

# Kliinikumi Leht

S I S E L E H T nr 38 November 2001

Tartu Ülikooli Kliinikum

• Palgaläbirääkimistest

• Intensiivravi veerand sajandit

• Mis on valukliinik

## Rain Jõgi kaitses Uppsala Ülikoolis doktoriväitekirja



Pärast edukat kaitsmist (vasakult paremale): Rain Jõgi, üks tema juhendajaid prof Bengt Björkstén ning Uppsala kopsukliiniku juhataja prof Gunnar Boman.



Fotod: erakogu

Rain Jõgi üliedukal doktori-väitekirja kaitsmisel Uppsala Ülikoolis.

22. oktoobril kaitses edukalt Uppsala Ülikoolis oma doktori-väitekirja kopsukliiniku vastuvõtu- ja diagnostikaosakonna juhataja Rain Jõgi.

**Kuidas on teie doktoritöö täpne tõlge eesti keelde?**

"Astma: hingamisteede haigusnähud, atoopia ja bronhiaalne hüperreaktiivsus noorte täiskasvanute hulgas Eestis ja Rootsis".

**Mis aspekte te oma töös uurisite?**

Töö eesmärk oli võrrelda hingamisteede haigusnähtude, atoopilise sensibiliseerituse ja bronhiaalse hüperreaktiivsuse levimust, omavahelisi seoseid ja riskitegureid noorte täiskasvanute hulgas Eestis ja Rootsis.

**Kas see valdkond on hästi läbi uuritud või on seal veel palju avastada?**

Viimastel aastakümnetel on nii haigestumine hingamisteede haigustesse kui ka vastav suuremus üle maailma pidevalt kasvanud. Samas on haigestumine pahaloormulistesse kasvajatesse püsinud muutumatuna ning kardiovaskulaarseid haigusi tuleb harvem ette - seda eelkõige tänu nende haiguste riskitegureite väljaselgitamisele ning sellest tulenevalt profülaktiliste abinõude rakendamisele.

Hingamisteede haigustest on enim saanenud haigestumine astmasse ja seda just laste ja noore töövõimelise elanikkonna seas. Astmale iseloomulikud haigusnähud levivad, üha enam on ka diagnoositud astmat, kasvab nii astmaravimite tarvitamine, hospitaliseerimine astma tõttu kui ka suuremus sellesse haigusse.

Paraku on astma epidemioloogia praegu seal, kus ta vähi ja südamehaiguste osas oli 50 aastat tagasi. Miks see haigus kogu maailmas aina enam levib, on suures osas teadmata.

"European Community Respiratory Health Survey" (ECRHS), milles ühena 48 keskusest osales ka Tartu, ongi esimene rahvusvaheline suure mahuga astma epidemioloogiline uuring täiskasvanute hulgas.

Uuring näitas, et diagnoositud astma levimus on väike (2,0-3,3%) Eestis, endisel Ida-Saksamaal, Alžeerias ja Islandil ning suur (8-11,9%) Uus-Meremaal ja Austraalias. Diagnoositud astma levimuse trendi järgisid ka astmale iseloomulikud haigusnähud ja astmaravimite tarvitamine.

Ühe hüpoteesi kohaselt on astma levimuse kasvu taga arenenud tööstusriikides haiguse kulu raskenemine ning haigusvabade perioodide lühenemine. Selle tõve kulgu mõjutavate keskkonna riskitegureite väljaselgitamine on oluline sekundaarse profülaktika seisukohast, populatsiooniti võivad need päris palju erineda.

Alates 2000. aasta algusest on käivitatud järjeuuring ECRHS II, mille eemärgid on:

- Hinnata astmasse haigestumust ja remissioone ning muudatusi uuritavate atoopilise sensibiliseerituses ja bronhiaalse hüperreaktiivsuses ning määrata atoopia, bronhiaalse hüperreaktiivsuse ja astma kulu riskitegurid representatiivses rahvastikuväliselt.
- Uurida muudatusi kopsufunktsioonis ja selgitada kopsufunktsiooni languse riskitegureid.
- Võrrelda muudatusi astma ravis ning selgitada astma ravi seost remissioonide, haigusega seotud kulu- ja elukvaliteediga eri maades.
- Hinnata töö- ja koduse keskkonnaga seotud ekspositsioonide toimet astma ja allergilise riniidi nähtude ilmnemisele ja püsimisele.
- Uurida astma sümptomaatika ja menstruaaltsükli seoseid naistel.

Tartus on lõpetatud uuringu postiküsitluse faas. Varasema uuringuga võrreldes koguti detailsemat teavet suitsetamisharjumuse, elukondlike riskitegureite, võimalike kutsekahjustuste, sotsiaalse tausta, lapsea riskitegureite ning une ja unehäirete kohta.

Andmete läbilõikeline analüüs näitas, et diagnoositud astma levimus on noorte täiskasvanute hulgas viimaste aastate jooksul kasvanud kõikides uuringus osalenud Põhjamaade keskustes, kuid mitte Tartus. Mittespetsiifiliste hingamisteede haigusnähtude levimus aga on endiselt kõige

suurem just Eestis.

Samas on enamike haigusnähtude levimus erinevalt teistest uuringukeskustest Tartus pigem vähenenud kui suurenenud. Allergilist riniiti on Tartus aga enam registreeritud nagu teisteski uuringukeskustes.

Riskitegureite analüüs näitas, et selles vallas on erinevusi: naissugu ja liiga suur kehakaal olid Põhjamaades olulised astmasse haigestumise riskitegurid, Tartus aga mitte.

Lõpetatud on ka ajalooliste andmete kogumine õhusaaste kohta Tartus ning välisõhu saastatuse vahetu määramine, mille käigus hinnati 2,5-mikroniliste osakeste ja NO<sub>2</sub> kontsentratsiooni linna välisõhus. Alustatud on uuringu kliinilist faasi ning tubase kliima ja allergeenide kontsentratsiooni uuringuid uuritavate kodudes.

**Missugused on teie doktoritöö peamised järeldused? Kas need erinevad seniste uuringute järeldustest?**

Varasemad uuringud olid kõik läbi viidud laste seas. Selle uuringu tulemused näitasid, et täpselt nagu lastel, esineb ka täiskasvanutel astmat Eestis vähem kui arenenud turumajandusega riikides, samas esineb hingamisteede haigusnähte meil tunduvalt sagedamini kui mujal.

Selle põhjuseks on tõenäoliselt nii meie ebasoodne kliima kui inimeste tihedad elukondlikud kontaktid: täiskiilutud ühissõidukid, kitsad elutingimused, ülekooamad ruumid koolides ja lasteaedades. Kõik see soodustab hingamisteede nakkuste levikut.

Kõige olulisem uuringus selgunud hingamisteede haiguste riskitegur on siiski suitsetamine. Passiivne suitsetamine on meil nii levinud, et vaevast on kedagi, kes sellega üldse kokku ei puutu. Aktiivne suitsetamise vastu võitlemine aitab kindlasti inimeste tervist hoida, seda nii individuaalses kui ühiskondlikus plaanis.

Kuna ühte kindlat definitsiooni astma määramiseks epidemioloogilises uuringus ei ole, ei ole võimalik täpselt öelda, kui palju meil astmat on. Siiski, ka kõige konservatiivsema hinnangu põhjal on astma levimus täiskasvanute hulgas 3-4%, mis on tunduvalt rohkem, kui seda võiks järeldada jooksva meditsiinistatistika põhjal.

Järg lk 2

### KOMMENTAAR

**MAIRE VASAR,**  
TÜK lastekliinik,  
laste ja noorukite allergiahaiguste  
keskus

Mitmed samasuguse meetodikaga tehtud epidemioloogilised uuringud on näidanud, et allergiahaigused saavad kogu maailmas. Samas on viimasel kümnel aastal tehtud allergia esinemissageduse uuringutest selgunud, et nii allergiahaigused kui ka atoopiline sensibiliseerumine on piirkonniti levinud erinevalt. Seda, et asjade seis on Ida- ja Lääne-Euroopa maades erinev, kinnitab ka Rain Jõgi dissertatsioon.

Tegu on ühega esimestest epidemioloogilistest töödest astma ja respiratoorsete sümptomite levimuse kohta Eesti täiskasvanute hulgas. Meie lapsi uuriti analoogselt 1990. a algul ja mõlema töö tulemused on enam-vähem samad.

Ka laste seas esines astmat ja atoopilist sensibiliseerumist eestlastel vähem kui rootslastel. Samas: astmat oli meil küll harvem, kuid nii Eesti lastel kui ka täiskasvanutel esines sageli respiratoorseid sümptomeid ning bronhiaalset hüperreaktiivsust.

Ilmnes, et ei respiratoorsed sümptomid ega bronhiaalne hüperreaktiivsus ole seotud astma ja atoopiaga. Olulisemad riskifaktorid olid hoopis sellised sisekeskkonna tegurid nagu tubakasuits ja gaasipliidi kasutamine toidu valmistamisel.

Provokatsiooniteste bronhiaal-hüperreaktiivsuse määramiseks on peetud üheks objektiivseks markeriks astma diagnoosimisel. Kuid eestlaste hulgas see meetod ei toimi, kuna meil mõjutavad hüperreaktiivsust teised tegurid.

Kuna meil ühtne meditsiini statistika puudub, saame Rain Jõgi dissertatsioonist ülevaate astma ja respiratoorsete sümptomite esinemissagedusest eestlastel. Olulisemgi veel aga on astma ja hingamisteede sümptomite riskitegureite analüüs, kuna viimased on piirkonniti erinevad.

Teades Eestis esinevaid hingamisteede sümptomite riskitegureid, on perearstidel, pulmonoloogidel ja allergoloogidel võimalik rakendada meetmeid, mis aitavad bronhiaalastmat ära hoida.

Nagu dr Jõgi väga tabavalt oma dissertatsioonis ütleb: on oluline teada, mida me hingame, mida me sööme ja kellega me koos elame. Viimasel ajal on teadlasi üha rohkem ja rohkem huvitanud küsimus, mis on astma ja allergia tekkepõhjused ning miks neid aina sagedamini esineb. Kas astma hakkab ka Eestis saanema - elustiil on ju hoopis teine kui 1990. aastate alguses?

Need on küsimused, mis vajavad vastamist, ning ma ei kahtle, et Rain Jõgi on edaspidigi nende hulgas, kes püüavad leida lahendust 21. sajandi epideemia - allergiahaigustele.

Siiras tunnustus Rain Jõe maha-ka uuringu ja dissertatsiooni eduka kaitsmise puhul! Jaksu edaspidiseks!

**Kuidas uuringute läbiviimine käis?**

Uuringugrupiks olid juhuvalikud elanikkonnast, 3000 inimest Tartust ja 3600 Uppsalast, vanuses 20-44 eluaastat. Uuring viidi läbi ECRHS protokoll järgi kahes faasis.

Esimene faas oli postiküsitlus. Uuringu kliinilise faasi kutsuti juhuvalik postiküsitlusele vastanute ning postiküsitluses astmasarnaseid haigusnähte kurtanud uuritavad.

Lisaks põhjalikule intervjuu korras esitatud küsimustikule ja metakoliinestile määrati neil vereseerumist IgE antikehad enamlevinud allergenidele, kogu IgE tase ning eosinofiilse katioonse proteiini (ECP) tase vereseerumis.

Eraldi uuringu võrreldi Spira Elektro2 ja Mefar MB3 dosimeetrina kasutatavat metakoliin-provokatsiooni-meetodit 28 inimesel, kellel oli kerge kuni mõduka raskusega astma.

**Kuidas saate oma doktoritöö tulemusi igapäevatoos ära kasutada?**

Igapäevatoos on epidemioloogiliste uuringute tulemused toeks selgitusõõ tegemisel, et astma ja teised allergilised haigused on meil nii aladiagnoositud kui alaravitatud.

Teiseks näitavad kordusuuringud, kas astmasse haigestumine on sazenemas ka meil. See teadmine on abiks tervishoiu korraldamisel ja ressurside planeerimisel.

Kui millestki palju räägitakse, võib tulemuseks olla, et hüpodagnostikale lisandub hüperdiagnostika. Kui näiteks on näha, et astmaravimite tarvitamine aasta-aastalt suureneb, samas epidemioloogilised andmed ei viita haigestumuse kasvule, siis tekib küsimus, kas ravitakse haigeid paremini või kirjutatakse ravimeid välja kergetäoliselt ka neile, kes tõenäoliselt sellest mingit kasu ei saa.

Sellele küsimusele vastamiseks on muidugi tarvis läbi viia juba eraldi uuring. Diagnostika ja ravi kvaliteedi kontrolli uuringuid olemas kopsukliinikus koostöös haigekassaga läbi viinud nii astma kui kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse osas.

Epidemioloogilisest uuringust selgus, et kõige levinum allergen on meil toatolmu lest, kõige rohkem haigusnähtusid aga põhjustab kassi allergen. Ka seda teadmist on igapäevatoos võimalik rakendada.

Kõige praktilisema kliinilise rakenduse annab vahest teadmine, et bronhiaalset hüperreaktiivsust (BHR) esineb 19% täiskasvanute juhuvalikust.

Piirkondades, kus BHR levimus on väike ning seda esineb peamiselt astmahaigetel, viitab positiivne BHR test eelkõige astmale. Meil see kindlasti nii ei ole ja seega on BHR testi võimalik kasutada ainult astma diagnoosi aktiivseks väljalülitamiseks: negatiivse BHR testi tulemuse korral on astma väga vähe tõenäoline.

**Miks valisite doktoritööks just Uppsala ülikooli?**

Uppsala Ülikooliga on kopsukliinikul olnud väga konstruktiivne töösuhe juba pikemat aega. Näiteks kaitses oma doktoriväitekirja Uppsalas ka Priit Teder, kes töötab nüüd samas õppejõuna.

Teiseks oli üks minu juhendajaid, dotsent Christer Janson, Uppsalast. Kolmandaks on seal väga tugev tehniline sekretariaat, mis jätab doktorandile võimaluse tegelda ainult sisuliste probleemidega. Teadustöö vormistamiseks on Uppsalas ka tunduvalt paremad võimalused kui Tartus, kuna enamik ajakirju on pdf-formaadis kohe kättesaadavad. See hoiab kõvasti aega ja raha kokku - ei pea raamatukogus istuma ja ise ajakirju tellima.

**Kas doktoritöö kaitsmine Tartu Ülikoolis käib kuidagi teisiti kui mujal maailmas?**

Eks väikesed erinevused on igal pool. Kui näiteks Tartus kestab kaitsmine umbes tunni, siis Uppsalas tavaliselt ikka 3-4 tundi. Suuri erinevusi kaitsmisel aga ei ole.

Rain Jõgi doktoriväitekirjaga saab tutvuda internetiaadressil <http://w3.ub.uu.se/fulltext/91-554-5119-5.pdf>

Küsimused esitas  
**MARLIIS VAHE**

# Kuidas peaks kujunema põhipalga lisa kliinikumis?

Septembrikuus jõudsid Tartu Arstide Liit ja kliinikumi juhtkond läbirääkimistel arstide palgasüsteemi üle vaidluskohtani, kus otsustati küsida arvamust arstide endi käest.

Küsimus ise on nii meil kui mujal igipõliste diskussioonide allikas: kas arstide põhipalgale peaks lisanduma teatav lisa, mis arvestataks põhipalga sisse, või mitte; ning kui jah, siis millest see peaks sõltuma. Tuletan lugejatele meelde, et kevadel jõudsime kokkuleppele selles, et arstide põhipalk on kõigile ühtne.

Nii viidigi oktoobris läbi küsitlus (tõsi, mõned ankeedid laekusid ka pisut hiljem). Küsitluslehti jagas laiali Arstide Liit kogu kliinikumi arstkonna hulgas. Kokku laekus täidetuna 327 ankeeti. Kriteeriumid, mille kohta küsiti seisukohta, olid tööstaaz (1), teaduskraad (2) ja eriala iseloomust tingitud füüsilise, psühhomotsionaalse ja kiire otsustuse vajadusest tekkiv pinge (3).

Kliinikumi arstkonna arvamus on üsna üksmeelne: põhipalgale peaks lisanduma teatav lisa. Kõige enam heakskiitu leidis palgalisa, mis peaks tulema erialaga kaasneva pinge tõttu (83,5%). Kõikuvused eri töötajate vahel mahuvad kõik statistilise vea piiresse.

Pisut vähem inimesi toetab lisa sõltuvust staažist: 73,1%. Siin on üsna ootuspärane väike erinevus vastajate vahel sõltuvalt sellest, kui kaua on vastaja kliinikumis töötanud - vähem töötanud pidasid seda vähemoluliseks.

Ka teaduskraadi väärtustamist peab oluliseks pea samasugune hulk arstkonnanast - 3,7% erinevus võrreldes eespool mainituga on statistilise vea piires. Ka siin on kõikuvused eri töötajate arvamusel vahel väga väike.

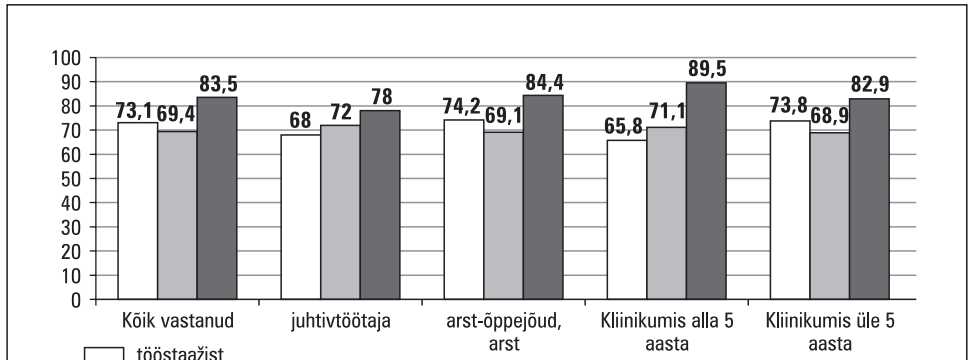
Sotsiaalministri kinnitatud kliinikumi arstkonna erialade pingerida on kujunenud üsna ootuspäraseks (vt joonis 2). Pingerea koostamisel võeti arvesse vaid nende 83,5% vastanute arvamust, kes eriala arvestamist oluliseks pidasid. See loetelu on jagatud joonisel järgmisesse "jätkudesse":

- lisatasu töö pingelisuse eest pooldab üle 50% vastanuist;
- lisatasu töö pingelisuse eest pooldab rohkem vastanuid, kui on selle vastu;
- lisatasule töö pingelisuse eest on vastu vähem kui pool vastanuteist;
- lisatasule töö pingelisuse eest on vastu vähem kui pool vastanuteist, arvestades statistilist viga;
- lisatasule töö pingelisuse eest on vastu enam kui vähem kui pool vastanuteist.

See andmestik on aluseks ka edasistel läbirääkimistel Arstide Liiduga.

**VÄINO SINISALU,**  
Tartu Arstide Liidu esimees, töövõtjate delegatsiooni juht läbirääkimistel

**MART EINASTO,**  
kliinikumi juhatuse liige, tööandjate delegatsiooni juht läbirääkimistel



**Joonis 1. "Jah" vastanute hulk arst-õppejõudude ja arstide põhipalgamäärale lisanduvat puudutavale küsimusele**

erakorraline meditsiin	96	2,9	1,1
anestesioloogia	96	2,9	1,1
neurokirurgia	94,1	2,2	3,7
torakaalkirurgia	88,6	3,7	7,7
üldkirurgia	87,5	6,2	6,2
vaskulaarkirurgia	87,2	7	5,9
sünnitusabi ja günekoloogia	86,1	7,3	6,6
lastekirurgia	79,9	13,6	6,6
näo- ja lõualuukirurgia	50,5	38,5	11
kardioloogia	50,2	38,1	11,7
uroloogia	46,9	41,4	11,7
pediaatria	44	45,1	11
psühhiaatria	37,7	50,5	11,7
onkoloogia (radio-, kemoterapia)	37,7	50,2	12,1
ortopeedia	37,4	50,2	12,5
hematoloogia	35,2	49,5	15,4
neuroloogia	23,8	64,1	12,1
infektsioonhaigused	23,1	64,5	12,5
otorinolarüingoloogia	19,4	66,7	13,9
plastikakirurgia	17,9	69,2	12,8
oftalmoloogia	16,5	70	13,6
pulmonoloogia	15,4	70	14,7
patoloogia	15,4	71,4	13,2
nefroloogia	15,4	70,7	13,9
radioloogia	11,4	76,2	12,5
sisehaigused	10,6	75,1	14,3
gastroenteroloogia	8,1	77,7	14,3
reumatoloogia	5,9	80,2	13,9
stomatoloogia	5,9	82,1	12,1
ortodontia	3,3	81,3	15,4
endokrinoloogia	2,9	81,3	15,8
dermatoveneroloogia	2,6	83,9	13,6
füsiatria ja taastusravi	2,2	85,3	12,5
laboratoorne meditsiin	1,1	85,3	13,6

**Joonis 2. Erialade pingelisuse pingerid kliinikumi arstkonna küsitluse tulemusel**

**KOMMENTAAR**

TÜK Lastekliinik arst-õppejõud pediaatria erialal  
**KAJA JULGE:**

"Rain Jõgi dissertatsioon on esimene Eesti täiskasvanud elanike hulgas tehtud arvestatav epidemioloogiline uuring allergiahaiguste kohta.

Töö on eriti väärtuslik just seetõttu, et see annab võimaluse võrrelda Eestis tehtud uuringu tulemusi teiste maade andmetega (analoogilisi uuringuid on läbi viidud ECRH raames 22 riigis). Nii saame analüüsida oma seisu teiste olukorra taustal, mõistame, kus me praegu oleme ja

kuhu ilmselt liigume.

Turumajandusega riikides on allergiahaigused enam levinud ja kuna Eestigi on valinud selle tee, võib eeldada märgatavat allergiahaiguste leviku kasvu (endise Ida-Saksamaa aladel on see kogemus juba olemas). Seepärast tuleb tingimata parandada nii arstkonna kui muude elanike teadmisi allergiahaiguste kohta. Seda saab teha näiteks arstidele täienduskursusi korraldades ja rahvast meedia vahendusel informeerides.

Täiskasvanute astma on meil mõnevõrra aladiagnoositud ja alaravitatud. Eesti vajab selle eriala spetsialiste - allergoloog-immunoloog - kes oskavad panna õige diagnoosi ning määrata vastava ravi.

Teades allergiahaiguste esinemise sage-

dust ning nähes ette nende leviku kiirust, on võimalik planeerida, kui palju on vaja kulutada nende ravile ja profülaktikale. Et suitsetamisega seoses on palju hingamisteede probleeme, tuleks see ühiskondlikes asutustes tingimata keelata."

Rain Jõgi doktoriväitekirja oponent  
**PROF AMUND GULSVIK,**  
Bergeni Ülikool, Aucklandi Ülikooli haigla:

"Dr Rain Jõgi teadustöö on astma leviku ja selle riskitegurite hindamisel Eestis ja Rootsis väga suure tähtsusega."

# Üldintensiivravi osakonnal täitus veerand sajandit

## Intensiivravi ajaloost

Intensiivravi täpset algust on raske määratleda, sest kogu ajaloo jooksul on arstid ikka püüdnud südamega ja kõiki võimalusi kasutades haigeid ravida.

Tänapäeva mõistes tähendab intensiivravi omaette teadust, eriala ja eeskätt organisatsiooni. Intensiivravi teket soodustas, õigemini tekitas selle järele vajaduse kirurgia areng. Elutähtsate organite, nagu südame, kopsu ja suurte veresoonte operatsioonid nõudsid nii hoolikat haige jälgimist kui intensiivse ravi jätkamist ka pärast lõikust. Teha seda üldpalati tingimustes oli võimatu ja haige elule tähendas see ohtu.

Nii tekkisidki Inglismaal 18. sajandi lõpul operatsioonijärgsed palatid, kuhu koondati parim olemasolev varustus, ravimid, hapnik ja haigla kogenenum personal. Sellisest postoperatiivsest palatist ongi välja arenenud tänapäevane intensiivravi osakond.

Ka meie kliinikumis on intensiivravi enam-vähem samamoodi arenenud. Kopsu-, südame- ja veresoontekirurgia areng Tartus eelmise sajandi 50-ndate lõpus ja 60-ndate alguses andis esimese tõuke operatsioonijärgsete palatite sisseadmiseks.

Eesti esimeseks intensiivravi osakonnaks sai seoses poliomieliidi puhanguga 1958. a närvikliinikus avatud nn hingamiskeskus. On tore märkida, et samal aastal avati ka USA-s esimene intensiivravi osakond.

1960. aastatel töötas Tartus juba neli ja Tallinnas Keskhaiglas üks postoperatiivne palat.

Tänase juubilar, üldintensiivravi osakonna (reanimatsiooniosakonna) loomine sai võimalikuks tänu mitmele asjaolule. 1976. aasta aprillikuus valmis uus kardioloogiakorpus, sellega külgnevasse kirurgia korpusesse koondus aga kogu Toome ja Maarjamõisa kirurgia.

Selleks ajaks oli koolitatud piisavalt anesteziolooge, kes peale lõikuse valutustamise ja operatsiooniäegse seisundi stabiliseerimise olid harjunud raskeid haigeid ka pärast lõikust ravima.

Sama oluline oli erialaste teadmiste ja raskete haigete ravimise kogemuste kasv. Maarjamõisa haiglasse osteti Siemensi angiograaf ja Wikersi barokamber. 1975. a avati uus operatsiooniplokk ja käivitus tsentraalne sterilisatsioon; töötas ka neerukeskus ägeda ja kroonilise neerupuudulikkuse raviks. Kõik see võimaldas haigeid uurida ja ravida komplekselt ühe haigla tingimustes.

Reanimatsiooniosakond (tänapäevane intensiivravi osakond) avati 2. novembril 1976 15-voodikohalisena. Praegu on kliinikumis kuus intensiivravi osakonda, kus voodikohti 53.

Peale nende töötavad veel kardiokirurgia ja erakorralise kardioloogia osakondades III astme intensiivravi palatid. Rasket haigete transpordiks keskusse ja väljasõiduks maakonda koos kirurgidega loo-

lates Eesti iseseisvumisest on kogu amediitsiinis ja nii ka üldintensiivravi osakonnas teoks saanud kiire tehniline areng. Selle aja jooksul oleme saanud välja vahetada kogu aparatuuri kaasajaga vastavalt, mille tehnilised võimalused on paremad ja mis ka haigesooblikum.

Oluline samm edasi oli hemodialüüs-ravi alustamine üldintensiivravi osakonnas 1996. aastal - raskes seisundis haigeid on nüüd dialüüside ajal parem jälgida ja ravida, samuti on ära jäänud transportimine dialüüsi osakonda.

Tänavu alustasime plasmavahetuse tegemist peamiselt septilistele haigetele.

Tööle on tulnud noored tublid arstid Marek Eerme ja Annika Reintam ning tragid noored õed.

Arvan, et osakonda juhtides on oluline tagada töö ühtse meeskonnana. Osakonna juhataja ei pea olema alati viimase tõe valdaja. Probleemid tuleb läbi arutada ja läbi vaielda ning edasi tegutseda vastavalt väljapakutud parimatele lahendustele. Inten-



Prof. Ants Rulli reanimatsiooniosakonda avamas 2. novembril 1976. aastal.



Arnold Green avamas kardioloogiakorpusi.



Meeli Solnik ja Urmo Kõöbi reanimatsiooniosakonna jõulupeol 1982. aastal.



Võidukas reanimatsiooniosakond Maarjamõisa suvemängudel 1985. aastal.

di 1981. a reanimobiiliteenistus. Arstidena ja õdedena töötavad selles üldintensiivravi osakonna inimesed.

## Osakonnale mõeldes

25 aasta jooksul on tänu intensiivravi arengule väga paljud inimesed suudetud surmast päästa ja neile ka tervis tagasi anda. Meedikute jaoks on see aga uus ravitasand, uus mõtlemisviis. Elustamine klii-

siivris töötavad arstid ja õed tihedas koostöös - oluline on seda koostööd igati toetada ja süvendada. Samuti on vaja soodustada personali täiendõpet ja arengut.

Osakonna 25. sünnipäeva pidades on hea tõdeda, et meie hulgas on ridamisi arste ja õdesid, kes on siin töötanud juba aastakümneid. Arst Nadežda O'Konnel on ainsana töötanud alates osakonna loomisest 2. novembril 1976. aastal, vaid pisut vähem on ametis olnud õed Helju Külaots ja Silvi Pöder. Üle 20 aasta on meil töötanud ka arstid Hulda Jekimov ja Aleksander Sipria.

Vaatamata pingelisele tööle peab siin osakonnas olema midagi, mis neid inimesi nii pikka aega on sidunud - tõenäoliselt on üheks põhjuseks hea kollektiiv.

Meditsiini areng toimub pideva intensiivistumise suunas. Haigeid uuritakse üha kiiremini ja ravitakse intensiivsemalt. Peale neurointensiivravi osakonna rajamist 43 aastat tagasi tekkis teise intensiivravi osakonnana reanimatsiooniosakond

nilisest surmast on muutunud igapäevanähtuseks mitte ainult ülikoolihaiglates.

Pea oluliseks siinkohal esile tuua neid meie õpetajaid-teadlasi, kelle panus on olnud eriti oluline nii kogu Eesti kui Tartu intensiivmeditsiini arengus. Need on professorid Artur Linkberg, Ants Rulli, Albert Kliiman ja Raul Talvik ning dotsendid Anton Kivik ja Jüri Samarütel.

Olen õnnelik, et kaksikümend viis aastat tagasi külvatud seeme on head vilja kandnud. Kõige rohkem tunnen heameelt intensiivravi osakonnas töötavate inimeste üle. Nadežda O'Konnel-Bronina töötab arstina osakonna loomisest peale, aasta hiljem asusid tööle tänased õed-anestesisid Helju Külaots, Silvi Pöder ja Galina Grigorjeva. Raske töö ei ole neid muutnud - nad on endiselt südamlilikud ja nende hing on jäänud soojaks.

Rõõmu teeb arstiteaduskonna üliõpilaste kaasamine ravi- ja põetustöösse. Nemat toovad osakonda noorusvärskust ja elurõõmu, vastutasuks aga saavad ainulaadse kogemuse arstitarkuse praktilise poole pealt ja juba kogenud kolleegide tunnustuse.

Juubelipäeval oli tore jälle endiste kolleegidega kohtuda ja nii nende kui praeguste töökaaslastega mõtteid vahetada.

## Tulevikuväljavaated

Arvan, et intensiivravi jääb erialana kindlalt püsima - haigused ja õnnetused inimestega ei kao kahjuks kunagi. Intensiivravi areng aga sõltub väga oluliselt tehnika edenemisest. Palju loodame biotehnoloogia arengust.

Üks intensiivravi põhiprobleeme on polüorganpuudulikkus - see tähendab, et haigel ei tööta korraga mitu elutähtsat organit. Paljudele patsientidele saabki see saatuslikuks. Vaja oleks lõplikult kahjustunud organ või isegi mitu organit asendada.

Siin on suureks takistuseks organidoonorluse probleemid. Hea oleks selleks tarbeks kasutada laboris kasvatatud neuru, südant, maksa või kopsu! Optimistina olen mõistnud, et inimesel tasub ainult osata unistada - küllap siis see unistus ka kunagi täitub...

## Sünnipäevasoovid

Soovin esmalt kõigile üldintensiiviosakonna inimestele head tervist, palju rõõmu oma igapäevast ja muidugi ka inimlikku õnne!

Jätkugu teil oskust ja tahtmist hoida osakonnas positiivset meeleolu ja sõbralikku õhkkonda - see kergendab märkimisväärselt raskusi, mida igapäevane erialatöö pakub kamaluga.

URMO KÕÖBI,  
esimene osakonnajuhataja

(praegune üldintensiivravi osakond).

Järgnenud aastakümnetel kujunesid välja kitsamate intensiivravi alalõikudega tegelevad osakonnad: laste-, pulmonoloogiline ja kardioloogiline intensiivravi. Võimalik, et tulevikus spetsialiseerub intensiivravi veelgi kitsamalt. Kuid nagu ei saa kaduda kirurgiast üldkirurgia ja teraapiast üldsisehaigused, ei kao ka üldintensiivravi tegelev osakond. Kliinikumi arengu ja uute ehitistega seoses on loomulikult võimalikud struktuuri muutused.

## Õnnesoovid sünnipäevaks

Osakonna sünnipäeva puhul tahan soovida kolleegidele tervist ja vastupidavust ning seda, et vaim ei väsiks, vaid otsiks ikka uut ning võimalikult palju lootuste täitumist.

SILVER SARAPUU,  
üldintensiivravi osakonna juhataja

## Külalisprofessor Ühendriikidest

Ülikooli sisekliiniku kutsel viibis 30. oktoobrist kuni 2. novembrini Tartus nefroloogia-professor dr Ajay Singh (*Clinical Director of Renal Division, Director of Dialysis Services, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, USA*).

Nelja päeva jooksul kohtus ta sise- ja kirurgiikliiniku ning anestezioloogia- ja intensiivravikliiniku juhtide ja spetsialistidega, kes puutuvad kokku dialüüsi- ja transplantatsioonihaigete probleemidega.

Sisekliiniku konverentsil 31. oktoobril esitas dr Singh loengu teemal "Early renal insufficiency: a call for action" ning pärastlõunal osales vestlusringis, kus käsitleti neeruasendusravi organiseerimist ja planeerimist.

1. novembril peeti sisekliiniku ning anestezioloogia- ja intensiivravi kliiniku ühiskonverents "Age neerupuudulikkus ja transplantatsioon", kus külalisprofessor kandis ette kolm loengut: "Contrast Nephropathy", "Dialysis Therapy Management and Complications" ja "Medical Management of Renal Transplant Patients".

Dr Sarapuu rääkis konverentsil metanoolimürgistuse ravi kogemustest ning dr Lõhmus neerutransplantatsiooni hetkeseisust.

Visiidi ajal jõudis külaline tutvuda nefroloogia-, üldintensiivravi, uroloogia- ja transplantatsiooni osakondade arstide ja töökorraldusega. Osakondades ja koosviibimistel meie inimestega juttu ajades rääkis külaline palju huvitavat selle kohta, kuidas on korraldatud nende inimeste ravi, kes vajavad neeruasendusravi. Samuti oli huvitav kuulda töökorraldusest Brigham and Women's Hospitali nefroloogiaosakonnas.

Külaline kiitis meie neerutransplantatsiooni tasemel korraldust, mis tugineb tihedale koostööle eri osakondade vahel. Lisaks nefroloogia- ja neerusiirdamise osakonna töötajatele käib koostöö ka anestezioloogide, immunoloogide ja patoloogidega.

Teisiti poleks mõeldavgi - nii kiiresti areneva eriala puhul ei saaks ilma koostööta garanteerida haigete optimaalset ravi ning uute diagnoosi- ja ravimeetodite kiiret kasutusele võtmist.

Ka kõik teised transplantatsioonikeskused maailmas (tavaliselt on üks keskus ~ 3 miljoni elaniku kohta), mis paiknevad samuti ülikooli kliinikute juures, lähtuvad analoogselt mitme distsipliini koostöö printsiibist.

Külalislektori visiit sai teoks koostööprogrammi raames, mille algatas 1997. a Rahvusvaheline Nefroloogide Ühing. Siis loodi nn *Renal Sister Center Program*, mis võimaldab arendada koostööd eri riikide keskuste vahel.

Rahalist katet programmil ei ole ja see toimib poolte vaba tahte ja ettevõtlikkuse najal. 1998. aastal külastas selle raames meie kliinikut ja esines ka loenguga prof Barry Brenner, dr Singhi kolleeg samast haiglast ja meditsiinkoolist. Lisaks on partnerid Eestisse saatnud häid käsiraamatuid ning ajakirju.

Edaspidi on kavas jätkata külalislektorite visiitide korraldamist, sest arstide huvi neeruhaiguste ravi vastu on olnud suur.

Dr Singh kutsus ka meie arste Harvardi Ülikooli juures toimuvatele täienduskursustele, mille korraldamisega ta tegeleb põhitöö kõrval.

Soovin veel kord tänada kõiki kolleegide ning teisi toetajaid (sisekliinik, anestezioloogia- ja intensiivravi kliinik, ETF grant 3959, "Fresenius", "Baxter", "Roche", "Novartis", "MSD") nende panuse eest külalisprofessori visiidi käigus toimunud ürituste läbiviimisel.

MAI OTS,  
nefroloogidotsent,  
sisekliinik

## Kliinikumis võeti kasutusele uus diagnostiline test

Tartu Ülikooli Kliinikumis on käesoleva aasta sügisest juurutatud igapäevasesse kliinilisse töösse uus diagnostiline test - nukleaarkardioloogiline koormustest. Uuringuid tehakse radioloogiakliiniku ja kardioloogiakliiniku koostöös. Kasutatakse tehneetsium-sestamibi SPECT (*single photon emission computer tomography*) piltiagnostikat koos füüsilise ja/või medikamentoosse koormustestiga südamelihase verevarustuse uurimiseks koos südamelihase kontraktsiooni võime analüüsiga. Uuring võimaldab diagnoosida südamelihase verevarustuse häire olemasolu, ulatust ja lokaliseerimist.

Eestis on alustatud ka uudsete meetodite juurutamist. Dr Ljubov Keis tegi 15. oktoobril 2001 teadaolevalt Eestis esimese tehneetsium-sestamibi SPECT koormustesti, kasutades medikamenttooset koormust - dipüridamooli. Suur hulk patsiente (näit tõsiste liigeshaigustega patsiendid), kellel oleks vaja hinnata südame verevarustust, pole võimelised füüsiliseks koormustestiks.

Nendele patsientidele on näidustatud medikamentoosne koormustest nukleaarkardioloogilise piltiagnostikaga. Uuringut saab teha nii ambulatoorsetele kui ka statsionaaris ravil olevatele patsientidele.

Uuringule registreerimine ja informatsioon telefonil 318-423 (kliinilise füsioloogia osakonna sekretär).

PRIIT JAAGOSILD

## Lastehaiglate patsiendid saavad lugemisnurga

12. detsembrini saab igaüks toetada Tallinna lastehaigla ja Tartu lastekliiniku raamatunurkade loomist. TÜ Kliinikumi Lastefond, Tallinna Lastehaigla Toetusfond ja AS Eesti Coca-Cola Joogid algatasid lasteraamatute kogumise kampaania, mille käigus luuakse nende haiglate väikestele patsientidele lugemisnurgad.

"Praegu lastehaiglates olevad poisid ja tüdrukud neist majadest meelepärast lugemist ei leia," nentis Tallinna Lastehaigla Toetusfondi juhataja Inna Kramer. "Pole lihtsalt raamatuid."

Et haiglaravil olevad lapsed saaksid pikki päevi lühendada lugedes, otsustati korraldada haiglatesse raamatunurkade sisustamiseks heategevuskampaania.

AS-i Eesti Coca-Cola Joogid avalike suhete juht Kerttu Olmann-Mõis selgitas, et Tartu ja Tallinna lastehaigla lugemisnurkade raamaturiigid ning ka teatud hulga raamatuid soetab Eesti Coca-Cola Joogid, suurema osa lugemisvarast loodavad korraldajad aga koguda annetajatelt.

Kogumiskampaania algas nii Tallinnas kui Tartus 19. novembril. Raamatuid koguvad Tallinna ja Tartu Kaubamaja, Selverid, Tallinna kobarkino, TV3 ning ka mitu Tallinna kooli.

Raamatunurga avamine toimub Tallinna lastehaiglas 16. detsembril ja Tartu lastekliinikus 19. detsembril.

Postimehe põhjal  
MARILIIS VAHE

## Kliinikumi Leht

TOIMETUSE E-MAIL JA KONTAKTANDMED:  
TEL. 052 052 79  
kliinikumileht@kliinikum.ee  
mariliis@hanza.net

TOIMETAJA: MARILIIS VAHE  
KEELELINE KORREKTUUR: KRISTA LEPPIKSON  
KUJUNDUS: INDREK KÖSTER

KLIINIKUMI LEHT ILMUB 1 KORD KUUS  
TRÜKK: LAKRITO. TRÜKIARV 1500 EKS.

## TÜ Kliinikumi Lastefond kogus aastaga üle 1,5 miljoni

Foto: Jaak Nilson



Lastefondi juhataja Piret Roos õnnitluskõnesid kuulamas.

14. novembril möödus aasta Sihtasutuse Tartu Ülikooli Kliinikumi Lastefond asutamise. Asutati see eraalgatuse teel ja sihiga parandada laste ravi kliinikumis uute moodsate seadmete muretmise ja arstide koolituse abil.

Aasta jooksul kogus lastefond üle 1,5 miljoni krooni annetusi. Laste ravi parandamiseks osteti elustamislaud (204 330 kr), väikelaste hingamisteede uuringuteks fiiberbronhoskoop (125 757 kr), enneaegsetele lastele kuvõös (210 384 kr) ning südame-veresoonkonna ja hingamisteede haiguste diagnoosimiseks ergospiromeetri aparatuuri põhiseade (597 000 kr). Kuvõös ja

ergospiromeeter jõuavad lastekliinikusse novembri lõpudetsembri alguses.

Lastefondi suurimad toetajad olid pr Ilme Mäe-Regina, kes annetas perekond Pajuste pärandvarast üle poole miljoni krooni, perekond Siff ja Eesti Ameerika Fond.

Aasta jooksul toimus kaks üle-eestilist kampaaniat: detsembris "Jõulutunnel" koostöös Eesti Televisiooniga ja aprillis heategevuskampaania "Iga kroon päästab elusid". Lastefond korraldas ka mitu väiksemat üritust: heategevuskampaania Tartu volikogus, jõuludeks kingiti lastekliiniku väikestele patsientidele laumänge ja sõbrapäeva puhul kommipakke.

Alates märtsist kinkis Vanemuine pileteid lasteetendustele, kevadel toimus Vanemuise kontserdimajas heategevuslik lastekontsert "Sõbra portree" ja koostöös Ettevõtlike Daamide Assotsiatsiooniga viidi läbi kunstiprojekt "Kunstnikult lapsele", et kaunistada lastekliiniku ruume kunstitöödega. Sügisel annetas Büroodisain lastefondile 18 000 krooni.

Lähituleviku suuremad üritused on seotud jõuludega. Novembris-detsembris korraldavad TÜ Kliinikumi Lastefond, Tallinna Lastehaigla Toetusfond ja AS Eesti Coca-Cola Joogid lasteraamatute kogumise kampaania, et sisustada lastekliinikutes lugemisnurgad.

PIRET ROOS,  
TÜ Kliinikumi Lastefondi juhataja

## Ursula Koorits: valukliinik peaks olema igas suuremas haiglas

Meil Eestis on alati olnud kombeks, et iga arst ravib oma haige valu ise. Tegelikult tuleks keerulisematel juhtudel kasuks, kui saaks teiste erialade spetsialistidega nõu pidada - probleemile võiks sel juhul leida hoopis teise lähenemisenurga (nn *the second opinion*).

Nagu teisedki meditsiinivaldkonnad, nii ka valumediitsin areneb ja muutub kiiresti. Pidev kursis olemine uute valuravi põhimõtete ja võimalustega nõuab arstilt huvi asja vastu ja ka tahtmist selleks aega kulutada.

Ägeda valu leevendamine ei ole tavaliselt probleemiks. Krooniline - alates 6 kuust kuni isegi 20 aastani kestnud - valu võib aga peale kannataja enese mõjuda laastavalt ka tema raviarsti vaimsele tervisele.

### Esimene valukliinik asutati 40 aastat tagasi

1961. aastal asutas John Bonica Washingtoni Ülikooli juures esimese valukliiniku (*pain clinic*), kus seati eesmärgiks läheneda kroonilisele valu ravile multidistsiplinaarselt.

Valukliinikuid on nüüdseks rajatud kõikides arenenud maades. Valukeskuse eesotsas on tavaliselt valust huvitunud neuroloog või anestezioloog. Kõige olulisem on regulaarne koostöö kõikide erialade esindajatega: neurokirurg, kliiniline farmakoloog, kirurg, ortopeed, gastroenteroloog, reumatoloog, psühholoog, psühhiaater, taastusravi spetsialist, sotsiaaltöötaja jt.

Suuremad keskused tegelevad lisaks valuravile ka uurimis- ja õppetööga. Väiksem üksus võib pöörata tähelepanu kas mingile kindlale valule (nt peavalukliinik) või mingi meetodi kasutamisele (nt nõelravikliinik, närviblokaadide kliinik).

Maarjamõisa valukliinik on tasapisi tegutsenud juba viis aastat ning vastu võtnud nii vähivalude kui ka kõikide teiste krooniliste valude all kannatajaid. Alustasime koos dr Aino Tõnistega, nüüd on meiega liitunud dr Urve Rink. Aastas on abi palujaid olnud 400 ringis.

Krooniline valu muudab kahtlemata väga suurel määral inimese psüühikat. On üsna loomulik, et otsitakse üha uusi võimalusi valust vabaneda. Näiteks Danderydi valukliiniku ankeedis oli küsimusele "Mitme arsti poole olete selle valuga pöördunud?" antud üheks vastusevariandiks: üle 20!

Valukliinikusse võib inimese tuua kas müstiline usk imesse, et haigus lihtsalt "võetakse ära", või realistlik soov saada piinale leevendust või õppida oma valuga elama.

### Miks valukliinikus käiakse?

Positiivseid ravitulemusi saadakse umbes 40%-l valukliinikusse pöördujatest (Eija Kalso). Enamik siiski oma valust täielikult lahti ei saa. Miks siis tulevad nad ikkagi tagasi?

Oxfordi valukliinikus vastati mulle, et ühelt poolt annab see võimaluse oma probleemi põhjalikult lahata ja suhelda arstiga, kes tõesti usub inimest kannatavat. Teiselt poolt on haigetel alati lootus, et kuskil

maailmas leitakse kunagi midagi selle valu raviks ning just valukliinikusse jõuab see info esimesena.

Paljude haiglate juures, kus olen täiesulduel käinud, on valukliinik ambulatoorne üksus (Stockholmis, Oulus, Helsingi Ülikooli haiglas, Oxfordis Radcliffe'i haiglas). Lisaks on igal pool päevastatsionaari võimalus, et jälgida inimest peale närviblokaadi või teha valutüübi uuringuid. Oxfordi valukliinikus saab igaühe valuravi välja töötada väikeses eraldi statsionaaris, mis töötab esmaspäevast reedeni.

Meie valukliiniku vastuvõtt toimub ainult ambulatoorselt kolm korda nädalas: teisipäeval ja neljapäeval Maarjamõisa polikliinikus ja teisipäeval onkoloogiakliiniku polikliinikus Vallikraavi tänaval. Väljapoole tööaega jäävad nõuanded haiglas viibivatele patsientidele, telefonivestlused hädalistega ning koduvisiidid. Halvatud või raske liikumispuudega inimene ei saa ju tulla meie vastuvõtule, kuid teda kasvõi kordki nägemata ei ole võimalik head nõu anda.

### Kõige tähtsam on ikka ja alati perearst

Ükski valukliinik ei saa eksisteerida iseseisvalt, vaid ainult konsultandina. Samas ei tohiks ka haige tulla vastuvõtule "puhta lehena" - ilma varem tehtud uuringute tulemusteta ja täpse info valuvaigistite kohta. Tihti ei piisa ühest pooltennisest vestlusest, et asjast täit ülevaadet saada ja kohe õige ravim määrata. See võib pettumust valmistada nii raviarstis kui ka haiges, kes vahel loodab kohe haiglast pääseda. (Selles suhtes on "valukliiniku" nimetus veidi eksitav, kuid selline otsene tõlge tahab rõhutada valule multidistsiplinaarse lähenemise tähtsust).

Suunav arst peaks haigele püüdma selgitada reaalselt olukorda ning edaspidi oleks hea hoida kontakti näiteks telefoni teel, et üheskoos paindlikult ravi planeerida. Mitme arstiga on meil selline koostöö hästi sujunud.

### Mis valudega tegu on

Sagedasemad põhjused valukliinikusse pöördumiseks on osteoartrios, selja-, rindkere- ja õlavalu, pingepeavalud, vähivalu, kiirituse- või operatsioonijärgsed armivalud, postherpeetiline neuralgia, fantoomvalud, müofastsiaalsed ja närvivalud, diabeetiline neuropaatia, keele- või suuvalu. Julgelt võiks meilt abi otsida ka ägeda valu puhul, mis kaasneb Herpes zosteri infektsiooniga - õigeaegselt määratud agressiivne valuravi ja närviblokaadid võivad kroonilise valu teket kõvasti pärssida.

Kui valu põhjus on selge, võib meie abi piirduda senise farmakoloogilise ravi optimeerimisega. Mõnel haigel on kaasas kotitais valuvaigistiteid, kuid ta pole aru saanud, mida, millal ja miks võtma peaks. Vahel tekitavad haiges võõristust ravimid,

nt antidepressandid ja antikongulsandid, mille toimemehhanism tahab ilmselt korduvat selgitamist mitme arsti poolt. Sageli tuleb võidelda eksiarmustega opiaatide kasutamisel ning julgustada selleks nii haigeid kui arste.

Valukliiniku võimaluste hulka kuuluvad diagnostilised ja ravivad närviblokaadid (epiduraal-, närvipõimiku ning trigger punktide blokaadid). TENS-aparaati (transkutaanne elektriline närvistimulatsioon) oleme laenanud pea-, selja- ja fantoomvalude all kannatajatele. Tugevate vähivalude puhul oleme pannud spinaalkateetri koduseks raviks või kasutanud kaasaskantavat infusioonipumpa. Valukliinikus püüame määrata, mis tüüpi valuga on tegemist, ning soovitada mitmeseguseid lisaravimeid.

Valukliinikul on aga probleeme, mida lahendamata pole edasine areng võimalik:

- Vajame päevastatsionaari - peale blokaadi peaks haige ohtuse mõttes lamama ning olema mõne tunni jooksul jälgimise all.
- Puudub statsionaarsete uuringute ja ravi võimalus - üksikutel haigetel pole diagnoosi, nad on "ei kellegi" haiged.
- Mõnda tüüpi valuravi (epiduraalanalgeesia, ketamiinravi) alustamisel oleks vaja haiget jälgida.
- Kõikide erialade esindajatega pole meil õnnestunud teha regulaarset koostööd (aja-, huvi- või infopuudusel).

• Valukliinikus peaks olema psühholoog, osa inimestel puudub raha, et saada kvalifitseeritud psühholoogilist abi.

### Valukliinik peaks olema igas suuremas haiglas

Väiksemas haiglas võiks see tähendada ka lihtsalt paari asjast huvitatud meedikut (arsti ja õde), kes hoiavad end kursis tänapäeva valumediitsiniga. Nad peaksid aitama korraldada nii ägeda kui kroonilise valu ravi haiglas ja andma võimaluse nõu küsida kõigil, kes ise kannatavad valu või põetavad kodus vähahaiget.

Nii saadaks valuravi alal enam kogemusi ning kaoks müütiline hirm tugevate valuvaigistite ees.

Tartu Ülikoolis praegu moodsat valumediitsini ja palliativset ravi ei õpetata. Kuni meie tervishoiupoliitika valuravi prioriteedi tunnetamiseni jõuab, nagu see on USA-s ja Euroopa arenenud riikides, peaksid selle lünga täitma valukliinikud.

Valukliiniku töö põhimõtteks on püüd ühendada erinevaid erialasid võitluses valu vastu. Valumediitsin ei püüa ühtegi teist eriala asendada. Kolleegidelt ootame mõistvat ja heatahtlikku suhtumist ning loodame veel paremat koostööd valu kannatavate inimeste aitamisel.

URSULA KOORITS,  
anestezioloogia-intensiivravi kliiniku arst-õppejõud