

## Eesti Arstide Päevad 2016

Maikuu alguses peeti Pärnus arstide päevi. Üle 600 tohtri meelitas kohale eksklusiivne pakkumine – arsti aeg. Ja aega jagus uuteks teadmisteks, meditsiiniliseks diskussiooniks ja mittemeditsiiniliseks filosoferimiseks, nooruslikuks pidutsemiseks ja rahulikuks mõtisklemiseks. Konverentsikava on kui erinevatest kildudest kokku pandud pusle, aga lõpuks on kõik kõigea seotud. Eriala-seelste väljamõeldud teemad haakuvad vahel päris ootamatutes kohtades, ühendavad esinejaid ja kuulajaid. See ongi asja mõte.

Alljärgnevalt on toodud lühiülevaade Eesti Arstide Päevadel toimunud sessioonidest.

### **EESTI PSÜHHIAATRITSE SELTSI KORRALDATUD SESSIOON SÖLTUVUSHÄIRETEST**

Pikka aega oli Eestis tundunud, et sõltuvus-mediitsiiniga ei tegele keegi ja patsiendid ei tea, kust abi otsida. Seetõttu otsustaski Eesti Psühhiaatrite Selts teemat käsitleda Eesti arstide päevadel.

Sõltuvushäire on mitmetahuline – sellega kaasneb väga paljudel juhtudel psühhiaatriline komorbiidsus. Valdaval osal haigetel on kaksikdiagnoos, kuigi see termin ei ole täpne, sest sageli kaasneb sõltuvushäirega rohkem kui üks psüühikahäire.

Kui sõltuvushäirele kaasub psüühikahäire, on suurem tõenäosus, et sõltuvusest ei vabaneta. On arvatud, et uimasti tarvitamine ühes põlvkonnas võib epigeneetiliste muutuste kaudu kutsuda esile sama kalduvuse ka järgmises põlvkonnas.

Isoleeritud sõltuvusi tavaliselt ei esine. Sageli on samal isikul nii alkoholi-, kanepi- kui ka nikotiinisõltuvus. Ravima peaks püüdma kõiki kahjulikke harjumusi, sest siis on ravitulemus parem ja sõltuvusse tagasilangemise võimalus väiksem. Umbes pooltel sõltuvushäirete juhtudest on tege-mist alkoholisõltuvusega.

### **Alkoholisõltuvus**

Vaatamata alkoholitarvitamisest tingitud suurele haiguskoormusele ei ole Eestis ühtset alkoholitarvitamise häire ravi käsitlust. Ettekande info põhjal on 15,8%-l perearsti

külastajatest tervist ohustav või kahjustav alkoholitarvitamine, eeskätt 18–44aastaste meessoost ning madalama haridustase-mega isikute hulgas. Probleemiks on see ka Euroopas, kus uurimuste alusel saab ainult umbes 10% alkoholitarvitamise häirega patsientidest vastavat ravi.

Asja on Eestis valminud alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitluse ravijuhend. Mõiste „alkoholitarvitamise häire“ hõlmab nii alkoholi kuritarvitamist kui ka alkoholisõltuvust. Ravijuhendis on käsitletud täiskasvanute alkoholi liigtarvitamise varajast avastamist, alkoholi kuritarvitamise ja alkoholisõltuvuse diagnoosimist ning ravi Eestis.

Tänapäevases käsitluses on alkoholitarvitamise häire krooniline haigus, mis sageli vajab pikaajast ravi ja jälgimist, nii nagu näiteks diabeet või teised somaatilised haigused.

Alkoholitarvitamise häire ravi teenuste väljaarendamise eesmärgi on mitmeid, nende hulgas alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ning alkoholitarvitamise häire ravi. Alates juulist 2016 hakkavad alkoholitarvitamise häire ambulatoorset ja statsionaarset raviteenust pakkuma Eestis viie haigla psühhiaatriaosakonnad: Põhja-Eesti Regionaalhaigla, TÜ Kliinikum, Pärnu haigla, Viljandi haigla ja Lõuna-Eesti haigla Võrus.

### **Kanepisõltuvus**

Eesti on kanepisõltuvus samal tasemel kui Hollandis – rohkem kui 12% 15–34aastas-test noortest on tarvitanud viimase aasta jooksul kanepit. Arvestades kanepi kasutamise-ga seotud ravile pöördumiste ulatust Hollandis, võiks Eestis ravi vajada umbes 800 patsienti aastas.

Kanepiga seonduvas Euroopa uimastira-portis on välja toodud, et kanepitarbimisega seotud probleemide tõttu ravi vajajate arv suureneb ja üha enam esineb tugevatoi-meliste kanepitoodetega seotud ägedaid terviseprobleeme.

Võõrutussündroomi kanepist, mis tekib umbes üks nädal pärast tarvitamise lõpetamist, iseloomustab ärritus, viha, agres-

siivsus, närvilisus või ärevus, unehäired (unetus ja häirivad unenäod), isu vähene mine, rahutus ja püsimatuse ning meeleolu langus. Sageli tõlgendatakse neid sümptomiteid kui muu psühhiaatrilise haiguse ilmingut. Olulisi vaevusi põhjustavad ka kehalised sümptomid, näiteks kõhuvalu, higistamine, palavik, külmavärinad, peavalu.

On soovitatav mõelda võõrutussündroomi võimalusele, kui algul heas seisus oleval patsiendil tekivad suhteliselt kiiresti eelnimetatud sümptomid.

Avastamiseks, et häirete põhjus on kanepikasutamine ja sõltuvus sellest, peaks eeskätt kanepikasutuse kohta küsima ning siis hindama psüühikaseisundit. Kanepikasutusele võib viidata pidurdatus, ebaadekvaatsed reaktsioonid, paranoilised ja luulumõtted, motivatsioonipuudus, ärevus ning depressiivsed sümptomid. On teada, et kahjuks vähem kui 15% kanepikasutajatest otsib arstiabi.

Ravis on siiani teadaolevalt tõhusaimad psühhosotsiaalsed sekkumised. Kuidas peaks motiveerima patsienti kanepitarbimisest loobuma? Ise vaatavad nad kanepitarbimist ohutuna, probleemist saab aru tavapäraselt eelkõige arst. Arst peab selgitama ja andma teavet riskide kohta, näiteks et kanepisisaldus püsib organismis suhteliselt kaua, ja samuti informeerima, et aine võib püsida ajus umbes nädala. Selgitama peaks mõju kognitsioonile, intellektile, elus edasijõudmisele. Teadvustama peaks, et kanep on neurotoksiline – teadaolevalt kanepikasutajatel aju hallaine maht väheneb, ka hipokampuse ja mandelkeha maht väheneb ning need ei saa enam hakkama emotsioonide reguleerimisega. Pikaajaline kanepi kasutamine võib põhjustada püsivaid muutusi aju talitluses ja morfoloogias. Kanepit pikemaajaliselt kasutajatel on suurem risk olla töötu. Ei ole harv, kui neil tekivad eksistentsiaalsed probleemid.

Põhiline kanepisõltuvuse ravi on psühholoogiline nõustamine. Ühelgi ravimil ei ole siiani näidustust kanepitarvitamise sõltuvuse raviks, ravida saab ainult kaasuvaid psühhiaatrilisi häireid.

## Opioidasendusravi ja selle korraldus Soomes Helsingi linna näitel

Opioidisõltuvus on krooniline ajuhaigus, mida põhjustab opioidide kasutamine, tekitades ajus neurokeemilisi muutusi. Neurokeemilised muutused koos kognitiivsete



**Eesti Noorarstide Ühenduse esindus saabujate ootel.**

protsessidega hoiavad ülal uimastisõltuvust ja põhjustavad relapse. Sõltuvus koosneb psüühilisest ja füüsilisest komponendist.

Opioidisõltuvuse raviks on võimalik kasutada nii võõrutus- kui ka asendusravi. Asendusravi on opioidisõltuvuse ravi enim kasutatav ravivorm, mille raames viiakse opioidisõltuvusega isik illegaalsete opioidide tarvitamiselt üle legaalsele pikatoimelisele asendusravimile. Olemas on kaks asendusravimit, mille efektiivsus on teaduslikult tõendatud – metadoon ning buprenorfiin. Toimeainena sisaldab buprenorfiini kaks ravimit: buprenorfiin (Subutex) ning buprenorfiin koos naloksooniga (Suboxone).

Soomes alustati opioidisõltuvuse asendusravi 1995. aastal metadooniga ja 1997. aastal buprenorfiiniga. Buprenorfiini ja naloksooni sisaldav ravim on kasutusel aastast 2003. Soomes on ravi reguleeritud Sotsiaal- ja Tervishoiuministeeriumi kehtestatud õigusaktidega. Lisaks reguleerib ravi apteegiga sõlmitav leping, mis tähendab, et patsient nõustub saama kõiki psühhotroopseid ravimeid vaid ühest apteegist ja apteegil on vajaduse korral õigus teavitada raviarsti.

Ravi eesmärk on ennetada ja vähendada sõltuvust tekitavate ainete kasutamist ja kasutamisega seotud kahjusid ning parandada patsiendi ja tema lähedaste toimetulekut ning turvalisust. Ravi eest vastutab kohalik omavalitsus. Asendusravi peaks hõlmama ka psühhosotsiaalset rehabilitatsiooni. Ravi alustamine eeldab raviplaani olemasolu ning lisaks medikamentoosle ravile ka psühhosotsiaalset rehabilitatsiooni. Ravi eelduseks on see, et uimastite kasutamine on kestnud aastaid ja võõrutusravi ei ole õnnestunud.

Metadoonravi alustatakse väikestes annustes, olenevalt patsiendi anamneesist ja seda tehakse tavaliselt haigla tingimustes. Ravi ajal on oluline pidevalt patsienti jälgida ning vajaduse korral kontrollida ravimi sisaldust veres. Kõrvaltoimeid esineb vähem kui 20%-l patsientidest, tavalisemad kõrvaltoimed on higistamine, kõhukinnisus, libiido langus ja keskendumisvõime alanemine.

Buprenorfiin on sünteetiline  $\mu$ -opioidretseptorite osaline antagonist ning seetõttu võrreldes metadooniga turvalisem. Valuvai-gistina on see kasutusel olnud alates 1979. aastast. Ravim toimib kõige efektiivsemalt veenisisesi.

Ravimit Suboxone, kus buprenorfiinile on lisatud naloksoon, kasutatakse opioid-asendus-ravis. Võrreldes metadooniga on ravi võimalik ambulatoorsetes tingimustes ning selle ravimiga on ravi alustada lihtsam. Tegemist on osalise agonistiga, mistõttu eufooriline toime on väiksem kui täisagonistil. Kuna ravimi poolväärtusaeg pikk, on sel võõrutusnähte vähem.

Soomes on 4 piirkondlikku sõltuvusravi kliinikut, millest iga teeninduspiirkonnas on umbes 600 000 inimest. Patsiendid tulevad hindamisele saatekirja alusel, mille võib kirjutada iga arst. Esmasele õe vastuvõtule pääseb praegu tavaliselt kolme nädala jooksul alates saatekirja saabumisest ning ravile kolme kuu jooksul pärast esmast hindamist.

## Bensodiasepiinisõltuvus

Risk bensodiasepiinisõltuvuse kujunemiseks suureneb juba mõne nädala jooksul igapäevasel kasutamisel ning veelgi enam annuste suurenedes ja raviperioodi pikenedes. Pikaajalistest ravimi tarvitajatest tekib sõltuvus 20–30%-l.

Ärajäämanähud pärast ravimi annuse vähenemist on kas füüsilised või psüühilised. Võivad esineda värinad, higistamine, valud, seedetraktikaebused, vererõhu tõus, tahhükardia, lihasekrampid, epileptilised hood. Psüühilistest sümptomitest võib ette tulla eri psühhiaatrilisi häireid kuni segasusseisundi kujunemiseni.

On ka nn terapeutilise annuse bensodiasepiinisõltlasi, kes kasutavad ravimit ärevushäire või unetuse tõttu ega kuritarvita rahusteid. Nende ravimikasutamise lõpetamiseks oleks vajalik astmeline annuse alandamine ja psühhoterapeutiline sekkumine ning vajaduse korral ambulatoorne võõrutusravi.

Suures annuses bensodiasepiinide kasutajatel kaasuvad tavaliselt psüühikahäired ja isiksusehäired, uimastite ning alkoholi kuritarvitamine ja/või sõltuvus. Nende ravi on sarnane eespool kirjeldatuga, kuid eesmärk on esialgu ravimi vähendamine terapeutilise annuseni ning vajaduse korral statsionaarne võõrutusravi.

Võõrutusnähud võivad tekkida 1–2 nädala jooksul pärast bensodiasepiinide kasutamise lõpetamist või mõnikord ka esimestel päevadel ning need võivad püsida kuni 8 nädalat.

Võõrutusravi bensodiasepiinidest loobumisel toimub astmeliselt, s.t ravimi annust vähendatakse samm-sammult, ka juhul, kui ravi on kestnud ainult mõni nädal.

Pikaajaliselt suurt annust kasutanutel võib sõltuvuse korral ravimi ärajätmine või annuse vähendamine põhjustada epileptilisi hooge või segasusseisundeid. Vaja on koostada selge raviplaan ja ajakava ning püstitada eesmärgid, näiteks on mõningatel juhtudel selleks ainult annuse vähendamine terapeutilisse vahemikku.

Kõige lihtsam on võõrutada patsienti diasepaamist, seetõttu on soovituslik asendada enne võõrutamise alustamist muud bensodiasepiinid diasepaamiga. Tõhusam on annuse vähendamist kombineerida psühhoterapeutiliste sekkumistega.

## Hasartmängusõltuvus

Alles 1980ndatel toodi n-õ sõltuvushäirete kaardile hasartmängusõltuvus. Haiguste klassifikatsioonis kuulub see impulsikontrollihäirete kategooriasse.

Lewis Mumford, USA ajaloolane, sotsioloog ja filosoof, on öelnud, et pigem on inimkultuuri kujundajaks mäng, mitte töö. Mäng

Eesti Arstide Liidu president Lembi Aug avamas 2016. aasta Eesti Arstide Päevi.



andis võimaluse eemalduda reaalsusest ja luua illusioone, oli nii meelelahutuseks kui puhkuseks, oli arenduslik ja hariv, selles on sotsiaalseid ja kasvatuslikke aspekte.

Emori uuring näitas, et mängurlus Eesti ühiskonnas on viimastel aastatel õnneks vähenemistendentsiga. 2004. aastaga võrreldes on nn patoloogilise mängijate osakaal vähenenud 2014. aastaks 5%-lt 1%-ni.

Mängurlusel on palju nägusid. Emori küsitluse andmetel mängis 2014. aastal Eestis küsitletutest 56% loteriid, 16% on mänginud kasiinos mänguautomaatidel, interneti hasartmänge on mänginud 6%, kasiinode mängulaudadel 6%. Lisaks peetakse mängurluseks näiteks ka spordiennustuste tegemist ja aktsiaturul kauplemist. Probleemiks peetakse mängurlust siis, kui see võtab igapäevaelu üle võimuse ning teised huvid kaovad.

Riskirühma kuulujaid on enam noorte meeste hulgas, sh õpilased ja üliõpilased. Nad mängivad sagedamini ja erinevaid hasartmänge.

Mängukäitumise tagajärjel aktiveerunud mehhanismid on võrreldavad ainesõltuvusega.

Sõltuvus on ka selles valdkonnas ajuhaigus. Mängurluse neurokeemilistes mehhanismides on kaasa löömas dopamiin ja heaolu eest vastutavad endorfiinid. Kui ajus on serotoniini vähe, siis võetakse suuremaid riske. Võib olla on huvitav teadmine, et võitu eeldades vabaneb ajus dopamiin, aga kui eeldatakse kaotust, siis dopamiin ei vabane.

Mängurlus on olemuselt sõltuvus nii aine järele (aju biokeemilisest vaatenurgast) kui ka käitumuslik. Asi pole rahas, vaid mängimises kui tegevuses ja võidu ootuses. Kaasa mängivad siin ka geneetika ja aju struktuuralsed muutused.

Mängurlust iseloomustavad korduv mängurluskäitumine hoolimata negatiivsetest tagajärgedest, puudulik kontroll probleemaatilise käitumise üle, mõnutunne, mis tekib sõltuvusobjektile mõeldes, tolerantuse teke ajas, võõrutusnähud. Mängimise lõpetamine ja piiramine lõppevad sageli tagasilangusega. Mängusõltuvusel on suurem levimus noorte ja nooremate täiskasvanute hulgas. Ka mängurluse puhul võivad esineda ärajaamanähud.

Rahvusvahelises haiguste klassifikatsioonis kuulub see impulsikontrollihäire alajotusse. Impulsikontrollihäire tulemusena ei suuda inimene vastu seista tungile mängida hasartmänge ning see kahjustab

inimese sotsiaalseid, tööalaseid, materiaalseid ja perekondlikke väärtusi ning kohustusi.

Ravis on olulisel kohal kognitiiv-käitumisteraapia. Selle abil püütakse muuta mängusõltuvust säilitavat moonutatud mõttemustrit ja käitumist, vähendada mängimisest negatiivseid tagajärgi mängijale ja vajaduse korral ka tema lähedastele, vältida mängukeskkonnast tulenevaid riske (mänguvõimalused, mängukohad, mängude olemasolu), õpetada toimetulekut negatiivsete emotsioonidega (ärevus, depressioon, üksindus, stress) uute strateegiate ja oskuste omandamise kaudu, püüda rahuldada meelelahutus- ja põnevusvajadust ning tagada sotsiaalne suhtlus vähem destruktivsete ja enam tasakaalukate tegevuste abil.

Hasartmängusõltuvuse nõustamiskeskused on nii Tallinnas kui ka Tartus. On telefonikaudne mänguriliin ja ka e-nõustamise võimalus.

### Psühhoanalüütiline vaade sõltuvusele

Psühhoanalüütilisest vaatest sõltuvusele lähtudes esitati sessioonil küsimus, mis on sõltuvuse tähendus tarvitaja psüühilise tasakaalu hoidmise seisukohalt. Kiindumusuhete muster ja emotsioonide regulatsiooni psühholoogilised mudelid kujunevad väga varases lapsepõlves ning on oma olemuselt teadvustamata, kuid mõjutavad arenevat psüühikat ning väljenduvad käitumisvalikutest kogu hilisema elu käigus. Kiindumus-teooria tänapäevases psühhoanalüütilises käsitluses vahendab sõltuvuse kujunemist varase arengu kiindumussuhte trauma. On arvatud, et sõltuvuskäitumist võiks sellest tulenevalt vaadelda kui püüdlust luua või taaskogeda turvalist, rahustavat, lohutavat suhet inimesega, kes oli sõltlase arengupeerioidis kiindumussuhte subjekt, katset täita sisemise üksiolemise ning tühjuse tunnet, leevendada psühholoogilist valu, kasutades n-ö talumatute emotsioonide regulatsiooniks enesele teada olevaid ja teiste olemasolust sõltumatuid viise või vahendeid.

Sessiooni ülevaade on tehtud järgmiste autorite ettekannete alusel: dr Ants Kask, dr Aili Maar, dr Helen Kadastik, dr Teelia Rolko, dr Kaiti Redlich, Pille-Riin Kaare.

Loodetavalt kujuneb ka Eestis peagi hästi funktsioneeriv sõltuvushäiretega isikuid abistav ravi- ja rehabilitatsioonisüsteem ning abi julgeb küsida aina rohkem sõltuvushäirega inimesi.

## EESTI NAISTEARSTIDE SELTSI KORRALDATUD SESSIOON PRENATAALSE MEDITSIIINI ROLLIST SÜNNITUSABIS JA PEDIAATRIAS

Sellel sessioonil arutleti raseduse kulu ja vastsündinu tervise prognoosimise üle raseduse eri järkudes. Ohutegurite hindamine juba raseduse alguses aitab tüsistuste korral tõhusamalt sekkuda ja vältida tarbetuid sekkumisi normaalselt kulgeva raseduse korral.

Raseduse jälgimist tuleb kaaluda ka eetilise aspektist: kas loote haiguste diagnoosimine on liiga varajane mure perele või on olulisem, et sellest on abi lapsele.

Loote-, imiku- ja lapsea surmadest ning haigestumistest on suur osa tingitud kaasasündinud anomaaliatest. Prenataalselt suudetakse diagnoosida 48–60% arenguriketest, neist 29% I trimestril. Meditsiinilistel näidustustel on Eestis rasedust lubatud katkestada kuni 21. rasedusnädalani. On leitud, et sünni eel diagnoositud arenguriketega lapsed sünnivad enamasti multidistsiplinaarsetes keskustes ning see tagab vastsündinu suurema elulemuse.

Seega, perele on loote haiguse diagnoosimine liiga varajane mure, sest sel juhul esineb keskmisest rohkem depressiooni ja suitsiidimõtteid, 15% mõjutab stress igapäevaelu jäädavalt. Loote seisukohalt on arengurikked oluline siiski varakult diagnoosida, et vanemad saaksid võimalikult aegsasti sekkumise otsustada.

Arengurikkega loote tuvastamisele järgnevat kirjeldades peaks peatuma sünnieelse konsiiliumi tegevusel. Konsiiliumis on tavapäraselt naistearst, neonatoloog, laste anestezioloog, kardioloog, pulmonoloog jt, lisaks kaasatakse geneetik ja lastekirurg. Konsiilium annab vanematele võimalikult realistlikku infot lapse eluprognosi, ravi võimaluste, varase ja hilise ravitulemuse ning lapse oodatava elukvaliteedi kohta. Nõustatakse rasedus-, sünnitus- ja raviplani asjus. Tänapäevane väärendite sünnijärgne kirurgia ja intensiivravi tagavad sageli lapse hilisema tervise ja arengu hea prognoosi.

Raseduse jätkamise kohta teeb otsuse pere. Informeeritud ja nõustatud vanemad on väga koostööaldis ja usaldavad arste rohkem.

Geneetikud on kasutusele võtnud mitmesuguseid uusi analüüsimeetodeid, mis võimaldavad teatud haiguste täpsemat ja varasemat diagnostikat; suund on mittein-

vasiivsetele meetoditele. Seejuures ei uurita kogu genoomi, vaid ainult seda osa, millel on teadaolev seos pärilike haigustega. Üks mitteinvasiivne meetod on loote rakuvaba DNA analüüs (NIPT), millega uuritakse loote rakuvaba DNAd ema veres. On ka uuemaid ja suurema lahutusvõimega analüüse, näiteks kromosomaalne mikrokiibi analüüs, mille diagnostiline efektiivsus on arenguhäiretega laste hulgas umbes 25%. Eestis ei ole nende meetodite kasutamiseks kindlat juhendit, praegu on uuringu tegemine konsulteeriva arsti otsustada.

Esimese trimestri skriiningu eesmärk on leida kromosoomhaigused, arengurikete tekkeriskid, preeklampsia, loote kasvupeetuse ja enneaegse sünni risk. Avastatakse enamik trisoomiatest, täiendav loote rakuvaba DNA uuring aitab valepositiivseid tulemusi vähendada ja suurendada avastatavate kromosoomianomaaliade arvu. Tuleb meeles pidada, et ükski neist analüüsides ei asenda ultraheliuuringut.

Embrüo ultraheliuuring on praegu raseduse jälgimises asendamatu. Loote areng toimub esimestel rasedusnädalatel tohutu kiirusega, 10. rasedusnädalaks on olemas kõikide elundite alged. Eestis kontrollitakse loote arengut tavaliselt umbes raseduse 12. ja 20. nädalal. Uued ultraheliaparaadid ja andurid võimaldavad aga skriinida varem: juba 8.–9. rasedusnädalal saab hinnata raseduse arengut ning võimaluse korral varakult sekkuda, mis on ühtlasi ka ohutum. Raseduse jälgimisel on muu hulgas oluline, et märkamata ei jääks loote kasvupeetus. Normaalse karüotüübiga loote kasvu aeglustumise põhjuseks on enamasti fetoplotsentaarse vereringe puudulikkus, mille tunnuseks on raseda hüpertensioon, platsentahäired või loote struktuursed anomaaliad. Kasvupeetusega lapse vanematel on 25%-line risk saada ka järgmine laps kasvupeetusega. 60% kasvupeetustest on tingitud keskkonnateguritest, enamasti tubaka ja alkoholi tarvitamisest. 90% kasvupeetusega loodetest sünnib pärast 37. rasedusnädalat. Kasvupeetus diagnoositakse ultraheliuuringu abil ning emakapõhja kõrguse muutust jälgides.

Kasvupeetusega loodete osakaalu võimaldab vähendada preeklampsia ennetamine ja ravi väikese annuse aspiriiniga alates 12. rasedusnädalast, samuti ravi madalmolekulaarse hepariiniga. 2014. aastal Ida-Tallinna Keskhaiglas korraldatud kvaliteediseire näitas, et ohutegurite ja emaka-

põhja kasvu dünaamika kombineeritud jälgimine võimaldab õigel ajal diagnoosida peaaegu kõik loote kasvupeetuse juhtumid.

Kuigi rasedus on normaalne füsioloogiline seisund, kulgeb kroonilise haigusega naisel rasedus sageli komplitseeritumalt, need on nn riskirasedused. 2/3 rasedate surmadest on seotud kaasuvate haigustega; samas ei takista tänapäeval ka rasked kroonilised haigused ega isegi menopaus rasestumist ja sünnitamist. Umbes 26%-l rasedatest on probleemiks ka rasvumine. Sünnitajate keskmine vanus üha tõuseb. Järjest enam tehakse kehaväliselt viljastamist, mille korral on suurem risk enneaegse lapse sünniks. On võimalik, et ovulatsiooni stimuleerimine põhjustab mitmesuguste krooniliste haiguste arengut rasedal hilisemas elus.

Suure riskiga raseda nõustajal tuleb tunda raseduse füsioloogiat ja rasedussündroome, teada kroonilise haiguse ja raseduse vastastikust mõju. Lisaks peab nõustaja kursis olema vastava haiguse ravimitega ning ülimalt oluline on hoida haigus kontrolli all.

Suure riskiga rasedad vajavad multidistsiplinaarset jälgimist. Sünnituse järel on tähtis teada, et mõned haigused ägenevad just sel perioodil. Mitmed nn rasedushaigused on erinevate krooniliste haiguste tekke riskiteguriks tulevikus.

Tuleb arvestada, et sellisele patsiendile on rasedus nagu koormustest. Rasedust planeeriv kroonilise haigusega naine peaks endalt küsima, kas ta näeb oma last kasvamas ja kas võib juhtuda, et rasedus süvendab kroonilist haigust nii, et ta võib surra.

Sessiooni ülevaade on tehtud järgmiste autorite ettekannete põhjal: dr Ferenc Szirko, dr Pille Andresson, dr Liis Toome, dr Katrin Üonap, dr Konstantin Ridnõi, dr Liina Rajasalu, dr Annaliisa Kruutmann, dr Tiina Angerjas, dr Anne Kirss.

## EESTI IMMUNOLOOGIDE JA ALLERGOLOOGIDE SELTSI KORRALDATUD SESSIOON ÄGEDATEST IMMUNOLOGILISTEST REAKTSIOONIDEST

Anafülaksia, urtikaaria ja angioödeem on sageli esinevad immunoloogilised reaktsioonid, millega puutuvad tihti kokku väga erinevate erialade arstid. Olenevalt oma raskusastmest võivad need reaktsioonid olla kas kiiresti mööduvad ja vaid kergelt häirivate sümptomitega või isegi eluohtliku kuluga.

Anafülaksiale pole leitud head definitiooni, kuid tihti kirjeldatakse seda kui rasket mitme elundisüsteemi eluohtlikku



allergilist reaktsiooni. Anafülaktilist reaktsiooni põhjustavad lastel sagedamini piim, nisu, muna, pähklid ja kala, täiskasvanutel toitudest pähklid, kala, mereannid. Teisteks vallandajateks on ravimid (näiteks penitsilliini sisaldavad antibiootikumid, mittesteroidsed põletikuvastased ravimid, neuromuskulaarsed anesteesia- ja kiletihendite putukate hammustused. Toiduallergia puhul tekib reaktsioon keskmiselt poole tunni jooksul, putukamürgi allergia korral 15 minutiga.

Harvem võib anafülaktilist reaktsiooni esile kutsuda ka vereülekanne või vaktsineerimine. Transfusioonireaktsioonina esineb anafülaksia siis, kui verd saav patsient on sensibiliseerunud näiteks plasmavalkude või säilituslahuse suhtes. Sagedamini esineb anafülaksia trombotsüütide ülekandmise puhul. Vaktsineerimise korral esineb anafülaksia keskmiselt 1 juhul miljoni vaktsineerimise kohta, inimese papilloomiviiruse vaktsiini puhul on see pisut sagedasem – 1 juht 100 000 vaktsineerimise kohta. Seetõttu on nõue, et igas vaktsineerimisega tegelevas kabinetis peab olema adrenaliini manustamise võimalus.

Anafülaktilise reaktsiooni tugevus sõltub allergeenist, selle kogusest ja loomulikult ka inimesest, kes sellega kokku puutub. Reaktsiooni tekke riskiteguriteks on kroonilised haigused (eelkõige kontrollimata astma), äge stressiseisund, äge haigus, tugev füüsiline koormus ja alkoholi tarvitamine. Oluline on silmas pidada, et anafülaksia peab oskama kahtlustada ka siis, kui inimene ei lama teadvusetuna maas, vaid suudab veel ise ringi kõndida ja oma seisundit kirjeldada.

**Avasessioonil esinesid arsti tööd kõrvaltvaataja pilguga kirjeldanud teiste erialade inimesed. Pildil Aleksei Turovski.**

Anafülaksia diagnoosimisel on oluline roll kliinilisel pildil. 84%-l juhtudest on haaratud nahk ja limaskestad (sügelus, punetus, turse), sageduselt järgmiselt on haaratud hingamisteed (68%-l esineb vesine nohu, aevastamine, larüngospasm või raske astmahoog). Lisaks võivad anafülaksia puhul olla haaratud kardiovaskulaarsüsteem (tahhükardia, hüpotensioon, südame rütmihäired), seedetrakt (iiveldus, oksendamine, kramplik kõhuvalu) ja närvisüsteem (loidus, rahutus, hirmutunne, surmahirm, desorienteeritus, teadvusetus).

Diagnoosimisel on abistavaks vahendiks trüptaasisalduse määramine, kuid oluline on teada, et referentsväärtuse piiridesse jääv trüptaasisaldus ei välista anafülaksiat ja laboratoorsete analüüside ootamise tõttu ei tohi ravi viibida. Raviks kasutatakse adrenaliini manustamist reielihasesse (1 mg/ml, laste puhul tuleb annust korrigeerida). Alati tuleb kirjutada üles adrenaliini manustamise aeg, ja kui raviefekt puudub, siis manustada seda uuesti 5 minuti pärast. Larüngospasmi korral kasutakse ka adrenaliini inhalatsiooni.

Oluline on kõiki anafülaksia läbi teinud patsiente jälgida haiglas vähemalt 6–8 tundi, südame-veresoonkonna kahjustuse nähtudega kulgeva anafülaksia puhul ööpäev. Samuti peaks kõik anafülaksiaga patsiendid suunama allergoloogi vastuvõtule – parim aeg selleks on 4–6 nädalat pärast reaktsiooni.

Kergemateks allergilise reaktsiooni väljendusteks on urtikaaria ja angioödeem, kuid on oluline meeles pidada, et alati ei ole nende põhjuseks sugugi allergia, vaid põhjuseid tuleb otsida hoopis geneetikast või autoimmuunhaigustest ning esineb ka idiopaatilisi vorme.

Urtikaaria väljenduseks on kublad, mis sageli sügelevad, kuid mitte alati. Urtikaaria võib olla äge (< 6 nädalat) ja krooniline. Ägeda vormi põhjusteks on tavaliselt infektsioonid (lastel 80%-l juhtudest), ravimid (mittesteroidsed põletikuvastased ravimid, penitsilliinantibiootikumid, radiokontrastainega uuringud), putukahammustused, füüsilised tegurid, toiduallergia.

Krooniline urtikaaria jaguneb spontaanseks ja indutseeritavaks urtikaariaks, millest esimene on sagedasem. See tekib enamasti 20–40 aasta vanustel patsientidel, naistel kaks korda sagedamini kui meestel. Enamikul taandub haigus 1–5 aastaga, kuid 10–20%-l kestab 5–10 aastat. Indutseeritava urtikaaria puhul võivad vallandajateks

olla näiteks külmus, kuumus, rõhk, päike, vibratsioon, vesi, esineb kolinergilist ja dermatograafilist urtikaariat. Seisundi diagnoosimine rajaneb põhjalikul anamneesil, objektiivsel leiul ja diagnostilistel uuringutel (hemogramm viieosalise leukogrammiga, erütrotsüütide settereaktsioon, C-reaktiivne valk). Muid lisauuringuid on vaja teha ainult selge kliinilise kahtluse korral.

Mitteallergilist urtikaariat võivad põhjustada näiteks vaskuliidid – seetõttu on oluline saata patsient, kellel kubel püsib rohkem kui 24 tundi, nahaarsti vastuvõtule. Samuti võib urtikaaria tekkida rohkelt histamiini ja teisi biogeenseid amiine sisaldavate või neid vabastavate toitude söömisel.

Urtikaaria esimene ja põhiline ravi on II põlvkonna H1-antihistamiinikum. I põlvkonna antihistamiinikum, näiteks Tavegyl, raviks ei sobi. Ravimit tuleb manustada iga päev, mitte vajaduse järgi. Kui kaebused püsivad 2 nädala möödudes, siis tuleb määrata II põlvkonna H1-antihistamiinikum kuni 4kordses annuses (kardiotoksilisi toimeid kuni 4kordsete annuste puhul näidatud pole). Lapse puhul on dooside määramisel vaja arvestada kehakaalu. Kui kaebused püsivad veel 2 nädalat, siis tuleb raviskeemi lisada omalizumab, tsüklosporiin A või montelukast. Ägenemiste korral kasutatakse lühiajaliselt ka süsteemset glükokortikoidi (maksimaalselt 10 päeva, vähemalt 1 mg/kg).

Angioödeemi iseloomustab piirdunud turse pärisnaha sügavamates kihtides, nahaaluskoos ja limaskestaaluses koos. Patofüsioloogiliselt on angioödeemi teke seotud kas histamiini (vabaneb nuumrakude degranulatsioonil) või bradükiniiniga. Turse on pigem valulik kui sügelev, tekib ja areneb 24–72 tunni jooksul ning taandub aeglaselt (2–9 päeva). Turse võib esineda ühes või mitmes paikmes, sagedamini kaelal ja näo piirkonnas (silmade ümbrus, huuled), aga võib haarata ka suuõõnt, neelu ja levida kõri piirkonda. Harvem esineb jäsemete, kõhu piirkonna ja välissuguelundite turset. Kõikidest urtikaaria ja angioödeemi juhtudest esineb angioödeem ilma urtikaariata vaid 10%-l juhtudest (urtikaaria ilma angioödeemita 50%-l ja angioödeem urtikaariaga 40%-l juhtudest) ning siis lähtuvad selle põhjused sageli geneetikast.

Angioödeemi üheks vähem tuntud põhjuseks on angiotensiini konverteeriva ensüümi inhibiitorite (AKEI) tarvitamine.

AKEI-ga seotud angioödeemi esineb kuni 1%-l ravimi tarvitajatest. Sümptomid võivad tekkida kohe, aga ka kuude või isegi aastate möödumisel ning ei sõltu ravimi annustest. Haigusnähud vaibuvad enamasti ravimi tarvitamise lõpetamisel 24–48 tunni jooksul, harvem nädalate või kuude möödumisel. Iseloomulik on turse näopiirkonnas (keel, huuled, neel, kõri). AKEI-ga seotud angioödeemi tekkimisel on riskitegurid naissugu, vanus, suitsetamine ja ülekaal. Olulised on ravimite koostoimed – angioödeemi esinemine sageneb, kui seda manustatakse näiteks koos gliiptiinidega.

### Allergeenispetsiifiline immuunteraapia

Allergeenispetsiifiline immuunteraapia on meetod, kus allergeeni esitletakse immuunsüsteemile suurenevas koguses ja selle tagajärjel hakkab immuunsüsteem allergilise suundumuse asemel normaalselt toimima, tekib tolerantsus. Teraapia muudab allergilise haiguse kulgu, aga samas väldib see ka uute sensibiliseerumiste teket ja pidurdab astma väljakujunemist riskipatsientidel.

Allergeeni organismi viimiseks on praeguses kliinilises praktikas kaks varianti: ravimi subkutaanne ja sublingvaalne vorm. Subkutaanse vormi puhul peab patsient arsti juures käima kuni 4 kuu jooksul üks kord nädalas ja edasi jätkatakse subkutaansete süstidega 3 aasta jooksul iga 6–8 nädala tagant. Sublingvaalne vorm on Eestis saadav tilkade, mitte tablettidena – selle puhul on teraapia 3 aasta jooksul kogu aeg sama doosiga ja patsient saab ravimit võtta kodus. Raviefekt püsib sageli 8–10 aastat ja mõju kadumisel võib teraapiat teha ka korduvalt. Üldiselt on reegel see, et kui korra on teraapia hästi mõjunud, mõjub see ka siis, kui seda hiljem korratakse.

Teraapia on näidustatud inimestele, kellel on allergilised sümptomid ja kellel on raske vältida kontakti allergeeniga, kelle puhul farmakoloogilisel ravil ei ole piisavat toimet (ravimite kõrvaltoimed, pikaajaline ravivajadus), allergiat põhjustab piiratud allergeenide hulk, ja juhul, kui patsient mõistab teraapia riske ja piiranguid.

Vastunäidustusteks on pahaloomulised kasvaja, autoimmuunhaigused (aktiivne haigus on absoluutne vastunäidustus, remissioonis olev haigus suhteline). Samuti ei tehta ravi alla 5aastastele lastele ja ravi ei alustata rasedatel (küll võib ravi raseduse

ajal jätkuda). Küsitavad vastunäidustused on hepatiidid, immuunpuudulikkus, HIV-infektsioon, psüühilised probleemid.

Sessiooni ülevaade on tehtud järgmiste autorite ettekannete alusel: dr Silvi Plado, dr Kadri Rohtla, dr Marget Savisaar, dr Krista Ress, dr Teet Pullerits.

### EESTI KIRURGIDE ASSOTSIAATSIOONI KORRALDATUD SESSIOON ONKOKIRURGIAST

Konverentsi onkokiurgia sessioonil tõdeti, et vähiravi vajab oluliselt paremat korraldamist.

Konverentsi teine päev algas onkokiurgia teemaga. Hollandi onkoloog Cornelius van de Velde käsitles spetsialiseerunud onkoloogiakliinikute tegevust: kulutõhusust, kasu patsiendile ja ühiskonnale. Ta tõi välja, et kompleksne vähikirurgia on seotud suure haigestumuse ja postoperatiivse suremuse riskiga, samas on see näidustatud ka järjest vanematele patsientidele, kellel on mitmeid raskeid kaasuvaid haigusi. Ta märkis, et mitmed kliinilised uuringud on näidanud, et kompleksse vähikirurgia tulemused nii operatsioonijärgse elulemuse, suremuse kui ka kaugtulemuste näitajate poolest on paremad suure operatsioonimahuga haiglates. Onkokiurgia efektiivsuse parandamiseks peaks kogu vähikirurgia tsentraliseerima suurtesse keskustesse, kus tehakse palju operatsioone. Oluline on sisse seada kvaliteedistandard, mille abil saab võrrelda kirurge ja keskusi ning mida saab aluseks võtta tervishoiu korraldamisel.

Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) üld- ja onkokiurgia keskuse üldkirurg-vanemarst Tiit Suuroja ja Ida-Tallinna Keskhaigla (ITK) kirurgiakliiniku juhataja Andrus Arak rääkisid vähiravist kesk- ja regionaalhaiglates. Tõdeti, et Eesti vähiravikorralduses puudub n-ö suur plaan ja rohkem peaks tegema koostööd. Eesti suurim takistus on koordineeriva asutuse puudumine ja vabaturu tingimused, kus võideldakse ressursside ja patsientide pärast. Väga tähtis on luua tingimused mõistliku konkurentsi tagamiseks kahe regionaalhaigla vahel. Samuti on oluline regulaarne auditeerimine, vähenenud kirurgilise töö ümberjagamine ja selge visiooni loomine. Kuluka diagnostilise tegevuse tsentraliseerimisega hoiaks kokku raha. Samuti on tähtis piirkondliku printsiibi järgimine, et kaetud oleksid ka Ida-Virumaa, Lääne-Eesti ja saared.

Arak kinnitas, et vähiravi võimalus on Tallinna keskhaiglates tekkinud selgest



vajadusest parema kättesaadavuse ja kvaliteetsema vähiravi järele. Ta seletas, et Lääne-Tallinna Keskhaigla ja ITK teevad onkoloogia vallas tihedat koostööd. Näiteks toimuvad ühised onkoloogilised konsiiliumid ja tehakse ravikoostööd. Arak ütles, et Eesti optimaalne mudel oleks kolm vähiravikeskust, kellel igäühel oleks teenindada umbes 400 000 inimest.

Sessiooni juhataja, PERHi üld- ja onkoloogia keskuse juhataja Jüri Terase sõnul pakutakse Eestis väga erineva kvaliteediga onkoloogilist kirurgilist ravi. Eesmärk peaks olema see, et patsient saaks ravi rahvusvaheliste standardite kohaselt ühtmoodi üle Eesti. Üldjuhul õpivad Eesti arstid kõik samas ülikoolis ja vähiraviks on kasutusel rahvusvahelised ravijuhendid. Lisaks eelnevale on ravisutustele suuniseks Eesti vähiravi kvaliteedi tagamise nõuded. Kõik eelnevalt nimetatud meetmed on vajalikud, et tagada kvaliteetne vähiravi ja selle ühtlustamine ravisutustes.

## SESSIOON ROOTSI ARSTIDE IGAPÄEVATÖÖST

Selles sessioonis rääkisid Rootsi arstide igapäevatööst Rootsi Arstide Liidu juhatuse liige perearst Marina Tuutma ja Eesti Arstide Seltsi Rootsis esimees Karl Väärt. Tutvustati arstide liidu tööd, rõhutades selle olulisust Rootsi ühiskonnas ja erinevate otsuste ning seaduste vastuvõtmisel. Kõik õiguslikud muudatused peavad saama arstide liidu heakskiidu. Samuti tutvustati seda, kuidas käib võõrriigist tulnud arsti tööle asumine Rootsis. Läbida tuleb pikk protsess, et oma oskusi ja teadmisi tõestada ning keel selgeks õppida.

## EESTI PEREARSTIDE SELTSI SESSIOON E-SAATEKIRJAST JA PEREARSTI KVALITEEDISÜSTEEMI KORRALDAMISEST

Sellel sessioonil arutlesid perearstid e-saatekirja ja e-konsultatsiooni ning üldarstiabi kvaliteedi üle. Eesti peremeditsiini praegused tugevad küljed on, et kõikidel inimestel on oma perearst ja igal arstil meeskond, abi on kättesaadav enamikus osas Eestist, tervishoiu rahastamine on olnud stabiilne ja mitmekesine, krooniliste haigete jälgimine on liikunud tasapisi esmatasandile. Esmatasandi tugevuseks on ka toimiv kvaliteedisüsteem.

Esmatasandil peaks ära lahendama 80–90% inimeste muredest. Esmatasandi roll

võiks olla suurem riikliku immuniseerimiskava välistes vaksineerimistes ning kroonilise haige seisundi halvenemise ennetamises. Lisaks tuleks pöörata rohkem tähelepanu eakate igakülgele tervisekontrollile. Tuleks mõelda, kuidas lõimida sotsiaaltöötaja töö esmatasandi arstiabiga.

Suur murekoht on perearstide väga ebahütlane kvaliteet. Kvaliteedisüsteem soodustab ennetusega tegemist, aitab tagada krooniliste haiguste jälgimise parandamist, peaks tegema paremaks nakkushaiguste ennetamise ning motiveerima perearste osutama laiapõhjalist teenust, soodustades seeläbi praksiste arengut.

E-konsultatsiooni olulisusest rääkides toodi selle tugeva küljena välja, et see võimaldab õigeaegse ja asjakohase eriarstiabi osutamise. Tänu e-konsultatsiooniteenusele on tõhusam patsiendi ajakasutus, see vähendab visiite eriarstide juurde, kui näidustus puudub, parandab perearsti ja eriarsti koostööd. Ideaalis lühenevad tänu e-konsultatsioonile ravijärjekorrad ja paraneb eriarstiabi kättesaadavus.

Sessiooni ülevaade on tehtud järgmiste autorite ettekannete alusel: prof Ruth Kalda, dr Katrin Martinso, dr Reet Laidoja, dr Diana Ingerainen.

## SESSIOON ARSTITUDENGITE VI KURSUSE PRAKTIKA-AASTAST

Arstide päevadel arutleti 6. kursuse praktika-aasta kogemuste üle ja leiti, et kuna juhendamise tase on väga erinev, vajaksid ka juhendajad ise spetsiaalset väljaõpet ja jälgima peaks nende tegevust või tegevusetust.

6. kursuse kliinilise praktika üldjuhendaja Sulev Haldre rääkis, et praktika eesmärk on saada kliinilist kogemust esmatasandi ja statsionaarsetes ravisutustes. Haiglates töötades tekib ettekujutus Eesti tervishoiusüsteemist ja tutvused. Praktika-aasta jooksul peab tudeng viibima ühes haiglas kokku vähemalt 24 nädalat. See loob eelduse, et ta kohaneb ravisutuse töökorraldusega ja suudab ravitöös aktiivselt osaleda. Kord kuus toimuvad seminaripäevad. Praktika tarvis koostatakse veebipõhine logiraamat. Tudengeid on kõige rohkem suurtes haiglates, kuid Narva haiglas pole praktikal ühtegi.

Esimene praktika-aasta kogemus näitab, et haiglad on praktikantidest väga huvitatud. Siiski olevat olnud liiga palju infomüra, kuna kõigile asjaosalistele pole võib-olla päris selge, mida praktika endast kujutab. Kohati pole kõige parem ka juhendamisoskus.

Toodi välja, et kuna juhendamist ei õpetata, on väga varieeruv, kuidas juhendajad oma tööd teevad. Osas osakondades on juhendaja roll vaid fiktiivne ja praktikant n-ö iseenda hooleks jäetud, teises kohas saab tudeng võib-olla ainult juhendajaga kaasas käia ning midagi iseseisvalt teha ei saa. Tekkisid ka päevikute täitmise ja lepingute õigeaegse sõlmimise probleemid. Oluline küsimus oli ka see, kas praktika eest raha makstakse. Üldjuhul ei maksta, kuid selle teemaga peaks tegelema.

Praktika koordinaatorid Kätlin Puksand ja Joel Lumpre andsid ülevaate praktika korraldusega seotud väljakutsetest. Praktika-aasta koosneb 36 nädalast. Kokku 24 nädalat praktiseeritakse nii erakorralist meditsiini, kirurgiat kui ka sisehaigusi ja kaks kuud peremeditsiini. Lisaks saab oma põhihuvist lähtudes valida nn valiktsükli. Ülevaade praktikabaasidest on toodud tabelis 1. Narva haiglasse minna ei tahetud ning ka Ida-Virumaa Keskhaiglasse läks vaid kaks tudengit.

**Tabel 1.** Praktikabaasid

Haigla	Kohtade arv
TÜ Kliinikum	32
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	24
Ida-Tallinna Keskhaigla	20
Lääne-Tallinna Keskhaigla	20
Ida-Virumaa Keskhaigla	10
Pärnu haigla	10
Narva haigla	10
Viljandi haigla	5
Rakvere haigla	4
Lõuna-Eesti haigla	4
Põlva haigla	4
Läänemaa haigla	4
Valga haigla	4
Rapla haigla	4
Järvamaa haigla	4
Kuressaare haigla	2
Hiiumaa haigla	2

Haiglasse praktikale pääsemiseks toimub 5. kursuse talvel elektrooniline kandideeri-

mine. Valida tuleb kolm eelistust. Praeguseks on esimene aasta lõppenud ja juba on kandideerinud ka järgmise aasta kursuse. Lumpre sõnul on konkureerimise aluseks kaalutud keskmine hinne, mis annab eelisvalikuvõimaluse. Kui on tõesti mõjuv põhjus, siis tullaakse ka vastu, kuid üldjuhul valib raviasutuse ikkagi komisjon.

Suur probleem oli eelmisel aastal info liikumine. Nimelt oli praktika-aasta möte ja selle elluviimine küll suures plaanis hästi läbi mõeldud, kuid siiski rutakalt tehtud. Kandideerimine haiglatesse käis enne, kui olid tingimused teada, näiteks töötasu, praktika algusaeg. Nõusolek haiglatelt ja juhendajatelt tuli liiga hilja. Osa muudatusi tehti ka veel praktika ajal. Näiteks tõstati küsimus, kas günekoloogia on kirurgia. Lõpuks otsustati, et ei ole. Vaatamata sellele oli üldine rahulolu praktika-aastaga päris hea. Keskmine hinne oli 6,7 (10 palli skaalal). Peremeditsiini praktikaga oli rahulolu keskmisest kõrgem: 8,1. Tudengid leidsid, et seal anti neile piisavalt vabadust, lasti ise praktiseerida, kuid juhendaja oli alati kõrval. Puksandi sõnul said tudengid parema pildi peremeditsiinist ning motiveeris ka väike töötasu. Lumpre lisas, et praegu otsustab raviasutus ise, kas maksab töötasu või mitte, ning tõenäoliselt see lähiajal muutumas pole. Samas on praktikant suurepärase lisaväärtuse pakkuja. Samuti tekitab küsimusi see, miks abiarstile makstakse palka, kuid 6. kursuse praktikandile mitte.

## KOKKUVÕTE

Peakorraldaja arstide liit hingas lõpuks kergendatult: läks korda. Kiideti Pärnut, noori, ilu, oma ala proffe; nuriseti natuke ruumipuuduse ja kohvi kauguse pärast. Arstide päevade toimikond kasvab ja areneb ning püüab iga aastaga ikka paremini. Suur tänu neile!

Keegi ei teadnud veel, et vähem kui kuu aja pärast jõuab kätte üks lõbusa vormi, kuid tõsise sisuga päev, kui kogu Eestis tulevad arstid tööle padjaga. Kes teab, vahest peitus üks selle harva nähtava ühtsuse pisike alge ka arstide päevadel kogetud kollegiaalses küünarnukitundes.

Kokkuvõtte arstide päevadest koostasid Katrin Rehema Eesti Arstide Liidust, Ülla Linnamägi ja Karmen Stimmer ajakirjast Eesti Arst ning Madis Filippov ja Karmen Joller Med 24-st.