantiiniperioodi lõppemist kontrolli. Patsient pöördus 30.12.2021 sünnitusosakonda, kus loote südamegevust enam ei tuvastatud. Indutseeritud sünnitusest sündis surnult vähese matseratsiooniga tütarlaps, kelle kehakaal vastas

raseduse suurusele (31 nädalat 3 päeva). Platsentas esinesid SARS-CoV-2-haigusest tingitud muutused, mh hattudevaheline tromboos.

Loode hukkus patsiendi COVID-19 põdemise tõttu. Patsiendi ägedat haigust arvestades ei suhtunud tema kaebustesse piisava põhjalikkusega ja loote seisundit ei hinnatud vajaliku hoolega. Patsiendi 26.12.2021 EMOSse pöördumise ja triaazi läbiviimise dokumenteerimata jätmine oli viga. Oma seletuskirjas Terviseametile väidab haigla, et dokumenteerimist ei toimunud, kuna vestlus toimus väljaspool haigla osakonda ja patsient soovis nõustamist palavikku alandavate ravimite kasutamise kohta; selgituse järgi tegi valveõde suulise triaazi. Meditsiinitöötaja on tööajal kohustatud dokumenteerima kõigi tema poole terviseprobleemidega pöörduvate patsientide vastuvõttud; „suulise triaazi“ mõiste on tühine ja ei vasta triaazi läbiviimise reeglitele.

Loote südametoonide kuulatlemine Doppleri seadmega on piisav raseduse tavapärase kulu korral, kuid olukorras, kus rase ei tunne loote liigutusi, jääb sellest väheks. Õige oluks kasutada täiendavaid uuringuid (kardiotokograafiat, ultraheli) ja vajadusel võtta patsient haiglasse jälgimiseks.

Kokkuvõte

Kuigi loode hukkus patsiendi COVID-19 põdemise tõttu, ei suhtunud naise kaebustesse piisava põhjalikkusega ja loote seisundit ei hinnatud vajaliku hoolega.

ERAKORRALINE MEDITSIIIN

Juhtum 1. D-dimeeride kõrged väärtused oleks võinud tekitada kahtluse kopsu veresoonte trombemboolia suhtes

69aastasel meespatsiendil tekkis 12.10.2021 hommikul kella 10 paiku rinnaku taha pigistav valu, mis süvenes sügaval sissehingamisel. Patsient oksendas toidumasse, kehatemperatuur oli 35,2 °C. Anamneesis olid kõrg-vererõhktoibi, II tüüpi diabeet, ülekaal ja kuulmisnõrkus. Kella 16 paiku kutsus patsient endale kiirabi.

Kiirabi tehtud EKGs puudusid ägeda haiguse tunnused, vererõhk oli 103/61 mm Hg, kuid peale lamamist vererõhk kerkis iseenesest 128/78 mm Hg-ni. Nitroglütseriini keele alla manustamine leevendas valu, kuid püsima jäi valu sügaval sissehingamisel.

Kuna kodus valu täielikult ei kupeerunud, viis kiirabi patsiendi piirkondliku haigla EMOSse. Lüüsis ootamise ajal hakkas vererõhk uuesti langema, mistõttu kiirabi manustas veenisisesi 0,9% naatriumkloriidilahust ja deksketoprofeeni ning püsiva valu tõttu petidiini 100 mg. Korduvalt määratud kardiomarkerid püsisid dünaamikata referentsvahemikus. Analüüsidesid olid kõrvalekaldega D-dimeerid > 20 mg/L ja esines kerge leukotsütoos, ülejäänud analüüsidesid olid normi piires. EKG ja rindkere röntgeniülesvõte olid haigusliku leiuta.

EMOs otsustati, et valu on põhjustatud gastriidist, ja soovitati kodus võtta esomeprasooli 40 mg, valu jätkumisel paratsetamooli 1 g. Patsiendil soovitati pöörduda perearsti konsultatsioonile ja ta lubati koju.

Järgmisel päeval, 13.10.2021 patsient helistas perearstile, sest kõhus oli ikka valu. Perearst kutsus patsiendi vastuvõtule 14. oktoobril ja soovitas kutsuda kiirabi, kui enesetunne ei parane. 13. oktoobril kell 19.15 leidis abikaasa patsiendi tugitoolis surnuna.

Patoanatomilisel lahangul oli surma põhjuseks üleneva ja alaneva aordi äge lõhustav aneurüsm, mis oli tüsistunud üleneva aordi rebendi verejooksuga südamepauna ja südamepauna tamponaadiga, ning sellest oli tingitud südameseiskus.

Kokkuvõte

D-dimeeride suured väärtused oleks võinud tekitada kahtluse kopsuveresoonte trombemboolia suhtes ning sel juhul oleks patsient suunatud KT-uuringule, kus suure tõenäosusega oleks avastatud aordi aneurüsmi dissektsioon.

Juhtum 2. Neuroloogilist seisundit ei hinnatud ega tehtud peaaju kompuutertomograafilist uuringut

73aastane naispatsient haigestus 23.12.2021 ägeda peavaluga. Kutsutud kiirabi tuvastas kõrgeenenud vererõhu 220/100 mm Hg, neuroloogilist koldesümptomaatikat ei leitud. Raviks manustati klofelliini, paratsetamooli ja palderjanitilku. Kaebuste püsimisel soovitati uuesti kutsuda kiirabi.

Patsiendile kutsutigi samade kaebustega uuesti kiirabi 25.12.2021 ja tuvastati taas kõrgeenenud vererõhk (200/100 mm Hg) ilma neuroloogilise koldesümptomaatikata. Patsient sai raviks klofelliini. Kuna patsient keeldus hospitaliseerimisest, soovitati pöörduda perearsti poole. Sama päeva õhtul korduvalt kutsutud kiirabi hospitaliseeris patsiendi üldhaigla EMOsse kõrgeenenud vererõhu ja peavalu diagnoosiga.

EMOs diagnoositi kliinilise pildi ja vereanalüüside alusel südamekahjustusega hüpertooniatõbi; määrati raviks vajadusel moksonidiini ja soovitati vererõhuravi korrigeerida perearsti juures.

29.12.2021, kui patsient oli taas pöördunud üldhaigla EMOsse, diagnoositi kompuutertomograafilise (KT) uuringu alusel ajuinfarkt vasemal keskmise ja tagumise ajuarteri varustusosalal teisese verdumisega.

Patsiendi esitatud kaebuste (tugev äkki tekkinud uus peavalu, vererõhu tõus, anopsia, anosmia) alusel tekkis tal enne esimest kiirabi kutset peaajuinfarkt, mis tuvastati hiljem aju KT-uuringul. Kuna patsiendil insuldi tüüpilisi haigustunnuseid ei esinenud, jäi kiirabil insult diagnoosimata.

EMOs 25.12.2021 ei ole dokumenteeritud neuroloogilist seisundit.

Kokkuvõte

Kuna patsient kaebas mitu päeva kestnud peavalu ja peapööritust ning esines vererõhu kõrgeenemine, oleks (lähtudes EMO soovituslikust ravijuhendist mittetraumaatilise peavalu käsitlemiseks) tulnud teha aju KT-uuring, mis oleks tõenäoliselt aidanud insulti diagnoosida.

Juhtum 3. Halvenenud tervise seisundiga haige jälgimisele jätmise oleks võimaldanud diagnoosida insulti õigeaegselt

Perearst suunas 79aastase naispatsiendi 14.02.2022 keskaigla EMOsse insuldile ebatüüpiliste kaebuste (halb enesetunne, nõrkus, õhupuudus, hingeldus, valulik keel, valu ülakõhus ja seljas) ja EKG leiu alusel. Patsient kõndis iseseisvalt ilma kõrvalabita.

Samal päeval kell 10.35 EMOsse jõudes oli patsient ilma olulise neuroloogilise sümptomaatikata, kõndis iseseisvalt ja oli võimeline kõnelema. Anamneesi, haige läbivaatuse ja uuringute alusel diagnoositi SARS-CoV-2-nakkus. Kell 13.30 otsustas arst, et patsient ei vaja haiglaravi ning lubas ta kodusele ravile.

Patsient lahkus EMOst kell 14.06. Vanaemale järele tulnud lapselaps märkas, et vanaema tervise seisund on halvenenud: temaga kadus sõnaline kontakt ja ta ei suutnud käia. Patsient viidi koju, kuid kuna ta seisund ei paranenud, kutsuti kiirabi, kes diagnoosis insulti ning viis patsiendi uuesti EMOsse.

Patsient jõudis uuesti haiglasse samal päeval kell 19.03. EMOs diagnoositi ajuinfarkt vasemal keskmise ajuarteri varustusosalal. Reperfusioonravi ei olnud võimalik teha, kuna haigestumise algusest oli möödunud liiga palju aega, samuti seetõttu, et patsient tarvitas antikoagulanti. Patsient viibis haiglaravil, kuid insuldi põdemisest jäid talle rasked neuroloogilised ärajäämanähud.

Haigla sisejuurdlus tuvastas, et patsiendi seisund halvenes pärast patsiendi koju lubamise otsust. Tervise seisundi halvenemist küll märgati, kuid EMO valvearst ei kahtlustanud kliinilise pildi alusel insulti. Patsient suri 15.05.2022. Trombektoomia ei olnud näidustatud, kuna trombi suures veresoones ei olnud. Kuna trombolüüsi tegemise vastunäidustuseks on antikoagulandi kasutamine, ei oleks see asjaolu võimaldanud patsienti efektiivselt ravida ka juhul, kui diagnoos oleks pandud õigel ajal.

Kokkuvõte

Insulti oleks olnud võimalik õigel ajal diagnoosida, kui EMO arst oleks pärast patsiendi seisundi halvenemise märkamist jätnud patsiendi jälgimisele.

Juhtum 4. Diagnoosimata jäi vasaku hüppeliigese vigastus

34aastane meespatsient sai 04.08.2021 mootorrattal sõites liiklusõnnetuses vigastada. Traumamehhanismi

järgi oli tegemist potentsiaalselt eluohtliku traumaga ja EMOSse tulnud traumameeskond tegi põhjaliku käsitusprotokolli (ATLS) järgi traumapatsiendi esmase käsitluse, sh trauma KT-uuringu. Pärast kokkupõrget kaebas patsient valu vasakus puusas, reies ja kubemes. EMOSse saabudes oli ta rahuldavas tervise üldseisundis, teadvusel, adekvaatne, hemodünaamiliselt stabiilne. Skrootumil oli marrastus. Kaebas valu vasakus puusas ja reies, jäsemed olid palpatsioonil valutud. Välisel vaatlusel deformatsioone, verejooksu vms vigastusi ei leitud.

Patsiendi väitel oli juba EMOs vasaku jala alaosal silmaga nähtav tugev paistetuse, mida ei ole dokumenteeritud. Hüppeliigese vigastus diagnoositi alles 21.09.2021 magnetresonantstomograafilisel (MRT) uuringul, kus leiti kontsluul mediaalne kõhrekahjustus ning eesmise sääre-pindluu sideme (ATFL) rebend ja sellest tingitud telje muutus.

Esmaste hüppeliigese piirkonna valukaebuste puudumine oli ilmselt tingitud teiste valude domineerimisest. Tõenäoliselt ei rakendatud ATLSi printsiipe täielikult, kuna patsiendi teisene läbivaatus ei olnud põhjalikult tehtud. Patsient oleks vajanud esmase ravina lahast hüppeliigese immobiliseerimiseks.

Kokkuvõte

Lahase asetamine ja kiirem täpne diagnostika oleksid säästnud patsienti osast vaevustest ja vähendanud hüppeliigese ebastabiilsust. Trauma mehhanismi (mootorratta kiirus 90 km/h) ja kontsluu kõhre vigastust arvestades ei oleks see aga tõenäoliselt vältinud hilisemat hüppeliigese jäigastamise vajadust.

Juhtum 5. Sapikivitõbe ei diagnoositud õigel ajal: arvati, et tegemist on uroinfektsiooniga

17aastane naispatsient tundis 16.08.2022 valu paremal ülakõhus, lainetava iseloomuga valu kiirus selga ja esines iiveldus. 19.08.2022 pöördus ta jätkuva valu tõttu piirkondliku haigla EMOSse, kus tehtud vereanalüüsid esines leukotsütoos 9,51 E9/L. Uriinianalüüsis olid nitritid ja lisaks leukotsüüdid 2+. Palpatsioonil olid kõhukatted pehmed, paremal ülakõhus vähene palpatoorne valulikkus, peritoneaal-ärritusnähtusid ega olulist lihaspinget ei täheldatud. Paremal oli Pasternatski sümptom +/- . Analüüsitulemuste ja objektiivse leiu põhjal diagnoositi patsiendil kuseteede infektsiooni. Raviks määrati tsiprofloksatsiini 1 tablett 2 korda päevas, vajadusel paratsetamooli 1 g 3 korda päevas, ibuprofeeni 400 mg 3 korda päevas ning drotaveriin-vesinikkloriidi tablette vajadusel.

Kuna diagnoosiks oli uroinfektsioon, ei tehtud patsiendile ultraheliuuringut. Patsient võttis ravimeid arstide juhiste kohaselt, kuid valu ei möödunud ning ta pöördus 25.08.2022 keskhaigla EMOSse, kus kaebas jätkuvat ülakõhuvalu paremal, kiirgumisega selga. Patsiendi objektiivsel uurimisel ägeda kirurgilise

patoloogia sümptomeid ei leitud: patsiendil polnud palavikku ja ka analüüsitulemused ei erinenud oluliselt 19.08 piirkondlikus haiglas tehtutest (19.08 leukotsütoos 10,51 E9/L ja CRV 10 mg/L; 25.08 leukotsütoos 11,1 E9/L, CRV 11,3 mg/l). Nädal varem oli diagnoositud uroinfektsiooni ja määratud antibiootikumiravi, ning ehkki raviga polnud paranemist tekkinud, suhtuti patsienti nagu uroinfektsiooniga haigesse: soovitati vajadusel kasutada valuvaigistit ja spasmolüütikumi ning pöörduda perearsti poole, et perearsti suunamisel teha ambulatoorne ultraheliuuring.

27.08.2022 muutusid patsiendi skleerad kollakaks ja uriin tumedaks, kõhuvalu ja iiveldus püsisid ning süvenesid söömisel. 28.08.2022 pöördus patsient teise keskhaigla EMOSse, kus diagnoositi sapikivid, sealhulgas ühissapijuha kivi; analüüsid esinesid hüperbilirubineemia ja tsütolüüs. Talle tehti koletsüstektomia ja ühissapijuha kivi eemaldati endoskoopiliselt. Protseduurid olid edukad ja tüsistusi õnneks ei tekkinud.

Kokkuvõte

EMOdes ei rakendatud piltdiagnostikat ning diagnoositi ekslikult uroinfektsiooni.

Juhtum 6. Lapsel ei diagnoositud õigel ajal munandi pöördumist

13aastane laps pöördus koos isaga 25.02.2022 kell 04.09 üldhaiglasse. Patsiendi probleemiks oli vasema munandi valu, mis tekkis umbes 1 tund enne haiglasse pöördumist. Paar nädalat varem oli olnud analoogne valuhoog, mis kiiresti möödus. Lapsele manustati valuvaigistit, jäeti jälgimisele ja siis valu vähenes. Valvearst tegi patsiendi läbivaatuse kell 08.00 hommikul ja peale seda tehti ultraheliuuring. Arst leidis, et munandis on verevarustus olemas ja konsulteeris lastehaigla valvearstiga, kes soovitas patsiendil pöörduda järgmisel päeval lastehaigla EMOSse.

Lapsevanem pöördus koos lapsega järgmisel päeval, 26.02.2022 lastehaiglasse, kus ultraheliuuringul tuvastati vasema munandi torsioon. Last opereeriti ja leiti vasema munandi torsioon 360 kraadi. Kirurg kirjeldas, et munand on must – nekrootiline. Tehti detorsioon ja otsustati, et munandit pole vaja eemaldada, kuid korduval visiidil 09.05.2022 vasem munand siiski eemaldati.

Kokkuvõte

Tegemist oli diagnostikaveaga, mille tagajärjel ravi hilines ning patsient kaotas testise. Kiirem tegutsemine oleks selle ära hoidnud. On võimalik, et lapsel esines intermiteeruv munandi pöördumine, mis ultraheliuuringu tegemise ajaks oli lahenenud, kuid taastekkis ajavahemikul üldhaiglast lahkumisest kuni lastehaiglasse jõudmiseni. Munandi 360kraadise torsiooni korral võivad pöördumatud muutused tekkida 4–8 tunni jooksul.

KIRURGIA

Juhtum 1. Haava viidud dreeni ei fikseeritud

32aastasel meespatsiendil eemaldati 29.06.2021 päevakirurgia osakonnas lipoom turja piirkonnast. Haavakoopasse oli jäetud lateksdreen, et evakueerida sinna kogunev koevedelik. Dreeni ei fikseeritud. Dreeni eemaldamine oli määratud 01.07.2021 perearsti juures. Perearsti vastuvõtu sissekandes on kirjeldatud dreeni haavas, kuid dreeni ei eemaldatud. Vahepeal toimusid sidumised kodus. 07.07.2021 dreeni haavas ei olnud ja oletati, et sidumiste käigus kukkus dreen välja.

14.07.2021 eemaldati haavaõmblused. Haavast eritus jätkus, vaatamata korduvatele antibakteriaalsetele ravikuuridele. 12.08.2021 eemaldati haavast võõrkeha – lateksdreen, mis seletab haava mitteparanemist 1,5 kuu jooksul.

Kokkuvõte

Tüsistus oleks olnud välditav dreeni kinnitamisega haavaservale või selle eemaldamisega. Kirurgi korraldus eemaldada dreen ei jõudnud kahjuks õigel ajal perearstini.

Juhtum 2. Lapsel ei diagnoositud õigel ajal apenditsiiti

8aastane laps haigestus 18.08.2022 kõhuvaludega, esines temperatuuri tõus (37,6 °C), iiveldust ja oksendamist ei esinenud.

19.08. kutsutud kiirabi toimetas lapse üldhaiglasse, kus tehti vereanalüüs ja hinnati lapse üldseisundit ning arvati, et laps on sporti tehes üle pingutanud. Kuna lapsel kaebused püsisid, siis otsustas isa samal päeval minna lapsega piirkondliku haigla EMOsse. Lapsel oli isa sõnade järgi tõusnud palavik 39,6 °C-ni, ta oli nõrk, kõndis aeglaselt ja hoidis keha kõverdunult, toetades käsi puusadele, et oleks kergem liikuda. Pärast ultraheliuuringu tegemist arvati, et tegemist on soolebakteriga, kirjutati välja antibiootikumid ja patsient lubati kodusele ravile.

Kuna lapse enesetunne ei paranenud, pöördui 20.08. piirkondlikku lastehaiglasse, kus võeti vereproov, uriinianalüüs, roojaproov ja tehti UH-uuring. Ehkki kolmandal pöördumisel leiti analüüsides märgatav põletikunäitajate tõus, usuti piirkondliku haigla EMO diagnoosihüpooteesi ja last ei hospitaliseeritud.

27.08.2022 kurtis laps, et valu kõhus on läinud tugevamaks ning pöördui uuesti lastehaigla EMOsse. Lastehaiglas last opereeriti – tegemist oli perforatiivsest apenditsiidist põhjustatud peritoniidiga. Operatsioonist paranemine toimus iseärasusteta.

Kokkuvõte

Kuna patsiendil esines ebatüüpiline haiguspilt, jäi haigus kolmes ravisutuses diagnoosimata. Kolmas

tervishoiuteenus osutaja (lastehaigla) oleks võinud lapse meditsiiniliseks jälgimiseks hospitaliseerida või kutsuda kindlaks ajaks tagasi uueks läbivaatuseks. Kuigi apenditsiidi diagnoosimiseks ei ole ühtegi spetsiifilist analüüsi ega uuringut, vaid diagnoos määratakse kliinilise haiguspildi alusel, võib mittediagnoosimist pidada veaks.

KÕRVA-NINA-KURGUARST

Juhtum. Rinoseptoplastika operatsioon ei vastanud kaasaja arstiteaduse tasemele ja seda ei tehtud oodatava hoolega

63aastasele meespatsiendile tehti 25.01.2022 rinoseptoplastika operatsioon avatud meetodil, mille järel tekkis läbipaistev eritis vasakust ninapoolsest, patsient kaotas nägemise vasakust silmast, tekkisid peavalud ja mäluhäired. Operatsioonijärgsel aju KT-uuringul oli diagnoositud intrakraniaalset õhku, eesmisel koljuaugus vasakul luuline defekt, väike luukild vasaku *n. opticus*'e piirkonnas mediaalsel. Patsiendile tehtud operatsiooni käigus vigastati koljupõhimikku, vasempoolset nägemisnärvi, põhjustati liikvori leke ja ventiilpingeline pneumotseele (paranasaalsiinustes on õhku ja luuseinad õhnenud).

Tegemist on harva esineva raske tüsistusega, mille tekkimine seostus ebaõige kirurgilise tehnikaga. Operatsioonil tekkinud koljupõhimiku defekt oleks tulnud likvideerida võimalikult kohe – soovitatavalt sama operatsiooni käigus.

Liikvori lekke kirurgiline sulgemine hilines. Esimene kahtlus liikvori lekke suhtes oli 25.01.2022 (operatsiooni päeval), kuid selle sulgemiseni jõuti 11.03.2022. Lekke kirurgiline likvideerimine oleks pidanud toimuma hiljemalt seitsme päeva jooksul peale avastamist.

Operatsiooni käigu ja järgneva ravi dokumenteerimine oli puudulik ning sissekanded kohati vastu-rääkivad.

Liikvorilekke likvideerimise kirurgiline teostus ja hilisem jälgimine vastas tänapäeval aktsepteeritavale tasemele ning oli tehtud väga hoolsalt ja maksimaalse kvaliteediga, arvestades trauma suurust ning järgides kõiki rahvusvaheliselt aktsepteeritud põhimõtteid.

Pneumocephalus võib patsiendile põhjustada neuroloogilisi probleeme – eelkõige tugevat peavalu, uimasust. Meditsiinikirjanduses puuduvad viited otsese seose kohta mälu-, tasakaalu- ja unehäirete tekkimisega. Neuroloogiliste kahjustuste püsivust/taandumist on raske prognoosida.

Kokkuvõte

Patsiendile tehtud rinoseptoplastika operatsioon ei vastanud kaasaja arstiteaduse tasemele ja seda ei tehtud oodatava hoolega. Esinesid puudused tervishoiuteenus osutamist tõendavate dokumentide täitmisel.

PEREARST

Juhtum 1. Vajakajäämised perearsti ja patsiendi suhtluses

34aastane naispatsient oli haige alates 2021. aasta mai algusest kuni poole augustini – kokku 3,5 kuud. Kõigepealt haigestus ta COVID-19-sse ja hiljem infektsioossesse mononukleoosi, millega kaasnesid mitu kuud kestnud subfebriilne kehatemperatuur, väsimustunne ja muud erinevad kaebused.

Esitatud andmeil tegi perearst uuringuid ja analüüse ning konsulteeris patsiendi haigusseisundit mitme eriarstiga: hematoloog, infektsioonhaiguste arst, pulmonoloog. Lisaks pöördus patsient ise veel kurgu-nina-kõrvaarsti vastuvõtule. Perearst suhtles patsiendiga üksnes telefoni teel, ilma teda nägemata.

Patsiendile määratud ravi oli adekvaatne: kuna COVID-19 ja infektsioosse mononukleoosi jaoks puudub eriravi, on vajalik ainult sümptomaatiline ja toetav ravi ning antibiootikumravi vajaduse tekkides COVID-19 puhul oli asitromüsiin õige valik.

Kuna patsient oli pikalt haige, soovis ta telefoni-kontaktide asemel kohtuda perearstiga vastuvõtul. Perearst oleks võinud seda korraldada, arvestades pikka haiguse perioodi. Terviseameti soovitus konsulteerida patsiente võimalusel telefoni teel kehtib nakkusohtliku COVID-19-haige kohta, kes saab kodus hakkama ega vaja arstlikku läbivaatust. Patsient oli nakkusohtlik ilmselt vaid maikuu esimese kahe nädala jooksul (positiivne SARS-CoV-2-test tehti 05.05), hiljem oli tegu juba teise infektsioonhaigusega.

Juunikuu lõpust alates käis patsient perearstikeskuses teise perearsti vastuvõttudel ja on ilmselt perearsti vahetusega rahul.

Kokkuvõte

Kuigi raviviga ei tehtud, on ilmselt vajaka jäänud perearsti ja patsiendi vahetust suhtlemisest. Patsient on vahetanud seetõttu ka perearsti.

Juhtum 2. TKE tegi Terviseametile ettepaneku alustada riikliku järelevalve menetlust perearsti tegevuse nõuetekohasuse üle

45aastane naispatsient on kaevanud, et soovides 2021. a juulis autojuhiloa taotlemiseks saada perearsti tervisetõendit, leidis ta oma digiloost sissekande: „F32.00 – Depressiivne episood e depressioon. Kerge depressioon somaatiliste sümptomiteta. Tavaretsept nr 1021359238“.

Enda sõnul on patsient käinud perearsti vastuvõtul harva ja on tervislike eluviisidega, mistõttu pole tal varem olnud vajadust digilugu vaadata. Patsiendi väitel pole tal psüühikaprobleeme olnud ning ta ei ole selliste probleemide tõttu kunagi perearsti poole pöördunud.

Perearsti sõnul tegi ta eelnimetatud sissekande 2013. aastal. Lisaks oli perearst 25.09.2013 aastal kirjutanud patsiendile välja ravimi tianeptiin, millest patsient enda sõnul ei teadnud ja mistõttu seda ravimit välja ei ostnud.

19.08.2021 visiidil palus patsient perearstikeskusel eksliku diagnoosi kõrvaldada. Pereõde olevat öelnud, et ei näe seda diagnoosi elektroonilises haigusloos, ning patsient selgitas, et diagnoos ilmus elektroonilisele tervisedeklaratsioonile siis, kui patsient seda 29.07.2021 täitis. Perearst olla väitnud, et paberkaardil seda diagnoosi ei ole. Kuid kui patsient palus tervisekaarti näha, perearst seda talle ei näidanud, vaid teatas, et võib F32 diagnoosi kohe elektroonilisse haiguslukku kanda.

Kuna patsient käib arsti juures väga harva, mäletab ta, et pöördus 2013. aastal perearsti poole pulsi kiirenemise tõttu ja perearst lubas välja kirjutada nn «волшебные таблетки». Kuna arst mingeid uuringuid ega analüüse ei teinud, olevat patsient küsinud, mille alusel selliseid tablette kirjutatakse ja kas enne ei peaks uurima südant. Perearst olevat väitnud, et need tabletid aitavad. Lisaks teatas patsient, et digiloos puuduvad praktiliselt kõik epikriisid tema visiitide kohta perearsti juurde ning et talle on kirjutatud välja retseptid, mis pole õiged.

Patsient palus perearsti koostatud haiguslugude väljavõtet, kuid perearst keeldus. Pärast seda, kui patsient kaebas Terviseametile, et tema digiloos on ebaõiged ja puudulikud andmed, oli elektroonilisse haiguslukku ilmunud uus diagnoosikood „G24. Dystonia“ ning vastuvõtu sissekanne: „19.08.2021 – 45 a 2 k. RR 135/87, PS 116. Kaebusi kasv vasaku käe teisel sõrmel ja vasaku jala esimene varvas. Patsient vajab kogu haigusloo läbivaatamist“.

Patsiendi väitel pöördus ta perearsti poole liigesekaebustega ja soovis analüüse, mida perearst ei soovinud teha. Perearsti käitumise tõttu olevat patsiendil tõusnud vererõhk ja kiirenenud pulss. Talle tehti EKG, muud abi ei antud ja diagnoosiks pandi düstoonia. Patsiendi arvates oleks perearst pidanud sellise diagnoosi panekuks tegema mitmeid uuringuid ja suunama eriarsti vastuvõtule. Kuna seda ei tehtud ja patsiendil enda teada düstooniale viitavad kaebused ja sümptomid puuduvad, on see diagnoos tema arvates ebaõige. Seetõttu palus patsient TKE hinnangut perearsti tegevuse kohta.

Kokkuvõte

Digiloos puuduvad perearsti vastuvõttude epikriisid ning perearsti selgitused TKE-le ei ole olnud piisavad ega arusaadavad. Perearst ei esitanud TKE-le pabertervisekaardi ega haiguslugude epikriiside koopiaid, mida TKE oli palunud saata.

Perearst ei täitnud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (TTKS) § 59² lõike 2 alusel kehtestatud sotsiaalministri 17.09.2008. a määruse nr 53 „Tervise

infosüsteemi edastatavate dokumentide andmekoosseisud ning nende esitamise tingimused ja kord“ §-ga 5 sätestatud kohustust edastada ambulatoorsed epikriisid tervishoiu infosüsteemi.

Võlaõigusseaduse § 769 järgi peab tervishoiuteenuse osutaja patsiendile tervishoiuteenuse osutamise nõuetekohaselt dokumenteerima ning vastavaid dokumente säilitama. Patsiendil on õigus nende dokumentidega tutvuda ja saada neist oma kulul ärakirju, kui seadusest ei tulene teisiti.

Juhtum 3. Patsiendi kaebused ja objektiivne leid peab olema tervise infosüsteemi digiloos dokumenteeritud

46aastane naispatsient on kaevanud, et perearst on tal diagnoosinud mitut erinevat kroonilist ja ägedat haigust ning määranud diagnoosidele vastava ravi. Patsient ei ole rahul, et haigusi on diagnoositud ilma eelnevalt uuringuid tegemata või eriarstidega konsulteerimata. Ta ei nõustu perearsti pandud diagnoosidega: B 37.0 (kandidastomatiit), J44.9 (krooniline obstruktiivne kopsuhaigus), G24 (*dystonia*), J31.2 (krooniline nina-, nina-neelu- ja neelupõletik), K29.3 (gastriit ja duodeniit e mao- ja kaksteistsõrmikupõletik), L20.8 (atoopiline dermatiit e nahapõletik), J20 (äge bronhiit), N11.0 (krooniline tubulointerstitiaalne nefriit).

Perearsti seletuskirja andmeil konsulteeris ta patsienti nina-kõrva-kurguarstiga ja uroloogiga ning tegi erinevaid uuringuid: kopsu röntgeniülesvõtte, röntgeniülesvõtte lülisambast, ultraheliuuring neerudest, spirograafia, elektrokardiogramm, vereanalüüsid.

Kõigi haiguste diagnoosimiseks ei peagi alati tegema uuringuid ja analüüse, vaid piisab haiguse anamneesist, patsiendi kaebustest ning iseloomulikust objektiivsest leiust, mis kinnitavad arsti diagnoosihüpooteesi. Sellisteks haigusteks on näiteks farüngiit, larüngiit, reflukshaigus, kandidastomatiit, atoopiline dermatiit.

Kokkuvõte

Kahjuks puuduvad tervise infosüsteemi digiloos perearsti tervisekaardi sissekanded, milles oleks kirjeldatud patsiendil esinenud kaebusi, objektiivset leidu ning uuringute ja analüüside tulemusi. Tervishoiuteenuse osutajal on kohustus dokumenteerida ja põhjendada tervishoiuteenuse osutamist ning patsiendi tervist puudutavaid otsuseid tervisekaardil (võlaõigusseaduse § 769; sotsiaalministri 18.09.2008. a määruse nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise tingimused ja kord“ § 14).

Juhtum 4. Kusepõievähi diagnoosimine hilines

53aastane meespatsient pöördus esmaselt perearsti poole 04.11.2020: kaebused olid ebamäärased, põhi-kaebuseks oli kerge valulikkus urineerimisel. Tehtud uuringute ja analüüside tulemuste põhjal (uriinianalüüs

ning ultraheliuuring) ei osatud kahtlustada kusepõievähi. Patsiendi kaebused, erütrotsüütide esinemine uriinis ning ultraheliuuringu tulemus viitasid neeruvaagnas olevale liivale. UH-uuringu teinud arst ei kirjeldanud uuringutulemustes olulisi muutusi neerudes ega kusepõies.

Edaspidi ei pöördunud patsient kuni 04.08.2021 kuseteede kaebustega perearsti või pereõe poole. Patsient ei esitanud kuseteede haigustele viitavaid kaebusi ka juhiloa pikendamiseks 11.01.2021 tehtud tervisekontrollil, mil rutiinsetes analüüsides avastati küll oluline kreatiniinitaseme tõus ning hinnangulise glomerulaarinfiltratsiooni (eGFR) langus, võrreldes 10 kuu tagaste analüüsidega, kuid edaspidi analüüse ei korratud ja kõrvalekalle jäi tähelepanuta.

Ka uroloog ei kahtlustanud 02.07.2021 patsiendil kusepõie kasvajat, vaid diagnoosis eesnäärme healoomulise suurenemise.

Pärast perearsti vastuvõttu 04.08.2021 suunati patsient kõhukoopa ja eesnäärme ultraheliuuringule. Mingil põhjusel kõhukoopa uuringut ei tehtud, ehkki saatekiri tervise infosüsteemis oli olemas. Samuti ei kasutanud patsient perearstilt 01.09.2021 väljastatud suunamiskirja uroloogile.

Kui patsient pöördus kuseteede kaebustega 2021. aasta oktoobri alguses taas perearstikeskusesse, suunati ta uuesti kõhukoopa ultraheliuuringule, kus leiti mõlemapoolne neeruvaagnapais ja edasi suunati ta juba üldhaiglasse täpsustavatele uuringutele. Vähi-diagnoosini jõuti 12.10.2021.

Kokkuvõte

Kui perearst oleks teinud analüüsides esinenud kõrvalekalletest lähtuvalt täpsustavaid uuringuid (näiteks tsüstoskoopia) või kordusanalüüse, oleks olnud võimalik kiiremini kusepõievähi diagnoosini jõuda. Samuti oli võimalus varem õige diagnoosini jõuda ka uroloogil. Ilmselt oleks kusepõievähk siis leitud varasemas arengustaadiumis ja haige tervistumise võimalus olnuks suurem.

TRANSPLANTATSIOON

Juhtum. Piirkondliku haigla laboris tehti viga automaatanalüsaatori liidestamisel labori infosüsteemiga ja analüüsitulemused väljastati valessti (eksimus oli kuni 1000kordne), mistõttu jäi diagnoosimata Epstein-Barri viirushaigus (EBV) ja õigeaegselt alustamata vajalik ravi

65aastaselt naispatsiendil oli 30.09.2020 diagnoositud äge müeloidleukeemia. 28.04.2021 hospitaliseeriti ta piirkondlikku haiglasse registridoonorilt pärinevate vereloome tüvirakkude siirdamiseks ja 06.05.2021 tehti talle allogeensete vereloome tüvirakkude ülekanne.

Siirdamisjärgsel perioodil oli patsient voodikeskne, söögiisu oli halb ja teda toideti parenteraalselt. Esines

kõhulahtisus, mis omakorda põhjustas kaaliumitase langust. Patsient sai atsükloviiri antiviraalseks ja posakonasooli antifunginaalseks profülaktiliseks püsiraviks. Koju lubati ta 35. siirdamisjärgsel päeval, 10.06.2021 rahuldavas üldseisundis.

Plaanilisel ambulatoorsel vastuvõtul 12.07.2021 kaebas patsient siirdamisjärgselt püsima jäänud isutust ja iiveldust. Lisandunud oli parema kõrva valu ja parema kõrva piirkond oli turses. Esines minimaalne C-reaktiivse valgu (CRV) taseme tõus. Raviks määrati amoksitsilliin-klavulaanhape. Järgmisel ambulatoorsel vastuvõtul 19.07.2021 olid kõrvavalu ja turse kadunud, püsisid iiveldus ja isutus.

21.07.2021 viidi patsient kiirabiga teise piirkondlikku haiglasse: ta kaebas paar nädalat kestnud iiveldust, isutust, sagedast urineerimist ja palavikku kuni 38,9 °C. Analüüsides oli CRV 110 mg/L, hemoglobiin 89 g/L, trombotsüütide arv 49 E9/L. Uriinist kasvas välja bakter *Klebsiella pneumoniae*. Rindkere röntgenuuriting ja kõhukoopa ultraheliuuriting olid patoloogilise leiuta. Raviks määrati Cefinem ja patsient saadeti 23.07.2021 ebaselge infektsiooni edasiseks raviks sellesse piirkondlikku haiglasse, kus oli tehtud tüvirakkude siirdamine.

Saabudes oli patsient keskmise raskusega üldseisundis, hemodünaamiliselt stabiilne, teadvusel, kuid ebaadekvaatne. Saturatsioon toaõhul 88%, lisahapnikuga 98%, palavik 38,4 °C, analüüsides CRV 209 mg/L, hüperbilirubineemia, transaminaaside tõus. Tekkis täpsustamata septitseemia kahtlus. Patsiendi rasket seisundit arvestades alustati ravi meropenemiga ja lisati invasiivse seeninfektsiooni raviks kaspofungiin.

Põhihaigusena diagnoositi äge müeloidleukeemia, NPM1 mutatsiooniga.

Põhihaiguse tüsistused: täpsustamata septitseemia; teisiti täpsustamata lümfoproliferatiivhaigus; luuüdi siirdamise järgse lümfoproliferatiivreaktsiooni kahtlus, lõplik histoloogilise uuringu vastus puudub; B-tüüpi piimhappeatsidoos; äge neeruinsufitsients tubulaarne nekroosiga; äge neerukahjustus, anuuria; äge ja alaäge maksapuudulikkus.

24.07.2021 oli patsiendi üldseisund veelgi halvenenud, püsis palavik, sisulist kontakti ei saadud, analüüsides oli CRV tase tõusutendentsiga. Haigusseisundi diagnoosimiseks tehti erinevaid uuringuid, sh kogu keha KT, ning patsienti konsulteerisid valvekirurg, neuroloog ja intensiivraviarst, kuid diagnoosi ei selgunud. Intensiivravi patsient sel ajal ei vajanud.

KT-uringul leiti kõikides kehapiirkondades lümfadenopaatia (mõõduga kuni 17 mm) ning vaba vedelik pleuraõõnes, perikardiõõnes ja kõhuõõnes, enam väljendunud sapipõie piirkonnas. Leid oli mittespetsiifiline ja valvearsti hinnangul pigem infektsiooniga seotud. Antibakteriaalseks raviks lisati levofloksatsiin.

Ajavahemikul 25.07.–29.07.2021 üldseisund halvenes jätkuvalt, esines CRV ja prokaltsitoniini taseme tõus,

süvenes hüperbilirubineemia. Edasiseks raviks viidi patsient üle I intensiivravi osakonda, kus seisund veelgi halvenes, tekkis laktaaditaseme tõus. Patsient viidi juhitavale kopsude ventilatsioonile ja antibakteriaalsele ravile lisati daptomütsiin.

26.07.2021 tehti uus KT-uring, mille leid viitas võimalikule peritoniidile. Peritoniidi põhjuse selgitamiseks ja sapipõie drenimiseks tehti laparoskoopia, kus aga haigusseisundi põhjust ei selgunud ja lisandus iatrogenne maksavigastus. Laktatsidoos püsis, jätkus CRV ja prokaltsitoniini taseme tõus; hüperbilirubineemia ei süvenenud ja transaminaaside väärtuste tõus pigem taandus.

27.07.2021 alustati pidevat hemofiltratsiooni. 28.07.2021 lõpetati immuunsupressiivne ravi, arvestades hulgielundipuudulikkust ja septilist šokki.

29.07.2021 tehti haigusseisundi põhjuse selgitamiseks veel üks KT-uring, mille leid eelmiste KTdega võrreldes oli oluliste muutusteta.

30.07.2021 jõudsid arstid arvamusele, et tegu võib olla pahaloomuliste rakkude glükoosimetabolismi häirega. Selle hüpoteesi kinnitamiseks tehti biopsia ingvinaalpiirkonnast. Bioptaadi voolutsütomeetrilisel uuringul leitud klonaalset B-lümfotsüütide arvestades oli suure tõenäosusega tegu siirdamisjärgse lümfoproliferatiivse haigusega, mille lõplikuks diagnoosiks on alati vaja morfoloogilist uuringut. Kriitilise haigusseisundi raviks määratud rituksimab loodetud ravitulemust ei andnud ja patsient suri 01.08.2021.

Surma põhjus: äge müeloidleukeemia, vereloome tüvirakkude siirdamine 2021. aasta mais. Põhihaiguse tüsistus: septiline šokk, hulgielundipuudulikkus.

Kaasuv haigus: (difuusne) suurakklümfoom; B-suurerakuline lümfoom, EBV-positiivsus, hemofagotsütoosi sündroom (ravijärgne või EBV indutseeritud). Lisaks oli diagnoositud emakakeha muu healoomuline kasvaja; kavernoosne hemangioom.

Kokkuvõte

Patsiendi haigusjuhtumi kliiniline käsitlus ja tegevuste järjekord (uroinfektsioon, mis on kinnitatud, sealt edasi loogiline järg sepsis, septiline šokk ning võimalik kolangiit, millele viitas ka piltdiagnostiline leid, lisaks kliinilise pildi alusel mesenteriaalisheemia või muud põhjused) lähtusid EBV koopiaste vastustest, mis kahjuks ei olnud õiged. Õiget diagnoosi selgitada püüdnud raviarstid tegutsesid ajakohaste diagnoosihüpoteeside ning neile teada olnud uuringutulemuste ja analüüside andmete alusel. Laboratooriumi viga ning haiguse erakordselt äge ja kiire, fulminantne kliiniline kulgu ei võimaldanud raviarstidel patsiendi haigusseisundit õigel ajal korrektselt diagnoosida ja ravi alustada. Selle vea tõttu jäi EBV õigeaegselt diagnoosimata ja patsient ei saanud õigeaegselt ravi rituksimabiga.

Labori vea tõttu ei vastanud patsiendile osutatud tervishoiuteenus võlaõigusseaduse § 762 nõudele

osutada teenust arstiteaduse üldisest tasemest lähtudes. Patsiendi raviarstid tegutsesid tervishoiuteenuse osutajalt tavaliselt oodatava hoolega.

TÖÖTERVISHOID

Juhtum. Töetervishoiuarst ei teavitanud patsienti radioloogi soovitusel teha kopsude lisauuring

55aastane naispatsient kaebas töetervishoiuarsti vastuvõtul 17.12.2019 allergilist nohu, ravimitest tarvitas flutikasoonfuroaati (Avamys), kuna oli hiljuti põdenud ülemiste hingamisteede haigust. Tervisekontrolli käigus patsiendile tehtud rindkere röntgeniülesvõtte kirjeldus: „Negatiivne dünaamika viimaste, 2015. a rindkere ülesvõtetega võrreldes, varjustus parema kopsu ülaväljal mahult suurenenud, perifeerse tuumori kahtlus, leidu saaks täpsustada rindkere kompuutertomograafia uuringul“.

Kuna patsient ei olnud sellest soovitusel teadlik, ei käinud ta täpsustaval uuringul.

2021. aasta suvel tekkis parema kõrva ja parema käsivarre valu ning sügisel kuiv köha. Patsient suunati röntgenuuringule, mille tulemusel tekkis parema kopsu kasvaja kahtlus.

14.12.2021 leiti KT-uuringul laialdase paikse, regionaalse ja kauglevikuga kasvuga kopsuvähk kaugsiiiretega paremal rindkere seinas, maksas ja peaajus.

17.12.2019 tehtud radioloogilise uuringu tulemused edastati tervise infosüsteemi vastavalt tervishoiuteenuste korraldamise seaduse §-le 59² ja sotsiaalministri 17.09.2008. a määrusele nr 53 „Tervise infosüsteemi edastatavate dokumentide andmekoosseisud ning nende esitamise tingimused ja kord“. Patsiendile tehtud radioloogilise uuringu andmed digiloos on nähtavad uuringule suunanud arstile, patsiendile ja patsiendi perearstile ning raviarsti(de)le. Radioloogi poolt patsiendi isiklikult teavitamata jätmine 17.12.2019. aasta röntgenuuringu tulemusena leitud haiguslikust muutusest ja seonduvatest soovitustest vastab tervishoiuteenuse osutamise nõuetele, kuna radioloog ei ole kohustatud isiklikult teavitama patsienti talle tehtud uuringu tulemustest.

Töetervishoiuarsti selgituse sõnul patsienti teavitati, et uuringutulemused on leitavad digiloos: „Teostatud uuringud ja nende vastused on arhiveeritud TEHIKus „Digilugu.ee“. Sellekohane informatsioon patsiendile edastatud“.

Võlaõigusseaduse § 766 kohaselt peab tervishoiuteenuse osutaja patsienti teavitama patsiendi läbivaatamise tulemustest ja tervises seisundist, võimalikest haigustest ja nende kulgemisest, vajaliku tervishoiuteenuse kättesaadavusest, olemusest ja otstarbest, selle osutamise kaasnivatest ohtudest ja tagajärgedest ning teistest võimalikest tervishoiuteenustest.

Kokkuvõte

Töetervishoiuarsti ülesanded on reguleeritud sotsiaalministri 24.04.2003. a määrusega nr 74 „Töötajate tervisekontrolli kord“. Kuigi tervishoiu infosüsteem (TIS) on tänuvärselt hea võimalus terviseinfo talletamiseks ja erinevate osapoolte vahel jagamiseks, on oluline rõhutada, et andmed, mida isik patsiendiportaalist näeb, on meditsiinispetsialistide koostatud ja nende sisu on eelkõige arusaadav meditsiinitöötajatele. Seetõttu ei saa tervishoiu infosüsteemi andmetest arusaamist ja nende interpreteerimist jätta meditsiinilise väljaõppeta isiku ehk patsiendi vastutusele. Seega peaks iga (töö) tervishoiuteenuse osutaja tagama terviseinfo õigeaegse ja arusaadava edastamise isikule, kelle terviseuuringute tulemustes on leitud kõrvalekaldeid.

Töetervishoiuarst ei osutanud patsiendile kvaliteetset tervishoiuteenust, jättes talle teatamata, et tervisekontrolli käigus tehtud röntgeniülesvõttel leiti muutused ja vaja on teha täiendav KT-uuring.

KOKKUVÕTE

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 50² järgi on TKE nõuandev komisjon, mille ülesanne on anda hinnang patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedile. Hinnangu andmise aluseks on esitatud dokumentide andmed. TKE ei lahenda tervishoiuteenuse osutaja ja patsiendi vahelisi vaidlus- ja rahaküsimusi.

Kuigi TKE hinnang ei sea kellelegi mingeid juriidilisi õigusi ega kohustusi, on komisjonil õigus teha ettepanekuid ja juhtida tervishoiuteenuste osutajate ja Terviseameti tähelepanu kaebuste arutelul selgunud probleemidele.

TKE esitas 2022. aastal tervishoiuteenuse osutajatele kolm ettepanekut/soovitust tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedi parandamiseks ja Terviseametile kaks ettepanekut järelevalvemenetluse algatamiseks. Ühel Terviseametile edastatud juhtumil oli õendustegevus dokumenteeritud puudulikult, dokumenteeritud andmed olid vasturääkivad ning tekkis kahtlus, kas need on tõepärased.

Lisaks juhtis TKE õendustegevuse osutaja tähelepanu, et tervishoiuteenuse osutamine tuleb täpselt dokumenteerida ja dokumentatsioon peab võimaldama hinnata õendusabi osutamise protsessi sihipärasust ja kvaliteeti, ning soovitas korraldada õendustöötajatele dokumenteerimiskoolituse.

Teisel Terviseametile edastatud juhtumil ei täitnud perearst tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59² lõike 2 alusel kehtestatud sotsiaalministri 17.09.2008. a määruse nr 53 „Tervise infosüsteemi edastatavate dokumentide andmekoosseisud ning nende esitamise tingimused ja kord“ §-ga 5 sätestatud ambulatoorsete epikriiside tervishoiu infosüsteemi edastamise kohustust. Samuti ei täitnud perearst võlaõigusseaduse §-ga 769 sätestatud kohustust, keeldudes patsiendile tema haiguslugude koopiate väljastamisest. Lisaks ei täitnud

perearst tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 50² lõiget 4, mis kohustab tervishoiuteenuse osutajat TKE taotluse korral esitama patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedile hinnangu andmiseks vajalikke andmeid ja selgitusi.

Samuti juhtis komisjon tähelepanu, et nõustamisprotokollis tuleb operatsiooni kirjeldada ka meditsiini-teadmisteta isikule mõistetaval moel ning sealhulgas esitada selge info peamiste võimalike tüsistuste kohta.

Võlaõigusseaduse § 766 kohaselt on teenust osutav arst kohustatud patsienti teavitama tema läbivaatamise tulemustest ja tervise seisundist, võimalikest haigustest ning nende kulgemisest, pakutava tervishoiuteenuse olemusest ja otstarbest ning teistest võimalikest ja vajalikest tervishoiuteenustest. See kohustus hõlmab ka töövõimetuslehe avamist ja lõpetamist.

Hambaarstidele soovitas TKE mitmel korral jõuda patsiendiga kohtuvälisele kokkuleppele. TKE ise ei tegele rahaliste nõuete lahendamisega.

TKE nõustus Eesti Psühhiaatrite Seltsi ettepanekuga muuta Vabariigi Valitsuse 21.06.2007. a määrust nr 179 „Soetamisloa ja relvaloa taotleja tervisekontrolli kord, loa andmist välistavate tervisehäirete loetelu ning tervisetõendi sisu ja vormi nõuded“.

Komisjon ei saa tagantjärele hinnata haiglatöötajate ja patsiendi lähedaste omavahelise suhtluse probleeme, kuna need vestlused pole tavaliselt dokumenteeritud ja komisjon saab oma hinnangus lähtuda vaid meditsiinidokumentide andmetest. Samas juhtis komisjon tähelepanu, kui oluline on suhtlemine patsientide ja nende lähedastega. TKE ei saa tagantjärele kontrollida, millist infot arst patsiendile haiguse prognoosi, sh tervistumise kohta andis ja kuidas patsient sellest aru sai, kuna neid vestlusi pole tavaliselt haigusloos dokumenteeritud.

Võlaõigusseaduse § 769 järgi peab tervishoiuteenuse osutaja patsiendile tervishoiuteenuse osutamise nõuetekohaselt dokumenteerima ning vastavaid dokumente säilitama. Patsiendil on õigus nende dokumentidega tutvuda ja saada neist oma kulul ärakirju, kui seadusest ei tulene teisiti. Nii mõnigi kord olid kaebuse ajendiks ebakorrektselt koostatud tervishoiuteenuse osutamist tõestavad dokumendid.

TÄNUAVALDUS

Täname kõiki TKE komisjoni liikmeid ja arst-eksperte, kes andsid tänuväärt panuse komisjoni otsuste tegemisse.

Lahtistite regulaarne tarbimine suurendab dementsuse riski

Hiina uurijad analüüsisid Ühendkuningriigi biopanga andmete põhjal lahtistite regulaarse kasutamise seoseid dementsuse kujunemise riskiga.

Prospektiivsesse kohortuuringusse kaasati 502 229 isikut (54,4% olid naised), kes olid vanuses 40–69 eluaastat ja kel ei olnud diagnoositud dementsust. Nad esitasid ise andmed lahtistite kasutamise kohta. Isikud, kes olid 4 nädala vältel enne uuringusse kaasamist kasutanud lahtisteid enamikul päevadest, arvati kroonilisteks lahtistite kasutajateks. Osavõtjaid jälgiti keskmiselt 9,8 aasta vältel.

Jälgimisperioodi jooksul kujunes dementsus 3,6%-l krooniliselt lahtisteid kasutanud isikutest, neid ravimeid regulaarselt mittekasutanutest 0,4%-l. Pärast andmete kohandamist teiste teguritega, nagu vanus, sugu, haridus, teiste ravimite kasutamine ja dementsuse esinemise perekonnas, leiti mitmemõõtmelisel analüüsil, et igat tüüpi dementsuse kujunemise risk oli lahtistite regulaarse kasutamise korral võrreldes nende ravimite juhusliku kasutamisega 51% suurem ja vaskulaarse dementsuse risk 61% suurem, kuid Alzheimeri tõve riski see oluliselt ei mõjutanud (ohusuhe HR 1,05).

Erinevatest lahtistitest suurendasid dementsuse riski enim osmootsed lahtistid (nt laktuloos):

64% võrra. Ka kahe või enama eri tüüpi lahtisti samaaegne regulaarne kasutamine suurendas dementsuse riski enam kui ühe klassi lahtisti kasutamine: kuni 90% võrra.

Uuringust ei ilmne, kas lahtisti regulaarse kasutamise ja dementsuse kujunemise vahel on ka otsene põhjuslik seos. Vajalikud on edasised uuringud. On võimalik, et lahtistid mõjutavad oluliselt soole mikrobioomi koosseisu ja sellega aju metabolismi.

REFEREERITUD

Yang Z, Wei C, Li X, et al. Association Between Regular Laxative Use and Incident Dementia in UK Biobank Participants. *Neurology* 2023, doi: 10.1212/WNL.00000000000207081.

LÜHIDALT