

Kliinikumi Leht

SISELEHT nr 198 | august 2017

www.kliinikum.ee/leht

 Tartu Ülikooli Kliinikum

Kliiniliste Uuringute Keskust hakkab eest vedama dr Katrin Kaarna

Kliiniliste akadeemiliste uuringute ja ravimiuuringute keskkonna arendamiseks ning tõhustamiseks asutab Tartu Ülikool koostöös Tartu Ülikooli Kliinikumiga Kliiniliste Uuringute Keskuse (KUK).

Foto: Erakogu



Dr Katrin Kaarna

Augustis asus loodava keskuse tegevjuhi kohale dr Katrin Kaarna. Dr Kaarna sõnul on esmatähtis kokku leppida kõigi osapooltega loodava keskuse tegevuskava ja täpsustada peamised eesmärgid. Kindlasti on oluline parandada ja kaasajastada kliiniliste akadeemiliste ja ravimiuuringute keskkonda, et tagada kliiniliste uuringute maksimaalne sisesevool. Teiseks on oluline luua tugivõrgustik nii kliiniliste ravimiuuringutega tegelevatele meeskondadele kui ka akadeemiliste uuringute algatajatele ja doktorantidele. Kolmandaks sihiks on tegevused, mis tagaksid keskuse töö rahvusvahelise ja riikliku tunnustuse kliiniliste uuringute kompetentsikeskusena, jätkusuutlikkuse ja omafinantseeringud.

Dr Katrin Kaarna, kes on lõpetanud Tartu Ülikooli arstiteaduskonna 1987. a ja 1995. a residentuuri neuroloogia erialal ning on õppinud lisaks ka rahvusvahelist ärijuhtimist, omab pikaajalist (1998–2017) rahvusvahelist juhtimiskogemust. Kliinikumi Leht küsis uue keskuse tegevjuhilt mõned küsimused.

Dr Kaarna, te olete saanud väga pika, pea kahekümneaastase rahvusvahelise juhtimiskogemuse ravimiuuringute valdkon-

nas. Kuidas vaatate sellele ajale tagasi erinevate maade lõikes ja mida endaga kaasa võtate?

Tõepoolest, kui omal ajal alustasin Quintiles Eesti asutaja ja tegevjuhina, ei osanud ma küll ette näha sellist tulevikku. Aeg oli ravimiuuringutega tegelevate ettevõtete jaoks meie regioonis õige ning üks tegevus viis teiseni. Pärast Eestit oli mul võimalus töötada Balti riikide tegevuse koordineerijana, Gruusia ja Valgevene uuringuüksuse tegevuse eest vastutava juhina ning Kesk-Euroopa strateegiajuhina. Sellele järgnesid Quintile-

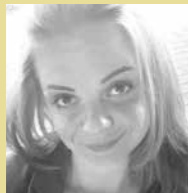
Järg LK 2 ►

KOMMENTAAR



Kliiniline teadustöö on iga akadeemilise raviaasutuse lahutamatu osa. Kliinikumis on see enam kui kaheksa aasta vältel nii ka olnud. Samas on kliinilise teadustöö sisu aja jooksul oluliselt muutunud. Nende muutuste peamiseks märksõnaks on interdistsiplinaarsus, nii erinevate kliiniliste erialade kui kliiniklaste ja baasteadlaste koostöö. Uus struktuur peaks igati kaasa aitama erinevate osapoolte standardite ühtlustamisele ning koostöö edenemisele.

URMAS SIIGUR
Tartu Ülikooli Kliinikumi
juhatuses esimees

UUS TÖÖTAJA**Mari-Anne Põlluäär**

Olen sündinud ja kasvanud Tartus. Tartu Ülikooli Kliinikumi tulin tööle 2013. aastal, mil mu esimeseks töökohaks oli toitlustusteenistus. 2015. aastast olen 1. intensiivravi osakonna põetaja. Töö põetajana tähendab peamiselt haigete hügieeni eest hoolitsemist ja nende transportimist uuringutele ja protseduuridele. Olenevalt päevast ja patsientide arvust, võivad mu päevad olla väga intensiivsed ning omaette väljakutse on öised vahetused. Ütleksin, et põetaja töö on üsnagi pingeline.

Oma iseloomult olen empaatiavõimeline, hooliv ning suhtun oma töösse ja tööülesannetesse täie tõsidusega. Mulle meeldib inimesi aidata ja siin ametikohal saan seda teha – aidata inimesi, kes enamasti ennast ise aidata ei saa. Rutiini tekkimist osakonnas pole vaja karta, kuna patsiendid vahetuvad pidevalt. See eeldab minult ka head kohanemisvõimet – iga inimene on ju eriline ja väärib head kohtlemist.

Üksinda pole kahjuks võimalik head tulemust saavutada, nii on ka meie osakonnas väga oluline roll kaastöötajatel ja toetaval õhkkonnal. Abivalmide ja toredate kolleegide seltskonnas on lausa lust töötada.

Vabal ajal tegelen oma lapsega, samuti meeldib mulle teha sporti.

KOMMENTAAR

Olenemata lühikesest tööstaazist 1. intensiivravi osakonnas, on Mari-Anne omandanud head teadmised hool-dustöös. Ta on kohusetundlik, tunneb oma tööd ning on võimeline tegutsema ka kriis-olukorras. Mari-Anne on hea suhtleja, koostööaldis ning kolleegide seas on ta hinnatud analüüsivõime ja meeskonnatöö oskuse poolest.

LIINA RAAL

1. intensiivravi osakonna vanemõde

Algus LK 1

sIMS-i erinevad globaalsete meeskondade liikme ja juhi rollid.

Olen kogu oma töötamise aja väärtustanud mind ümbritsevad kolleegid, kellelt on alati olnud midagi õppida. Pean ennast kindlasti „meeskonnamängijaks“, sest ainult tugev, motiveeritud ja ühtne meeskond saavutab püstitatud eesmärgi. Usun siiralt, et tööd saab ja tuleb teha rõõmuga ning kui teele satub uus ja huvitav tööalane pakkumine, tuleb see julgelt vastu võtta.

Kogu selle aja, mil olen seotud juhtimistöoga, olen pidanud oluliseks olla ka praktiseeriv arst – neuroloog Medex Päevakirurgia Erakliinikus.

Arvestades kui kiiresti meditsiinis kõik muutub, siis ei lõppe ilmselt kunagi vajadus kliiniliste akadeemiliste ja ravimiuuringute järele?

Tõepoolest, kliinilised ravimiuuringud ei saa kunagi valmis või otsa. Meditsiin areneb, haiguste diagnostika on aina täpsem ning niipea, kui saame uut teavet haiguse kohta, hakatakse otsima veelgi tõhusamat ravimit. Ravimit, mille oleks vähem kõrvaltoimeid, mida oleks veelgi mugavam kasutada ja mis oleks tulevikus just antud patsiendi eripärasid silmas pidades loodud (nn personaalmeditsiin).

Meid ümbritsevas maailmas on palju haigusi, millele hetkel veel üldse tõhus ravi puudub. On olukordi, kus seni teada olevate ravimite suhtes on välja kujunenud ravimiresistentsus ja palju muid lahendust ootavaid patsientide raviga seotud probleeme.

Lisaks peaksime arstidena oma igapäevatöös endalt pidevalt küsima – kas hetkel patsiendile ordineeritud ravim on tõesti parim, raviskeem või –meetod kõige tõhusam? Just selline mõtteviis viib uue akadeemilise uuringu algatamisele.

Olete öelnud, et kliinilised akadeemilised ja ravimiuuringud ei tohiks**minna ühestki kliinikumis töötavast arstist ega teistest meditsiinipersonali esindajatest mööda – miks nii?**

Tartu Ülikooli Kliinikumi muudab unikaalseks tema tihed seotus Tartu Ülikooliga. Enamik kliinikumi arste töötab samal ajal ka arst-õppejõududena. Selline koostöö loob unikaalse keskkonna, mis peaks tegema nii akadeemilistes kui ka kliinilistes ravimiuuringutes osalemise kõigile meedikuile iseenesest mõistetavaks igapäevatöö osaks.

Kliinikum, olles õppe- ja praktikabaasiks tudengitele, residentidele ning doktorantidele, annab ka nendele gruppidele suurepärase võimaluse olla uuringutesse tihedalt kaasatud.

Te töötate Kliiniliste Uuringute Keskuse tegevuskava esialgu välja kolmeks aastaks. Mis on peamine, mida te sooviksite selle ajaga ära teha?

Esmalt tuleb olemasolev olukord kaardistada ja töötada välja toimiv tegevuskava, mille tulemusel oleks kliinilises ravimiuuringus osaleva arsti töö kiire, sujuv ja mugav.

Kliiniliste Uuringute Keskuse pilootprojekti osalevad esialgu kliinikumi lastekliinik, anestesioloogia ja intensiivravi kliinik, nahakliinik, traumatoloogia ja ortopeediakliinik, sisekliinik ning Tartu Ülikooli bio- ja siirdemeditsiini Instituudi mikrobioloogia osakond.

Keskuse kõrgeim juhtorgan on juhtkomitee, mille eesotsas on dekaan prof Margus Lember ja prof Külli Kingo. Lisaks on juhtkomitee liikmeteks prof Joel Starkoff, prof Irja Lutsar, prof Sulev Kõks, prof Vallo Tillmann, kliinikumi juhatuses esimees Urmas Siigur ja kliinikumi poolse koostöö eest vastutav dots Aare Märtonson.

Idealis võiksid kolme aasta pärast meie põhieesmärgid olla töösse rakendatud ning tagatud keskuse jätkusuutlikkus rahvusvaheliselt ning riiklikult tunnustatud kliiniliste uuringute keskusena.

KOMMENTAAR

Riiklik siirdemeditsiini ja kliiniliste teadusuuringute keskus (RSKTK) on riiklik teadusinfrastruktuur, mille moodustasid Tartu Ülikool, Eesti Maaülikool ja SA Tartu Ülikooli Kliinikum, tõhus-tamaks terviseuuringuid Eestis. RSKTK loodi 2010. aastal ning samal ajal kanti objekt riiklike investeeringute kava nimekirja. RSKTK eelmise perioodi finantseeringu tulemusena ehitati Tartusse Põhja-Euroopas silmapaistev kaasagse sisustusega katse loomakeskus. Käesoleval perioodil on eesmärgiks kliiniliste teadusuuringute kesku-se (KUK) loomine, mille-ga viiakse lõpuni RSKTK rajamine ning saavutatakse terviklik struktuur, mis suudab tagada kliinilisteks ja prekliinilisteks uuringuteks vajalike tehnoloogiatega kättesaadavuse ja kasutajatoe, võimaldades kõrgetasemeliste terviseuuringute läbi-viimist Eestis ja tugev-dades meie rahvusvahel-ist mõjukust.

PROF KÜLLI KINGO
projekti "RSKTK Kliiniliste teadusuuringute üksuse väljaarendamine" vastutav täitja

Kliinikumis on väga palju teadmuseid ja kompetentsi, mistõttu usun väga Kliiniliste Uuringute Keskuse töö edukasse käivitamisse ja koostöösse.

DR KATRIN KAARNAGA
vestles **HELEN KAJU**

Põlvevalu lapseas – sagedase kaebuse peamised põhjused

Põlvevalu on lapseas sage kaebus. Erinevatel hinnangutel esineb valu alajäsemes ligikaudu viiendikul koolilastest.

Valu põhjuseks võib olla nii põlveliigese kui ka liigest ümbritsevate struktuuride põletik, trauma või ortopeediline (mittepõletikuline) haigus, kui ka hoopis liigestest proksimaalsema või distaalsema struktuuri kahjustus (valu kiirgumine põlve piirkonda).

Põlvevalu esmasel käsitluses on olulisim eristada, kas tegemist on **põletikulise** või **mittepõletikulise põhjuse/haigusega**. Arvestama peab lapse vanusega, kuna mitmete patoloogiate avaldumine on eagrupid erinev.

Mittepõletikulist laadi valu iseloomustab selle teke/süvenemine füüsilisel koormusel (või selle järgselt) ja leevenemine puhates, põletikulise haiguse puhune valu aga tugevneb puhkeasendis ja väheneb liigutades; viimasel juhul võib kaasneda hommikune liiges(t)e kangus.

Põlveliigese põletikku võivad kõigis lapseas vanusegruppides põhjustada erinevad tekitajad (bakterid, viirused), samuti võib artriit olla mitmesuguste reumaatiliste haiguste (ühiks) ilminguks.

Kiiret sekkumist ja hospitaliseerimist vajab **bakteriaalne artriit**, mis on reeglina monoartriit ja mille puhul on lapsel febriilne palavik, tugev valusündroom ning veres põletikunäitajate tõus. Raviks rakendatakse intravenoosset antibakteriaalset ravi.

Kõige sagedasem reumaatiline haigus lapseas (0–16 a) on **juveniilne idiopaatiline artriit** (JIA) – põletik vähemalt ühes liigeses kestusega vähemalt kuus nädalat, mille puhul on teised

Foto: Erakogu



Dr Chris Pruunsild

võimalikud tekkepõhjused välistatud. Haigusel on seitse erinevat alatüüpi, väga heterogeenne avaldumine ja kulg; põlveliiges(t)e haaratus on tihti esmaste ilmingute hulgas. JIA võib alata igas vanuses, eelistatud on väikelapseiga (kuni 3-aastased tüdrukud) ja puberteedialised lapsed (sagedamini tüdrukud). Kõige sagedasema avaldumisvormi – oligoartriidi (1–4 liigese haaratus) – puhul on vere põletikunäitajad sageli normis. Tuumavastased antikehad võivad olla positiivsed (eriti kuni 3-aastastel tüdrukutel), reumatoidfaktor ja tsüklilise tsitru-lineeritud peptiidi vastased antikehad seevastu on lastel harva positiivsed. JIA diagnoosimisel alustab reumatoloog immunomoduleeriva baasraviga, viimase ebaefektiivsuse korral minnakse üle bioloogilisele ravile.

Artralgia ja/või artriit on sage ka **süsteemsete sidekoehaiguste ja vaskuliitide** nii esmaste ilmingute hulgas kui ka haiguskulul.

Mittepõletikuliste põlvevalu põhjuste hulgas on igas lapseas vanusegrupis esikohal **trauma**, järgnevad ortopeedilised patoloogiad ja valusündroomid.

Ülekoormussündroo-

mid avalduvad puberteedias kasvuspordi perioodil aktiivselt treeningutega tegelevatel lastel, sagedamini poistel. Neist üks levinumaid on Schlatteri tõbi e sääreluu kõbuke apofüüsiit (7–15 aastastel). Ülekoormusprobleemide ravis on esikohal koormuse oluline vähendamine.

Valu kiirguvat iseloomu arvestades tasub meele pida, et mitmete puusaliigese patoloogiate puhul (nt Perthes'e tõbi) on esiplaanil just nimelt põlvevalu.

Abistavateks uuringuteks põlvevalu põhjuste eristamisel on liigese ultraheli ja röntgenuurin (soovitavalt lisaks ka sümmeetrilisest liigestest üle puusaliigestest), vajadusel magnetuuring.

Valusündroomidest on praktikas levinumad **kasvuvalud** (tüüpiline vanusegrupp 4–10-aastat, öhtune/ööine tuim valu alajäsemes ja kaebuste puudumine hommikul) ning **fibromüalgia** (10–19-aastastel neid, kellel kaasnevad unehäired, väsimus ja ärevus).

Põlvevalul võib lapseas olla väga erinevaid põhjuste. Põlvevalu ei pruugi alati olla tõsisema haiguse väljenduseks, kuid üsna levinud arvamus nagu oleks reumaatilised haigused pigem vanemate inimeste probleem ja lapseas kaebused enamasti seotud kasvamisega, ülekoormuse ja traumadega, on paraku ekslik ja võib viia eriars-tile saatmise ja diagnoosi hilinemiseni.

CHRIS PRUUNSILD
Lastekliinik vanemarst-õppejõud

MEDITSIIINITEADUSTE VALDKONNAS**Vastuvõtust**

Meditsiiniteaduste valdkonna doktoriooppesse esitati 60 avaldust. Vastu võeti 31 doktoranti, neist 23 arstiteaduse, 4 neuroteaduse, 1 farmaatsia ning 3 liikumis- ja sporditeaduste erialale.

Kõrghariduse esimesel astmel esitati kõige rohkem avaldusi arstiteaduse õppekavale (629 avaldust). Eestikeelsesesse õppesse võeti vastu 176, ingliskeelsesesse õppesse 24, hambaarstiteadusse 32 ja proviisoriõppesse 36 noort.

Arstiteaduskonna aastapäeva üritused 2017

Kõigile huvilistele avatud aastapäeva üritused algavad **12. oktoobril** teaduskonverentsiga, kus valdkonna teaduri, õppejõud, doktorandid, üliõpilased jt tutvustavad viimase aasta teadusuuringute tulemusi.

13. oktoobril toimub konverents "Teadus terviseks! Riiklike preemiatega tunnustatud uurin-gud". Akadeemilise loengu "The Burden of Stroke: How to reduce it" peab Helsingi ülikooli emerit-professor Markku Kaste. Öhtul toimub dekaani vastuvõtt, kus antakse üle arstiteaduskonna medalid ja autasustatakse teaduskonverentsi parimaid. Täpsem info: meditsiiniteadused.ut.ee/ar2017

Doktoritööde kaitsmised

Kerli Mooses kaitses 23. augustil kell 12.15 TÜ senati saalis väitekirja „Eesti 7–13 aastaste õpilaste liikumisaktiivsus ja kehaliselt mitteaktiivne aeg erinevates koolipäeva osades ja vastavus liikumisaktiivsuse soovitusetele“.

Uku Haljasorg kaitses 29. augustil kell 14.00 Biomedikumi auditoriumis 1006 väitekirja „Tsentraalse tolerantsuse eest vastutavad transkriptsioonilised protsessid tüümuses“.

Žilve Riispere kaitses 1. septembril kell 14.00 Biomedikumi auditoriumis 1006 väitekirja „IgA nefropaatia uuring Oxford'i klassifikatsiooni järgi: IgA nefropaatia kliinilis-morfoloogilised korrelatsioonid, haiguse progresseerumise ja renoprotektiivse ravi efekti uuringud“.

KRISTINA HERMANN
Meditsiiniteaduste valdkonna turunduse ja kommunikatsiooni spetsialist

Mitmekümnepalgeline tsöliaakia

Kui sain meie ajalehe "Kliinikumi Leht" toimetusele ettepaneku kirjutiseks, oli mul mõtetes suurehulgaline põnevate teemade valik – alates lastekliinikus minu igapäevatöös sagedastest ja eri põhjustega eri vanuses laste kõhuvaludest kuni küll senini kogu maailmas veel, ka meil, harva diagnoositud, kuid uut kliinilist ja teaduslikku teavet pakkuva eosinofiilse ösofagiidini. Juurdeles aga just selle kirjutise teemavalikut kliinilis-teadusliku huvi-olulisuse-mitmekülguse rõhuga, valisin ikkagi taaskord oma pikaajase lemmiku – tsöliaakia ehk gluteenenteropaatia. Ja põhjusi selleks on mitmeid.

Eelkõige on tegemist kogu maailmas olulist kliinilist ja teaduslikku tähelepanu oma- ja sageneva haigusega igas vanuses isikutel. Tsöliaakia korral võib patsientidel olla nii perearstide kui ka kümnete erinevate erialade arstide poole pöördumisel esitada vägagi erinevaid terviseprobleeme. Ja tegemist on haigusega, mille olemuse ehk patogeneesi teave on aastakümnete jooksul oluliselt muutunud ja jätkuvalt täiustunud ning just seetõttu on eelnevalt harvaesinevast malabsorptsioonisündroomiga kulgevast imikutevähkelaste seedetraktihaigusest kujunenud organismi erinevaid kudesid ja elundkondi haarav ja seega erinevate sümptomitega ja igas vanuses avalduda võiv sage autoimmuunhaigus.

Lisaks tsöliaakia patogeenimehhanismide täpsemale tundmaõppimisele (s.t autoantigeeni avastamisele ja täpsele kirjeldamisele), ongi välja töötatud ning arstidel igapäevases töös abiks tsöliaakia õigeaegsel avastamisel laborianalüüsidenä usaldusväärsed, tsöliaakiale kõrge tundlikkuse ja spetsiifilisusega autoantikehade söeltestid. Seega on tsöliaakiaalased uuringud nii kogu maailmas kui ka meil Eestis, pakkunud aastate jook-



Dr Oivi Uiibo

sul uut teaduslikku ja kliinilist põnevate teavet ning tänu arstide täiustunud teadmistele ja uuringute võimalustele ka paljudele patsientidele korrektselt tsöliaakia diagnoosi ning seega ka efektiivset ravi võimalust.

Juba I-II sajandil A.D. kirjeldas Vana-Kreeka-Rooma arst Aretaeus tsöliaakiat kui kurnatusseisundit täiskasvanutel, mille raviks soovitati puhkust ja paastu. 1950-ndate aastate teadusuuringutest alates käsitleti tsöliaakiat aga kui nisu-, rukki-, odra- ja kaeravalkude toimel kahjustunud peensoole haigust, mille ainaski raviks oligi haigust põhjustavate teraviljade vaba toit ja jook (ehk siis range nn gluteenivaba dieet). Veel 1980-ndatel aastatel peeti tsöliaakiat kogu maailmas, ka Eestis, (üli)harva esinevaks haiguseks. Nüüdseks on aga tsöliaakiat diagnoositud kogu maailmas kümneid kordi sagedamini: 0,3–3,3%-l üldpopulatsiooni isikutel. Ka meie teadustööde tulemustest selgub enam kui 30-kordne haigestumuskordaja tõus Eesti lastel 35-aastase tsöliaakiaalase uuringuperioodi jooksul.

Tsöliaakia vägagi erineva kliinilise väljenduse olulisima põhjuse selgitab aga 1997. aas-

tal publitseeritud Walburga Dieterichi tööühma teadusavastus, et nisis, rukkis, odra- ja kaeras leiduvate teatud valgufraktsioonide toimel kujuneb tsöliaakiahaigetel kahjustus inimese omaenese kudede vastu – tekib autoimmuunreaktsioon inimese normaalse, paljudes kudedes ja koevedelikes esineva 85 kDa molekulmassiga valgu, transglutaminaasi 2-ga. See avastus andis teadmise, et tsöliaakia on organismi paljusid kudesid kahjustav autoimmuunhaigus. Nii võivadki tsöliaakia korral lisaks peensoolekahjustusele esineda muutused ka organismi muudes kudedes, nii näiteks nahas, ajus ja närvisüsteemis, maksas, reproduktiivorganites ja mujal.

Tüüpilise vormiga tsöliaakiahaigel esinevad erinevad seedetrakti sümptomid ning selle haigusvormi õigeaegne avastamine ei ole arstidele mureks. Umbes 60%-l kõikidest tsöliaakiahaigetest esineb aga tsöliaakia atüüpiline või varjatud haigusvorm, mille puhul ongi seedetrakti sümptomid tagasihoidlikud või puuduvad hoopiski. Seetõttu võivad aga tsöliaakiahaiged jääda õigeaegse diagnoosita. Need haiged võivad oma erinevate vaevuste tõttu arstiabi otsida lisaks korduvatel perearstivisiitidel, kuid näiteks ka hematoloogilt, reumatoloogilt, endokrinoloogilt, günekoloogilt, ortopeedilt, stomatoloogilt, dermatoloogilt, neuroloogilt, psühhiaatril. Tsöliaakiale võib viidata kõhnumine, kasvupeetus, ravile halvasti alluv rauavaegusaneemia, retsidiveeruv aftoosne stomatiit, jäävhammaste emaili- ja struktuuri muutused, maksa transaminaaside taseme ebaselge tõus, reproduktiivse funktsiooni erinevad häired, erinevad neuroloogilised ja psühhiaatrilised sümptomid, ka osteopeenia, osteoporoos. Mitmeid neist võib käsitleda ka kui tsöliaakia tüsistusi.

On teada, et tsöliaakia võib kaasneda teiste autoimmuunhaigustega ja sagedamini just nendega, millele on iseloomulik tsöliaakia sarnane päriilik eelsoodumus (HLA II klassi antigeenid DQ2, DQ8). Kaasnevatest haigustest olulisemateks on kindlasti I tüüpi diabeet, autoimmuunne türeoidiit, autoimmuunne hepatiit, Downi sündroom, Turneri sündroom, Williamsi sündroom, IgA puudulikkus ning tsöliaakia nn nahavorm herpetiformne dermatiit. Ja just nende diagnoosidega haigete tsöliaakia regulaarsete söeluringutega on avastatudki 5–15%-l neist ka kaasneva haigusena tsöliaakia.

Seega, see mitmekümnepalgeline tsöliaakia pakub jätkuvalt uusi kliinilisi ja teaduslikke uurimisküsimusi paljudele maailma teadusgruppidele, ka meile, senini ikkagi veel selgusetu teadasaamiseks, näiteks erinevas vanuses avaldumise ja erinevate avaldumisi põhjuste, ka riskifaktore ja kaitsvate faktorite, samuti ka tsöliaakia uute ravi võimaluste alal.

DR OIVI UIIBO

Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinik
Tartu Ülikooli lastekliinik

Kirjandus

1. Denham JM, Hill ID. Celiac disease and autoimmunity: review and controversies. *Curr Allergy Asthma Rep* 2013; DOI 10.1007/s11882-013-0352-1.
2. Uiibo O. Childhood coeliac disease in Estonia: occurrence, screening, diagnosis and clinical characterization. *Dissertationes Medicinæ Universitatis Tartuensis* 1994; 1-84.
3. Ress K, Luts K, Rägo T, Pisarev H, Uiibo O. Nationwide study of childhood celiac disease over a 35-year period in Estonia. *Eur J Pediatr* 2012; 171: 1823-1828.
4. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó IR, Mearin ML, Phillips A, Shamir R. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Guidelines for the Diagnosis of Coeliac Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012; 54: 136-160.
5. Dieterich W, Ehnis T, Bauer M. Identification of tissue transglutaminase as the autoantigen of celiac disease. *Nat Med* 1997; 3: 979-801.



Anu Parvelo

Arstitudengi mõtteid korruptsioonist

“Sinu naeratus on suurim tänu arstile” – sellise lausega klepsud kaunistavad alates eelmisest aastast Leedu arstide kabinetiuksi, et vähendada kingituste tegemise kultuuri meditsiinis. Viimased Eestis läbi viidud korruptsiooniuuringud ei näita meie meditsiini sugugi heas valguses.

Kui teistes valdkondades on näha korruptsioonis langustrendi, siis meditsiinis on pidev teenuse puudus muutnud korruptsiooni väga visalt taanduvaks.

Langustrendile ei aita kaasa ka korruptsiooni hägune mõiste. Arstide Liidu eetikakoodeksis seisab üheselt mõistetavana: „Arst ei tohi oma ravitöös saada muid materiaalseid hüvesid peale palga või kokkulepitud tasu“. Samas sõltub korruptsiooni mõiste kultuurist ja konkreetselt kontekstist. Inimeste eetilise arusaam on erinev, mistõttu võib mõnele tunduda kingitus tänuavaldusena, teisele aga altkäemaksuna. Segadust võivad tekitada ka tasulised visiidid, mis jääb paljudele arusaamatuks, kuidas arsti vastuvõtt on ühel päeval tasuta, järgmisel aga tasuline. 2011. aasta justiitsministeeriumi uuringu järgi peab kolmandik patsientide tasulisi teenuseid ebaseadlikuks ja kolmandik ebaseadlikuks, mis muidugi ei tähenda, et kogu korruptsioon seisneks inimeste teadmatusel. Korruptsiooni mõiste juuriidilises tähenduses ühtib

enamasti Eestis rahva arusaamisega korruptsiooni olemusest. Nii taunitakse näiteks altkäemaksu, mitteametlike tasusid, samuti ebakorrektselt hangete teostamist, fiktiivsete tõendite väljastamist, ravijätkekorras etteostmist jne.

Viimase paari aasta jooksul on arsti vastuvõtule või ravi saamiseks mitteametlikult raha maksnud 2% ja pärast tervishoiuteenuse saamist 3% patsientidest. Protsendiliselt ei tundu olukord väga halb ja võib öelda, et meil on väga palju ausaid ning tublisid arste. Oluline on mõista, et korruptsiooni poolt põhjustatud majanduslikust kahjust veelgi olulisem on mõju tervishoiu mainele. Kui üle poolte patsientidest ei näe tänuavaldusena tehtud kingitusi korruptsioonina, siis osa patsientidest arvab siiski, et see on ebaseadlik. Lisaks on tänuavalduse ja altkäemaksu vahel õhuke piir, mida inimesed võivad erinevalt tõlgendada. Arstiabi põhiline tasuline on ühiskonnas kõrgel ootusel, nii võib ka madal protsent korruptsiooni mõjuda kui tilk tõrva mee potis.

Noorte teadlikkus korruptsioonist on pigem tagasihoidlik ning selle riski ja mõju ei tajuta negatiivsena. Antud teema on võetud ka arstiteaduse õppekavas, mis annab lootust, et tulevased arstid on tänasest keskmisest noorest teadlikumad. Kuigi õppeaines „Meditsiiniteooria ja –etika“ käsitletakse kingituste vastuvõtmist, siis selgeid piire on raske anda ning see, milline tänuavaldus on tulevase meedikuga aktsepteeritav, tuleb ise endale selgeks mõelda. Kui kommikarbi vastuvõtmise tundub lubatud, siis kuidas suhtuma meelega kingitud spaa-paketti? Või kas tänutäheks toodud kotitäiest kartulitest tuleks viisakalt keelduda või tundub oma käega korjatud mugulatest ära ütlemine patsiendile hoopis solvanguna?

Leian, et kehtib reegel: kui sa julged avalikult kingituse vastu võtta ega tunne, et sellega eeldatakse vastuteenet, siis heasüdamliku patsiendi kingitusest ei pea keelduma. Samas ei tohi unustada, et säärasel käitumises on siiski ka risk, sest kingituste vastuvõt-

mine võib tekitada kultuuri, kus kommikarbiga vastuvõtule saabumine muutub ootuspäraseks ning patsient ei julge vastuvõtule tühjades kätega enam tulla. Kõige lihtsam ja õigem oleks selgitada patsientidele, et parim tänu arstile on nende heaolu ning naeratus, nagu seda on tehtud Leedus.

Sel aastal oleme Eesti Arstiteadusüliõpilaste Seltsiga võtnud korruptsiooni teema ka oma tegevuskavasse. Korraldame koos justiitsministeeriumiga konkursi, et luua õppematerjale teema käsitlemiseks. Kutsun ka kliinikumi töötajaid üles meie projektis osalema, et aidata tõsta teadlikkust korruptsiooni olemusest ja muuta eetilise ning ebaseadlikust vahelist hägusast piiri selgemini tajutavaks. Meil on veel pikk tee minna, enne kui saame öelda, et korruptsioon ei ole Eesti meditsiinisüsteemis probleem.

ANU PARVELO

Eesti Arstiteadusüliõpilaste Seltsi president

NDT (*neuro-developmental treatment*) koolitusest Haapsalus

Osalesin kevadel Haapsalus toimunud täienduskoolitusel „NDT/Bobath Certificate Course in The Management and Treatment of Adults with Hemiplegia“ eesmärgiga õppida kasutama NDT/Bobathi meetodit insuldist või ajutraumast tingitud neuroloogilise defitsiidiga täiskasvanutel. Täiendust finantseeris kliinikumi arendusfond.

NDT/Bobathi meetodika arendasid välja Berta ja Karel Bobath 1950ndatel ning antud lähenemine on sellest ajast päris palju edasi arenenud. Teraapia tähendas algselt peamiselt patoloogiliste liigutusmuutuste pärssimist ning soovitud liigutuste fastsiliteerimist, kuid nüüd rakendatakse lisaks asjaomaste võtmepunktide fastsiliteerimisele (patsiendi käsitlemisele) motoorse õppimise põhimõtteid, mõjutatakse/muudetakse vastavalt vajadustele keskkonda, et hõlbustada soovitud liigutusmuutust ja aidata patsiendil funktsionaalseid tegevusi läbi viia. Oluline on ära märkida, et enam ei keskenduta hierarhilisele mudelile ning täiskasvanuid ei sunnita läbi tegema liigutusliku arengu kõiki etappe (näiteks roomamine ja põlvitamine), kui see pole just funktsionaalselt põhjendatud (näiteks aedniku puhul on põlvituses töötamine igati normaalne ja põhjendatud). Kui varem läks põhiohk positiivsete sümptomite (nt spastilisus) pärssimisele, siis tänapäeval käsitletakse NDT-s võrdset funktsiooni piirajatenäi negatiivseid (lihaskõrge, häirunud posturaalne kontroll, liigutuste vähesus) kui ka positiivseid sümptomeid.

NDT on teadusuuringutel tuginev interdistsiplinaarne kliiniline praktika mudel, mis rõhutab liigutustegevuse süvaanalüüsi tulenevat individuaalset käsitlust. Funktsio-



Hedvika Pilt

naalse seisundi hindamine on ülitähtis, kuid patsienti ei hinnata ühe liigese ja lihaskrupi kaupa selililamangust, vaid tervikuna ning selleks tuleb jälgida patsiendi tegutsemist ja liikumist. Abivahendina kasutatakse seejuures enda käsi, millega tunnetades üritatakse välja selgitada, millised keha süsteemid toimivad ja millised on häirunud.

Teraapia eesmärkide paika panemisel ja edasise tegevuse tähtsuse järjekorda seadmisel kasutatakse ICF-i, millest lähtudes hinnatakse tegevust ja osalust. Koostöös terapeudi, patsiendi ja tema lähedastega püstitatakse lühiajaliseid funktsionaalseid eesmärgid, mis peavad olema patsiendi jaoks tähenduslikud. Tähenduslik eesmärk motiveerib omakorda patsienti tegutsema ja soodustab teraapia (ja selle tulemuste) ülekandumist igapäevaelu tegevustesse. Kasutatakse peamiselt funktsionaalseid tegevusi patsiendi jaoks äratuntavate ja tähenduslike esemetega, minimaalselt rakendatakse aga traditsioonilisi matiharjutusi.

Koolitusel osales kokku 2 tegevusterapeuti ja 7 füsioterapeuti. Osalejaid oli tulnud nii Haapsalust, Tallinnast, Tartust kui ka lausa Alaskalt. Koolitaja Cathy Hazzard on

Kanada füsioterapeut, kel on selja taga 27-aastane töökogemus neuroloogiliste haigetega. NDT meetodika õpetaja on Hazzard olnud 1998. aastast ning on läbi viinud NDT kursusi erinevatele tasemetele üle kogu maailma: Põhja-Ameerikas, Iirimaal, Hong Kongis, Indias, Singapuris, Colombias ja Peruus. Eestis on Hazzard NDT koolitust läbi viinud alates 2002. aastast.

Koolituspäevad olid pikad ja intensiivsed ning sisaldasid teooriatunde ja praktilist tööd koos paarilisega. Analüüsime põhjalikult normaalset ja ebanormaalset põhiliikumist ning tegime muuhulgas ka videoanalüüsi. Väga palju õppisime ülipõhjaliku kõnnialüüsi ja treppidel siirdumise praktikumides. Ka HNRK patsiendid osalesid koolitusel: nimelt oli meil töövõtete ja fastsiliteerimise üksteise peal harjutamise järgselt võimalik õpitut kohe neuroloogiliste haigete peal rakendada ja seda kõike juhendaja valvsa pilgu all, kes vajadusel nõu andis ja suunas. Kuna meid oli 9, siis vahetasime pidevalt paarilisi ja saime ka juhendaja enda peal fastsiliteerimist harjutada. Terve kursuse vältel (tegelikult juba paar nädalat enne kursuse ametlikku algust) anti koduseid ülesandeid: töötasime individuaalselt läbi teadusartikleid ja täitsime töölehti. Tähtsa osa moodustas ka paarilisega kahe peale tehtav põhjalik füsioterapia aruanne ja teraapiaplaanide koostamine, mida pidime täitma kahe patsiendi kohta. Kursus lõppes kirjaliku eksamiga. Koolituse läbinutena saime NDT-terapeudi sertifikaadi.

Tahaksin veel esile tuua paar mõttekohta, mis koolituselt kõlama jäid. Pidevalt rõhutati, et insuldijärgse taastumise potentsiaal on tohutu, olenemata patsiendi vanusest ja sellest palju insuldist aega

möödunud on. Koolitaja võrdles insuldi ja sellest taastumist väga tabavalt autoõnnetusega ristmikul, paludes ette kujutada, et lähened suurele ristmikule ja sinust umbes 20 autot eespool toimub ahelkokkupõrge. Sinu ja sinu autoga on kõik korras, oled piisavalt kaugel. Ent ometigi oled lootusetult lõksus ega pääse mitte üheski suunas liikuma enne kui autovrakid eest ära veetakse ja liiklus taastatakse. Sama toimub ju ka ajus – kahjustus on ühes konkreetses piirkonnas, aga töö lähedal asuvates regioonides on täpselt sama ulatuslik häirunud kui õnnetuskohas ega taastu enne, kui turse on alanenud ning kahjustunud ja surnud koed minema transporditud. Alles siis selgub, kui suur kahjustus reaalselt oli ja millega tööd tuleb tegema hakata. Ehk spontaanne paranemine võrdub füsioloogilise koristustööga ajus, mis omakorda tähendab seda, et töö taastub esmalt nendes piirkondades, mis otseselt kahjustunud polnudki, vaid olid n-ö „ristmikul“ lõksus. Spontaanne paranemine leiab aset esimesel 3.–6. kuul pärast insuldi ja ulatuslikum taastumine leiab aset pärast selle faasi läbi tegemist, millest tulevalt peaks füsioterapia olema maksimaalselt intensiivne just insuldi kroonilises faasis. Füsioterapeudi roll spontaanne paranemise faasis on eelkõige ulatuslike kompensatoorse muutuste käikumise ennetamine ja õpitud mittekasutamise vältumise ära hoidmine. Vastasel juhul kaob igasugune vajadus plastilisuse tekkeks – impulsi funktsiooni taastamiseks ei tekigi, sest inimene juba teeb kõiki tegevusi oma ühe toimiva kehapoolega eirates täielikult kahjustunud poolt. Ümberõppimine on seevastu nagu vastuvoolu

ujumine – võimalik, aga väga raske. Samal põhjusel ei ole soovitatav anda patsiendile liiga vara tugevalt piiravaid ortooside ja kõndida suutvale patsiendile asümmeetriat lubavaid liikumisabivahendeid (harkkepp, 1 küünarkark).

Silmiavav oli ka arutelu insuldijärgsete patsientide platoonide, mida me terapeudidena oleme kindlasti palju täheldanud. Platoonide on aga tegelikult tingitud sellest, et treeningkoormuse intensiivsus, sagedus, kestvus, harjutused, keskkond ning sageda ja terapeudi on kogu aeg üks ja seesama. Patsient lihtsalt

adapteerub koormusega ning sellepärast tundubki, et ta on oma „lae“ saavutanud. Plastilisuse esile kutsumiseks (nagu ka lihaste tugevdamisel jõutreeningul) on vaja teatud tingimusi. Korduste arv peaks olema väga suur, mõelge, kui palju kordusi on vaja tervel inimesel, et täiesti uut oskust omandada? Koormus peab olema intensiivne – ahvide ja rottide puhul on insuldist võimalik täielikult paraneda, aga seda ainult tänu sellele, et loomi on võimalik motiveerida (toiduga) sama liigutust tegema sadu ja sadu kordi tunnis versus inimesega, kel on palju kaasuvaid haigusi (sh dep-

ressioon, mis igasugust aktiivsust pärsib), kes tüdineb, kel tähelepanu hajub jne. Tegevus peab olema piisavalt raske, pingutust nõudev ning spetsiifiline. Tähelepanuta ei tohi jätta lihaskruppide aktiveerimise järjestatust tegevustel (näiteks kõrgele küünitamisel on enamasti vajalik õlaliigese dorsaalfleksiooniga, palmarfleksiooniga randmeliigese ei saa ju kõrgelt riulist midagi kätte). Tegevus peab olema tähendusrikas, sest kui see on patsiendi jaoks võõras ega ole tema jaoks kuidagi vajalik, ei teki ka ajus mingit püsivat muudatust.

Kui terve kogemus kahe lausega kokku võtta, siis sain väga palju uusi ideid, mõtteid ja inspiratsiooni edasiseks. Tänu praktilisele tööle kohapeal sain julgust ja enesekindlust õpitud strateegiate ja töövõtete igapäevasesse töösse rakendamiseks.

HEDVIKA PILT
Füsioterapeut

Sportmeditsiini ja taastusravi
kliiniku stacionaarse õendusabi
osakond

Koolitused kliinikumi töötajatele 2017. aasta teises pooles

13. september	PICO meetod. Tõenduspõhine meditsiin (EBM) ja selle otsivõimalused infoallikatest.
19. september	OVID MD, töövahend mis on kujundatud klinitsistidele. Otselingid UpToDate infobaasi ja patsiendiinfo.
20. september	Teaduskirjanduse otsingud andmebaasides. Otsingu strateegia ülesehitamine, teostamine ja dokumenteerimine I osa (Yorki Ülikooli kursuse materjalid).
28. september	Viitehaldustarkvarad – koguda, hallata, salvestada ja jagada teavet, samuti luua tsitaate ja bibliograafiaid. ZOTERO, MENDELEY, ENDNOTE.
11. oktoober	MicroMedex HealthCare Information Series. Care Notes. Info haiguste, ravimite, mürgistuste kohta. Patsiendiinfo. Ravimite koostoime võrdlus.
12. oktoober	Teaduskirjanduse otsingud andmebaasides. Otsingu strateegia ülesehitamine, teostamine ja dokumenteerimine I osa (Yorki Ülikooli kursuse materjalid).
19. oktoober	Otsingu strateegia ülesehitamine: terminite määratlemisest kuni otsingu tulemuste kontrollimiseni (jätkukursus Yorki Ülikooli kursuse I osalenuitele).
24. oktoober	Viitehaldustarkvarad – koguda, hallata, salvestada ja jagada teavet, samuti luua tsitaate ja bibliograafiaid. ZOTERO, MENDELEY, ENDNOTE.
26. oktoober	Otsingu strateegia ülesehitamine: terminite määratlemisest kuni otsingu tulemuste kontrollimiseni (jätkukursus Yorki Ülikooli kursuse I osalenuitele).
7. november	Pubmed – vaba tarkvara. MESH struktuur ja terminite kasutamine. EBM otsingud PubMed-s.
14. november	OVID MD, töövahend mis on kujundatud klinitsistidele. Otselingid UpToDate infobaasi ja patsiendiinfo.
15. november	PICO meetod. Tõenduspõhine meditsiin (EBM) ja selle otsivõimalused infoallikatest.
16. november	Teaduskirjanduse otsing meditsiinalastes andmebaasides: Medline (OVID), EBSCO, UpToDate, EBMC.
E-kursused	
2. okt–24. nov	E-kursus "Meditsiinalased infoallikad ja infokirjaoskuse põhimõisted".
2. okt–24. nov	E-kursus vene keeles: "Источники информации Клиники ТУ и их использование"
2. okt–27. okt	E-kursus "Abivahendid parema otsustrateegia ülesehitamiseks ja eelkontrollimiseks"
6. nov–1. det	E-kursus "Otsingu strateegia ülesehitamine meditsiinalase teaduskirjanduse andmebaasides"

Kursustele registreerimine: medinfo@kliinikum.ee, telefon 731 8185.
Lisateave kursuste kohta Keiu.Saarniit@kliinikum.ee, telefon 731 8186.

Kuidas hinnata süstemaatiliste ülevaadete ja meta-analüüside kvaliteeti?

23.01.–23.02.2017 osalesin Johns Hopkins University korraldatud MOOC'i kursusel „Introduction to Systematic Review and Meta-Analysis“, mis tutvustas süstemaatiliste ülevaadete ja meta-analüüside koostamise ja hindamise põhimõtteid.

MOOC ehk *massive open online course* on e-õppe vorm, mis koosneb videoloengutest, testidest ja ülesannete lahendamisest. Kursusel osalemise eesmärgiks oli tutvuda teemaga infospetsialisti vaatenurgast, et pakkuda arstidele tuge infootsingute tegemisel süstemaatiliste ülevaadete ja meta-analüüside jaoks vajalike alusuuringute leidmiseks. Kursust viisid läbi prof Kay Dickersin ja dots Tianjing Li, kelle uurimisvaldkondadeks on erinevate tervishoiu alaste uuringute meetodid.

Kursus koosnes kuuest moodulist, milles võeti samm-sammult läbi süstemaatiliste ülevaadete ja meta-analüüside koostamise etapid.

1. moodulis seletati lahti, mis on süstemaatiline ülevaade ja meta-analüüs, milleks ja kellele on need kasulikud ja kuidas hinnata nende koostamise mõttekust ja vajalikkust.

Esimeses teemas tuli vaatluse alla **uurimisküsimuse** erinevad tahud. Alustati küsimuse tüübiga, mis määrab ära selle, mis laadi tõendusmaterjalist on üldse võimalik vastuheid otsida. Seejärel vaadeldi lähemalt, kuidas üht head küsimust formuleerida ja seletati lahti PICO-formaadi erinevad elemendid.

Järgmiseks sammuks on **allikate valimine, otsingutermi leidmine, otsingustrateegia kujundamine ja alusuuringute kvaliteedi hindamine**. Alustada tuleks sellest, kust otsima hakatakse; rõhutati, et ainult suurtest elektroonilistest andmebaasidest ei piisa tulemuste objektiivsuse tagamiseks. Lisaks võtmeandmebaasidele (nt



Foto: Erakogu

Ivika Rande

Medline, Embase) tuleks vaadata ka kitsama spetsiifika andmebaase (PsycINFO jms) ja erinevaid registreid (ClinicalTrials.gov, riiklikud ravimiregistrid jts), dissertatsioonide andmebaase (nt Proquest) ja nn „halli kirjanduse“ andmebaase (Opengrey). Kolmas oluline komponent otsingute tegemisel on sirveotsing, mis tähendab ajakirjade ja konventsiteside kogumike jms käsitsi läbi vaatamist.

Otsingutermi ja -strateegia juures tuleb meeles pühitõdesid nagu Boole'i operaatorid, kontrollitud sõnastiku (Medline'is MeSH, EmBase'is EmTree) kasutamise nõuet, sünonüümide, lühendite, akronüümide jms kasutamist ja nende mõju otsingutulemustele. Selle osa lõpetuseks tutvustati PRESS'i kontrollnimekirja lõpliku strateegia kontrollimiseks ja PRISMA diagrammi otsingute dokumenteerimiseks.

Pärast otsingute tegemist ja enne süstemaatilise ülevaate kirjutamist tuleks hinnata **alusuuringute kvaliteeti**, mis tähendab nihke (*bias*) tõenäosuse esinemise hindamist. Uuringus võib esineda:

- valikunihe (*selection bias*) –

kuidas uuringus osalejaid valiti ja kuidas nad erinevatesse gruppidesse jaotati. Millised on head meetodid, mis tagavad objektiivsuse ja millised halvad meetodid, mille abil saab tulemusi kallutada.

- informatsiooninihe (*information bias*) ehk kuidas uuringus osalejaid (patsient, arst, ülejäänud personal) pimendati ja millised on pimendamise head ja halvad meetodid.

- analüüsinihe (*analyse bias*) ehk tulemuste analüüsimise käigus tekkivad nihked (nt uuringu katkestanud patsiendid, uuringutulemuste sõnastamine pärast uuringu lõppu). Analüüsinihke vähendamise üks võimalus on CONSORT-diagrammi kasutamine.

Edasi liiguti süstemaatilisi ülevaateid puudutavate **metanihete vähendamise** juurde; ka metanihetel on mitu alaliiki:

- valikunihe (*selection bias*). Valikunihe all võib vaadelda raporteerimisnihet (*reporting bias*), mida omakorda on kolme tüüpi. Esiteks publikatsiooninihe (*publication bias*), mille vältimiseks tuleks lisaks publitseeritud uuringutele oma ülevaatesse kaasata ka publitseerimata jäänud uuringute tulemused. On tehtud kindlaks, et publitseerimata ja publitseeritud uuringute tulemused on erinevad, publitseeritakse pigem positiivseid tulemusi. Võib esineda valikulist tulemuste avaldamist (*selective outcome bias*) ehk statistiliselt olulisi tulemusi raporteeritakse rohkem. Tulemusenihe (*ascertainment bias*) – kas lihtsasti leitavatel uuringutel võivad olla teistsugused tulemused kui raskemini lei-

tavatel? Samuti võib valikunihe peituda kaasamises (*inclusion bias*) – kui me teame, millised on uuringutulemused enne kui me määrame kindlaks uuringu kaasamise tingimused, siis võib see mõjutada meta-analüüsi tulemusi;

- informatsiooninihe (*information bias*) – kvaliteedi hindamise täpsus, andmete väljasõelumise täpsus ja täielikkus;
- analüüsinihe (*bias in analysis*) – statistilised meetodid ja uuringutulemuste heterogeensuse seletamine.

Selle osa lõpetuseks tutvustati tööriistu, mille abil oma uuringutulemuste nihet vähendada ja neid arusaadavalt näidata. Veelkord tuli vaatluse alla PRISMA diagramm, lisaks MOOSE jälgimisuuringute (*observational studies*) jaoks ja GRADE, mis mõeldud tõendusmaterjali kvaliteedi hindamiseks.

Koolituse viimaseks teemaks oli **meta-analüüsi** koostamise põhimõtted. Õpetati tõlgendama *forest plot*'i – mis on riskide suhe (*risk ratio*), šansside suhe (*odds ratio*), riskide vahe (*risk difference*). Miks on vaja teada 95% usaldusvahemikku (*confidence interval*) ja selle määramise põhimõtted ja kuidas tulemusi tõlgendada.

Koolituse lõpetuseks võeti õpitu kokku ja kõik osalejad pidid hindama üht süstemaatilist ülevaadet.

MOOC-i materjalide põhjal valmib meditsiininfo keskuses uus koolitus, millele saab registreeruda sügisest.

IVIKA RANDE
Meditsiiniinfokeskuse
infospetsialist

Androloogia mobiilse diagnoosikabineti graafik

Androloogia mobiilses diagnoosikabinetis tegelevad meestearstid kõigi meeste eriomaiste haigustega: eesnäärmehaigused, seksuaalhäired, meeste üleminekuiga, hüpo-gonadism, viljatus, sugutrakti ägedad ja kroonilised põletikud, kõik peenise, munandikoti haigused, rinnahaigused meestel. Diagnoosikabineti koordinaator on meditsiiniõde Olda Raudik, arstidest töötavad kabinetis doktorid Margus Punab, Stanislav Tjagar ja Sven Tennisberg.

Meestearsti vastuvõtule haigekassa tingimustel pöördumine eeldab saatekirja. Ravikindlustatud isikutele keh-

August	
23.–25.08	Viljandi, Turu 8/10
28.–31.08	Rapla, Alu tee 1
September	
4.–7.09	Haapsalu, Vaba 6
11.–14.09	Kärdla, Rahu 2
18.–20.09	Võru, Jüri 19a
21.–22.09	Valga, Peetri 2
25.–27.09	Rakvere, Lõuna põik 1

Oktoober	
28.09–2.10	Ahtme, Ilmajaama 14
3.–6.10	Narva, Haigla 5
9.–12.10	Rapla, Alu tee 1
16.–19.10	Haapsalu, Vaba 6
23.–24.10	Põltsamaa, Lossi 49
25.–27.10	Viljandi, Turu 8/10
November	
30.10–1.11	Rakvere, Lõuna põik 1

tib esimesel visiidil visiiditasu 5 eurot. Ravikindlustuseta ja saatekirjata mehed saavad vastuvõtule pöörduda tasuta korras.

KLIINIKUMI LEHT

Mobiilse androloogia diagnoosikabineti vastuvõtule on võimalik registreerida:

- kliinikumi kodulehel: <http://www.kliinikum.ee/eri-asti-vastuvott/registreerumine>
- meestekliiniku kodulehel <http://www.kliinikum.ee/meestekliinik>
- e-kirjaga: meestekliinik@kliinikum.ee
- telefonil 731 9100, 731 9323.



Foto: Andres Tennus

Nahahaiguste mobiilse diagnoosikabineti graafik

Mobiilne nahakasvajate diagnoosikabinet on varustatud kaasaegse aparatuuriga nahakasvajate diagnoosimiseks, mis võimaldab inimestel kiiremini õigeaegselt jõuda nahahaarsti vastuvõtule naha paha-loomuliste kasvaja kahtluse.

Kabinetis võtavad patsientide vastu nahahaiguste arst Külli Paasik ja õde Maili Maalmann.

Arsti vastuvõtule broneerimine toimub kliinikumi ette-registreerimiskeskuse telefonil 731 9100 või internetiaad-

ressil <http://www.kliinikum.ee/eri-asti-vastuvott/registreerumine>. Interneti broneerimisele tuleb eriala juures täpsustada mobiilne nahakasvajate diagnoosikabinet ja asukoht, kuhu minna soovitakse. Nahahaarsti vastuvõtule pöördumiseks ei ole tarvis perearsti saatekirja, ravikindlustatud isikutele tuleb tasuda tavapärase visiiditasu 5 eurot.

KLIINIKUMI LEHT

Valgamaa	
24. august	Valga Haigla, Peetri 2, Valga
Põlvamaa	
31. august	Räpina Haigla, Võru 1, Räpina
Järvamaa	
7. september	Türi Tervisekeskus, Viljandi 4, Türi
Ida-Virumaa	
28.–29. sept	Ida-Viru Keskhaigla, Kohtla-Järve, Ravi 10D
Raplamaa	
5. oktoober	Rapla Maakonna Haigla, kiirabi sissepääsu juures, Alu tee 1
Tartumaa	
12. oktoober	Elva Kesklinna apteegi juures, Elva, Kesk 23
Lääne-Virumaa	
26. oktoober	Rakvere Haigla, Lõuna-põik 1

Margarita Milihhina: patsiendi infokeskusesse on kõik oodatud!

Kui L. Puusepa 8 majas pärast meditsiinlinna II ehitusjärgu lõppu jäid endised apteegi ruumid vabaks, andis see võimaluse sisustada avar klaasustega ruum patsientidele ja nende lähedastele teabe jagamiseks.

Patsiendiinfoga seotud tegevust koordineerib selles ruumis Margarita Milihhina. Eesmärk on jõuda patsientide lähemale, et tõsta nende teraveteadlikkust ja ennetada võimalikke terviseprobleeme. Kuna kaasaegse tervishoiuteenuse juurde kuulub patsientide ja nende lähedaste informeeritus, on ka patsiendid ise aina rohkem huvitatud enda tervisest, ravist ja protseduuridest.

Margarita Milihhina selgitab, et nimi „Patsiendiinfo“ uksele ei tähenda seda, et sisseastumiseks peab olema juba haige või lausa haiglaravil. Tõsi, suurema osa külastajatest moodustavad just statsionaarsele ravile tulnud patsiendid, kellele Margarita jagab nii teabematerjale kui ka selgitab arusaamatuks jäänud nüansid üle – näiteks patsiendi õigused ja kohustused, haiglast lahkumine, kodukeskkonna sobivaks kujundamine pärast haiglaravi ning mitmed muud olulised teemad, mis võivad patsiendil endal jääda märkamata. Lisaks käivad infot kogumas ka uuringutele tulevad patsiendid – küsitakse, mis ootab ees MRT-, kompuutertomograafia-, koloskoopia- või ka ultraheliuuringu eel. Ning näiteks ka onkoloogilised patsiendid, kes huvituvad, kuidas edaspidi toituda, mida toob endaga kaasa kiiritus- ja keemiaravi.

Teabe jagamiseks on Margarital arvukalt infovoldikuid, kuhu on koondatud erinevate haiguste, uuringute ja protseduuride kokkuvõtlik tutvustus. Lisaks on ruumis suur interaktiivne tahvel, mida meeldib kasutada just noorematele inimestele. „Vanemad inimesed eelistavad kohe kindlasti paberikandjal materjale,

Foto: Andres Tennus



Margarita Milihhina

neile meeldib lugeda mitu korda, nad võtavad voldiku kasvõi arstikabineti ukse taha ootamise ajaks kaasa,“ räägib Margarita. Ta kinnitab, et olgugi, et on endamisi mõelnud paberikandjal materjalide osakaalu vähenemisele, ei näe ta hetkel seda võimalust. Paberikandjal materjale käivad kasutama ka Tartu Tervishoiu Kõrgkooli tudengid õppetöö eesmärgil. Niisamuti uudistaksid paberikandjal infovoldikuid näiteks väliskülalised Ukrainast, kes olid väga üllatunud, et õendustöötajad on just peamiselt need, kes hoolitsevad infomaterjalide sisu kokkupanemise eest.

Vestlusringid ja tervisepäevad

Küsimuse peale, kes on need mitte-patsiendid, kes teabetoas käivad, vastab Margarita: „Patsientide omaksed – neil on väga palju küsimusi nii lähedast tabanud haiguse kui ka ravi, toitumise ja edasise paranemise kohta. Vestlusringides osalevad aga näiteks ka meie enda kolleegid.“

Lisaks eespool kirjeldatule ning nn jooksvatele küsimustele vastamisele, ongi patsiendi infokeskuse teine suurem eesmärk korraldada tervise-teemalisi vestlusringe ja tervisepäevi. Vestlusringid toimuvad eelregistreerimisega ning hetkel osalejate arvule piiranguid seatud ei ole. Vestlusrin-

ge viivad läbi arstid, õendustöötajad, proviisorid, füsioterapeudid, üliõpilased ja teised spetsialistid.

Tervisepäevad on aga tegelikult linnarahvale juba tuntud formaat, varem korraldas Margarita tervislikke neljapäevi lihtsalt Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis. Nüüd on need kolinud kliinikumi, ent läbi viijateks on endiselt koostöös õdede liidu ja tervishoiukõrgkooliga kliinikumi õed ning tervishoiukõrgkooli töötajad. Esimene tervisepäev toimus aprillikuus, mil 2 tunni jooksul oli külastajad ligi 70. „Seda on rohkem, kui varasematel tervisepäevadel,“ lausub Margarita. Kliinikumis liigub lihtsalt rohkem linnakodanikke ning see koht on tervise näitajatest huvitavatele inimestele lihtsamini leitav. Järgmine tervisepäev toimub 20. septembril, mil keskendutakse kolesteroolile. Sellele teemale on pühendatud eraldi vestlusring ning osalejatel on võimalik sealsamas ka enda tervisenäitajaid mõõta ning saada spetsialistidelt tagasisidet. Margarita sõnul sünnivad tervisepäevade teemad kohalikajate tagasiside ankeetidest: „Kuna tahame ju keskenduda patsientide teadlikkuse tõstmisele, siis peame lähtuma nende ettepanekutest ja neile huvitavatest ja vajalikest teemadest,“ rõhutab Margarita.

Patsiendi informuim on tõos olnud kõigest pool aastat, ent märkamata on see jäänud vähestele. Kui küsin, millisenäeb Margarita selle ruumi funktsiooni aasta pärast, loodab ta, et see oleks pidevalt kasutusel. Ruumis saab lugeda kirjalikke ja elektroonilisi infomaterjale, pidada vestlusi, seminare, videokonverentse ja koosolekuid. Ta loodab ühtla-

KOMMENTAAR



George Orwell kuulub mõttetera: „Teiste abistamine on hea, kuid parem on õpetada neid ennast ise abistama“. Patsientide õpetamine kiirendab nende tervenemist, parandab enesehooldusvõimet ja vähendab sõltuvust tervishoiusüsteemist. Patsientide ja nende lähedaste informeerimine ja õpetamine on olnud kliinikumis suurema tähelepanu all juba paarkümne aastat. Kuigi palju on ära tehtud, otsime jätkuvalt uusi võimalusi, et parandada inimeste tervise teadlikkust ja ennenda terviseprobleemide tekkimist või kordumist. Patsiendi infokeskuse vastavate ruumide ja spetsialistidega arendab uusi kaasaegseid patsiendiõpetuse viise, et toetada vajaliku teabe jõudmist iga abivajajani.

TIINA FREIMANN
Kliinikumi ülemõde

si, et õendusjuhid tutvustavad patsiendi informuimi võimalusi osakondades, kust omakorda julgustatakse patsiente tulema infot küsima ja vastuseid saama.

MARGARITA MILIHHINAGA
vestles HELEN KAJU



Tartu Arstide Liidu kevadreis

Kevadreis Raplamaale

Tartu Arstide Liidus traditsiooniks saanud kevadväljasõit, mida soosis ka erakordselt ilus ilm, viis meid sedakorda tutvuma Raplamaaga. Allpool püüangi lühidalt edasi anda muljeid ja kirjeldada kasvõi osakestki kohaliku giidi Pille Vankeri ammandamatutest lugudest oma kodukandi looduse, ajaloo, kultuuri ja inimeste kohta. Lisaks on piirkond täis rohkeid legende.

Raplaa pikka ajalugu on väga rikas Eestile oluliste sündmuste poolest. Just Raplaa maal algas eestlaste suur vastuhakk võõrvõimule – Jüriöö ülestõus 1343. aastal. Kohalike elanikud teavad tänapäevani Paka mäe Raikküla lähedal, mis olnud eestlaste vanemate nõupidamise ehk Raikküla kärjate paik. Kui seal seista jaanipäeva õhtul on võimalik kuulda muistsete vanemate minna! Peagi laastas maad Liivi sõda (1558–1583), kus suurim, Ruunavere lahing oli nii äge, et „verd olla olnud hobusele põlvini“. 1858. aastal peeti siin Maatra sõda, mille ka ja ulatus kaugemale väljapoole Eestit ja mõjutas edasist talurahvapoliitikat. 1905. aasta sündmused olid siinkandis tormilisemad kui mujal Ees-

tis – oli mõisate põletamise aeg. Ehkki enamasti saadi lüüa, on siinsetes inimestes tänini säilinud eriline visadus, kangekaelne vaim, ettevõtlik meel.

Raplaa ilus loodus meelitas baltisakslasi siia mõisaid rajama, eriti 18.–19. sajandil. Siin on olnud ligemale 100 mõisat, piirkond on Eesti kõige mõisarikkam. Raplaa on rikas keskaegsete kirikute ja kabelite poolest. Maastikku ilmestavad rohked liigirikad mõisapargid.

Matka alustasime Kuimetasa maastikukaitsealalt Neitsimäe jalamil lida karstiurgete juurest. Minevikus olla urked moodustanud ühe suure koopasüsteemi paljude erisuuruste käikudega. Läti Henrik on oma kroonikas neid koopaid kirjeldanud seoses sakslaste sõjakäiguga 1220. aastal siinmaale. Inimesed on pidanud karstiaala pühapaigaks, selle kohta on rohkelt rahvapärismi. Veel tänapäevalgi seotatakse paika ufodega, teiste kosmiliste tsivilisatsioonidega.

Maatra mõisa asukohta ja 14. juunil 1858. aastal toimunud lahingu paika tähistavad üksnes säilinud maakividest mõisaait ning 1933. aastal püstitatud mälestussammas la-

hingu 75. aastapäeva tähistamiseks. Sambalt võisime lugeda: „Siin võitles Eesti Talupoeg Tõe, Õiguse ja Vabaduse eest“. Lähedalasuva mõisa tiigi puhastamisel on välja tulnud ahelaid, käeraudu, purunenud viglaharusid. Eesti riigimees Jaan Tõnisson on öelnud: „Maatra sõda oli Eesti Vabadussõja eellahing“.

Aeg oli minna lähemaid mõisaid vaatama – Atla mõisakompleks ja suur park selle ümber on taastatud perekoduks, omanik tegeleb tarbekeeraamika valmistamise ja müügi-giga. Mõisa endises viljaaidas avatud mõisakeraamika poes imetlesime maitsekaid valgest ja pruunist keraamikast kööginõude komplekte. Igauks leidis siit midagi kojuviimiseks! Mõisaring jätkus lõuna-einega Arturi trahteris endise Valtu mõisa kõrvalhoones. Mõisa peahoone, Eesti klasisitsismi üks tippseid hävis 1905. aastal ja hiljem lammutati maani maha. Mõis on seotud Arthur-Aleksander Lossmanni (1877–1972), Eesti kõrge sõjaväelase ja arsti nimega, kes on sängitatud Tallinna kaitseväge kalmistule Vabadussõja kõrgemate juhtide memoriaali, kuhu varem olid maetud ka Johan Unt ja Ernst

Pödder. Eemal, Keila jõe ääres, paistis erastatud tühi ja hooletussejätatud, plankudega kinnilöödud uste-akendega Hõreda mõis, mis kunagi oli Eesti stiilipuhtaim klasisitsistlik ehitus, endise tsaari-Venemaa loodeosa üks kauneimaid. Tühjad on ka erastatud Maidla ja Inglise rüütlimõisad. Alu rüütlimõisas imetlesime maalilist tiikide ja sildadega parki, mõis ise (esmatead 1409. aastast) on kuulunud Uexkülliidele, Wrangelliidele, Rosenitele, Tiesenhausenitele. Härber on Eesti üks omapärasemaid neogooti stiilis, meenutab pigem uhket lossi kui maamõisat, on täielikult taastatud. Kui hakati rajama raudteed, ei lubanud viimane mõisaomanik, Otto von Lilienfeld, seda ehitada läbi oma maade – segavat tema und! Nii andis ehituseks tema naaber, Valtu mõisnik, kes Lilienfeldi meelega härmiks sai raudtee tötu pururikkaks. Alu mõisa peahoone on 1999. aastast Eesti Kaitseväe omanduses.

Kuidas Tartu Arstide Liidu reis jätkus, saab lugeda Kliinikumi Lehe veebis.

MILVI TOPMANN
TAL liige



Näitus „Maali lahkamine. G. F. Parroti portree“

Vana anatoomikumi rotundis saab esmakordselt näha Franz Gerhard von Kugelgeni maalitud portreemaali Tartu ülikooli kuulsast rektorist ja füüsikaproffessorist Georg Friedrich Parrotist. Maali peeti kadunuks kuni 2016. aastani, mil see tänu õnnelikule juhusele jõudis USAst tagasi Eestisse ning kuulub nüüd Tartu ülikoolile.

Näitusel „lahatakse“ Parroti portreed mitmest vaatenurgast, avades nii Parroti portree minevikku kui ka maali valmimise, kadumise ja leidmise lugu. Emotsiooni ja erilisust lisab veel ka näituse asupaik – ajalooline ja põnev vana anatoomikumi rotund, kuhu tavaliselt puudub külastajatel ligipääs.

Näitus on avatud 5.07–3.09.2017, teisipäevast reedeni kell 10.00–18.00 vanas anatoomikumis aadressil Lossi 38.

KLIINIKUMI LEHT

Kodukohviku müügitulu läheb patsientidele

Kodukohviku „Jupp kõige paremat suitsuvorsti“ tulu annetatakse hematoloogia-onkoloogia kliiniku väikestele patsientidele.

Foto: Kersti Kinks

Augustis peetud Tartu toidu- ja veinifestivalile panid punkti eripalgelised kodukohvikud. Soinaste 18 hoovis oli avatud kodukohvik „Jupp kõige paremat suitsuvorsti“ heategevusliku eesmärgiga – osta müügitulu eest hematoloogia-onkoloogia kliiniku lapsed patsientidele kunstitarbeid.

Kohviku perenaise Kersti Kinksi sõnul motiveeris teda head tegema soov aidata vähiravil olevaid lapsi. „Käin tegemas Eesti Vähahaigete Laste Vanemate Liidu kaudu kunstilisi tegevusi kliinikumis ravil olevate lastega. Et meie kohtumised oleksid huvitavad ja mitmekesised, on vaja erinevaid kunstitarbeid, mis peavad olema äärmiselt hoolikalt valitud arvestades pisikeste patsientide ravi eripära,“ selgitab kunstnik.

Kodukohvik teenis kokku 800 eurot, mis Kersti Kinksi



Kodukohvik „Jupp kõige paremat suitsuvorsti“

sõnul ületas igasugused ootused: „See on väga suur summa, meie kõige kallim toode maksis 2 eurot! Olen südamest tänulik kõikidele headele inimestele, aitäh minu abilistele ja aitäh kohvikulistele!“

Perekond Kinks korraldas kodukohvikute päeval ka laste joonistusvõistluse eesmärgiga teadvustada rohkem se-

da, et kõigil lastel ei ole võimalik kenal suvepäeval olla kodus, vaid tuleb võidelda raske haigusega. Valminud kunstiteosed pühendati hematoloogia-onkoloogia kliinikus haiglaravil viibivatele lastele.

KLIINIKUMI LEHT

?

Kes on daamid esireas, kes osalesid Maarjamõisa haigla suvepäevadel 1977. aastal?

Vastuse palume saata 10. septembriks e-postiga aadressile Helen.Kaju@kliinikum.ee või tigupostiga aadressile Kliinikumi Leht, L. Puusepa 1a, 50406, Tartu. Õigesti vastanute vahel loositakse välja Kliinikumi Lehe aastatellimus. Head nuputamist!



Juunikuu pildimängu fotol nautis Pangodis suve dr Anneli Kolk. Õigeid vastuseid laekus palju, loosi tahtel võitis lehelõpetamise Annika Kalinina. Palju õnne!

