



Lk 2

Vinterdistsiplinaarne



Kardiointensiiv sai 30-seks!

Lk 3



Talgute aeg on alanud

Lk 3

k u u k i r r i Regionaalhaigla

Aprill 2010 • Nr 4 (85)

Onko-videokonsiiliumid – samm efektiivse koostöö suunas

Märtsi lõpus loodi onkokonsiiliumide jaoks spetsiaalne telesild Lääne-Tallinna Keskhaiglaga. Tegemist on Regionaalhaigla jaoks ühe sammuga arendamiseks koostööd haiglatevaheliste onkokonsiiliumide vallas ning esimese sammuga pikemast projektist.

Haigla ülemarsti Sergei Nazarenko sõnul tehakse onkokonsiiliumides traditsiooniliselt koostööd erinevate raviasutustega igapäevaselt, vajadusel konsulteeritakse keerulisemaid haigusjuhte ning kaasatakse teiste haiglate kolleegide meie konsiiliumide töösse. „Videosilla loomisest saame aga rääkida kui uuest arengust selles koostöös,“ märgib haigla ülemarst. „Videosilla loomise eel tuli patsiendil koos oma raviarsti ja dokumentidega tulla Hiiule konsiiliumi, kus vaadati üle materjalid, selgitati patsiendile olukorda ning pandi paika edasine ravi.“

Videokonsiiliumi eelis on aga dr Nazarenko sõnul see, et see võimaldab säästa patsiendi ja arstide aega ning kaasata raviotsuse tegemise korraga maksimaalse arvu spetsialiste. Videokonsiiliumid koos Eesti Pildipanga poolt tagatud uuringute kättesaadavusega aitavad luua pat-



siendi huvidest lähtuvat raviruumi, mis vastaks Eesti Vähiravi kvaliteedikriteeriumidele.

Dr Nazarenko lisab, et ühiste onkovideokonsiiliumide võimalus ei ole kohustuslik, st Regionaalhaigla ei välista edaspidi patsiendi ja tema raviarsti kohaletulekut Hiiule, kui see on patsiendi või raviarsti seisukohast vajalik. „Videokonsiiliumid on eelkõige lisavõimalus.“

Lääne-Tallinna Keskhaiglaga käivitatud telesild on algus pikemale koostööks. „Meie soov on, et me kasutaksime loodud võimalusi patsiendi maksimaalseks eduks ning lootsime lähiaastatel ühiste videokonsiiliumide võrgustiku ka teiste haiglatega ja ka teiste erialade tarbeks,“ lausub Sergei Nazarenko.

Dr Nazarenko sõnul investeeriti projekti käivitamisel uudsesse ja nü-

disaegsesse tehnilisse lahendusse, mis on tehnoloogiline edasiarendus juba 90ndatel aastatel käivitatud telekonsultatsioonide eelmisele põlvkonnale. „Need kulutused aitavad meil aga võita ajas ja tagada kiirem koostöö ehk kasu, mida patsiendid sellest koostööst saavad, on kordades suurem kui investeeritud rahanumber,“ märkis haigla ülemarst.

Kuukiri

Regionaalhaigla arengukava 2010–2012

29. märtsil 2009 kinnitas nõukogu Regionaalhaigla arengukava aastateks 2010–2012.

Uue arengukava koostamisel on arvestatud nii Rahvastiku tervise arengukava aastateks 2009–2012, Tallinna Harta, Haiglavõrgu arengukava kui ka Eesti Haigekassa arengukava põhimõtteid.

- Arengukava annab lühikese ülevaate haigla tegevusest koos erinevate näitajate ja põhiväärtustega, mis aitavad selgitada haigla missiooni ja visiooni. Ühtlasi sisaldab arengukava haigla juhatuse, kliinikute ja teenistuste juhatajate kokkulepet järgneva 3 aasta eesmärkide osas:
1. võimaldada nüüdisaegset ravi aastaks 2012 täiendavalt 3500-le patsiendile;
 2. suurendada haigla kasutegurit rahvatervisele;
 3. suurendada rahulolevate ambulatoorsete ja statsioonarsete patsientide hulka;
 4. ühtse organisatsioonikultuuri ja väärtuste teadvustamine ja kinnistumine haigla kollektiivis;
 5. suurendada finantsilise tegevustulemi taset.

Eesmärkide täitmise lihtsustamiseks on arengukavas kirjeldatud põhitegevuse arengustrateegiad; personalistrateegia; kvaliteedistrateegia; infosüsteemide ja infotehnoloogia strateegia; infrastruktuuristrateegia ning finantsstrateegia.

Regionaalhaigla arengukava on kättesaadav siseveebist Organisatsiooni käsiraamatu alajaotusest Organisatsiooni juhtimine – Regionaalhaigla arengukava.

Ilona Reiljan
Kvaliteedisüsteemide talituse juhataja

Sekretäride päev 2010



Rahvusvahelisel sekretäride päeval, mida tähistatakse aprillikuu kolmandal kolmapäeval, kuulutati välja Regionaalhaigla kliinikute parimad sekretärid.

Suur-suur aitäh teile kogu PERH-i kollektiivi poolt! Palju-palju õnne!

Loe lk 4

2010. aasta parimad sekretärid koos juhatuse esimehe Tõnis Allikuga.

Pildil vasakult: Ülle Pikaro (diagnostikakliinik), Marika Allvee (teenistused), Kadri Lagrekül (sisehaiguste kliinik), Tõnis Allik, Reelika Lumi (kirurgikakliinik), Alli Sarap (psühhiaatriakliinik) ning Aet Jaska (anestesioloogiakliinik). Pildilt puudub järel- ja hooldusravikliiniku parim sekretär Kristina Ivanova.



Endoskoopilise ultraheli õppepäev toimub 27. mail

Seoses Islandi tuhapilvest tingitud häiretega lennuliikluses ning kirurgidest organisaatorite ja ettekandjate Eestist eemalviibimisega, lükkus 23. aprilliks kavandatud õppepäev „Endoskoopiline ultraheli – uus diagnostika- ja ravimeetod Põhja-Eesti Regionaalhaiglas“ 27. maile.

Korraldajad vabandavad võimalike ebameeldivust pärast!

V interdistsiplinaarne koostööseminar VÄIKE LIIGES

Üks küsimus

Kuidas olete tänase seminariga rahul?

Ma olen väga rahul! See on huvitav seminar, saab uusi teadmisi ja kinnitust oma mõtetele. Ega siia vist keegi ei ole tulnud, kes selle asjaga ei tegele.

Noorusest meenutusena meeldis mulle väga see selge ja lühike ülevaade anatoomiast (dr Ivo Kolts – toim!).

Peeter Raudvere on alati olnud kuldsuu, temal on alati huvitavad ettekanded, aga teised ettekanded olid ka väga huvitavad, näiteks dr Pärsiku ettekanne. Kõik olid tasemel!

Mare Uritam
Lastehaigla radioloog

Kuidas seminar meeldib?

Minu meelest väga asjalik! Teemad on kõik asjalikud, esitatud väga praktiliselt aspektist. Hea, et kõnelejad on arvestanud sellega, et neid teadmisi saaks igapäevaselt kasutada. Esinejad on oma ala spetsialistid, juba eelinfona antud kavast paistis see välja, osavõtuotsuse langetasin just eelneva kava järgi.

Mulle väga meeldis stomatoloog Ülle Voogi etteaste, sellepärast, et see on väga levinud probleem, mida on praegu vähe käsitletud. Hästi ladus ja huvitav ettekanne.

Chris Pruunsild oli ka huvitav. Oma ajal, kui ta kutsus lapsi uuringutele, siis sai ikka silmad lahti hoitud, et kui vaja, siis saadaks – õnneks ei olnud küll vaja! –, aga vähemalt tähelepanu oli juhitud, et selline probleem on (väikese liigese põletik lapseas – toim).

Katrin Abel
Perearst

Kommentaari

Kommentaari palusime dr Äli Tõnnovilt, seminari PERHI-poolselt korraldajalt:

Mina olen korraldustoimkonnas olnud neli aastat, vastutan seminari sisulise osa ja ettekannete eest, pean sidet osalevate seltside ja erialaühendustega, olen ühenduses esinejatega.



Diagnostikakliiniku sekretär Riina Kozlov tegeleb registreerimisega, Inga Lill ja Urve Pals kommunikatsiooniteenistusest vastutavad trükiste ja saali-poolse eest. Minu meelest on meie meeskond hakanud päris hästi toimima!

Seminari ettevalmistus kestab ligi aasta, kõigepealt lepime kontseptsiooni autori Sergei Nazarenkoga kokku teema ja ürituse pealkirja, siis otsime siduserialade partnereid, mõtleme koos nendega läbi teemad ning seejärel hakkame koos otsima esinejaid. Kui need on leitud, tavaliselt sügiseks, oleme esinejatega ühenduses, täpsustame ettekannete sisu ja koostame kirjalikke materjale. Kogemusi on juba aastatega kogunenud omajagu, seega tihkasin – ikka huvitavamana terviku nimel – esinejaid natuke „suunata“, nii sisu kui ka ettekannete pikkuse osas. Eks seepärast nii mõnigi lektor vihjas, et „see pole küll päris see teema, millest ma rääkida tahaksin“. Tagasiside oli seekord hästi positiivne! Hinnangulehtedes nimetati ära head teemavalikut, sisukaid ettekandeid ja häid lektoreid. Kuulajad reastasid esinejate TOP-3 järgnevalt: Peeter Raudvere, Chris Pruunsild, Ülle Voog-Oras, aga ega teised ka kuigi palju alla ei jäänud. Kusujuures dr Raudvere on esinenud kõigil viiel interdistsiplinaarsel seminaril ja on alati publiku poolt paigutatud kolme parema lektori sekka.

Ankeedivastused näitasid, et auditoorium oli rahul, kuulati huviga ürituse lõpuni. Samas sooviti, et taolised seminarid ikka jätkuksid. Nimetati ära ka seda, et ettekanded olid tänava kenasti ühtlustatud.

Mina tahan nii korraldustoimkonna kui ka kuulajate poolt öelda tänusõnad nii esinejatele, kaaskorraldajatele kui ka Rahvusraamatukogu seltskonnale – väga professionaalse, korrekse ja kiire teeninduse eest, ja tundub, et ka see on läinud iga aastaga aina paremaks!



9. aprillil 2010 toimus Tallinnas Rahvusraamatukogu konverentsikeskuses V interdistsiplinaarne koostööseminar, mille teemaks oli seekord „Väike liiges“. Seminar sai teoks PERH-i ning 21 erialaseltsi ja ühingu ühise ettevõtmisena, peakorraldajaks Eesti Nuklearmeditsiini Selts.

Seminari avades ütles Regionaalhaigla ülemarst, interdistsiplinaarsete koostööseminaride eestvedaja dr Sergei Nazarenko, et tegu on nagu väikse juubeliga – ikkagi juba V sellelaadne seminar! Samuti juhtis ta tähelepanu sellele, et peakorraldaja, nuklearmeditsiini selts, on juba iseenesest interdistsiplinaarne.

Ettekannete temaatika oli vägagi mitmekülgne, alates anatoomiast ning väikese liigese patoloogiast kuni liigesesise ravi ja taastusravini, hõlmates ka diagnostikat, uuringuid ja erinevaid ravivõimalusi. Lastest vanuriteni.

Väike liiges – suur probleem

Päevateema valiku kohta lausud dr Nazarenko, et see sündis ühise mõtetöö tulemusena: „See teema oli meie interdistsiplinaarset käsitlust vajavate teemade seerias täiesti olulisel kohal. Sest täna on siin tõesti erinevate erialade esindajad – on reumatoloogid, on ortopeedid, on lastearstid, on radioloogid, laboriarstid ja hulk teisi. Ja mis eriti oluline – et meil esinevad täna ettekannetega tohtrid, kes töötavad Regionaalhaiglas, Tartu Ülikooli Kliinikumis, Ida-Tallinna Keskhaiglas, ka välismaal, Soomes.“ Dr Nazarenko rõhutas, et ka kuulajate poolt on seminar tõeliselt interdistsiplinaarne, kohal on nii perearstid kui ka erinevate erialade arstid, samuti arstiteaduse

üliõpilased, noorarstid jne. Laia kandepinnaga interdistsiplinaarne seminar toetab dr Nazarenko sõnusti seda, et toimuks integratsioon erialade vahel ning et olemas olev oskusteave saaks jagatud. „Ja lõppkokkuvõttes – et me lahendaksime patsiendi probleeme, mitte ei osutaks ainult tervishoiuteenuseid.“ sõnas haigla ülemarst.

Küsimusele, miks just väike liiges, vastas dr Nazarenko: „See teema sai valitud sellepärast, et reumatoloogias ja ortopeedias on täiesti põhjusega ja põhjendusega räägitud väga palju põlve- ja puusaliigestest, s.o suurtest liigestest, aga mõnikord avaldub haigus ka väikeste liigeste tasemel, mis võib olla samuti suur haigus ja suur probleem. Väikesed liigesed on käelabaliigesed, jalalabaliigesed, aga samuti lõualiigesed, lisaks ka lülisamba lülidvahelised liigesed, mis vajavad täpselt niisamuti tähelepanu ning mille vaevused võivad olla patsiendile täpselt sama koormavad ja piinavad kui suure liigese probleemid.“

Tervist apteegist ei osta!

Liigeshaiguste kohta üldisemalt ütles dr Nazarenko, et need epidemioloogilised andmed, mis ette kantud, näitasid trendi – mida rohkem põhja pool, seda rohkem liigeshaigusi esineb. Aga ei saa öelda, et soojemates maades neid ei esineks. Liigeshaigused on vähemalt siin Eestis meid ja meie eellasi saatnud aastasadu, tõsi, mõnikord on nii, et olenevalt elutingimustest ja keskkonnatingimustest võivad prevalerida rohkem ühed või teised haigused. Dr Nazarenko: „Aga on üks väga oluline ütlus, mis tuli kõnepruuki 80. aastatel ja on väga aktuaalne ka tänapäeval, just nende müütiliste ootuste osas, mis tervishoiu suhtes on – et



tervist apteegist osta pole võimalik!“ Sestap on väga suur osa profülaktikal ja inimese enda hoolitsusel oma liigeste eest – ja mitte ainult spetsiifiliselt liigestega tegelemine, et olla ergonomiline, vaid pidades silmas ka õiget toitumist, liikumist värskes õhus, päikese käes jne. Ühesõnaga, igauks saab tegutseda oma parema tervise nimel.

„Väike liiges“

Küsimustele vastab korraldustoimkonna liige dr Eevi Pärsik



Miks väike liiges?

Väike liiges just eelkõige sellepärast, et väikese liigese seondub rohkem põletikulisi liigeshaiguseid ja nagu seminari esimeses pooles rõhutasime, on need haigused siiski ka noore-ea haigused ning haigestumine põhjustab invaliidistumist. Sagedasti unustatakse ära, et tõsised liigeshaigused, nagu näiteks reumatoidartriit, psoriaasiartriit ja sponduliidid, algavad ka lapseas. Meie eesmärk on, et need patsiendid jõuaksid võimalikult vara reumatoloogi, erialaspetsialisti juurde – et alustada varajast ravi.

Miks just „väike liiges“ sobib interdistsiplinaarse seminari teemaks?

Ma arvan, et reumatoloogia on just selline eriala, mis ühe kindla arstiga ei piirdu. Täna on siin radioloogid – hästi olulised, kes aitavad diagnoosi püstitada, ka haiguse ravi ja käiku ning haiguse remissiooni jälgida. Seminaripäeva teises pooles esinesid laboriarstid – ilma laborita ei saa me

kuidagi läbi! Ja et õigel ajal diagnoosi panna, just varajast diagnoosi panna. Tänapäevane ravi on ju suunatud immunoloogiliste näitajate mahasurumisele, immunoloogiale ja sealt tulevate liigespõletike faktorite blokeerimisele. Siis kindlasti ortopeedia, mis on väga oluline. Kahjuks kõik patsiendid ei saa ju kohe varajast ravi, vajame ortopeedide abi, et sünovektoomiat jms teha. Loomulikult ei saa ära unustada ka taastusravi, mis on ääretult oluline, st kui haiget on ravitud, siis see haige liiges tuleb ka liikumas hoida.

Kui kaua seminari ettevalmistamine käis?

Peaaegu aasta tuleb täis. Eriti hea meel on selle üle, et esinema tuldi hea meelega, erilisi äraütlemissi ei olnud. Eks me kutsusime ka n-ö teadlikult, erialade piires ju inimesed teavad, kes mida võiks rohkem rääkida – ortopeedid oma erialade piires, meie, reumatoloogid oma kolleegidega ja radioloogid oma kolleegidega. Nii sai kutsutud ja keegi ka õnneks ei öelnud ära.

Kes on kuulajad?

Saalis on natuke üle 300 inimese. Kutsesid saatsime seltside kaudu, ikka neile, kelle suhtes eeldasime, et nad võiksid olla asjast huvitatud ja tahaksid osaleda, kogu teavitamine käis seltside kaudu.

Saalis on hästi positiivne, isegi lustakas õhkkond. Kas see tuleb erialadest või esinejatest või neist, kes on kuulama tulnud?

Ma arvan, et see sõltub tõesti nendest kolleegidest, kes kuulama on tulnud ja eks ka lektoritest! Ja võib-olla ka tänasest ilusast reedest kevadpäevast.

Aime Taevere

Doonoritelgid alustavad 1. juunil

Tallinnas, Raplas, Keilas, Rakveres, Paines ja Haapsalus seatakse tänava suvel juba neljandat aastat järjest üles Kaitseväge telgid. Nendes telkides saavad tuhandete doonorite ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla verekeskuse sõbraliku personali kaasabil teoks tuhandet heateed.

Doonoritelkide ajakava ja toimumispaigad

- Juuni**
1.-2.06 Raplas kultuurikeskuse taga väljakul (I päev 12.00-18.00; II päev 11.00-17.00);
3.-4.06 Keilas kultuurikeskuse vastas oleval raamatukogu väljakul (I päev 12.00-18.00; II päev 11.00-16.00);
14.-16.06 Rakveres linna keskväljakul (I ja II päev 12.00-18.00; III päev 11.00-17.00);
21.-22.06 Tallinnas Tammsaare pargis (I päev 12.00-18.00; II päev 11.00-16.00).

Doonoritelkide sihiks on tutvustada doonorlust üha enamatele inimestele ning tuua doonoriks olemise võimalus „koju kätte“ ka neile, kes elavad väljaspool Tallinna, Tartut, Pärnust või Kohtla-Järvet, kus asuvad alalised vereloodutuskohad. Verekeskuse doonorluse arendusjuhi ja projekti eestvedaja Ülo Lombi sõnul on doonoritelkide kujunenud traditsioon, kus lõõvad kaasa paljud need, kes hoolivad inimeste elust ja tervisest. „Riik – see on eelkõige inimesed, ja inimesed vajavad kaitset iga päev. Nii ametkondlikul kui ka inimlikul tasandil koostööd tehakse ja kokku hoides hoiame oma riiki ning oma inimesi,“ sedastab Lomp.

Möödunud aasta suvi tõestas doonoritelkide tõmbefaktorit juba kolmandat aastat järjest – tehti 1812 vereloodutust ja koguti rohkem kui 817 liitrit verd haiglate patsientide raviks. Nende numbrite taga on abivalmis ja terved Eesti inimesed, kes on doonorluses leidnud võimaluse head teha ning kelle heasüdamlikkus ja valmisolek aidata võimaldab haiglatel ravida paljusid kaasmaalasi. 515 esmaloodutajat alustas oma teed doonorluse juurde just doonoritelkidest.



Ka sel aastal osalevad doonoritelkide projektis lisaks Kaitseväge linnavalitsused, Eesti Politsei, Päästeamet, Maanteeamet, Kaitseväge Värbamiskeskus, Kaitseleit ja Eesti Punane Rist, kelle töid ja tegemisi kohapeal tutvustatakse. Vereloodutusest saadavat head enesetunnet tõstavad veelgi õnnele, pelikan Dona ning paremad palad verekeskuse suurtoetajalt Fazerilt.

Kardiointensiiv – 30! Meenutusi, fakte

15. aprillil toimus Regionaalhaiglas seminar, mis oli pühendatud kardiointensiivravi osakonna (KIO) 30. aastapäevale ning kus räägiti ägeda koronaarsündroomi ravist möödunud aastakümnetel, täna ja vaadati ka tulevikku. Kuukiri kuulas asjaosaliste mõtteid ümmarguse tähtpäeva puhul väikeses vestlusringis.



Dr Toomas-Andres Sulling, 1980.

Vestlusringis osalesid dr Arvo Mesikepp, ülemõde Nadežda Doronina — nemad alustasid haiglas töötamist 30 aastat tagasi — ja dr Sigrid Järvekülg, kes tuli Mustamäe haiglasse tööle noore arstina 20 aastat tagasi ning on KIO's aastast 1996.

Kõige põnevam, ühtlasi kõige kaugem ja ehk ka kõige määramatundub olema ikkagi algus. Alustame algusest. Dr Mesikepp: „Mina hakkan oma juttu peale sellega, et ma nimetan ära Toomas-Andres Sullingu, kes täpselt oma 40. sünnipäeval, 15. veebruaril 1980, teatas, et nüüd on otsustatud, et meie läheme ära Tallinna, vastloodud Kiirabihaiglasse ja avame seal kardiokirurgia, kardiointensiivravi jt osakonnad. Samal päeval kutsus doktor Sulling ka mind oma meeskonda ja kuu aega hiljem olingi Tartu Ülikooli sisehaiguste kliiniku sisehaiguste osakonna juhataja kohalt vaba ja alustasin uut elu. Eelnevalt olin 1969. aastal olnud Leningradis intensiivravi ja reanimatsiooni alastel kursustel. Intensiivravi oli täielik murrang kardiolooias. See eriala algas maailmas 1960. aastal ägedate müokardi infarktide intensiivraviga, meil siin haiglas oli Eestis esimene selline osakond. Uus asi tekitas vastuseisu, kuulsime palju tagurlikke arvamusi ja 1984. aastal Tartus välja antud monograafia müokardi infarkti kohta ei olnud mitte sõnagi intensiivravist. Kuid Mustamäe haiglas oli kardioloogiline intensiivravi koostöös kardiokirurgiaga (esimestel aastatel oli kardioreanimatsiooni osakonnas 4 kardioloogilist operatsioonijärget voodit ja 8 infarkti intensiivravi voodit) ja invasiivse kardioloogiaga juba põhjalikult rakendatud. Selle kohta 1985. aastal kirjutatud artikkel saavutas üleliiduliselt väga hinnatava kohta.“

Dr Mesikepp jutustab, et enne seda pandi need haiged üldintensiivravi osakondadesse, või teine variant — hoiti neid pikka aega haiglas lamamisrežiimil. „Ja kes selle kuue nädala lamamisega ära paranes, see võis haiglast välja minna. Aga see oli kardioloogia eelmine päev,“ nimetab dr Mesikepp.

1980. aastal avati Mustamäe haiglas kardiointensiivravi osakond. Eksperimentaalselt. Tänu doktor Sullingule. „Ta ei olnud loomulikult üks, meeskonnas olid teadlased ja teised asjale kaasajutajad, nagu näiteks üks esimesi teaduskraadiga anesthesiolooge Eestis, legendaarne ülikooli õppejõud, dotsent Anton Kivik. Tema tuli esimestes seas meiega kaasa,“ meenutab dr Mesikepp, lapates laual koopiaid dokumentidest. Suure hulga inimeste ületulek Tallinna oli tohtri sõnul küllaltki valuline, Tartu kaotas korrakaigus osakonnajuhatajat ja hulga võimekaid töötajaid. Võtmeisikutena nimetab dr Mesikepp veel tulevasi professoreid Rein Teesalu ja Jaan Eha.

Doktor Järvekülg esitab andmeid ja esimeste asjaosaliste mälestusi, mida tal on õnnestunud koguda oma ettekande jaoks. Vestluse käigus selgub, et dokumendid ja paberid näitavad üht, inimesed kinnitavad siin-seal teist. Igatahes on selge, et 1980. aasta 15.

aprilli seisuga töötasid KIO-s järgmised arstid: T. Sulling, A. Kivik, R. Teesalu, O. Pullisaar, J. Kalde, A. Planken, Ü. Planken, R. Lai, M. Tiivel, M. Tiivel, S. Sulling, K. Rebane, R. Raudsik, K. Tamm, V. Mölder ja J. Eha. Dr Mesikepp oli esimesed kuud tööl n-ö poole kohaga. Nadežda Doronina vaatab oma pabereid ja nimetab, et ödesid oli algul tööl viis, temale endale lisaks veel Emma Šabanova, Karin Kuuskman, Natalja Nekrassova ja Kristina Kurvits, kaks viimast töötavad haiglas praegugi. Dr Mesikepp sõnab, et see kollektiiv, kes alustas, oli äärmiselt entusiastlik, ja kõige suurem koormus olla olnud just ödedel: „Sest neid oli nii vähe! Nende viie öega tehti nii infarkti intensiivravi kui ka postoperatiivne ravi. Ime, et nad vastu pidasid! Õenduse kiire areng selle aja jooksul ja uute ravivõtete omandamine on olnud fantastiline.“ Doronina meenutab, et algul tuli tõesti kõike ise teha, kaasa arvatud arstiriistade pesemine ja põrandapesu. Seltskond oli tore ja töö oli huvitav, on Doronina ja dr Mesikepp ühel nõul. On praegugi. Ühte meelt ollakse ka selles, et dr Sulling tegi imet, eriti tolleaegsetes tingimustes, ja et meeskond oli ühtne ning entusiastlik.

Ravijutu juurde jõudes loetleb dr Järvekülg olulisemaid teetäheid: 1981. a hakati tegema intrakoronaarset trombolüüsi, 1982 võeti kasutusele koronaardilatatsioon, 1984 — intarvenoosne trombolüüs. Dr Mesikepp: „Tollal oli väga aktuaalne teema esimese päeva operatsioon ägeda infarkti puhul. Kas teha või mitte. Üleüldse, infarktihaige puhul on kogu aeg olnud arutluse all variandid — et mida on õigem teha: kas viia kiiresti lõikusele või teha kiiresti pärgarteri dilatatsioon. Praeguseks on infarkti ravi kohta selged juhised, vaidlused jätkuvad juba uuematel teemadel.“

Aastatel 1980–85 toimus invasiivsete protseduuride juurutamine, läheb dr Järvekülg ajaloos edasi, 1986–90 on näha tugev tõus abisaanute arvus, st jõudlus kasvas.

Sellesse ajajärku jääb ka üksmeelne poliitikategemine. Dr Mesikepp meenutab: „Meie seltskond oli poliitiliselt väga aktiivne, iseseisvuse taastamise ajal käisime üheskoos koosolekutel ja meil oli oma rahvarinde tugigrupp, kaevasime rahvusraamatukogule kraavi ja turvasime lauluväljaku suurkoosolekut. Aga enam me poliitikaga ei tegele.“

90-ndatel mindi üle intrakoronaarselt intravenoossele raviviisile, tänu sellele sai abi üha rohkem inimesi. Dr Järvekülg: „1990–99 oli see periood, kus tehakse usinasti tööd, aga ei juurutata nii palju uusi asju, sel ajal olid kogu meditsiinis probleemid ... aastast 2000 läheb hästi edasi, 2004 võeti kasutusele uued Eesti ravijuhendid, aastast 2006 rahvusvahelised ravijuhendid.“



KIO alustajad, 1980.



1990.

Uus ajajärk ägeda koronaarsündroomiga haigete ravis algab aastast 2006: alates 1. jaanuarist 2006 rakendub invasiivkardioloogia 24/7. „See tähendab ööpäevaringset valvet. Hakkasime ägedaid infarkte invasiivselt ravima,“ selgitab dr Järvekülg.

Ülemõde rõhutab, et kardiointensiivis töötamine oli toona, 30 aastat tagasi, ja on ka praegu väga prestiižne: „Meil on hästi palju pikaajalise staažiga töötajaid, püsiv kollektiiv, selles suhtes on siin liikumist vähe.“

Dr Järvekülg: „Me erineme kõigest

teistest selle poolest, et meil on vaja tegutseda eriti kiiresti ja õigesti! Meie haigete puhul maksavad minutid, muidu nad surevad ära või on nende edasine elukvaliteet on väga halb.“ Dr Järvekülg toob välja, et PERH-i kardiointensiivi iseloomustavad täna järgmised märksõnad: teaduspõhisus; kliiniline töö vastab nüüdisaegsetele rahvusvahelistele ravijuhistele; efektiivsuse võrreldav Lääne-Euroopaga; väga ökonoomne, ja täna veel siiski ka patsiendisõbralik.

Kuulas: Aime Taevere

Kommentaari

Kardiointensiivravi osakonna 30. aastapäeva puhul andis Kuukirjale kommentaari tähtpäeva „peasüüdlane“, kardiovaskulaarkirurg/ ülemarst/ osakonna juhataja, dr Toomas-Andres Sulling:

30 aastat tagasi tulime suure kambaga Tartust üle ja asutasime siin kõik vajalikud osakonnad üksteise järel, komplekselt – kardiointensiivravi osakonna, kardiokirurgia osakonna, angiograafia sai siis tehtud jne. Tartus jäi minu nägemust mööda töömaht liiga väikeseks ja leidsin, et kui perspektiivi pole, siis ei paku see töö kellelegi huvi. Tallinnas sellist kardioloogilist gruppi ei olnud, uue haigla lisandusid ka uued võimalused. Tollane paarist dr Meikas mõistis, et meid huvitab just äge patoloogia, ja andis selles osas juhtotsad meie kätte, see oli ka meie tingimus Tallinna tulekul.

Missugune oli algus? Näiteks, ägedas situatsioonis – kui inimene saab infarkti või infarkt kipub tulema, siis vanasti, tollal, ei olnud olemaski sellist süsteemset mõtlemisviisi, et taastada võimalikult kiiresti verevool selles ahenenud või kinni läinud arteris, ägedas situatsioonis. See oli ka üks suur põhjus, miks me Tallinna tulime, sest meie nägemust mööda oli nii, et kardioreanimatsioon peaks olema kompleksis kirurgiaga.

Pikkamööda hakkasid arenema ka invasiivsed ravimeetodid verevoolu taastamiseks, alates trombolüüsist, siis lisandus laiendamine ja stentimine. Aga arenes ka kirurgia. Kui alguses peeti seda hullumeelsuseks – opereerida ägedas seisus infarktihaiget, siis nüüd on see igapäevane tegevus.

Kust me julguse võtsime? No tollal hakkas juba liikuma ka sellealast kirjandust, ja oma loogiline mõistus kah lisaks, võtame näiteks pärgarteri peatüve: me saime jälgida haigeid ägeda infarkti korral, nad kippusid ära surema, kui kiiresti abi ei saanud. See oli esimene sammuke, mis mulle meelde tuleb. Ma kogusin 8 juhtumit, arutasime kolleegidega ja – otsustasime proovida, ning tegime seda edukalt, see andis julgust. Nüüd on tavapärane, et kui leitakse ägeda infarktihaige, siis

püütakse verevool ahenenud arteris kiiresti taastada. Põhimõtteliselt kergematel juhtudel teevad seda invasiivkardioloogid, raskematel juhtudel kardiokirurgid.

Haigeid, kes tulevad ägeda infarktiga, on küllalt palju. On teada, et kui nad kohest abi ei saa, siis sureb, statistika järgi, neist kuupeoleteise jooksul 40%. Ma arvan, et me suudame rohkem kui pooled ära päästa, kui me teeme kõik selleks, et verevool taastada.

Aga areng veel jätkub, ega see pole lõppenud. Mina ise loen, enda jaoks, viimase 10 aasta suuremaks edasiminekiks, et nüüd teeme enamiku koronaarloomise töötava südamega. Loen seda suureks saavutuseks, sellega on võimalik just erakorralises situatsioonis aidata suurt osa haigetest. Kanada on just korraldamas üht üleilmset uuringut, kus võrreldakse töötaval südame ja kunstliku vereringega tehtud lõikusi, kogutakse kokku 4700 haiget, ja meid on sinna uuringute hulka arvatud, see on meie grupile siiski suur tunnustus!

Kuukirja kaudu rõhutaksin seda, et väga tähtis on koronaarhaiguse õigeaegne diagnostika ja haigete õigeaegne saatmine tseentrumisse, sellel alal on veel puudujääke. Tuleb olla tähelepanelik, kui inimene tuleb kaebusega, et südames on valu, tuleb viia uurimine lõpuni – miks on valu südames, kas see on seotud südamega või on mingi muu valu südame piirkonnas. Põhjuste peab välja selgitama. Siis saab ka abi anda.

KIO sünnipäeva puhul ütlesin, et minu meelest on kardiointensiivravi osakond – kardioloogia süda. See on koht, kus veel viimasel hetkel püütakse ära teha, mis võimalik. Kompleksne lähenemine, nagu meie haiglas, on siiski küllaltki ainulaadne. Meil on kõik erinevate alajaotuste spetsialistid siin olemas ja koos, loodan, et koostöö jätkub ja süveneb.

Kangelane – lihas ja luust inimene



Legendi järgi on kangelased üleilmlikud olendid, kes on pühendanud oma elu andmaks endast kõik ja tulles appi seal, kus häda kõige suurem. Kangelaslegendid on aga alguse saanud inimestest meie ümber. Inimestest, kes tegutsesid altruistlikult ja aitavad alati, kus võimalik. Doonorid on täpselt sellised inimesed!

Verekeskusel on valminud toredad filmiklipid, mis on tehtud, mõeldes eelkõige noortele ja noorehangelistele. Lootes julgustada ja kutsuda üles heategudele neid, kes veel pole doonorid, kuid kes oma südames tunnevad, et tahaksid selleks saada. Mõistagi on filmiklipid pühendatud ka kõikidele nendele kümnetele tuhandetele olemasolevatele doonoritele, kes juba ongi kangelased, päästes iga päev abivajajate tervist ja inimelusid.

Filme saab vaadata verekeskuse kodulehel www.verekeskus.ee oleva Noorte nimelise bänneri alt ja rahvusvahelises videokeskkonnas YouTube.

Talgupäev psühhiaatria-kliinikus

Psühhiaatriakliiniku töökas pere hoiab alles vanu häid traditsioone: teispäeval, 27. aprillil võeti ette järjekordne hoogtööpäevak oma territooriumi korrastamiseks. Ühisele koristusteispäevakule registreerus 85 inimest, kinnitas kliiniku juhataja Kaire Aadamsoo, aga tegelikult oli toimekaid töötajaid ilmselgelt rohkem, sest osa inimesi oli tegutsenud juba varem – lilleklumpides õitsesid värskelt istutatud lilled, samuti oli osa territooriumist juba varem rehade-luudadega üle käidud.

Rahvas kiitis kena kevadilma ja töö lausa lendas käes! Pole ka ime – ettevalmistused „pühaks ürituseks“ olid tehtud, pidades silmas aastakümnetetaguseid laupäevakuud. Aga head ja kasulikku mõtet kõlbab ju ikka ja jälle kasutada. Ja nalja peab ka saama!

Kuukirja kaudu avaldame kiitust kõigile tublidele iluloojatele! Aitäh!



Meie kangelane:

Ramid Niftaljev – õige mees õigel ajal õiges kohas!

13. aprillil juhtus Kadrioru tiigil õnnetus: kaks venda, kümnene ja viiene, läksid tiigile, ent jää oli habras ja lapsed vajusid jääkülma vette.

Ramid juhtus seal läheduses kändima ja kuulis ühtäkki valjusid appihüüdeid. Suunanud pilgu hääle poole, nägi ta vees jääklompide vahel naist, kes hoidis ühe käega kaenlas ühte, teisega teist last, ise šokis, valust ja külmast kangestunud...

„Pistsin tiigi suunas jooksu, hüüdes lähedalolijatele: kustuge kiirabi! Appi tõttas veel üks mees, kes aitas lapsed ja naise jääklompide vahelt veest välja tirida. Suurem laps oli kontaktne, aga väiksem oli juba näost sinine, ei hinganud enam. Vabastasin poisid hingamisteed oksest ja jäätükkidest, tegin suust-suhu hingamist ja südamedmassaži. Laps sai hingamise tagasi. Selle mehe nimi, kes appi tuli, oli Konstantin, ma pärast küsisin. Ega me teinud ju midagi erakordset, ainult seda, mida iga teinegi inimene oleks sellises situatsioonis teinud.“ jääb Ramid tagasi-hoidlikuks, lisades kiidusõnu lapsi päästma hüpanud naisterahva ja appi tõtanud Konstantini aadressil.

Kiirabi viis lapsed haiglasse, kust nad on tänaseks juba koju pääsenud.

Aitäh Sulle, Ramid, veel kord – kõigi kolleegide ja Kuukirja poolt!



Ramid Niftaljev EMO-s oma igapäevast õetööd tegemas.

Erakorralise meditsiini keskuse juhataja dr Vassili Novak:

Sel viieaastasel kindlasti vedas, ma arvan, et need minutid, mis tiksusid kuni kiirabi saabumiseni, päästsid – tänu asjatundlikule abile – seekord lapse elu. Kõik kolm abistajat käitusid nagu tõelised kodanikud.

Selliseid elustamisvõtteid peavad kõik inimesed oskama ja vajaduse korral ka abi osutama. See oli nagu jumalik juhatus, et kohapeale sattus inimene – seekord meie erakorralise meditsiini osakonna töötaja –, kes oskas anda asjatundlikku abi. Sellistel puhkudel on nii, et mida kiiremini taastatakse kannatanu hingamine, seda vähem esineb organite kahjustusi, eelkõige ajukahjustusi. Muidugi ei tohi sellisel juhul kaotada ühtegi minutit! Tegu oli täiesti õigesti antud abiga ja see andis ka tulemusi. Elustamise kolm etappi, A – hingamisteede vabastamine, B – suust-suhu hingamine, C – südamedmassaž, said antud juhul korrektselt tehtud, realiseerisid ja andsid ka hea tulemuse.



KUUKIRI

Toimetuse:

Aime Taevere, 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

Meditsiin ja ajalugu

Meditsiiniajalugu kuulub küllaltki põhjalikult käsitletud mineviku-teemade hulka.

Selles vallas on ilmunud nii üldisemaid käsitlusi kui ka spetsiifilisemale temaatikale pühendatud artikleid. Nendes publikatsioonides kajastatakse valdavalt saavutusi meditsiiniteaduse vallas. Kuid tunduvalt vähem on neid kirjutisi, mis analüüsivad arsti positsiooni ühiskonnas ning sellest tulenevaid ootusi. See aga on küllaltki ainulaadne ning paljuski erinev teiste erialade esindajatest. Nimetatud erinevus tuleneb ilmselt asjaolust, et arsti elukutsega seonduvad ootused on tinglikult öeldes mütoloogilised – mis muudabki arsti ja patsiendi suhte ainulaadseks ning võib teatud mõttes muuta arsti selle suhte ohvriks. Sest selles suhtes sisaldub paratamatu kokkupuude selliste mõistetega nagu surematus ja igavene noorus.

Loomulikult, ka pärast autolukkepa külastamist jääme me lootma, et autoga poleks vaja sellist teekonda enam kunagi ette võtta ning „raudsukku“ jääb meid teenima igavesti. Kuid vaevalt võib taolist lootust nimetada „mütoloogiliseks“. Ta kuulub hoopis reaalsemate mõtete maailma. Kuid unistus igavesest elust ning igavesest noorusest on tõesti mütoloogiline. Ta

viib meid maailma, kus tegutsevad jumalad ja Gilgameši ning Heraklese taolised kangelased. Ning just nimelt arstid.

Arusaadavalt ei pöördu meist keegi otseselt arsti poole palvega tagada igavene elu. Kuid kuskil sügavas alateadvuses on see unistus paljudel meist olemas. Ning vastavalt sellele ka pettumus. Sest kuidas saaksidki surelikud arstid anda surelikele inimestele seda, millega pole üldjuhul hakkama saanud isegi surematud jumalad ise?!

Tõenäoliselt on taoline, meditsiini võimulusi „ülehindav“ ootus sündinud XIX sajandi lõpus – XX sajandi alguses. Ajajärgul, kui mitmed avastused ja leiutused tegid inimestele kättesaadavaks varem kättesaamatud asjad. Nii näiteks avanes koos lennuki tõusmisega taevasse võimulus heita maailmale jumalik pilk. Raadio, telefon ja telegraaf võimaldasid sõnumil jõuda kauguste taha. Fotograafia abil aga sai näiliselt peatada ajakulgemist ning röntgeniaparadi vahendusel näha nähtamatuid asju. Kõik see pani uskuma, et inimkonna ees pole enam ületamatuid piire ning ka igavene elu – või vähemalt oluline eluea pikendamine – on vaid mõnede aastate küsimus. Vähemalt nõukogude Venemaal väljendus see lootus paljude inimeste veendumuses, et ajutisena palseme-

ritud Lenin on peatselt ellu äratavat, ning riigijuhtide toetuses šarlatanist meditsiiniprofessorile Ivanovile, kes üritas katseliselt saada inimese ja inimahvi paaripanemisest kentauride-taolisi järglasi. See oligi ilmselt aeg, kui arstidest said progressi „ohvrid“, sest nende reaalsed võimalused jäid tunduvalt alla patsientide „mütoloogilistest“ ootustest.

Miks taoline kontrast puudus varasemal ajal? Sest vähemalt Euroopa kristlikus kultuuriruumis oli sajandeid kehtinud arusaam, et elu siin ja praegu on vaid ajutine. Ta oli pigem jumalik katsetus, mis pidi määrama tulevase ja igavese elu keskkonna. Kas paradiisi, või põrgu. Seega said ka arstid pakuda vaid tinglikult ajutist leevendust ning vaevalt ootas keegi neilt abi, mis oleks väljunud maiste unistuste raamidest. Siin sai inimene tegutseda vaid ise. Elades patustamata. Ning kõik ülejäänud oli juba Jumala kätes.

Ajalugu on kujundanud arstidest oma ohvreid ka selle sõna otsesemas tähenduses. Kasutades arstide teadmisi oma eesmärkide saavutamiseks. Selliseid näiteid võib leida minevikust sadu. Neis on arstid ühed vandenõudes osalejad, keda on kasutatud peamiste abilistena soovimatutest isikutest või konkurentidest lahtisaamiseks. Sellises äraspidises rollis võib leida arste

(vaevalt oli see nende vabatahtlik valik!) ka Stalini ajal, kui mitmed juhi endised lähikondlased surid pärast lühikest haigust seletamatutel asjaoludel. Kuid sama diktaatori valitsemisaega kuulub ka üks suuremaid arstide vastu suunatud nõiajahte, kui selle elukutse esindajad said ajakirjanduses enesele külge sildi „mõrtsukad valgetes kittites“. Kuigi antud juhul polnud primaarne mitte niivõrd nende inimeste elukutse, kui rahvuslik kuuluvus, lõppes see nõiajaht paljudele arstidele hukatuslikult. Ning, kui poleks saanud diktaatori surm, siis oleksid tagajärjed võinud olla veelgi traagilisemad.

Kuigi aeg, kui arstid on olnud otseselt ajaloo kujundajate ohvriteks, on loodetavasti jäänud minevikku, pole eriline suhtumine selle elukutse esindajatesse kadunud kuskile. Muutunud on lihtsalt ootused. Ning kahjuks on nad vahetevahel mitte sedavõrd realistlikud kui just mütoloogilised. Ehk, kahjuks, täitmatud.



David Vseviov

Parim sekretär Kardi Lagrekül – hea alluv ja hea ülemus

Sisehaiguste kliiniku parim sekretär 2010 on kliiniku sekretär Kadri Lagrekül. Tema kui energilise inimese (ja hea sekretäri) kohta on öeldud, et „laulab, tantsib ja lööb trummi“, aga teda on ka võrreldud ema Teresaga.

Mis on see oluline, ilma milleta sekretäritööd teha ei saa?

Vaja on julget pealehakkamist, väledaid näppe ja tahtmist tööd teha. Siis saab kõigega hakkama. Kasuks tuleb kindlasti tugev närv, vastupidavus, julgus küsida ja öelda „ei“, kui vaja. Lisaks peab oskama suunata inimesi oma muredega õigete aitajate juurde.

Millest Teie töö koosneb?

Minu tööülesannete rittapanek ongi kõige raskem. Kliiniku sekretärina pean ma tegema kõikvõimalikke erinevaid asju, eeskätt pean olema hea alluv ja sekretär oma ülemustele ning samas ka hea ülemus oma alluvatele sekretärile. Tavaliselt teen hommikul plaani, mis tööd täna tegemist vajavad, kuid sageli juhtub nii, et ühtäkki on tööpäeva lõpp lähedal ja plaanist on saanud ... teadagi mis. Siis küsin endalt, et mida ma siis päev otsa tegin?! Võib öelda, et „kustutasin tuld“. Telefon heliseb, kellelgi on mingi mure-probleem, mis vajab kiiret lahendamist, muidugi aitan ... järgmisena tuleb keegi uksest oma küsimustega, jälle aitan ... siis on vaja kliiniku juhatajal või ülemöel midagi aidata teha ja nii ma olen päev otsa teisi aidanud, kuid vaadates oma töölauala, ootab suur hulk planeeritud tööst ikka veel tegemist! Üks kindel tööloik igas päevas siiski on – olla postiljon. Toon alt kantseleist meie kliiniku posti ja jaotan oma toas olevatesse osakondade postkastidesse laiali, siit käivad meie kliiniku Mustamäe korpuse sekretärid seda võtmas. Nemed toovad jälle mulle dokumente ja kirju kliiniku juhatajale ning ülemöele allkirjastamiseks ja nii see ring



täis saabki. Igav ei hakka kunagi, sest tööpäevad pole, teadagi, vennad.

Aga mingid asjad on ju tähtjalised, aruanded jne?

Kui tähtaeg on lähenemas ja töö vajab tegemist, siis istun ja teen niikaua, kuni töö saab tehtud. Aruannete ja teiste sarnaste tööde tegemiseks, mis nõuavad süvenemist, planeerin teadlikult õhtused ajad, sest siis saab rahulikult ning segamatult töötada ja tean, et kõik on korralikult tehtud.

Kas niiti-nõela on ka tarvis tulnud?

Ikka, kõiksuguseid tööriistu läheb tarvis, kruvikeeraja ja ... Niit, nõel ja väike kruvikeeraja on mul endal sahtlis olemas, aga kliiniku juhatajal dr Mesikepil on hea väike tööriistakomplekt, mida käin aeg-ajalt temalt laenamas.

Kuidas te ennast iseloomustaksite?

... vahel põikpäine ja jonnakas, aga seda siis, kui ma tean, et mul on õigus. Ükskord ütles üks sekretär mulle, et tead, sa oled nagu ema Teresa, kõiki sa aitasid ja lohutasid ning igale asjale leiad sa lahenduse.

Samas olen otsekohene inimene,

ütlen välja, mida ma arvan ja ei salli seljataga suserdamist. Olen karm ja loodan, et õiglane. Kui teen vea, siis ka tunnistan seda. Arvan, et tänu oma esimesele kliiniku juhatajale dr Ruth Sepperile on saanud minust just selline nõudlik, korrektsust armastav ja jõud hästi tundev sekretär, nagu ma praegu olen.

Kuidas end maandate ja vormis hoiate? Enne intervjuud sosistati mulle, et Kadri laulab, tantsib ja lööb trummi... nagu üks õige sekretär peabki?!

Kas nüüd just üks õige sekretär neid kõiki asju tegema peab ... aga tööpõhi on sellel jutul all. Laulmisega ma enam aktiivselt ei tegele, see jäi rohkem kooliaega. Rahvatants on üks mu hobidest, suvel sai tantsupeolgi käidud, ent ega selle ühe trenniga nädalas end vormis ei hoiata, kuid pingeid maandab tõeliselt hästi! Tõsi on seegi, et omal ajal, enne rahvatantsuga alustamist sai aastaid puhkpilliorkestris trummieiu oldud. Ka kunstiga tegelemine on köitnud mind alati. Keskkoolis, praeguses Tallinna Kunstigümnaasiumis, sai palju erinevaid kunstiliike ära proovitud ja nii mõndagi õpitust on läinud vaja ka sekretäri töös. Värvidega tegelemine pakub rahuldust siiani.

Mida tahaksite Kuukirja lugejatele veel öelda?

Tahan tänada neid, kes mind sooja ja lahke sõnaga meeles on pidanud ning aasta sekretäri kandidaadiks esitasid.

Veel tahaksin väga-väga, et kõiki sekretäre nende töös rohkem märgataks ja toetataks, ka igapäevaselt, mitte ainult sekretäride päeval. Väike tänu või tähelepanu ei maksa midagi, aga on väga palju väärt! Head arstid ja öed, tunnustage ja kiitke oma sekretäre!

Aitäh!

Aime Taevere