



Karjäär

Raplamaa haigla uus ravijuht tuli erasektorist

Raplamaa haigla uus ravijuht, erasektorist tulnud **Kadi Lambot** kinnitab oma töistest eesmärkidest rääkides, et huvitavaid tegemisi seal jagub. Samuti kiidab ta haigla meeskonna tahet ning suhtumist igapäevatöösse ja rolli. ▶6



MEDITSIINI- UUDISED



Helsingi ülikooli haigla kliinilise toitumise üksuse peadietoloog **Pia Nikander** toitumishäiretest baariaatri korral.

▶12

Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 6 (505) 25. märts 2025

www.mu.ee

Visiiditasu ühine tõus

Seadus annab **aprillist** võimaluse tõsta visiiditasu 20 euro peale. See pole kohustus, aga kõik tõstavad.

▶3, 8–9



Tervisekassa partnersuhete juht Ergo Pallo: visiiditasu küsimine on õigus, mitte kohustus.

FOTO: TERVISEKASSA

Uudised

EMO patsientide korraldusküsimus

TÕSTAMAA perearst **Madis Veskimägi** (pildil) arutleb, kas patsient peaks EMOSse pääsema vaid kiirabi või perearsti saatekirjaga. ▶7



Fookuses: neerud Patsienditeekond on pidevalt uuenemas

KLIINIKUMI nefroloogia professor **Mai Rosenberg** kroonilisest neeruhaigusest. ▶10

Fookuses: puugid Borreliaosi levinud eksiarvamused

KROONILIST borreliaosi ei ole olemas, kinnitab kliinikumi infektsionist **Kerstin Aimla**. Enamik juhtudest, mida peetakse „krooniliseks borreliaosiks“, on tegelikult borreliaosi järgne sündroom. ▶14

Fookuses: tasakaal Pearingluse enam levinud põhjused

KLIINIKUMI audioloogia kõrvalerialaga otorinolarüngoloog **Päasu Teder** pearingluse eri põhjustest ja ravist. ▶16

Uusi ravimeid peab kiiremini turustama

Katrin Kuusemäe, kes varem juhtis vähiravifondi Kingitud Elu ja on nüüd riigikogu liige, arutleb ravimite käibemaksu ja kättesaadavuse üle. Ka annetuste eest soetatud ravimitelt makstud käibemaks jõuab tervishoidu tagasi, leiab ta. ▶3



Vaikimisest ja rääkimisest

PERHi kestliku arengu teenistuse juht **Priit Tohver** arutleb patsiendihutuse ja vaikimise teemadel, impulsiks meedias räägitud eesnäärmevähi ravitüsistused. ▶5



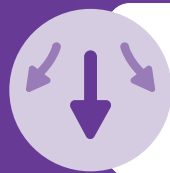
Üks kord nädalas

mounjaro[®]
(tirsepatiid) süstelahus

AEG MUUTUSTEKS RASVUMUSE RAVIS¹



Esimene oma klassi ravim, mis toimib nii **GIP kui ka GLP-1** retseptoreid aktiveerides, et mõjutada rasvumuse potofüsioloogiat.²⁻⁴



Mounjaro (tirsepatiid) 5 mg annus **on näidanud keskmiselt 16,1 kg (16%)** kaalulangust.^{2,5,*,†}



Mounjaro (tirsepatiid) 15 mg annus **vähendas kehakaalu keskmiselt 23,6 kg võrra (22,5%)**.^{2,5,*,†}



Kardiometaboolsete markerite paranemist näitasid kõik peamised parameetrid, sealhulgas süstoolne vererõhk, vööümbermõõt, triglütseriidide hulk, HDL-kolesterool ja LDL-kolesterool.^{2,5,‡}



KEHAKAALU OHJAMINE

Mounjaro (tirsepatiid) on näidustatud kehakaalu ohjamiseks, sealhulgas kehakaalu vähendamiseks ja säilitamiseks täiskasvanutel lisaks väiksema kalorsusega dieedile ja füüsilise aktiivsuse tõstmisele, kui nende algne kehamassiindeks (KMI) on:

- $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (rasvumine) või
- $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ (ülekaal) ja esineb vähemalt üks kehakaaluga seotud kaasuv haigusseisund⁵

* Vs. 2,4 kg (-2,4%) platseebo puhul; see hõlmas ka vähendatud kalorsusega dieeti ja suurendatud füüsilist aktiivsust.⁵

† Efektiivsuse hinnang, MMRM-analüüs, mITT-populatsioon (efektiivsuse analüüsi kogum).²

‡ Efektiivsuse hinnangut üksikute annuste puhul ei kohaldatud mitmesuse suhtes, v.a. vööümbermõõdu puhul annuste 10 mg ja 15 mg korral.²

KMI = kehamassiindeks, GIP = glükoosõõltuv insulinoosne polüpeptiid, GLP-1 = glükagoonisarnane peptiid 1, SmPC = ravimi omaduste kokkuvõte, HDL = suure tihedusega lipoproteiin, LDL = väikese tihedusega lipoproteiin, mITT = modifitseeritud ravikavatsuslik, MMRM = kombineeritud mudel korduvaks mõõtmiseks.

Viited 1. Sallam M, *et al.* Cureus. 2024 May 18;16(5):e60545. **2.** Jastreboff AM, *et al.* N Engl J Med. 2022;387(3):205-216. **3.** Chavda VP, *et al.* Molecules. 2022 Jul; 27(13): 4315. **4.** Nauck MA, *et al.* Diabetes Obes Metab. 2021 Sep 3:5-29. **5.** Mounjaro (tirsepatiid) SmPC.

▼ Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. **Ravimi nimetus:** Mounjaro 2,5 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 2,5 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 10 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (4,17 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 2,5 mg annust. Mounjaro 5 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 5 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 20 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (8,33 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 5 mg annust. Mounjaro 7,5 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 7,5 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 30 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (12,5 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 7,5 mg annust. Mounjaro 10 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 10 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 40 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (16,7 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 10 mg annust. Mounjaro 12,5 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 12,5 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 50 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (20,8 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 12,5 mg annust. Mounjaro 15 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 15 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 60 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (25 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 15 mg annust. **Toimeaine:** tirsepatiid. **Retseptiravim.** **Näidustused:** 2. tüüpi suhkurtõbi. Mounjaro on näidustatud ebapiisavalt kontrollitud 2. tüüpi suhkurtõve raviks täiskasvanutel lisaks dieedile ja füüsilisele aktiivsusele - monoteerapiana, kui metformiin ei sobi talumatuse või vastunäidustuste tõttu; täiendava ravina lisaks teistele diabeediravimitele. **Kehakaalu ohjamine.** Mounjaro on näidustatud kehakaalu ohjamiseks, sealhulgas kehakaalu vähendamiseks ja säilitamiseks täiskasvanutel lisaks väiksema kalorsusega dieedile ja füüsilise aktiivsuse tõstmisele, kui nende algne kehamassiindeks (KMI) on $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (rasvumine) või $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ kuni $< 30 \text{ kg/m}^2$ (ülekaal) ja esineb vähemalt üks kehakaaluga seotud kaasuv haigusseisund (nt hüpertensioon, düslipideemia, obstruktiivne uneapnoe, kardiovaskulaarne haigus, diabeedieelne seisund või 2. tüüpi suhkurtõbi). **Müügiloa hoidja:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528BJ Utrecht, Holland. **Ravimi omaduste kokkuvõtte viimase uuendamise kuupäev:** 12. detsember 2024. **Täiendav teave ja kõrvaltoimetest teavitamine:** www.ravimiamet.ee või eesti@lilly.com, tel. 6817280 Reklaammaterjali kinnitamise number ja kuupäev: PP-TR-EE-0011, jaanuar 2025.

Ainult tervishoiutöötajatele.

Lilly
A MEDICINE COMPANY

arvamus



Praegu on suurimad väljakutsed patsientide ostuvõime langus ja materjalide hinnatõus.

Tallinna hambakliiniku ravijuht Anastassia Kuldmaa, mu.ee

Kommentaar:

Käibemaks jõuab tervishoidu tagasi



Katrin Kuusemäe

riigikogu liige ja endine
vähiravifondi Kingitud Elu tegevjuht

Peame riigina pingutama, et tagada ravimite parem kättesaadavus.

Heategevusfondid aitavad igal aastal osta ravimeid paljudele inimestele, kes tervisekassa vihmavarju alt paraku välja jäävad. Vahetevahel kostub seetõttu ka pahameelt, et fondid peavad annetatud raha eest ravimeid ostes riigikassasse tasuma 9% käibemaksu, mille kohustusest võiks heategevusfondid vabastada. Kuus aastat vähiravifondi juhtinuna ning riigikogu vähi ja harvikaiguste toetusrühma juhina mõistan seda muret hästi, aga siinkohal on oluline näha riigi rahanduse toimimise printsiipi laiemalt ja teatud olukordades emotsioonid kõrvale jätta.

Erandeid ei tehta. Eestis on üle kahe tuhande mittetulundusühingu, sihtasutuse ja usulise ühenduse, mis põhikirja kohaselt tegutsevad avalikes huvides. Eesti seadusandlus ei võimalda anda maksusoodustusi üksikutele isikutele üksikute eesmärkide täitmiseks, sest maksuerisuste loomine muudaks maksusüsteemi keerukamaks, avaks võimalusi maksupettusteks ning suurendaks halduskoormust järelevalveks. Riik peab teenuste ülalpidamiseks koguma makse.

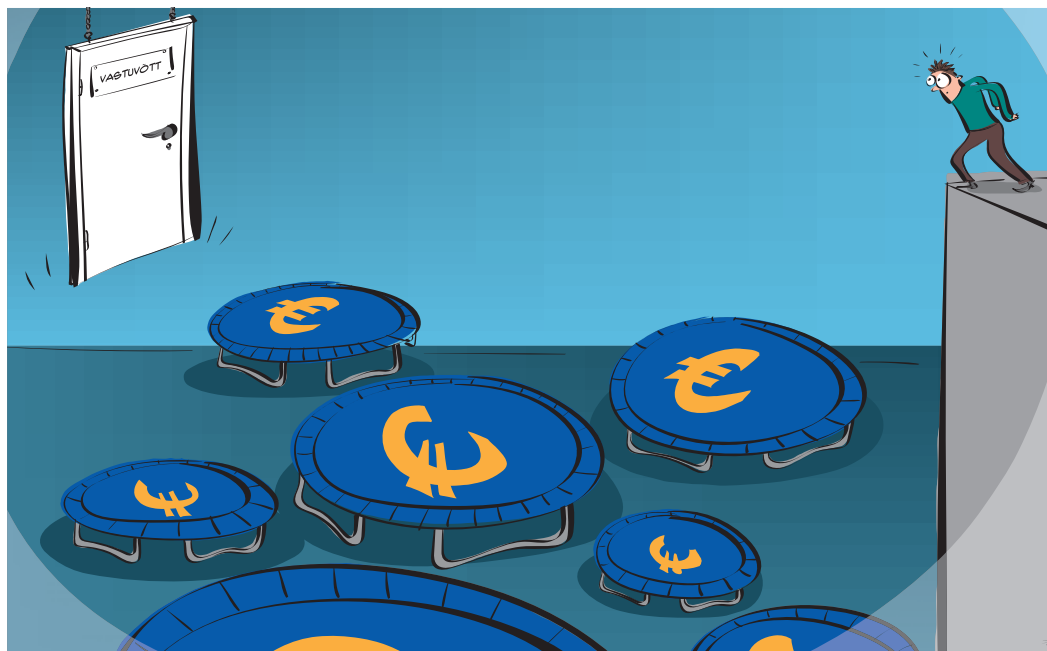
Sotsiaalmaksust kogutud tulust kantakse igal aastal tervisekassale veidi üle kahe miljardi euro, ent tervishoiukulud ulatuvad pea 2,4 miljardi euroni. Puudujääki kaetakse enamasti muude maksutulude ja välisraha arvelt. Sestap on ka igati kohane öelda, et ravimitelt makstud käibemaks panustab otseselt tagasi tervishoidu.

Ravimid hilinevad ja on kallid. Heategevusfondide käibemaksukohustusest suuremaks mureks pean hoopis seda, et vähi- ja harvikaiguste ravimid jõuavad tervisekassa nimekirja Euroopa keskmisest oluliselt hiljem ja hinnad on kõrgemad, kuna Eesti turg on väike ja ravimifirmade huvi hinnaläbirääkimisteks kesine.

Ka pikalt turul olnud ravimite tervisekassa kompenseeritavate ravimite nimekirja jõudmine võtab väga kaua aega, osalt nende kõrge hinna ja teisalt bürokraatia tõttu. Kui ravim lõpuks nimekirja jõuab, siis tihti eranditega.

Näiteks kui ravim sobib nii rinnavähi, emakakaelavähi kui ka muude paikmete puhul, saab meil seda soodustusega ainult rinnavähi patsient, teised peavad seda ostma ise või pöörduma Kingitud Elu poole.

Peame riigi tasandil pingutama, et leida lahendus tervishoiu kasvavale puudujäägile, kuid samamoodi tuleks vähendada asjatut bürokraatiat ja parandada ravimite kättesaadavust, et hädasolijad saaksid võimalikult varakult abi.



ILLUSTRATSIOON ANTI VEERMAA

Juhtkiri

Päris taevasse tõusta ei saa

Ehkki ambulatoorse eriarstiabi visiititasu küsimine on seadusega asutustele antav õigus, mitte kohustus, on aprillist oodata tervisekassa tasutava teenuse visiititasu tõusu nii riiklike tervishoiuteenuse osutajate (TTO) kui ka erapakkujate puhul. Visiititasu eesmärk on suunata lihtsamate terviseprobleemidega eriarsti vastuvõtule või EMOsse minejad perearsti või -õe juurde, samuti toob see juurde lisaraha, mida haiglad saavad kasutada näiteks üldkulude katmiseks või investeringuteks.

Pöördumine kallineb. Meditsiiniuudised on samuti nõus, et asjatuid EMOdesse pöördumisi tuleb kuidagi piirata, ent oleme ka mures niigi koormatud perearstkonna võimaliku töökoormuse tõusu ja selle pärast, et kallim EMOsse pöördumine võib ehk inimesi oma probleeme alahindama ja abi mitte otsima panna. Viimase mure tõi oma märtsi keskel ilmunud arvamusloos välja ka perearst Madis Veskimägi.

Kui arvestada riikliku arstiabi kohatise raske kättesaadavuse ning riiklike TToode ja erapakkujate hinnavahe vähenemi-

sega, võiks eeldada, et inimesed hakkavad rohkem eelistama tasuta vastuvõtte. Uurisime erapakkujatelt, kas ka nemad on mõelnud visiititasu tõstmisele. Vastuse saime Fertilitase, Meliva ja City tervisekliiniku esindajalt: esimesed kaks tõstavad küll tervisekassa tasutava teenuse visiititasu, ent mitte tervisekassa tasutava visiititasu hinda tõsta ei plaani. Teiste suuremate erapakkujate esindajad aga veel vastata ei soovinud/saanud.

Tasu küsivad kõik. Eestis pakuvad tasuta vastuvõtte kõik haiglad omandivormist olenevate ja arstidel on suur tegutsemisvabadus, mis võimaldab neil mitmes kohas tööl käia. Meditsiiniuudised leiab, et tasuliste vastuvõttude paljus on positiivne, kuna reguleerib hindu. Ehkki osa erialade puhul, kus nõudlus on väga suur, näiteks psühhiaatria, on hinnad meeletud, ent päris taevasse need ju tõusta ei saa. HVA haiglate tasuta vastuvõttud on selge märk sellest, et nõudlus terviseteenuste järele on turul oluliselt suurem, kui on võimalik riiklikult rahastatud vastuvõttudena pakkuda.

Loe samal teemal lk 8-9

HVA haiglate tasuta vastuvõttud on selge märk sellest, et nõudlus terviseteenuste järele on turul oluliselt suurem, kui on võimalik riiklikult rahastada.

**VÕITJA**
Kristiina Joosu

Märtsis võttis senine kommerts- ja turundusdirektor ning juhatuse liige Kristiina Joosu üle Euroapteegi ja Baltfarma tegevdirektori ning juhatuse esimehe rolli. Ülikooli proviisoriõppe lõpetanud Joosul on farmaatsiasektoris töötamise kogemust üle 12 aasta.

**KAOTAJA**
Riina Sikkut

Terviseminister Riina Sikkut kaotas valitsusremondiga juba teist korda ministriportfelli, mis ühelt poolt on kindlasti kaotus, sest paljud tööd jäid pooleli, aga teisalt jällegi on vajalik hingetõmbeaeg, mil riigikogu liikmena saab teistmoodi tööd tehes jõudu koguda.

Nädala foto:

Roosa ja rõõmus koduvisiit beebile



Perearstid ja -õed ei pruugi alati jõuda koduvisiite teha, aga ITK ämmaemandad on värskeid lapsevanemaid kodus külastanud aastaid. Alates eelmise aasta suvest sõidavad nad ema soovi korral koduvisiidile haiglast kuni 30 km kaugusele. Koduvisiite tehakse lapse seitsmenda elupäevani, vajadusel ka hiljem.

FOTO: ITK

mu.ee lugude TOP

- Riina Sikkut peab tervise- ministri kohast loobuma
- Üks ATH-aju teistele: see pole maailmalõpp
- Üks küsimus: Kas EMOSse peaks pääsema vaid kiirabi ja perearsti saatekirjaga?
- GALERII Vaimse tervise konverents keskendus isiksushäiretele
- Haiglad Riia ümbruses on ülekoormatud pealinnast tulevate patsientide tõttu
- Fertilitas avab uue kliiniku Pärnu maanteel
- Lambot: huvitavaid tegemisi Raplamaa haiglas jagub!
- Tallinna hambakliiniku ravijuht hambaravi hetkeseisust

Toimetaja repliik:

Kurva saatusega tervisemaja ärkas ellu

Kadi Heinsalu

Meditsiiniuudiste peatoimetaja

SEEKORD on hea meel kii- ta, et Tallinna üks viimaste aastate kurvema saatusega maju Pärnu mnt 113 on saanud uued rentnikud. Kõrghoone ehitati Novel Clinicule, leedukatele kuuluvale uuele eriarstikeskusele, mis aga õieti uksi avada ei jõudnudki, läks pankrotti ja töövaidluskomisjoni maks-

mata töötasude tõttu. Nüüd on kliinikus viimaks uued tervishoiuasutused: perearstikeskus Sinu Arst ja Fertilitase filiaal, alumisel korrusel seab end sisse Reio Vilipuu taastusravikliinik, ka paar psühholoogiakeskust on südalinnast sinna kolinud, aga aega läks poolteist aastat.

Samas on Novel Clinic erand ja enamasti on uued erakliinikud eriti pealinnas kohe töö käima saanud.

Üks küsimus:

Kuidas võiks visiiditasu tõus mõjutada inimeste arstile pöördumiste arvu HVA haiglates?

Märt Kõlli

Kuressaare Haigla SA juhatuse liige

Praegused visiiditasude määrad kehtivad aastast 2013, mil keskmine palk oli 950 eurot. Praegu on see umbes 2000 eurot ehk visiiditasu piirmäär on selgelt ajale jalgu jäänud. Visiiditasu neljakordne tõus on kindlasti patsientidele ebameeldiv, arvestades elukalliduse jätkuvat tõusu ja üldist ebastabiilsust meid ümbritsevas.

Samas on rahapuuduses tervishoiuasutustel keeruline visiiditasu tõstmata jätta, kuna see raha on arvestatud üldise tervishoiuasutuse rahastuskomponendiks, millest tervisekassa on oma hinnakujundustes lähtunud.

Et sellised hinnatõusud edaspidi patsiente ei traumeeriks, soovitaks seadusandjal jälgida, et visiiditasu piirmäär muutuks sujuvalt ja sõltuks järjepidevalt üldistest majandusindikaatoritest. Arvan, et pärast 1. aprilli võib tervishoiuasutustes täheldada pöördumiste mõningast kahanemist, kahjuks ka tõsiste terviseprobleemide korral.

Kadi Lambot

Rapla haigla ravijuht

Kuna visiiditasude tõus 5-lt eurolt 20-le eurole puudutab peamiselt tööl käivaid inimesi ja ühe haigusjuhtumi korral peab inimene visiiditasu maksma kord aastas, siis eriarstide juurde pöördumiste arvu see minu hinnangul oluliselt ei mõjuta. Arvestades ravijärjekorrasid, siis igapäevane töö raviasutustes jätkub suuremate muutusteta.

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

Töö

Saaremaa ettevõtjad asuvad toetama arstide lähtetoetust

SAAREMAA Kohalikud ettevõtjad asuvad panustama uue arsti lähtetoetusse. Saaremaa ettevõtjate liidu ja Kuressaare haigla toetusfondi algatatud pilootprojekt tõi kokku 30 kohalikku ettevõtjat, kes panustavad Kuressaare haiglas vähemalt 0,75 koormusega viieks aastaks tööle asuva uue arsti lähtetoetusse. Kuressaare haigla arstide keskmine vanus on 59 aastat, mis tähendab, et paljud neist jäävad järgmise kuue aasta jooksul pensionile. Kui haiglasse uusi arste tuua ei õnnestu, väheneb haigla teenuste maht kümne aastaga kuni 50%, mis tähendaks igal aastal 25 000 mandrile arsti vastuvõtule sõitmist ja ligi 750 000 euro suurust lisakulu saarlastele.

Juhtimine

SA Tallinna Haigla Arendus juhatusele on palju soovijaid

TALLINN SA Tallinna Haigla Arendus juhatuse liikmeks kandideeris mitukümme huvilist. Täpsemalt oli sooviavaldusi 34. Tallinna linnakantsler Kairi Vaher ütles, et kandidaatide hindamisel liigutakse tõenäoliselt mitmes voorus ja otsus loodetakse teha aprilli keskel. Tallinna haigla meditsiinilinnaku rajamist planeeriv, arendav ja korraldav SA Tallinna Haigla Arendus kuulutas konkursi välja praeguse juhatuse ametist lahkumise tõttu mais.

Kollektiivlepe

Meedikud peavad leppima väiksema palgatõusuga

EESTI Sügisel palgatõusu nimel vaidlema asunud meedikutel tuleb tänavu leppida loodetust märksa väiksema palgatõusuga. Kui läbirääkimiste alguses ütles tervisekassa, et tõusuks raha pole, siis nüüdseks on lisamiljonid leitud. Palgaläbirääkimiste eel ütles arstide esindaja Katrin Rehe- maa, et meedikute palk peaks tõusma sama palju kui riigikogulaste oma. Möödunud nädalal tehtud valitsuse otsus aga annab tervisekassale võimaluse meedikute palka tõsta 1,5 protsenti, kirjutas ERR. Kuigi palgatõusu protsent on väike, kulub selle väljamaksmiseks 12,2 miljonit eurot. Haiglate liidu juhi Urmas Sule sõnul on kindel plaan kokkuleppele jõuda 1. aprilliks: selle aasta kokkulepe on teenuste hinnakirjaga kinnitatud, järgmise aasta palgatõusu rahastamise detailides tuleb aga veel kokku leppida.

Arstiharidus

Kiirendati perearstiks saamise ettevalmistust

TARTU Ülikooli senati kinnitatud residentuuri eeskirja muudatus võimaldab pere- meditsiini erialal arvestada ka enne arst- residentideks vastuvõtmist omandatud töökogemust. Varasem töökogemus lubab residentuuri kiiremini lõpetada.



meditsiiniuudised@aripaev.ee

Peatoimetaja:

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

Toimetus:

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

Reklaam:

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

Tellimine ja levi:

med@aripaev.ee
tel 667 0100

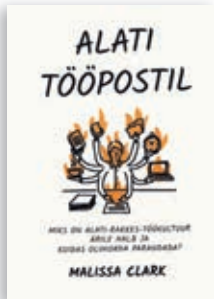
Tellimine internetis:

https://pood.aripaev.ee
Valida on täispakett koos paberle-
hega ja veebipakett**Trükk:** AS Printall
Väljaandja: **AS Äripäev**

KASULIK

Töösõltuvus

Töösõltuvus ei pruugi üldse väljenduda töötundide arvus. See on kõhus keerav tunne, mis ütleb sulle, et sa ei tohi puhata, et sa peaksid kogu aeg töötama. Töösõltuvus tähendab ka süü-
tunnet ja ärevust, mis tekivad siis, kui sa parasjagu ei tööta ja mis sunnivad vastama e-kirjadele omast vabast ajast. See kõik on vägagi tuttav tervishoiutöötajatele. Malissa Clark käsitleb raamatus töösõltuvust laiemalt. Kirjastus Äripäev, 200 lk, 2024. <https://pood.aripaev.ee/raamatud-alati-toopostil>



Arvamus:

Miks me vaikime, kui peaksime rääkima?



Priit Tohver

Põhja-Eesti regionaalhaigla

30. oktoobril 2024, paar päeva enne vastutuskindlustusseaduse jõustumist, seisin ma regionaalhaigla suure saali ees. Ma olin ärev. Päev varem kajastas ERR lugu, et meie majas opereeris väidetavalt ebaadekvaatses olekus kirurg. Ma olin seal, et rääkida, mida uus seadus meile toob. Ma ei saanud jätta loost rääkimata.

“On inimesi, kes näitavad näpuga operatsioonimeeskonna peale ja küsivad: “Miks te varem ei reageerinud? Miks te lasite sel inimesel nii kaua lõigata?”” alustasin ma. “Nendele inimestele tahan öelda, et nad ei tea, millest räägivad.”

Teisisõnu, vähesed mõistavad, milline isiklik risk on praeguses tervishoius kolleegi mistahes möödalaskmisele tähelepanu juhtida.

Selmet eeldada sellist eneseületust meie tervishoiutöötajatelt, peame organisatsioonide ja riigina järjepidevalt kasvatama psühholoogilist turvalisust, kui soovime edendada patsiendihutust. Alternatiiv on vaikus.

Kaks põhjust vaikimiseks

On laias laastus kaks põhjust, miks me patsiendihutuse kaitsmise asemel vaikime. Ühest neist kirjutasin pikalt “Lahkumisintervjuus” ja see on toksiline töökultuur. Lühidalt: kui igapäevases suhtluses kogetakse sõimu või muul viisil lugupeetamatut kohtlemist, muutub ühel hetkel hirm kedagi potentsiaalsetest ohtudest teavitada suuremaks hirmust kahjustada patsienti.

Paljud on hiljem öelnud, et neile ei meeldi termin “toksiline töökultuur”. Hüva, nimetagem seda puudulikuks patsiendihutuskultuuriks organisatsioonis. Ja nagu ma kirjutasin “Lahkumisintervjuus” ning kõikides sellele järgnevates artiklites: selle likvideerimisel on jame otsjuhtide käes.

Teist põhjust, miks patsiendihutuse kaitsmise asemel vaikitakse, kutsun ma puudulikuks patsiendihutuskultuuriks riigis. Uuringud näitavad, et kui tervishoiutöötaja põhjustab patsiendihutusjuhtumi, võib sellele järgneda allakäiguspiraal, mis viib uute eksimusteni. Ainus, mis päästab, on juhtumist rääkimine.

Pikalt ei olnud see Eesti tervishoius

võimalik. Ma mäletan eredalt esimest raske juhtumit, millega haiglas kokku puutusin. Lähedased soovisid ravimeeskonnaga rääkida. Ravimeeskond soovis lähedastega rääkida. Ent kui ma meeskonnaruumis ringi vaatasin, vaatas mulle vastu ainult hirm.

“Ütle võimalikult vähe,” nõustas üks kogenud töötaja. “Kõike, mida sa ütled, võidakse sinu vastu kasutada!” Nagu poliitsemärulis.

Seejuures oli selge, et selline varjamine ei aita kedagi. See ei aita lähedastel juhtunuga rahu teha ega personalil juhtumit seedida. Ammugi ei aita see juhtumist õppida. Küll aga avab see ületamatu kuristiku perekonna ja tervishoiutöötaja vahel, mis rõhub mõlemat.

Hirm tuleb ennetada

Ent see hirm oli mõistetav. Toonane õigusruum lubas igat tervishoiutöötajat kriminaalkorras süüdi mõista ettevaatamatusest surma või raske tervisekahju põhjustamises. Kohustuslik vastutuskindlustus oli suur samm edasi riikliku patsiendihutuskultuuri parandamises, sest võimaldas lõpetada kriminaalmenetluse tervishoiutöötaja vastu, kui ta kahjujuhtumist teavitab. Nõnda pääseme allakäiguspiraalist ja mis olulisem: soodustame pidevat õppimist patsiendihutuse parendamiseks. Ning valdav osa patsiendihutusprobleemidest nõuavad õppimist, et neid püsivalt paremini ennetada.

Nõnda oli ka 2018. aastal, mil regionaalhaigla töötajad viisid läbi auditi, sest neile valmistas muret eesnäärme kiiritusravi käigus saadud tüsistuste arv. Nad viisid selle auditi põhjal ellu parendusi, mis järjepanu koos tehnoloogilise võimekuse paranemisega need tüsistused elimineerisid. 2025. aastal esitati aga nendele töötajatele kriminaalsüüdistus nende oma õppevahendi alusel. Säärast õppimist asitõendina kasutavat lähenemist pidi vastutuskindlustussüsteem ära hoidma, aga nii on ja praeguseks otsustab tõe üle kohus. Jääb üle loota, et praegu toimuv on vaid ajutine tagasilangus teel järjest avatuma ja õpivama patsiendihutuskultuuri poole.

Loodame olla teel parema patsiendihutuse kultuuri poole.

regionaalhaigla.ee



Ootame Regionaalhaiglasse psühhiaatrikliiniku ülemarst-juhatajat,

kellel on kogemust, ambitsiooni ja tahet koostöö kaudu tagada eriala valdkondade kõrge kvaliteet ja areng

Pakume:

- arendavat töökogemust multiprofessionaalses ja ambitsioonikas organisatsioonis
- tihedat koostööd oma ala liidritega nii Regionaalhaiglas, Eestis kui rahvusvahelisel tasandil
- kõrgetasemelist meeskonda
- võimalust uues planeeritavas ravikorpuses Mustamäel muuta ravi- ja töötingimused kaasaegsemaks
- konkurentsivõimelist töötasu

Ootame:

- innovatsioonimeelsust ja valmisolekut väljakutseteks
- laitmatut ja edukat töökogemust psühhiaatrina
- meeskonna ja protsesside juhtimise kogemust
- tasakaalukat suhtlemisoskust ja koostööle orienteeritust
- algatus- ja otsustusvõimet
- kasuks tuleb teaduskraad

Psühhiaatrikliiniku ülemarst-juhatajana on Sinu ülesanne:

- vastutada kliiniku ravikvaliteedi, efektiivse töökorralduse ning eelarve planeerimise ja täitmise eest
- olla kompetentne ja motiveeritud meeskonna arendaja ja eestvedaja
- olla ravitöö arendamises tugevaks partneriks haigla ülemarstile ja tema kliinikujuhatajatest meeskonnale

Psühhiaatrikliinikus töötab ligi 400 suure kliinilise kogemuse ja kvalifikatsiooniga spetsialisti – arstid, kliinilised psühholoogid, sotsiaaltöötajad ja vaimse tervise õed. Kliinik on tunnustatud eriala väljaõppebaas ja osutab 36% Eesti psühhiaatrilisest eriarstiabist, olles nii Eesti suurim psühhiaatrilist abi pakkuv raviasutus.

Oluline lisainfo:

- Kliiniku juhataja kohustused algavad 01.01.2026 ning on tähtajalised kuni viieks aastaks, kliiniku juhatajaga sõlmime tähtajatu töölepingu vanemarsti ametikohale
- Kandideerimiseks esita oma CV koos palgasoovi ja visiooniga psühhiaatrikliiniku arengute teemal (sealhulgas pakkuda välja viis võimalust kuidas muuta psühhiaatrikliinik atraktiivsemaks tööandjaks) hiljemalt **20. aprill 2025** e-posti aadressile cv@regionaalhaigla.ee
- Lisainfot** konkursi kohta jagab Regionaalhaigla ülemarst **dr Kristo Erikson** (e-posti aadressil Kristo.Erikson@regionaalhaigla.ee)

Regionaalhaigla

Anna oma panus Eesti meditsiini tulevikku



uudised



Me võtame need vahendid oma eelarve tervishoiukulude muudelt ridadelt.

Tervisekassa juhatuse liige Pille Banhard tervishoiutöötajate kollektiivleppesse leitud 1,5protsendilisest palgatõusukomponendist. mu.ee

Kadi Lambot: huvitavaid tegemisi Raplamaa haiglas jagub!

Margot Vent

margot.vent@aripaev.ee

Möödunud aasta oktoobrist Raplamaa haigla ravijuhil ametis olnud Kadi Lambot kinnitab oma töistest eesmärkidest rääkides, et huvitavaid tegemisi seal jagub. Samuti kiidab ta haigla meeskonna tahet ning suhtumist igapäevatöösse ja rolli.

Lamboti sõnul on tema kui ravijuhil ülesanne kindlustada maakonna elanikele kodulähedane kvaliteetne abi vastavalt üldhaigla profiilile. "Alustala on vajalik spetsialistide olemasolu, mis tähendab vajalikke värbamisi, aga ka kontsernisest koostööd Põhja-Eesti regionaalhaiglaga (PERH)."

"Teame ja oleme kõik kursis tööjõuprobleemidega, aga siin mängivad üha olulisemat rolli töökeskkond ja -kultuur



Ravijuht Kadi Lambot.

FOTO: ANDRAS KRALLA

ning koostöö. Julgen väita, et inimesed tahavad Raplamaa haiglas töötada, muu hulgas on rõõmustav nooremate spetsialistide huvi ja valmisolek maakonnahaiglas töötamiseks.

Inimeste soovid ja huvid tööelu eri etappides muutuvad ning üha enam suureneb huvi töötada osalise koormusega, mis väiksematele haiglatele tihti sobib. Rapla eelis on kindlasti Tallinna lähedus," rääkis ta.

Olulised on koostöö ja infovahetus

Lamboti hinnangul on väikehaiglas tänapäeva nõudmiste taustal keeruline üksi hakkama saada – üha olulisemaks muutub koostöö ja selles peituvad arenguvõimalused. "Positiivne kogemus on olnud näha, et koostöötahe ei ole mitte ainult tütarhaiglatel, vaid ka PERHi eri tasandid on aktiivsed ja toetavad läbi eri pro-

jektide ning igapäevaste koostöövõrgustike loomise."

Tema kinnitusel on oluline ka jätkuvalt tihendada maakonnasisest infovahetust ning koos esmatasandi ja sotsiaalse valdkonna inimestega läbi mõelda patiensendi teekonnad.

Renoveerimisprojektid käsil

"Oleme algust teinud ka mitme renoveerimisprojektiga. "Just sai uue näo ja senisest paremad töötingimused meie EMO. Järge ootavad operatsiooniploki, endoskoopiaüksuse ja osa vastuvõtukabinettide renoveerimine. Eelmisel aastal avasime hospiitsvoodid, nüüd laiendame seda valdkonda koos meeskonnaga veelgi," selgitas Lambot.

Rapla haigla sai mullu ka uue juhataja, Piret Selli, kes on ühtlasi järelelavi keskuse juhataja-ülemarst.

REUMA-foorum

08.05.2025

Tartu V Spa hotell & Konverentsikeskus ja veeb

SIHTGRUPP:

reumatoloogid, perearstid, taastusarstid jt arstid, õed, tervisespetsialistid, tegevusterapeudid, füsioterapeudid, reumaliidu esindajad

Soodushinnad kuni 20.04.25!

pood.aripaev.ee/konverentsid-reumafoorum-2025

Nii saali- kui ka veebipiletite ostjatel on võimalik konverentsi 1 kuu jooksul järele vaadata.

Konverentsil osalemine annab täiendkoolituspunkte. Punktid akrediteerib Eesti Reumatoloogia Selts, tunnistuse väljastajaks on Meditsiiniuudised.

TEEMAD:

- Osteoporoosi uus ravijuhend
- Eakad ja osteoporoos
- Glükokortikoidindutseeritud osteoporoos
- Osteoporoos naistearsti pilgu läbi
- Osteoporoos ja hammaste väljalangemine
- Osteoporoosi grupi füsioteraapia PERHi näitel, harjutused osteoporoosi vältimiseks
- Täiskasvanute toitumine
- Kuidas toetada inimest iseennast paremini toetama?
- Osteoporoosi grupi füsioteraapia Dorpati kogemus.
- Kukkumiste ennetuste program

Info: Karin Tamm, Meditsiiniuudiste sündmuste juht, tel +372 513 8862, karin.tamm@aripaev.ee
Sponsorpaketid: Maarja Kõrv, Meditsiiniuudiste meditsiini-meedia müügijuht, tel +372 525 7708, maarja.korv@aripaev.ee



KORRALDAJAD

EESTI REUMALIIT

Eesti Reumatoloogia Selts
Estonian Society for Rheumatology

MEDITSIIINI-KONVERENTSID

82%

RINNAVÄHI sõeluuringule kutsutuist osaleb Soomes sõeluuringus. Eestis osaleb analoogsel kutsel umbes 65% naistest. Soomes plaanitakse kutsutavate rühma laiendada nooremate poole, et vanusevahemik jääks 46–75 eluaasta vahele.



Ravikuur viib muuseumisse

ŠVEITSI arstid kirjutavad pilootprojekti käigus vaimse tervise ja krooniliste haigustega patsientide probleemide leevendamiseks neile välja jalutus- käike parkides, kunstigaleriides ja muuseumides.

EMO saatekirja asemel sisuline triaaz ja patsiendi nõustamine

Kadi Heinsalu

kadi.heinsalu@aripaev.ee

Tõstamaa perearst Madis Veskimägi arutleb, kas patsient peaks EMOsse pääsma vaid kiirabi või perearsti saatekirjaga.

Eesti Ekspressis ilmus veebruaris artikkel, kus Viljandi haigla erakorralise meditsiini ja sisehaiguste kliiniku juhataja Märt Põlluveer kirjutas, et EMOsse peaks pääsma vaid kiirabi või perearsti saatekirjaga. Ta põhjendas seda sellega, et paljud pöördumised on mittevajalikud ning perearstid ja õed suudaksid paljusid juhtumeid ise lahendada. Samuti kritiseeris ta Eesti arstiõpet, kuna liiga varane spetsialiseerumine piirab üldarstide oskusi. Põlluveer tõi välja, et näiteks Soomes oskavad üldarstid teha rohkem protseduure, näiteks haavu õmmelda.



Ükski normaalne patsient ei pöördunud EMOsse kergekäeliselt.

Madis Veskimägi

Madis Veskimägi kommenteerib perearstina:

EMO mitteerakorralisest testidest patsientidest tingitud ülekoormus on üldtuntud ja kahjuks süvenev probleem. Tunnustan doktor Põlluveeri püüdlusi olukorda korrastada: saatekiri on selles üks võimalus, sest patsiendi probleemi süvenev saatev arst suunab ta edasi uuringule, ambulatoorsele vastuvõtule või EMOsse.

Minu hinnangul ei pöördunud ükski normaalne patsient EMOsse kergekäeliselt. Samas iseloomustab EMOsse pöördumine meie meditsiinsüsteemi üldist korraldust ja teiste abi saamise võimaluste kättesaadavust. Näiteks on esmatasandi arstiabi üha halvemini kättesaadav ja vastu-

võtu 1–2nädalane ooteaeg tavaline. Perearsti tööjuhendis on kirjas, et ägeda seisundiga patsient peab saama vastuvõtule samal tööpäeval, ent on perearstikeskuseid, kus sellest alati kinni ei peeta.

Kõige halvem on olukord siis, kui patsient takerdub oma probleemiga kadalippu: aja saamine pererasti juurde, läbivaatus, uuringud, otsus edasiseks käsitluseks, vajadusel suunamine EMOsse, ooteaeg EMOs ja uuringud. Võib juhtuda, et EMOst suunatakse patsient tagasi perearsti. Oma osa võib siin olla ka raviasutuste vahelisel toksilisel õhustikul, mis võib kaasa tuua meditsiinilise ping-pongi, patsiendi kuhugi mujale põrgatamise. Rahvas jälgib meditsiinis toimuvat suure murega, mistõttu võidakse heituda ja enam abi mitte otsida. Meenub hiljutine

väga tõsine haigusjuht, kus noor inimene hakkas reede õhtul tundma süvenevat õhupuudust, koormustaluvuse langust ja tugevat väsimust. Ehkki lähedased soovitasid pöörduda EMOsse, ei soovinud ta EMOsse „päevaks istuma minna“. Kolmandal haiguspäeval noor suri ja lahangu leiiti massiivne kopsuarteri tromb.

EMO juurdepääsu tõkestamine, saatekirja nõue või visiiditasu võib kaasa tuua olukorra, kus patsiendid püüavad ise hakkama saada, mille tulemus võib olla tervise seisundi kiire halvenemine. Õigem oleks EMO sisuline ja kiire triaaz ning patsiendi nõustamine ja vajadusel edasi suunamine. Paralleelselt tuleb suurendada perearstikeskuste võimekust erakorraliste seisundite kiireks ja sisuliseks käsitluseks.

PEAVALU KONVERENTS

25.04.2025

Olümpia hotelli
konverentsikeskus
ja veeb

SIHTGRUPP: perearstid, lastearstid, lasteneuroloogid, neuroloogid, valuraviarstid, üldarstid, nina-kõrva-kurguarstid, pereõed, peavaluõed, proviisorid, farmatseudid jt meedikute huvilised.

TEEMAD

- Peavalude käsitlused EMOs
- Migreen ja depressioon
- Patsiendile mõeldud kaugteenused peavalu korral
- Füsioteraapia peavalude puhul
- Peavalud eakatel
- Menstruaal- ja perimenopausaalne migreen (välislektor prof Anne MacGregor, St Bartholomew's Hospital, London, Ühendkuningriik)
- Neuromodulatsioon/haigusjuhud

NB! Kava on täiendamisel!

Konverentsil osalemine annab täiendkoolituspunktid. Punktid akrediteerib Eesti Peavalu Selts, tunnistuse väljastab Meditsiiniuudised.



Info: Karin Tamm, Meditsiiniuudiste sündmuste juht, tel +372 513 8862, karin.tamm@aripaev.ee
Sponsorpaketid: Maarja Kõrv, Meditsiiniuudiste meditsiini-meedia müügi juht, tel +372 525 7708, maarja.korv@aripaev.ee

soodushind

119€
kuni 11.04!

Info ja piletid:
pood.aripaev.ee/
konverentsid-
peavalu-
konverents-2025

luubi all

Visiiditasu muutub aprillist osa patsientide jaoks kõrgemaks

Õigus, mitte kohustus

Ehkki ambulatoorse eriarstiabi visiiditasu küsimine on seadusega asutustele antav õigus, mitte kohustus, on aprillist tervisekassa tasutava teenuse visiiditasu tõusu ilmselt oodata nii riiklike tervishoiuteenuse osutajate (TTO) kui ka erapakkujate puhul.

Margot Vent

margot.vent@aripaev.ee

Tasu eesmärk on suunata kergekäliselt eriarsti vastuvõtule või EMOsse minejad perearsti või -õe juurde, samuti toob see juurde lisaraha, mida haiglad saavad kasutada näiteks üldkulude katmiseks või investeeringuteks.

Tervishoiuteenuse osutajal (TTO) on õigus ravikindlustatud inimeselt visiiditasu küsida tervisekassa tasutava teenuse eest. Viimati tõusis visiiditasu Eestis 2013. aastal – 3,2eurolt viiele eurole. Tänavu 1. aprillist tõuseb ambulatoorse eriarstiabi visiiditasu viielt 20 eurole. Viiele eurole jääb see ka edaspidi toimetulekutoetuse saajate, vähenenud töövõimega inimeste, alla 19aastastel lastel, lapseootel naistel ja alla aastaste laste emade, üle 63aastaste, töövõimetuse või vanaduspensioniga saajate ning töötute puhul.

Visiiditasu maksmist ei tohi nõuda, kui ambulatoorset eriarstiabi osutatakse raseduse või sünnituse tõttu. Kui ambulatoorse eriarstiabi osutaja jätab kindlustatud inimese jälgimisele või ravile ja vaja on korduvvastuvõtte, tohib visiiditasu küsida kord aastas. Samad visiiditasuga seotud õigused ja piirangud hakkavad kehtima ka füsioterapeudile, kliinilisele psühholoogile ja logopeedile, kui nad osutavad teenust pere- või eriarsti saatelkirja alusel.

Kas ka erapakkujad tõstavad tasu?

Kui arvestada riikliku arstiabi kohatise raske kättesaadavuse ning riiklike TTODE ja erapakkujate hinnavahe vähenemisega, võiks eeldada, et inimesed hakkavad enam eelistama tasulisi vastuvõtte. Seetõttu uurisime erakliinikutelt, kas ka nemad on mõelnud visiiditasu tõstmisele. Küsimustele vastasid Eesti suurima erahaigla, Fertilitas ASi tegevjuht doktor Lauri Maisvee, Meliva ASi juhatuse esimees Marja-Liisa Alop ja City tervisekliiniku juhataja Kadri Rõõmus. Teiste erapakkujate esindajad vastata ei soovinud, põhjendades seda ajapuuduse või veel pooleli olevate hinnastamise aruteludega.

Millal viimati visiiditasu tõstsite ja kas plaanite seda teha ka 1. aprillist, mil tõuseb riiklike TTODE visiiditasu?

Maisvee: Meie vaatasime oma hinnad viimati üle selle aasta 1. jaanuaril ja 1. aprillist me visiiditasu tõsta ei plaani. Tervisekassa liikmeid teenindatakse aprillist järjekorral alusel 20eurose visiiditasu eest (seal on tegelikult palju erisusi, sest osale patsientidest jääb kehtima viieeurose visiiditasu) ja tervisekassa teenuste loetelu ulatuses (günekoloogia, uroloogia, üldkirurgia, kõrva-nina-kurguhaiused ja taastusravi).

Alop: Tõstame aprillist tervisekassa rahastatavate vastuvõtude visiiditasu 20 euron, seda nii eriarsti kui ka hambaarsti vastuvõttudel. Visiiditasu jääb endiselt 5 euro juurde seaduses toodud patsiendigruppidel. Tervisekassa mitterahastatavate vastuvõtude edasise hinnakirja osas pole praegu midagi otsustatud.

Rõõmus: Meil ei ole tervisekassa lepingut, oleme ainult nende emakakaelavähi söeluuringu lepinguline partner. Visiiditasude tõstmise otsused sõltuvad paljudest teguritest, nt teenuse omahind, turu konkurents või patsientide maksevõime. Halduskulude tõusust lähtunud viimane hinnatõus oli 1. veebruaril, lähiajal hinnatõusu plaanis ei ole.

Milliseks hindate visiiditasu tõstmise mõju nii riiklike TTODE kui ka teie patsientide valikutele?

Maisvee: Eks see ole väga individuaalne. Kui hinnavahe riiklike TTODE ja erakliinikute vahel muutub väiksemaks, võib otsus valida tasuline vastuvõtt tulla kergemini, eriti siis, kui ooteaeg on poole lühem ja patsiendi mure suur.

Alop: Inimestele on igasugused hinnatõusud praeguses majanduslikus olukorras kindlasti keerulised, aga tervishoiuteenused on üldiselt vajaduspõhised: arsti poole pööratakse, kui vajadus tekib. Me ei usu, et visiiditasude tõstmine paneks patsiente erakliini-

Fertilitase tegevjuhi Lauri Maisvee sõnul nemad oma visiiditasu tõsta ei plaani, aga tervisekassa tasutavate teenuste eest küsitakse 20eurost visiiditasu.

FOTO: ERAKOGU



Tervisekassa
partnersuhete juht
Ergo Pallo

Visiiditasu muudatus mõjutab kokku 510 lepingupartnerit.

Tasub teada: Näiteid erakliinikute vastuvõtutasudest

Kliinik	ERIALA	TASU
City tervisekliinik	kardioloogi vastuvõtt	100€ (sisaldab vajadusel EKG uuringut)
	nahaarsti vastuvõtt	100€
	psühhiaatri vastuvõtt	160€
Confido	kardioloogi konsultatsioon	Tallinnas 130€ / Tartus 110€-120€
	nahaarsti konsultatsioon	Tallinnas 130€ / Tartus 120€
	psühhiaatri esmane konsultatsioon	Tallinnas 200€
Fertilitas	kardioloogi konsultatsioon	105€
	nahaarsti konsultatsioon	105€
	psühhiaatri vastuvõtt kuni 45 min/90 min	155€ / 195€
Medicum	kardioloogi vastuvõtt	Tallinna kesklinnas 105€ / Lasnamäel 85€
	nahaarsti vastuvõtt	Tallinna kesklinnas 105€ / Lasnamäel 90€
	psühhiaatri vastuvõtt	Tallinna kesklinnas 150€ /video teel 130€
Meliva	kardioloogi vastuvõtt	95€ (lisandub visiiditasu 15€)
	nahaarsti vastuvõtt	95€ (lisandub visiiditasu 15€)
	psühhiaatri esmane vastuvõtt 60 min	140€ (lisandub visiiditasu 15€)

Allikas: ettevõtete kodulehed

kuid eelistama. Hinnatõus on vajalik, et muutuv as majanduskeskkonnas patsientidele jätkuvalt parima kvaliteediga teenust pakkuda. Hinnasurve tervishoiusektoris on tugev: seda mõjutavad nii meie sisseostatavate teenuste ja kaupade hinnakirjades kajastuvad maksutõusud kui ka uued kohustused, nagu TTOde kohustuslik vastutuskindlustus.

Rõõmus: Riiklike TTOde visiiditasu tõstmine võib teatud elanikkonnale kujutada suurt probleemi, kuid samas aidata vähendada ebavajalike visiite.

Kui suur on teil visiiditasu praegu?

Maisvee: Visiiditasu oleneb sellest, kas tegu on tervisekassa lepingulise teenusega või mitte. Tasulise teenuse puhul sõltub hind arstist või spetsialistist.

Alop: Melivas algavad vastuvõtude hinnad 42 eurost, millele lisandub 15eurone visiiditasu.

Rõõmus: Meie kliinikus on keskmine visiiditasu sada eurot.

Mida arvate sellest, et HVA haiglad nn riiklike vastuvõtude kõrval kalleid tasulisi vastuvõtte pakuvad? Kas need ei võiks siiski jääda erapakkujatele?

Maisvee: HVA haiglate tasuliste teenuste pakkumine ei ole midagi uut – sel teemal on olnud päris palju diskussioone. Tegu ei ole HVA haiglate strateegilise eesmärgi, vaid pigem lisateenimise võimalusega. Arvan, et eravastuvõttude võiksid jääda erapakkujatele.

Alop: HVA haiglate tasulised vastuvõttud on selge märk sellest, et nõudlus terviseteenuste järele on turul oluliselt suurem, kui on võimalik riiklikult rahastatud vastuvõttudena pakkuda. Tähtis on, et nii erakui ka riiklikud teenusepakujad tegutseksid läbipaistvate ja õiglast konkurentsi tagavate põhimõtete alusel.

Rõõmus: See on keeruline ja valus küsimus. Riiklikel haiglatel on juurdepääs maksumaksja rahaga finantseeritud infrastruktuurile, mis annab neile eelise erameditisiinis ees. Eravastuvõtte tehakse riiklikes haiglates samades ruumides, sama tehnika ja ressurssidega. Eraettevõtted peavad aga kõik need investeeringud tegema oma vahendite ja laenu abil.

Tegevuslubade andmisel kehtivad kõigile samad kriteeriumid, ning ausa konkurentsi tagamiseks peaksid eravastuvõttude siiski jääma eraettevõtetele. Riiklikud haiglad peaksid keskenduma oma põhifunktsioonile – kvaliteetse ja kättesaadava arstiabi pakkumisele kõigile.

Ausa konkurentsi nimel peaksid eravastuvõttude jääda erakliinikutele.

Kadri Rõõmus

Visiiditasu küsimine õigus, mitte kohustus

Uurisime visiiditasu tõstmise puutuva kohta ka tervisekassa partnersuhete juht Ergo Pallolt ja saime teada, et visiiditasu küsimine on ravikindlustuse seadusega asutusele antav õigus, mitte kohustus.

„Seaduse kohaselt ei tohi visiiditasu nõuda erakorralise vältimatu arstiabi eest, kui sellele järgneb vahetult haiglaravi; koduviisi eest rasedalt ja alla kaheaastaselt kindlustatud isikult; arstiabi osutamise eest seoses raseduse või sünnitusega; asutusesisesel suunamisel teise arsti ja tervishoiutöötajaga võrdustatud spetsialisti juurde; arsti suunamisel teise sama eriala arsti juurde (sh teise raviasutusse suunamisel) ning uuesti 365 päeva jooksul, kui arst jätab patsiendi enda jälgimisele või ravile,“ toi ta näiteid.

Kui suurt hulka TTOsid ja patsiente visiiditasu tõus puudutab?

Visiiditasu muudatus mõjutab 12. märtsi seisuga kokku 510 lepingupartnerit (haiglavõrgu arengukava haiglad, eriarstiabi ja õenduse hankepartnerid, laste hambaravi partnerid ning iseseisvalt töötavad füsioterapeudid, kliinilised psühholoogid ja logopeedid).

Millise summa visiiditasu seni aastast TTOdele toonud on? Millise summa hinnatõus aastast juurde tooks?

Tervisekassal ei ole paraku statistikat selle kohta, millise summa visiiditasu seni näiteks aastast TTOdele toonud ja milleks seda peamiselt kasutatud on – seda peaks küsima TTOdelt.

Seaduseelnõu seletuskirja kohaselt prognoositakse visiiditasu tõustes tulu kasvu 8,8 miljoni euro võrra aastast (2025. aastal 6,6 miljonit eurot, sest seadus rakendub alates 01.04.2025, toim).

Millistelt erialadelt visiiditasu tõus enim koormust ära võtta võiks? Kas see ei või liigset koormust tekitada kohati niigi ülekoormatud esmatasandile?

Visiiditasu tõstmise üks prognoositud ja oodatud tagajärg on see, et inimene pöördu oma lihtsama tervisemurega erakorralise meditsiini osakonna asemel perearsti või õe poole, sest perearstiabi on visiiditasuta.

Koormus esmatasandile võib küll tõusta, kuid perearstiabis on hea töökorraldus ehk vastuvõttueelne konsultatsioon telefoni või digiplatvormi teel, ödede iseseisvad vastuvõttud ning muud kasulikud digilahendused, nagu patsiendipõhine otsusetugi, ravimiskeem tervisejuhtimise töölaual ja andmevaatur.

Tervisekassa näeb patsiendi raviteekonna esmatasandist alguse saamist positiivse arenguna.

Soome näide Palaviku tõttu eraarsti poole pöördunud helsingilane sai arvet nähes šoki

Soomes Helsingis elaval mehel tekkisid veebruaris tugev nohu, köha ja kõrge palavik. Kuna palavik nädala jooksul alla ei läinud, pöördus ta kiire abi saamise lootuses Terveystalosse, kus oli varasemalt ka töötervishoiuarsti juures käinud. Arvet nähes sai mees aga šoki.

Kindlustust mehel polnud, ent heal järjel pensionärina oli ta nõus kiire abi eest midagi maksma. Samas nii suurt arvet ta ette näha ei osanud, kirjutas Helsingin Sanomat.

Kokku läks 850 eurot

Pühapäeva õhtul oma sümptomitest Terveystalo veebilehe vestlusaknasse kirjutanud mehel soovitati arsti poole pöörduda (vestluse eest tuli maksta 52,70 eurot).

Ettevõtte Kamppi esinduses mehe läbi vaadanud arst määras kopsuröntgeni ja laborianalüüsid. Analüüsid tehtud, kuulis mees arstilt, et tal on A-gripp, mistõttu tuleb võtta rõgalahtistit ja puhata. Registratuuris selgus, et kokku tuleb abi saamise eest tasuda 715,50 eurot.

Järgmisel hommikul helistas mehele teine Terveystalo arst sooviga eelmise õhtu analüüsitulemused üle seletada ja kinnitas, et kuna seda juba korra tehti, siis selle eest arvet ei esitata. Ometi ilmus mehe kontole kaugkonsultatsiooni eest veel 81,20 euro suurune arve. Kokku läks diagnoosi saamine seega maksma 849,40 eurot.

Hinnatõus oli mullu kiire

Terveystalo esindaja ütles ajalehele, et ettevõtte ei saa klientidega seonduvat kommenteerida, ent kliendile öeldakse tavaliselt aega broneerides hinnaproгноos, korraldatakse nende soovil vajadusel kaugkonsultatsioon ja uurin-gute hindadega saab tutvuda kodulehel.

Soomes sotsiaalkindlustusameti (KELA) andmeil tõusid Soome eraarstide visiitide hinnad eelmise aasta esimesel poolel kaks korda rohkem kui inflatsioon.

Kahtlustatakse, et osaliselt mõjutasid hinnatõusu ameti hüvitiste tõstmised.

Kroonilise neeruhaiguse patsienditeekond uueneb pidevalt

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Oluline on varajane sõelumine, täpne diagnoos ja patsiendi teadlikkus.

Kroonilise neeruhaiguse ravi ja patsienditeekonda puudutavatele küsimustele vastas Tartu ülikooli kliinikumi sisekliiniku vanemarst-õppejõud nefroloogia professor Mai Rosenberg.

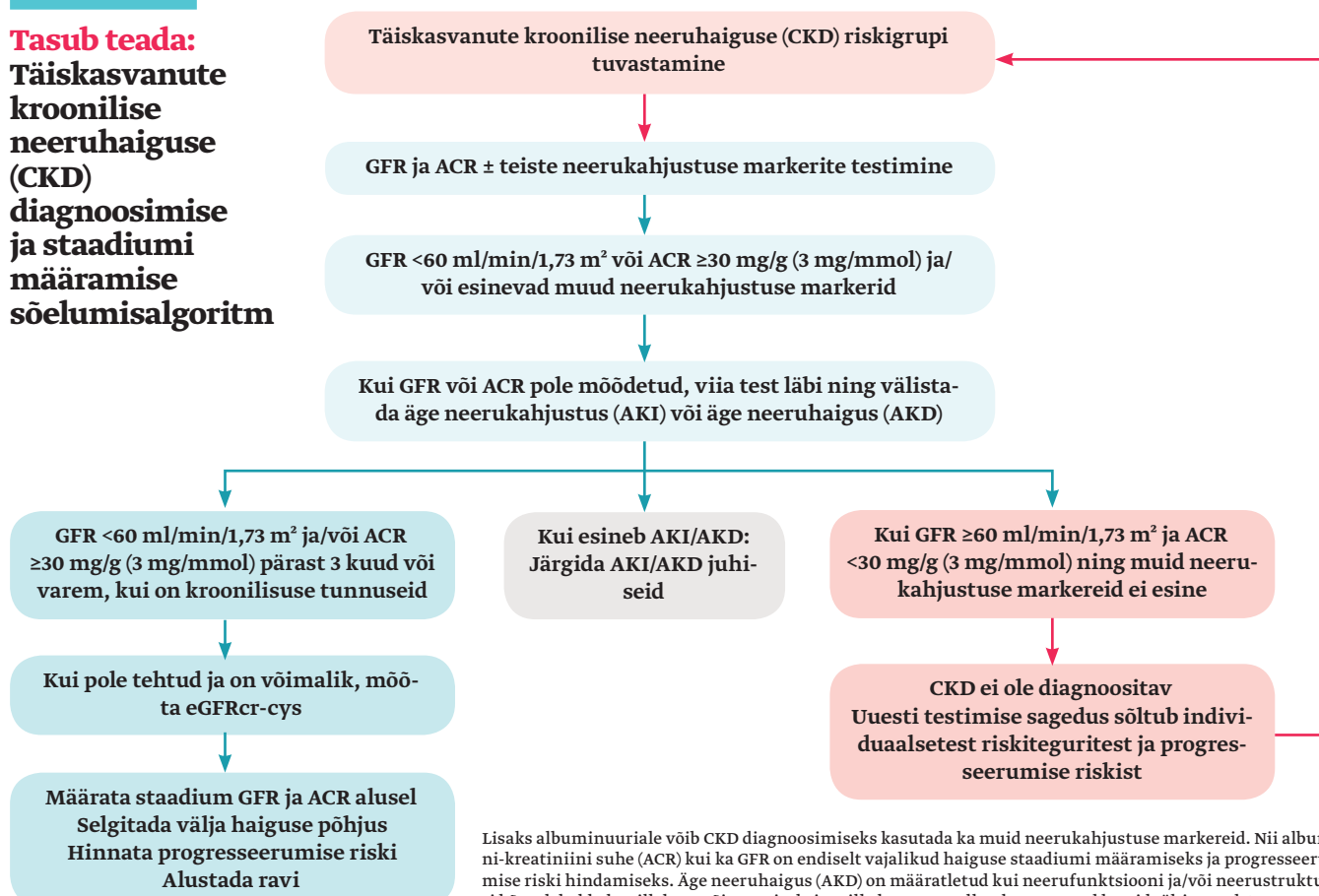
Kui hästi on meil krooniline neeruhaigus diagnoositud - piisavalt vara või on siin arenguruumi?

Kroonilise neeruhaiguse (KNH) levimus on kõrge ja seetõttu on see muutunud ülemaailmseks tervishoiuprobleemiks. Kui arenenud maade epidemioloogilistes uuringutes on eri raskusastmega KNH levimust leitud ~10% maailma rahvastikust, siis meie KNH epidemioloogiline uuring (<https://eestiart.ee/kroonilise-neeruhaiguse-levimus-eesti-e-tervise-andmete-alusel/>) näitas, et kahjuks ei ole patsientide KNH diagnoos alati vormistatud ja seetõttu leidsime levimuseks Eestis 7,4%. Seega, saan praegu vastata, et arenguruumi on. Lülitasime uuringusse 2019. aasta andmed, ent praeguseks on kliinilises praktikas nii ambulatoorsete kui ka statsionaarsete patsientide jälgimisel näha, et korraliku KNH diagnoosi vormistamine järjest paraneb. Kindlasti ei piisa kaasajal vaid diagnoosi koodi märkimisest, vaid tuleb lisada ka KNH raskusaste ja albuminuuria aste. See võimaldab teisel arstil ja ka patsiendil endal aru saada, kui raske neeruhaigus hetkel on. Siinkohal tahaksin viidata KNH raskusastme tabelile, mis on ära toodud nii meditsiinitöötajatele kui ka eraldi patsientidele mõeldud ravijuhendites (2023) (<https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/250/kroonilise-neeruhaiguse-enetus-ja-kasitus-ajakohastatud>; <https://www.ravijuhend.ee/patsiendivarav/juhendid/251/kroonilise-neeruhaiguse-patsiendijuhend-2023>).

Kuidas olete rahul patsienditeekonnanaga? Mida tuleks paremaks muuta?

KNH patsienditeekond on hästi kirjeldatud ja praeguseks peaks küll olema raviarstidel küllalt hästi ka juba individuaalsetel patsientidel juhitud, kui järgitakse uuendatud KNH ravijuhendit, alustades KNH sõelumisest ja lõpetades progresseerumise ennetavate eri võimaluste valikuga. Jälle jõuame selleni, et raviarst peaks õigeaegselt panema diagnoosi ning informeerima patsienti võimalikust neerupuudulikkuse tekkest elukaare jooksul.

Tasub teada: Täiskasvanute kroonilise neeruhaiguse (CKD) diagnoosimise ja staadiumi määramise sõelumisalgoritm



Allikas: KDIGO CKD hindamise ja juhtimise juhised

Lisaks albuminuuriale võib CKD diagnoosimiseks kasutada ka muid neerukahjustuse markereid. Nii albumiini-kreatiini suhe (ACR) kui ka GFR on endiselt vajalikud haiguse staadiumi määramiseks ja progresseerumise riski hindamiseks. Äge neeruhaigus (AKD) on määratletud kui neerufunktsiooni ja/või neerustruktuuri kõrvalekalded, millel on mõju tervisele ja mille kestus on alla 3 kuu. Roosad kastid tähistavad CKD tuvastamist ja riskihindamist GFR ja ACR mõõtmiste põhjal. Sinised kastid tähistavad olukordi, kus CKD diagnoosi ei panda. Lisainfo: Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) kliinilised juhised AKI kohta.

Kahjuks kulgeb KNH sageli kaua oluliste kaebusteta ja mida noorem patsient, seda keerulisem võib olla „hea tervise juures“ kaebusteta patsienti motiveerida riskitegureid vältima või regulaarselt ravimeid võtma. KNH ja diabeediga kaasneva KNH rahvusvahelistes (KDIGO, Kidney Disease Improving Global Outcome) ravijuhendites rõhutatakse, et raviarst peaks iga 3-6 kuu tagant üle vaatama/küsima patsiendi riskitegurid (<https://kdigo.org/guidelines/ckd-evaluation-and-management/>).

Patsienditeekonnan juures peaks veel tähelepanu juhtima sellele, et iga seerumi kreatiniini taseme tõusu puhul ei saa kohe diagnoosida KNHd. Alati tuleb arvestada, et see võib olla ajutine tõus, näiteks äge neerukahjustus. Meie KNH ravijuhendis vastab sellele „Hea tava soovitus“ nr 23: „Kroonilise neeruhaigusega patsiendi ägeda haigestumise (nt infektsioon, müokardiinfarkt jt) korral või neeruhaiguse ägenemisel hinnake neerufunktsiooni (kreatiniin seerumis/plasmas, eGFR) dünaamikas.“ Veelgi enam,

tegemist võib hoopis olla ägeda neeruhaigusega (ingl k: *acute kidney diseases*), mille puhul on S-kreatiini taseme tõus kestnud üle seitsme päeva. Sellekohane praktiline soovitus on ära toodud KDIGO CKD ravijuhendis (2024): „Ärge eeldage kroonilisust eGFRi ja albumiini-kreatiini suhet ühe ebanormaalse taseme alusel, kuna leid võib olla hiljutise ägeda neerukahjustuse (AKI, *acute kidney injury*) või ägeda neeruhaiguse (AKD, *acute kidney disease*) tagajärg“ (Practice Point 1.1.3.2 <https://kdigo.org/guidelines/ckd-evaluation-and-management/>).

Kokkuvõtteks, mida peaks paremaks muutama:

- raviarstidel tuleb senisest veelgi hoolsamalt sõeluda riskiteguritega patsiente;
- patsiente tuleb informeerida KNH kulust ja ravivõimalustest;
- tuleb teha korduv neerufunktsiooni kontroll ägedate haiguste puhul, mil esineb seerumi kreatiniini taseme tõus;
- tuleb kursis olla uute/kaasaegsete ra-

vivõimalustega ning koostöös nefroloogiaga leida individuaalselt sobiv raviskeem.

Miks siis ikkagi ravijuhendit piisavalt ei jälgita?

Arvan, et tõenäoliselt paraneb ravijuhendite järgmine praegu pidevalt. Lisaks saame igapäevaselt e-konsultatsioone ning loodetavasti paraneb ka KNH diagnostika ja ravi järjepidevalt. Minu arvates on perearstid hästi kursis, kui vaatan saatekirju või olen rääkinud perearstidega suuliselt. Kindlasti on erinevaid perearste, kuid ma ei ütleks, et näen n-ö juurdunud rutiini ja/või ravijuhendite eiramist.

Olete öelnud, et KNH progresseerumise ennetamiseks on vaja rohkem ressursse. Milliseid?

Tõenäoliselt tuleb leida ressursse patsiendile riskitegurite teadvustamiseks, selgitamiseks ja käsitlemiseks. Seda kõike ei pea tegema arst - arvan, et kindlasti oleks vaja rohkem toitumise ja füüsilise aktiivsuse nõustajaid.

NR 1 SGLT2
inhibiitor
Eestis¹

alates 1. aprillist
UUS ja TÄIENDATUD
SOODUSTUS!*



✓ **UUS**
Krooniline neeruhaigus
75/90%



✓ **TÄIENDATUD**
2. tüüpi diabeet
75/90%



✓ **JÄTKUB**
Südamepuudulikkus
75/90%

Jardiance[®]
(empaglifloosiin)

3 NÄIDUSTUST, 3 SOODUSTUST!

Ei ole tegelik patsient.

*alates 01.04.2025 on ravimi väljakirjutamise tingimused: II tüüpi diabeedi (E11; E14) kombinatsioonraviks või monoraviks, kui metformiin on vastunäidustatud või kaasuvana esineb sümptomaatiline südamepuudulikkus või krooniline neeruhaigus. Kroonilise neeruhaiguse (N18) raviks patsiendile lisatuna standardravile (AKE-inhibiitor või ARB) või standardravi vastunäidustuse korral monoterapiana. Kroonilise südamepuudulikkuse (I50) raviks patsiendile, kes kuulub NYHA II-IV funktsionaalklassi, kellel ravikoostöö on hea ning kellel AKE-inhibiitor või ARB ja beetablokaatori kaksikravigil südamepuudulikkuse sümptomid endiselt püsivad või süvenevad. Soodusravimite muudatused alates 1.04.2025. www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimid

Viited: 1. Tervisekassa andmed 01.2024-12.2024. www.tervisekassa.ee

Retseptiravim. Ravimvorm: õhukese polümeerikattega tabletid. **Toimeaine sisaldus:** Üks tablett sisaldab 10 mg või 25 mg empaglifloosiini. **Ravimpreparaadi klassifikatsiooniline kuuluvus:** naatriumi-glükoosi kotransporter 2 (SGLT2) inhibiitor. **Pakendi suurus:** müügil on 30 tabletti ühes pakendis.

NÄIDUSTUSED:

2. tüüpi suhkurtõbi. Näidustatud ravile ebapiisavalt alluva 2. tüüpi suhkurtõve raviks täiskasvanud patsientidele ning 10-aastastele ja vanematele lastele lisaks dieedile ja füüsilisele koormusele:

- monoterapiana, kui metformiin ei sobi talumatuse tõttu;
- lisaks teistele diabeediravimitele.

Olemasolevaid uuringuandmeid kombinatsioonide ning toimete kohta vere glükoosisisalduse kontrollile, kardiovaskulaarsetele toimetele ja renaalsetele toimetele ning uuritud populatsioonide kohta vt ravimi omaduste kokkuvõttest lõigud 4.4, 4.5 ja 5.1.

Südamepuudulikkus. Näidustatud täiskasvanutele sümptomaatilise kroonilise südamepuudulikkuse raviks.

Krooniline neeruhaigus. Näidustatud täiskasvanutele kroonilise neeruhaiguse raviks.

ANNUSTAMINE:

2. tüüpi suhkurtõbi. Soovitav algannus on 10 mg empaglifloosiini üks kord öö-

päevas nii monoterapiat korral kui ka täiendava preparaadina kombinatsioonis teiste diabeediravimitega. Patsientidel, kes taluvad empaglifloosiini 10 mg annust üks kord ööpäevas ja kelle eGFR on ≥ 60 ml/min/1,73 m² ja kes vajavad paremat glükeemilist kontrolli, võib annust suurendada kuni 25 mg empaglifloosiini üks kord ööpäevas. Maksimaalne ööpäevane annus on 25 mg.

Südamepuudulikkus. Soovitav annus on 10 mg empaglifloosiini üks kord ööpäevas.

Krooniline neeruhaigus. Soovitav annus on 10 mg empaglifloosiini üks kord ööpäevas.

Kõik näidustused. Kui empaglifloosiini kasutatakse kombineeritult sulfonüüluurea või insuliiniga, võib kaaluda sulfonüüluurea või insuliini annuse vähendamist, et vähendada hüpotükeemia riski (vt ravimi omaduste kokkuvõttest lõigud 4.5 ja 4.8). Kui annus on vahele jäänud, tuleb see võtta niipea, kui see patsiendile meenub; samas, ühel päeval ei tohi võtta kahekordset annust.

Vastunäidustused: Ülitundlikkus toimeaine või ravimi omaduste kokkuvõttest lõigus 6.1 loetletud mis tahes abiainetes suhtes.

Täielik info kõrvaltoimetest, erihoiatustest ja ettevaatusabinõud kasutamisel on leitav ravimi omaduste kokkuvõttest:
Jardiance, INN-Empagliflozin (europa.eu)



Müügiloa hoidja: Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Saksamaa.

Müügiloa hoidja kohalik esindaja ja täiendav teave: Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG Eesti filiaal, Pärnu mnt 141, 11314 Tallinn, medicalinformationservice.TLL@boehringer-ingelheim.com.

Tähtsatel kõrvaltoimete kohta palume saata teade:
PV_local_Estonia@boehringer-ingelheim.com



**Boehringer
Ingelheim**

PC-EE-101217 03/2025

Soomes kasutatakse bariaatria puhul digitaalsed raviteekonda

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Toitmis- ja liikumisravi 2025. aasta konverentsil esines Helsingi ülikooli haigla (HUS) kliinilise toitumise üksuse peadietoloog Pia Nikander.

Bariaatriline kirurgia on tõhus ravi-meetod rasvumise ja sellega seotud krooniliste haiguste puhul, nagu II tüüpi diabeet, hüpertensioon ja uneapnoe. Operatsiooni edukus ei sõltu aga ainult kirurgilisest protseduurist, vaid ka preoperatiivsest ettevalmistusest ning operatsiooni-järgsest jälgimisest. HUSi kliinilise toitumise üksus on välja töötanud struktureeritud süsteemi, mis hõlmab nii patsiendi hindamist enne operatsiooni kui ka digitaalsete lahenduste abil toetatud pikaajalist järelravi.

Preoperatiivne hindamine ja toitumishindamine

Patsiendid, kes on suunatud bariaatrilise kirurgia hindamiseks, läbivad enne operatsiooni põhjaliku dietoloogilise hindamise. Kuna operatsiooniks sobivuse määramisel on oluline teada patsiendi toitumisharjumusi, varasemaid kaalulangevustkatseid, toitumuslikke riske ja elustiili, teeb dietoloog poolstruktureeritud intervjuu, mille käigus kogutakse kogu vajalik taustainfo.

Samal ajal tutvustatakse patsiendile ka operatsioonieelseid ja -järgseid toitumisharjumusi.

Dietoloogi hindamises sisalduvad:

- patsiendi söömiskäitumine ja harjumused, sealhulgas toitumise regulaarsus ja kvaliteet;
- emotsionaalse söömise ja liigsöömise sümptomid;
- alkoholi ja muude ainete tarvitamine, mis võivad mõjutada operatsiooni tulemusi;
- elustiiliga seotud faktorid, mis võivad kaasa aidata rasvumisele;
- varasemad konservatiivsed kaalulangetamise meetodid ja nende efektiivsus.

Patsiendi kogutud andmed sisestatakse CANDA patsiendiandmete süsteemi, et need oleksid kirurgidele ja endokrinoloogidele kergesti kättesaadavad. Kuna arsti esmane visiit kestab vaid 45 minutit, võimaldab dietoloogi hinnang arstil keskenduda konkreetsemalt raviplaanile, kuna vajalik info on juba eelnevalt saadaval.

Bariaatrilise kirurgia hindamisel võib sõltuvalt patsiendi seisundist käsitleda ka alternatiivseid ravivõimalusi. Kui patsiendil on operatsiooniga seotud riske või kui ta ei ole operatsiooniks valmis, soovitatakse kehakaalu langetamiseks alternatiivseid meetodeid.



Helsingi ülikooli haigla (HUS) kliinilise toitumise üksuse peadietoloog Pia Nikander.

FOTO: MEELI KÜTTIM

Operatsioonijärgne toitumisjuhend ja esmased visiidid

Pärast operatsiooni on esimene oluline samm 3-4 nädalat pärast operatsiooni toimuv järelkontroll dietoloogi juures. Selle visiidi eesmärk on hinnata, kuidas patsient kohaneb uue toitumismustriga, ning ennetada võimalikke operatsioonijärgseid komplikatsioone.

Visiidi käigus hinnatakse:

- patsiendi üldist taastumist ja operatsioonijärgseid sümptomeid;
- seedetgevust ja kõhuprobleeme, mis võivad tekkida pärast mao vähendamist;
- üldist enesetunnet ja energiataset;
- füüsilise aktiivsuse taset ja selle muutusi pärast operatsiooni;
- võimalikke väljakutseid, mis on seotud toitumisega, sealhulgas toidutalumus ja kehva toitainete omastamine.

Dietoloog hindab põhjalikult toitumist, analüüsides, kas patsient saab piisavalt valke, süsivesikuid, rasvu ja mikrotoitaineid. Arvesse võetakse ka patsiendi toidu tekstuur, einete sagedus, portsjoni suurus ja söömiskiirus. Lisaks jälgitakse patsiendi veetarbimist ning hindamisel kasutatakse ka keha koostise mõõtmisi.

Patsiendi toitainete omastamist jälgitakse struktureeritud süsteemi kaudu, kus diagnoos, kehakaalu muutus, ke-

ha koostise analüüs ning toitumise üksikasjad registreeritakse. Selline süsteem võimaldab arstidel ja dietoloogidel jälgida patsiendi arengut ühtse formaadi kaudu ning vajadusel kohandada tema raviplaani.

Kui patsiendil tekivad operatsioonijärgsed probleemid või toitumiskäitumise suunatakse ta vajadusel täiendavale konsultatsioonile.

Järgmine oluline visiit toimub kolm kuud pärast operatsiooni ja seejärel 12 kuu järel, mil patsienti jälgivad nii kirurg kui ka dietoloog.

Digitaalsed lahendused ja pikaajaline jälgimine

HUSis on kasutusele võetud digitaalne raviteekond, mis toetab patsiente kuus kuud enne operatsiooni ning 12 kuud pärast seda.

Raviteekonna eesmärk on pakkuda operatsioonieelseid ja -järgseid suuniseid, mis aitavad patsientidel paremini kohane da uue toitumise ja elustiiliga.

Nagu nimigi ütleb, on see raviteekond veebipõhine ning selle kaudu saavad patsiendid ligipääsu:

- operatsiooni ja toitumisega seotud teaduspõhisele informatsioonile;
- interaktiivsetele tööriistadele, seal-

hulgas videotele, infograafikutele ja harjutustele;

- individuaalsele juhendamisele, kus patsiendid saavad tagasisidet ja soovitusi oma toitumisharjumuste kohta.

See süsteem on osutunud väga tõhusaks – teadusuuringud on näidanud, et digitaalse ravitee läbinud patsientide tulemused on paremad kui ainult individuaalsetel arsti- ja dietoloogivisiitidel käinud patsientidel. Lisaks aitab digitaalne süsteem vähendada tervishoiuteenuste kasutamist 30% võrra, mis muudab selle tervishoiusüsteemi jaoks kulutõhusaks lahenduseks.

Süsteemi kaudu jälgitakse ka kaalulangust ja kehakoostise muutusi, mis võimaldab arstidel paremini hinnata patsiendi paranemist. Programm kestab kokku 52 nädalat, mis on jagatud nelja faasi: sissejuhatav, harjutav, stabiliseeriv ja lõppfaas. Igal etapil on kindlad eesmärgid ja ülesanded, mis toetavad patsiendi pikaajalist edu.

Järelkontroll ja pikaajaline monitooring

Operatsioonijärgne pikaajaline jälgimine läheb esimesel aastal pärast operatsiooni sujuvalt esmasandi tervishoiu vastutusalasse.

Kuigi patsientidel soovitatakse käia iga-aastastel kontrollidel, ei järgita seda soovitusi sageli järjekindlalt. Kuna patsiendid ei pruugi pärast esialgset järelkontrolli regulaarselt oma tervise seisundit jälgida, võivad toitainete puudujäägid ja kaalutõus jääda avastamata.

Üks peamine probleem on, et ainult 20-30% patsientidest jätkab digitaalsete tööriistade ja rakenduste kasutamist aasta pärast operatsiooni. See tähendab, et paljud patsiendid vajavad täiendavat motivatsiooni ja tuge, et pikaajaliselt säilitada operatsiooni tulemusi.

HUSi süsteem pakub ka alternatiivseid digitaalseid lahendusi, nagu *Smart Eating* programm, mis keskendub söömiskäitumise ja toitumiskäitumise parandamisele. See veebipõhine programm on loodud toetama patsiente nende toitumisvalikutest ning aitab ennetada kaalutõusu operatsioonijärgses faasis.

Struktureeritud toitumishindamine ja digitaalsete lahenduste kasutamine parandavad bariaatrilise kirurgia tulemusi. HUSi süsteem on näidanud, et preoperatiivne hindamine ja digitaalsed raviteed suurendavad patsientide teadlikkust ja toetavad pikaajalist kaalulangust. Kuigi pikaajaline jälgimine jääb esmasandi tervishoiu vastutusalasse, võimaldavad struktureeritud süsteemid ja digitaalsed lahendused pakkuda tõhusamat tuge nii patsientidele kui ka tervishoiutöötajatele.



Toeta oma tervist pärast maovähendusoperatsiooni



WLS Multivitamiinid

- WLS Forte kapslid/WLS Forte näritav tablett
maost möödajuhitav operatsioon (bypass)
- WLS Optimum kapslid/WLS Optimum näritav tablett
pikisuunaline reseksioon (sleeve)
- WLS Primo kapslid
mini-bypass operatsioon
- WLS Maximum kapslid - *malabsorbtiiused
revisioonoperatsioonid (biliopankreaatiline
diversioon/duodenal switch)*

Kaltsiumitabletid

- Kaltsium Forte Piparmünt/Apelsin närimistablett
kaltsiumtsitraat + D3-vitamiin
- Kaltsium Soft Chew pehme närimistablett vaarikas/sidrun
kaltsiumtsitraat + D3-vitamiin



Valgulisandid

- Pure Whey Protein valgulisand
naturaalne/maasika/vanilje
1 portsjon 30 g sisaldab 27 g valku



fitforme.ee



epood.surgitech.ee



<https://www.facebook.com/surgitech.tervisetooted>



Puukborrelioosi diagnoos ja ravi

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Konverentsil “Neuroloogia 2025” teigi puukborrelioosist ülevaate TÜ kliinikumi arst-õppejõud infektsioonhai-guste erialal Kerstin Aimla.

Puukborrelioos, tuntud ka kui Lyme'i tõbi, on maailmas üks levinumaid puukidega levivaid haigusi, mida põhjustab bakter *Borrelia burgdorferi*. Tegemist on zoonoosiga, mille peamised reservuaarid looduses on pisiimetajad, närilised ja linnud. Eestis levitavad haigust peamiselt puugiliigid *Ixodes ricinus* ja *Ixodes persulcatus*. Lyme'i tõbi on kõige sagedamini esinev puukidega leviv haigus Euroopas ja Põhja-Ameerikas. Puukborrelioos on multisüsteemne haigus, haigusesse nakatumiseks peab puuk olema nahale kinnitunud vähemalt 12-14 tundi.

Lyme'i tõbi jaguneb erinevateks staadiumiteks, millest varase lokaliseerunud vormi kõige tüüpilisem tunnus on migreeruv erüteem, mis esineb 60-80% juhtudest.

Staadiumid

Varane dissemineerunud Lyme'i tõbi ilmneb mõni nädal kuni kuus kuud pärast esmast infektsiooni. Harva võivad ilmne-da nahanähud, nagu borreelia lümfotsütoom või mitmed migreeruva erüteemi laigud erinevates nahapiirkondades. Sagedamini esinevad neuroloogilised sümptomid, eelkõige aseptiline meningiit või näonärvi halvatus, mõnikord võib neuroborrelioos avalduda ka radikuliidi või teiste kraniaalnärvide halvatusena ning harvem entsefaliidi või perifeerse neuriidina. Lyme'i artriit avaldub ühe või mitme suure liigese (enamasti põlve) haaratusena ja on alati asümmeetriline. Väga harva võib esineda Lyme'i kardiit või uveit.

Hilise dissemineerunud Lyme'i tõve puhul esineb ka akrodermatiit (*acrodermatitis chronica atrophicans*), mis on pikaajaline nahakahjustus või väga harva hiline neuroborrelioos, mis avaldub Lyme'i entsefalomüeliidina.

Borrelioosijärgne sündroom (kirjanduses *Post-Treatment Lyme Borreliosis Syndrome*) on immuunsüsteemi vahendatud seisund, mis võib püsida üle kuue kuu pärast adekvaatset antibiootikumravi. See avaldub lihas- ja liigesvalude, mõnikord pea-valude, neurokognitiivsete häirete ja väljendunud nõrkusega, mis võivad oluliselt mõjutada inimese elukvaliteeti. Kuigi antikehad püsivad positiivsena, ei ole selles staadiumis leitud elusaid mikroobe ning antibiootikumravist enam abi ei ole.

Kroonilist borrelioosi pole olemas

Enamik juhtudest, mida peetakse „krooniliseks borrelioosiks“, on tegelikult borrelioosijärgne sündroom või puudub objektiivne tõend selle kohta, et patsiendil on olnud *Borrelia burgdorferi* poolt põhjustatud infektsioon. See seisukoht põhineb

Tasub teada:

Lyme'i tõve diagnostika on sündroomipõhine

SÜNDROOM	JUHU DEFINITSIOON	VAJALIK LABORATOORNE TÕESTUS	TOETAV LABORATOORNE TÕESTUS
<i>Erythema migrans</i>	Laienev laik (≥5 cm diameetriga) +/- heledam keskosa. Selgelt piir-dunud servaga, tihti intensiivselt värvunud, ei ole kõrgem lööbeta piirkonnast.	Pole vajalik	<i>Borrelia burgdorferi</i> s.l PCR naha bioptaadist
<i>Borrelia</i> lümfotsütoom (harva)	Valutu sinakaspunane sõlm või naast, kõrvanibul, kõrvalestal, rinnanibul või skrootumil; sagedasem lastel.	Seerumis spetsiifilised IgG antikehad	Histoloogia. <i>Borrelia burgdorferi</i> s.l. PCR naha bioptaadist. Hiljuti esinenud või kaasuv EM
<i>Acrodermatitis chronica atrophicans</i>	Pikaajalised punased või sinakaspunased kolded, jäsemete si-rutuspindadel. Kolded muutuvad atroofiliseks, võimalik naha in-duratsioon ja fibroidnoodulid luu-listel väljavõlvumustel.	Seerumis spetsiifilised IgG antikehad	Histoloogia <i>Borrelia burgdorferi</i> s.l. PCR naha bioptaadist
Neuroborrelioos	Täiskasvanutel meningoradiku-liit või meningiit +/- näonärvi halvatus; harva entsefaliit, müe-liit; väga harva tserebraal-vas-kuliit. Lastel meningiit ja näonärvi hal-vatus.	Pleotsütoos, intratekaalsed antikehad, CSF/see-rumi antikehade indeks	<i>Borrelia burgdorferi</i> s.l PCR liikvorist. Hiljuti esinenud või kaasuv EM.
Lyme'i artriit	Retsidiveeruv või persisteeruv ühe või mitme suure liigese tur-se. Muud põhjused välistatud.	Seerumis spetsiifilised IgG antikehad	<i>Borrelia burgdorferi</i> s.l PCR süno-viaalvedelikust või koe aspiraadist.
Lyme'i kardiit (harva)	Äkki tekkinud AV juhtehäire (I-III), rütmihäire, mõnikord müo-kardiit või pankardiit. Muud põh-jused välistatud.	Seerumis spetsiifilised IgG antikehad	<i>Borrelia burgdorferi</i> s.l PCR endo-müokardi bioptaadist. Hiljuti esi-nenud või kaasuv EM ja/või neurobor-relioos
Silma manifestat-sioonid (harva)	Konjunktiviit, uveit, papilliit, episkleriit, keratiit	Seerumis spetsiifilised IgG antikehad	Hiljuti esinenud või kaasuvad PB sümptoomid. <i>Borrelia burgdorferi</i> s.l. PCR silmavedelikust.

Allikas. Kerstin Aimla

mitmel teadusuuringul ja infektsioonhai-guste ekspertide hinnangul.

Lyme'i tõve diagnostika on sündroo-mipõhine (laboratoorsed analüüsid on vaid abistavad), kindla sümptomaatika-ga patsientidel diagnoos kas kinnitatakse või välistatakse. Oluline on meeles pi-dada, et migreeruva erüteemi korral sero-loogiat ei tohi teha ja diagnoos pannakse kliinilise pildi alusel.

Seroloogiline diagnostika on kaheeta-piline: esmalt tehakse seroloogiline ana-lüüs ELISA või EIA meetodil, positiivse tule-muse korral kinnitatakse see immunob-loti ehk *Western blot* meetodiga. Immuuno-bloti tõlgendamisel ei piisa vaid positiiv-sest või negatiivsest tulemusest, oluline on kindlate valkude määramine, mis an-nab infot haiguse staadiumi kohta. IgM on positiivne, kui sisaldab OspC valku. IgG puhul VlsE ja OspC tekitab haiguse vara-ses staadiumis, hilisemas staadiumis li-sanduvad p100 ja p17/18 antigeenid.

Seroloogia võib sageli olla valepositiiv-ne (kehtib ka kõigi teiste infektsioonide puhul). Valepositiivsus võib olla seotud süüfilise, tsütomegaloviiruse, Epstein-Barri viiruse, *Mycoplasma pneumoniae* in-fektsioonide, positiivse reumatoidfaktori,

autoimmuunhaiguste või rasedusega. Se-rooloogiline vastus peab alati sobima klii-nilise pildiga. Kui patsiendil ei ole kaebu-si, ei ole seroloogiliste testide tegemine vajalik ning samuti ei ole vaja ainult po-sitiivse analüüsi tõttu määrata antibioo-tikumravi.

Neuroborrelioosi diagnoosimisel on oluline mõõdukas lümfotsütaarne pleot-sütoos, iseloomulik on liikvori valgusi-salduse tõus. Diagnoosi kinnitamiseks on oluline määrata intratekaalsed antikehad. Paralleelselt tuleb seroloogia määrata nii verest kui ka liikvorist, arvutada liikvori/seerumi antikehade indeks.

Ravi sõltub haiguse vormist

Lyme'i tõve ravikestus sõltub haiguse vormist. Valikpreparaat on doksütsük-liin 100mg x 2, alternatiiv amoksitsil-liin 500 mg x 3 14 (10-21) päeva. Disse-mineeritud vormide (artriit, kardiit, ak-rodermatiit jne) korral on samuti esma-valik doksütsükliin 100mg x 2, alter-natiiv amoksitsilliin 500mg x 3 või tse-furoksiim 500mg x 2, ravikuuri pikkus 21 (14-30) päeva.

Ka neuroborrelioosi puhul on valik-ravim doksütsükliin, kui aga patsient

on raskes seisundis ja ei saa suu kaudu ravimit võtta, on alternatiiv tseftriak-soon 2g x 1 ravi kestusega 21 (14-30) päe-va. Lastele on esmavalik amoksitsilliin 50mg/kg:3, alternatiiv doksütsükliin 4,4mg/kg:2 (<8a <21 päeva lubatud eran-dina kasutada). Rasedatele ja imetavatele emadele on sama skeem, mis täiskasvanu-tele, lubatud on kasutada ka doksütsüklii-ni. Makroliide peaks borrelioosi ravis väl-tima, kuna nendega on täheldatud ravi ebaõnnestumisi.

Ravitulemusi hinnatakse ainult kliini-liselt. Serooloogiat dünaamikas ei määrata, kuna antikehad võivad püsida aastaid pä-rast infektsiooni läbipõdemist.

Spetsiifilist profülaktikat Lyme'i tõ-ve vastu praegu ei ole. Puukide testimine *Borrelia* ega teiste nakkustekitajate suhtes ei ole soovitatav ega mõistlik, kuna see ei anna kliiniliselt kasulikku informatsioo-ni. Uuringud võimaliku vaktsiini välja-töötamiseks jätkuvad.

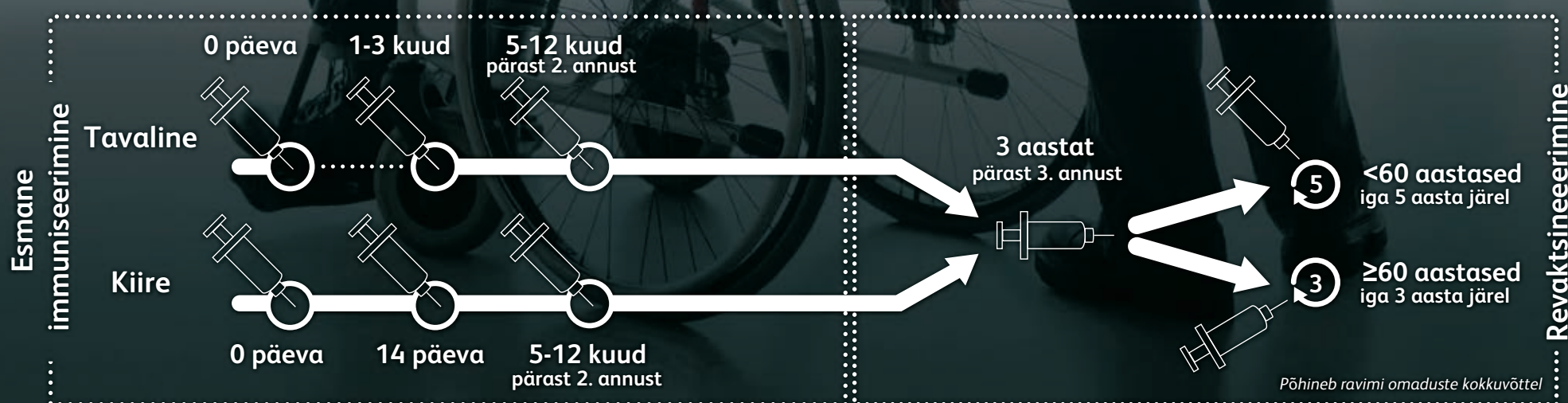
Lyme'i tõve ennetamiseks on oluline vältida puugihammustusi, kontrollida ke-ha pärast puugiohtlikus piirkonnas viibi-mist ja eemaldada puugid võimalikult kii-resti, kuna mida kauem puuk verd imeb, seda suurem on nakatumise tõenäosus.

Puugid on aktiivsed – vaktsineeri puukentsefaliidi vastu, ära lase haigusel patsiendi elu muuta



TICO vac

Puukentsefaliidi
vaktsiin
(inaktiveeritud
koguviirus)



TICOVAC 0,5 ml või TICOVAC 0,25 ml süstesuspensioon süstlis, puukentsefaliidi vaktsiin (inaktiveeritud koguviirus), N1. Retseptiravim.

TICOVAC 0,25 ml (inaktiveeritud puukentsefaliidi koguviirus) https://www.ravimiregister.ee/Data/SPC/SPC_1201598.pdf

TICOVAC 0,5 ml (inaktiveeritud puukentsefaliidi koguviirus) https://www.ravimiregister.ee/Data/SPC/SPC_1201677.pdf

Näidustused: Puukentsefaliidi vastane aktiivne (profülaktiline) immuniseerimine 1...15-aastastel lastel (0,25 ml) ja alates 16 aasta vanusest (0,5 ml). Vaktsiini manustamisel tuleb lähtuda kohalikest kehtivatest immuniseerimisjuhistest.

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

Täiendav teave müügiloa hoidja Eesti esindusest: Pfizer Luxembourg SARL Eesti filiaal, Tammsaare tee 47, tel: +372 666 7500. Ravimi omaduste kokkuvõte 10.2024. Märts 2025



Pearingluse diagnostika ja ravi esmatasandil toob väljakutseid

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Tartu ülikooli kliinikumi audioloogia kõrvalerialaga otorinolarüngoloog Pääsu Teder andis esmatasandi arstidele praktilise ülevaate pearingluse käsitlemisest. Keskenduti diagnostilistele meetoditele, ravivõimalustele ja rehabilitatsioonile.

Pearinglus on tavaline kaebus, mis võib tuleneda mitmetest erinevatest põhjustest ning mille diagnostika ja käsitlemine on sageli keeruline. Seetõttu on oluline mõista tasakaalusüsteemi füsioloogiat ning erinevate vestibulaarsete ja mittevestibulaarsete häirete põhjuseid ja avaldumist.

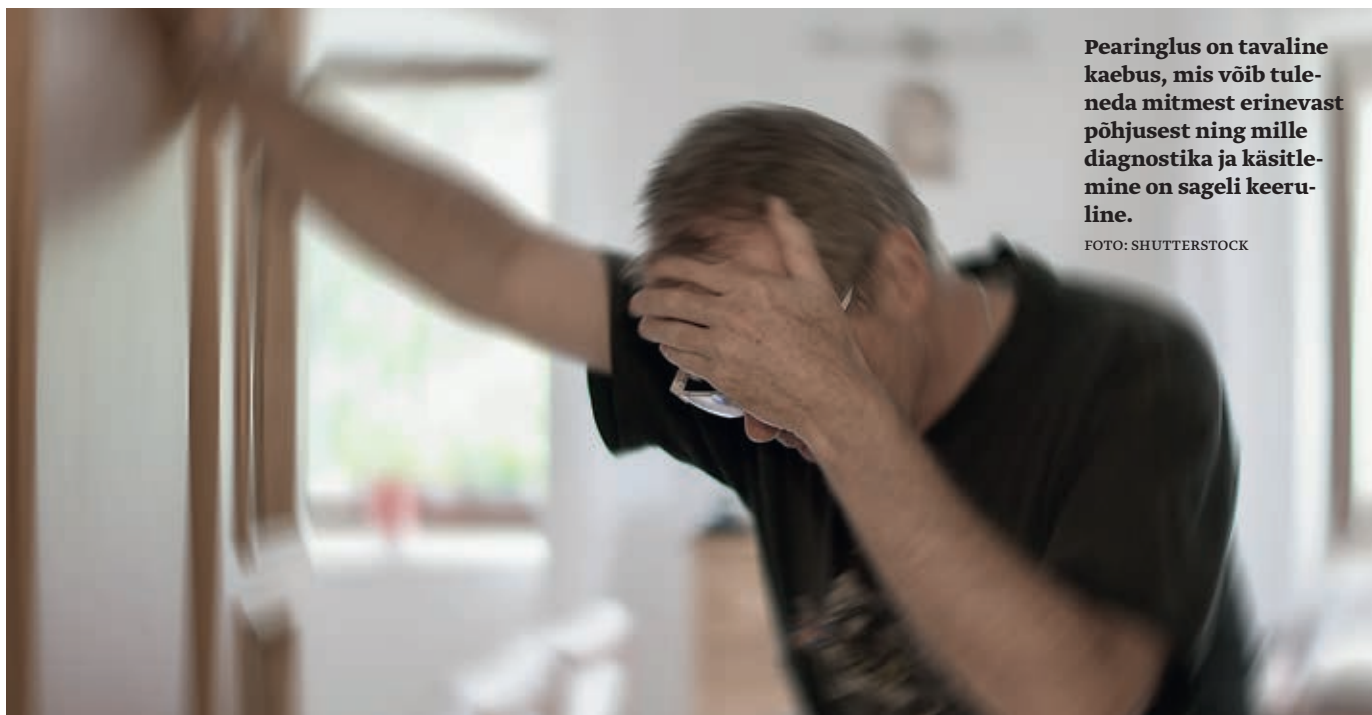
Tasakaal sõltub eri süsteemide, sealhulgas sisekõrva, nägemise, lihasluukonna, pinnatundlikkuse, propriotseptiooni ja kesknärvisüsteemi koostööst. Sisekõrvas asuvad tasakaaluelundid: poolringkanalid ja otoliidiorganid, mis tajuvad pea asendi muutusi ning kiirendusi. Need signaalid edastatakse kesknärvisüsteemile, kus neid töödeldakse ja integreeritakse muude sensorsete sisenditega. Kui selles süsteemis tekib häire, võib tulemuseks olla pearinglus, tasakaaluhäire või ebakindel kõnd.

Pearinglus võib patsiendi poolt olla kirjeldatud mitmeti: alates "pea uimasusest" ja "ebastabiilsusest" kuni tugeva karussellilaadse vertiigoni. Kaebuste täpsustamine ja põhjalik anamnees on olulised edasise testimise ja käsitlemise juhtimiseks. Esmalt tuleks selgitada, kas kaebused sobivad tõelisele vertiigole ning kas tegemist on kroonilise, episoodilise või ägeda vestibulaarse sündroomiga. Episoodilise vertiigo korral on vajalik eristada, kas episoodid tekivad juhuslikult või on seotud vallandavate tegurite, näiteks kehaasendi muutusega.

Põhjaliku tasakaaluanamneesi osaks on ka kõrvaga seotud ja kaasuvate neuroloogiliste sümptomite kohta küsitlemine. Kui kaebused on ajas muutunud, tuleks küsitleda iga episoodi kohta eraldi.

Eluohtlike seisundite välistamine

Esmatasandil pearinglusega tegeledes on oluline kõigepealt välistada eluohtlikud seisundid. Kui patsiendil esineb äge vestibulaarne sündroom (ÄVS), mille korral kestab äkitselt alanud püsiv tugev pearinglus üle 24 tunni, tuleks hinnata insuldi riski. Patsiendid pöörduvad enamasti esimesel ööpäeval, kui ajaline kriitrium veel täidetud pole, kuid kaebuste algus ja iseloom on sobivad. Insuldi ja sisekõrvahaiguse eristamiseks ÄVS korral tuleb teha HINTS testipaneel, mis on lihtsasti teostatav ja ei vaja eraldi varustust.



Pearinglus on tavaline kaebus, mis võib tuleneda mitmest erinevast põhjusest ning mille diagnostika ja käsitlemine on sageli keeruline.

FOTO: SHUTTERSTOCK

See koosneb nüstagmi hindamisest, pea impulsi testist ja kattetestist. Perifeerse vestibulaarse kahjustuse korral näeme patsiendil horisontaalsuunalist nüstagmi, mis ühes suunas vaadates tugevneb ja teisele poole vaatamisel nõrgeneb, pea impulsi testil liiguvad silmad peaga esialgu kaasa ja seejärel näeme korrigeerivat sakaadi, kattetestil korrigeerimist ei teki. Kui kasvõi üks kolmest testipaneeli osast annab mõne muu tulemuse nt esineb muud tüüpi nüstagm, pea impulsi testil ei ole nähtav korrigeerimine või on näha vertikaalset korrigeerimist kattetestil, siis on vajalik täpsem neuroloogiline hindamine ning vajadusel ka piltdiagnostika, kuna kaebused võivad olla insuldist vm tsentraalse põhjusega. Testipaneeli õppimiseks on hea kasutada videomaterjali, mis on ka veebist vabalt kättesaadav.

Vestibulaarsetest häiretest on esmatasandil sagedaseimad healoomuline paroksüsmaalne asendivertiigo (BPPV) ning vestibulaarne neuronii. Ménière'i tõve esineb harvem ning selle diagnoosini jõutakse üldiselt eriarsti vastuvõtul, kuna vajalik on teiste põhjuste hoolikas välistamine. BPPV tekib sisekõrvas otoliidiorganites asuvate kaltsiumkarbonaadi kristallide nihkumisest poolringkanalisse ning võib olla kergesti diagnoositav Dix-Hallpike'i manöövri abil. Positiivse testi korral on raviks Epley manööver, mis aitab kristalle poolringkanalist tagasi otoliitorganitesse suunata.

Vestibulaarse neuronii korral esineb äge pearinglus, mis võib kesta päevi, ning selle ravi keskendub sümptomaatilisele

Pearinglus ei pruugi alati olla tõsise haiguse tunnus, kuid selle õigeaegne hindamine ja ravi võib oluliselt parandada patsiendi elukvaliteeti

Pääsu Teder

toetamisele ning vestibulaarse rehabilitatsiooni harjutustele. Lisaks võib aidata taastumisele kaasa süsteemse hormoonravi kuur, juhul kui selleks pole vastunäidustusi ning riskid on patsiendile vastuvõetavad.

Migreeniga seotud vertiigo (vestibulaarmigreen) on samuti oluline ning aladiagnostitud pearingluse põhjus. Diagnoosimisel on anamnees ja vallandavate tegurite tuvastamine kriitilise tähtsusega. Migreeni korral võivad pearinglust esile kutsuda stress, unepuudus, dieediga seotud tegurid ja hormonaalsed muutused.

Tasakaaluharjutused on osa ravist

Raviprotsessis on oluline tasakaaluharjutuste varajane alustamine, sest need kiirendavad taastumist. Kuigi ägedas faasis võivad vestibulaarsed supressandid, nagu antihistamiinikumid või bensodiasepiinid, aidata sümptomeid leevendada, ei tohiks neid kasutada pikaajaliselt, sest need takistavad ajul tasakaalusüsteemi kohanemist. Samuti on oluline arvestada patsiendi psühholoogilisi tegureid, kuna ärevus ja depressioon võivad pearinglust oluliselt süvendada.

Multifaktoriaalse tasakaaluhäire korral on vaja hinnata kardiovaskulaarseid riskitegureid, süva- ja pinnatundlikkust (nt perifeerse neuropaatia korral), lihas-konna ja liigeste tööd ja nägemist. Kroonilise pearingluse korral on oluline kaasata ka rehabilitatsioonispetsialistid ja vajadusel suunata patsient edasi spetsialisti juurde.



Betaserc
beetahistiin



Annustamine: täiskasvanutele 24...48 mg
ööpäevas eraldi annusteks jaotatuna.

Näidustatud Ménière'i tõve ja vestibulaarse vertiigo sümptomaatiliseks raviks.

Betaserc® (beetahistiin) 24 mg tabletid N50.

Betaserc® (beetahistiin) 24 mg suus disperseeruvad tabletid N60.

Retseptiravim. INN. *Betahistinum*.

Näidustused: Ménière'i tõve sümptomaatiline ravi. Vestibulaarse vertiigo sümptomaatiline ravi.

Täielik teave on ravimi omaduste kokkuvõttes.

Müügiloa hoidja: Viatris SIA, Mūkusalas 101, Rīga, LV 1004, Lāti.

Viatris Healthcare Limited, Damastown Industrial Park, Mulhuddart, Dublin 15, DUBLIN, Iirimaa.

Tāiendav teave mūūgiloa hoidja Eesti esindusest: Viatris OÜ, Liivalaia 13, 10118 Tallinn.

ET-BET-2024-00004 12/2024



VIATRIS

ECCO'25 kongressil tutvustati haavandilise koliidi raviuudiseid

ECCO'25 kongress, mis toimus 19.–22. veebruaril 2025 Berliinis, pakkus põhjalikku programmi, hõlmates teaduslikke, hariduslikke ja ravimitööstuse sessioone. Kongressile esitati rekordilised 1534 abstrakti, mis kajastasid viimaseid teadusuuringuid ja kliinilisi edusamme põletikuliste soolehaiguste (IBD) valdkonnas. Pakuti ka olulisi teadmisi, mis aitavad parandada haavandilise koliidi patsientide ravi ja elukvaliteeti.

Üks olulisemaid uudiseid kongressil oli III faasi ASTRO uuring, mis käsitles Guselkumabi (IL-23p19 inhibiitor) efektiivsust haavandilise koliidi ravis. Guselkumabi 400 mg annusega saavutati uuringus märkimisväärselt kõrgem kliiniline remissiooni määr võrreldes platseeboga – tulemus oli 27,6% versus platseebo 6,5% ($P < 0,001$). Lisaks kliinilisele remissioonile täheldati Guselkumabiga olulisi paranemisi nii endoskoopilistes kui ka histoloogilistes tulemustes. Ravimi ohutusprofiil oli seejuures võrreldav platseeboga, mis tõstab selle ravimi atraktiivsust laiemale patsientide ringile ja annab arstidele kindlust selle kasutamiseks.

Ravimresistentsus

Uute ravivõimaluste kõrval käsitleti kongressil ka ravimresistentsuse teemat. Spatial Atlas Insights'i uuring rõhutas neutrofiilide rolli TNF-inhibiitorite resistentsuses UC patsientidel. Selle uuringu järgi ei mõjuta TNF-inhibiitorid piisavalt neutrofiilide põhjustatud põletikukoldeid, mis viib haiguse püsimisele ja raskendab ravi. Uuring soovitab kaaluda alternatiivseid ravistrateegiaid, mis oleksid suunatud just kaasasündinud immuunsüsteemi ja neutrofiilide kontrollimisele.

Olulise võrdlusuuringuna tutvustati ka EFFICACI uuringut, mis võrdles vedolizumabi ja infliksimabi patsientidel, kellel oli eelnevalt ebaõnnestunud anti-TNF ravi. Uuringus selgus, et vedolizumab on steroidivaba kliinilise remissiooni saavutamisel oluliselt efektiivsem, ulatudes 34,6%ni võrreldes infliksimabi 19,2%ga. Vedolizumab näitas ka paremaid tulemusi endoskoopilises paranemises, kinnitades selle eeliseid patsientide seas, kellel esimene TNF-inhibiitorite ravikuur ei olnud efektiivne. Mõlemal ravimil oli võrreldav kõrvaltoimete profiil, kuigi infliksimabiga esines rohkem tõsiseid ägenemisi.

Tähelepanu all olid ka haavandilise koliidi ravi laiemad mõjud. Soome uuringus, mis hõlmas üle 32 000 patsiendi, näidati kolektoomia riski märkimisväärselt langust pärast bioloogiliste ravimite kasutuselevõttu. Uuring tõi välja, et viie aasta kolektoomia risk vähenes bioloogilise ravi kasutuselevõtul 30%, rõhutades seega uu-



Haavandiline koliit on haigus, millele otsitakse pidevalt ravivõimalusi.

FOTO: SHUTTERSTOCK

te ravimeetodite ja varasema intensiivse ravi tähtsust haiguse haldamisel ja kirurgiliste sekkumiste vältimisel.

Mikrobiota roll

Kongressil räägiti ka mikrobiota rollist haavandilise koliidi ravis. Eraldi uuring keskendus *Bifidobacteriumi* liikide võimele pärssida *Candida albicansi* levikut haavandilise koliidi patsientide soolestikus. Leiti, et eriti liikidel *B. adolescentis* ja *B. longum* on tugev pärssiv mõju *Candida* levikule, aidates kaasa põletiku vähendamisele. Need tulemused viitavad, et mikrobiota tasakaalu taastamine võib olla tulevikus oluline ravistrateegia.

Mitte kõik uudsed lähenemised ei näidanud aga oodatud tulemusi. PROMOTE UC uuringu esialgsetes tulemustes selgus, et proaktiivne fekaalse kalprotektiini kodune jälgimine ei vähendanud märkimisväärselt haiguse ägenemisi. Ägenemised tekkisid 18 kuu jooksul umbes kolmandikul patsientidest, sõltumata sellest, kas jälgimine toimus proaktiivselt või tavapäraselt.

Uut lootust tõi aga RESTORE-IBD uuring, kus fekaalmikrobiota siirdamise (FMT) efektiivsust määras suuresti doonori ja retsiptiendi mikrobiota algseisun-

Soome uuringus, mis hõlmas üle 32 000 patsiendi, näidati kolektoomia riski märkimisväärselt langust pärast bioloogilise ravi kasutuselevõttu.

dite erinevus. Mida suurem see erinevus oli, seda efektiivsemaks osutus siirdamine. See tulemus rõhutab hoolika doonorivaliku tähtsust FMT edukuses.

Uudne ravimvorm

Lisaks traditsioonilistele ravimitele tutvustati kongressil uuenduslikku temperatuuritundlikku lipiidipõhist rektaalset geeli. Kehatemperatuuri mõjul aktiveeruv geel vabastab ravimeid pikaajaliselt ja ühtlaselt, vähendades samal ajal süsteemseid kõrvaltoimeid ja tõstes patsiendi mugavust.

Esitleti ka tehisintellektil põhinevat rakendust EndoUC, mis võimaldab objektiivselt ja kiiresti hinnata põletikulise koliidi aktiivsust endoskoopiliste uuringute käigus, mis võib muuta kliiniliste uuringute läbiviimise märksa efektiivsemaks ja täpsemaks.

Kokkuvõttes pakkus ECCO'25 kongress olulisi ja praktilisi teadmisi, mis aitavad täiustada haavandilise koliidi ravi ning toetavad patsientide paremat elukvaliteeti. Kongressi materjalidega saab täpsemalt tutvuda kongressi kodulehel <https://www.ecco-ibd.eu/publications/congress-abstracts.html>.

Meditsiiniuudised

IL-23p19 ANTAGONIST

heaks kiidetud mõõduka kuni raske aktiivse Crohni tõve ja haavandilise koliidi näidustusega^{1,2} täiskasvanud patsientidele

Haavandilise koliidi patsientidel:

Säilitas kliinilise remissiooni kuni 40. nädalani*

(mirikizumab 63,6% vs. platseebo 36,9%)^{1,3}

Sümptomite, sealhulgas roojapakitsuse, varane kontrolli alla saamine juba alates 2. nädalast¹

Mirikizumabi ja platseebo puhul on kõrvaltoimete esinemissagedus sarnane³



* 40. nädalal kliinilises remissioonis olevate patsientide osakaal patsientidest, kes olid kliinilises remissioonis 12. nädalal.

Viited:

1. Omvoh[®] (mirikizumab) ravimi omaduste kokkuvõtte, veebruar 2025. 2. Keam, Susan (2023). Mirikizumab: First Approval. Adis Journals. Veebipõhine allikas. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.23354510.v1>. 3. D'Haens, G. et al., Mirikizumab as Induction and Maintenance Therapy for Ulcerative Colitis, võrguväljaanne, N Engl J Med 2023; 388:2444–2455 DOI: 10.1056/NEJMoa2207940.

▼ Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelvalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. Kõrvaltoimetest teatamise kohta vt allpool. **Ravimi nimetus:** Omvoh (mirikizumab) 300 mg infusioonilahuse kontsentratsioon. Omvoh (mirikizumab) 100 mg süstelahus pen-süstlis. Omvoh (mirikizumab) 200 mg pen-süstlis. **Toimeaine:** mirikizumab. Omvoh (mirikizumab) 300 mg infusioonilahuse kontsentratsioon. Üks viaal sisaldab 300 mg mirikizumabi 15 ml lahuses (20 mg/ml). Pärast lahjendamist on lõplik kontsentratsioon ligikaudu 1,1 mg/ml kuni ligikaudu 4,6 mg/ml haavandilise koliidi raviks ning ligikaudu 3,6 mg/ml kuni ligikaudu 9 mg/ml Crohni tõve raviks. Omvoh (mirikizumab) 100 mg süstelahus pen-süstlis. Üks pen-süstel sisaldab 100 mg mirikizumabi 1 ml lahuses. Omvoh (mirikizumab) 200 mg süstelahus pen-süstlis. Üks pen-süstel sisaldab 200 mg mirikizumabi 2 ml lahuses. 200 mg pen-süstel on ainult Crohni tõve raviks.

Retseptiravim. Näidustus: Haavandiline koliit. Omvoh (mirikizumab) on näidustatud mõõduka kuni raske aktiivse haavandilise koliidi raviks täiskasvanud patsientidel, kelle ravivastus on olnud ebapiisav või kadunud või kes ei talu tavapärast ravi või bioloogilist ravi. Crohni tõbi. Omvoh (mirikizumab) on näidustatud mõõduka kuni raske aktiivse Crohni tõve raviks täiskasvanud patsientidel, kelle ravivastus on olnud ebapiisav või kadunud või kes ei talu tavapärast ravi või bioloogilist ravi. **Müügiloa hoidja:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528BJ Utrecht, Holland. **Ravimi omaduste kokkuvõtte viimase uuenda- mise kuupäev:** 12. veebruar 2025. **Täiendav teave ja kõrvaltoimetest teavitamine:** www.ravimiamet.ee või Eli Lilly (Suisse) S.A Eesti filiaal (A. H. Tammsaare tee 47, 11316 Tallinn) tel 681 7280, lilly@eesti.ee. **Reklaammaterjali kinnitamise number ja kuupäev:** PP-MR-EE-0029, märts 2025



PYZCHIVA® ustekinumab

TÄIENDUS SANDOZE LAIAS IMMUNOLOOGIA TOOTEPORTFELLIS¹⁻⁴



Ustekinumabi võrdlusravimiga võrreldes on PYZCHIVA® (ustekinumab) paremad stabiilsusnäitajad, mis parandavad patsiendikogemust.*^{5,6}

- ✓ PYZCHIVA® (ustekinumab) eeltäidetud süstla **võib panna tagasi külmikusse** 1 kuu jooksul pärast hoidmist temperatuuril 30°C ja hoida seal kuni säilivusaja lõpuni (24 kuud)⁵



Patsiendi mugavuse ja rahulolu tagamiseks on PYZCHIVA® (ustekinumab) mugavas eeltäidetud süstlas^{5,7}

- ✓ Peenike 29G nõel vähendab valu süstimisel**^{8,9}
- ✓ Pikad, paksud ja ruudukujulised sõrmeäärrikud lihtsa haarde tagamiseks⁷

3

Lähtuvalt erinevate patsientide vajadustest on PYZCHIVA® (ustekinumab) kolmes erinevas annuses⁵

- ✓ 45 mg ja 90 mg süstelahus eeltäidetud süstlas⁵
- ✓ 130 mg infusioonilahuse kontsentratsioon⁵



PYZCHIVA® (ustekinumab) on firma Samsung Bioepis Co., Ltd registreeritud kaubamärk

*PYZCHIVA® (ustekinumab) ja ustekinumabi võrdlusravimit hoitakse tavaliselt külmkapis (2°C-8°C).^{5,6} Ustekinumabi võrdlusravimi eeltäidetud süstla tuleb ära visata kui seda on hoitud 30 päeva temperatuuril 30°C.⁵

**Suurema nõelamõõduga nõelad võivad tekitada süstimisel vähem valu kui väiksema nõelamõõduga nõelad.^{8,9}

1. Erelzi® (etanertsept) ravimi omaduste kokkuvõte, veebruar 2024. 2. Hyrimoz® (adalimumab) ravimi omaduste kokkuvõte, detsember 2023. 3. Zessly® (infliksimab) ravimi omaduste kokkuvõte, november 2023. 4. Rixathon® (rituksimab) ravimi omaduste kokkuvõte, jaanuar 2024. 5. PYZCHIVA® (ustekinumab) ravimi omaduste kokkuvõte, mai 2024. 6. Stelara® (ustekinumab) ravimi omaduste kokkuvõte, detsember 2023 (viimati vaadatud märtsis 2024). 7. van den Bemt BJF et al. Drug Deliv 2019; 26:384–392. 8. Arendt-Nielsen L et al. Somatosens Mot Res 2006; 23:37–43. 9. Gill HS et al. J Diabetes Sci Technol 2007; 1:725–729.

Pyzchiva®, Ustekinumabum, 45mg süstelahus süstlis, 90mg süstelahus süstlis. Retseptiravim. Näidustused: Naastuline psoriaas. Pyzchiva® on näidustatud mõõduka kuni raske naastulise psoriaasi raviks täiskasvanutel, kellel teised süsteemsed raviviisid ei anna ravivastust või esineb vastunäidustusi või talumatust teiste süsteemsete raviviiside suhtes, sh tsüklosporiin, metotreksaat või PUVA-ravi (psoraleen ja ultraviolet-A). Naastuline psoriaas lastel. Pyzchiva® on näidustatud mõõduka kuni raske naastulise psoriaasi raviks 6-aastastele ja vanematele lastele ja noorukitele, kellel teised süsteemsed ravimeetodid või fototeraapia ei ole olnud piisavad või kes neid ei talu. Psoriaatiline artriit. Pyzchiva® monoterapia või kombinatsioonis metotreksaadiga on näidustatud aktiivse psoriaatilise artriidi raviks täiskasvanud patsientidele, kui vastus eelnevale ravile mittebioloogiliste haigust modifitseerivate antireumaatiliste ravimitega ei ole olnud piisav. Crohni tõbi. Pyzchiva® on näidustatud mõõduka kuni raske aktiivse Crohni tõve raviks täiskasvanud patsientidel, kelle ravivastus tavapärasele ravile või TNF-alfa antagonistile on olnud ebapiisav, kadunud või kes nimetatud raviviise ei talu või kellel selline ravi on meditsiiniliselt vastunäidustatud. Müügiloa hoidja: Samsung Bioepis NL B.V. Olof Palmestraat 10 2616 LR Delft Holland. Täiendav informatsioon: Sandoz d.d. Eesti filiaal, Pärnu mnt 141, 11314 Tallinn. Tel. 6 652 400. www.sandoz.ee

