

ITK Sõnumid

NR 81 • MAI 2026

Ida-Tallinna Keskhaigla ajakiri

WWW.ITK.EE

Mai on rinnavähi varajase avastamise kuu

lk 2
Person:
Thomas Zimmerer

lk 13
Südamehaigete
füsioteraapiast

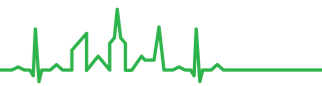
lk 6
Parkinsoni tõvest

lk 14
Töetervishoid kui
igapäevane hügieen

lk 10
Molekulaargeneetikast

lk 24
Allergiatest vastu
kevadet





Gastroenteroloogiakeskuse juhataja Thomas Zimmerer ja õendustöö koordineerija Jaanika Survo teostamas koloskoopia protseduuri.

Thomas Zimmerer: „Gastroenteroloogia keskmes on inimesed, mitte ainult protseduurid.“

SVEN SOMMER

Hiljuti kinnitati järgmiseks kolmeks aastaks ITK gastroenteroloogiakeskuse juhiks Thomas Zimmerer. Saksamaal sisehaiguste ja gastroenteroloogia residentuuri lõpetanud Zimmerer töötab ITK-s gastroenteroloogina alates 2016. aastast ning alates 2018. aastast on ta täitnud endoskoopia vastutava juhtivarsti rolli. „On suur au, et mulle usaldata juhtida keskus, mis on Eesti kontekstis tõesti oluline gastroenteroloogia keskus,“ rõhutab ta.

2021. aastal ITK aasta arstiks valitud Zimmerer toob esile nii oma eelkäija kui ka kogu meeskonna tugeva panuse keskuse arengusse. „Täna väga dr Peeter Kõiva, kes juhtis keskust üheksa aastat ja on alati toetanud nii mind isiklikult kui ka tervet meeskonda.“

Gastroenteroloogiakeskuse kolm fookust

Uue ametiaja peamiste eesmärkidena toob Zimmerer välja kolm olulist fookust.

Esimene neist puudutab personali. „Kõige olulisem on leida uusi gastroenterologe. Personaliprobleem on väga akuutne. Näiteks suvekuudel on tihti tööl ainult kaks gastroenterooloogi, kes peavad teenindama tervet keskust.“

Teise olulise suunana näeb ta teenuste arendamist ja töökorralduse tõhustamist. „Kindlasti on oluline erioe vastuvõtu teenuse arendamine. Meil on palju kroonilisi patsiente, kelle jälgimist ei saa perearstile delegerida. Siin võib oluline

lahendus olla erioe valmisolek ja võimekus patsiendi jälgimine üle võtta ning sellega arsti tööaega vabastada.“

Kolmanda teemana tõstab ta esile Tallinna haiglate ühendamise seotud tulevikuperspektiivi. „Tallinna haiglate ühendamine saab kindlasti huvitav olema. Ootan seda suure põnevuse ja mõningase ärevusega.“

Zimmerer rõhutab, et võtab uue rolli vastu motiveeritult ning tugeva meeskonna toel. „Loomulikult võtan selle ülesande vastu, sest mul on suurepärase meeskond ja väga hea koostöö meie haigla teiste keskustega.“

Sinu teekond Saksamaalt Eestisse ei ole just tavapärane – mis oli hetk või põhjus, mis pani sind otsustama siia päriselt elama ja tööle tulla?

Sain Eestist pärit abikaasaga tuttavaks Saksamaal Heidelbergi ülikoolis. Õppisime ja töötasime Saksamaal kokku 15 aastat.

Igal aastal viibisime vähemalt kolm nädalat Eestis, mis mulle väga meeldis, ning õppisin ka keele baastasemel selgeks. Residentuuri lõpus tuli otsustada, kuidas eluga edasi minna. Kuna abikaasa tahtis alati Eestisse tagasi tulla, mulle Eesti meeldis ja lapsed olid kolimiseks sobivas vanuses, otsustasime selle sammu ette võtta.

Kuidas mäletad esimesi kuid ITK-s – mis oli kõige suurem üllatus nii töös kui ka patsientidega suhtlemisel?

Kuna olin varem kaks korda praktikal käinud – üliõpilasena Tartu Ülikooli Kliinikumis ja hiljem ITK gastroenteroloogiakeskuses –, siis tegelikult väga suuri üllatusi ei olnud. Alahindasin aga kahtlemata venekeelsete patsientide suurt arvu. „Turistina“ sellega niimoodi kokku ei puutu ning ma ei arvestanud sellega, et tegelikult peaks õppima kahte keelt. Siiski sain ja saan siiani hakkama tänu kolleegidele, eriti kabinetiassistendidele ja õdedele, kes on tihti olnud omamoodi tõlkide rollis.

Sind on iseloomustatud kui arsti, kes on muutnud endoskoopiakeskuse töö patsiendisõbralikumaks – mida tähendab sinu jaoks hea patsiendikogemus igapäevases töös?

See on tegelikult kompliment tervele meeskonnale. Kõik – nii endoskoopiaõed kui ka arstid – on väga motiveeritud muutma patsientide jaoks ebamugavad protseduurid võimalikult talutavaks. Eestvedaja on siin kindlasti olnud dr Peeter Kõiva, kes aitab ITK-s ja Eestis juurutada „valutu koloskoopia“ põhimõtteid.

Kõik – nii endoskoopiaõed kui ka arstid – on väga motiveeritud muutma patsientide jaoks ebamugavad protseduurid võimalikult talutavaks

Kõik algab suhtumisest ja suhtlemisest, juba vastuvõtu või registratuuri tasandil. Arusaadavalt on patsientidel hirm nii ebameeldiva protseduuri kui ka võimaliku halva diagnoosi ees. Siin on empaatiline suhtlemine kindlasti palju olulisem kui renoveeritud ruumid või moodne tehnika.

Mis sind gastroenteroloogia juures kõige rohkem köidab ja motiveerib?

Siin on mitu tegurit. Esiteks kombinatsioon siseerialast ja endoskoopiast. Gastroenteroloogia on väga mitmekesine ja lai valdkond: maksahaigused, põletikulised soolehaigused, pankreasehaigused, onkoloogia, endoskoopia – igaüks leiab endale oma niši.

Lisaks on oluline teha tihedat koostööd erinevate erialadega: kirurgide, radioloogide ja onkoloogidega.

Sa oled töötanud nii Saksamaal kui Eesti tervishoiusüsteemis – millised on suurimad erinevused ja mida võiks üks teiselt õppida?

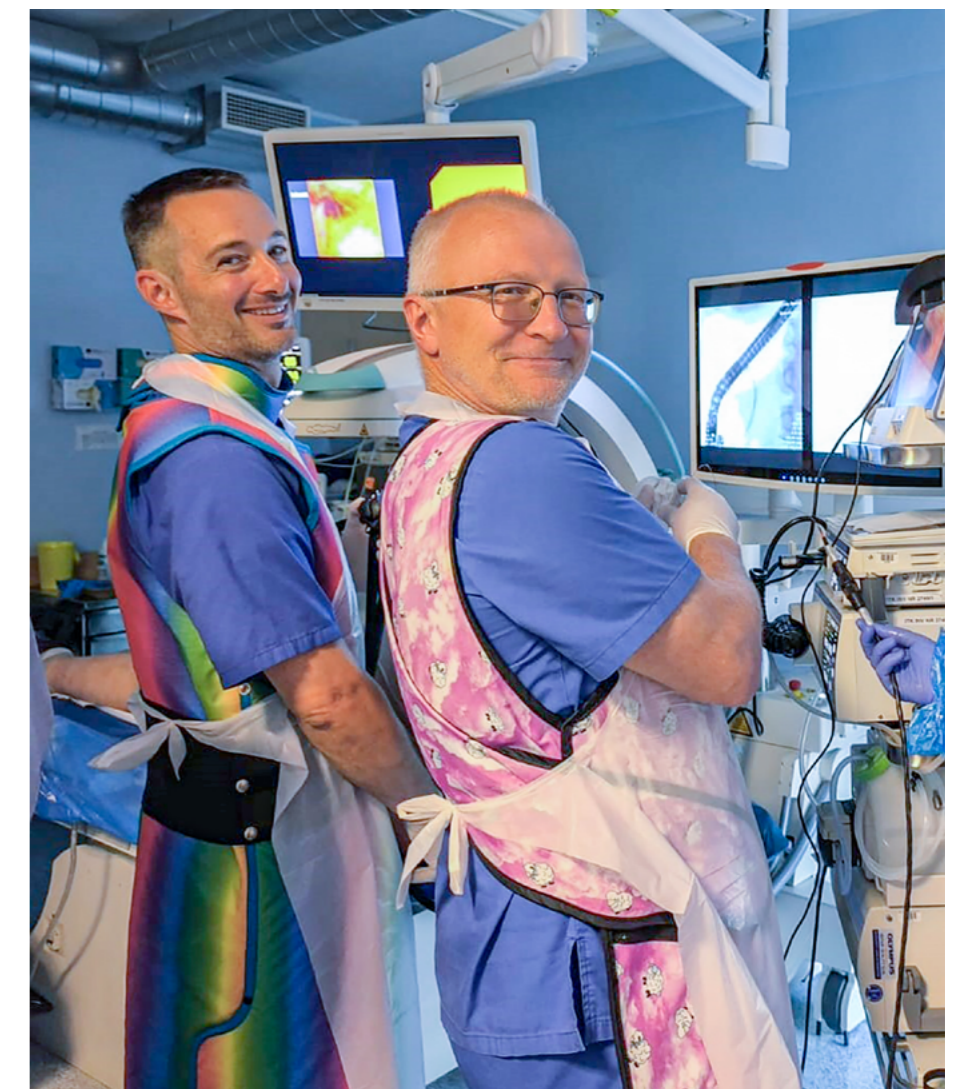
Kõige olulisemad erinevused on Saksamaal suurem rahastus, erakindlustussüsteem ning ambulatoorne ravi, mis toimib tavaliselt haiglasüsteemist eraldi.

Ka Saksamaal tervishoiusüsteem töötab DRG-koodi alusel ehk ühe kindla haiguse

ravimiseks on ette nähtud kindel summa raha. Erinevus Eestiga seisneb aga selles, et tervisekassad ei sea mahupiiranguid – ravida võib aastas nii palju patsiente, kui võimekus on. Eestis tuttavat olukorda, kus aasta lõpus tuleb teatud erialadel ravi piirata või kus „ületöö“ hüvitatakse ainult osaliselt, Saksamaal ei teki.

Kindlasti hoiatan Eestit Saksamaa eeskujul erakindlustussüsteemi loomise eest. Kui inimese aastane sissetulek ületab Saksamaal teatud piiri, võib ta riiklikust tervisekindlustusest lahkuda ja minna üle erakindlustusele. Sellega kaasnevad nii patsiendile kui arstile erinevad hüved, kuid kokkuvõttes suurendab see süsteem ebavõrdsust ja ebaefektiivsust. Näiteks tehakse erakindlustusega patsientidele rohkem ebavajalikke protseduure, sest arstid saavad nende patsientide ravimisel suurem. Vanemas eas muutuvad ka kindlustusmaksed väga kõrgeks.

Kolmas oluline erinevus on haigla ja ambulatoorse süsteemi lahusus.



Hea kolleegi dr Peeter Kõivaga endoskoopias.



Ambulatoorne eriarstiabi toimib sarnaselt Eesti perearstisüsteemiga praksistes või tervisekeskustes. Seal tehakse ka diagnostilist endoskoopiat, söeluuringu koloskoopiaid ning krooniliste põletikuliste soolehaiguste bioloogilist ravi. Ainult suurtes haiglates ja ülikoolihaiglates on polikliinikud, kuhu suunatakse keerulisemad patsiendid.

Saksamaa võiks Eestilt õppida kindlasti tervishoiusüsteemi efektiivsuse tõstmise ja digitaliseerimise vallas. Võrreldes Eestiga on Saksamaal palju rohkem statsionaarseid voodikohti ning haiglaid suletakse, sest suur osa ravist on tegelikult ambulatoorne.

Jätakuvalt on igal haiglal oma infosüsteem ning teise haigla või prakseise patsiendi andmeid tuleb endiselt edastada faksi teel. Kui näiteks patsient pöördub reede õhtul võõra haigla EMOSse, saab tema raviandmed ja epikriisid kätte kõige varem esmaspäeval – kui patsiendil neid just paberil kaasas ei ole. Pärast Eestis töötamist ei kujuta ma enam üldse ette, kuidas ma kunagi Saksamaal patsiente igasuguse informatsioonita ravisin.

Ei ole küsimustki, et empaatiline suhtlemine patsiendiga on arsti elementaarne ülesanne

Oled öelnud, et kriis, näiteks COVID-19 aeg, õpetas, kui oluline on inimestega pidevalt suhelda – kuidas see arusaam on muutnud sinu juhtimisstiili?

Kui enne COVIDit tundus vahel, et koosolekuid ja arutamist on liiga palju, siis nende ärajäämisel sai selgeks, kui väga häirib töötajaid infopuudus.

Ma arvan, et enamik inimesi, kes töötavad taolises organisatsioonis nagu ITK, on teinud teadliku valiku, identifitseerivad end haigla ja keskusega ning tahavad olla kursis sellega, mis toimub nii haigla kui ka keskuse tasandil.

Loomulikult saab infot edastada ka e-posti teel, kuid tunne, et juht on olemas,

seletab, arvestab minuga, kuulab vajadusel minu probleeme ja tegeleb nendega, on enamiku inimeste jaoks siiski väga oluline.

Selleks peab juht endale aega võtma, mis on kahjuks pideva personalidefitsiidi ja ajapuuduse tõttu sageli keeruline.

Milline on olnud sinu karjääri kõige keerulisem või emotsionaalselt mõjusam juhtum ning mida see sulle arstina õpetas?

Ühte konkreetset juhtumit ei oska ma välja tuua. Tavaliselt on kõige keerulisemad ja samas kõige õpetlikumad need juhtumid, kus ravi ei lähe nii, nagu tahaks, ja jääb tunne, et teise otsusega oleks tulemus võib-olla parem olnud.

Tunnen ennast sellistes olukordades alati väga vastutavana ja elan neid raskelt üle. Samas on arenguks ja õppimiseks väga oluline säilitada enesekriitika.

Ka siin on meeskond väga oluline – esiteks selleks, et rahustada ja aidata mõista, et tihti oli haigus ise juba nii raske, et halb tulemus oli ka teistsuguse otsuse korral vältimatu. Samuti selleks, et arutada, mis

juhtus, miks juhtus ja kuidas tulevikus sarnaseid olukordi paremini lahendada.

Valved on mind kindlasti õpetanud oma kõhutunnet usaldama. Kui patsiendi seisund tundub kahtlane, tuleb vastavalt tegutseda ka siis, kui hetke näitajad või uuringud seda veel ei peegelda.

Tavaliselt on kõige keerulisemad ja samas kõige õpetlikumad need juhtumid, kus ravi ei lähe nii, nagu tahaks, ja jääb tunne, et teise otsusega oleks tulemus võib-olla parem olnud

Sinu patsiendid on sind kirjeldanud kui hoolivat ja tähelepanelikku arsti – kuidas säilitada empaatia ka siis, kui töö on pingeline ja ajasurve suur?

See on hea küsimus. Tavaliselt tuleb see millegi arvelt – üldjuhul ületundide arvelt. Siin peab iga arst ise otsustama, kui palju ta on valmis juurde andma.

Gastroenteroloogias diagnoosime sageli raskeid haigusi – näiteks vähki või noortel

patsientidel kroonilisi haigusi, millel on inimese elule väga suur mõju.

Siin ei ole küsimustki, et empaatiline suhtlemine patsiendiga on arsti elementaarne ülesanne. Kahjuks tundub, et ajal, mil arsti tegevusi arvestatakse minuti täpsusega, ei arvestata sellega piisavalt.

Kuidas hoiad end kursis meditsiini kiire arenguga ja milliseid uuendusi gastroenteroloogias pead kõige põnevamaks?

Tänapäeva internetiajastul ei ole see tegelikult keeruline – suurim probleem on lihtsalt ajapuudus.

Õnneks oleme arstidena Eestis väga heas olukorras, sest tööandja võimaldab üsna vabalt koolitustel osaleda ning hetkel ei ole ka ravimifirmadel olulisi piiranguid koolitustele sõitmise toetamisel. Seetõttu on rahvusvahelised erialakongressid jätkuvalt väga olulised teadmiste allikad.

Samas on internetis tohutult hulgal tõendusmaterjali infot tasuta kättesaadav. Vaja on ainult huvi ja tahtmist. Kui mõne haiguse puhul ei mäleta enam täpselt, milline on kõige asjakohasem soovitus, siis rahvusvahelised ravijuhendid on vaid mõne hiireklõpsu kaugusel.

Gastroenteroloogias areneb väga kiiresti krooniliste põletikuliste soolehaiguste ravi. Ka meie keskus osaleb rahvusvahelistes ravimiuuringutes, mis aitab hoida end kursis kõige värskemate arengutega.

Teine väga põnev valdkond on raviendoskoopia, mis muutub järjest invasiivsemaks. Praegu saab endoskoopiliselt ravida paljusid haigusseisundeid, mille puhul veel kümme aastat tagasi oli ainus võimalus kirurgiline ravi.

Millise soovitus annaksid noorele arstile, kes kaalub rahvusvahelist karjääri?

Siin tekib kõigepealt küsimus, mida selle all silmas pidada. Kui mõelda lihtsalt töötamisele välismaal, siis usun, et Eestis on selles kogemus väga suur ja probleeme tavaliselt ei teki – arste otsitakse igal pool ning vaja on lihtsalt keel selgeks õppida.

Kui aga eesmärk on lisaks ka karjääri teha, siis on loomulikult vaja huvi ja pühendumust, kuid eelkõige õnne sattuda õigesse kohta ja õigete inimeste juurde, kes sind vastu võtavad ja toetavad – nii nagu minul on ITK-s juhtunud. Nii et – soovitan ITK-d!



Jämesoolevähi sõeluuring 2026

Kutsume mehi ja naisi sünniaastaga:
1958, 1960, 1962, 1964, 1966, 1968, 1970
Jämesoolevähi sõeluuring on **TASUTA**.

Uuri lisaks

www.terviseportaal.ee

Sõeluuringu positiivse peitvere testi järel pakume professionaalset ja kiiret abi põhjuste uurimisel.

Uuring toimub
Ida-Tallinna Keskaigla gastroenteroloogiakeskuses,
Ravi tn 18, C-korpus.

Sõeluuringu koloskoopia uuringule aja broneerimine
620 7077



Parkinsoni tõbi: haigus, mis puudutab inimest tervikuna

INGE SUDER

Parkinsoni tõbi on krooniline neuroloogiline haigus, mille puhul kahjustuvad ajus dopamiini tootvad närvirakud. Dopamiin on aine, mis aitab meil oma liigutusi sujuvalt juhtida ja koordineerida. Kui dopamiini jääb vähemaks, muutuvad liigutused aeglasemaks, keha jäigemaks ning võivad tekkida värinad ja tasakaaluhäired. Samas ei piirdu Parkinsoni tõbi ainult liikumisega. See on haigus, mis mõjutab inimest tervikuna, nii füüsiliselt kui ka vaimselt.

Maailmas elab Parkinsoni tõvega ligikaudu 10 miljonit inimest, Eestis umbes 3000. See ei ole haruldane haigus, kuid selle algus jääb sageli märkamata. Haigus kujuneb välja aeglaselt ja hiilivalt. Inimene ei pruugi märgata esimesi muutusi või seostada neid millegi tõsisega.

Ida-Tallinna Keskhaigla neuroloogia-keskuse juhataja Inga Samarüütel selgitab, et Parkinsoni tõbi võib alata ammu enne seda, kui ilmnevad nähtavad liikumishäired.

„Sageli arvatakse, et Parkinsoni tõbi algab värinaga, kuid tegelikult võivad esimesed muutused olla märksa varjatumad. Näiteks lõhnataju nõrgenemine, unehäired või väsimus

võivad ilmned juba aastaid enne diagnoosi. Samas on need sümptomid väga levinud ka paljude teiste, palju sagedasemate ja sageli ohutute seisundite korral, mistõttu üksikuna ei viita need Parkinsoni tõvele. Seetõttu ei anna need üksikuna põhjust kahtlustada Parkinsoni tõbe ega viita diagnoosile,“ ütleb ta. „Oluline on vaadata tervikpilti ja pöörduda arsti poole eelkõige siis, kui muutused on püsivad või süvenevad.“

Haiguse progresseerudes muutuvad sümptomid selgemaks. Liigutused aeglustuvad, lihased muutuvad jäigemaks, võib tekkida värin ja tasakaal halveneb. Samal ajal võivad esile kerkida ka vähem märgatavad, kuid sama olulised



Inga Samarüütel

sümptomid. Inimene võib tunda väsimust, ärevust või meeleolu langust. Hääl võib muutuda vaiksemaks ja kõne aeglasemaks. Sageli esinevad ka kõhukinnisus ja unehäired. „Parkinsoni tõbi ei ole ainult käte värin. See mõjutab kogu organismi toimimist ja inimese enesetunnet tervikuna,“ räägib dr Samarüütel.

Kuigi Parkinsoni tõbe seostatakse eelkõige vanemaelistega, ei ole see ainult eakate haigus. Enamasti diagnoositakse haigus pärast 60. eluaastat, kuid umbes 5–10 protsenti patsientidest haigestub juba enne 50. eluaastat. Inga Samarüüti

sõnul on vanus küll suurim riskitegur, kuid haigus võib tabada inimesi ka nende aktiivseimas eluetapis.

Haiguse tekkepõhjused ei ole enamasti üheselt määratavad. Parkinsoni tõbi kujuneb välja mitme teguri koosmõjul. Rolli mängivad vananemine, geneetiline eelsoodumus, rakkude energiavahetuse häired ja keskkonnamõjud. Enamasti ei saa ühte konkreetset põhjust esile tuua, vaid see on pikaajaline protsess, kus erinevad tegurid ajapikku kokku langevad.

Oluline on ka mõista, et Parkinsoni tõbi kulgeb igal inimesel erinevalt. Sümptomid, nende tugevus ja haiguse progresseerumise kiirus võivad olla väga erinevad. „Me ei ravi ainult diagnoosi, vaid lähtume konkreetsest inimesest – tema sümptomitest ja vajadustest. Ravi on alati individuaalne ning kujuneb ja muutub ajas koos haigusega,“ rõhutab dr Samarüütel.

Enamasti ei saa ühte konkreetset põhjust esile tuua, vaid see on pikaajaline protsess, kus erinevad tegurid ajapikku kokku langevad

Teadlikkus, liikumine ja tugi

Parkinsoni tõve diagnoos toob kaasa muutusi ja mõjutab elukvaliteeti, kuid selle mõju on võimalik õige ravi ja teadliku lähenemisega leevendada.

Inga Samarüütel rõhutab, et Parkinsoni tõvega on võimalik elada aktiivset ja tähenduslikku elu, kuigi haigus toob aja jooksul kaasa ka piiranguid. „Väga oluline on mõista, et Parkinsoni tõbi ei tähenda, et elu jääb seisma. Inimesed kohanevad ja leiavad oma rütmi, kui nad saavad õigel ajal abi ja tuge.“

Igapäevaelus muutub oluliseks järjepidevus. Ravimite regulaarne võtmine, kindel päevakava ja piisav puhkus aitavad hoida enesetunnet stabiilsena. Väikesed detailid mängivad suurt rolli. Uni, toitumine ja liikumine mõjutavad otseselt seda, kuidas inimene end tunneb ja kui hästi ravi toimib. Sageli ei seostata näiteks kõhukinnisust või unehäireid Parkinsoni tõvega, kuid need on väga levinud sümptomid ning vajavad sama teadlikku tähelepanu kui liikumishäired.

Liikumine on Parkinsoni tõve puhul üks olulisemaid toetavaid tegureid. Regulaarne füüsiline aktiivsus aitab säilitada lihasjõudu, parandada tasakaalu ning toetab enesekindlust. Füsioteraapia, igapäevane kõndimine ja tasakaaluharjutused ei ole pelgalt soovitusel, vaid oluline osa ravist, mis aitab inimesel võimalikult kaua iseseisvana püsida.

Haigus võib mõjutada ka suhtlemist. Hääl võib muutuda vaiksemaks ja kõne aeglasemaks, mistõttu on oluline, et lähedased annaksid aega ja kuulaksid. Inimese mõtlemine ja soov osaleda ei kao, kuid enese väljendamine võib võtta rohkem aega.



Lähedaste roll on Parkinsoni tõve puhul väga suur. Toetus, mõistmine ja kannatlikkus aitavad paremini toime tulla nii füüsiliste kui ka emotsionaalsete muutustega.

Ravi on enamasti pikaajaline ja seda kohandatakse vastavalt haiguse kulule. Kuigi praegu ei ole võimalik haigust välja ravida ega selle progresseerumist täielikult peatada, on olemas mitmeid ravimeetodeid, mis aitavad sümptomeid leevendada ja elukvaliteeti hoida.

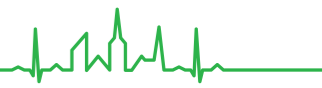
Teadusuuringud liiguvad kiiresti edasi. Üha enam keskendutakse võimalustele haigust varem avastada ning leida viise, kuidas selle kulgu mõjutada. „Suur lootus on biomarkeritel, mis aitavad haigust varem diagnoosida ja ravi täpsemalt suunata. Me ei ole veel läbimurdeni jõudnud, kuid areng on väga kiire.“

Kõige olulisem on meeles pidada, et Parkinsoni tõbi ei võta inimeselt tema väärtust ega identiteeti. Õige ravi, teadlik eluviis ja toetavad inimesed aitavad säilitada väärikuse, iseseisvuse ja elurõõmu ka haiguse pika kulu puhul.

Mida tasub Parkinsoni tõve korral meeles pidada?

Igapäevased põhimõtted, mis aitavad paremini toime tulla:

- Hoia kindlat päevakava ja võta ravimeid regulaarselt
- Liigu iga päev, isegi rahulik jalutamine on kasulik
- Jälgi und ja puhkamist ning räägi uneprobleemidest arstiga
- Toitu mitmekülgseks ja joo piisavalt vedelikku
- Pööra tähelepanu seedimisele ja vajadusel küsi nõu
- Märka meeleolu muutusi ja ära jää muredega üksi
- Muuda kodu turvalisemaks, et vähendada kukkumiskõhku
- Hoia suhteid ja sotsiaalset aktiivsust



Ühisarutelu ülevaade: raskes asfüksias sündinud vastsündinu käsitlus

SVEN SOMMER

ITK naistekliiniku neonatoloogiaosakond eesotsas juhataja Pille Andressoniga korraldas ühisarutelu raskes asfüksias sündinud vastsündinute käsitluse üle. Kohtumise eesmärk oli üheskoos käsitleda keerukaid kliinilisi otsuseid raskes asfüksias sündinud vastsündinute intensiivravis ning leida süsteemseid ja selgelt mõistetavaid lähenemisviise. Arutelus osalesid lastearstid, intensiivriivarstid ja neonatoloogid üle Eesti – Tartust Kuressaareni.

Kohtumise õhkkond oli avatud ja konstruktiivne, võimaldades süvitsi arutada nii kliinilisi otsuseid, eetilisi dilemmasid kui ka õiguslike küsimusi. Vandeadvokaat Ants Nõmper andis arutelule olulise lisaperspektiivi õiguslike raamide ja dokumenteerimise aspektist.

Arutelu lähtepunktiks oli tänapäevase neonataalse intensiivravi paradoks: ühelt poolt võimaldab arenev meditsiin raviga üha raskemaid seisundeid, teisalt ei ole alati võimalik mõjutada neuroloogilist prognoosi. Sellest tulenevalt muutuvad otsused aktiivravi alustamise, jätkamise või lõpetamise kohta üha keerulisemaks, hõlmates samaaegselt kliinilisi, eetilisi ja õiguslike kaalutlusi.

Ettekandes sõnastati arutelu keskne probleem: millal võib vastsündinu intensiivravi muutuda ebaproportsionaalseks? Rõhutati, et ebaproportsionaalsus ei tähenda ravi lõpetamist lihtsustatud otsusena, vaid viitab olukorrale, kus ravi eesmärk, selle tegelik mõju ja patsiendile kaasnev koormus ei ole enam tasakaalus. Sellest tuleneb ka kontseptuaalne järeldus: küsimus ei ole selles, kas elu on väärtuslik, vaid kas konkreetne ravi on antud olukorras lapsele kasulik ja meditsiiniliselt põhjendatud.

Olulise täiendusena käsitleti ravi mittealustamise ja lõpetamise vahelist suhet. Rõhutati, et ravi mittealustamine ei

tähenda ravist loobumist, vaid teadlikku otsust vältida sekkumist, mis ei muuda lapse prognoosi. Samuti toodi esile, et ravi mittealustamine võib olla eetilisel samaväärne ravi lõpetamisega, kui jätkuv ravi ei ole lapse parimates huvides. Otsust ei määra sekkumise olemasolu, vaid selle realistlik mõju lapse neuroloogilise tulemile ja üldisele heaolule.

Arutelule eelnenud küsitluse tulemused vastsündinute raviga tegelevate arstide seas kinnitasid, et kõige keerulisemad otsustuspunktid igapäevatoos on seotud prognoosi ebakindluse, vanemate ootuste, meeskonnasisesest eriarvamuste, õiguslike piiride ning ravi proportsionaalsuse hindamisega. Need tegurid kujundavad otsustusprotsessi tuuma ning peegeldavad, et kliiniline ebakindlus põimub tihedalt väärtuskonfliktide ja kommunikatsiooniliste väljakutsetega.

Aruteludes rõhutati vajadust ühiselt mõistetava ja läbipaistva otsustusraamistikuga järele. Aktiivravi käsitlus peab hõlmama terviklikku protsessi – nii ravi alustamist, selle regulaarset ümberhindamist kui ka vajadusel lõpetamist. Otsused peavad tuginema kehtivatele ravijuhistele,

patsiendi prognoosile, jagatud otsustamise põhimõtetele ning õiguslikele raamistikule.

Oluliseks peeti struktureeritud ja kollektiivset otsustamist, mis aitab vähendada individuaalset koormust otsuse langetamisel ning toetab ühtse arusaama kujunemist. Vanemate kaasamine on vältimatu, kuid otsused peavad lähtuma lapse parimatest huvidest, mitte üksnes lähedaste ootustest. Selge, aus ja järjepidev kommunikatsioon on seejuures keskse tähtsusega.

Vandeadvokaat Ants Nõmperi käsitlus täiendas arutelu õigusliku perspektiiviga. Ta rõhutas, et arst saab pakkuda üksnes näidustatud ravi, mis on eesmärgipärane ja proportsionaalne. Vanemad on küll olulised osapooled, kuid ei ole lõplikud otsustajad olukorras, kus puudub teadmine lapse enda soovidest – vastutus jääb arstidele.

Samuti tõi ta esile põhjaliku dokumenteerimise ja arstidevahelise konsensuse tähtsuse nii kliinilise kvaliteedi kui ka õigusliku kindlustunde seisukohalt. Aruteludes käsitleti ka eriarvamuste ja võimalike vaidluste teemat. Nõmper rõhutas, et arstide ühine arusaam ja konsensus on kriitilise tähtsusega. Juhul kui asi jõuab kohtusse, toetatakse eksperthinnangule, mis omakorda põhineb ravijuhistel ja arstide enamuse seisukohal. Seega peitub tugevus ühtses professionaalses lähenemises.

Kaebused tulevad, neid ei saa ära hoida. Aga meditsiiniliselt õigesti käitunud arst ei pea kartma süüdimõistmist.

Kaebused tulevad, neid ei saa ära hoida. Aga meditsiiniliselt õigesti käitunud arst ei pea kartma süüdimõistmist

Kokkuvõttes tõstati arutelul selge vajadus ühtlustada aktiivravi otsuste käsitlust ning kujundada läbipaistev ja järjepidev praktika, mis toetab nii patsiente, nende lähedasi kui ka ravimeeskonda. Eriti kerkisid esile võtmetegurid, mis määravad otsuste keerukuse: prognoosi ebakindlus, vanemate ootused, meeskonnasisesed lahkarvamused, õiguslikud piirid ning ravi proportsionaalsuse hindamine.

Nende aspektide teadvustamine ja süsteemne käsitlemine on kvaliteetse ja patsiendikeskse ravi eeldus.

Taalised arutelud on vältimatult vajalikud, et kujundada ühist arusaama olukordades, kus meditsiinilised võimalused ületavad selgeid vastuseid. Regulaarne erialadeülene dialoog toetab nii kliinilise praktika arengut kui ka arstide professionaalset kindlustunnet, aidates tagada, et otsused sünnivad läbimõeldult ja patsiendi parimatest huvidest lähtudes.

Regulaarne erialadeülene dialoog toetab nii kliinilise praktika arengut kui ka arstide professionaalset kindlustunnet

Praktilised järeldused ja soovitused

1. Hinda ravi proportsionaalsust süsteemsel

Iga otsus aktiivravi alustamise, jätkamise või lõpetamise kohta peaks põhinema ravi eesmärgi, oodatava kliinilise mõju ja patsiendile kaasneva koormuse tasakaalu hindamisel.

2. Tunnista prognoosi ebakindlust, kuid see ei tohiks takistada otsustamist

Prognoos on sageli ebakindel, kuid jääb otsustusprotsessi keskseks aluseks. Ebakindlust tuleb teadvustada ja selgelt dokumenteerida ning kommunikeerida meeskonnale ja vajadusel lähedastega, kuid see ei tohi takistada otsustamist.

3. Käsitte ravi mittealustamist ja ravi lõpetamist võrdse eetilise

Mõlemad on põhjendatud, kui ravi ei ole lapse parimates huvides ega muuda

realistlikult prognoosi või tema heaolu. Otsuste eetiline kaalutus peab põhinema kliinilistel tõenditel ja lapse huvidel, mitte emotsioonidel.

4. Toeta struktureeritud ja kollektiivset otsustusprotsessi

Keerulised otsused tuleks teha multidistsiplinaarses meeskonnas, kaasates erinevaid spetsialiste ja püüeldes ühise arusaama poole, et tagada ühtne ja läbipaistev lähenemine.

5. Kaasa vanemaid, säilitades meditsiinilise vastutuse

Vanemate informeerimine ja kaasamine on vältimatu, kuid otsustav vastutus laste ravi üle jääb arstidele. Otsused peavad lähtuma lapse parimatest huvidest, mitte üksnes vanemate ootustest.

6. Pööra tähelepanu kommunikatsioonile

Selge, aus ja järjepidev suhtlus meeskonna sees ning lähedastega aitab vähendada konflikte, suurendab usaldust ja toetab keeruliste otsuste aktsepteerimist.

7. Dokumenteerige otsustusprotsessi põhjalikult

Kirja tuleb panna kliiniline seisund, prognoos, kaalutlused, arutelud ja tehtud kokkulepped. Põhjalik ja täpne dokumenteerimine toetab nii kliinilise otsustusprotsessi kvaliteeti kui ka arstide õiguslikku kaitset.

8. Loo ja rakenda ühtne institutsionaalne raamistik

Ühiselt kokku lepitud põhimõtted ja praktikad vähendavad otsuste varieeruvust, tugevdavad meeskonna koostööd ning tagavad patsiendikeskse ja läbipaistva lähenemise.



ITK naistekliiniku neonatoloogia osakonna juhataja Pille Andresson juhtimas arutelu raskes asfüksias sündinud vastsündinu käsitlusest.



ITK molekulaargeneetiliste uuringute labori vanemspetsialist Eneli Armulik.

Uus molekulaargeneetiliste uuringute labor toob patsientidele kiirema ja paindlikuma teenuse

SVEN SOMMER, ENELI ARMULIK

Meie haigla kesklabori koosseisus on alustanud tööd uus molekulaargeneetiliste uuringute labor. Labori loomise eesmärk on tuua kriitiline järgmise põlvkonna sekveneerimise (NGS) kompetents haiglasse, et pakkuda kvaliteetset, kiiret ja paindlikku teenust.

Mida uus labor endast kujutab?

Uus labor võimaldab teostada kogu analüütsükli alates proovi vastuvõtust kuni vastuse vormistamiseni ühe vastutava üksuse sees. See tähendab, et kogu töövoog – proovi ettevalmistus, sekveneerimine ja andmetöötlus – toimub meie haigla seinte vahel.

See mudel toob mitmeid olulisi eeliseid:

- Parem kvaliteedikontroll: kogu protsess on meie enda kätes, mis võimaldab tagada kõrgeima kvaliteedi igas etapis.

- Kiirem probleemide lahendamine: lühikesed suhtlus- ja otsustusahelad võimaldavad probleemide ilmnmisel kohe reageerida.
- Selge vastutus: üks üksus vastutab tulemuste eest algusest lõpuni.

Millist tehnoloogiat kasutame?

Labori süda on Illumina NextSeq 2000 sekvenaator – keskmise läbilaskevõimega, kuid väga võimekas seade. See kasutab teise põlvkonna sekveneerimise tehnoloogiat (SBS – *sequencing by synthesis*), mis

võimaldab suures mahus paralleelselt järjestada miljoneid DNA fragmente. Platvormi paindlikkus (P1/P2/P3-kiibid) võimaldab skaleerida analüüsi vastavalt vajadusele – alates väikestest geenipaneelidest kuni kogu eksoomi sekveneerimiseni (WES).

Lisaks on sekvenaatorisse integreeritud võimas andmetöötlusplatvorm DRAGEN, mis kiirendab oluliselt bioinformaatilist analüüsi.

Milliste analüüsidega alustame?

Esimeses järjekorras võtame kasutusele enim tellitud analüüsid, keskendudes nii päriliku kui ka somaatilise vähi diagnostikale:

- Pärilik rinna- ja munasarjavähk: BRCA1- ja BRCA2-geeni paneelanalüüs.
- Vähi päriliku eelsoodumuse paneel: hõlmab 113 geeni.

- Somaatilised muutused tuumorikoos: TruSight Oncology 500 (TSO500) DNA/RNA-paneel, mis analüüsib nii DNA kui ka RNA tasemel toimuvaid muutusi (sh fusioonid, SNV, CNV). Analüüside valik laieneb järk-järgult, lähtudes kliinilisest vajadusest ja tellimuste mahust.

Mida see tähendab tellijale / arstile?

Tellijate jaoks on protsess tehtud võimalikult mugavaks ja läbipaistvaks. Olulisi muudatusi töökorralduses ei ole – tellida saab jätkuvalt elektroonselt (eTellimine) samal viisil nagu varem.

Küll aga toob uus lahendus kaasa mitmeid olulisi muutusi:

- Lühemad analüüsiajad: kohapealne teostus vähendab proovide saatmise ja ooteaegu.

- Parem paindlikkus: võimalus kiiremini reageerida erivajadustele või kiireloomulistele juhtumitele.
- Otsene suhtlus laboriga: kiirem ja vahetum side laborispetsialistidega, lihtsustades keeruliste juhtumite arutamist.

Koostöömudel ja meeskond

Kuigi toome olulise kompetentsi meie haiglasse, jätkame tihedat koostööd seniste partneritega, kellelt saame vajalikku tuge: TÜK Geneetika ja personaalmeditsiini kliinik ning Asper Biogene OÜ.

Uue labori meeskonda kuuluvad tugeva teadus- ja praktilise taustaga spetsialistid: Eneli Armulik (PhD), Anu Aaspõllu (PhD), dr Ilona Lind (MD) ja Kaja Mutso (MSc). Meeskonda toetab meditsiinigenetik dr Kairit Joost (MD, PhD).

Uus labor on oluline samm personaalmeditsiini arendamisel ITK-s, võimaldades meie patsientidele täpsemat diagnostikat ja tõhusamat ravi.

Lisalugemist

<https://et.wikipedia.org/wiki/Molekulaargeneetika>



Molekulaargeneetika: teekond DNA avastamisest personaalmeditsiinini

SVEN SOMMER

Molekulaargeneetika on üks kiiremini arenevaid biomeditsiini valdkondi, mis uurib geenide ehitust, funktsiooni ja regulatsiooni molekulaarsel tasandil. See teadusharu on viimase sajandi jooksul muutnud arusaama haigustest, diagnostikast ja ravist – viies meditsiini järjest enam täppis- ehk personaalmeditsiini suunas.

Algus: elu koodi avastamine

Molekulaargeneetika kujunemine sai hoo sisse 20. sajandi keskel, kui teadlased hakkasid mõistma, et pärilikkuse aluseks on spetsiifiline molekul – DNA. Suur läbimurre toimus 1953. aastal, kui James Watson ja Francis Crick kirjeldasid DNA kaksikheeliksi struktuuri. See avastus selgitas, kuidas geneetiline info säilib ja kandub põlvest põlve.

Järgnevatel kümnenditel arenesid kiiresti meetodid, mis võimaldasid DNA-d uurida ja manipuleerida. 1970.–1980. aastatel võeti kasutusele rekombinantse DNA tehnoloogia ning polümeraasi

ahelreaktsioon, mis võimaldas DNA-d kiiresti paljundada. Need tehnoloogiad panid aluse kaasaegsele geneetikale, diagnostikale ja biotehnoloogiale.

Kui varem keskenduti üksikutele geenidele, siis nüüd avanes võimalus uurida kogu genoomi korraga

Genoomi kaardistamine: uus ajastu

Üheks olulisemaks verstapostiks molekulaargeneetika ajaloos oli inimgenoomi projekt, mis algas 1990. aastal ja lõppes 2003. aastal. Selle projekti käigus kaardistati kogu inimese genoom – ligikaudu 3 miljardit DNA aluspaari.

See saavutus muutis fundamentaalselt arusaama haiguste olemusest. Kui varem keskenduti üksikutele geenidele, siis nüüd avanes võimalus uurida kogu genoomi korraga. Sellest sai alguse genoomika ajastu, kus haigusi käsitletakse keerukate geneetiliste ja keskkonnategurite koosmõjuna.

Tänapäev: järgmise põlvkonna sekveneerimine

Viimase 15 aasta suurim areng molekulaargeneetikas on seotud nn järgmise põlvkonna sekveneerimisega (NGS). See tehnoloogia võimaldab samaaegselt analüüsida miljoneid DNA fragmente, muutes genoomiuuringud oluliselt kiiremaks ja taskukohasemaks.



Kui inimgenoomi projektis kulus ühe genoomi sekveneerimiseks aastaid ja miljardeid dollareid, siis tänapäeval saab sama töö tehtud päevadega ja kordades väiksema kuluga. See on avanud uke kliinilisele kasutusele – näiteks vähi geneetiliste muutuste tuvastamiseks või haruldaste haiguste diagnoosimiseks.

Oluline on ka bioinformaatika areng: tohutute andmemahtude analüüsimine nõuab keerukaid algoritme ja arvutusvõimsust. Geneetiline info ei ole enam ainult laboriküsimus, vaid ka andmeteadeuse väljakutse.

Geneetiline info ei ole enam ainult laboriküsimus, vaid ka andmeteadeuse väljakutse.

Geenide muutmine: revolutsiooniline tehnoloogia

Üks viimaste aastate mõjukamaid läbimurdeid on CRISPR-Cas9. See tehnoloogia võimaldab muuta DNA järjestust täpselt ja sihipäraselt, justkui „genoomi tekstiredaktor“.

CRISPR on avanud täiesti uued võimalused:

- geneetiliste haiguste potentsiaalne ravi,
- vähiravi täpsem sihtimine,
- uute ravimite arendamine,
- põllumajanduse ja biotehnoloogia innovatsioon.

Samas tõstatab see ka olulisi eetilisi küsimusi – näiteks, kas ja millistel tingimustel tohib muuta inimese iduliini (st muutused, mis kanduvad edasi

järgmistele põlvkondadele).

Molekulaargeneetika roll meditsiinis

Tänapäeva meditsiinis on molekulaargeneetika keskne tööriist mitmes valdkonnas:

- Onkoloogia – kasvaja geneetiline profileerimine võimaldab valida täpsemat ravi.
- Pärilike haiguste diagnostika – tuvastatakse haigust põhjustavad geenimuutused.
- Farmakogeneetika – hinnatakse, kuidas patsiendi geneetika mõjutab ravimite toimet.
- Infektsioonhaigused – patogeeni kiire tuvastamine ja jälgimine.

Tänu sellele liigub meditsiin suunas, kus ravi ei põhine enam ainult diagnoosil, vaid ka patsiendi individuaalsel geneetilisel profiilil.

Tänu sellele liigub meditsiin suunas, kus ravi ei põhine enam ainult diagnoosil, vaid ka patsiendi individuaalsel geneetilisel profiilil

Suurimad väljakutsed täna

Hoolimata kiirest arengust seisab molekulaargeneetika silmitsi mitmete oluliste väljakutsetega:

1) andmete tõlgendamine: Kuigi DNA sekveneerimine on muutunud lihtsamaks, ei ole alati selge, mida leitud

muutused tähendavad. Paljud geneetilised variandid on teadmata kliinilise tähendusega;

2) andmemahud ja IT-võimekus: Genoomiandmed on väga mahukad. Nende säilitamine, töötlemine ja turvaline haldamine nõuab tugevat IT-taristut;

3) eetika ja privaatsus: Geneetiline info on äärmiselt tundlik. Üha olulisemad on küsimused, kes tohib andmeid kasutada ja kuidas neid kaitsta;

4) kättesaadavus ja võrdsus: Kuigi tehnoloogia areneb kiiresti, ei ole see kõikjal võrdselt kättesaadav. Tekib risk, et tippasemel personaalmeditsiin jääb vaid teatud piirkondade või patsientide privileegiks;

5) kliiniline kasutus: Geneetiliste testide tulemused peavad jõudma arsti igapäevatoosse arusaadaval ja kasutataval kujul. See eeldab nii arstide koolitust kui ka hästi toimivaid töövooge.

Tulevik: täppismeditsiin kui standard

Molekulaargeneetika areng viitab selgelt sellele, et tulevikus muutub personaalmeditsiin standardiks, mitte erandiks. Geenipõhine diagnostika ja ravi võimaldavad:

- haiguste varasemat avastamist;
- täpsemat ravi valikut;
- kõrvaltoimete vähendamist;
- ennetuse paremat sihtimist.

Haiglate roll selles muutuses on kriitiline – just siin kohtuvad teadus, tehnoloogia ja patsiendihooldus. Molekulaargeneetiliste laborite loomine ja arendamine ei ole pelgalt tehniline uuendus, vaid oluline samm kogu tervishoiusüsteemi arengus.

Füsioteraapia on abiks südamehaigusest taastumisel

INGE SUDER

Aprill on südamekuu ning sel puhul räägib südamehaigete taastusravist Ida-Tallinna Keskhaigla ambulatoorse taastusravikeskuse juhtivfüsioterapeut Piret Sander.

Füsioteraapias on südame tervise toetamisel kaks poolt. Ennetavas töös antakse liikumissoovitusi, nii et südamehaigused ei tekiks või ei süveneks. „Näiteks on aktiivne kõnd või jalgrattasõit, tubastes oludes velotrenažööril sõitmine südamele hea koormus,“ innustab füsioterapeut inimesi liikuma. Teine pool on taastusravi, kus toetatakse patsiente, kellel on olnud mõni südamega seotud haigus, südameoperatsioon, infarkt. See ongi kardioloogiline taastusravi. „Kui inimene pärast haigust taastusravisse jõuab, siis on hea võimalus hakata süsteemselt südameravige tegelema,“ selgitab Piret Sander.

On loomulik, et pärast südameprobleemi tekib inimesel hirm liikumise ees, see on inimlik ja levinud. Aga pärast südameoperatsiooni või -haigust on tegelikult liikumine hädavajalik ning on ravimite kõrval sama oluline raviviis. „Olen ka oma patsientidele öelnud, et ei ole vaja karta ravimit, vaid haigust, aga täpselt sama ilus moto kehtib ka liikumise kohta, et ära karda liikumist, karda haigust. Ja liikumine on ju väga oluline, sest aitab vähendada uuesti haigestumise riski, parandab südamelihase töövõimet, langetab vererõhku. Sama oluline on ka see, et liikumine aitab taastada enesekindlust ja igapäevatoimetuste tegemise julgust. Oluline on silmas pidada, et ei tohi alustada väga suure koormusega, ei tohi ka võistelda iseendaga ja kindlasti mitte teistega,“ jagab Piret Sander soovitusi. „Mõistlikult alustades ja oma enesetunnet jälgides saame kõik ennast hästi aidata. Loomulikult ei tohi seejuures medikamentooset ravi unustada.“

See, kuidas ja millest liikumist alustada, kui pikalt näiteks korraga kõndida, sõltub inimese taustast, eelnevast treenitusest, südamehaiguse või -probleemi kulust ja raskusest, individuaalsest valmisolekust



Piret Sander

liikuda. „Ka kümneminutilise kõnnist võib alustada või kasvõi majapidamistööst. Ajapikku tõuseb ka kõnni tempo ja jalutuskäigu pikkus,“ selgitab füsioterapeut. „Täpsema plaani paneme patsiendiga juba taastusravits paika.“

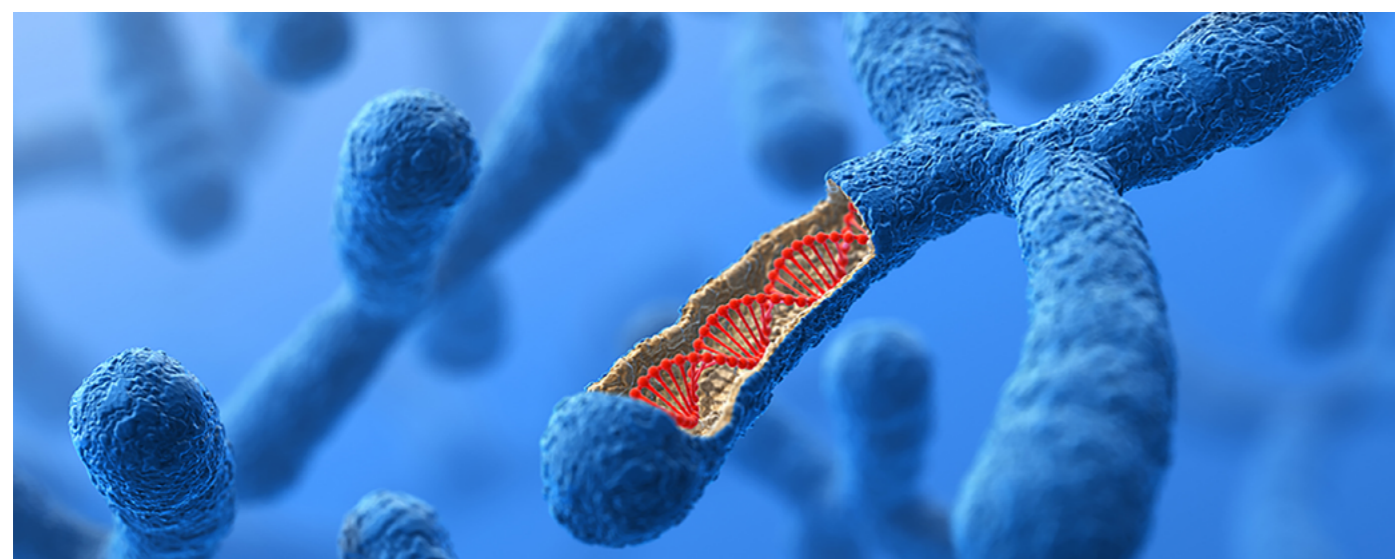
Meie haiglas käib kolm korda nädalas koos südamehaigete füsioteraapia grupp. Grupp sündis taastusravits, doktor Kivistiku initsiatiivil. Näiteks infarktahaiged on ju alati olnud ja kahjuks jääb ka edaspidi olema, nii et nende aitamine tagasi igapäevaelu on väga vajalik.

„Olen seda gruppi vedanud, ma arvan, et umbes 15–20 aastat. Esialgu oli grupis ainult üks patsient. Täna käib grupp vastavalt vajadusele koos ka sagedamini, näiteks viis korda nädalas. Siin käivad erineva kardioloogilise taustaga inimesed enda koormustalust parandamas,“ tutvustab Piret Sander taastusravits grupi kujunemislugu. Grupi jaoks tehakse tihedalt koostööd taastusravitsiga ning seal õpitakse erinevaid harjutusi, kuidas lihaseid, sh südamelihast tugevdada, vastupidavust parandada. „Eks see ongi eelkõige selline õppimise ja treenimise koht, sest hästi oluline on, et inimene jätkab kõige sellega ka pärast taastusravikuuri

läbimist – pikas perspektiivis on see väga tähtis.“

Aastate jooksul on füsioteraapia olemus, sh südamehaigete toetamisel väga palju arenenud. „Sellest ajast, kui mina aastaid tagasi ülikoolis õppisin, on taastusravits, sh kardioloogilise taastusravits põhimõtted ja meetodid palju edasi arenenud. Selle ajaga on paljud tollased dogmad murtud ning suund on inimese aktiivse taastumise poole,“ selgitab Piret Sander füsioteraapia arengut.

Lisaks füsioteraapiale on grupis oluline roll ka inimese julgustamisel. „Innustame inimest taas liikuma, igapäevatoiminguid tegema jne. See on füüsiline treening ja nõustamine, et igapäevane elu oleks täisväärtuslikum. Kui me ei saa lisada ka elule aastaid, siis proovime lisada aastatele elu,“ võtab Piret Sander taastusravits grupi töö kokku.





Kui töö teeb haigeks: miks töötervishoid on palju enam kui kohustuslik tervisekontroll?

SVEN SOMMER

Töötervishoidu nähakse sageli kui kohustuslikku tervisekontrolli, mis tuleb tööle asumise järel lihtsalt „ära teha“. Tegelikult on selle roll palju laiem – ennetada, märgata ja sekkuda enne, kui tervisemurest saab krooniline probleem või töövõime langus. Meie haigla töötervishoiuarst Viive Pille räägib, millised probleemid töötajaid täna enim mõjutavad, miks läbipõlemine on kasvav risk ning kuidas saavad nii töötaja kui tööandja tervise hoidmisel rohkem ära teha.

Töötervishoiu tervisekontroll tuleb töötajale korraldada nelja kuu jooksul alates tööle asumisest. See tekitab sageli küsimuse: kas töötervishoid on pigem ennetus või juba tekkinud probleemide lahendamise?

Viive Pille sõnul on see väga oluline küsimus, sest ka tervishoiu ei pruugita alati täpselt mõista, kuhu töötervishoid tervishoiusüsteemis paigutub. „Ametlikult kuulub töötervishoiuarstide hulk, aga kui vaadata töö sisulist poolt, siis umbes 80 protsenti meie tööst on ennetus ja 20 protsenti juba järgmise etapi töö – diagnostika, kutsehaiguste diagnoosimine, tööst põhjustatud haiguste hindamine ja ravisuuniste andmine,“ selgitab ta.

Tema hinnangul võiks töötervishoid olla Eestis veelgi tugevamalt seotud

esmatasandi tervishoiuga, sest just varajane märkamine aitab ära hoida raskemate krooniliste haiguste väljakujunemist. „Oluline on, et tööga seotud haigused saaksid varakult avastatud. Inimene saab siis vajadusel töökorralduse muudatuse, ravi või isegi töökoha vahetuse soovitusi enne, kui tervisekahju on juba suur.“

Kaks peamist tervisemurede valdkonda

Kui küsida, millised terviseprobleemid töökohtadel täna kõige enam esile kerkivad, toob Viive Pille välja kaks suurt valdkonda. Esimene neist on luu- ja lihaskonna haigused ning ülekoormusnähud. Need tekivad sageli sundasenditest, korduvatest liigutustest või füüsilisest koormusest. Kõige sagedamini puudutavad need käsi,

õlavööd ja selga. Teine suur valdkond on vaimse tervise probleemid. „Need kaks valdkonda juhvivad ka Eestis püsiva töövõime kaotuse põhjuste edetabelit,“ ütleb ta.

Lihasskeleti ülekoormust näeb töötervishoiuarst sageli kaubanduses, kus palju tõstetakse ja ladustatakse kaupa, ehitussektoris, metsanduses ja tootmises. Eriti koormavad tervist tööd, mis nõuavad väikeste detailidega töötamist, monotoonseid liigutusi ning samal ajal kiirust ja täpsust. „Selliseid tootmisettevõtteid tuleb Eestisse järjest juurde ja see on töötervishoiu vaatest oluline tähelepanukoht.“

Vaimse tervise probleemid puudutavad sageli kõrge vastutusega töötajaid, öötoõ tegijaid ja tervishoiutöötajaid. „Läbipõlemist näeme tervishoiu palju, aga tegelikult võib see juhtuda peaaegu igas kontorimeeskonnas, kus tekivad pinged või suhtemured.“

Kui töökoormus kasvab, kasvab ka risk

Üks suurimaid tänapäevaseid probleeme on töökoormuse kasv. Viive Pille kirjeldab olukorda, kus tööprotsesse optimeeritakse,



ITK töötervishoiuarstid Maarit Aisting (vasakul) ja Viive Pille.

töötajaid jääb vähemaks, kuid töö maht ei vähene. „Need, kes jäävad, peavad tegema rohkem. Nõudmised kasvavad, tekib tööstress, süveneb läbipõlemine ning järgmine etapp võib olla juba depressioon või ärevushäire.“

Tema sõnul ei pruugi probleem olla juriidiliselt kusagil nähtav – tööandja võib formaalselt kõike õigesti teha –, kuid tegelik töökoormus võib inimese jaoks muutuda talumatuks. „Sageli öeldakse töötajale, et ta ei tule toime või ei ole piisavalt võimekas. Tegelikult võib probleem olla hoopis ebarealistlikus töömahustandardis.“

Sellisel viisil võivad tööturult kaduda väga head spetsialistid. „Tööjõuressurs ei taastu kiiresti. Inimese koolitamine võtab aastaid, kogemuse tekkimine samuti.“

Läbipõlemise varajased märgid

Läbipõlemine ei teki üleöö. Maailma Tervishoiuorganisatsioon (World Health Organization – WHO) kirjeldab läbipõlemist kui seisundit, millega kaasnevad kurnatus, negatiivsus, küünilisus töö suhtes ja langunud tõhusus.

Viive Pille sõnul võivad varased märgid olla:

- suhtumise muutus,
- küünilisus,
- teravad märkused kolleegidele või lähedastele,
- hoolimatus töö suhtes,
- motivatsiooni kadumine,
- suurenev vigade arv,
- töö kvaliteedi langus,
- sagedasem haiguslehel olek.

„Inimene võib olla tööl kohal, aga tegelikult ei suuda enam tööd teha.“

Pikema aja jooksul võib see viia osalise töövõimetuseni või tööturult lahkumiseni.

Mida saab töötervishoiuarst teha?

Töötervishoiuarsti töö ei piirdu ainult tervisekontrolliga. „Me püüame mõista inimese tööolukorda, hinnata, kas seal on midagi võimalik muuta, kas kaasata tööinspektsiooni konsultanti, psühholoogi või teisi spetsialiste.“

Mõnikord tuleb aga tõdeda, et töösuhet ei ole võimalik jätkata. Sellisel juhul saab arst teha otsuse, et inimese tervises seisund ei võimalda samadel tingimustel tööd jätkata. See võimaldab töötajal liikuda edasi uute võimaluste, rehabilitatsiooni või taastumise suunas. „Vahel on ka sõbralik lahkumine hea lahendus.“

Kas kontoritöö probleemid on vähenenud?

Mõni aasta tagasi räägiti palju kontoritöötajate istuvast eluviisist, ekraanitööst ja sundasenditest. Täna on teadlikkus suurem. Ekraaniprillid, reguleeritavad lauad ja ergonoomilised töövahendid on muutunud tavaprasemaks. Aga probleemid pole kadunud. „Sageli süvenevad inimesed oma töösse nii, et kaotavad ajataju ega märka, et peaks vahepeal liikuma.“

Pikk istumine mõjutab õlavööd, selga ja käsi ning suurendab südame-veresoonkonna haiguste, diabeedi ja mõnede vähivormide riski. Samas ei ole ka pidev seismine lahendus. „Ka pikk seismine koormab jalgu ja selga. Kõige parem on tööasendite vaheldumine.“

Mikropausid kui lihtne ennetus

Üks praktilisemaid soovitusi, mida töötervishoiuarstid annavad, on mikropausid. Viive Pille soovitus on teha umbes 54 minuti töö järel kuue minuti pikkuse pausi. See võib olla lühike

liikumine, kohvi võtmine või lihtsalt püstitõusmine. „Mikropausid aitavad taastuda nii kehal kui ajul.“

Oluline on ka tööasendi muutmine. Isegi väike „nihelemine“ arvuti taga on kasulik.

Soovitused tööandjale ja töötajale

Töötervishoiuarsti soovitused jagunevad kaheks.

Esimene osa läheb tööandjale ning selle täitmine on tööandjale kohustuslik. Näiteks võivad sinna kuuluda:

- mikropauside võimaldamine,
- ergonoomilised töövahendid,
- turvajalatsid,
- isikukaitsevahendid.

Teine osa on konfidentsiaalne ning mõeldud ainult töötajale. Sinna võivad kuuluda:

- võimlemis- ja sirutusharjutused,
- massaažisoovitused,
- treeningsoovitused,
- uuringusoovitused,
- suunamised eri- või perearsti vastuvõtule,
- tugisukad ja -põlvikud,
- ortopeedilised jalatsid (mida tööandja võib ka soovi korral osaliselt hüvitada).

„Töötervishoiuarst tegeleb inimesega tegelikult pealaest jalatallani: töövõime, füüsiline tervis, psüühika, emotsionaalne seisund.“

Kas tööandjad teevad piisavalt?

Küsimusele, kas tööandjad teevad töötajate tervise hoidmiseks piisavalt, vastab Viive Pille diplomaatiliselt. „Sageli tehakse nii palju, kui teatakse, osatakse ja suudetakse.“

Tema hinnangul on teadmised küll kasvanud, kuid tegevused võivad olla killustatud. Abi on olemas: töötervishoiuarstid, ergonoomid, tööpsühholoogid, tööfüsioterapeudid ja Tööinspektsiooni konsultandid. „Oluline on need võimalused teadlikult kokku tuua ja koos läbi mõelda, mis töötab ja mida saab muuta.“

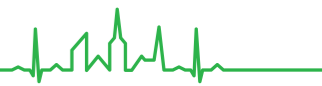
Töötervishoiu suurim väärtus ei ole ainult tervisekontrolli tegemine, vaid oskus märgata õigel ajal. Sest kui inimene murdub, ei puuduta see ainult tema tööelu. „See mõjutab inimese elukvaliteeti, pereelu, suhteid ja kogu edasist elu.“

Kui töötervishoid aitab seda ennetada, on selle roll palju suurem kui üks kohustuslik visiit arsti juurde.



ITK töötervishoiuarst Viive Pille.

ITK töötervishoiu keskuse õendusjuht Anna Mjasnikova.



Haiglaapteek kahe pilgu läbi

BRETT MARIE KALJUS, INGE SUDER

27. märtsil tähistatav haiglaapteegi päev on hea võimalus märgata inimesi, kelle töö ei pruugi alati silma paista, kuid kelle panus on raviprotsessis asendamatu. Haiglaapteek ei ole ainult koht, kust ravimid liiguvad osakondadesse, vaid palju enam: täpsus, koostöö, nõustamine, ravimite valmistamine ja patsiendihutuse hoidmine. Oma vaatenurka jagavad haiglaapteegi proviisor-juhataja Ülle Helena Meren ja aseptikas töötav farmatseut Eva-Laura Abel.

Ülle Helena sõnul võiks haiglaapteegi päev olla eelkõige märkamise päev. Tihti ollakse apteegis „nähtamatud“ ja mõnes mõttes võib tema sõnul öelda, et kui üksuse töö on nähtamatu, siis on töö väga hästi tehtud. Kõik ei teagi, et meie haiglat varustab ravimite ja muude vahenditega oma haiglaapteek, kus töötab 27 inimest. Nende hulgas on erialatöötajaid nagu proviisor, farmatseut, õde ja ämmaemand. Samas ei saaks haiglaapteek kuidagi läbi abiliste ja puhasruumi assistentideta, kes aitavad ära teha kõik mitteamalised tööd ning toimetada apteegikaubad vajalikesse üksustesse. Meeskonnatöö on siin väga oluline.

Eva-Laura sõnastab sama mõtte veidi otsekohesemalt: tihtipeale ollakse kuskil justkui peidus ja keegi ei tea, kus haiglaapteek asub või mida seal tehakse, kuigi ilma selleta ei saa keegi patsiente ravida ega oma tööd teha. Tema hinnangul on oluline haiglaapteegi päeva tähistada

selleks, et tõsta inimeste teadlikkust haiglaapteegi olemasolust ja selle rollist ravitöös.

Tee haiglaapteeki

Ülle Helena tee farmaatsia juurde algas huvist keemia ja bioloogia vastu. Meditsiin oli nende peres justkui veres, kuid ta ei tundnud, et tahaks inimesi lõigata, torkida või veristada. Farmaatsia pakkus võimalust teha midagi sisulist hoopis teisel moel – informeerides, nõustades, analüüsides ja organiseerides. Ülle Helenale meeldivad kord ja süsteem, struktuurivalemid ja ladinakeelsed nimetused, kuid veel enam võimalus teha ravimite abil midagi päriselt kasulikku.

Eva-Laura jõudis farmaatsiani samuti tänu keemiahuvile. Pärast gümnaasiumi teadis ta, et tahab teha midagi, mis oleks sellega seotud, ning samal ajal valida valdkonna, kus saab inimesi aidata. Talle tundus põnev see, kuidas ravimid

inimestele mõjuvad ja toimivad. Just see tõi ta farmaatsia juurde.

Haiglaapteeki tulles avanes Ülle Helenale täiesti uus ravimite maailm. Kui jaeapteegis on peamiselt tahked suukaudsed ravimid, siis haiglas on palju enam süste- ja infusiooniravimeid ning hulgaliselt praktilisi küsimusi, mida ülikoolipingis veel samal kujul ei kogenud. Esimest haiglaapteegi töökogemust kirjeldab ta tabavalt: tööpäeva jooksul sai palju tehtud, aga õhtul oli keeruline lühidalt öelda, mida täpselt tegi – tihti oli vastuseks lihtsalt: „Seda, mida oli vaja teha.“ Just see iseloomustab tema sõnul haiglaapteegi tööd kõige paremini.

Eva-Laura puutus haiglaapteegiga esimest korda kokku tudengina, kui ta tahtis enne praktikat selle tööga lähemalt tutvuda, ja see võimalus avanes just Ida-Tallinna Keskhaiglas. Tema sõnul oli kogemus väga põnev, sest koolis seda maailma eriti ei tutvustata ja alguses ei teata eriti, millega igapäevaselt tegeletakse. Esimene mulje oli pingevabam, rahulikum kui jaeapteegis, kuid samal ajal oli kõik väga võõras – ravimite valmistamine, tehnoloogia ja töökorraldus. Samuti üllatas teda, kui vähe võrreldes jaeapteegiga siin patsientidega kokku puutub.

Mis teeb selle töö eriliseks?

Ülle Helena sõnul on haiglaapteegi töös küll võimalik mõndagi planeerida ja osa tegevusi on väga rutiinsed, kuid sageli tuleb ette hetki, kus on vaja lahendada päriselulisi probleeme. See ongi tema hinnangul

teinud töö huvitavaks – kunagi ei ole kõik tehtud ja igav ei hakka. Samal ajal on haiglaapteek tugiteenistus, mille tööst sõltub, kas arstid ja õed saavad patsienti ravida ohutult ja patsiendisõbralikult moel.

Eva-Laura rõhutab, et haiglaapteegis ei tegeleta pelgalt ravimite väljastamisega. Tema sõnul on see palju suurem ja sisukam töö, kui kõrvalt paista võib. Näiteks aseptikas võtab aega nii ravimite valmistamine kui puhasruumi sisenemine, kuid kogu selle töö eesmärk on üks – et patsiendid saaksid võimalikult kiiresti ravimi kätte ega jääks ravita.

Juht ja meeskond

Haiglaapteegi juhtimine tähendab Ülle Helena jaoks eelkõige tööd inimestega. See on korraga oluline väärtus ja suur väljakutse. Juhi rollis tahaks ta teha nii, et kõigil oleks hea töötada, kõik tööd oleksid laitmatult tehtud ning arendused jõuaksid plaanipäraselt ellu. Samas tunnistab ta ausalt, et kunagi ei ole olemas lihtsaid ega universaalseid lahendusi. Mõned mured saavad lahenduse kiiresti ja koostöös, aga mõnikord tuleb otsuseid teha ka siis, kui kõiki vastuseid veel ei ole.

Tema juhiportree muudab eriti inimlikuks see, et ta räägib ka oma kõhklustest. Juhiks saades tegi teda murelikuks mõte, mis siis saab, kui on vaja vastust ja tal ei ole seda kohe anda. Aja jooksul on ta õppinud, et kõigile küsimustele ei olegi alati kohe vastust. Juht peab tema sõnul olema korraga parajalt enesekindel ja samas paindlik. Väga tabavalt võtab ta selle kokku lausega: iga võit on meeskonna võit, aga iga eksimus on juhi eksimus.

Ida-Tallinna Keskhaiglas ja haiglaapteegis hoiavad Ülle Helenat eelkõige kolleegid, kellega koos on mõnus ja tulemuslik töötada. Ta toob esile ka haigla hea aura ja avatuse uutele lahendustele. Inspireeriv on seegi, et haiglaapteegi töö ei saa kunagi päriselt tehtud – teemasid on palju, need on elulised ja nõuavad pidevalt uusi lahendusi. Ta ütleb, et tahaks kujundada sellise haiglaapteegiteenuse, mis toetab haiglat nii hästi, et ka ise patsiendi rollis olles sooviks ta siin saada parimat ravi ja teenindust. Just see paneb teda iga päev rohkem pingutama.

Ülle Helena vastustes on mitu meeldejäävat kujundit. Ta ütleb, et apteekrid on olnud tagasihoidlikud „hallid hiirekesed“, aga täna nimetaks ta neid pigem „nutikateks rebasteks“, kes mõtleavad

välja lahendusi või reguleerivad korda. See kujund võtab hästi kokku haiglaapteegi muutunud rolli: see ei ole pelgalt taustajõud, vaid teadmuspõhine partner, kelle tööst sõltuvad raviprotsessi sujumus ja ohutus.

Patsiendihutuse puhul rõhutab ta, et proviisor vaatab ravimit teise pilguga kui arst või õde. Kuidas ravimit manustada, mis annuses, kas tabletti võib poolitada, kui kaua seda kasutada, mida ravim organismiga teeb ja mida organism ravimiga teeb – just selliste küsimuste abil saavad proviisorid ja farmatseudid tagada kõrgema patsiendihutuse, nii ravimeid valmistades kui ka nõustades.

Ülle Helena jaoks on erialaliselt kõige tähtsamad täpsus ja ausus. Sama olulised on koostööoskus ja hea suhtlemisvõime. Need väärtused läbivad kogu vaadet haiglaapteegi tööle.

Ta rõhutab ka, et ükski hea lahendus ei sünni õhust, vaid koostöös osakondadega, kes peavad apteegi töötajaid arvestama võrdväärsete ja lugupeetud partneritena. Kui ta peab haiglaapteegi tööd ühe lausega

kirjeldama, teeb ta seda talle omaselt kujundlikult: see on täpne nagu saksa *Ordnung*, põnev nagu Hollywoodi film ning kokkuhoidev nagu Eesti laulupidu.

Muutuste tuules

Ülle Helena silmis on haiglaapteek aastate jooksul palju kasvanud. Lisandunud on uued ravimite valmistamise ja ettevalmistamise üksused, näiteks ohtlike ravimite lahustamiskeskus ja puhasruum silmaravimite valmistamiseks. Väga oluline muutus on ka kliinilise farmaatsia tugevnemine: täna töötab apteegis doktorikraadiga kliiniline proviisor ning kliiniliste proviisorite read on veelgi täienenemas. Seda peab Ülle Helena haigla jaoks väga oluliseks ja tulevikus kasvava vajadusega suunaks.

Ta toob välja ka selle, et ravimite hankimisel on suurenenud analüüsi tähtsus – järjest enam vaadatakse, miks, mida ja kellele hangitakse ning kuidas teha seda paremini, odavamalt, kvaliteetsemalt ja mugavamalt. Viimased aastad on toonud kaasa COVID-i, sõjad, majanduslangused



Haiglaapteegi aseptika keskuse farmatseut Eva-Laura Abel (vasakul) ja proviisor-juhataja Ülle Helena Meren.



Haiglaapteegi juhataja Ülle Helena Meren välkkoosolekut pidamas.

ja tarneraskused, mis on muutnud töö ärevamaks ja ettearvamatumaks, kuid samal ajal õpetanud väga palju.

Tulevikku vaadates näeb Ülle Helena, et haiglaapteekide töös kasvab automatiseerituse osakaal ning erialatöötajad saavad rohkem liikuda osakondadesse, et olla õdedele ja arstidele veel lähedasemad koostööpartnerid. Kindlasti laieneb ka kliinilise farmaatsia ja nõustamise osatähtsus.

Eva-Laura jaoks oli haiglaapteek alguses võõras, kuid samal ajal väga põnev maailm. Ta toob välja, et tegelikkuses on see valdkond palju laiem, kui alguses tundub. Samuti on tema sõnul rohkem arengusuundi ning palju koostööd nii haigla sees kui ka haiglate vahel. SOS-olukordades tullakse üksteisele vastu ja aidatakse lahendusi leida.

Kõige rohkem üllatas teda see, kui kallid võivad olla haiglaapteegis kasutatavad ravimid. Keeruliseks osutusid raviskeemid ja nende mõistmine, sest neis on palju väikeseid nüansse, millele tuleb tähelepanu pöörata. Ta ütleb muheledes, et haiglaapteegis tuleb oma ajurakke rohkem kasutada kui näiteks jaeapteegis ning väga palju peab ise uurima.

Eva-Laura sõnul on selles töös väga olulised kiire kohanemine, info talletamine ja valmisolek kõike katsetada ja proovida. Ta ütleb ka ausalt, et isegi peaaegu aasta töötanuna ei ole tal olnud sellist klikki, et nüüd on ta „päriselt haiglaapteegi inimene“, kuigi üsna ruttu tundis ta end juba koduselt. Ta tõstab ka esile, et väljaõppeperioodil ei tundnud ta survet – kolleegid olid väga hoolivad ja vastutulelikud.

Uurime Eva-Lauralt, milline kolleegi antud nõuanne on teda seni kõige rohkem aidanud. Tema vastus on lihtne, aga väga kõnekas: „Ära kiirusta ja võta rahulikult, töö sinu eest ära ei jookse.“ Just see aitab kiirematel hetkedel säilitada kaine mõistuse. See mõte sobib hästi kokku kogu haiglaapteegi töö olemusega, kus täpsus ja rahulik tegutsemine on sama tähtsad kui tempo.

Miks tulla tööle haiglaapteeki?

Eva-Laura soovitus neile, kes kaaluvad karjääri haiglaapteegis või farmaatsias, on väga konkreetne: tulge töövarjuks ja praktikale. Tema sõnul ei saagi enne päriselt aru, millega haiglaapteegis tegeletakse, kui pole seda kõrvalt näinud. Ta lisab, et kõik noored võiksid farmaatsiat õppima minna, sest see on eriala, mis ei kao ära. Vastupidi – pidevalt saab arendada oma teadmisi ja see tähendab elukestvat õpet.

Kui vaadata Ülle Helenat ja Eva-Laurat ühise laua taga, joonistub välja väga selge tervik. Haiglaapteeki hoiavad koos inimesed, kelle töö ei pruugi alati nähtav olla, kuid kelle panus on haigla jaoks ülioluline. Seda hoiavad koos meeskond ja juhtimine, täpsus ja paindlikkus, õppimisvalmidus ja koostöö. Ülle Helena vastustest peegelduvad tugev vastutuse ja suure pildi mõõde, Eva-Laura sõnades aga värske spetsialisti aus pilk sellele, kui palju siin tuleb õppida, harjuda ja kasvada. Mõlema kogemus kinnitab, et haiglaapteek ei ole pelgalt ravimite käitlemise koht, vaid haigla väga oluline osa, mille mõju ulatub iga patsiendini.



ITK ambulatoorse taastusravikeskuse füsioterapeut Triin Jeršov demonstreerib mõningaid kõige lihtsamaid vaagnapõhjalihaste treenimise harjutusi.

Vaagnapõhjalihased vajavad treenimist ka siis, kui sümptomeid veel pole

SVEN SOMMER

Vaagnapõhjalihastest räägitakse enamasti alles siis, kui tekivad probleemid. Tegelikult on need lihased oluline osa meie igapäevasest heaolust – need toetavad põit, emakat ja soolestikku, aitavad hoida head rühti ning toetavad keha koormustaluvust.

Statistika näitab, et vaagnapõhjalihaste düsfunktsiooni kogeb elu jooksul ligikaudu iga kolmas naine. Kõige sagedamini väljendub see uriinilekete, raskustundena alakõhus, vaagnaelundite allavaje või valuna vaagnapiirkonnas. Probleemid ei puuduta ainult rasedaid või sünnitanud naisi – neid võib esineda igas vanuses ja sõltumata varasemast sünnitusloost.

Triin Jeršovi sõnul on teadlik vaagnapõhjalihaste treening mõeldud kõikidele naistele. „Vaagnapõhjalihaste probleemid võivad tekkida väga erinevatel põhjustel – rasedusest ja sünnitusest kuni istuva töö või vale koormuseni igapäevaelus. Oluline on õppida neid lihaseid tunnetama ja teadlikult kasutama,“ selgitab Jeršov.

Tema sõnul on vaagnapõhjalihaste roll palju laiem kui pelgalt sümptomite ennetamine või leevendamine. „Näiteks peaks vaagnapõhjalihaseid oskama

lõõgastada urineerimise ja soole tühjendamise ajal, kuid aktiveerida enne kõhimist, aevastamist või raskuste tõstmist. See teadlikkus aitab ennetada ülekoormust ja toetab keha loomulikku toimimist,“ ütleb ta.

Vaagnapõhjalihaste treening ei tähenda ainult ühte lihasgruppi. Tõhusaks toetuseks tuleb tugevdada ka kõhu-, selja-, reie- ja tuharalihaseid, mis aitavad hoida vaagnapiirkonda stabiilsena ning toetavad head kehahoidu.

ITK vaagnapõhjalihaste treeningus tehakse harjutusi erinevates asendites – püsti, istudes ja mattidel lamades. Kasutatakse ka erinevaid abivahendeid, näiteks kummilinte ja fitpalle, ning treening lõpeb kogu keha venitustega.

Jeršovi sõnul on oluline mõista, et tulemused ei sünni üleöö. „Lihastreening peab olema järjepidev ja regulaarne. Näiteks uriinilekete vähenemine võib

võtta aega vähemalt kolm kuud. Ka pärast tulemuste saavutamist on oluline treeningutega jätkata, et mõju säiliks,“ rõhutab ta.

Treeningud toimuvad väikestes gruppides, kuni kümne osalejaga, mis võimaldab füsioterapeudil igaühele individuaalselt tähelepanu pöörata ja harjutuste õiget sooritust jälgida.

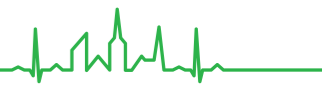
Vaagnapõhjalihaste treening ITK-s

- ♀ Järve üksus, perekooli saal
- 🕒 Igal kolmapäeval kell 16.30
- 👤 Füsioterapeut Triin Jeršov
- 💰 12 eurot kord
- 👥 Grupis kuni 10 osalejat

Treening sobib igas vanuses naistele – nii neile, kellel on juba vaevused, kui ka neile, kes soovivad neid ennetada.

Lisainfo ja registreerimine:

ITK perekooli kaudu:
www.itk.ee/perekool.



Uus Inimpäritolu Materjalide (SoHO) Keskus ühendab kogemuse, kvaliteedi ja patsiendiohutuse

Eesmärk on ühtne kvaliteedisüsteem ja parem patsiendiohutus

MARGE MARTJAK, SVEN SOMMER

Ida-Tallinna Keskhaigla (ITK) koondas 1. aprillist 2026 koepanga ja emapiimapanga üheks Inimpäritolu Materjalide Keskuseks (Substances of Human Origin – SoHO). Tegemist on strateegilise muudatusega, mille keskmes on Euroopa Liidu uue SoHO regulatsiooni rakendamine ning kvaliteedi- ja ohutusnõuete ühtlustamine. Uus keskus koondab ühe juhtimise alla kõik inimpäritolu materjalidega seotud tegevused – alates doonorlusest ja kogumisest kuni käitlemise, säilitamise ja väljastamiseni.

Regulatsioon sundis süsteemi üle vaatama

ITK otsuse taga on eeskätt Euroopa Liidu uus SoHO regulatsioon, mis loob esmakordselt ühtse õigusraamistiku kõigile inimpäritolu materjalidele. Kui kudede ja rakkude valdkond on olnud juba pikalt rangelt reguleeritud, siis emapiimapangad on seni Euroopas olnud ebahühtlaselt käsitatud – see tähendas, et oleme toetanud emapiimapanga kvaliteedidokumentatsiooni ja protsesside arendamisel väiksemal määral kui koepangas.

Uue regulatsiooniga muutuvad nõuded oluliselt rangemaks ka emapiimapanga jaoks. See tähendas, et senine eraldiseisev toimimine ei olnud enam jätkusuutlik – oli vaja ühtset süsteemi

Sisuline töö ei muutu, muutub juhtimine

Keskuse loomine ei muuda teenuste sisu: koepank jätkab kudede hankimist ja töötlemist ning emapiimapank doonorpiima kogumist ja kasutamiseks ettevalmistamist. Oluline muutus toimub juhtimises ja kvaliteedis:

- ühtne dokumentatsioon ja protseduurid
- ühine kvaliteedijuhtimise süsteem
- koordineeritud auditid, riskijuhtimine ja aruandlus

Emapiimapank saab nüüd sama süsteemse toe, mida pakuvad meie kvaliteedispetsialistid, kes on seni tegelenud koepanga kvaliteedisüsteemiga ning loimivad nüüd emapiimapanga samasse raamistikku. Mõlema üksuse arendamisega oleme loonud ka uued ametikohad: koepanga loomisega lisandus koepanga spetsialist, emapiimapanga täielikul loimimisel aga emapiimapanga spetsialist-õde ning emapiimapanga vastutav spetsialist-ämmaemand. See peegeldab meie pühendumust luua pädev

ja spetsialiseeritud meeskond, kes tagab mõlemas valdkonnas kõrge kvaliteedi.

See võimaldab vähendada dubleerimist, parandada protsesside jälgitavust ja tõsta kogu süsteemi töökindlust. Samuti toetab keskus aktiivselt haiglasest koostööd – eelkõige viljatusravikeskusega, kelle tegevused kuuluvad samuti SoHO regulatsiooni alla.

SoHO – üks mõiste, mitu valdkonda

SoHO ehk inimpäritolu materjalid hõlmavad kõiki bioloogilisi materjale, mida kasutatakse meditsiinis – alates kudetest ja rakkudest kuni doonorinnapiimani.

Sisuliselt on tegemist olukorraga, kus üks inimene aitab teist, loovutades osa oma kehast ravieesmärgil. See paneb meile väga suure vastutuse – iga protsess peab olema maksimaalselt ohutu ja kontrollitud

Võit patsientidele ja kliinikutele

Keskuse loomise peamine kasu on seotud patsiendiohutusega. Ühtne kvaliteedisüsteem võimaldab paremini tagada materjalide testimise, dokumenteerimise ja jälgitavuse kogu ahelas. Emapiimapanga jaoks tähendab see eelkõige süsteemsemat kvaliteedijuhtimist, mis toetab veelgi paremat ja turvalisemat teenust enneaegsetele lastele ja nende peredele.

Kliiniliste üksuste jaoks tähendab see selgemat töökorraldust ja kindlat kontaktpunkti. Keskus teeb igapäevaselt koostööd silmakliiniku, ortopeedia, lülisambakirurgia, naistekliiniku ja vastündinute osakonnaga.

Kompleksne valdkond: meditsiin, logistika ja eetika

SoHO valdkonna juhtimine tähendab samaaegselt meditsiiniliste, logistiliste ja eetiliste riskide haldamist. Materjalid on ajakriitilised, nõuavad ranget temperatuurikontrolli ning täielikku dokumenteerimist reaajas. Meditsiinilisel tasandil on suurim väljakutse kõrge kvaliteedi hoidmine kõigis protsessides – alates doonori sobivuse hindamisest kuni

materjali lõpliku kasutamiseni. Vigadel ei ole siin marginaali.

Lisaks on keskne roll eetikal. Doonorlus põhineb usaldusel ning iga materjali kasutamine peab olema põhjendatud, läbipaistev ja austama doonori tahet.

Rahvusvaheline mõõde

SoHO valdkond tugineb rahvusvahelistele standarditele ja ühtlustatud nõuetele. ITK koepanga arendamisel on puhasruumide kavandamisel ja toimumisel võetud aluseks Euroopa GMP põhimõtted ning ISO 14644 standard, mis loovad tugeva vundamenti kvaliteedi ja ohutuse tagamiseks.

Keskuse juht osaleb Euroopa Elundite, Kudede ja Rakkude Komitee (European Committee on Organs, Tissues and Cells (CD-P-TO)) töös Eesti rakkude ja kudede valdkonna esindajana ning on alates 2024. aastast täitnud vaheldumisi komitee aseesimehe ja esimehe rolli. Komitees arendatakse Euroopa tasandil elundite, kudede ja rakkude siirdamise kvaliteedi-, ohutus- ja eetikanõudeid. See võimaldab tuua rahvusvahelise kogemuse ja parimad praktikad otse Eesti tervishoidu.



Koepangas valmistatakse amnionimembraani, mida kasutatakse meditsiinis, eriti silmaravis, sarvkesta pindmiste vigastuste raviks.



Süsteem sõltub doonoritest

Nii koepanga kui emapiimapanga toimimine sõltub täielikult vabatahtlikest doonoritest. Emapiimapangal on igal aastal keskmiselt 25–30 doonorit – iga doonor on asendamatu. Koepangas on meil aastas üle 100 koedoonori, kuid vajadus on pidev ja kasvav.

Kogu süsteemi alguspunkt on inimene, kes on otsustanud panustada – olgu see emapiimadoonor, kes aitab enneaegset vastündinut, või kudede doonor, kelle annetus toetab tulevikus kellegi liikumisvõimet või nägemist.

Sageli ei anneta inimesed seetõttu, et nad ei soovi, vaid seetõttu, et nad ei tea, et see võimalus olemas on – või kardavad, et protsess on keeruline või ohtlik. Tegelikult on annetamine hoolikalt reguleeritud ja doonori ohutus on alati esmatähtis.

Teadlikkuse tõstmine on kriitilise tähtsusega – inimesed peavad mõistma, et nende panusel on otsene mõju kellegi elule või tervisele

Ilma ühiskonna panusest ei ole võimalik neid teenuseid pakkuda. SoHO keskuse loomine annab meile parema aluse teavitustegevust süsteemsemalt planeerida – nii haigla sees kui ka laiemas avalikkuses.

Eesmärk: kompetentsikeskus Eestis Lähiaastatel keskendub ITK SoHO keskus eelkõige uue regulatsiooni täielikule rakendamisele, kvaliteedisüsteemi tugevdamisele ja koostöö arendamisele nii haiglasiseselt kui ka rahvusvaheliselt.

Pikemas perspektiivis on ambitsioon kujundada keskusest riiklik kompetentsikeskus, mis toetab nii teisi haiglaid kui ka tervishoiusüsteemi laiema.

15 aastat valdkonna arendamist

Inimpäritolu materjalide valdkond on ITK-s arenenud järjepidevalt. Haiglal on kudede hankimise ja käitlemise tegevusluba alates 2009. aastast ning autoloogsete seerumsilmatilkade valmistamise kogemus alates 2011. aastast. Samuti on pikaajaline kogemus sarvkesta, amnionimembraani ja skeletisüsteemi kudede käitlemisel.



Luupuru valmistamine koepangas. Luupuru on eeskätt hambaravis ja traumatoloogias kasutatav materjal luudefektide täitmiseks.

Emapiimapank asutati 17. juunil 2010 dr Annika Tiit-Vesingi ja dr Pille Andressoni eestvedamisel – see oli Balti riikide esimene emapiimapank. Koepank avati 2022. aasta juunis Eesti esimese haiglasises multikoepangana.

Olen saanud olla osa selle valdkonna arengust algusest peale ning selle potentsiaal on väga suur. See on süsteem, mida on võimalik teadlikult ja järjepidevalt arendada nii, et sellest võivad otseselt patsiendid

Keskuse juhi Marge Martjaki teekond selles valdkonnas algas ITK-s 2011. aasta mais kvaliteedispetsialistina, kus tema

eeseseks ülesandeks oli rakkude ja kudede kvaliteedisüsteemi loomine ja juurutamine – sealhulgas viljatusravis. Sealt edasi liikus roll loomulikult koepanga loomise ja juhtimiseni ning nüüd SoHO keskuse juhatajana.

Selle töö suurim väärtus peitub selle mõjus – iga doonorlus ja iga kasutatud materjal võib otseselt parandada või päästa elu. Just see teadmine ongi peamine motivatsioon.

Inimpäritolu Materjalide Keskus alustas tegevust Ida-Tallinna Keskhaiglas 1. aprillil 2026, ühendades emapiimapanga – mis asutati 17. juunil 2010 dr Annika Tiit-Vesingi ja dr Pille Andressoni eestvedamisel Balti riikide esimese omataolisena, ning koepanga, mis avati Eesti esimese haiglasises multikoepangana 2022. aasta juunis. Keskust juhivad Marge Martjak, kes on ITK-s rakkude ja kudede valdkonnas töötanud alates 2011. aastast.

Rinnavähi ennetus algab varem, kui arvame

ITK seminar „Rinnaevalust rinnavähini“ tõi esile riskid, pärilikkuse ja varajase märkamise

SVEN SOMMER

Rinnavähi patsienditeekond ei alga diagnoosist, vaid sageli juba enne esimeste sümptomite ilmumist. Just sellele keskendus 24. aprillil ITK-s toimunud hübriidseminar „Rinnaevalust rinnavähini“, kus erinevate erialade spetsialistid avasid rinnahaiguste käsitlemist tervikuna: riskihindamisest ja esmatasandi märkamisest kuni ravi, viljakuse ja pärilikkuse küsimusteni.

Seminar tõi esile olulise muutuse rinnavähi käsitlemisel – järjest enam pööratakse tähelepanu haiguse varajasele avastamisele ja individuaalse riski hindamisele. Üha suuremat rolli mängivad integreeritud riskihindamise mudelid, mis võimaldavad hinnata naise individuaalset haigestumiskiini ning tulevikus kohandada jälgimist ja sõeluuringuid vastavalt riskitasemele.

ITK rinnakeskuse juhataja dr Gabor Szirko rõhutas seminaril, et vanus ei ole enam ainus riskifaktor, mille järgi rinnavähi sõeluuringuid kavandada. „Vanus on ainult üks riskifaktor paljude seas. Kui arvestame lisaks geneetikat, perekonnaanamneesi ja

teisi kliinilisi tegureid, saame palju täpsema pildi sellest, keda ja millal tuleks jälgida,“ selgitas dr Szirko, tutvustades kaasajaseid integreeritud riskihindamise mudeleid.

Erilise tähelepanu all oli ka päriliku rinnavähisündroomi teema. Kuigi hinnanguliselt 5–10 protsenti rinnavähkidest on seotud pärilike geenimuutustega, jäävad mõned kõrgendatud riskiga inimesed endiselt avastamata, sest ainult pereanamneesi ei pruugi alati kogu riski piisavalt hästi peegeldada.

„Varajane tuvastamine tähendab siin võimalust rakendada riskivähendavaid ja jälgimisstrateegiaid, mitte ainult ravi.

Positiivne geenileid ei ole ainult ühe inimese küsimus – see puudutab sageli tervet perekonda ja võimaldab vajadusel riskihindamist ka lähedaste jaoks,“ rõhutas dr Szirko oma ettekandes päriliku rinnavähisündroomi käsitlesest.

Päeva jooksul käsitleti ka rinnakaebuste esmatasandi käsitlemist, healoomulisi rinnahaigusi, viljakuse säilitamise võimalusi rinnavähi ravi ajal, juhtumikorraldust ning ravijärgset jälgimist. Nii joonistus seminarist välja rinnavähi patsienditeekond, kus iga etapp – alates esmasest pöördumisest kuni pikaajalise jälgimiseni – mõjutab ravi kvaliteeti ja patsiendi kogemust.

Seminaril lõpetas ühine arutelu, kus osalejad said jagada praktilisi kogemusi ja arutada eri erialade koostöövõimalusi. Hübriidvorm võimaldas osaleda nii kohapeal kui ka veebis, tuues kokku laia ringi tervishoiutöötajaid ning toetades teadmiste jagamist üle erialapiiride.

ELULISELT OLULINE!

Rinnavähi sõeluuring 2026

Kkutsume naisi sünniaastaga
1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964,
1966, 1968, 1970, 1972, 1974, 1976

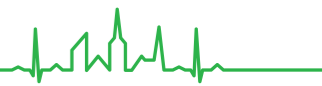
Rinnavähi sõeluuring on TASUTA.

Uuring toimub
Ida-Tallinna Keskhaigla
Magdaleena üksuses,
Pärnu mnt 104.

Uuri lisaks

www.terviseportaal.ee

Aja broneerimine
666 1900



Alfa-gali sündroom – mis see on?

INGE SUDER

Kevadiselt soojad ilmad viivad inimesi aina rohkem aeda toimetama ja loodusesse liikuma, kus tee võib ristuda puugiga. Nagu teada, kannavad puugid edasi mitmeid haigusi – puukentsefalidist ja -borrelioosist on ilmselt kõik kuulnud. Viimasel ajal on aga üha sagedamini diagnoositud kolmandatki puukide abil kujunevat haigust – alfa-gali sündroomi. Mis see on ja kuidas muudab see haigus inimese elu? Sündroomist, aga ka selle tekkemehhanismist ja sümptomitest räägib lähemalt meie allergoloog-immunoloog, dr Krista Ress.

Alfa-gali sündroomi (AGS) tuntakse ka kui punase liha allergiat. See tähendab, et keha hakkab reageerima allergiliselt imetajate kudedes leiduvale süsivesikule nimega galaktoos-alfa-1,3-galaktoos (alfa-gal). Seetõttu võib juhtuda, et inimene ei saa süüa enam imetajate siseorganeid (nt maks, neer) ega liha ning mõnikord ka piimatooteid sisaldavaid toite. „Samuti võivad halvasti mõjuda toidud ja ravimid, mille puhul seosele loomse päritoluga ei pruugi esimese hooga tulla – näiteks loomset päritolu želatiini sisaldavad kummikommid või ravimikapslid,“ täpsustab dr Krista Ress.

Enamasti seostuvad meile toiduallergiatega reaktsioonid, mis tekivad minutite jooksul peale konkreetsete toiduainete söömist (nt pähklid,

koorikloomad, kalad vmt). Alfa-gali sündroom on seotud aga hoopis teistsuguse loogikaga. Inimest hammustades satub puugi sülgest alfa-gal inimese organismi ning inimene võib hakata selle vastu IgE antikehi moodustama. Kui eelnevalt tundlikuks muutunud inimene sööb alfa-gali sisaldavaid tooteid, vallandub allergiline reaktsioon. Inimesel võib tekkida sügelev nõgeslööve, iiveldus ja oksendamine, kõhulahtisus, hingamisraskused, raskematel juhtudel kõriturse ja anafülaksia. „Täna me veel ei tea, miks selline ülitundlikkus osadel inimestel niimoodi tekib,“ selgitab dr Ress. „Muudest toiduallergiatest erinevalt ei teki ka kaebused kohe peale söömist, vaid tavaliselt hoopis kahe kuni kuue tunni möödudes. Sümptomid tekivad kõige



Dr Krista Ress

sagedamini siis, kui eelnevalt mitmeid kordi puugilt hammustada saanud inimene on söönud imetajate siseorganeid, näiteks maksa, neeru, südant, aga ka punast liha sisaldavaid toite,“ selgitab dr Ress.

Kaebused ei teki kohe peale söömist, vaid tavaliselt hoopis kahe kuni kuue tunni möödudes

AGS-i tuntakse alles pisut üle paarikümne aasta: sündroomi kirjeldati esimest korda 2002. aastal USAs, meil diagnoositi esimene patsient 2018. aastal. Tänapäeval on Eestis tuvastatud sündroom umbes 30 inimesel.



Üllatuslikult võivad ka loomset päritolu želatiini sisaldavad kummikommid või ravimikapslid tekitada allergilist reaktsiooni.

USAs on sündroomi uurimisega väga aktiivselt tegeldud ning teadlikkust on tosikonna aasta võrra kauem kui meil ning tänaseks on seal hinnanguliselt ligi pool miljonit alfa-gali sündroomiga inimest. Vaatamata sellele on meil täna selle sündroomi kohta veel palju teadmata nüansse. Siiski, AGS-ga inimesi uurides on täheldatud, et B- ja AB-veregrupiga isikutel

on sündroomi tekke risk oluliselt madalam kui A- ja O-veregrupiga inimestel.

Kuna täna ei ole veel sündroomi avaldumise mehhanism päris selge, ei ole selle sündroomi vastu ka ravimit, mis aitaks seda ennetada või välja ravida. Nii ongi ainus ravi puugihammustuse, samuti reaktsiooni tekitada võivate toitude, toiduainete ja ravimite vältimine.

„Sündroomi diagnoosimisel on põhiohk patsiendiga vestlemisel, mille abil jõuame arusaamani, et kaebused võivad sündroomile viidata,“ selgitab dr Krista Ress. „Ja alles seejärel kinnitame diagnoosi vereprooviga.“

Kuna haigus on uus ja Eestis väga vähe levinud, siis ei pruugi ilmselt paljud

Samuti peab ka patsient ise oma mure spetsiifikast teadlik olema, et arsti selle olemasolust informeerida

arstid ja õedki sellest teadlikud olla, tavainimestest rääkimata. Seetõttu ongi oluline tösta kõikide, ka arstide teadlikkust. „Misiganes valdkonna raviarst, kellega alfa-gali sündroomiga inimene kokku puutub, võiks teada ja osata arvestada ravimite koostisega, sest AGS-iga inimene ei pruugi taluda mõningaid ravimeid, mis võib olla loomset päritolu või näiteks sisaldada želatiini. Samuti peab ka patsient ise oma mure spetsiifikast teadlik olema, et arsti

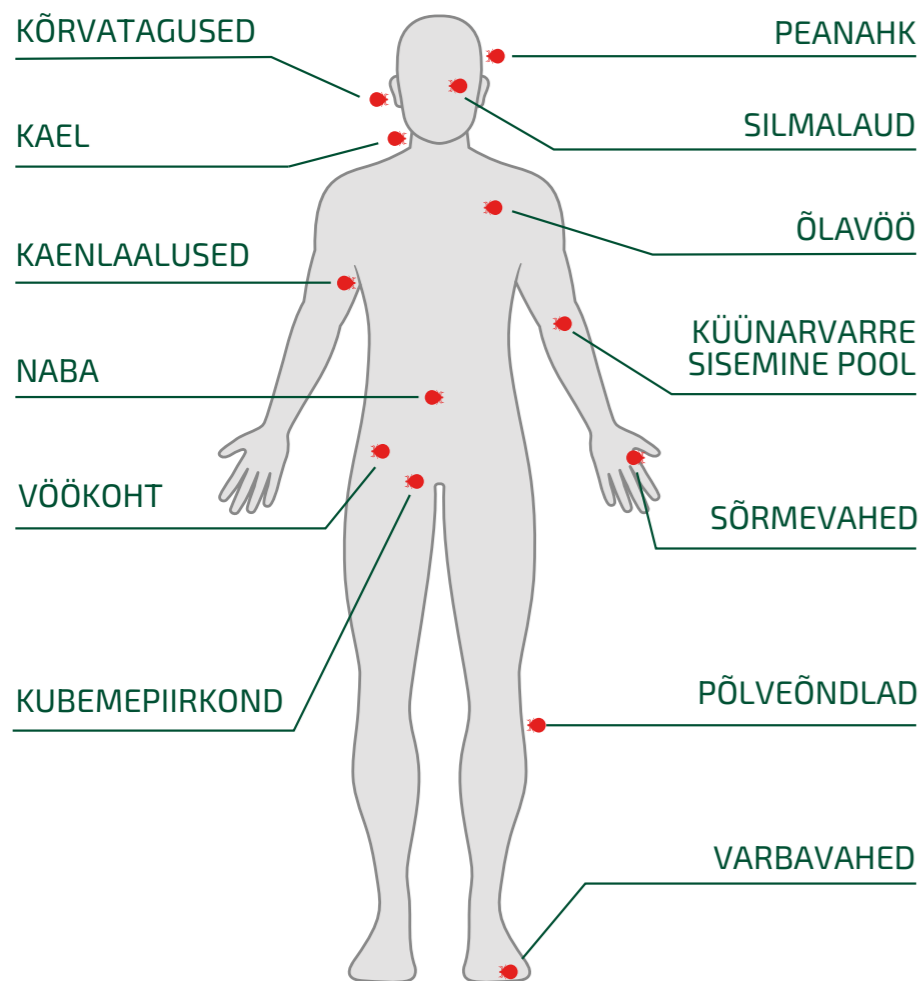
Riietus



Allikas: Terviseamet <https://www.terviseamet.ee/nakkushaigused/puugibaigused#kuidas-end-kaitsta>



Vaatus



Allikas: Terviseamet
<https://www.terviseamet.ee/nakkushaigused/puugihaigused#kuidas-end-kaitsta>

selle olemasolust informeerida,“ toob dr Ress esile teadlikkuse olulisust.

Kuidas siis ikkagi puukidega levivaid haigusi vältida? Puukentsefaliidi vastu on võimalik vaksineerida ning selleks ongi parim aeg just märts-aprill. Vaktsiini põhikuur koosneb kolmest vaktsiinist, hiljem tuleb end vastavalt vanusele teatud aastate tagant revaksineerida.

Kuna teiste puukide tekitatavate haiguste (borrelioos, alfa-gal) vastu vaktsiini veel ei ole, on parim moodus puugihammustuse vältimine. Seetõttu tuleks looduses liikudes kanda sobivaid rõivaid (vt eelm lk joonist). Samuti on oluline pärast looduses käiku kontrollida riided ja keha puukide suhtes üle. Kuna puugid kipuvad pugema kohtadesse, kust neid ei ole kerge leida, on oluline üle vaadata ka varjatud kohad, nt kõrvatagused, juuksed, kael, kaenlaalused, naba, vöökoht, kubemepiirkond, jalad, põlveõndlad ja varbavahed (vt kõrvalolevat joonist).

Ka looduses kaasas olnud või koduaias mütanud lemmikloom on oluline üle kontrollida, sest temaga koos võib puuk tulla ja sealt inimesele liikuda. Lemmikloomale on hea suveks spetsiaalne puugivastane kaelarimh osta või kasutada muud lemmikloomadele mõeldud puugitõrjevahendit.

Seega on ennetuses oluline tähelepanelikkus ja lihtne talupojatarkus, kuna puukide levitatavad haigused ei ole tavaliselt kerge kuluga.

Puugihooaeg on alanud: puukentsefaliidi vastu aitab vaid vaksineerimine

„Puukentsefaliidil puudub siiani spetsiifiline ravi, haiguse kulg võib olla raske ja põhjustada pikaajalisi kahjustusi. Vaksineerimine on ainus tõhus ennetusmeede,“ rõhutab ITK infektsioonhaiguste arst Leelo Moosar.

Puukentsefaliidi vastast vaksineerimist saab teha põhimõtteliselt kogu aasta vältel. Praegu on aga õige aeg alustada või jätkata vaksineerimist sel hooajal. Vaksineeritakse puukentsefaliiti mittepõdenuid. Immuunsuse kujunemiseks kulub peale esimest vaktsiinidoosi kuni kuu, kuid **ühe hooaja kaitseks on vaja kahte esmast süsti**. Kolmas vaktsiinisisüst tehakse tavaliselt 9–12 kuu pärast. Esimene

revaksineerimine tehakse peale kolme esimest vaktsiinisisüsti igas vanuses 3 aasta pärast, järgmised revaksineerimised tehakse lapseast kuni 50. eluaastani iga 10 aasta tagant, 50–60-aastastele iga 5 aasta tagant ja üle 60-aastastele revaksineerimised 3-aastase vahega.

„Vaksineerima tullakse sageli siis, kui esimesed puugihammustused on juba saadud ja suve keskpaik käes. Tegelikult



peaks vaksineerimisega alustama enne puugihooaja algust – eriti praegu, kui haigusega nakatunud puuke leidub palju ka linnaparkides ja koduhoovis,“ ütleb dr Moosar.

Vaata 2025 oktoobris Terviseameti uuendatud puukentsefaliidivastase vaksineerimise skeemi:

Immunoprofülakтика ekspertkomisjon soovib tavapärasel puukentsefaliidi vastasel immuniseerimisel lähtuda edaspidi järgnevast skeemist:

Puukentsefaliidi vastane tavapärase vaksineerimisskeem	Encepur	Ticovac
1. doos	Valitud kuupäev	
2. doos	1–3 kuud pärast 1. doosi	
3. doos	9–12 kuud pärast 2. doosi	5–12 kuud pärast 2. doosi
Esimene revaksineerimine	3 aastat pärast 3. doosi	
Edasine revaksineerimine	<50-aastastele eelnevast doosist 10 aastat hiljem 50–60-aastastele eelnevast doosist 5 aastat hiljem 60-aastastele eelnevast doosist 3 aastat hiljem	

Kui dooside vaheline intervall jäi pikemaks kui eespool soovitatud, siis tuleb jätkata skeemi sealt, kus see enne pooleli jäi (**mitte alustada vaksineerimiskuuuri algusest peale!**).

TULE VAKTSINEERI PUUKENTSEFALIIDI VASTU!



Registreeru Ida-Tallinna Keskhaigla vaksineerimiskabineti vastuvõtule telefonil

666 1900



Keskhaigla peaarstid 1918–2025

ARNE-LEMBIT KÖÖP

Heidame pilgu meie haigla ajalukku ning vaatame, kes on olnud veidi rohkem kui saja aasta jooksul ITK ja selle eelkäijate peaarstid ning millega on nende aeg silma paistnud.



Dr Renaud von Wistinghausen

Saksa okupatsiooni ajal oli Priihospitalist saanud Eestimaa Kubermangu Haigemaja. 1. oktoobrist 1918 allutati haigla Maavalitsusele ja nimetati ümber Maakonna Haigemajaks. Saksa okupatsiooniväe lahkudes 1918. aasta lõpus läks nendega kaasa ka senine peaarst Renaud von Wistinghausen.



Dr Paul Armsen

23. detsembrist 1918 võttis haigla üle Linnavolikogu ja haigla sai nimeks Linna Keskhaigemaja. Haigla peaarstiks sai 20. detsembrist naiste sisejaoskonna ordinaator

Paul Armsen. Ta oli omapärane isiksus, haigetega vestles eesti keeles, kuid eesti arstidega rääkis saksa keeles. Ta oli Eestimaa Abiandmise Seltsi ja korporatsioon Estonia liige. Ta asus iseseisvuse lõpul ümberasujana Posenisse, kust ta sõja lõpul põgenes oma viimasesse asukohta Müritzis.



Dr Karl-Eduard Sibul

6. juunil 1919 andis dr Armsen peaarsti ülesanded üle Karl-Eduard Sibulale ja jätkas naiste sisejaoskonna juhatajana. 1928. aastal tekkis K.-Ed. Sibulal haiglat revideerinud linnaametnikuga konflikt seoses nende ebaobjektiivsusega, mispeale andis ta linnavalitsusele lahkumisavalduse. Teda keelitati avaldust tagasi võtma, kuid ta nõustus töötama vaid aasta lõpuni.

Kuni otsiti uut peaarsti, sai peaarstiks kirurgiaosakonna juhataja Evald Kirnmann. Tema tööaeg kestis kolm kuud: 1. jaanuarist – 31. märtsini 1929.

01. aprillil 1929 kinnitati uueks peaarstiks seni Linnalaboratooriumis töötanud Eduard-Voldemar Soonets. Sibula ja Soonetsi juhtimisel, kuigi küllaltki tagasihoidlikes tingimustes töötades sai senisest Priihospitalist head tehnikat ja laboratoorseid uuringuid kasutatav, kvalifitseeritud arstide ja personaliga



Dr Eduard-Voldemar Soonets

varustatud moodne haigla.

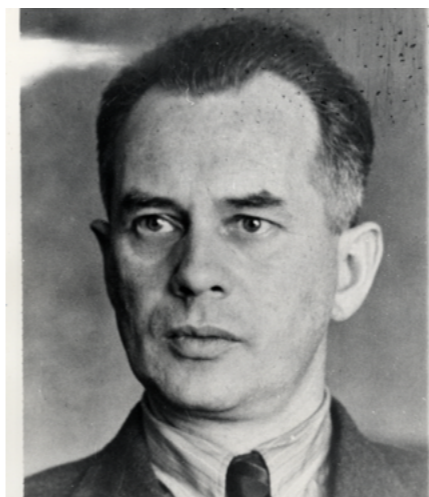
Soonets lahkus 1943. aastal ja haigla juhtimise võttis üle James Raukas. Tema eduka tegevuse tulemusena taastati 9. märtsi pommirünnaku kahjustused kahe kuuga ja haigla jätkas töötamist. Raukas töötas sel ametikohal 1944. aasta sügiseni ja põgenes võõrvõimu eest Rootsi. 1944. aasta sügisel lahkusid samadel põhjustel välismaale kõik administratiivse töö kogemustega Keskhaigla arstid peale silmahaiguste osakonna juhataja Aleksander Taumi.

Taumi oli kolmekümnendatel aastatel töötanud Sõjaväe Keskhaiglas, viimasel ajal ülemaarstina. Sõjaväe Keskhaigla likvideerimise järel tuli ta alates 1. jaanuarist 1941 Keskhaigla silmosakonna juhatajaks. Septembris 1944 saabunud Nõukogude võimu esindajatel ei olnud muud valikut kui määrata Taumi alates 1. oktoobrist 1944 peaarstiks. Tal tuli haigla tööle rakendada 11 arstiga varasema 30 arsti asemel. Vaevalt oli haigla saanud tööle hakata, kui Tallinna Linna Tervishoiuosakond suunas haigla peaarstide ravialal abiks 1. veebruaril 1946 Venemaalt tulnud staažika parteilase Justin Normani.

Tallinna Linna I Haiglast sai 1. augustist 1946 Vabariiklik Tallinna Kliiniline Keskhaigla, mis tähendas administratiivselt senise Tallinna Tervishoiuosakonna alluvusest üleminekut Tervishoiuministeeriumi alluvusse. 9. jaanuarist 1947 vabastati peaarst Taumi ametist ja tema mantlipärijaks määrati Justin Norman, kes üritas juurutada venelikkude tööstili, kuigi mitte eriti õnnestunult. Tervishoiuminister vabastas Normani ametist 3. novembril 1949.

Uueks Keskhaigla peaarstiks määrati kohakaasluse korras meditsiini-

teaduste kandidaat Arnold Reiman. Reiman lõi teadustöölased sidemed Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudiga. Äsja valminud uues sünnitus- ja günekoloogiamajas käivitas ta neli osakonda. Samuti avas ta 1950. aasta jaanuarist uued osakonnad: traumatoloogia, laste- ja uroloogia osakonna. Reiman vabastati töölt 3. augustil 1950, et ta saaks jätkata tööd EKM Instituudi direktorina (1948–1952).



Dr Arnold Reiman

Samast päevast sai uueks peaarstiks tatarlanna Zore Edlerskaja, kes toodi Keskhaiglasse venestamise teostamiseks, mida ta üritas teha vahelduva eduga. Günekoloog Lia Prohorov on oma memuaarides nimetanud Edlerskaja töötamist Keskhaiglas „Tatari ikke“ ajaks, kuna ta juurutas haiglas vene keele kasutamise. Edlerskaja vabastati ametist 23. detsembrist 1952 ja tema „patud“ on üles loetud ministri käskkirjas: finantsdistsipliini rikkumine, personaliga jöhker käitumine, kriitika summutamine ja haigla formaal-bürokraatlik juhtimine.

Uus peaarst Maria Smirnova oli hilisema anestesioloogia osakonna juhataja Bernhard Lehepuu meenutustes „rahulikuma iseloomuga ja soovis uute arengute suhtes“. 1959. aastal toodi Tõnismäe haiglast Keskhaiglasse üle stomatoloogilise kirurgia osakond. Ka Smirnova jäi vahele majandusnõuete rangete reeglite rikkumisega ja pidi 1962. aastal lahkuma. Ta jätkas tööd füsioteraapia arstina.

Smirnova asemele suunati peaarstiks seni administratiivsetel ametikohadel töötanud August Roosileht, kes oli peaarst aastatel 1962–1975. Tema eestvedamisel reorganiseeriti 1962. aastal kirurgiaosakonnad: avati lastekirurgia ja

rindkere kirurgia osakond. 1963. aastal avati anestesioloogia osakond ning 1968. aastal intensiivravi palat. Roosileht edutati 1975. aastal uuele töökohale ENSV Tervishoiuministeeriumis.

Uueks peaarstiks määrati seni tervishoiuorganisaatori ja neuroloogina töötanud Niin Ajasta, kes oli ametis aastatel 1975–1979. Tema juhtimisel profileeriti haigla ümber terapeutilise suunitlusega haiglaks. Likvideeriti traumatoloogia osakond, teistesse haiglatesse viidi üle stomatoloogilise kirurgia osakond, lastekirurgia osakond ja neurokirurgia osakond. Ajasta lahkus 1979. aastal töölt terviselikel põhjustel, väiksema asutuse peaarstiks.

Järgmiseks peaarstiks (1979–1982) määrati uroloogia alal dissertatsiooni kaitsnud Toivo Velgre. 1980. aastatel alanud haigla suuremahulise remondi ajaks viidi kirurgia ja uroloogia osakond ajutiselt üle Kiirabihaiglasse. Velgre lahkus töölt 1982. aastal.



Dr Väino Tuppits

Uueks peaarstiks kinnitati Väino Tuppits, kes töötas peaarstina aastatel 1982–1994. 1983. aastal pandi nurgakivi silmakliiniku hoonele, mis valmis 1985. V. Tuppitsa ja Vello Valdese ühiste pingutuste tulemusel valmis 1994. aastal uus patoloogikumi hoone. V. Tuppits suri 26. juunil 1994.

Võimeka ja karismaatilise peaarsti mälestuseks on tema järgi nimetatud üks meie haigla suuremaid auditooriume. 2001. aastal algatas tema perekond Väino Tuppitsa nimelise mälestusfondi, mis toetab Tallinna Keskhaigla traditsioone elanikkonnale kõrgetasemelise meditsiiniabi tagamisel ja meditsiinikaadri ettevalmistamisel. Stipendiumi antakse välja üle aasta.

Tuppitsa järel määrati peaarstiks Jaan Rüütmann, kes töötas peaarstina aastatel 1994–1996. 1995. aastal moodustati haiglas viis kliinikut ja ühendati mitmed osakonnad. Aasta varem taasavati uue osakonnana ortopeedia osakond. Rüütmann edutati 1996. aastal Sotsiaalministeeriumi kantsleriks. Peaarsti ametisse kinnitati Andrus Mäesalu, kes oli sellel ametipostil aastatel 1996–2001.

Tallinna Linnavolikogu otsusega liideti 2001. aasta augustis Tallinna Keskhaigla, Magdaleena haigla ja veel viis tervishoiuasutust. Uueks nimeks sai AS Ida-Tallinna Keskhaigla, mille esimene lühiaegne juhatuse esimees oli Peeter Mardna. Juhatuses täitis ravijuhi kohuseid Ralf Allikvee. Erinevate asutuste sisulise liitmisega hakkas tegelema järgmine juhatuse esimees Meelis Roosimägi (2001–2006).

Ravijuhina jätkas juhatuses Ralf Allikvee, kes oli juhatuse esimeheks aastatel 2006–2021. Allikvee eestvedamisel jäädvustati endiste haigla juhtide mälestus – nagu eespool mainitud, anti esindusauditooriumile Väino Tuppitsa nimi ning avati esimese eestlasest ravijuhi Karl-Eduard Sibula nimeline mälestuspink.

2020. aastal algas Covidi-periood ja leidis aset haigla juhatuse esimehe Ralf Allikvee töölt eemaldamine ebaõigete kahtlustuste alusel. Ravijuht Ene Halling jäi koos õendusjuhi Ülle Rohiga kahekesi haiglat juhtima ning see oli keeruline aeg. Kaks kuud hiljem taastas haigla nõukogu Ralf Allikvee volitused.

16. augustil 2021 alustas Ida-Tallinna Keskhaigla juhina tööd Tarmo Bakler, kes teeb seda tööd tänaseni. Bakleri ees seisis 2021. aastal raske ülesanne – taastada pandeemiaeelne olukord, samuti lõpetada Erakorralise Meditsiini Keskuse remont. Tema ametiaega on jäänud ka Magdaleena üksuse polikliiniku renoveerimine – 30. mail 2023 avati Magdaleena Tervisemaja. Alates 23. juunist 2023 töötab juhatuse liikme-ravijuhina dr Kai Sukles ja Kätlin Pallo juhatuse liikme-õendusjuhina alates 2023. aastast.

Uuteks väljakutseteks on olemasoleva, hästi toimiva haigla edasiarendamine, töötajate motiveerimine ja Tallinna Haigla konsolideerumise protsessis osalemine. Samuti valmisolek jätkata haiglakorpuste renoveerimist, mis looks patsientidele kaasaegsemad ravi- ja diagnostikavõimalused ja kogu personalile parema töökeskkonna.

Ferenc Szirko pälvis Tallinna linna teenetemärgi – palju õnne!

Meie haigla naistekliiniku perinataalkeskuse sünnituseelse osakonna günekoloog-konsultant Ferenc Szirko esitati Tallinna linna teenetemärgile sünnitusabi, günekoloogia ja perinataalmeditsiini arendamise eest.

Ferenc Szirko on pikaajalise kogemusega naistearst, kes on andnud märkimisväärse panuse sünnitusabi, günekoloogia ja perinataalmeditsiini arengusse Eestis. Tema töö keskmes on olnud naiste ja vastsündinute tervise hoidmine ning turvalise ja kvaliteetse arstiabi tagamine nii igapäevases ravitöös kui ka keerukamate juhtumite käsitlemisel. Eriti oluline on olnud tema roll perinataalmeditsiini valdkonnas, kus ta on tegelenud kõrge riskiga raseduste jälgimise, loote seisundi hindamise ning keeruliste sünnitusjuhtumite juhtimisega.

Szirko on tunnustatud oma kõrge erialase pädevuse, täpse diagnostilise mõtlemise ja kindlakäelise otsustusvõime poolest, mis on kriitilise tähtsusega ema ja lapse turvalisuse tagamisel. Tema töö on

aidanud kaasa ravikvaliteedi ja -ohutuse tõstmisele ning kaasaegsete käsitlusviiside rakendamisele perinataalabis.

Lisaks kliinilisele tööle on ta panustanud eriala arengusse laiemalt, jagades oma teadmisi ja kogemusi kolleegidele ning toetades nooremate arstide professionaalset kujunemist. Ta on osalenud ka erialastes aruteludes ja koostööprojektides, mis on suunatud sünnitusabi kvaliteedi ühtlustamisele ning ravijuhiste arendamisele. Tema tööstiili iseloomustavad süsteemsus, vastutustunne ja patsiendikeskne lähenemine, mille keskmes on alati patsiendi turvalisus ja parim võimalik ravitulemus.

Szirko pühendumus ja järjepidev töö aastate jooksul on aidanud kujundada usaldusväärset ja kvaliteetset naiste ja



Dr Ferenc Szirko

vastsündinute tervishoiuteenust ning tema panus on olnud oluline nii Ida-Tallinna Keskhaigla kui ka Eesti tervishoiu arengus laiemalt. Tema tegevus on toetanud ka interdistsiplinaarse koostöö tugevdamist sünnitusabi, neonatoloogia ja teiste seotud erialade vahel, mis on kaasaegse perinataalabi üks olulisi alustalasid.

„Teenetemärgid on tunnustus inimestele, kes on oma töö ja pühendumusega andnud Tallinna arengusse märkimisväärse panuse ning kujundanud Tallinna nägu eri valdkondades,“ märkis Tallinna linnapea Peeter Raudsepp.

Teenetemärgid anti kätte 13. mail Tallinna linnateatris.

Tööjuubelid

APRILL
25

SVEA SILDMÄE
kardioloog, sisekliinik

20

PRIIT RUUGE
juhtiv meditsiinifüüsik, diagnostikakliinik

KADI VIIRAND
osakonna sekretär, diagnostikakliinik

MOONIKA EENSALU
labori assistent, diagnostikakliinik

KÜLLI ERLANG
osakonnajuhataja, naistekliinik

ANNALIISA PÜÜDING
osakonna ämmaemandusjuht, naistekliinik

15

ANDE PINNAR
juhtiv radioloogiatehnik, diagnostikakliinik

MARINA SÕTŠJOVA
puhastusteenindaja, haldusteenistus

JEKATERINA PONOMARENKO
õde, sisekliinik

EDA MANGUS
õde, öendusabikliinik

10

HEDY-KEIT KALJULAI
osakonna abiline, diagnostikakliinik

LIUDMILA TODUROVA
puhastusteenindaja, haldusteenistus

ANASTASSIA REPINA
õde, kirurgiikliinik

MILVI VIMB
osakonna abiline, naistekliinik

JEKATERINA HARITONOVA
endokrinoloog, sisekliinik

ILONA SLOTJUK
õde, öendusabikliinik

5

ANTON LOSSITSKI
kvaliteedispetsialist, administratiivteenistus

EHA PENDER
labori assistent, diagnostikakliinik

RENO VOSMI
radioloogiatehnik, diagnostikakliinik

ALINA TIMOŠINA
anesteesiaõde, kirurgiikliinik

JEVGENIA TVORONOVITŠ
osakonna abiline, kirurgiikliinik

IRINA VALINKEVITŠ
osakonna assistent, kirurgiikliinik

ALEVINA VILDE
õde, kirurgiikliinik

OLESJA KARPITŠ
hooldaja, naistekliinik

TIIU HALLIK
ämmaemand, naistekliinik

LIISA HALDNA
arst-resident, naistekliinik

ANNA TERPUGOVA
hooldaja, sisekliinik

OLGA GORBATENKO
õde, öendusabikliinik

MERLE RANDMA-LIIVRAND
õde, öendusabikliinik

MAI

30

MARJE AIDLA
osakonna sekretär, diagnostikakliinik

20

KARIN REIMO
vastutav bioanalüütik, diagnostikakliinik

MARGUS LEHISMETS
autojuht, haldusteenistus

JEKATERINA BOBROVA
anesteesiaõde, kirurgiikliinik

ANASTASSIJA ANTONENKO
õde, naistekliinik

15

TATJANA MUHHINA
õde, diagnostikakliinik

JELENA BORISSOVA
puhastusteenindaja, haldusteenistus

SVEN VIILUP
peaspetsialist, info- ja meditsiinitehnoloogia teenistus

ANASTASSIA SEPP
õde, kirurgiikliinik

IRINA KUZNETSOVA
õde, sisekliinik

SVETLANA ZAKURAKINA
hooldaja, öendusabikliinik

OLGA GORBATENKO
õde, öendusabikliinik

10

JURI MARKOV
majahoidja, haldusteenistus

JULIJA MOŽEJEVA
osakonna abiline, kirurgiikliinik

JULIA SAVENOK
osakonna abiline, kirurgiikliinik

MARINA TOMINGAS
hooldaja, silmakliinik

LIIDIA GERMAN
õde, sisekliinik

5

JOOSEP HEPNER
laborant, diagnostikakliinik

TIINA LEISMANN
patoloog, diagnostikakliinik

JEKATERINA MIK
proviisor-kvaliteedikoordineerija, haiglaapteek

MARINA AHMEDOVA
puhastusteenindaja, haldusteenistus

ELE-STELLA BORODIN
õde, kirurgiikliinik

KATRIN RÄSTAS
õde, kirurgiikliinik

ALVAR VALKENKLAU
lasteõde, naistekliinik

KAIRIT PALM
osakonnajuhataja, sisekliinik

PIRET HÄRMA-JÕKS
kardioloog, sisekliinik

KRISTI NEEME
füsioterapeut, taastusravikliinik

ELULISELT OLULINE!

Emakakaelavähi sõeluuring 2026

Kutsume naisi sünniaastaga
1961, 1966, 1971, 1976, 1981,
1986, 1991 ja 1996


Uuri lisaks

www.terviseportaal.ee

Emakakaelavähi sõeluuring on **TASUTA**.

Aja broneerimine
666 1900

Uuring toimub Ida-Tallinna Keskhaigla üksustes Ravi tn 18 (B-korpus), Magdaleena Tervisemajas Pärnu mnt 104 ja Hariduse tn 6.

	VÄLIS-MAINE	BIO-	CIRCLE TANKLA-KETT	MITTE-OMAKS-VÖTTEV	TALLIUM		VE...IK	JOOD	LEMBIT ANTON	MUTIL OLI SEE LAULUS OLEMAS	ENT	ROOMA 1000	KITSAS
RÄPPAR VÕI SPORDI-VAHEND						MÄRKAMA							
						LAULJA ... KOIKSON							
HÖBE-VALGE METALL			PAI, ...KUKU					HAAVA-PLAASTER				HELLE	
			MÖTTE-KRIIPS					AUASTE ARMEES				ALEVIK VILJANDI-MAAL	
KRIIPS					PIDEV MUUTUJA				TRUMMI-FIRMA				
					TUGEV KIUDAINE				IOONIUM				
AMPER		RUMEENIA LINN					ÕHK (INGL)				UNITED STATES		
		OOTUS-ÄREVUS					OLEMA				TÖSTE-MASIN		
													TAIP
ALLA-HINDLUS (KÕNEK)				LOOMA-SÖÖT					ÕIGE-, SIRG-				
				VÄLJA-VÖTE					TERVISTU				
NÄITLEJA ... DAVIS						KUNST LADINA K.				... BABA			
						KUID				ARDO ... VARRES			
URMAS VAINO			TEGELIK HULK					ENNE-MAGUS-TOITU					
			PLAATINA					GAUSS					
LÜHIKE KIRJUTIS					REVOL-VER								
					EKSA-								
ILU-IHALEJA							MENS ... IN CORPORE SANO						

Nr 1 ristsõnad



nufigrupp.ee

Vastused saata aadressile toimetus@itk.ee

Eelmise numbriga ristsõna õige vastus oli „ANOREKSIA“. Auhinna võitis KERLI LIIV. Palju õnne!
Võitjaga võetakse ühendust.

27. MAI 2026 | TALLINN | FILMIMUUSEUMI KINO- JA KONFERENTSISAAL
Pirita tee 56, Tallinn

ÕENDUSE- JA ÄMMAEMANDUSE
KONFERENTS
ERAKORRALINE PATSIENT • KOOSTÖÖJÕUD

REGISTREERI SIIN



Eluliselt oluline töö

