

Lk 2
**Sõna saavad
 kliinikute
 juhatajad**

Lk 3
**Uus meetod
 rinnakasvajate
 ravis**

Lk 4
Taasloodud EAIÜ tegutseb

k u u k i r i Regionaalhaigla

Märts 2014

Nr 3 (114)

Ajule ruumi ehk kraniosüünostoosi ravist Eestis

Kraniosüünostoosi diagnoosimine ja ravi Eestis on üksjagu värske teema, ulatuslikumalt on Regionaalhaiglas sellega tegeldud viimasel paaril aastal. Mis haigusega tegu on ja kuidas seda ravitakse, räägivad Kuukirjale näo-lõualuukirurg Heleia Nestal Zibo ja neurokirurg Tarmo Areda – nemad on kraniosüünostoosi meeskonna eestvedajad.

Definitsiooni järgi on kraniosüünostoos ühe või mitme koljuõmbluse enneaegne luustumine. See põhjustab kolju ebanormaalse kuju ja/ või aeglase arengu. Kraniosüünostoosi ravi on eeskätt kirurgiline. Eesti patsiente on süsteemselt diagnoositud ja ravitud umbes neli aastat, käesoleval aastal tegi meie kraniosüünostoosi-meeskond ka esimesed iseseisvad operatsioonid Tallinnas.

Tohtrite sõnul ei ole selle haiguse etioloogia kohta kuigi palju teada, patogeneetiline mehhanism ei ole selge, aga see võib areneda enne või ka pärast sündimist. Dr Nestal Zibo: „Kraniosüünostoosi esineb umbes 1,36-l sündinul tuhandest. Enneaegselt sündinud lastel on suurem tõenäosus kraniosüünostoosi arenguks. Kõige sagedamini esineb ainult ühe õmbluse luustumist, mitme õmbluse süünostoosid on tavaliselt seotud geneetilist päritolu sündroomidega.“ On teada, et kraniosüünostoos võib olla seotud ainevahetuse või hematoloogilise haigusega. Dr Areda selgitab, et haigus on seotud erinevate molekulaarsete häiretega: „Kas on midagi muutunud aju kõvakelme või on häiritud kõvakelme ja aju vahelised signaalid või kõvakelme ja luu vahelised ühendused või on tegu hoopiski kesknärvisüsteemi arengu häiretega — ja sellest need õmblused sulguvad. Aju ei kasva selles suunas ja õmblus sulgub.“ Üldjuhul on kolju õmblused lahti nii kaua, kuni aju kasv peatub, umbes seitsmendaks eluaastaks. Koljut kasvatab aju oma rõhuga — liikvor pulseerib südame rütmis, ja just nagu veetilk uuristab kivisse augu, nõnda pressib aju koljut suuremaks. Kui koljuõmblus läheb kusaigilt kinni, siis sealt ta enam kasvada ei saa ja aju hakkab koljut teises suunas kasvatama. Nii tekivadki n-õ väärendid, kolju kaju deformeerub. „See on ühelt poolt kosmeetiline defekt,“ sõnab dr Areda, „aga peamine tüsistus on see, et ajukolju sisene rõhk läheb kõrgeks ja see tekitab neuropsühholoogilisi arenguhäireid — nägemis- ja käitumishäired, õpiraskused, arengupeetus, peavalu, ka hingamishäired jne.“



Hetk esimeselt Tallinnas tehtud operatsioonilt, 23. aprill 2013. Patsiendiga tegelevad (vasakult): dr Niina Salokorpi, dr Heleia Nestal Zibo, prof Willy Serlo ja dr Tarmo Areda.

Ajusisene rõhk võib olla kõrgeenenud isegi siis, kui kliinilised sümptomid puuduvad. Dr Nestal Zibo tutvustab tänapäeva seisukohta: „Kui haigus on diagnoositud, siis tuleb opereerida, enne, kui nimetatud häired tekivad. Me ei tea, kellel need häired tekivad, aga kui need on juba tekkinud, siis on neist väga raske jagu saada. Siis saab operatsiooniga olukorda leevendada, aga mitte enam ravida.“

Kraniosüünostoosi kirurgiline ravi, kolju korrektsioon on näidustatud, et vältida võimalikku ajukahjustust. Pärast aegsasti opereerimiseks on esimene eluaasta — et anda aju kasvaks vajalikku ruumi.

Kas see on meil väga uudne asi?

„Nii ja naa,“ tõdeb dr Areda uudsuse kohta, „haigus on olnud teada ja seda proovitud ka ravida. Juba maailma esimene neurokirurgia professor, eestlane Ludvig Puusepp on seda oma töödes maininud. Tallinnas ja Tartus on 60–70-ndatel püütud opereerida, aga süsteemset käsitlust ja kindlat teadmist, milline operatsioonimeetod head efekti annaks, seda Eestis olnud ei ole. Mõned patsiendid on ka varem saadetud ravile välismaale.“ Küsimusele, kuidas te nüüd selleni jõudsite, osutab dr Areda muheledes dr Nestal Zibo suunas: „Tema on süüdi! Üksikuid katseid on tehtud ka varem, aga meeskonna loomine ja süsteemne lähenemine algas tänu Heleiale.“

Dr Heleia Nestal Zibo on noor ja habras, aga vaimu poolest ilmselt hästi tugev naine, kes räägib, muide, väga head eesti keelt. Ta on öelnud, et inimese kõige huvitavam osa on — pea. Dr Nestal Zibo: „Mina olen brasiillane

siin. Meid koolitab ka prof Willy Serlo Oulust. Tallinnas tegime esimese operatsiooni möödunud kevadel.“

Kuulen tohtritelt, et need operatsioonid on pikad ja keerulised, sestap käivad Soome kolleegid veel nüüdki siin abiks. Kraniosüünostoosi meeskonda, mis loodi 2011. a, on kaasatud 12 eriala spetsialiste, kolleegid Tallinna Lastehaiglast, Tartu Ülikooli Kliinikumist ja PERH-ist. Paar lihtsamat juhtu — neid pidavat ka kõige rohkem esinema — on opereerinud juba meie oma arstid.

Palju-palju tänu!

Dr Nestal Zibo juurde jõudis esimene patsient 2009. aastal, teda opereeriti 2010. a Helsingis. Alguses oli palju tööd kraniosüünostoosi diagnoosi propageerimisega lastearstidele, räägivad tohtrid, sellekohane artikkel publitseeriti ka Eesti Arstis. 2011. aastal suunati Helsingisse ravile 4 patsienti, 2012. aastal diagnoositi ja raviti juba 16 juhtu, 2013. aastal 15 juhtu. Täna on abi saanud kokku 38 patsienti, kõige noorem neist 7-kuune. Et operatsioon Tallinnas teha, tuli taotleda raha ja tellida vajalikud operatsioonivahendid. Tohtrid ütlevad, et nõuab päris palju arutamist ja planeerimist, on üks „paras pusle kokkusättimine“, kuidas ja millega oleks kõige õigem luutükid omavahel kokku panna, kasutatakse ka mitmesuguseid modernseid vahendeid. Ühte asja tahavad tohtrid veel rõhutada: tänu sellele projektile on hakatud plaaniliselt kasutama kolju siserõhu mõõtmist. Dr Areda: „See on väike operatsioon, pannakse andur ajukoosse 24 tunniks, seda me kasutame rutiinselt peamiselt ajutraumade puhul. Et seda plaaniliselt tegema hakata, sai võimalikuks ka tänu sellele projektile, teeme seda koos Lastehaiglas. Kokkuvõttes peaks nüüdsest patsientide arv hakkama vähenema, sest senised erinevas vanuses patsiendid on juba käes. Siiski, ilmselt me pole veel kõiki üles leidnud.“

Sellest, kui palju rõõmu võib üks õnnestunud operatsioon tuua ja kui palju inimese elukvaliteeti parandada, räägivad tohtrid ühe toreda loo.

Ühel väikesel lapsel oli väga terane ema. Ta vaatas, et lapsega ei ole kõik korras, oli käinud perearstil ja rääkinud mitu korda, et lapse pea on vale kujuga. Perearst aga mõõtis jälle ja ütles, et lapse pea (ümbermõõt) ju kasvab! Ja kasvaski. Aga ebaühtlaselt ja otsmik oli vale kujuga. Kui laps oli 2-aastane ja veel ei rääkinudki, isegi „emme“ ei ütelnud, siis juhtus see väike tegelane juhuslikult dr Nestal Ziboga kokku. Diagnoosile järgnes operatsioon, see toimus veebruaris. Neli päeva pärast operatsiooni hakkas see laps rääkima ja laulma! Laps oli väga õnnelik, ema oli õnnelik, kõik olid õnnelikud. „Tal oli tegelikult kõik peas olemas, aga kognitiivne häire oli nii suur, et ta ei osanud oma informatsiooni kokku panna ega saanud seda väljendada. Laps paranes väga kiiresti, nädala pärast oli ta juba kodus. See löikus oli täielikult meie poolt tehtud,“ lõpetab dr Heleia Nestal Zibo.

Aime Taevere

* See, kuidas Heleia Nestal Zibo Eestisse sattus, on üks armas lugu. Leitav ka Internetist.

Kraniosüünostoos

- Ühe või mitme koljuluu-õmbluse enneaegne luustumine
- Põhjustab ebanormaalse kolju kuju ja/ või aeglase arengu
- Esineb keskmiselt 1,36-l sündinul 1000-st
(French LR et al. A population-based study of craniosynostosis. J Clin Epidemiol; 43(1):69-73, 1990).
- Eestis sünnib aastas ca 15 000 last, seega peaks olema igal aastal 10–15 uut haigusjuhtu
- Sündroomilised kraniosüünostoosid esinevad väga harva (4,5% kraniosüünostoosidest)

Meeskonna liikmed ja kaasatavad haiglad

- Lastearstid: Priit Reedik, Ilona Neupokojeva (Tallinna Lastehaigla)
- Geneetikud: Riina Žordania, Kairit Joost (Tartu Ülikooli Kliinikum)
- Lasteneuroloogid: Haide Pöder, Maili Rullinkov (Tallinna Lastehaigla), Anneli Kolk, Reet Rein (Tartu Ülikooli Kliinikum)
- Näo-lõualuukirurgid: Airi Sock, Heleia Nestal Zibo (PERH)
- Neurokirurgid: Tarmo Areda, Kahro Tall (PERH)
- LOR-arstid: Aet Saarts, Marika Tirmaste (PERH), Katrin Lüüs (Tallinna Lastehaigla)
- Laste anestezioloog ja intensiivravi arst: Mari-Liis Ilmoja (Tallinna Lastehaigla)
- Ortodontid: Katri Hermann, Triin Jagomägi (Tartu Ülikooli Kliinikum)
- Lastepsühholoog: Triinu Tänavsuu (Tallinna Lastehaigla)
- Nõustaja lasteõde: Svetlana Müürsepp (Tallinna Lastehaigla)
- Logopeedid: Birgit Kaasik (Tallinna Lastehaigla), Veronika Raudsalu (PERH)
- Sotsiaaltöötaja: Karin Agrov (Tallinna Lastehaigla)



Ajukolju plastika resorbeerivate plaatidega.

Kahel kliinikul uued juhatajad

Dr Riin Kullaste: Viie aasta pärast peab kogu diagnostikakliinik töötama modernsetes tingimustes

Alates 1. jaanuarist 2014 on diagnostikakliinikul uus juhataja – dr Riin Kullaste, kes seni juhtis diagnostikakliiniku koosseisu kuuluvat verekeskust ning transplantatsioonikeskust. Uus kliinikjuhataja andis Kuukirjale intervjuu jaanuarikuu keskel.

Kas Te olite diagnostikakliiniku „hingeeluga“ sedavõrd kursis, et teadsite, missuguse kliiniku Te üle võtate?

Jah, enam-vähem, selles mõttes ei ole uus amet vettehüppamine tundmatus kohas, aga nii mõnigi asi tuli üllatusena, kui hakkasin käima mööda keskusi ja pidama jutuajamisi. Dr Rein Raudsepp andis mulle üle kliiniku, mis on väga suurte muutuste lävel. Diagnostikakliiniku koosseisu kuuluvad laboratoorium, patoloogia-, radioloogia-, transplantatsioon- ja verekeskus. Radioloogia on oma suure muutuse juba läbi teinud – uued ruumid X-korpuses, hulk uut tehnikat, uued võimalused – ja nad on kenasti sisse elanud. Nüüd ootavad ees järgmised: laboratoorium läbib praegu täieliku uuendamise etappi ja patoloogial on see ees. Verekeskus ootab oma järjekorda – et saaks projekteerida ja kasutusele võtta uued ruumid või põhjalikult renoveerida olemasolevad.

Te kandideerisite teadmisesega, et diagnostikakliiniku uus juht

peaks olema inimene, kes on hästi tuttav labori ja verekeskuse tööga?

Jah, siiani on kliinikjuhatajad olnud radioloogid. Nüüd koondub raskuse kliinikus tegelikult teistele valdkondadele, nii et see oli ilmselt ka põhjus, miks ma julgesin kandideerida – mul on mõlemas kogemus olemas. Lähema viie aasta sees tuleb just nende valdkondadega tõsiselt tegelda: labor, patoloogia ja verekeskus. Kindlasti peab ka radioloogia edasi arenema, aga seal on oma suur hüpe juba toimunud eelmisel perioodil.

Mida peate oma suurteks ülesanneteks?

Ma arvan, et see on omajagu suur ülesanne – osutada järjepidevalt teenuseid kõikide nende kolimiste ja liikumiste käigus, ja teenuste osutamine ei tohi seejuures katkeda ega halveneda, see tuleb tagada.

Ja teine asi, milles ma näen arengupotentsiaali, on hea koostöö saavutamise kliinilise poolega: et kliinitsistid teaksid, missugused on diagnostikapoole võimalused, mis on objektiivsed asjaolud, mille tõttu teinekord uuringuvastused viibivad ... tahan, et saaksime ilusasse dialoogi. Ja et meie teiselt poolt teaksime, millised on kliinitsistide ootused ja püüaksime omalt poolt neid võimalikult hästi täita. Siin on võtmeroll infovahetusel – see on küllalt ajamahukas, aga ma arvan, et seda tuleb teha.

Missugusena Te näete kliinikut viie aasta pärast, kui Teie ametiaeg lõpeb?

Näen diagnostikakliinikut muutunud oludes, see on põhiline. Need valupunktid, mis siiani on olnud patoloogias ja laboris seoses tööolude, ümbruse ja tehnoloogiatega, on lahendatud. On uus ja väga modernne keskkond, kus on kõrgtehnoloogiline pind. Seadmed ja logistilised lahendused on ajakohasel tasemel, see on ülioluline minu meelest, ja sama moodi verekeskus. Viieaastase perioodi lõpuks võiks see niimoodi olla.

Mis vahepeal juhtub?

Patoloogia maja saab korralikult renoveeritud või uuesti üles ehitatud. Selleks peab vahepeal maja vabastama – patoloogia kolib ajutiselt Hiiule –, sest praegune maja vajab täielikku uuendamist keldrist kuni katuseni.

Labori uued ruumid on praegu selles valmimisjärgus, et kevadel saab sisse kolida, need on planeeritud C-korpusesse. Väga ilusad, avarad, nüüdisaegsed, hästi läbi mõeldud ja planeeritud ruumid. Mai-juuni on suurema liikumise-kolimise kuud. Lähemas perspektiivis muutusi ootavad üksused – labor ja patoloogia – on väga põhjalikult oma strateegilised plaanid läbi töötanud. Patoloogia puhul on vaja Hiiul teha mõningad ümberehitused. Ehituse aeg ei ole päris selge, esialgne planeering on aastateks 2015–17. Selle aja oleks patoloogia



Hiiul, aga kogu logistika, mis on seotud patoloogiliste analüüsides, sh kiirete analüüsides ja lahangutega tuleb hästi läbi mõelda, et nii haigla kui ka välisteljad saaks teenindatud.

Verekeskusega on plaanid lahtised, kaalutakse erinevaid variante.

Te olete praegu endiselt ka verekeskuse ja transplantatsioonikeskuse juht?

Jah, aga et ma üldse julgesin võtta mitu positsiooni – kahe keskuse asemel viie keskuse eesotsas – tuleneb sellest, et verekeskuses on mul praegu väga hea meeskond ja meie kui ravimite tootja süsteem on hästi sisse töötatud ja küllaltki reglementeeritud. Üksuste juhid on tublid, initsiatiivikad, mul on seljaga toeks väga tugev ja hästi suurte kogemustega kvaliteedijuht Tatjana Plahhova.

Transplantatsioonitegevused toimuvad tegelikult osakondades, keskusel

on koordineeriv roll. Näiteks autoloogse tüviraku siirdamine – hematoloogia-osakonnas neid kogutakse, laboris säilitatakse, nii et see on juba interdistsiplinaarne tegevus. Siis on meil veel veresoonte käitlemine, luu (luude) käitlemiseks on olemas tegevusloa, nahasiirdamise tegevusloa just saime. Möödunud aasta augustis saime ka südame käitlemise tegevusloa, selles osas on meil hea koostöö Meilahti haiglaga Soomes.

Millised on olnud esimesed sammud kliinikjuhina?

Tutvumine ja vestlemine. Kuulan, mida inimesed räägivad, küsin, uurin asju, loen dokumente. Kliinikjuhi n-ö jooksev töö on küll käima läinud, aga sügavam ja sisuline tegevus algab siis, kui ma olen pildi täielikult selgeks saanud ja tunnen keskusi. Ennatlikke ja asjatundmatuid otsuseid ma ei taha teha.

Milliseid üllatusi on kaks nädalat toonud?

Negatiivne üllatus oli see, et meil on nii kehvast seisust töökeskkondi, nagu ma nägin patoloogiakorpuses ja ka Hiiul. Aga kui võrd on teada, et muutused on tulemas, siis lootuste najal on alati kergem edasi minna. Positiivne üllatus on seotud ümberkolimistega: käisin tutvumas labori kavandatava uue osaga ja see meeldib mulle väga, seal saab olema väga tore töötada!

Aime Taevere

Dr Valdo Toome: Kui üritad, võib õnnestuda. Alati tasub üritada

Regionaalhaigla anestezioloogia-kliiniku juhataja dr Valdo Toome on tänaseks ametis olnud umbes pool aastat. Õigupoolest uues vanas ametis – dr Toome oli sama kliiniku juhataja ka selle loomisel ja käivitamisel, aastail 1995–2002. Kuukiri käis uurimas, kuidas kliinikul praegu läheb.

Mis andis Teile tahtmist ja julgust kandideerida anestezioloogia-kliiniku juhatajaks?

Ma arvan, et võib-olla omal ajal jäid mõned plaanid ellu viimata. Teine asi on see, et kvaliteet, mis vahepealsete aastatega on loodud – X-korpus ja uus struktuur, uued tehnoloogiad –, pakub kindlasti uusi väljakutseid ja võimalusi. Lisaks mõned ideed, mida tõenäoliselt saabki ainult kliiniku juhatajana realiseerida, st kui sa mõtled, et see-või-see asi võiks nii olla, siis sa peadki püüdma seda teha, pead ise juhtima.

Kas midagi nendest ideedest-mõtetest on juba hakanud kuju võtma?

Sügisel, kui ma sellesse ametisse asusin, oli eelmise kliinikjuhataja poolt alustatud rida protsesse, mis oli vaja lõpule viia. Eelkõige kiirabi teema: kiirabi konkurs, mis lisas meile uued tugipunktid – seal oli vaja teha tööd personaliga, aga ka kinnisvara ja hangegeta.

Kuivõrd ma ise kiirabi ja erakorralise meditsiiniga varasemalt ei ole kokku puutunud, siis see oli minu jaoks uus teema – õppida tundma kiirabi logistikat, inimesi, kes seal töötavad, nõu-



alati saadaval. Selleks tuli luua üks arst-konsultandi töökoht lisaks ja varustada see tehnoloogiliselt. Seega pole veel paljude ideede ja mõtetega tegelemiseni jõudnudki.

alati saadaval. Selleks tuli luua üks arst-konsultandi töökoht lisaks ja varustada see tehnoloogiliselt.

Seega pole veel paljude ideede ja mõtetega tegelemiseni jõudnudki.

Erakorralise meditsiini keskus töötab endises rütmis?

Jah, dr Vassili Novak ja dr Kristiina Põld juhivad seda ülemarstidena. Samas, meie EMO-l on väga suur koormus ja vastutus. Ja kui on suur koormatus ning patsiendid tunnevad, et neile ei pöörata piisavalt tähelepanu, siis kipuvad tekkima ka arusaamatused. Kuigi me püüame teha kõik selleks, et patsient saaks piisavalt kiiresti ja efektiivselt ravi ning et oleks selge, kuhu ta EMO-st edasi läheb, kipub esinema rahuolematust, mille väljenduseks on kahjuks kaebused, sõnavõtted meedias ja avalikud süüdistused, mida avaldatakse enne, kui asja uurida jõutakse. Aga ei ole halb ilma heata ja nii on kaebuste ning tänuavalduste arv praktiliselt sama.

Voodikohtade nappuse tõttu palati-korpuses on EMO personal sunnitud olema hea müügi-mees – otsima teistes osakondades kohta, kuhu haige panna. Seetõttu on meil plaan, et EMO juures peaks olema osakond, kuhu paigutada haiged 24–48 tunniks, kuni selgub lõplik diagnoos ja kuhu nad edasi lähevad – lõkusele, osakondadesse või koju. Kui siin ehitused-remondid lõpevad, siis ehk õnnestuks see osakond meil saada ja siis läheks asjad paika.

Teine teema EMO-s on, et seal töötavad siiski noored arstid. Kui võrrelda meid Soomega, siis oleme põhjanaabritest küll 10 aastat ees – selles

mõttes, et meie hakkasime juba toona koolitama erakorralise meditsiini arste, kes töötavad n-ö vastvõtus, soomlased hakkasid seda tegema alles hiljuti. Noorel arstil peab aga alati olema võimalus konsulteerida vanema arstiga, see on diagnostiliste otsuste kohalt väga tähtis, et ei tuleks valeotsuseid. EMO vajab assistenti-sotsiaaltöötajat, kes saaks tegeleda patsientide ja nende sugulaste paljude mittemeditsiiniliste probleemide lahendamise ja silumisega.

Mis on viie aasta pärast anestezioloogiakliinikus teisiti kui täna?

Meie eesmärk on kiirabi kvaliteedi ja kogu erakorralise meditsiini teenuse parandamisega kõvasti tegelda. EMO päevaravi osakond või lühiravi osakond – kuidas seda ka nimetada – võiks kõikide loogikareeglite järgi viie aasta pärast funktsioneerida.

Teisest küljest, ega ei pea viie aasta pärast olema väga palju teist moodi, kui olemasolev töötab. Kindlasti on Mustamäel siis päevakirurgia osakond, mis Hiiul ära kolib. Kui statistikat vaadata, siis päevakirurgia ehk ambulatoorse kirurgia osakaal on meil väike, see võiks lähiaastatel tõusta 40–50%-ni. Et inimene ei peaks olema haiglas nii kaua ja pääseks kiiremini koju, sest üldjuhul paraneb-kosub patsient kodustes tingimustes paremini. Aga seejuures peab organisatsioon – patsiendi ettevalmistus ja valik –, st sõel olema väga hästi organiseeritud ja siin on anestezioloogidel kindlasti palju kaasa rääkida, nii valikul kui ka kontrollis. 18 operatsioonituba, kus tegutseb tavakirurgia, on sa-

muti hästi paigas ja ka lisanduva tööga väljaspool operatsiooniblokki peaksime motivatsiooni toel hakkama saama.

Kuidas korraldada intensiivravi – praegu on meil kolm intensiivravi osakonda, neist kaks kuuluvad intensiivravi keskusesse, üks anesteziakeskusesse. Kas see peab ka viie aasta pärast just nii olema või annab tööd kuidagi ratsionaalsemalt korraldada, on arutelu küsimus, sisuliselt teevad need osakonnad küllalt samast tööd.

Aga ma ei tahaks nende asjadega kiirustada, sest muutused peavad olema kokku lepitud ja peab olema ära tõestatud, et see muudab kvaliteeti paremaks või organisatsiooni juhtimist paremaks – siis on sellel ajal mõtet. Lisaks sellele on vaja tõestada andmetöötluse vajalikkust, mille põhineks täpsem kvaliteedi analüüs.

Mis on praegu kõige suurem probleem?

Minu kõige suurem probleem on praegu kvalifitseeritud õenduspersonal nappus. Puudub nõuetele vastav riiklik ettevalmistussüsteem, tervishoiu kõrgkooli lõpetajatest ei tule piisavalt spetsialiste. Minu meelest peaks see töötama samamoodi, nagu on arstide ettevalmistussüsteem: on üldarstid ja seejärel residentuur. Õdedega peaks olema samuti: tulevad üldõde ja siis aasta või kahe pärast saab temast õdespetsialist. Praegu me õpetame õdesid töökohal, mis tähendab, et töötavatel õdedel on patsiendikoormus niikuinii ja lisaks veel koolitamise koormus.

Rinnakasvajate koesisene kiiritusravi

27. jaanuaril 2014 teostati Regionaalhaigla kiiritusravi keskuses Eestis esimene rinna koesiseste kiiritusravi kateetrite paigaldamine, abiks professor Scaba Polgar ja füüsik Tibor Major Ungarist, Budapestist (National Institute of Oncology).

Eespool nimetatud Vähiravi Instituudis oli meil võimalus käia eelnevalt Rahvusvahelise Tuumaenergia Agentuuri stipendiumiga pikematel õppekoolitustel.

Koesisene osaline rinna kiiritusravi (*Accelerated Partial Breast Irradiation*) on näidustatud iseseisva adjuvantse kiiritusravi meetodina, lisadoosina pärast kogu rinnanäärme kiiritusravi või retsidiivide korral juba kiiritatud piirkonnas.



Kiiritusravi kateetrite paigaldus. Pildil (paremalt): Rena Tiigi, Tibor Major, Scaba Polgar.

27. jaanuaril teostati antud protseduur iseseisva adjuvantse kiiritusravina. Patsiendi valikukriteeriumideks on vanus üle 50 aasta, ühekordne kas-

vaja suurusega alla 3 cm, kirurgilised piirid vähemalt 2 mm ja morfoloogiliselt duktaalne rinnakasvaja. Näidustused põhinevad *American Brachy-*



Ravi planeerimine.

therapy Society Breast Brachytherapy Task Group ja *GEC-ESTRO* soovitusel. Meie esimene patsient vanusega 67 a vastas antud kriteeriumidele.

Koesisesed kateetrid paigaldatakse lokaalanesteesias 2–4 nädalat pärast operatsiooni või vahetult operatsiooni ajal pärast kasvaja eemaldamist, ravi planeerimiseks kasutatakse kompuutripõhist planeerimist.

Antud kiiritusravi eeliseks on väiksem kiiritusdoos nahale, seega parem kosmeetiline efekt, väiksem kiiritusdoos kopsule ja vasema rinna puhul ka südamele ning tunduvalt lühem raviage (5 päeva versus 5 nädalat). Vahet retsidiivide, kaugmetastaaside tekke ning üldise elulemuse osas — võrreldes kogu rinna väliskiiritusega — tagasisaatavates uuringutes täheldatud ei ole.

Rena Tiigi, kiiritusravi arst
Vladimir Štšerbakov, füüsik

Kokkuvõtte patsientide rahulolu uuringust Regionaalhaiglas

Regionaalhaiglas toimuvad regulaarselt nii statsionaarsete kui ka ambulatoorsete patsientide rahulolu uuringud. 2013. aasta kevadel toimus statsionaarsete patsientide rahulolu uuring.

Küsitluse lõpuks laekus 1483 täidetud ankeeti. Tagastatud ankeetidest olid 67% eesti- ja 33% venekeelsed. Ankeedi tagastanud küsitlute olid 50% naised ja 50% mehed. Küsitlute keskmine vanus oli 57,7 aastat. Noorim küsitlute oli 9 ja vanim 96-aastane. Uuringus osalesid 15 maakonna patsiendid, sarnaselt varasemate aastate tulemustele olid enam kui kaks kolmandikku küsitlute (69%) pärit Harjumaa.

Rahulolu haiglaravi ja arstidega

Kõigist küsimusele vastanutest jäi haiglaraviga väga rahule 71,5% ja üldiselt rahule 27,9%, rahulolematust väljendasid üheksa küsitlute ehk 0,6%.

Valmisolek tulla Regionaalhaiglasse uuesti ravile oli jätkuvalt kõrge — 84,5% küsitlute tuleksid kindlasti just siia tagasi ning pigem tuleksid 14,8%. Regionaalhaiglasse ei sooviks tagasi tulla 11 patsienti ehk 0,7% küsitlute. Sarnaselt varasemate aastate uuringute tulemustele oli valmisolek uuesti ravile tuleks tugevalt seotud üldise rahuloluga — rahulolevad patsiendid tuleksid ka meelsamini tagasi.

Rohkem kui pooled küsitlute (59%) saabusid haiglasse plaaniliste

haigetena. 2011. aastal uuringus osalenud patsientidest oli plaanilisi haigeid 55% ja erakorralisi 45%.

Keskmine ooteaeg haiglaravile saamiseks oli 2013. aastal 48,3±3,1 päeva (mediaan 21 päeva, st 50% küsitlute pääsesid haiglaravile 21 päeva jooksul). Nii nagu varasematel aastatel, varieerus ka käesoleva uuringu andmetel haiglaravile saamise ooteaeg (*aeg alates eriarsti vastuvõtust, kus patsiendile öeldi, et ta vajab haiglaravi*) üsna suurtes piirides: 25,7% vastanutest said haiglasse 1–7-päevase ooteaja järel, 17,3% ootasid 8–14 päeva, 25% 15–30 päeva, 15,7% 31–60 päeva, 5,5% 61–90 päeva, 2,2% 91–120 päeva ja 8,6% küsitlute ootasid haiglaravile pääsemiseks enam kui 120 päeva.

Küsimusele, kas patsiendile tehti operatsioon, vastas 1345 küsitluslehe tagastanud patsienti, neist opereeriti 57%. Enamasti selgitati patsientide hinnangul neile piisavalt, mis toimub enne ja pärast operatsiooni, kirjalik nõusolek operatsiooniks võeti 98% patsientidelt.

Enamik patsientidest jäi rahule varustuse ja aparatuuri ajakohasusega. Varustuse ja aparatuuri tänapäevasusega jäi väga rahule 79,4% opereeritud haigetest ja 70,9% haigetest, keda ei opereeritud. Vähem oldi rahul ravimite ja nende kõrvaltoimete kohta saadud teabega. Teabega rahulolematust esines enam erakorraliste patsientide hulgas.

Peaaegu kolm neljandikku (72,9%) patsientidest kohtus oma raviarstiga iga päev ja 23,4% mõned korrad haiglas oleku jooksul. 3,4% küsitlute väitel kohtusid nad oma raviarstiga ühe korra haiglas oleku jooksul ja kaheksa patsienti (0,6%) ei kohtunud üldse oma raviarstiga. Plaanilistest haigetest said enda arvates arstiga piisavalt suhelda 94,2% (vastusevariandid *jah, väga* — 59,6% ning *jah, üldiselt küll* — 34,7%), erakorralistest haigetest hindasid suhtlemist piisavaks 89,8% (vastusevariandid *jah, väga* — 55,8% ning *jah, üldiselt küll* — 34%).

Nii nagu varasemateski uuringutes, selgus, et enam jääd rahule arstide viisakuse, usaldusvärsuse ja oskustega, mõnevõrra vähem aga suhtlemise ja saadud teabega.

Patsiendid, keda opereeriti, olid oluliselt enam rahul arstide usaldusvärsuse ja oskustega — väga rahul oli 81,4% opereeritud patsientidest. Patsientide hulgas, kelle raviplaan operatsioon ei kuulunud, oli arstide usaldusvärsuse ja oskustega väga rahulolevaid 72,4%.

Rahulolu õdedega

Enamik küsitlute arvas, et õdesid oli haiglas piisavalt. Nii nagu arstide puhul, olid küsitlute ka õdede puhul enam rahul suhtlemisega ning professionaalsusega ja vähem saadud teabega, kõige enam väljendati rahulolematust teabega, kuidas kodus toime tulla.

2013. aastal on vähesel määral suurenenud küsitlute osakaal, kes olid väga rahul õdede erialaste oskuste ja usaldusvärsuse, õdede kättesaadavuse ning patsiendi vajaduste mõistmisega. Võrreldes 2011. aastaga on õdedelt uuringute ja protseduuride kohta saadud teabega väga rahul olevate osakaal suurenenud ning rahulolematute osakaal vähenenud. Patsiendid viibivad haiglas järjest lühemat aega, mistõttu kodus iseseisvalt toimetulek muutub patsientide jaoks järjest olulisemaks ja sellele peaks ka patsientide informeerimisel enam tähelepanu pöörama.

Rahulolu haiglas

Alates 2007. aastast on palatisse abi kutsumise võimalustega väga rahul olevate patsientide osakaal vähenenud ning üldiselt rahulolevate osakaal suurenenud. Rahulolematute osakaal on võrreldes 2011. aastaga vähenenud. Sarnaselt varasemate aastate tulemustele olid küsitlute kõige vähem rahul haiglatoiduga. Võrreldes 2011. aastaga on mõnevõrra vähenenud väga rahul olevate ja üldiselt rahul olevate patsientide osakaal ning suurenenud rahulolematute osakaal. Rahulolu ruumide puhtuse ja korrashoiuga on võrreldes varasemate aastatega jäänud enam-vähem samale tasemele. Vanemaalised patsiendid olid rohkem rahul omaette olemise võimalusega, haiglatoiduga ning ruumide puhtuse ja korrashoiuga. Ruumide puhtusega jäid enam rahule mehed (väga rahulolevaid patsiente oli meeste hulgas 70,4% ning naiste hulgas 65,9%). Haiglas rahulolu ei seostunud sellega, kas patsient saabus haiglasse plaanilise või erakorralise haigena.

Keskmiselt viibisid küsitlute haiglaravil 8,8±0,3 (mediaan 6) päeva. Küsitlute 10,4% (2011. aastal 11,6%) arvas, et neid kirjutati haiglast välja liiga vara ja need patsiendid olid ka haiglaraviga mõnevõrra vähem rahul.

Enamasti selgitati patsientide arvates neile piisavalt, kuidas pärast haiglaravi oma terviseprobleemidega toime tulla — vastusevariandi *„jah, väga“* valis 46,5% ja variandi *„jah, üldiselt küll“* 45,4% küsitlute. 5,7% küsitlute arvates terviseprobleemidega toimetulekut pärast haiglat üldiselt ei selgitatud ning 2,5% arvates ei selgitatud üldse. Patsiendid, kelle hinnangul olid selgitused piisavad, olid enam rahul haiglaravi

ning väljendasid ka enam valmisolekut Regionaalhaiglasse tagasitulekuks.

Haiglaraviga rahulolu mõjutasid antud küsitluse andmetel järgmised tegurid:

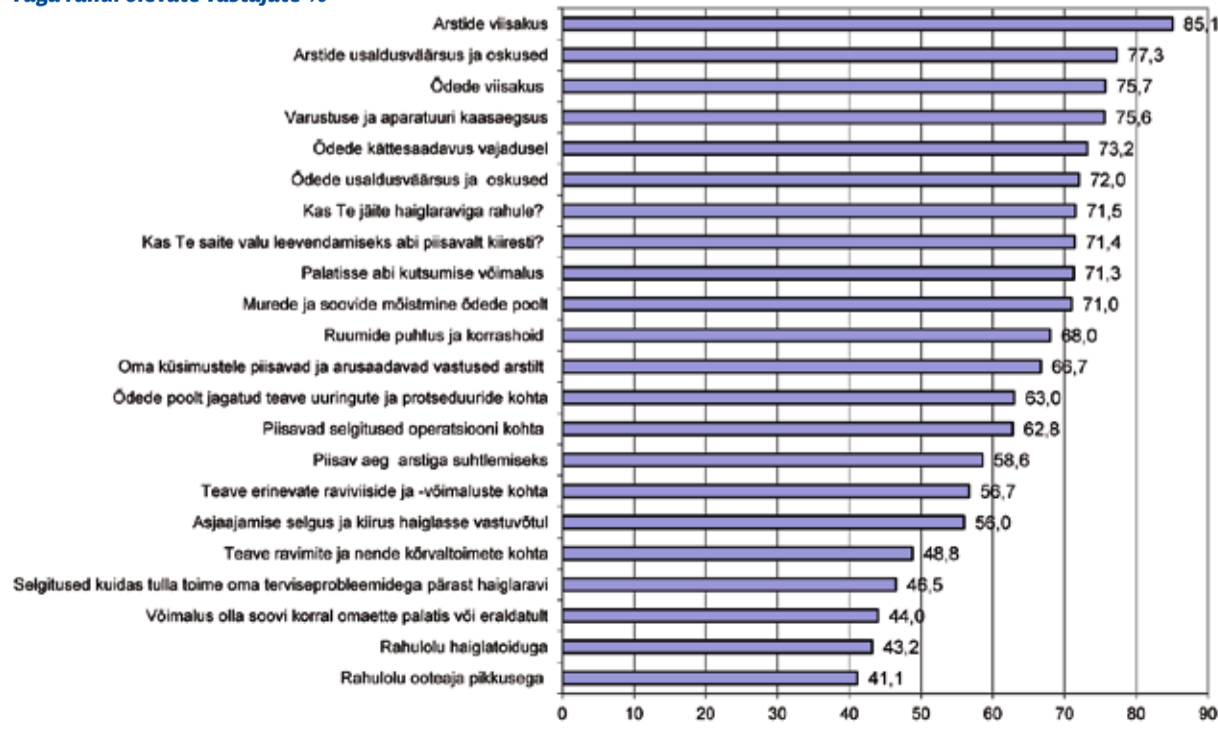
- 1) piisavad selgitused õdede poolt, kuidas kodus toime tulla
 - 2) rahulolu teabega erinevate ravi viiside ja võimaluste kohta
 - 3) rahulolu arstide usaldusvärsuse ja oskustega
 - 4) rahulolu haiglatoiduga
 - 5) arstilt piisavate ja arusaadavate vastuste saamine oma küsimustele
 - 6) rahulolu varustuse ja aparatuuri kaasaegsusega
 - 7) patsiendi arvamus haiglast väljakirjutamise õigeaegsuse kohta.
- Patsientide valmisolekut Regionaalhaiglasse tagasi tulekuks mõjutasid järgmised tegurid:
- 1) rahulolu arstide usaldusvärsuse ja oskustega
 - 2) piisav suhtlemine raviarstiga
 - 3) rahulolu õdede usaldusvärsuse ja oskustega
 - 4) kiire abi valu leevendamiseks
 - 5) arstilt oma küsimustele piisavate ja arusaadavate vastuste saamine
 - 6) rahulolu selgitustega, kuidas tulla toime oma terviseprobleemidega pärast haiglaravi
 - 7) võimalus ise valida haiglat.

Lisaks küsimustiku täitmisele oli ca 1/4 küsitlute märkinud ankeeti asjaolud, mis neid haiglasoleku ajal eriti häirisid. Nii nagu 2011. aastal, oli ka käesoleval aastal peamiselt tegemist suhtlemisprobleemidega, kuid kriitikat esines ka olme kohta, nt müra, palavus ja puudulik ventilatsioon. Mitmel juhul häirisid ka kaaspatsiendid (norskamine, raskes seisundis ja rahutud patsiendid). Oluliselt rohkem aga oli kiitvaid hinnanguid — 2/3 küsitlute olid eraldi rõhutanud asjaolusid, millega nad eriti rahule jäid. Enamasti väljendati rahulolu arstide, õdede ja hooldajatega, saadud raviga, teenindusega, kuid üsna palju oli kiitvaid hinnanguid ka toidule ning ruumide puhtuse kohta. Paljudes ankeetides oli märgitud, et rahule jääd kõigega. Samuti avaldasid paljud patsiendid oma tänu personalile, sh ka nimelistelt nii arstidele kui ka õdedele ja hooldajatele.

Marina Kaarna
Kvaliteedi-
teenistuse juhataja



Väga rahul olevate vastajate %



Stipendium noortele arstidele

Regionaalhaigla kuulutas välja Noore Arsti Stipendiumi konkursi.

Stipendium on asutatud noorte arstide ravi- ja arendustegevuse toetamiseks Regionaalhaiglas. Välja antakse kuni 7 stipendiumi koguväärtuses kuni 13 000 eurot. Stipendiumile on oodatud kandideerima kõik Regionaalhaiglas põhikohaga töötavad arstid ja residendid, kelle vanus kandideerimise hetkel on kuni 35 eluaastat (k.a).

Stipendiumi saab taotleda:

- uue oskuse või kogemuse omandamiseks teise riigi haiglas või muus meditsiiniuasutus;
- teadustöö (uurimistöö) tarbeks vajaliku materjali kogumiseks või teadustöö tegemiseks teise riigi meditsiiniuasutus või ülikoolis kas üksi või sealse uurimisgrupi koosseisus;
- osalemiseks erialasel koolitusel või kursusel, kongressil, konverentsil või seminaril;
- erialalise kirjanduse soetamiseks.

Stipendiumi taotlemiseks tuleb esitada:

- stipendiumi taotlus (leitav intranetist personaliteenistuse rubriigist)
- materjalid, mida peate vajalikuks lisada (nt koolituse, konverentsi, kursuse, teadusprojekti vm kohta, milleks stipendiumi taotletakse).
- elulookirjeldus (CV) ja 2 soovitaja/mentorinimed (vähemalt üks Regionaalhaiglast).

Kandideerimise tähtaeg: 20. aprill 2014. a.

Stipendiumi taotlused palume saata elektrooniliselt aadressil kristel.lember@regionaalhaigla.ee

PERH jagab Noore Arsti Stipendiume alates 2005. aastast, eelnevate aastate jooksul kokku on stipendiumidega toetatud 50 noort arsti.

Verekeskuste trükireklaamid pälvisid Kuldmuna

Eesti nelja verekeskuse ja Sotsiaalministeeriumi koostöös tellitud reklaamid pälvisid reklaamikonkursil Kuldmuna 2014 parima trükireklaami tiitli. Reklaamide autor on agentuur Age McCann.

Age McCann kommenteerib reklaamide ideed: „Kampaania eesmärgiks oli saada püsidoonoreid. Selle tõttu tuletasime vaatajatele lõbusa paralleeli abil meelde, et vereloovutamine ei ole selline tegevus, mille puhul peaks piirduma ühe korraga ning doonorlust ei ole vaja karta.“

Loovusfestivali Kuldmuna 2014 eesmärk oli välja selgitada Eesti turunduskommunikatsiooni sektoris eelmisel kalendriaastal avaldatud parimad loovlahendused, kommunikatsioonilahendused ja reklaamid ning auhinnata nende tegijaid.

Kaidi Kasenõmm
kommunikatsioonispetsialist



Reklaamiagentuur Age McCann:
„Muna jaoks on vaja head kokka, head panni ja head klienti.“

KUUKIRI

Toimetuse:
Aime Taevere
tel: 501 6338, aimetaevere@editor.ee
Inga Lill
tel: 617 2247, inga.lill@regionaalhaigla.ee
Urve Pals
tel: 617 2187, urve.pals@regionaalhaigla.ee
Väljaandja: OÜ Editor Grupp
Trükiarv: 1500

Anesteesia- ja intensiivraviõed võtavad asja tõsiselt

Anesteesia- ja intensiivravi õdede seas on tõsist tegevust nähtud tegelikult juba päris pikka aega: tänava maikuu – rahvusvahelisel õdede päeval – toimub II kevadkonverents, mais saab ka pool aastat hetkest, mil taasloodi Eesti Anesteesia- ja Intensiivraviõdede Ühing (EAIÜ). Kuukirjaga vestlesid PERHi anesteesioloogiakliiniku õendusjuht Katre Zirel ja anesteesiakeskuse õendusjuht ning EAIÜ juhatuse esimees Merle Freimann.

Anesteesia- ja intensiivraviõdede agar tegutsemine tuleneb otseselt elulistest vajadustest, arvestades eriala kiiret arengut, tööks vajalikke teadmisi ning aina süvenevat arstide ja õdede defitsiiti. „Igapäevaseks on saanud arutelud tööjõu vähesusest, töötajate ülekoormatusest, tööga rahulolematusest, madalast tasustatusest ja tervishoiuteenuse kvaliteedist tulenevatest probleemidest,“ loetleb anesteesioloogiakliiniku õendusjuht Katre Zirel, „aga nüüdisaegne anesteesia ja intensiivravi arenevad kõikjal maailmas imekiiresti ning ka meile on oluline selle keerulise valdkonna arendamine ja kvaliteedi tagamine.“ Tuleb püüelda selle poole, et vastavuses, st õiglasel omavahelises suhtes oleksid õdede oskused, töökoormus ja -intensiivsus, palk ning personali vajadused.

EAIÜ prioriteediks on eriala arendamine ja väärtustamine kõikides tervishoiuteenust pakkuvas asutustes ning ka kogu ühiskonnas, samuti koostöö erinevaid tervishoiuteenuseid pakkuvate erialade, institutsioonide ja erialaliitude vahel. EAIÜ juhatuse esimees ja PERHi anesteesiakeskuse õendusjuht Merle Freimann tõdeb, et erioõdede ettevalmistus ja vastutus vajavad käesoleval ajal uut sisulist arutelu ning lähenemist: „Nõuded anesteesia- ja intensiivravi õdedele on täna oluliselt kõrgemad kui üld-õe kutsealane ettevalmistus, näiteks on vajalikud erioskused, et käsitleda kõrgtehnoloogilist anesteesia ja patsiendi jälgimisaparatuuri, samuti süvendatud teadmisi farmakoloogiast, nõutavad on suuremad arvutitehnilised oskused.“

Katre Zireli arvates on raskes üldseisundis patsiendi korral ülimalt oluline, et personal suudaks kõik raviga seon-

duva ka teostada, vältides vigade tekkimist. Mitmekülgne koolitus annab õele laialdased oskused nüüdisaegse ja kvaliteetse õendusabi osutamiseks. „Anesteesia- ja intensiivraviõe pädevus kujuneb 2–3 aasta jooksul samalaadset tööd tehes — siis, kui õde suudab oma tegevuses näha pikemaajalisi eesmärgi ja oma tegevust planeerida. Korraldajaks väljaõppeks aga on vaja leida ka inimesi, kes oskavad, tahavad ja jaksavad nooremaid koolitada-õpetada. Loomulikult eeldab kõrgtasemel väljaõppe saanud personal tööd vääristavat tasustamist,“ selgitab Katre Zirel.

Merle Freimann tõdeb heameelega, et arstid kui õdede kõige lähemad koostööpartnerid on tihtilugu kutsunud õdesid oma konverentsidele ja seminaridele — et tulge, õed, vaadake, kuulake ja õppige! Ja eks paljud ole nõnda oma teadmisi-õskusi ka täiendanud. „Arstidele mõeldud koolituspäevad ei saa siiski täielikult asendada õdede spetsiifilisi õppusi,“ selgitab Merle Freimann, „sestap on EIAÜ alustanud jälle koolitustest. Alates kevadest on ühingul plaanis korraldada üle-eestilisi koolituspäevi järgnevatel teemadel: lasteaneesteesia, valu, bariaatrilise patsiendi anesteesia, dialüüs intensiivraavis. Koolitustel antakse ülevaade uutest suundadest tänapäeva intensiivravi- ja anesteesiaõenduses, käsitlemist leiavad eelkõige need teemad, milles ühingu liikmed on kõige enam soovindud end täiendada.“

EIAÜ taasloomise juures on oluline ka rahvusvaheline erialane tegevus, leiavad õed, vaja on teha koostööd nii Baltimaade kui ka Euroopa Liidu kontekstis. Arvestades seda, et täna võib inimene pöörduda ravi saamiseks välisriigi arsti või haigla poole, on teadmiste-õskuste taseme ühtlustamine mõeldav. „Tuleb leida nii aega, raha kui ka motivatsiooni, et rahvusvahelisel tasemel erialaliselt tegus olla,“ resümeerib Merle Freimann.

Allkirjutatu kiuslikule küsimusele, et miks omal ajal EAIÜ tegevus soiku jäi (nt 2005. aastal kirjutas Kuukiri õdede üleilmsest koostööst — *toim*) vastab Katre Zirel nii: „Võhm sai otsa. Ühingu eestvedamine oli vaid 3-5 inimese õlgadel. Olime aktiivsed viis aastat ja tegime koos palju nii Eestisiselt kui ka rahvusvaheliselt. Ühel

na siseelu toimib hästi, siis on võimalik teha häid asju.

Üldisem probleem on see, et puudub aeg ja ressursid oma töö analüüsiks ja kliinilise teadustöö organiseerimiseks. Kõike ei jõuta teha igapäevase töö kõrvalt.

Mis teeb anesteesioloogiakliinikus rõõmu?

Seltskond. „Et inimesed on kõik nii toredad ja head“ — tsiteerides ansambli „Sõpruse puistest“. Personalipool on hästi tugev siin majas, meil on väga head spetsialistid. Personal on kliinikus põhitähtis. Ma ju pole enam kõige noorem, ja olen mõelnud, et ei tahaks olla ka kõige vanem töötaja. Siiski, kui vaatan, et paljud inimesed olen ise siia kliinikusse tööle kutsunud, siis ei ole kahtlust, et on tehtud õigeid valikuid.

Töö iseärasus on kindlasti teine asi. Töö on vahelduv, täis väljakutseid, ja



EAIÜ juhatuse liikmed (vasakult): Merle Freimann, Valentina Kartašova, Piia Linnas, Ülle Urla, Rita Beljuskina, Piret Kleemann.



Eesti Anesteesioloogide Seltsi president dr Indrek Rätsep koos õendusjuhi Olga Kleimoviga modereerimas sügiskonverentsi.

hetkel väsisime ära. Ei olnud abilis, kes oleks soovinud ühingu „vedada“. Oodati küll ettevõtmisi, kuid soovi ise panustada ühingu aktiivsesse toimimisse oli vähestel. Mida rohkem tuli tööalaseid kohustusi — nii minul kui ka teistel ühingulise tegevuse eestvedajatel — seda vähemaks jäi aega ja ehk ka motivatsiooni. Praegustele EAIÜ eestvedajatele soovitan: kaasaake võimalikult palju liikmeid, tehke koostööd arstikonnaga, teiste seltsiliitudega. Ühingu liikmetele soovitan, et olge ise aktiivsed ja ärge küsige „mida ma sellest saan?“, vaid „mida

EAIÜ asutamisleping allkirjastati 18. novembril 2013 anesteesia- ja intensiivraviõdede II sügiskonverentsil, millest võttis osa u 400 inimest, korraldajateks Regionaalhaigla ja Tartu Ülikooli Kliinikum.

EAIÜ on mittetulundusühing, esindades õdesid, kes osutavad õendusabi kriitilises tervise seisundis patsiendile intensiivravi ja anesteesia osakondades

EAIÜ juhatuse kuuluvad: Merle Freimann (juhatuse esimees, Tallinn), Piret Kleemann (sekretär, Tallinn), Rita Beljuskina (Tallinn), Valentina Kartašova (Ida-Virumaa), Kristel Kivi (Tartu), Piia Linnas (Tartu), Ülle Urla (Pärnu)

Terviseameti andmetel on selles valdkonnas registreeritud 542 õde (Terviseamet, 2013)

Eesti Anesteesia- ja Intensiivraviõdede Ühingu kohta saate informatsiooni EAIÜ Facebook'i-lehelt või kirjutades e-posti aadressil eaiuhing@gmail.com

mina saan teha?“ Ja et entusiasmi ei kaoks, jaksu ning vastupidamist!“

Kuukiri soovib samuti, et EAIÜ läbiks edukalt nii anesteesia kui ka intensiivravi ja elaks ning tegutses veel kaua hea tervise juures!

Aime Taevere

Arstina olen mõelnud selle peale küll ja teistelegi alati soovitanud — panna otsustamisel iseennast või oma kõige lähemaid tuttavaid-sugulasi selle patsiendi seisundisse, kelle puhul on vaja otsust teha. Meie erialal on ju sageli vaja teha kiireid ja väga tõsiseid otsuseid ja see oleks üks võimalus parima otsuse tegemiseks — et kui sa peaksid tegema oma lähedasele või iseendale, siis millise meetodi sa valiksid.

Teine asi, mida ma olen kõrva taga hoidnud, on selline lühike mõte: alati tuleb anda šanss. Näiteks kui on kriitilises seisundis haige, siis ei saa teha koheselt lõplikku otsust, vaid esimesed 24 tundi — intensiivravi klassika! — tuleb kasutada kõiki võimalusi ja siis uuesti otsustada.

Kui sa ei ürita, siis võitu ei tule. Kui üritad, võib õnnestuda. Alati tasub üritada, kõiges ja ikka positiivses mõttes.

Aime Taevere