



Ülevaade

Lahendusi tuleb otsida varasemast koostööst

Tervisekassa juht **Rain Laane** rääkis "Meditsiin 2025" konverentsil sellest, kuidas hoida tervishoidu üleval rasketel aegadel. Kui raha on, siis on kergem koostöösuhet osapoolte vahel hoida. ▶5



MEDITSIINI- UUDISED



Arstide liidu peasekretär **Katrin Rehe-
maa** võtab kokku arstide probleemid kollektiivleppe ja ületöö valguses.

▶7

Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 1 (500) 14. jaanuar 2025

www.mu.ee

Kõigega kitsas käes

Alanud aastal on kitsas raha ja töötajatega. See on väljakutse ka terviseminister **Riina Sikkutile**. ▶3



Terviseminister **Riina Sikkut** peab leidma raha tervishoiusüsteemi toimimiseks ja investeeringuteks.

FOTO: MEELI KÜTTIM

Uudised

Ennetuseks meil eriti aega ei jää

NOORTE perearstide ühingu juhatuse liige, peremeditsiini arst-resident **Kadri Ann Prass** (pildil) võtab kokku järelkasvu probleemid tervishoius. ▶6



Fookuses: süda

Hüpertensiooni ravi olulised uuendused

TALLINNAS Cardio Foorumil tutvustas kardioloog, professor **Margus Viigimaa** ESC hüpertensiooni uusi ravijuhiseid. ▶10

Fookuses: süda

Määrata kord elu jooksul

ATEROSKLEEROOSI riskifaktor lipoproteiin a - kellel määrata ja miks? Nõu annavad professor **Margus Viigimaa** ja kardioloog **Martin Serg**. ▶12

Fookuses: reuma

Infektsioone tuleb korralikult ravida

ARTRIIDI varajane diagnoos ja ravi aitab ennetada liigesekahjustusi, kinnitab reumatoloog **Piia Tuvik**. ▶14

Uuem ja kaasaegsem eKiirabi tulekul

eKiirabist ja kiirabi arengukavast järgmistel aastatel andis konverentsil "Meditsiin 2025" ülevaate Tallinna kiirabi juht **Raul Adlas**. Tänavu aasta esimeses pooles on kavas eKiirabi uut süsteemi katsetama hakata ja kui see sobib, kasutusele võtta. ▶6



Ravim toogu tulemuse

Ravimitootjate liidu juht **Riho Tapfer** väärtuspõhise tervishoiu (**value based healthcare**) põhimõtetest ja rakendamisest ravimivaldkonnas. ▶7



Soodustingimused muutusid!¹

Rybelsus't saab nüüd määrata kõigile 2. tüüpi diabeediga patsientidele olenemata nende kehamassiindeksist!!

Soodustingimused alates 1. juuli 2024:

50% soodustus: 2. tüüpi diabeedi kombinatsioonraviks või monoraviks, kui metformiin on vastunäidustatud

75/90% soodustus: 2. tüüpi diabeedi kombinatsioonraviks patsientidel, kellel metformiin ja SGLT-2 inhibiitor ei ole andnud rahuldavat efekti või on vastunäidustatud

**STOP
KAALU-
PIIRANGULE!**



**3 mg - algannus
esimese ravikuu
jooksul**

**7 mg - raviannus
alates teisest
ravikuust**

**14 mg - raviannus
parima raviefekti
saavutamiseks**

Rybelsus[®] (semaglutiid) on retseptiravim. Igas pakendis 30 tabletti.

Rybelsus[®] (semaglutiid) 3 mg tabletid. Üks tablett sisaldab 3 mg semaglutiidi. Rybelsus[®] (semaglutiid) 7 mg tabletid. Üks tablett sisaldab 7 mg semaglutiidi.

Rybelsus[®] (semaglutiid) 14 mg tabletid. Üks tablett sisaldab 14 mg semaglutiidi. Näidustus: ebapiisavalt kontrollitud 2. tüüpi diabeedi raviks täiskasvanutele lisaks dieedile ja füüsilisele koormusele: monoteraapiana, kui metformiin on talumatuse või vastunäidustuste tõttu sobimatu; kombinatsioonis teiste diabeediravimitega.

Viited: Soodustuste muudatused alates 1. juulist 2024. www.ravimiregister.ee/Default.aspx?pv=Andmed.SoodustusedPiirhinnadRavimiregister

Müügiloa hoidja: Novo Nordisk A/S, Novo Allé DK-2880 Bagsværd, Taani. Täiendav teave müügiloa hoidja esindusest: Novo Nordisk Estonia OÜ, Paldiski mnt. 29, Tallinn 10612.

RYBELSUS[®] on Novo Nordisk A/S, Taani, kaubamärk. © 2024 Novo Nordisk A/S EE24RYB00043 08/2024

arvamus



Just vähene avalik sekkumine on aidanud ettevõtetel kiirelt kohaneda, kui olud muutuvad.

Heba kliiniku arendusjuht Ain Aaviksoo, mu.ee 6.01

Kommentaar:

Hirmutamine olukorda ei paranda



Riina Sikkut

Eesti terviseminister

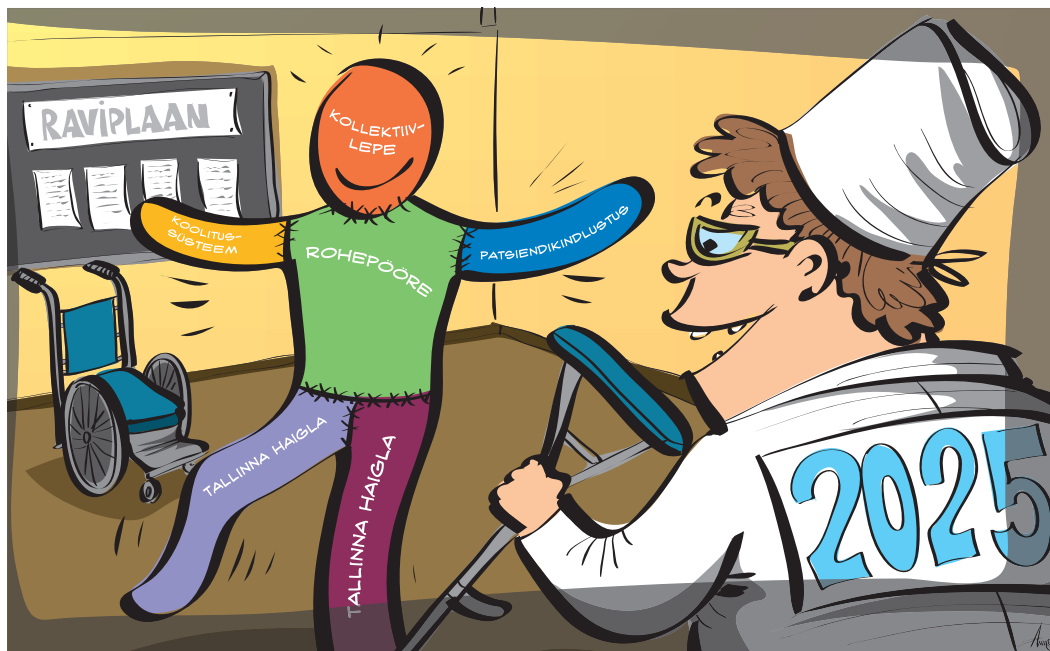
Tasakaalupunkti leidmine hirmutamise ja tõsiasjade teadvustamise vahel on Eesti tervishoiusüsteemi tuleviku jaoks hädavajalik. Ei ole mõtet pidevalt rääkida, et tervishoid kukub kohe kokku ja arsti juurde enam ei pääse – see tekitab vaid asjatut ärevust. Samas peavad otsustajad aru saama, et vanamoodi enam edasi ei saa. Kui 2027. aasta valimiste eel tuleb kampaania, et maksud ei tõuse, vaid hoopis langevad, siis läheb väga keeruliseks, sest raha lihtsalt ei ole, ja see mõjutab kõiki tervishoiuteenuseid.

Haiglavõrgu arendamine. Haiglavõrgu arengusuundade tegevuskava on hea näide, kuidas pikki ja detailset lahti kirjutatud dokumente lühendada saab. Plaanid, kus on 300 rida tegevusi, ei anna garantiid, et midagi ka päriselt ära tehakse. Lõpuks jõudsi me kokkuleppele, et kavassee jääb kaheksa rida: neli aastaks 2025 ja neli aastaks 2026. Oluline ei ole dokumentide pikkus, vaid see, et kokkulepitud asjad saaksid tehtud ja mõju oleks tuntav.

Noorte arstide tulevik. Noorte arstide muuredeks ei ole ainult raha, vaid ka töökeskkond, läbipõlemine ja suhted kolleegidega. Need teemad tulid esile uuringus „Lahkumisintervjuu“. Raha on tähtis, kuid tervishoiutöötajateta ei saa inimesi aidata – järelkasv ja töötajate heaolu on veelgi olulisemad. Kui neile teemadele ei pöörata tähelepanu, hakkab see paratamatult mõjutama kogu tervishoiusüsteemi toimimist.

Tööjõupuudus tervishoius. Tööjõupuudus on probleem paljudes sektorites, sealhulgas tervishoius. Juba enne Ukraina sõda oli Eesti sisseränne 1980ndate aastate tipu tasemel, ja see on jätkunud ka ilma kvootide suurendamiseta. Venekeelsed patsiendid eelistavad suhelda oma keeles, aga noored arstid ei taha ega oska töötada vene keeles. Saame Eestis pakkuda eestikeelset tervishoiuteenust, kuid nii töötajate kui ka patsientide toetamiseks tuleb tööle panna tõlkelahendused. Võõrtööjõu kaasamise eeldus on selge visioon keeleõppes.

Digilahendustele hoogu juurde. E-tervise ja digilahenduste arendamisel peaksime gaasipedaali põhja vajutama. E-riigi lugu on maailmas juba tiiru teinud, nüüd oleks aeg keskenduda geenianndmete kasutamisele, mis võiks Eestile tuua uue eduloo. Patsient peaks saama oma raviteekonda e-kanalite kaudu ise juhtida – see parandaks tervishoiu kättesaadavust ja tõhusust. Oleks vaja riskijulgust, et neis valdkondades edasi liikuda ja edulugudeni jõuda.



ILLUSTRATSIOON ANTI VEERMAA

Juhtkiri

Uus aasta lahendab eelmise probleeme

Kui möödunud aasta tõi vil-daka patsiendikindlustuse ja teadmise, et arstkon-na palgatõusuks raha ei ole, siis tänavune algab tõehetkega, kuidas need olukorrad lahenevad.

Meditsiiniuudised loodab optimistlikult, et juba sel suvel annavad teisedki kindlustusseltsid teada patsiendikindlustuse teenuse pakkumisest ja konkurents alandab pisut hindu. Seni jälgi-me põnevusega, kas Eesti inimesed hakkavad kaebusi esitama Ameerika moodi – igal võimalusel ja pidevalt, või tuleb neid siiski vähem.

Kollektiivlepe on taas lepitaja laual. Siingi näeb Meditsiiniuudised optimistina, et raha palgatõusuks leitakse ja arstide liidu soovitatav inflatsioonisuurune kasv ilmselt tuleb.

Arusaadav, et raha on vähe, aga taaskord pakume välja ühe lihtsa lahenduse, kuidas raha juurde leida: antagu töövõimetushüvitise maksmine töötukassa kätte, kuhu see sobib sisuliselt paremini kui tervisekassale. Mõni poliitik on vahel seda ideed pakkunud, aga siis on kõik jälle unustusse vajunud ja nii juba ajast, kui sotsiaalminister oli Hanno Pevkur.

Põnev saab olema Tallinna haiglate ühendamist jälgida. Ennustame, et see kõige ladusamalt ei kulge, aga kiidame head tahet ja üksmeelt.

Tänavu võiks tekkida uus juuriidiline keha, mis on esimehe samm PERHi ja linnahaiglate ühendamises. Eelmise aasta lõpus tekitas küll küsimärgi uue Tallinna haigla hoone ehitamiseks loodud ja seitse aastat Sven Kruubi juhitud sihtasutuse juhtkonna ootamatu tagasiastumise teade. Nende kahe otsuse võimalik seos ei ole veel arusaadav.

Tähtis mõte on rohepööre tervishoius. Eelmise aasta lõpus toimunud „Meditsiin 2025“ konverentsil oli sel teemal vestlusring ja oli aru saada, et nii haiglates, apteekides kui ka ravimifirmades on veel üksjagu segadust ja eesmärkide seadmise vajadust.

Neid ei toeta ka see, et sotsiaalministeeriumi plaan saada 2024 lõpus valmis sektori rohepööre hea tahte plaan ei läinud õnneks – sellega ei jõutud piisavas tempos tegelda, kuna riigi kärpekäärid nõudsid tähelepanu kokkuhoiuukohtade leidmiseks. Hea tahte kavaga jätkatakse tänavu.



Taaskord pakume välja lihtsa lahenduse, kust raha juurde leida: antagu töövõimetushüvitiste maksmine töötukassale.



VÕITJA

Lise-Lotte Lääne



Advokaadibüroo Sorainen edutas kaks uut partnerit Eestis, kaks Leedus ja ühe Lätis. Eesti kontori üheks partneriks sai ettevõtte senine meditsiini- ja tervishoiuvaldkonna juht **Lise-Lotte Lääne**. Palju õnne!



VÕITJA

Jüri Teras



Jaanuari alguses suundusid vabatahtlikud kirurgid MTÜ Eesti Arstid Aitavad Maailma egiidi all oma 15. missioonile, seekord Keeniasse. Missiooni eestvedaja on PERHi üld- ja onkokiirgiakeskuse ülemarst, professor **Jüri Teras**.

Nädala foto:

Kolleegitunnustus laste valu võtjale



Tartu ülikooli kliinikum annab kliinilise eetika komitee eestvedamisel igal aastal välja parima kolleegi tunnustuse, mille eesmärk on väärtustada häid erialade vahelisi kolleegisuhteid. Eelmise aasta laureaate nimetatavad laureaadiid saavad kingiks Tartu kõrgema kunstikooli vilistlasest skulptori Olger Lehtsaare loodud taiese. 2024. aasta üheks kliinikumi parimaks kolleegiks nimetati doktor Jelena Kuznetsova, kes töötab anestezioloogia ja intensiivravi kliinikus lasteintensiivravi osakonnas.

FOTO: EVELIN LUMI

mu.ee lugude TOP

- Eestis alustatakse kõhuaordi aneurüsmi sõeluuringu pilootprojektiga
- Petitsioon kohustuslikust vastutuskindlustusest kogus üle 1200 allkirja
- Uuringust selgus, kui palju lühendab üks sigaret eeldatavat eluiga
- Millised on alanud aasta tähtsamad muudatused sotsiaalministeeriumi tervishoiu valdkonnas?
- Ameerika arst: hMPV on olulisim viirus, millest pole kuuldud
- Suuremates linnades vajati pühade ajal erakorralist abi erinevalt

Toimetaja repliik:

Oluline ja kallilt saadud saladus

Kadi Heinsalu

Meditsiiniuudiste peatoimetaja

Soovisime toimetuses PZU kindlustuselt infot, kui palju kahjujuhtumeid on alates mullu detsembrist, mil lõplikult jõustus patsiendikindlustus, mis tervishoiuasutusele otseses mõttes väga kalliks maksma läks, juba töösse võetud. Vastuseks saime: "Kahjuteateid laekub kindlustusele igapäe-

vaselt ning neid käsitletakse lähtuvalt seadusest tulenevatest nõuetest ja tähtaegadest. Kahjujuhtumite endi kohta me täpsemalt kommentaare anda ei saa, sest tegemist on terviseandmetega." Seega kahmab monopoolses seisus selts kõik endale kõhu alla ja välja sealt midagi ei anna. Tagasisidet, mis selle kallilt kätte tulnud kindlustusega juhtub, üldsusele andma ei hakata. Väga nõme lugu!

Üks küsimus:

Mida ootate algavalt aastalt?

Eero Merilind

perearst, riigikogu liige

Jätakuvalt on suurim probleem alarahastatus, mis põhjustab arstide ülekoormust ja pikki ravijärjekordi. Nüüd on vaja tõsiselt tegeleda tervishoiusüsteemi rahastuse reformiga kas solidaarse maksusüsteemi kaudu ja/või kaaluda tervishoiuteenuste kaasrahastamine võimalusi. Patsiendikindlustuse kõrge hind konkurentsi puudumisel tõi esile süsteemi kitsaskohad ning loodan, et 2025. aasta sügisel tekib siin konkurents. Arstide ja meditsiinitöötajate palgatõus on hädavajalik, et vähendada noorte spetsialistide väljarännet ning kompromiss tuleb saavutada. 2025. aastalt ootan struktuurseid reforme, mis leevendavad rahastuskriisi ja parandavad töötajate motivatsiooni. Loodan, et käivitub inimese haiguste ennetamise ja tervise hoidmise plaan.

Kuido Nõmm

Tartu Kiirabi arst, erakorralise meditsiini arstide seltsi juhatusel liige

Kõigepealt sooviksin tarkust meie meditsiini poliitika otsustajatele. Sooviksin, et riigi tasemel saadaks aru, et erakorraline meditsiin on väga kallis tervishoiuteenus, mida praegu kulutavad väga suures mahus inimesed, kes seda ei vaja. Praegu piisab ju erakorraliseks patsiendiks saamiseks sellest, et inimene leiab aega ja tahtmist astuda EMO uksest sisse. Samuti soovin, et otsustajad saaksid aru, et kahju, mida tehakse meedikute palkade külmutamise järgnevatel aastatel, jääb meid saatma järgnevatel aastakümnetel - nagu siiani helbime 25 aastat tagasi tehtud halbu otsuseid.

Toimetusele võtab õiguse kirju ja kaastöid vajaduse korral lühendada. Toimetuse kaastöid ei tagasta. Kõik Meditsiiniuudistes avaldatud artiklid, fotod, teabegraafika (sh päevakajalisel, majanduslikul, poliitilisel või religioosel teemal) on autoriõigusega kaitstud ning nende reprodutseerimine, levitamine ning edastamine mis tahes kujul on ASI Äripäev kirjaliku nõusolekuta keelatud. Kaebuste korral ajalehele sisu kohta võite pöörduda pressinõukogusse, pn@eall.ee või tel (372) 646 3363.

Pilootprojekt

Kõhuaordi aneurüsmi sõeluuringu algus

EESTI Tervisekassa juhatus kiitis heaks Eesti esimese rahvastikupõhise kardiovaskulaarse haiguse sõeluuringu pilootprojekti, mis hõlmab kõhuaordi aneurüsmi ennetavat avastamist. Projektis osalevad veresoonte- ja endovaskulaarkirurgia selts, Põhja-Eesti regionaalhaigla (PERH), Tartu ülikool ja Tartu ülikooli kliinikum. "Kõhuaordi aneurüsmi sõeluuringu programmid on juba edukalt rakendatud mitmes riigis, sealhulgas Rootsis, Taanis ja Inglismaal. Eestis algab pilootprojekt aastatel 2025-26, mil sõeluuringule kutsutakse 65aastased mehed. Uuringu käigus tehakse ultraheli, et mõõta kõhuaordi diameetrit ja avastada võimalikke aneurüsmi varajases staadiumis," rääkis PERHi kardiotorakaalkirurgia keskuse juhataja, doktor Priit Pöder. Pilootprojekti käigus kutsutakse PERHi ja kliinikumi uuringule 65aastased mehed Tallinnast ja Harjumaalt ning Tartust ja Tartumaalt.

Uuring

Kui palju lühendab üks sigaret eeldatavat eluiga?

SUURBRITANNIA Briti suitsetajate andmeid hõlmanud uuringust selgus, kui palju lühendab üks suitsetatud sigaret inimese eeldatavat eluiga. Londoni ülikooli kolledži teadlaste uuringust ilmnes pärast sotsiaalmajandusliku staatuse ja muude tegurite arvessevõtmist, et üks suitsetatud sigaret lühendab mehe eluiga umbes 17 ja naise oma 22 minuti võrra, kirjutas CNN. Uuringust ilmnes, et elu jooksul suitsetanud inimesed kaotasid keskmiselt umbes kümme eluaastat võrreldes inimestega, kes polnud kunagi suitsetanud. Samuti nähtus sellest, et noorelt - 20. eluaastatel või 30. eluaastate alguses - suitsetamisest loobunute eeldatav eluiga sarnanes tavaliselt mitte kunagi suitsetanute omaga.

Juhtimine

Tallinna Haigla juhatuse lahkumine ikka mõistatus

TALLINN Nii Tallinna Haigla Arenduse SA nõukogu kui ka juhatus vaikivad asjaolust, miks aasta lõpus teatas juhatus, et astub täies koosseisus tagasi. Juhatuses esimees Sven Kruup ei soovinud põhjust öelda, kuna ei taha tööandja suunas kriitikat teha - nad töötavad edasi kuni uue juhatuse leidmiseni ja aega selleks on maini. Nõukogu esimees Tallinna linnakantser Kairi Vaher ka ei öelnud ootamatu avalduse tagamaade kohta midagi, aga teatas, et põhjus oli ühes teemas, milles nõukogul on juhatusega eriarvamus. Ka teised nõukogu liikmed, keda Meditsiiniuudised küsitles, ei soovinud tagamaid avada, vaid märkisid, et avalikustamine on jätud Vaheri otsustada. Värbamisprotsess ja avalik konkurss algab pärast järgmist nõukogu koosolekut, kus teemat arutatakse.



meditsiiniuudised@aripaev.ee

Peatoimetaja:

Kadi Heinsalu, tel 667 0451
kadi.heinsalu@aripaev.ee

Toimetus:

Violetta Riidas, tel 667 0454
violetta.riidas@aripaev.ee
Kristiina Kait, tel 667 0455
Margot Vent, tel 667 0446

Reklaam: tel 667 0177
reklaam@aripaev.ee
Maarja Kõrv, tel 667 0245
maarja.korv@aripaev.ee
mobiil: 525 7708

Tellimine ja levi:

med@aripaev.ee
tel 667 0100

Tellimine internetis:

https://pood.aripaev.ee
Valida on täispakett koos paberlehega ja veebipakett

Trükk: AS Printall
Väljaandja: **AS Äripäev**

Leia väljapääs, leia armastus

Doktor Craig Newmani raamat vägivaldses suhtes olemisest ja sellest väljatulekust toetab kõiki, kes nii pereelus kui ka muudes suhetes selle valuse kogemusega kokku puutuvad. Ka autor ise on olnud vägivaldses suhtes ja teab, mida soovitada, et sellest välja tulla, elu uuesti üles ehitada ja uus hea suhe luua. Raamatus on palju praktilisi nõuandeid ja seda saab lausa tööraamatuna kasutada. Kirjastus Äripäev, ilmus jaanuaris 2025. <https://pood.aripaev.ee/kategooria/raamatud>



20.02

TOITMIS- ja liikumisravi seitsmenda hübriidkonverentsi peateema on ravi eesmärk ja raviplaan. Lisaks kohalikele silmapaistvatele spetsialistidele osaleb kolm välislektorit. Lähem info ja piletid: <https://pood.aripaev.ee/konverentsid-toitmis-ja-liikumisravi-konverents-2025>

Ettevaade:

Madalal tulel konna keetmine tervishoius

Oleme keerulises seisus – rabe on nii rahaline kui ka ühiskondlik seis, lisaks Venemaa sissetung Ukrainasse. Oleme investeerinud koostöösse ja suhetesse vähemalt seitse viimast aastat. Kui raha on, on lihtsam suhet hoida, kuid kui raha hakkab otsa saama, nagu praegu, tekib küsimus, kas varasem koostöö aitab kiiremini lahenduseni jõuda.

Näiteks praegu on arstide miinimumpalga korrigeerimine osutunud päris keeruliseks. Loodame, et varasem koostöö aitab meil lahenduse leida. Trikk on leida tasakaal – uued tehnoloogiad on kallid, kuid tahame tulemust mõõta ja maksta selle järgi.

Kui öeldakse, et tervishoidu raha juurde ei tule ja koalitsiooni prioriteetide hulgas ei ole tervishoid isegi esikümnes, siis on selle jaoks abinõud olemas, näiteks arstide streik. Streik võib korraldada tervishoiu prioriteetideks, kuid kui lahendus paistab, kaob see taas prioriteetide hulgast.



Rain Laane

Tervisekassa juhatuse esimees

Seda, et tervishoid oleks koalitsioonil esimese kümne prioriteedi seas, saab muuta arstide streigi abil.

Meil on 500 mln jaotamata tulemit ja 200 mln reservi. Ka 4–5 aastat tagasi oli meil umbes 200 mln reservi. Mäletan kollektiivläbirääkimisi, kus tervisekassa oli kolmas osapool – siis arutati, et jagame 200 mln laiali ja kõik on hästi. Nüüd küsime, kas 500 mln jaotamata tulemit on hea või halb? Hea on see, et 2025. aastal ei jää tervishoid seisma. Meie ees-

märk on panustada sellesse, et tänavu ei tuleks suuremat arstiabi kättesaadavuse või õigeaegsuse kriisi. See nõuab suuri pingutusi. Eelarves on meil 30 miljonit puudu – vaatame, kuidas seda katta. Samuti on meil 30 mln töhustusmeede, mis tähendab 0,7 koefitsiendiga ootavat ületööd.

Rahva ootused. Rahvas tahab kiiresti pääseda tervishoiutöötaja juurde. Inimesed on rõõmsad, et ametkonnad, sh tervisekassa, on end 10% õhemaks viilunud. Aga ärge pahandage, kui 2025. aastal oleme aeglasemad, sest meid on 10% vähem. Kui keegi läheb puhkusele, siis tema tööd ei tee keegi ära. Kõik ootavad paremat ravi, kuid lekkiva paadi põhja parandamisega ei saa oodata.

Räägime ka haiglate ühisest ehk modulaarsest infosüsteemist, mis parandaks andmete liikumist, või uue põlvkonna infosüsteemist. Anname endast parima, et vähest raviraha targalt jagada. Tuleb teha valikuid, eriti tänavu, kui

toimuvad KOV valimised. Kohalik arstiabi ja EMOd peavad jääma ning meid COVID-19 pandeemia ajal päästnud maa-konnahaiglaid ei tohi sulgeda.

Tsentraliseerimine. Mõned erialad on üsna kitsad. Kuuleme argumente, et Tallinna inimene ei pea sõitma Tartusse või vastupidi, aga mujal söidavad inimesed pidevalt – neil sellist küsimust ei teki.

Toon välja ka kaks 2024. aasta õppetundi. Esiteks, tervisekassa saab pakku da lepingu lõppedes ületööd 0,7 koefitsiendiga. Teiseks, on erialasid, nagu hematoloogia, kus vajatakse ravimeid, mida ei saa osta 0,7 koefitsiendiga. Sinna paneme raha juurde, sest onkoloogiat ei saa seisma panna. See raha on sel aastal kaitstud.

Liigume ka sennapoole, et statsionaaris oldaks lühemat aega, kuid statsionaarile vajalik raha on olemas. Isegi raskest olukorras tuleb pea püsti hoida. Meie eesmärk on jätkuvalt, et Eesti inimene elaks kauem tervena.

NEUROLOOGIA 2025

13.02.2025

Viru konverentsikeskuses ja veebis

SOODUSHIND

119€

(km-ga)
kuni 2. veebruarini!

pood.aripaev.ee/konverentsid-neuroloogia-2025

- Trigeminiuse neuralgia
- Insult kiirabi vaates. Õppefilm
- Insult – sekundaarne profülaktika
- Parkinsoni tõbi ja teised levinuimad liigutushäired
- Karpaalkanali sündroomiga patsiendi käsitus
- Radikulaarne valu
- Sclerosis multiplex-i kaasaegne ravi
- Borrellioos
- Neuroborrellioos



Ludvig Puusepa nimeline
Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts

Konverents toimub koostöös
Ludvig Puusepa nimelise Neuroloogide ja
Neurokirurgide Seltsiga (ENNS).
Järelvaadatav 30 päeva
Täiendkoolituspunktid seltsilt



Meditsiini-
konverentsid

meditsiin 2025

eKiirabi ootus ja kiirabi areng 2025–35 Eestis

Raul Adlas

Tallinna Kiirabi peaarst

Tänapäeval kasutatav eKiirabi süsteem on moraalselt ja tehnoloogiliselt vananenud. Seetõttu korraldas tervisekassa 2022. aastal hanke uue eKiirabi partneri leidmiseks. Hanke tulemusena valiti partneriteks Telia Eesti AS ja Ortivus AB. Uus süsteem hakkab tõenäoliselt tööle kõige varem kevadel.

Uus eKiirabi süsteem baseerub Rootsis arendatud MobiMedi tarkvaraplatvormil. See lahendus võimaldab lisaks kasutajasõbralikule dokumenteerimisele nutikamat kiirabiteenuse töökorraldust. Uuele lahendusele plaanitakse üle minna alates 2025. aasta esimesest poolest.

eKiirabi on tervishoiuteenuse digiteerimise ja automatiseerimise tööriist, mis optimeerib kiirabiteenuse osutamist, parandab andmete haldamist ja analüüsimist ning tõstab teenuse kvaliteeti ja tõhusust.

eKiirabi koosneb kolmest põhikomponendist: administreerimine, patsiendi käsitus ja analüüs. Kiirabi peab suutma neid komponente efektiivselt rakendada.



Raul Adlas, Tallinna Kiirabi peaarst.

FOTO: MEELI KÜTTIM

eKiirabi loob patsiendi käsituselisele automatiseeritud ja andmepõhise lähenemise. Patsientide ja terviseandmete tuvastamine toimub digitaalselt, mis tagab kiirema ja täpsema diagnoosi ning ravi. Telemeditsiini kasutamine võimaldab kiirabibrigaadil konsulteerida spetsialistidega distantstilt, samal ajal kui diagnostikaseadmed integreeruvad süsteemiga. Patsiendi hospitaliseerimise korral edastatakse vajalik teave juba haiglate infosüsteemidesse ette.

Praegu on probleem eKiirabi süsteemi vanade ja uute komponentide omavahelises ühilduvuses. Näiteks ei pruugi vanad süsteemid uusi andmeid korrektselt töödelda ega isegi lihtsaid faile, nagu PDF-dokumendid, avada. Aastate 2025–35 eesmärk on välja töötada uuem ja kaasaegsem terviksüsteem.

Uue eKiirabi abil tuleb parandada kiirabiteenuste tõhusust ja kvaliteeti, viies need andmepõhisele ja digitaalselt juhitud tasemele. Soovime, et uus digitaalsilmas kasvanud põlvkond suudaks selle süsteemiga suhelda sama lihtsalt, nagu suhtleb oma nutiseadmetes, vältides olukordi, kus süsteem tundub aeglane ja vananenud.

Samas peab kiirabitöös olema tagatud andmeturvalisus, et häirekeskus saaks patsiendi andmeid turvaliselt edastada. Vajalik on ka võimalus tuua algandmed andmebaasi, et patsient saaks hiljem ise näha, mida temaga kiirabis tehti.

Isikute tuvastamine toimub rahvastikuregistri kaudu ning terviseandmed tuleb integreerida terviseportaali. Näiteks tuleb kiirabil surma tuvastamisel olla kindel, et tegemist on õige isikuga. On olnud juhtumeid, kus on tekkinud eksimused sama nime ja sünnikuupäevaga inimesega. Vale isiku surnuks tunnistamine võib kaasa tuua elusoleva inimese pangakaartide ja muude ligipääsude blokeerimise, mille taastamine on äärmiselt keeruline. Iga tegevus kiirabis peab olema suunatud vigade vältimisele. Praegune süsteem ei ole veel piisavalt arukas ning eksimusi juhtub.

Oluline on, et eKiirabi salvestaks patsiendi läbivaatuse tulemused, ühenduks diagnostikaseadmetega ja telemeditsiinisüsteemidega ning edastaks kiirabikaardi kaudu vajalikud andmed haigla erakorralise meditsiini osakonda. Kiirabi tööd analüüsiv osa muutub samuti järjest olulisemaks.

Perearst 2.0: kõigeiks enam aega ei jagu!

Kadri Ann Prass

Eesti Noored Perearstid, juhatuse liige, peremeditsiini arst-resident

Noorte perearstide ühenduse (NOPE) missioon on toetada noorte perearstide erialasele tööle asumist Eestis, seista peremeditsiini residentide huvide eest ja panustada kaasaegse inimkeskse töökeskkonna loomisesse tervishoius.

Noorte perearstide ühendus on suhteliselt noor organisatsioon – oleme tegutsenud kuus aastat. Meie liikmed on peremeditsiini residentid ja perearstid, kelle lõpetamisest on möödunud kuni viis aastat. Lisaks toetavad meid toetajaliikmed. Meie eesmärk on tutvustada perearstide tööd nii tulevastele kolleegidele kui ka ühiskonnas laiemalt.

Perearst 2.0

Perearsti tulevik ei ole enam samasugune nagu varem. Patsient ootab endiselt oma probleemidele lahendust, kuid probleemid, millega ta perearsti poole pöördub, on muutunud. Patsient tuleb perearsti kui eriarsti juurde.

Ühiskond eeldab, et noored perearstid võtaksid nimistuid ja oleksid patsientidele kiiresti kättesaadavad vähemalt tööajal. Lisaks oodatakse, et perearstid panustaksid kogukonna tervise edendamiseks,



Kadri Ann Prass, noor perearst. FOTO:

MEELI KÜTTIM

se, et uus põlvkond kasvaks tervemaks. Kolleegid eeldavad, et me oskame orienteeruda infomüüra ja edastada patsiendiga seotud infot näiteks haiglaarstidele. Samuti peame olema kursis kõigi uute ravijuhenditega.

Mis on uued väljakutsed?

Perearsti töö on endiselt inimesi aidata, kuid töö sisu on tunduvalt mitmekesisem kui kunagi varem. Võtame näiteks ühe pooletunnise vastuvõtu: patsiendil on neuropaatilised kaebused, ninahingamisraskus, krooniline valu, mille tõttu areneb opioidisõltuvus, ja uinumisraskused ning kõik need probleemid tuleb käsitleda ühe visiidi jooksul. Selline mitmekülgsus nõuab tohutult teadmisi, ja õpe peab seda toetama. Kui juba ühe patsiendiga on nii palju teemasid, siis mis mahub veel nädalasse? Õnneks töötame meeskonnas, kuid ennetustegevusteks jääb sageli aega vähe.

2022. aastal USAs tehtud simulatsiooniuuring hindas, et perearsti tööpäev 2500 täiskasvanud patsiendiga kestaks 26,7 tundi ja meeskonnapõhise lähenemisega 9,3 tundi. Meil on tohtu ressursipuudus, kui võtta arvesse seda, mida kõike perearsti tööjuhend nõuab.

Me ei saa kõike teha, ja seetõttu tuleb leida tasakaal peremeditsiini ja haiglameditsiini vahel. Mina tulen Viljandist, kus koostöö erinevate tasandite vahel toimib

päris hästi, kuid kas see on nii ka mujal Eestis? Tuleb selgelt määratleda rollid ja vastutuse piirid. Kõik patsiendid on meie patsiendid – neid ei saa jagada minu ja sinu patsientideks. Oluline on toetada perearsti meeskonda.

Viljandis toimuvad pilootprojektid, kus perearstid, haiglaarstid ja sotsiaaltöötajad teevad koostööd. Hea oleks, kui selline koostöö leviks üle Eesti. On selge, et haiglaravi osakaal väheneb ja esmatasandi haiguste arv kasvab, kuid rahastusloogika ei muutu.

Püsiv väljakutse on pädevuse hoidmine ja kvaliteedi tõstmine. Praegu on Eestis 785 perearsti nimistut, millest 75 on asendusnimistud.

Väljakutsed aastaks 2025

Eriarstiabi kättesaadavuse paranemist oodata on optimistlik: visiiditasud tõusevad ja peame mõtlema, kui palju saame patsiente eriarstile saata. E-konsultatsioonid aitavad mõnevõrra, kuid neist üksi ei piisa.

Kaks olulist märksõna aastaks 2025 on kollegiaalsus ja konstruktiivsus. Aus tagem kolleegide tööd ja otsuseid! Tuleb mõista, et esmatasandi kolleeg teeb oma otsused parimas usus ja võimaluste piires. Noored perearstid on tervishoiu tulevik. Konstruktiivne tagasiside viib edasi, ja hea sõna kannab kaugele.

Katrin Rehema,
arstide liidu
peasekretär



Valvetest tulenevate seadusjärgsete puhkeaegade puudumine mõjutab enam kui pooli vastanutest.

Noori arste tuleb koju tagasi meelitada

Katrin Rehema

Arstide liidu peasekretär

Eestis süveneb arstide puudus, mis suurendab töökoormust ja vähendab arstiabi kättesaadavust. Probleemi lahendamiseks on vaja suurendada ülikoolide vastuvõttu, soodustada arstide naasmist välismaalt ja parandada töötingimusi. Tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkus on oluline nii rahva tervisele kui ka riigi toimimisele.

Arstide töökoormus on juba pikka aega järjepidevalt ületanud normaalseid piire. Paljud arstid töötavad suurema koormusega, kui seadus ette näeb, ning sageli ei järgita valvetest tulenevate puhkeaegade norme, mis on ette nähtud töötajate kaitseks.

Näiteks on tavaline, et arstid töötavad järjest tunde, mis ületavad tervisele ohutuid piire. Suurim surve lasub anesteisiooloogidel, EMO arstidel, günekoloogidel ja kirurgidel, kelle töö iseloom on eriti nõudlik ja intensiivne.

Meditsiinipersonali puudus süveneb veelgi, sest suur osa praegustest arstidest jõuab peagi pensioniikka ja ning lahkub tööjõuturult. Pensionile minejate hulk ületab ülikoolides lõpetajate arvu, mistõttu



Katrin Rehema, arstide liidu peasekretär. FOTO: MEELI KÜTTIM

tu muutub kvalifitseeritud arstiabi kättesaadavuse olukord lähitulevikus keerulisemaks ja probleem süveneb.

2024. aasta veebruaris korraldas arstide liit küsitluse, milles osales 728 arsti üle kogu Eesti.

Selle tulemused näitasid, et enam kui 71% neist töötab suurema koormusega kui täistööaeg ette näeb. Täiskõormusega arstide keskmine tööaeg on 205 tundi kuus, anesteisiooloogidel ja ortopeedidel vastavalt 222 ja 221 tundi.

Küsitluse vastustest nähtus ka, et valvetest tulenevate seadusjärgsete puhkeaegade puudumine mõjutab enam kui poolt vastanutest, mis tähendab, et paljud ei saa piisavalt puhata ning nende tervis ja töövoime kannatavad.

Personali- ja rahapuudus

OSKA 2024 uuring kinnitab, et järgmise kümnendi jooksul jõuab pool praegu töötavatest arstidest pensioniikka. Aastaks 2033 on Eestis puudu ligikaudu 140 arsti, kuna pensionile minejate arv ületab ülikooli lõpetajate arvu. Lisaks ei võimalda praegused töötingimused piisaval määral noorte arstide pealekasvu.

Probleemi lahendamiseks pakutakse

se välja vastuvõtu suurendamist ülikoolides, välismaalt naasmise soodustamist ning töö delegeerimist õdedele.

Tervisekassa eelarve on olnud pidevas puudujäägis. 2025. aastast kaotab riik arstiabi kättesaadavuse säilitamise toetuse 125 eurot elaniku kohta. Uute kohustuste, näiteks kiirabi ja residentuuri rahastamise, üleandmine ilma vajalike ressursideta sunnib tervisekassat katma puudujääki muude teenuste arvelt. Samuti ei ole valitsus pakkunud lahendusi arstide palkade tõstmiseks ega kompenseerinud ületunde ja valvetöö koormust.

Tervishoiusüsteem on riigikaitse elutähtis osa. Tervishoiuteenuste katkestamine avaldab laastavat mõju nii rahva tervisele kui ka riigi toimimisele.

Lahendused ja kollektiivlepingud

Arstide liit esitas kollektiivlepingu raames oma ettepanekud, mis hõlmavad tööajagraafikute koostamist ilma ületundideta, töötingimuste parandamist ja palkade tõstmist vähemalt inflatsiooni ulatuses.

Lisaks puudutavad nõudmised riigi tervisekassale pandud kohustuste täielikku rahastamist ning eraarstikeskuste lepingute põhjalikku ülevaatamist.

Väärtuspõhise tervishoiu mudeli rakendamisest ravimivaldkonna näitel: väljakutseid jagub!

Riho Tapfer

Ravimitootjate liidu juht

Väärtuspõhise tervishoiu (i. k *value based healthcare*) põhimõtete ja nende ravimivaldkonnas rakendamise osas väljakutseid jagub.

Väärtuspõhises tervishoius mõeldakse edu tervisenäitajate, ravi efektiivsuse ja patsiendi rahulolu kaudu.

Neli peamist sammast, millele väärtuspõhine tervishoid tugineb:

- personaalne väärtus - igale patsiendile sobivaim ravi;
- tehnoloogiline väärtus - parim tervisetulem olemasolevate ressurssidega, mida Eestis ka kogu aeg teha püüame;
- jaotuslik väärtus - õiged tegevused õiges kohas, näiteks esmatasand, maakondlik, regionaalne tasand;
- sotsiaalne väärtus - seob kokku tervishoiu ja sotsiaalsed ressursid.

Võime julgelt mõõnda, et neljas samm on kõige vähem arendatud ja võiks pälvida rohkem tähelepanu.

Ravimite hinnastamise ja hüvitamise uuenduslikud mudelid

Pakun võtmelahendusena välja näidustus- ja kombinatsioonipõhise hüvitamise



Riho Tapfer, ravimitootjate liidu juht.

FOTO: MEELI KÜTTIM

- toote hind peegeldab selle väärtust eri näidustuste lõikes.

Eri mudelitel on eri lähtekohad ja kasutusmugavus

Eesti on tegu küllaltki hea ja pika praktika tegevusega, mida tervisekassa on kasutanud ja mis toimib väga hästi.

Teiseks, tulemuspõhised maksed - ravimi eest tasumine sõltub selle tegelikust tulemuslikkusest ning on seotud jälgitava ja mõõdetavate tulemustega.

Klassikalise tulemuspõhise hüvitamise viis on küll Eestis käima läinud, kuid takistus on näiteks eri andmebaaside mittestriskasutatavus.

See mudel koormab vähim tervisekassat ja on efektiivsem.

On veel ajatatud ehk astmelised maksed, mida kasutatakse näiteks kallite bioloogiliste ravimite puhul.

Rahastajad saavad teha tootjatele kindlate perioodide jooksul makseid iga ravi saava patsiendi eest. See leevendab ravikindlustuse ühekordseid kulusid.

Lisaks saab rääkida fikseeritud või kindlaks määratud hüvitise - seda on Euroopas kasutatud vähem, aga Taanis katsetatud - mis võimaldab hoida lahus hüvitiste ja ravimit saavate patsientide

arvu. Eestis on väärtuspõhise tervishoiu rakendamiseks head eeldused, kuid olulised väljakutsed jäävad.

Infosüsteemid ei toeta veel piisavalt andmete kogumist ja jagamist, millel on väärtuspõhiste mudelite toimimiseks võtmetähtsus.

Samuti tuleb ajakohastada õigusraamistikke ja leida lahendusi keerulistele lepingutingimustele, et hõlbustada uute hüvitismudelite kasutuselevõttu.

Olukorda mõjutavad ka käibemaksuga seonduvad probleemid, mis tähendab ohu, et maksustatakse ka ravimeid, mida tegelikult ei kasutata.

Eestis potentsiaal väärtuspõhise mudeli juurde liikuda olemas

Tervisekassal ja ravimitootjatel on valmidus olemas, raviteekonnad on olemas ja loodetavasti on tekkimas ka väärtuspõhise tervishoiu strateegiline vaade. Ilma uue finantsmudelita, mis arvestab tulemusi, on keeruline eesmärgi saavutada.

Oluline on arendada ka infosüsteemide andmevahetust. Päriselu andmete kogumine on puhtalt e-tervise mudeli teema. Kui see projekt praegu valesti valmis teha, siis tulevikus meil seda võimalust pikalt ei ole.

meditsiin 2025



Haiglavõrgu arengusuundade vestlusringis (vasakult) Kadi Heinsalu, Agris Peedu, Urmas Sule, Riina Sikkut, Ain Suurkaev, Arkadi Popov.

FOTO: MEELI KÜTTIM

Vestlusring Haiglavõrgu arengusuundadest

Detsembri alguses toimunud Meditsiiniuudiste konverentsil “Meditsiin 2025” rääkisid vestlusringis haiglavõrgu arengusuundadest (HVAS) nelja haigla juhid ja terviseminister.

Vestlusringis osalesid haiglate liidu juht Urmas Sule, Lääne-Tallinna keskhaigla (LTKH) juht Arkadi Popov, Rakvere haigla juht Ain Suurkaev, Põhja-Eesti regionaalhaigla (PERH) juhatuse esimees Agris Peedu ja terviseminister Riina Sikkut. Vestlusringi juhtis Meditsiiniuudiste peatoimetaja Kadi Heinsalu.

Esimene küsimus on terviseministrile: milline on haiglavõrgu arengusuundade (HVAS) väärtus seis juriidilises plaanis?

Sikkut: Strateegiadokumendid on üldiselt ministeeriumi tasemel dokumendid, samamoodi on ka haiglavõrgu arengusuundad kokkuleppimise ja allakirjutamise küsimus (arengusuundad aastani 2040 kiitis valitsus heaks mullu 19. detsembril, toim).

Kuna taastekavast plaaniti Tallinna uus haiglahoone ehitada, siis taastekavasse kinnitatakse haigla arengusuundad valitsuse korraldusega. Investeermisvajadus aastani 2040 on 1,8 miljardit eurot. Ka valitsuses põhjustas enim kõneainet küsimus, mida see täpselt tähendab. See on täpselt see, mida ütlesin – vajadus. Kui seda summat investeeringuks ei leita, siis Eesti tervishoid kokku ei kuku. Praegu sellele vajadusele katet ei ole.

Kas see sisaldab ka Tallinna haigla rahastust?

Sikkut: Jah, see sisaldab ka hüpoteetilist Tallinna haiglat.

Küsimus kõigile vestlusringis osaleja-

tele: kuidas seni kehtinud haiglavõrgu arengukava (HVA) teie töö juures haiglas on abiks olnud?

Popov: Tallinna haiglate esindajana räägin uuest strateegiast – positiivsest konsolideerimisest. Näiteks on suures haiglas võimalik kasutada ühtset diagnostilist ravistandardit, millest võidab patsient. Räägime kvaliteedist ja kättesaadavusest – see on kulude optimeerimine.

Suurkaev: Mina Rakvere poole pealt igapäevaelus ei tunnetata, et meil oleks praegu mingi kehtiv strateegia. Haigla võimekus on HVAd arvestades sõltuvuses ka tervisekassast – kui tervisekassal on hästi, läheb ka HVA-l hästi ja ka vastupidi.

Praegu tegeletakse paralleelselt sellega, et vaadata läbi toimepiirkondi – mida ühes või teises kandis peaks teenuse olema. Loodan, et Eesti ei piirdu Tallinna, Tartu või Pärnuga – ka Rakvere on ilus suur Eesti linn.

Sule: Uues strateegias (haiglavõrgu arengusuundad aastani 2040, toim) oleme seda võrku palju kokku tõmmanud. Aastal 2004 kinnitas Siim Kallase valitsus tervishoiule 4,4 miljardit Eesti krooni – seda raha ei nähtud. Kehtima hakkas aga kolm seadust: haigekassa seadus, tervishoiuteenuste seadus ja ravikindlustuse seadus. Reform kehtis umbes kümme aastat, ja juttu oli ka väiksemate haiglate kaotamisest.

Kui meil COVID-19 ajal ei oleks HVA väiksemaid haiglaid olnud, ei oleks me pandeemia, eriti aga delta tüve domineerimise ajal hakkama saanud.

Kurat peitub detailides – uue strateegia väljakutse on see, et meil on palju teisi strateegiaid ministeeriumis töös. Küsimus on, kuidas need omavahel sobituvad.

Peedu: Seni kehtinud arengukavas ei olnud ka võrgustamist sees, aga tahes-

tahtmata see tekkis. See hõlmas seitsme haigla võrgustamist ja praeguseks vaevalt keegi selle vajalikkuses kahtleb.

See, et tekkis regionaalhaigla grupp (PERH pluss kolm tütarhaiglat: Hiiumaa haigla, Rapla haigla, Läänemaa haigla), oli väga õige otsus. Seda, et ilma PERHita ei oleks Hiiumaa haiglat, ütles viimati ka Hiiumaa haigla juht Riina Tamm.

Praegugi käib keskmiselt 40 regionaalhaigla arsti igal kuul tütarhaiglates tööl, rääkimata neist arstidest, kes teevad lisaks tööle PERHis käsunduslepinguga tööd tütarhaiglates.

Kui võrrelda haiglavõrgu arengukava ja haiglavõrgu arengusuundasid, siis HVAd püüti seostada rahaga – see, olgem ausad, väga hästi ei õnnestunud. Eelkõige räägime struktuurivahenditest. Haiglavõrgu arengusuundade dokument on viimases versioonis hea, tegelikult võiks selles isegi rohkem ambitsiooni olla. Arvan, et Tallinna neli haiglat võiks ühendada.

On olemas ka üldhaiglad, haiglad Eesti eri piirkondades – seal me sellist ambitsiooni haiglavõrgu arengusuunas ei näinud.

Loodetavasti tuleb ka tegevuskava – ehk seal on ambitsiooni rohkem. Mul ei ole ootust, et HVAS toovad kaasa rahalisi vahendeid, pigem teame nüüd, et linnas asuvate haiglate ühendamine on mõislik – see võiks teoks saada.

Kas ma saan õigesti aru, et võrgustamine on hea mõte ja see võib igal juhul veel laieneda ja edasi areneda? Või jätkame selle nüüd kõrvale?

Peedu: Võrgustamine on võib-olla praeguseks veidi äralõrtsitud sõna. PERHi juhina näen, et Hiiumaa ja Rapla-maa haiglad ei oleks ilma hakkama saanud. Näiteks Hiiumaa haigla lõpetas nen-

de jaoks sajandi ehituse EMO näol – neil ei olnud oskusteavet, et teha läbirääkimisi ja hankeid. Nad ei oleks ilma PERHi abita hakkama saanud. Meil aga on olemas kompetents, et tütarhaiglaid abistada.

Miks oleks Tallinna vaja ühte suurhaiglat? Võtame näiteks küberturbe – igas Tallinna haiglas on küberturbe eksperdid, kes teevad algelisi dokumente – aga kui see oleks tsentraliseeritud, jõuaksime kaugemale.

Sikkut: Haiglavõrk peakski toimima koostööna, see, kas seal on võrgustamine või mingi muu koostöö, on kokkuleppe küsimus. Lõpuks on oluline ka see, et koostöö toimimisest saaks kasu patsient.

Suurkaev: Minu meelest ei ole „võrk“ hea sõna. Meil on hea koostöö nii LTKH kui ka PERHiga, aga sõna „võrk“ tekitab siplemise tunde.

On ka teisi variante. Oleme võrgustumata haiglana samuti hakanud mõtlema küberturbe peale ja loodame selliste teemadega sünergiat tekitada. Haiglad on praegu iseseisvad juriidilised isikud, aga kuskilt tulevad karid – sündmused saavad siiski toimuda selle iseseisva juriidilise isiku sees.

Koostöö võiks olla tagatud ka seadustega. Juriidiliste isikute vahetus ei taga alati head koostööd: näiteks toob Karell kiirabi meile ukse taha patsiendi, aga haige võtab üle hoopis teine juriidiline isik ehk meie haigla. Küsimus on selles, kas nad saavad info omavahel vahetatud.

Popov: Sooviksin pigem rohkem koostööd haigla ja esmatasandi vahel. Miks? Näeme, et krooniliste haigustega patsient kaob peale väljakirjutamist meie vaateväljast ja mõne kuu pärast näeme teda uuesti, sest ta ei läinud ka perearstile. Seega võiksid meil olla paremad suhted perearstidega, kasvõi lepingute alusel.

Maarjo Mändmaa,
sotsiaalministeeriumi
kantsler



Sotsiaalministeerium on tegelenud sellega paar viimast aastat, et tervishoid ise kliimamõju ei suurendaks.



Rohepöörde vestlusringis (vasakult) Kadi Heinsalu, Maarjo Mändmaa, Andra Migur, Kadri Randveer, Ly Rootslane, Kadri Mägi-Lehtsi.

FOTO: KARIN TAMM

Vestlusring

Rohepööre muudab kogu süsteemi

Meditsiiniuudiste konverentsi “Meditsiin 2025” vestlusringis rääkisid tervishoiu eri sektorite juhid rohepöörde tervishoius.

Vestlusringis osalesid sotsiaalministeeriumi kantsler Maarjo Mändmaa, PERHi rohepöörde juht Andra Migur, Tallinna farmaatsiatehase juht Kadri Randveer, proviisorapeekide liidu juht Ly Rootslane ja Roche Eesti OÜ tegevjuht Kadri Mägi-Lehtsi. Vestlusringi juhtis Meditsiiniuudiste peatoimetaja Kadi Heinsalu.

Küsin kantsler Mändmaalt: sel aastal pidi valmis saama hea tahte lepe kliimamuutuste mõjust Eesti tervishoiu ja sotsiaalvaldkonnas. Mis seis sellega on, kas see on valmis?

Mändmaa: Sotsiaalministeerium on sellega tegelenud paar viimast aastat. Eesmärk on olnud teha kõik, mis võimalik, et tervishoid ise seda kliimamõju ei suurendaks. Tahtsime välja jõuda sektoritevaheliste kokkulepeteni – millised on suunad, mis on prioriteet. Pean tunnistama, et me ei saanud sel aastal hakkama, kuna kärpetegevused võtsid kogu aja. Oleme teinud esimesed kohtumised sotsiaalsektori esindajate, katuseorganisatsioonidega ning käimas on ka mõni konkreetne projekt, nt ravimijäätmete vähendamine. Sektoritevahelist kokkulepet ei ole me siiski saavutanud – loodame selle tehtud saada 2025. aasta kevadeks. Püüame kasutada vahendeid nii, et ressursi jääks üle ka töötajate palkadeks.

Küsin nüüd suure haigla rohepöörde juhilt: millega teie tegelete? Kindlasti on mitu tasandit: igapäevatasand, suurem tasand, näiteks riigihanked...

Migur: Esimene prioriteet on teadlikkuse loomine, nii juhtide kui ka töötajate seas, et miks tervishoid peaks üldse sellega tegelema. Teaduskirjandusest näeme, et tervishoiu enda kliimamõjud on väga suured, moodustades üldisest kasvahoonegaaside emissioonist keskmiselt kuni 5%, mõnes riigis rohkem, mõnes vähem. Meie kliimamõjud on väga suured, need on aga otseselt tervisemõjud. Et vajadus tervishoiuteenuste järgi muutub suuremaks, on eetiline ja moraalne kohustus nende küsimustega tegeleda. Teine on rahastuse pool – kui vaatame ELi rahastust, siis raha investeringuteks saame sealt. Näiteks tsiviillennuväljade energiatarve Eestis on 2,6 korda väiksem kui regionaalhaigla oma. Kuhu paneme energiatõhususe vahendid, kas ütleme välja, et meie kliimamõjud on suured? Läheneme ka süsteemsete teemadega: suvel küsime suurimatelt tarnepartneritelt, mida saaks teha, et meie tarned oleksid vähemate keskkonnamõjudega. Püüame seada tingimused oma tarnetele järk-järgult sobivateks. Väikestest sammudest toon näiteks loobumise anesteesiagaas desfluraanist, mis on kõige kliimavaenulikum ja ka kallim. Samuti loobumise pudelivee pakumisest ja kinnaste kasutamisest loobumise seal, kus riski ei ole.

Annan sõna farmaatsiatehase juhile: milliseid nõudmisi rohepöörde teie jaoks kaasa toob?

Randveer: Ravimitööstuses juhindume kõigist õigusaktidest, meie valdkond on nii tugevalt reguleeritud, et sealt rohepöördeks võimalusi leida on keeruline. Ka meie püüame leida õigeid koostööpartnereid, et saaksime kasutada tööriideid, mis ei oleks ühekordsed jne. Ravimi esmasel

registreerimisel tuleb teha keskkonnamõjude esmane hindamine, ehk kuidas see võib kaudselt keskkonda mõjutada.

Kui aga praktilise poole pealt rääkida, siis oleme küll mõõtnud kuluefektiivsust, et ressursi vähem raiskaksime. Samas on ravimite tootmisel teatavasti vaja teatud temperatuure ja ravim, mida toodame, peab olema ohutu ja tõhus. Anna me muidugi endast parema, eriti partnerite valikuga. Loomulikult teeme endast oleneva maksimaalselt, meid mõjutavad aga paljud muud tegurid, mille mõjutamine ei ole lihtne. Need meie põhisammud on aga nii väikesed, et kaovad suurde pilti ära. Praegune seis on selline.

Küsin ka apteekrite esindajalt: kas apteekide seoses rohepöördega mis-ki hirmutada võib? Kasvõi välismaa poolt siia jõudev?

Rootslane: Ma ei ütleks, et otseselt hirmutab, aga sellega, et ravimeid on vaja järjest rohkem, peame leppima.

Mida me teame, on see, et maailmas muutub kõlbmatuks kuskil 3–50% ravimite. Saame vaadata, milliseid ravimeid välja kirjutatakse ja väljastatakse, et ravikuur oleks optimaalne. Teine asi on ennetus – vaksineerime rohkem, siis inimesed kasutavad ravimeid vähem.

Kolmanda suunana üritame ravimid kätte saada enne, kui need keskkonda reostavad ja püüame neid hävitada võimalikult keskkonnale ohutult. Kus me Eestis sellega oleme? 2023. aastal oli Eestis kokku 600 000 tonni ravimijäätmeid, sh nii tervishoiu kui ka veterinaarias tekkinud ja elanikkonna käest kogutud.

Teame, et see on jäämäe veepealne osa, sest meil on populaarne visata ravimid olmeprügisse ja WCst alla lasta. Ap-

teekidel on olnud 20 aastat kohustus elanikelt ravimeid vastu võtta ja teeme seda, aga neid edasi jäätmejaama toimetada on väga kallis.

Meil on Eestis vaid kolm ravimikäitlejat, kellele neid viia ja jäätmekäitluse tasu on viimastel aastatel kahekordistunud. Tegelikult oleme valmis ravimeid vastu võtma, aga apteegist edasine äravedu võiks olla reguleeritud, näiteks oleme mõelnud paigaldada apteekidesse konteinerid. Meil on pikk tee minna ja peame kõik sammud lõpuni välja mõtlema.

Kadri Mägi-Lehtsi, kas see tähendab, et ravimeid on maailmas liiga palju? Kui iga teine või kolmas karp ära visatakse, siis peaks targemini tootma?

Mägi-Lehtsi: Elanikkond vananeb, täiesti tervena ja ravimeid vajamata sureb mõni üksik inimene. Küsimus on selles, miks ravimeid ostetakse nii palju? Me ei soovi ju samuti neid prügikasti toota.

Ravimitööstuses ei ole tegu uue teemaga: 2025. aastal soovetakse see 100% roheenergiale üle viia. Kuid kas kõik, mis sobib Kesk-Euroopasse, sobib ka Põhja-Euroopasse?

Peame mõtlema, milliseid pakendeid vajame, et saaks infolehed väiksemaks ja säästa paberit. Siis on vaja väiksemaid aluseid, laoruume, transporti jne. Kuid peame mõtlema ka nende patsientide peale, kes ei ole digipädevad, et ravimiinfot veebist lugeda – peame arvestama kõigiga.

Peame mõtlema ka ravimivormi peale: kas inimene saaks seda ise kodus manustada või peab seda haiglas tegema? Patsiendi sõiduaga hoiaks kokku see, kui ta ei peaks sõitma keskusesse. Rohepööre on seega palju laiem – peame muutma kogu süsteemi.

Olulised uuendused ESC hüpertensiooni ravijuhises

Ravi Avatud suhtlemine parandab ravisoostumust

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Lõppenud aasta novembris Tallinnas toimunud Cardio Foorumil esinenud professor Margus Viigimaa tutvustas ettekandes Euroopa kardioloogide seltsi (European Society of Cardiology, ESC) hüpertensiooni uusi ravijuhiseid, mis töid olulisi uuendusi.

2024. aasta ESC hüpertensiooni ravijuhised töid kaasa olulisi muudatusi ja täiendusi, mille eesmärk on parandada hüpertensiooni diagnoosimist, ravi ja ennetamist. Uuendused tuginevad viimastele teadusuuringutele ja praktilistele kogemustele, pakkudes tõhusaid ja tänapäevaseid lahendusi.

Professor esitles juhiste peamisi aspekte ja rõhutas, et oluline on arvestada iga patsiendi individuaalseid vajadusi ning kasutada tervisetehnoloogiaid ravi efektiivsuse parandamiseks.

Üks tähelepanuväärsemaid uuendusi on keskendumine kombineeritud raviskeemidele, kus mitu ravimit on ühendatud ühte tabletti. Viigimaa rõhutas, et selline lähenemine parandab oluliselt patsiendi ravijärgimust, vähendab kõrvaltoimete riski ja parandab ravitulemusi.

“Mitme ravimi kombineerimine ühte tabletti mitte ainult ei suurenda patsiendi ravijärgimust, vaid vähendab ka kõrvaltoimete riski ja parandab ravitulemusi,” ütles professor.

Uued juhised pööravad tähelepanu ka uutele ravimitele, millel on tõestatud efektiivsus ja parem talutavus võrreldes varasematega. Kombineeritud ravi on eriti oluline keerulisemate haigusjuhtumite puhul, kus patsientidel esineb lisaks hüpertensioonile teisi kaasnevaid haiguseid, näiteks diabeet või neeruhaigus.

Individuaalne lähenemine konkreetsele patsiendile

ESC rõhutab juhistes iga patsiendi individuaalse käsitlamise vajadust, arvestades tema vanust, sugu, kaasnevaid haigusi, eluviisi ja muid eripärasid. Selline personaalne lähenemine võimaldab koostada ravi- ja ennetusplaani, mis on kohandatud patsiendi vajadustele. Oluline on arvestada, et igal pat-



Praktilised soovitusel ESC juhistes rõhutatakse mitut praktilist sammu, mis aitavad ravijuhiseid edukalt rakendada

- Patsiendi kaasamine: patsienti tuleks aktiivselt kaasata otsustusprotsessidesse, selgitades neile ravi olulisust ja erinevaid võimalusi. Avatud suhtlemine loob usalduse ja suurendab ravijärgimust.
- Diagnostika täpsustamine: ambulatoorne vererõhu monitoorimine ja kodus te mõõtmiste juhendamine on võtmetähtsusega, et ravi oleks täpne ja tõhus.
- Regulaarne jälgimine: pidev ravi jälgimine ja vajadusel kohandamine aitavad parandada tulemusi ning vältida raviketakstusi.
- Erialadevaheline koostöö: multidistsiplinaarne lähenemine, mis hõlmab erinevate spetsialistide koostööd, tagab teravikliku ja efektiivse ravi.

Allikas: Professor Margus Viigimaa

siendil on erinevad riskifaktorid ja ravivajadused. Näiteks vajavad kaasuva diabeediga patsiendid tihti spetsiifilisi lähenemisviise.

Lisaks pööratakse juhistes suurt tähelepanu mittefarmakoloogilistele meetmetele, nagu eluviisi muutused. Viigimaa rõhutas, et tasakaalustatud toitumine, füüsilise aktiivsuse suurendamine ja suitsetamisest loobumine võivad avaldada olulist mõju vererõhu langetamisel ning isegi vähendada farmakoloogilise ravi vajadust. Näiteks on Vahemere dieet, mida iseloomustab rohke puu- ja köögiviljade tarbimine, näidanud positiivset mõju vererõhu kontrollimisel.

Samuti tõstetakse uutes juhistes esile stressi vähendamise ja unehäirete ravi tähtsust. “Uuringud on näidanud, et krooniline stress ja uneprobleemid võivad oluliselt mõjutada vererõhu taset, mistõttu peaksid tervishoiutöötajad neid tegureid patsientide ravimisel alati arvesse võtma,” juhtis professor tähelepanu unekvaliteedi rollile.

Juhistes pööratakse tähelepanu ka koduse vererõhu mõõtmisele, mis on tõhus

ja oluline meetod, aidates saada täpsemat ülevaadet patsiendi seisundist ning jälgida ravi mõju. “Koduse mõõtmise edendamine on üks lihtsamaid viise parandada patsiendi ja arsti koostööd ning kohendada ravi vastavalt patsiendi tegelikule vererõhutasemele,” rõhutas Viigimaa.

Kodune vererõhu jälgimine on ka võimalus vähendada valge kitli sündroomi mõju, mis võib esineda arsti vastuvõtul ja moonutada mõõtetulemusi. Samuti võimaldab see patsientidel tunda end rohkem kaasatuna ja vastutavana oma tervise eest.

Selleks, et kodune jälgimine oleks edukas, soovitatakse tervishoiutöötajatel patsiente põhjalikult juhendada, kuidas mõõtmisi õigesti teha ja tulemusi dokumenteerida.

Tervisetehnoloogiate roll hüpertensiooni ravis

Uutes juhistes rõhutatakse tervisetehnoloogiate, sealhulgas digitaalsete rakenduste ja jälgimisseadmete integreerimist hüpertensiooni ravis. Need tööriistad aitavad patsientidel oma tervist reaajas jälgida ning pakuvad tervishoiutöötajatele väärtuslikku teavet ravi planeerimiseks ja korrigeerimiseks.

Viigimaa tõi esile, et digitaalsed tööriistad loovad arsti ja patsiendi vahel tihedama sideme ning parandavad ravi järgimist. Näiteks võivad mobiilirakendused, mis aitavad patsientidel jälgida vererõhu näitajaid, ravimite võtmist ja füüsilist aktiivsust, oluliselt toetada ravitulemuste saavutamist.

Viigimaa rõhutas ettekandes, et hüpertensioon on jätkuvalt üks peamisi kardiovaskulaarseid riskitegureid, kuid uute ravijuhiste rakendamine võimaldab saavutada märkimisväärsed edusamme selle haiguse kontrollimisel. Ta kutsus tervishoiutöötajaid üles uute juhistega aktiivselt tutvuma ja neid igapäevases kliinilises töös rakendama.

„Tervishoiutöötajad, patsiendid ja teadlased peavad tegema tihedat koostööd, et parandada hüpertensiooni ravi ja tõsta patsientide elukvaliteeti. Ainult ühiste pingutustega saab tagada, et kaasaegsed ja tõhusad ravilahendused jõuavad kõigi abivajajateni,” ütles professor ettekande lõpus.

Mitme ravimi kombineerimine ühte tabletti mitte ainult ei suurenda patsiendi ravijärgimust, vaid vähendab ka kõrvaltoimete riski.

Professor Margus Viigimaa

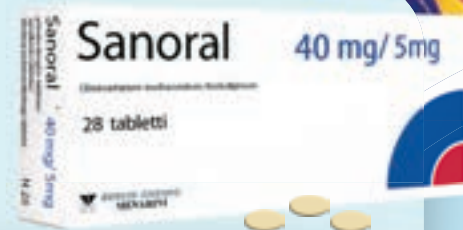
FOTO: RAUL MEE



KOMBINATSIOONRAVIM ESSENTSIAALSE KÕRGVERERÕHKTÕVE RAVIKS¹

Üks Sanoral 40 mg / 5 mg
tablett sisaldab¹

- 40 mg olmesartaan-medoksomiili
- 5 mg amlodipiini



Üks Sanoral 40 mg / 10 mg
tablett sisaldab¹

- 40 mg olmesartaan-medoksomiili
- 10 mg amlodipiini



SOODUSTUSEGA²
75-90%
DIAGNOOSIKOODID I10-I13, I15

olmesartaani + amlodipiini kombinatsioonravim¹
**2 TOIME-
AINET¹**

Näidustus¹: Essentsiaalne hüpertensioon. Kombineeritud ravim on näidustatud täiskasvanutel patsientidel, kellel olmesartaanmedoksomiili või amlodipiini monoteeraapia ei taga piisavat vererõhu langust.

Pakend. 28 tabletti pakendis. **Retseptiravim.**

Annustamine¹: Täiskasvanud: Sanorali soovitatav annus on 1 tablett ööpäevas. Enne fikseeritud kombinatsioonile üleminekut on soovitatav ravimi individuaalsete komponentide annuseid järk-järgult kohandada. Kliinilise näidustuse korral võib ka kohest üleminekut monoteeraapialt fikseeritud kombinatsioonile. Kasutamise hõlbustamiseks võib olmesartaanmedoksomiili ja amlodipiini monoteeraapiana saavatele patsientidele määrata samade annustega Sanorali kombineeritud ravimit. Sanorali võib võtta koos toiduga või ilma.

Enne ravimi väljakirjutamist palun tutvuge ravimi omaduste kokkuvõttega (kinnitatud detsembris 2024).

Vastunäidustused¹: Ülitundlikkus toimeainete, dihüdropüridiini derivaatide või abiainetes suhtes. Raseduse teine ja kolmas trimester. Raske maksapuudulikkus ja sapipais. Sanorali samaaegne kasutamine aliskireeni sisaldavate ravimitega on vastunäidustatud suhkurtõve või neerukahjustusega (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) patsientidele. Ravimis sisalduva amlodipiini tõttu on Sanoral vastunäidustatud veel järgmistel juhtudel: raske hüpotensioon, šokk (sh kardiogeenne šokk), vasaku vatsakese väljavoolu takistus (nt kõrgema astme aordi stenoos), hemodünaamiliselt ebastabiilne südamepuudulikkus pärast ägedat müokardiinfarkti.

Kõrvaltoimed¹: Kõige sagedamini teatatud kõrvaltoimed ravi ajal Sanoraliga on perifeersed tursed (11,3%), peavalu (5,3%) ja pearinglus (4,5%).

Täielik info ravimi vastunäidustustest, erihoiatustest ja kõrvaltoimetest on leitav ravimi omaduste kokkuvõttes (kinnitatud detsembris 2024).

Reklaam on suunatud ravimite väljakirjutamise õigust omavatele isikutele, proviisoritele ja farmatseutidele. Kood EE-SAN-01-2025-V1-Print. Koostatud jaanuaris 2025.



1. Sanoral (olmesartaan, amlodipiin) 40 mg/5 mg ja 40 mg/10 mg tablettide ravimi omaduste kokkuvõte. www.ravimiamet.ee (kinnitatud detsembris 2024).
2. Tervisekassa kodulehekül. Kokkuvõtlik tabel ravimisoostustest 01.01.2025 seisuga: <https://www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimid> (vaadatud 02.01.2025).

Müügiloa hoidja: Menarini International Operations Luxembourg S.A.1, Avenue de la Gare L-1611 Luxembourg, Luksemburg
Täiendav teave müügiloa hoidja Eesti esindusest: OÜ Berlin-Chemie Menarini Eesti, Paldiski mnt. 29, Tallinn 10612. Tel. + 372 667 5001

Ateroskleroosi riskifaktor lipoproteiin a – kellele ja miks?

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Novembris toimunud Meditsiiniuudiste vebinaril tegid ülevaate lipoproteiin a mõjust kardiovaskulaarsele riskile regionaalhaigla kardioloogid, professor Margus Viigimaa ja doktor Martin Serg.

Lipoproteiin a (Lp(a)) on kardiovaskulaarsete haiguste uurimisel ja ravis järjest olulisemaks muutuv tegur, mida eksperdid peavad iseseisvaks riskifaktoriks. Viigimaa ja Serg rõhutasid, et Lp(a) on seotud ateroskleroosi, arteriaalse tromboosi, põletike ning ka aordiklapi stenoosi ja südamepuudulikkusega. Lp(a) tase on peamiselt geneetiliselt määratud ning selle teadmine võib olla oluline varajase riski hindamisel ja ennetusstrateegiate plaanemisel.

Lp(a) kui uus riskitegur

Lp(a) taseme tõusu on juba aastakümneid seostatud kardiovaskulaarse riski suurenemisega. Viigimaa tõi esile, et Lp(a) on oma olemuselt unikaalne: „Lp(a) on iseseisev riskifaktor, mis tõstab südameinfarkti, arteriaalse tromboosi ja põletikuliste protsesside riski. Kui tase on normis, pole mõtet seda korduvate analüüsidega jälgida, sest see muutub elu jooksul väga vähe.“

Rotterdami uuring (1990. aastal alustatud suur pikaajaline rahvastikupõhine kohortuuring) kinnitab, et kõrge Lp(a) tase üle 125 nmol/L on sõltumatu riskitegur ateroskleroosi ja aordiklapi stenoosi puhul. „Lp(a) on kuus korda ateroogeensem kui LDL-kolesterool, mistõttu vajab selle kõrge tase erilist tähelepanu,“ rõhutas Viigimaa. Samuti näitavad uuringud, et kõrge Lp(a) tase võib suurendada stendi restenoosi riski isegi pärast edukat koronaraangioplastikat.

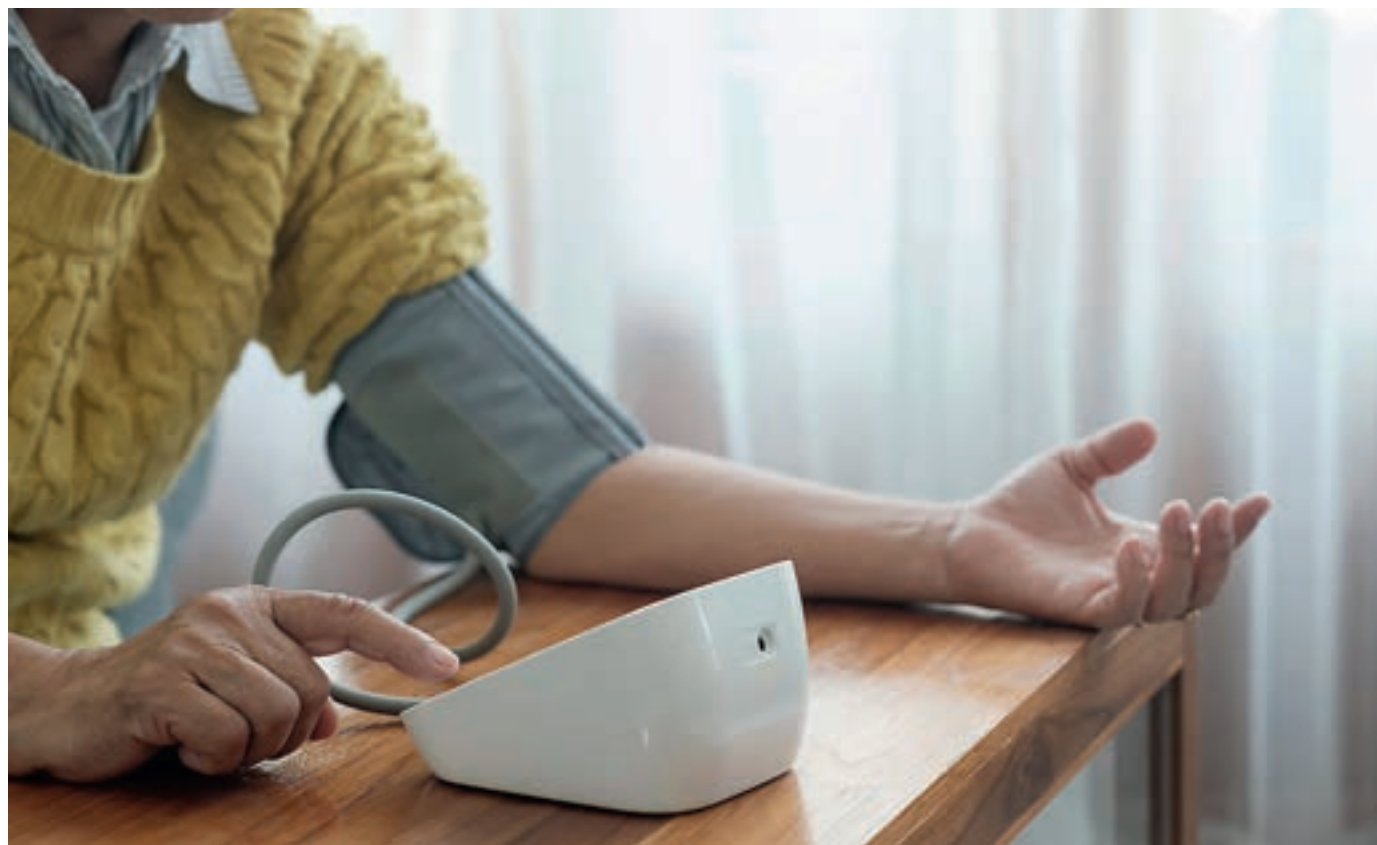
Kellel tuleks mõõta Lp(a) taset?

Ekspertid soovivad määrata Lp(a) taset vähemalt üks kord elu jooksul kõigil täiskasvanutel. Kui väärtused jäävad normi piiridesse, pole korduvad mõõtmised vajalikud, sest tase püsib stabiilne.

Erand on teatud patsientide rühmad, näiteks perekondliku hüperkolesteroleemia patsiendid, kelle puhul võib Lp(a) taseme jälgimine osutuda oluliseks.

„Kõrge Lp(a) tasemega patsiendid vajavad kõigi riskitegurite ulatusliku käsitlemist vastavalt ravijuhistele,“ rõhutas Viigimaa.

Erilist tähelepanu tuleks pöörata patsientidele, kellel on teadaolev südamehaiguste perekondlik anamnees või muud riskifaktorid. Näiteks võivad juba noo-



Lisaks vererõhu monitoorimisele tuleks igal täiskasvanul vähemalt kord elus mõõta lipoproteiin a taset.

FOTO: SHUTTERSTOCK

res eas esinevad ateroskleroosile viitavad tunnused olla seotud kõrge Lp(a) tasemega.

Serg lisas, et kõrge Lp(a) tase võib olla seotud ka aordiklapi stenoosi kiirema progresseerumisega. „Lp(a) taseme tõusuga kaasneb suurem kaltsifikatsioon aktiivsus, mis kiirendab aordiklapi stenoosi progresseerumist ja suurendab arteriaalsete trombooside riski. Sellised patsiendid vajavad varajast ja agressiivset riskitegurite kontrolli,“ selgitas ta.

Ravi ja tulevikuvõimalused

Praegused ravimid, nagu statiinid, ei mõjuta Lp(a) taset, kuid esetimiib võib seda langetada kuni 10%. Uuemad ravimid, nagu PCSK9 inhibiitorid ja inkliisiraan, langetavad Lp(a) taset 20–30%.

Viigimaa sõnul vajavad kõrge Lp(a) tasemega patsiendid kõigi riskitegurite ulatuslikku käsitlemist vastavalt ravijuhistele. „Oluline on keskenduda LDL-kolesterooli agressiivsele langetamisele ja teiste kardiovaskulaarsete riskitegurite kontrollile, isegi kui Lp(a)-spetsiifilised ravimid on veel arendamisel,“ rõhutas ta.

Serg lisas, et isegi kui Lp(a) taset otsestelt langetada ei saa, tuleb agressiivselt tegeleda teiste riskiteguritega, näiteks LDL-kolesterooli langetamisega alla

1,4 mmol/L taseme sekundaarse ennetuse patsientidel. Samal ajal on oluline kaaluda uute ravimite lisamist raviplaani, kui nende efektiivsus elulemuse parandamisel saab teaduslikult kinnitatud.

Kliinilised juhtumid

Lp(a) taseme olulisust illustreerivad järgmised juhtumid:

• Aordiklapi stenoosiga patsient:

77aastase patsiendi Lp(a) tase oli 300 nmol/L. Nelja aasta jooksul progresseerus kerge-mõõdukas aordiklapi stenoos raskekujuliseks, mis nõudis kateetrikuulset aordiklapi implantatsiooni. Selle juhtumi valguses rõhutas Serg, et Lp(a) taseme jälgimine ja varajane sekkumine võivad aidata vältida tõsiseid kardiovaskulaarseid tüsistusi.

• Äge koronaarsündroom:

33aastase meespatsiendi Lp(a) tase oli 220 nmol/L. Suitsetamine ja ülekaal viisid täiendavate riskifaktoritena südameinfarktini. Patsient vajab kiiret koronaraangioplastikat ja intensiivset lipiidide taset langetavat ravi.

• Primaarne preventsoon:

45aastasel naisel esines perekondlik hüperkolesteroleemia ja kõrge Lp(a) tase (286 nmol/L). Geneetilised testid kinnitasid LDLR geenimutatsiooni ning unearte-

rite ultraheli tuvastas lubjanaastud. Kuigi patsiendil ei olnud veel sümptomeid, oli varajane sekkumine siiski vajalik.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et Lp(a) on oluline marker, mida tuleks mõõta vähemalt üks kord elu jooksul kõigil täiskasvanutel. Selle kõrge tase on seotud südameinfarkti, aordiklapi stenoosi ja stendi restenoosi suurenenud riskiga.

Kuigi spetsiifilised ravimid on veel arendamisel, võimaldavad olemasolevad ravivõimalused vähendada üldist kardiovaskulaarset riski, keskendudes LDL-kolesterooli agressiivsele langetamisele.

Viigimaa sõnul on kõrge Lp(a) tase noortel patsientidel väga oluline riskifaktor, kuna kiirendab haiguste arengut ja vähendab tervelt elatud aastate arvu. „Vanematel patsientidel võivad esile kerida muud riskitegurid, kuid Lp(a) rolli ei tohiks alahinnata.“

Serg lisas, et Lp(a) taseme teadmine aitab hinnata patsiendi üldist riski ja koostada ravistrateegiat.

Lp(a) edasine uurimine ja teadlikkus selle mõjust on kardiovaskulaarse riski hindamise ja ravi planeerimisel võtme-tähtsusega.

Uute ravimite lisandumisel võib see marker mängida olulist rolli haiguste ennetuses ja ravis.



Repatha (evolokumab), lisatuna
standardravile, alandab LDL-C taset ja
vähendab korduvate kardiovaskulaarsete
sündmuste esinemist väga kõrge riskiga
patsientidel.¹

Vähem kolesterooli- rohkem elu²

Repatha (evolokumab) 140 mg süstelahus süstlis. Retseptiravim.

Näidustused: Südame-veresoonkonna väljakujunenud ateroskleroosiline haigus Repatha on näidustatud südame-veresoonkonna väljakujunenud ateroskleroosilise haigusega (müokardi infarkt, insult või perifeersetes arterites ateroskleroos) täiskasvanutele kardiovaskulaarse riski vähendamiseks LDL-kolesterooli sisalduse langetamise teel, täiendavalt teiste ohutegurite korrigeerimisele: kombinatsioonis statiiniga maksimaalses talutavas annuses koos teiste vere lipiidisisaldust langetavate ravimitega või ilma; üksikravimina või kombinatsioonis teiste vere lipiidisisaldust langetavate ravimitega patsientidel, kes ei talu ravi statiinidega või kellele statiinid on vastunäidustatud.

Hüperkolesteroleemia ja segatüüpi düslipideemia Repatha on näidustatud esmase hüperkolesteroleemia (heterosügootne perekondlik ja mitteperekondlik) või segatüüpi düslipideemia raviks täiskasvanutel ning heterosügootse perekondliku hüperkolesteroleemia raviks 10-aastastel ja vanematel lastel koos dieediga: kombinatsioonis statiini või statiini ja teise vere lipiidisisaldust langetava ravimiga patsientidel, kellele statiini maksimaalse talutava annusega ei saavutata LDL-kolesterooli sihtväärtust, või üksikravimina või kombinatsioonis teiste vere lipiidisisaldust langetavate ravimitega patsientidel, kes ei talu ravi statiinidega või kellele statiinid on vastunäidustatud.

Homosügootne perekondlik hüperkolesteroleemia Repatha on näidustatud homosügootse perekondliku hüperkolesteroleemia raviks täiskasvanutel ning 10-aastastel ja vanematel lastel kombinatsioonis teiste vere lipiidisisaldust langetavate ravimitega.

Müügiloa hoidja: Amgen Europe B.V. Minervum 7061 4817 ZK Breda Holland

Täiendav teave on saadaval ravimi müügiloa hoidja esindusest Amgen Switzerland AG Vilniuse filiaal, Gedimino pr. 9, Workland, 01103, Vilnius, Leedu.

Tervishoiutöötajatel palutakse teavitada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. Raporteerimisvormid leiab www.ravimiamet.ee

AMGEN

Viited: 1 Repatha (evolokumab) ravimiomaduste kokkuvõte. Viimati uuendatud Märts 2023. 2 Sabatine MS, Giugliano RP, Keech AC, ym. Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease. N Engl J Med. 2017;376(18):1713-1722

 **Repatha**
(evolokumab)

EST-145-0923-80001/09-2023

Artriidi varajane ravi aitab ennetada liigesekahjustusi

Regionaalhaigla reumatoloogiakeskuse juhataja, reumatoloog-ülemarst Piia Tuvik rääkis regionaalhaigla „Tervisepooltunni“ podcastis koos kahe patsiendiga artriidist ja selle ravivõimalustest.

Tuvik selgitas, et autoimmuunhaigus artriit on liigesepõletik, mis avaldub turse, punetuse ja valuna ning muudab liigese kasutamise raskeks. Artriidi tüübid võivad erineda, haarates ühte või mitut liigest, sealhulgas ka lüüsisamba liigeseid. „Haigus on kehasiseselt põhjustatud immuunsüsteemi rünnakust liigese rakkude vastu, ning põletik on püsiv, katkedes iseenesest väga harva,“ selgitas Tuvik. Ta lisas, et kuigi artriit on krooniline haigus, on olemas erinevaid ravivõid, mis aitavad patsiendi elukvaliteeti oluliselt parandada.

Artriidi peamised sümptomid on valu ja kangus, mille tõttu võib inimene hommikul voodist tõustes tunda end piltlikult öeldes robotina. Haigus võib tõsiselt piirata igapäevaeluga hakkama saamist, nagu leiva lõikamist või lapse mähkimist.

„Vastupidiselt levinud arvamusele pole artriit ainult eakate inimeste haigus, vaid haigestuda võivad ka noored ja isegi lapsed. Tähtis on märgata sümptomeid varakult ja vajadusel pöörduda arsti poole,“ rõhutas Tuvik.

Haigus alates noorest east

Oma lugu jagasid Joonas ja Agne, kes said artriidi noores eas. Joonas meenutas, et tema haigus algas valu ja tursega labajalas, mille põhjustas mandlipõletik. Pärast mandlite eemaldamist oli seisund mitu aastat stabiilne, kuid hiljem tõi stress esile uue ägenemise. Lõpuks tõi leevenduse bioloogiline ravi, mis muutis põletiku kontrollitavaks. „Kuigi haigus on olnud keeruline ja raviprotsess võtnud aastaid, on praegune raviskeem võimaldanud mul elada tavalist täisväärtuslikku ja sportlikku elu,“ rääkis Joonas.

Agne sõnul algas tema artriit allergiliste reaktsioonidega, mille põhjuseks osutus samuti mandlite põletik. Kuigi alguses kasutati suukaudseid põletikuvastaseid ravimeid, leidis temagi lõpuks leevenduse bioloogilisest ravist, mida täiendas sportlik eluviis. Agne mainis, et haiguse varases staadiumis oli tal palju raskusi igapäevaste tegevustega, kuid ravi ja tervislike eluviiside järgimisega on ta saavutanud hea elukvaliteedi. Ta rõhutas, et oluline on koostöö arstidega ning valmisolek proovida eri ravimeetodeid, kuni leitakse kõige sobivam.

Tuvik toonitas, et infektsioonid võivad vallandada autoimmuunhaigusi, mistõttu tuleks neid alati korralikult ravida. Samuti kinnitas ta, et artriidiga inimesed



Infektsioonid võivad vallandada autoimmuunhaigusi, mistõttu tuleks neid korralikult ravida.

FOTO: RAUL MEE

peaksid liikuma rohkem kui terved, et säilitada liigese liikuvus ja lihaste toonus. Ta lükkas ümber ka müüdi, et artriidiga inimesed peaksid end füüsilise aktiivsusega tagasi hoidma. Tuviku sõnul on oluline leida tasakaal liikumise ja puhkuse vahel, sest liikumatus võib olukorda halvendada. „Tähtis on mõista, et artriit ei pea takistama aktiivset elu, kui leida sobivad treeningmeetodid,“ toonitas Tuvik.

Ravi ja eluviis

Ravist rääkides selgitas Tuvik, et esmased vahendid on ravimid, mida täiendavad tervislik eluviis, liikumine ja tasakaalustatud toitumine. Ravimid jagunevad põletikuvastasteks ja immuunmodulaatoriteks, mida peab tarvitama arsti järelevalve all. Ta rõhutas, et patsientide osalemine ravimiuuringutes on väärtuslik, kuna see võimaldab neile ligipääsu uusimatele ravivõimalustele. Samuti pakub ravimiuuringutes osalemine patsientidele täiendavat jälgimist ja arstide tuge.

Joonas ja Agne jagasid ka soovitusi vastdiagnoositud patsientidele. Joonas rõhutas, et esimene samm on mitte anda. „Oluline on säilitada positiivne elusuhtumine ja usk, et haigusega on võimalik toime tulla,“ rõhutas ta. Lisaks soovitas ta uurida haiguse kohta iseseisvalt,

Tasub teada:

Kõige olulisem on haiguse varajane äratundmine

1. Varajane äratundmine ja diagnoosimine

- Tüüpilised sümptomid: hommikune liigesjäikus, turse ja valu, mis kestavad üle kuue nädala.
- Riskifaktorite hindamine: perekondlik eelsoodumus, autoimmuunhaigused.

2. Esmased uuringud

- Vereanalüüsid: põletikunäitajad (CRP, ESR), reumatoidfaktor (RF), anti-CCP antikehad.
- Radioloogilised uuringud: röntgen, vajadusel ultraheli või MRI liigese hindamiseks.

3. Varase ravi olulisus

- Haiguse varajane ravi aitab ennetada liigesekahjustusi ja parandada elukvaliteeti.
- Vajadus suunata patsient kiiresti reumatoloogi vastuvõtule, kui põletikulise liigesehaiguse kahtlus saab kinnitust.

4. Raviprintsiibid esmatasandil

- Valuvaigistid ja põletikuvastased ravimid sümptomite leevendamiseks.

- Glükokortikoidid ajutiseks kasutamiseks, kui reumatoloogi konsultatsioon viibib.

5. Elustiili muutuste ja patsiendi haremise olulisus

- Füsioteraapia, liikumine ja kehakaalu kontroll.
- Patsientide informeerimine haiguse olemusest ja ravivõimalustest.

6. Immuunsupressioonravi alustatakse varakult, kui haiguse aktiivsus on mõõdukas kuni kõrge ja esmased ravimid ei aita.

7. Bioloogiline ravi määratakse siis, kui immuunsupressioonravi ei anna tulemusi või kui haiguse aktiivsus jääb hoolimata ravist väga kõrgeks.

Mõlemad ravivormid vajavad tihedat jälgimist ja kohandamist sõltuvalt patsiendi ravivastusest.

Allikas: ravijuhend „Põletikulise liigesehaigusega patsiendi käsitlemis esmatasandil“

et paremini mõista selle olemust ja leida sobivad toimetulekustrateegiad.

Joonas tõi esile ka aktiivsuse säilitamise tähtsuse – liikumine aitab hoida liigeseid ja lihaste tervist. Samuti soovitas ta keskenduda vaimse tervise hoidmisele, sest vaimne ja füüsiline tervis on omavahel tihedalt seotud.

Agne pidas eriti oluliseks usaldusväärse arsti leidmist, kellega oleks sujuv ja tõhus koostöö. Ta rõhutas tugeva tugisõna ja motivatsioonivõrgustiku loomise vajalikkust, et haigusega kaasnevatest raskustest paremini üle saada.

Agne jagas kogemust, et valmisolek katsetada erinevaid ravimeetodeid aitab leida kõige sobivama lahenduse. Ta soovitas säilitada positiivse suhtumise ja jätkata liikumist ning leida endale meeldivad ja sobivad tegevused. „Kui ise liikumisviisi valida ei oska, võiks nõu küsida füsioteraapeutidelt,“ rääkis Agne.

Lisaks tõstis ta esile teadlikkuse tõstmise olulisust – teadmised haigusest ja tõhusast ravist aitavad nii patsiendil kui ka tema lähedastel paremini olukorda mõista ja sellega toime tulla.

Nii Joonas kui ka Agne kinnitasid, et artriidiga on võimalik elada täisväärtuslikku ja aktiivset elu. „Oluline on leida sobivad lahendused, toetuda spetsialistide-

le ja säilitada positiivne hoiak,“ rõhutasid mõlemad.

Patsiendiühenduste roll

Tuvik tõstis esile ka reumaliidu rolli artriidiga inimeste toetamisel ja uute ravimeetodite kättesaadavaks tegemisel. Ta kutsus artriidiga patsiente üles ühinema toetavate kogukondadega, et jagada kogemusi ja saada tuge. „Praeguste ravi- ja tugivõimaluste juures ei tohiks keegi oma murega üksi jääda,“ rõhutas Tuvik.

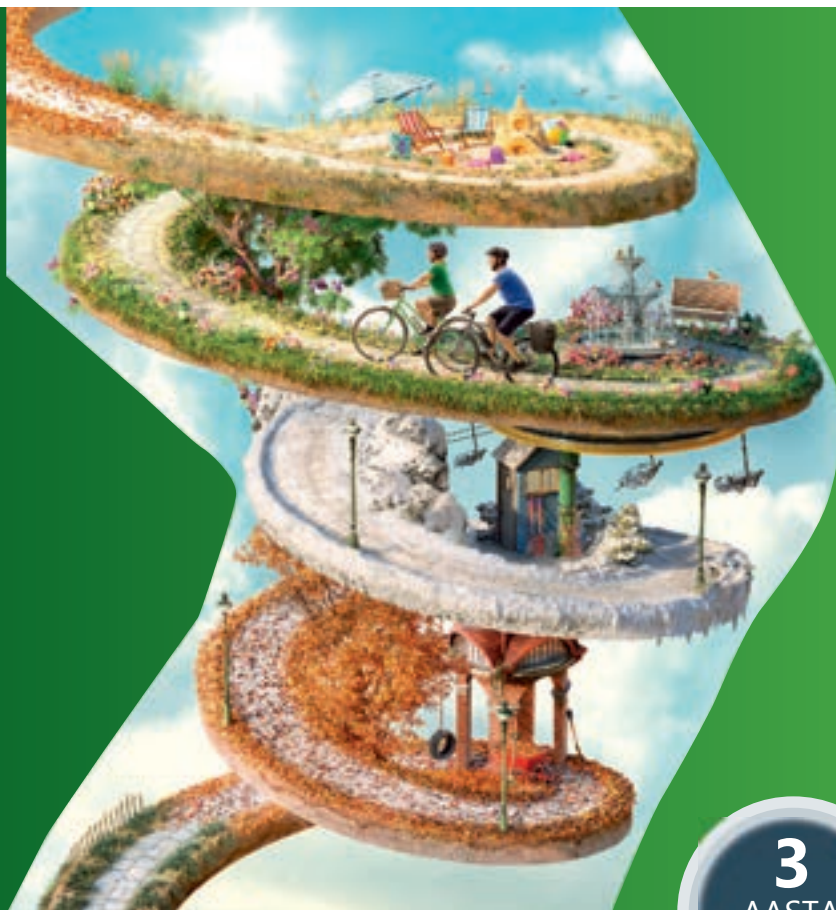
Ta mainis ka, et artriidipäevad ja kogukondlikud ühisüritused aitavad tõsta teadlikkust ning pakkuda nii patsientidele kui ka nende lähedastele vajalikku tuge.

0,5-1

- protsenti elanikkonnast põeb reumatoidartiiti.

PSORIAATILIST ARTRIITI (PsA) VÕI AKSIAALSET SPONDÜLOARTRIITI (axSpA) PÕDEVATELE PATSIENTIDELE¹

taltz[®]
(iksekizumab)



3
AASTA
JOOKSUL

SPiRiT P1

52%-I

Taltz'iga (iksekizumab) ravitud
PsA-ga patsientidel säilitati
püsiv ACR 50 ravivastus^{2*}

83%-I

Taltz'iga (iksekizumab) ravitud
PsA-ga patsientidel ei esinenud
struktuurseid muutusi^{2**}



2
AASTA
JOOKSUL

COAST-Y

48%-I

Taltz'iga (iksekizumab) ravitud
axSpA-ga patsientidel säilitati
püsiv BASDAI 50 ravivastus^{3†}

89%-I

Taltz'iga (iksekizumab) ravitud
axSpA-ga patsientidel ei esinenud
struktuurseid muutusi^{4‡}

Taltz (iksekizumab) ravimi omaduste kokkuvõte:

Ravimi nimetus. Taltz (iksekizumab) 80 mg süstelahus pen-süstlis. **Toimeaine:** iksekizumab. **Näidustused:** Naastuline psoriaas. Taltz (iksekizumab) on näidustatud mõõduka kuni raske naastulise psoriaasi raviks täiskasvanutel, kes vajavad süsteemset ravi. **Naastuline psoriaas lastel.** Taltz (iksekizumab) on näidustatud mõõduka kuni raske naastulise psoriaasi raviks lastel alates 6 aasta vanusest ja kehakaaluga vähemalt 25 kg ning noorukitel, kes vajavad süsteemset ravi. **Psoriaatiline artriit.** Taltz (iksekizumab) üksinda või kombinatsioonis metotreksaadiga on näidustatud aktiivse psoriaatilise artriidi raviks täiskasvanud patsientidel, kes ei ole saavutanud piisavat ravivastust ühe või enama haigust modifitseeriva antireumaatilise ravimi kasutamisel või kellel esineb nende suhtes talumatus. **Aksiaalne spondüloartriit.** **Anküloseeriv spondüliit (radiograafilise leiuga aksiaalne spondüloartriit):** Taltz (iksekizumab) on näidustatud aktiivse anküloseeriva spondüliidi raviks täiskasvanud patsientidel, kes ei ole konventsionaalse raviga saavutanud piisavat ravivastust. **Radiograafilise leiuta aksiaalne spondüloartriit:** Taltz (iksekizumab) on näidustatud aktiivse radiograafilise leiuta aksiaalse spondüloartriidi raviks täiskasvanud patsientidel, kellel esineb objektiivsete põletikunäitajate tõus C-reaktiivse valguga ja/või magnetresonants-tomograafia alusel ning kes ei ole saavutanud piisavat ravivastust mittesteroidsete põletikuvastaste ravimite kasutamisel. **Retseptiravim. Müügiloo hoidja:** Eli Lilly and Company (Ireland) Limited, Dunderrow, Kinsale, Co. Cork, Iirimaa. **Täiendav teave ja kõrvaltoimetest teavitamine:** www.ravimiamet.ee või Eli Lilly (Suisse) S.A Eesti filiaal (A. H. Tammsaare tee 47, 11316 Tallinn) tel 6817280, lilly@eesti.ee

* n=55 107-st, mNRI, ACR50. ** Pikendatud uuringus osalenud patsientidel. Puuduvate andmete asendamiseks kasutati lineaarse ekstrapoleerimise meetodit, kui patsientidel oli algtaasel ja algtaasel järgne väärtus ≥ 1 (nt nädalal 156). 156. nädalal imputeeriti 10,8% (28 patsiendi) andmetest lineaarse ekstrapoleerimisega. n=60 Nx 72-st (N=81).

† Patsiendid, kes said 116 nädala jooksul Taltz'i (iksekizumab) ravi iga nelja nädala järel (Q4W). Puuduvad andmed imputeeriti, kasutades ravivastuse mittesaavutamise imputeerimist (non-responder imputation, NRI). N=157.

‡ Kogutud andmed N=115. Modifitseeritud Stoke'i anküloseeriva spondüliidi lülisamba skoori (mSASSS: kahe sõltumatult määratud skoori keskmine, kusjuures määramise ajaline järjestus ei olnud teada) keskmine muutus võrreldes lähtetasemega patsientidel, kes olid esialgu kaasatud uuringusse COAST-V või COAST-W, ning keda raviti Taltz'iga (iksekizumab) iga nelja nädala järel (Q4W) 2 aasta jooksul. Võrreldi lähtetaseme ja 2. aasta andmeid. Struktuursete muutuste puudumise lävendiks oli mSASSS skoori erinevus lähtetasemest < 2 . Hõlmas patsiente, keda raviti Taltz'iga (iksekizumab) iga nelja nädala järel (Q4W) esialgu uuringutes COAST-V või -W ning kellel jätkati samasugust Taltz'i (iksekizumab) annustamise režiimi 2 aastat (kuni 56. nädalani uuringus COAST-Y), ja patsiente, kellel tehti sobivad röntgenülesvõtted uuringu alguses ja 2 aastal kindla ajaakna sees ($[-150, 60]$ päeva lähtetaseme hindamiseks enne esimest ravimi manustamist uuringus ja ± 150 päeva arstikülastusest 2. aastal).

N = patsientide koguarv pikendatud uuringus; Nx = patsientide arv, kelle skooris esines lähtetasemega võrreldes muutus pärast lineaarse ekstrapoleerimist; mNRI = modifitseeritud ravivastuse mittesaavutamise imputeerimine (modified nonresponder imputation); ACR50 = Ameerika Reumatoloogia Kolledži (American College of Rheumatology) kriteeriumitele vastav 50% ravivastus; IL-17A = interleukiin-17 antagonist, AS = anküloseeriv spondüliit.

1. Taltz'i (iksekizumab) ravimi omaduste kokkuvõte SPC 2023;
2. Chandran, V. et al. Rheumatology. 2020; 0:1-11. (koos lisaga).
3. Braun, J. et al. Ann Rheum Dis 2021; 80:716. EULARi 2021. aasta kongressil esitletud poster POS0912
4. Van der Heijde, D. et al. J Rheumatol 2022; 49(3), 265-273.

Lilly
A MEDICINE COMPANY



Kergemate migreenihoogude puhul piisab kergesti kättesaadavatest MSPVAdest.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Migreeni akuutravi kaasaegsed lähenemisviisid

Ravi Õnnestumise võti peitub ajastuses ja annuses

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Migreeni akuutravi kaasaegsetest suundadest andis Meditsiiniuudiste vebinaril ülevaate Ida-Viru keskhaigla neuroloogia vanemarst ja Eesti peavalu seltsi president Katrin Pöld.

Migreen on krooniline neuroloogiline haigus, mida iseloomustavad episoodilised või kroonilised peavaluhood koos kaasnevate sümptomitega, nagu iiveldus, oksendamine, fotofoobia ja fonofobia. Selle haigusseisundi akuutravi on viimastel aastatel märkimisväärselt arenenud, pakkudes patsientidele laiemat ravivõimaluste valikut ning efektiivsemaid meetodeid migreeni sümptomite leevendamiseks.

Migreeni tekkemehhanismid on seotud trigeminovaskulaarse süsteemi aktivatsiooniga, mille oluline mediaator on CGRP (kaltsitoniini geeniga seotud peptiid). See neuropeptiid mängib olulist rolli migreeni valu vahendamises ja veresoonte regulatsioonis.

Kaasaegsed ravimid, nagu gepandid ja ditaanid, on suunatud just nendele meh-



Eesmärk on leevendada kiiresti valu ja sümptomeid.

Katrin Pöld

FOTO: ERAKOGU

hanismidele, pakkudes innovaatilisi võimalusi migreeni raviks.

Migreenihoov ravi eesmärk on leevendada kiiresti peavalu ja muid kaasnevaid sümptomeid, vähendada peavalude kordumise riski sama hoo jooksul ning teha seda minimaalsete kõrvaltoimetega. Ravi valik sõltub patsiendi migreeni tüübist, hoogude sagedusest ja intensiivsusest.

Põhilised ravivõimalused

- Mittesteroidsed põletikuvastased ravimid (MSPVAD) ja paratsetamool on esmavalik kergete ja mõõdukate migreenihoogude raviks. Need ravimid on laialdaselt kättesaadavad ja soodsa hinnaga, kuid nende liigne kasutamine võib viia ravimitekkese peavaluni (MOH).

- Triptaanid on serotoniiniretseptorite agonistid, mis on efektiivsed kuni kahele kolmandikule patsientidest. Need ravimid on eriti sobilikud tugevamate migreenihoogude raviks, kuid ei sobi patsientidele, kellel on tõsised südame-veresoonkonna haigused. Ka triptaanide ülekasutamine võib suurendada ravimitekkese peavalu riski.

- Gepandid on CGRP-retseptorite anta-

gonistid, mis sobivad vajaduspõhiseks kasutamiseks. Nimetatud ravimid on efektiivsed ja neil on võrreldes triptaanidega vähem kõrvaltoimeid, kuid nende kasutamist takistab sageli kättesaadavus ja kõrge hind.

- Ditaanid on selektiivsed serotoniiniretseptorite agonistid, mis on paljulubavad migreeni akuutravi ravimid, ent ei ole kahjuks Eestis veel kättesaadavad.

Aktiivravi efektiivsus

Akuutravi efektiivsust hinnatakse järgmiste kriteeriumite alusel:

- patsient on kahe tunni jooksul valulaba,
- taanduvad häirivad kaasnevad sümptomid, nagu iiveldus ja valguskartus,
- migreenihoog ei kordu sama hoo jooksul,
- ravimid ei põhjusta vastuvõetamatuid kõrvaltoimeid.

Ravi õnnestumise võti peitub tavaliselt õiges ajastuses ja annuses. Alalävisite annuste kasutamine või ravimite ülekasutamine põhjustab sageli selle, et „ravimid ei aita“.



75%/90%
soodustus^{1,2}

PALJU MIGREENIGA SEOTUD VAJADUSI ÜKS LIHTNE LAHENDUS

**Esimene ja ainus ravim nii migreenihoogude
RAVIKS kui ka ENNETAMISEKS**

Migreenihoogude akuutne ravi	Annustamine: 75 mg rimegepanti vajaduse korral üks kord ööpäevas	Soodustus 75%/90% diagnoosiga G43 (auraga või aurata) täiskasvanutel, kellel on ebaõnnestunud 2 või enam triptaanravi ^{1,2}
Migreenihoogude ennetamine	Annustamine: 75 mg rimegepanti ülepäeviti	Ei ole soodustust

Viited: **1.** Sotsiaalministri 24. septembri 2002. a määruse nr 112 „Tervisekassa ravimite loetelu” muutmise–Riigi Teataja
2. Tervisekassa; <https://www.tervisekassa.ee/ravimite-kompenseerimine>

VYDURA (rimegepant) 75 mg suukaudne lüofilisaat. INN. *Rimegepant sulfate*. Retseptiravim. Näidustused: auraga või aurata migreeni ennetamiseks ja akuutseks raviks täiskasvanutel. Migreeniepisoodide ennetavaks raviks täiskasvanutel, kellel on vähemalt 4 migreenihoogu kuus.

Müügiloa hoidja: Pfizer Europe MA EEIG Boulevard de la Plaine 17 1050 Brüssel Belgia.

Täiendav teave saadaval müügiloa esindaja Eesti esindusest: Pfizer Luxembourg SARL Eesti Filiaal,
A. H. Tammsaare tee 47, 11316 Tallinn. Tel. nr. +372 666 7500. Ravimi omaduste kokkuvõte 06/2023.

PP-NNT-EST-0027

Materjal kinnitatud: oktoober 2023.





Ravimite ülekasutamine võib kaasa tuua ravimitekkese peavalu ehk MOHi.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Algus lk 16

Lisaks ravile on oluline roll patsiendi teadlikkusel

Kaasaegsed ravijuhised soovivad Ida-Viru keskhaigla neuroloogia vanemarsti ja Eesti peavalu seltsi presidendid Katrin Põllu sõnul olenevalt patsiendi individuaalsetest vajadustest ja migreenihoo intensiivsusest kasutada esmalt MSPVAsid või triptaane.

Kui esmavaliku ravimid ei ole efektiivsed või on vastunäidustatud, võib kaaluda gepante või muid spetsiifilisi ravimeid. Raskematel juhtudel on soovitatav multidistsiplinaarne lähenemine, mis võib lisaks neuroloogile hõlmata kliinilist psühholoogi, vaimse tervise spetsialiste ja füsioterapeute.

Paraku on ka ravimite liigtarvitamisest tingitud peavalu (MOH) migreeni patsientidel sagedane probleem. Selle riski vähendamiseks tuleb patsiente teavitada ravimi ülekasutamise ohtudest.

Samuti on oluline rakendada efektiivset profülaktilist ravi, et vähendada migreenihoogude sagedust ja vajadust hoora-

vade arvu ja parandada elukvaliteeti. Gepandid, bioloogilised ravimid, nagu botulismitoksiin, on olulised uuendused migreeni ennetuses.

Bioloogilised ravimid, nagu CGRP-vastased monoklonaalsed antikehad, on olnud murrangulised kroonilise migreeni ravis. Need vähendavad migreenihoogude sagedust ja intensiivsust ning neil on suhteliselt vähe kõrvaltoimeid.

Eestis on nimetatud ravimid kättesaadavad teatud tingimustel ja sobivad eriti patsientidele, kellel tavalised profülaktilised ravimid ei ole olnud efektiivsed.

Lisaks ravimitele on migreeni ennetuses tähtis roll mittemedikamentoossetel meetoditel, nagu stressi maandamine, unehügieeni parandamine, toitumise korrigeerimine ja regulaarne füüsiline aktiivsus. Need meetodid täiendavad farmakoloogilist ravi, aidates vähendada migreenihoogude sagedust.

Ravivõimalused arenevad jõudsalt

Migreeni ravivõimalused arenevad kiiresti. Gepandid ja ditaanid pakuvad innovaatilisi lahendusi, kuid nende kättesaadavus on praegu piiratud ja hind kõrge. Tulevikus on oodata nende kättesaadavuse paranemist ja kasutamise laienemist.

Praegu on käimas intensiivne teadustöö ja arendustegevus uute migreeniravimite väljatöötamisel, mis on suunatud migreeni patofüsioloogia eri aspektidele, sealhulgas neuronite ülerutuvuse vähendamisele, neurovaskulaarse süsteemi reguleerimisele ja põletikuliste protsesside blokeerimisele.

Uuringud keskenduvad näiteks kaltsitoniini geeniga seotud peptiidi (CGRP) antagonistidele ja monoklonaalsetele antikehadele, mille eesmärk on neutraliseerida CGRP või takistada selle retseptorite aktiveerimist.

Lisaks uuritakse serotoniinireseptorite (5-HT_{1F}) agoniste ning muid mehhanisme, mis mõjutavad trigeminaalsüsteemi ja kesknärvisüsteemi valu teid, pakudes potentsiaalselt paremat ja individuaalsemat lähenemist migreeni ennetamisele ja ravile.

Olulist rolli mängivad ka digitaalsed terviselahendused, nagu peavalupäevikute mobiilirakendused ja telemeditsiin, mis võivad parandada migreeni ravi jälgimist ja efektiivsust. Need tehnoloogiad võimaldavad arstidel paremini mõista patsiendi migreenihoo mustreid ja kohandada ravi. Samal ajal on tähtis jätkata patsientide harimist ja kaasamist.

Tasub teada: Kuidas hinnata migreeniravi efektiivsust?

Kuidas hinnata hooravi efektiivsust?

- Patsient on valuvaba 2 h peale ravimi manustamist
- Kõige häirivam sümptom taandub
- Migreenihoo ei tule tagasi, ei ole vajadust uue annuse/lisaravimi järele
- Ravimil ei ole vastuvõetamatuid kõrvaltoimeid

Kuidas hinnata profülaktilise ravi efektiivsust?

- *Monthly migraine days* (i. k peavalupäevade arv kuus)
- Haiguskoormuse muutused nt HIT-6 küsimustiku alusel
- Hooravimite vajadus jne

Arvestama peab ravimitekkese peavalu (MOH) riskiga.

Allikas: Katrin Pöld

**MIGREEN-
PULSEERIV VALU**
MIS KESTAB PÄEVI

TAHAKSIN OLLA AINULT
PIMEDAS JA VAIKUSES

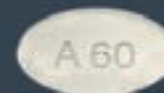
LÕHNAD
AJAVAD JIVELDAMA



ENNETA MIGREENIHOOGUSID¹

ÜKS TABLETT ÜKS KORD ÖÖPÄEVAS

CGRP retseptori antagonist, mis on näidustatud migreeni profülaktikaks täiskasvanutel, kellel on vähemalt 4 migreeniga päeva kuus.^{1,2}



SOODUSTUSE TINGIMUSED:

Kroonilise migreeni profülaktiliseks raviks täiskasvanutel, kellel esinevad peavalud ≥ 15 päeval kuus, millest vähemalt 8 päeval on tegemist migreeni kriteeriume täitvate hoogudega ja kellel on vähemalt 3 eelnevat profülaktilist ravi ebaõnnestunud.³

75%/90%

AQUIPTA (atogepant) 10 mg, 60 mg tabletid. Toimeaine: atogepant. Retseptiravim.

AQUIPTA on näidustatud migreeni profülaktikaks täiskasvanutel, kellel on vähemalt 4 migreeniga päeva kuus. Müügiloa hoidja: AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse, 67061 Ludwigshafen, Saksamaa. Lisaküsimuste tekkimisel selle ravimi kohta pöörduge palun müügiloa hoidja kohaliku esindaja poole: AbbVie OÜ, Rävälä pst 4, 10145 Tallinn. Tel: +372 623 1011. Ravimi omaduste kokkuvõtte kinnitatud: august 2023

VIITED:

1. AQUIPTA (atogepant) Ravimi omaduste kokkuvõte.
https://www.ema.europa.eu/et/documents/product-information/aquipta-epar-product-information_et.pdf
2. Morena-Ajona D, et al. J Clin Med. 2022;11(6):1656.
3. Tervisekassa <https://www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimi>

Toitmis- ja liikumisravi konverents

Radisson Blu Hotel Olümpia ja Worksup keskkond veebis



20.02.2025 EESMÄRK JA RAVI- PLAAN

NB! Kolm välislektorit!

- Toitumis- ja liikumissoovitused 2025
- Täiskasvanute ja eakate toitmisravi korraldus
- Laste toitmisravi korraldus (ravijuhend, sõelumine, alustamine, raviplaan, eesmärgid)
- Toitumusega seotud haiguste vältimine: erimenüüd ja nõustamine ravijuhendites
- Individuaalse toitumis- ja liikumisplaani eesmärgid, konsultatsiooni eesmärk, kulutõhususe raportid
- Bariaatria: eesmärkide täitmine metaboolses kirurgias. Eesti bariaatria 20 aastat
- Structured Dietetic Care – Measurable Outcomes & Digital Solutions – Finlands Experience
- Safe Targets in Nutrition and Sports: Optimizing physiotherapy
- Setting and Measuring Targets in Lean and Obese
- Psühholoogiline rehabilitatsioon muutuste saavutamisel

119 €

kuni 07.02.25
sisaldab käibemaksu

pood.aripaev.ee/
konverentsid-toitmis-ja-
liikumisravi-konverents-2025

Järelvaadatav 30 päeva!

Lisainfo: Karin Tamm, Meditsiiniuudiste
sündmuste juht, karin.tamm@aripaev.ee

Koostöös Eesti Kliinilise Toitmise Seltsiga (EstSPEN)
Konverentsil osalemine annab täiendkoolituspunktid, need akrediteerib
EstSPEN ning tunnistuse väljastab Meditsiiniuudised

ESTSPEN
Estonian Society for Parenteral and Enteral Nutrition

 **Meditsiini-
konverentsid**

VAIMSE TERVISE konverents 2025

13.03.2025
hübriidkonverents


Eesti Psühhiaatrite Selts
Estonian Psychiatric Association

 **MEDITSIIINI-
KONVERENTSID**

Teemad:

- RHK muudatused
- Psüühika- ja käitumishäired – diagnooside käsitlemine kliinilise psühholoogi vaates
- Isiksushäire avaldumine läbi elukaare
- Kuidas üles kasvada isiksushäirega vanemaga?
- Nooruki isiksusehäirete komorbiidsus ja diferentsiaaldiagnostika
- Alaealiste isiksusehäirete diagnostika
- Piirialase isiksushäire ravikäsitlemine
- ATH ja isiksusehäirete komorbiidsus, diagnostika erisused komorbiidsuse puhul
- Mida teha psühhopaatiaga?

Konverents toimub Eesti Psühhiaatrite Seltsi ning Meditsiiniuudiste koostöös ja annab 7,5 täiendkoolituspunkti.

126 eurot (km-ga)
soodushind kuni
2. märtsini, edasi
142 eurot

Info ja täpsem kava:

pood.aripaev.ee/vaimse-tervise-konverents-2025

