



Lk 2

Grand Man 2012



Lk 3

Psühhiaatrite sügiskonverents



Lk 4

Lapsed joonistasid doonorlust

k u u k i r i Regionaalhaigla

Detsember 2012 • Nr 8 (105)

Uus meetod: jäseme isoleeritud kemoinfusioon

4. detsembril tehti Regionaalhaiglas esmakordselt keemiaravi protseduur, mida nimetatakse jäseme isoleeritud kemoinfusiooniks. Uudest ettevõtmisest räägib Kuu-kirjale PERH-i üld- ja onkokiirurgia keskuse juhataja-ülemarst Jüri Teras.

Jäseme isoleeritud kemoinfusiooni kasutatakse jäsemetel paiknevate melanoomide või sarkoomide ravis, kus kirurgiline eemaldamine pole tehniliselt võimalik või iseseisvalt raviks piisav, selgitab dr Teras. Nimetatud meetod, õigemini selle eelkäija — kemoperfusioon — sai alguse 1956. aastal USA-s. Dr Teras: „Seda meetodit kasutatakse metastaseerunud melanoomi puhul ja ka sarkoomide puhul jäsemetel, kätel-jalgadel, kus metastasid ei ole jäsemest kaugemale levinud, tavaliselt on need metastasid, mis jäävad jäsemel algkolde ja dreeneeriva lümfisõlme vahele.“ Üldjuhul ei ole neid metastaase võimalik kirurgiliselt eemaldada, sest defekt jääks liiga suur. Alternatiiv on tavaliselt — amputatsioon.

Dr Teras: „See protseduur, mida meie teostasime, on jäseme arteri- ja veenikaudne keemiaravi. Jäse isoleeritakse muust organismist ära, st nii arteri kui ka veeni sees on balloonkateetrid, mis ei lase verd tagasi vereringesse, lisaks sellele asetatakse jäsemele žgutt, mis ei lase keemiaravi leket organismi ja hoiab ära keemiaravi tüsistused.“

Keemiaravi, mida kemoinfusiooni puhul paiksel kasutatakse, on tunduvalt suurema kontsentratsiooniga kui see, mida süsteemsel kasutatakse, seetõttu on ka paikne toime oluliselt tugevam.

Õigel ajal „reele“

See protseduur, mis nüüd PERH-is tehti, on dr Terase sõnul 90. aastatel kasutusele võetud, algse meetodi modifikatsioon, ja võrreldes aastakümnete taguse ajaga oluliselt moderniseerunud. 50-ndatel tehti analoogset operatsiooni kunstliku vereringega, kus kasutati veresoondamist ja osonaatoreid, protseduuri tegemise aeg oli tunduvalt pikem. Hiljem leiti, et seda võib ka lühemalt teha, hapnikuvaeguse tingimustes, mis potentsieerib keemiaravi toimet. PERH-is jäi seega üks arenguetapp vahele — nüüd toimub protseduur kiiremini ja on vähem traumaatiline, seega kasulikum patsientidele.

Maailmastatistika järgi on jäseme isoleeritud kemoinfusioon nüüd päris hea tulemusega ning annab patsientidele hea paranemise. „Tegime seda koostöös ühe Ameerika juhtiva vähikeskusega, Sloan Kettering Memorial Cancer

Centre'iga. Käisin antud meetodit seal õppimas ja kolleegid on nõu ning jõuga hiljem kaasa aidanud,“ lisab dr Teras.

„Kui rääkida konkreetsest protseduurist endast, siis patsient, kellele jäseme isoleeritud kemoinfusiooni tegime, on 80. aastates vanaproua. Kõik läks kenasti, nüüd on protseduurist kaks nädalat möödas. Efekt on päris hea,“ kinnitab dr Teras. Tulemus on silmnähtavalt hea ja sama näitavad ka analüüsid.

Tohtri sõnutsi ei ole üle maailma neid protseduure väga suurele hulgale patsientidele tehtud: „Patsiente on sadades, aga mitte tuhandetes. Ma usun, et oleme „värava“ kenasti lahti teinud. Praegu on meil kolm patsienti veel ootel, kellele analoogset kemoinfusiooni vaja teha, koostöös loomulikult meie heade anestezioloogidega.“ Dr Teras nimetab anestezioloogidest dr Sergei Kagalot ja dr Kristjan Kallingut, kes aitasid seda protseduuri läbi viia ja patsienti optimaalselt jälgisid. Uudse protseduuri puhul, nagu ka seekord, tuleb ikka ette tehnilisi raskusi, just aparatuuri väljavaatamisel ja kokkusoobitamisel, samuti on ülioluline roll patsiendi operatsiooniaegsel jälgimisel, kuivõrd antud keemiaravi tehakse veresoonesiseselt ja kõik toimub patsiendile hüpoksia e hapnikuvaeguse tingimustes, isoleeritud jäsemes „liigutatakse“ edasi-tagasi hapnikuvaest keemiaravirikast verd.

Dr Teras: „Operatsioonitoas viiakse jäseme arterisse keemiaravimid, mis oma paikse toimega „tapavad“ kasvajat, kuid teatud tehniliste manipulatsioonide tulemusena ei oma organismile üldist toksilist toimet. Protseduuri keemiaravi osa võtab aega ca 30 minutit.“ On leitud, et pooltunnine verevaegus jäsemel ei põhjusta pöördumatu kahjustusi.

Mis oli kõige keerulisem?

„Keeruline oli see,“ vastab dr Teras, „et Eestis ei olnud keegi seda eelnevalt teinud ja et meil ei olnud siin kohapeal kõrval ühtegi kolleegi, vaid me olime ameeriklastega kogu aeg netiühenduses ja nad juhendasid meid. Tehniliselt see ei ole keerukas operatsioon, aga „torusid“ on üksjagu.“ Keemiaravi seisukohalt aitasid edukalt opimeeskonda haiglaapteek ja Kristjan Kongi, keemiaravi koostisosad tuli üle Eesti kokku hankida.

„Neid protseduure teeme edasi ja teatud hulga patsientidest on see suureks abiks,“ on dr Teras veendunud.

Kui rääkida melanoomist üldiselt ja perhilaste tegevusest selles vallas, siis doktori sõnutsi on oluline, et paari aastaga on PERH-is pandud tööle melanoomi ja nahakasvajate töörühm ja keskus, samuti pehmekoe kasvajate

keskus, kus töötavad erinevate erialade spetsialistid. „Usun, et selliselt suudame anda patsientidele parimat meeskondlikku ravi, mis Eesti tingimustes võimalik,“ ei varja dr Teras heameelt.

See on ainuke multidistsiplinaarne meeskond, kes on spetsiaalselt pühendunud melanoomide ravile. Lisaks onkodermatoloogile ja kirurgidele kuuluvad meeskonda ka keemiaravi- ja kiiritusravi arstid, samuti radioloogid, ka invasiivradioloogid — dr Vladislav Malikov aitas antud operatsiooni juures kateetreid paigaldada. „Tema roll oli ka väga suur,“ sõnab dr Teras, „ja meil on väga head nukleaarmeditsiini spetsialistid.“ Doktor tõdeb, et kirjeldatava protseduuriga inimesi vähist terveks ei tee, aga elulemust pikendab oluliselt.

Dr Terase sõnul ongi Regionaalhaigla kui innovaatilise keskuse ülesanne rakendada uusi protseduure: „Kuivõrd meil on olemas nii tugev keemiaravi osa kui ka tugev anesteesia teenistus, siis saame seda protseduuri edukalt läbi viia. See konkreetne patsient on küll väga õnnelik! Ja eks me saame seda meetodit kasutada lisaks melanoomipatsientide ka sarkoomipatsientidel, keda üldise keemiaraviga on väga raske aidata. Järgmise analoogse protseduuri teeme tuleva aasta alguses.“

Aime Taevere



Jäseme isoleeritud kemoinfusiooni protseduur, 4. detsember 2012.

Kommentaar

Oma nahka peab jälgima

Dr Marina Teras
Üld- ja onkokiirurgia keskuse
üldkirurgia polikliiniku
melanoomi ja nahakasvajate
kabineti dermatoveneroloog-
vanemarst



Regionaalhaigla nahakasvajate ja melanoomi kabinet alustas tööd 2011. aastal. Kabineti loomise tingis vajadus läheneda selle valdkonna probleemidele terviklikult. Regionaalhaiglas on nüüd kõik vajalikud lülid täidetud, on loodud süsteem, mis vaatab, diagnoosib, jälgib ja ravib. Nahahaiguste keskuses on meil ka digidermatoskoopia võimalus ja tehakse esmast skriiniingut. Osad haiged satub sealt ka meile, meie vastuvõtul on enamik haigeid pahaloomuliste nahakasvajatega.

Kasutame saatekirju, et kuidagi optimeerida patsientide voogu, kuivõrd järjekord on päris pikk. Nõudlus on suurem, kui me inimesi vastu võtta suudame, aga me töötame selle nimel, et saaksime eelkõige vastuvõtule need inimesed, kes konsultatsiooni ja ravi vajavad. Lihtsate healoomuliste kasvajatega polekski justkui põhjust tegelda, aga muidugi mõistame, et kui patsient on hädas — kas on tüsistunud põletikuline kolle või mingil muul moel segav —, siis kuulame tema probleemi ära, ja lahendame ka, st vajadusel ravime, aga üldjuhul me keskendume pahaloomulistele kasvajatele, nende skriinimisele, jälgimisele, ravile.

Saatekirju annavad patsiendile nii perearstid kui ka meie teiste erialade kolleegid, samuti tuleb ette, et inimene pöörduv meile omal initsiatiivil. Meie keskus ja kabinet on loodud ja tegevus suunatud suure osas sellele, et saavutada inimeste teadlikkuse tõusu.

Paneks inimestele kõigile inimestele, lootes siin ka perearstide suurele abile: jälgige nahka ja muutusi nahal. Patsiendil tuleb visiidi

ajal riidest lahti võtta ja ta nahk üleni üle vaadata. Olen seisukohal, et pigem tuleks nii mõnigi kord kuulata patsienti: kui patsient ütleb, et kolle teeb talle häda või on hakanud muutuma, tuleb sellele tähelepanu pöörata, sest patsient tunneb ennast ikka kõige paremini.

Eriist tähelepanu tuleks pöörata meeste — mehed on meil teadupoolest arsti juures käimisel üsnagi tagasihoidlikud, neid tuleks rohkem julgustada ja suunata. Nooremad mehed on viimastel aegadel siiski hakanud oma tervisele pisut rohkem rõhku panema, see on hea. Aga näiteks liigpäevitamist — millest tuleneb hulk nahaprobleeme — esineb rohkelt just vanemaajalistel meestel ja kahjuks nemad jõuavad tihtilugu arsti juurde liiga hilja, kui kolded on juba kaugemale arenenud.

Kui me räägime patsientuurile, siis rõhutame: mida vähem sa päevitad, seda parem, 15-30 minutit päikese käes olemist päevas on piisav. Pimedal ajal võib D-vitamiini natuke juurde võtta. Solaariumi me ei soovita kindlasti: seal on ultraviolettkiirguse spekter natuke dusbalaansis, ta läheb sügavale, ja kiirguse doos, mis korraga saadakse, on liiga suur — see tõstab kindlasti riski, ühtlasi tulevad naha vananemise ja pahaloomulised ilmingud varem esile.

Muidugi on melanoomi tekkel palju aspekte, rolli mängib geneetika ja immuunsüsteemi seisund. Melanoomi teke on multifaktoriline, ent päevitamine on üks osa sellest. Näiteks Põhjamaades, kus talvisel soojamaareisidel ning ka solaariumi kasutamisel on juba pikad „traditsioonid“, esineb melanoomi oluliselt rohkem võrreldes teiste maadega. Austraalias, kus melanoomi esineb maailma riikidest enim, on see suure osas valgenahaliste inimeste probleem, pärismaalastel areneb melanoomi vähestel juhtudel.

Melanoomi diagnostika ja ravi on Regionaalhaiglas tugeval tasemel, ka kaugelaarenenud melanoomi ravis on uued tuuled, ravimivahendid on tunduvalt suurenenud. Ravi on kallis, aga võimalused on oluliselt paranenud, seeläbi on ka haigete eluiga oluliselt pikenenud.

Melanoomi esinemissagedus 100 000 inimese kohta, 2008

Rootsi — 16 juhtu
Norra — 17 juhtu
Eesti — 12,2 juhtu
USA — 14 juhtu
Maailma keskmine: 9 juhtu

Grand Man 2012 – dr Andres Ellamaa, neurokirurg

Regionaalhaigla Grand Man 2012 tiitli pidulik üleandmine toimus 16. novembril Õpetajate Majas. Siinjuures anname austatud dr Ellamaale üle ka Kuukirja lugejate õnnesoovid!

„Pidu oli tore muidugi,“ möönis pärast galaõhtut värske Grand Man. Ent dr Ellamaa poleks dr Ellamaa, kui ta — pidades kokkutulnuile väikest tänukõnet — oleks jätnud ütlemata, et „vaimusilmas ma kujutasin õige elavalt ette, kuidas me Mallega (abikaasaga — toim) siin kahekesi istume, koos suhtekorralduse daamidega, ja saal on täiesti tühi ...“ Ellamaalik huumor? Seda kindlasti. Aga siiski meenutab doktor Ellamaa nii mõnigi kord Astrid Lindgreni Karlsonit, kes teatas väikevennale, et „kui nalja ei saa, siis mina ei mängi!“ Eks Grand Man ole oma pikkade elu-, töö- ja õpiaastate jooksul enda kohta kaasteeliste kuulnud rohkelt erinevaid iseloomustusi-märksõnu, selle rea ühes otsas võiks ehk seista „kõige julgem mees, keda ma elus tundnud olen“ ja teises otsas ühe peaministri lausutus „spartalik küünik“. Grandi-filmist ning õnitlejate kõnedest väljanoppeid tehes täieneks rida järgnevalt: tark, tegus, tähelepanelik, nutikas, õppimisvõimeline, vastupidav, mõistev, sõbralik, abivalmis, avarapilguline, otsekohene, jäärapäine, kindlameelne, südamelik, huumorimeelne, seltskondlik, sõnaosav, karm, asjalik ... Ent ilmselt on dr Andres Ellamaa kõige sügavama olemuse ära tabanud abikaasa Malle, kelle jaoks oli erilisel sümpaatne, kuidas abikaasa oma emasse suhtus: „Austan väga Andrest selle eest, kuidas ta oma ema eest hoolitses. Ema oli aastaid voodihaige. Tavaliselt mehed ei näita nii palju tundeid välja.“ Sügav ja siiras hoolivus.

Elu on juhuste rida, olukordade mäng

Elu on juhuste kokkusattumus, üks juhus viib teiseni — seda mõtet on dr Andres Ellamaa väljendanud nii otse kui ka kaude. Ja tal on õigus seda öelda. Näiteks küsimusele, kas te mäletate, millal tegite oma esimese iseseisva operatsiooni, vastab dr Ellamaa: „16. oktoobril 1969. Mul vedas, sest teised arstid olid hetkel hõivatud või ära.“

„Juhus“ oli ka see, et Andres Ellamaa lõpetas keskkooli 17-aastasena ja — saamata Tartus arstiteaduskonda sisse — tahtis minna tööle raudteele. Aga ei võetud: liiga noor! Ka jalatsivabrik „Kommunaar“ ei saanud Andres Ellamaad tööle võtta ...

Sedagi võib juhuseks pidada, et Andres Ellamaa läks järelkonkursiga bioloogiat õppima ja et üsna varsti tekkis võimalus arstiteaduskonda üle minna. Aga edasi tuli tõsine, sihikindel ja lõppematu töö. Õppimine ja õppimine, praktika, uurimused, artiklid, kaitsmised ja kraadid, ametid, kuni tervishoiuministrini välja. Vahemärkusena: vahepeale „sattus“ ka meditsiinikirja toimetamine. Kumb viis kummani — kas keelehuvi ajakirjani või ajakirja toimetamine keelehuvi, polegi päris selge, ent fakt on see, et dr Ellamaa on keeletundlik: „Siitamaani jälgin kõikvõimalikes tekstides, milline on sõnakasutus ja kus peab olema koma.“

Ta on mõtte-erk ja sõnaosav. Tähelepaneja, märkaja. Näidates fotosid oma mägistelt matkaradadelt („Tava-



matkamine tundus vähem huvitav, seetõttu harrastasime talviseid matku Siberis.“), juhib Grand tähelepanu ühele pildile: „See pilt ei ole siin mitte sellepärast, et te näeksite — Andres Ellamaa on siin esimene, vaid sellepärast, et mõtleksite — keegi on sinust alati eespool.“ Antud juhul fotograaf. Alati on keegi midagi enne sind ära teinud, et sina saaksid olla seal, kus sa oled.

Matkamine, eriti ekstreemsetes tingimustes, annab hea elukooli. Dr Ellamaa on veendunud, et kui tekib küsimus, kes selle töö peab ära tegema, siis vastus on: see on minu töö. Tee see ära! Kui näiteks telginöör lipendab tuules, siis seo see kinni. Küllap hiljem jõuab arutleda, kes selle oleks pidanud ära tegema. Nii on. Matkal. Mägedes. Ja igapäevatoos.

Kirurgil peab olema oma jumal

Tööalaste saavutuste kohta (vt CV-d!) ütleb dr Ellamaa: „Mul ei ole erilisi saavutusi, kõik on juhus, üks asi on teisest edasi kasvanud.“ Samas rõhutab ta elementaarset tagasihoidlikkust: „Ära sea endale liiga kõrgeid eesmärke. Jah, kui sead eesmärgiks, et tahad saada rikkaks või kuulsaks, siis sa hakkad lollusi tegema.“ Ja selles on Grand Man veendunud, et kirurgil peab olema oma jumal, kes teda hoiaks: „Mõni on hea ja tubli ja puha, aga kui sul jumalat ei ole, siis juhtuvad sinuga kõik halvad asjad, mis juhtuda saavad.“ Aga „tippu“ suhtub Grand Man nõnda: „Kui aus olla, siis mulle on alati hirmsasti vastu hakanud see tipu-jutt — et tipparst või tippadvokaat ... Kui keegi on ühe asja hästi ära õppinud ja teebki seda hästi, siis on ju tore, aga ega ta sellepärast veel tipp ei ole. Kui meie majas üldse keegi võiks tipp olla, siis see on dr Sulling, tema on ehitanud üles terve püramiidi. Ja dr Hanstein ka.“

Küsimusele, missugune elupeeriood on olnud kõige eredam, vastab dr Ellamaa: „See aeg oli kõige ilusam, kui lapsed olid väikesed — kuueaastane tütar kõndis eespool, nagu „suurele“ lapsele kohane, väiksem, kolmeaastane pistis oma pisikese käe su pihku ...“

Grand Man tunnistab, ka hääletooni järgi eht-ellamaalikult, et talle meeldib kangesti õpetada: „Küll mulle meeldiks õpetada, ma õpetaksin hea meelega kõiki, aga — keegi ei kuula! Ja mul ei ole mitte ühtegi õpilast!“

Olgu siis siinjuures kirja pandud mõtte-erad, mis Grand Man oma etteaste — pealkirjaga „Üks arstielu“ (NB! Siin on oma mõte, miks just „arstielu“, aga mitte „arsti elu“) — lõpulauseteks valis ehk teisisõnu, siin on dr Andres Ellamaa õpetussõnad:

- Kahetsema peab ainult tegemata tegusid.
- Arst peab mõistma, et temast on kõrgemaid jõudusid, mida väärata ei saa.
- Õppida saab ka teiste vigadest, ei pea tingimata ise kõike kordama.
- Ainukene, mida saame usutavalt pakkuda, on ohutus.

- Haigla on sakraalasutus ja siin tuleb ka vastavalt käituda.
- Haigla personal ei ole ega tohi olla solistid ansambel, vaid hästi kokku mängiv orkester.
- Tuleb olla patsiendiga võrdne partner, mitte tema isand või sulane.
- Iga asi on millekski hea.

Talle omistatud Grand'i tiitli kohta sõnab dr Andres Ellamaa täiesti tõsi-meelselt, et see on suur au ja suurim tunnustus kolleegide ning Regionaalhaigla poolt.

Küsimusele, mida ta tahaks öelda oma noorematele kaasteeliste, tulevaste grandidele, vastab Grand Man 2012 lühidalt: „Olge korralikud, ärge kiirustage! Kunagi ei küsita teilt „Kui kaua tegite“, ikka küsitakse „KES tegi?“

Aime Taevere



Regionaalhaigla juhatuse esimees Tõnis Allik õnnitlemas dr Ellamaad.



Grand Man 2012 koos oma kursusekaaslastega.

CV

Sünd 24. septembril 1944. a

Haridus:

Tallinna 1. Keskkool, 1962
Tartu Ülikooli Arstiteaduskond, 1968
Kliiniline ordinatuur neurokirurgia alal 1968-1970
Aspirantuur Tartu Ülikoolis 1972-1974
Täiendõppe kursused neurokirurgia ja tervishoiukorralduse ning arstiabi kvaliteedi alal (Moskva, Kiiev, Harkov, Kiel, Sofia, Helsingi, Stockholm, seminarid Tallinnas välislektorite osavõtul)

Kvalifikatsioon:

1970 – neurokirurg kvalifikatsioon
1974 – arstiteaduse kandidaat
1982 – neurokirurgi kõrgem kategooria

Karjäär:

1962-1968 üliõpilane, samal ajal periooditi tööd med-õena
1968-1969 ajakirja „Nõukogude Eesti Tervishoid“ toimetaja
1968-1970 kliiniline ordinatuur neurokirurgia alal
1970-1972 Tallinna Vabariikliku Haigla (Keskhaigla) neurokirurg
1972-1974 aspirantuur Tartu Ülikoolis (Keskhaigla) neurokirurg
1980-1990 Mustmäe Haigla II neurokirurgiaosakonna juhataja
1990-1992 Eesti Vabariigi tervishoiuminister
1992- ... Mustmäe Haigla II neurokirurgiaosakonna juhataja
2002-2005 Põhja-Eesti Regionaalhaigla neurokirurgia keskuse ülemarst-juhataja
2005-2008 Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhatuse liige-haigla ülemarst
2008 sept - ... Põhja-Eesti Regionaalhaigla neurokirurgia keskuse ülemarst-konsultant
Keeled: emakeel – eesti k, valdan – vene ja inglise k

Teaduslik tegevus:

- esimesena Eestis rakendanud praktikasse ultrahelidiagnostika (kandidaadidissertatsioon) ning mõned metallspõndulõudeesi meetodid
- uuringud selgrookaelaosa vigastuste kirurgilises ravist, esimesena Eestis rakendanud eesmise metallspõndulõudeesi kombineerituna laminektomiaga
- uuringud ajuveresoonte haiguste haiguste kulu prognoosist, ravitulemustest
- uuringud nimmeradikulidi ravimise kvaliteedist ja kaugtagajärgedest
- uuringud tservikogeense peavalude kirurgilise ravimise võimalustest
- uuringud mõnede preparaaside mõjust peaju funktsioonidele
- uuring kerge ja keskmise raskusega peaju vigastuste ravimise tulemustest ja neid tulemusi mõjutavatest teguritest
- mittenaakulise haiguste sekundaarsete tüsistuste vältimise alase uuringu juhtimine Eestis 1990-1992
- arstiabi kvaliteedi alased uuringud al 1997
- Umbes 50 teaduslikku publikatsiooni ajakirjades, kogumikes; esinemised ettekannetega rahvusvahelistel neurokirurgia eriala, arstiabikorralduse ja meditsiiniõiguse konverentsidel-seminaridel
- Lisaks teaduslikele publikatsioonidele üle 60 populaarteadusliku ja publitsistliku kirjutise tervishoiu ja arstiabi korralduse teemadel.

Ühiskondlikust tegevusest:

Eesti Arstide Liit, Tallinna Arstide Liit, Eesti neuroloogide ja neurokirurgide selts, Euroopa Neurokirurgide Assotsiatsioon; Rahvarinde volikogu ja konsultatiiv-nõukogu; Tallinna Linnavolikogu

Autasud:

Riigivapi orden IV järk 2002
Riigivapi orden III järk 2006
Üliõpilasena hinnatud teaduslikku tööd kahel korral I preemiaga
Publitsistika-auhind arstiabikorralduse käsitlemise eest 1981
Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna medal 2007
Tartu Ülikooli kliinikumi preemia 2012
Tallinn Mustamäe linnaosa ühiskonnaelu auhind „Mõtlev Mees“, 2007

Perekond:

Abielus al 1968
Abikaasa, dr Malle Ellamaa on Tallinna Lastehaigla verekeskuse juhataja
Lapsed: tütar Kristiina on hambaarst, tütar Erika on Euroopa Liidu Välissteenistuse ametnik

Kui tablettidest enam ei piisa

Lühikese aja jooksul on psühhiaatriliste haiguste ravi läbinud murrangulise arengu, integratiivravi ehk multidistsiplinaarne meeskonnatöö, millest veel kümne aasta eest ei julgenud keegi rääkida, on nüüd raviprotsessi oluline osa.

Psühhiaatrikliiniku V sügiskonverents „Psühhiaatria ravimeetodid: kui tabletravist enam ei piisa“ keskendus seekord psühhiaatriliste haiguste integratiivravile. „Lõpuks ometi on laiemalt rääkima hakatud, et psühhiaatriline abi on meeskonnatöö,“ ütleb psühhiaatrikliiniku juhataja dr Kaire Adamsoo.

Konverentsi avaettekannet professor Jaanus Harrolt andis põhjaliku ülevaate, mis ning millal skisofreenia puhul ajus toimub. Professor Harro sõnul on uurijad jõudnud aina enam seisukohale, et selle keerulise haiguse põhjusi ei tasu otsida ainult geneetikast, vaid mitmete erinevate tegurite koosmõjust, mis võivad haiguse vallandada. Järjest enam pööratakse tähelepanu keskkonnamõjude ning skisofreenia seoste.

Karolinska Ülikooli professor Jari Tiihonen ettekandest said konverentsikülalised osa videopresentatsiooni

vahendusel. Mitme olulise ning mahuka uuringu autor dr Tiihonen tõi murekohana välja fakti, et ka väga hea tervishoiusüsteemi poolest tuntud Soomes katkestavad haiged ravi. Hiljuti põhjanaabrite juures läbi viidud uuring näitas, et pooled haiged ei ostnud pärast esmakordset hospitaliseerimist apteegist ravimit välja ning ei jätkanud ravi.

Näiteks toodi ka 52 nädalat kestnud kolme ravimi — Olanzapini, Quetiapini ja Risperidoni — võrdlusuuringu tulemused. Uuringus osales 400 patsienti ning uuriti nimetatud ravimite efektiivsust varase psühhooisi ravis. Efektiivsuse hulgas arvestati ka ravi katkestanute arvu. Tulemused näitasid, et enne 52 nädalat katkestas ravi 70 protsenti patsientidest. Keskmise katkestamise aeg oli 25 nädalal ning 41,5 protsendi puhul oli põhjuseks patsiendi enda soov, mitte ravimi kõrvalmõjud või vähene efektiivsus.

Regionaalhaigla esmaste psühhoside osakonna juhataja doktor Erika Saluveeri sõnul haigestutakse skisofreeniasse üldjuhul noorelt, enamasti 20ndates eluaastates. Üks põhjus võibki olla selles, et noored, kellel haiguse äge periood möödunud ning enesetunne paranenud, ei soovi võtta regulaarselt ravimeid ning kroonilist, sageli elu-



Pildil: loovterapeut Katrin Heinloo. Foto autor Harri Kiiuarpuu

aegset haigust tunnistada. „Selleks, et inimene jääks ravisüsteemi, peab ravi olema kompleksne,“ ütleb dr Saluveer.

Loovteraapia aitab patsienti

Katrin Heinloo
Psühhiaatrikliiniku loovterapeut

Psühhiaatrikliinikus on loovteraapia lülitatud patsientide ravi- ja rehabilitatsiooniprotsessi alates 2010. aastast. Praeguseks on ametis neli Tallinna Ülikooli kunstiteraapiate magistrantuuri õppekava läbinud loovterapeuti, kes oma töös kasutavad põhiliselt kunstiteraapia meetodeid.

Kasutusel on nii individuaalse kunsti psühhoterapia, grupiteraapia kui ka avatud kunstistuudio vorm.

Individuaalne kunsti psühhoterapia kasutab kunstimeediat kui esmast suhtlemisviisi. Terapeudi ja kliendi vaheline suhe on keske tähtsusega. Terapeudi fookus ei ole mitte kunstitöö valmimise esteetilisel küljel, vaid inimese terapeutiliste vajaduste väljendamisel. Oluline on isiku osalus töös – kunstiline tegevus aitab leida oma tööle mõtestatuse ja hõlbustab oma kogemuste jagamist terapeudiga.

Kuigi individuaalses teraapias on parem võimalus töötada patsiendi isiklike probleemide ja arenguvajadustega, siis vaimselt haigete ini-

meste ravis soovitakse pöörata, sõltuvalt haiguse eripäradest, suuremat rõhku just grupiteraapiale, kus esmane fookus on inimestevahelisel kontaktil ja kommunikatsioonil. Verbaalne ja visuaalne tagasiside pakub osalejatele olulisi vahendeid suhtlusoskuste arendamisel.

Avatud kunstistuudio vorm annab patsientidele võimaluse end kunsti kaudu vabalt väljendada, meeldiva tegevusega aega veeta ning kogeda midagi uut. Valminud tööde vaatamine ja teistele näitamine pakub rahuldustunnet, tõstab enesehinnangut ning soodustab kommunikatsioonist.

On leitud, et kunstiteraapia on kasulik meetod psühhoterapeutiliseks tööks. Mitte ainult seetõttu, et see hõlbustab suurte raskustega oma tundeid ja mõtteid verbaliseerivate patsientide jaoks vähem hirmutavaid, mitteverbaalseid tehnikaid. Seda võib kasutada ka verbaalse kommunikatsiooni alustamiseks ning laiendamiseks. Kujundlik eneseväljendamine ise on juhtiv terapeutiline faktor paranemisprotsessis ja on esmaseks kommunikatsioonimeetodiks kunstiterapeudi ja patsiendi vahel.

Kuigi kunstiteraapia tegeleb põhiliselt probleemide käsitlemisega, toetab see ka lootust, tugevusi ja enesemääratlemist.

Dr Tiihonen pakkus oma ettekandes ühe võimalusena välja ka depooravimite laialdasema kasutuselevõtu — selle raviviisi puhul peab patsient kohale tulema ning nii on ravi üle ka suurem kontroll.

Soomes on depooravimid märksa laialdasemalt kasutusel, ent Eesti jaoks jääb selline lahendus liiga kalliks. „Mingil määral kasutame ka Eestis depooravimeid, kuid raviarst peab siin iga patsiendi puhul otsustama selle otstarbekuse,“ selgitab dr Saluveer.

Tulemuslik integratiivravi

Kuidas olukorda parandada, haigeid motiveerida ning 21. sajandi psühhosiravi eesmärki — haigete remissioon ja funktsionaalne paranemine — kõige sähvparasemalt täita?

Dr Saluveer rõhutab oma ettekandes „Esmase psühhooisi ravivalikud Eestis ja Põhjamaades“ multidistsiplinaarsete meeskondade tähtsust. See tähendab, et raviprotsessi on kaasatud nii arstid, õed, psühholoogid, loovterapeudid kui ka perekonnaliikmed, kelle roll haige paranemisel on samuti väga oluline.

Meeskondlik lähenemine haige käsitluses aitab teha tööd selle nimel, et patsient võtaks ravimeid, sest medikamentide kasutamine on ka efektiivse psühholoogilise ravi eelduseks. „Psühhoterapia ning ravimid peavad käima käsi käes,“ nendib dr Saluveer. Kui suurematel haiglatel on käepärasemad võimalused sellise raviskeemi rakendamiseks, siis väiksemates linnades on see palju raskem ning vahendeid selleks sageli napib.

Kuigi üheks psühhosiravi eesmärgiks on haigete võimalikult lühike statsionaarne raviaeg, siis esmase psühhosiravi patsientide Haigekassa poolt hüvitatav ravipäevade arv peaks Eestis olema palju pikem. See on ka oluline erinevus Eesti ning Soome raviskeemide puhul. Keskmise voodipäevade arv Soomes on esmase episoodi puhul 90, Eestis ligi kolm korda vähem. „See ei ole realistlik raviaeg,“ nendib dr Saluveer.

Tormiline areng

Psühhiaatriline ravi on viimase kümne aasta jooksul läbi teinud tormilise arengu. Selle aja jooksul on vahe-

tunud ravimite põlvkonnad, ent mis kõige olulisem — järjest enam on hakatud rääkima psühhoterapeutilisest lähenemisest. „Veel kümnekond aastat tagasi oli skisofreenia ravi võimalik vaid medikamentidega, integratiivravi räägiti vähe,“ selgitab doktor Saluveer olulist muutust. Psühhoterapia on tulemuslik vaid kombineerituna tabletraviga ning seetõttu on oluline, et patsiendid ei loobuks rohu võtmisest. Praegu ravitakse psühhooisi integratiivravi meetodil keskmiselt kaks aastat, ent see aeg peaks olema palju pikem. „Esimene pool aastat on väga kriitiline aeg, sest haige tervis läheb paremaks ning siis on suur võimalus n-ö tema kaotamiseks,“ selgitab dr Saluveer.

Konverentsi kolmas osa keskenduski psühhoterapia erinevatele võimalustele ning meeskonnatööle. Töendus- põhistest psühhoterapiameetoditest rääkis Regionaalhaigla psühholoog Harri Kiiuarpuu, töendus- põhistest sekkumistest vaimse tervise öenduses Janika Pael Tartu Tervishoiu Kõrgkoolist ning loovteraapiate rollist kunstiterapeut Katrin Heinloo.

Teadlikkus suuremaks

Kui rääkida psühhosiravist, siis on palju liikunud paremuse suunas. „Meil on päris hea koostöö vaimse tervise keskustega,“ ütleb dr Saluveer. Kindlasti peab rohkem pingutusi tegema toetatud elamise ning toetatud töötamise võimaluste parandamiseks, haiged tunnevad sellest suurt puudust.

Kindlasti peab kasvama ühiskonna teadlikkus. Õpetajad ja lähedased peaksid oskama aidata ning suunata hädasolija õigel ajal spetsialisti juurde. Paljud haiged jõuavad arsti juurde alles siis, kui haigus on juba kaua kestnud ning kurnanud.

Aga mis peaasi, nüüd on olemas veebikülg www.peaasi.ee. See põhjalik koduleht on mõeldud kõigile, kes soovivad psühhiaatriliste haiguste ning oluliste kontaktide kohta rohkem infot saada. Suur töö on ära tehtud!



Stina Eilsen
Kommunikatsiooni-
spetsialist

Kognitiivne remediatsioon

Harri Kiiuarpuu
Psühhiaatrikliiniku kliiniline psühholoog

Raskete psühhikahäirete (psühhos, skisofreenia) puhul häiruvad patsientide olulised kognitiivsed võimed – tähelepanu, mälu, töötuskiirus, täidesaatavad funktsioonid ning sotsiaalne tajus. Paljude uurimuste tulemused viitavad kognitiivsete kahjustuste suurele mõjule patsientide alanenud elukvaliteedis ja väljalangemises tööelust või õpingutest. Uurimused näitavad, et kognitiivsete kahjustusi korrigeerib teatud määral ravimite tarvitamine, kuid paremaid tulemusi saavutatakse spetsiaalselt sihitud ülesannete rakendamisega.

Kognitiivse remediatsiooni vorme on mitmeid. Levinud on nn pliiaasi ja paberi ülesanded, kus lahendatakse spetsiifilistele, kahjustunud funktsioonidele suunatud ülesandeid. Sellised meetodid on laialt levinud. Psühhiaatrikliinikus on selliseid meetodeid rakendatud aastast 2006. Viimastel aastatel on välja töötatud arvukalt spetsiifilisi arvutiprogramme, mis koosnevad erisugustest ülesandeplokkidest.

Eri plokkide eesmärk on suunatud erinevate kognitiivsete kahjustuste leevendamiseks.

Psühhiaatrikliinikus on kasutusel programm COGPack, Marker Software'i poolt välja töötatud neuropsühholoogiline treeningprogramm. Programm on väga paindlik, võimaldades ühtaegu nii kognitiivsete kahjustuste hindamist, saadud tulemuste alusel ülesandeprofiili loomist kui ka uute ülesannete lisamist programmi. Psühhiaatrihaigla omandas selle programmi aastal 2011 ja haigla 9. osakonna töötajate abiga eestindati see möödunud aasta jooksul. Marker Software viimistleb praegu seda programmi lõplikult, kuid prooviversioon on kasutusel 9. osakonnas juba möödunud aasta lõpust.

Käesoleval ajal osalevad kognitiivse remediatsiooni programmis kõik osakonna patsiendid. Samuti on see kasutusel haigla polikliiniku ambulatoorses ravis. Treening koosneb kolmest osast: esiteks hinnatakse patsientide kognitiivsete kahjustuste ulatust ja iseloomu, teiseks koostatakse selle alusel patsientidele välja ülesannete pakett programmis saadolevatest ülesannetest ja kolmandaks toimuvad väikegruppides nn metaseminarid, mille ülesandeks on treeningu tulemuste hindamine ja üldistamine ning sidumine igapäevaeluga.

Kokkuvõte ambulatoorsete patsientide rahulolu uuringust

Ambulatoorsete patsientide rahulolu küsitlus toimus Põhja-Eesti Regionaalhaiglas 2012. a kevadel. Küsitluse lõpuks laekus 949 täidetud ankeeti.

Nii nagu 2010. aastal, oli ka nüüd enamik küsitletutest pärit Harjumaalt (81%), kokku osales küsitluses 14 maakonna inimesi.

Valdav osa küsitletutest jäi külastusega rahule ning tuleks vajadusel ka edaspidi Regionaalhaiglasse. Võrreldes varasemate aastatega on järjest suurenenud nende küsitletute osakaal, kes jäid külastusega väga rahule. Külastajate osakaal, kes tuleksid vajadusel ka edaspidi kindlasti Regionaalhaiglasse, on jäänud 2010. aastaga võrreldes samale tasemele. Ka käesoleva aasta uuringu andmetel olid külastusega enam rahul olevad inimesed valmis ka vajadusel uuesti Regionaalhaigla teenuseid kasutama.

Nii nagu varasematelgi aastatel, toimus ka 2012. aastal vastuvõtule registreerimine kõige sagedamini telefoni teel — seda võimalust kasutas 54% küsitletutest. Aasta-aastalt on

suurenenud e-posti kaudu vastuvõtule registreerunute osakaal, eeskätt kuni 45-aastaste ja eesti keelt rääkivate patsientide hulgas.

Keskmine ooteaeg vastuvõtule saamiseks oli külastajate hinnangul 44,7 päeva, mis on võrreldes 2010. aastaga 10 päeva võrra lühem. Ooteaja mediaanväärtus oli sarnaselt 2010. aastaga 30 päeva. Võrreldes varasemate uuringute tulemustega on suurenenud nende küsitletute osakaal, kes ootasid vastuvõtule saamiseks 31–60 päeva ning vähenenud üle 91 päeva vastuvõtu oodatute osakaal.

Ka käesoleval aastal arvas ca 90% küsitletutest, et vastuvõtule registreerimine oli lihtne ja kiire ning enamasti vastati ka, et pakutud päev ja kellaaeg sobis patsiendile. Keskmine ooteaeg registratuuris oli küsitletute hinnangul 4,6 minutit, mis on võrreldes 2010. aastaga oluliselt lühem. Kolm neljandikku küsitletutest (75%) jäi registratuuri töötaja suhtlemisega väga rahule ning natuke rohkem kui pooled küsitletutest (57%) väitsid, et neil oli registratuuris väga mugav

oodata. Need tulemused ei erine oluliselt varasemate uuringute tulemustest. Ka käesoleval aastal seostus rahulolu registratuuri töötaja suhtlemisega ja hinnang registratuuri mugavusele negatiivselt ooteaja pikkusega registratuuris — mida kauem tuli registratuuris oodata, seda madalamad olid hinnangud.

70% küsitletute hinnangul algas nende vastuvõtt õigel ajal, 30% hinnangul vastuvõtu algus hilines. Keskmiselt hilines vastuvõtu algus 19,8 minutit (mediaan 15 minutit). Aasta-aastalt on summaarselt vähenenud nende küsitletute osakaal, kellel hinnangul vastuvõtu algus hilines rohkem kui 15 minutit. Vastuvõtu alguse hilinemine on teguriks, mis vähendab üldist rahulolu hinnangut ja valmisolekut Regionaalhaiglasse tagasitulekuks.

Järjekorra liikumine kabinetti saamiseks oli enamiku küsitletute (93%) jaoks arusaadav, vastuvõtu ootamist hindas mugavaks 92% küsitletutest.

Keskmiselt tegeles arst patsiendiga küsitletute hinnangul 17 minutit (mediaan 15 minutit).

Uuringu andmetel väljendati 2012. aastal kõige enam rahulolu arsti suhtumisega, mõnevõrra vähem jääd rahule patsiendile pühendatud aja piisavusega. Sarnaselt varasemate aastate uuringu tulemustega hinnati ka käesoleval aastal arstilt saadud selgitusi mõnevõrra kõrgemalt kui õelt või muult spetsialistilt saadud selgitusi. Samas väärub märkimist, et võrreldes varasemate aastatega on suurenenud oluliselt rahulolu nii öde või muude spetsialistide suhtumise kui ka nende poolt patsiendile pühendatud ajaga. Samuti on käesoleval aastal oluliselt suurenenud vastuvõtu privaatsusega väga rahul olevate patsientide osakaal.

Uuringute ja protseduuride kohta saadud informatsiooniga oli väga rahul rohkem kui kaks kolmandikku küsitletutest, kellele uuringuid või protseduure oli tehtud. See tulemus ei erine oluliselt varasemate aastate uuringute tulemustest. Mõnevõrra vähem väljendati rahulolu informatsiooniga ravimite kõrvaltoimete kohta ning selle kohta, kuidas haigusega kodus toime tulla ning mida teha haiguse ägenemise

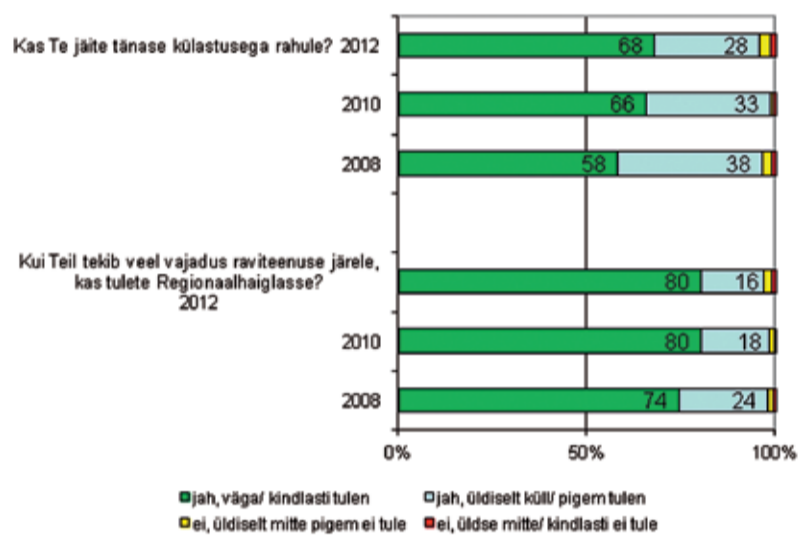
korral. Võrreldes varasemate aastatega on mõnevõrra suurenenud nende inimeste osakaal, kes olid väga rahul uuringu tulemuste kohta saadud info-ga, tehtud protseduuride kohta antud selgitustega ning juhustega, kuidas haigusega kodus toime tulla.

Patsiendid pidasid kõige olulisemateks asjaoludeks rahulolu ooteaja pikkusega ja rahulolu arsti selgitustega.

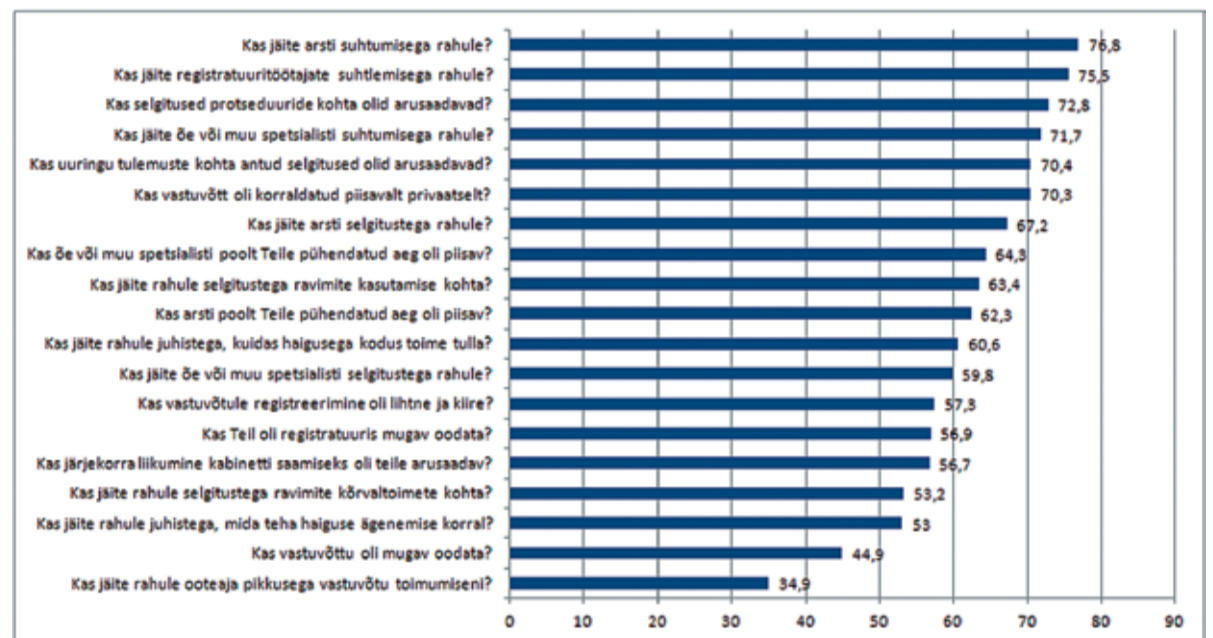
Ligikaudu veerand küsitletutest esitas täiendavalt vabas vormis arvamusi ja ettepanekuid. Nii nagu varasematel aastatel, oli ka käesoleva uuringu andmetel valdavalt probleemiks pikk ooteaeg arsti vastuvõtule saamiseks. Endiselt on probleemiks auto parkimine. Patsientide jaoks oli murekohaks ka õige ruumi leidmine. Paljud patsiendid olid märkinud ankeetidesse ka positiivseid kommentaare ning avaldanud tänu nendega tegelema arstidele ning teistele töötajatele.

Marina Kaarna

Kvaliteediteenistuse juhataja



Joonis 1. Üldine rahulolu külastusega ja valmisolek tagasitulekuks Regionaalhaiglasse.



Joonis 2. Väga rahul olevate vastajate %

Selgusid verekeskuse laste joonistusvõistluse võitjad



Verekeskuse kalendripilt.



IV klassi võitja Öie Pung.

Verekeskuse traditsioonilise laste joonistusvõistluse „Doonor on elupäästja” tänavused auhinna-saajad on selgunud.

Doonorid said verekeskuses eksponeeritud näitusel valida igast vanuseklassist ühe enim meeldinud töö. I klasside arvestuses võitis Elis Sala Kohtla põhikoolist, II klasside arves-

tuses Polina Keškassova Narva Peetri koolist, III klasside arvestuses Marija Döbjak Narva Peetri koolist ja IV klasside arvestuses Öie Pung Narva Eesti gümnaasiumist.

Eripremiana pälvis verekeskuse töötajate lemmiku tiitli Narva Peetri kooli II klassi õpilase Esmiralda Beletskaitse kunstitöö röömsast punasest veretilgast, kes hakkab kaunistama

verekeskuse 2013. aasta seinakalendrid.

Doonorid said verekeskuses laste joonistuse näitusega tutvuda ja lemmikuid valida kuu aja jooksul, kuni 14. detsembrini.

Seekord osales joonistusvõistlusel kaheksa Ida-Virumaa kooli: Narva Eesti gümnaasium, Narva Kesklinna gümnaasium, Narva Vanalinna

riigikool, Illuka põhikool, Kohtla-Järve Slaavi põhikool, Kohtla põhikool, Narva Peetri kool.

Võistlustöid saatsid verekeskusele kokku 87 tubli I–IV klassi õpilast. Verekeskus auhindab jõulueelsel nädalal parimaid ja premeerib magusate üllatustega kõiki võistlusel osalenud väikseid kunstnikke.

**Häid pühi
kõigile
lugejatele**

**soovib
Kuukirja
toimetus**

KUUKIRI

Toimetus:

Aime Täevere, aime@editor.ee,

tel: 501 6338

Inga Lill, inga.lill@regionaalhaigla.ee

tel: 617 2247

Urve Pals, urve.pals@regionaalhaigla.ee

tel: 617 2187

Väljaandja: OÜ Editor Grupp

Trükiarv: 1550