



k u u k i r i Regionaalhaigla

Märts-aprill 2011 • Nr 3 (93)

30 aastat invasiivkardioloogiat

Regionaalhaiglas on viimasel ajal olnud ridamisi ümmargusi tähtpäevi – tulenevalt haigla asutamisest ja töösseadmisest. Märtsis tähistas oma tegevuse 30. aastapäeva invasiivkardioloogia osakond, sel puhul ajasid juttu kardioloog-ülemarst/ osakonna juhataja Jaanus Laanoja, kardioloog-vanemarst Jüri Voitk ja kardioloog-vanemarst Hasso Uuetoa.

Küsimusele, mis tingis osakonna loomise, vastab dr Jaanus Laanoja: „Tingis see, et Tartu Ülikoolist tuli professor T. Sullingu eestvedamisel koronaarkirurgia meeskond Tallinna. Ent ilma diagnostikata ehk nn südame sondeerimiseta, mis selgitas välja pärgarterite seisundi, ei saanud koronaarkirurgia toimida.“ Dr Laanoja sõnab, et ühest väikesest pungast on arenenud suur kolmeharuline puu, kolm tegevussuunda. Esiteks nn torutööd (interventsionaalkardioloogia) ehk umbunud või ahenenud pärgarterite avamine või laiendamine. Teiseks ja kolmandaks nn elektritööd (kardiostimulatsioon ja kateeterablatsioon) ehk väsinud südame elektrijaama või katkenud elektrijuhtmete asendamine ning üleliigsete elektrijaamade või elektrijuhtmete likvideerimine.

Dr Laanoja: „Meie osakonnas alustati esmalt diagnostikaga, selgitati välja umbunud või ahenenud pärgarterite seisund, mille järgselt oli võimalik haigeid kirurgiliselt aidata, veel ei teostatud pärgarterite laiendamisi. Umbunud või ahenenud soonte laiendamine (angioplastika) lisandus hiljem. Edasi lisandusid südame stimulaatorite implantatsioonid, dr Voitki valdkond, ja veel hiljem kateeterablatsioonid, dr Uuetoa valdkond.“

Daatumitest: 12. märtsil 1981 aastal teostati tollases Tallinna Kiirabihaiglas esimene koronarograafia ehk südame pärgarterite pildistamise protseduur, esimene koronaarangioplastika ehk südame pärgarterite laiendamise protseduur teostati 15. detsembril 1982. aastal. Mõlemad teostas prof Jaan Eha, kes on praegu Tartu Ülikooli kardioloogiaprofessor ning kliinikumi südamekliiniku juhataja.

Dr Laanoja märgib, et esimene pärgarteri sisene metallist tugivõrk ehk stent implanteeriti osakonnas dr Bonnier poolt 26. mail 1993. aastal, osakonna oma arstidest tegi seda esmakordselt 4. detsembril 1995. a dr M. Peeba. Südame stimulaatorite implantatsioonid alustati regulaarselt 14. veebruaril 1994. aastal. Osakon-



Invasiivkardioloogia osakond oma sünnipäeval, 12. märtsil 2011.

na päris algusaegadest on tänagi tööl veel kaks kolleegi: dr Tiit Rebane ja dr Tarmo Serka. „Nemad on meie raudvara,“ sõnab dr Laanoja. „Osakonnas töötavad veel nooremad kolleegid dr Peep Laanmets ja dr Kaido Hanni. Kindlasti ei saa mainimata jätta tublisid ödesid ja hooldajaid.“

30 aastat tagasi

Küsimat huvitab patsiendi pool: mis sugused patsiendid 30 või ka 20 aastat tagasi päris kindlasti abi ei saanud, aga kelle aitamine on täna invasiivkardioloogia osakonnas igapäevatoeks? Dr Jaanus Laanoja: „30 aastat tagasi ei saanud meie majas kindlasti abi stimulaatorit ega defibrillaatorit vajavad haiged, samuti puudus elektrofüsioloogia ehk kateeterablatsioonide haru.“ Dr Jüri Voitk: „Siin invasiivkardioloogia osakonnas tehti ainult angiografiat, polnud üldse rütmihäirete ravi, nemad ei saanud abi saada. Ja teine asi, mis ma ütleks, et oli kirjutamata vanusepiir, millest peeti kinni: paberil märkimata, aga piiriks oli 60 eluaastat. Praegu saavad abi nii 60-, 70-, 80- kui ka 90-aastased. Nüüd saab meil abi haige, kes abi vajab.“

Dr Hasso Uuetoa: „Abi ei saanud enamik südameklõppimise hoogudega patsiente. 30 aastat tagasi oli stimulaatoriravi juba maailmas kättesaadav, meil olid alles lihtsamad mudelid. Kateeterablatsiooni ei tuntud. Stimulaatorid aitasid vaid neid inimesi, kellel süda töötab aeglaselt. Aga need, kellel süda töötab liialt kiiresti, need said ainult rohtudest leevendust. Ravimid aitavad osaliselt, hood enamasti harvenevad, aga mitte kõik ei kao ära. Praegu tee-

me aastast umbes 300 ablatsiooniprotseduuri, need patsiendid pidid varem ainult ravimitele lootma.“

Uskumatult kiire areng, uued meetodid, uued tehnoloogiad

Dr Laanoja: „Mina võin lähemalt koronaarinterventsioonidest rääkida. 1982. aasta detsembris toimus meie haiglas esimene pärgarterite balloonteevõrgu laiendamise protseduur, 1993. aastal lisandus pärgarterite stentimise protseduur. Muide, esimene laiendamisprotseduur maailmas teostati 1977. aastal dr A. Gruentzigi poolt Zürichis. Meie osakonnas oli veel aeg, kus teostati ägeda südamelihase infarkti korral, kui pärgarter on trombi tõttu umbunud, pärgarteri sisest ehk intrakoronaarset trombilahustamise protseduuri (trombolüüsi). Praegusel ajal toimub soone avamine valdavalt mehhaaniliselt, sondide abil. Praegu on tehnoloogiad päris palju ning nende kasutamine sõltub meie rahalistest võimalustest ja sellest, kas tegevus on rahastatud haigekassa hinnakirja kaudu. Saame pärgarteri sisest mõõta rõhkusid ja otsustada, kas ahenemist on vaja laiendada või mitte. Samuti on võimalik spetsiaalsete lõikavate balloonteevõrgudega laiendada väga lubjastunud ahenemisi. On olemas ravimstendid, võrgud, mille peale on kantud ravimid, et laiendamisprotsessis tekki traumajärge armistumisprotsess oleks optimaalne ja tekkiv armkude ei aheneks uuesti arteri valendikku. Pärgarteri ägeda tromboosi korral on võimalik rohkete trombimasside olemasolul spetsiaalse aspiratsioonikateetri abil trombimasse pärgarterist välja imeda ehk aspiree-

rida. On olemas mitu tehnoloogiat pärgarteri sisese anatoomia ja aterosklerootiliste naastude struktuuri uurimiseks, samuti implanteeritud stentide õige asetuse kindlakstegemiseks. Need on intravaskulaarne ultraheli ja optiline kohherentstomograafia. Ühte nendest tehnoloogiatest soovime kindlasti lähijärgel ka endale soetada, siiani on seda takistanud ebapiisavad rahalised võimalused. Sama puudutab ka näiteks haige aordikalpi asendamist sondide abil reiearteri kaudu, mis oleks alternatiiviks kirurgiale kindlal haigete kontingendil. Ühe sellise protseduuri maksumus on praegu 20 000–25 000 eurot. Üks meie põhitegevusi on kindlasti ägeda südamelihase infarkti ööpäevaringne valveteenistus, mida alustasime 2. jaanuaril 2006. aastal. Eesmärgiks on avada südamelihasele verd andev, ägedalt umbunud pärgarter võimalikult kiiresti, siis, kui südamelihase veel elus on. Iga kaotatud pooltund suurendab letaalsust ~1% võrra. Kui on ületatud 12 tunni piir, ei ole tegevusel enam mõtet, sest siis on juba südamelihase surund ja pumbana ta vastavas piirkonnas enam ei funktsioneerii.“

Dr Uuetoa: „Kui me räägime elektrofüsioloogiast ja rütmihäiretest, siis see oli mõnikümmend aastat tagasi väga elitaarsete haiglate diagnostiline eriala ja ravipool tollal hoopiski. Juhuslikult avastati umbes 30 aastat tagasi, et kui diagnostiliste kateetrite kaudu juhtida südamesse vool, mis tuleb defibrillaatorist, siis see hävitab selle koha ja kui see kateeter asus rütmihäire põhjustajal, oli võimalik rütmihäirest lahti saada. Kuid sellise energia kasutamine oli väga halvasti juhitud, tule-

mused ettearvamatud. 1985 kirjutati esimesed artiklid raadiosagedusliku ablatsiooni kasutamise kohta. See energia oli hästi kontrollitav ja doseeritav, vaid diagnostilisest uuringutest rütmihäirete kirurgia eel muutus elektrofüsioloogia nüüd ka raviprotseduuriks. Kiire areng jätkub siiani, 10 aastat tagasi oli virvendusarütmia ablatsioon täiesti uus maa. Kodade virvenduse ablatsiooni tegime siiani natuke üle 100 protseduuri aastas, praegu tundub, et juba rohkem. Tartus virvendusarütmia ei ablatseerita. Protseuur on suhteliselt keeruline ja komplitseeritud, tüsistuste protsent on keerulisemate protseduuride korral alati ka kõrgem. Meie tulemused on Euroopa keskmiste näitajate juures.

Meie enda jaoks on areng lakkamatu, igal aastal on midagi uut juurde tulnud.

Oskan nimetata umbes 10 uut protseduuri või ravi või diagnostilist võtet, mis viimase viie aasta jooksul on raketid leidnud ning mida varem ei tehtud. Nii mõneski valdkonnas on meie keskus ainuke Eestis, kus selliseid asju tehakse. Näiteks krüoablatsioonid, ka kodade virvenduse ablatsioon on n-ö meie pärusmaaks jäänud.

Sellel aastal lisandus meie diagnostiliste võtete arsenalis südamesisene ultraheli. Intrakardiaalset ehokardiograafiat ei kasutata otseselt diagnostilise võttega, vaid see aitab ablatsiooniprotseduuride ohutust suurenda ja tulemusi parandada.

Me ei pea täna häbenema oma protseduuride arvu ega ka oskusi. Õppida on kindlasti veel palju, kuid vajadusel oleme ka ise naabreid abistamas käinud.“

Oleme pildil!

Dr Jüri Voitk: „Viimastel aastatel on meie osakonnas olnud umbes 3000 protseduuri aastas. Nendest ca 2000 protseduuri koronaararteritel ja ca 1000 rütmihäirete poolel. Rütmihäirete ravi lisandus hiljem ja on siiani väikevenna staatuses, vaatamata sellele, et on kardioloogias kõige kiiremini kasvav ja arenev haru. Seda, et poliitikut rütmihäirete ravile piisavalt raha ei eralda ja limiite seavad, kurtsid Euroopa Südame Rütmihäirete Assotsiatsiooni hiljutisel tippkohtumisel Nizzas ka paljud teiste riikide esindajad.

Kardiostimulatsioon sai alguse Stockholmis Karolinska Instituudis aastal 1958. Eestis alustati Tartus 1977. aastal ja meie haiglas 14. veebruaril 1994. Kui me alustasime,

Uus juht

1. aprillist 2011 juhivad sisehaiguste kliiniku pulmonoloogikeskust dr Pille Mukk

Pille Mukk on lõpetanud 1996. a Tartu Ülikooli arstiteaduskonna ning 2004. aastal pulmonoloogia residentuuri. Alates 2004. aastast töötab ta Regionaalhaiglas pulmonoloogina.



Palusime dr Mukkil tutvustada oma visiooni keskuse juhatajana:

Pulmonoloogikeskus on vaid veidi vanem kui 5 aastat – paras koolieelik. Noore ja tänaseni ka personalilt sageli alles erialal alustava kollektiivina oleme saavutanud teatud stabiilsuse. Suudame jätkata kunagi Kivimäe haiglas töötanud kolleegide alustatud ning tänases keskses rakendada nüüdisaegse pulmonoloogia võimalusi-teadmisi. Esimese viie aasta tulemused on meie ühine pingutus dr Mari Mereni juhtimisel. Ka järgnevatel aastatel jätkame tööd sama kollektiiviga ning eesmärk on ikka sama: erialaste tegevuste ja raviliikide kättesaadavamaks muutmise meie patsientidele.

Pulmonoloogikeskuse töö põhieesmärgid olen kokkuvõtvalt sõnastanud järgnevalt:

1. Pulmonoloogikeskus on patsientide kõrgema ravietapi erialase kompetentsi keskuseks meie piirkonnas.
2. Oleme väärilisteks koostööpartneriteks nii oma eriala teistele keskustele ja TÜ Kliinikumi kopsukliinikule kui ka siduserialadele Regionaalhaiglas.
3. Meie pulmonoloogid osalevad aktiivselt Eesti Kopsuarstide Seltsi töös.
4. Töö pulmonoloogikeskuses on iga keskuses töötava arsti jaoks võimalus isiklikuks erialaseks arenguks. Peame suutma ka üksteisele väljakutsed esitada, pidades silmas kogu eriala arengut Eestis. Pulmonoloogia õed peavad end tundma eriala spetsialistidena ja otseste osalistena meie patsientide ravimisprotsessis.

Ühena eriala prioriteetidest pulmonoloogia arengukavas Eestis aastani 2015 on parandada seisu – täna peame tõdema, et rea haiguste ja haigusgruppide osas esineb vähene teadvustamine ja sellest tulenev ebapiisav käsitlus või koguni selle puudumine.

On tõsiasi, et mitme haiguse levimus nii Eestis kui ka maailmas ületab seni- vatu. Siia gruppi kuuluvad nii unearterid kui hingamishäired, difuused parenhüma- toossed kopsuhaigused kui ka pulmo- naalne arteriaalne hüpertensioon. Oskus vastavatele haigustele mõelda, sellele tähelepanu juhtida ning maailma kopsu- arstiteaduse saavutusi rakendada peab olema erialakeskuse ülesandeks.

Vajame senisest enam töö analüüsi- mist ja selget arusaama sellest, kuidas end positioneerime kogu pulmonoloogi- lises meditsiinis. Pulmonoloogikeskuse arstid peaksid kindlasti tegelema ka kolleegide (nii perearstide kui ka teiste erialade spetsialistide, residentide) kooli- tamisega üle Eesti. Samuti puudutab see juhtivaid õdesid, kes saavad tutvustada pulmonoloogikeskust õendust kui medi- tsiiniharu perearstikeskustes ja teistes raviasutustes. Patsiendikoolitus on kopsu- haiguste ravis väga oluline muidu kehva ravisoostumuse parandamiseks ning kindvaim roll on siin kopsuhaiguste õel.

Erialase teadusliku tegevuse arenda- mise võimaluste leidmine ning inimeste motiveerimine on samuti lähiaastate oluliste teemade hulgas keskustes. Teaduslikule tegevusele suurema tähelepanu pööramine ja kolleegide teadusliku tegevusega kursis olemine on eelduseks, et vastastikku saab pakkuda nii abi konk- reetse teadustöö arenguks kui ka raken- dada areneva teadustöö tulemusi juba meie oma töös.

Pulmonoloogia kui eriala reputatsiooni parendamine ja Eesti kopsumeditsiini mahajäämuse vähendamine Euroopa arenenud riikidega võrreldes on olnud eesmärgiks kogu eriala arengukavas ja kindlasti on see ka meie eesmärgiks Re- gionaalhaiglas.

Kõige suurem väärtus on keskuses töötavad inimesed. Kui järgneva 5 aasta jooksul suudame täita enestele püstitatud eesmärgid ja samal ajal hoida täna meil töötavaid inimesi ning neid ka juurde tuua, siis oleme õigel teel.

Soovige meile edu!

Kutsehaiguste ja töötervishoiu keskus – 40



11. märtsil toimus Regionaalhaigla Hiiu korpuse saalis tähelepanu- väärne üritus – kutsehaiguste ja töötervishoiu keskus tähistas kutsehaiguste-alase tegevuse 40. aastapäeva.

Piduliku ürituse avasõnad ütles sise- haiguste kliiniku juhataja Toivo Laks, kes tänas päevakangelasi tehtud töö eest ja nentis, et 40-aastane keskus on veel üksjagu noor ja ka omajagu eakas, st just parajas eas, et suuri tegusid teha. „Saagu kutsehaiguste keskusest taas kutsehaiguste kliinik, senisest veelgi kõrgemal tasemel,“ sõnas dr Laks ja soovis, et siin oleks taas selline kollektiiv, kes tegutseb koostöös teadusasutustega. Uus algus on lootustandev – kutsehaiguste keskus juba teebki koostööd Tallinna Tehnikaülikooliga.

Oi aegu ammuseid...

Üks kabinet. Ruumi oli parasjagu nii- palju, et kabinetti mahtus kolm-neli lauda. Iga laua taga istus doktor, laua kõrval – vastuvõtule tulnud patsient. Lisaks, aknalalaua toimetasid labo- randid proovidega... Oli aasta 1954, EKMI (Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut) sisehaiguste osa- konna baasil formeeriti kutsehaiguste osakond... Sellest rääkis prof Naomi Loogna, tehes oma ettekandes taga-

sivaate kutsehaiguste diagnostikale Eestis. Toona uuriti eelkõige põlev- kivi – põlevkivitolmu, põlevkivi- tuha tolmu, põlevkiviõlide toimet inimorganismile. Lisaks igapäevane kutsehaiguste diagnoosimine kogu ENSV-s.

Kutsehaiguste osakonnal oli Kes- khaiglas kasutada kaks palatit. „Insti- tuudi direktioon sai asjast aru ja ot- sustati ehitada kutsehaiguste kliinik,“ meenutas Naomi Loogna.

Dr Viive Pille tegi nostalgilise taga- sivaate kliiniku-aegadesse – EKMI Kutsehaiguste Kliinik Hiiu määndide all avati 4. märtsil 1971. Järgnevat 20 aastat võiks nimetada kutsehaiguste kliiniku edulooks. Siis ajad muutusid. 1998. aastal kolis kliinik Meremeeste haiglasse, 2001 tuldi tagasi Hiiule, se- dakorda juba PERH-i kutsehaiguste ja töötervishoiu keskusena. Täna- seks on vähenenud personal ja vähene- nud on ka patsientide arv, aga samas on nüüd olemas modernsed diagnos- tikavõimalused. „Tänu PERH-ile,“ sõnas dr Pille.

Dr Viive Tuulik pidas ettekande teemal „Kutsehaiguste Kliinik ja tea- dus“, pikkides oma tösiteaduslikesse meenutustesse vägagi värvikaid seiku ENSV ajast: „Väljasõidud olid omae- te lugu, neid oli rohkelt põlevkivi-suu- nal – Kohtla-Järve, Kiviõli, Slantsõ... Mis puutub individuaalsesse tundlik-



Professor Naomi Loogna

kusse, siis mulle on jäänud meelde see, kuidas ükskord prof Hubert Kahn üritas delikaatselt ühelt mehelt teada saada, kuidas too alkoholi talub, ja see meesterahvas vastas väga ilusti riigikeeles, et „Pol litra svobodno pro- hodi!“ (Pool liitrit läheb vabalt läbi!)

Dr Tuulik avaldas veendumust, et töötervishoiu alal minnakse dr Pille juhtimisel jõudsalt edasi ja arenguks leitakse lisavahendeid-võimalusi, „et mitte lasta ülesehitatul, mis väär- ib edasi ehitamist, kaotsi minna. Ja – vaatamata ajaloo keerdkäikudele – tuleb toimivat süsteemi edasi arenda- da.“

Kus oleme, kuidas edasi?

Eesti on üks vähesed EL-i riike, kus puudub tööhõlde- ja kutsehaigus- kindlustuse süsteem, mis motiveeriks tööandjaid töökeskkonda paranda- ma. 18. märtsi Postimehes lubab

sotsiaalminister Hanno Pevkur, et selle süsteemi loomine on uuel koalitsioonil kindlasti kavas. Muide, enne II maailmasõda kehtis Eestis sunduslik tööõnnetuse kindlustus.

Prof Hubert Kahn vaagis tänast olukorda oma ettekandes „Töötervis- hoid vajab uusi arenguid“, tuues näi- teid uuringutest: 40% meie töötajatest on stressis; 2008. aastal investeerisid meie ettevõtted töötervishoidu 0,1 senti iga kulutatud 6 euro kohta. „Elu on nagu jalgrattasõit,“ võrdles prof Kahn, „selleks, et tasakaalu hoida, tuleb edasi liikuda.“

Dr Viive Pille rääkis ka kutsehaigus- te diagnostikast Eestis täna ja homme: „Oskame arvestada füüsikalisi tegu- reid, kuid ka töötaja rahulolu ja töö- suhted on korrelatsioonivõimega.“ Lisandunud on uued ohutegurid – uued kemikaalid, nanotehnoloogia, tehiskiud, magnetvälja bioloogiline mõju jne. „Me pole jõudnud tööand- ja mõjutamiseni,“ tõdes dr Pille. Miks kutsehaigusi üldse diagnoositakse? „Varane avastamine annab hea ravi- tulemuse,“ sõnas dr Pille ja avaldas sügavat veendumust, et kõige oluli- sem on siiski kutsehaiguste ennetami- ne. Kõik kutsehaigused on põhimõt- teliselt ennetatavad.

Mida me vajame, et teha töö tervis- likumaks, küsis dr Pille kutsehaiguste tohtrina kohalviibijailt, ning vastas: „Peame olema lihtsalt julged!“

Aime Taevere

Statistikat

	Kutsehaigete arv Eestis	Kutsehaiguste arv Eestis	Keskmiselt 1 in kohta
2007	75	137	1,8
2008	75	179	2,3
2009	72	180	2,5
2010	101	288	2,8

Parem olla terve ja rikas kui vaene ja haige!

Pealkirjaks pandud – humoorika, aga tõese! – sententsiga lõpetas kutsehaiguste keskuse juhataja dr Viive Pille oma ettekande keskuse 40. aastapäeva pidulikul üritusel. Kohal oli meeldivalt palju eakaid arste-õdesid-teadureid, kes sel alal aastakümneid töötanud. Kuu- kirja küsimustele vastab dr Pille.

Täna kokkusaamisel oli hästi meeldiv ja südamlilik õhkkond. Kas see tulenes n-õ veteranide taaskohtumisest?

Jah, me kustusime tänasele kokku- saamisele endised töötajad, sest meie keskus on 40-aastase ajaloo ja meil on olnud väga palju väga tugevaid arste-õdesid töötervishoiu valdkonna põldu kündmas. Need on imepärsed kolleegid ja see oli ka võimalus täna- da neid, kes on panustanud suure osa oma tööelust just keskusesse.

Mis annab Teile lootust, et asi nüüd jälle ülesmäge läheb? Siin juba kuulusid vastavaid vihjeid...

Lootust annab ainult meie spetsialisti- de jõud, tugevus, tahe, visadus ja muidugi ka maailmapraktika. See, et meie riik tasapisi majanduskriisist välja tuleb, et peale majandusliku ellujäämise saab veel siiski mahti



Dr Viive Pille

mõelda ka natuke teiste väärtus- te peale – hoida inimest. Nagu ka praegu kuulud valimistega seoses, et pehmemaid väärtusi tuleks rõhutada. Täpselt see ongi meie teema. Kus siis veel kui töö juures me peame jääma ellu ja terveks!?

Olete natuke kehva positsiooni peal, et ega teid väga nagu ei ta- hetaks kuulda võtta ... aga olete omakasupüüdmatult kõik need aastakümned töötanud. Mis annab sellise ala peal töötajatele jõudu oma asjaga tegelda?

Usk sellesse, et see, mida me teeme, on õige. Kui ise ka enam mitte usku- da oma töö põhimõttesse, siis tuleb alla anda ja ala vahetada.

Ja ka lootus, et aeg areneb ja me alustame jälle uuel tasemelt. Visa töö viib eesmärgini! Nagu ma enne ütlesin – vesi võib ka kivisse augu uuris- tada. Ma tean väga hästi, et kõvem hää on tööandjatel, kes „kisavad“ meist üle ja võimsamini, ja majandushuvid ja kõik muu, aga tööinimest peab kaitsma! Meie oleme üks osa sellest süsteemist. Ootaks muidugi ametiühingute kõva tuge, sarnaselt teistele Euroopa riikidele, aga ehk see siiski tuleb aja jooksul.

On teil positiivseid näiteid, kus mõni probleem on tänu teie töö- le hästi lahenenud?

On ikka. Näiteks kui inimene on haig- gestunud ja pärast ravi saanud uue, talle sobivama töö, kas või ümberõpe kaudu, ja meie oleme sellele kaasa aidanud, et ta on tööelus tagasi, mitte ei ole töövõimetuspensionil – tihti- lugu on tegemist noorte inimestega, mitte pensionieelikutega –, tunne- tame oma töö vajalikkust. Ükskõik kui suure võitlusega mõni probleem saab töökeskkonnas lahendatud ja on töötajaid, kellel on sellest tulevikus parem – see on ju ka meie rõõm!

Missugune on Teie sõnum pere- arstidele – nemad kohtuvad ju

tööinimesega meditsiini esma- tasandil?

Eelkõige ootaks perearstinduse ja töötervishoiu eriala vahelise koostöö arengut preventiivse töö osas, mida kindlasti võimaldab lähitulevikus edendada e-tervise areng. Perearsti- del peaksid olema andmed patsientide ametite kohta, sest see võimaldaks leida varaseid seoseid tööst põhjusta- tud haiguste osas ja tagada efektiivse ravitulemuse.

Kas haigla juhtkond mõistab teie olemasolu vajalikkust?

Haigla juhtkond on väga mõistev ja väga toetav. Erialaarstina ma ei ootakski, et haigla juhid meie erialast nii palju teavad, aga nad tõesti elavad meie probleemidesse sisse ja tulevad meiega koos lausa õlg õla kõrval võit- lema, kui vaja. Oleme koos käinud läbirääkimistel Sotsiaalministeeriumis jne. Juhtkonna suhtumine on ääretult positiivne! Tööks vajalikud vahendid ja võimalused haigla poolt on meil olemas. Võib ka öelda, et tänu Re- gionaalhaigla pole kutsehaiguste diagnostika Eestis lakanud, sest riigi huvi teema vastu on olnud vahepeal ju olematu.

Küsis: Aime Taevere

Uudiseid osteoporoosikabinetist

Regionaalhaigla osteoporoosikabineti alates käesolevast aastast töötab kabinet taas täie jõuga. Kuulame, kuidas töö käib. Kuukirja küsimustele vastab sisehaiguste kliiniku reumatoloog-ülemarst Eevi Pärsik.

Kas Regionaalhaigla osteoporoosikabinet on uus asi?

Tegelikult ei ole uus, see töötas ka varem, aga vahepeal olid sellised aastad, et meil nappis nii õdesid kui ka tohtreid — mitu arsti oli lapsepuhkusel jne, siis olime sunnitud seal tööd vähendada. Alates sellest aastast oleme kabineti töö uuesti korralikult käivitanud. Osteoporoosikabinet on mõeldud perearstidele ja teistele arstidele abiks, et nad saaksid suunata otse haigeid luutiheduse mõõtmisele. Ja vajadusel konsulteerib reumatoloog haiget ravi suhtes ning teeb lisauuringuid ja analüüse. Sinna saab suunata ka pikaajaliselt glükokortikosteroidide (GKS) tarvitatavaid patsiente, kelle jaoks on olemas ennetusprogramm.

Siia tulekuks on vaja saatekirja?

Jah, perearsti saatekirjaga või mõne teise erialaarsti saatekirjaga. Alati on võimalus pöörduda ka ise, aga siis on visiit tasuline.

Mida osteoporoosikabinetis tehakse?

Me oleme niivõisi sättinud, et patsient saaks siit kompleksse vastuse: saab luutiheduse mõõtmise, saab vastuse ja soovitusi. Anname teda ka, millal oleks vajalik tulla korduvkonsultatsioonile. Vajadusel teeme ka lisaanalüüse, määrame D-vitamiini, luumarkereid ja mõnikord on vaja teha röntgenpilte, et kindlaks teha, kas pole eelnevalt osteoporoosist tingitud luumurdusid. Eriti problemaatiline on see lülisamba puhul. Naised jäävad vananedes kasvult lühemaks, seda ei pane alati ise tähelegi, aga kui küsitled, siis ütleb, et on jäänud 4–5 cm lühemaks. Ja kui vaadata tema selga, siis on tekkinud küfoos. Teeme pildi, pildilt on näha, et torakaalosas on kompressioonimurrud. Kompressioonimurrud ei pruugi olla alati kliiniliselt väljendunud ja patsient ei tunne alati valu.

Lisaks tegeleme osteoporoosi profülaktikaprogrammiga — sekundaarse osteoporoosiga, mis on tingitud pikaajalisest glükokortikoidravist (ravi vähemalt >6 kuu).

Süsteem-sidekoe haigused, nt nagu luupus, annavad meile patsientide grupi, kes on noored naised ja vanuse poolest ei kuulu osteoporoosi riskirühma, aga haiguse tõttu keelame neil ära päevitamise ja kui nad ei tarvita piisavalt D-vitamiini võib neile kergesti tekkida sekundaarne osteoporoos. GKS-ravimid soodustavad osteoporoosi teket.

Teil on ka polikliinikus vastuvõttud?

Jah, meil on viis arsti ja kõigil on polikliinikus vastuvõttud praktiliselt iga päev, ühel tohtril on suurem koormus just osteoporoosi konsultatsioonidele. Aparaat, millega mõõtmisi teostame, on väga hea.

Patsiente saadavad teile kõige rohkem ikkagi perearstid?

Kui kabinet talvel uuesti täiskoormusel tööle läks, saatsime perearstidele meeldetuletuse, missuguseid patsiente meile saata ja kuidas neid saata. Dr Eve-Kai Raussi, kes praegu tegutsebki rohkem osteoporoosikabinetis, koostas perearstide jaoks spetsiaalse saatekirja — et neil oleks lihtsam suunata patsiente osteoporoosikabinetti. Ühtlasi lisis ta ka selgituskirja, keda saata ja mismoodi see saatmine toimuks. Haiglapõhiselt on tal plaanis teha ka spetsiaalset saatekirja meie haigla arstide jaoks, et neilgi oleks lihtsam suunata patsiente luutiheduse mõõtmisele ja vajadusel osteoporoosikabinetti.

Millised on riskirühmad?

Esmalt — lähtuvalt vanusest: menopausis ja menopausi järgselt naised, aga ka mehed vanuses üle 70 aasta tuleks suunata luutiheduse mõõtmisele.

Riskirühma kuuluvad ka kaasuvate haigustega patsiendid, kes on ohustatud varajases osteoporoosist, need on astmahaiged, glükokortikoidravi saavad haiged, ka seedetrakti probleemidega patsiendid, kes on imendumishäiretega, samuti kilpnäärme probleemidega patsiendid ja vähihaiged, kellel on näiteks magu opereeritud või



Dr Eevi Pärsik ja õde Kati Undrits protseduuride kabinetis.

kellel on günekoloogilised lõikused olnud, kus on tekitatud kunstlik varajane menopaus.

Oluline on just murdude ennetamine, selleks tulekski käia luutihedust mõõtmis ja vajadusel seda ka ravida.

Mida inimene ise osteoporoosi vältimiseks teha saab?

Kõige lihtsam, aga ka kõige tähtsam on — toitumine: piim, piimatooted, kala. Vanemad inimesed ei soovi tihtilugu piima tarbida, aga piima võib asendada ükskõik millise piimasaadusega, nt juustuga. Organismile hädavajalik on ka kala, kalatoidud. Kõik hakkab peale lapseast: kui lapsed ei toitu korralikult ja kui nad liiguvad vähe, mis on tänapäeva laste peamine häda, siis nende luustik ei arenegi korralikult välja. Aga liikumine on tähtis igas eas. Ükskõik, milline liikumisviis valida, peaasi — luustik peab tunnetama, et teda on vaja! Liikudes paraneb lihastoonus ja kui lihastoonus on vanemal inimesel hea, siis on ka kukkumise oht väiksem.

Räägime natuke ka bioloogilisest ravist.

Bioloogiline ravi suhteliselt uue teema reumatoloogias, meie oleme seda kasutanud alates 2005. aastast, 2007 sai see haigekassalt ametliku rahastuse. Bioloogilist ravi kasutatakse reumatoidartriidi, psoriaatilise artriidi ja spondüliidi-haigete raviks.

Reumatoidartriit on autoimmuunne põletikuline liigeshaigus, tekib lii-

gese kõhrekahjustus ja hiljem liigese häving. Kuivõrd selle haiguse põletikulised mehhanismid on keerulised, kasutatakse tänapäeval agressiivseid raviskeeme. Kui diagnoosime haigel reumatoidartriidi, siis mida kiiremini me jaole saame, mida paremini me ravime, seda rohkem saame vältida liigese kahjustust ja liigese hävingut ning liigese funktsioon säilib.

Tänapäeval on selline seisukoht, et kui kolme kuu jooksul ei ole traditsiooniliste ravimitega saavutatud haiguse remissiooni, siis minnakse üle bioloogilisele ravile.

Bioloogiline ravi ei ole mingi taimelootis ega loomalokutus, nagu patsiendid teinekord arvavad, vaid on ülipeen tehnoloogia, mille puhul töötatakse välja spetsiaalsed põletiku soodustavate faktorite blokeerivad valgud, kõige rohkem on kasutatavad TNF alfa-preparaadid, mis on üks oluline põletikumodulaator ja vallandaja reumatoidartriidi puhul.

Praegu kasutame lisaks ka B rakuvastast ravi ja IL 6 vastast ravi.

Bioloogilised ravimid on väga tõsised ravimid ja neil on ka kõrvaltoimed, aga ravi on oluliselt efektiivsem kui vanade traditsiooniliste immunomodulaatoritega.

Haigete hulk, kes seda ravi saavad, on praegu läinud arvuliselt suhteliselt suureks. Et neid haigeid paremini teenindada ja mitte haigla voodikohti koormata, oleme avanud päevaravi. Sinna tulevad bioloogilist ravi vajavad haiged, kes saavad ravi veeni kaudu.

Bioloogilised ravimid jaotuvad manustamise viisi poolest kahte gruppi: need, mida süstib patsient ise, ja teine osa on intravenoossed ravimid, mida patsient saab siin päevaravis.

Uued ravimid vajavad manustamiseks tund-kaks, kõige kauem võib aega Rituximab'i tilgutamine, 4 tundi. Pärast protseduuri on haige natuke aega jälgimisel ja siis saab koju. Kui tekib mingi reaktsioon vms, siis selle patsiendi jätame natuke pikemale jälgimisele.

Päevaravi alustasime sellest aastast esmakordselt ja see on üllatavalt hästi käiku läinud.

Küsis: Aime Taevere

Uus juht

1. aprillist 2011 juhib sisehaiguste kliiniku kardioloogiakeskust dr Jaanus Laanoja

Jaanus Laanoja on lõpetanud 1985. a Tartu Ülikooli ravi erialal ning läbinud kiirabi eriala internatuuri ning kardioloogia residentuuri. 1985. aastast on ta olnud seotud Regionaalhaigla — töötades nii röntgenoloogi kui ka kardioloogina. Aastatel 1996–2003 oli dr Laanoja III kardioloogia osakonna juhataja ning 2004. aastast kuni k.a aprillini oli ta ametiks invasiivkardioloogia osakonna ülemarst-juhataja. Dr Laanoja kuulub Eesti Kardioloogide Seltsi ja oli 2007–2009 seltsi president.



Visiooni keskuse juhatajana tutvustab dr Jaanus Laanoja järgnevalt:

Olles seotud praeguse kardioloogiakeskusega alates 1985. aastast, võin tõdeda, et vastavalt oludele, tõusude ja mõõnadega, on toimunud eriala pidev areng. Enda põhiliseks panuseks senises arengus pean kolme aspekti. Esiteks, III kardioloogia osakonna loomist 1996. aastal ning esimese, nüüdisaegse 6-kohalise I ja II astme intensiivravi palati loomist palati-osakonnas tollases Mustamäe haiglas. Teiseks, invasiivkardioloogia osakonna kujundamist tema praegusel kujul. Amortiseerunud kardioangiograafia osakonnast, kus oli kaks kulunud operatsioonituba moraalset vananenud kardioangiograafidega, on tekkinud 4 operatsioonituba ja tänapäevase tehnoloogiaga kolme põhilise tegevusvaldkonnaga (koronaarinterventsioonid, kardiotimulatsioon ja elektrofüsioloogia) nüüdisaegne invasiivkardioloogia osakond. Kolmandaks, 24/7 valveteenistuse sisseviimist ägeda müokardi infarkti interventsionaalkardioloogilises ravis 2006. aastal. Kõik see ei oleks olnud võimalik ilma heade kolleegideta.

Tuleviku väljakutseteks on uue kardioloogiakeskuse väljaehitamine ja selle varustamine uema ja modernsena tehnoloogiaga ning uute ravi- ja diagnostikameetodite juurutamine. Kõik see on otseses sõltuvuses haigla investeerimisvõimekusest.

Näitena võiks tuua aordiklapi perkuutaanse implanteerimise meetodika või robottehnoloogia juurutamise. Keskuses „meie“ õhkkonna loomine, mis vähendaks suures organisatsioonis tekkivat võõrandumistunnet.

Töö on aasta-aastalt intensivistunud, ka käesoleva aasta I kvartali jooksul on meie keskuses võrreldes eelmise aastaga ambulatoorsete vastuvõtte arv kasvanud 35,5% ja stacionaaris ravitud haigete arvu tõus on olnud 11,5%. Ilma ravikvaliteeti kahjustamata pole edasine intensivistumine võimalik. Seega on vajalik uute kolleegide kaasamine keskuse töösse. Perspektiivis võiks olla päevakirurgia juurutamine teatud tegevusvaldkondade osas ja miks mitte ka kaugemas tulevikus organkliinik-südamekliinik. Eesmärk on Ülikooli Kliinikumi kõrval olla juhtivaid kardioloogiakeskusi Eestis.

Hiiu kolis

Onkoloogia- ja hematoloogiakliinik jätkab tegevust Mustamäel.

Mustamäe haiglaalinnaku arendamise ja X-korpuse valmimisega nähti ette uued ruumid ka seni Hiiul tegutsenud osakondadele. 2010. aasta lõpust töötavad Mustamäel kõik kirurgiakliiniku ja anestezioloogiakliiniku osakonnad. Nüüd alustavad renoveeritud ruumides tööd ka kiiritusravi ja keemiaravi keskused.

Seni tegutses onkoloogia- ja hematoloogiakliinik kahes hoones: Mustamäel asus hematoloogiakeskus ning Hiiul kiiritusravi ja keemiaravi keskused. „Aktiivravi kolimisega ühte hoonesse oleme koristanud oma kliiniku struktuuri ning see aitab paremini planeerida ja optimeerida meie ressursse.“ märkis kliiniku juhataja Vahur Valvere. „Näiteks oleme liitnud keemiaravi ja hematoloogia päevaravi osakonnad ühtseks 31 ravikohaga päevaravi osakonnaks, kus on 7 ravivoodit pikemateks protseduurideks ning 24 protseduuritooli.“

Päevaravi osakond asub Mustamäe A-korpuse 1. korrusel ja on avatud kl 8–18.

Kuulas: Aime Taevere

Algab lk 1

siis oli Euroopas keskmine implantaatsioonisagedus esmastele stimulaatoritele miljoni elaniku kohta ca 600. Tartus implanteeriti ca 100 lihtsat ühejuhtmelist stimulaatorit, mis teeb Eesti kohta ca 60 esmasimplantatsiooni miljoni kohta. Seega olime Euroopast arvuliselt kümme korda maas, lisaks kasutasime tunduvalt algelisemaid aparate, mis sageli ei rahuldanud haige vajadusi kõige paremini. Euroopa keskmisele tasemele nii arvuliselt kui ka stimulaatorite tasemelt jõudisime 4–5 aastaga. Implantaatsioonisagedus on nüüd meil sama, mis Euroopa keskmine — 800 ja 900 vahel.

Praegu on suunatud meie töö põhiorh mahajäämuse likvideerimisele CRT (südame resünkroniseeriv ravi südamepuudulikkuse korral) ja ICD (implanteeritav kardioverter-defibrillaator) ravis. Niisuguste aparatuuride implantaatsioonil oli Eesti mahajäämus Euroopa keskmisest ca 10 korda. Selle põhjuseks oli asjaolu, et nimetatud teenused on kallid ja neid ei olnud haigekassa teenuste nimekirjas. Neid aparate oleme implanteerinud juba üle 10 aasta, kuid

eelmise aastani vaid üksikuid stimulaatorite hanke sees kingitusena saadud eksemplare. Viimasel kahel aastal on meil võimalik neid ravivõtte rakendada haigekassa poolt antud limiidi piires. Sellest limiidist jätkub umbes 100 haige ravimiseks meie haiglas. Juhtnõude kohaselt ravi vaiavate haigete arv on ca 5 korda suurem.

CRT on näidustatud madala südameväljutusega, südame puudulikkusega ja EKG-I laia QRS kompleksiga patsientidele. Viimane on viitaks sellele, et südame vatsakesed ei tõmbu kokku üheaegselt ja kumbagi vatsakesest eraldi stimuleerides on meil võimalik vatsakesi koos tööle sättida ehk resünkroniseerida ja oluliselt vähendada südamepuudulikkust. Vasaku vatsakese juhe viiakse südamesse südame veenide kaudu, mis on sageli keeruline ja aeganõudev. Kuni 5–1% haigetest see ei õnnestugi ja sel juhul on võimalik elektrood kinnitada südame külge epikardiaalsele operatsioonikaugus.

ICD on näidustatud suurenenud äkksurma riskiga haigetel, kellel me ei suuda riski vähendada ja ICD implan-

teerimine kindlustab ohtlike rütmihäirete ülestimulatsiooni, kardioversiooni või defibrillatsiooni läbi, mõne sekundi jooksul pärast rütmihäire teket.

Kui rääkida uuendustest, siis viimase pooleteise aastaga oleme jõudnud sinamaale, et kontrollime kõiki neid ICD aparate telemeditsiini teel, st haige kodus olev telefonisuurune lisaaparaat saadab meile automaatselt informatsiooni nii haige kui ka süsteemi ohtlike olukordade kohta. Ei ole keeruline ka inimese sees olevat aparati õpetada andmeid saatma meile, kui vaja, aga see võtab liigselt energiat.

Praegu tulevad teated ohtlikest situatsioonidest meie arvutitesse korra ööpäevas koos kardiogrammidega. Aga kui vaatame, kui kiiresti sidetehnika areneb, siis on meil ehk 3–4 aasta pärast võimalik igasse mobiiltelefoni laadida internetipoest vastav tarkvara ja infot saab edastada pidevalt. Teisisõnu, ICD haige kliinilise surma korral saab kiirabi dispetšer on-line-informatsiooni koos GPS-seadmelt saadud haige asukohaga.

Areng on olnud tormiline ja tase-

meliselt ei ole meil midagi häbenenud, lihtsalt suur osa haigetest, kes praeguste näidustuste järgi sellele ravile kuuluvad, seda ei saa. Mitte ainult rahaprobleemide tõttu. Vaja on muuta ka arstide mõtteviisi kriitilist massi, et kõik ICD näidustusega haiged ravi ka saaksid. Isegi siis suudame me aidata vaid 20–30% äkksurma haigetest. Ülejäänud 70–80%-l äkksurma haigetest pole eelnevalt mingit viidet ähvardavast ohust! Suuri lootusi pannakse geneetikale, et tulevikus selgitada välja riskigruppe ja nende inimestele implanteerida aparate, mis hoiaks inimese elus.

Märksõnadeks, kuhu meie oma aparateidega peaksime minema, on lihtsuse kasutajale, pikaajalisus ja usaldusväärsus.“

Osakonnajuhataja dr Laanoja võtab invasiivkardioloogia tänase seisukokku: „Mina olen rohkem n-õ torutööde poolel, ma võin julgelt, käsi südamel, kinnitada, et mis puudutab dr Jüri Voitki töövaldkonda ja dr Hasso Uuetoa töövaldkonda, siis nemad on praegu Eesti parimad!“

Uus infovoldik

„Veenilaiendite operatsioon“

Koostöös päevakirurgia osakonnaga on trükiti ilmunud uus patsiendile suunatud eesti- ning venekeelne infomaterjal „Veenilaiendite operatsioon“. Brošüürist saab lugeda operatsiooniks valmistumise ja operatsioonijärgse perioodi kohta, samuti leiab sealt piltjuhisid jala sidumiseks rõhksidemega ja ravivahendite kasutamiseks.

Regionaalhaigla

VEENILAIENDITE OPERATSIOON

MIKS OPEREERIDA?
KUIDAS VALMISTUDA
OPERATSIOONIKS?
OPERATSIOONIJÄRGNE PERIOOD
RÕHKSIDEMEGA SIDUMINE JALALE
RAVISUKA JALGAPANEMINE

Operatsioonilaua teine elu



Põhja-Eesti Regionaalhaigla uuendas eelmisel aastal operatsioonitubade seadmeid. Sellega tekkis võimalus anda üks vabanenud operatsioonilaud Hiiumaa Haiglale. Kuigi üleantud laud on juba näinud palju häid kui ka kurbi päevi, on ta täielikus töökorras ja rahuldab väikese haigla operatsioonitoa vajadusi. Loodan, et tulevik toob temale ainult häid päevi!

Suur tänu Regionaalhaigla juhatusele ja kirurgiakliiniku juhatajale!

Gennadi Aavik
Hiiumaa Haigla juhatuse liige

KUUKIRI

Toimetuse:

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

Doonorite pidu Tallinna Raekojas



Pidulisi tervitab Regionaalhaigla haigla ülemarst dr Sergei Nazarenko.

26. veebruaril austas Põhja-Eesti Regionaalhaigla verekeskus doonoreid tänuüritusega Tallinna Raekojas. Tänavuse peo kangelased olid pikaajalised aktiivsed doonorid, neid tervitasid Regionaalhaigla juhatuse liige/ haigla ülemarst dr Sergei Nazarenko, Riigikogu riigikaitsekomisjoni liige Trivimi Velliste ning verekeskuse juhataja dr Riin Kullaste.

Tänuürituse traditsioon on ellu kutsunud selleks, et pühitseda doonorlust ja tänada doonoritest heategijaid nende poolt osutatud elutähtsa abi eest. Tänavu juba 19. korda toimuvale vastuvõtule kutsuti üle saja tubli doonori ning doonorluse arengusse panustanud inimese.

„Soovime iga oma tegevusega panna doonoreid tundma, et nad on olulised ja et neid märgatakse. Kangelaste, mida doonorid verd annetades

iga päev teevad, vajab esiletõstmist ning me tahame, et nad tunneksid oma tegevuse väärtustamist ühiskonna poolt,“ sõnas verekeskuse juhataja dr Riin Kullaste. „Mullu kutsusime oma peole spetsiaalselt afereesi-doonorid. Selleks, et saaksime tänada võimalikult paljusid, pühendasime selleaastase ürituse viimase 10 aasta aktiivsetele vereloodajatele, kes on regulaarselt pühendanud oma aega doonorlusele,“ lisas dr Kullaste.

Tänuüritusel anti esmakordselt üle auhind parimale doonorlust arendavale omavalitsusele 2010. aastal. „Selle esmakordse auhinna esimeseks laureaadiks sai Paide linn — möödunud aasta kõige silmapaistvama tegevuse eest doonorlusele kaasa aitamises. Tippürituseks oli aastalõpu suurejooneline tänuõpetus kogu Järvamaa doonoritele Paide raekojas,“ avaldas verekeskuse doonorluse arendusjuht Ülo Lomp. „Mõistagi on teisigi väga



Paide linnale anti üle 2010. aasta kõige doonorluse-sõbralikuma omavalitsuse auhind.



Tänavusel tänuüritusel esines muusikaliste vahepaladega Viimsi Keskkooli Noortekoor.

aktiivseid omavalitsusi, kes võimalustele vastavalt oma doonoreid tunnustavad ja doonorluse sõnumit aitavad edasi viia ning loodame, et neid tuleb aina juurde,“ kiitis Lomp.

2010. aastal oli Regionaalhaigla verekeskuses 20 089 doonorit, neist 15 719 regulaarseid doonoreid, mis on 6,3% rohkem kui 2009. aastal.

Terves Eestis oli mullu 36 136 doonorit, neist regulaarseid 27 467. 2010. aastal tehti Eesti haiglates kokku 17 908 patsiendile 86 817 erineva verekomponendi ülekannet.

Eva Maimre
kommunikatsioonispetsialist

Mare Lell: kurtmiseks pole põhjust olnud

Verevõtu kabineti õde Mare Lell on onkoloogiahaiglas töötanud ligi 45 aastat, kokku on tal tööstaaži 54 aastat. Aga nüüd on käsil viimane tööaeg. Möödunud aastal oma 75. sünnipäeva tähistanud naine kinnitab siiski, et ta ei tunne väsimust.

Kuukiri ühineb kolleegide ja lugematute patsientide sõnadega: Suur-suur tänu, Mare!

Te olete töötanud terve elu õena, palun rääkige oma pikast tööelust.

Mina olen töötanud alates 1957. aastast, onkoloogias olen 1966. aastast. Lõpetasin Tallinna Meditsiinikooli — sinna võeti keskkooli baasil — ja läksin tööle tollasesse Keskhaiiglasse. Seal töötasin 9 aastat ja ülejäänud aja olen onkoloogias olnud. Kokku tuleb seega 54 tööaastat, peaaegu, sest onkos oleks 45 täis saanud tänavu augustis.

Keskhaiiglas olin neurokirurgias õde. Siin, Hiiul olin alguses endoskoopias, aitasin arstidel teha protseduure, olin sondide neelamise juures ja ... EKG-s olin asendaja lühemat aega. Ühe aasta olin vanemõde, kui eelmine vanemõde suri. Keemiaravis olin väga pikka aega. Aga siis kutsus onko labori juhataja dr Laasik mind verd võtma ja nii ma olingi poole kohaga siin ja poolega keemiaravis. Kui onkoloogiahaigla ühines PERH-iga, jäin siia, verevõtu kabinetti.

Kas Te sellepärast näetegi nii hea välja, et käite kogu aeg tööl? Arvata võib. Ega see kodus istumine suurem asi ole ...



Meditsiinis on nende aastakümnetega toimunud tohutu areng, te olete need muutused kõik ära näinud, aga kuidas on muutunud patsient?

Patsiendid ei ole muutunud. Ei, minu meelest on nad ikka samasugused. Haigused on haigused ja inimene on inimene.

Kolleegid räägivad, et Teie ei virise ega kurda kunagi?

Pole nagu põhjust olnud! Haiged on kenad, muidugi, on üksikuid, kes võib-olla konflikti lähevad, aga üldiselt on kõik kenad inimesed olnud. Ja arstid on ka olnud kenad, siamaani vähemalt, oleme hästi läbi saanud ja mingeid ütlemissi ei ole olnud. Ainult see mulle ei meeldi, et Mustamäele tuleb minna ja iseseisev onkoloogia ära kaob. Oleks võinud ikka omaette olla.

See mõjub patsientidele ... ja töötajatele ka.

Kas onko-patsiendid on teistmoodi kui teised haiged?

Mul on tunne küll, et nad on teistmoodi, jah. Nad on kuidagi leplikumad ...

Kas Teil ei ole olnud kunagi sellist tunnet, et ei viitsiks enam tööl käia?

Ausalt öeldes — ei ole! Ei. Ja väsimust pole ka tundnud. Teised küsivad ka, et kas sa ei ole väsinud. No ei ole noh! Ma ei saa ju öelda, et olen väsinud, kui ma ei ole. Kui oleksin väsinud, siis ma oleksin ju koju jäänud, ammugi juba.

Mis on Teile elus jõudu andnud, et olete nii rõõmsameelne ja rahulik?

Kommentaari

Jane Kurm
Juhtiv
vanemlaborant



Mare on tõesti nagu superinimene! Ta saab juba 76-aastaseks, aga ei ole kordagi kurtnud, et oleks raske või et on mingid probleemid. Nagu kullatükk!
Keskmiselt käib verd andmas päevas ca 70 inimest, kuid on ka päevi, kus verd andmas käib saja inimese ringis. Suvel, kui ma asendasin vanemlaborant Jelena Jeršovat, siis vaatasin, et Mare poolt polnud ühtegi kaebust ega pretensiooni, et ei jõua või ei taha.

Kui ma ütlesin Marele, et nüüd panakse Hiiu kinni, kolime Mustamäele, ja küsisin, kas tema tuleb ka, vastas ta kohe: „Ei, Mustamäele ma kindlasti ei taha tulla. Mina olen ikkagi onkoloogia patrioot.“ Vaatasin just hiljuti Mare andmeid tööleasumise kohta ja nägin, et mina polnud veel sündinudki, kui Mare Lell juba töötas! Keegi pole kunagi kaevanud ta peale, vastupidi, on öeldud just, et väga tore ja armas inimene.

Ta teeb tõesti hingega oma tööd. Niisugune töötaja on iga juhi unistus!

Väliselt võib-olla olen, jah, rahulik, aga sisemiselt ikka närveerin igasuguste asjade, vahel isegi tühiste asjade pärast. Aga jõudu annab ennekõike see, et saan inimeste hulgas olla, suhtlemine annab jõudu.

Mida soovite oma kolleegidele? Soovin neile edaspidiseks palju-palju jõudu! Ja vastupidamist.

Küsis: Aime Täevere