



Pädevus

Võõrsilt tulnud arstide pädevus on kohapealsetele pinnuks silmas

Anestesioloogide seltsi juhatuse liige Raido Paasma tõi välja terava probleemi: kolmandate riikide kolleegid ei ole vahel pädevad, kuid tööle Eestis nad pääsevad. ▶6-7



Tallinna laste vaimse tervise keskuse eestvedaja Anne Kleinberg on ise väsimatu õppija ja kaitseb peagi doktori kraadi. ▶10-11

UUDISED Meditsiini

Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 4 (261) 18. veebruar 2014

www.mu.ee

Haiglad ärevil, lepingud ohus

Haigekassa meelemuutus ravilepingute sõlmimisel on ärevaks muutnud nii erakliinikud kui ka osa HVA asutusi. ▶4, 8-9

Laias laastus jäävad paljud erakliinikud ilma ambulatoorse eraarstiabi lepingust, mida nad seni olid harjunud saama. FOTO: ERIK PROZES

Apteekril on lisaks nimemuutusele vaja sisulisi muudatusi

Arengud nii kaugel, et sotsiaalministeerium on kirjutanud seaduse eelnõu, milles on üks aga – töös oleva eelnõu kohaselt muutub vaid apteekri staatus, kirjutab apteekrite liidu esinaine Ülle Rebane. ▶4



Heameel: pooled kursuslastest on juba residentuuris

Juba ligi pooled "Tagasi arstiks" koolituste lõpetanute on residentuuris, kirjutab arstiteaduskonna residentuuri prodekaan professor Margus Lember. ▶3



Uudised

Hinnareklaam seni keelatud

RIIGIKOGU asus kiiresti muutama reklaamiseadust, et lõpetada rikkumine seoses teenuste hindade näitamisega haiglate kodulehtedel. ▶5



Fookuses: süda Südame isheemiatõvest suremus

TALLINNAS 2013. aasta lõpus peetud kahepäevasel Cardio Course'i ümarlaval arutasid Eesti ja Euroopa juhtivad kardioloogid südame isheemiatõvest tingitud suremuse probleeme. Toome kokkuvõtte lehelugejateni. ▶12-13

Erinevad aparaadid insuldi taastusravis

TRANSKRANIAALNE magnetstimulatsioon on üks abivahend insuldi taastusravis, kirjutab Keila Taastusravikeskuse neuroloog Maarika Nurm. ▶14

Fookuses: luustik Osteoporoos on perearstile tuttav

OSTEOPOROOS oma erinevate tahkudega on perearstitöös sage seisund, kirjutab Tõstamaa perearst Madis Veskimägi. Osteoporoosi avastamise ja ravi kõrval on olulised kukkumise ennetuse alased soovitusel ja konkreetsed näpunäited koduturvalisuse tõstmiseks. ▶16

KAOTAJA
Raul Mill

E-tervise sihtasutuse juht Raul Mill sai oma juhitava asutuse tööle kibeda hinnangu riigikontrollilt. Etteheited võiks kokku võtta tõdemusega: asi ei tööta, ehkki sinna on maetud kordades rohkem raha kui plaaniti. Nüüd ootab riigikogu erikomisjon sotsiaalminister Taavi Rõivaselt tegutsemisplaani, et süsteem tööle saada.

www.mu.ee
18. VEEBRIAAR 2014 MEDITSIIINUUDISED

Päeva foto:

Siirdamised tõid teenetemärgi

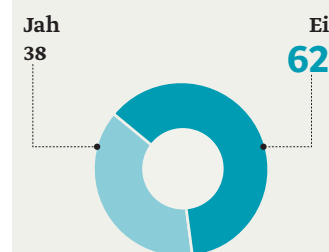


President Toomas Hendrik Ilves tunnustas tänavu iseseisvuspäeva eel riigi teenetemärkidega ka mitmeid arste. Punase Risti teenetemärgi saab teiste hulgas ka neeruasenduse ja -siirdamise arendaja Eestis kirurg Aleksander Lõhmus (pildil vasakul) TÜ Kliinikumi kirurgiakliiniku uroloogia ja neerusiirdamise osakonnast. Mullu oktoobris toimus kliinikumis 1000. neerusiirdamine. Meditsiiniuudiste jaoks tehti fotoklõps kuu hiljem, mil siirdamisel oli 1007. neer.

FOTO: ERIK PROZES

Gallup: Kas pädevus- hindamine peaks olema kohustuslik?

• osakaal %, vastajaid kokku 73



Vaata uut küsimust: mu.ee

Lugeja arvab:

mu.ee

Usaldage oma perearsti

● **Galina Litter:** Kolleegiga nõus, kuid naistehaiguste eriarstina paneksin perearstidele jt südamele, et retseptiravimeid ilma patsiendi günekoloogilisel inspektoerimata küll ei peaks ordineerima. Parem suunata patsiendid apteeki käsimüügiravimite ostmiseks ja siis naistearstile, nädala-kahega leiame ikka aja vastuvõtule, kellel pakiline probleem. Tupeseene ja bakteriaalse vaginoosi esmased abiva-

hendid on nüüd apteekides käsimüügis.

Sõritsa tuline kiri haigekassa juhile

● **Hingetu kommentaar:** Kõik mittevajalik niimoodi kaobki või teiseneb millekski muuks. Haigekassa ei ole ettevõtluse arendamise sihtasutus, ekspordi teemaga peate ise hakkama saama. Muinasjutt erakapitali kaasamise headusest ja peaaegu mööda pääsmatusest mõjub uinutavalt nagu iga teine "meeldiv" vale (on ju muinasjutuski rohkem unistust kui tõde).

Üks küsimus: Kas HVA-väliseid haiglaid on Eestis vaja?

Diana Ingerainen
Eesti Perearstide Seltsi juht

Kindlasti on erahaiglatel n-ö oma koht siin päikesel all. Sest mida rohkem võimalusi, seda parem. Haiglate arv üldiselt on Eestis liiga suur ka hetkel kirjeldatud haiglavõrgu arengukavas. Ma toetan haiglate võrgustumise plaani, mille eesmärk on jagada haigeid tervisevajadustest tulenevalt, mitte selleks, et paremini "täita haigekassa lepingut".

Eiki Nestor
riigikogu liige

Kindlasti on vaja ja seda eelkõige neile patsientidele, kelle jaoks ravikindlustuse kaudu pakutav kas siis teenuse kiiruse või ka kvaliteedi osas mingil põhjusel ei sobi. See on lihtsalt täiendav võimalus, mis lõppkokkuvõttes vähendab ka ju ravikindlustuses järjekordi.

Alar Sepp
TTK õppejõud

Tervishoiu terviklik arendamine eeldab era-, 3. ja avaliku sektori koostööd, mis põhineb partnerluse paremale ärakasutamisel. See nõuab suurema tähelepanu ettevõtjakoolitusele. Praegu peaksime erasektori karpimise asemel hoopis toetama selle tegevuskeskkonna arengut, sh toetades koostööd, võrgustumist, tootearendamist, personali koolitamist ja kvaliteedi parendamist. Eestis on teadaolevalt tervise valdkonnas kõrgel tasemel kompetents, kuid meil on puudu need tegutsejad, kes peaksid teenuseid välismaale, nt Põhjamaadesse müüma.



Tallinna Kiirabi otsib oma meeskonda abivalmis ning kohusetundlikke õdesid, kes tahavad oma tuleviku siduda erakorralise meditsiiniga.

ÕDE, ABIÕDE

Tööülesanded:

- meditsiiniliste protseduuride tegemine kiirelt ja kvaliteetselt;
- brigaadijuhi assistendina patsiendi esmane ravi ja hospitaliseerimine;
- kiirabibrigaadi meditsiinilise varustuse korrasoleku tagamine.

Nõuded:

- rakenduskõrgharidusega õde või õe erialal õppiv kolmanda õppeaasta tudeng;
- töökogemus erakorralises meditsiinis või intensiivravis.

ÕDE-BRIGAADIJUHT

Tööülesanded:

- kiirabibrigaadi valmisoleku tagamine ja tegevuse juhtimine väljasõidul;
- patsiendi seisundi diagnoosimine,
- esmane ravi, hospitaliseerimine;
- suhtlus erinevate osapooltega,
- töödokumentatsiooni koostamine.

Nõuded:

- rakenduskõrgharidus erakorralise meditsiini või intensiivõenduse erialal töökogemus erakorralises meditsiinis vähemalt 2 a;
- meeskonna juhendamise eeldused.

Täpsem info [www.tems.ee/vabad töökohad](http://www.tems.ee/vabad_toekohad), tel 697 1147.

Huvi korral tule LAHTISTE USTE PÄEVALE
19. veebruaril 2014, algusega kell 10.30.

Asukoht: Retke tee 1. Tutvustame 1,5 tunni jooksul tööd brigaadis ja töökeskkonda, vastame küsimustele. Teata palun oma tulekust kandideeri@tems.ee, info tel 5686 8238.

Tallinna Kiirabi (www.tems.ee) on Eesti üks suurimaid kiirabiettevõtteid. 2014. aastast on väljasõiduvõimaldus 20 kaasaegse varustusega kiirabibrigaadi, kelle tööd toetab professionaalne meeskond ja keskkond. Meie teenust vajab aastas üle 60 000 kohaliku elaniku ja külla sõitnud turisti.



SOOME KEELE KURSUSED ARSTIDELE

RAKVERES alustab edasijõudnute rühm

26. veebruarist. Soome keele kursus algajatele alustab märtsis.

Küsi lisainfot telefonil 5552 1208.

17. märtsil alustame **TALLINNAS** algkursusega arstidele. Registreerumine telefonil **5552 1208** või info@meditalo.ee

25. märtsil alustame **TARTUS** algkursusega arstidele. Registreerumine telefonil **5553 0077** või info@meditalo.ee

Arstile, kes läheb Meditalo kaudu tööle, on soome keele kursus TASUTA.

Kontakt:

Jõe 3, 3. korrus, Tallinn
Tel: +372 5552 1208 | Kadi Metsmaa

Kompanii 10, Tartu
Tel: +372 5553 0077 | Mari-Liis Järg

info@meditalo.ee
www.meditalo.ee



Meditsiini

meditsiiniuudised@aripaev.ee

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

Toimetuse:
Violetta Riidas, tel 667 0454
violetta.riidas@aripaev.ee

Triin Tabur, tel 667 0455
triin.tabur@aripaev.ee
Siret Trull, tel 667 0446
siret.trull@aripaev.ee

Vivian Berg, tel 667 0071
reklaami projektijuht
vivian.berg@aripaev.ee

Kujundaja Eve Rammo
Fototoimetaja Raul Mee
Keeletoimetaja Sven Saun

Reklaam: tel 667 0177
reklaam@aripaev.ee

Tellimine ja levi:
med@aripaev.ee
tel 667 0100
faks 667 0300
Tellimine internetis:
www.mu.ee 12 kuud 85 eurot
Hind: 12 kuud (erasisik) 114,22 eurot
12 kuud (ettevõtte) 125,83 eurot
Trükk: AS Kroonpress

Väljaandja: **AS Äripäev**
Pärnu mnt 105, 19094 Tallinn
Peatoimetaja Meelis Mandel

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

Tunne supertoitu!

Ilmunud on eestikeelne praktiline entsüklopeedia maailma supertoidu-ainetest. Suurima väega ehk maailma mõjuvõimsaimad toiduained sõnas ja pildis, lisaks 150 tervisliku toidu retsepti, lubab raamatu kokkuvõte. Kiidusõnu ütleb raamatu kohta ka tuntud lastearst Adik Levin. TEA Kirjastus, 2013.



3.-4.04

EESTI Arstide Päevade konverentsi avasessioon kannab nime "Vaadakem peeglistse, kolleegid!". Sündmus toimub Tallinnas Nokia kontserdimajas. Avapäeval arutletakse, kuidas võiks arst ennast ja oma tööd avalikkusele tutvustada, miks mõni arst patsiendile ei meeldi, miks kaevatakse arsti peale ja mida patsiendid kurdavad.

Repliik:

Nime muutmisest üksi ei piisa, kui sisu jääb samaks

Sotsiaalministeerium esotsas ministriga on andnud lubaduse, et apteekrid saavad tervishoiutöötajateks või õigem oleks öelda, et ennistatakse meie kunagine staatus, sest enne 1996. aastat olidki apteekrid tervishoiutöötajad.

Praegu on arengud nii kaugel, et ministeeriumis on kirjutanud seaduseelnõu, milles on üks aga - muutub vaid nimi. Jah, meist tehakse tervishoiutöötajad, kuid sellega ei kaasne midagi muud. Oleme seega tulevikus tervishoiutöötajad, kes on registreeritud tervishoiutöötajate registris, kuid osutame apteegiteenust, mis ei ole tervishoiuteenus.

Ministeerium põhjendab sellist lähenemist ajapuudusega. Selleks, et määratlada



Ülle Rebane

Eesti Apteekrite Liidu esinaine

Apteeker ei näe praegu kahjuks isegi diagnoosikoodi ega varem väljaostetud ravimeid.

apteegiteenus tervishoiuteenuseks, on vaja palju seadusi ümber vaadata. Eriti praeguste suundumuste valguses, kus apteeki tahetakse integreerida esmatasandi tervishoidu, s.t arendada apteegiteenust

kõikvõimalike lisateenuste pakkumisega.

Ministeerium vajab seega aega juurde, et need lisateenused täpsemalt määratlada ja alles seejärel rääkida teemal: apteegiteenus tervishoiuteenuseks. Eesti Apteekrite Liidus (EAL) me leiame, et apteekrid on tervishoiuteenuse osutajad lisateenuseid osutamatagi. Meie põhitöö- ja tegevus on ravimite väljastamine koos nõustamisega ehk apteegitöö. Oleme selleks viis aastat ülikoolis arstiteaduskonnas õppinud ja oleks loogiline, et oleme tervishoiutöötajad ja -teenuse osutajad. Nii on igal pool Euroopas.

Mis see meile annab? Riik kavandab esmatasandi tervisekeskusi üle Eesti, mida hakkab rahastama euroliid.

Apteek kui äriasutus ei ole "abikõlblik", kuid apteek kui tervishoiuteenuse osutaja oleks seda kindlasti.

Päevakorral on ka maa-apteekide teema. Tervishoiuteenuse osutajatena oleks neilgi lootust riigi abile.

Räägitakse apteegiteenuse integreerimisest esmatasandi tervishoidu, aga praegu apteek ei kuulu sinna. Oleks mõistlik, kui omavaheline side, arst-apteeker, saaks tõhus ning tooks kasu patsiendile. Üks võimalus on e-tervise kaudu arstile tagasisidet anda näiteks ravimite kõrvaltoimete kohta. Apteeker ei näe praegu kahjuks isegi diagnoosikoodi ega varem väljaostetud ravimeid.

Usun, et tervishoiuteenuse osutajana oleks see kõik tunduvalt lihtsam.

Vastukaja:

Era- ja HVA raviasutuste koostööst

Keila Taastusravikeskus on olnud Eestis taastusravi arendamisel ja uute meetodikate juurutamisel tegev 1994. aastast, kui Taanis õpitu alusel sai tänapäevase taastusraviga alustatud. Möödunud aja jooksul on välja õpetatud suur spetsialistide meeskond, loodud ajakohased ravitingimused, muretsatud raviks vajalikud vahendid. Keila Taastusravikeskus on saanud õppebaasiks erinevate taastusravispetsialistidele, samuti residentuuri kohaks arstidele.

Arusaam, et statsionaarne neuroloogiline taastusravi on midagi sanatoorse ja hooldusravi vahepealset, ei ole ammu kohane. Tänapäevases mõttes on statsionaarse taastusravi näol tegemist aktiivravi liigiga, kuhu võetakse haigeid vastavalt näidustusele ja paranemise prognoosile, kus ravi on korraldatud spetsialistide meeskondliku tegevuse printsiibil, kus meeskonna poolt on vastu võetud taastusravi plaan ja eesmärgid ning ravi tulemust mõõdetakse, kus päevane spetsialistide poolt teostatav aktiivne terapeutiline tegevus kestab eeldatavalt 3-4 tundi.

Sellise kvaliteediga teenust saab osutada taastusraviasutuses, kus on vastava suurusega ja kvalifikatsiooniga meeskond (logopeedid, kliinilised psühholoogid, tegevusterapeudid, füsioterapeudid, õendus-hooldusmeeskond) ja loomulikult tänapäevase



Maarika Nurm

Keila Taastusravikeskus

Allhanke ja koostöölepingute kasutamine meditsiinis on antud olukorras üldistes, nii patsientide kui ka meditsiinisüsteemi ressursikasutuse ja võimekuse huvides.

haridusega taastusrarstid. Ravikvaliteedi tagamise jaoks on oluline ravitavate hulk, mis tagab personalile vajaliku kogemusliku baasi.

Ravi efektiivsus ja ressurside parim kasutamine oleneb sellest, missuguste näidustuste puhul kasutatakse kas intensiivset statsionaarset või ambulatoorset taastusravi, hooldus- või järelravi. Näiteks on teada, et õigete näidustuste kasutamise korral vajavad 97% kardinaalsetest haigetest pärast akuutravi ambulatoorset ja ainult 3% statsionaarset taastusravi. Kusjuures, tegemist on haigetega, kellel on taastusravi näidustus, ülejäänud vajavad järel- või hooldusravi füsioteraapia protseduuride võimalusega.

On selge, et kõrgtasemel intensiivset spetsialiseeritud ja kvaliteetset taastusteenust ei saa osutada igas raviasutuses, vaid ravi tuleb jaotada erinevate raviasutuste vahel vastavalt nende spetsialiseerumisele ja kvalifikatsioonile, sest ainult nii saab efektiivselt kasutada Eesti piiratud ressursse.

Juba oma tegevuse alustamisest on Keila Taastusravikeskus teinud koostööd PERHiga, samuti teiste Eesti haiglatega, pakkudes statsionaarset taastusravi. Kuna PERHil ei olnud lähematel aastatel plaanis oma taastusravi statsionaari rajada, korraldati riigihange selle teenuse osutaja otsimiseks. Keila Taastusravikeskus osutus

hankel valituks ja edaspidi jäi korraldada, kuidas raviasutuse ravileping siduda PERHi lepinguga, et koostööpartneritena edasi liikuda.

Keila Taastusravikeskuse koostöö PERHiga on näide sellest, kuidas suur regionaalhaigla ja spetsialiseeritud väikehaigla saavad üldistes huvides teha koostööd kellegi huve kahjustamata. Erahaiglana tegutsevale Keila Taastusravikeskusele annab see kindluse ja stabiilsuse oma meeskonda täiendada ja kvalifitseerida ning regionaalhaigla saab tegeleda oma prioriteetidega.

Samuti saab Keila Taastusravikeskus kohaldada oma teenuseid vastavaks PERHi vajadustele ning arendada professionaalses plaanis. Allhanke ja koostöölepingute kasutamine meditsiinis on antud olukorras üldistes, nii patsientide kui ka meditsiinisüsteemi ressursikasutuse ning võimekuse huvides.

See vähendab haiglatevahelist kõikvõimaliku aparatuuriga nn võidurelvastumist ja dubleerimist, kusjuures tagaplaanile jääb hoolditus personali palkade ja kvalifikatsioone eest.

Üldises, majanduslikus plaanis säilivad erinevate haiglavormide koostöös ka erainvesteeringud ja -initsiatiiv Eesti tervishoius.

Marika Nurm kirjutas selle arvamuse vastukajana 4. veebruari Meditsiiniuudistes ilmunud lk 5 uudisloole nn allhangetest meditsiinis.

Amoxicillin-ratiopharm 500 mg

amoksitsilliin

Amoxicillin-ratiopharm 1000 mg

amoksitsilliin

õhukese polümeerikattega tabletid **N20**



Uus pakendi suurus Tevalt!

500 mg õhukese polümeerikattega tablettide näidustused:

amoksitsilliinile tundlike mikroorganismide poolt põhjustatud infektsioonid: otitiit, sinusiit, kroonilise bronhiidi ägenemine, kuseteede infektsioon, endokardiidi profülaktika. *Helicobacter pylori* infektsiooniga seotud peptilise haavandi kombineeritud ravi. Antimikroobsete ravimite määramisel ja kasutamisel tuleb järgida kohalikke juhiseid.

Kliiniliselt oluline toimespekter: *Enterococcus* (välja arvatud vankomütsiiniresistentne *Enterococcus*), *Escherichia coli* (esineb resistentseid tüvesid), *Haemophilus influenzae* (esineb resistentseid tüvesid), *Listeria*, *Proteus mirabilis* (esineb resistentseid tüvesid), *Streptococcus* (välja arvatud penitsilliiniresistentne *Streptococcus pneumoniae*).

1000 mg õhukese polümeerikattega tablettide näidustus:

amoksitsilliinile tundlike mikroorganismide poolt põhjustatud infektsioonid: *Helicobacter pylori* infektsiooniga seotud peptilise haavandi kombineeritud ravi. Endokardiidi profülaktika.

Antimikroobsete ravimite määramisel ja kasutamisel tuleb järgida kohalikke juhiseid.

Kliiniliselt oluline toimespekter: *Streptococcus* (välja arvatud penitsilliiniresistentne *Streptococcus pneumoniae*), *Helicobacter pylori*.

Soodustus: 50%, 75%, 90%.

Retseptiravim.

Müügiloa hoidja: Teva Pharma B.V., Computerweg 10, 3542 DR Utrecht, Holland. Täiendav teave: Teva Eesti esindusest, Lõõtsa 8, 11415 Tallinn, tel 6610801 või ravimi omaduste kokkuvõttest www.ravimiamet.ee.

Antibiootikumid

TEVA

arvamus



Pädevushindamine on täna Eestis hääbuv süsteem. Meil ei ole arstidel motiivi seda teha.

Tartu ülikooli arstiteaduskonna dekaan Joel Starkopf. Vt uudist mu.ee.

Kokkuvõte:

Pooled arstiks naasnud on juba residentuuris



Professor Margus Lember
arstiteaduskonna residentuuriprodekaan ja kursuste juhendaja

Tartu Ülikooli arstiteaduskond jätkab ka tänavu koolitust arstidele, kes ei ole mingitel põhjustel tervishoiutöötajate registrisse kantud, ent kes seda nüüd sooviksid. Need on arstid, kel leidub küll arstidiplom, ent on praktilisest meditsiinist aastaid eemal olnud. Nad on töötanud näiteks ainult administratiivsel tööl, ravimifirmades, prekliinilisel teadus- või õppetööl jms. Registrisse lülitumiseks peavad nad läbima praktika ja sooritama eksami. Arstiteaduskonna poolt pakutaksegi juhendamisel läbiviidavat praktikat ja kursusi, mis aitavad eksamiksi valmistuda.

Kirjeldatud koolituse on praeguseks läbinud 42 arsti: esimesed 27 välisraha toel, ent viimastine grupp ja ka sel aastal alustavad 16 arsti sotsiaalministeeriumi rahastusel. Võrdluseks: TÜ arstiteaduskonna on viimastel aastatel lõpetanud 100–120 omamaist arsti aastas. Seega on mõne

aasta jooksul peaaegu pool aastakäiku arste lisandunud. Vajadus arstide järele on suur. Palju on eakaid, kes lähiaastatel praktiseerimisest loobuvad. Samuti on oluline arstide väljaränne.

Pärast aastaid arstitööst eemalolekut pole taasalusamine kerge: ühelt poolt on palju muutunud ja ununenud. Ent ka mitmekuulise praktika läbimine ilma sel perioodil töötasu saamata on sageli võimatu. Tagasiside meie koolitusprogrammis osalejatelt on positiivne. Ülikoolis ja praktikabaasides püütakse tagasituli järgi igati toetada. Kõik osalejad on tööd võtnud väga tõsiselt, eksamid on sooritatud hästi. Nagu need arstid naljaga pooleks väidavad, on peamiseks stiimuliks õppida ja eksam hästi sooritada võimalik häbi oma laste ees (osavõtnud on enamasti vanuses 40+). Pärast tervishoiutöötajate registrisse kandmist on kolleegidel õigus astuda residentuuri või töötada üldarstina.

Praeguseks on umbes pooled lõpetanud residentuuris, et spetsialiseeruda eriarstiks.

Üheks stiimuliks praktiseerivasse meditsiini tagasi-pöördumisele arstidele on mitte hääbisse jäämine oma laste ees.

Repliik:

Lepingumaht kasvab



Katrin Romanenkova
Eesti Haigekassa avalike suhete juht

Eesti Haigekassa poolt meie kindlustatute jaoks rahastatav eriarstiabi maht tervikuna on 2014. aastal 523 mln eurot, kasvades enam kui 9%. Jaanuaris välja kuulutatud valiku kaudu ostetav tervishoiuteenuste aastane maht on enam kui 600 000 ravijuhtu, mis on võrreldaval tasemel möödunud aastaga ning moodustab ligikaudu 19% kogu eriarstiabi tellimusest. Kui 2013. aastal oli rahaliselt valiku kaudu ostetavate teenuste planeeritud 36 mln eurot, siis 2014. aastal on selleks 1,2 mln eurot enam.

Meditsiiniavaldkonna arengutest ja uutest ravivõimalustest tingitult on mõnevõrra muutunud eriarstiabi tellimuse struktuur. Kasvanud on ambulatoorse ja päevaravi osakaal (laiemas kontekstis ka perearstide tähtsus). Pikemaajalist haiglas viibimist nõudev statsionaarne eriarstiabi keskendub eelkõige komplitseeritud ja raskekujuliste haigusjuhtude lahendamisele, kasutades seejuures

keerukat meditsiinitehnoloogiat. Statsionaarse eriarstiabi ravijuhtude arv on lepingutes tervikuna seetõttu võrreldes 2010. aastaga vähenenud 5%, samas on ambulatoorsete ravijuhtude arv suurenenud 4% ja päevaravi kasvanud isegi 15%. See on tänapäevast tervishoiu arengut iseloomustav trend kogu maailmas, mis puudutab nii HVA- kui ka valikupartnereid.

Lepingute planeerimise üks põhialus on raviteenuste nõudluse ja pakkumise analüüs. 2014. aasta eriarstiabi nõudluse analüüsil hinnati kindlustatute paiknemist ja teenustekasutust maakonniti ja võrreldi seda Eesti keskmisega. Arvestades kindlustatute elukohta määratleti erinevad ambulatoorse eriarstiabi kättesaadavuse tasemed. Esimesel, kõige laiemal kättesaadavuse tasemel on arstlikud erialad, mis peavad inimestele olema tagatud igas maakonnas. Teine tase peab olema kättesaadav suuremates maakondades (Tartu, Harju, Ida-Viru ja Pärnu), kolmas Eestis kahes kohas (Tallinnas ja Tartus) ning kõige keerukamad teenused ühes haiglas.

Meditsiiniavaldkonna arengutest ja uutest ravivõimalustest tingitult on mõnevõrra muutunud eriarstiabi tellimuse struktuur.



ILLUSTRATSIOON: ANTI VEERMAA

Juhtkiri:

Erakliinikutele peab andma selge sõnumi

Haigekassa soov suunata sellest aastast enamik lepingumahu vaid HVA haiglatesse on tekitanud palju paksu verd. Võiks öelda, et haiglakatlad podisevad täie hooga.

Ühest küljest on arusaadav, et mida vähem on haigekassal lepingupartnereid, seda lihtsam on toimetada. Teisalt aga on otsustatud lubada ka haiglavõrgu väliseid haigemaju ja neil on õigustatud ootused. Keegi pole ju öelnud, et lõpetame nüüd võrguvälise haiglate rahastamise ja sellega nende eksistentsi. Seega pole meditsiiniuudiste hinnangul tegemist päris korrektse sammuga ja pealegi kitsendab see valikuvõimalusi.

Leiame, et haigekassa ja sotsiaalministeerium peaksid väljendama oma plaane konkreetselt. Kui on soov n-ö erameditiin likvideerida, tuleks seda nii ka piisava etteteatamisajaga välja öelda. Kui on soov säilitada ka väiksemad teenusepakkujad, siis võiksid nad saada oma võimekust arvestavad lepingud või võiks sarnaselt ELi direktiiviga maksta tagantjärele kinni ka Eesti-sisesed visiidid. Pealegi, ravijärjekorrad pole meil kuhugi kadunud ja vastuvõtt väiksema tegija juures on hea alternatiiv.

Praegune olukord, kus

haigekassa on otsustanud piirkonna elanike arvule ja arsti koormusele viidates väikeste mitte-HVA haiglatega enam mitte tegemist teha, kuid samal ajal jättes HVA haigla kaudu mahte pakkudes lahti tagaukse, tekitab hämmingut.

Väikehaiglad on pandud olukorda, kus valida tuleb kahe halva vahel – lühike või pikk ja piinarikas lõpp. Arvestades, et keskmine juhu hind pole juba aastaid kõiki kulusid katnud ja juhte vahendav suurhaigla tahab sealt veel oma protsenti saada, on selge, et selline pakkumine pole jätkusuutlik.

Näiteks tööme Rakvere ja Tapa haigla, kelle puhul idee suunata väikehaigla suuremale n-ö allhanget tegema tuli haigekassast, kuid nii ministeerium kui ka haigekassa väidavad, et tegemist on kahe haigla oma algatusega ja nende omavaheliste suhetega.

See on sama mugav kui mõned aastad tagasi praktiseeritud suurkoondamised teistes valdkondades. Juht otsustab, et vabaneda tuleb sajast töötajast, kuid musta töö jätab keskastmejuhi.

Ametnikelt soovime rohkem julgust oma plaanid otse välja öelda, et asjaosalised teaksid oma tegemisi sätida.

Loe ka lk 8–9

Väikehaiglad on pandud valima kahe halva vahel: kas pikk ja piinarikas või kiire lõpp.

uudised



Probleeme on alati. Need on lahendamiseks. Kui neid ei oleks, võib-olla oleks ka meie elu igav.

Kliinikumi kirurg Aleksander Lõhmus, tänavune teenetemärgi saaja. Vt mu.ee

Eesti Tervise Fondi juht ja arst Eero Merilind tegi riigikogu sotsiaalkomisjonile ettepaneku muuta reklaamiseadust nii, et raviasutuste hinnakirjad veebis ei oleks enam illegaalsed.

FOTO: ANDRAS KRALLA



Muutus Veebilehel olev hinnakiri seni seadusevastane

Eelnõu seadustab ravihinna reklaami

Riigikogu majanduskomisjon asus menetlema eelnõu, millega saaksid tervishoiuasutused loa reklaamida teenuste hindasid. Seni on nad hindu kodulehel avalikult näidates reklaamiseadust rikkunud.

Triin Tabur
triin.tabur@aripaev.ee

Reklaamiseaduse § 22 reguleerib tervishoiuteenuse reklaamirakendamist. Sellesse kavandatud muudatus võimaldaks tervishoiuteenuse osutajal avalikustada muu hulgas ka pakutava teenuse hind. See omakorda toetaks nii kohalikke kui ka välismaalt Eestisse ravile tulevaid patsiente tervishoiuteenuse osutajate vahel valides teadliku otsuse tegemisel.

Seaduse täiendamise ettepaneku tegi riigikogu majanduskomisjonile mullu juunis

Eesti Tervise Fond, mida juhib Meditiim OÜ perearstikeskuse arst Eero Merilind.

Fondi taotluse eesmärk oli tema sõnul tagada tervishoiuteenuse osutajatele laiem võimalus end muule maailmale tutvustada, seda eelkõige mul-
lu sügisel patsiendiõiguste direktiivi ülevõtmist arvestades. Merilind lisas, et paljudes ELis asuvates naaberriikides on reklaam vabam, samuti Venemaal.

Seni rikutakse seadust

“Reklaamiseaduse viidatud säte on mitmetimõistetav ja seadust tekitav nii arstide, pat-

sientide kui ka järelevalvaja jaoks,” kommenteeris Merilind. Ka eelnõu seletuskirjas mõeldakse, et ravihindade avaldamine tervishoiuasutuse kodulehel on tekitanud varem küsimuse, kas see ikka on reklaamiseadusega vastavuses. Nimelt ei peeta reklaamiks majandus- või kutsetegevuse kohas antavat teavet teenuse kohta. Tervishoiuteenuse osutaja veebileht aga selliseks kohaks ei kvalifitseeru, ehk sisuliselt on tegemist reklaamiseaduse rikkumisega.

Teenuste hinnakirjad on avalikult väljas peaaegu kõikidel Eesti haiglatel. Viljandi haigla esindaja Krista Valdvee ütles, et tasuliste teenuste hinnakiri on haigla kodulehel olnud aastaid ning keegi neile sel teemal etteheiteid teinud ei ole. “Samas ei ole me neid ka ülemäära eksponeerinud,” lisas ta.

Viljandi haigla tasuliste teenuste hinnakirjade loetelu lõpus on viide ka haigekassa hinnakirjale, et soovijad saaksid end sellega kurssi viia. “Nii-öelda illustreerivate hindade lisamist tervishoiuteenustele ma õigeks ega vajalikuks ei pea

– keda teema huvitab, saab ise uurida,” sõnas Valdvee. “Muul juhul on see tarbetu müra, millest tundlikuma natuuriga inimene võib end isegi puudutatuna tunda.”

Hindu eriti ei eksponeerita

Valdvee lisas, et seadusemuudatus on kahtlemata vajalik, et legaliseerida inimestele vajaliku info edastamine. Haigla tegevust see tema sõnul aga iseenesest ei muuda, hinnakirjad jäävad kodulehele jätkuvalt üles vajaliku teabena ja kuidagi eriliselt neid eksponeerida ei ole kavas.

Tallinna Lastehaigla juht Katrin Luts ütles, et teenuste hindade kajastamist haigla kodulehel tuleks hinnata kui informatsiooni, mitte reklaami. “Reklaamiks võib sellises kontekstis pidada teenuse nimetamist, aga mitte selle hindada,” lisas Luts.

Eero Merilind nimetas, et muudatus peaks kaasa tooma ka ravihindade alanemise, eelkõige siis haigekassa poolt rahastamata teenuste puhul, sest patsientidel tekib avalike hindade võrdlemise võimalus.

Tasub teada:

Kehtiva reklaamiseaduse § 22 järgi ei peeta tervishoiuteenuse reklaamiks:

- teavet tervishoiuteenuse osutaja nime, tööaja, tegevuskoha, eriala ja tervishoiutöötaja nime, eriala, akadeemilise kraadi ja kontaktandmete kohta ning osutatavate tervishoiuteenuste loetelu;
- tervishoiuteenuse osutaja poolt oma töö tutvustamist ajakirjanduses;
- doonorite leidmiseks vajalike abinõude rakendamist.

Muul juhul on see tarbetu müra, millest tundlikuma natuuriga inimene võib end isegi puudutatuna tunda.

Viljandi haigla esindaja Krista Valdvee

Seda on kinnitanud ka konkurentsiamet.

Konkurents paraneb

Konkurentsiameti järelevalveosakonna juhataja Juhan Põldroos sõnas, et kavandatud seadusemuudatus on nende poolt igati tervitatav. “Hindade avalikustamine muudab erinevate teenusepakkujate vahel võrdlemise tarbijatele hõlpsamaks ning elavdab seega konkurentsi,” ütles ta. “Ehkki meditsiini-
sektoris võivad reklaamimisel teatud erisused olla, siis kindlasti ei ole õigustatud hinnakirjade varjamine patsientide eest,” lisas Põldroos. Konkurentsiamet tegi juba 2011. aastal ettepaneku reklaamipiirangute leevendamiseks hambaraviteenuste puhul.

Merilind leidis, et arvestades patsiendiõiguste direktiivi rakendamist, oleks Eesti tervishoiusüsteemile kasulik õg-
vendada tervishoiuteenuse reklaamikeeldu veelgi, sarnaselt muude kutsealade reklaamimise võimaldamisega. Nii näiteks on ka advokaatide reklaamimist viimastel aastatel vabamaks lastud.

Juhtimine

Uus asestantsler on Rait Kuuse

EESTI Avaliku konkursi sotsiaalministeeriumi sotsiaallala asestantsleri ametikoha täitmiseks läbis edukalt Rait Kuuse. Kuuse asub sotsiaalministeeriumis tööle 17. märtsil. Rait Kuuse on lõpetanud Tallinna Ülikoolis sotsiaaltöö eriala ning omandanud Tartus Euroopa Õpingute magistrakraadi. Praegu töötab ta Tallinna Vangla direktorina.

Seadused

Tsahkna juhtumit vaeb riigikohus

TARTU Riigikohus otsustas 5. veebruaril võtta arutusele Anders Tsahkna ja Balti Radiodiagnostika OÜ kaitsja vandeadvokaat Raul Ainla kassatsioonkaebused, milles ta taotleb nende õigeksmõistmist kogu süüdistuse ulatuses, vahendasid ERRi uudised. Mullu oktoobris jättis ringkonnakohus muutmata Tsahknale dokumendi võltsimise ja võltsitud dokumendi kasutamise eest mõistetud tingimisi nelja kuu pikkuse vangistuse kolmeaastase katseajaga. Kohus jättis muutmata ka juriidilise isikuna samades kuritegudes süüdimõistetud Balti Radiodiagnostika OÜ-le määratud 5000 euro suuruse rahakaristuse.

Karjäär

Professor Talving tagasi Eestis

TALLINN Aastaid Rootsis, LAVs ja USAs töötanud kirurgiaprofessor Peep Talving on tagasi Eestis, olles asunud detsembrist tööle regionaalhaigla ülemarstina-nõunikuna erakorralise kirurgia alal. Haigla juht Tõnis Allik mainis haigla siselehes, et lisaks on Talving vastu võtnud teadustöö juhi ametikoha, seda kliinilise töö kõrvalt. Veebruaris oli professor Talvingut näha-kuulda ka tervishoiu teadus- ja arendustegevuse ning innovatsiooni (T&A&I) strateegia koostamise avaüritusel, kus osales vestlusringis.

Lepingud

Viis erakliinikut esitas vaide

EESTI Mitu erakliinikut on esitanud vaide Eesti Haigekassa otsuse peale vähendada sellest aastast haiglate arvustustest kassasse mittekuuluvatelt asutustelt ostetavat lepingumahu. Eesti Eratervishoiuasutuste Liidu juhi Ivo Saarma sõnul on vaide esitanud tema juhitud Fertilitas, lisaks ka Villa Medica Pärnust, Hanvar Kuressaarest, Tapa haigla ja Nova Vita Tallinnast. Hanvari üks omanikest, naistearst Varje Haavel sõnas, et nemad omal ajal ambulatoorse eriarsti vastuvõtu süsteemi luua aitasid ja on väga karm uudis, et selles süsteemis osalemine kaob. Hanvari juhid pöördusid oma murega juba ka rahandusminister Jürgen Ligi poole, kes on riigikogusse valitud Saaremaalt ja kes on ühtlasi ka haigekassa nõukogu liige.

Eetikakomitee avalikustas otsused

Ravimitootjad Mullu jõudis otsuseni viis juhtumit

Kadi Heinsalu
kadi.heinsalu@aripaev.ee

Närimistablette meenutavad kommid, märgistamata retseptiravimid tasuta jagamiseks lastele, reisipakumised soojale maale seotuna läbimüügiga, kohvimasin läbimüügi pealt ja mürgiste värvainetega hirmutamine – selliseid teemasid arutas eelmisel aastal ravimitootjate liidu eetikakomitee.

Ravimitootjate liit on pannud oma kodulehele kõigile tutvumiseks eetikakomitee eelmise aasta viis otsust. Tege mist on 2012. aastal plaanitud sammuga, mis nüüd on tõeks saanud. Eetikakomiteel on ka kaks uut liiget: onkoloog Indrek Oro ja suhtekorraldaja Janek Mäggi. Lisaks kuuluvad eetikakomiteesse Ruth Sepper, Toomas Pruunsild ja Chris Ellermaa.

Mitme eetikakomitee otsuse puhul kaasnes asja edasisaamine ravimiametile seisukoha võtmiseks. Kaks otsust lõppes aga kaebuse tagasivõtmisega või ei leidnud asjaolud kinnitust. Ühel juhul kasutas ravimifirma enda kaitsmiseks advokaadibüroo abi, mida eetikakomitee taunis. Viie otsusest kaks puudutas ravimifirmat Berlien-Chemie, üks KRKA, üks TEVA ja üks liitu mittekuuluvat Reckitt Benckiseri.

Teist ei tohi halvustada

Tauniv otsus tehti juhtumis, kus Berlin-Chemie esindaja näitas eelmisel kevadel apteekides teise ravimitootjate liitu kuuluva ravimifirma glimepi-



Ravimitootjate liidu eetikakomitee kogunes eelmise neljapäeval õhtupoolikul järjekordsele koosolekule. FOTO: ANDRAS KRALLA

Number:

5

● juhtumit oli mullu ravimitootjate liidu eetikakomitees arutlusel.

riidide tablette ja väitis, et need on patsiendi tervisele kahjulikud, kuna sisaldavad “mürgiseid värvaineid”. Berlin-Chemie selgituse kohaselt on nad näidanud apteegis võrdluse na mitut glimepiriidi tabletti ning toonud välja, et nende ravim on ainus, mis ei sisalda indigokarmiini, mis on avalik

info. Indigokarmiin on lisaaine (E 132), mis kuulub ohtlike e-ainete nimekirja. Eetikakomitee hinnangul on ebakohane tuua esile halvustaval eesmärgil konkurendi tooteid, mis on registreeritud ja turule lubatud ravimiameti poolt. Teises Berlien-Chemied puudutavas asjas aga eetikakomiteele esitatud dokumentide alusel head turundustavade rikkumine kinnitust ei leidnud.

Seoses rikkumise teatise esitanud firma poolt rikkumise teatise tagasivõtmisega lõpetas ravimitootjate liidu eetikakomitee ka juhtumi menetluse KRKA, d.d. Novo mes to Eesti filiaali suhtes.

Unustati tähtis sildike

Teine tauniva otsusega lõppenud juhtum puudutas sündmust, kus TEVA Eesti esindus jagas septembris Eesti Perearstide Seltsi aastakonverentsil oma boksis reklaammaterjali, ravimikarpi meenutavat bränditud metallkarbikest, mille esiküljele on kirjutatud “Avixar (sildenafilil) 100 mg piparmündimaitse liselised närimistabletid”. Karp oli täidetud valgete ravimisarnaste tablettidega. Kõnealuse reklaammaterjali edastas rikkumise teatise esitajale üks osalenud perearstidest.

TEVA Eesti esinduse sõnul jagasid nad antud konverentsil tööpoolest nimetatud retseptiravimi reklaamkingitusi, kuid kahjuks oli tootmise käigus reklaamkingitustel kadunud lause: “Kabis on suuvärs kenduspastillid”, mistõttu võis rikkumise teatise esitajale jääda eksitav mulje, et tegemist on

ravimiga. Eetikakomitee taunis TEVA Eesti esinduse sellist käitumist eetilise aspektist lähtuvalt. Eetikakomitee hinnangul ei ole tegemist erialategevusega seotud kingitusega ning kingituse karp ja selle sisu on eksitavad. Eetikakomitee edastas juhtumi koos kõigi materjalidega ravimiametile otsustamiseks, kas tegemist võib olla ravimiseaduse § 86 rikkumisega või mitte.

Tasuta retseptiravimid

Kolmanda tauniva juhtumi puhul esitati eetikakomiteele oktoobris 2013 teatis, mille kohaselt ravimitootjate liitu mittekuuluv Reckitt Benckiser (Poland) S.A. kohaliku müügiloa hoidja jagas Nurofen Forte Orange 40mg/ml 100ml (toimeaine ibuprofeen) näidised kastidega. Ühes kastis on 12 näidist. Teatise kohaselt leidis juhtum aset Mediteri perearstikeskuses Tallinnas. Reckitt Benckiseri esindaja töi perearstikeskusesse 24 originaali laste palavikuravimit Nurofen forte. Perearsti keskkuses töötab 3 perearsti, seega ületas näidiste hulk lubatud piirmäära – 4 raviminäidist arsti kohta aastas. Näidised anti ödede kätte allkirjastatud kahekesemplarise aktita. Neil puudus “Mitte müügiks” märgistus. Ravimitootja selgituse kohaselt tahe ti ravimeid jagada vähekindlustatud perele. Selgituse kohaselt ravimifirma kahetseb ja selgitab seda kui “kogemata seaduse rikkumist”.

Ka selle juhtumi esitas eetikakomitee ravimiametile vaagimiseks.

Ravimiamet ei prognoosi apteekide buumi

Kadi Heinsalu
kadi.heinsalu@aripaev.ee

Ravimiameti peadirektori Kristin Raudsepa hinnangul võib apteekide asutamispäärangu kaotamise järel toimuda mõningane apteekide avamise taotluste tõus, kuid piirangute kadumine ei tähenda seda, et edaspidi võib igaküls ja kõikjal apteekide avada.

Raudsepp selgitas juunis jõustuva riigikohtu otsuse kohta, et mingil juhul ei anna see põhjust arvata, nagu saaks igaküls siis kõikjale apteeki avada. “Nõuded, mis peavad tagama kvaliteetse apteegiteenuse, jäävad ju ikka kehtima,” märkis Raudsepp.

Ta oletab, et nii nagu vahetult enne piirangu kehtima

Meie oleme valmis jätkama ja juurde investeerima. Lepime ka väiksema rentaablu sega.

Ülikooli Apteegi juht Reet Teng

hakkamist suurenes apteekide avamise taotluste arv, toimub küllap mõningane tõus kohe pärast piirangu kadumist.

Arenguid juba on

Hiljuti teatas Eesti suurima apteegiketi Apotheka juht Kadri Tammepuu, et lähemal ajal panevad oma ukseid kinni kolm maapiirkonna apteeki: Luunja ning Kavastu apteegid alates 1. märtsist ja Kullamaa apteek alates 1. maist.

“Seoses riigikohtu otsusega

kuulutada senised apteekide asutamise piirangud põhiseadusvastaseks, peavad apteegipidajad oma äri loogika ümber vaatama ja valmistuma turul puhkeavaks segaduseks ning kulude hüppeliseks kasvaks,” rääkis Terve Pere Apteek OÜ juhataja Kadri Tammepuu.

See on küll maapiirkonna patsientidele ilmselt valus löök, aga riigikohtu otsuse taustal tuleb apteegiturul ellujäämiseks mõnel pool ka eba-meeldivaid otsuseid langetada. Väikseid maa-apteekide pole mõttekas majanduslikult töös hoida, kui on võimalus avada apteek linnades, kus käib kor dades rohkem rahvast, lisas ta. Seepeale teatas Ülikooli Apteegi tegevjuht Reet Teng, et ravimikontsern Magnum tekitab maa-apteekide sulgemi-

se teatega asjatut hüsteeriat ning apteekide asutamispäärangu kaotamine ei too endaga kaasa uute apteekide avamise buumi linnades.

Eraldi maa-apteekide kett

“Kui apteegitur saab vabaks ka *de facto*, on Ülikooli Apteek valmis avama üle Eesti kümme konna uut apteeki,” lausus Teng. “Meie oleme valmis jätkama ja juurde investeerima.” Teng lisas, et enne, kui ravimikontsern Magnum hakkab apteekide kinni panema, võiks sellele neile teada anda. “Lepime ka väiksema rentaablu sega ja võtame sobivusel apteegipidamise üle,” lubas Teng.

“Pool aastat on riigikohtu otsuse jõustumiseks piisavalt pikk aeg, et aru saada, mis jääb ja mis mitte.”

Tõstamaa perearst Madis Veskimägi on olukorda vaadates pakkunud, et võiks tekitada eraldi maa-apteekide keti.

“Vaadates tänast olukorda apteegiäris, on aimatav see, et apteeker, proviisor või farmatseut saab üsna väikest töötasu, kuid kasum voolab apteegipidajate-äri meeste taskusse,” sõnas ta.

“Leian, et omaette ravimite hulgilao ja riikliku maa-apteegivõrgu loomine on parim lahendus esmaste ravimite kättesaadavuse tagamiseks maa piirkondades, see tagaks ka apteekritele mõistliku palga.”

Veskimägi oletab, et siis puudub vajadus n-ö riiklikult peale maksta, sest vahendustasu jääb süsteemi, mitte ei voola apteegiomani kele ja reklaamiks.



Pärnu anestezioloog Raido Paasma kõneleb juhtumist, kus võõrasti tõttu tekkis operatsioonil probleem. FOTO: ANDRES TENNUS / TARTU ÜLIKOOL

Arsti üllatuseks algatas terviseamet muudatuste tegemise asemel uurimise

Kadi Heinsalu
kadi.heinsalu@aripaev.ee

Eesti Anestezioloogide Seltsi juhatuse liige, Pärnu haiglas töötav Raido Paasma kandis Kliinik 2014 konverentsil ette õpetliku juhtumi Moskva pärit kolleegiga, et juhtida tähelepanu vajakajäämisele 3. riikidest pärit arstide järelevalves ja registreerimises Eestis.

Paasma üllatuseks alustas terviseamet juhtunu asjus uurimist hoopis Pärnu haigla vastu, kus kolleeg praktiseeris. "Oma üllatuseks loen, et selle asemel, et mõista meie ühemeelset hoiatust seoses tööjõu turul toimiva võimalike tagajärgedega, asub terviseameti ametnik Üllar Kaljumäe tegelema minu poolt esitatud näite "uurimisega"!?" kirjutas Paasma Meditsiinuudistele. "Siinkohal teeb ta lihtsa inimliku vea, unustades, et mitte sõnumitoojat ei lasta maha, vaid mõista tuleb probleemi olemust."

Terviseamet teeb Paasma sõnul arstide registrikanded (võrreldav tegutsemisloaga) dokumentide põhjal ja veeretab väljaõppe, süsteemiga koostamise, keeleõppe ja kogu vastutuse raviasutuste kaela. "Viimased panevad omakorda sundseisu keskastme juhitud osakonnajuhatajad. Taas nii tuttav keegi-pole-süüdistenaarium, kas pole?" lisas Paasma.

Ta lisas oma kirjas, et kirjeldatud kolleeg pole kunagi töö-

Meil puuduvad mehhanismid, et arsti oskuseid preventiivselt hinnata, mitte alles pärast "Pealtnägija" saadet.

Pärnu haigla arst
Raido Paasma

tanud Pärnu haiglas, vaid tegemist oli kolleegiga, kes tuli tutvuma töö võimalustega seal. "Oli planeeritud maskanesteesia hüsteroskoopiaks. Vajaliku suhtlemist anestezioloogi ja patsiendi vahel ei toimunud. /.../ Pärast propofooli ja fentanüüli manustamist patsient ei hingata, ventileerida ei õnnestunud, saturatsioon hakkab langeda. Kolleeg ei suuda keelebarjääri tõttu end selgeks teha ja satub paanikasse. Kiire sekkumisega situatsioon lahendati," kirjeldas Paasma konverentsil Kliinik 2014.

Välisarstide tase kaheldav

Paasma sõnul suureneb võõrsilt tulnud arstide arv ja nende kompetents on vahel probleemiks. "Meil puuduvad mehhanismid, et arsti oskuseid preventiivselt hinnata, mitte alles pärast "Pealtnägija" saadet," leidis ta.

Anestezioloogide selts on erialaarstide pädevust hinnanud aastast 2004, kuid esitatud taotluste arv on pidevalt vähenenud. "See on selgelt hääbuv trend," tõdes ta. Hetkel on kehtivaid pädevustunnistusi 47, mis on 24% seltsi liikme-

te arvust, terviseameti registri järgi vaid 15% juures, võrdles Paasma.

Terviseamet asus Kliinik 2014 konverentsil kuulnud umbkeelse anestezioloogi juhtumit uurima üle-eelmisel nädalal. "See väärrib kindlasti järelduste tegemist," kinnitas terviseameti peadirektori asetäitja Üllar Kaljumäe. Sellest loost kumab tema sõnul läbi veelgi suurem probleem: tervishoiuteenuse ohutus ja ohutusvalvatus. Kaljumäe lisas, et Pärnu haigla, kus eeldatav juhtum aset leidis, ei ole terviseameti kunagi teavitatud Venemaal kvalifikatsiooni omandanud anestezioloogi töötamisest. "Tegime kiire suulise järelepärimise Pärnu haigla personaliosakonda, kust samuti kinnitati, et sellist arsti ei ole neil töötanud," tõdes ta.

Eestis töötavatel arstidel on seadusega nõutud eesti keele kõrgtasemel valdamine, toonitas Kaljumäe. Vastutus selle nõude täitmise eest on pandud tööandjale. Terviseametil ei ole õigus registreerimisel kontrollida keeleoskust.

Tulnuks raporteerida

Isegi kui oli mingi segadus arsti töölevormistamisega või terviseameti teavitamisega, oleks haigla või valves olev kolleeg isiklikult sellisest juhtumist pidanud raporteerima tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjonile, rõhutas Kaljumäe. "Võimalik, et haiglas korraldati heade kavatsustega n-ö proovitöö enne uue arsti töö-

levõtmist. Aga ka sellisel juhul tekib rida küsimusi, millest kõige olulisem on see, kuidas tagati patsiendi õigus saada kvaliteetne, võimalikult madala riskiga vajalik tervishoiuteenus," lisas Kaljumäe.

Vajalik oleks sobivustest

Jaauuaris tehtud pöördumises Taavi Rõivasele teevad anestezioloogid ettepaneku muuta senist seadust nii, et kõik Elist väljastpoolt Eestisse tööleasuvad arstid peavad läbima sobivustest.

Eriarsti sobivust hindav test saab olla ainult Tartu Ülikooli juures teostatav residentuuri lõpuksam. Enne sobivuseksamile pääsemist peaks kandidaat töötama vähemalt aasta ülikoolihaiglas üldarstina kogenud eriarsti supervisiooni all. Seltsi juhtide hinnangul kindlustab vaid selline süsteem eriarstide ühtlase kvalifikatsiooni, sõltumata, millises riigis on esmane ettevalmistus omandatud. Pöördumisele on alla kirjutanud Eesti Anestezioloogide Seltsi president Indrek Rätsep ja anestezioloogia ja intensiivravi professor Joel Starkopf. Ministeeriumil on ettepanekule vastamiseks tähtaeg 4. märts.

Pärnu haigla juhtumit uurib aga edasi terviseameti järelevalve osakond.

Haigla ravijuht Veiko Vahula ütles kommentaariks, et nad on antud juhtumiga kursis, ametlikult arutab haigla seda juhatuse koosolekul sel nädalal.

Perindopril/Indapamide Teva

perindopriiltosilaat/indapamiid

2,5mg/0,625mg õhukese polümeerikattega tabletid N30; **N90**

5mg/1,25mg õhukese polümeerikattega tabletid N30; **N90**



Perindopril/Indapamide Teva, 2,5mg/0,625mg,

perindopriiltosilaat/indapamiid

Näidustus: Essentsiaalne hüpertensioon.

Perindopril/Indapamide Teva, 5mg+1,25mg,

perindopriiltosilaat/indapamiid

Näidustus: Essentsiaalse hüpertensiooni ravi patsientidel, kellel perindopriili monoteraapia ei taga piisavat vererõhu langust.

Uus ravim Tevalt!

Soodustus: 50%, 75%, 90%.

Mügilooa hoidja: Teva Pharma B.V., Computerweg 10, 3542 DR Utrecht, Holland.

Täiendav teave Teva Eesti esindusest Lõotsa 8, 11415 Tallinn. Tel: 6610801.

Retseptiravim.

ET/GEN/13/0004

TEVA



Lepingud Väikehaigla tunnetab ebaõiglust

Haigekassa ajas haiglad keema

HVA-välised haiglad on ärevuses, erakliinikud meeleheitel ja n-ö riigihaiglad hämmingus.

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Selline on seis uue lepingupeerioodi eel. Tänavu on HVAsse (haiglavõrgu arengukava - toim) mittekuluvatele haiglatele jaगतavaid juhte varasemast oluliselt vähem. Veidraks muudab olukorra see, et samu juh- te pakutakse nn eradele osaliselt HVA haiglate kaudu.

Segadus sai alguse haigekassa juhatuse 8. jaanuari otsuse nr 24 lisast 10. Seal seisab, et lepingu miinimummaht ambulatoorses eriarstias on üldjuhul 0,5 eriarsti ametikoha koormust, mille tingib avalikest vahenditest rahastatava haigekassa ressursside ökonoomne kasutamine.

Kirjas oli, et paljude väikeste lepingute sõlmimine ja haldamine on administratiivselt ressursimahukas. Seega andis haigekassa mõista,

et ta soovib edaspidi suhelda väheste ja suurtega. Väikese Tapa haigla juht Aivar Kuusik on šokeeritud, sest ambulatoorse kirurgia valik jäeti sel aastal nende piirkonnas üldse välja kuulutamata. Kuusik on ühtlasi haigla omanik ning töötab seal üldkirurgi ja gastroenteroloogina.

Haigekassa otsustab ise

“Lugesime Mari Mathieseni allkirjastatud haigekassa juhatuse otsust, et lepingut ei peaks sõlmima, kui eriarsti koormus jääb alla poole kohta. Samas, koormuse kehtestavad nad ise, kuigi neil pole selleks pädevust,” pahandab Kuusik. Tapa haiglas tegelesid ambulatoorse kirurgiaga tema sõnul kaks arsti. “Meilt nõutakse juhatuse otsusega koormust kolm patsienti tunnis, mis oleks ebareaalne. Ainuüksi kolonoskoopiale kulub ter-

Sirje Kiisküla, Rakvere haigla peaarst võimalikust koostööst Tapa haiglaga.

Me ei ole absoluutselt ühtegi sellist rahapakkumist teinud.

Tapa haigla juht Aivar Kuusik peab arstitööst oma haiglas edaspidi ilmselt loobuma.

FOTO: ANDRAS KRALLA



ve tund, millele lisandub ka konsultatsioon,” toob ta välja. “Me oleme nagu väärnähtus. Haigekassa seaduse kohaselt võtavad nad kindlustatud isiku eest tasumise kohustuse üle, aga meie puhul seda ei tee, kuigi oleme ka tervishoiuteenuse pakkuja,” tõdeb haiglajuht. Kuid nagu öeldakse, kus häda kõige suurem, seal “abi” kõige lähem. Nii saabus Rakvere haiglalt pilootprojekti raames pakkumine, et nemad võivad Tapale ise neid samu juhte pakuda, seda aga teatud vahendustasude eest. Kuusiku sõnul on jutt umbes 2000 juhust. “Me seda pakkumist vastu võtta ei saa, sest juhu hind ei kata niigi kõiki kulusid ja me ei saa sealt veel midagi ära anda,” põhjendab Kuusik äraütlemist. Mingit Tapa ja Rakvere haigla oma initsiatiivi selles loos ei ole. Seda väidet kinnitab ka Rakvere haigla peaarst Sirje Kiisküla. “Haigekassa pakkus meile töepoolest ka Tapa haigla juhte – et nii palju on, kas me võtame?” ütleb Kiisküla. Pilootprojektiks ta seda siiski ei nimeta. “Kui varem on arvestatud eelmise aasta ravijuhtu-

dega, siis sellel aastal on tervishoiuasutusele ravijuhtude lepingu sõlmimisel aluseks rahvastikuregistri 1000 kodaniku kohta kindlustatute arv piirkonnas. See muudabki ravijuhtude arvu mõnevõrra väiksemaks,” selgitab Kiisküla, kes pole olukorraga rahul. Tema sõnul pole kõik sugugi nii must-valge. Näiteks 6% EMO kaudu hospitaliseeritud patsientidest on väljastpoolt piirkonnast, patsientidel on ju õigus raviasutust valida ja ka kiirabi toob patsiendi elukohajärgselt lähimasse haiglasse. “Uus leping seda praegu ei arvesta, just statsionaari poole peal,” ütleb ta. Milline on vahendustasu? Väidetavalt on ühele Rakvere eraarstile pakutud samuti mahtu, kuid suhtega 40:60. See tähendab haigla oleks summast 40% endale jättnud, viidates IT-kuludele. Kiisküla on seda kuuldes jahmunud. “Me ei ole absoluutselt ühtegi sellist rahalist pakkumist teinud,” kinnitab ta. Peaarst lisab, et vahendustasu tuleb, see on paratamatu. “Peame käigus hoid-

Tasub teada:

Juhtude arv on lühenud kohati nulli

Haigekassa konkurss 2014/2015* versus 2011/2012 * väljakuulutatud juhud haigekassa kodulehekülje andmete järgi.

● Päevaravi – statsionaarne teenus			
eriala / piirkond	2014	2011/2012	
1. Günekoloogia/Harju			
päevaravi/Harju	880	350	Fertilitas
päevaravi/Tartu	566	591	Elite
päevaravi/Kuressaare	0	80	AS Hanvar
päevaravi/Pärnu	0	80	
statsionaarne/Harju	0	440	Fertilitas
2. Taastusravi			
statsionaarne/Eesti	2202	3275	
	0	2075	Haapsalu
	0	830	Keila
	0	270	Viimsi
	0	100	Mustvee

Sisehaigused/Harju			
statsionaarne/Harju	0	170	Fertilitas
	0	90	Kallavere
statsionaarne/Tartu	0	231	Elva

4. Järeldravi			
Harju	510	174	
Tartu	622	521	

5. Veresoontekirurgia			
statsionaarne/Eesti	654	740	Taastava Kirurgia Kliinik AS

päevaravi/Harju	100	37	
6. Ortopeedia			
statsionaarne/Eesti	275	330	Ortopeedia Arstid AS
päevaravi/Harju	1528	1170	
päevaravi/Tartu	417	242	
päevaravi/Pärnu	0	175	AS A. L. Medical

7. Psühhiaatria/Eesti			
statsionaar/Eesti	1950	1410	Ahtme – Ida-Viru

		530	Tallinn
8. Sünnitusabi/Tartu			
	0	100	Elite
9. LOR			
päevaravi/Harju	2000	860	Viimsi/Fertilitas
päevaravi/Tartu	214	465	

10. Üldkirurgia			
päevaravi/Narva	545	424	
päevaravi/Tartu	228	298	Elva haigla
päevaravi/Kuressaare	0	288	AS Hanvar
11. Nefroloogia/Eesti			
	0	382	
	0	40	Rakvere
	0	25	Paide
	0	92	Narva
	0	165	Pärnu
	0	60	Haapsalu

12. Dermatoveneroloogia			
päevaravi/Narva	0	120	
13. Uroloogia			
päevaravi/Tartu	0	20	

* perioodid 1. aprillist 31. märtsini.

Allikas: Meditsiniuudised

Me oleme nagu väärnähtus, kuigi oleme ka tervishoiuteenuse pakkuja.

Aivar Kuusik, Tapa haigla juht.

ma ambulatoorseks teenuseks vajalikkus infosüsteemi ja registratuuri. Kuid me pole konkreetselt vahendustasu lepinguteni Tapa Haigla ja teiste eraarstidena töötavate eriarstidega veel jõudnud,” kinnitab Kiisküla.

Ametlikult projekti pole

Mis pilootprojektiga siis ikkagi tegemist on? Selgub, et haigekassas ei tea sellest keegi midagi või siis ei taha rääkida. Kuusiku sõnul olid nemad mõistest pilootprojekt kuulnud haigekassa Viru osakonna juhilt Andrei Saitšukilt, kuid tösi – ühtegi dokumenti pole ta näinud. Saitšuki on väga raske tabada. Esimesel õhtul veedab ta pikalt ühel koosviibimisel, teisel on Tallinnas haigekassa juhatuse koosolekul, mis kestaks praegust lepingute sõlmimise aega arvestades ilmselt lõputult. Kolmandal päeval õnnestub Saitšuk telefoni- le saada. Ta vabandab, et on küsimustega kursis, kuid avalik-kusega suhtleb vaid haigekassa peamaja. Kuusikule on Saitšuk varem öelnud, et tal otsustus ja sõnaõigus puudub ning

Minister toetab eraäri

Erateenuse osutajad aita-
vad tagada kvaliteetse arstiabi Eesti inimestele, kinnitab sotsiaalminister Taavi Rõivas.

Ühtlasi ka haigekassa nõukogu esimehe ametis olev sotsiaalminister arutas jaanuaris kohtumisel haigekassa juhi Tanel Rossiga täiendava valiku läbiviimist eriarstiabi partnerite leidmiseks uuel lepinguperioodil.

Taavi Rõivas rõhutas vaja-

dust kaasata erateenuse osutajaid eriarstiabi osutamiseks. “Meile on oluline, et patsiendile oleks tagatud kvaliteetne ravi. Samuti peab patsient saama valida erinevate teenuseosutajate vahel, kelle juurde ravile minna,” ütles sotsiaalminister.

Valiku kaudu ostetavate tervishoiuteenuste aastane maht on tema sõnul enam kui 600 000 ravijuhtu. See on ligi 19% haigekassa rahastatavatest eriarstiabi ravijuhtudest.

Kommentaar:

Võimalused koostööks on rahastamislepingusse loodud

Tanel Ross, Eesti Haigekassa juht

Haiglate võrgustumine üldmõistena tähendab kahe haigla (enamasti nn kõrgema ja madalama taseme haigla) vahelist koostööd, eesmärgiga tagada kvaliteetne arstiabi. Võrgustumine võib, kuid ei pruugi kaasa tuua koostööd haigekassa lepingu alusel osutatava raviteenuse pakkumise korraldamisel. HVAsse kuuluvate haiglate puhul on võrgustumise olulisusest rääkinud minister Rõivas valitsus-

se 30. jaanuari pressikonverentsil. “Tervishoiu seisukohast on haiglate võrgustumine äärmiselt oluline seetõttu, et koostöös on parem planeerida nii ravi korraldust kui ka väga paljusid detailidena tunduvaid asju, alustades kasvõi infosüsteemidest, mis praegu on erinevatel haiglatel erinev, ja sealt tekivad väga mitmed praktilise koostöö probleemid. Võib-olla on vara veel liiga detailselt öelda, aga me töötame kindlasti selle nimel, et võrgustumine Eesti tervishoius jätkuks,” ütles Rõivas.

Kommentaar:

Erakliinikule sünnituslepingut ei pakuta

Andrei Sõritsa, Elite juht

Sünnitusabi mahte Tartu piirkonnas enam välja ei kuulutatudki. Meile pole ka kliinikumi kaudu sünnitusabi juhte pakutud. See on huvitav lahendus, kuid konkurentsi aspektist pole hea. Ja miks kliinikum peakski seda

pakkuma. Neil pole ju vahet, kas võtta aasta vastu 2200 või 2400 sünnitust. Mullu toimus Elites 127 sünnitust, neist 100 haigekassa raha eest. Kui selgub, et Eesti poliitikud soovivad, ja inimesed on nõus Elite sünnitusosakonna sulgemisega, siis pole meil midagi teha. Vt Sõritsa kirjavahetust haigekassaga mu.ee

tema vahendab ainult haigekassa otsuseid. Ka haigekassast vastuse saamine võtab pikalt aega. Esialgu kinnitatakse, et tegemist on haiglate võrgustumisega, millega tegeleb hoopis sotsiaalministeerium.

Ministeeriumist vastatakse, et Rakvere ja Tapa haigla vaheline kokkulepe on nende oma initsiatiiv, mida sotsiaalministeerium ainult toetab. “Nende kahe haigla puhul pole siiski õige võrgustumise mõistet kasutada, kuna see on protsess, kus kõrgema etapi haiglad viivad koostöö kohalike haiglatega uuele tasemele. Näiteks kliinikum ostis Lõuna-Eesti Haigla enamusaktsiad,” selgitatakse ministeeriumist. Haigekassast kinnitatakse, et mingit pilootprojekti pole olemas. Samuti ei saa nad vastata küsimustele, mis puudutab kahe tervishoiuteenuse osutaja omavahelisi tulevikuplaane.

Lõpuks saabub haigekassa juhatuse esimehe Tanel Rossi kommentaar: “Rakvere haigla puhul saab võrgustumise elemente leida haigla võimalikust koostööst HVAsse mittekuuluvate teenuseosutajatega, et

tagada eelkõige ambulatoorse arstiabi kättesaadavus haigekassaga sõlmitud lepingu raames Lääne-Viru maakonnas,” kirjutab Ross. “Uue lepinguperioodi läbiraakimiste käigus on Rakvere haigla juhtkond teavitanud haigekassat võimalikust koostööst HVA-väliste raviasutustega,” lisab Ross.

Tapa haigla juhile Aivar Kuusikule tähendab haigekassa otsus arstitöö lõpetamist, sest ta peab leidma oma investeeringule rakendust muul viisil. Päris tööta ta loodetavasti ei jää, kuna on gastroenteroloogina poole kohaga ametis ka Tartu Linna Polikliinikus, mis HVAsse mittekuuluva asutusega taotleb ka sel aastal lepingu. Aga kas saab? “Ma ei taha Tapalt ära minna. Olen pannud haiglasse paarikümne aasta jooksul kogu oma vaba raha, mille ma oleksin võinud kulutada reisimisele,” on Kuusik nõrduinud.

Ta ei välista ka kohtuteed, kuid ei näe sel perspektiivi. “Meil ju pole sõnaõigust kõrgesti koolitatud eriarstil. Meie riigis pole truu lepingupartner haigekassale väärtuseks.”

Visionäär Hirm igavuse ees

Eluaegne õppija, unistuste poole teel



Tallinna lastehaigla psühhiaatriakliiniku juht ja psühhiaater Anne Kleinberg on eluaegne õppija ning visionäär, kelle eestvedamisel valmib õige pea Tallinna laste vaimse tervise keskus.

Birjo Must
kaasautor

Kleinberg juhib igapäevaselt lastehaigla psühhiaatriakliinikut, kaitseb õige pea ülikoolis doktorikraadi, koostab laste vaimse tervise keskuse jaoks meeskonda ning on kõige kõrvalt kohusetundlik pereema. Nagu ta ise ütleb, siis mitmel rindel korraga sunnib teda teatud hirm igavuse ees.

Psühhiaatria köitis mitmekesisusega

Kuigi täna on Kleinberg lastepsühhiaatria alal Eestis hinnatud spetsialist, selgines arstiks saamise soov temas ajapikku. Keskkoolis bioloogia eriklassis õppides unistas ta esialgu hoopis aedniku või juristi ametist. Konkreetsem samm tuli aga astuda põhikooli lõpuks, sest tol ajal said ülikooli paremini sisse tööstaažiga noored. Nõnda suundus Kleinberg keskkooli esimeses klassis haiglasse

sünnitusosakonda sanitariks, kus töötas kuni kooli lõpuni. "Selleks ajaks oskasin juba sünnitust vastu võtta ja teadsin, et hakkam arstiks," meenutab Kleinberg.

Kuna esimese töö mõju oli tugev, tahtis Kleinberg pikki aastaid saada günekoloogiks. Pärast meditsiiniõpinguid sai ta aga aru, et operatiivne kirurgiline töö jääb tema jaoks veidi igavaks. "Viimase valikuna läksin internatuuri lõpus psühhiaatriat vaatama. Seejärel veendusin, et tahan saada laste psühhiaatriks," tunnistab Kleinberg.

Psühhiaatria juures köidabki teda kõige rohkem asjaolu, et seal pole kunagi üheseid vastuseid. "Kui on vähegi omane analüütiline mõttelaad, siis on kõik väga põnev, sest inimene psüühikas toimuvale on võimalik nii mitmeti läheneda," räägib Kleinberg, kes töötab alates 2001. aastast Tallinna lastehaiglas.

Pikad ja pingelised päevad haiglas pole talt röövinud tahtet ennast pidevalt täiendada.

Eluaegne õppija ja edasi-liikuja

Juba tänavu veebruari lõpus kaitseb Kleinberg Tartu Ülikoolis doktorikraadi tööga depressiooni levimusest Eestis. Küsimusele, miks ta nii suure sammu ette võttis ja teadustööga tegelema hakkas, vastab arst naerdes, et tal hakkas lihtsalt igav. "Mul oli vaja õppida," tunnistab ta. Tegelikult pole Kleinberg õppimises kunagi pausi teinudki, pigem täiendab ta ennast mitmes valdkonnas korraga. Enne doktoritööga alustamist õppis naine ära kaks psühhoterapia kutset - pere-teraapia ja laste psühhonaalüütilise psühhoterapia, mida ta oma meditsiiniteadmistega põimib.

"Need on huvitavad valdkonnad, kus saab õppida, kuidas inimesi ilma ravimiteta

aidata ja neid lahti mõtestada. Eriti oluline on see patsientide puhul, kes väga ei räägi, näiteks väikesed lapsed," põhjendab Kleinberg ja lisab, et peab arstiõpinguid ja psühhoterapeudi väljaõpet enda jaoks võrdseks oluliseks.

Täna utsitab Kleinberg ka oma nooremaid kolleege teadustööga tegelema ning seeläbi rahvusvahelisi kontakte otsima. "Soovin, et juurutaksime oma igapäevasesse praktikasse rohkem teaduspõhiseid meetodeid ja suudaksime võimalusel ka teaduskirjandust publitserrida," räägib arst.

Lastepsühhiaatrias põnev ajajärk

Viimast kümnet aastat oma karjäärist hindab Kleinberg väga viljakaks perioodiks. Eriti kiidab ta lastepsühhiaatriite head koostöövalmidust ning pragmaatilist, mis on aidanud erialale regulatsiooni luua.

Parajasti toimubki Tallinna

Anne Kleinberg, Tallinna lastehaigla psühhiaater.

Soovin, et arstid saaksid rahulikult töötada kaheksa tundi päevas. Teha oma igapäevatöö ära ja minna koju.



Anne Kleinbergi köidab psühhiaatria juures enim see, et seal pole kunagi üheseid vastuseid.

FOTO. RAIGO PAJULA

Kes on kes Anne Kleinberg

Abikaasa ja 3 poega (11-, 8- ja 4-aastane) ja 8-kuune kolli
● Haridus:
Tallinna 3. Keskkool bioloogia eriklass
1989–2001 Tartu Ülikool, arstiteaduskond
2007–2013 Tartu Ülikool, arstiteaduskond, psühhiaatria õppetool, d oktoriõpe
● Teenistuskäik
2001–2004 Tallinna Lastehaigla, psühhiaater
2004–2012 Tallinna Lastehaigla psühhiaatriateenistuse juhataja
2012– Tallinna Lastehaigla, psühhiaatriakliiniku juhataja
● Erialaseltsid
2013– Eesti Psühhiaatrite Selts, asepresident
2004– Eesti Psühhiaatrite Seltsi lastepsühhiaatria sektsioon, president

Kommentaar Anne on aus ja otsekohene juht

Kerstin Kõiva,

Tallinna Lastehaigla psühhiaater-psühhoterapeut, Anne kolleeg

Nagu paljud meie kolleegid, nii ka mina imetlen Annes tema mitmekülgsust ja eriliselt vahedat mõistust ning tervikpildi nägemise võimet. Oma töökuse ja sihikindlusega on ta võtnud vastutuse Eesti lastepsühhiaatria arengu eest. Lisaks tavatööle lastepsühhiaatri ja psühhoterapeudina panustab ta vähemalt sama palju erialaseltsides. Kolleegina on ta toetav ja vajadusel aitab oma mõtetega. Ta laseb ka noorematel kolleegidel enda kõrval kasvada.

Annele on väga tähtis, kuidas meie kliinikus töötavad inimesed end tunnevad. Selleks, et saaksime oma tööga teisi aidata, peab osakonna sisekliima paigas olema. Kolleegide suhtes on ta usaldav. Ta ei kannata susserdamist ega varja seda. Oma otsekohese ütlemisega võib ta võõra ära ehmatada, kuid omad just seda temas hindavadki – ausust ja otsekohesust.

Annega koos töötades jääb aeg-ajalt mahti ka töövälis- teks teemadeks. Lähedase kolleegina meeldib mulle tema soojus, kui ta räägib oma perest – kolmest pojast ja koe- rast. Kohe meenub sügisene arutelu väljakutse kohta, kuidas pühapäeva õhtul saada lastele esmaspäeva hommikuks kivistatud männi- ja kuusekäbisid ning mis nendega juhtub, kui viimased liiga kauaks praeahju jäävad. Aeg-ajalt saame maitsta tema küpsetisi, mida ta on poega- dega kodus jõululaadaks või muuks suursündmuseks val- mistanud. Usun, et naise ja emana liidavadki meid Anne- ga just väga sarnased pere- väärtused.

lastehaigla psühhiaatriaosa- konnas uute meeskondade loo- mine, sest juba õige pea reali- seerub Kleinbergi pikaajaline unistus – hakatakse ehitama laste vaimse tervise keskust. Oma lähitulevikku näeb Klein- berg seotuna just selle hoone- ga. “Kui see 2015. aastal val- mib, siis peab meeskond juba ukse taga ootel olema,” räägib ta keskusest, kus saab tööd vä- hemalt 70 inimest. Praegu on lastepsühhiaatria osakonnas kolm meeskonda koos ja nel- jas on koostamisel. “Uut füüsi- list ruumi on väga tarvis. Las- tepsühhiaatrias on vaja kriiti- list massi, kes on tihedalt koos ja tegelevad sarnaste asjadega,” märgib Kleinberg.

Aeg on tunnise täpsusega planeeritud

Kui suurprojekt saab teostatud ja kõik toimib, kavatseb Klein- berg aja maha võtta. See ei tä- henda aga sugugi puhkusele suundumist, vaid pigem teh-

tu üle järelemõtlemist ja ana- lüüsimist. “Mõtlen palju ka en- da elu kvaliteedile ja tahan olla 80-aastaselt kõbus vanaproua,” naerab arst.

Kolme lapse kasvatamine ja täiel rinnal arstitööle ning meeskonna juhtimisele pü- hendumine ei jäta hobideks palju aega. “Mul on kogu va- ba aeg sisustatud ehk olen va- ba ainult siis kui magan,” tun- nistab naine, kelle kalender on tunniajase täpsusega kaks kuud ette planeeritud. Ometi jõuab ta aeg-ajalt sirvida eri- alast kirjandust ja sobival aas- taajal tegeleda aiandusega.

Ka ei jagu Kleinbergil ener- giat suurte maailmavallutus- plaanide tegemiseks. Oma lap- sed soovib ta üles kasvata- da Eestis, kus on võimalik el- lu viia ka karjäärialased unis- tused. Kleinbergil on vaid üks ilus soov: “Soovin, et arstid saaksid rahulikult töötada ka- heksa tundi päevas. Teha oma igapäevatöö ära ja minna koju.”

Mul on kogu vaba aeg si- sustatud ehk olen vaba ai- nult siis, kui magan.



Tallinna Munitsipaal
PEREARSTIKESKUS

Ootame oma sõbralikku kollektiivi nimistut omavat

PEREARSTI

meie perearstikeskusesse

Nõmme Tervisekeskuses,

Jaama tn 11, Tallinn

Pakume meeldivat kaasaegset töökesk- konda ja edasisi arenguvõimalusi.

Avaldus ja CV saata **20. märtsiks** 2014
e-postile: kristel.amjarv@perearstikeskus.eu

Lisainformatsioon telefonil 50 41 927 või
e-postil kristel.amjarv@perearstikeskus.eu

Meditsiinuudised

Kas teadsite juba,

- ET erakliinikud esitasid vaide haigekassa lepingu- jaotuse peale, mis on ebaõiglane?
- ET professor Peep Talving on tagasi Eestis ja töötab PERHis erakorralise meditsiini ülemarstina?
- RAVIMITOOTJAD on avalikustanud huvitavad otsused nende eetikakomiteest?
- ET terviseamet uurib võõrarsti temaatikat?

Need on
www.mu.ee
eelmise nädala
loetavamad teemad

Lugege ka Teie värskeid ja kiireid meditsiinuudiseid veebist, sest lehte mahub sellest vaid väike osa ja suure hiline misega.
Iga päev 10-15 uudist ainult Teie jaoks!

Kui Teil on kehtiv lehetellimus ja Te ei pääse www.mu.ee lugema, kadi.heinsalu@aripaev.ee

fookuses süda



Kardioloogiprofessor C. Vlachopoulos



Eesti Kardioloogide Seltsi endine president, ülikooli kliinikumi kardioloog Piibe Muda

Ümarlaud Südame isheemiatõbi

Kolmveerand surmadest oleksid elustiili muutmisega välditavad

Tallinnas 2013 lõpus peetud kahepäevasel Cardio Course'i ümarlinal arutasid Eesti ja Euroopa juhtivad kardioloogid südame isheemiatõvest tingitud suremuse probleeme.

Rein Teesalu

Tartu Ülikooli emeritprofessor, kardioloog

Ümarlinal tegid ettekanded Eesti Kardioloogide Seltsi president, kliinikumi kardioloog Piibe Muda, professor Marco Roffi Šveitsist ja Euroopa Südamepuudulikkuse Assotsiatsiooni president professor Stefan Anker Saksamaalt.

Muda kordas lühidalt üle südame isheemiatõve (SIT) etiopatogeneesi ja kliiniliste avalduste kohta käivad põhited.

Järgnevalt peatus ta SIT konventsionaalsetel riskifaktoritel, nagu arteriaalne hüpertensioon, hüperkolesteroleemia, suhkurtõbi, istuv eluviis, ülekaal, suitsetamine ja perekondlik anamnees. Muda rõhutas, et SIT tekkimine ja arenemine on tugevasti seotud tervist kahjustava elustiiliga, eriti suitsetamisega, ebatervisliku dieediga, vähese füüsilise koormusega ja psühhosotsiaalse stressiga. Maailma Tervishoiuorganisatsiooni andmetel on üle kolme neljandiku südame-veresoonkonnahaigustest põhjustatud kogusuremusest välditav elustiili adekvaatsete muutuste rakendamise korral. Euroopas on viimasel kümnendil südame-veresoonkonnahai-



Kõigepealt hinnatakse koronaaarhaiguse olemasolu tõenäosust.

Marco Roffi
kardioloogiprofessor, Šveits

gustest tingitud suremus tunduvalt langenud. Siiski on südame isheemiatõvest põhjustatud suremus jätkuvalt peamine prematuursete surmade põhjus Euroopas. Eestis püsib südame isheemiatõvest tingitud suremus vaatamata teatud langusele viimasel kümnendil Euroopa kõrgeimate hulgas.

Eestis rohkem arteriaalset hüpertensiooni

Suurt tähelepanu pööras Muda Eesti Müokardiinfarktiregistrile, mis loodi 2001. aastal eesmärgiga saada täpne ülevaade selles valdkonnas toimuva kohta ja korrektse statistika alusel parandada tervishoiuressursside kasutamise planeerimist, tõhustada patsientide ravi ning parandada prognoosi. Alates 2012. aastast

on Müokardiinfarktiregister riiklik register ja asjakohaste andmete sisestamine registrisse kohustuslik. Registri andmeil on Eesti infarktihaigetel arteriaalset hüpertensiooni sagedamini kui Euroopas.

Jätkuvalt esineb sagedasti ka teisi riskifaktoreid, mis osutab vajadusele pöörata suuremat tähelepanu elustiili muutmisele ja riskifaktorite ohjamisele. Registri andmete analüüs aitab paremini teadvustada mitmeid olulisi aspekte. Näiteks ilmnes, et 10%-l haigestest oli müokardiinfarkti puhul ainsaks kaebuseks düspnoe. Muda rõhutas südame isheemiatõve raskete vormidega haigete kindlakstegemise olulisust. See annab võimaluse neid haigeid agressiivsemalt ravida kõiki tänapäevaseid võimalusi (sealhulgas müokardi revaskularisatsioon) kasutades.

Uued juhised stabiilse koronaaarhaiguse kohta

Professor Roffi võttis oma loengus vaatluse alla Euroopa Kardioloogide Seltsi uued, 2013. aasta juhised stabiilse koronaaarhaiguse kohta. Patsiendi käsitluses hinnatakse kõigepealt koronaaarhaiguse olemasolu tõenäosust sümptomite ise-

2012.

AASTAST alates on Müokardiinfarktiregister riiklik register ja asjakohaste andmete sisestamine registrisse kohustuslik. Registri andmeil on Eesti infarktihaigetel arteriaalset hüpertensiooni märgatavalt sagedamini kui ülejäänud Euroopas.



Lõuna-Aafrikas kõrget vererõhku enim

SUUREMAHULINE uuring näitas, et 78 protsendil Lõuna-Aafrika elanikest on kõrge vererõhk ning vaid vähem kui iga kümnes inimene saab sellise seisundi kontrolliks tõhusat ravi, vahendasid ERRi teadusuudised.



Euroopa Südamepuudulikkuse Assotsiatsiooni president professor Stefan Anker

Preventsiooni-meetmetest ja ravimeetoditest on kasu ikkagi vaid siis, kui neid rakendatakse.

Ümarlual osalenud arstide ühine seisukoht.

Algas koostöö krooniliste haiguste vallas

Selle aasta 30. jaanuaril alustas Madridis tööd ühisprojekt "CHRODIS", mis keskendub kroonilistele haigustele ja tervisliku vananemise edendamisele. Projekti tööd rahastab Euroopa Liit.

CHRODISe eesmärk on aidata ELi riike ja regioone krooniliste haigustega tegelemi-

se parimate praktikate vahendamisel.

Erilise tähelepanu all on tervisedendus ja haigestumise ennetamine, multihagesumine ja diabeet.

Projekt, milles osaleb 38 organisatsiooni 22 liikmesriigist, kestab 2017. aasta märtsini. Peamiseks projekti tulemuseks peaks olema mehhanismi

loomine, mis kogub, võrdleb, mõõdab ja vahendab parimaid praktikaid.

Kroonilised haigused, nagu diabeet, südameveresoonehaigused, hingamiseldkonna ja lihas-liigeskonna haigused, esinevad ELis järjest sagedamini. WHO andmetel on 86% ELis aset leidvast suremusest põhjustatud krooniliste haiguste poolt.

Ekspertide sõnul on paljud kroonilised haigused ennetatavad või edasi lükatavad. Esinevate haiguste vähendamiseks on oluliselt vähendada, piirates riskitegureid, nagu suitsetamine, ülesöömine ja tasakaalustamata dieet, füüsiline passiivsus, alkoholi tarbimine ja teatud keemiliste ühendite kokku puutumine.

Meditsiinuudised

Kombinatsioonravim kõrgvererõhktõve raviks!¹



SANORAL

AMLODIPIN+OLMESARTAN

SOODUSTUSEGA 75-90%
DIAGNOOSIKOODID I10-I13, I15

olmesartaani + amlodipiini kombinatsioonravim
2 TOIME-AINET



- Üks Sanoral **40 mg / 5 mg** tablett sisaldab 40 mg olmesartaanmedoksomiili ja 5 mg amlodipiini.¹
- Üks Sanoral **40 mg / 10 mg** tablett sisaldab 40 mg olmesartaanmedoksomiili ja 10 mg amlodipiini.¹

Näidustus:

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

Pakend. 28 tabletti pakendis.

Retseptiravim.

loomu, patsiendi vanuse ja soo alusel.

Järgmise sammuna viiakse läbi mitteinvasiivsed uuringud, eelkõige ehkardiograafia. Kompuutertomograafia võimaldab välistada pärgarterite raske kahjustuse haigetel, kellel uuringute eelne koronaaarhaiguse tõenäosus on madal. Uuringute tulemuste alusel tehakse kindlaks koronaaarhaiguse tõenäosus on madal. Uuringute tulemuste alusel tehakse kindlaks koronaaarhaiguse tõenäosus on madal. Uuringute tulemuste alusel tehakse kindlaks koronaaarhaiguse tõenäosus on madal.

Esmavaliku ravimite (lühitoimeline nitroglütseriin, beetablokaator või kaltsiumikanali blokaator, aspiriin) puhul võrreldes eelmiste juhiste-ga muutusi ei ole.

Ravimite valik on laienenud

Juurde on tulnud niisugused uued ravimid nagu ivabradiin ja ranolaziin, mida juhised soovivad kasutada, kui esmavaliku ravimite efekt ei ole piisav.

Kasutada võib ka pikatoimelist nitroglütseriini ja trimetatsiini ning hüpertoonikutel ja diabeetikutel lisaks AKE inhibiitoreid. Müokardi revaskularisatsioon on näidustatud ulatusliku isheemilise alaga patsientidel, kelle puhul revaskulariseerimisega seotud prognoosi paranemine on kõige tugevamini tõendatud. Mitte soone haigusega ja madala

kirurgilise riskiga haigetel tuleks eelistada kirurgilist revaskulariseerimist.

Südamepuudulikkusega kaasuvad haigused

Professor Ankeri loeng oli pühendatud südamepuudulikkusele. Ägeda ja kroonilise südamepuudulikkuse 2012. aasta juhistes on pööratud varasemaga võrreldes suuremat tähelepanu kaasuvate haiguste ravile. I/v rauapreparaadi manustamine rauadefitsiidi korral vähendab sümptomeid nii aneemiaga kui ka ilma aneemiaga haigetel. Siinusrütmiga haigetel ei peeta raske süstoolse südamepuudulikkusega haigetel antikoagulantide enam näidustatuks. Juhised rõhutavad vajadust harida patsiente südamepuudulikkuse suhtes, et tagada arstide ja ödede elustiili ja ravialaste soovitude täpsem järgimine ja nii parandada prognoosi.

Uue diagnostilise markerina on kasutusele võetud naatriureetiline peptiid MR-proANP. 2012. aasta juhistes ei ole soovitusi uute ravimite kasutamise kohta ägeda südamepuudulikkuse ravis, aga muutused on tulekul. Kliinilised uuringud on käigus kahe uue ravimiga (serelaksiin, ulariitid). Südamepuudulikkusega haigetel halvendab prognoosi kaalukaotus, mille vältimisel võivad tulemuslikuks osutuda anaboolsed steroidid.

Ümarlual osalejad rõhutasid, et preventsioonimeetmetest ja ravimeetoditest on kasu ikkagi vaid siis, kui neid rakendatakse.



BERLIN-CHEMIE MENARINI

Müügiloa hoidja: Menarini International Operations Luxembourg S.A.1, Avenue de la Gare L-1611 Luxembourg, Luksemburg

Täiendav teave müügiloa hoidja Eesti esindusest:

OÜ Berlin-Chemie Menarini Eesti, Paldiski mnt. 27/29, Tallinn 10612

1. Ravimi tootemaduste kokkuvõte. www.ravimiamet.ee (kinnitatud septembris 2013)

Transkraniaalne magnetstimulatsioon abiks insuldi taastusravis

Meetod Mitteinvasiivne ja valutu ravi

Maarika Nurm,
AS Keila Taastusravikeskus,
neuroloog

Insuldi taastusravi õnnestumiseks on vajalikud teatud tingimused. Üks ja kõige tähtsam on see, et taastusravi algaks insuldi järel võimalikult varakult, see tähendab kohe, kui patsiendi seisund on meditsiiniliselt stabiilne.

Teine oluline taastusravi edukuse osa on ravimeeskond ja selle koostöö. Muidugi peab meeskond olema spetsiaalse ajakohase ettevalmistusega ja tegelema patsiendiga ravipäeva jooksul optimaalse intensiivsusega. Kuna insuldi taastusravi teraapiad põhinevad patsiendi enda aktiivsusel, motoorsel ja kognitiivsel õppimisel, siis on oleneb ravitulemus suurel määral haige kognitiivsest staatusest ja motiivatsiooni. Parima tulemuse annab füsioterapeudi, tegevusterapeudi, logopeedi ja psühholoogi oskuslik töö haigega eelnevalt püstitatud eesmärgi nimel – et patsient saaks insuldi järel paremini oma igapäeva ja vahel ka professionaalse tegevusega taas toime tulla.

Transkraniaalne magnetstimulatsioon on valutu

Kuna insuldi taastusravi nõuab paljude erinevate spetsialistide tööd ja aega, siis on tänapäeval hakatud välja töötama ja kasutama erinevaid aparate ning meetodikaid. Näiteks kasutatakse neurootoose, mis funktsionaalse elektristimulatsiooni abil aitavad halvatud jäseme kasutamist igapäevaelus oluliselt parandada. Tänapäeva aparatuurid ja meetodikaid suurendavad terapeutide töö efektiivsust ja annavad patsientidele võimalikult pika aktiivse teraapiaaja ning võimaluse tegeleda enda treenimisega. See viimane – patsiendi aktiivsus, teraapia suurem intensiivsus ja kestvus määravad taastusravi lõpptulemuse.

Neurorehabilitatsioonis püütakse nüüdisajal kasutada erinevaid uusi meetodeid. Üks uuemaid, mis on laialdasel uuritav ning tuleb taastusravis järjest enam praktilisse kasutusse, on korduv transkraniaalne magnetstimulatsioon (kTMS), inglise keeles repete-

tive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS).

Korduv transkraniaalne magnetstimulatsioon (kTMS) on mitteinvasiivne ja valutava meetod, kus elektromagnetilist induksiooni kasutades kutsutakse neuronites esile erinevad seisundid – depolarisatsioon või hüperpolarisatsioon. kTMS võib ajukoort kas siis inhibeerida või fastsiliteerida ja see, milline toime avaldub, oleneb stimulatsiooni parameetritest. Stimulatsiooni madalsagedus (1 Hz või madalam) kutsus esile inhibeerumise, kõrgema sagedusega stimulatsioon (10–20 Hz) tõstab erutuvust.

kTMSi protseduur on esmapilgul lihtne – magnetpool asetatakse mõjutatava ajupiirkonna kohale ja magnetimpulsid, mille tugevus on umbes sama, mis MRT skänneritel, läbivad kolju ning magnetvälja poolt indutseeritud elektrivoolud muudavad mõjutatud neuronite aktsioonipotentsiaale. Täpsed kTMSi toimimise mehhanismid on praegu ebaselged ja sellel alal tehakse aktiivseid uuringuid. Ometi on teada, et kTMSi abil saab muuta kortikaalset ja subkortikaalset neuronaalset võrgustikku ning saavutada üle aju plastilisuse paremaid ravitulemusi.

kTMSi kasutamist piirab asjaolu, et piisavalt tugevat magnetvälja on võimalik tekitada 4–5 cm sügavusel ajus ja nii pole sügavamad ajuosad mõjutatavad. kTMSi kasutamisel on äärmiselt oluline mõjutatava ajupiirkonna määramine ja mõjutamise täpsus.

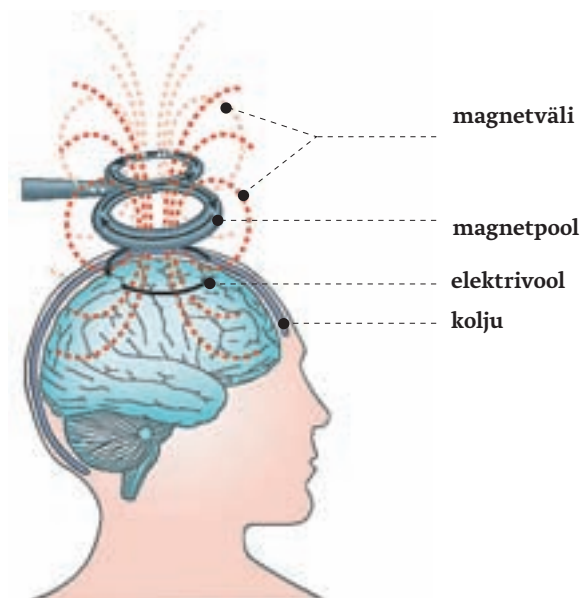
Ravitulemused on palju lubavad

Mitmesuguste haiguste puhul on kTMSi tulemused paljulubavad. Kõige laialdasemat kasutust on kTMS leidnud psühhiaatrias depressiooni ravis. 2011. aastal lubas FDA kasutada USAs kTMSi nendel depressioonihaigetel, kellel antidepressandid ei ole andnud piisavalt head ravitulemust. Ametlikult on kTMS praegu kasutusel depressiooni ravis Kanadas, Austraalias, Uus-Meremaal, USAs, Iisraelis ja mõnes ELi riigis. USAs on sellise 30minutilise depressiooniravi protseduuri hind 300 dollarit. Peale selle on uuringutes leitud, et kTMS võib mõjutada positiiv-



Protseduur on patsiendile hästi talutav.

FOTO JA JOONIS: MAARIKA NURM



selt skisofreeniahaigeid, kuna on võimalik mõjutada patsientide auditorsete hallutsinatsioonide esinemist.

Paljud uuringud näitavad, et kTMS saab kasutada terapeutilise protseduurina selliste neuroloogiliste haiguste puhul nagu migreen, düstoonia, tinnitus, krooniline valu, unehäired ja Parkinsoni tõbi.

Neuroloogiliste haigustega seoses on kõige rohkem uuritud kTMSi potentsiaali insuldi taastusravis ja siin on kaks valdkonda, kus kTMSi kasu on kõige enam tõestatud. Nendeks on afaasia ja jäseme pareesi ravi.

Motoorse afaasia uuringutes on leitud, et kui Broca keskus

Number:

4–5

● cm sügavusel ajus saab tekitada raviks piisavalt tugeva magnetvälja.

on vasakus hemisfääris lesioneerunud, siis ipsilateraalses, paremas, kahjustamata piirkonnas tekib hüperaktiivsus, mis on takistuseks Broca keskusekahjustuse paranemisel. Sellist hüperaktiivsust saab inhibeerida, kui mõjutada seda piirkonda madalsagedusliku kTMSiga. Robert Teasell, üldtunnustatud autoriteet insuldi tõestuspõhise taastusravi alal (vt <http://www.ebrsr.com>), teeb metaanalüüsist kokkuvõtte – on olemas tugev (1a) tõendus, et kTMS koos logopeedilise raviga annab positiivse ja püsiva raviefekti insuldijärgse kroonilise afaasia ravis.

Kasu ka motoorsete funktsioonide taastusravis

kTMS on näidanud efektiivsust ka motoorsete funktsioonide taastusravis. Uuringud akuutsete, subakuutsete ja krooniliste haigete, kus tulemuste hindamiseks on kasutatud erinevaid mõõdikuid, on näidanud, et kTMS parandab lühiajaliselt käe funktsioone ja mobiilsust kroonilise insuldi korral. Tõsi, metaanalüüs näitab, et selline järeldus on konfliktne (level 4) ning on vaja täiendavaid uuringuid.

Praeguseks on hakatud kasutama kTMSi koos “sunnite-raapiaga” (*constraint-induced motortherapy* – CIMT). “Sunnite-raapia” on ravimeetod, kus terve jäse on 90% ärkveloleku ajast immobiliseeritud, mis sunnib patsienti kasutama afekteeritud jäset. Lisaks saab patsient afekteeritud jäsemele 6–8 tundi päevas intensiivset teraapiat. Kui lisada “sunnite-raapiat” kTMS, siis paraneb ravitulemus olulisel määral.

Seega kTMS koos teiste konventsionaalsete ravimeetoditega on saamas oluliseks lisameetodiks insuldi taastusravis, võimaldades moduleerida aju aktiivsust erinevates piirkondades.

HoLEP aitab üliaktiivse põie sündroomi korral

Hiljutise uuringu tulemused näitavad, et eesnäärme lasernukleatsioon (HoLEP) aitab parandada üliaktiivse põie sümptomeid (OAB) ja urodünaamilisi parameetreid meestel, kellel esineb eesnäärme healoomuline hüperplaasia (BPH).

Lõuna-Korea teadlaste rühm, mida juhtis Seung-June Oh (Souli Riikliku Ülikooli Haiglast), jälgis kahe aasta vältel 165 meest keskmise vanusega 68,4 aastat, kes läbisid nimeetatud protseduuri.

Sagedus ja kogus vähenes

Kuus kuud pärast operatsiooni oli patsientidel eesnäärme sümptomite rahvusvahelise skoorisüsteemi (IPSS) tulemus märkimisväärselt paranenud, langes 5,5 punkti võrreldes operatsioonieelse keskmise näiduga 20,7. Samuti näitas paranemist OAB küsimustik, kus raskusastme tulemus langes keskmiselt näidult 24,8 näiduni 12,5.

Pärast HoLEPi protseduuri paranesid märkimisväärselt ka urineerimise sageduse ja koguse diagrammi näitajad: päevane sagedus langes keskmiselt näidult 8,5 näidule 6,6

ning öine sagedus näidult 1,9 näidule 0,9.

Lisaks sellele täheldasid teadlased urodünaamiliste parameetrite paranemist, kusjuures märkimisväärsed muutused leidsid aset maksimaalse uriinivoolu, urineerimisjärgse jääkuriini koguse ja kusepõie väljapääsu takistuse indeksi osas. Spontaansete põielihase kontraktsioonide (IDC) esinemissagedus vähenes operatsiooni järel märkimisväärselt (enne 44,9%, pärast 36,1%) ning maksimaalne tsüstomeetriiline suutlikkus kasvas keskmiselt näidult 357,8 ml näidule 399,0 ml.

Teadlased märgivad ühtlasi, et paranesid ka uriinipidamatuses seotud näitajad. Enne operatsiooni esines 27 mehel IDC koos samaaegsete uriinileketega, kuus kuud pärast operatsiooni aga ei näidanud urodünaamilised testid seda enam ühelgi. Ning 16 meest 19st, kes vajasisid operatsiooni järel tungiva uriinipidamatuses tõttu antikolinergilisi ravimeid, võisid kolme kuu jooksul nende tarvitamisest loobuda.

Kirurgia toob leevendust

Ajakirjas Urology selgitab Oh

Saadud tulemused lubavad eeldada, et kusepõie väljapääsu takistusega seonduvaid põieprobleeme on võimalik kirurgiliselt leevendada.

Seung-June Oh, Lõuna-Korea teadlane

koos kolleegidega, et seni on vaid vähesed uuringud käsitleanud HoLEPi efektiivsust OABga seotud probleemide korral ning see oli esimene, kus tulemusi mõõdeti objektiivselt urodünaamiliste testide abil.

“Saadud tulemused lubavad eeldada, et (kusepõie väljapääsu takistusega) seonduvaid põieprobleeme on võimalik kirurgiliselt leevendada,” märgivad teadlased.

“Vaja on täiendavaid uurimusi, et kindlaks teha, kas antud tulemused jäävad kestma ka pikema, rohkem kui pool aastat vältava perioodi jooksul,” lisavad nad.

MedWire News, tõlkinud Kalle Klein

SUI ja UUI vaheline seos on keerukas

USA teadlaste tehtud uuringu käigus ei õnnestunud kindlaks teha ühtegi modifitseeritavat riskifaktorit, mis oleks seotud pakilise uriinipidamatusega (UUI) naiste hulgas, kellele tehakse operatsioon stressinkontinentsi (SUI) tõttu.

Teadlased analüüsisid 1252 naise andmeid, kes olid osalenud ühes kahest randomiseeritud kliinilisest SUI operatsiooni uuringus: SISTEr (fast-siaalne rippside ja Burchi kolposuspensioon) ja TOMUS (retropuubiline ja transobturatoorne ureetra rippside). Nagu märgib Leslie Rickey (Yale'i Ülikool, New Haven, Connecticut, USA) koos kolleegidega ajakirjas Advances in Urology, domineeris kõikidel naistel algsel SUI, kuid suurel osal (68-70%) lisaks ka kurnav UUI, st tegemist oli kombineeritud inkontinentsiga (MUI).

Võrreldes naistega, kellel esines ainult SUI, oli MUI patsientide puhul tegu märksa tõenäolisemalt menopausijärgsete naistega, kel oli varem inkontinentsi ravitud, kes olid läbinud hüsterektomia ning kelle haridustase oli madalam. MUIga naistel olid ka kõrge-

Number:

68–70

● % patsientidest domineeris lisaks SUI-le ka UUI, st tegemist oli kombineeritud inkontinentsiga.

mad ärrituse näitajad urogenitaalsete probleemide uuringus ja tulemus 9 patsientide terviseküsimustikus, millega hinnatakse depressiooni.

Mitme muutujaga analüüsis oli ainsaks sõltumatult UUIga seotud teguriks elukvaliteet. Kui kasutati laiemat määratlust, mis hõlmas alumiste kusetee sümptomite (LUTS), sealhulgas UUI häireid ja tõsidust, olid olulisteks suurema tõsiduse sõltumatuteks soodustavateks teguriteks madalam haridustase, rasvapõlstri suurenemine, raskem depressioon, kõrgem vanus ja suurem komorbiidsuste arv.

Teadlased märkisid, et MUIga naised kaldusid hindama oma elukvaliteeti madalamaks kui ainult SUIga naised. Lisaks

sellele võis SUI sümptomite tõsiduse põhjal ennustada UUI sümptomite tõsidust ja suuremaid vaevusi üldiste ärritavate alumiste kusetee sümptomite tõttu. “Kuigi me ei leidnud patsientidel algsel ühtegi muutujat, mis oleks olnud seotud UUI esinemisega SUI operatsioonile minevatel patsientidel, kerkisid esile huvipakkuvad küsimused, mis puudutavad süstemaatiliste meditsiiniliste probleemide mõju üliaktiivse põie sümptomitele ning võivad välja tuua sekumist vajavad asjaolud,” kirjutavad nad. Nad ütlevad: “Selgelt on vaja täiendavaid uurimusi, milles kasutatakse hoolikalt valitud isikuid ja tunnustatud vaagnapõhja uurimise vahendeid, et selgitada depressiooni ja kaasnevate meditsiiniliste probleemide rolli UUI ja LUTSi patofüsioloogias naiste hulgas.” Teadlased lisavad, et suurem rõhuasetus nende patsiendivalimite “fenotüübile” võib heita valgust keerukale UUI ja SUI vahelisele seosele ning võimaldada meditsiinitöötajatel operatsiooni tulemusi täpsemalt prognoosida.

MedWire News, tõlkinud Kalle Klein

OMRON

Omron valikust leiad sobiliku kliiniliselt valideeritud vererõhuaparaadi nii kaasa võtmiseks kui koju.

Meie populaarsed kodukasutuse vererõhuaparaadid õlavarrelt või randmelt mõõtmiseks:



M3W
Lihtne kasutada.
Erinevad juhised
õigeks mõõtmiseks.



M6 Comfort
Alati täpne - mõõtmistäpsuse
automaatne kontroll. Mugav
eelvormitud mansett erineva
suuruse ja kujuga õlavarte jaoks.



RS3
Täpne ja usaldusväärne
randmeaparaat kodu,
reisil ja tööl mõõtmiseks.
Teine andur jälgib liikumist, et
tagada täpne mõõtmistulemus.

All for Healthcare

Omroni tooted on saadaval hästivarustatud apteekides ja veebipoes oleteerve.ee
Maaletooja: AS Mefo, 670 7077, mefo@mefo.ee

Osteoporoos perearsti pilgu läbi

Ennetus Luumurde saab vältida

Madis Veskimägi,
Tõstamaa perearst

Osteoporoos oma erinevate tahkudega on perearsttöös sage seisund. Ideaalis peaks vastuvõtule pöördunud üle 45aastase naise ja üle 65aastase mehe puhul mõtlema osteoporoosi võimalusele, tegema esmase skriiningu ja seejärel vajadusel planeerima täpsemad uuringud ja konsultatsioonid. Kui ravi on põhjendatud, siis on vajalik ka selle läbiviimine ja vajadusel patsiendi jätkuv motiveerimine.

Osteoporoosi avastamise ja ravi kõrval on olulised kukkumise ennetuse alased soovitused ja konkreetsed näpunäited kodu turvalisuse tõstmiseks. Osa perearsttööst moodustab tegelemine haigega, kes on läbinud osteoporoosist tingitud luumurru, tema paranemise jälgimine, kipsi eemaldamine, taastusravi ja uute konsultatsioonide korraldamine. Kui reieluu kaelaosa või selgroolülilmurrust on tabatud eakas patsient, on kahjuks sageli tegemist tema aktiivse elutee lõpuga. Vajalik on perearsti, pereõe ja koduõe koostöö patsiendi, tema lähedastega, sotsiaaltöötajate, hooldusosakondade juhatajatega jt spetsialistidega parimate võimalike lahenduste leidmiseks, mis rahuldaks kõiki osapooli.

Kuidas ka ei püüaks parimat, teevad tegelik elu, meditsiinkorraldus, rahastamine, patsientide haiguskäitumine, nende väärtustamised ja ebarealistlikud ootused omad korrektiivid. Sageli pöördub vastuvõtule patsient paljude probleemidega, mis on sageli tõsisema tähendusega. Nende lahendamise kõrval kipub osteoporoosiga seonduv jääma tagaplaanile. Kui arsti tähelepanu või küsimustiku abil on leitud patsient, kellel on näidustatud ravi, siis haige võib sellest keelduda, kuna guugeldades on ta kuskilt uurinud, et ravi võib teha hoopis kahju, või teenib kellegi ärihuve.

Vastuvõtule võib tulla ka teadlik kodanik, kelle n-ö erihuvi on enda peal läbi viia erinevaid uuringuid ja saada korduvaid konsultatsioone erinevatelt eriarstidelt. Osteoporoosiuring kuulub seda tüüpi ko-

danike lemmikute hulka. Sageli ei ole see meditsiiniliselt põhjendatud. Perearsti puiklemine tooks kaasa tüli ja nii saab patsient soovitu. See on aga ressursi raiskamine, mille tõttu kannatab mõni tõelist diagnostikat ja ravi vajav haige. “Patsienti ei tohiks käsitleda kui jonnivat last, kes peab saama kõik, mida ta tahab, peasi, et ei kisa.”

Kuid õigem on alati püüda parimat, juhindudes arstlikust vaistust, teades patsiendi pereanamneesi ja psühhosotsiaalseid iseärasusi, tehes esmast tõenduspõhist sõelumist, tuleb teha neist ka järeldused ja teha patsiendile “asi selgeks”, andes lihtsaid, kuid toimivaid soovitusi.

Teema ülesvõtmine

Loomulikult on selleks parim olukord, kui patsient pöördub selle küsimusega vastuvõtule. Nii patsient kui ka arst on täielikult häälestunud küsitluseks ja riski hindamiseks ja konkreetseteks soovisteks. Sellist olukorda esineb aga harva. Sagedasem on patsiendi poolt väga erinevate “probleemide valang” või konkreetne plaan “võtta perearstilt” saatekiri luuhõreduse uuringuks, sest kuskil nii öeldi ja aeg on ka kokku lepitud. Kodurahu huvides saab patsient saatekirja, perearst arve, kuid uuringutulemus ja konkreetsed järeldused jäävad tagaplaanile, sest patsient on “kadunud”.

Üldisesse tervisekontrolli (autojuhi, toidukäitleja vm tervisetöendi vajadus) pöördunud vastavasse ikka jõudnud isikutele saab teiste küsimuste-uuringute seas leida aega ka osteoporoosi riski hindamiseks. Kui patsient pöördub konkreetsete tervise vm muude muredega vastuvõtule, on arsti aja ja mõtteressurss suunatud selle lahendamisele, ka patsient ei oota muud kui oma esialgsele probleemile kiiret lahendust.

Osteoporoosiriski süstemaatilisel hindamisel on suure väärtusega mitmed ankeedid ja veebikalkulaatorid. Vastuvõtu ajal töötab hästi lahendus, kus perearst või pereõde annab patsiendile lahendamiseks paberil Mikkeli osteoporoosiindeksi. Selle täitmine ja tõlgendamine võtab aega mõned minutid. Veebikalkulaatorina on

üle maailma enim kasutatav FRAX-instrument, see avaneb lingilt <http://www.shef.ac.uk/FRAX/>. Tegemist on perearsttöös hästi töötava lahendusega, selle täitmine võtab aega mõned minutid, tulemus on paberil trükitav, nii osaletakse ka ülemaailmses uuringus. Menüüst valitakse maailmajaagu ja riiki. Eestile kohandatud kalkulaator veel puudub, valida võib lähemate riikide Soome, Leedu või Venemaa vahel. Test koosneb 12 küsimusest ja on kohandatud 40–90aastaste inimeste järgneva 10 aasta reieluu ülaosa ja mõne teise suure luu (selgroolüli, küünar- või õlavareluu) murru tõenäosuse arvutamiseks.

Testi tulemust tõlgendatakse järgnevalt:

- Kõrge risk - reieluu ülaosa murru tõenäosus on üle 3%, või teiste suurte luude murru tõenäosus on üle 20%.
- Mõõdukas risk - suurte luude murru tõenäosus on 10–20%
- Madal risk - suurte luude murru tõenäosus on alla 10%

FRAX-kalkulaatorit peetakse luumurru tõenäosuse hindamisel tundlikumaks, kui seda on hetke fikseeriv luutiheduse uuring, mis võib olla ka normis. Patsient võib vadata täpikest rohelise ala pii- ril ja rõõmustada, kuid ei muuda midagi oma eluviis. FRAX-kalkulaatoriga saadud luumurrurisk on 20%, arsti tõsi- ne vestlus ja konkreetsed soovitusused on hoopis mõjusamad.

Aparaatne luutiheduse uuring on põhjendatud kõrge luumurru riski korral või kui esineb tõenäoliselt osteoporootilist luumurru. Uuring peaks mõjutama konkreetseid raviotsuseid, mitte olema “lihtsalt tore”. Uuringu väärtus sõeluu- ringuna on küsitav - nii peaks skriinima 5 aasta jooksul 4000 naist vanuses 55–59 aastat, et raviga ennetada 1 reieluu murd (American Family Physician, N 3, 1 February 2009). Osteoporoosi kui haiguse diagnoosimiseks kasutatakse röntgenkiirguse neeldumise hinda- mist reieluukaelas ja/või I-IV nimmelülis (ingl *dual energy x-ray absorptiometry* e DEXA uuring). Mõõtetulemust väljen- datakse standardhõlbena (SD) võrreldes noore inimese luu

MIKKELI LUUHÕRENEMISE KÜSITLUS

PATSIENT..... KUUPÄEV.....20.....

		PUNKTE	PUNKTE TEIL
VANUS	54-59 a.	1	
	60-64 a.	2	
	65-69 a.	3	
	70-74 a.	4	
	75-79 a.	5	
	80-...a.	6	
KAAL	Alla 80 kg.	1	
	Alla 71 kg.	2	
	Alla 64 kg.	3	
	Alla 58 kg.	4	
EELNEV MURD TÄISKASVANUNA	JAH	2	
PUUSAPIIRKONNA VÕI SELGROOLÜLI MURD EMAL	JAH	2	
SUITSETAMINE	JAH	2	
KEHAPIKKUSE LÜHENEMINE	3 cm	1	
	5 cm	2	
TOOLILT TÕUSMINE	Käte abil	2	
PUNKTE KOKKU			

● Patsient saab täita vastuvõtu ajal

Number:

45

● aastased ja vanemad naised ning 65aastased ja vanemad mehed peaksid läbima osteoporoosiuuringu.

maksimaalse tiheduse keskmise väärtusega e T-skooriga.

WHO kriteeriumid luutiheduse muutuse tõlgendamisel:

- normaalne luu mineraalne tihedus +1 SD
- luuvähesus e osteopeenia: T-skoor -1SD ...-2,5 SD
- luuhõresus e osteoporoos: T-skoor vähem kui -2,5 SD
- väljendunud luuhõresus: T-skoor vähem kui -2,5 SD ja haigel on esinenud luuhõrenemisest tingitud luumurd

Eesti osteoporoosi ravijuhise järgi on farmakoteraapia näidustatud juhul, kui T-skoor on alla -2,5; T-skoor alla -2 ja esineb luumurdu või alla -1,5 ja plaanitakse pikaajalist glükokortikoidravi. USA osteoporoosi ravijuhiste alusel võib alustada ravi, kui FRAX-kalkulaatoriga on saadud kõrge risk (reieluu ülaosa murru tõenäosus on üle 3%, või teiste suurte luude murru tõenäosus on üle 20%). Osteoporoosi teema- ga haakub ka D-hüpopitami- noosi skriining ja ravi.

Tasub teada: Võimalik ennetada

Soovitused on küll ammu tea- da, kuid ikka uued:

- Tervislik toit, palju aed- ja juurvilja, piimatooteid, saades nii toiduga kaltsiumi 1200 mg, vajadusel võtta juurde kaltsi-umi koos D-vitamiiniga. Näda- las paaril päeval rasvane kala, u 200 g, näiteks räime.
- Parajalt päikest suvel, r-tä- hega kuudel võtta juurde D-vi- tamiini 800 ühikut.
- Pea iga päev vähemalt 30-40 minutit (korraga) kõndi.
- Mitte suitsetada ega liialda- da alkoholiga.
- Kukkumise vältimine. Kön- niteed liivatada, “jääkassid” saabastele. Vanemaealise elu- aseme kohandamine - käigu- teed vabaks, lävepakud ära, maas vedelevad juhtmed, lah- tised vaibad jm “koli” likvi- deerida. Paigaldada isesüttiva- vad valgustid, haaramiskööid ja käepidemed. Ravida tuleb pearinglust ja tasakaaluhäi- reid põhjustavaid haiguseid.