

Andres Kotsar: teadustöö tegemist tuleb haiglas soodustada

Kuna teadustöö tegemist tuleb haiglas soodustada, on Tartu Ülikooli Kliinikumi uroloogia ja neerusiirdamise osakonnas kliiniline töö ühendatud õppe- ja teadustööga, rääkis osakonna juhataja Andres Kotsar Med24 toimetajale Madis Filippovile.

Euroopa Uroloogide Nõukogu akrediteeris kliinikumi uroloogiaresidentuuri koolitusprogrammi. Mis on sellise sertifikaadi saamise eelduseks ja mida see näitab?

See sertifikaat näitab, et keskus vastab eriala viimastele nõuetele. Eeldatakse, et tegemist on õpetava haiglaga, kes soovitatavalt tegeleb ka teadustööga. Põhjalikus küsimustikus tehakse selgeks nii osakonna kui ka üldse kirurgiakliiniku ja haigla viimase viie aasta kliiniline töö: ravitud haiged, tehtud protseduurid, operatsioonide arv lõikustüüpide kaupa, komplikatsioonide analüüs jm. Samuti tuleb lisada tehtud teadustööd ja käimasolevate projektide kirjeldus, õppetööga seotud asjad, see, kui palju residentide õpetatakse ja mida nad osakonnas teha saavad.

Osakonda saadeti rahvusvahelistest ekspertidest koosnev komisjon. Nad veetsid siin terve pika päeva – vaatasid osakonna üle ja vestlesid arstidega. Selleks päevaks oli palutud kohale kutsuda ka uroloogiaresidentide esindajad, kellega vesteldi eraldi. Sertifikaat anti viieks aastaks.

Mida see peale tunnustuse veel annab?

Rahvusvahelises ringkonnas hinnatakse sellise tunnustusega kliinikut rohkem. Seda on küll järjest vähem, aga endiste Nõukogude Liidu riikide puhul on välismaal ikka kaheldud, kas sealsed haiglad vastavad nüüdisaja Euroopa meditsiini tasemele, kuidas kujuneb dokumentatsioon, kui ausalt dokumenteeritakse túsistusi ja kui tehakse teadusuuringuid, siis kas tulemused on tõesti usaldusväärsed. Sertifikaadi olemasolu annab välispartneritele meie suhtes kindlustunde. Kui residendid lõpetavad residentuuri ja saavad CVsse kirjutada, et on koolitatud sellises keskus,



Andres Kotsar

Foto: Andres Tennus

siis on nende võimalused Euroopa tööturul kandideerides suuremad.

Milline on residentide roll teie osakonnas?

Hindan nende rolli väga suureks. Kui mina olin resident, siis oli resident paljuski juhendava uroloogi järelevalve all ja residentuuri jooksul iseseisvaid polikliinilisi vastuvõtte naljalt ei olnud. Vahepeal on olukord muutunud. Olen 11 aastat näinud, kuidas residentide õpe toimub Skandinaavia maades ja seal on resident uroloogi täieõiguslik kolleeg. Ta on küll alles väljaõppel, aga talle antakse palju suuremaid õigusi ja vastutust kui varem Eestis. Seetõttu näen residentide noore kolleegina, kellel on iseseisvad ülesanded. Minu ülesanne on teda õpetada, et ta alguses nendega hakkama saaks, aga siis järjest rohkem ja rohkem anda iseseisvaid ülesandeid. Resident on täistööjõud.

Te olite pärast residentuuri Eestist ära. Kus Te olite ja mida tegite?

Olin 11 aastat Tampere Ülikooli haiglas, kuhu läksin algselt doktoritöö tegemise eesmärgil. Võtsin ühendust Skandinaavia ühe tuntuima uroloogiaprofessori Teuvo Tammelaga ja küsisin, kas oleks võimalik tulla doktorantuuri tegema Tampere Ülikooli haiglasse. Esimese kuu olin laboris ja tegin peamiselt teadustööd, aga siis üks kohalik uroloog haigestus ja mind kutsuti kuuks ajaks tööle. Ilmselt nad olid rahul, sest kuu aega pikenes 11 aastale. Doktoritöö tegin kliinilise töö kõrvalt samuti ära. Uurisime bioaktiivseid biodegradeeruvaid ureetra stente. Algselt katseloomadel ja hiljem ka juba patsientidel.

Kui naasite Tamperest Tartusse eelmise aasta alguses, ütlesite, et üks teie eesmärke on proovida integreerida rohkem teadustööd õppe- ja ravitöösse. Kuidas on see läinud?

Tasapisi. Võtan alati võrdluseks Skandinaavia ülikoolide haiglad, kus on iseenesestmõistetav, et teadustegevust soodustatakse. Selle tegemiseks on vaja aega jätta.

Meil on õppetöö lõimitud igapäevasesse töösse. Meie osakonnas on üheksa uroloogi, kes igaüks opereerib pisut erineva spetsiifika haigeid, ja me tahame, et iga üksiku uroloogi kogemus jõuaks residentide ja teiste uroloogidest kolleegideni. Ehk soovime, et igaüks näeks, mida teine teeb, ja õpiks sellest. Seetõttu istume igal hommikul kõik ühes ruumis, kus eelmisel päeval haigeid opereerinud kirurg või resident kannab toimunust ette. Arutame, kuidas läks ja räägime võimalikest komplikatsioonidest. Järgmiseks vaatame igal hommikul kõik koos üle sel päeval lõikusele minevate haigete radioloogilised ülesvõtted. Vahel võib isegi viimasel hommikul tekkida uus mõte, kuidas võiks asja paremini teha. Selline käsitlus suurendab õppimise efekti, sest rohkem inimesi õpib ühest haigusjuhust. Arvan, et see suurendab patsiendile ravi turvalisust, sest tema ravi üle ei otsusta ainult üks inimene.

Igal teisipäeval on osakonnasisesed tunniajased seminarid, kus tavaliselt resident teeb aktuaalsel uroloogilisel teemal ettekande ja seejärel on võimalus koos teemat arutada. Sageli on kutsutud ka mõne teise eriala esindaja rääkima midagi, mida arvame, et oma erialal saaksime kasutada, või midagi, mis parandaks erialade vahel koostööd.

Iga kuu viimasel teisipäeval on nn *journal club*, kus vaatame läbi kolm kuni viis kuu jooksul maailmas avaldatud olulisemat erialaartiklit. Resident kannab lühidalt artikli sisu ette ja siis arutame, kas artikkel on usaldusväärne ja mida sellest kõrva taha panna, kuid vahel suhtume ka kriitiliselt. Sellega püüame anda võimaluse kõikidele osakonna arstidele hoida kätt pulsil, mis erialakirjanduses toimub.

Igal neljapäeval on onkoloogide ja radioloogidega onkouroloogilised konsiiliumid. Kõik meie raskemad onkoloogilisi haiged arutatakse konsiiliumil läbi, planeeritakse nende ravi ja tehakse ühised otsused patsiendile parima interdistsiplinaarse ravi võimaldamiseks.

Uus algatus on uroradioloogiline koosolek, mis toimub reedeti hommikul enne lõikuste algust koos radioloogidega. Vaatame problemaatilisemad haigusjuhud ja tehtud uuringud koos üle kogu osakonna uroloogide ja residentidega.

Samuti on minu suureks rõõmuks käivitunud iga kuu viimasel reedel uropatoloogiline koosolek. Seal analüüsime koos patoloogidega pisut keerulisemate lõikuste preparaate, et saada tagasisidet, kuidas paremini opereerida. Patoloogid saavad meilt tagasisidet, mida nad peaksid preparaatides täpsemini või teistmoodi kirjeldama.

Oleme proovinud motiveerida residente, kes uroloogiks õpivad, teadustööga tegelema. Neil on kahe nädala kohta üks päev, kus ei pea osalema kliinilises töös, vaid võib tegeleda teadusprojektidega. Niimoodi proovimegi teadus-, kliinilist ja õppetööd ühendada. Samas oleneb väga palju ka noorest inimesest endast, kui motiveeritud ta ühel või teisel suunal arenema on. Proovime luua eeldused, et residentid leiaksid oma kutsumuse eriala sees ja siis suudaksid juba iseseisvalt edasi tegutseda.

Mis teadustööd on teie osakonnas praegu käsil?

Praegu on kolm suunda. Üks on eesnäärmevähk. Dr Mihhail Žarkovski on juba aastaid prospektiivselt kogunud materjali, pidanud andmebaasi, kus on kõik haiged, kellele on tehtud eesnäärmebiopsia ja leitud eesnäärmevähk. Tegemisel on analüüs, kui suures ulatuses ja milliste biopsianäitade ja prostata-spetsiifilise antigeeni (PSA) väärtuste juures esineb lokaalset ja metastaseerunud vähki, ja samuti hinnatakse uuringuga oportunistliku skriiningu tõhusust.

Teine eesnäärmevähi uuring hõlmab haigete aktiivset jälgimist. Varasem onkoloogiline lähenemine on olnud väga radikaalselt kõik kohe ära lõigata, kui eesnäärmevähk leitakse. Eesnäärmevähk on aga äärmiselt heterogeenne haigus. Mõnel on see väga agressiivne, kuid palju on ka mehi, kellele vähe agressiivne eesnäärmevähk nende eluea jooksul kunagi vaevusi ei põhjustaks. Seetõttu ongi välja töötatud niisugune meetod, kus jälgime patsiente aktiivselt, kuni on tõesti vaja kirurgiliselt või radioteraapiliselt sekkuda. Igal meditsiinilisel protseduuril on võimalikud komplikatsioonid, ja kui on näha, et mees võib-olla ei vajagi seda ravi, siis miks riskida tema kusepidamise kaotuse või erektsioonivõime hävinemisega.

Uroloogiaresident dr Priit Veskimäe uurib neerusiirdamisega seotud aspekte, kuna oleme ainuke keskus Eestis, kus tehakse neerusiirdamise operatsioone. Palju pole veel jõutud analüüsida, mida teeme õigesti või valesti, kuid Veskimäe on noore ja entusiastliku uroloogina võtnud selle oma ülesandeks.

Üks meie transplantoloog-uroloog dr Jaanus Kahu on kaitsnud neerusiirdamise aspektidest doktoriväitekirja, mis on valminud koostöös Helsingi Ülikooli transplantatsioonikeskusega.

Kolmas projekt on neeruvähi ja uroteliaalse vähi epidemioloogiline analüüs, mida teeme koostöös Tampere Ülikooli haiglaga. Meil on kasutada suur andmebaas viimase kümne aasta jooksul diagnoositud neeruvähi ja uroteliaalse vähiga haigetest ning andmebaas ravimitest, mida nad on kasutanud.

Üks Teie tagasituleku eesmärke oli aidata kaasa laparoskoopilise uroloogia ja robotlõikuste arengule. Mis seis nendega on?

Mina olen laparoskoopilisest kirurgiast olnud huvitatud juba residentuuriaastast peale. Maailmas liigub kogu kirurgia, eriti uroloogia, järk-järgult miniinvasiivse kirurgia suunas. Laparoskoopilisi neerulõikusi on tehtud Tartus juba aastaid, aga laparoskoopiliste eesnäärmelõikustega alustasime 2015. aastal. Oleme teinud juba ligi 200 lõikust.

Robotkirurgia on laparoskoopilisest operatsioonist oluline samm edasi. Robotkirurgia alles hakkab oma võimalusi avas-

tama. Selle lõikustulemused on paremad, patsiendid paranevad kiiremini ja võimalused keerulisemaid lõikusi teha on suuremad. Töötame jätkuvalt selles suunas, et saaksime lõikusroboti ka Tartusse osta.

Kuidas võrdleksite oma tööd Soomes ja Eestis?

Töö uroloogina on kliinilisest aspektist põhimõtteliselt sama, aga taustsüsteem on täiesti erinev ja tervishoiu rahastamise vahe selgelt näha. Soomes on patsiendid haigusteadlikumad, oskavad rohkem küsida. Teistmoodi töötab esmatasandi meditsiinivõrgustik. Seal ei satu kolmanda etapi – milleks on ülikooli haigla – uroloogi polikliinikusse niisuguseid haigeid, keda eelnevalt ei ole tervisekeskuses uuritud. Ülikooli haiglasse saadetakse patsient väga konkreetse küsimusega. Kõikide haigete kohta tuli Tampere eelnevalt elektrooniline saatekiri, ja kui midagi oli haige kohta puudu, siis see uuring korraldati enne uroloogi juurde tulemist haiglas ära. Uroloogi polikliiniline vastuvõtt oli seetõttu efektiivselt üles ehitatud. Meil oli kogu info patsiendi kohta olemas, mistõttu sai haigega arutada ravivõimalusi ja teha koos raviotsus.

Ma saan rääkida ainult Tartu näitel, aga meile tuleb palju tühja saatekirjaga, lakooniliste andmetega või omal soovil uroloogi vastuvõtule saadetud patsiente. Neid patsiente, kes meile jõudma ei peaks, on ligi kolmandik. Nende puhul läheb aega, et teha ära vajalikud uuringud, aga samas võtavad nad ära vastuvõtuoja haigelt, kes kindlasti vajaks uroloogi konsultatsioonile pääsemist. Seda probleemi loodame lahendada e-konsultatsiooni abil. Käsitleme seda kui digitaalset saatekirja. See annab võimaluse vajalikud uuringud ette planeerida. Nii ei pea eriarst enam tegelema patsiendi uuringutele saatmisega, vaid saab teha olemasolevate andmete põhjal otsuse.

Uroloogi statsionaarne töö on põhimõtteliselt sama nagu Skandinaavia maades, aga võrksüsteem on erinev. Soomes oli hästi korraldatud patsiendi jälgimissüsteem pärast tema haiglast väljakirjutamist. Siin sõltub see perearstist. Vahel hoiame patsiente haiglas kauem, et olla kindel, et nad ilusti kodus hakkama saavad. Soomes muretsesid selliste asjade pärast teised institutsioonid.