



Karjäär

Väikelinna haigla ravijuht pani ameti maha

Põlva haigla ravijuht, radioloog taustaga **Pirja Sarap** andis oktoobri alguses ametist lahkudes meile intervjuu, kus tõdes, et lahkuda tuleb siis, kui aeg on õige ja sisemine säde kustunud. ▶6-7



Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 15 (514) 21. oktoober 2025

www.mu.ee

Düslipideemia ravijuhendi olulisemaid uuendusi ja praktilisi järeldusi arstidele tutvustab kardioloogiaprofessor **Margus Viigimaa**.

▶10

Voolides patsiendi teekonda

Südame-veresoonkonna patsiendi **raviteekond** oli hiljuti kollektiivse arutelu all, kuid häid lahendusi leiti vähe.

▶3, 8-9



Eesti insuldipatsientide liitu esindav Elen Kirt tõdeb, et nüüd on regionalhaiglas olemas vähemalt õde-nõustajad.

FOTO: MEDITSIINI-UUDISED

Uudised Confido, Medicum ja Renalis

MULLUSE käibe suuruse poolest jõudsid erakliinikute aastaraporti esikolmikusse arstikeskus Confido, Medicumi teravishoiuteenused ja Renalis. ▶7



Fookuses: kasvaja Silmamelanoomile sobib silmas iga koht

ÜLEVAATE keerulisest silmamelanoomist teeb Ida-Tallinna keskhaigla silmaarst ja Baltimaade silmaonkoloogia keskuse juht **Artur Klett**. ▶12

Fookuses: kasvaja Silmapiirkonna kasvaja käsitus

SILMAPIIRKONNA sagedasim pahaloomuline nahakasvaja on basaalrakuline kartsinoom, ravi selgitab silmaarst **Delis Linntam**. ▶14-16

Fookuses: vaim ATH liit Eestis järjest aktiivsem

EESTI ATH liidu esindajad Tanel Peets ja Indrek Tallo tutvustavad liidu tegemisi ja elamist-töötamist ATHga. ▶18

Tugev õde on eestvedaja ja juht

Ameti kolleegile üle andnud kliinikumi esimene õenduse ja patsientikogemuse juht **Ilona Pastarus** võtab kokku oma töökogemuse. Ta usub, et õendus areneb tugevaks iseseisvaks kutsealaks, kui õed on ise selleks valmis ja leidub eestvedajaid. ▶3



Hematoloogist riigiametnik

Arstist poliitikakujundajaks: hematoloog **Mariken Rossi** esimesed muljed sotsiaalmistiteeriumi tööst. Ta usub, et arstlik vaade süsteemile annab palju juurde. ▶5



05.03.2026

hübriidkonverents

Swissôtel Tallinn konverentsikeskus
ja WorksUp keskkond veebis



VAIMSE TERVISE konverents 2026

Soovime konverentsiga suurendada esmatasandi teadlikkust vaimse tervise probleemidest, jagada soovitusi ravi, edasisuunamise ja erinevate teraapiate kohta, mis ühe või teise häire puhul sobiksid.

Sihtgrupp: perearst, pereõde, psühhiaater, psühholoog, vaimse tervise õde, sotsiaaltöötaja, kõik teised teemast huvitatud meditsiinitöötajad

Konverents annab täiendkoolituspunkte, tunnistuse väljastab erialaselts.

Lisaküsimused: Karin Tamm, Meditsiiniuudiste sündmuste juht,
tel +372 513 8862, e-post: karin.tamm@aripaev.ee

137,02 €

(sisaldab käibemaksu)

kuni 22.02.26,

pärast on hind 150,04 €

pood.aripaev.ee/konverentsid-vaimse-tervise-konverents-2026

KAVAS

- Neuroarengulised häired – RHK muudatused. Uus käsitus ja väljendid
- Väikelapse ja varajase lapsepõlve aegne (0.-5. a) autism
- Autism nooremas koolieas (6.-11. a)
- Teismeliste (12.-18. a) autism (ärevus ja depressioon kaasnevana)
- Isiksushäire ja autismi diferentsiaaldiagnostika
- Maskeerimine/naised ja mehed
- Kuidas saavutada kontakti keerulise patsiendiga?
- Mis võimalused on rehabilitatsiooniks koolis? Dialektiline käitumisteraapia
- Kuidas autismispektri häirega noori ja noori täiskasvanuid iseseisvasse ellu integreerida?
- Sensoorse integratsiooni teraapia

Kava täieneb



MEDITSIINI-
KONVERENTSID

Eesti Psühhiaatrite Selts
Estonian Psychiatric Association

arvamus



Libameditsiini soovitajad ei lähtu sellest, mis on haigele parim, vaid soovivad saada tulu.

Sotsiaalminister Karmen Joller ebaravist, mu.ee 7.10

Tagasisivaade:

Tasakaal patsiendi ja töötaja suhetes



Ilona Pastarus

kliinikumi esimene õenduse ja patsiendikogemuse (endine) juht

Patsiendikogemus ei ole kindlasti ainult õenduse teema, vaid hõlmab kogu organisatsiooni.

Positsioon, milles on ühendatud õendus ja patsiendikogemus, toob tasakaalu patsiendi- ja töötajakogemuse loomisse ning toetab inimkeskset lähenemist. Ametikohtale asudes tuli patsiendikogemuse juhtimine haiglas esmalt mõtestada. Selles andis meile hea suuna uuring, mille tegime koos antropoloogidega.

Uuringu lõpus väljajoonistunud kliinikumi patsiendi teekond koos rõõmu- ja mu-rekohtadega ravi eri etappides, samuti ootustega haigla suhtes sai meile heaks suuniseks ning on seda praeguseni, sest väljakutsed sel teekonnal ei lõpe.

Patsiendikogemus ei ole kindlasti ainult õenduse teema, vaid hõlmab kogu organisatsiooni. Milline on patsiendi kogemus arstiga, kuidas ta end kliinikumis tunneb – alates arusaadavatest siltidest, mugavusest ootealal, kogemusest registratuuris, vastuvõtul või haiglaravil, kui selged ja arusaadavad on tema jaoks juhised haiglaravi ajal ja pärast seda kodus. Tänapäeval tähendab patsiendikogemus ka patsiendi lähedase kogemust.

Õdesid saaks kaasata veel laiemalt. Õenduse poolelt on muutus sama selge – tänapäeval ei kahtle enam keegi õe kui iseseisva kutseala rolli väärtuses ja olulisuses. Sama arusaam kehtib ka ämmaemandate, bioanalüütikute, radioloogiatehnikute ja teiste tervishoius töötavate spetsialistide puhul. Olen veendunud, et õdesid jt spetsialiste saaks kaasata ja rakendada ravitöösse, aga ka juhtimisse ja arendustöösse veelgi laiemalt. Usaldus ja oma panuse mõistmine võib olla inimestele erakordselt motiveeriv.

Ka minul võttis veidi aega, et õenduse ja patsiendikogemuse roll kokku viia. Nüüd ütlen, et see pole muud kui väärtuspõhine juhtimine, mis ühendab organisatsiooni strateegia ja igapäevase patsiendikogemuse. Patsiendi ravi ei ole pelgalt meditsiiniline protsess, vaid terviklik kogemus, kus iga poole panus loeb ning on meie väärtustega kooskõlas.

Nii juht kui ka spetsialist. Eks minu ametikohal on tulnud teha ka otsuseid, mis ei ole kõigile meeltnööda olnud, näiteks karjäärimudeliga seotud teemad. Õe kutse on nii väärtuslik, et võimaldab olla nii juht kui ka spetsialist ning pärast juhupositsiooni erialasele tööle naasmine peaks olema loomulik osa tööelust. Olen kindel, et õdede roll suureneb ja mitte ainult seepärast, et arstide arv väheneb. Õendus areneb tugevaks iseseisvaks kutsealaks, kui õed on ise selleks valmis ja leidub eestvedajaid.

Intervjuu kokkuvõtte kliinikumi lehest.



ILLUSTRATSIOON ANTI VEERMAA

Juhtkiri

Siht on südameravi katkematu teekond

Kuigi haiglaravi Eestis on Euroopa tipptasemel, kaovad paljud südame- ja veresoonehaigustega patsiendid pärast haiglast lahkumist ravisüsteemi radarilt. See tähendab, et pärast infarkti või insuldi ei pruugi patsient jõuda taastusravisse ega tagasi perearsti juurde ning raviteekond katkeb. Septembri lõpus toimunud ravimitootjate liidu ümarlaval otsiti vastuseid, kuidas see ahel toimima saada. Kõlama jäi, et võtme-roll on õdedel.

Ainult õest ei piisa. Meditsiinuudised leiab, et lahendus ei saa toetuda üksnes õdede õlgadele. Patsiendi kontaktisiku ametiga saab kindlasti hakkama ka tervise sekretäriks õppinud inimene, kelle ülesanne on korraldada kohtumised, jälgida broneeringuid ja hoida sidet patsiendiga.

Õed saavad niivõrd põhjaliku kliinilise väljaõppe, et nende töö peaks jääma eelkõige meditsiinilise nõustamise ja ravi protsessi piiridesse.

Rõhutada tuleb ka patsiendi vastutust. Reaalsus on, et tulevikus ei saa tervishoiusüsteem toimida mudelil, kus ravimeeskond justkui jookseb patsiendi järel ja ajab teda raviteekonnale.

Ideaalselt sisuliselt ei pakuta. Statistika näitab, et ideaalse, juhendijärgse ravi saab müokardiinfarkti korral vaid protsent patsientidest. See ei tähenda, et ülejäänud ei saa abi, vaid et raviahel ei ole lõpuni süsteemselt kaetud. Haiglas saab patsient tipptasemel ravi, kuid edasi muutub tee ebaselgeks: perearst ei pruugi üldse teada, et tema patsient on haiglas viibinud, patsiendile endale jäävad haiglast lahkudes sageli kätte vaid keerulises erialakeeles epikriisid. Kui raviteekond pole patsiendile arusaadav ja kui puudub konkreetne kontaktpunkt, on väga suur risk, et ravi katkeb.

Arutelul toodi esile, et südamehaiguste käsitlemisel vajatakse ühtset kontseptsiooni: selget raviteekonda, kus iga poolel on oma roll ja kus patsiendile on tema vastutus lihtsas keeles lahti seletatud. Kui eesmärk on, et kallis haiglaravi ei läheks raisku, peab patsient jõudma ka järgmiste sammudeni – taastusravi, perearsti kontrolli ja pikaajalise ravini. Suur abi on patsientide organisatsioonidest – taolised seltsid on hädavajalikud patsiendile ja tema lähedastele, kes ei oska edasi minna.

Loe samal teemal lk 8-9

Südamehaiguste käsitlemisel vajatakse ühtset kontseptsiooni ja selget raviteekonda.

VÕITJA
Tiia Ainla

Sügissemestril esmakordselt välja kuulutatud SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla õppejõu stipendiumikonkursi võitis Tartu ülikooli kliinilise meditsiini instituudi kardioloogia teadur ja õppejõud **Tiia Ainla**.

VÕITJA
Krister Tamm

Tamro Balticsi juhtimise võttis 11 aastat ettevõtet juhtinud Leon Jankelevitshilt üle senine tegevjuhi asetäitja **Krister Tamm**. Tamro Eesti tegevjuhina alustas tööd Aleksejs Borodulins. Jankelevitsh aga asub koordineerima kontserni tegevust Põhja- ja Baltimaades.

Nädala foto:

Uued arstitudengid katsuti igati läbi



Oktoobri alguses jõudis edukalt finišisse arstitudengite esmakursuslase nn rebasehüppe üritusteseeria. Rebaste seltsi tervitamiseks toimus koos arstiteadusüliõpilaste seltsi (EAÜS) juhtkonnaga 14 üritust. Valikut oli igale maitsele koolitustest seltskonnaõhtuteni. Nagu traditsiooniks, pandi rebasehüppele tore punkt ristimise ja sügispiknikuga.

FOTO: EAÜS

mu.ee lugude TOP

- VIDEO | Terviseamet: mida õpetas patsiendikindlustuse esimene aasta
- Kliinikum sai uue valdkonnajuhi
- Selgus erakliinikute esikolmik
- Põlva haigla ravijuht Pirja Sarap: lahkuda tuleb, kui aeg on õige ja sisemine säde kustunud
- Valv perearstikeskuse esimene nädalavahetus mõõdus teiselt
- Piret Asser: perearstid on üha enam kaasatud
- Vanavanema ja lapselapse teadvustamata terapeutilisest suhtest

Toimetaja repliik:

Arstide palganumbrid kasvasid taas

Kadi Heinsalu

Meditsiiniuudiste peatoimetaja

Kuigi arstide tunnitasu alammäär kollektiivleppel tänavu eriti ei kasvanud, näitavad TAI värsked andmed, et kasv on ikkagi olnud. Selle statistika järgi on kõige parem töö suu-, näo- ja lõualuukirurgil, kelle keskmine palk lisatasudega on 9460 eurot. 7000 eurot või rohkem teenisid kuus or-

todondid, kardioloogid, radioloogid, silmaarstid jne. Al-la 5000 euro kuus teeniti vähestel erialadel. Küsimus on ainult, miks on erialadel nii suured vahed? Võtame kirurgia: kui neurokirurg teenis 8160 eurot ja torakaalkirurgi 7000 eurot, siis üldkirurg 6400 eurot, kardiokirurg 5200 eurot ja plastikakirurg 4200 eurot kuus. Üks põhjus on dividendid, mis lisa annavad, aga ikkagi.

Üks küsimus: Mis kasu on teil olnud tähtajalistest juhtimislepingutest?

Kristin Raudsepp

Põlva haigla juhatuse liige

Üldiselt on see mõistlik, sest aitab selgemalt sihte seada nii töötajal kui ka haigla omanikul. Arvesse tuleb muidugi võtta, et konkursside korraldamise ressursivajadus ja ebaselgus töötaja ametiaja viimasel aastal võib üldist töötuhinat pidurdada.

Agris Peedu

regionaalhaigla juhatuse esimees

Nii töötajaskond kui ka praegused juhid on tähtajalised juhtimislepingud väga hästi omaks võtnud ning selliseid lepinguid on regionaalhaiglas olnud enam kui 15 aastat.

Meie juhtidel on ootuste lehed, mis täidetakse juhtimisperiodi alguses ning vaadatakse üle ja täiendatakse igal aastal. Viieaastane juhtimisleping annab võimaluse ja motivatsiooni ka järelkasvujuhtidel oma juhtimissoove rakendada. Lisaks oma haigla töötajatele ootame kandideerijaid ka mujalt organisatsioonidest.

Priit Perens

kliinikumi juhatuse esimees

Tähtajalistel juhupositsioonidel on mitu eelist. Näiteks selgem karjääriridel, mille edasiliikumine on võimalik ka noorematele juhtimispotentsiaaliga töötajatele. Samuti võimaldavad tähtajalised juhikohad valikut - nii senisel juhil uueks perioodiks kandideerida, mis on võimalik kuni kolmel korral, kui ka pärast juhina töötatud perioodi pühendada end täielikult uuesti erialasele tööle.

Karjäär

Valga haigla leidis uue ravijuhi maja seest

VALGAMAA Valga haigla ravijuhina alustas septembris tööd alates aprillist haigla intensiivravi ja kirurgia osakonda juhtinud anestezioloog Taavi Teder. Senine ravijuht Maarja Brause siirdus suvest perearst tööle. "Meil tekkis väga hea võimalus saada haiglasse tööle noor kolleeg, kes suudab kirurgina kirurgia- ja operatsiooni-intensiivravi osakonda paremini arendada kui mina anestezioloogina," selgitas doktor Teder, miks osakonnajuhataja ametist loobus. "Haigla juhtkond nägi, et minust oleks kasu teises rollis. Kui pakutakse tööd, mis kõigile pooltele sobib ja saan millegagi panustada, siis hea meelega teen seda. Võib-olla küll natuke vähem kui enne, aga arstina olen täpselt samamoodi ka valvegraafikus."

Karjäär

Kliinikum sai uued valdkonnajuhid

TARTUMAA Septembrist juhib Tartu ülikooli kliinikumi 1. kliinilist valdkonda doktor Olav Tammik ja silmakliinikut teist ametiaega doktor Mikk Pauklin.

1. kliinilisse valdkonda kuuluvad kirurgia kliinik, meestekliinik, naistekliinik ja ortopeediakliinik ning Tammik juhib seda 1. septembrist 2029. aasta 31. augustini. Doktor Tammik on lõpetanud Tartu ülikooli arstiteaduskonna ning 2002. aastal üldkirurgia residentuuri. Aastatel 2008-21 juhtis ta kliinikumi onkokiirurgia osakonda ning peale seda Põhja-Eesti regionaalhaigla üld- ja onkokiirurgia keskust.

Doktor Pauklin juhib kliinikumi silmakliinikut teist ametiaega samuti 1. septembrist 2029. aasta 31. augustini.

Pauklin lõpetas Tartu ülikooli arstiteaduskonna 2004. ja oftalmoloogia residentuuri 2012. aastal. Doktoritöö kaitses ta 2011. aastal kahe ülikooli - Tartu ülikooli ja Saksamaal asuva Duisburg-Esseni ülikooli - koostöös, pälvides nii *cum laude* meditsiinidoktori kraadi, Saksamaa silmaarstide seltsi Hermann Wackeri fondi silmapaistva oftalmoloogia alase doktoritöö auhinna kui ka Duisburg-Esseni ülikooli 2011. aasta meditsiiniteaduskonna parima mitte-saksa päritolu lõpetaja auhinna.

Ühendus

Loodi töötervishoiu teenuseosutajate liit

EESTI Eestis töötervishoiuteenust osutavad ettevõtted asutasid MTÜ Eesti töötervishoiu teenuseosutajate liidu (ETTOL). Liidu eesmärk on seista töötervishoiu teenuse kvaliteedi parandamise ja senisest parema esmatasandi arstiabi loomise eest.

Liidu asutasid HeBa kliinik, Corrigo ja Meliva. Sellega on oodatud ühinema kõik töötervishoiuteenust osutavad ettevõtted, mis peavad oluliseks kvaliteetse teenuse pakkumist ja arendamist.



meditsiiniuudised@aripaev.ee

Peatoimetaja:

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

Toimetus:

Violetta Riidas, tel 667 0454
violetta.riidas@aripaev.ee
Kristiina Palk, 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

Toimetus võtab õiguse kirju ja kaastöid vajaduse korral lühendada. Toimetus 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 Äri-päev kirjaliku nõusolekuta keelatud. Kaebuste korral ajalehe sisu kohta võite pöörduda pressinõukogusse, pn@eall.ee või tel (372) 646 3363.

Elu küsimusi. Vana arsti päevaraamat

Elu hilisõhtul memuaare kirjutanud teenekas teadlane ja arst **Nikolai Pirogov** (1810–81) neid lõpetada ei jõudnudki. Õnneks said paberile Tartu ülikoolis professorite instituudis veedetud aastad, samuti laiem vaade meditsiini jaoks nii pöördelistele aegadele Euroopas ja Venemaal. Tema mälestustes on nii nalja kui ka huvitavaid ja ammu unustatud persoone, rääkimata haiguste ravi kirjeldustest toonaste oskuste kohaselt. Ilmus Loomingu Raamatukogu sarjas. 160 lk, pehmed kaaned.



04.11

VEEBISEMINAR lapse seedemuredest. Doktorid **Ka-di Saad** ja **Eneli Maranik** võtavad kokku lapse esimesed tuhat elupäeva seedimise võtmes ja vaatavad kaugemalegi, kuni seitsmenda eluaastani. Annab 2 täiendkoolituspunkti. Lisainfo ja piletid: <https://pood.aripaev.ee/veebiseminarid-lapse-seedemured>

Ülevaade:

Mariken Rossi esimesed muljed ministeeriumist



Mariken Ross

hematoloog, riigiametnik

Tähepanekuid esimesest poolest aastast spetsialiseeritud abi poliitika juhina sotsiaalministeerimis teeb hematoloog Mariken Ross.

„Alustasin spetsialiseeritud abi poliitika juhina aprillis. Mõnevõrra keerulise nime taha peitub eriarstiabi ja haiglavõrgu strateegiline poliitikakujundamine – teema, mis on tihedalt seotud tervishoiuteenuste kättesaadavuse, jätkusuutlikkuse ja kvaliteediga.

Ministeerium on tihedalt seotud ministri tööplaani ja valitsuse tegevusprogrammiga. Kuna see on üsna mahukas, ei hakka seda üles loetlema, mainin vaid, et ka minu vastutusalasse langeb sealt üsna

mitu programmpunkti, millest praegu on olulisemad haiglavõrgu haiglate tegevuste planeerimine, riigi haiglate juhtimisega seotud ootuste kirjeldamine ning tervishoiuteenuste strateegilise ostmise põhimõtete kokkuleppimine ja lähitulevikus rakendamine.

Mis on minu peamised ülesanded?

Meie tervishoiusüsteem seisab praegu silmitsi mitme väljakutsega, mida on eri meediakajastustes palju kirjeldatud, olgu need siis rahvastiku vananemine, tööjõupuudus, vähene rahastamine, ülekoormusprobleemid või hoopis killustunud haiglate ja perearstide infosüsteemid. Probleeme, mis lahendamist vajaksid, ja mida kõike nimetada ei jõua, on loomulikult rohkemgi. Spetsialiseeritud abi poliitika ei lahenda neid kõiki, töötame tihedalt koos nii oma partnerasutustega, eelkõige siis tervisekassa, kuid ka terviseameti ja tervise arengu instituudiga, aga ka teiste sotsiaalministeeriumi poliitikalvaldkondadega (tervishoiuteenuste kvali-

teedipoliitika, tööjõupoliitika, digilahendused ja palju muud). Haiglavõrgu korrastamine ja tervishoiuteenuste jätkusuutlikum ostmine aitavad tulevikus tugevdada haiglate koostööd ja spetsialiseerumist, aga ka teenuste (de)tsentraliseerimist, tõsta ravikvaliteeti ja loodetavasti optimeerida ka töötajate töökoormust, aga eelkõige võimaldada tervishoidu kulua raha võimalikult läbipaistvat ja selget kasutamist.

Miks see on oluline?

Perspektiivis tähendab see, et meie tervishoid liigub väärtuspõhisuse suunas, ehk et keskendume mitte ainult teenuse mahule, vaid sellele, millist tulemust see patsiendile toob, olgu selleks tervene mine, elukvaliteedi paranemine, tervise säilimine või tervisekoormuse vähendamine. Selleks tuleb laiendada väärtuspõhist, tulemuspõhist ostmist, kus rahastus ei sõltu ainult tegevuste hulgast, vaid sellest, kui hästi need aitavad saavutada patsiendi jaoks olulisi tulemusi. See muudab

tervishoiu läbipaistvamaks, motiveerib teenuseosutajaid kvaliteedile ja loob patsiendile reaalse väärtuse. Patsienditeekondade rahastamine on üks võimalik osa sellise rahastuse mudelist, kuid komponendid, millest selline rahastamine peaks koosnema, on palju rohkem.

Minu isiklik eesmärk

Minu tee praegusesse ametisse on alanud haiglast. Olles aastaid töötanud arsti ja tervishoiujuhina, olen tervishoiusüsteemiga tuttav eri tasanditel. Selge on see, et arstina, ükskõik kas praegu aktiivselt praktiseerivana või mitte, on tegevuste keskmes alati patsient – süsteemi terviklik toimimine peab tagama patsiendile inimsõbraliku ja empaatilise käsitluse koos parima võimaliku tulemusega. Seda saab teha ainult juhul, kui ka tervishoius töötavatele inimestele on tagatud mõistlik töökoormus, tänapäevased abiteenused ja digilahendused ning riigi tugi. Eraldi väärib mainimist toetav ja töötajakeskne keskkond.

15. RAVIMI-KONVERENTS 2025

20.11.2025 KUMU auditoorium

Apteegis
töötavale
osalejale
erihind!

- Apteegiteenuse kvaliteedijuhise rakendumine Eesti üldapteekides aastatel 2022 ja 2025
- Piiriülene digiresept. Eesti, Soome, Läti, Hispaania
- Õppetunnid ravimivigadest: patsiendihutusjuhtumite analüüs Tartu ülikooli kliinikumis
- Ravimiesitlejate töö apteegis – apteekrite arvamused
- Ravijärgimuse väljakutsed
- Miks patsiendid oma ravimeid teistele jagavad ja teiste omi kasutavad?
- Vestlusring: Ravimi teekond patsiendini
- Personaalse meditsiini arendamine ja rakendamine Eestis CAR-T rakuteraapia näitel
- Kuidas toetada ravimivaldkonna arengut Eestis?
- Euroopa asulareovee puhastamise direktiivi ülevõtmisest Eestis
- Kriitiliste ravimite määrus

Info ja piletid: pood.aripaev.ee/ravimikonverents2025

NB! Soodushinnad kuni 29.10

MEDITSIIINI-
KONVERENTSID

Konverents ei anna täiendkoolituspunkte.
Konverentsilt ei ole veebiülekanne, kuid tuleb salvestus.

Lisainfo: Kadi Heinsalu, Meditsiiniuudiste peatoimetaja, kadi.heinsalu@aripaev.ee

uudised



Kõik vastuvõtuajad täitusid pärast broneerimise avanemist terviseportaalis eelmisel päeval kiiresti.

Confido esmatasandi kliniku juht Karita Košeleva uuest valveteenusest

Põlva haigla ravijuht Pirja Sarap: lahkuda tuleb, kui

Margot Vent

margot.vent@aripaev.ee

Pea kaks aastat tagasi Põlva haigla ravijuhina alustanud radioloog Pirja Sarap ehmatas septembri alguses kolleegide teatega, et lahkub ametist.

Küsimustele vastab Pirja Sarap.

Toimetusse tuli hiljuti anonüümne kiri, milles seisis, et Põlva haigla töötajad on kurvad, kuna haigla mainet kõvasti tõstnud ravijuht lahkub. Miks Te lahkuda otsustasite (Sarapi viimane tööpäev oli 9. oktoobril)?

Kes tahab intriigi, siis seda ei ole – pigem arvan, et ka nii saab ja vahel peakski lahkuma. Tartu ülikooli religioonipsühholoogia professor Tõnu Lehtsaar on kirjutanud: “On olemas niisugune kvaliteet nagu taandumistarkus. See avaldub just ennekoike vabatahtliku taandumise kaudu, rahumeelselt ja rahulolevana. Taandumistarkus on minu arvates privileeg. Need on inetud või ka kurvad lood, kui vabatahtliku taandumise võimalust ei kasu-



Lahkuda tuleb tipus, kui enda säde hakkab kustuma.

Pirja Sarap

tata ja keegi sunnitakse ära minema”. Minu arvates suudavad taanduda vaid need, kes on pühendunud. Küps ja läbimõeldud taandumine usaldab tehtu järgmisele. Oluline pole, kes teeb, vaid see, et ravijuhimine läheb edasi ja keegi saab võimaluse seda paremini teha.

Olen enda jaoks sõnastanud põhimõtte, et lahkuda tuleb tipus: kui läheb hästi ja kui teised tahaksid, et jätkad, aga kui enda säde ja ideed hakkavad ammenduma, tuleb minna. Minu otsus ei tulnud lihtsalt, aga analüüsisin tehtu läbi ja leidsin, et on aeg korrastatav Põlva haigla üle anda.

Mida Põlva haiglas teha jõudsite ja millises seisus selle üle annate?

Ravijuhimine ei ole soolo, see on kõrgemal tasemel meeskonnatöö: alati on kaasatuliidajaid, nõutuksjääjaid ja loobujaid. Ametikohale asudes tuli kõigepealt mõtestada ravijuhimine Põlvamaa kontekstis. Soovisin ravijuhimises haigla-keskkonda, kus ise patsiendina olla sooviksin. Olin peamiselt suurhaiglates näinud ja kogenud erinevaid juhtimisstiile –

see tuli kompaktselt ja selgelt paigutada Põlva konteksti, ühendades kliinilise töö kogemuse oma inimliku tugevaima poolega. Arvan ka, et haigla juhatus peaks olema mitmeliikmeline.

Tehtud sai palju ja meeskonnatööna tehtus oli kõigi panus hindamatu. Negatiivse poole pealt võtsid lõviosa moodustanud kaebuste ja probleemide lahendamise unetunnid ja paljude teemadega tuli olla üks, kuna eetika ei anna palju valikuid. Õnneks sain rasketel hetkedel toetuda ekperthinnangute andjatest kolleegide võrgustiku kogemustele ja professionaalsetele nõuannetele. Samas andis iga lahendatud teema jõudu edasi minna.

Õppisin asju tegema ja nende vajalikust põhjendama väga kitsastes finantsitingimustes nüüd ja praegu. Oli ka tagasilööke, kuid need käivad elus olemise juurde. Nii mõneski valdkonnas ulatasin õnged, julgustasin ja õpetasin kalastama, mille tulemusel võin spetsialistid rahulikult omapäi jätta.

Olulisima tehtuna tooksin välja töötajate tugevuste ja nõrkuste kaardistamise

27.11.2025

Viru konverentsikeskuses
ja veebis

Meditsiini UPDATE 2025

10 VALDKONNA
KIIRÜLEVADE

10 eriarsti annavad lühikese, kuid ammendava ülevaate oma valdkonna uudistest, mis aitavad kolleegide teha õigeid diagnostika- ja raviotsuseid.

Kardioloogia. PIRET ASSER

Esmatasandi uudised. REET LAIDOJA

Uroloogia. RAUNO OKAS

Endokrinoloogia. MARJU PAST

Ortopeedia. KASPAR TOOTSI

Allergoloogia-immunoloogia. KRISTA RESS

Gastroenteroloogia. JULIA BORISSOVA

Füsioteraapia. RAINAR VAHTRIK

Viljatusravi. KATRIN KASK

Interdistsiplinaarne vaade: viljatusravi mõju patsiendi vaimsele heaolule. **MARGIT EMBERG**

Konverentsi sihtgrupp: perearstid, eriarstid, pereõed, proviisorid, farmatseudid ja teised teemast huvitatud meditsiinitöötajad.

Osalemine annab 7 täiendkoolituspunkti e-tunnistuseks pärast e-testi edukat sooritamist, tunnistused väljastab Medicumi Koolitus- ja Nõustamiskeskus.

Konverents on järelvaadatav kõigile registreerunutele 30 päeva jooksul

Info: Karin Tamm, Meditsiiniuudiste sündmuse juht, tel +372 513 8862, e-post: karin.tamm@aripaev.ee

Registreerimine ja piletiinfo: pood.aripaev.ee/konverentsid-meditiini-update-2025



MEDITSIIINI-
KONVERENTSID



5115

EUROT oli arstide mediaankuupalk koos lisatasudega tänavu märtsis TAI uuringu järgi. Aastane kasv oli 12%, kuid kasvutempo on aeglustunud. Ödedel ja ämmaemandatel oli mediaanpalk 2688 eurot.



Meditsiiniauhind läks jagamisele

NOBELI meditsiiniauhinna võitsid USA teadlased Mary Brunkow ja Fred Ramsdell ning Jaapani teadlane Shimon Sakaguchi avastuste eest uute autoimmuunhaiguste ja vähiravimite loomiseks.

aeg on õige ja sisemine säde kustunud

ja nende uut proovima julgustamise, valvete üleandmise ja valvegraafikute taas elustamise, meditsiinitehnika kaardistamise, uuendamise, uue tehnika ja AI-rakenduse kasutuselevõtu, põnevad projektid ja uute teenuste pakkuma hakkamise. Inimeste poole pealt mainiksin regulaarseid kohtumisi juhtidega, uute kolleegide leidmist maakonna patsientide soov arvesse võttes, koostöölepinguid Viljandi haigla, Põlva Serviti ja Põlva Lootosega ning regulaarseid koostöökohtumisi maakonna perearstidega.

Radioloogitööd tehes kohtusin neljapäeviti ka maakonna patsientidega - vahetu suhtlus on arsti- ja ravijuhi töös väga tähtis, kuna patsiendi kuulda võtmisel sünnivad uued mõtted ja lahendused. Vahetu kuulamine on uue loomisel üldse igas valdkonnas olulisim.

Töötajaid oma otsusest teavitades kirjutasin, et Põlva haigla on nüüdseks haigla, kuhu tahaksin patsiendina sattuda ja loodan, et minu järeltulija viib alustatu edasi. Täna sin kõik mulle antud aja ja usalduse ning võimaluse eest juhina pal-

ju õppida ja areneda. Seejuures töin suuri õppetunni ja kogemusena välja selle, kuidas pakkuda tervishoiusüsteemi kitsastes finantstingimustes kvaliteetset arstiabi ehk tuua ravi ja kvaliteet Põlvamaa inimeseni. Uskuge, Põlva inimene on meid tänanud!

Millised olid suurimad väljakutsed?

Meelehärmu tegi ja teeb, et nn kagunuriga üldhaigla rahastusmudel ei toeta piirkonna patsiendi vajadusi: kokku pörkavad patsiendi vajadus, haigla tegelik võimekus ja riik, kust tuleb raha.

Ehe näide on taastusravi, see kuidas seda on vaja, kuidas on olemas võimekus, aga raha ei anta.

Nii tulebki pidevalt otsida nn rahapada ja kogu aeg mõelda, kuidas ja kust saada ja mismoodi seda põhjendada.

Haiglana oleme valmis töötama ja teenust pakkuma, kuid rahapiir on ees. Põlvamaa memm, vaimse tervise probleemiga noor või aktiivne sportiv põlvamaalane aga kaugele minna ei soovi.

Teine murekoht oli ja on nn arstide

ränne ehk see, et ei ole palju igapäevast haiglas olemas olevaid arste, vaid on nn külalisarstid, mis loob teatud ebaregulaarsuse ja -meeldivuse ka patsiendile. Ka siin otsustab paljuski raha: keegi ostab kellegi üle ja nii see elu käib.

Teha tuli ka ebameeldivaid otsuseid, ent ka sel juhul oli olulisim jääda inimeseks. Sõpru selles ametis ei võida, küll aga lugupidamist ja austust.

Mida edasi tegema hakkate?

Ma ei ütle, et ma juhiameti juurde kunagi ja kuskil mujal ei naase, aga praegu jätkan oma radioloogiteed: arstikutse ja 20 aastat peetud radioloogi amet on väga väärtuslikud ja teevad mind õnnelikuks.

Olen kindlasti avatud ka uutele väljakutsetele, sest tean nüüd, mis on ravijuhimine ja mõistan palju paremini kõiki ravijuhte, kelle haiglates töötanud olen - selles töös ei ole sõpru ja retoorikat, vaid kogemused ja töö.

Minu pool südant jääb Põlvasse ning haigla annan tervema ja tugevamana uue ravijuhi kätte. Aitäh!

Selgus erakliinikute esikolmik

Mulluse käibe suuruse osas jõudsid erakliinikute aastaraporti esikolmikusse arstikeskus Confido, Medicumi tervishoiuteenused ja Renalis.

2024. aasta andmete alusel oli raportis esikohal Arstikeskus Confido AS 20,8 mln eurose käibe ja seitsme mln eurose kahjumiga (NB! Et Confido muudab tänavu oma majandusaasta kestust maist aprillini, ilmub ettevõtte värskeim majandusaasta aruanne novembris ja Confido oli raportis kajastatud 2023. aasta tulemustega). Teisel kohal oli Medicum Tervishoiuteenused AS 14 mln eurose käibe ja kolmandal Renalis OÜ 10,2 mln eurose käibe ja 428 tuhande eurose kahjumiga. Erakliinik Meliva on 2024. aasta majandusaasta aruande põhjal käibelt Eesti suurim erameditiini ettevõtte, aga Infopanga raportis on Meliva kajastatud hambaravi kategoorias, kuna suurem osa müügitulust tuleb hambaraviteenustest.

Septembri lõpus küsitleti ka 63 juhti. Võrreldes eelmise aasta kolmandas kvartalis tehtud küsitlusega oli juhtide hinnang sektori seisundile pessimistlikum: kiireimat kasvu prognoositi keskmisele palgale ja toote/teenuse hinnale.

MEDITSIIIN

Digitaalne
võluvits
tervishoius

2026

12.12.2025

KUMU auditoorium

Esinevad:

Mart Saarma akadeemik, Eesti Teaduste Akadeemia president

Karmen Joller Sotsiaalminister

Peeter Ross TalTechi e-tervise professor

Margus Kaldma, Merilin Varsamaa, Katrina Laks tervisetehnoloogia pioneerid

Peeter Padrik onkoloog, sotsiaalministri nõuandva tervishoiu konsiiliumi liige

Taavi Tillmann TÜ peremeditiini ja rahvatervishoiu instituudi rahvatervise kaasprofessor

Vestlusringid:

innovatsioonist tervishoius:

Karin Rosenstein, Gerhard Grents, Keiu Paapsi, Patrick Pihelgas, Jaanika Merilo, Terje Peetso

noored arstid:

Mati Lepikson, Martin Špol, Pinar Pind, Gerli Pihelgas, Kadri Liis Laas

Meditsiinimõjutaja 2025 väljakuulutamine

Täpsem kava ja piletid:

pood.aripaev.ee/meditsiin2026

Konverents ei anna täiendkoolituspunkte
Veebiülekanne ei ole, kuid tuleb salvestust

**NB! Soodushinnad
kuni 20. novembrini**

**Arstidele
erihind!**

Lisainfo: Kadi Heinsalu, Meditsiiniuudiste peatoimetaja kadi.heinsalu@aripaev.ee

**MEDITSIIINI-
KONVERENTSID**

luubi all



Vestlusringis osalesid kõik pooled: patsientide liidu esindaja, arstid, õde, ametnikud ja ravimifirmade esindajad.

FOTO: KRISTIINA PALK

Vestlusring Südamehaiguste ravi vajab paremat süsteemi

Selget teekonda alles otsitakse

Kuigi haiglaravi on Eestis tipptasemel, kaovad paljud südameveresoonkonna haigustega patsiendid pärast haiglast lahkumist raviteekonna radarilt – just sellele murele otsiti lahendusi septembri lõpus toimunud ravimitootjate liidu ümarlaul.

Kristiina Palk

kristiina.palk@aripaev.ee

Septembri viimasel päeval koguneti ümarlauale arutama, kuidas hoida südameveresoonkonna haigustega patsiente raviteekonnal nii, et nad ei katkestaks ravi ega kaoks ära. Arutelul osalesid eriarstid, perearstid, patsiendiorganisatsiooni esindaja, ravimifirma esindaja, ametnikud ja riigiasutuste juhid. Otsiti vastuseid, kuidas tagada, et patsiendi teekond pärast esimest infarkti või insulti ei katkeks, vaid jätkuks sujuvalt perearsti, eriarstide ja taastusravi kaudu.

Südame- ja veresoonkonna haigused on Eestis surmapõhjus number üks. Igal aas-

tal panustab tervisekassa nende haiguste käsitlusse üle 240 miljoni euro, kuid hoolimata suurest kulust jäävad tulemused tagasihoidlikuks. Statistika on kurb: ideaalset juhendijärgset ravi saab müokardiinfarkti puhul vaid umbes üks protsent patsientidest. See muidugi ei tähenda, et ravi ei saada, vaid seda, et ainult selle väikese protsendi esindajad saavad juhendijärgset ravi.

Probleem on suur: süsteem tervikuna ei toimi nii nagu peaks. Meil on head arstid, kaasaegne tehnoloogia ja Euroopa tasemel haiglaravi, aga kui patsient

Novartise projektijuht
Brigitha Kask

Epikriis ei ole tekst, mille järgi patsient oma teekonnal käib. See on tihti liiga keerulise sõnastusega.



haiglast lahkub, hajub kogu fookus – seda on tõdetud juba varem ja sama nenditi ka ümarlaual.

Tähtsaim ei ole see, et paberil oleks kirjeldatud ideaalne raviteekond, vaid see, kuidas seda ellu viiakse.

Kui haiglas on patsiendi käsitus paigas, sõltub edasine paljuski sellest, kas patsient leiab tee perearsti, taastusravi ja teiste vajalike spetsialistideni. Just siin tekivad lüngad, kus patsiendid „kukuvad“ raviteekonnalt maha.

Arutelu käigus koorsid välja ka öe ülioluline roll ja talle pandud suured ootused. Arvamustes olid ka käärid: kui ühel puhul arvati, et öde ei peaks olema patsiendi kontaktisikuna kogu raviteekonna vältel n-ö käehoidja rollis, teisel aga, et tegemist on siiski kliinilise tööga ja kontaktisik peaks olema just nimelt öde, kes lihtsalt muu hulgas vaatab üle ka eelseisvad broneeringud.

Patsiendi vaade: raviteekond peab olema arusaadav

Insuldihaigete seltsi president ja ise patsient olnud Elen Kirt teab, kui segane võib ravi ja taastumise protsess tunduda.

„Kui ma kümme aastat tagasi insuldi sain, oli seis hoopis teistsugune. Paljud asjad tundusid arusaamatud ja ohukohad jäid märkamata. Praeguseks on olukord parem, kommunikatsioon ja juhendamine on muutunud kordades selgemaks,“ ütleb ta.

Kirt toob esile, kui oluline on insuldi öde regionaalhaiglas. „Kui ma ise pärast haiglaravi koju jõudsin, tekkisid mul hir-

mud ja probleemid, mida ei osanud lahendada ei pere ega ka sotsiaaltöötaja. Insuldi öde oleks olnud väga vajalik inimene, kellega asju arutada ja nõu pidada. Praeguseks on see kontakt olemas, mis on väga suur edasimineku,“ rõõmustab ta.

Kirdi sõnul vajab patsient kindlasti üht kindlat kontakti. Keegi peaks jälgima, et patsient ei kaoks raviteekonnalt ära – võtma vajadusel ise ühendust ja ka ise kättesaadav olema. Muidu jääbki ravi pooleli.

Perearst Reet Laidoja tõdeb, et suurim probleem on vähene teave ja killustunud info. Selge sõnum patsiendile on äärmiselt tähtis: mis toimub haiglas, mida teeb perearst ja mis on patsiendi enda vastutus.

Perearstile ei tule paraku teavitusi, kui patsient on saanud infarkti või insuldi. Samuti ei saa perearst patsiendi andmeid vaadata, kui viimane ei ole selleks ise nõusolekut andnud. Teavitusi lihtsalt ei tule ja ei saa ju hakata kõiki oma nimistu patsiente läbi kammima.

On olemas küll perearstide kvaliteedisüsteem, mis kohustab kord aastas tegema teatud tegevusi, mille kaudu selgub, et inimene on haiglaravil olnud.

Perearst ja riigikogu liige Eero Merilind rõhutab, et liialt sageli alustatakse raviteekonna arutelu alles keskel, kui diagnoos on juba pandud ja unustatakse, et kõige tähtsam on ennetus.

Ta toob välja, et alustatakse alles hetkest, kui inimene on juba insuldi või südamepuudulikkuse diagnoosi saanud. Tegelikult peaks olema põhirõhk sellel, et nii kaugele üldse ei jõutaks.

Tema hinnangul vajab esmatasand tuge ja lisakäsi – oluline on koolitada välja kliinilisi assistente. Perearstikeskkonnas pole võimekust kõiki patsiente süsteemselt tagasi kutsuda. On küll head infosüsteemid, aga inimesi, kes neid kasutaksid, jääb puudu.

Arutelul viibijad toovad korduvalt esile, et epikriis ja ametlikud dokumendid ei ole sageli patsiendi jaoks arusaadavad. Novartise projektijuht Brigitha Kask ütleb, et tema ei usu, et patsient saab epikriisist aru. „See ei ole tekst, mille järgi ta oma teekonnal käib,“ tõdeb ta. Patsientide esindaja Kirt nõustub: „Meie seltsi poole pöörduvad inimesed üle Eesti ja tihti küsimusega, et nad ei saa aru, mis nendes dokumentides kirjas on. Seega on puudu see lüli ravimeeskonnas, kes neile epikriisi inimkeeles selgitab.“

Kardioloogide vaade: mis saab pärast haiglat?

Haiglas saavad südameinfarkti patsiendid tiipatsasemal abi. Eesti kardioloogia on selles osas Euroopa tasemel, kinnitavad eriarstid. Küsimus on aga selles, mis juhtub pärast haiglast lahkumist. Arutelu toovad kardioloogid välja, kui oluline on öde-nõustaja roll.

Kliinikumi südamekliiniku juht, kardioloog Alar Irs ütleb, et pärast operatsiooni või haiglaravi jääb tihti õhku küsimus, mis saab edasi. Haiglas on kõik paigas, aga kui patsient haiglast lahkub, libiseb ta sageli justkui ree pealt maha.

Irs toob välja, et Eestis ei ole kokku lepet, kes vastutab patsiendi edasise käsitluse eest. Haiglal on omad ülesanded,

Patsient liigub kohast teise, aga andmed ei liigu temaga kaasa.

Alar Irs, kardioloog

perearstil omad, kuid kui patsient haiglast välja kirjutatakse, ei ole haiglal enam motivatsiooni tema edasist ravi koordineerida.

Tema sõnul on kardioloogia eriööed Eestis n-ö isetekkeline nähtus – nad püüavad omal algatusel süsteemi paremaks teha. „Kui süsteem neid toetaks ja aitaks, hakuksid ka hakkajad inimesed palju paremini,“ ütleb ta. Irs peab oluliseks seda, et patsiendiga lepitaks kokku järgmised sammud ja eesmärgid, millest ta ise aru saab – praegu ei pruugi tema ja arsti ootused kattuda.

Probleem on ka andmete liikumises. „Patsient liigub ühest kohast teise, aga andmed ei liigu temaga kaasa. Või kui liiguvad, siis jõuavad need liiga hilja,“ selgitab Irs. Just seetõttu oleks vaja ühtset kontseptsiooni ja motivatsioonimehanisme, mis aitaksid patsiendil jõuda edasi perearsti ja järgmiste spetsialistide juurde.

Regionaalhaigla kardioloog Toomas Marandi räägib, et just siin on suurimad lüngad. „Öde-nõustaja on väga hea, aga epikriisis peaks olema täpselt kirjas, kes kuhu edasi läheb – kas taastusravisse, perearstile või mujale. See peab olema otsustatud juba haiglast lahkudes,“ rõhutab Marandi.

Ümaralaua kardioloogid tõdevad, et inimene on haiglas vaid 4–5 päeva, seal käib tema ümber suur askeldamine ning olukord on tema jaoks segane ja sageli ka hirmutav. On loomulik, et sellises keskkonnas võib inimesele küll infot jagada, aga kahjuks ta unustab suure osa räägitud. Seepärast peab teda kutsuma tagasi, kõik uuesti üle rääkima ja andma aega küsimusteks. Arstid tõdevad, et oluline on, et patsient kohtuks öde-nõustajaga ja et öde liiguks temaga raviteekonnal kaasa, oleks justkui partner.

Kardioloogide seltsi president ja kliinikumi kardioloog Märt Elmet nendib, et öde-nõustajaid peaks kasutama palju rohkem. „Öed saavad väga hästi hakkama ka meditsiinilise nõustamise rollis. Südamepuudulikkus (SP) näiteks on haigus, mis algab hiilivalt. Haigeid on palju, see on suur haiglaressursi kulu. Praegu pööratakse sellele suurt tähelepanu, lahendused tulevad koostööst. Keegi ei saa öelda, et mina teen hästi – kõik peavad oma osa hästi tegema,“ tõdeb ta.

Arutelul ödesid esindanud Liina Mustonen kardioloogiaöödede seltsist arvab, et öde peab kutsuma patsiendi kahe nädala pärast vastuvõtule ja sealt suunama edasi taastusravisse või perearsti juurde. Tõ-

siasi on aga see, et igas haiglas ei ole öde-nõustajat. Mõttekohaks jääb see, kuidas ödesid vabastada administratiivsest tööst. Sageli tahavad arstid vastuvõtte teha koos ödedega, aga see on raiskamine. Öde peaks tegema öetööd, mitte täitma arsti kõrval pabereid. Öde-nõustajaid peaks koolitama ja ka süsteemselt rakendama.

Andmekaitse, rahastus ja kvaliteet on endiselt poolikult lahendatud

Tervisekassa juhatuse esimehe kohusetäitja Karl-Hendrik Peterson tõdeb, et probleemid on sõnastatud, kuid lahendused liiguvad aeglaselt. „Meil on suur hall ala – andmete liikumine kardioloogi juurest perearstile ei toimi nii nagu vaja. Koostöös TEHIKuga on loomisel terviseinfo andmeladu, mis annaks ka pildi patsiendi kasutatavest ravimitest,“ sõnab ta.

Sotsiaalministeeriumi spetsialiseeritud abi poliitika juht Mariken Ross toob välja kolm põhiteemat: kvaliteet, rahastamine ja tööjõud. Ta tõdeb, et tööjõudu jääb vähemaks ja on vaja tuua juurde inimesi, kes vabastaksid arstid ja öed administratiivsest tööst. „Arutame tervisejuhi või koordinaatori rolli – see on inimene, kes hoiaks patsiendil käest ja vaataks, et ta raviteekonnalt välja ei kukuks,“ kirjeldab ta.

Ross rõhutab, et tervishoid ei ole pelgalt tervisekassa või ministeeriumi probleem. „Nii tähtsa valdkonnana peaks see olema kogu riigi teema ja puudutama ka teisi ministeeriume,“ märgib ta.

Ross toob välja veel ühe vaate – ideaalselt koostatud raviteekonnad nõuavad ka inimesi, kes need ellu viiks. Näitena toob ta välja, et rootslastel on üle 40 raviteekonna. „See on küll tore, kuid halduskoormus on nii suur, et neil ei käi jõud üle,“ toob Ross välja lõhe paberi ja tegeliku elu vahel.

Kask arvab, et kitsaskoht pole ainult digilahendustes: „Me oleme head kirjeldajad, aga peaksime olema sama tugevad ka korraldamises. Palju asju saaks lahendada tahtmise ja aruteludega, mitte ainult uute süsteemide ehitamisega.“

Üks suuremaid murekohti, mis ümarlaual esile kerkib, on tööjõupuudus ja sellega seotud rollid. Ross ütleb, et ödede ja arstide töökoormus on liiga suur ning vaja on juurde tuua kliinilisi assistente, kes võtaksid üle administratiivseid ülesandeid.

Samuti arutatakse tervisejuhi või koordinaatori rolli loomist, et oleks inimene, kes hoiaks patsiendil käest ja jälgiks, et ta esmatasandil raviteekonnalt välja ei kukuks. „Kindlasti on vaja teekonnapõhist mudelit, mille osa oleksid ka kvaliteediindikaatorid. See eeldab süsteemi muutmist, kuid on vältimatu,“ märgib Ross.

Marandi rõhutab, et öde-assistendi roll peab siiski jääma kliiniliseks: „Me ei saa neid asendada suvalise inimesega, kellel ei ole meditsiinilist tausta.“ Mustonen kinnitab, et öed on liiga tihti seotud sekretäritööga, samas kui arstiga koos vastuvõtul võiks hoopis töötada terviseassistent ja nii saaks öde vabaks oma tööd tegema. Merilind lisab, et andmekaitse teemad muutuvad üha olulisemaks ja riigikogu tasemel on vaja paika saada, milliseid andmeid tohib vaadata.

Loe ka juhtkirja lk 3.

Uuendati ESC/EAS 2025 düslipideemia ravijuhendit

Ravi Lisandus äärmiselt kõrge riski kategooria

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Olulisemaid uuendusi ja praktilisi järeldusi arstidele tutvustas konverentsil "Kardioloogia tulipunkt 2025" regionaalhaigla südameintervise kabineti ülemarst-kardioloogiakeskuse teadusjuht, professor Margus Viigimaa.

Euroopa kardioloogide seltsi ja Euroopa ateroskleroosi ühingu ühine düslipideemia ravijuhend, mille põhiversioon ilmus 2019. aastal, sai 2025. aastal sihitud täienduse. Uuendused tuginevad kuni selle aasta 31. märtsini avaldatud uurin- gutele, mis töid kaasa uusi või muudetud soovitusi klassides I, IIa ja III. Tegemist ei ole juhendi täieliku ümberkirjutusega, vaid valikuliselt täiendatud osadega, mis kajastavad viimase kuue aasta teaduslik- ku arengut ja kliinilisele praktikale olu- list mõju avaldanud tõendeid.

Eesmärgid ja riskikategooriad

Üks olulisemaid muudatusi puudutab LDL-kolesterooli sihtväärtusi. Uues juhendis tuuakse selgemalt välja eraldi äärmiselt kõrge riskiga patsientide kategooria – need on patsiendid, kellel korduvad kardiovaskulaarsed sündmused vaatamata maksimaalsele ravile või kellel on multivaskulaarne haigus. Nende sihtväärtus on nüüd alla 1,0 mmol/L. See lähenemine kinnitab põhimõtet "mida madalam, seda parem". Praktiline tähendus on, et paljud patsiendid, kes varem kuulusid väga kõrge riski rühma, liigitatakse nüüd veelgi rangemate sihtmärkide alla. Nende ravi peab olema varasemast intensiivsem ja järelkontroll tihedam.

Uued farmakoloogilised võimalused

Raviskeemide aluseks jäävad statiinid, kuid mittestatiinsed ravimid on saanud oluliselt suurema rolli.

- Esetimiib on nüüd soovitatav juba esimese kombinatsioonravi osana ägeda koronaarsündroomi (ÄKS) järgselt, mitte alles statiinmonoteraapia ebaõnnestumisel. See aitab vältida ravi viibimist.

- PCSK9 inhibiitorite (evolokumab, alirokumab) tähtsus on kinnitunud ja lai- nenud.

- Uutest lahendustest paistab silma inkilisiraan, mida manustatakse vaid



Margus Viigimaa

FOTO: MEELI KÜTTIM

Tasub teada: ESC/EAS 2025 düslipideemia ravijuhendi peamised uuendused

- Riskihindamine täpsemaks – uued SCORE2 ja SCORE2-OP mudelid, eraldi kategooria „äärmiselt kõrge risk“.
- Rangemad LDL-C eesmärgid – äärmiselt kõrge riskiga patsientidel <1,0 mmol/L.
- Varajane ja agressiivne ravi ÄKS korral – kombinatsioonravi (statiin + esetimiib) juba hospitaliseerimisel, vajadusel PCSK9 inhibiitor 4–6 nädala järel.
- Uued ravimid – bempedoiinhape, inkli- saraan (2 x aastast süstitav), evinakumab harvaesinevatel juhtudel.
- Lp(a) tähtsus – tuleb määrata vähemalt korra elus; kõrge väärtus suurendab riski.
- Hüpertriglütserideemia ravi – ikosa- pent-etüül lisaravina, volanesorsen väga kõrgete väärtuste korral pankreatiidi riski vähendamiseks.
- Toidulisanditel puudub kliiniline kasu – punane riis, oomega-3 jt ei vähenda kardiovaskulaarset riski.
- Uued sihtrühmad statiinravis – HIV-patsiendid alates 40. eluaastast sõltumata riskist; vähipatsiendid kõrge kardiotoksilisuse riskiga.

kaks korda aastas ja mis alandab püsivalt LDL-C taset umbes 50%. Esmased tule- muste uuringud jõuavad avalikkuse et- te aastatel 2026–27, kuid juba praegu on see järjepidevuse parandajana paljutõo- tav ravi.

- Bempedoiinhape sobib eriti statiini- talumatutele patsientidele.

- Harvadel juhtudel, näiteks homosü- gootse perekondliku hüperkolesterolee- mia korral, on kasutatav ka evinakumab.

Kombinatsioonravi võib tuua LDL-C languse kuni 85–86% – mis on seni saavu- tamatu tase ja mis muudab sihtväärtuste saavutamise realistlikumaks kui ku- nagi varem.

Äge koronaarsündroom

Üks juhendi peamisi rõhuasetusi on äge- da koronaarsündroomi (ÄKS) varajane ja agressiivne ravi. Traditsiooniliselt on in- farkti järel kolesteroolitase paradoksaal- selt langenud, mis on võinud vähenda- da arsti valvsust. Tegelikult on just see periood ateroskleroosi seisukohalt kõige aktiivsem ning korduvate tüsistuste risk kõrge. Uue lähenemise kohaselt tuleks kombinatsioonravi alustada kohe hospi- taliseerimise ajal, sõltumata varasemast ravist ja LDL-C tasemest. Baaslahendus on statiin + esetimiib, millele 4–6 nädala pärast lisandub vajadusel PCSK9 inhi- biitor, kui sihtväärtus ($\leq 1,4$ mmol/L) pole saavutatud. Rootsi registri (SWEDEHE- ART) andmed kinnitavad, et varajane ja püsiv LDL-C kontroll parandab oluliselt prognoosi. Fookus on seega ravi intensi- vistamisel juba esimeste nädalate jooksul, mitte kuude pärast.

Lipoproteiin(a) ja geneetiline risk

Lp(a) on juhendis senisest olulisemal ko- hal. Selle tase soovitatakse kardiovas- kulaarse riski täpsemaks hindamiseks määrata vähemalt üks kord elus. Tase üle 105 nmol/L on seotud oluliselt suurema tü- sistuste riskiga. Kuigi praegused ravimid Lp(a) taset ei mõjuta, on kliinilistes uurin- gutes uusi preparaate, mis võivad seda vä- hendada kuni 90%. Seni jääb põhistratee- giaks LDL-C maksimaalne alandamine.

Hüpertriglütserideemia ravi

Triglütseriidide teema on juhendis täpse- malt lahti seletatud. Ikosapent-etüüli li-

samine statiinravile võib vähendada kar- diovaskulaarseid sündmusi kõrge või vä- ga kõrge riskiga patsientidel, kui triglütse- riidid jäävad vahemikku 1,5–5,6 mmol/L. Väga kõrgete tasemetega ($>8,5$ mmol/L) kor- ral võib kasutada volanesorseni, eeskätt pankreatiidi riski vähendamiseks. Oluline on mõista, et triglütseriidide ravi ei asen- da, vaid täiendab LDL-C kontrolli.

Eitav hinnang toidulisanditele

Juhend võtab selge seisukoha toiduli- sandite suhtes: uuringud (sh SPORT ja OMEMI) ei ole näidanud nende kliinilist kasu südame-veresoonkonna riski vähen- damisel. Kuigi näiteks punase riisi prepa- raadid võivad kolesterooli alandada, puu- duvad tõendid nende pikaajalisest mõjust. Seetõttu ei soovitata neid kardiovasku- laarse riski juhtimisel kasutada.

HIV ja vähiravi patsiendid

Esimest korda on juhendis konkreetsed soovitused HIV-positiivsetele patsien- tidele: kõigile üle 40aastastele soovita- takse statiinravi sõltumata riskiskoorist või LDL-C tasemest. Sama põhimõte keh- tib vähipatsientide puhul, kellel on suur risk keemiaravi kardiotoksiliste kõrval- toimeteks.

Statiinid võivad vähendada näiteks antratsükliinide põhjustatud südamekah- justusi. See laiendab statiinravi sihtrüh- ma ja rõhutab, et kardiovaskulaarset ris- ki tuleb arvestada ka väljaspool klassika- lisi kardioloogilisi haigusi.

Väljakutsed Eestis

Eestis on suurim probleem statiinide ala- kasutus ja vähene kombinatsioonravi ra- kendamine. Statiine määratakse umbes poole vähem kui Põhjamaades ja eseti- miibi lisatakse harva. Ometi on vajali- kud ravimid olemas ja PCSK9 inhibiito- reid kompenseerib tervisekassa teatud tingimustel.

Tulevikuväljavaated

Lähiaastatel on oodata mitme suure uu- ringu (nt EVOLVE-MI, VESALIUS-CV) tu- lemusi, mis võivad veelgi kinnitada vara- jase LDL-C alandamise kasu.

Samuti on arendamisel uued ravimid, mis langetavad korraga nii LDL-C kui ka Lp(a) taset.

ÜKS EESMÄRK, ÜKS PARTNER:
Tõhusam kontroll & ravisoostumus
patsientide parema tervise nimel

AS ONE

by **SERVIER** 

Hüpertensiooni valdkonnas



Prestarium Arginine (perindopriilarginiin) 5 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30. Näidustused: Arteriaalne hüpertensioon. Sümptomaatiline südamepuudulikkus. Stabiilne südame isheemiatõbi: tüsistuste riski vähendamine patsientidel, kellel on anamneesis müokardiinfarkt ja/või revaskularisatsiooni protseduur. **Prestarium Arginine** (perindopriilarginiin) 10 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30. Näidustused: Arteriaalne hüpertensioon. Stabiilne südame isheemiatõbi: tüsistuste riski vähendamine patsientidel, kellel on anamneesis müokardiinfarkt ja/või revaskularisatsiooni protseduur. **Noliprel Arginine** (perindopriilarginiin/indapamiid) 2,5 mg/0,625 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30. Näidustus: essentsiaalne hüpertensioon täiskasvanutel. **Noliprel Forte Arginine** (perindopriilarginiin/indapamiid) 5 mg/1,25 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30. Näidustus: essentsiaalse hüpertensiooni ravi täiskasvanud patsientidel, kellel perindopriili monoteeraapia ei taga piisavat vererõhu alanemist. **Noliterax** (perindopriilarginiin/indapamiid) 10 mg/2,5 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30. Näidustus: essentsiaalse hüpertensiooni ravi patsientidel, kellel kombinatsioonravi samas annuses perindopriili ja indapamiidiga on taganud piisava vererõhu languse. **Coveram** (perindopriilarginiin/amlodipiin) 5 mg/5 mg tabletid N30, 10 mg/5 mg tabletid N30, 10 mg/10 mg tabletid N30. Näidustus: essentsiaalse hüpertensiooni ja/või stabiilse südame isheemiatõve ravi patsientidel, kellel perindopriili ja amlodipiini samade annuste koosmanustamine on taganud piisava vererõhu languse. **Triplixam** (perindopriilarginiin/indapamiid/amlodipiin) 5 mg/1,25 mg/5 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30 ja N90, 5 mg/1,25 mg/10 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30 ja N90, 10 mg/2,5 mg/5 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30 ja N90, 10 mg/2,5 mg/10 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30 ja N90. Näidustus: essentsiaalse hüpertensiooni ravi patsientidel, kellel perindopriil/indapamiidi ja amlodipiini samade annuste koosmanustamine on taganud piisava vererõhu languse.

Tegemist on retseptiravimitega. Müügiloa hoidja: Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Prantsusmaa. Täiendav info müügiloa hoidja esindusest: Servier Laboratories OÜ, Roseni 7C, 10111 Tallinn, tel +372 664 5040 või www.servier.ee või www.ravimiamet.ee

SERVIER LABORATORIES OÜ

Roseni 7C, 10111 Tallinn Estonia | Telefon +372 664 5040 | www.servier.ee

HYP_PA01_Jun25

Silmamelanoomil on mitu nägu

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Silmakonverentsil tegi ülevaate silmamelanoomist Ida-Tallinna keskhaigla silmaarst ja Baltimaade silmaonkoloogia keskuse juht Artur Klett.

Silmamelanoom on haigus, mis paneb proovile nii arstid kui ka teadlased. Klett tõdes oma ettekandes, et vaatamata aastakümnete pikkusele uurimistööle ei oska keegi täpselt öelda, miks osa patsiente elab selle diagnoosiga kaua ja osa väga lühikest aega.

„See haigus on tõepoolest eriline – silmamelanoomil on mitu nägu,“ nentis ta. Melanoom võib areneda praktiliselt igas silma anatoomilises struktuuris, sest igal pool, kus paiknevad pigmentrakud ehk melanotsüüdid, on olemas ka kasvaja tekkimise võimalus.

Klett selgitas, et melanoomi võib leida silmalaugudel, konjunktiivis, vikerkestas, soonkestas ja isegi orbiidis ehk silmakoopas. Iirise melanoom tekib sageli seni süütu pigmentlaigu ehk neevuse pahaloomuliseks muutumisel (ehk maliigsel transformatsioonil).

Vanus on oluline riskitegur – mida vanem inimene, seda suurem on risk, et healoomuline moodustis (neevus) muutub pahaloomuliseks melanoomiks. Melanoomi eemaldamine jätab sageli silma vikerkestale suure defekti ehk koloboomi, mis võib põhjustada valguskartust ja nägemise halvenemist. Selleks on tänapäeval võimalik kasutada individuaalselt valmistatud silikoonist iiriseimplantaate, mis taastavad nii nägemisfunktsiooni kui ka kosmeetilise/esteetilise väljanägemise.

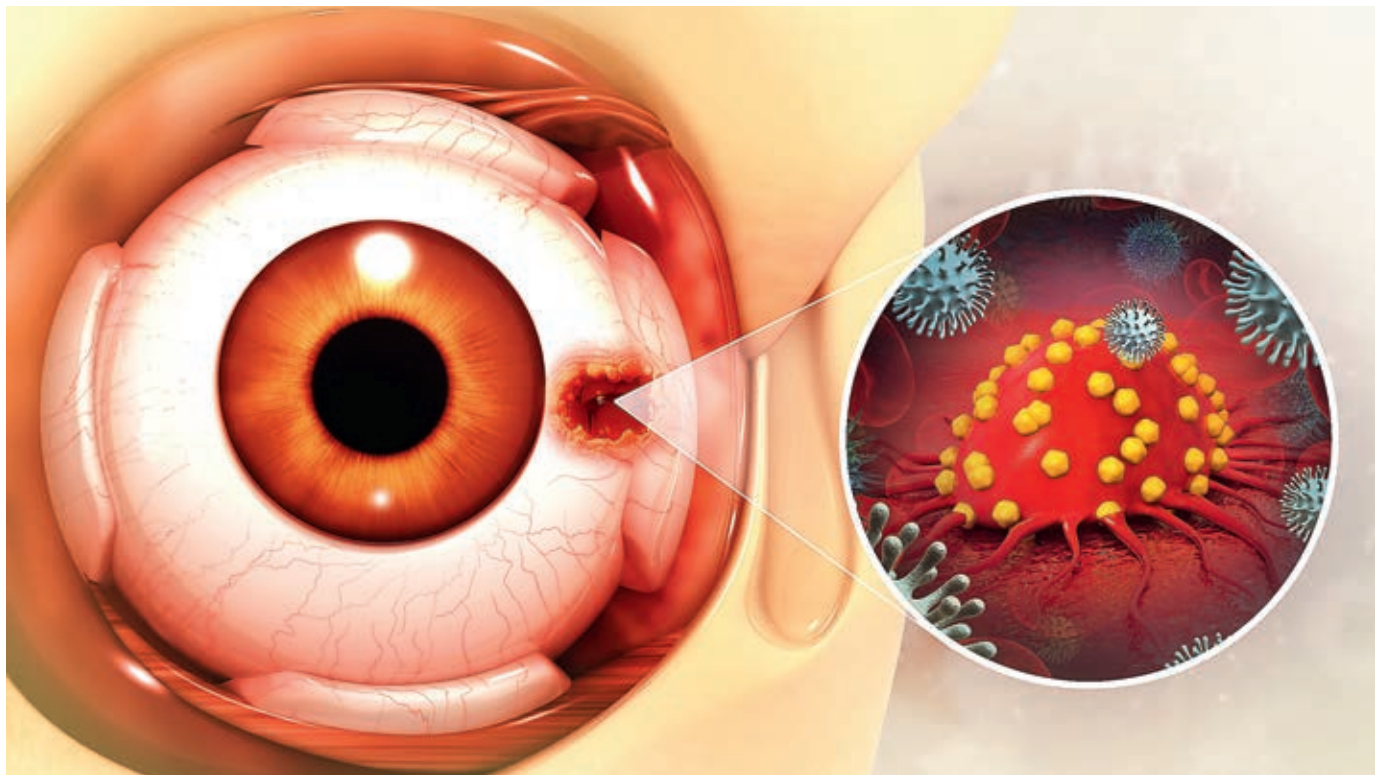
Klett rõhutas, et individuaalne iiriseprotees on oma olemuselt luksuskaup, mille maksumus jääb ligikaudu 4000 euro juurde ning mida tervisekassa ei kompenseeri. Siiski on olemas ka lihtsamaid kirurgilisi lahendusi, mille abil saavutatakse rahuldav nägemine ja välimus, näiteks kunstliku pupilli moodustamine kataraktioperatsiooni käigus või defekti katmine ilma kallite implantaatideta.

Brahhüteraapia säästab silma

Kui varem oli silmasisese melanoomi puhul ainus ravivõimalus silma eemaldamine ehk enukleatsioon, siis viimastel kümnenditel on toimunud murrang.

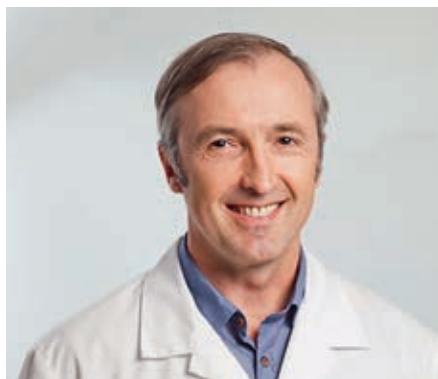
„Tänapäeval ei pea enam silmast loobuma, mis omakorda ei päästa inimese elu,“ sõnas Klett. Üks tõhusaim meetod on brahhüteraapia – silma pinnale paigaldatakse väike radioaktiivne plaat, mis kiirgab kasvaja sisse täpselt vajaliku annuse beetakiirgust, hävitades melanoomirakud. Eestis kasutatakse selleks Ruteenium-106 plaate. Protseduur võimaldab kasvajat kontrolli all hoida, säilitades samal ajal silma ja sageli ka nägemise.

Klett tõi ettekandes esile rea näiteid, kus lokaalne ravi on olnud edukas – nii konjunktiivi kui ka soonkesta melanoomi



Melanoom võib arenema hakata silma igas anatoomilises struktuuris, kus paiknevad melanotsüüdid.

FOTO: SHUTTERSTOCK



Tänapäeval tahame päästa silma ja võimalusel säilitada osaliselt ka nägemise.

Artur Klett

korral on nägemine säilinud isegi kümne aasta järel. Konjunktiivi melanoomi puhul, kus operatsioonijärgselt tekib sageli ulatuslik koevaegus ehk nekroos, kasutatakse defekti katmiseks suu limaskesta siirdamist. See aitab taastada silma kaitsefunktsiooni ja hoiab ära silmamuna perforatsiooni.

Melanoomi lokaalse ravi peamised ees-

märgid on kasvaja kontroll, silmamuna säilitamine ja haaratud silma nägemise võimalikult suur hoidmine. „Kui ma 30 aastat tagasi alustasin, oli eesmärk lihtsalt kasvaja hävitada. Tänapäeval tahame lisaks sellele päästa silma kui organi ja võimalusel ka osaliselt nägemise,“ ütles Klett.

Kõige raskemad juhtumid on need, kus melanoom on levinud nägemisnärvi ja orbiiti. Sellistel juhtudel tuleb silmamuna koos kasvajaga eemaldada ja asendada orbitaalse implantaadiga. Tänu arenenud tehnoloogiale suudavad need implantaadid liikuda koos silmalihastega ning tagavad peaaegu loomuliku välimuse. „Tänapäeval ei pruugi isegi spetsialist esmapilgul aru saada, kumb silm on kunstlik,“ märkis Klett.

Prognosis sõltub geneetikast

Silma melanoomi prognoos sõltub paljuki geneetilisest profiilist ja vähesel määral kasvaja suurusest ehk staadiumist. Kui veel paarkümmend aastat tagasi ei olnud arstidel võimalust kasvajat geneetiliselt uurida, siis nüüd saab analüüsida näiteks kolmanda kromosoomi muutusi, mis mõjutavad oluliselt elulemuse prognoosi. Mutatsioonide esinemine viitab kõrgemale riskile metastaseerumiseks ja halvema teile ellujäämistulemustele.

Klett rõhutas, et silmasisene melanoomi bioloogia ja geneetika erineb täielikult naha melanoomist – hoolimata sarnastest nimedest on tegemist kahe täiesti erineva haigusega. Kui naha melanoomi saab juba aastatid edukalt ravida immunoteraapiaga, siis silma melanoomi puhul ei olnud see pikka aega võimalik.

„Kui varem pidime metastaseerunud haigusega patsiendile ütleva, et ravi ei ole olemas, siis nüüd on olukord muutunud,“ ütles ta.

Eestis on viimastel aastatel kasutusele võetud tebentafuspi-nimeline immunoteraapia, mis parandab oluliselt metastaatilise silmasisese melanoomiga patsientide elulemust.

Baltimaades tugev koostöö

Baltimaades on teekond silmaonkoloogias olnud pikk. Alates 1990. aastatest on Tallinna silmakliinikus ravitud üle 1200 melanoomipatsiendi. Kaunases ja Riias alustati brahhüteraapiaga vastavalt 2016. ja 2023. aastal, kuid esimesed kogemused ja ravikeskus tekkisid just Eestis. „Praegu on meil Baltimaades tugev koostöö,“ meenutas Klett.

Ta rõhutas, et immunoteraapia areng ja multidistsiplinaarse silmaonkoloogia meeskonna kujunemine on toonud kaasa paradigmanihke – silma melanoom ei tähenda enam automaatselt nägemise ja elu kaotust.

Tähtis on varajane diagnoos, millele saavad kaasa aidata ka optometristid ja perearstid, suunates patsiendi kahtluse korral edasi spetsialistile. „Reegel on lihtne: pigem karta kui kahetseda,“ sõnas Klett.

Tulevikku vaadates tõdes ta, et ees seisavad uued uuringud, kus immunoteraapiat hakatakse kasutama juba enne metastaseerumise tekkimist, et vähendada haiguse leviku riski.

„See on kallis ravi, kuid potentsiaalselt elupäästev (oluliselt elu pikendav),“ nentis Klett.



UVEAMELANOOM (*uveal melanoma, UM*)

- Immunoloogiliselt “**KÜLM**” kasvaja
- Madala ravivastusega immuunravile kontrollpunkti inhibiitoritega¹
- Madal mutatsioonikoormus²

8000 uut juhtu⁴
Harvikaigus⁴

Uute juhtude arv
maailmas ühes aastas

UV-kiirgus: **EI**
Perekondlikkus: **≈1%-2%**
Onkogeensed põhjused: **GNAQ, GNA11**

Põhjustajad⁴

Valgenahaline mees⁶
Heledad silmaiirised⁷
Keskmine haigestumise vanus on
62-aastat^{6,8}
BAP1-mutatsiooni kandlus^{a,9}

Riskitegurid



NAHAMELANOOM (*cutaneous melanoma, CM*)

- Immunoloogiliselt “**KUUM**” kasvaja
- Hea ravivastusega immuunravile kontrollpunkti inhibiitoritega¹
- Suure mutatsioonikoormusega³

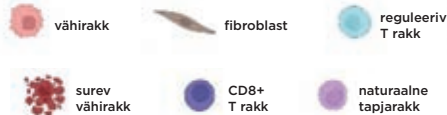
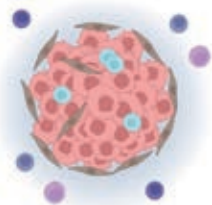
325 000 uut juhtu⁵
Kiirelt kasvav trend⁵

UV-kiirgus: **JAH**
Perekondlikkus: **≈10%**
Onkogeensed põhjused: **BRAF, NRAS**

Naha düsplastiliste neevuste suur arv⁴
Esinemissagedus on suurem vanematel
inimestel, kuid CM on üks levinumaid vähke
noortel täiskasvanutel⁵

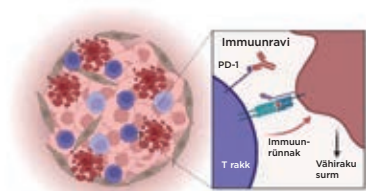
KÜLM KASVAJA

- CD8+ rakud ja naturaalsed tapjarakud väljaspool kasvajat
- Immuunsupressiivsed immuunrakud (reguleerivad T rakud) kasvajas
- Halb prognoos ja ravivastus immunoteraapiale



KUUM KASVAJA

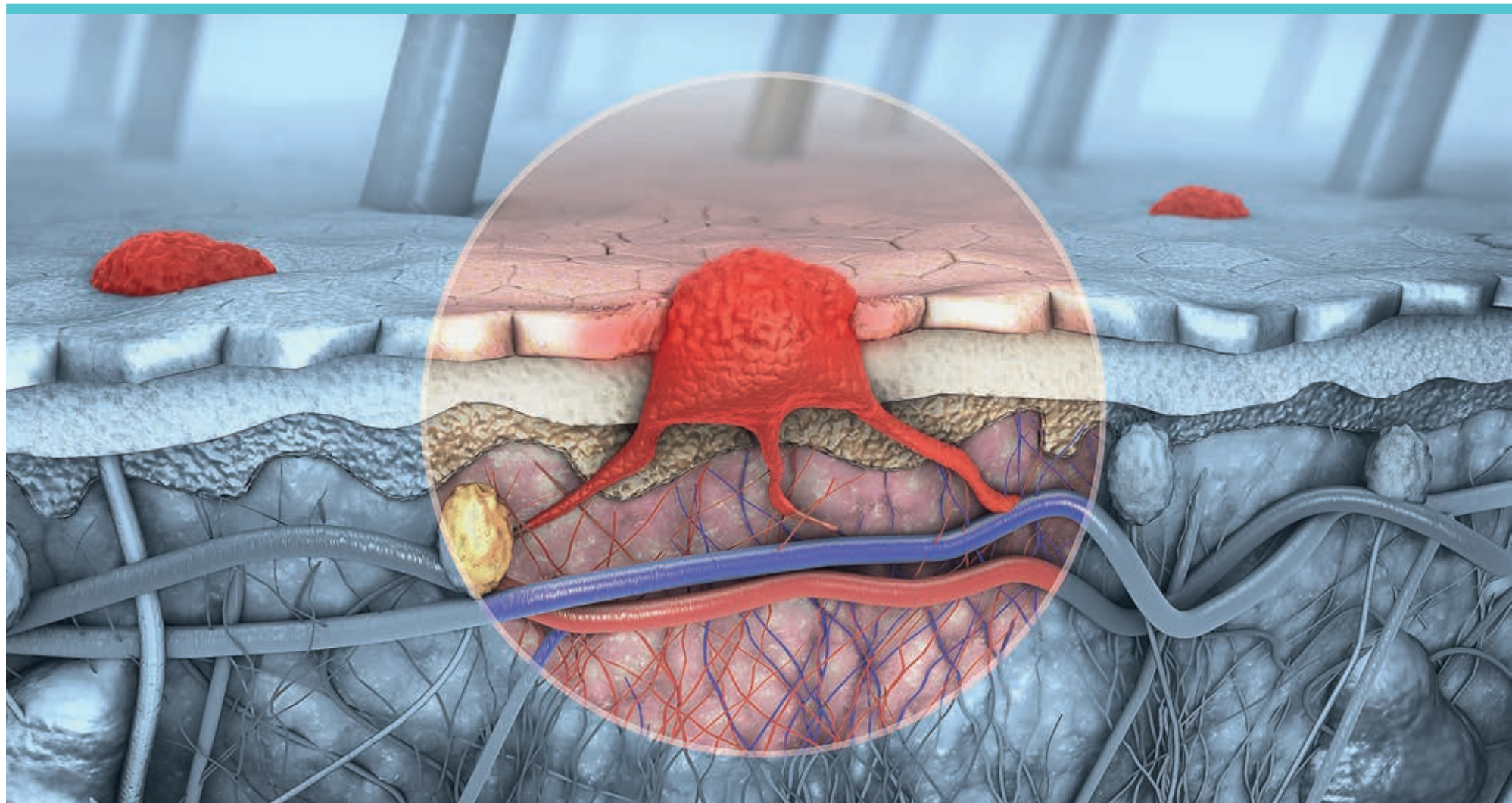
- CD8+ rakud ja naturaalsed tapjarakud kasvaja sees
- Immuunsupressiivsete rakkude (reguleerivate T rakkude) pärssimine
- Parem prognoos ja kasvajarakkude tapmine immunoteraapiaga



^aBAP1 mutatsiooni kandvad patsiendid haigestuvad tavaliselt nooremas eas, vanuses 30–59 aastat.⁸

Foto: thinkuvealmelanoma_brochure_CM-GL-DA-2000001

1. Damato BE, *et al.* *Cancers* (Basel) 2019;11:971; 2. Field MG, *et al.* *Clin Cancer Res* 2016;22:1234–42; 3. Cancer Genome Atlas Network. *Cell* 2015;161:1681–96. 4. Pandiani C, Béranger GE, Leclerc J, Ballotti R, Bertolotto C. Focus on cutaneous and uveal melanoma specificities. *Genes Dev.* 2017;31(8):724–743. doi:10.1101/gad.296962.117; 5. Arnold M, *et al.* Global Burden of Cutaneous Melanoma in 2020 and Projections to 2040. *JAMA Dermatol* 2022; 158 (5): 495–503; 6. Krantz BA, Dave N, Komatsubara KM, Marr BP, Carvajal RD. Uveal melanoma: epidemiology, etiology, and treatment of primary disease. *Clin Ophthalmol.* 2017;11:279–289. doi:10.2147/OPHTH.S89591; 7. Nathan P, Cohen V, Coupland S, *et al.* Uveal melanoma UK national guidelines. *Eur J Cancer.* 2015;51(16):2404–2412. doi:10.1016/j.ejca.2015.07.013; 8. Yang J, Manson DK, Marr BP, Carvajal RD. Treatment of uveal melanoma: where are we now? *Ther Adv Med Oncol.* 2018;10:1758834018757175. doi:10.1177/1758834018757175; 9. Barker CA, Salama AK. New NCCN Guidelines for uveal melanoma and treatment of recurrent or progressive distant metastatic melanoma. *J Natl Compr Canc Netw.* 2018;16(5.5):646–650. doi:10.6004/jnccn.2018.0042



Basaalrakuline kartsinoom.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Periokulaarne mittemelanoomne nahavähk – miks silmaarstile?

Onkoloogia Kasvaja silma piirkonnas

Delis Linntam

Ida-Tallinna keskhaigla silmakliiniku
silmakirurgiakeskuse silmaarst

Silmapiirkonna sagedasim pahaloomuline nahakasvaja on basaalrakuline kartsinoom, mille ravi seisneb kasvaja varajases kirurgilises eemaldamises, et säilitada silma funktsioon ja esteetiline välimus.

Silmapiirkonnas kõige sagedamini esinev naha pahaloomuline kasvaja on üldkaalukalt basaalrakuline kartsinoom. Mittemelanoomsetest nahavähkidest teisel kohal on lamerakuline vähk. Oluliselt harvemad, kuid olemuselt maliigsemad on rasunäärme kartsinoom ja Merkeli-rakuline vähk.

Nende kasvajate ravi kuldstandard on kirurgiline eemaldamine ehk ekstsisioon tervete kudede piires. Mida väiksem on kasvaja, seda lihtsam on rekonstrueerida eemaldamisel tekkinud defekti. Suurte kasvajate puhul on vajalikud keerulisemad okuloplastilise kirurgia tehnikad.

Silm kui nägemisorgan annab meile suure osa informatsioonist väliskeskkonnast. Laugude ja laiemalet periokulaarse piirkonna, samuti silmakoostruktuuride säilitamine on oluline silma normaalseks funktsioneerimiseks.

Silmapiirkond näo keskse osana on ka esteetilisest aspektist inimesele väga oluline.

Epidemioloogia

Mittemelanoomne nahavähk on vähi-
paikmete seas sage nii meestel kui ka
naistel. Umbes 70% juhtudest on tege-
mist basaalkulise vähiga ja 25% lame-
rakulise vähiga. Esinemissagedus Euroo-
pas on basaalkulise vähi puhul mees-
tel 123,9 ja naistel 90,8 juhtu 100 000 ini-
mese kohta aastas. Esinemissagedus tõu-
seb 5,5% aastas.

Mittemelanoomne nahavähk on
18-20 korda sagedasem kui naha mela-
noom.^① Umbes 80% nii basaalkulistest
vähkidest kui ka lamerakulistest vähki-
dest paikneb pea- ja kaelapiirkonnas.^②

Tervise arengu instituudi vähiregistri
2025. aasta kokkuvõtte andmetel regist-
reeriti 2022. aastal Eestis 9196 uut vähi-
juhtu, millest 4563 diagnoositi meestel ja
4633 naistel.

Kõige sagedam pahaloomuline kasvaja
meestel oli eesnäärmevähk, mis moodus-
tas ligi 29% kõigist vähijuhtudest. Järgne-
sid naha mittemelanoom (12%) ja kopsu-
vähk (11%). Naiste seas esines kõige roh-
kem rinnavähki ja naha mittemelanoo-
mi - mõlemad moodustasid 20% kõigist
esmasjuhtudest.

Nagu paljude pahaloomuliste kasva-
jate puhul, tõuseb ka mittemelanoom-
sesse nahavähki haigestumus vanusega
ning üle 75aastaste naiste seas on mitte-
melanoomne nahavähk esinemissagedu-
selt isegi esikohal. Õnneks on siia rühma
kuuluvad kasvajakad üldiselt hea prognoosi-
ga, andes harva kaugmetastaase ning viie
ja kümne aasta elulemus on ligi 100%.^③

Metastaseerumise riskist räägitakse
eelkõige lamerakulise vähi käsitlemise
kontekstis, kuna viimasel on teatud po-
tentsiaal anda kaugsirideid.

Riskitegurid

Vanus on seega üks mittemelanoomses-
senahavähki haigestumise riskifaktor.
Peamine keskkonnariskitegur on aga UV-
kiirgus.

Rohke päikese käes veedetav aeg (päe-
vitamine, õuetöö), aga ka solaariumi ka-
sutamine on seotud riski tõusuga. Teatud
fenotüübiga - heleda naha, juuksevärvi
ja heledate silmadega - inimesed on UV-
kiirguse kahjulikule toimele vastuvõtli-
kumad ning seetõttu esineb neil ka seda
tüüpi pahaloomulisi nahakasvajaid roh-
kem. Valgenahalistel on hinnanguliselt
30%line eluaegne risk basaalkulise vä-
hi tekkeks. ^④

Lisaks on oluline inimese immuun-
staatus. Immuunsupressiooni korral (HIV/
AIDS, immuunsupresseerivate ravimite
toime elundisiirdamise järgsetel patsien-
tidel) on pahaloomuliste kasvajakate tekke
tõenäosus suurem. Sarnaselt tõstab naha-
vähi riski varasem kiiritusravi.

Nahakahjustus, mille tekitab kroonili-
ne ekspositsioon tubakasuitsule või sõidu-
kate heitgaasidele, võib suurendada lame-
rakulisse vähki haigestumist. Samuti võib
lamerakuline nahavähk areneda armidest
ja kroonilistest haavanditest.

Leidub ka n-ö sündromaalseid naha-
vähi avaldumisi, nt Gorlin-Goltzi sünd-
room (*Basal Cell Nevus Syndrome*), mis on
harv autosoom-dominantselt päranduv
perekondlik haigus rohkete basaalku-

lise nahavähi kolletega, skeleti anomaa-
liate, silma patoloogiate ja neuroloogilis-
te häiretega.

Milles seisneb oht?

Vaatamata väiksele metastaseerumise
riskile, võivad mittemelanoomssed paha-
loomulised kasvajakad olla lokaalselt ag-
ressiivsed ja vajavad seetõttu radikaalset
ravi.

Laugudel on oluline roll silma kui näge-
misorgani toimimises: silmalaud pakuvad
mehaanilist kaitset, tagavad pisarakile
jaotumise ja püsimise silmapinnal ning
sisaldavad anatoomilisi struktuure, mis
on vajalikud pisaravedeliku äravooluks.

Laugude normaalne asend on eeldus
nii nägemisele kui ka heale elukvaliteedi-
le silmade mugavustunde mõttes. Laugu-
de asendipatoloogiad võivad viia ka kroo-
nilise silmapõletiku tekkeni.

Silmapiirkonna kasvajakad võivad häi-
rida laugude normaalset toimimist, põh-
justades sagedamini mehaanilist ülalau-
vajet - ptoosi - või alalau väljapööret - ekt-
roopiumi.

Lisaks silmale vajalikule funktsionaal-
susele, on silmalaud ja laiemalt perioku-
laarne piirkond väga tähtis esteetikas.
Ravimata võivad laugude naha pahaloo-
mulised kasvajakad tungida silmakoopasse
ehk *orbitasse*, haarates näiteks pisaratee-
de sügavamaid osi, nagu pisarakott või ni-
napisarsajuha. Kaugelearenenud juhtudel
on võimalik levik *orbitast* ninakõrvalkoo-
bastesse ja isegi ajukoljusisesesse ruumi.

Mida väiksem on kasvaja diagnoosi-
misel, seda lihtsam on selle ravi. Kasvaja
suurenedes tõuseb eemaldamiseks tehta-
va operatsiooni ulatus, keerukus, trauma
patsiendi jaoks ja postoperatiivsete komp-
likatsioonide tekke risk.

Väga suurte kasvajakatega patsiendid va-
javad suurema tõenäosusega lisarekonst-
ruktsoone teises etapis funktsionaalsete
või esteetiliste tulemuste ja elukvaliteedi
parandamiseks.

Ravi põhimõtted

Ravi kuldstandard on kasvaja radikaalne
kirurgiline eemaldamine histopatoloogil-
liselt kinnitatud tuumorivabade resekt-
sioonimarginaalidega.

Ravil on kolm eesmärki: definitiiv-
ne tuumori kontroll ehk haiguse radi-
kaalne eemaldamine, laugude funkt-
siooni säilitamine või taastamine ja es-
teetiliselt aktsepteeritava lõpptulemuse
saavutamine.

Tuleb mõista, et mitte ainult pahaloo-
muline kasvaja ise, vaid sageli ka kasva-
ja ravi põhjustab probleeme laugude asen-
di ja lisastruktuuride toimimisega, viies
paremal juhul igapäevase ebamugavus-
tundeni, kuid halvemal juhul nägemise
kaotuseni.

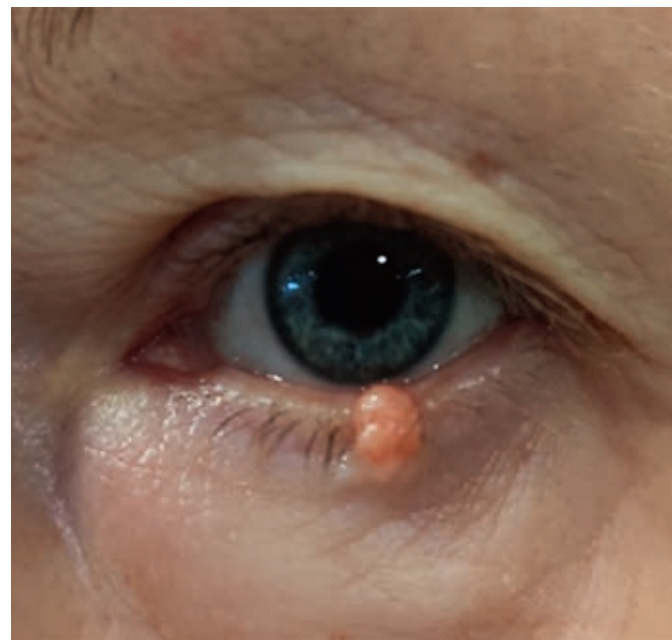
Lisaks metastaseerumise riskile mõju-
tab haiguse üldist kulgu ja patsiendi elu-
kvaliteeti ka retsidiivseerumise ehk taas-
tekke risk. Retsidiiv peale esmast ravi on
potentsiaalselt oluliselt agressiivsem ning
vajab ulatuslikumat eemaldamist.

Korduv operatsioon ja suurem ope-
ratsioon laugude piirkonnas tähendab
patsiendi jaoks tõsisemat läbielamist ja
tõenäoliselt on nii funktsionaalse kui

Tasub teada:

Mida väiksem on kasvaja, seda lihtsam on ravi

FOTOD: DELIS LINNTAM, ARTUR KLETT



● Väike kasvaja
enne eemaldamist,



● ja pärast eemal-
damist.



● Suurema kasvaja
eemaldamise järel
on riskid nägemis-
funktsioonile suu-
remad, samuti on
arm suurem.

ka esteetilise tulemuse optimeerimine keerulisem.

Pahaloomuliste kasvaja ravis lähutatakse rahvusvahelistest ravijuhistest. Käesolevalt pärinevad maailmas üldtunnustatud ja enim kasutatavad onkoloogia ravijuhised USAs baseeruvad 33st keskusest koosnevalt institutsioonilt National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

Juhiseid kaasajastatakse regulaarselt, et need sisaldaksid pidevalt informatsiooni ka uuenenud ravivõimaluste kohta.

NCCN ravijuhised klassifitseerivad nii basaarakulise vähi kui ka lamerakulise vähi osas pea- ja kaelapiirkonna, sealhulgas periokulaarse lokalisatsiooniga kasvavad kõrge riskiga rühma. Silmapiirkonna basaarakulisel vähil on kõrgem risk retsidiivseks, lamerakulisel vähil samas regioonis kõrgem risk retsidiivseks, metastaseerumiseks ja suremuseks.

Et vältida retsidiivi teket, on kirurgilise ravi olulisim aspekt radikaalsus – kasvaja peab olema eemaldatud adekvaatse resektsioonipiiriga, mis hoiab ära pahaloomuliste rakkude jäämise kliiniliselt tervesse koesse ja seega kasvaja taastekke.

Kõik eemaldatud pahaloomulised kasvaja saadetakse alati histopatoloogilisele uuringule, mis kinnitab lisaks diagnoosile resektsioonimarginaalid. Kui eemaldatud koe piirid ei ole histoloogiliselt tuumorivabad, tuleks ravijuhiste kohaselt võimalusel teha korduv operatsioon lisaks eemaldamisega (eelistatud) või kasutada adjuvantset kiiritusravi.

Mõnel juhul ei ole haigus kirurgiliselt radikaalselt ravitav. On patsiente, kelle haigus on niivõrd ulatuslik, et operatsioon ei ole tehniliselt tehtav ilma funktsiooni ja esteetikat oluliselt kahjustamata. Esineb ka patsiente, kelle puhul ei ole suur operatsioon tehtav kehva üldseisundi ja raskete kaasuvate üldhaiguste tõttu.

On neidki inimesi, kes keelduvad radikaalsest kasvaja eemaldamisest selle ulatuse ja postoperatiivsete komplikatsioonide pärast. Neil juhtudel on võimalik samuti kombineerida n-ö subradikaalset ekstsiooni kiiritusraviga, kasutada primaarset kiiritusravi, toopilist keemiaravi või kaugelearenenud juhtudel ka süsteemset ravi.

Silmapiirkonna kasvaja radioteapias kasutatakse väliskiiritusravi, kuid järjest enam ka lähikiiritusravi ehk brahhüteraapiat. Viimane võimaldab adjuvantset ravi kirurgilise eemaldamisega samas etapis: kasvaja resetseeritakse, piirkonnale asetatakse kiiritusplaat, mis võetakse ära järgmisel või ülejärgmisel päeval ning defekt rekonstrueeritakse.

Miks saata patsient silmakirurgile?

Laugude ja silmakooa anatoomia on väga spetsiifiline ning kirurgia selles piirkonnas eeldab põhjalikke teadmisi struktuuride omavahelistest seostest ja toimimisest.

Silmaonkoloog suudab hinnata pahaloomulise kasvaja ulatust, teha radikaalset resektsiooni, kuid ka plastilist rekonstruktsiooni, kahjustamata silma kui nägemisorganit. Pisarateid haaravate kasvaja eemaldamisel on teatud juh-

Ravi nurgakivi on radikaalne kirurgia, mille eesmärk on kasvaja definitiivne eemaldamine, säilitades funktsiooni ja võimaldades optimaalset esteetilist lõpptulemust

Delis Linntam

80%

● nii basaarakulistest kui ka lamerakulistest vähkidest paikneb pea- ja kaelapiirkonnas.

tudel võimalik rekonstrueerida ka pisarateed, mida võimalusel tuleks teha noorematel patsientidel, kellel pisarate tootmine on väga aktiivne ning on oht postoperatiivseks elu häirivaks krooniliseks vesitsuseks.

Et vältida laugude asendipatoloogiad (ptoos, ekstroopium, entroopium), on kriitiline rekonstrueerida kasvaja eemaldamisel tekkinud defekt nii, et laugude asend jääks optimaalne ja piirkonna lihasd saaksid oma funktsiooni säilitada.

Laugude rekonstruktsiooni puhul ei piisa sageli nahaplastikast (nihutus- ja pöördelapid ning vaba naha siirikud), vaid lauaseendi ja toimimise tagamiseks on vaja rekonstrueerida ka lauplaati ehk lauatumist lamelli. Selleks kasutatakse erinevaid silmakirurgilisi tehnikaid, nt teiselt lault lauplaadi siirdamist, periosti (luuümbris, toim) pöördelappi või kõrvakõhre ja ka kõvasuulae siirdamist.

Silm asub *orbitas* kaitstud keskkonnas ühes silmaliigutajalihaste, nägemisnärvi, teiste närviharude, veresoonte ja *orbita* rasvaga, mis külgedelt on piiratud luuliste seinte ja eestpoolt sidekoelise septumiga. Silmamuna ja laugude sisepinda katab konjunktiv, millest moodustuvad ka lauvõlvad – ruumid silmamuna ja laugude vahel.

Silma liikuvuse tagamiseks on tähtsad lauvõlvad – kui peale operatsiooni tekivad liited silmamuna ja rekonstrueeritud silmalau vahele, on silma liikuvus piiratud ning patsiendil tekib kahelinägemine, halvemal juhul ka armistumine ja nägemise kadu.

Mõnikord on tüsistuste tõttu vajalik isegi silma eemaldamine. See tähendab, et laugude ja silmakooa rekonstruktsioonis on oluline ka konjunktiiivõlvade taastamine, milleks kasutatakse vajadusel amnionimembraani või limaskestasiirikuid (nt suu limaskest).

Kõik silmakooa struktuurid on silma funktsioonis ja esteetikas samuti olulised. Näiteks liiga agressiivne *orbita* rasva eemaldamine viib enoftalmiini, mille puhul silm asub liiga sügaval silmakooas. Silmaliigutajalihaste kahjustamine operatsiooni käigus tekitab silma liikuvuse häire ja kahelinägemise.

Kõikidel juhtudel ei ole sellised tüsistused primaarselt vältitavad, sest suure silmapiirkonna kasvaja radikaalne eemaldamine võib haarata ka *orbita* sisu, kuid seda olulisemad on oskused taastada ja vajadusel asendada piirkonna struktuure nii, et patsiendi elukvaliteet ei kannataks funktsionaalses ega esteetilisest mõttes.

Rõhutada tuleb ka seda, et nii enne ravi planeerimist kui ka peale operatsiooni või kiiritusravi tuleb hinnata silma enda seisundit, raviga seotud riske silmale, nägemisfunktsiooni ja võimalikke kaasuvaid silmahaigusi.

Silmaarsti pädevuses on diagnoosida ja vajadusel ravida patsiendi haigusega seotud ja eraldiseisvaid silmaprobleeme.

Ravi tüsistuste esinemisel on tähtis tuvastada potentsiaalne silma kahjustus ja vajadusel tüsistusi ka kirurgiliselt lahendada, et silma funktsiooni võimalusel taastada või tüsistustest tingitud vaevusi leevendada.

Silmapiirkonna onkoloogiast Eestis

Ida-Tallinna keskhaigla silmakliinik tähistas 2023. aastal 30. juubelit Balti silmaonkoloogia keskusena. Kolm Balti riiki löid keskuse 1993. aastal, enne 1991. aastat toimus Nõukogude Liidu patsientide ravi Moskvast.

Silmaonkoloogia keskusel on 30 aastat kogemust silmasisestest kasvaja ravis, eelkõige brahhüteraapias, silmapiirkonna nahakasvaja kirurgias ning silmapinna- ja silmakooa kasvaja kirurgilises ravis.

Brahhüteraapiat kasutatakse lisaks silmasisestest kasvaja primaarsele ravile ka adjuvantse ravina silmapiirkonna nahavähi ning epibulbaarsete ehk silmapinna pahaloomuliste kasvaja puhul. Silmad, *orbitad* ja laud ei asetse eraldi ega ole kuidagi isoleeritud muust näost.

Väga suurte pahaloomuliste kasvaja puhul, mis haaravad lisaks silmapiirkonnale teisi regioone, teevad silmakirurgid koostööd kolleegidega Põhja-Eesti regionaalhaigla pea- ja kaelakirurgia keskusest ning operatsiooni teevad ühiselt mitu spetsialisti. Neil juhtudel peitub just koostöös võti, mis tagab patsiendi jaoks parima kvaliteedi.

Kokkuvõte

Mittemelanoomne nahavähk on sage nii meeste kui ka naiste hulgas. Umbes 80% nendest kasvajatest tekib just pea- ja kaelapiirkonnas, sealhulgas silmapiirkonnas ning kõige levinum on basaarakuline vähk. Kuigi mittemelanoomseid nahavähid metastaseeruvad harva ja on üldjuhul hea prognoosiga, võivad need lokaalselt olla agressiivsed ja destruktiivsed.

Ravi nurgakivi on radikaalne kirurgia, mille eesmärk on kasvaja definitiivne eemaldamine, säilitades funktsiooni ja võimaldades optimaalset esteetilist lõpptulemust.

Silmalaugudel ja *orbita* struktuuridel on väga tähtis roll silma kui nägemisorgani funktsioneerimisel ja ka esteetikas. Piirkonna anatoomia ja füsioloogia on spetsiifilised ning kirurgia nõuab nii teadmisi kui ka kogemust silma, laugude ja *orbita* struktuuride hindamiseks, säilitamiseks ja rekonstrueerimiseks.

Silmapiirkonna kasvajatega patsiendid tuleks suunata silmakirurgile, et tagada nende radikaalne ravi võimalikult hea silma funktsiooni säilitamise või taastamisega ning esteetiliselt aktsepteeritav lõpptulemus. Mida varem kasvaja avastatakse, seda lihtsam ja säästvam on ravi patsiendi jaoks.

VIITED

1. Roky AH, Islam MM, Ahasan AMF, Mostaq MS, Mahmud MZ, Amin MN, et al. Overview of skin cancer types and prevalence rates across continents. *Cancer Pathogenesis and Therapy*. 2025;3:89-100. <https://doi.org/10.1016/j.cpt.2024.08.002>
2. Ciuciulete A-R, Stepan AE, Andreiana BC, Simionescu CE. Non-Melanoma Skin Cancer: Statistical Associations between Clinical Parameters. *Current Health Sciences Journal*. 2022;110-5. <https://doi.org/10.12865/CHSJ.48.01.16>
3. Zimmermann M-L, Innos K, Paapsi K, Veerus P, Baburin A, Mägi M. Vähk Eestis: haigestumus 2022, elulemus 2018-2022 ja HPV-ga seotud vähid.

Lisapilte vaata mu.ee
Artikli ilmumist toetas
Medison Pharma Estonia OÜ

Tallinna Lastehaigla jõudis 10 parima tööandja edetabelisse

Tööandja brändingu valdkonna eestkõneleja ja arendaja, agentuur Instar (Instar EBC OÜ) viis tänavu 16. korda läbi tööootuste ja atraktiivsete tööandjate uuringu. Tervise- ja heaolu tudengite tunnustuse pälvis Tallinna Lastehaigla, olles üle mitme aasta taas atraktiivse tööandjana esikümnes.

Katrin Ligi, personali- ja koolitusosakonna juhataja:

Atraktiivsete Tööandjate uuringut on Instar eestvedamisel Eestis läbi viidud juba 16. korda. Sattuda meditsiinitudengite poolt valituna kümne atraktiivse organisatsiooni hulka on meile, lastehaiglale suur tunnustus.

Lastehaigla on olnud ka varem ära märgitud ja tunnustuse saanud järjekohal, aga üle mitme aasta jõudsime uuesti kümne organisatsiooni sekka. Liikumine ülespoole näitab, et meie suund organisatsioonina on õige. Oleme rohkem kui kaks aastat eesmärgistatult tegutsenud selle nimel, et olla tööandja, kes hoolitseb selle eest, et iga töötaja saab meile tulles positiivse töötajakogemuse, sõltumata, kas tegemist on tudengi või juba oskustega töötajaga.

Eriti hea meel on, et tähelepanu ja märkamine on tulnud tudengitelt. See näitab, et just noored, meie järelkasv ning tuleviku tegijad, on meie pingutusi märganud.

Arvestades tervishoiutöötajate vähest arvu ja sellest tekkinud konkurentsi, tegelevad kõik tervishoiuasutused jõuliselt oma brändi ja kuvandiga, et olla nähtaval ja kuuldaval. Lisaks loogle või pildile uudisvoos on positiivse kogemuse andmisel samamoodi väljakutset pakkuv meie sisuline töö, mida teeme tudengite vastuvõtmisel ja juhendamisel kliinilistes ning tugiüksustes.

Tööandja brändi tundus aitab kaasa sobivate töötajate leidmisele ja hoidmisele ning on ajas muutunud aina keerulisemaks nii demograafiliste näitajate kui ka oskusteabe suurema nõudluse tõttu. Seepärast oleme lastehaiglas läbi mõelnud ja planeerinud tegevusi, mis meie kuvandit toetaksid. Oleme välja töötanud CVI, võimestanud värbamisturundust, korraldanud värbamiskampaaniaid. Suur osa lastehaigla juhte on esmased värbajad, heas mõttes peakütid kuni tippjuhini välja. Oleme uuendanud kodulehte, kaasajastanud töötaja väärtuspakkumisi, korraldanud tööd ümber, et olla tugevam õppepraktika pakkuja, teeme aktiivset koostööd tervishoiu kõrgkoolidega.

Tegevused tudengite vastuvõtmise ja juhendamiseks on fookuseeritumad, sa-



FOTO: ANDRES RAUDJALG / INSTAR



Katrin Ligi.

FOTO: PEETER SÄRG



Konstantin Rebrov.

FOTO: PEETER SÄRG



Aleksandra Šilova.

FOTO: REGINA LEMMETS



Liisi Vaiknemets.

FOTO: TRIIN KRUIS

ma teeme uute töötajate suunal. Jätkuvalt töötame selle nimel, et tugevdada oma sisemisi tugiprotsesse, mehitatust, mis toetaks ravitööd.

Oleme kaardistanud nii töötajate kui ka patsiendi teekondi, et meie teenused ja protsessid oleksid disainitud. Samamoodi oleme üle vaadanud töötajate tunnustamise statuudid, hoidnud oma välja kujunenud traditsioone ja loonud juurde uusi - kahe aastaga oleme saanud töötajad üheskoos liikuma terviseradadel. Arendamistegevuste loetelu võiks jätkata. Toetume nende planeerimisel ka Instari uuringu tulemustele. Selle põhjal tuleb jätkuvalt fookuses hoida töö ja eraelu tasakaalu, võrdset kohtlemist, väärtust loovat, missiooniga tööd ja vastavat palka.

Atraktiivse Tööandja märgise kaudu saime tunnustust väljaspool lastehaiglat - selle üle tasub meil uhke olla. Edasine eesmärk on hoida atraktiivse tööandja positsiooni ja liikuda kõrgemale.

Konstantin Rebrov, juhatuse esimees:

See tunnustus ei ole ainult märk lastehaigla suuremast tuntusest, see on meile tööle tulevate tudengite ja residentide kõrge hinnang. Tänu iga töötaja panusele tajutakse meie haiglat kui töökohta, kus väärtustatakse inimesi ja toetatakse arengut. See saavutus kuulub meile kõigile. Liigume üheskoos edasi, et olla mitte ainult tugev tööandja, vaid veel parem meeskond ja hooliv kogukond.

Aleksandra Šilova, kirurgiakliiniku juhataja:

Tallinna Lastehaigla on minu jaoks koht, kus igapäevane töö ühendab suure vastutuse ja sügava missioonitunde. Haiglal on oma ajalugu ja suur potentsiaal, millele saab ehitada veelgi tõendus põhise ja koostöise kultuuri. Usun, et organisatsioon on praegu läbimas uuenduslikku muutust, mis aitab kasvatada põlvkon-

Liisi Vaiknemets, erakorralise meditsiini osakonna õendusjuht:

Tallinna Lastehaigla on minu jaoks palju enam kui lihtsalt töökoht - see on keskkond, kus usaldus, avatus ja koostöö loovad pinnase päriselt tähendusriikka töö tegemiseks. Õendusjuhina väärtustan vabadust ja tuge, mida juhtkond pakub muutuste elluviimisel, et parandada nii töötajate kui ka patsientide kogemust.

Meid ühendab ühine eesmärk - hoida ja kaitsta laste tervist -, mis annab igale päevale sügavuse ja innustab pingutama rohkem, kui vaid ametinimetuse nõuab. Kuigi haiglas on veel mitmeid protsesse ja süsteeme, mis vajavad korrastamist ja ajakohastamist, on meil tekkinud ühtne visioon ja tahe liikuda selgelt seatud eesmärgi suunas. On innustav näha, kuidas samm-sammult kasvab ühtne kultuur, kus igal panusel on tähendus ja koos tehakse tööd selle nimel, et lastehaigla oleks veelgi parem paik nii töötajatele kui patsientidele.



ATH väljakutseid tuleb osata enda kasuks tööle panna

Kadi Heinsalu

kadi.heinsalu@aripaev.ee

Kuigi aktiivsus- ja tähelepanuhäire ehk ATH võib elu keerulisemaks teha, võib see õigesti suunatuna kujuneda hoopis tugevuseks. ATH liidu esindajad Tanel Peets ja Indrek Tallo kirjeldavad, kuidas nad on oma eripärast hoolimata - või tänu sellele - jõudnud doktorikraadini ja edukalt akadeemilises maailmas toime tulnud.

Tuginedes USA ATH-inimeste ühe tuntuma eestkõneleja Jessica McCabe eesti keeles välja antud raamatule "Kuidas elada ATHga", jagasid Eesti ATH liidu esindajad Tanel Peets ja Indrek Tallo oma kogemusi ja teadmisi selle neuroeripära kohta.

ATHga seostub sageli ekslik arvamus, et selle diagnoosiga inimesed on hajameelsed ega suuda oma elu eesmärkideni jõuda. Peets ja Tallo aga tõestavad vastupidist - Tanel Peetsil on doktorikraad füüsikas ja Indrek Tallol keemias ning nad on oma erialal edukalt tegutsenud. Nende kogemused näitavad, et kuigi ATH toob kaasa väljakutseid, on see ka tugevus, kui osata seda enda kasuks tööle panna.

Hüperfookus võib viia kiire läbipõlemiseni

Hüperfookus mingile kindlale asjale keskendumise näol on ATHga inimeste seas tuntud fenomen, mis võib aidata saavutada kõrgeid tulemusi. Sellel on siiski ka varjukülg.

"Hüperfookus on kahesteraline mõök - samas võib see viia ka kiire läbipõlemiseni, sest muud olulised asjad muutuvad teisejärguliseks, aga ka neid on vaja teha," selgitas Tanel Peets.

Kaasaegses käsitluses ei peeta ATHd haiguseks, vaid pigem neuroeripäraks. "ATH mõjutab aju toimimist ja võib avaldada väga erinevalt," märkis Peets. Seisund avaldub peamiselt tähelepanu juhtimise raskustes, impulsiivsuses ja mõnikord ka liigeses motoorses aktiivsuses. Kui ATH hakkab segama igapäeva elu, muutub see häireks, mille diagnoosimiseks peavad sümptomid olema püsivad ja ilmuma mitmes eluvaldkonnas.

Nutiseadmete küllus maskeerib ATH pea kõigile

Peets ja Tallo tõdesid, et kuna nutiseadmete ülekasutamine on tänapäeval levinud, võib see näida sarnasena ATH sümptomitega. Erinevus seisneb selles, et kui nutiseadmed ära võtta, kaovad keskendumisprobleemid enamikul inimestest, kuid ATHga inimeste puhul need püsivad. See tõttu pole õige väita, et kõigil, kellel on raskusi keskendumisega, on alati ka ATH.



Tanel Peets (vasakul) ja Indrek Tallo esindavad ATH liitu.

FOTO: KADI HEINSALU

ATHga seostub sageli ekslik arvamus, et selle diagnoosiga inimesed on hajameelsed.

Töölus vajavad ATHga inimesed rohkem paindlikkust ja vabadust oma töö korraldamisel. Jäikades ja rutiinsetes töökeskkondades võib nende potentsiaal täielikult avaldumata jääda. Samas sobivad neile tööd, mis pakuvad väljakutseid, kiireid otsuseid ja pidevat muutust - näiteks juhtimisrollid, IT-sektor ja loovtööd.

ATH-ajule sobisid tööalased probleemid

Indrek Tallo juhtis vahepeal 115 inimest ühes IT-ettevõttes ja ta tõi näiteks, et tema jaoks on tähtis vaheldus ja tasakaal - on vaja nii iseseisvat tööd kui ka meeskonnas suhtlemist. "Et mitte rutiini kinni jääda," ütles Tallo. Jäikades ja rutiinsetes töökeskkondades võib selliste inimeste potentsiaal täielikult avaldumata jääda.

Tallo rääkis oma juhtimiskogemusest ettevõttes, kus talle meeldis tegutseda just sellistes olukordades, kus tuli lahendada ootamatuid probleeme. Ta kirjeldas, kuidas tema aju aktiveerus ja hakkas "tööle steroididel", kui keegi tuli keerulise probleemiga tema juurde. "Teised nägid kriisi, aga mina nägin võimalust lahendus leida," rääkis Tallo. See omadus muutis ta heaks probleemilahendajaks ja

kriiside haldajaks, kuid samas vajab ta ka teadlikku puhkust ja tasakaalu, et vältida läbipõlemist.

ATHga inimesed mõistavad sageli paremini teisi sama seisundiga inimesi, kuid see ei tähenda, et nad ei saaks edukalt suhelda ka nendega, kellel ei ole ATHd. Pigem on oluline teadlikkus ja vastastikune arusaamine.

Samuti on oluline empaatiavõime, mis ATHga inimestel võib olla kõrgelt arenenud või ka vastupidi - sõltuvalt indiviidist madalam.

Ravimid annavad võimaluse elu korrastada

Tallo ja Peets käsitlesid ka ravimite rolli ATH ravis. Ravimid on efektiivselt viis sümptomite leevendamiseks, kuid need ei muuda inimest iseenesest edukaks. Pigem annavad ravimid võimaluse paremini oma elu ja harjumusi korrastada.

Erinevalt antidepressantidest võib ATH ravimite võtmise vajadusel kiiresti katkestada ja need ei tekita ka sõltuvust. Samas pole ravimid alati vajalikud ja nende kasutamine peaks olema individuaalne, koos arstiga tehtud otsus.

Näiteks Tallo on täheldanud, et tulismad vaidlused isiklikus elus on ta pidanud siis, kui ravimeid ei võta - seega aitab tema puhul ravi impulsiivsust kontrollida.

Mehed tutvustasid ka Eesti ATH liitu, mis loodi 2022. aastal eesmärgiga pakkuda täiskasvanutele tuge ja teavet.

Liit korraldab regulaarseid kohtumisi ja koolitusi ning tegeleb huvikaitsega, aidates kaasa teadlikkuse tõstmisele. Sealne liikmeskond koosneb peamiselt diagnoositud ATHga inimestest, kuid ka psühholoogidest ja lapsevanematest, kellel on ATHga lapsed.

Liidu liikmed on valdavalt täiskasvanud, kellel on ATH diagnoos, ning kelle keskmine vanus jääb umbes 36 aasta juurde. Liikmete seas on mehi ja naisi enam-vähem võrdselt ning paljud neist on diagnoosi saanud alles täiskasvanueas. See peegeldab suundumust, et ATHst ja selle diagnoosimisest täiskasvanutel on viimasel kümnendil hakatud rohkem rääkima ning teadlikkus on kasvanud.

Ühe esimese olulise sammuna saavutas liit täiskasvanutele ATH ravimitele soodustuse. "See oli suur edasimineku, kuna varem pidid täiskasvanueas diagnoosi saanud inimesed ostma ravimeid täishinnaga," rõhutas Peets ravi kättesaadavuse paranemist.

ATHteemaliste raamatutega saab tutvuda veebiaadressil <https://pood.aripaev.ee/kategooria/raamatud>. Samuti tasub liituda tervise raamatuklubiga aadressil: <https://kampaania.aripaev.ee/tervise-raamatute-klubi/>

MELAFERA MEELE-RAHU



Soodushinnaga oktoobris



Apteek



EURO
APTEEK

JÕUD SINU SEES!

www.luxador.ee

Toome tasakaalu rahututele meeltele Adixemin

Lisdeksamfetamiindimesülaat



1. Põhjalik ATH juhtimine koos püsiva keskendumise ja käitumise kontrolliga kogu päeva vältel.¹

2. Kogu päeva kestav ATH sümptomite kontroll.¹

Ühe hommikuse annusega kuni 11 tundi sümptomite leevendust, tagades keskendumise ja kontrolli kogu päeva vältel.

3. Oluliselt parem vastus kui platseebol juba esimesel kontrollkäigul.¹

1. (Coghill DR, Banaschewski T, Lecendreux M, et al. Efficacy of lisdexamfetamine dimesylate throughout the day in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a randomized, controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2014 Feb;23(2):61-68. DOI: 10.1007/s00787-013-0421-y, PMID: 23708466; PMCID: PMC3918120.) Adixemin 20 mg/30 mg/40 mg/50 mg/60 mg/70 mg kõvakapslid sisaldab 20 mg/30 mg/40 mg/50 mg/60 mg/70 mg lisdexamfetamiindimesülaati, mis vastab 5,9 mg/8,9 mg/11,9 mg/14,8 mg/17,8 mg/20,8 mg deksamfetamiinile. Näidustused. Adixemin on näidustatud aktiivsuse- ja tähelepanuhaire (ATH) raviks 6-aastastel ja vanematel lastel kompleksravi ühe osana, kui eelnev ravi metüülfenüüdäatiga on olnud kliiniliselt ebasõltuv. Annustamine ja manustamisviis. Algannus on 30 mg ja seda võetakse üks kord ööpäevas hommikul. Kui arsti hinnangul tuleb alustada väiksemast algannusest, võib ravi alustada annusega 20 mg kord üks ööpäevas hommikul. Annust võib suurendada 10 või 20 mg kaupa ligikaudu nädalase intervalliga. Adixemini tuleb manustada suu kaudu väikseimas toimivas annuses. Maksimaalne soovituslik annus on 70 mg ööpäevas. Adixemin on mõeldud suukaudseks kasutamiseks. Ravimit võib manustada koos toiduga või ilma. Adixemini võib tervena alla neelata või kapsli võib avada ja kogu sisu tühjendada pehmesse toitu (näiteks jogurt) või klaasitäide vette või apelsinimahla ja segada. Patsient ei tohi võtta vähem kui ühe kapsli ööpäevas ja ühte kapslit ei tohi mitmeks annuseks jagada. Annuse unustamise korral võib Adixemini manustamisega järgmisel päeval jätkata. Ravimi võtmist pärastlõunal tuleb vältida unetuse tekke võimaluse tõttu. Vastunäidustused. Ülitundlikkus sümptomimeetlistele amiinide või mis tahes abiainetega suhtes. Samaaegne monoamiini oksüdaasi (MAO) inhibiitorite kasutamine või kuni 14 päeva pärast ravi lõppu MAO inhibiitoritega (võib põhjustada hüpertensiivset kriisi). Hüpertüreos või türeotoksikoos. Erutusseisundid. Sümptomaatilise südame-veresoonkonna haigus. Kuuleelamurõhk arteriooskleroos. Müooskuri rasked hüpertensioon. Glaukoom. Enhlootused ja ettevaatusabinõud kasutamisel. Kurnatavamine ja söölvus. Kardiovaskulaarsed kõrvaltoimed: Äkssurm patsientidel, kellel esineb südame struktuurideid kõrvalkaldeid või muid tõsiseid südameprobleeme. Stimulandid

põhjustavad keskmise vererõhu mõõdukat tõusu (ligikaudu 2...4 mmHg) ja keskmise südamelöögisageduse kiirenemist (ligikaudu 3...6 lööki minutis), kusjuures üksikujuhtudel võib tõus või kiirenemine suurem olla. Lisdeksamfetamiin pikendab osade patsientide QTc intervalli. Lisdeksamfetamiindimesülaadi kasutamine on vastunäidustatud patsientidel, kellel on sümptomaatiline kardiovaskulaarhaigus ja samuti patsientidel, kellel on mõõdukas kuni raske hüpertensioon. Kardiomüopaatia: kroonilise amfetamiini kasutamise puhul on teatatud kardiomüopaatist. Seda on teatatud ka lisdeksamfetamiindimesülaadi kohta. Kõigi patsientide kohta, kellel kaalutakse stimulandit, tuleb hoolikalt koguda anamnees (sh pereanamnees äksumade või ventrikulaarsete rütmihäirete osas) ja teha füsioloogiline läbivaatus võimaliku südamehaiguse tuvastamiseks, samuti tuleb nad suunata edasiste südameuuringutele, kui leiud osutavad sellisele haigusele (näiteks elektrokardiograafiasse või ehkardiograafiasse). Patsientidel, kellel tekivad stimulandit ravi ajal, näiteks sellised sümptomid, nagu valu rindkeres, seletamatu sünnikoop või muud südamehaigusele viitavad sümptomid, tuleb kiiresti teostada südameuuringud. Psühhiaatrilised kõrvaltoimed: stimulandite manustamine võib halvendada käitumis- ja mõtlemishäirete sümptomite varasemate psühhootiliste häiretega patsientidel. Bipolaarne häire: erilist ettevaatlik tuleb olla siis, kui stimulandidega ravitakse ATH-ga patsiente, kellel on kaasuv bipolaarne häire, sest sellistel patsientidel võivad need esile kutsuda korraga depressiivse ja maniakaalse või ainult maniakaalse seisundi. Uute psühhootiliste või maniakaalsete sümptomite teke: eelnevate psühhootiliste haiguste või maniata lastel ja noorukitel võivad tavapärases annuses manustatud stimulandid põhjustada psühhootiliste või maniakaalsete sümptomite tekke, näiteks hallutsinatsioonide, luulomõtteid või maniati. Agressiivsus: stimulandid võivad põhjustada agressiivset või vaenulikkust. Tikid: stimulandid süvendavad teadaolevalt motoorseid ja vokaalseid tikke ning turettide sündroomi. Pikaajaline kasu pärssimine (pikus ja kehakaal). Krambhoo. Nägemishäired: stimulandit võib teadaolevalt põhjustada silma akommodatsioonihäireid ja nägemise hägustumist. Lisdeksamfetamiindimesülaadi puhul tuleb välja kirjutada ja väljastada võimalikult väike annus, et vähendada võimaliku üleannustamise riski. Adixemini tuleb kasutada ettevaatlikult patsientidel, kes kasutavad muid sümptomimeetlikume. Koostoimed teiste ravimi-

tega ja muud koostoimed. In vitro katsed inimese mikrosoomidega näitavad, et amfetamiin pärssib kergelt ensüümi CYP2D6 ning üks või mitu metaboliiti pärssivad kergelt ensüüme CYP1A2, 2D6 ja 3A4. Ained, mille sisaldust veres võib Adixemin mõjutada: toimeainet prolongeeritult vabastav guanfaatsiin; toimeainet prolongeeritult vabastav venlafaksiin. Askorbiinhape ning muud ained ja seisundid (tiasiiddiureetikumid, palju loomset valku sisaldav toitumine, diabeet, respiratoorne atsidoos), mis muudavad uriini happeliseks, suurendavad uriini eritumist ja vähendavad amfetamiini poolväärtusaga. Naatriumvesinikkarbonaat ning muud ained ja seisundid (palju puu- ja köögivilju sisaldav toitumine, kuseteede põletikud ja oksendamine), mis muudavad uriini aluseliseks, vähendavad uriini eritumist ja pikendavad amfetamiini poolväärtusaga. Amfetamiini ei tohi manustada ravi ajal monoamiini oksüdaasi (MAO) inhibiitoritega või 14 päeva jooksul pärast seda, sest selline manustamine võib suurendada norepinefriini ja muude monoamiinide vabastamise kiirust. See võib põhjustada tõsiseid peavalusid ja muid hüpertensiivse kriisi tunnuseid. Võivad tekkida erinevad toksilised neuroloogilised nähud ja pahaloomuline hüpertensioon, mis mõnikord võivad lõppeda surmaga. Amfetamiinide (nt lisdeksamfetamiindimesülaati) kasutamise seas on harva esinenud serotoniinisündroomi, kui neid on manustatud koos serotonergiliste ravimitega, sealhulgas selektiivsete serotoniini tagasihaarde inhibiitoritega (SSRI-d) ja serotoniini ja noradrenaliini tagasihaarde inhibiitoritega (SNRI-d). Ained, mille toimet amfetamiinid võivad vahendada: antihüpertensiivsed ained. Amfetamiinid võimendavad narkootiliste valuvaigistite valuvaigistavat toimet. Kloorpromasiin blokeerib dopamiini ja norepinefriini retseptoreid, pärssides seeläbi amfetamiinide kesknärvisüsteemi stimuleerivat toimet. Haloperidool blokeerib dopamiini retseptoreid, pärssides seeläbi amfetamiinide kesknärvisüsteemi stimuleerivat toimet. Litiumkarbonaat võib pärssida amfetamiinide anorektilist ja stimuleerivat toimet. Võimaliku koostoime kohta alkoholiga on vähe andmeid. Amfetamiinid võivad põhjustada suurt kortikosteroidide taseme tõusu plasmas. See tõus on kõige suurem ööul. Amfetamiinid võivad segada steroidide määramist uriinis. Fertiliitus, rasedus ja imetamine. Rasedus: lisdeksamfetamiini aktiivne metaboliit deksamfetamiin läbib platsenta. Raseduse ajal amfetamiiniga kokku puutunud vastundintel võivad esineda võõrutusnähud.

Preparaati tohib raseduse ajal kasutada ainult juhul, kui võimalik kasu üigustab võimalikke riske lootele. Imetamine: Amfetamiinid imenduvad inimese rinnapiima. Adixemini ei tohi imetamise ajal kasutada. Fertiliitus: lisdeksamfetamiini toimet inimese viljakusele ei ole uuritud. Kõrvaltoimed. Anafülaktiline reaktsioon, ülitundlikkus, söögiisu vähenemine, insomnia, agiteeritus, ärevus, kõnepidamatus, vähenenud libiido, depressioon, tikid, meeleolu labiilsus, düsfooria, eufooria, psühhomotoorne hüperaktiivsus, bruksism, dermatilomania, psühhootilised episoodid, mania, hallutsinatsioonid, agressiivsus, peavalu, peeringlus, rahutus, treemor, unisus, krambhoo, düskinesia, maitseärritus, häired, sünnikoop, hägustunud nägemine, müdriaas, tahhükardia, südamepekslemine, QTc intervalli pikenedamine, kardiomüopaatia, Raynaud' fenomen, ninaverejooks, düspnoe, suukivus, kõhulahtisus, kõhukinnisus, ulakõhuvalu, iiveldus, oksendamine, eosinofiilne hepatiit, liigihigistamine, urtikaaria, lõõve, angioödem, Stevens-Johnsoni sündroom, erektsioonihäire, valu rindkeres, valu rindkeres, ärritus, väsimus, rahutus, palavik, vereerhu tõus, kehakaalu langus. Retseptiravim. Pakendi: 30 või 100 kapslit. Müügiloo hoidja: STADA Arzneimittel AG, Stadastrasse 2-18, 61118 Bad Vilbel, Saksamaa. Täiendav teave on saadaval ravimi müügiloo hoidjalt: UAB „STADA Baltics“, Goštauto g. 40A, Vilnius, Leedu. Tel: +370 52603926; kristi.rohejarv@stada.com. Teksti läbivaatamise kuupäev: aprill 2024.