

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni 2023. aasta tegevuse kokkuvõte

Marika Väli^{1,2}, Anne Poll³, Ruth Kalda⁴

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni (TKE) tegevust reguleerivad tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 502, mille järgi on TKE nõuandev komisjon, mille eesmärk on sõltumatu hinnangu andmine viimasel viiel aastal patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedile ning hinnangust tulenevalt Terviseametile, Tervisekassale ja tervishoiuteenuse osutajatele ettepanekute tegemine; ning sotsiaalministri 16.05.2008. aasta määrus nr 27 „Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni töökord, tervishoiuteenuse kvaliteedile hinnangu andmise kord ja komisjoni moodustamine”.

Oluline on märkida, et TKE hindab tervishoiuteenuse kvaliteeti tagantjärele dokumendipõhiselt, s.t hinnangu taotleja avalduse, tervishoiuteenuse osutamist tõendavate dokumentide, tervishoiuteenuse osutaja (sh tervishoiuteenust osutanud tervishoiutöötaja) selgituste ja vastava eriala eriarst-eksperti arvamuse andmete alusel. Komisjoni pädevusse ei kuulu patsiendi või tema omastega toimunud suhtlemise asjaolude ja suusõnalise vestluse tagantjärele hindamine ühepoolsete väidete põhjal, mida ei ole dokumenteeritud tervishoiuteenuse osutamist tõendavates dokumentides, kuna TKE ei ole uurimisorgan.

TKE menetles 2023. aastal 164 avaldust ja tuvastas vajakajäämisi 38 korral, sh meditsiinilise tegevuse vigu 28 (vt tabel). 10 juhul hinnati kaebus põhjendatuks osaliselt: dokumentide ebakorrektnete täitmine, vajakajäämised töökorralduses või suhtlemisel patsiendi, tema sugulaste või lähedastega.

Võrdluseks viimase viie aasta kaebuste arv:

- 2022. aastal menetletud 178 juhtumist leiti vajakajäämisi 42;
- 2021. aastal menetletud 168 juhtumist leiti vajakajäämisi 42;
- 2020. aastal menetletud 204 juhtumist leiti vajakajäämisi 51;
- 2019. aastal menetletud 178 juhtumist leiti vajakajäämisi 43;
- 2018. aastal menetletud 191 juhtumist leiti vajakajäämisi 45.

Tabel. Tervise teenuste kvaliteedi ekspertkomisjonile esitatud kaebuste jaotus erialati 2023. aastal

Eriala	Kaebuste arv
hambaravi	27
erakorraline meditsiin, sh kiirabi 10, erakorralise meditsiini osakond 8	18
kirurgia, sh üldkirurgia 7, plastikakirurgia 5, onkokirurgia 3, neurokirurgia 2, lastekirurgia 1, kopsukirurgia 1, näo- ja lõualuukirurgia 1	20
peremeditsiin	16
üldarstiabi vanglates	16
ortopeedia	13
üldarstiabi ja õendushooldus	11
sisehaigused, sh neuroloogia 6, nahahaigused 3, gastroenteroloogia 1, infektsioonhaigused 1	11
psühhiaatria	8
sünnitusabi ja günekoloogia	7
kardioloogia	7
uroloogia	2
oftalmoloogia	1
laste anestezioloogia ja intensiivravi	2
otorinolaringoloogia	1
töötervishoid	1
anestezioloogia ja intensiivravi	1
laborimeditsiin	1

Avaldusi on esitanud lisaks patsientidele ja nende esindajatele veel politseiuurijad, kinnipeetavad ning tervishoiuteenuse osutajad. 2023. aastal esitasid patsiente esindavad advokaadid/juristid kuus hinnangutaotlust ning Politsei- ja Piirivalveamet ühe hinnangutaotluse. Vanglameditsiini kohta esitatud 16 hinnangutaotlusest esitasid vanglad kaks ja kinnipeetavad või nende esindajad 14. Ülejäänud 141 avalduse esitajad olid patsiendid ja nende lähedased.

Peale esmakordsete eksperthinnangu taotluste menetleti nelja teistkordset pöördumist patsientidelt, kes esitasid uusi asjaolusid ja täiendavaid küsimusi.

Nagu varasematelgi aastatel hindas TKE ka 2023. aastal, et valdaval osal menetletud ravijuhtumitest

¹ TÜ bio- ja siirdemeditsiini instituudi kohtuarstiteaduse õppetool,

² Eesti Kohtuekspertiisi Instituut,

³ Sotsiaalministeeriumi tervisesüsteemi arenduse osakond,

⁴ TÜ peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi peremeditsiini õppetool

vastas tervishoiuteenuse osutamine tervishoiuteenuse korraldamise seaduses sätestatud nõuetele ning kaasaja arstiteaduse üldisele tasemele ja põhimõtetele.

Esitatud on ülevaade juhtumitest, mis TKE arvates võiksid olla õpetlikud kõigile tervishoiuteenuse osutajatele ja teistele lugejatele ning mille puhul komisjon hindas kaebuse põhjendatuks.

ANESTESIOLOOGIA JA INTENSIIVRAVI

Juhtum 1. Südame mitraalklapi puudulikkuse tähelepanuta jätmine ei vastanud heale arstlikule tavale

78aastane naispatsient haigestus 06.06.2023, kaebusteks raskendatud hingamine ja väsimus. Järgmisel päeval viis kiirabi patsiendi kõha, palaviku ja hingelduse tõttu keskhaigla pulmonoloogiaosakonda. Anamneesist oli teada, et patsiendil oli südame mitraalklapi puudulikkus. Haiglas diagnoositi kahepoolne äge kopsupõletik ja sepsis ning alustati selle ravi.

Patsiendi seisundi halvenedes viidi ta intensiivravi osakonda. Kahtlustati kopsuarteri trombembooliat, mis aga kompuutertomograafilisel (KT) uuringul välistati. Vaatamata ravile patsiendi tervise seisund halvenes: lisandusid pleuraefusioon, äge neerupuudulikkus, kodade virvendusarütmia ja südame paispuudulikkus. 12.06.2023 tehti transtorakaalne ehhokardiograafia, mis kinnitas mitraalklapi olulist puudulikkust. Püüti teha ka söögitorukaudset ehhokardiograafiat võimaliku endokardiidi diagnoosimiseks, kuid andurit söögitorru viia ei õnnestunud ja uuringut ei saanud teha.

Intensiivravi osakonnas patsient intubeeriti, viidi juhitavale hingamisele, pleuraefusioon punkteeriti, hemodünaamika toetuseks kasutati vasoaktiivseid ravimeid ja neerupuudulikkust raviti hemofiltratsiooniga. Seisundi halvenemisel muudeti antibakteriaalset ravi.

Esitatud dokumentides ei leidu sissekannet kardioloogiga konsulteerimise kohta, kuigi patsiendil esinesid kodade virvendusarütmia, südamepuudulikkus ning mitraalklapi puudulikkus. Samuti ei leidu dokumentidest infot selle kohta, kas patsiendile tehti verekülvide analüüse ka enne 12.06.2023, mil tehtud külvides mikroobide kasvu ei leitud (ka 17.06.2023 külvides mikroobe ei sedastatud). Selleks ajaks oli patsient saanud aga juba 5 päeva antibiootikumravi.

Päeviku sissekannete andmeil raskes seisundis patsiendi käsitlust ei konsulteeritud kõrgema etapi intensiivravi eriarstidega enne 22.06.2023, kui patsient viidi üle piirkondliku haigla intensiivravi osakonda, kus teda 27.06.2023. opereerisid kardiokirurgid ja korrigeeriti raske mitraalklapi puudulikkus ning endokardiidi tunnuseid ei nähtud. Operatsiooni tulemusena paranes patsiendi hemodünaamika ja sellest tingituna ka foon teiste kaasnevate terviseprobleemide lahendamiseks.

Kokkuvõte

Keskhaiglas keskenduti ägeda kopsupõletiku ja sepsise ravimisele ning raskes haigusseisundis patsiendi hulgielundipuudulikkuse likvideerimisele. Südame mitraalklapi raske puudulikkus jäi tähelepanuta. Südame mitraalklapi raske puudulikkus koos tekkinud kodade virvendusarütmia põhjustasid raske südamepuudulikkuse (kardiogeense šoki), mistõttu ägeda kopsupõletiku ravi oli vähese tõhususega ning hulgielundipuudulikkus kerge tekkima ja ravile halvasti alluv.

Juhtum 2. Nasogastraalsondi asetsemist maos tuleb kontrollida süstlaga aspireerides, auskultatsiooni ja/või röntgeniülesvõttega

89aastane naispatsient hospitaliseeriti 20.09.2022 kell 23.17 tahtest olenematu raviotsusega psühhiaatriakliinikusse esialgse diagnoosiga: täpsustamata dementsus kaasuvate luulumõtetega. Tahtest olenematu ravi otsus tehti esialgu 4 päevaks ning 24.09.2022 pikendati otsust kuni 40päevaseks raviks.

Raviks määrati psühhosivastane ravi haloperidooliga väikeses annuses 0,75 mg × 2 lihasesiseste süstetena, lisaks infusioonid füsioloogilise lahusega, kuna patsient ei tarbinud suu kaudu piisavalt vedelikku. Patsienti konsulteerinud sisehaiguste arst määras raviks veenisiseselt tiamiini 100 mg 5 päeva ning esomeprasooli 40 mg.

Osakonnas keeldus patsient ravikoostööst, ei võtnud vabatahtlikult vastu ravimeid ega enamasti ka süüa-juua, mistõttu vajas korduvalt ohjeldusmeetmeid.

Kuna patsient avaldas sõnalist ja füüsilist vastupanu, otsustas konsiilium hakata teda toitma läbi nasogastraalsondi (NGS). Õdedel NGSi asetamine ei õnnestunud ja selle asetati erakorralise meditsiini eriala II õppeaasta arst-resident. Seletuskirja andmeil sujus NGSi asetamine läbi parempoolse ninasõõrme takistusteta, NGSi asetust makku kontrolliti süstlaga õhku ja vedelikku viies – kuuldi mulksumist vasemal ülakõhus. Kuna patsiendil kõharefleks ei olnud, ei tekkinud kahtlust, et NGS ei paikne maos, ning alustati toitmist nasogastraalsondi kaudu.

27.09.2022 hommikuks oli patsiendi seisund halvenenud: oli tekkinud hingeldus ja saturatsioon (SpO₂) lisahapnikuga oli 88–89%, vererõhk oli langenud 88/64 mm Hg-ni; tõusnud oli põletikumarkerite tase: C-reaktiivne valk (CRV) 96 mg/L, prokaltitoniin 10,75 mcg/L. Kahtlustati algavat sepsist ning patsient viidi üle anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku erakorralise meditsiini osakonda (EMO). EMOs tehti kompuutertomograafiline uuring, kus leiti, et nasogastraalsond kulgeb paremale bronhiaalpuusse ja on läbi kopsu jõudnud pleuraõõnde. Paremal pool oli pneumofluidotooraks, vedelikku oli dorsolateraalset 5–6 cm, õhku ventraalsel ja prevertebraalsel 2 cm ulatuses ning alasagar seetõttu suuresti atelektaatilise,

kesk- ja ülasingar samuti hüpoaereeritud. Vasemal pool oli dorsaalsel 2 cm paksuselt pleuravedelik, alasagaras hüpo-aeratsioonist tingitud tihenemised.

EMOs nasogastraalsondi eemaldamise järel verd ega õhku pleuradreeni ei eritunud. Võeti vastu otsus, et arvestades patsiendi kaasuvaid haigusi, väarikat iga ning käesolevat rasket haigestumist, mitte elustada kliinilisest surmast ning mitte rakendada ravi III astme intensiivosakonnas.

Patsient hospitaliseeriti edasiseks raviks torakaalkirurgia osakonna jälgimispalatisse. Soovitati palliativset ravi: infusioon, lisahapnik, vajadusel sedatsioon ja valuravi. Ravimahu piiramise tõttu torakoskoopiat vajalikuks ei peetud. Pleuraõõs dreniti aktiivse drenaažiga ja loputati 50 ml Octenisepti lahusega. Patsiendil olulist õhuleket ega verejooksu ei esinenud. Ülemiste hingamisteede vigastuse kahtlust ei tekkinud.

Patsiendi üldseisund püsis raskena ja ta suunati 06.10.2022 hospiitsosakonda. Patsient suri 07.10.2022 kell 12.45 septilise šoki tõttu väljakujunenud hulgielundipuudulikkuse tagajärjel.

Põhihaigus: muud kopsuvigastused, parempoolne pneumofluidotooraks, kops atelektaatiline.

Põhihaiguse tüsistused: nasogastraalsond paremal pleuraõõnes, äge hingamispuudulikkus, septiline šokk, muu äge neerupuudulikkus. Täpsustamata kahepoolne kopsupõletik, perifeersetes veresoontes täpsustamata haigus, vasaku jala äge isheemiline kahjustus.

Kaasuvad haigused: täpsustamata dementsus kaasuvate luulumõtetega, kahheksia, peaaju ateroskleroos, KT-uuringul isheemiline leukoentsefalopaatia, ajuatroofia, kodade paroksüsmaalne virvendus ja laperdus raske seisundi foonil, kuseteede nakkus täpsustamata paikmes (*E. coli* uriinikülvis), lamatishaavand vasaku jala sääre välispinnal.

Kokkuvõte

Patsiendi raske üldseisundi põhjustasid NGSi kopsu- kelme õõnde sattumise tagajärjel tekkinud tüsistused. NGSi paiknemise kontrolliks ei piisa mao piirkonnas mulksamise kuulmisest vedeliku või õhu sisseviimisel, NGSi asetsemist maos tuleb kontrollida süstlaga aspireerides, auskultatsiooni ja/või röntgenuuringuga, mida ei tehtud ja mida tuleb pidada veaks.

LASTE ANESTESIOLOGIA JA INTENSIIVRAVI

Juhtum 1. Lapse kopsude kunstlikul ventilatsioonil kasutati sedatsiooniks lapse vanuserühmale sobimatut ravimit

9aastane laps haigestus 18.12.2019 palaviku, oksendamise ja epileptiliste hoogudega ning hospitaliseeriti keskhaigla intensiivravi osakonda. Järgmisel päeval viidi laps üle lasteosakonda, kus aga tekkisid uuesti krampid ja hingamispuudulikkus süvenes, mistõttu

ta viidi üle intensiivravi osakonda, intubeeriti ja viidi kopsude juhitud hingamisele.

Sedatsiooniks kasutati propofooli püsiinfusiooni. 21.12.2019 püüti sedatsiooni vähendada ja katkestada, kuid ekstubatsioonikatse ebaõnnestus, mistõttu jätkati kopsude mehaanilist ventilatsiooni propofoolnarkoosis. 21.12.2019 võetud analüüsis oli propofooli 2,34 mmol/l (norm $\leq 2,26$ mmol/l). 22.12.2019 jätkati sedatsiooni propofooliga 20 ml/t (= 8 mg/kg/t) ja samal päeval dokumenteeris arst triglütseriidide taseme tõusu üle normi.

22.12.2019 propofooli annust vähendati ja lisati sedatsiooniks deksmedetomidini püsiinfusioon. Propofooli infusiooni kiirust vähendati 23.12.2019 12 ml/t (= 4,8 mg/kg/t), kuid triglütseriidide tase oli veelgi tõusnud (4,86 mmol/l). 24.12.2019 suunati laps edasisele ravile piirkondliku haigla laste intensiivravi osakonda.

Lõplik kliiniline diagnoos: *Streptococcus pneumoniae* põhjustatud kopsupõletik. Kaasuvana oli lapsel varem diagnoositud Phelani-Mcdermidi sündroom.

Piirkondlikus haiglas diagnoositi lapsel propofooli infusiooni sündroom, mis esineb kriitilises haigusseisundis patsientidel, kes saavad propofooli infusiooni kas suurtes doosides (üle 5 mg/kg/t) või pikaajalise infusioonina (üle 48 tunni).

Propofooli infusioonisündroomi iseloomustab vähemalt ühe või rohkema muuga põhjendamatult sümptomi (metaboolne atsidoos, rabdomüolüüs või EKG muutused) tekkimine koos (või ilma) ägeda neerupuudulikkuse, hüperkaleemia, lipideemia, südamepuudulikkuse, maksaensüümide või laktaadi taseme tõusuga.

Kokkuvõte

Keskhaiglas ei ole keelatud ravida kriitilises tervise- seisundis last kopsude mehaanilisel ventilatsioonil, kuid soovitatav on laps esimesel võimalusel üle viia spetsialiseeritud laste intensiivravi osakonda. Alles haigusnähtude süvenemisel konsulteeriti kõrgema etapi raviasutusega.

Propofooli kasutamise üldtunnustatud näidustused on järgmised:

- üldanesteesia sissejuhatamiseks ja säilitamiseks täiskasvanutel, noorukitel ja üle 1 kuu vanustel lastel;
- sedatsiooniks diagnostilistel ja kirurgilistel protseduuridel eraldi või kombinatsioonis lokaalse või regionaal anesteesiaga täiskasvanutel, noorukitel ja üle 1 kuu vanustel lastel;
- kunstlikul ventilatsioonil olevate üle 16 aasta vanuste patsientide sedatsiooniks intensiivravis.

GÜNEKOLOGIA JA SÜNNITUSABI

Juhtum 1. Meditsiinilised protseduurid peavad olema dokumenteeritud tervishoiuteenuse osutamist tõendavates dokumentides

42aastane naine pöördus 29.07.2022 kell 03.03 keskhaigla EMOsse raseduse suuruses 14⁺⁴ nädalat seoses

heleda verevoolusega tupest, kõhuvalu ja vappekülmaga. Valvearst dokumenteeris lootevee peaaegu täieliku puudumise ja loote bradükardilise südamegevuse ning hospitaliseeris patsiendi 04.20 haiglasse raseduse medikamentoosiks katkestamiseks. Patsiendile määrati tavapärase raviskeemi järgi misoprostooli.

Kell 11.30 paiku, enne korralise raviannuse manustamist, olid valud taandunud minimaalseks. Osakonna õde oletas, et rasedus võib olla katkenud (patsient käis vahepeal iseseisvalt WCs ja õe arvates ei saanud valu tõttu võib-olla katkemisest aru) ning kutsus naistearsti seisundit kontrollima. Günekoloog tuvastas ultraheliuuringul, et rasedus on katkenud (emakaõõs oli tühi) ning lubas patsiendi koju. Järelkontrolli aeg määrati 19.08.2022 ehk 21 päeva hiljem.

Järgmisel hommikul (30.07.2022) väljus patsiendi sõnul kodus tualetis käies loode, mida nägi ka patsiendi elukaaslane.

Patsient leiab, et teda lubati haiglast liiga kiiresti koju, veendumata eelnevalt, kas loode on organismist väljunud. Haigla vastuses patsiendile on selgitatud, et kuna ultraheliuuringul emakaõõnes loodet ei olnud ja „teostatud läbivaatuse käigus ka tupes mitte“, võis pigem tegemist olla verehüübe või vähese platsentaarke väljumisega.

Haigusloos on olemas vaginaalse ultraheliuuringu vastus „Emakaõõs 2,0 cm, rasedus katkenud“ koos vastava ülesvõttega, kuid puudub sissekanne vaginaalse läbivaatuse kohta enne patsiendi koju lubamist.

Kokkuvõte

Tervishoiuteenuste dokumenteerimine peab vastama sotsiaalministri 18.09.2008. aasta määruse nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise tingimused ja kord“ nõuetele.

Juhtum 2. Hüsteroskoopia käigus tekkis emaka perforatsioon

17.05.2023 toimunud vastuvõtul erameditsiinikeskuses leidis günekoloog, et 68aastasel naispatsiendil on emakakeha polüübi eemaldamiseks vajalik teha hüsteroskoopia. Vastuvõtul rääkis patsient oma läbipõetud infarktist ja ravimitest, mida tarbib, sh verevedeldajast.

28.06.2023 selgitas ämmaemand patsiendile operatsiooni käiku ja võttis vajalikud vereproovid. Patsient märkis, et aasta tagasi, 27.07.2022, diagnoositi tal äge müokardiinfarkt. Samuti pani patsient kirja kõik ravimid, mida igapäevaselt tarvitab, sh 2 korda päevas trombotsüütide agregatsiooni pärssiv Brilique annuses 90 mg. Ämmaemand olevat selgitanud vastuvõtul patsiendile, et ta võib jätkata ravimite võtmist tavalises korras; üksnes operatsioonipäeva hommikul peab jätma verevedeldaja võtmata ja see tuleb võtta pärast operatsiooni.

03.07.2023 umbes kell 12.18–12.28 tegi günekoloog hüsteroskoopilise operatsiooni. Pärast narkoosist

ärkamist rääkis arst patsiendiga, kes mäletab seda ähmaselt, ja kuigi patsiendi enesetunne oli halb, lubas patsiendi koju.

03.07.2023 kell 14.45 meditsiinikeskusest lahkudes oli patsiendi enesetunne endiselt väga halb, kuid ta arvas, et see on narkoosist.

Koduteel halvenes patsiendi enesetunne pidevalt, teadvus hakkas kaduma, randmekell näitas pulsisageduseks 42, vasakul rindkeres olid valud. Väljakutsutud kiirabi viis patsiendi keskhaigla EMOsse, kus kompuutertomograafial nähti vaba vedelikku ja gaasi kõhuõõnes ning tõenäoliseks lekkekohaks arvati väike vaagen (kõhuõõnesisene verejooks). Keskhaigla naistekliinikus kohe tehtud operatsioonil diagnoositi hemoperitoneumi (veri kõhuõõnes – 1500 ml), emaka rebendit ja jämesoole vigastust (perforatsiooni); eemaldati emakas koos adneksidega ning suleti sooledefekt.

Kokkuvõte

Ravidokumentide andmeil viibis patsient ärkamisruumis ühe tunni, mille vältel jälgiti tema elulisi näitajaid: RR oli normi piires, kuid vere hapnikusalduse näit (SpO_2) oli püsivalt allpool soovitatavat taset (90–93%; vahetult enne operatsiooni 96%). Arst hindas et patsiendi seisund on stabiilne. Antitrombootilise ravi katkestamise või jätkamise alased korraldused peaksid olema haigusloos konkreetselt kajastatud. Esitatud ravidokumentides sellekohane sissekanne puudub, mistõttu on tegemist sõna-sõna-vastu-olukorraga.

KIIRABI

Juhtum 1. Kiirabibrigaad ei täitnud tegevusjuhendit: alaselja- ja jäsemevaluga patsiendi trauma korral tuleb ta hospitaliseerida

81aastane naispatsient kukkus kodus 06.09.2022 ja kutsus järgmisel hommikul kiirabi. Patsient suutis longates käia ja kiirabi diagnoosis tal parema puusa- piirkonna põrutuse, soovitas võtta valuvaigisteid ja pöörduda perearsti konsultatsioonile.

Viis päeva hiljem, 12.09.2022, ei saanud patsient jalale toetuda ja kutsus uuesti kiirabi. Kohale tuli sama kiirabibrigaad, kes käis eelmisel korral. Kiirabikaardil on märgitud, et patsient kaebas valu alaseljas, rohkem paremal pool, mis kiirgus parema reie piirkonda, parem reis oli tuimem, liikumine raske. Kuna patsient istus toolil, võis kiirabile jääda mulje liikumisraskustest, mitte liikumisvõimetusest, sest voodist toolile oli patsient ise tulnud. Kiirabi soovitas jälle võtta valuvaigisteid ja pöörduda perearsti poole.

Tütar viis patsiendi perearsti vastuvõttule. Perearst korraldas röntgenuuringu, kus leiti parema reieluukaela murd, ja patsient saadeti kirurgiliseks raviks piirkondlikku haiglasse.

Kokkuvõte

Esimesel kiirabi visiidil jäi reieluukaela murd diagnoosimata, sest kiirabile jäi mulje kukkumisel tekkinud puusapõrutusest, kuna patsient suutis liikuda. Teisel visiidil oleks tulnud hospitaliseerida diagnoosi täpsustamiseks, kuna ta liikumine oli muutunud raskeks, valu kiirgus reide ja reis oli tuim.

Juhtum 2. Elustamisvõtete viivitamatult mittealustamine oli viga

11.10.2022 kaotas 57aastane mees spordivõistluste jälgimise ajal (tribüünil) teadvuse. Kohale jõudes nägid kiirabibrigaadi liikmed, et mees on verine ja kiirabitehnik jooksis traumavarustuse järele. Kiirabitehniku seletuse kohaselt oli patsient verine, teadvuseta ja ei hinganud. Brigaadijuht-õde otsustas rahvarohkuse tõttu kohapeal elustama mitte hakata, vaid viia patsiendi kiirabiautosse, et sõita vastu saabuvale kiirabi arstibrigaadile. Ringraja väravate juures kohtuti kiirabi arstibrigaadiga, kes kohe alustas patsiendi elustamist, ja vereringe õnnestus taastada.

Kokkuvõte

Kiirabibrigaad oleks kohe pidanud alustama elustamist. Patsiendil oli esmaseks vereringeseiskuse vormiks madalalaineline vatsakeste virvendusarütmia ja julgestusbrigaadi kohale jõudes esines patsiendil ilmselt defibrilleeritav rütmihäire. Defibrillaatori kasutamine ja kaudne südamemassaaž on elementaarsed oskused, millega peab hakkama saama iga kiirabibrigaadi liige. Juhul, kui julgestusbrigaadil defibrillaatorit kaasas ei olnud, oleks pidanud tegema kaudset südamemassaaži.

Juhtum 3. Kõhu vaatluse tegemata jätmine oli viga

01.12.2022 tekkis 4aastasel lapsel kõhuvalu ja palavik. Kõhuvalu ei taandunud, vaatamata mitu korda päevas antud valuvaigistitele, mistõttu õhtul kutsus ema kiirabi. Kiirabibrigaad viis lapse lastehaigla erakorralise meditsiini osakonda. Järjekorras ootamise ajal lapse enesetunne paranes ja analüüsides oli põletikunäitajate tase tõusnud minimaalselt ning (ema sõnul) oli EMO õde soovitanud koju minna.

Järgmisel hommikul lapse enesetunne halvenes taas. Ema helistas perearstile, kes soovitas lapse seisundit jälgida ja ei pidanud vajalikuks last kohe läbi vaadata. Ema sõnul muutusid lapse suguelundid õhtul siniseks, munandid tõmbusid kõhuõõnde ja valutasid. Ema kutsus uuesti kiirabi. Kiirabi saabumise ajaks, 10 minutit pärast kutse tegemist, oli valu möödunud ja suguelundid olid vaatlusel iseärasusteta. Kiirabibrigaad mõõtis saturatsiooni, hingamis- ja südamesagedust ning kehatemperatuuri, mis olid normi piires (pulsisagedus 130 korda minutis, pulss regulaarne, hingamissagedus regulaarne 24 korda minutis, vere hapnikuga küllastatus 99%, kehatemperatuur 36,8 °C),

GCS (*Glasgow Coma Scale*) 15, neuroloogilist koldeleidu ei tuvastatud.

Kuna kiirabi väljakutse põhikaebuseks oli suguelundite valu ja värvi muutus, ei pidanud kiirabibrigaadi juht vajalikuks kõhtu palpeerida.

Kõhu palpeerimise kohta esitatud andmed on vastuolus: kiirabilt TKE-le saadetud selgituse andmeil kõhtu palpeeriti ja kõht oli pehme. Kiirabibrigaadi juhi selgituse ja ema kaebuse andmeil aga kõhtu ei palpeeritud, samuti pole kiirabikaardil kirjeldatud kõhu palpatoorseid leidu ega soolte peristaltikat.

Lapse seisund ei paranenud: püsisid kõhuvalu ja palavik, laps oli isutu ja loid ning 03.12.2022 hommikul viis ema lapse lastehaigla EMOsse, kus diagnoositi perforereerunud apendiks. Operatsioonil leidis kinnitust ussripiku äge põletik ja lõhkemine ning selle tüsistusena tekkinud mädane kõhukelmepõletik.

Kokkuvõte

Kahel päeval esinenud kõhuvalule ja korduvale kiirabi kutsele vaatamata ei kahtlustanud kiirabibrigaadi juht kõhukoopa haigust ega uurinud patsiendi kõhtu, mistõttu ussripiku ägeda põletiku diagnoos hilines.

Juhtum 4. Teisel väljakutsel oleks pidanud kiirabi viima patsiendi haiglasse

81aastane meespatsient põdes primaarset biliarset maksatsirroosi ja kõrgvererõhktõbe. Tal olid intratsebraalse hemorraagia jääknähud ning täpsustamata dementsus kaasuvate segatüüpi sümptomitega ning esines agressiivsuse hoogusid ja luulumõtteid.

15.12.2022 õhtul kukkus patsient trepilt ja abikaasa aitas ta tuppä. Patsient kõndis ise, ent oli väga ärritunud ja segaduses ning abikaasa kutsus kiirabi, et patsiendile antaks midagi rahustavat. Kiirabi saabumise ajaks oli patsient rahunenud ja suutis seista, kuid mitte iseseisvalt kõndida. Kiirabikaardile on kirjutatud, et ei saa välistada vasaku puusaliigese piirkonna murdu, kuid abikaasa ei soovi õhtul hospitaliseerimist. Abikaasale soovitati hommikul seisundit uuesti hinnata ja vajadusel pöörduda erakorralise meditsiini osakonda.

Järgmisel hommikul patsient ise käia ei suutnud, ja kui abikaasa püüdis aidata teda WCsse, libises käte vahelt põrandale. Kõrvalised isikud aitasid patsiendi voodisse ja abikaasa kutsus uuesti kiirabi.

Kiirabi kirjutas, et patsiendi jalad ja käed liiguvad ühtlaselt; valu kaebab igal pool ja korraldusi kohati ei täida. Kiirabitöötajad patsiendiga head kontakti ei saanud, kaebuste ja anamneesi võtmine oli raskendatud. Ilmselt seetõttu ei tekkinud reieluukaela murru kahtlust ja patsient jäeti koju.

Uuesti kutsus abikaasa kiirabi 19.12.2022 kella 13 paiku. Sel korral viis kiirabi patsiendi reieluukaela murru kahtlusega piirkondliku haigla EMOsse, kus diagnoositi vasaku reieluukaela murd ja patsienti opereeriti järg-

misel päeval. Päev pärast operatsiooni viidi patsient järelravile üldhaiglasse, kus ta 8 päeva möödudes suri.

Kokkuvõte

Kiirabi viis patsiendi haiglasse alles kolmandal väljakutsel. Esimesel väljakutsel abikaasa keeldus hospitaliseerimisest. Teisel kiirabivisiidil oleks pidanud kahtlustama luumurdu ja patsiendi EMOsse viima, kuna tegu oli korduva väljakutsega ja patsiendiga, kes enne kukkumist suutis käia, aga nüüd enam mitte.

Juhtum 5. Analüüside muutusi arvestades oleks laps võinud jääda jälgimisele

5aastasele lapsele kutsuti koju kiirabi 04.02.2023 kell 07.30. Tal oli umbes nädal aega olnud subfebrilne kehatemperatuur, eelmisel õhtul oli palavik tõusnud 40 °C-ni ja enesetunne oli halvenenud. Objektiivsel vaatlusel oli laps heas seisundis, rõõmsatujuline, limaskestad roosad, kõht pehme, valutut; kõhulahtisust, oksendamist polnud olnud. Kuna laps oli gripi vastu vaksineerimata, diagnoosis kiirabi viirusinfektsiooni. Anti paratsetamooli, vanemaid nõustati lapse edasise hooldamise suhtes ja soovitati rääkida perearstiga.

Samal hommikul kell 10 töid vanemad lapse EMOsse, sest oli tekkinud kõhuvalu. EMOs laps oksendas ja peale seda tundis end paremini. Palavikku polnud – kehatemperatuur 36,8 °C. Objektiivsel vaatlusel oli kõht pehme, valutut, kurgumandlid veidi suurenenud, kopsude kuulatlemisel oli vesikulaarne hingamiskahin. Pärast analüüside võtmist jäi laps magama, ärgates kõhuvalu polnud. Analüüsidest oli viirushaigusele iseloomulik lümfotsüütide üldarvu vähenemine (0,94), kuid leukotsüütide üldarvu tõus võis viidata kaasuvale või arenevale bakteriaalsele infektsioonile. Madal CRV (10 mg/l) justkui kinnitas viirusliku etioloogiaga infektsiooni esinemist. Happe-aluselise tasakaalu analüüs oli võetud venoossest verest, milles esinevad muutused (pH 7,318; pCO₂ 38,6 mm Hg; HCO₃ 19,4 mmol/L; BE -6,4 mmol/L; anioonide vahe 20,3 mmol/L) viitasid metaboolsele atsidoosile. Samuti oli tõusnud laktaasi tase (3,3 mmol/L), mis vihjab laktatsidoosile organismis. Kaaliumi ja naatriumi tasemed seerumis olid küll normi piires, kuid normi alumisel piiril.

Muutused analüüsidest jäid tähelepanuta või hinnati neid tühiseks ja lõplikuks diagnoosiks jäi viirusinfektsioon. Vanematele selgitati viirusinfektsiooniga lapse hooldust ja öeldi, et kui seisund halvemaks läheb, pöördu tagu uuesti EMOsse. Laps saadeti koju kell 11.45.

Teine kiirabi kutse tehti samal õhtul kell 21.30. Lapsel oli kohe pärast EMOst tulekut halb hakanud, oli oksendanud üle 10 korra, oli tekkinud kõhulahtisus – iste kuni 8 korda. Kõht käis läbi ka kiirabi juuresolekul. Kogu päeva oli laps olnud uimane ja maganud enamiku ajast. Kiirabivisiidi ajal lapse üldseisund järsult halvenes, laps muutus loiuks, kaotas teadvuse (GKS 3).

Appi kutsutud arstibrigaad saabus kell 21.50. Asetati luunõel ja tilgutati vedelikku ning glükoosi, kuna veresuhkru tase oli väga madal. Lapse üldseisund paranes kiiresti, ta tuli teadvusele, küsis ema järele, GKS oli 10. Kell 22.10 alustas kiirabi sõitu piirkondlikku haiglasse. Veel 22.30 oli laps raskes seisundis, kuid äratatav, hingamisteed olid avatud, saturatsioon 100%.

Piirkondlikku haiglasse saabudes kell 23.13 oli laps agooniaseisundis, madala turgoriga, lihased lõdvad, nahk marmoreeritud ja limaskestad tsüanootilised, kaelale tekkimas petehhiaalne lööve. Infektsioonikoldeid välisel vaatlusel polnud. Vereringe oli puudulik, GKS 3. Kaudse südamemassaaziga oli südamesagedus 70 korda minutis, hingamine puudus. Laps viidi otse laste intensiivravi osakonda, kus jätkati elustamist südame kaudse massaaziga, manustati korduvalt adrenaliini booluseid ning adrenaliini infusiooni, laps intubeeriti ja viidi kopsude mehaanilisele ventilatsioonile. Alustati antibakteriaalset ravi.

Esimesed analüüsid võeti 23.44 ja nende järgi esines lapsel raske metaboolne ja respiratoorne atsidoos, hüperlakteemia, hüperkaleemia. Võrreldes päevaste analüüsidega oli tekkinud pantsütopeenia (trombotsüüte 9, neutrofiile 0,64 × 10⁹), infektsioonimarkerite tase oli tõusnud (CRV 56 mg/l, prokaltsitoniin 100 µg/l) ning esinesid elundikahjustuse tunnused (aspartaadi aminotransferaas (ASAT) 113,alaniini aminotransferaas (ALAT) 42, kreatiniin 108 µmol/l). Raske atsidoosi tõttu elustamine ei andnud tulemust ja lõpetati üks tund pärast elustamise algust. Lapse surm dokumenteeriti 05.02.2023 kell 00.15.

Surnukeha saadeti patoanatomilisele lahangule. Lahangul septilise šoki etioloogia ei selgunud. Erinevate organite histoloogilised muutused olid mittespetsiifilised. Patoanatomiline diagnoos: septiline šokk; täpsustamata bakteriaalne infektsioon; fulminantse kuluga septiline šokk.

Kokkuvõte

EMOs jäid tähelepanuta algava metaboolse laktatsidoosi tunnused ja laps saadeti koju, kus ta enesetunne üsnaruttu halvenes.

Kiirabi kutsuti õhtul kell 21.30, kiirabivisiidi ajal lapse seisund muutus kriitiliseks ja kiirabi arstibrigaad viis ta piirkondlikku haiglasse, kuhu jõudes oli laps teadvuseta, agooniaseisundis. Konstateeriti kliiniline surm ja alustati elustamist, mis oli ebaefektiivne, ja pärast ühetunnist elustamist dokumenteeriti lapse surm. Surmale viinud septilise šoki tekkepõhjus ja kiire kulg jäi ka patoanatomilisel lahangul ebaselgeks. Lapseea sepsise äratundmine on keeruline, sest laste hea kompensatsioonivõime tõttu võib üldseisundi halvenemine jääda pikka aega märkamatuks, mistõttu võib kardiovaskulaarne kollaps tekkida väga lühikese aja jooksul.

Juhtum 6. Kaksikrasedusega patsient, kellel rasedus oli tüsistunud transfusioonisünnitussalviga, oleks tulnud transportida kodust naistekliinikusse

24.07.2023 kell 04.00 puhkesid 22 aasta vanusel patsiendil 22⁺³ rasedusnädalal looteveed.

Kiirabi saabus 04.16 ning patsient palus kiirabil end viia piirkondlikku haiglasse. Kiirabibrigaadi seletuse andmeil helistasid nad piirkondliku haigla naistekliiniku ämmaemandale, kes soovitas patsiendi viia ülevaatuseks lähimasse haiglasse.

Kell 04.48 jõuti haiglasse, kus patsient palus kohe manustada talle sünnitegevust pärssivat ja loodete kopse ettevalmistavat ravimit. Valvearstile ütles osakonna õde ekslikult, et kopsed ettevalmistavat ravimit on haiglas ainult pool doosi, mille manustamist arst pidas kasutuks. Ta veendus ultraheliuuringul, et looted olid elus, kuid lootevesi puudus, ning otsustas patsiendi saata piirkondlikku haiglasse.

Esimene laps sündis kiirabiautos kell 6.14 ja teine kell 6.17 piirkondliku haigla naistekliiniku sünnitusosakonnas. Sügavalt enneaegsed vastsündinud sünnikaaludega 442 g ja 438 g ei jäänud ellu.

Kokkuvõte

Kiirabil puudub eraldi tegevusjuhend ja hospitaliseerimise kord kõrge riskiga enneaegse sünnitustegevuse algamise juhtudeks. Käesoleval juhul pidas brigaadijuht nõu valveämmaemandaga, kes soovitas patsiendi viia kõigepealt lähimasse haiglasse, kus on valvegünekoloog ja sünnitusosakond – see oli eksitav info.

Optimaalne lahendus oluks patsiendi transportimine otse kodust lähimasse piirkondlikku haiglasse ning loote kopsude ettevalmistuse alustamine ja transportokolüüsi rakendamine kiirabi poolt. Vaatamata sellele, et väga enneaegse sünnituse ja kaasnenud raseduspatoloogia tõttu oli vastsündinute prognoos elule väga halb, kaotati üldhaiglasse viimisega aega. Patsiendi käsitus üldhaiglas ei vastanud osaliselt enneaegse sünnituse käsitlemise juhendile.

KIRURGIA

Juhtum 1. Antikoagulantravi ärajätmine oli viga

69aastaselt meespatsiendil amputeeriti 05.04.2022 piirkondlikus haiglas isheemilise gangreeni tõttu jalg vasakust reiest. Alates 06.04.2022 rakendati patsiendile tromboosi vältimiseks antikoagulantravi madalmolekulaarse hepariiniga, milleks oli kaks näidustust: südamekodade virvendus ja operatsioonijärgne liikumispiirang. Antikoagulantravi lõpetati 12.04.2022. ja patsient suunati 20.04.2022 järelravile.

21.04.2022 tekkis patsiendil ajuinfarkt, mille tagajärjel ta 24.04.2022 suri.

Haigusloo epikriisis on märgitud, et viimased 8 päeva osakonnas olles oli patsient antikoaguleerimata

ning see viga avastati alles siis, kui haige oli teel järelravahaiglasse.

Antikoagulantravi puudumist/katkemist üks ühele ajuinfarkti tekkega seostada ei saa, kuna antikoagulantravi rakendamine ei võimalda 100% vältida trombootilisi tüsistusi. Vere hüübimine on vaid üks mitmest trombi tekkeks vajalikust tegurist, sh eeldab trombi tekkimine veresoone seina kahjustust, mida patsiendil esines nii jalgade arterites kui ka ajuarterites (28.03.2022 oli kompuutertomograafilisel uuringul leitud sisemise unearteri 30%-line stenoos).

Kokkuvõte

Antikoagulantravi mitterakendamine võis suurendada trombi tekke võimalust. Pärast madalmolekulaarse hepariini parenteraalse manustamise ärajätmist oleks olnud otstarbekas üle minna suukaudsele antikoagulantravile. Kasutatud antiagregantravi 75 mg atsetüül-salitsüülhappega oli näidustatud.

Juhtum 2. Soolevigastus jäi operatsiooni ajal diagnoosimata

64aastane naispatsient hospitaliseeriti 02.02.2023 keskhaiglasse apendektoomiajärgse armisonga ja reiesonga plaaniliseks operatsiooniks. Üldnarkoosis opereeriti reiesong lahtisel meetodil ja armisong laparoskoopilisel meetodil ekstraperitoneaalselt, mis operatsioonikirjelduse järgi toimus iseärasusteta.

Patsient läks samal päeval kell 18.18 koju – personali selgituse järgi omal soovil, kuid tütre arvates sunniti teda selleks. Sama päeva õhtul kutsuti kiirabi kell 20.54 ja patsient võttis kiirabi juuresolekul sisse 1 g parasetamooli. Kõhu ja operatsioonipiirkonna seisundit kiirabi ei hinnanud.

03.02.2023 helistas patsient vastuvõtukabinetile ja teatas, et valu tõttu ei saa ta vastuvõtule tulla. Patsienti opereeritud kirurg helistas talle tagasi ja määras täiendavaks valuraviks oksükodooni. Samal päeval pärast lõunat kutsus patsient valu tõttu uuesti kiirabi ja viidi haiglasse, kus diagnoositi KT-uuringu alusel soolevigastus ja opereeriti kell 00.05. Tegu oli iatrogenese soolevigastusega, mis oli põhjustatud operatsioonipiirkonna saastumisest soolesisuga. Operatsioonil leiti 2 cm suurune defekt umbsooles ja väiksem peensooles – viimast peeti diatermiakahjustuseks. Soolevigastused õmmeldi, songavõrk eemaldati, saastunud piirkond loputati ja dreeniti.

Kuna patsiendi seisund progresseeruvalt halvenes, tehti 12 tundi hiljem konsiiliumi otsuse alusel uus operatsioon. 05.02.2023 tehti täiendavad sisselõiked kõhuseinal ja paremal reiel mädapöletiku tõttu. KT-uuringu alusel diagnoositi *tr. coeliacus*'e arteri tromboos ja kell 18.30 tehti *tr. coeliacus*'e tromboosi avamine: põrna verevarustus taastus, maksa verevarustus oli ahenemiste tõttu puudulik.

06.02.2023 patsient suri septilise šoki ja sellest põhjustatud hulgielundipuudulikkuse nähtudega.

07.02.2023. aasta patoanatomilise lahangu andmeil põhjustas patsiendi surma plaanilise songaoperatsiooni käigus tekkinud iatrogeene soolevigastus, mis põhjustas septilise šoki ja hulgielundipuudulikkuse.

Kokkuvõte

Laparoskoopiliste songaoperatsioonide korral kirjeldatakse soolevigastusi kuni 3%-l juhtudest. Tavaliselt põhjustab soolevigastusi kudede vabastamiseks kasutatava (monopolaarse) diatermia elektrivoolu kontrollimatust levikust tingitud termiline toime lähedalasuvatele kudedele: tekib sooleseina nekroos, mis hiljem mulgustub ehk perforerub (nn kahemomentne perforatsioon).

Operatsiooni käigus tekkis *coecum*'isse 2 cm suurune ava, mis jäi märkamata – seda kinnitab ulatuslik saastumine soolesisuga operatsioonipiirkonnas vaid 36 tundi hiljem teisel operatsioonil. Sellist vigastust ainult diatermia kasutamisel kaasnevate ohtudega ei saa seletada. Teine vigastus oli peensoolel, mille tekkimist saab siduda eelkirjeldatud mehhanismiga diatermia kasutamisel.

Juhtum 3. Raviarst ei teatanud patsiendile uuringu tulemusi

72aastasel naispatsiendil eemaldati 18.06.2021 keskhaigla kirurgiaosakonna päevakirurgia osakonnas rinnalt sünnimärk, mis saadeti histoloogilisele uurimisele. Patsiendile lubati teatada, kui sünnimärk osutub pahaloolumuliseks, kuid seda ei tehtud.

Patsient pöördus 2023. aasta märtsis aksillaarse piirkonna valutava muhu tõttu perearsti vastuvõtule ja saadeti kohe EMOSse, kus patsient sai teada, et 2021. aastal eemaldatud sünnimärk oli pahaloolumuline nahakasvaja melanoom. 12.05.2023 eemaldati teises keskhaiglas patsiendil aksillaarselt kolm lümfisõlme, mis histoloogilisel uuringul osutusid melanoomi metastaaside läbikasvaks.

Kokkuvõte

Histoloogilise uuringu tulemuste teatamata jätmise tõttu jäi melanoom vajalike lisauuringuteta ja õigeaegse onkoloogilise ravita.

Juhtum 4. Liposuktsiooni tegemise käigus põhjustati peensoole vigastus

66aastasele naispatsiendile tehti 03.10.2022 erahaiglas kõhu eesseina ja külgede nahaaluse rasvkoe liposuktsiooni operatsioon. Operatsioonil eemaldati 5600 ml lipoaspiraati ja patsient kirjutati koju 04.10.2022 rahuldavas üldseisundis. Ravipaketis määrati lisaks tavaravimitele ka antiidiabeetiline ja antiagregantravi, mille patsient oli ise enne operatsiooni katkestanud.

Sama päeva – 04.10.2022 – õhtul leidis patsiendi tütar ema põrandal lamamas, ja kuna patsient ka tütre abiga püsti tõusta ei saanud, kutsuti kiirabi.

Objektiivne kliiniline leid ägedat haigusseisundit diagnoosida ei võimaldanud. Kiirabibrigaadi pakutud võimalusest viia patsient EMOSse patsient ja tema tütar loobusid, lubades järgmisel päeval oma perearstiga ühendust võtta. Kiirabibrigaad soovitas vajadusel uuesti kiirabi kutsuda.

Järgmisel päeval, 05.10.2022, pöördus patsiendi tütar telefoni teel operatsiooni vahendanud kliendikoordinaatori poole murega ema tervise pärast ja küsis, kas patsient peab ikka talle määratud ravimeid võtma. Kliendikoordinaatori seletuskirja andmeil võeti kohe ühendust opereerinud kirurgiga ja tagasihelistamise teel informeeriti patsiendi tüdruku arsti soovitusel kindlasti ravimeid tarvitada, samuti soovitati tüdruku jääda ema juurde, jälgida ravimite tarvitamist, patsiendi enesetunnet ja üldseisundit ning muutuste korral uuesti kutsuda kiirabi ja teavitada kliinikut vajadusest kontakteeruda kirurgiga.

06.10.2022 hommikul, pärast lühikest eemalviibimist, leidis tütar ema kodus teadvusetult/surnult.

Lahangul leiti peensoole vigastus ja sellest tekkinud kõhukelmepõletik.

Kokkuvõte

Liposuktsioon on esteetilis-plastilises kirurgias tavaline operatsioon, mille käigus kanüüliga tekitatud peensoole perforatsioon on üliharva esinev operatsiooniaegne tüsistus, mida tuleks pidada raviveaks.

Juhtum 5. Haiguspildi alusel oleks võinud kahtlustada ägedat kirurgilist haigust ja esimesel pöördumisel oleks pidanud tegema KT-uuringu

10aastane laps haigestus 10.11.2022 kõhuvaluga ja toodi koolist koju. Tekkisid oksendamised ja palavik, ning kuna seisund halvenes, pöörduti 11. novembri õhtul kell 21.30 üldhaigla EMOSse.

Pärast lapse läbivaatust diagnoosis valvekirurg lümfadeniiti, ja kuna esines tugev põletikunäitajate tõus (leukotsütoos 22, CRV 157), jäeti laps haiglasse jälgimisele. Öösel lapse üldseisund halvenes veelgi, lisandus kõhulahtisus. Kuna kell 10.00 tehtud ultraheliuuringu alusel jäi diagnoos ebaselgeks, tehti KT-uuring, mille põhjal diagnoositi perforatiivne apenditsiit.

Kokkuleppel lastehaigla valvearstidega viidi laps lastehaiglasse ja opereeriti. Operatsioonil leidis kinnitust peritoniidiga perforatiivse apenditsiidi diagnoos.

Kokkuvõte

Apenditsiidi esinemise tõenäosuse hindamiseks kasutatakse Alvarado skoori ja selle modifikatsiooni laste jaoks *Pediatric appendicitis score* (PAS). Hinnatakse valu lokaliseerimise kompleksi ehk palpatsioonil (2), valu hüppamisel, kõhimisel või koputamisel (2), valu migratsiooni (1), isu puudust (1), iivelduse/oksendamise esinemist (1), temperatuuri tõusu üle 38 °C (1), vereanalüüsides

leukotsütoosi üle 10 000 (1), valgeverepildi vasakule nihet üle 75% (1). Kui skoor on alla 5, on apenditsiidi esinemine vähetõenäoline; kui skoor on 5, siis see ei välista ega kinnita diagnoosi; kui skoor on suurem kui 5, siis on apenditsiidi esinemine tõenäoline. Selle hindamismeetodi tundlikkus on 98,6 % ja spetsiifilisus 94,4 %, kuid ikkagi mitte 100%.

Esitatud dokumentide andmeid tagantjärele hinnates oli lapsel PAS 7.

KT-uuringu tegemine oleks õige diagnoosini ja operatsioonini viinud 20 tundi varem.

ORTOPEEDIA

Vasema puusaliigese endoproteesimise käigus tekkis istmikunärvi kahjustus

53aastasele naispatsiendile tehti 07.01.2021 vasaku puusaliigese endoproteesimine. Järgmisel päeval diagnoositi operatsiooni käigus tekkinud vasaku istmikunärvi kahjustust, mida põhjustab tavaliselt närvi venitus operatsiooni ajal.

Patsient on saanud taastusravi, sealhulgas ka Haapsalu Neuroloogilise Rehabilitatsiooni Keskuses, mille järel seisund on mõnevõrra paranenud. Kuna kahjustuse tekkimisest on möödunud üle 2 aasta, siis on närvi taastumine ebatõenäoline, küll aga saab taastusraviga treenida lihaseid ja parandada kõnnimustrit.

Piirkondlik haigla pakub patsiendile taastusraviarsti vastuvõttu hetkeseisundi hindamiseks ja edasise raviplaani koostamiseks. Samuti võib kaaluda labajala kõõluste ümberistutamist ning selleks peaks pöörduma labajalakirurgia spetsialisti vastuvõtule.

Kokkuvõte

Puusaliigese endoproteesimise tüsistusena tekkivad närvikahjustusi kirjeldatakse 1–2%-l juhtudest.

PEREARST

Juhtum 1. Düsuuriliste vaevustega patsiendile oleks pidanud tegema uriini mikrobioloogilise uuringu ning tsüstiiti ravima vastavalt antibiogrammidele

37aastane naispatsient pöördus 01.02.2023 perearsti vastuvõtule kergete düsuuriliste vaevustega, perearsti tehtud nii uriini kui ka vere analüüsid olid normis. Perearsti otsus mitte määrata antibiootikumiravi tagasihoidlike düsuuriliste kaebustega oli põhjendatud.

20.03.2023, mil patsient pöördus taas düsuuriliste vaevustega perearsti vastuvõtule, esines uriinis aga infektsioonile viitav leid: uriinianalüüsis olid nitritid positiivsed ning ka sademe mikroskoopiline analüüs näitas bakterite esinemist. Perearst ei kirjutanud antibiootikumravi ka sel korral.

Patsient pöördus järgmisel päeval naistearsti vastuvõtule raseduse tuvastamiseks ja rasedustest oli

positiivne. Aprilli alguses tehtud uriinianalüüsis olid nitritid positiivsed ja uriini külvist kasvas välja *Klebsiella pneumoniae*, mida raviti vastavalt antibiogrammidele. Günekoloog diagnoosis 10.04.2023 ka hüpotüreooosi (E03.9) ja määras ravi L-türoksiiniga.

Epikriis on märgitud, et rasedusega jääb patsient arvele günekoloogi juurde; on soovitatud korrata uriinianalüüse ja uriinikülvi ning kilpnäärme analüüse 1 kord trimestris. Kuna epikriis puudus soovitus L-türoksiiniga ravi jätkamiseks või annuse kohaldamiseks, lähtudes kilpnääret stimuleeriva hormooni (TSH) ja kilpnäärme hormoonide analüüsi tulemustest, jäi perearstile ilmselt ebaselgeks, kas seda ravi korraldab perearst või naistearst.

2023. aasta juulis pöördus patsient perearsti poole telefoni teel sooviga pikendada L-türoksiini retsepti. Perearst soovitas tal pöörduda ravimi saamiseks günekoloogi poole.

Kokkuvõte

Kuna patsiendil esinesid korduvad düsuurilised vaevused lühikese ajaperioodi vältel, teisel korral esines ka uroinfektsioonile viitav leid ning patsient oli rase, siis oleks pidanud tegema uriini mikrobioloogilise uuringu.

Dokumentide põhjal jääb ebaselgeks, kas perearst teadis patsiendi võimalikust rasedusest.

Juhtum 2. Terminaalses seisundis patsiendile oli ebakorrektna jätta oksükodooni retsept kirjutamata

84aastane naispatsient oli raskeid haigusi põdev ja elu lõpu eel olev patsient, kellele põhjustas tugevaid valusid nii tema põhihaigus (pankreease pea kasvaja) kui ka reieluu nihkega murd, mida patsiendi rasket üldseisundit ja teisi olulisi kaasuvaid haigusi arvestades otsustati mitte opereerida.

Patsiendile oli peale keskhaiglas viibimist 12.04.2023 määratud valuravi oksükodooniga 10 mg 2 korda päevas (hommikul ja õhtul) ning antud konkreetne juhised, et vajaduse korral lisada juurde veel 10 mg läbilöögivalude kupeerimiseks. Epikriis oli kirjas, et patsient vajab pidevat valuravi, valuravi hulka kuulub opioidne analgeesia ning et retseptide uuendamine jääb perearsti korraldada.

Valuravi oksükodooniga määrati patsiendile esimest korda juba 2022. aasta märtsis, mil ta puusaluu murruga viibis piirkondlikus haiglas. Kuna patsiendil avastati haiglas ka südamekodade virvendusarütmia, hakkas ta saama järjepidevat ravi Eliquisiga ning seetõttu soovitati mittesteroidseid põletikuvastaseid ravimeid mitte enam määrata ning jätkata opioidraviga.

Kõik eelmainitud haigusjuhtude epikriisid olid olemas digiloos, seega oleks pidanud olema perearstile nähtavad.

Perearst väidab, et keegi pole tema poole patsiendi asjus pöördunud ja tal polnud infot patsiendi tervise-

seisundi kohta ning tema patsienti nägemata retsepte opioidide väljastamiseks ei anna. Samas on dokumenteeritud hooldekodu ja perearsti vaheline üsna sage kirjavahetus, milles õde on tundnud pidevalt muret patsiendil esinevate tugevate valude pärast ning palunud perearsti abi valuraviks. Lisaks on digiloos ka mitu perearsti epikriisi (14.03.2022, 04.05.2023, 25.05.2023), mis kinnitavad, et perearst oli patsiendi raskest seisundist teadlik. Perearst on väljastanud patsiendile teisi retsepte: antibiootikumi, drotaveriini (No-spa), erinevad valuvaigistid, nägemata patsienti.

Kokkuvõte

Perearsti osutatud tervishoiuteenus ei vastanud arstiteaduse üldisele tasemele ning seda ei osutatud tervishoiuteenuse osutajalt tavaliselt oodatava hoolega.

Kuna esmase oksükodooni retsepti väljastas piirkondliku haigla arst juba 2022. aasta märtsis puusaluu murru järel pärast patsiendi haiglas viibimist, oleks perearst võinud oksükodooni retsepte hiljem uuendada ilma patsienti nägemata. Konkreetseid juhiseid perearstile olid haigla epikriisides mitmel korral antud.

Juhtum 3. Perearstid vajavad psühhiaatritelt konkreetseid soovitusi, milliseid ravimeid ja kui sageli võib sõltuvushaigetele patsientidele ordineerida

27aastane meespatsient oli pikaajaline uimastisõltlane, kes tarvitas lisaks süstitavatele narkootilistele ainetele ka suukaudseid psühhotropseid ravimeid. Ravimeid väljastasid mitu erinevat psühhiaatrit ja patsiendi perearst. Paar korda väljastasid metüülfenidaadi ja alprasolaami retsepte teised perearstid, kellele helistades patsient väitis, et oma perearst või psühhiaater on puhkusel ning ravimid on talle vajalikud.

Patsiendi perearstil oli raskusi patsiendi ravi juhtimisega, kuna digiloos ei olnud talle kättesaadavad patsiendi raviarsti epikriisid, samuti polnud talle tuge üldhaigla psühhiaatritelt. Perearst määras ravimeid korraga vaid üheks kuuks ja püüdis hoida erinevate ravimite määramisel vahet 3–4 nädalat, millega patsient perearsti teada soostus. Retseptikeskuse andmeil pöördus patsient siiski erinevate arstide poole: näiteks leiti lahingul patsiendi organismist metüülfenidaati, mille retsepti olid 14.03.2023 väljastanud nii psühhiaater (20 mg annust 30 tabletti) kui ka perearst (10 mg annust 30 tabletti); 13.03.2023 oli teine psühhiaater määranud 1 mg alprasolaami 30 tabletti.

Teine perearst kirjutas patsiendile ravimi välja, kuna nägi, et psühhiaater on määranud metüülfenidaati nii 20 mg kui ka 10 mg tablettidena regulaarselt; eelmisest ravimi väljakirjutamisest 22.02.2023 (patsiendi perearst) oli möödas 3 nädalat ning patsiendi väitel ei saanud ta oma raviarsti kätte. Teine perearst väljastas ravimiretsepti ühekordselt ja soovitas pöörduda edaspidi oma raviarsti poole. Ilmselt samal päeval pöördus

patsient lisaks veel psühhiaatri poole ja sai lisaks veel ühe metüülfenidaadi retsepti.

Patsient leiti surnuna 15.03.2023. Kohtuekspertiisi lahangu andmetel oli tegemist ägeda mürgistusega narkootiliste ainetega (metadoon, metüülfenidaat).

Kokkuvõte

Erinevad arstid (nii psühhiaatrid kui ka perearstid) kirjutasid patsiendile tema kaebuste alusel vajaduspõhiselt välja erinevaid psühhotropseid ravimeid, mida lisaks meditsiinilistele näidustustele kasutatakse ka mõnuainena. Seetõttu süüdistab ema perearste poja surmas. Perearst püüdis keerukas olukorras parimal viisil toime tulla, kindlasti vajavad perearstid selliste probleemide käsitlemisel aga enam psühhiaatrite tuge.

Juhtum 4. Retsepti korrektsuse eest vastutab retsepti allkirjastanud arst

4aastane laps haigestus 09.02.2023 ja 14.02.2023 viibis laps perearstikeskuse perearsti vastuvõtul, kes sel hetkel ei pidanud vajalikuks ravi määrata.

Kuna 16.02.2023 lapse kõha tugevnes, määras lapsele teda vastu võtnud teine perearst inhaleeritava ravimi Ventolin ning valmistas ette retsepti, millel annustamise skeem oli määratud järgmiselt: 2 ml Ventolini kolm korda päevas inhalaatoriga. Retsepti kinnitas aga digiallkirjaga lapse enda perearst. Selline ravimi annustamise skeem oli vale, kuna ületas mitu korda lapse vanuses ette nähtud ravimi maksimaalse ühekordse doosi.

Lapsel tekkisid pärast ühekordset ravimi manustamist halb enesetunne, loidus ja südamepekslemine, mistõttu kustuti kiirabi, kes viis lapse üldseisundi jälgimiseks lastehaiglasse.

Kokkuvõte

Vaatamata sellele, et retsepti on ette valmistanud teine arst, vastutab selle korrektsuse eest retsepti allkirjastanud arst.

Juhtum 5. Astma ravi järjepidevus on olnud puudulik

8aastasel lapsel oli diagnoositud mitteallergiline astma väikelapseeas. Algselt sai laps raviks montelukasti ning vajadusel salbutamooli hooravimina. Retseptikeskuse andmeil on perearstid kirjutanud astma raviks mõnel korral ka Pulmicorti (budesoniid), mis on inhaleeritav kortikosteroid ning sobib kasutada väikelapse astma baasraviks. Montelukasti ebapiisava toime tõttu vahetas lastearst 11.07.2019. aasta vastuvõtul selle välja Flixotide'i vastu (flutikasoonpropionaat). Hiljem kuni järgmise vastuvõtuni 27.06.2022 perearst Flixotide'i retsepte ei uuendanud.

Digiloo ja perearsti seletuskirja andmeil pödes laps 2019–2022 aastal korduvalt ülemiste hingamisteede infektsioone, millega kaasnes kõha. Kuigi perearsti

seletuskirja ja digiloo andmeil ei täheldanud perearst lapsel kordagi astma ägenemisele viitavat iseloomulikku kuulatlusleidu, on ta mitmel korral lapsele astma ravimeid siiski kirjutanud: 04.03.2020 Pulmicort, 13.10.2021 ja 18.04.2022 Symbicort (kombinatsioonravim budesoniid + formoterool), 03.05.2022 Pulmicort.

Ventolini hooravimina ei ole perearst välja kirjutanud, küll aga võib Symbicorti kasutada ka hooravimina, milleks seda ilmselt ongi kasutatud, sest ravikuurid Symbicortiga on olnud lühikesed. Miks otsustati last raviga Flixotide'i asemel Pulmicorti ja Symbicortiga, ei selgu – digiloo ei ole selle kohta selgitust. Perearsti seletuskirja järgi ei ole lapse ema kunagi palunud perearstidel Flixotide'i retsepti pikendada ja ema olevat ise katkestanud Flixotide'i andmise, sest laps oli pikemat aega kaebusteta. Raviloo 21.05.2021. aasta sissekandes on kirjas, et laps ei ole Flixotide'i umbes aasta jooksul saanud. Lisaks väidab perearst, et otsustas kuni kopsuarsti konsultatsioonini teha lühiaegset ravi Symbicortiga, sest selle doseerimine ja annustamine on parem kui vedelad salbutamooli lahused.

Kokkuvõte

Astma ravi eesmärk on saavutada ja säilitada pikaajaline kontroll haigussümptomite üle, et lapsel oleks tavapärane elu, piiranguteta füüsiline aktiivsus ning normilähedane kopsufunktsioon.

Edukas ravi eeldab patsiendi, tema pereliikmete ning kõikide arstide (eeskätt perearsti ja lastearsti) head koostööd. Astma kontroll püütakse alati saavutada vähima võimaliku raviga ja seega minimaalse kõrvaltoimete riskiga. Kui tõhusa ja järjepideva monoterapiaga ei ole saavutatud astma kontrolli, siis liigutakse edasi kombinatsioonravile.

PSÜHHIAATRIA

Juhtum. Arstieetika kohaselt peab arst lähtuma teaduslikust meditsiinist ning suutma põhjendada või välistada haiguse esinemise

13.05.2022 pöördus ema 6aastase tütreaga psühhiaatri vastuvõtule, kuna lapsel olid lasteaia ilmnenud käitumisprobleemid. Ema andmetel kinnitasid nii Rajaleidja (õppenõustamiskeskus) kui ka lasteaed, et lapsel esinevad aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH) sümptomid, mille kohta ema sooviski eriarsti arvamust.

13.05.2022 on terviseloos dokumenteeritud: kaebused lasteaia poolt. Laps ei allu korraldustele, ei keskendu, paigal ei püsi. Lõunaund ei maga. Ainuke laps peres. Täispere. Laps koos emaga. Laps jutukas, avatud, koostöövalmis. Huvitub mänguasjadest, värvidest. Laps sensitiivne, tähelepanu vajav. Kõne ja üldine areng eakohane. ATH sümptomaatika ei ole. Ärevuse korral taimsed rahustid. Mõistlik ja toetav suhtumine. Loovteraapiad. Diagnoositud kohanemishäire.

Emal arvates psühhiaater eiras emalt talle antud teavet, hindas nii lasteaeda kui ka Rajaleidjat ebapädevaks, viitas võimalusele, et ATH on moehaigus, ning ei selgitanud emale enda poolt lapsele pandud diagnoosi olemust ega tähendust.

16.05.2022. aasta ambulatoorne epikriis ei sisalda põhjendusi, mis võimaldaks kinnitada või ümber lükata psüühikahäire (nii ATH kui ka kohanemishäire) esinemist.

Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versiooni järgi eeldab kohanemishäire diagnoos emotsionaalsete häiretega kulgevat distressiseisundit, mis kahjustab isiku sotsiaalset tegevust ja suutlikkust ning tekib stressorse elusündmuse tagajärjel. Lastel on kohanemishäire sümptomiteks sageli regressiivse käitumise ilmingud (nt voodimärgamine, muud eale mittevastavad käitumised). Kohanemishäire diagnoosimiseks vajalikke haigustunnuseid epikriisis dokumenteeritud ei ole.

ATH diagnoosimise hea tava eeldab lapsevanematelt ja pedagoogidelt saadud informatsiooni, lapse käitumise jälgimist ajas ning psühholoogilist ja logopeedilist uuringut. Kui lapse jälgimise andmete ja keskkonna muutuste tõttu toimub lapse käitumise korrigeerumine, siis täiendavad uuringud ATH suhtes ei pruugi osutada vajalikuks. Kõnealusest epikriisist ei selgu, mis põhjusel välistas psühhiaater ATH võimaluse ega pidanud vajalikuks edasist jälgimist või täiendavaid uuringuid.

Kokkuvõte

Lapsele osutatud tervishoiuteenus ei vastanud arstiteaduse üldisele tasemele ja seda ei osutatud tavaliselt oodatava hoolega.

KOKKUVÕTE

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni on riik loonud eelkõige patsiendile tasuta eksperdihinnangu saamise võimalusena selleks, et vajadusel esitada hagi kohtusse võlaõigusseaduse § 770 lõigete 3 ja 4 kohaselt.

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni hinnangud on kasutatavad tõendina tsiviilkohtumenetluses, kus neil nagu igal teiselgi tõendil puudub ette kindlaks määratud jõud ning kohus annab nende kohta hinnangu kooskõlas kõigi teiste tsiviilasjas kogutud tõendite ja materjalidega. Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni ei ole järelevalveorgan ning ei käsitلة tervishoiuteenuse osutaja ja patsiendi vahelisi vaidlus- ja rahaküsimusi.

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni ettepanek, nõuanne ja soovitus ei kohusta arsti või raviasutust hüvitama patsiendile arstliku vea tagajärjel tekkinud tervisekahju. Rahalise hüvitise taotlemiseks peab patsient kohtusse pöörduma, kui tal ei õnnestu tervishoiuteenuse osutajaga saavutada kohtuvälist kokkulepet. Konflikti kohtuväliseks lahendamiseks (kauakestva ja kuluka kohtumenetluse vältimiseks) on

TKE korduvalt soovitanud tervishoiuteenuse osutajal ja rahulolematul patsiendil kohtuväliselt omavahel kokkuleppele jõuda.

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni hinnang on eriarstidest ekspertide arvamus, mis ei sea kellelegi mingeid juriidilisi õigusi ega kohustusi. TKE hinnangu sisu ei saa muuta ega vaidlustada, sest ühe ekspertide kogu arvamusena rahulolematu isik, olemata ise vastava eriala ekspert, võib alati taotleda hinnangut teistelt ekspertidelt. Vaidlustada saab üksnes TKE menetluse õigusvastavust.

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon esitas 2023. aastal tervishoiuteenuse osutajatele kuus ettepanekut/soovitust tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedi parandamiseks ning Terviseametile kaks ettepanekut järelevalvemenetluse algatamiseks. Näiteks märkis komisjon, et TKE ei saa tagantjärele kontrollida ega hinnata perearsti ja patsiendi omavahelise suhtlemise asjaolusid (TKE pole uurimisorgan). Samuti ei saa TKE hinnata perearsti ruumide puhtust ning seda, kas patsientide tervisekaardid on hoiustatud nõuetekohaselt või mitte – neid asjaolusid saab kontrollida Terviseamet riikliku järelevalvemenetluse raames.

Ühel juhul keeldus patsient tervishoiuteenusest – sel juhul ei saa tervishoiuteenuse osutaja patsiendi tahte vastaselt talle tervishoiuteenust osutada.

Endiselt esines juhtumeid, mil dokumenteerimine ei vastanud sotsiaalministri 18.09.2008. aasta määruse nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise tingimused ja kord“ nõuetele.

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon on töötanud Sotsiaalministeeriumi juures alates 2008. aastast, olles hinnangute andmisel ministeeriumist sõltumatu. Enne 2008. aastat oli analoogse komisjoni nimeks arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjon.

2024. aasta 1. juulist jõustub „Tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seadus“ (RT I, 29.04.2022, 1), millest tulenevalt menetleb TKE kuni 30. juunini 2024 esitatud avaldused töökorra kohaselt nelja kuu jooksul ning pärast seda lõpetab tegevuse.

TÄNUAVALDUS

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon tänab pikaajalise koostöö eest kõiki püsikoosseisu liikmeid ning püsikoosseisu mittekuuluvaid eksperte, kelle suurepärased eriteadmised on paljude aastate jooksul aidanud hinnata ja parandada tervishoiuteenuste osutamise kvaliteeti.

Võimalused krüptogeense insuldi retsidiivi ennetuseks

Hinnanguliselt 25%-l juhtudest ei leia kliinilisel uurimisel isheemilise insuldi põhjusena kinnitust aju veresoone sulgus, mis oleks põhjustatud veresoones tekkinud trombiga või ajuvälise päritoluga emboli liikumisest aju veresoones. Sellist ebaselge patogeneesiga insulti nimetatakse krüptogeenseks insuldiks (KI).

Hinnanguliselt tekib 15–20%-l KI-patsientidest kahe aasta jooksul insuldi retsidiiv. Enamikus uurimustes peetakse KI põhjuseks ajuvälise embolit ja KI-d nimetatakse ka määratlemata põhjusega embooliliseks insuldiks (ingl lühend ESUS). Viimaste aastate

uuringutes seostatakse KI teket morfoloogiliste ja funktsionaalsete muutustega südame kodades – atriaalse kardiopaatiaga.

Praktikas rakendatakse KI retsidiiveerumise ennetuseks hüübivust mõjutavaid ravimeid, kas uue põlvkonna antikoagulante või antiagregante. USA Washingtoni ülikooli koordineeritud ning mitme USA ja Kanada keskuse osavõtul tehtud juhuslikustatud topeltpimedas uuringus ARCADIA võrreldi antikogulant apiksabaani (5 mg või 2,5 mg 2 korral ööpäevas) ja aspiriini (82 mg päevas) tõhusust KI retsidiivi ennetuseks atriaalse kardiopaatiaga patsientidel, kel ei esinenud püsivaid südame rütmihäireid. Atriaalse kardiopaatia diagnoos

põhines P-saki muutustel EKG-l, vasaku koja laienemisel ehk kardiodiagrammil ja vere NT-proBNP sisalduse tõusul üle 250 pg/ml. Vaatluse all oli 1015 patsienti, kes juhuslikustati apiksabaani- (507 patsienti) või aspiriiniühendiga (508 patsienti). Jälgimisperiood oli 1,8 aastat. KI retsidiiv esines mõlemas grupis 4,4%-l patsientidest. Hemorraagilisi tüsistusi esines mõlemas patsientide grupis praktiliselt samal hulgal.

Seega ei ole apiksabaan KI retsidiivi ennetuseks tõhusam kui aspiriin.

REFEREERITUD

Kamel H, Longstreth WT, Tirschwell DL, et al. Apixaban to prevent recurrence after cryptogenic stroke in patients with atrial cardiopathy: The ARCADIA Randomized Clinical Trial. JAMA 2024;331:573–81.

LÜHIDALT