

ITK Sõnumid

NR 66 • VEEBRUAR 2024

Ida-Tallinna Keskhaigla ajakiri

WWW.ITK.EE



Mida toob ITK-le aasta 2024?
Lk 2

30 aastat silmaonkoloogiat
ITK-s Lk 5

ITK lõi Rinnakeskuse Lk 14

Kust tuleb arstide uus
põlvkond? Lk 10

Käivitus ohujuhtumistest
teavitamise süsteem Lk 12





ITK juhatuse esimees Tarmo Bakler

Uusaastaintervjuu 2024

Ene Veiksaar

„Ida-Tallinna Keskhaiglat on ootamas mitmetahuline aasta – nagu ikka kümnete erialade ja tugifunktsioonidega suurhaiglas oleme käiku andmas ja ette valmistamas suuremaid arendusprojekte, mitmetes keskustes ja osakondades vahetub meditsiinitehnika ning uuendame tänaseid väsinumaid raviruumide,“ räägib juhatuse esimees Tarmo Bakler uusaastaintervjuus.

Kui teeme esmalt põgusa tagasisivaate möödunud aastale, siis suuremad teod meie haigla jaoks olid Magdaleena Tervisemaja renoveerimine ja seadmete soetamine. Kuidas eelmist aastat meenutate?

Kokkuvõttes oli aasta tervikuna nagu kogu ühiskonnas ning erinevad möödunud aasta sündmused kõik oma-moodi mõjudega. Meie tegemistest paistavad esmalt küll väljapoole hooned – Magdaleena Tervisemaja



Magdaleena Tervisemaja renoveeritud hoone

renoveerimine oli suur samm, ka meditsiinitehnikat sai palju uuendatud. Suur väljakutse oli kevadine masskannatanute õppus Tervex, mille ettevalmistamisel ja läbiviimisel osalesid paljud meie töötajad. Eelmise aasta teine pool oli küll haiglatele veidi rahulikum, COVID-epideemia kuulutati ka WHO poolt globaalselt lõppenuks. Samas on käimas sõda Ukrainas ja selle edasist mõju ka Eestile ei ole täna selgelt teada. Väline maailm ei ole täna meie jaoks positiivsete märkidega ja seetõttu oleme omajagu alalhoidlikud ka nendes otsustes, kus otsime tasakaalu arengusoovides ja haigla tulevikku investeerimisel.

Sõda Ukrainas on loonud üldise hirmufooni ja teadmatuse, mis järgmiseks juhtub või edasi saab. Aga mida aasta 2024 ITK-le kaasa toob?

Saame oma igapäevast ravitööd jätkata tavapärasel moel nagu kaks-kolm aastat tagasi. Selles osas ei ole enam COVID-perioodilikkust ärevust, vaid pigem tagasi tavapärases töökorralduses. Tavapärast on selle kõrval suur osa tegevustest seotud haigla arengu planeerimisega. Oleme käiku andmas ja ette valmistamas suuremaid arendusprojekte, mitmetes keskustes ja osakondades vahetub meditsiinitehnika ning uuendame tänaseid väsinumaid raviruumide. Mõned

märksõnad – angiograafia, radiofarmaatsia, onkoloogiakeskuse ambulatoorne ja päevaravi, kuid täpsemalt saame uuendustest ja investeringutest teada anda lähikuudel, kui plaanid lõplikult paigas ja kinnitatud.

Oleme käiku andmas ja ette valmistamas suuremaid arendusprojekte, mitmetes keskustes ja osakondades vahetub meditsiinitehnika ning uuendame tänaseid väsinumaid raviruumide

Mille üle ITK uhke ja rahul võib olla?

Eks ikka oma inimeste üle.

Mis töötajate jaoks muutub, paremaks läheb? Eelmisel aastal tegime tööstressi uuringu ja selle põhjal valmis tegevusplaan töötajate heaks. Kui töötajad on rõõmsad ja rahul, peegeldavad nad seda ju ka patsientidele.

Jah. Kõik need väljaöeldud mõtted – „Eluliselt oluline töö“ ning „Õppiv ja õpetav haigla“ ongi meie tegelik elu. Kui pingelisemate aastate järel saame rahulikumalt, väiksema tööstressiga oma tööd teha, eks siis leiame selle positiivsuse, mida saame nii oma kolleegidele kui ka patsientidele anda.

Kui rääkida hoonetest, kas saame rääkida renoveerimistest meie Ravi ja Madgaleena üksustes?

Jah, vaatame taas terviklikult korruseid nendes osakondades, kus plaanime põhjalikumaid ümberkorraldusi. Näitena võib tuua Ravi korpuse A maja 5. korruse kardioloogiaosakonna, sel aastal peame projekteerima järgmise aasta suve rekonstrueerimise. Sel aastal saame täpsemaks ka naistekliiniku renoveerimise plaanid, seal on väga erinevatel aegadel viimati renoveeritud korruseid.

Teine pool on seotud onkoloogiakeskuse tegemistega Magdaleenas. Seal on kaks suunda – üks on seotud tänaste tegevuste jaoks uute ruumide planeerimise ja ehitamisega, A korpuse teisel korrusel. Kiiritusravi üksusest, mida soovime, on veel vara konkreetsete tähtaegadega rääkida, siin sõltub üsna palju eriala üldisest riiklikust arengust Eestis.

Mis saab Tõnismäe majast?

Tõnismäel ei ole parkimisvõimalust sellisele hulgale patsientidele, keda me soovime seal majas teenindada, seal ei ole tänapäevastele nõuetele vastavat liikumisvõimalust puuetega inimestele ega lifti ja ka üldine tehnosüsteemide osa (eelkõige ventilatsioon) ei vasta tänapäevastele standarditele – need kolm puudust on sellised, mis nõuavad kaalumist, kas seda maja on mõistlik edaspidi kasutada ja sinna investeerida või tuleks hakata



otsima alternatiive. Kui haigla nõukogu leiab, et meie argumentid on pädevad, võib juhatus hakata otsima võimalusi, kuidas lähiaastatel täna Tõnismäel toimuvaid tegevusi teistele pindadele üle viia. Ehk selle aasta jooksul selgub, kas nendeks teisteks pindadeks saab lastepolikliinik või peame muid lahendusi vaatama. Seda näitab aeg – 6-12 kuuga selgub, mis lastepolikliinikust saab ja mis üldse meie teistest üksustest saab.

/.../ need kolm puudust on sellised, mis nõuavad kaalumist, kas seda maja on mõistlik edaspidi kasutada ja sinna investeerida või tuleks hakata otsima alternatiive

Seega – kuna Tallinna Haigla tulek on veel mägede taga, siis vajavad kordategemist meie olemasolevad ruumid. Mis seisus on Tallinna Haigla praegu?

Tallinna Haigla planeerimine on üsna heas seisus, kui jätta vahele asjaolu, et vahepeal oli veel parem teadmine ka edasise rahastuse kohta. Kui varasemalt planeeritud Euroopa Liidu vahendite kasutamine võimalik ei ole, siis nüüd peavad riik ja linn uuesti üle vaatama, millises tempos ja millisel moel Tallinna Haigla ehitamise ajakavaga saab edasi minna. Praegu on vähemalt pooleteiseks aastaks plaanilisi tegevusi projekteerimises ees ootamas, eelprojektile järgneb põhiprojekt. Graafikust on tegevus hetkel pool kuni poolteist aastat maas, võrreldes esialgse pingelise ajagraafikuga.

On üsna selge, et Tallinnasse on tarvis kaasaegset haigla-hoonete kompleksi. Selle asukoht Narva maanteel ja hoone põhilahendus on projektina mõistlik. Isegi siis, kui Mustamäe haiglast sai Põhja-Eesti Regionaalhaigla, ei ole seda haiglat kunagi Mustamäel planeeritud ega ehitatud sellisena, et ta oleks oma mahtudest valmis kogu Põhja-Eesti patsientide teenindamiseks, vaid see on ikkagi üks osa kogu Põhja-Eesti piirkonna ravivajadusest,



Planeeritav Tallinna Haigla

selle teine osa ongi olnud keskhaiglad. Ida-Tallinna ja Lääne-Tallinna Keskhaiglate teenuste osutamise asukohad (Paldiski maanteel, Ravi tänaval või Magdaleenas) on kõik kokku üks tervik ja selle terviku kaasaegseks hooneks ehitamise vajadus on nagunii olemas. Kui olemas on ka riigi poolt jätkuv nõusolek, siis on aja küsimus, millal riik ja linn selle finantseerimise paika panevad.

Me oleme rääkinud ehitistest ja oldest, aga millised on peamised ravisuunad, millele ITK sel aastal keskendub?

Ega aastaga inimesed järsku teistmoodi haigeks jää. Võrreldes kahe-kolme aasta taguse perioodiga on intensiivravi vajavaid COVID-patsiente vähem või ei ole neid üldse. Teistes valdkondades aga on nii, et patsiendid

tahavad abi saada ja kui nad ühes kohas abi ei saa näiteks perearstisüsteemis, siis jõuavad nad meie juurde erakorralise meditsiini keskusesse ja see tähendab haigla jaoks patsientide arvu kasvu. Ka onkoloogias on ravimahud üle Eesti kasvamas võrreldes paari aasta taguse ajaga. Me lähtume eelkõige ju ikkagi sellest, mida patsiendid vajavad ja siin ei ole suuri muutusi oodata, kui elanikkond vananeb, siis vajavad nad ka rohkem arstiabi ning ravimahud kasvavad. Kõik need erialad, mis on läbi aegade olnud Ida-Tallinna Keskhaigla olulisteks teenusteks, on oma tegevust jätkamas.

Milline on üks ilus soov suure haigla juhilt oma suurele tööperele?

Hoiame üksteist. Sära silmadesse ka uueks aastaks!

UUDIS

Ida-Tallinna Keskhaigla nõukogusse lisandus kaks uut liiget

Alates 1. jaanuarist 2024 on Ida-Tallinna Keskhaigla nõukogu viieliikmeline. Nõukogu koosseisu lisandusid Tanel Kiik (Riigikogu liige ning endine tervise- ja tööminister) ja Karmo Kuri (Tallinna Nõmme linnaosa vanem).

Lisaks uutele liikmetele kuuluvad ITK nõukogusse esimees Kairi Vaher (Tallinna linnakantsler) ning liikmed Betina Beškina (Tallinna abilinnapea) ja Vello Ervin (Tallinna Strateegiakeskuse õigusbüroo juhtivspetsialist).

Nõukogu liikmed määrab Tallinna linnavalitsus. Nõukogu kavandab haigla tegevust ning korraldab haigla juhtimist ja teostab järelevalvet haigla tegevuse üle.



Tanel Kiik



Karmo Kuri



Silmaonkoloogia 30. aastapäevale pühendatud rahvusvaheline konverents 12.01.2024

ITK Silmakliinik – innovatiivne kliinik, kus ravitakse 2/3 Eesti silmapatoloogiaga patsientidest

Sven Sommer

Järgmisel aastal on Ida-Tallinna Keskhaigla Silmakliiniku 40. tegevusaasta juubel, tänavu möödub 30 aastat kliinikus oftalmo-onkoloogilise ravi alustamisest. Kliiniku juhatajal Artur Kletil täitub tänavu ka isiklik juubel – nimelt alustas ta siin töötamist 35 aastat tagasi.

Dr Klett alustas ITK Silmakliinikus juba nõukogude ajal, 1989. aastal, kohe pärast ülikooli. Esmalt erialasel väljaõppel, seejärel juba tööalates 1. augustist 1990.

Kuidas võtaksite kokku kliiniku arengu nende aastate jooksul?

Teadmised on oluliselt kasvanud, tehnoloogia häälestust kiirusega arenenud. See ei puuduta muidugi ainult meie valdkonda, vaid kogu meditsiini arengut. Midagi spetsiifilist meie kliiniku arengus välja tuua ei oleks õige, sest lihtsalt nii palju on toimunud. Välja arvatud ehk see, et enne taasiseseisvumist raviti kõiki tõsisemaid haigusi Moskvast, kuid ühel päeval ei olnud see enam võimalik. Pidime alustama sisuliselt nullist, sest meil ei olnud teadmisi, kogemusi ega kelleltki ka õppida. Aga patsiente oli ju vaja aidata ja pidime otsima võimalusi, kuidas seda teha.

Olime Balti riikidest esimene, kes leidis võimaluse onkoloogilises ravis välismaa kolleegide abil esmalt teadmisi omandada ja seejärel neid siin kohapeal rakendada. Lääne kolleegide abita poleks see tol ajal rahaliselt ega kogemustelt võimalik olnud. Õnneks leidsime läänes inimesed, kes olid valmis meid vastu võtma, õpetama ja ka kliinikut rahaliselt toetama. Kuna tegemist oli ja on väga kalliga raviga ning raha samas ei olnud, ega olnud ka Lätis ja Leedus, siis suutsime naabrite ja nende haigekassadega kokku leppida, et kõiki Balti riikide silma onkoloogilisi haigeid konsulteeritakse ja ravitakse Tallinna Silmakliinikus.

Kokkuvõtlikult – meditsiinis loeb kõige rohkem kogemus. Nüüdseks on asjad muidugi edasi läinud, Leedus alustati sellise raviga 2015., Lätis eelmisel aastal. Meie koostöö muidugi jätkub – nad konsulteerivad oma

keeruliste haigete osas meiega, sageli saadavad meile ravile mõne patsiendi, kelle ravimiseks ei ole veel kogemust ja kompetentsi. Aga suurema osaga patsientidest saavad nad praegu väga ilusasti hakkama.

On lihtsalt ajalooline paratamatus, et just meie alustasime esimestena. Täna see ei pruugiks see enam toimida, aga tol ajal olime lihtsalt õigel ajal õiges kohas. Kuid töö, mida alustasime, kannab siiaaani vilja.

Meditšiinis loeb kõige rohkem kogemus.

Kunagi õppisime meie lääne kolleegide käest, kas täna võib öelda, et me oleme nendega täiesti võrdsel tasemel?

Jah, ma arvan küll. Nüüd peame tasuma oma tänuvõla teistele kolleegidele.

See tundub nii ilusana – kui tavaliselt oleme harjunud, et igal pool valitseb karm konkurents, siis silmaravis on näha hoopis koostööd.

See on väga õige tähelepanek – kui rääkida koostööst, siis seda võiks meditsiinis palju rohkem olla. Miks seda sageli liiga nii vähe on... ma arvan, et siin mängivad peamist rolli arstide ambitsioonid.

See on siis juba, nagu öelda, persoonidevahelise konkurentsi tase.

Jah, see on igal pool maailmas ühtemoodi ja täiesti arusaadav.

Te mainisite, et aeg-ajalt saadetakse mõni keerulise haiguslooga patsient meie juurde. Milline on keerulise haiguslooga patsient?

Lihtsustatult on see patsient, kellel on väga haruldane haigus ja kes vajab spetsiifilist lähenemist.

Millised on silmahaiguste puhul harvikaigused?

Neist suurem osa on onkoloogilised ja geneetilised haigused.

Räägime pisut ka trendidest. Milline on eestimaalase silmade tervis täna?

Eestimaalastel, nagu kõikidel teistel inimestel, on samuti kaks silma (muigab) ja meil on ka täpselt samasugused mured. Välja tuua, et mingi rahva silmade tervis on natuke parem või halvem, vähemalt Euroopas, küll ei saa.

Aga ma küsin siis sama küsimuse natuke teistpidi, et millised on viimaste kümnendite muudatused silmade tervises?

Jällegi, silmade tervises väga suuri muutusi ei ole. Lihtsalt on tulnud juurde haigusi, mida me

varem ei osanud ravida, aga tänasel päeval oskame. Seega, ravi kvaliteet, mida me patsiendile pakume, on palju kõrgem võrreldes sellega, mis ta oli kunagi. Ka patsiendi paranemisperiood on palju lühem.

Ravi kvaliteet, mida me patsiendile pakume, on palju kõrgem võrreldes sellega, mis ta oli kunagi.

Kas mingisuguseid spetsiifilisi silmahaigusi või muudatusi pole ilmnenud viimaste aastate jooksul, näiteks nutiseadmete kasutamise tagajärjel?

Küsimus tundub väga loogiline, aga praegu ühtegi märki õnneks veel näha ei ole.

Seega elustiili, keskkonna või millegi kolmandaga seotud muudatused ei ole mõjutanud silmade tervist või silmahaiguseid?

Need kahtlused on enamasti müüdid, täpselt nagu tänaseni arvavad inimesed, et rikkusid oma silmi sellega, et nad teki all raamatut lugesis. See ei vasta tõele. Enamik silmahaigustest, mida tänapäeval teame, on väga tugevalt geneetilise taustaga.

Kas need ilmingud vajaksid tõestamiseks pikemat ajaperioodi?

Selle üle võib vaid spekuloida. Kahjuks pole mul praegu mingeid andmeid selle kohta.

Kas nooremate patsientide puhul on siiski mingisuguseid muudatusi märgata, näiteks müopia kasvu või mõne muu ilmingu näol?

Müopia on tõepoolest haigus, mis progresseerub igal pool maailmas, nii et Eesti ei ole siin mingi erand. Aga see ei ole märkimisväärne muudatus ega teki aasta-paariga, vaid ikka aastakümnetega.

Kui suur on kliiniku roll silmahaiguste ennetamise osas?

Paljud silmahaigused on seotud suhkruhaiguse ehk diabeediga. Koostöös perearstide või üldarstidega saame ka silmahaiguste ennetamisel palju ära teha. Samas on paljud haigused geneetiliselt determineeritud ning neid ei ole võimalik kuidagi ennetada. Mujal meditsiinis on haiguste ennetamine märksa olulisem kui meie valdkonnas. Elustiil silmahaiguste teket väga palju ei mõjuta, kaasa arvatud teki all raamatu lugemine.

Kuidas on kliiniku patsiendiprofiil viimastel aastatel muutunud?

Patsiendiprofiil ikka muutub, sest patsientide keskmine iga järjest kasvab, nagu ka mujal maailmas. Ja haigete inimeste arv suureneb samuti.

Kuidas teie meeskond siin nende aastate jooksul suutnud jätkata tipptasemel ravi pakkumist, kõik uuendused vastu võtnud ja neid rakendanud?

Oma inimeste üle saan ma ainult uhke olla. Koostöö ja õhkkond, kuidas üksteist aidata ja toetada, seda ei pane ise võib-olla tähelegi, aga seda näevad meie külalised, kes tulevad teistest riikidest. Kolmekümne aasta jooksul on meil ennast täiendanud üle neljakümne noore kolleegi kümnest Euroopa riigist. Nad siiralt räägivad, et see, mis neile eriliselt silma torkas, on just kolleegide omavaheline koostöö.

Oma inimeste üle saan ma ainult uhke olla.

Referentsid väljastpoolt on igal juhul kõva valuuta!

Meil toimib kõik väga hästi. Minu teene on selles väike – kui ma tulin kliinikusse, olid eelkäijad juba suurema töö ära teinud. Ma lihtsalt jätkasin neid traditsioone.

Kas siin on tänasel päeval ka kolleege, kes võivad sama pika staažiga uhkustada kui teie?

Jaa, meil on isegi pikema staažiga kolleege, tervelt kaks. Meie kõige staažikam kolleeg Maire Geršman on etalon kõikidele noortele, ja seda mitte ainult meie kliinikus, vaid üldse Eestis. Paljuski tänu sellistele kolleegidele on võimalik töö tasakaalus ja kontrolli all hoida.

Konkurents püsimiseks peab kogu aeg olema valmis uuendustega kaasas käima. Mis on olnud viimaste aegade olulisemad uuendused, tänu millele oleme konkurentsivõimelised?

Kliiniku algusaegadel lõppes silmakasvaja patsiendi jaoks kas väga suure kosmeetilise defekti või silmama kaotusega. Tänapäeval on võimalik ravida patsienti nõnda, et suur osa silmast säilib. Või võtame haigused, mis kunagi tegid inimese pimedaks. Me ei saanud nende heaks midagi teha. Tänapäeval on uued ravimid ja uued tehnoloogilised lahendused, mille kasutamine aitab hoida nende inimeste nägemise veel pikkade aastate vältel vähemalt enam-vähem normis.



Prof Francis Munier, prof Geoffrey Rose, dr Artur Klett, prof Tero Kivelä, dr Karla Chaloupka, prof Rudolf Guthoff, dr Kadi Palumaa, dr Mikk Pauklin, dr Reili Rebane

Praegused diagnostilised võimalused teevad arsti töö palju-palju kergemaks, mis võimaldab omakorda kiiremini ja rohkem ravida. Meil on juba nii palju head informatsiooni, et orienteeruda haigustes paremini, määrata konkreetsemat ravi. See, mis vanasti ei olnud võimalik, on täna normaalsus. Kui vanasti olid patsiendid pärast operatsiooni mitu päeva haiglas, siis praegu lastakse valdav osa neist pärast operatsiooni üldjuhul kohe koju.

Mis on peamine spetsiifiline muudatus silmaonkoloogias, mille algusest ITK-s möödub tänavu 30 aastat?

Kui 30 aastat tagasi alustasime, pidid üle Balti riikide kõik kasvajahtlusega patsiendid tulema Tallinna konsultatsioonile. Sealt edasi pandi nad operatsiooni-järjekorda, seejärel sõitsid koju, siis jälle meie juurde tagasi, järgnes operatsioon ja uuesti koju. Seejärel pidid patsiendid regulaarselt ja palju kontrollimas käima. See oli tolle aja reaalsus. Täna on tänu tehnoloogiale võimalik, et inimene läheb arsti juurde oma kodukohas, Lätis, Leedus, või Lõuna-Eestis, sealne arst kogub kogu vajaliku informatsiooni ja saadab arvuti teel meile – nüüd näeme patsienti esimest korda alles operatsioonil ning ka edaspidine järelravi ja kontroll tehakse koha-peal. Kõik on palju patsiendisõbralikuks muutunud.

Ma küsin nüüd populaarse ajakirjanikuküsimuse, et kas tänasel päeval võivad teatud mõõndustega ka pimedad nägijateks saada?

Sellele on väga lihtne vastata – oleneb väga suurel määral põhjus(t)est, miks inimene pimedaks on jäänud. On taastumatu pimedus, kas siis mingi trauma või haiguse tagajärjel kaotatud nägemine – seal ei saa mitte midagi teha. Siis on haigused – näiteks katarakt ehk hallkae, mille tõttu pimedus on ajutine. Ka näiteks võrkkestaoperatsiooniga või sarvkesta siirdamisega on võimalik inimene nägijaks teha.

Milline on inimese esimene emotsioon, kui ta nägemise tagasi saab?

Sel hetkel on nad muidugi väga õnnelikud, aga... reeglina nad harjuvad kiiresti selle õnnega.

Mida teie peate tänasel päeval kliiniku kõige suuremateks väljakutseteks nii silmahaiguste diagnoosimisel kui ravimisel?

Meie eriala spetsiifika sõltub palju tehnoloogia-uuendustest ning kõik uued seadmed ja tehnoloogiad on väga kallihinnalised. Et taset hoida, on tarvis pidevalt

teha investeringuid. Jah, kogemused on üks asi ja ka häid spetsialiste leidub maailmas, aga ilma tehnoloogilise toetusega ei ole meie erialal tasemel ravi tänapäeval mõeldav. Arstide töö kvaliteeti on paljuski võimalik tõsta vaid tehnoloogia arvelt. Kahjuks ei ole nii, et sa teed täna midagi hästi ja ilma investeerimata on ka viie aasta pärast kõik sama hästi. Tehnoloogia areng on niivõrd kiire ja võimas – kui tahta taset hoida, on vaja kogu aeg kätt pulsil hoida ja investeerida uude. Vastasel korral on raskelt kätte võidetud edu kiire käest libisema.

Meie eriala spetsiifika sõltub palju tehnoloogiauuendustest.

Te viite lisaks kliiniku juhtimisele ka ise operatsioone läbi?

Kui ma kunagi Euroopa suurtes keskustes õppisin, siis hakkas silma, et kliiniku juhataja roll ei ole ainult administratiivne, selline, kes juhib lihtsalt tugitoolist kliinikut, vaid kliiniku juhid tegid sageli kõige keerulisemaid lõikuseid. Seda mudelit olen püüdnud ka meil ITK Silmakliinikus ellu viia. Arvan, et mida rohkem teha ise juhina arstitööd, seda parem kliinikule. Võiksin isegi öelda, et kui palju pingutada arstitööga, patsientide raviga, siis kliinik juhib ennast ise.

Millisena näete silmakliiniku lähitulevikku või isegi kaugemat tulevikku?

Tulles tagasi jälle aega, kui ma tulin siia ülikooli-lõpetajana – tol ajal oli saada tööle Tartu või ITK Tallinna silmakliinikusse – *mission impossible*. Enamik lõpetanutest pidi leppima mingite teiste kohtadega. Tartu ja ITK silmakliinikud olid niivõrd elitaarsed kohad, kuhu tavaliselt lihtsalt ei pääsenud. Aeg oli selline. Unistan, et tuleks aeg, mil jälle oleks terve konkurents ja järjekord ukse taga inimestest, kes tahaksid siia tööle tulla. Aga praegu on meil ja mujalgi maailmas nii, et ei ole neid inimesi ukse taga ja kui küsida, miks, siis sellepärast, et see töö on väga koormav ja intensiivne. Generatsioonid muutuvad ja uued neist tahavad elus rohkem muule pühenduda, mis on ka täiesti normaalne.

Aga mida meie saame teha, on muuta kuvandit sellest tööst noorte jaoks atraktiivsemaks, et nad oleksid nõus mitte kohe loobuma ja valima selle raskema, aga huvitavama tee.



Silmahaiguste ravi algusest Keskhaiglas

Arne-Lembit Kööp, Inge Suder

Kuigi silmahaigete erialalise abistamise pioneeriks Tallinnas peetakse 1897. aastal Tartu Ülikooli lõpetanud Friedrich Akelit (1871–1941), saab Keskhaiglas eriarstide antava silmahaiguste ravi alguseks lugeda 1918. aastat. Tol aastal, täpsemalt 14. oktoobril kuulutati välja silmaarstide Harald Hoffmanni ja Friedrich Kelleri ambulatoorne vastuvõtt. Kellerist sai esimene Keskhaiglas pikka aega (1918–1939) töötanud silmaarst.

Statsionaarseid haiged raviti haavaosakonnas, operatsioone tehti seelses operatsioonitoas. 1922. aastal ostis haigla silma sattunud rauast või terasest võõrkehade eemaldamise magnetseadme. Aastatel 1921–1939 oli statsionaarsel ravil 50–100 haiget aastas, operatsioone tehti aastas 60–80.

1. oktoobril 1872 sündinud Keller oli üks vähestest kuulsatest silmaarstidest Eestis, ta kõneles eesti keelt saksa aktsendiga ja nõudis ambulatoorsetelt patsientidelt koduste ordinatsioonide täpset täitmist.

Kelleri järel tuli 1937. aastal silmaarstiks Jaan Hanssoo (Hansson) (1883–1945), kes töötas Keskhaiglas aastatel 1937–1941. Hanssoo asus õpingute järel Tartu ja Leipzigi Ülikoolis tööle kihelkonnaarstina Rõngus. Tänu Kesk-Euroopa kliinikutes saadud erialasele ettevalmistusele sai Hanssoost Kellerile vääriline järglane.

Kirurgiamaja valmimise järel 6. juunil 1940 avati IV korrusel silmaosakond palatite ja operatsioonitoaga.

Hanssoo lahkus 1941 koos abikaasaga Saksamaale. Tema lahkumise järel määrati 1. jaanuarist 1941 silmaosakonna juhatajaks Aleksander Taumi (1892–1961).

Taumi alustas 1919. aastal silmaarstina Tallinna Sõjaväe Keskhaiglas. Kus ta töötas ülemarstina aastatel 1939–1940. Seejärel tuli tööle Keskhaiglasse, kus 1944. aasta septembris määrati ta Keskhaigla peaarstiks.

Keskhaigla silmaosakonna operatsioonijärnaalid haigla arhiivis on säilinud alates juulist 1948. Operatsioone tehti 1948. aastal 359, 1949. aastal 365 ja 1950. aastal 406. Operatsioone tehti lokaalse anesteesiaga, instillatsioonina, vahel lisati injektsioonina *Sol Novocaini* 2% 1,5 ml. Harva kasutati ka eeternarkoosi. Erilise õmblusena on nimetatud juusõmblust.

Nii haiguste, kui operatsioonide nimistu on küllaltki kirju: katarakt, trahhoom, glaukoom, strabism, silmalaugude deformatsioonid, silmamuna vigastused, võõrkehad. Eriline raviviis, mida rakendati 1950. aastast oli nabaväädi istutamine nahaalusi abaluude piirkonda mitmete raskeltravivate haiguste puhul: silmanärvi atroofia, krooniline retiniit jt.

Taumi lahkumise järel Tallinna II Haiglasse, sai 29. juulil 1950 Keskhaigla silmaosakonna juhatajaks Venemaalt 1949. aastal Keskhaiglasse tulnud Polina Konokotina.



Kai Sukles, juhatuse liige-ravijuht

Kust tuleb Eesti arstide ja juhtide uus põlvkond?

Kai Sukles, juhatuse liige-ravijuht

Detsembris Levilas ilmunud artikkel „Lahkumisintervjuu“ on (taas)avanud arutelu, kuidas hoida meie noori arste kliinilises meditsiinis ehk regulaarselt praktiseeriva arstina. Levila loos tõstis autor Priit Tohver noorte arstide töölt lahkumise kolm peapõhjust: kurnatus, perspektiivitus ja toksilisus. Need kõik on seotud eelkõige meeskondade ja laiemalt organisatsioonide juhtimisega.

Ent mida saame teha, et ei kaoks sära nende silmis ja säiliks soov meditsiinis töötada? On ju tänased noored arstid meie meditsiini järgmine põlvkond, kelle hulgast kasvavad Eesti haiglate uued juhid. Tänaseks 23 aastat Ida-Tallinna Keskhaiglas arsti ja juhina töötanuna märkan selgelt trende, mis on viimastel kümnenditel mõjutanud arstide uue põlvkonna arengut.

Töökoormus ja paindlikud töösuhted

Kümmekond aastat tagasi soovisin oma kliinikusse uut arsti tööle võtta alati täiskohaga. Olin arvamusel, et vaid täistööajaga töötades on arst huvitatud ka organisatsiooni arengust ja sellesse panustamisest. Mõtlesin, et justkui väiksema koormusega töötades ta seda ei teeks. Kas olen selles osas täna teisel seisukohal? Jah, ja ei häbene tunnista, et täna tundub toona mõeldud (ja ka väljaõeldu) vale.

Kliiniku või haigla arengusse panustamine ei sõltu töökoormusest, vaid pigem tahtest midagi paremaks muuta ning eriala ja haigla arengus kaasa rääkida. On loomulik, et noored arstid tahavad karjääri alguses eelkõige kogemusi saada, igapäevaselt õppida ja areneda. Võimalikult

mitmekesise kogemuse saamiseks ollakse valmis pingutama, tegema õiseid valveid ja töötama ka nädalavahetustel. Mitu tundi kuus töötada on normaalne? 168? Või 250? Kindlasti mitte, isegi kui alguses tundub, et noor arst tahab ja jõuab. Ühel hetkel lakkab ka noorte arstide motivatsioonist kantud jaks. Ja siit algavad probleemid.

Noorte arstide juhtidel on selles küsimuses ülioluline ülesanne – jagada koormus nii, et noor ei murduks ja et see oleks kooskõlas seadusega. Samuti peab noorel arstil olema julgust anda juhile teada, kui koormus on liiga suur – sest vaid koos saab mõelda, kuidas edasi. Samas on juhi ülesanne olla pidevalt kursis töötajate tegeliku koormuse ning üldise käekäiguga, sest ainult nii on võimalik õigel hetkel märgata, kui kellegi jaoks hakkab koormus ja kaasnev pingeline lähenema kriitilisele piirile.

Noorte arstide juhtidel on ülioluline ülesanne – jagada koormus nii, et noor ei murduks, ja teisalt, et see oleks kooskõlas seadusega.

Juhil ja töötajal peab olema aega vestelda, on oluline, et seda tehtaks regulaarselt. Üks-ühele kohtumised on hädavajalikud, et säiliks töötaja vaimne tervis ja terve tööõhkkond, tihti tõstatub aga küsimus, kuidas selleks aega leida. Aga mõelgem – kui meie juhina ei leia aega, et vestelda oma inimestega nende tunnetest ja probleemidest, ei ole meil varsti enam inimesi, kellega koos edasi töötada.

Täna oleme siiski juba valmis paindlikuks töösuhteks. Arvestame inimese soovidega – millises mahus töötada, mida ja kuidas teha. Kuigi paindlike töötingimuste tagamine võib tihti olla tüütu ja keeruline, on see oluline nii noortele arstidele toetavate ja sobivate töötingimuste pakkumisel kui ka haiglatöö toimepidevuse tagamisel.

Toksiline töökultuur kui noorarstide lahkumise peapõhjus

Töökultuuri loob iga haigla ise ja selle loomises osaleme kõik. Töökultuur on iga haigla ja selle üksuse visiitkaart. Hea töökultuuri tagamine ei nõua uut hoonet ega raha, vaid pidevat tahtmist ja igaühe pingutust. On oluline, et juht mõistaks – tema ülesanne on oma käitumise ja suhtumisega olla hea töökultuuri loomise eeskuju.

Mitte ükski arst ei tohiks endale lubada kolleegi suhtes alandavat käitumist. Igaüks meist annab endast tööl parima ning meile kõigile on oluline, et kolleegid seda märkaksid, austaksid ja tunnustaksid. On lubamatu, et arstina suhtume noorematesse kolleegidesse vähema lugupidamisega puhtalt nende vanuse ja kogemuse pärast. Peaksime endale meelde tuletama, et me kõik oleme kunagi alustanud verinoorte arstidena.

On väga kahetsusväärne, kui noor arst pelgab näidata oma tundeid ja rääkida oma probleemidest, kartes, et nii toimides saab talle osaks veelgi negatiivsem suhtumine. Hirm tundeid väljendada ei ole paraku ainult noorte arstide eripära, vaid kehtib pahatihti suurema osa kollektiivi kohta. Probleemide mahavaikimine aga panustab paraku toksilise töökultuuri süvenemisse.

Mitte ükski arst ei tohiks endale lubada kolleegi suhtes alandavat käitumist. /---/ Peame endale meelde tuletama, et me kõik oleme kunagi alustanud verinoorte arstidena ja olnud samas olukorras.

Halvustav suhtumine teise eriala kolleegi, teise haigla töötajasse või noorkolleegi ei ole toetava töökultuuri osa. Märgates, et keegi käitub halvustavalt või kiusavalt, on meist igaühe ülesanne anda tagasisidet, et selline käitumine ei ole vastuvõetav. Toksilise töökultuuri muutmine on põhimõtteline küsimus, mis eeldab, et kõik kollektiivi liikmed on probleemist teadlikud ning vajadusel valmis enda põhimõtteid ja väärtushinnanguid ümber hindama.

Pean isiklikult väga oluliseks tagasisidestamist. Kui probleemist ei räägita, jääb see ühelt poolt töötajat

vaevama, teisalt ei saa ka juht selle parandamiseks midagi ette võtta. Juhina tean, et saan aidata ja tagada, et töökeskkonnas valitseb toetav, avatud ja kollegiaalne õhkkond. Aeg, mil probleemide konstruktiivne lahendamise sumbus hierarhilise süsteemi loodud hirmu ja mahavaikimise sohu, peaks ammu möödas olema.

Kust tulevad meditsiini uued juhid?

Meie keskuste ja kliinikute tänased juhid on tulnud enamasti oma töötajate seast. Selles, kas töötajate seast valitaval juhil peavad olema vaid juhiomadused või kas tegu peab olema ilmtingimata oma eriala liidriga, ei ole ka minul selget vaadet.

Juhi valimisel on olulisim see, et tal on soov olla juht ja ta on valmis oma missiooni panustama. Juhi ülesanne on seista oma inimeste, nende heaolu ja stabiilse töökeskkonna tagamise eest, samuti kindlustada, et töökorraldus, sealhulgas valvetöö, toimiks ja oleks efektiivne. Senini oleme võtnud iseenesest-mõistetavana, et hea erialajuht saab juhatajaks ning selleks tööks olulised oskused ja teadmised peaksid justkui uue positsiooniga iseenesest kaasa tulema. Nii see tegelikkuses sageli ei toimi, mis tähendab, et uusi juhte on vaja koolitada ja seda regulaarselt.

Juhi ülesanne on seista oma inimeste, nende heaolu ja stabiilse töökeskkonna tagamise eest.

Kui soovime ja eeldame, et uued juhid tulevad meie endi seast, on oluline pakkuda noortele arstidele juba täna võimalust saada juhtimiskoolitusi ja -teadmisi. Nii tagame, et õige hetke saabudes on uued juhid oma rolliks valmis. Kui lasta uutel juhtidel õppida katse-eksitusmeetodil, kaasnevad sellega tihti valusad tagasilöögid, pinged töökeskkonnas ning paratamatult langeb ka motivatsioon juhina jätkata.

Soovime kinnistada oma töötajates ka arusaama, et juhtivad ametikohad ei ole igavesed – see teadmine annab ka noorematele kolleegidele võimaluse mõelda pikemas perspektiivis ning kaaluda oma kandidatuuri ülesseadmist järgmisel ametiajal. Jääb üle vaid loota, et noored oma ambitsioonikuses ei võta kaasa vanade vigu, vaid muudavad meditsiinis juhtimiskultuuri.

Lõpetuseks nendele, kellele meeldib kõike rahas mõõta, meenutan, et ühe üldarsti koolitamine maksab ligi sada tuhat eurot ja eriarsti koolitamine umbes pool miljonit. Mõtleme, mis on selle mõju, kui ühel aastal lahkub tervishoiuvaldkonnast kümmekond noort arsti? Aga kui neid on sada? Me räägime kümnetest miljonitest eurodest. Ainuüksi see peaks olema riigi tasandil otsustajatele piisav argument, et Eesti arstide järeltuleva põlvkonna teemaga senisest põhjalikumalt tegeleda. Muidu võime avastada end olukorras, kus koolitame küll piisavalt arste, kuid keegi neist ei soovi arstina töötada rohkem kui paar aastat.

Ravikvaliteedijuht: Patsiendi-ohutuse üks põhiprintsiipe on vigadest õppida

Mis on ohujuhtumitest teavitamise süsteem OTUS ja kuidas see on käivitunud, räägib ITK **ravikvaliteedijuht Vladislav Fedossov**.



PATSIENDIOHUTUS



IDA-TALLINNA KESKHAIGLA

Kuidas on käivitunud ohujuhtumitest teavitamise süsteem ITK-s?

Sellele küsimusele vastuse mõistmiseks tuleb aru saada, mis on ohutusjuhtumitest teatamise ülim eesmärk. Meie haigla peab muutuma selle töö tulemusena ohutumaks kohaks. Ohutusjuhtumitest teatamise eesmärgiks ei ole selle põhjal statistika tegemine ega ka mitte teadmise omamine, mis meil juhtub. Kuigi viimane võib teatud situatsioonis olla ka oluline, on eesmärgiks ohutusjuhtumite analüüsi tulemusena selgunud riskide ja nõ süsteemsete vigade kõrvaldamine, et ohutusjuhtumi stsenaarium tulevikus ei korduks. Reaalsete muutuste ellu viimine, olgu selleks töötajate hoiakud või tööprotsesside muutmise, ongi patsiendiohutuse raskeim osa. Tules küsimuse juurde tagasi, oleme maad teoreetiliselt uurinud, varustust saanud ja selle enda järgi seadistanud, oleme matkakaaslasi valinud. Esimesel detsembril 2023 asusime teele. Oleme astunud esimesi samme ja matkakaaslasi veidi tundma õppinud, kuid suures plaanis oleme pika ja vaevalise, samas põneva teekonna üsna alguses.

/.../ on eesmärgiks ohutusjuhtumite analüüsi tulemusena selgunud riskide ja nõ süsteemsete vigade kõrvaldamine, et ohutusjuhtumi stsenaarium tulevikus ei korduks

Kas töötajad on selle keskkonna üles leidnud ja mis laadi teavitusi tehakse?

Mõned töötajad on, kuid enamikul ei ole veel isiklikku kokkupuudet olnud. Iseenesest on ohutusjuhtumitest teatamine lihtne ja intuitiivne ning sellega saab hakkama ka eelneva koolitusega. Siseveebi **Keskkondade** loetelu



lõpus on **OTUS teatamine** lihtsalt leitav. 23.01.2024 keskpäeva seisuga oli teatatud 28-st juhtumist. Seal on kukkumisi, nakkuse haiglasisesse leviku ohuga seotud juhtumeid, probleeme patsiendi kliinilises käsitluses, patsientide tuvastamise vigu. Kaheksateistkümne juhtumi uurimine ja analüüs on lõpetatud ning juhtumi uurija on vormistanud otsuse. Ideaalis peaks otsus tooma välja kitsaskohti, riske, vea teket soodustavaid faktoreid (kui selliseid on leitud) ning sisaldama tegevuskava juhtumi kordumise ennetamiseks. Omalt poolt juhiksin tähelepanu, et struktuurüksus, kus ohutusjuhtum aset leidis, ning juhtumi uurimisega tegelev struktuurüksus ei pea olema samad. Juhtumist teataja saab ise valida, millise struktuurüksuse esindajad sobivad kõige paremini juhtumi uurimiseks.

Näen, et praegu panevad kolleegid suurt rõhku küsimusele, millistest ohutusjuhtumitest tuleks teatada. Isegi üritatakse selles osas teha kokkulepped või panna reeglid paika, küsitakse kindlaid juhiseid. Ma ise pean seda pseudoprobleemiks. Tervishoiutöötajad on haritud professionaalid ja intuitiivselt saavad hästi aru, millised situatsioonid on väärt teatamist. Need, kes oma sisetunnet ei saa usalda, peaksid lähtuma ohutusjuhtumi definitsioonist – see on tervishoiuteenuse osutamisega seotud juhtum, mis oleks võinud põhjustada või põhjustas patsiendile vältitava tervisekahju. Teisisõnu tuleneb kahju teke või selle oht raviprotsessist, mitte ei tulene haigusest või vigastusest. Ja kahju teket peaks saama vältida. Vältitav kahju on selline, mille põhjusi me suudame tuvastada ja saame neid mõjutada. Kui me ei suuda mingit tegurit mõjutada, ei suuda me ka selle teguri tagajärjel toimuvat sündmust ennetada. Selline sündmus ohutusjuhtumiks ei kvalifitseeruks.

Kes on oodatud teavitusi tegema? Meditsiinipersonal või ka tugiteenistujad?

Ohutusjuhtumist võib teatada iga töötaja, kes oli ise seotud, oli ohutusjuhtumi tunnistajaks või avastas ohutusjuhtumi toimumist hiljem. Tehniliselt on selleks vaja juurdepääsu siseveebile ja ei ole oluline, kas töötaja kuulub meditsiinipersonali või tugiteenistujate hulka. Kuigi valdavalt on vältitava kahju teke haiglas seotud raviprotsessiga (ning tervishoiuteenuse osutamisega kaasneva vältitava tervisekahju riski eesmärgipärane vähendamine ongi patsiendiohutuse), on haigla sedavõrd suur ja kompleksne struktuur, et ohud võivad pärineda ka mujalt: märg ja libe põrand fuajees, arvutivõrgu või infosüsteemi tõrge, ebakorrektne info välisveebis jne.

Kuhu need teavitused jõuavad? Olen kuulnud, et õendusjuht peab ohujuhtumi teavituse kinnitama, enne kui see edasi suunatakse. Aga kui ta ei taha näidata, et tema osakonnas on probleemkohti, kas siis sinnapaika see teavitus ka jääb?

Registreeritud ohutusjuhtumi info jõuab selle struktuurüksuse uurijatele, kuhu ohutusjuhtumist teataja selle ise suunab. Tõsi hetkel on patsiendiohutuse võrgustik üles ehitatud nii, et ohutusjuhtumi uurijateks kliinilise osakonna/keskuse tasandil on selle keskuse juhataja ja õendusjuht. Nead peaksidki esimestena seisma hea selle eest, et ohutusjuhtum uuritakse võimalikult objektiivselt ja erapooletult ning läbi parendustegevuse muutub nende juhitud üksus paremaks ja ohutumaks. Ohutusjuhtumit võib saata uurimiseks ka teise struktuurüksusesse (ka väljaspool oma kliinikut) või siis kõrgema tasandi struktuurüksusesse, milleks on kliinik või mittekliiniline teenistus. Viimast varianti peaksid kasutama keskuste juhatajad ja õendusjuhid ise, kui nendel endil tekib kliinilise töö käigus vajadus ohutusjuhtumist teatada. Siis ei saadaks nad ohutusjuhtumit mitte iseendale uurimiseks, vaid oma kliinikusse. Mida kõrgem on haigla patsiendiohutuse kultuur ja „maailmavaateliselt küpsem“ juht, seda enam peaks ta nägema ohutusjuhtumist teate saamist võimalusena, mitte probleemina. Võib juhtuda, et juht tõlgendab probleemile osutamist rünnakuna ning asub kaitsepositsioonile või ei soovi probleemi olemasolu tunnistada. Selle inimlikult mõistetava suhtumise kõige suurem oht, et patsient ja teda ohustavad tegurid muutuvad „enesekaitset“ hoopis teisejärgulisteks ja nendega enam ei tegeleta. Siis võib saada ohustatud või saada kahju keegi meie patsient veel.

Mida kõrgem on haigla patsiendiohutuse kultuur ja „maailmavaateliselt küpsem“ juht, seda enam peaks ta nägema ohutusjuhtumist teate saamist võimalusena, mitte probleemina



Meie ei erine suhtumise ja hoiakute amplituuda teistest haiglatest ning see on lai. Me alles astusime patsiendiohutuse rajale ja oleme asutusena ka ohutuse kultuuri seisukohast pigem algaja. Ei saa välistada, et läheb vaja nõ töötajate ja juhtide põlvkonna või isegi kahe vahetust. Hea uudis on see, et arengu praeguses etapis on meil võimalus väikese pingutusega saavutada suur parandamine. Kui asjad on juba heal tasemel, nõuab ka väikese muutuse saavutamine oluliselt suuremat pingutust.

Katsetusjärgus on süsteem olnud 1. detsembrist 2023 ja kohustuseks muutub 1. maist käesoleval aastal. Kas on kavas katsetuste põhjal süsteemi ka kuidagi täiustada-parandada, kui on põhjust?

Patsiendiohutuse üks põhiprintsiipe on, et vigadest õpitakse. Õppimine selles kontekstis tähendab negatiivse kogemuse analüüsimist ja selle põhjal järelduste tegemist ning muudatuste rakendamist, et see kogemus ei korduks ja süsteem muutuks turvalisemaks. See printsiip peab olema rakendatav ka süsteemi enda suhtes, mis patsiendiohutust haiglas reguleerib. Meil on aega vaadata kuidas süsteem toimib ja vajadusel korral tegeleda selle häälestamisega. On vaja veel saada selgust küsimuses, millised patsiendiohutuse valdkonna tegevused hakkavad toimuma haigla tasandil, kuidas ohutuse eest vastutavad erinevad struktuurid koostööd teevad. Töötajate tagasiside ja Teie esitatud küsimus järjest kinnitab minu ammust mõtet, et me peaksime looma haiglas võimaluse ohutusjuhtumi nõ sõltumatu uurimiseks juhuks, kui töötaja mingil põhjusel ei soovi, et tema teatatud ohutusjuhtumi uurimisega tegeleks tema ülemus. Sõltumatust tuleb muidugi võtta ühe asutuse kollektiivis, tervishoius ja väikeses Eestis üldse teatud reservatsiooniga.

Töötajate tagasiside ja Teie esitatud küsimus järjest kinnitab minu ammust mõtet, et me peaksime looma haiglas võimaluse ohutusjuhtumi nõ sõltumatu uurimiseks juhuks, kui töötaja mingil põhjusel ei soovi, et tema teatatud ohutusjuhtumi uurimisega tegeleks tema ülemus

Lõpetuseks tahaksin avaldada lugejatele põhjuse, miks paljudes teistes haiglates on POI (patsiendiohutuse infosüsteem) ja meil on OTUS (ohutusjuhtumitest teatamise ja uurimise süsteem) ning miks on ITK patsiendiohutuse sümboliks kolm öökulli. Euraasia öökulli ehk kulliliste suurima perekonna ladinakeelne nimetus on *Otus scops*. *Otus* tuleneb kreeka keelsest sõnast *otos* ja on ilmselt seotud kõrva meenutavate sulgedega öökulli peas. On teada fakt, et paljudes kultuurides seostub öökull tarkuse ja õppimisega. Kas pole tore, et ITK-s on patsiendiohutusega seoses palju kirgi ja natukene varjatud sümbolismi?



Dr Gabor Szirko vastuvõttu tegemas

Ida-Tallinna Keskhaigla avas Rinnakeskuse

Ene Veiksaar

ITK rinna tervise kabinetis on 12 tegevusaasta jooksul käinud üle 60 000 inimese ning patsientide huvi teenuse vastu on suur. Suurenenud tähelepanu rinnahaigustele nõuab meditsiinisüsteemilt valmisolekut rinnamurega patsiendi kvaliteetseks teenindamiseks ning selleks lõi ITK nüüd spetsiaalse Rinnakeskuse, mille juhatajaks sai dr Gabor Szirko.

Kui teadlik on olnud inimeste huvi rinna tervise vastu?

Rinnakabinetti külastatakse üle 5000 korra aastas ning patsientide huvi teenuse vastu on suur. Rinnavähi varajane avastamine on võrreldes teiste Euroopa riikidega olnud Eestis kehvast seisusest, kuid on näha paranemise märke tänu rinnahaigustega tegelevate meedikute ja Tervisekassa ning naiste ühisele pingutusele rinnateadlikkuse tõstmisel. Suurenenud tähelepanu rinnahaigustele nõuab meditsiinisüsteemilt valmisolekut rinnamurega patsiendi kvaliteetseks teenindamiseks ning selle poole Rinnakeskus püüdlebki.

Nüüd sai rinna tervise kabinetist ITK Rinnakeskus. Miks nii ja mis muutub?

Rinnakeskuse nimetus väljendab täpsemalt meie töö olemust ja pakutavaid teenuseid. Pakume rinna-kaebustega patsientidele kiiret ja sujuvat diagnostikat, vähidiagnoosi kinnitumisel multidiagnostilist ravi ning edaspidist jälgimist. Oleme olemas mistahes rinnaga seotud mure lahendamisel. Tahame Rinnakeskuseks olla igakülgeks usaldusväärseks partneriks perearstidele, tervisekeskustele ja polikliinikutele üle Eesti.

Pakume rinna-kaebustega patsientidele kiiret ja sujuvat diagnostikat, vähidiagnoosi kinnitumisel multidiagnostilist ravi ning edaspidist jälgimist. Oleme olemas mistahes rinnaga seotud mure lahendamisel.

Mille poolest on ITK rinnakeskus eriline Eestis?

Rinnaprobleemidega naised on alati olnud palju ning enamasti on tegemist healoomuliste muutustega, mis siiski vajavad põhjalikku nõustamist ja diagnostikat. Uuenduseks võtsime rinnameeskonda eriväljaõppe saanud ämmaemandad, kes korraldavad patsiendi teekonda ja suunavad vajadusel edasi radioloogile ja rinnakirurgile. Kogenud rinna-ämmaemandad võimaldavad rohkematel patsientidel kiiremini abini jõuda ning sellist töökorraldust on malliks võtnud ka teised rinnahaigustega tegelevad keskused Eestis. Rõõmustav on hea läbisaamine ja koostöö teiste keskustega, nii saame tõsta rinnavähipatsientide ravikvaliteeti terves riigis.

Uuenduseks võtsime rinnameeskonda eriväljaõppe saanud ämmaemandad, kes korraldavad patsiendi teekonda ja suunavad vajadusel edasi radioloogile ja rinnakirurgile.

Kas rinnakeskusesse võivad pöörduda ka mehed?

Rinnakeskuse patsientide hulgas on omajagu mehi, kelle kaebuseks on rinnaäärme suurenemine ja valulikkus ehk günekomastia. Meeste rinnavähk on haruldane, kuid sõlme avastamisel on vajalik arsti või rinna-ämmaemanda konsultatsioon selle välistamiseks.

Kus rinnakeskus asub ja kes ning kuidas sinna pöörduda saavad?

Rinnakeskus asub Magdaleena Tervisemajas ning vastuvõtule võivad pöörduda nii naised kui mehed. Vastuvõtule ootame patsiente, kes tajuvad muutusi rinnaäärmetes või kellel on rinnavähi kõrge riski viitav pereanamnees.

Rinnakeskusesse saab aja broneerida telefonil 666 1900, rinnavähi kahtluse korral saavad patsiendid kirjutada aadressile rind@itk.ee ning leiame kiirema aja. Vastuvõtule pääseb kiiremini ka perearsti saatekirjaga või e-konsultatsiooni abil. Magdaleena Tervisemaja asub aadressil Pärnu mnt 104.



Armsad naised - hoolime teie tervisest.

IDA-TALLINNA KESKHAIGLA

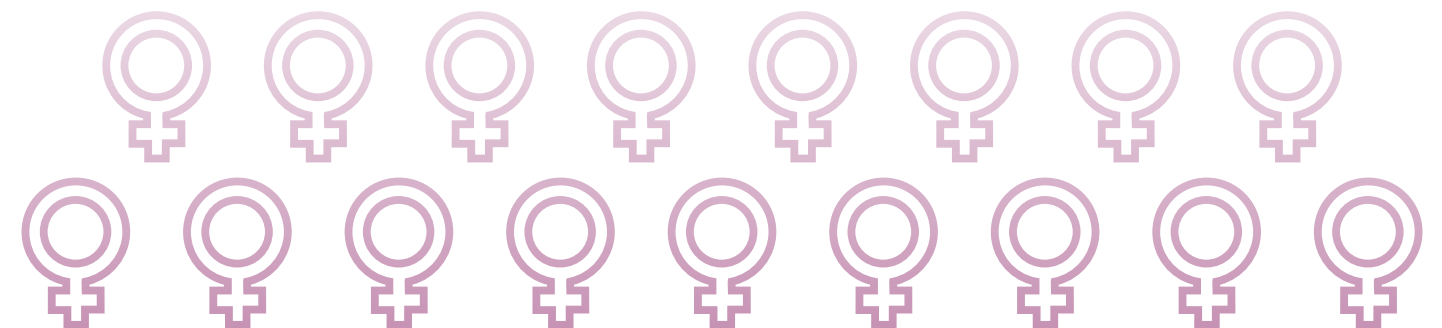
Ootame teid uuenenud Magdaleena Tervisemaja naistekliinikusse!

Ämmaemanda vastuvõtt
Raseduse planeerimise nõustamine
Raseduse jälgimine
Imetamise nõustamine
Sünnitusjärgne nõustamine
Rinnatervise kabinet
Noorte seksuaaltervise alane nõustamine
Sõeluuringud

Broneeri aeg 666 1900

www.terviseportaal.ee

Magdaleena Tervisemaja naistekliinik – Pärnu mnt 104, I korrus



Emakakaelavähi sõeluuring 2024

Kutsume naisi sünniaastaga:

1959, 1964, 1969, 1974,
1979, 1984, 1989, 1994

Emakakaelavähi sõeluuring
on TASUTA.

AJA BRONEERIMINE

666 1900

WWW.TERVISEPORTAAL.EE

Uuring toimub Ida-Tallinna Keskhaigla üksustes
Ravi tn. 18, Pärnu mnt.104 ja Hariduse tn.6.

ELULISELT
OLULINE!



150 päästetud elu aastas – sõeluuring aitab vähki ennetada

Emakakaelavähi sõeluuringule kutsumise ja suunamisega saaksime ära hoida igal aastal 150 naise haigestumise emakakaelavähki, ütlevad Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliiniku **ämmaemandusjuhid Silja Staalfeldt-Rahumägi** ja **Vivian Arusaar**. Õed ja ämmaemandad on ennetusjõud, kellel lasub suur vastutus kaasata inimesed õigel ajal uuringutesse, et vähki ära hoida.



Vivian Arusaar

Silja Staalfeldt-Rahumägi

„Praegune liiga vähene osalemine emakakaelavähi sõeluuringus ei aita kahjuks vähendada vähki haigestumust. Igal aastal saab 150–170 naist emakakaelavähi diagnoosi, mida oleks olnud võimalik sõeluuringuga ennetada. Keskmise vähidiagnoosi saaja on täies elujõus

52–55-aastane naine, kellel on elus veel palju teha ja kogeda, tal on lapsed, lapselapsed ja lähedased, kes temast sõltuvad. Need arvud peaksid iga inimest mõtlema panema ja innustama nii ise sõeluuringutes osalema kui ka suunama sinna oma lähedasi ja patsiente,“ räägib Silja Staalfeldt-Rahumägi.

„Sõeluuring ei otsi vähki, vaid sõelub teiste seast välja naised, kelle tervist on vaja tähelepanelikult jälgima hakata, sest neil võivad olla tekkimas halvad rakumuutused. Veel mõni aasta tagasi otsitigi PAP-analüüsiga rakumuutusi emakakaelal. Nüüd aga on sõeluuring läinud veel täpsemaks, otsitakse HPV kõrge riskiga genotüübi olemasolu,“ räägib Vivian Arusaar.

Teadaolevalt on emakakaelavähk 99,7% põhjustatud HPV-viirusest. Üle 90% neist, kellel see viirus on, paranevad iseenesest, kuid patsiente jälgides avastatakse rakumuutused ning on võimalik vähk ära hoida.

Ainus vähk, mille vastu saab vaksineerida

See on ainus vähk, mille vastu saab vaksineerida. Alates 2024 veebruarist saavad tasuta vaksineerida end HPV vastu 12-18-aastased noored, nii tüdrukud kui ka poisid, kes seda tahavad. Koolides vaksineerimine enamlevinud tüvede vastu on riiklikus vaksineerimiskalendris ja see pakub 85% kaitset. Vanemad võiksid lasta seda vaktsiini ka poistele teha, sest sama papilloomviirus võib vähki tekitada ka meestel.

Vaktsiinikaitse on hea ära teha enne, kui alustatakse suguelu, sest viirus levib sugulisel teel. Nakatudes tekitab viirus põletiku emakakaelal ning kui kontrollidega sellele tähelepanu ei pöörata, võib sellest 10–15 aastaga areneda emakakaelavähk. Kuna algstaadiumis puuduvad emakakaelavähi sümptomid, on oluline sõeluuringus osaleda, teiste hulgas ka vaksineeritutel.

„Emakakaelavähi sõeluuringus osalemiseks ei pea minema naistearsti vastuvõtule. Sõeluuringus osalemiseks tuleb pöörduda endale sobivasse sõeluuringut läbiviivasse tervishoiuasutusse, nagu näiteks Ida-Tallinna Keskhaigla. Info tervishoiuasutuste ja sõeluuringule oodatud aastakäikude kohta on Tervisekassa kodulehel. Sõeluuringuks vajalikku analüüsi saab anda isegi osades tervisekeskustes, kus on ämmaemanda vastuvõtt,“ ütleb Vivian Arusaar.

Valutu ja kiire protseduur

„Analüüsi andmine on valutu ja lihtne kuni 10-minutiline protseduur günekoloogilises toolis. Visiidiks kulub umbes 20 minutit. Sõeluuringusse kutsutakse iga viie aasta järel kõik 30–65-aastased naised. Kutse tuleb Digilukku ja olenevalt seadistustest ka telefonile või e-posti. On väga tähtis, et kõik, kelle aastakäiku

uuringule kutsutakse, ka päriselt tuleksid. Osalema on oodatud ka kindlustamata patsiendid ning vastuvõtt on tasuta,“ julgustab Silja Staalfeldt-Rahumägi. Eestis osaleb sõeluuringus alla poole kutsututest, Skandinaavias ligi 80%. Sõeluuringut peetakse efektiivseks, kui selles osaleb 70% kutsututest. „Kuna liiga väike osa naistest osaleb uuringus, siis ei ole õnnestunud emakakaelavähi juhtusid vähendada. Alates 2006. aastast, mil seda sõeluuringut tehakse, ei ole haigestumus vähenenud. Oleme tähele pannud, et uuringusse tulevad need, kellel on olnud viimase aasta jooksul ravijuht tervishoiutöötaja juures. Tulevad teadlikumad naised ja need, kes usaldavad tervishoiusüsteemi,“ räägib Silja Staalfeldt-Rahumägi, „seega on meie ühine ülesanne teadlikkust parandada.“

Silja Staalfeldt-Rahumägi: „Meil tervishoiutöötajatena on oluline roll patsientide teavitamisel ja sõeluuringute propageerimisel. Mõelge sellele oma igapäevatööd tehes ja tuletage oma patsientidele ja nende lähedastele meelde, et nad osaleksid sõeluuringus. Kõik emakakaelavähi haigestunud naised on ju kellegi emad, tütreid, abikaasad, õed, sõbrannad või kolleegid. Ükskõik millise tervishoiutöötajani patsient jõuab, palun ütleme talle, et teeme nüüd selle analüüsi ka ära. See on meie kõigi vastutus ja igapäevatöö, lisaks võimalus hoida sadu elusid. Meil on abiks head kolleegid ja toredad patsiendid, kes annavad jõudu seda tööd teha ja missiooni kanda!“

Kõik emakakaelavähi haigestunud naised on ju kellegi emad, tütreid, abikaasad, õed, sõbrannad või kolleegid. Ükskõik millise tervishoiutöötajani patsient jõuab, palun ütleme talle, et teeme nüüd selle analüüsi ka ära. See on meie kõigi vastutus ja igapäevatöö, lisaks võimalus hoida sadu elusid.

UUDIS

Muudatused sisekliinikus

Alates 1. jaanuarist 2024 on endokrinoloogiakeskuse juhataja **dr Mari Verrev**. Senine staažikas keskuse juhataja dr Ülle Jakovlev jätkab tööd arst-konsultandina.

Alates 4. jaanuarist on reumatoloogiakeskuse juhataja **dr Karin Laas**. Senine staažikas keskuse juhataja dr Kati Otsa jätkab arst-konsultandina.



Dr Mari Verrev

Dr Karin Laas



Meie sünnitusmajas salvestati Jõulutunnelit

Presidendiproua Sirje Karis ja saatejuht Margus Saar tutvusid meie neonatoloogia osakonnaga, kus kõige pisemate enneagsete eest osakonna juhataja dr Pille Andressoni juhtimisel hoolt kantakse. Emotsionaalne ja südant soojendav ringkäik oli eetris ERR jõulupühade-aegses Jõulutunnelis 25. detsembril.

Sünnitusmajade Fondi eestvedamisel saavad sünnitusosakonnad üle Eesti “Jõulutunnelist” laekunud annetustest elustamislaud, et toetada meditsiini-personali probleemsete olukordade lahendamisel.

UUDIS

ITK sünnitusmajas sündis 2023. aastal 3099 last

Eesti suurimas sünnitusmajas Ida-Tallinna Keskhaiglas möödunud aastal 3047 sünnitust – sündis 3099 last, sealhulgas 49 paari kaksikuid ja ühed nelikud.

» Poisse sündis 1601

» Tüdrukuid 1498

Kõige töökamad kuud olid juuli ja august, kuid sellegi poolest jäi läbi aasta sündide arv ühes kuus alla 300.

2023. aasta titesadu oli 12. juulil, kui sündis 20 last, sealhulgas üks paar kaksikuid (9 tüdrukut, 11 poissi).

Võrreldes 2022. aastaga oli 246 sünnitust ja 252 last vähem.

Võrreldes 2021. aastaga oli 789 sünnitust ja 833 last vähem.



„Kuigi lapsi sünnib vähem juba aastaid, on meil hea meel, et suurimas ja vanimas, perekeskses sünnitusmajas sündis 3099 last,“ ütles sünnitusosakonna ämmaemandusjuht Grethel Tarmas.

Tööjuubelid

Jaanuar

30

Aleksander Badasjan, ortopeed, kirurgiakliinik

Ene Keskküla, vanemklienditeenindaja, klienditeeninduse teenistus

25

Valeria Bergen, õde, sisekliinik

20

Piia Jaanimägi, õde, sisekliinik

15

Alo Kullerkann, ortopeed, kirurgiakliinik

Anna Bergshtein, puhastusteenindaja, haldusteenistus

Helle Kassin, vanemraamatupidaja, finantsteenistus

10

Mihkel Mettis, keskuse juhataja, kirurgiakliinik

Merike Orav, hooldaja, kirurgiakliinik

Eve Berkis, operatsiooniõde, kirurgiakliinik

Mariliis Priilinn, ämmaemand, naistekliinik

Aleksandr Suško, massöör, taastusravikliinik

Irina Jerofejeva, puhastusteenindaja, haldusteenistus

Vasyl Kotsiuk, majahoidja, haldusteenistus

5

Ethel Villers, bioanalüütik, diagnostikakliinik

Age Lepik, laborant, diagnostikakliinik

Aive Enniste, radioloogiatehnik, diagnostikakliinik

Tiina Espenberg, õde, kirurgiakliinik

Zarina Netšiporuk, õde, kirurgiakliinik

Natalia Kolgo, hooldaja, kirurgiakliinik

Kersti Luha, ämmaemand, naistekliinik

Alevtina Kamneva, günekoloog, naistekliinik

Maiken Rapur, füsioterapeut, taastusravikliinik

Irina Ksendzova, hooldaja, taastusravikliinik

Tamara Jefremenkova, riidehoidja, klienditeeninduse teenistus

Andur Soo, tuleohutusspetsialist, administratiivteenistus

Veebruar

30

Brigita Tamm, kliiniku juhataja, naistekliinik

25

Aime Pullerits, hooldaja, kirurgiakliinik

20

Marika Põldma, laborispetsialist, diagnostikakliinik

Mai Tammaru, keskuse õendusjuht, kirurgiakliinik

Tatjana Kuznetsova, hooldaja, sisekliinik

Irina Pronina, ambulatoorse osakonna abiline, taastusravikliinik

15

Viivi Allemann, õde, kirurgiakliinik

Rita Fatejeva, osakonna abiline, naistekliinik

Valentina Kolotyuk, osakonna abiline, naistekliinik

Ljudmila Nurieva, optometrist, silmakliinik

Merike Kaarna, hooldaja, sisekliinik

10

Marina Timošenko, õde, kirurgiakliinik

Edmund Koltšanov, hooldaja, kirurgiakliinik

Ljubov Mikson, riidehoidja, klienditeeninduse teenistus

Malle Vaatemäe, vanem toitlustusteenindaja, haldusteenistus

5

Maria Tšeremissinova, osakonna abiline, kirurgiakliinik

Kätlin Krepkova, õde, naistekliinik

Sirje Aasna, hooldaja, õendusabikliinik

Tatjana Selivanova, hooldaja, õendusabikliinik

Natalja Oleškevitš, hooldaja, taastusravikliinik

Semjon Sveclin, transporttööline, haldusteenistus

DELIKAATSUS		ANTROPO-	IID-, ÜRG-	VÄGA ERINEV	ELEMEN- TAAR- OSAKE	MILLEGI KÜLJEST KRAABITU	AAR	SINU	...TEPPAN	CABO VERDE SAAR	TELE- LAVASTUSI ESITAV SAADE	MEHENIMI	KUTSETA TOHTER (VAN.)
SUURTE TIIBADEGA									ITAALIA END. RAHA				
KAARHALL							LOGELE- MINE KESKERA- KONDLANE						
ÕHUKE VIILAKAS (MURDES)							"ENSV" TEGELANE KONKSU- TAOLINE						
TIHU- MEETER			KÜTTE- KOLLE VÕIDUKAS HÜÜATUS							TÖÖ-JA ENERGIA- ÜHIK HULKA			
1.		VASTUS (HOBU)- VEOK KESK- AASIAS										AAR ANDME- KOGUM ARVUTIS	
RASKUS, KOOREM					EESTI TEADUSTE AKADEEMIA NORRA MAAKOOD				MÜRK- MADU NAISENIMI				
PLANEET						HARILIK SIRPUIM ... TOLSTOI							
NIOOBIUM			NOOT AASTA- TUHAT				KORRAS, JOONES 1. JA 2. VOKAAL						
TEISITI				TEGELI- KULT UMBES									
MÄÄRAMA- TUS VANU- SES					KÕRGE AMETNIK ISLAMIMAA- DES (VAN.)								Nuti NR 1 RISTSÕNAD

Detsembrikuu ristsõna vastus oli „perearst“.
Auhinna võitis Christel Telve. Palju õnne!
Võitjaga võetakse ühendust.





IDA-TALLINNA KESKHAIGLA

**Ootame Sind
terviseauditile!**

Broneeri vastuvõtuaeg
54 005 849
terviseaudit@itk.ee

**Hooli
oma
tervisest!**

ITK Sõnumid: toimetused@itk.ee
Kujundus: Disainiosakond OÜ

Trükk: OÜ Koopia Niini & Rauam,
kogus 1000 eksemplari