

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni 2024. aasta tegevuse kokkuvõte

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

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon (TKE) lõpetas avalduste vastuvõtmise 2024. aasta 1. novembrist, viimane koosolek toimus 27. veebruaril 2025.

TKE töötas Sotsiaalministeeriumi juures alates 2008. aastast, olles oma tegevuses ja hinnangu andmisel ministeeriumist sõltumatu. Enne 2008. aastat oli analoogne komisjoni nimeks arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjon (AKEK). Seoses 1. novembril 2024. aastal jõustunud patsiendiseadusega (tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seadus, RT I, 29.04.2022, 1) menetles TKE kuni 2024. aasta 31. oktoobrini esitatud avaldused nelja kuu jooksul ja seejärel lõpetas tegevuse.

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon menetles 2024. aastal 197 avaldust ja tuvastas vajakajäämisi 43 juhu korral, neist ravi- või diagnostikavigu 25 juhul (vt tabel). 18 juhul hinnati kaebus põhjendatuks osaliselt: ebakorrektno dokumenteerimine, vajakajäämised töökorralduses või suhtlemisel patsiendi, tema sugulaste või lähedastega.

Võrdluseks kaebuste arv viimase viie aasta jooksul:

- 2023. aastal menetletud 164 juhtumist leiti vajakajäämisi 38 juhul;
- 2022. aastal menetletud 178 juhtumist leiti vajakajäämisi 42 juhul;
- 2021. aastal menetletud 168 juhtumist leiti vajakajäämisi 42 juhul;
- 2020. aastal menetletud 204 juhtumist leiti vajakajäämisi 51 juhul;
- 2019. aastal menetletud 178 juhtumist leiti vajakajäämisi 43 juhul.

Patsiente esindavad advokaadid jt juristid esitasid 11, tervishoiuteenuse osutajad 4 ja Terviseamet ühe hinnangutaotluse. Vanglameditsiini kohta esitatud 16 hinnangutaotlusest ühe esitas vangla ja 15 esitasid kinnipeetavad või nende esindajad. Ülejäänud 165 juhul taotlesid hinnangut patsiendid ja/või nende lähedased.

Peale esmakordsete eksperthinnangu taotluste menetleti koosolekul viit teistkordset pöördumist: kolm neist olid tervishoiuteenuse osutajatelt ja kaks patsientidelt, kes ei jäänud TKE hinnanguga rahule ning esitasid uusi asjaolusid ja täiendavaid küsimusi.

Tabel. Tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjonile esitatud kaebuste jaotus erialati 2024. aastal

Eriala	Kaebuste arv
hambaravi	38
peremeditsiin	25
kirurgia kokku, sh üldkirurgia 6, neurokirurgia 5, vaskulaarkirurgia 3, lastekirurgia 3, plastikakirurgia 2, torakaalkirurgia 2, käekirurgia 1, abdominaalkirurgia 1	23
ortopeedia	17
üldarstiabi vanglates	16
sünnitusabi ja günekoloogia, sh günekoloogia 13, sünnitusabi 2, ämmaemandus 1	16
erakorraline meditsiin, sh erakorralise meditsiini osakond 8, kiirabi 5	13
sisehaigused, sh neuroloogia 6, kardioloogia 3, endokrinoloogia 1	10
psühhiaatria	10
õendusabi	6
töötervishoid	4
üldarstiabi	4
uroloogia	3
kõrva-nina-kurguhaigused	3
taastusravi ja füsiaatria	2
nahahaigused	2
laste anestezioloogia ja intensiivravi	2
silmahaigused	1
anestezioloogia	1
radioloogia	1

TKE leidis, et valdaval osal menetletud ravi-juhtumitest vastas tervishoiuteenuse osutamine tervishoiuteenuse korraldamise seaduses sätestatud nõuetele ning nüüdisaja arstiteaduse üldisele tasemele ja põhimõtetele.

Alljärgnevalt on esitatud ülevaade juhtumitest, mille puhul tervishoiuteenus ei vastanud arstiteaduse üldisele tasemele või seda ei osutatud oodatava hoolega. Esitatud juhtumid võiksid olla õpetlikud kõigile tervishoiuteenuse osutajatele ja teistele lugejatele.

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

ERAKORRALINE MEDITSIIN

JUHTUM 1. Lapsel diagnoositi ekslikult kusepõiepõletik

08.10.2023 õhtul hakkas 6 aasta vanusel lapsel pea valutama ja öösel kerkis palavik kuni 39 kraadini. Hommikuks palavik ei alanenud, püsis peavalu, silmad punetasid, vasaku silma laud ja silma ümbrus oli turses ning laps kaebas otsmiku piirkonnas valu. Perearst soovitas seisundit jälgida ja võtta järgmisel päeval ühendust. Kuna peavalu, palavik ja silmaümbruse turse ei vähenenud, viis ema 09.10.2023. aasta õhtul lapse üldhaigla erakorralise meditsiini osakonda (EMO).

EMOs lapsel neuroloogilisi ärajäämanähte ei sedastatud, veres oli kõrgeenenud C-reaktiivse valgu (CRV) tase 106 mg/L ja uriinis leiti erütrotsüüte 50 E6/L. Nende leidude alusel diagnoositi põiepõletikku ja määrati antibakteriaalseks raviks TMP-SMX (sulfametoksasool-trimetoprim) ning laps lubati ambulatoorsele ravile.

Järgmiseks päevaks oli lapse seisund halvenenud, kõik kaebused olid süvenenud, palavik püsis, laps oli oksendanud. Helistati perearstile, kes suunas lapse piirkondlikku haiglasse. Seal konsulteersid last mitme erialaspetsialistid, tehti kompuutertomograafia (KT) ja diagnoositi vasema silma ümbruse põletikku, paremal nina kõrvalkoobaste ning nina-neelupõletikku. 13.10.2023 korrati kompuutertomograafiat, mille käigus tuvastati otsmikupiirkonnas abstsess, mis dreniti. Laps viibis haiglas 10 päeva.

Kokkuvõte

Komisjon jõudis järeldusele, et patsiendi käsitlemisel ei pööratud vajalikku tähelepanu vasakule poole lokaliseerunud otsmikuvalule ja vasaku silma ümbruse tursele. Last ei hospitaliseeritud, ei konsulteeritud lastearstiga ja laps saadeti ambulatoorsele ravile.

JUHTUM 2. Diagnoosimata jäid rangлуу ja roiete murrud

38aastane meespatsient kukkus 28.07.2023. aasta õhtul jalgrattaga sõites. Abikaasa kutsus kiirabi. Kiirabi väitel oli patsient tarvitanud alkoholi, mida patsient ise ka tunnistas. Patsient kirjutas, et kaotas teadvuse ja ei mäletanud toimunut veel järgmiselgi päeval ning et kiirabi käskis tal koju kõndida, kuigi kodu oli 2 km kaugusel. Objektivselt oli näha kuklapiirkonnas väheveritsev 0,3 × 0,3 cm suurune põrutushaav ja vasaku jala suurvarbal küüslüli pindmine haav küünevigastusega. Haavad puhastati ja seoti. Patsient eitas teadvusekaotust ja hingamisraskusi ning ei kaevanud rindkere- ega õlavalu, mistõttu esmasel läbivaatusel rangлуу või roiete murru kahtlust ei tekkinud.

Abikaasa nõudmisel pöördus mees tugevate valude ning liikumispiirangu tõttu keskhaigla EMOSse, kus kaebas valu parema õlaliigese ja rangлуу piirkonnas. Röntgeniülesvõte näitas rangлуу diafüüsi killustunud

murdu ilma olulise lühenemiseta, lisaks diagnoositi peapiirkonna ja mõlema jala varvaste pindmisi vigastusi.

Määrati konservatiivne ravi ja rangлуумurdu ei fikseeritud. EMOs soovitati nädala pärast teha röntgenkontrollülesvõte ning vajaduse korral perearstil taotleda e-konsultatsiooni ortopeedilt.

30.07.2023 pöördus patsient kõrgema etapi haiglasse, kus leiti rangлуу keskmise kolmandiku diafüüsi killustunud murd, nurknihe umbes 13 kraadi, nihke laius kuni 6 mm, ning 3. kuni 6. roide ventraalotste olulise nihkega hulgemurrud. KT-uuring oli patoloogilise leiuta.

04.08.2023 tehti kontrollülesvõte, kus avastati murdunud rangлуу fragmentide sekundaarne nihkumine. Perearst esitas 07.08.2023 e-konsultatsiooni soovi ortopeedile, kes vastas alles 6 tööpäeva hiljem (selgitus: vastus hilines tehnilistel põhjustel). Patsient kutsuti 17.08.2023 haiglasse ning samal päeval tehti killustunud luufragmentide repositsioon ja murdunud luuotste plaatosteosüntees.

Patsient kirjutas, et ei mäleta juhtunut, samas kiirabikaardi andmeil eitas ta teadvuse kaotust. TKE-l pole tagantjärele võimalik selgitada, kas patsient tõesti ei mäletanud juhtunut või ei andnud kiirabile tõeseid ütlusi.

Kokkuvõte

Keskhaigla EMOs jäid diagnoosimata rangлуу ja roiete murrud ning see oli diagnostiline viga. Selgusetuks jääb e-konsultatsiooni vastuse hilinemise tehniline põhjus.

KIIRABI

JUHTUM. Kiirabi ei tõlgendanud õigesti EKG leidu

51 aasta vanusel meespatsiendil tekkis 14.08.2024 õhtul esimest korda elus rindkerevalu ja iiveldus. Valu hindas ta 10pallisel valuskaalal 7-le. Liikudes ja seistes valu vähenes. Järgmisel hommikul jätkunud halva enesetunde tõttu kutsus patsient kiirabi.

Kiirabi saabudes oli patsiendi arteriaalne vererõhk (RR) 210/120 mm Hg. Rindkerevalu oli rohkem paremal ning liigutamisel tugevam ja valu ei kiirgunud. Vererõhu alandamiseks manustati patsiendile labetalooli ja selle tagajärjel RR langes 175/100 mm Hg ning valu vähenes veidi. Tehti südame EKG, milles esines südamelihase isheemiale viitavaid tunnuseid. Patsiendil soovitati jääda koju ja pöörduda perearsti poole või erakorralise meditsiini osakonda, kui enesetunne ei parane. Sama päeva õhtul pöörduski patsient EMOSse, kus tal diagnoositi äge subendokardiaalne müokardiinfarkt.

Kokkuvõte

Kiirabi tegevusjuhiste järgi kuulub rindkerevalu ja haigusliku EKGga patsient hospitaliseerimisele. Juhiste kohaselt peab kiirabiõde või brigaadijuht rindkerevalu korral konsulteerima arstiga, kui valu tekkimise põhjuse suhtes on kahtlusi.

KIRURGIA

JUHTUM 1. Diagnoosimata jäid *os lunatum'i* (kuuluu) luksatsioon ja *os scaphoideum'i* (lodiluu) murd, mille tõttu käevigastuse kirurgiline ravi hilines

21 aasta vanune meespatsient viidi kiirabiga krossirattaga kukkumisel saadud trauma tõttu 11.09.2023 üldhaigla EMOsse, kus tehti röntgenoloogilised uuringud ning diagnoositi vasaku küünarluu tikkeljätke murd. Patsiendile määrati raviks ortoos ja valuvaigistid.

Vasaku randme jätkuva turse ja valu tõttu tellis perearst 09.10.2023 korduva röntgenuuringu, kus tuvastati kuuluu luksatsioon ja lodiluu murd. Patsient suunati uuesti 12.10.2023 EMOsse, kust ta aga enne läbivaatust ise lahkus. 14.10.2023 pöördus patsient piirkondliku haigla EMOsse. 18.10.2023 tehtud operatsioonil paigaldati luksatsioon ja fikseeriti luumurrud kruvidega.

Kokkuvõte

Patsiendil esinesid kuuluu dislokatsioonile viitavad tunnused: tugev valu randmes, paistetud, peopesa ja sõrmede liikuvuse piiratus, tuimus. Arvestades trauma mehhanismi (suhteliselt suure kiirusega krossirattal kallakult alla sõites kukkumine) ja asjaolu, et tikkeljätke murd ei seleta kõiki eelnevalt kirjeldatud sümptomeid, oleks valvearst pidanud kahtlustama ka teisi võimalikke randmevigastusi. EMO valvearst lähtus esmase radiooloogilise uuringu kirjeldusest, mis aga polnud täielik, kuna 11.09.2023 röntgenipildil on kuuluu luksatsioon diagnoositav. Luksatsiooni hilinenud ravi tõttu oli tekkinud *n. medianus'*e kahjustus.

JUHTUM 2. Ägeda apenditsiidi operatsiooni järel tekkis kaks tüsistust: verejooks ussripiku kinnisti veresoonest ja epiduraalkateetri paigaldamise käigus seljaajukelme vigastus

Ema pöördus 13aastase poisslapsena 05.09.2023 kell 09.02 lastehaiglasse, kus teda opereeriti kell 18.20–19.35: põletikus ussripik eemaldati alakõhu parempoolse löike kaudu. Vahetu operatsioonijärgne kulg oli iseärasusteta, kuid 06.09.2023. aasta hommikul oli laps kahvatu ja istuma tulles kollabeerus. Selgus, et ta polnud urineerinud, mistõttu paigaldati kusepõie kateeter – väljus 500 ml kollast uriini. Analüüsides oli tekkinud hemoglobiini taseme langus 159-lt 95-ni ning kell 11.10 diagnoositi ultraheli uuringul kõhukoopasist verejooksu. Kell 13.00 tehtud laparotoomilisel operatsioonil eemaldati 1,7 liitrit verd ja hüübeid kõhukoopast. Operatsioonijärgseks valutustamiseks paigaldati epiduraalkateeter, mille paigaldamise protseduur oli tüsilik – kahtlustati seljaaju kõvakesta vigastust.

Edasi viibis laps III etapi lasteintensiivravi osakonnas. Pärast intubatsioonitoru ekstubatsiooni kaebas ta jalgade nõrkust, parema jala paresteesiat ja tundlikkuse langust.

Epiduraalkateeter eemaldati ja 07.09.2023. aasta magnetresonantstomograafilisel (MRT) uuringul leiti õhku epiduraalruumis ja vähesel määral ka intraduraalselt ning lisaks hajusad muutused seljaajus 9.–11. torakaallüli kõrgusel. Alustati hapnikravi 1 tunni vältel. Järgnevatel päevadel vasema jala osas kaebused taandusid, parema jala jõudluse langus jäi püsima, kuid dünaamikas paranes ka see.

09.09.2023 viidi laps tavapalatisse ja määrati füsioteraapia. Lapse kõnnak oli ebakindel, ta kaebas seismisel pearinglust ja peavalu. 13.09.2023 tehtud korduval MRT-uuringul oli endiselt näha kahte kahjustuskollet 9. torakaalüli ja 10.–11. torakaallüli tasemel – eelneva MRTga võrreldes oli leid muutusteta. 13.09.2023 saadeti laps kodusele ravile ja suunati neuroloogi jälgimisele. Jätkus füsioteraapia, kus 22.09.2023 kirjeldati endiselt parema jala jõudluse langust.

Kokkuvõte

Verejooks tekkis ussripiku kinnisti veresoonest, mis operatsiooni käigus ligeeriti. Verejooksu põhjuseks võib olla ligatuuri mahalibisemine veresoonelt või veresoonest läbilõikamine. Apendektoomiajärgset verejooksu kõhukoopasse esineb alla 1%-l juhtudest, kordusoperatsiooni vajavad neist vaid vähesed haiged.

Epiduraalkateetri paigaldamise protseduuri käigus tekkis seljaajukelme vigastus, mis põhjustas neuroloogilisi tüsistusi. Spinaalruumi sattumist epiduraalruumi kateteriseerimisel on kirjeldatud 0,8%-l juhtudest ja omakorda nendest juhtudest 2%-l tekib neuroloogilisi nähte, mis suure tõenäosusega aja jooksul mööduvad täielikult. Sellise tüsistuse põhjuseks võib olla patsiendi lülisamba anatoomiline eripära.

JUHTUM 3. Kordusvisiidi ajal oleks pidanud tegema röntgenipildi

83aastane naispatsient kukkus ja vigastas paremat rannet 09.11.2022. Patsient pöördus piirkondliku haigla erakorralise meditsiini osakonda, kus röntgenipildi alusel diagnoositi kodarluu killunenud murd koos olulise luufragmentide dislokatsiooniga (dorsaalkaldega 39 kraadi). Murd paigaldati, saavutati luufragmentide rahuldav seis (dorsaakalle 12 kraadi) ja asetati kipslahas.

17.11.2023 kordusvisiitil tehti kipsi vahetus, kuid röntgenuuringut võimaliku sekundaarse dislokatsiooni hindamiseks ei tehtud. 9 kuud hiljem, 2023. aasta augustis tehti käest röntgeniülesvõte, mille andmeil luufragmentid olid kokku kasvanud märkimisväärse dorsaalkaldega.

Patsiendi kordusvisiidil 17.11.2023 oleks tulnud teha kontroll-röntgeniülesvõte ning proovida teha korduspaigaldust ning selle ebaõnnestumisel patsiendile selgitada võimalikke deformatsioonide riske. On võimalik on, et luufragmentid nihkusid pärast kipsi vahetust, kui turse taandus.

Kokkuvõte

Kuigi patsiendi randmevalu põhjuseks ei olnud mitte üksnes trauma tagajärjed, vaid ka väljendunud osteoporoos, oleks kordusvisiidi ajal pidanud tegema röntgenipildi.

JUHTUM 4. Vasaku jala suure varba gangreeni diagnoos ja ravi ei vastanud arstiteaduse üldisele tasemele

69aastane meespatsient pöördus üldhaiglasse, kuna vasaku jala suur varvas oli musta värvi ja leemendas. Objektiivse leiu alusel diagnoositi vasaku jala suure varba gangreeni ning 03.01.2024 tehti vasaku jala suure varba amputatsioon lokaalanesteesias. 10.01.2024 oli haav põletikuline. 16.01.2024 õmblused eemaldati, määrati antibakteriaalne ravi klindamütsiiniga ja valuvaigistina tramadool. Lõpliku diagnoosina vormistati klassifitseerimata gangreen.

Patsient pöördus perearsti saatekirjaga 22.01.2024 teise üldhaigla EMOsse, kus dokumenteeriti järgmist: metatarsaalluu piirkonnas talla all veelduv nekroos, amputatsioonikõnt leemendav, kaetud pruuni koorikuga. Leukotsütoos $13,3 \times 10^9$, CRV 134, kubemes pulsud palpeeritavad, perifeersedal puuduvad. Alajäsemete arterite seisundi hindamiseks tehti kompuutertomograafiline angiograafia: leiti vasaku *a. femoralis superficialis*'e oklusioon 20 cm pikkusel alal, olulised stenoosid *a. poplitea*'s ja säärearterites. Paremal jalal olulised stenoosid *a. femoralis superficialis*'es, *a. poplitea*'s ja säärearterites. Patsient hospitaliseeriti kirurgiaosakonda.

23.01.2024 konsulteeriti piirkondliku haigla veresoonte-kirurgidega, kes leidsid, et labajala säilitamine pole võimalik ja soovitasid amputatsiooni reiest: 24.01.2024 tehti spinaalanesteesias vasaku jala amputatsiooni reiest.

Põhidiagnoos oli ateroskleroosiline gangreen. 30.01.2024 viidi patsient kirurgiaosakonnast üle õendusosakonda.

Kokkuvõte

Esmase arsti tervishoiuteenuse osutamist tõendava dokumendi sissekanne on väga lakooniline – puuduvad anamnees ja angioloogiline staatus, mis oleks andnud viiteid, et tegu on ateroskleroosilise kahjustusega – pulsside puudumine kubemest distaalselal.

Mitteinvasiivsete uuringute/testide tegemine oleks samuti olnud vajalik, et mõista gangreeni tekkepõhjust. Medikamentide tõhusus gangreeni (ateroskleroosi IV staadiumi) korral verevarustuse parandamiseks on vähese tõenduspõhisusega. Amputatsioonijärgse infektsiooni leviku vältimiseks oleks pidanud tegema bakterioloogilise uuringu suure varba eritisest.

Ei saa väita, et patsiendi korrektne käsitus oleks vältinud jala amputatsiooni reiest, kuid see oleks vähendanud patsiendi kannatusi seoses varba amputatsiooniga.

JUHTUM 5. Veenioperatsioonijärgne informeerimine oli ebapiisav

37aastasele meespatsiendile tehti keskhaiglas 26.10.2023 parema jala varikoosi tõttu safenektoomia ja varikektoomia operatsioon üldnarkoosis. Operatsiooni lõpus asetati opereeritud jalale elastiksides ja kaebusteta patsient lubati koju samal päeval. Koju määrati valuvaigistid ja õeldi, et elastiksides tuleb peal hoida 3 päeva. Kodus tekkis opereeritud jalgas tugev valu, mida valuvaigistid ei leevendanud.

28.10.2023 hommikul koju kutsutud kiirabi patsiendi väitel jala seisundit ei hinnanud, ainult süstis valuvaigistit veeni. Jätkuva tugeva valu tõttu pöördus patsient samal päeval EMOsse, kus hinnati, et elastiksides on liiga tugevalt seotud. Sideme lõdvendamisel valu taandus.

30.10.2023 ja 01.11.2023 operatsioonihaava sidumisel perearsti juures olid põlve piirkonnas vesivillid, jalalaba oli turses ja säärel valutas.

03.11.2023 sidumisel perearsti juures oli turse kogu jalgas ja valu sääres ning perearst suunas patsiendi kirurgi vastuvõtule. Samal päeval toimunud vastuvõtul kahtlustas kirurg süvaveeni tromboosi, mille esinemist kinnitas ultraheliuuring (UH). Patsiendile määrati tromboosi ravi.

Kokkuvõte

Pärast veenioperatsiooni asetati opereeritud jalale elastiksides, et vähendada verevalumite teket. Kodus turse arenedes osutus asetatud elastiksideseme surve liiga tugevaks, kuid patsienti polnud informeeritud võimalusest, et ta võib ise sidemeid lõdvendada.

28.10.2023 kutsutud kiirabi samuti sellele võimalusele ei mõelnud, mistõttu pidi patsient pöörduma EMOsse, kus sidemeid lõdvendati ja valud möödusid.

28.10.2023. aasta pöördumisel EMOs oleks võinud kahtlustada süvaveeni tromboosi, ehkki vaevuste lakamine pärast sidemete lõdvendamist ei viita tromboosile ja pole teada, kas sel ajal oli tromb juba tekkinud. Liiga tugevalt seotud elastiksides soodustab trombidete teket, kuid pole tromboosi tekkimise ainufaktor. Tromboos võib kulgeda ka haigustunnusteta ehk asümptomaatiliselt. Pärast veenioperatsiooni esineb seda tüsistust kirjanduse andmetel 0,5–5%-l juhtudest.

JUHTUM 6. Koloskoopilise polüpektoomia järel ei jälgitud patsienti korrektselt

69aastasele meespatsiendile tehti 30.03.2023 keskhaiglas koloskoopia, mille meditsiinilisteks näidustusteks olid väljakujunenud aneemia, korduv positiivne peitvere analüüs ja KT-uuringul leitud kasvajamass sigmasoole ja pärasoole ülemineku kohal. Eelnevalt oli patsient allkirjastanud nõusoleku protseduuri tegemiseks.

Koloskoopia käigus eemaldati kasvajakolle kuuma linguga, süstides eelnevalt polüübi alla metüleensinist. Ekslikult dokumenteeriti polüübi läbimõõduks 5 mm, mis aga ei vasta KT-uuringu kirjeldusele, samuti ei vajaks

5 mm polüüp mitmeosalist eemaldamist. Protseduur kestis 60 minutit, protseduuri lõpus veritsuse tunnused puudusid. Histoloogiliselt oli tegemist tubulovilloosse adenoomiga.

Verejooksu ohu tõttu jäeti patsient haiglasse jälgimisele.

31.03.2024 kell 07.21 on raviarsti sissekanne koju lubamise ja edasise ravi määramise kohta; kõhu seisundi kirjeldust ei ole ning ei tehtud ka vereanalüüse, kuigi 30.03.2024. aasta sissekande järgi oli kavas hemoglobiini dünaamiline jälgimine. Kell 9.28 lubati patsient koju.

Kell 17.42 tehtud kiirabikutse põhjuseks olid umbes 6 tundi tagasi tekkinud hingamisraskus ja nõrkus. Haiglast koju tulles oli patsient ise tuppa kõndinud, kiirabi saabudes ei suutnud diivanilt tõusta. Kell 18.51 saabus patsient piirkondlikku haiglasse: kõhuvalu oli tekkinud praktiliselt kohe pärast 30.03.2024 tehtud protseduuri. Saabudes patsient kõhtu katsuda ei lasknud, kõht oli pinges, soolte kokkutõmbeliigutusi (peristaltikat) ei olnud kuulda. KT-uuringul nähti vaba gaasi ja vedelikku kõhukoopas ning võimalik oli sooleseina defekt rektosigmoidaalpiirkonnas.

5 tundi pärast saabumist patsienti opereeriti: eemaldati kahjustatud sooleosa ja sooleots toodi kõhule stoomina. Makroskoopiliselt sooleseinas defekti ei leitud ning ka patoloogid ei kirjeldanud defekti uuringuks saadetud sooles, vaid nekroosi kogu sooleseina paksuses.

Patsient suri 01.04.2023 kell 11.53, surma põhjuseks oli sigmakäärsoole seina vigastus peritoniidi ja septilise šokiga.

Kokkuvõte

Koloskoopia koos polüpektoomiaga oli meditsiiniliselt näidustatud, kuna patsiendil esines süvenev rauavaegusaneemia, mida põhjustas soolekasvaja veritsus antikoagulantravi foonil.

Patsiendil tekkis tüsistusena polüpektoomiajärgne koagulatsiooni sündroom (*postopolypectomy coagulation syndrome*). See tüsistus tekib tavaliselt kuni 12 tundi pärast polüübi eemaldamist, kuid on kirjeldatud ka kuni 7päevast perioodi sooleseina kahjustuse ja peritoniidi tekkimiseni. Selle tüsistuse esinemissagedus on 0,9–1,1% juhtudest. Tüsistust põhjustab polüübi eemaldamise käigus allesjäänud lihas- ja serooskestas tekkinud termineline kahjustus, mis hiljem perforereerub. Ent infektsioon võib levida soolest kõhukoopasse läbi kahjustatud sooleseina ka ilma nähtava mulgustuseta.

Kuna koloskoopiajärgset kõhuvalu esineb sageli, on tagantjärele võimatu öelda, millal muutus patsiendi seisund kriitiliseks. Haigusloos ei ole dokumenteeritud kõhukoopa seisundi kirjeldust patsiendi koju kirjutamisel. Patsiendi jälgimise puudulikkusele viitab vereanalüüsi mittetegemine 31.03.2024, kuigi 30.03.2024. aasta ravipäeviku sissekande andmeil oli kavas seda teha.

JUHTUM 7. Apendektoomia tüsistusena tekkis haavainfektsioon ja kõhukoopa abstsess

37aastane meespatsient pöördus 19.07.2023 keskhaiгла EMOsse 6 tundi varem tekkinud kõhuvalu tõttu. CRV oli normaalne, Leukotsütoos $12,9 \times 10^9$, esines kerge vasakulenihe (kepptomseid leukotsüüte 82,4%). KT-uuringu alusel diagnoositi ägedat apenditsiiti; vaba vedelikku ega gaasi kõhukoopas ei leitud, ussripiku proksimaalses osas kirjeldati rojakivi ehk koproliiti 0,6 cm läbimõõdus. Samal päeval tehti patsiendile laparoskopiline apendektoomia: ussripiku ümbruses kirjeldati mädast-fekaalset eritist. Ussripik eraldati soolestikust klipside vahelt, *a. apendicularis* klipsiti, ussripik asetati plastikkotti ja väljutati kõhukoopast – s.o tavalise laparoskopilise apendektoomia kirjeldus. Histoloogiliselt oli tegemist mädase apenditsiidiga.

30.07.2023 pöördus patsient sama haigla EMOsse palaviku ja valuga naba kohal asuvas operatsioonihaavas. Vereanalüüsis oli CRV 112, leukotsütoos $12,7 \times 10^9$. Haava mädakolle avati ja puhastati. Külvis kasvas *Streptococcus constellatus*, mis on tundlik penitsilliinirea antibiootikumide suhtes, kuid resistentne klindamütsiini suhtes. Määrati amoksitsilliin-klavulaanhape (875 mg / 125 mg). Järgmistel päevadel käis patsient haava sidumas ja haav paranes. Diagnoosiks oli kerenaha mädanik.

29.09.2023 pöördus patsient uuesti EMOsse ühe nädala kestnud alakõhuvalu tõttu. KT-uuringul leiti abstsess *excavatio rectovesicalis*'es. Abstsessikoopas kirjeldati klipsi ja koproliiti, mis sarnanes enne operatsiooni kirjeldatud koproliidiga ussripikus. Patsient hospitaliseeriti.

Abstsessi ohutut drenimist ei peetud võimalikuks, mistõttu alustati antibakteriaalset ravi tsefatoksiimimetronidasooliga, hiljem ertapeneemiga veenisisesi. Haigusnähud taandusid, CRV tase langes 146-lt 56-le. 05.10.2023 lubati patsient koju. 01.11.2023 mõõdetud CRV oli 1.

27.11.2023 pöördus patsient erakliinikusse 3 päeva kestnud kõhuvalu tõttu. CRV oli 167 ja telliti MRT-uuring, mis toimus 29.11.2023: diagnoositi väikse vaagna abstsessi retsidiivi, milles esinesid eelkirjeldatud koproliit ja metallklips.

Patsient viibis 01.–06.12.2023 haiglaravil piirkondlikus haiglas. Alustati antibakteriaalset ravi amoksitsilliini-klavulaanhappega ja püüti abstsessikoobast ultraheli (UH) kontrolli all drenida, mis aga ei õnnestunud. 05.12.2023 tehtud KT-uuringul oli abstsessikoobas kadunud – tõenäoliselt murdunud soolde, koproliit ja metallklips olid alles.

18.12.2023 eemaldati koproliit kõhukoopast laparoskopiliselt, metallklipsi eemaldada ei õnnestunud. Koproliidi külvis kasvasid *Escherichia coli* ja *Bacteroides fragilis*.

18.01.2024 järelkontrollis oli patsient paranenud.

Kokkuvõte

Laparoskopiline apendektoomia oli patsiendile meditsiiniliselt näidustatud.

Koproliit paiknes kirjelduse järgi ussripiku proksi- maalses osas ja jäi ilmselt kahe klipsi vahele, mille vahelt ussripik umbsoolest eraldatakse. Ussripiku kotti asetamise ajal võis see märkamatuult kõhukoopasse sattuda kas ussripiku või umbsoole poolsest ussripiku kõndist. 10 päeva hiljem tekkis patsiendil haavainfektsioon, mida käsitleti kõigi reeglite järgi: mädakolle avati, võeti bakterioloogiline analüüs, määrati antibakteriaalne ravi ning patsient paranes.

Kaks kuud pärast operatsiooni tekkis patsiendil kõhukoopa abstsess väikses vaagnas, mida raviti ilma operatsioonita ehk konservatiivselt. Kuna esialgne ravitulemus oli hea, tuleb seda ravitaktikat pidada õigustatuks, vaatamata sellele et hilisem retsidiiv nõudis kirurgilist sekkumist.

Nõustuda ei saa haigusloos dokumenteeritud diagnoosiga. Operatsioonijärgset haavainfektsiooni ei tule Eestis kodeerida mitte rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni koodiga L02 (nahamädanik), vaid kasutama peab koodi T81.4 (operatsioonijärgne infektsioon). Samuti pole korrektne, et ühes dokumendis on kirjeldatud laparoskopilise apendektoomia toimumist kolmel erineval päeval.

JUHTUM 8. Esmasel läbivaatusel ei diagnoositud pindluu ülemise otsa murdu – Maisonneuve tüüpi vigastust

67aastane meespatsient kukkus 01.01.2024 libedal konarlikul teel ja vigastas vasakut jalga. Patsient viidi kiirabiga üldhaigla EMOSse, kus diagnoositi vasaku lateraalse malleooli murd. Määrati konservatiivne ravi: jalale asetatud kipslahas vähemalt 4 nädalaks. Järelekontrolli suunati patsient kirurgiakabinetti.

Kirurgiakabinetis 08.01.2024 järelkontrollil tehtud hüppeliigese röntgeniülesvõtte kirjeldus: vasaku hüppeliigese lateraalse pekse nihketa murd. Vasaku sääreluu tagaserva vähese nihkumisega murd. Hüppeliigese pilu mediaalsel laiem. Raviks asetati uus U-kujuline kipslongett.

Teisel kontrollil tehtud uuel röntgeniülesvõttel diagnoositi lisaks eelnevale leiule ka pindluu proksi- maalse otsa dislokatsioonita murd ning patsient suunati piirkondlikku haiglasse operatiivsele ravile. 19.01.2024 tehtud operatsioonil luumurd reponeeriti ning sääreluu ja pindluu ühendati kahe kruviga.

Kokkuvõte

Patsiendil oli tekkinud harva esinev hüppeliigese ja säärepiirkonna vigastus – Maisonneuve tüüpi vigastus. Selle vigastuse käigus tekib lisaks hüppeliigese piirkonna vigastusele ja esialgu suhteliselt tagasihoidlikuna tunduva nihke juures ka pindluu murd selle ülemises osas põlveliigese lähedal. See murd jäi esialgu diagnoosimata. Nimetatud vigastus seisneb (selle tekkimist põhjustab) lisaks hüppeliigese peksete murdudele ja/või sidemete rebenditele kogu sääreluu ja pindluu ühendava membraani rebendis, mis muudab kogu

hüppeliigese ning sääreluu ja pindluu ühendava kompleksi äärmiselt ebastabiilseks ja paranemise pikaajaliseks.

JUHTUM 9. Diagnoosimata jäi IV sõrme keskmise lüli murd

66aastane naispatsient kukkus 26.05.2024 paremale käele ja vigastas IV sõrme. Järgmisel päeval pöördus ta perearsti vastuvõtule ning sealt suunati ta keskhaiglasse parema käe IV sõrmest röntgeniülesvõtte tegema. Radioloog kirjeldas 27.05.2024 tehtud ülesvõtet: „Murrujoont ega dislokatsiooni ei erista“.

29.05.2024 pöördus patsient sama haigla erakorralise meditsiini keskusesse, kus triaazüüdi leidis röntgeniülesvõtte kirjelduse alusel, et patsiendi seisund ei vaja erakorralist abi.

Patsient pöördus 07.06.2024 erakliiniku tasulisele vastuvõtule, kus tehtud uuel röntgeniülesvõttel oli IV sõrme keskmise lüli nihketa (dislokatsioonita) murd juba selgelt nähtav, kuna selleks ajaks oli murrujoon natuke laienuud ning paranemise käigus oli lisandunud kallus. Tegelikult on murrujoon eristatav ka 26.05.2024 tehtud ülesvõttel.

Kokkuvõte

Patsiendi sõrmetrauma käsitlemisel tehti diagnostiline viga: esimesel 27.05.2024. aasta röntgeniülesvõttel jäi diagnoosimata IV sõrme keskmise lüli murd.

SÜNNITUSABI JA GÜNEKOLOOGIA

JUHTUM 1. Hemogrammi tegemiseks ei võetud analüüsi nõuetekohaselt, mis põhjustas täiendavaid kulutusi ja psüühilist läbielamist

46aastane naine käis 19.05.2023 kliinikus günekoloogilisel kontrollil ja soovis täiendavalt anda vereproovi, mille eest tasus 57 eurot. Patsiendi sõnul jäi arstiga kokkulepe, et patsiendile helistatakse, kui vereanalüüsi tulemused on teada.

25.05.2023 teatas arst telefonitsi patsiendile, et vereproovi näidud on väga halvad ja kohe samal päeval tuleks minna oma perearsti juurde. Patsient pöördus oma elukohas Soomes 26.05.2023 arsti vastuvõtule. Nii samal päeval kui ka 29.05.2023 tehtud analüüsides kõrvalekaldeid ei ilmnenud.

Pärast kordusanalüüsi tulemuse teadasaamist 26.05.2023 helistas patsient selgituste saamiseks kliiniku infotelefonile, kust teda suunati suhtlema protseduuriõega, kes omakorda soovitas võtta ühendust laboriga, kus analüüs tehti. Järgnevatel päevadel oli patsient korduvalt telefoniühenduses mõlema asutusega. 28.05.2023 tagastas analüüse tellinud kliinik patsiendile 25 eurot.

Patsient palus hüvitada talle kogu tegemata jätmisest ja ebakvaliteetse teenuse osutamisest tekkinud kahju – kõikide analüüsides ning lisavisiitide maksumus,

saamata jäänud töötasu, telefonikõnede kulu – ning lisaks maksta moraalset hüvitist, kokku 507 euro ulatuses. Kliinik aga leidis, et õigustatud on üksnes ebaõnnestunud analüüside (hemogramm ja vereäige mikroskoopia) maksumuse korvamine.

Analüüse võtnud asutuse seletuskirjast selgub, et labor teatas, et katsuti oli „alataidetud, kuid piisavalt täidetud, et kasutada verd mitmekordseks automaatsanalüüsiks ja vereäige tegemiseks“.

Kokkuvõte

19.05.2023 võetud vereanalüüsis esines kõigi vere vormelementide väga madal kontsentratsioon. TKE peab tõenäoliseks, et analüüs, mis saadeti laborisse hemogrammi tegemiseks, ei olnud nõuetekohaselt kogutud ning seetõttu saadi laboris tegelikkusele mittevastav tulemus. Juhtunu põhjustas patsiendile täiendavaid kulutusi ja psüühilist läbielamist.

JUHTUM 2. Arst ei kontrollinud enne kunstliku viljastamise protseduuri planeerimist nõustamise läbimist

38aastane naispatsient pöördus keskhaigla naistekliiniku viljatusravikeskusesse sooviga läbida kunstlik viljastamine doonori seemnerakkudega. Arst määras patsiendile munasarjade stimulatsiooniks letrosooli kuuri, täpsustas ultraheliuuringul intrauteriinne inseminatsiooni (IUI) protseduuri ajaks 12.01.2024 ja kirjutas ette süstida 10.01.2024 ovulatsiooni induktsiooniks 1 doos alfakooriongonadotropiini. Lisaks pidi patsient saatma 11. jaanuariks meiliaadressile valitud doonori koodi, mida ta ka tegi.

12.01.2024 protseduurile tulles selgus, et protseduuri teeb teine arst, kes ütles patsiendile, et IUI protseduuri ei ole võimalik läbi viia, sest patsiendil on läbimata kunstliku viljastamise eelne nõustamine ning patsient ei ole käinud kliinilise psühholoogi vastuvõtul.

Patsient ei olnud rahul, et kuigi ta tegi enda poolt kõik, mis nõutud, ning koges letrosooli võtmise ajal kõrvalnähte (krambilaadne kehajäikus, pearinglus, iiveldus) ja pani oma keha potentsiaalsete kõrvalmõjude riski alla (nt munasarjade hüperstimulatsiooni sündroom), jäeti protseduur haigla süül tegemata. Patsient heidab ette, et protseduuri ärajäämise tõttu kaotas ta konkreetses tsüklis ettevalmistatud munarakud.

Kokkuvõte

Kunstliku viljastamise ja embrüokaitse seaduse kohaselt peab kunstlikku viljastamist soovivat naist vähemalt kuu aega enne protseduuri nõustama kunstliku viljastamise olemuse suhtes ning nõustamise kohta tuleb koostada vormikohane protokoll. Kliinilise psühholoogi poolne patsiendi nõustamine on soovitatav, kuid mitte kohustuslik. Arst ei kontrollinud enne kunstliku viljastamise protseduuri planeerimist, kas patsient on nõustamise läbinud.

Kuigi protseduuri ettevalmistamisel kasutatud ravimid (letrosool, alfakooriongonadotropiin) ei tee tervisele kahju, kuna nende toimel esile kutsutav 1–2 folliikuli kasv ja ovuleerimine ei erine füsioloogilistest protsessidest, võivad raviga siiski kaasneda kõrvaltoimed, mis põhjustavad patsiendile erineva raskusastmega vaevusi.

JUHTUM 3. Laparoskoopilise subtotaalse hüsterektoomia ja salpingektoomia käigus tekkis operatsioonitüsistus – peensoole vigastus

49aastasele naispatsiendile tehti keskhaiglas 20.03.2024 suure müoomisõlme ja vererohkete aneemiasse viivate menstruatsioonide tõttu emakakeha ja munajuhade eemaldamine (laparoskoopiline subtotaalne hüsterektoomia ja salpingektoomia).

Operatsioon tüsistus peensoole vigastuse ja sellest tulenenud peritoniidiga, mistõttu tehti samas haiglas 20.03.2024 korduv operatsioon: soolevigastuse üleõmblemine.

Operatsioonijärgne periood kulges tüsilikult: pikemat aega püsisid kõrged põletiknäitajad, lisandusid perifeersed tursed ja mõlemapoolne pleuraefusioon, mis vajas mõlema pleuraõõne dreenimist. Patsient lubati koju 15. operatsioonijärgsel päeval.

Kokkuvõte

Enne operatsiooni oli patsiendile selgitatud operatsiooni võimalikke riske, muu hulgas soole vigastuse võimalikkust, mille kohta patsient oli enne operatsiooni allkirjastanud vastava nõustamisvormi. Operatsiooniprotokolli andmeil ei esinenud operatsiooni kulus kõrvalkaldeid. Tõenäoliselt tekkis peensoole vigastus kas Veressi nõela või troakaari kõhuõõnde sisestamisel. Kõhuõõne revisjonil operatsiooni lõpus soolevigastust kahjuks ei märgatud.

Soolevigastuse varajane diagnoosimata jäämine on võimalik, sest sellega ei kaasne alati koheseid ilminguid (verejooksu, soolesisu leket). Kirjeldatud juhul oli vigastus nii väike, et selle leidmine hilisemal laparotoomilisel operatsioonil õnnestus alles pärast korduvaid soolestiku revisjone.

JUHTUM 4. Üldhaigla sünnitusosakonnas puudus hästi toimiv süsteem erakorraliste olukordade lahendamiseks

Tegemist oli 34aastase naise teise raseduse ja esimese sünnitusega. Raseduse suuruses 39⁺⁵ nädalat puhkes patsiendil 25.05.2024 kl 01.30 selge lootevesi ja ta pöördus üldhaigla sünnitusosakonda kl 03.30. Ema ja loote elulised näitajad olid normis ja patsient lubati koju.

Samal päeval kl 10.00 tuli patsient uuesti kontrolli; sünnitustegevus oli latentses faasis, emaka kokkutõmbed ebaregulaarsed, loode aktiivne.

Kl 10.16 hinnati kardiotokogrammi – loote südametegevus oli regulaarne, emaka kokkutõmbed 8 minuti järel ja patsient tunnetas neid vähe.

Kl 10.57 teavitas ämmaemand naistearsti, kes palus teha vaginaalse läbivaatuse emakakaela seisundi hindamiseks. Emakakael ei olnud Bishopi skaala põhjal hinnates sünnituseks küps (4–5 palli). Lootevett nähtavalt ei eritunud.

Kl 11.16 informeeris ämmaemand emakakaela leiust naistearsti, kes pakkus patsiendile võimaluse minna koju tingimusel, et tuleb tagasi kardiotokograafiat (KTG) tegema kl 16–17 paiku või varem, kui sünnitustegevus muutub regulaarseks. Patsiendil soovitati jälgida enesetunnet, loote liigutusi, veritsust ja mõõta 2–3 tunni tagant kehatemperatuuri. Patsient oli plaaniga nõus.

Patsient naasis kl 16.30 haiglasse 8–9 minuti tagant korduvate emaka kokkutõmmetega. Emakakaelas ei olnud toimunud olulisi muutusi, eritus selget lootevett, loote seisund oli KTG alusel hinnates hea. Loode oli peaseisus.

Tehti sünnituse konservatiivse juhtimise plaan ja alustati profülaktilist antibakteriaalset ravi penitsilliiniga. Kl 00.45 oli emakakael avatud 3 cm, loote pea –2 tasapinnas.

Sünnitustegevus ajapikku aktiveerus, 26.05.2024 kl 02.00 oli emaka kokkutõmmete sagedus 4–5 minutit. Hommikuks (kl 07.45) muutus sünnitustegevus siiski loiumaks, emakakaela avanemist ega loote pea edasinihkimist ei olnud toimunud. Sünnitustegevuse nõrkuse tõttu alustati stimulatsiooni oksütotsiiniga pideva KTG-monitooringu taustal.

Kl 12.00–12.58 esinesid KTG-l kuni 90 sekundit kestvad bradükardia episoodid. Jätkus tilkinfusioon ja jälgimine.

26.05.2024 kl 13.28 olid emaka kontraktsioonid 2–3 min vahega, emakakael avatud 9 cm, serv tunda paremal pool ja taga, lootepea asus –2 tasapinnas.

26.05.2024 kl 14.28 oli emakakael täisavatud, loote pea +1 tasapinnas. Naine pressis, kuid emaka kontraktsioone ei tundnud. KTG-l esinesid detseleratsioonid kuni 90 1/min.

Kl 14.58 nähti loote peal muhku. Pea oli laskunud +2 tasapinda. Valvegünekoloog otsustas teha loote vaakumekstraktsiooni. Emaka kokkutõmbeid ei olnud, naine pressis, kuid ebaefektiivselt. Vaakumotsik irdus korduvalt ja asetati uuesti ning tehti episiotomia.

Kl 15.08 esinesid KTG-l korduvad hilised detseleratsioonid langusega kuni 72 1/min.

Kl 15.20 sündis ajaline poeglaps kaaluga 3500 g, Apgari hinded olid 3/3/4. Esimesel eluminutil hingamistegevus ei vallandunud, südametegevus oli bradükardiline. Alustati ventilatsiooni Neopuffiga ja kaudset südamemassaaži. Laps sündis sügavas asfüksias ja kl 15.22 kutsuti piirkondlikust haiglast välja brigaad. Kl 15.29 anti laps üle valveanestesioloogile. Sünnitaja verekaotust hinnati 1000 ml-le.

Kl 17.30 pärast episiotomia haava õmblemist kaebas patsient õhupuudust, tasakaaluhäireid; pulss 135 1/min, RR 106/56 mm Hg. Ultraheliuuringul kõhukoopas vaba vedelikku ei olnud, tupest verd ei eritunud. Anesteesio-

loogi korraldusel manustati kaks doosi 0-negatiivset erütrotsüütide suspensiooni, mispeale seisund stabiliseerus.

Kokkuvõte

Plaan juhtida sünnitust konservatiivselt (suunaga sünnitusele loomulikke teid pidi) oli asjakohane. Sünnitajat vaadati vaginaalselt 26.05.2024 kl 00.45 ja seejärel kell 08.00. Normaalse sünnituse käsitlemise juhendi kohaselt tuleb avanemisperioodi aktiivses faasis vaginaalset läbivaatust teha vähemalt 4 tunni tagant. Esimese läbivaatuse ajal ei olnud sünnitaja küll aktiivsesse faasi jõudnud (emakakaela avatus oli 3 cm), kuid kirjeldatud sünnitustegevuse taustal eeldanuks seda hiljemalt 1 tund hiljem. Seega ei vastanud sünnitaja jälgimine juhendis soovitatule.

Sünnitustegevuse stimuleerimise otsus oli õige, ehkki hilinenud. Haigusloo sissekannetest lähtuvalt esinesid loote distressi nähud (hilisdetseleratsioonid); otsus sünnitus vaakumekstraktsiooniga lõpetada tehti põhjendatult ja õigeaegselt. Vaakumsünnitus kulges vaevaliselt ja laps sündis raskes asfüksias.

Sünnitusel osalenud töötajate seletuskirjades kajastub puudulik meeskonnatöö ning kriitiliste teadmiste ja oskuste ebapiisavus.

PEREARST

JUHTUM 1. Hodgkini lümfoomi diagnoos hilines

39aastane naispatsient pöördus 2023. aasta jooksul perearsti vastuvõtule mitmeid kordi erinevate kehaliste vaevustega.

27.02.2023 oli tegemist telefoni teel konsulteerimisega: patsiendi põhikaebusteks olid südamekloppimine, valu rindkeres ja hingamisraskus ning kodus käinud kiirabi oli tuvastanud südame löögisageduse 160–200 korda minutis. Sellest lähtuvalt kahtlustas perearst patsiendil südamehaiguse esinemist ning konsulteeris kardioloogiga, et selgitada välja võimalik rütmihäirete põhjus.

Digiloo andmeil pöördus patsient teist korda 2023. aasta jooksul perearsti poole 28.07.2023 ehk 5 kuud hiljem. Põhikaebustena on kirjeldatud tugevat nõrkust, köha ja peavalu. Perearst suunas patsiendi kohe röntgenuuringule, mis tehti 30.07.2023. Uuringul selgus, et kopsus on haiguslik (patoloogiline) leid, mis vajab edasist täpsustamist kompuuteruuringul. Vereanalüüsides leiti vähene hemoglobiini taseme langus (114 g/l).

Perearsti eksimuse tõttu, mida ta ka ise tunnistab, teatas ta patsiendile, et kopsu röntgenuuringu leid on normis. Patsient tuvastas ise, et tegemist oli valeinfoga ning teavitas sellest pereõde 16.08.2023.

Samal päeval tegi perearst, kes asendas patsiendi perearsti puhkuse ajal, e-konsultatsiooni pulmonoloogiga. Patsient kutsuti pulmonoloogi vastuvõtule ja tehti kompuuteruuring 26.08.2023. Uuringul selgus, et tegemist on pahaloomulise protsessiga: nodulaarse

skleroosiga klassikalise Hodgkini lümfoomiga (IV staadium). Patsient hakkas saama ravi piirkondlikus haiglas.

Kokkuvõte

Hodgkini lümfoomi diagnoos hilines, sest esmasel pöördumisel 2023. aasta veebruaris viitasid patsiendi kaebused võimalikule südame rütmihäirele, mistõttu perearst suunas patsiendi kardioloogi vastuvõtule. Samal ajal oli patsient jälgimisel rasedusega, mistõttu oleksid rasedust jälgivad erialaspetsialistid samuti võinud pöörata rohkem tähelepanu patsiendi kaebustele. Hingamisraskused ja valu rindkeres võivad esineda ka mediastiinumis asetseva tuumori puhul, kuid et lümfoom on harva esinev haigus ning patsiendi kaebused sellele selgelt ei viidanud, perearst seda esmalt ei kahtlustanud. Viis kuud hiljem toimunud teisel visiidil oli juba alust kahtlustada võimalikku kopsupatoloogiat, sest patsient kaebas köha, üldist jõuetust ja halba enesetunnet ning perearst suunas patsiendi kohe kopsu-uuringule, kus selgus, et tegemist Hodgkini lümfoomiga (IV staadium).

JUHTUM 2. Perearst ei teinud astma diagnoosi täpsustamiseks vajalikke uuringuid

32aastane naispatsient pöördus 01.12.2023 pereõe vastuvõtule ägeda hingamisteede põletiku sümptomitega (haigestus 28.11.2023). Õde andis soovitusel sümptomaatiliseks raviks ja palus sümptomite ägenemisel uuesti ühendust võtta.

04.12.2023 võttis patsient pereõega uuesti ühendust ning ta saadeti kopsu röntgenuuringule ja vereanalüüsi andma. Analüüsitulemuste põhjal käsitleti haigust kui hingamisteede viiruslikku põletikku.

Ilmselt oligi patsiendil tegemist viirusliku kopsupõletikuga, kuna vereanalüüsis polnud viiteid bakteriaalsele põletikule (CRV 3,93 mg/l (normis), leukotsüüte, 3×10^9) ning ka patsiendi kaebused (kurguvalu, nohu, hääle kähedus) viitasid viirusinfektsioonile. Samuti olid hiljem erakliinikus tehtud kopsuklamüüdia ja mükoplasma analüüsid negatiivsed. Seega perearst ei eksinud, jättes määramata antibiootikumravi. Perearstikeskus informeeris patsienti, et tegemist võib olla viiruse foonil astma ägenemisega, ja soovitas kasutada salbutamooli. Salbutamooli oli patsiendile astma kahtluse tõttu sama perearstikeskus ka varem välja kirjutanud.

Erakliinikus diagnoositi patsiendil kopsupõletik ja segatüüpi astma ning astma püsiraviks määrati seretiid.

Kokkuvõte

Patsiendi elukvaliteedi halvenemise ja ebamugavate kopsuprobleemide põhjuseks polnud tõenäoliselt viirusliku kopsupõletiku antibiootikumravita jätmine, vaid patsiendil esineva astma ägenemine. Perearst on patsiendile salbutamooli retsepte väljastanud 2019., 2021. ja 2022. aastal diagnoosiga „täpsustamata ülemiste hingamisteede haigus“ (J39.9).

JUHTUM 3. Perearst diagnoosis stenokardiat, vaatamata sellele et kardioloog seda ei kinnitanud

69aastane naispatsient esitas pretensiooni talle pandud vale diagnoosi kohta. Tegemist on stenokardia diagnoosiga (I20), mis esineb ambulatoorsetes epikriisides ja kajastub terviseportaalis alates 30.11.2011. Patsient peab selle diagnoosi esinemist terviseportaalis potentsiaalseks ohuks oma elule ja tervisele, kuna lähtuvalt diagnoosist määratakse talle ravimeid ja antakse soovitusi.

Patsient lisab, et arstlikku tervishoiuteenust selle vale diagnoosi panemisel talle ei osutatudki. Kuna tal esineva kõrgvererõhktõve ravimeid pikendati tavapäraselt telefoni teel, arvab patsient, et vale diagnoos sattus ambulatoorsesse epikriisi näpuveana kogemata. Diagnoosi panemise hetkel ei käinud patsient vastuvõtul ning talle ei olnud tehtud analüüse ja uuringuid, mis seda diagnoosi kinnitaksid.

Hüpertooniatõve diagnoosi pani kardioloog siis, kui tehti korduvad kardiogrammid (21.07.2011, 20.10.2011 jne), koormustest südamele koormusrajal (16.11.2011), ehhokardiograafia (15.11.2011, diagnoos: *hypertensio arterialis*). Kardioloogiakeskuses tehti ka vererõhu Holteri monitooring (04.08.2011) ning 01.12.2011 kardioloogi juures visiidil sai patsient nende uuringute põhjal teada, et ta süda on korras, aort on korras, klappidel midagi viga ei ole, orgaanilisi muutusi pole, süda on orgaaniliselt terve.

Samal aastal, mõned nädalad pärast kardioloogi vastuvõttu, pani perearst patsiendile siiski stenokardia diagnoosi, mis on kordunud ambulatoorsetes epikriisides kuni 2014. aasta lõpuni.

Perearst kirjutas oma selgituses, et 14.12.2010 telefonikonsultatsioonil kurtis patsient tugevaid valusid südames mitme päeva jooksul, mistõttu tal soovitati ebastabiilse stenokardia kahtluse tõttu pöörduda EMOsse. Kuna patsiendil esineb mitu riskitegurit (düslipideemia, ülekaalulisus, rohke suitsetamine), pani perearst stenokardia diagnoosi, arvestades patsiendi südamepiirkonna valukaebusi ning seda, et EKGs ei pruugi isheemiline leid kajastuda. Samuti pole patsient üle 5 aasta käinud perearstikeskuses kontaktvastuvõtul, vaid soovib retsepte pikendada telefoni teel. Kolesteroolisisaldust langetavat ravi patsient tarvitada ei soovi. Perearsti sõnul on ta arstina halvas seisus, sest kui patsient helistab retsepti pikendamise sooviga, ei saa ta jätta retsepti pikendamata, kuid et patsient keeldub aastaid vastuvõtule tulemast, ei saa arst olla kindel, et patsient saab kõige paremat ravi.

Kokkuvõte

Kardioloogi 2011. aasta uuringute tulemused ei kinnitanud patsiendil perearsti kahtlustatud stenokardia (südame isheemiatõve) esinemist, vaid kardioloog diagnoosis kõrgvererõhktõbe. Hiljem pole patsient stenokardiale viitavate kaebustega pöördunud ei

kardioloogi ega perearsti poole. Patsient laseb küll pidevalt pikendada hüpertooniatõve raviks määratud metoprolooli retsepti, tervisekaardil ei ole aga kordagi kirjeldatud ühegi tervisekaebuse esinemist.

JUHTUM 4. Posttraumaatilise stressihäire diagnoos pole objektiivselt tõestatud tervishoiuteenuse osutamist tõendavates dokumentides

29aastane naispatsient pöördus perearsti poole hingamistakistustega 2022. aasta lõpus. Hiljem avastas patsient juhuslikult, et perearst oli pannud talle diagnoosiks posttraumaatilise stressihäire (PTSH), kuigi selleks vajalikku diagnostikat ei tehtud. Arst patsienti diagnoosist ei teavitanud ja ei määranud PTSH-le ka mingit ravi. Patsiendi tervisekaardil perearsti dokumenteeritud andmed ja hiljem psühhiaatri antud vaimse tervise seisundi hinnang ei võimalda diagnoosida patsiendil posttraumaatilist stressihäiret. Perearst ei ole oma epikriisis kirjeldanud ühtki sellele diagnoosile viitavat kriteeriumi.

Kokkuvõte

Komisjon otsustas, et posttraumaatilise stressihäire diagnoos tuleb patsiendi tervisekaardilt ja tervise infosüsteemist eemaldada või veenvalt põhjendada diagnoosi vastavust diagnostilistele kriteeriumitele.

PSÜHHIAATRIA

JUHTUM. Patsiendile osutatud tervishoiuteenus ei vastanud arstiteaduse üldisele tasemele ja seda ei osutatud oodatava hoolega

Patsient kaebas, et talle määratud bipolaarse häire diagnoos on vale, ning soovis selle kustutamist terviseportaalist. 35aastane naine pöördus 2024. aasta suvel psühhiaatri vastuvõtule. Tervisekaardilt ei selgu, mis kaebustega patsient psühhiaatri poole pöördus, kuna psühhiaater ei ole kaebusi dokumenteerinud. Tervisekaardil on anamnestiliste andmetena märgitud, et on olnud korduvaid depressiooniepisoode, mille puhul on määratud antidepressandid.

Objektiivset psühhilist seisundit on kirjeldatud järgmiselt: „Teadvusel. Kõne on sidus ja selge. Orienteerub ajas, kohas, enda isikus, situatsioonis. luulu ega meelepetteid ei esita. Meeleolu normnivool. Uni katkemiste ja veidrate tundmustega. *Mood Check* 15 palli, aga mina leiaksin teda hinnates kergesti 19 palli! Tsükliline endogeenne meeleoluhäire. Bipolaar II jaoks veidi ebatüüpiline, siiski ma selle dgn kirjutan“.

Tervisekaardil on ravi kohta kirjutatud tekst, mille kohati puudub igasugune seos konkreetse patsiendiga või on seda seost väga keeruline tabada. Määratud ravimite tarvitamise juhend on tervisekaardil kirjas, samuti eesmärgid, miks need ravimid on valitud. Samas ei nähtu objektiivse seisundi kirjeldusest ühtegi sellist sümptomit, millega ravimi määramist ja eesmärki on põhjendatud.

Digiloost nähtub, et patsiendile on aastatel 2017–2018 perearst depressiooni näidustusel välja kirjutanud antidepressanti (estsitalopraam). Terviseinfost ei nähtu, milline oli ravimi toime. 2023. aasta veebruaris on patsient pöördunud perearsti poole, kaevates stressirohket perioodi, halba meeleolu ning suhteprobleeme. Perearst on andnud suunamiskirja individuaalsesse psühhoterapiasse.

2024. aasta jaanuaris on patsiendile kutsutud kiirabi, kuna teataja andmetel ähvardas ta veene lõigata. Kiirabi tuvastas, et patsient oli aruselge, tal oli olnud vaidlus elukaaslasega, kuid patsient ei plaaninud endale viga teha ning meditsiinilise sekkumine ei olnud vajalik.

Patsient on pöördunud korduvalt perearsti poole kõhuvalu kaebustega, on tehtud analüüse, millest on ilmnenu maksaaensüümide tõus, ja ultraheliuuringuid, kus on kirjeldatud maksa rasvdüstroofiat. Vereanalüüsides on viimase 2 aasta jooksul olnud B₁₂-vitamiini tasemed madalad, ravisoovitusi või täpsemat diagnostikat digiloost ei nähtu. Vastuvõtu sissekandes psühhiaater digiloos olemas olnud varasemaid andmeid analüüsinud ei ole.

Kokkuvõte

TKE jõudis seisukohale, et psühhiaatri koostatud vastuvõtu sissekandes puuduvad andmed ja põhjendused, mis võimaldaksid kinnitada või ümber lükata bipolaarse meeleoluhäire või ükskõik millise muu psüühikahäire esinemist. Diagnoosi püstitamine eeldab psüühikahäire diagnostilistele kriteeriumitele vastamist. Psüühikahäirete diagnoosimisel võib esineda olukordi, kus erinevad arstid tõlgendavad kliinilist pilti erinevalt, kuid need sümptomid, millega diagnoosi põhjendatakse, peavad olema ravidokumentides kirjeldatud.

Kliinilises ravitegevuses kasutatakse erinevaid psühhomeetrilisi skaalasiid (käesoleval juhul *Mood Check*), kuid need on abistavad, mitte üks ühele diagnoosi kinnitavad vahendid. Diagnostiliste abivahendite kasutamisel tuleb saadud informatsiooni analüüsida koostoimes patsiendi psüühilise arengu, isiksuseomaduste, elukäigu, objektiivse kehalise ja psüühilise seisundi ning kaebuste dünaamikaga. Arsti sissekandest ei ilmne, et psühhiaater oleks vajalikku andmestikku arvestanud või olemasoleva terviseinfoga tutvunud (nt on käsitlemata varasemad kaebused vaimse tervise kohta ja tervisele olemasolevad viited võimalikule B₁₂-vitamiini defitsiidile, mis võib mõjutada ka psüühikahäire sümptomite esinemist).

KARDIOLOOGIA

JUHTUM. Tervishoiuteenuse osutamist tõendavates dokumentides pole kirjeldatud fikseerimise põhjused

85aastasel naispatsiendil tekkis 28.06.2024 hommikul suruv tunne rinnus ja valu vasakul rindkeres, nitrogütseriini oli abi lühikest aega. Kiirabi viis ta keskhaiglasse.

Tehtud uuringute, analüüside ja anamneesi alusel diagnoositi patsiendil muud vedelike, elektrolüütide ja happe-leelise tasakaalu häired. Tüsistused ja kaasuvad haigused olid kongestiivne südamepuudulikkus; varasem läbipõetud müokardiinfarkt; dilateeruv kardiomiopaatia; siinussõlme nõrkuse sündroom, südamerütmuri olemasolu koos südamepuudulikkusega; jäsemete arterite ateroskleroos; südamekahjustusega hüpertooniatõbi südamepuudulikkusega; alajäseme haavand; omandatud söögitorusopis; stenokardia; valguvaegusaneemia; insuliinsõltumatu suhkruõõbi hulgitüsistustega; kuseteede nakkus täpsustamata paikmes.

Patsient paigutati kardioloogia osakonna intensiivravi palatisse. 01.07.2024 oli patsiendi üldseisund paranenud sedavõrd, et ta viidi kardioloogia osakonna tavapalatisse.

Avaldaja kirjutab, et 02.07.2024 öösel olid patsiendi käed rihmadega terveks ööks voodi külge seotud ja mingit raportit patsiendi agressiivsuse kohta pole.

Haiglalt avaldajale 24.07.2024 saadetud vastuses väidetakse: „Haiglas kehtivad väga ranged eeskirjad patsientide fikseerimise kohta“. „Nagu selgub töötajate küsitlustest, oli patsient muutunud väga ärevaks kell 3 öösel, korduvalt esines oht tema voodist kukkumisele vaatamata voodipiiretele. Olukord ei paranenud ja kell 4 patsiendi käed fikseeriti, kell 6 võeti fiksaatorid ära“.

TKE-le esitatud ravidokumentides ei leidu ühtki sissekannet patsiendi fikseerimise ega fikseerimisele eelnenud seisundi kohta. Samuti puuduvad avaldajale 24.07.2024 saadetud vastuses andmed patsiendiga toimunu kohta ning selle kohta, kas patsienti püüti enne fikseerimist mingil muul moel rahustada.

Kokkuvõte

Fikseerimise põhjuse ja fikseerimisfakti dokumenteerimata jätmine on viga.

TERVISHOIUTEENUSE KORRALDAMINE

JUHTUM. Haigla ei järginud tervishoiuteenuse osutamise ajal patsiendi transpordiks ettenähtud nõudeid

23.04.2024 hospitaliseeriti 83aastasne naispatsient üldhaiglasse südame virvendusarütmia tõttu. Viimasel ajal oli patsiendi südamepuudulikkus süvenenud: esines hingeldus, jalad olid turses, tursevedelik immitises läbi säärite naha ning patsient kaebab valu vasakus kehapooles. Ta hospitaliseeriti siseosakonna intensiivravi palatisse.

Patsiendil oli diagnoositud kroonilist südamepuudulikkust, kõrgvererõhktõbe, II tüüpi diabeeti, kroonilist neerupuudulikkust; 6 aastat tagasi oli teda opereeritud vasaku reieluukaela murru tõttu; vasak puusaliiges ja mõlemad põlveliigesed olid endoproteesitud.

03.05.2024 viidi patsient haigete transpordiks ettenähtud autoga piirkondlikku haiglasse südame

KT-uuringule. Autosse istumisel selgus, et turvavööd ei saanud kinnitada, kuna see oli ülekaalulise patsiendi jaoks lühike ning patsienti transporditi lahtise turvavööga. Tagasiteel auto pidurdamisel patsient kukkus toolist välja. Patsiendiga kaasas olnud abiõde vaatas patsiendi üle: kukkudes olid tekkinud otsmikule ja vasakule põlvele pindmised haavad, mille õde plaasterdas. Peapõrutuse tunnuseid ei sedastatud ja patsiendi tervise üldseisund oli stabiilne. Õde pidas telefoni teel nõu patsiendi raviarstiga ning patsient otsustati viia tagasi üldhaiglasse, kus diagnoositi vasakul 2.–9. roide murrud, sealhulgas 3.–5. roide murrud vähese nihkega, õhkrinda ei esinenud. Patsiendil hakkas langema hapnikusaturatsioon ja tõusis CRV tase, seetõttu tehti 06.05.2024 uus rindkere KT-uuring ja kirjelduses on, et vasakus kopsus olid võimaliku kopsupõletiku tunnused ja vähene vedelik kopsukelme õõnes (pleuraefusioon). Õhkrinda ei esinenud.

06.05.2024 otsustas patsient minna iseseisvalt kõndima ja kukkus palatis. Andmeist ei selgu, miks ja kuhu ta soovis minna (kuna voodi kõrval oli potitool, siis ise WCsse minna polnud tingimata vaja). Esimestel päevadel peale kukkumist patsient kaebusi ei esitanud, kuid umbes nädal hiljem hakkas kaebama vasaku puusaliigese nõrkust ja vähest valu füsioteraapia ajal.

07.05.2024 tehti vasakust põlveliigesest röntgeni-ülesvõte ja UH-uuring ning mõni päev hiljem röntgeni-ülesvõte ka vasakust õlaliigesest. Neil uuringutel ei leitud hiljutisest kukkumisest põhjustatud patoloogiat.

14.05.2024 diagnoositi *m. subscapularis*'e kõõluse rebend (vana vigastus) ja vasakul *m. biceps brachii* (kakspealihase) pika pea kõõluse luksatsioon (värske rebend).

16.05.2024 hakkas patsient kaebama vasaku puusaliigese nõrkust ja vähest valu füsioteraapia ajal. Leiti vasakul vaagnaluutiiva vähese nihkega murd. Jala veresooned olid trombivabad.

Patsiendi paranemine oli pikaldane. Kopsupõletik ei allunud esialgu määratud ravile, neerupuudulikkus püsis ning pleuraefusioon süvenes, mistõttu patsiendile asetati pleuraõõnde püsiv dren. Raviks määratud antibiootikumide vahetati mitmel korral sõltuvalt kopsupõletiku ravile allumisest; lisaks määrati vererõhku alandavat, südant toetavat, diureetilist, bronhe lõõgastavat ja trombe ennetavat ravi.

Alates 09.05.2024 tegeles patsiendiga füsioterapeut. Regulaarselt tehti analüüse ja uuringuid üldseisundi ja põletiku hindamiseks; konsulteeriti ning kooskõlastati ravi ja uuringute tegemist pidevalt piirkondliku haigla eriarstidega: traumatoloogiga, infektsionistiga, pulmonoloogiga, kardioloogiga, torakaalkirurgiga.

Patsient lahkus haiglalt 09.06.2024 ja talle anti saatekirjad statsionaarse taastusravi osakonda.

Suure tõenäosusega põeb patsient ka osteoporoosi. Patsiendi tervise üldseisund võimaldas tal viibida tavapalatis, kus pole individuaalset valvet ja kuna ta oli aruselge, oleks otstarbekas olnud kõndimiseks kutsuda abi.

Kokkuvõte

Patsient sai uuringule transportimise käigus hulgiroiete murrud (2.–9. roide murrud, sh 3.–5. roide murrud vähese nihkega) vasakul kehapoolel, haava otsmikul ja nahaalused verevalumid kehale ja jäsemetele. Saadud vigastused raskendasid patsiendil diagnoositud haiguste kulgu. Pärast 06.05.2024 toimunud kukkumist diagnoositi patsiendil lisaks vasaku õlavarre kakspealihase kõõluse nihetus ja vasaku vaagnaluu tiiva väike murd. Kuna mõlemad kukkumised olid paaripäevase vahega, ei saa kindlalt öelda, kumma kukkumise tõttu tekkisid vasaku õlavarre kakspealihase nihetus ja vasaku vaagnaluu tiiva väike murd.

Kopsupõletiku ja pleuraefusiooni tekkimist ei saa kindlalt seostada eelnimetatud traumadega.

Kuna patsiendi vigastused tekkisid tervishoiuteenuse osutamise ajal, ei osutatud patsiendile tervishoiuteenust oodatava hoolega. Enne ja pärast traumasid osutati patsiendile kvaliteetset ja tänapäeva arstiteaduse üldisele tasemele vastavat ravi, mille tulemusena patsiendi tervises seisund paranes ja ta lahkus 09.06.2024 kodusele ravile.

TKE pädevusse ei kuulu vastamine küsimustele, mis puudutavad liiklusõnnetuse ja palatis kukkumise asjaolusid. Samuti pole TKE pädevuses selgitada välja, kumma vaidluspoole esindaja jutt vastab tõele olukorras, kus pooled on esitanud vastukäivaid väiteid.

ETTEPANEKUD

TKE esitas 2024. aastal kokku 12 ettepanekut: 10 ettepanekut tervishoiuteenuse osutajatele (neist üheksal juhul soovitas jõuda patsiendiga kohtuvälisele kokkuleppele ja ühel juhul korraldada töötajatele täienduskoolitus tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedi parandamiseks), ühe ettepaneku Eesti Naistearstide Seltsile (koostöös Eesti Kiirabi Liiduga töötada välja kiirabi õebrigadi tegevuse juhend patoloogiliste sünnituste vastuvõtmiseks) ning ühe ettepaneku Terviseametile järelevalvemenetluse algatamiseks. Ühele üldhaiglale tehti ettepanek korraldada töötajatele täiendkoolitusi erakorraliste sünnitusabi juhtumite oskuslikuks lahendamiseks. TKE tegi ettepaneku ajakohastada sõidukijahi ja relvaloa tervisetõendi hindamise juhend ja selle väljastamise tingimused.

Kuna TKE hindas tervishoiuteenuse kvaliteeti tagantjärele dokumendipõhiselt, s.t andis hinnangu taotleja avalduse, tervishoiuteenuse osutamist tõendavate dokumentide, tervishoiuteenuse osutaja (sh tervishoiuteenust osutanud tervishoiutöötaja) selgituste ja vastava eriala eriarsti eksperdiarvamuse andmete alusel, ei saa TKE tagantjärele kontrollida ega hinnata arsti ja patsiendi omavahelise suhtlemise asjaolusid (TKE pole uurimisorgan).

Märkima peab, et TKE juhtis nii mõnelgi juhul tähelepanu, et dokumenteerimine ei vastanud sotsiaalministri 18.09.2008. aasta määruse nr 56 „Tervishoiu-

teenuse osutamise dokumenteerimise tingimused ja kord“ nõuetele.

KOKKUVÕTE

TKE näol oli riik loonud eelkõige patsiendile tasuta eksperdihinnangu saamise võimaluse, selleks et vajaduse korral esitada hagi kohtusse võlaõigusseaduse § 770 lõigete 3 ja 4 kohaselt.

TKE hinnangud olid kasutatavad tõendina tsiviilkohtumenetluses, kus neil nagu igal teiselgi tõendil puudus ette kindlaksmääratud jõud ning kohus andis nende kohta hinnangu kooskõlas kõigi teiste tsiviilasjas kogutud tõendite ja materjalidega. TKE soovitas paljudel juhtudel tervishoiuteenuse osutajal ja rahulolematul patsiendil kohtuväliselt omavahel kokkuleppele jõuda.

TKE hinnang oli eriarstidest ekspertide soovituslik arvamus, mis ei seadnud kellelegi mingeid juriidilisi õigusi ega kohustusi, ei muutnud ega lõpetanud neid. TKE ettepanek, nõuanne ja soovitus ei kohustanud arsti või raviasutust hüvitama patsiendile arstliku vea tagajärjel tekkinud tervisekahju. TKE hinnangu sisu ei olnud vaidlustatav, hinnanguga rahulolematu isik, kel endal puuduvad eriteadmised vastaval erialal, võis taotleda oma kulul hinnangut teistelt ekspertidelt.

TKE loodab, et loodud tervishoiuteenuse osutaja kohustuslik vastutuskindlustus ehk patsiendikindlustus rahuldab mõlema osapoole – nii tervishoiuteenuse osutaja kui ka patsiendi – soovid. Patsiendi jaoks on oluline, et uus seadus annab patsiendile (või muule õigustatud isikule) õiguse nõuda hüvitist tervishoiuteenuse osutamisel põhjustatud tervisekahju eest.

Tervishoiutöötajal on võimalus arutada omavahel juhtumeid, mis loob eelduse selleks, et neid juhtumeid tulevikus ei esineks. Kui tervishoiuteenuse osutaja dokumenteerib tervishoiuteenuse osutamisega kaasnenud patsiendiohutusjuhtumid, mis oleks võinud põhjustada või põhjustasid patsiendile välditavat tervisekahju, siis ei pea nad enam kartma kriminaalset vastutust mitte-tahtlikult töö käigus tehtud vigade eest.

TÄNUAVALDUS

TKE tänab pikaajalise koostöö eest kõiki püsikoosseisu liikmeid ning teisi eksperte, kelle suurepärase eriteadmised on paljude aastate jooksul aidanud hinnata ja parandada tervishoiuteenuste osutamise kvaliteeti: *prof. emer. Rein Teesalu, prof. emer. Heidi-Ingrid Maaros, Sven Kruup, Ivi Normet, Tiiu Aro, Ralf Allikvee, Andres Lehtmets, Rando Truve, Maike Parve, Lee Tammemäe, Mall-Anne Riikjärvi, Piret Väli, Kristjan Gutmann, Tenno Jänes, Karl-Andres Kants, prof. Urmas Lepner, prof. Tuuli Metsvaht, prof. Jaan Eha, prof. Külli Kingo, prof. Aare Märtson, prof. Riina Salupere, prof. Margot Peetsalu, Jaan Eelmäe, prof. Pille Taba, Andres Kõop, Tiit Härma, Armin Heiman, Andres Asser, Aadu Liivat, Rein Viilu, Alar Laks, Sulev Haldre, Merike Luman, Ago Kõrgvee, Vassili Novak, Veronika Reinhard, Andrus Loog, Olavi Vasar, Tiit Meren, Andres Idla, Kuldar Kaljurand, Maris Rebane, Kai Noor, Maigi Eisen, Peep Pree, Pille Kirjanen, Mare Kalvet, prof. Hubert Kahn, Viive Pille, Karin Sarapu, Orm Porosaar, Viljo Kübarsepp, Jana Klementsov, Ele Hanson, Ksenia Buts, Ain Kaare, Toomas Sillakivi, Ilmar Kaur, Anu Järvi, Heli Järve, Toomas Ellervee, Jüri Teras, Ülo Zirel, Eva-Kaisa Zupping, Hamor Kaha, Tõnu Peets, Kaja Leito, Kai Zilmer, Meeli Mumma, Aet Lukmann, Günter Taal, Meelis Leht, Liivi Madisson, Mari-Liis Ilmoja, Mari Punab, Indrek Benno, Andrus Arro, Erik Luht, Mihkel Plaas, Katrin Martinson, Ivo Valter, Mihkel Mardna, Raivo Kolle, Tiiu Kaha, Piia Jõgi, Kadre Saare, Viljar Jaks, Priit Kasenõmm, Maris Suurna, Mari Põld, Aeri Salme, Raina Loom, Heli Reinberg-Rits, Anu Tingas, Katrin Maiste, Jana Peterson, Ulvi Valdja, Urmas Sule, [Andres Ellamaa], [Vello Ilmoja], [Arvo Mesikepp], [Vello Salupere], [Karl Kull], [August Roosileht].*