

Sisekliiniku õed
tegid ajalugu

Lk 2



Lk 3

Verekeskus 70



Lk 4

Uus
hooldusravi osakond

k u u k i r i Regionaalhaigla

Oktoober 2011 • Nr 6 (96)

Esimene HIPEC-protseduur Eestis

6. oktoobril teostati Regionaalhaigla Mustamäe korpuses protseduur, millist Eestis varem tehtud ei ole – kõhuõõne-sisene hüpertermiline keemiaravi protseduur ehk HIPEC-protseduur. Seda meetodit kasutatakse selliste kõhuõõne-siseste haiguste puhul, mis alluvad halvasti tavapärasele keemiaravile vähkkasvajate ravis.

Regionaalhaigla erinevate keskuste koostöös valmistati seda projekti ette ligemale kaks aastat. Nimetatud, esimene HIPEC-protseduur Eestis tehti 57-aastasele naispatsiendile, ravimeeskonna juhiks oli **dr Tiit Suuroja**. „Eestis on see esmakordne, jah, aga tegemist on protseduuriga, mida paljudes maailma suurtes vähikeskustes tehakse juba hulk aastaid. Meie haigla on liikunud selles suunas ligi 10 aastat, mina käisin õppimas Prantsusmaal. Kui ma õigesti mäletan, siis nägin seda esmakordselt aastal 2001.“ Tohtri sõnuti on HIPEC-protseduuri tegemise eeltingimuseks — nii ravitulemuste kui ka patsiendi ohutuse seisukohast —, et keskuses oleks hästi toimiv kompleksne vähiravi süsteem, mis hõlmab kirurgiat, keemia- ning kiiritusravi koos kõrgtasemel intensiivravi võimalustega. Dr Suuroja: „Seda saab teha ainult väga hästi kokku töötanud meeskonnaga. Kõige olulisem on, et süsteemi kõik osad töötaksid laitmatult. Vana tõde ju — kett on just nii tugev, kui tugev on nõrgim lüli. Seekordne protseduur kestis 6 tundi, tegime seda kahe tiimiga. Täna, nädal aega pärast protseduuri, tunneb meie esimene patsient end päris hästi.“

Projektimeeskonna liige, üld- ja onkokiirurgia keskuse juhataja **dr Jüri Teras** selgitab lähemalt: „HIPEC-protseduuri teostatakse operatsiooni ajal. Põhjaliku kirurgilise kasvajakollete eemaldamise järgselt viiakse spetsiaalse aparatuuri abil operatsioonipiirkonda täpselt doseeritud koguses ja vajalikul temperatuuril lahuses ravim või ravimite kombinatsioon. See võimaldab tavalisest kõrgemate keemiaravimite dooside kasutamist ning on kombineeritud hüpertermiaga. Tagamaks ravimi ühtlast jaotust operatsioonipiirkonnas teostatakse poolest kuni pooleteise tunni kestev kohusisene lahuse ringlemise protseduur, mille kohta võib piltlikult öelda, et aparaat pritsib soojendatud keemiaravimit patsiendi metastaatilise piirkonda. Sellega saavutatakse vähi jääkrakkude täielik hävinemine ja enamasti suurepärased vähiravi tulemused.“



Fotod: Andres Putting, Delfi

Kellele HIPEC-protseduure saab teha ja kellele on vaja teha?

Dr Suuroja: „Tegemist on ülemaailmselt eksperimentaalsest faasist standardisse liikuva ravimeetodiga, mis sai alguse 90. aastate alguses prekliinilistest uuringutest ja entusiastide huvist. Mitmestki põhjusest tingituna ei ole piisavalt palju just suuremahulisi, juhulikustatud prospektiivseid uuringuid teostatud ja efektiivsuse kogemus põhineb eelkõige ekspertkeskuste juhukogumite analüüsil. Sellepärast ei ole kliiniliseks kasutamiseks veel väga täpselt valideeritud ja rangelt tõendus põhiseid kõrgemaid nõudeid täitvaid kriteeriume. Samas kinnitavad kogutud andmed üheselt peritonaalse kartsinomatoosi ravis HIPEC-i abil kuratiivse potentsiaali olemasolu. See aga pole süsteemselt manustatava keemiaravi puhul peaaegu mitte kunagi saavutatav. Väga oluline eeldus HIPEC-i tulemuslikkuse seisukohast on, et eelnev kirurgia on täielik või peaaegu täielik, st eemaldataks kogu nähtav kartsinomatoos. Ei ole mõtet teha osalist eemaldamist. Siis on oodatavad tulemused kõige paremad, kaasa arvatud tervenemine, mida keemiaraviga varem lubada ei saanud.“

Nüüd on selgemaks saanud ka need vähipaikmed või lokalisatsioonid, millisel puhul HIPEC-metoodikat kasutada tasub. Kindlalt on paigas 3 lokalisatsiooni. Kõige suurem grupp on jämesoolevähi peritonaalne e kohukelmele metastaseerumine. Teine grupp on pseudomüksoom, s.o enamasti ussripikust lähtuv kõhuõõnesisene limakasva-



ja, mis piirdub peaaegu alati kõhukelme ja -õõnega ning annab kaugmetastaase väga harva. Selle puhul on korrektse kirurgilise tsütoreduktsiooni ja HIPEC-i puhul tervenemine kuni 80% — väga hea ravitulemus.

Kolmas grupp on üsna harva esinev kasvaja — mesoteliom, mis on enamasti kopsukelme- või kõhukelmeõõnest pärinev pahaloomuline kasvaja. Neid kahte viimast kasvajat on umbes — täpseid andmeid meil ei ole, oleme need ekstrapoleerinud teiste riikide andmetest — hinnanguliselt 2–3 haiget miljoni inimese kohta, st kokku kahest grupist oleks Eestis umbes 10 haiget, kes sobiksid selleks protseduuriks.

Jämesoolevähikest, mida meil on 700 või natuke rohkem, võiks siia kuuluda u 8%, arvestamata vanust, st on u 50–60 haiget, kes oleksid teoreetiliselt

see grupp. Siit langevad ära vanemad inimesed, 70 aastat ja vanemad, kellel on südameprobleemid jne. Kui vanust ka arvestada, jääb siia gruppi umbes 30–40 haiget. Kõik kokku teeb see hinnanguliselt kuni 50 haiget.

Siia juurde võib arvestada ka muid lokalisatsioone, nt munasarjakasvajad. Nende puhul on andmed natuke vähem paigas, aga teatud grupp, 10–20–30 võiks tulla ka munasarjakasvajatest. Teinekord sobib see ka rinnavähigaigetele, maovähigaigetele jne, on erinevaid grupe. Nii et kõik kokku võiks olla 60–70 haiget, kes teoreetiliselt jaguneks kahe keskuse vahel — TÜ Kliinikum ja PERH — kenasti ära. Ideaalis piisaks muidugi ühest keskusest. Rootsi tegeleb sellega ainult üks keskus.“

Järgneb lk 2

PERH-i nõukogu uued liikmed

Alates septembrikuust on Regionaalhaigla nõukogus neli uut liiget. Järgnevalt tutvustab Kuukiri uusi liikmeid, ühtlasi palusime kõigil neljal vastata järgmistele küsimustele: Millised on Teie hinnangul Põhja-Eesti Regionaalhaigla peamised väljakutsed/eesmärgid järgneval kolmel aastal? Kuidas saate Teie kaasa aidata nende saavutamiseks?

Marelle Erlenheim



Marelle Erlenheim on sündinud 25.02.1966. Ta lõpetas 1992. a Tallinna Tehnikaülikooli

ehitusökonoomika ja organiseerimise eriala ning on hariduselt majandusinsener. Marelle Erlenheim on töötanud Innovatsioonipanga raamatupidaja-korrapäevetöötaja, AS Bera pearaamatupidaja asetäitja ning Balti Uudistetalituse AS-i raamatupidajana. Ta on olnud Õhuväe Staabi arvestusohvitser-raamatupidaja ja Lennubaasi pearaamatupidaja/ rahandus- ja eelarve jaoskonna ülem. 2001–2005 oli Erlenheim Riigikantselei rahandusosakonna juhataja ning 2005–2009 Sotsiaalministeeriumi finantsjuht, olles samal ajal ka AS-i Hoolekandeteenused nõukogu esimees. Aastast 2009 on Marelle Erlenheim Sotsiaalministeeriumi kantselei juht.

Marelle Erlenheim on Kaitseliidu Tallinna maleva Toompea malevkonna liige ja MTÜ Reservohvitseride Kogu liige.

Kuuldes sõna haigla, tuleb mulle silme ette üks väike tüdruk, kes palatites täidiega mängis, vastuvõturuumis kušetil magas ja ema teadmata õdedel C-vitamiini dražeesid nuias. See aeg, mil ma emaga koos väikeses Nissi haiglas kaasas käisin, on kaugelt jäänud. Juba aastaid on ema pensionil ja vana haigla asemel laiutab tühi plats. Kuid see miski, mis sellest ajast hinge jäi, on siiani alles.

Täna on mulle usaldatud Eesti riigi ühe kõige suurema haigla nõukogu liikme roll. See haigla peab lähiajal piiratud ressursside tingimustes suutma lõpule viia väga suurte investeeringutega europrojekti. See ei ole lihtne. Pean väga oluliseks, et nende suurte ehituste sisse ei kaoks peamine — olla haigla oma patsientidele ja hooliv tööandja oma töötajatele ning tagada kvaliteetne ravi. Paigas tuleb hoida tasakaal vajaduste ja võimaluste vahel. Näen, et saan anda sellele omapoolse panuse, omades laia pilti arengutest ja eesmärkidest nii riigis laiemalt kui ka meie valdkonnas konkreetselt. Saan seejuures toetuda oma igapäevasele tööle suure valdkonna tippjuhina, oluliste kogemustele finantsjuhtimises, ehituse taustaga haridusele, töö ja flagship'i koolituste kaudu tervise valdkonnas omandatud teadmistele. Koostöös selle miskiga, mis lapsepõlvest kaasa saadud, annab see päris hea baasi haigla jätkusuutlikkuse ja arengu toetamiseks.

PERH-i nõukogu uued liikmed

Kaupo Reede

Kaupo Reede on sündinud 1. novembril 1971.

Ta on lõpetanud 1994. a Eesti Põllumajandusülikooli liha- ja piimatehnoloogia erialal ning 1999. a samas majandusteaduskonnas magistrantuuri, turunduse ja juhtimise erialal. 2010. aastast õpib Kaupo Reede Estonian Business School'i juhtimisteaduste doktorantuuris.

Kaupo Reede on töötanud ettevõtete nõustajana, on olnud OÜ Prideks ja ka AAA1. Management International OÜ juhataise liige ning AS Dale L.D. nõukogu liige. Aastatel 2002-2005 oli Reede Tallinna Linnavolikogu liige, täites 2005. a ka volikogu aseesimehe ülesandeid. Aastatel 2004-2005 oli ta Tallinna abilinnapea. Sel perioodil kuulus ta Eesti Kunstimuseumi Ehitamise SA, Lääne-Tallinna Keskhaigla AS-i ja Ida-Tallinna Keskhaigla AS-i nõukogusse ning oli Tallinna Trammi- ja Trollibussikoondise AS-i ning Tallinna Autobussikoondise AS-i nõukogu esimees ja MTÜ Harjumaa Ühistranspordikeskus juhataise liige. Alates 2006. aastast on Kaupo Reede SA Harju Ettevõtlus- ja Arenduskeskus juhataise liige ja alates 2008. a OÜ Riidi juhataise liige.

Kaupo Reede on Vanalinna Hariduskolleegeumi hoolekogu liige; EVEA volikogu liige, Tallinna Majanduskooli nõukogu esimees.

Lihtsalt võiks öelda, et PERH-i peamine väljakutse järgneva kolme aasta jooksul on oma arengukava järgimine ja kokkulepete saavutamine riigi ning partneritega – vahendite ja võimaluste osas, mis toetavad arengukava järgimist. Arvan, et kindlasti tuleb panustada rahvusvahelistesse koostööprojektidesse, mille eesmärgiks on teadusearendus ning arstide ja õdede täiendõpe. Et mul on olnud viimaste aastate jooksul kokkupuuteid PERH-i teenustega, siis olen veendunud, et meie spetsialistid on väga head ning hea spetsialist on alati huvitatud enesearengust oma valdkonnas.

E-haigla alased arendustegevused ja nende võimaluste nägemine IT-valdkonnas, mis aitavad PERH-il areneda ja olla innovaatiline ravikeskus, on oluline. Kuivõrd olen ise juba 17 aastat ettevõtja ja juhtimisüsteemide spetsialist, siis kindlasti saan panustada PERH-i arengusse sedakaudu, et anda vajalikku nõu juhtimisprotsessidest (sh kvaliteedijuhtimissüsteem). Viimased 10 aastat olen intensiivselt tegutsenud Euroopa Liidu Sotsiaalfondi ja Struktuurifondi rahastustatuste koostamise ning nõustamisega (sh investeerimis- ja koostööprojektid). Usun, et PERH-ile kuluvad ka need teadmised marjaks ära. Kolm aastat on ühe suure organisatsiooni arengus päris lühike aeg. Peamine on näha seda, kuhu me oleme teel pikas perspektiivis ja teha selle lühikese aja jooksul otsuseid, mis ei takista, vaid aitavad kaasa strateegiliste eesmärkide saavutamisel.



Sisehaiguste kliiniku uudne konverents

14. oktoobril toimus Põhja-Eesti Regionaalhaigla sisehaiguste kliiniku kliiniline konverents „Põletik sisemeditsiinis“. Seekordsel, järjekorras kuuendal konverentsil osales rekordarv, üle 550 meditsiinitöötaja üle Eesti – perearstid, sisearstid, pereõed ja teiste erialade kolleegid. Lisaks arstide sessioonile toimus tänavu ka eraldi õdede sessioon.

Arstide sessiooni esimeses pooles esinesid ettekannetega dr Piia Tuvik „Mis on põletik?“, dr Ly Anton „Endokardiit – millal ja kellel kahtlustada?“, dr Merike Luman „Tubulointerstiitsiaalne neerukahjustus – põhjused, kulgu, ravi“ ning dr Aime Kangur „Naha põletikulised haigused – kas ainult nahahaigused?“. Konverentsi teise poole ettekanded olid: dr Pille Mukk „KOK kui süsteemne põletikuline haigus“, dr Eevi Pärsik „Reumatoidartriit kui autoimmuunne põletikuline liigeshaigus“, dr Anu Ambos „Põletik kilpnäärmes“ ja dr Andrus Kreis „Neuroborrelioos“.

Kuivõrd esmakordselt toimus sel korral õdede sessioon, siis käiski Kuukiri seda lähemalt uurimas.

Õdede sessioon algas hommikul, kuulati loenguid, mis võiks kokku võtta ühiste märksõnade alla: kuidas patsienti efektiivsemalt juhendada ja teda paremini nõustada. Ettekanded käsitlesid südamehaigusi, tuberkuloosi, diabeeti, aga ka herpes-viiruse infektsiooni ja kutsehaigusi. Ettekannete fookus oli suunatud sellele, kuidas patsient saaks paremini hakkama pärast haiglaravi — nt, Anne Speek: Elu pärast südameinfarkti; Piret Mülner: Eluga kohanemine pärast insulti — ja et ta haigla ning perearstikeskuse vahel n-õ kaduma ei läheks. Sotsiaaltööst tervishoiu rääkis Merike Tennof.

Töötoad

Pärastlõunasel ajal toimusid paralleelsed töötoad järgmistel teemadel: kopsuhaigustega patsiendi nõustamine, südamehaigustega patsiendi nõustamine, suhkruhaige nõustamine, neuroloogiliste patsientide nõustamine. Seminaril osalejaid said neist valida endale kõige vajalikuma ja meelepärasema teema. Töötubade esmaseks eesmärgiks oli selgitada välja, kuidas pereõed saavad informatsiooni patsiendi kohta, kes on viibinud haiglas, ja mida nad soovivad teada haiglaõdedelt.



Tublid tüdrukud, konverentsi õdede sessiooni korraldajad: (esimene rida, vasakult) Egret Halliste, Anastasia Pärnsalu, Ave Männik, Marika Dodjak, Ljudmilla Belik, Piret Mülner, Stella Jusipova, Katrin Kõre, Tatjana Kalinina, Nadežda Doronina, (teine rida, vasakult) Made Raat, Airi Toode, Jana Melnikova, Jekaterina Umjarova, Kristel Jõgila, Maarit Üksti, Tiina Mitt, Olga Makejeva, Anne Speek, Janina Günter.

Kuivõrd konverentsil osales rohkesti pereõdesid, siis otsiti ühiselt teid, kuidas parandada suhtlust haigete ja pereõdede vahel ning kuidas haiglaõde selles abiks saaks olla. Töötubades arenes elav arutelu, esitati rohkelt küsimusi, otsiti vastuseid, vahetati kogemusi. Tutvustati erinevaid uuringuid ja protseduure ning sellega seonduvalt õdede kohustusi ja võimalusi. Arutleti, kuidas patsienti ning tema lähedasi efektiivsemalt aidata — alates riskikäitumise hindamisest, toitumis- ning liikumisharjumustest ja haiguste ennetamisest, lõpetades statsionaarse ning ambulatoorse taastusraviga.

Üldine ja ühine mure tundus olevat, et vaatamata meditsiinilise abi kiirele arengule, ei ole patsiendi ja tema lähedaste nõustamine tänagi veel arvestataval tasemel. Õed tunnetavad siinjuures oma rolli olulisust — õde on just see inimene, kes patsiendiga enim suhtleb ja teda nõustab, nii probleemide, riskitegurite ja tüsistuste nägemisel kui ka lahenduste leidmisel ja tegevusjuhiste andmisel.

Suund patsiendi- ja perekeskse poole

Südamehaiguste töögrupis jõuti tõdemuseni, et hädasti oleks vaja sisukaid infovoldikuid erinevate haiguste kohta, mille najal oleks hea patsiendile kõike tema haigusega seonduvat selgitada. Samuti peaks infolehes olema teave, kelle poole, kuhu ja kuidas saaks patsient hädaolukorras pöörduda.

Konverentsi õdede sessiooni korraldaja, sisehaiguste kliiniku ülemõde Nadežda Doronina hindas kogu üritu-



Esinevad: Svetlana Otto ...



... ja Jutta Eller.

se kordalainuks: „Õed olid tublid, jään nende panusega väga rahule. Võtsid kätte ja tegid ära! Minu meelest oli hea mõte — tuua välja ja näidata piltlikult ette patsiendile tehtavad uuringud, see oli vast kõige kasulikum just pereõdedele. Mida rohkem informatsiooni pereõed saavad, seda parem.“ Oleneb siiski ka perearstikeskusest, kui palju mingeid uuringuid saab patsientidele tellida, aga just rutiinsete uuringute kohta peaks olema vajalikke infomaterjale. „Kuidas näiteks pereõde saab oma patsiendi nõustada, kui tal ei ole, millele toetuda? Kui patsient saab haiglast välja, siis enamasti jätkub kodune ravi. Patsient peab saama nõustamist ja informatsiooni igal ajal, kui tal seda vaja. Meie haiglas töötavad nõustamiskabinetid kella 16-ni, mujal maailmas ikka 24 h. Samas on väga palju teemasid, mida saab patsiendile varakult selgitada ja kui vaja, ka kirja panna.

Nagu siin töötoas tänagi räägiti, oli üks juhust, kus vererõhumonitoriga patsient helistab keset ööd haiglasse intensiivravi osakonda ja teatab, et aidaku nüüd arstid-õed, tema tahab monitori ära võtta, ei talu enam monitori, see piiksub. Mida teha, hommikuni oodata ei saa, teatab patsient, tema surevat enne ära, kui hommik tuleb ... Et selliseid situatsioone ennetada, tuleb patsiente nõustada.“

Arutelud oli konstruktiivsed, vestluste käigus selgus, et õed saavad infot patsiendi kohta enamasti patsiendi enda käest, harvem perearsti käest. Et huvi antud temaatika — koolitused ja patsiendi nõustamine — vastu oli suur ja osavõtjad aktiivsed, tehti ka ettepanekuid, et samaseid töötubasid võiks korraldada veelgi. Tänapäeva õenduse arengusuunaks ongi patsiendi- ja perekeskne lähenemisviis.

Aime Taevere

Algab lk 1

Tohtrite sõnul on HIPEC-protseduuri puhul ääretult oluline haigete selektsioon. Dr Teras: „Valik peab olema väga täpne, sest juba see operatsioon on ise väga suur, haigetele traumaatiline, lisaks veel keemiaravi, mis piirdub küll kõhuõõnega, aga on väga suurtes doosides.“ Dr Suuroja lisab, et seda protseduuri ei saa ühelgi juhul vaadata nii, et teeme aga igapähele ... Dr Suuroja: „Vajalik on väga selektiivne lähenemine. Kui õigete kriteeriumide järgi valida, siis nende haigete grupp, kellele see raviviis sobib, ei ole kuigi suur. Ent seda on siiski vaja Eestis teha, sest muidu peaksime need patsiendid saatma välismaale ravile, mis on hirmkallis, nt Prantsusmaal, kuhu ma ühe haige saatsin, on ühe ravipäeva hind 1000 eurot. Ja haige peab olema haiglas 2–3 nädalat. Kui kõik läheb hästi. Selge on see, et Eesti vajab seda meetodit.“

Tohtrid ei varja oma heameelt, et aastatepikkune töö HIPEC-protseduuri



juurutamiseks on tänaseks Regionaalhaiglas realiseerunud.

Milline on HIPEC-protseduuri meeskonna erinevus võrreldes n-õ tavaliise kirurgilise operatsiooniga?

Dr Suuroja: „See vajab väga häid kirurge, kes on suutelised lahendama kõik kõhuõõnes opereerimisel ette tulevad ülesanded erinevate organite poolt — jämesool, magu, sapipõis, emakas

jne.“ Dr Teras täpsustab, et kuivõrd need operatsioonid on väga pikad, on mõistlik teha seda kahe meeskonnaga, kes on võimelised teineteist asendama.

Dr Suuroja: „Tuleb teha nii, nagu on parem haigetele. Meil on olemas erinevate erialade spetsialistid ja me saame tööd jagada. HIPEC-protseduur ei saa olla ühe tippspetsialisti, n-õ ühe-kahe geeniuse isiklik ambitsioon, vaid see on programm ja süsteem, toimiv süsteem:

õed, anestezioloogid, intensiivravi arstid, kirurgid, keemiaravi pool, apteegi pool. Toimiv süsteem ongi kõige olulisem ja süsteemi loomine on kallis. Asi pole ühe masina ostmises ega ühe inimese oskuses, kes suudab lõikust teha, vaid vajalik on toimiv süsteem nagu näiteks, andestage mulle teatud pateetilises, südameleõikuste puhul.“

Dr Teras: „Lihtsustatult öeldes, kirurgia tehniline pool on võimalik ära teha, see pole küsimus, küsimus on selles, et haige ka pärast operatsiooni ellu jääks ja terveneks. Meie haiglas on kõik vajalikud spetsialiteedid olemas, siin võime tõesti aastatepikkuse töö tulemusena lüüa uhkelt rusikaga vastu rinda ja öelda, et me oleme ainukene haigla Eestis, kus on olemas ülemise seedetrakti kirurgia osakond, alumise seedetrakti kirurgia jne, olemas sihikindlalt tegelenud nende aladega, päevast päeva. Meil on kogemused, haiged koonduvad meile kokku, suure hulga haigete ravimisest tuleb kogemus. Seda süsteemi saamegi HIPEC-i juures ära kasutada.“

Mõlemad tohtrid nimetavad ülioluliseks siinjuures anestezioloogide rolli: selle protseduuri juures on vaja kõrgtasemel anesteziolooge, kes on ka südameleõikustega pidevalt tegelenud ja saanud sealt oma kogemuse, sh patsiendi jahutamise ja soojendamise oskuse. Dr Teras: „Erilise kiituse on ära teeninud dr Kristjan Kalling, kes HIPEC-protseduuri puhul uude ülesannetega suurepäraselt hakkama sai.“

Dr Suuroja: „Anesteesia pool on selle protseduuri puhul väga-väga oluline ja meie anestezioloogid on kiidusõnu väärt! Kui üks süsteemi lüli ei tööta, siis pole muulgi mõtet, kõik peab töötama. Seda rõhutavad ka kõik eksperdid, et ärge tormake seda protseduuri tegema, kui pole tagatud töötav süsteem.“

Küsimusele, kas järgmine patsient HIPEC-protseduuriks on juba välja valitud, saan vastuseks: „Jah, haige on välja valitud, järgmine HIPEC tuleb novembris.“

Aime Taevere

Verekeskus tähistab 70. aastapäeva

Verekeskuse sünnipäev oli 16. mail 2011, aga tegusaid ettevõtmisi on kogu aastasse mahtunud õige mitu. Nüüd, novembris, on tulekul juubelikonverents teemal „Etüüd punasest mikrokosmosest“. Läheneva konverentsi puhul külastas verekeskust ka Kuukiri.

Verekeskuse juhataja dr Riin Kullaste sõnab esmalt, et sünnipäeva-päev polegi väga üheselt selge, sest dokumentides esineb erinevaid kuupäevi. „Meie lugesime n-õ õigeks asutamiskuupäevaks 16. mai 1941,“ lausub dr Kullaste, „toona kandis see asutus nime Vabariiklik Vereülekande Jaam, mille loomiseks tuli vastavasisuline korraldus Moskvast ilmselt 41. aasta esimestel kuudel. Aga seda dokumenti meil ei ole säilinud. Paar kuud varem, 21. märtsil oli Vabariikliku Vereülekande Jaama peaarst Herman-Paul Rossmann edastanud Tallinna I Haigla palve eraldada loodavale asutusele ruumid uues hoones haigla I korruse läänetiivas, see on praegune Ida-Tallinna Keskhaigla. Haigla eraldas verekeskuse jaoks 8 tuba pörandapinnaga ca 150 m². 16. mail loeme asutamiskuupäevaks seetõttu, et sel päeval teatas Rossmann haiglatele, et Vabariiklik Vereülekande Jaam on alustanud tegevust ja on võimalik saada verd transfusioonideks. 24. mail ilmus ajalehes Rahva Hääli artikkel pealkirjaga „Vereülekandega inimelusid päästmas“, nii et siis oli jaam juba töös.“

Alguses oli sõda

Artiklist selgub, et doonoreid oli Vereülekande Jaamal sellal 90. Veri koguti konservandiga klaaspudelitesse ja väiksematesse ampullidesse. Veri oli tasuta, aga tasuda tuli verekonserveerimise pudeli või ampulli eest — 30 rubla. See summa tagastati pudeli tagasisaamisega. Ajaloolane Heino Gustavson, kes ise 41. aastal suvel Vereülekande Jaamas sanitarina töötas, on oma brošüüris („Tallinna Vabariiklik Haigla 1785–1985“) kirjutanud, et „Lahingu-tegevuse nihkumisega Eesti NSV territooriumile juulis 1941, eriti aga pärast rinde liikumist üle Are ning raskete Märjamaa lahingute ajal (10.–15. juuli) asus Tallinna I Haigla rindehaavatuid vastu võtma. Paralleelselt kirurgiaosakondade tegevuse intensiivistumisega pidi ka aprillikuus haigla juurde asutatud Vabariiklik Vereülekande Jaam mitmekordistama verekäivet. Väga paljud andsid haavatuile verd tasuta ja suurtes kogustes. Konserveeritud verd veeti natsionaliseeritud võidusõiduautoga „Alfa-Romeo“ rindelahedastesse hospitalidesse.“

Sama aasta septembris Vabariiklik Vereülekande Jaam likvideeriti, dokumentid anti üle Tallinna Keskhaigla. H. Gustavsoni andmetel olevat Vabariiklik Vereülekande Jaam evakueerunud Nõukogude tagalasse. Haigla endine peaarst H.-P. Rossmann tegi Linna



Tervishoiu Osakonnale ettepaneku luua Keskhaigla juurde vereülekande osakond. See sai ka teoks. 1. novembrist 1944 hakkas Vabariiklik Vereülekande Jaam tööle Sakala tänaval Tallinna II Haigla juures Natalia Utkina juhatusel.

Täna vaatame tulevikku

Jättes vahele verekeskuse 70-aastase arenguloo — loodetavasti saab hea lugeja kogu pika ajaloo ja rohkem ning vähem värvikate seikadega tutvuda järgmiseks juubeliks ilmuva raamatu vahendusel — ning heidame pilgu sellele, kuhu Eesti vereteenistus tänaseks jõudnud on.

Praegu varustab Regionaalhaigla verekeskus verekomponentidega 14 haiglat, mis asuvad Tallinnas ja pealinna ümbruses, aga ka Kuressaare, Haapsalu, Rapla, Rakvere ja Narva haiglaid. „Vahel saadame verd ka Ülikooli Kliinikumile,“ nimetab dr Kullaste, „meil käib selline teineteise abistamine.“ Regionaalhaigla verekeskuses osatakse valmistada doonoriverest 52 erinevat verepreparaati, vastavalt patsientide vajadustele, looteast kuni kõrge vanaduseni.

Verekeskuse juhataja sõnab, et praegu tehakse aastast doonoritele üle 300 000 analüüsi. Dr Kullaste: „Käsitsitööd meil täna enam ei ole, oleme suutnud automatiseerida ka veregrupi-uuringud, seda ainukesena Eestis. Meie jaoks on kõige olulisem asi vere ohutus, selle nimel oleme aastaid tublisti töötanud ja vaeva näinud.“ Eriti vajalik on siinjuures automaatne andmete ülekandesüsteem: analüüsitud tulemused liiguvad otse analüsaatoritest Eesti Vereteenistuse Infosüsteemi — et ei saaks tulla sisestusvigu.

Verekeskuse laborites uuritakse doonoriverd C-hepatiidi, B-hepatiidi, HIV-i



Monica Tiik, verekeskuse kvaliteedikontrolli osakonna peaspetsialist: „Mina tuln siia tööle 2004. aastal ja nende aastate jooksul on kõik analüüsiaparatuurid meil välja vahetatud, 100% on muutunud! Täna on meie doonorivere uuringud täiesti maailmatasemel, st kõigis arenenud riikides kasutatakse sarnaseid testsüsteeme ning analüsaatoreid. Kõik uuringud tehakse ikka sellepärast, et doonoriveri oleks patsiendile maksimaalselt ohutu.“

ja süüfilise suhtes. Dr Kullaste: „Meil on kasutusel kõige modernsemad uuringumeetodid, me läheme uuringutega viiruse DNA ja RNA tasemele. Enam kaugemale täna ei saagi minna! See teeb haiguse peiteperioodi, kus selle avastamine ei ole veel võimalik, üsna lühikeseks: C-hepatiidi puhul 7 päeva, HIV-i puhul 8–10 päeva, nii et see n-õ augukene on jäänud üsna pisikeseks, aga selle tahame katta patogeene inaktiveerimise meetodiga. Juhul, kui viirus on juba veres, aga seda on nii vähe, et seda veel ei avasta, siis siia sobikski just suurepäraselt see uus, patogeene inaktiveerimise meetodika. Täna uurime verd ka bakterite kasvu ja, muidugi, veregruppide suhtes — ABO-, Kell-, Rh (D) veregrupp määratakse rutiinselt kõigil doonoritel; erinevaid veregrupi süsteeme on ligi 30, kõiki me ei uuri, ainult kliiniliselt olulisi. Osa meie doonoritest on nende suhtes põhjalikult uuritud.“

„Etüüd punasest mikrokosmosest“ — 11.11.11 kl 11

Verekeskuse juhataja selgitab, miks läheneval konverentsil nõnda huvitav pealkiri on: „Konverents toimub, jah, 11. novembril algusega kell 11 kinos Artis. Teema sõnastasime nii, kasutades sõna etüüd mitut tähendust. Üks on küll harjutuspala, muusikas ja teatris, aga etüüd tähendab ka eeltööd, uuringut, otsingut, ülesannet.“ Dr Kullaste nendib, et seekord tahaks konverentsil rääkida tulevikust, mitte ajaloost: „Oleks huvitav

teada, mitu peatükki tulevikus verekeskuse ajalugu veel kirjutatakse... Kas me jääme alatiks sõltuma doonoritest või tekib mingi alternatiiv? Tänapäeval ju otsitakse kunstverd ja kunstlikku hapnikukandjat (mis on punaliblede põhifunktsioon), kui kaugel sellega nüüd ollakse, missugused on probleemid? Tahame, et konverents valgustaks pisut asjade praegust seisut.“

Dr Kullaste sõnul on kõik lektorid välisesinejad: esindaja Inglismaalt räägib praegusest transfusioonravist ja tulevikuperspektiividest; lektor Rootsist, Lundist räägib universaalse vere leidmise võimalustest. Universaalsel verel ei oleks veregrupe, see tähendab veretöötust nii, et gruppidel ei oleks vahet ja veri sobiks igale inimesele. Kunstlikes tingimustes vererakkude kasvatamisest räägib esineja Hollandist, Amsterdamist. Siis kõneldakse veel inaktiveerimisest — bakterite ja viiruste kahjutustamisest tootmise käigus; Uppsala kolleegil on selle meetodi kasutamise kogemus ja seda ta tutvustama tulebki. Kaks esinejat tuleb Soomest. Kuuldavasti on Soome verekeskus olnud viimastel aastatel seotud ka rakkude ja kudede siirdamisega, üks esineja räägib Soome verekeskuse arengutest, teine aga sellest, mis on uut ja põnevat Euroopas. Näiteks rakuravi on üsna uus asi. Kohtumiseni konverentsil!

Aime Taevere

Vt konverentsi kava lk 4 veerus.

Ohutu veri

Tagamaks vere ohutust tehakse doonoriverele igal annetusel järgnevad analüüsid: Hepatiit B viiruse pinnaantigeen (HBsAg) Hepatiit C viiruse antikehad (Anti-HCV) Hepatiit C viiruse RNA (HCV RNA) HI-viiruse vastased antikehad (Anti-HIV-1,2) ja antigeen (HIV p24) HI-viiruse RNA (HIV RNA) Süüfiliseetkitaja

2007. aastal astuti doonorivere viirus-uuringutes veel üks samm edasi ning HIV antigeeni määramisele lisaks alustati HIV molekulaarbioloogilise uuringuga —

HIV-RNA PCR uuring, mis on tänapäeva viirusdiagnostikas kõige tundlikum ja kõrgtehnoloogilisem meetod. Samal aastal alustati ka C-hepatiidi viiruse RNA uuringuid ning 2011. a B-hepatiidi viiruse DNA uuringuid.

Kõik doonorivere viirusuuringud toimuvad automatiseeritult, kasutades rahvusvaheliselt tunnustatud firmade toodetud testsüsteeme. Analüüsitud tulemused liiguvad otse analüsaatoritest Eesti Vereteenistuse Infosüsteemi (EVI).

Teised uuringud:

Määratakse veregrupp ABO-, Rh- ja Kell-süsteemis ning uuritakse punaliblede vastaste antikehade esinemist.

PERH-i nõukogu uued liikmed

Herdis Ojasa

Herdis Ojasa on sündinud 1.07.1969. Ta lõpetas 2004. a Sotsiaal-Humanitaarinstituudi majandusteaduskonna, praegu õpib Tartu Ülikooli Avatud Ülikoolis õigusteadust.

Ta on töötanud RTG Kembari AS personalidirektori ning Starmaker OÜ ja Spirit OÜ tegevdirektorina.

Aastatel 2004–2008 töötas Ojasa Personalipunkt Extra tegevdirektorina. Alates 2010. aastast on MedEst Services OÜ tegevjuht, juhataja liige ning Teenusmajanduse Koda MTÜ tegevjuht.

Herdis Ojasa on Äripäeva Tööõiguse raamatu kaasautor, Sotsiaalministeeriumi TLS töörühma liige, Tallinna ja Harjumaa Töövaidluskomisjoni liige, MTÜ Eesti Personalirendiettevõtete Liit asutajaliige ja MTÜ Naised Emakakaelavähi Vastu asutajaliige.

Väljakutseid riigi rahandusele, sh raviteenuste finantseerimisele, muudavad keerulisemaks demograafilised muutused ja seda juba lähiajal. Rahvastiku vananemine ja rahvaarvu vähenemine leiab aset ka Eestis. Juba 2030. aastaks on Eestis tööealise elanikkonna koguarv hinnanguliselt 12% väiksem kui täna, mis tähendab igal juhul suhteliselt väiksemat maksumulude taset. Arvestades tööealise elanikkonna vähenemist ning tervishoiuteenuste vajaduse arvu suurenemist, ei rahulda tänane süsteem tõenäoliselt ühiskonna tulevase vajadusi ja ootusi tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi osas.

Näen ühe võtmeküsimusena patsiendi vaba liikumise direktiivi maksimaalselt rakendamist. See aga eeldab põhjalikku tööd siseriikliku õiguse, süsteemide ja kvaliteedinormidega, nende vastavusse viimist Euroopa Liidu standarditega ning patsientide ootustega. Samuti on oluline rahvusvaheliste koostöövõimaluste otsimine, sealsete vajaduste kaardistamine ning meie teenuste arendamine. Usun, et saame selle direktiivi raames — lisavahendite hankides — muuta tänaseks tekkinud olukorra, st Eesti meditsiinitöötajate ekspordil hoopis impordiks ja tuua tagasi hulga meilt lahkunud häid töötajaid.

Toetun oma töös SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla nõukogu liikmena eelkõige välja töötatud arengukavale aastateks 2010–2012, sealhulgas keskendun raviteenuste ekspordil arendamisele kõikides võtmeküsimustes, mis selles valdkonnas lisatööd ning panustamist vajavad.

Kadri Maasik

Kadri Maasik on sündinud 26. juulil 1981.

Ta on lõpetas 2003. a Tallinna Tehnikaülikooli majandusteaduskonna rahvamajanduse erialal, spetsialiseerumisega avaliku sektori ökonomikale. 2005. aastal omandas ta Tallinna Tehnikaülikooli humanitaarteaduskonna magistrikraadi haldusjuhtimises.

Kadri Maasik on töötanud Rahandusministeeriumis alates 2002. aastast, mil ta asus tööle riigieelarve osakonna I talituse peaspetsialistina. Ta on töötanud ministeeriumi riigieelarve osakonna arengutalituse juhataja ning eelarvetalituse juhatajana. Aastast 2008 on ta riigieelarve koordinaatorina ja seire osakonna juhataja.

Usun, et üheks peamiseks väljakutseks on leida piiratud eelarve tingimustes võimalused soovitava teenuse mahu ja kvaliteedi ning töötajatele konkurentsivõimelise palgataseme tagamiseks, seades eesmärgiks nii tipptasemel kvaliteeti ja kliendile orienteeritud kui samaaegselt ka haigla rahalist jätkusuutlikkust. Ühtlasi tuleb lähiaastatel plaanipäraselt lõpule viia suuremahuline investeeringuprojekt C-korpuse ning patoloogiakorpuse rekonstrueerimise ning meditsiinitehnika sisustamise näol.

Valmis oleks vaja olla heitliku maailmamajanduse taustal väliskeskkonnast tulevate võimalike negatiivsete mõjudega toime tulekuks. Selleks on oluline hoida majandamises vastutustundlikku joont, arvestades haigla finantsilist jätkusuutlikkust ka pikemas perspektiivis.

Rahandusministeeriumi esindajana püüaksin oma panuse nõukogu töös anda eelkõige finantsküsimustes.

Tallinnas asuva verekeskuse juhid läbi aegade

23.05.41–...09.41	Herman-Paul Rossmann
01.11.44–30.11.44	Natalia Utkina
30.11.44–29.09.45	August Rosenfeld
29.09.45–... ...–28.06.52	Sergei Tsistjakov
28.06.52–25.08.59	Klavdia Silajeva
18.08.59–19.04.73	Natalia Utkina
16.04.73–20.12.96	Liidia Titman
20.12.96–30.04.01	Raivo Kolle
01.05.01–18.06.01	Miia Sultsmann
18.06.01–01.12.03	Tatjana Plahhova
01.12.03–21.11.05	Eneli Rebane
21.11.05–	Tatjana Plahhova
	Riin Kullaste

**Põhja-Eesti Regionaalhaigla
verekeskuse
rahvusvaheline konverents**

**ETÜÜD PUNASEST
MIKROKOSMOSEST**

Reedel, 11. novembril 2011 kell 10–16
Kino Artises, Solarise Keskus
(Estonia pst 9)



Verekeskuse 70. sünnipäeva tähistav rahvusvaheline juubelikonverents on pühendatud arengu- ja tuleviku teemadele transfusioonimeditsiinis.

10.00–11.00 Registreerimine ja tervituskohv

11.00–11.15 Avasõnad. Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhatuse esimees **Tõnis Allik**
Konverentsi moderaator on verekeskuse juhataja **Riin Kullaste**

11.15–11.50 Erütrotsüütide ja trombotsüütide kasutamine ülekanadeks: tänapäev ja tulevikuperspektiivid Suurbritannia vereteenistuses. **Simon Stanworth**, Rahvuslik vereteenistus, Suurbritannia

11.50–12.25 Kasvatamine nad üles! Erütrotsüütide kasvatamisest nende eellasrakkudest kunstlikes tingimustes. **Marieke von Lindern**, Rahvuslik vereteenistus, Sanquin, Holland

12.25–13.00 Viis võimalust valmistada universaalset verd – kas realsus või ulme? Universaalse vere otsingutest. Universaalse vere all mõistame erütrotsüüte, millel puuduvad veregrupi tunnused ja mida saab veregrupe arvestamata üle kanda. **Annika Hult**, Lundi Ülikooli haigla, Rootsi

13.00–14.00 Lõuna

14.00–14.35 Rakuravi Euroopas. Vererakkudega seotud rakuravi suundadest Euroopas. **Kari Aranko**, Punase Risti Vereteenistus, Soome

14.35–15.10 Rakuravi uudiseid Soome Punase Risti Vereteenistusest. Rakkude ja kudede teenistuse loomisest Soome Punase Risti Vereteenistuses ja ülevaade praegustest tegevustest. **Matti Korhonen**, Punase Risti Vereteenistus, Soome

15.10–15.45 Milleks patogeeni inaktivatsioon? Uppsala Ülikooli haigla kogemused veretoodete patogeeniinaktiveerimisest. **Folke Knutson**, Uppsala Ülikool, Rootsi

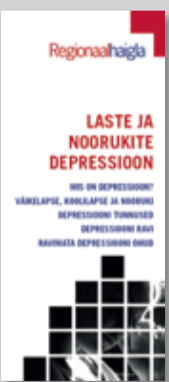
15.45 Konverentsi lõpetamine

Konverentsi töökeel on inglise keel, sünkroontõlge eesti keelde.

Uus patsiendi- õpetuse brošüür

Trükitist on ilmunud uus patsiendile suunatud eesti- ning venekeelne brošüür „Laste ja noorukite depressioon“.

Brošüür annab ülevaate depressiooni olemusest, tutvustab väikelapse, koolilapse ja nooruki depressiooni omaseid tunnuseid, käsitleb olulisemaid aspekte depressiooni ravis ning hoiatab ohtude eest, kui depressioon jääb ravita.



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

Kliinikumi teadustöö preemia pälvis autorite kollektiiv

2011. aasta Tartu Ülikooli Kliinikumi teadustöö preemia anti autorite kollektiivile — dr Marju Kase (Regionaalhaigla kiiritusravi keskuse onkoloog), dr Jana Jaal (Kliinikumi vanemarst-õppejõud onkoloogia erialal), prof Toomas Asser (Kliinikumi närvikliiniku juhataja), dr Agu Lipping (Regionaalhaigla patoloogiakeskuse patoloog-ülemarst) ja Markus Vardja (Kliinikumi füüsik) — uurimustöö eest „Impact of DNA repair enzymes on survival in patients with glioblastoma multiforme“ („DNA reparatsiooni ensüümide PARP-1 ja DNA-PK ekspresiooni mõju multiformse glioblastoomi haigete elulemusele“).

Märkimist väärib fakt, et esmakordselt on nii kõrge tunnustuse pälvinud töögrupp, mille üheks juhiks oli Regionaalhaigla arst — dr Marju Kase.

Autorite hinnangul on antud uurimistöö eriti oluline, sest esmakordselt maailmas demonstreeriti seost DNA-PK ekspresiooni ning MGB patsientide elulemuse vahel. Dr Marju Kase selgitab: „Me võime multiformse glioblastoomiga (MGB) patsienti, kellel esineb DNA-PK üleekspressioon, lõpmatuseni kiiritada või anda keemiaravimeid, kuid kasvaja on võimeline nii kiiresti end parandama, et meil pole paraku lootustki sellest jagu saada. Õnneks pole kõik MGB-d ühesugused, mistõttu elavad väiksema DNA-PK ekspresiooniga patsiendid kauem. Antud avastus tekitab omakorda uusi mõtteid/ ideid,

kuidas oleks võimalik ravitulemust parandada.“

Multiformne glioblastoom (MGB) on kõige agressiivsem aju pahaloomuline kasvaja, mille puhul enamik patsientidest sureb ligikaudu 12 kuu jooksul pärast haiguse diagnoosimist. Alates 1978. aastast on MGB standardraviks olnud kasvaja kirurgiline eemaldamine koos sellele järgneva postoperatiivse kiiritusraviga. Kiiritusraviga on paraku võimalik saavutada ainult haiguse lühiajaline stabilisatsioon, sest enamikul patsientidest (99%) tekib eelnevalt kiiritatud piirkonnas retsiidiiv. Ka keemiaravi pole antud haiguse puhul andnud paremaid ravitulemusi.

Miks MGB on radioresistente ehk kiiritusravile vähetundlik, ei ole teada. See oli ka põhjuseks, miks töögrupp dr Marju Kase ning dr Jana Jaali eestvedamisel on antud haigetega seonduvat viimastel aastatel süvitsi uurinud. Tartu Ülikooli Kliinikumi selle aasta teadustöö preemia pälvinud uuringu raames näidati, et üheks radioresistentsuse ja seeläbi haigete lühema elulemuse põhjuseks on kasvajakoe suurem DNA-reparatsiooni ensüümi DNA-PK tase. DNA-PK on ensüüm, mis parandab DNA letaalseid kahjustusi (DNA kak-sikahela murde). MGB koes esineva suurema DNA-PK hulga tõttu parandatakse ravist tingitud kahjustused ning seetõttu ei oma kiiritusravi sellist toimet kui teiste pahaloomuliste kasvajate puhul.



Pildil: Markus Vardja, dr Marju Kase, Urmas Siigur ja dr Jana Jaal.

Vaatamata aastakümneid kestnud uurimistödele, ei ole MGB haigete elulemuse suudetud märkimisväärselt pikendada. Käesoleva uuringu andmete alusel võiks kiiritusraviga samaaegselt manustatav DNA-PK inhibiitor selleks head potentsiaali omada.

Töö on valminud Eesti Teadusfondi grandil „Multiformne glioblastoom: võimalused parandamiseks kiiritus- ja keemiaravi efektiivsust“ (grandihoidja dr Jana Jaal) ning dr Marju Kase doktoritöö raames (juhendajad dr Jana Jaal, prof Toomas Asser).

Antud uurimustöö on juba avaldatud ka ajakirjas Journal of the European

Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO) — Kase M, Vardja M, Lipping A, Asser T, Jaal J. Impact of PARP-1 and DNA-PK expression on survival in patients with glioblastoma multiforme. Radiother Oncol. 2011 Jul 18, E-pub ahead of print.

Dr Marju Kase soovib tänada kõiki häid kolleege, rõhutades: „Suurt abi preparaatide hindamisel osutas meie Grand Man dr Agu Lipping ühes tublide laborantide Lea Raudheina ja Ülle Varmaga patoloogiakeskusest.“

Õnnitleme kolleege edu ja tunnustuse puhul!

Hiiul avati hooldusravi osakond



Regionaalhaigla avas Hiiul järelravi kliinikus (Hiiu 39) uue, hooldusravi osakonna, mis alustas tööd 20. septembril.

Vastavatud hooldusravi osakonnas on kokku 40 voodikohta. „Meil on ühe-, kahe- ja neljakohalised palatid,“ räägib järelravi kliiniku ülemõde Lenne Rätsep. Täna seisuga (28. oktoober 2011 — toim) on kõik kohad täis. „Ilmselt on juba patsientide ja arstide seas liikumas positiivne sõnum sellest, et meil siin uus, kena ja mugav hooldusravi osakond töötab,“ muheleb Lenne Rätsep „sest tekkinud on juba ka väike järjekord.“ Aga pole ka imestada, sest Rätsepa sõnul on see arvatavalt mitte ainult kõige uuem, vaid üks modernsematest hooldusravi osakondadest kogu Eestis: „Meil on tehtud siin väga põhjalik remont, kõik on ilus, puhas ja uus, kaasa arvatud sisustus ning abivahendid, ja hästi ajakohane.“

Hooldusravi osakond on mõeldud patsientidele, kes vajavad eelkõige õendusabi, need on enamasti enesehooldusdefitsiidiga patsiendid, valdavalt osas eakamad inimesed.

Igapäevaselt hoolitsevad patsientide eest osakonna õed ja hooldajad, vajadusel saab kutsuda arst-konsultandi või pöörduda valvestarsti poole.

„Kord nädalas toimub suur visiit,“ räägib Lenne Rätsep, „kus osalevad lisaks arstile ka ülemõde, osakonna vastutav õde, palati õde ja hooldaja.“ Osakonnas on 15 öekohta ja need on ka kõik täidetud, hooldajaid on 18, lisaks veel öde-tegelusjuht. Samuti suhtlevad patsientidega kliiniku sotsiaaltöötaja ja haigla hingehoidja.

Hooldusravi osakonnas saab Rätsepa sõnutsi patsient olla 60 päeva järjest, nii on ette näinud Eesti Haigekassa. Seejärel, kui esitada Haigekassale taotlus ja see rahuldatakse, võib patsient olla hooldusravi osakonnas veel 60 päeva. „Siiski, kuidas see täpselt toimima hakkab, ma veel öelda ei oska, sest me pole nii kaua töös olnudki,“ nendib Rätsep.

Ülemõde rõhutas lõpetuseks, et hooldusravi osakond on omaosalusega: 85% kuludest katab Haigekassa, 15% on patsiendi omaosalus, st patsient maksab ööpäeva eest 6,13 eurot.

Kuukiri

**Põhja-Eesti Regionaalhaigla
psühhiaatrikliiniku IV sügiskonverents**

**Kutsumata külalised
unustatud minevikust**

**Konverents toimub neljapäeval, 24. novembril 2011. a
Põhja-Eesti Regionaalhaigla E-korpuse saalis
J. Sütiste tee 21, Tallinn**

10.30–11.00 Registreerimine ja hommikukohv

11.00 Avasõnad. Dr **Kaire Adamsoo**, Regionaalhaigla psühhiaatrikliiniku juhataja

11.10 Psühhiaatrilised ja neuroloogilised häired Euroopas 2011. Prof **Jaanus Harro**, Tartu Ülikool

11.40 Kas kõik, mis ei tapa, teeb tugevamaks? Elastsus ja haavatavus psüühilisele traumale. Prof **Jakov Shlik**, Ottawa Ülikool

12.25 PTSD epidemioloogia ja neurobioloogia. Prof **Veiko Vasar**, Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatrikliinik

12.55–13.30 Kohvipaus

13.30 PTSD farmakoterapia ja varajase sekkumise tähendus. Prof **Eduard Maron**, Imperial College London

14.00 Lõputu lahing: veteranide stresskahjustustest. Prof **Jakov Shlik**, Ottawa Ülikool

14.30 Lapsea trauma. Dr **Irja Ivarinen**, Regionaalhaigla psühhiaatrikliinik

15.00–15.30 Kohvipaus

15.30 Trauma ja dissotsiatsioon. **Edith Herkel**, Eesti Psühhoanalüütiline Selts

16.00 Trauma ja kollektiivse trauma mõju psüühikale. **Endel Talvik**, Eesti Psühhoanalüütiline Selts

16.30 „Traumast paranemise 8 võtit“ – paljude võimalustega uus raamat. **Andres Adams**, Eesti Psühhoanalüütiline Selts

16.45 Professor Jüri Saarma 90. Prof **Veiko Vasar**, Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatrikliinik

17.00 Lõpetamine

Konverents on akrediteeritud Eesti Psühhiaatrite Seltsi poolt.

Osalejatele väljastatakse Regionaalhaigla koolitustunnistus.

Palume osavõtust teatada hiljemalt 17. novembril aadressil marika.donald@regionaalhaigla.ee

Põhja-Eesti Regionaalhaigla E-korpuse juures on tasuta parkimine, palume järgida parkimiskorralduse infotahvleid.