

Kliinikumi Leht

SISELEHT nr 124 | august 2010

www.kliinikum.ee/leht

 Tartu Ülikooli Kliinikum

Kliinikum annab panuse vaimupuudega laste elu parandamisse

Käesoleva aasta algusest on kliinikumi geneetikakeskus koostöös mitmetulundusühingutega Anni Mängumaa (Eestist) ja Ceribu Sparni (Lätist) välja töötamas juhendmaterjale vaimupuudega laste vanematele ja kasvatajatele.

Foto: erakogu



Projekti raames korraldatakse muuhulgas ka Eesti-Läti ühiseid laste- ja perelaagreid.

Materjalid aitavad parandada vaimupuudega laste arenguvõimalusi ning sisaldavad vanemate jaoks vajalikku emakeelset infot nii erinevate diagnooside kui diagnoosipõhiste arenguvõimaluste kohta.

Koostöö kahe organisatsiooni vahel sai teoks Anni Mängumaa algatusel ja Eesti-Läti koostööprogrammi rahastusel. Projektiga, mille nimeks on paljuütlev „TOLE-RANTS“, soovatakse edendada vaimupuudega laste arengut ja anda neile võimalus olla paremini kaasatud igapäevaelu.

Lisaks eelnevale ambitsioonikale eesmärgile on soov suurendada ka ühiskonna sallivust vaimupuudega inimeste ja nende perede suhtes.

Kuidas edendada vaimupuudega laste arengut?

Projekti partnerid on ühisel nõul, et kõik algab kodust. Kodu on koht, mis ümbritseb last ja annab aluse tema arengule. Seetõttu on käesoleva ühistöö sooviks aidata lastevanemaid ning pakkuda neile arusaadavas keeles ja eestlätlaste endi poolt koostatud

juhendmaterjale, mida igapäevaselt järgida ja kasutada.

Projekti käigus koostatakse päevik, mis aitab lapse arengut jälgida ja planeerida, ning tervet lapseiga hõlmavat arendusnippe jagav käsiraamat. Kui päeviku eesmärgiks on võimaldada lapsevanemal lapse areng üles tähendada ja vajadusel taastada, siis käsiraamat annab põhjalikud vastused küsimustele, mis tekivad nii lapse arendamisel kui ka peres endas (nt kuidas olukord mõjutab pere teisi liikmeid, kuidas ühildada töö ja pereelu jne). Järg LK 3 ►

UUDIS

1.-7.

augustini oli ülemaailmne rinnaga toitmise nädal.

Augusti esimesel nädalal enam kui 120 riigis tähistatava iga-aastase aktsiooni eesmärk on edendada rinnaga toitmist ning parandada laste tervist üle kogu maailma.

Verekeskus palub tellimused saata uuele e-aadressile

Alates juuli algusest on kliinikumi verekeskuse komponentide tellimise e-kirja aadressiks verekeskus@kliinikum.ee.

Esimest korda e-kirjaga verekomponente tellides tuleks aadress kindlasti täielikult välja kirjutada, edaspidi piisab aadressireale vaid sõna „verekeskus“ trükkimisest.

Lõngapood varustas kliinikumi patsiente mütsidega

30. juunil andis Liann-Lõngad OÜ esindajad koos TÜK Lastefondi tegevjuhi Küllike Saarega lastekliiniku ja hematoloogia-onkoloogia kliiniku väikestele patsientidele üle heategevuskampaania „Kududes teed head“ raames kogutud käsitöömütsid, -mänguasjad ja muud näputööna valminud kingitused.

UUS TÖÖTAJA

**Terje Markus**

Seoses endise ülemõe Heldi Vatmani pensionilejäämisega täidab alates maikuust radioloogikliiniku ülemõe kohustusi Terje Markus.

Terje Markus iseendast:

Radioloogiatehnika spetsialiteedi omandasin tollases Tartu Meditsiinkoolis aastatel 2001-2005. Kuigi esialgu oli mõttes asuda õppima hoopis füsioteraapiat, langes liisk pärast radioloogiateenistuse külastamist, uue aparatuuri nägemist ning proua Heldi Vatmaniga koostumist siiski radioloogiatehnika eriala kasuks.

Möödunud aasta lõpus tehti mulle mõneti üllatav ettepanek kandideerida radioloogikliiniku ülemõe ametikohale ning kolleegide toetust tajudes otsustasin seda ka teha.

Ülemõena olen oma südameasjaks võtnud kolleegide positiivsuse ja töötahte kindlustamise. Kui varem arvasin, et esmatähtis on tegeleda patsiendi rahuloluga, siis tänaseks olen üha enam hakanud aduma, et just head kollegiaalsed suhted on aluseks sellele, et ka patsiendid rahul oleksid. Meie igapäevane töö on kahtlemata pingeline ja stressirohke, kuid usun, et suutes märgata oma kolleegis mitte ainult spetsialisti, vaid ka inimest, ning jääda igas olukorras positiivselt meelestatuks, tundub ka töö kergem. Rõõmuga tehtud töö kandub aga üle ka patsientidele.

Terje tuleb kenasti toime

Terjel on esimeste kuude jooksul õnnestunud näidata, et ta saab tööga sellisel vastutaval ametipostil ilusti hakkama: tema vanem- ja vastutavate õdede meeskond on hästi tööle hakanud. Tänu oma eelnevale töökoormusele radioloogiatehnikute õpetajana on ta olnud suureks abiks ka noorte kolleegide kliinikusse tööle toomisel. Loodan, et just sellise sirgeselgse ja konkreetse juhina suudab ta jätkata ka radioloogikliinikus.

DOTS PILVI ILVES
radioloogikliiniku direktor

Stomatoloog Merike Vanjuk orienteerub lisaks meditsiinile hästi ka maastikul

Stomatoloogia kliiniku hambaproteesikeskuse arst-õppejõud Merike Vanjuk on ehe näide sellest, et meedikud ei suhtu kirglikult üksnes arstiteadusesse ning nende osavus ei piirdu vaid meditsiiniliste protseduuride suurepärase sooritamisega - dr Vanjukil jätkub arstiameti kõrvalt aega ja oskuseid pühendumaks ka tippasemel orienteerumisele.

Millal ja kuidas teil selline hobi tekkis ning kaua te sellega tänaseks tegelegenud olete?

Teadlikult olen orienteerumisega tegelegenud täpselt 24! aastat. Alguse sai see algklassides, kui ma aasta aega niisama koos sõpradega neljapäevakutest osa võtsin. Ega ma siis veel kaardist, peale teeradade, eriti aru ei saanud. Teadsin vaid seda, et KP-s (kontrollpunktis) oleva värvipliatsiga tuleb tõmmata legendikaardi õigesse lahtrisse rist ja siis oli hea finišis teistega võrrelda, kui mitu KP-d keegi metsast „üles leidis“. Aga 1986. aastal otsustasin endast paar aastat vane-

ma tädipoja eskujul orienteerumistrenni minna. Vahepealsete tõusude ja mõõnadega olen orienteerumisele siiani truuks jäänud ja viimased 7 aastat olen alaga üsnagi sihipäraselt ja Eesti koondise tasemel tegelegenud.

Mida orienteerumine teie jaoks tähendab? On see hobi, pühendumus, lõõgastus, raske töö või hoopis midagi muud?

Minu jaoks tähendab see eeskätt esimest kolme varianti. Kõik sõltub, millisest vaatenurgast asjale läheneda. Raskeks tööks ei saa ma seda kindlasti nimetada, sest see on minu enda vaba tahe

– ise olen ju selle huviala omale valinud ning tean, mille nimel, mis eesmärgidel ma ennast liigutan.

Kuidas täpsemalt selle ala harrastamine teie jaoks välja näeb?

Kuna orienteerumine kuulub vastupidavusspordialade hulka, siis on oluline, et ettevalmistushooajal saaks, nagu spordikeeles öeldakse, korralik põhi alla tehtud. Mahu kogumiseks ma põhiliselt jooksen, suusatan (viimased 10 aastat olen järjepidevalt osalenud Tartu Maratonil) ning kui lume(vaba)olud lubavad, siis teen ka orienteerumisalaseid

Foto: erakodu



Merike Vanjuk 2007. aastal võistlusel Kiievis.

► Alguks LK 1

Lisaks saavad Eesti ja Läti lapsevanemad vahetada oma kogemusi ning küsida spetsialistidelt (lastearstidelt, geneetikutelt, psühholoogidelt, taastusravi spetsialistidelt jt) nõu lastevanematele mõeldud kohtumistel.

Laste endi jaoks korraldatakse nii laste- kui perelaaga-

rid, kus nad saavad koos „normaalsete“ lastega aega veeta. See pakub kõigile osalejatele hea võimaluse õppida üksteiselt nii elamist kui olemist.

Kuidas suurendada ühiskonna tolerantsi?

Tihtilugu on nii, et vaimupuudega laps tekitab ümbritsevat inimestes kohmetust ja ebamugavustunnet. Sama laieneb ka lapse perele. Põhjuseks

on see, et ühiskond (sh meie ise) ei ole harjunud nende kohalolekuga. Ja mis on meile võõras, seda me tihtilugu kardame.

Tutvustamaks avalikkusele vaimupuudega laste ja nende perede igapäevaseid tegemisi, koostatakse pilte ja lugusid sisaldav fotoalbum-raamat, mis võimaldab ühiskonnal näha, et vaimupuudega laps ja tema perekonnaliikmed on sama-

väärsete emotsioonide ja tegemistega inimesed kui kõik teised.

Projekt kestab 2011. aasta augustini, kuid esimesi tulemusi esitletakse juba 2011. aasta märtsis toimival rahvusvahelisel konverentsil.

SILLE TALVET
projekti „TOLERANTS“
koordinaator

KOMMENTAAR



DR ARNO RUUSALEPP
südamekliiniku kardiokirurgia osakonna arst-õppejõud, harrastusorienteeruja

Ma isiklikult Merikest hästi ei tunne, aga orienteerujad on juba kord sedasorti rahvas, et tegijaid peetakse ikka omadeks.

On üldteada, et orienteerumine on mõnus harrastussport – kaardi ja kompassiga metsas liikuda on ikka lõbusam, kui niisama sihitult ringi sõrkida. Samas on tippasemel orienteerumine väga nõudlik spordiala. On suurt lugupidamist ja imetlust vääriv fakt, et Merike suudab töö kõrvalt hoida end üliheas vormis ja olla Eesti orienteerumise naistekondides aastaid üks kõvemaid tegijaid. Töölt koju sõites näen sageli Merikest kergel sammul Ihas-te vahel jooksmas ja see jooksum tempo on kadestamisväärne.

Orienteerumine pakub harrastusvõimalusi pispõnnidest kuni raugaeni, seda saab võtta kui peresporti, kui vaheldusrikast harrastust aga ka kui konkurentsihingat tippporti. Orienteerumine on elustiil. Loodan, et Merikesel jätkub tahtmist veel pikalt „kõrgeimas mängus“ kaasa lüüa, nii arstiametis kui orienteerumises.



Foto: Jaak Nilson

Dr Vanjuk oma igapäevasel tööpostil hambaproteesikeskuses.

► kaarditrenne maastikul. Paar korda nädalas treenin ka 2 korda päevas, siis on üheks treeninguks kerge 30-minutiline jooksuots.

Millised on teie senised suurimad saavutused sel alal?

Siiani on parimateks tulemusteks 2007. aasta orienteerumisjooksu maailma-meistrivõistluste 10. koht lühirajal ja 2008. aasta Euroopa meistrivõistluste 6. koht teatejooksus. Loomulikult tunnen rahulolu ja heameelt iga võidetud Eesti ja Balti meistrivõistluste meistritiitli ning medali üle.

Teie saavutused on silmapaistvad. Kuidas te suudate nii edukalt ühendada arstina praktiseerimise ja tippasemel orienteerumise?

Selleks tuleb endale koostada täpne päevaplaan – mis,

kus ja millal. Muidugi ei kujune see alati selliseks, nagu eelnevalt plaanitud olen. Eeskätt seetõttu, et minu töögraafik ei sõltu ju ainult minust. Aga alati on võimalik jooksvalt asju ümber korraldada. Muidugi, kui nüüd päris aus olla, siis mõnikord treeningute kvaliteet ning kvantiteet töö tõttu ka kannatab. On hommikuid, kus tuleb juba 6.00 sõrkima minna.

Kas meditsiinalased teadmised selle harrastuse puhul ka kuidagi kasuks tulevad?

Eks ikka on hea, kui tead kuidas organism, inimkeha teatud situatsioonis celdatavalt käitub. Aga kuna kõik me oleme erinevad individid ja reageerime/talume füüsilisi koormusi veidi teistmoodi, siis saab ikka enda peal ja oma kogemuste (nii positiivsete kui negatiivsete) põhjal ena-

mus tehnikaid läbi proovitud, et järgmine kord jälle targem oleks.

Lõpetuseks – kui kaua te orienteerumisega veel tegeleda plaanite?

Tippasemel tegeleks ehk paar aastat veel ning siis usun, et orienteerumine jääb mulle mõnusaks tööpäeva lõpu ja nädalavahetuse lõõgastuseks. Hetkel ma lihtsalt ei kujuta oma elu ette ilma, et aegajalt metsas ei viibiks. Sest iga kord orienteerumisarjale minnes ootab sind ees rajameistri poolt ette valmistatud uus väljakutse, kunagi ei ole see samasugune kogemus, vaid alati kordumatu.

8.-15. augustini osaleb dr Vanjuk Norras Trondheimis orienteerumisjooksu MM-il. Soovime talle edu ning hoiame pöidlaid!

DR MERIKE VANJUKIGA
vestles MERILI VÄLJAOTSA

Tsütostaatikumide lahustamise uus ajajärk kliinikumis

Kui veel paar aastat tagasi tuli igal kemoterapiilist ravi osutaval osakonnal vajalike ravimlahuste valmistamisega ise, oma ruumides ning standarditele mittevastavates tingimustes hakkama saada, siis alates 2009. aasta märtsist tegutseb apteegi koosseisus kogu kliinikumi tsütostaatikumide lahustamist koondav keskus, millega astuti suur kvalitatiivne samm edasi.



Valmis lahuse pakendamine.



Tsütostaatikumi lahustamine laminaarkapis CYPRO programmi juhendamisel.

Apteegi direktori Irja Uibolehe sõnul tekkis vajadus ja idee tsentraliseeritud lahustuskeskuse loomiseks juba aastaid tagasi, kuid hoo sai projekt sisse 2006. aastal, mil Eesti liitus Euroopa Onkoloogilise Farmaatsia Seltsiga. „Tänu selle seltsi tegevusele ja nende poolt välja töötatud materjalidele saime suure osa informatsioonist, kuidas sellist keskust siin sisse seada ja millistele tingimustele see täpselt vastama peab,“ selgitab ta.

2008. aasta sügisel osteti Euroopa seltsi vahendusel spetsiaalne lahustamisprogramm CYPRO. Maksta tuli vaid komplekti kuuluva riistvara eest, tarkvara kasutuslitsents saadi tasuta, sest programm tõlgiti oma kuludega esimesena eesti keelde.

Hetkel veel poolik lahendus

Kuigi CYPRO on juba praegu lahustuskeskuses kasutusel, ei tööta see hetkel veel päris nii nagu ette nähtud. Irja Uiboleht ja vanemproviisor Mari Kand selgitavad, et kui ideaalis peaks arstid olema programmi esmalt ühendatud elektroonilise haiguslooga ning

seejärel lahustuskeskusega, et nad saaksid CYPRO vahendusel automaatselt keskusesse tellimusi saata, siis praegu programmidevahelisi ühendusi pole ning otsekontakt arstidega puudub. See toob aga kaasa kuhjaga lisatööd mõlema osapoole jaoks. „Kõigepealt täidetakse osakonnas spetsiaalsed keemiaravi tellimuslehed, mis paberandjal siia saadetakse. Seejärel sisestame meie need omakorda käitsi programmi ning alles siis saab ravimit valmistama hakata,“ täpsustab Uiboleht.

Direktor tõdeb, et praegu on siiski tegemist veel pooliku lahendusega. Ning kuigi konkreetset tähtaega määratud ei ole, loodab ta, et vastavad ühendused programmide vahel saavad loodud juba aastal.

Keskus tagab turvalisuse ja aitab kokku hoida

Kuid miks kliinikumil ikkagi seesugust ühtset keskust vaja on? Irja Uiboleht toob välja kaks olulisimat põhjust. Esimene on ohutus: „Kuna tsütostaatikumid on sellised ained, mis pärsivad rakkude paljunemist, siis võivad nad terve organi

nismi sattudes vähirakkude asemel kahjustada ka normaalseid rakke.“ Seetõttu on keskus tagatud kõik tingimused lahustamisega tegelevate töötajate kaitseks.

Selle kõrval pole vähemolulised ka keskkonna turvalisus ja ravilahuste endi kaitsetus. „Keskuses valmistatakse ravim asepticistes tingimustes, et säiliks tema steriilsus kuni manustamiseni,“ täpsustab Mari Kand.

Nimetatud ohtude vältimiseks ongi vaja tagada ruumides standarditele vastavad tingimused – kogu ülejäänud hoone õhustussüsteemist eraldiseisev ventilatsioon, mis kindlustab negatiivse rõhu ümbritsevate ruumide suhtes ning õhuvahetuse läbi filtrite 15 korda tunnis. Irja Uibolehe sõnul üheski kliinikumi osakonnas selliseid tingimusi ei ole ning ebaotstarbekas oleks need ka kõikjale tekitada. „Loogiline on, et lahustustegevus toimub ühes keskus, nagu see on igal pool Euroopas ja mujal maailmas.“

Siin aga peitub veel teinegi tähtis põhjus, miks säärase keskuse rajamine vajalik oli. Nimelt kokkuvõtteks

selgitab, et kui kõikidele kasutajatele valmistatakse ravimeid ühes nõuetepärase oludega kohas, siis on lubatud ravimivahetusele iga lahuse eripäradest avatuna hoida isegi kuni 2-3 päeva: „See tähendab, et kui meil tuleb täna võtta ühest vialist ainult pool kogust, siis me võime seda kaks päeva hoida ja kolmandal päeval järgmisele patsiendile teise poole sellest manustada.“

Osakondades, kus standarditele vastavad tingimused puuduvad, tuleks üle jääv kogus lihtsalt ära visata. Kusjuures sama ravimi ülejääke viskavad paralleelselt ära erinevad osakonnad. Siin peitubki kokkuvõtteks – tänu keskussele on võimalik operatiivselt kõiki erinevates osakondades tekkinud ülejääke järgmistele patsientidele suunata.

Ohutuse tagavad spetsiaalsed tingimused ja range kontroll

Tsentraliseeritud lahustamis-keskus asub L. Puusepa 8 B-korpuse 0-korrusel kolmes vastremonditud ruumis. Esimene neist on tavaline arvutitöökohtadega

kontor, kus vormistatakse tellimused ning kus pärast võetakse vastu, kontrollitakse ja väljastatakse valmistoodang.

Kontorit eraldab protseduuride ruumidest lüüs. See on koht, kus vahetatakse riided ning pestakse käed. Seal edasi jääb nn puhas pool, kus ühes ruumis valmistatakse asepticistes tingimustes epiduraalsegusid, lahustatakse antibiootikume jm ravimeid ja teises ruumis toimub tsütostaatikumide ettevalmistamine manustamiseks.

Irja Uiboleht toonitab, et väga oluline on ka jäätmete käitlemise süsteem. Selleks on tsütostaatikumide lahustamise ruumis spetsiaalne jäätmekäitlusseade (prügikast), mis iga üksiku sinna visatud tsütostaatikumide jäätme eraldi suletud keskkonda pakendab, et kahjulikud aurud ruumi tagasi ei paistuks. „Sellisel kogutakse kõik jäätmed kokku ja tööpäeva lõppedes viiakse ohtlike jäätmete kogumiskohta.“

Töö käik

Tsütostaatikumide lahustamise protsess toimub hetkel selliselt, et pärast tellimuse saabumist ja selle sisestamist arvutisse kuvatakse see tsütostaatikumide valmistamise ruumis asuva arvuti ekraanile, kust ravimivalmistaja seda näeb. CYPRO programm näitab talle ka konkreetse ravimi valmistamise juhendit ning selleks, et töötaja selle õigesti valmistaks, on tal abiks kaal, mis iga tema sammu järjepidevalt assisteerib ja inspekteerib. „Kaal järgi kontrollib programm, kas ravimivalmistaja on kõik õigesti teinud. Ning alles siis, kui kaal on tõendanud, et nii see tööpeolest on, saab ta oma tööga edasi minna,“ kirjeldab Uiboleht.

Lõpuks, kui programm kinnitab, et ravim on korrektselt valmistatud, saab etiketiprinteriga välja trükkida sildi, kus on peal kõik selle ravimiga seotud andmed – patsiendi ja osakonna nimi,

manustamise aeg, lahustatusolekus säilimise aeg jne. Seejärel pakitakse valmistoodang steriilkotti ja saadetakse proviisorile, kes selle enne osakonda toimetamist üle kontrollib.

Irja Uiboleht rõhutab, et omaette ohutusmeetmestik on ka ravimite transportimiseks. Kõik ravimid peavad olema pakitud tugevalt suletavatesse ja lekkekindlatesse kastidesse ning olema märgistatud hoiatussildiga. „Selle peal on täpselt kirjas, mida tuleb teha, kui kast peaks maha kukkuma ja ravim purunema,“ täpsustab vanemproviisor Mari Kand.

Töö jagub, personali jääb väheks

Irja Uibolehe sõnul on lahustuskeskuse loomine end igati õigustanud ning töö täie hoo sisse saanud. Kui alguses ei osatud täpselt hinnata, mitu lahustamist keskmiselt ühes päevas võiks toimuda, siis praegune statistika näitab, et oma prognoosides olid isegi liialt tagasihoidlikud. „Lootsime, et saame oma praeguse personaliga hakkama, kuid kui võtta aluseks Euroopas tehtud arvutused, mis näitavad, et korrektselt tehes võtab ühe lahustamisega seotud tegevus aega keskmiselt 45 minutit, siis jääme me ajahätta. Seda enam, et kui alguses oli meil vaid 30-40 lahustamist päevas, siis praegu on see arv keskmiselt 92. Euroopa mõistes arvatakse sellise lahustamisaruuga keskus juba suurte hulka,“ räägib Irja Uiboleht.

Sellega seoses varjutabki lahustuskeskuse igapäevatööd personaliprobleem. Uiboleht sõnul on juba praegu olnud kuulda patsientide nurinat, et neil tuleb oma ravimit liiga kaua oodata. „Tuginedes enda lahustamiste statistikale ja Euroopa arvutustele, siis oleks meil selles tööloogis vaja üle 9 inimese. Aga praegu on meil maksimaalselt 6 inimest. Ühe koha saame me tänu

juhatusse vastutulekule juurde, kahte oleks veel vaja.“

Optimaalne personali hulk on äärmiselt hädavajalik just selleks, et tagada tsütostaatikumide valmistamise turvalisus. „Selles töös tuleb igati vältida üleväsimust, mille tagajärjel tähelepanu hajub ja enam vigu ei märka,“ toonitab Kand. „Sest kui vead sisse lipsavad, siis võivad neil olla väga ohtlikud ja saatuslikud tagajärjed. Seda ei saa me lihtsalt endale lubada.“

Sihiks programmidevahelised ühendused

Teine lahustuskeskuse murekoht on aga juba eelmainitud otseühenduste puudumine arstidega – ideaalis toimuks ka tellimuse saabumine ja kontrollimine elektrooniliselt. Vanemproviisor Mari Kand toob esile, et üks põhjus, miks erinevate programmide vahelisi ühendusi vajatakse, on ka laoseisude üle arvepidamise lihtsustamine: „Praegu tuleb meil lisaks tellimuste sisestamisele ka kasutatud ravimide laoprogrammist käitsi maha võtta, sest laoseis peab samuti klappima.“ Seetõttu olekski tarvis CYPRO programm ühendada ka apteegi laoprogrammiga.

Direktor Irja Uibolehe sõnul ongi lahustuskeskuse meeskond oma lähiaja peamiseks sihiks võtnud just vajalike ühenduste loomise programmide vahele: „Alles siis saaksime rääkida lahustuskeskuse ideaalvariandis toimimisest.“ See lahendaks aja ja teiste ressursside kokkuvõtteks kaudu osaliselt ka töötajate puuduse probleemi.

Kokkuvõtteks on Irja Uiboleht ja Mari Kand optimistlikud ning lootusrikkad. „Kuigi meie töö siin on väga pingeline, on see tegelikult väga huvitav,“ võtavad nad teema kokku.

Vestluse põhjal apteegi esindajatega kokku pannud
MERILI VÄLJAOTSA

Sisekliinikul valmis diabeedihaige õpetamise programm

Diabeet on krooniline haigus, mis mõjutab nii patsiendi kui ka tema lähedaste elu. Kuna diabeedihaigeid satub kliinikumi kõikidesse osakondadesse, nende statsionaarsel ravil viibimise aeg on piiratud ja nõustamisvajadused pidevas muutumises, siis on patsiendiõpetusel oluline roll haigusega toimetulemisel, diabeedi kompensatsiooni tagamisel, tüsistuste ennetamisel ning elukvaliteedi parandamisel.

Et kliinikumi erinevate osakondade õed nõustaksid diabeedihaigetest patsiente ühtsetel alustel, töötati sisekliinikus välja õdede igapäevatöös rakendatav abimaterjal.

Diabeedihaige õpetamise programm koosneb neljast osast ja sisaldab teadmisi, mis on vajalikud diabeeti põdevate patsientide jälgimiseks ja abistamiseks:

1. **diabeedi olemus** (kirjeldatakse diabeeti kui haigust, selle tüüpe, riskitegureid ja sümptomeid);
2. **diabeedi ravi**;
3. **diabeedi tüsistused**;
4. **patsiendi toimetuleku hindamine** (antakse juhiseid, kuidas hinnata patsiendi toimetulekut oma haigusega).

Kõnealune programm on kättesaadav kliinikumi siseveebis („Õdedele“ → „Kvaliteedi käsiraamat“ → „Diabeet“ → punkt 18.7). Abimaterjal pakub kõigile kliinikumi õdedele informatsiooni selle kohta, kuidas diabeedihaigeid adekvaatselt nõustada seni, kuni patsient saab kontakti spetsialiseerunud diabeediõega, kes tema probleeme põhjalikult analüüsib ning seejärel täpsed ja konkreetsed juhised edaspäiseks toimetulekuks annab.

Patsiendiõpetuse programmi koostamisel osalesid sisekliiniku endokrinoloogia-gastroenteroloogia osakonna õde-spetsialist Agnes Anton, ambulatoorse osakonna diabeediõde Annela Luht, vanemarst-õppejõud Tarvo Rajasalu ja kliinikumi patsiendiinfo koordinaator Jane Freimann.

Edu programmiga tutvumisel ja selle kasutamisel!

SIIVI NUMMERT
sisekliiniku ülemõde

Foto: erakogu



VII Balti Hematoloogia konverentsi tõi kokku 160 spetsialisti ja huvilist nii Baltimaadest kui mujalt Euroopast.

Personaliseeritud lähenemine hematoloogias on reaalsus ja tulevikutee arenguks

20.-22. maini toimus Tartus VII Balti Hematoloogia konverents.



PROF HELE EVERAUS
hematoloogia-onkoloogia
kliiniku juhataja,
Balti Hematoloogia
konverentside traditsiooni
algataja ning VII konverentsi
president ja korraldaja

Tänavust 160 osavõtjaga üritust saab igati kordalainuks pidada. Kuulata sai 25 suulist ettekannet põhissessioonidel ning üheksat etteastet ödede sessioonis. Lisaks diskuteeriti 31 posterettekande üle.

Konverentsi läbivaks aruteluks kujunes personaliseeritud meditsiini roll hemato-

loogias. Kui seni on valdavalt rõhutatud diagnostika ja ravi tõenduspõhisust, siis paljude ravimeetodite tagasihoidlik efektiivsus ning neid saatvad tüsistused nõuavad täiendavaid lähenemisi. Viimastel aastatel on „kilbile“ tõusnud individualiseeritud lähenemine igasse haigesse, kuna vastupidine n-ö ühe mõõduga käsitlusviis kõigi patsientide puhul ei tööta.

Personaliseeritud lähenemise aluseks on arvuka teadusliku informatsiooni kasutamine. Seda tõdeti paljudes ettekannetes: Anna Porwit (Karolinska Ülikooli Haigla) rõhutas erinevate diagnostiliste meetodite integreerimise vajadust konkreetsest patsiendist lähtuvalt; Jane Apperley (Suurbritannia), Eva Kimby (Karolinska Ülikooli Haigla), Eva Hellström-Lindberg (Karolinska Ülikooli Haigla) ja Robert Hast (Karolinska Ülikooli Haigla) tõid välja olulisi

aspektid individuaalsete ravivalikute tegemisel. Eriti komplitseeritud ravimeetodite, nagu näiteks vereloome tüvirakkude transplantatsiooni efektiivsus on väga oluliselt seotud individualiseeritud lähenemisega: kõige esmalt mängib rolli optimaalne doonorivalik, nagu rõhutasid Marcel Tilanus (Maastrichti Ülikool) ja Alvaro Urbano Ispizua (Barcelona Ülikool).

Alejandro Madrigal (Euroopa Luuüdi Transplantatsiooni Assotsiatsiooni president), Tapani Ruutu (Helsingi Ülikool), Francesco Lancza (Itaalia) ja Kim Vettenranta tõid välja uusi aspekte vereloome tüvirakkude transplantatsioonis. Rea huvitavate ettekannetega esinesid ka Leedu ja Läti kolleegid. Diskussiooni tekitavad olid Kristina Andersoni, Alar Aintsi ning Edward Laane ettekanded. Euroopa Hematoloogia Assotsiatsiooni president Robin Foa, Dieter

Hoelzer (Goethe Ülikool) ja Axel R. Zander rõhutasid uusi lähenemisi rea probleematailiste hematoloogiliste patoloogiate käsitlemisel.

Nagu ma oma konverentsi ettekannet kokku võtteski rõhutasin, on tänases meditsiinis võimalik, ja tõepoolest ka vajalik, individualiseeritud, personaalne käsitlus. Selle teeb võimalikuks geenide, proteoomi ja metaboomi kompleksne analüüs.

Hea meel on lõpetuseks välja tuua ühe konverentsikülalise, prof Robert Hasti kommentaar VII Balti Hematoloogia konverentsi kohta: „It is nice to see how your „old staff“ from the 1990`s have grown both professionally and scientifically! Baltic meetings are now an important part of the regional European Meetings that are so important for the future development of hematology in Europe“.

Uuring: tervishoid on muutumas patsiendikesksemaks ja vähembürookraatlikuks

Maailma ühe suurima audiitorettevõtte Pricewaterhouse-Coopersi tervishoiu-uuringute instituudi poolt läbi viidud tervishoiuprognoside raport viitab, et tervishoid muutub lähiajal patsiendisõbralikumaks ja personaalselt kohaldatuks.

Seda läbi püüete julgustada järjest rohkemaid inimesi oma tervisliku seisundi eest vastutust võtma, milleks uued tehnoloogilised ja terviseinfo vahendid neile suurema kontrolli ja võimaluse annavad. Trend patsiendikesksusele ja bürokraatia vähenemisele hakkab järgmise viie aasta jooksul peegelduma olulistest

tervishoiu rahastamismudelite muutustes, regulatiivsetes tervishoiureformides ning finantstoetuste ümberkorraldamises.

Raport originaalpealkirjaga „HealthCast: The Customisation of diagnosis, care and cure“ on aastapikkuse maailma 25 tervishoiusüsteemi uurimise tulemus. Uuringu raames võeti

ülemaailmselt vaatluse alla ligi 600 valitsuse ja tervishoiuvaldkonna liidri seisukohad.

Pikemalt loe internetiaadressilt: <http://www.pwc.com/gx/en/press-room/2010/Health-reform-lays-new-ground.jhtml>

KLIINIKUMI LEHT

Lastekliiniku patsientidele toodi meelelahutus „koju kätte“

1. juunil korraldas SA TÜK Lastefond lastekliiniku auditooriumis heategevuskontserdi tähistamiseks lastekaitsepäeva ning Selveri annetuskampaania raames soetatud tasakaaluplatvormi üleandmist.

Kliiniku väikeste patsientide rõõmuks astusid kontserdil üles Ülenurme Laulustuudio laululapsed. Lisaks anti lastehaiglastele üle mänguasjad, mis sõbrapäeval alguse saanud

kampaania raames kevade jooksul kogunenud olid. Kliiniku fuajees aga oli võimalik tutvuda Tartu laste- ja perefotoograaf Maris Treufeldti südamliku lasteteemalise foto-

näitusega, mis jääb huvilistele avatuks kogu suveks.

KLIINIKUMI LEHT

Foto: Lastekliiniku erakogu



Lastekaitsepäeva puhul esinesid lastekliiniku väikestele patsientidele Ülenurme Laulustuudio laululapsed.

MEEDIAS

Tartu Ülikooli kliinikumi avalikkussuhete juhi Kristi Taeli kinnitusele on tänane päev toonud haiglaste rohkem eakaid südamehaiged, kui eelnevatel päevadel. Tael märkis, et haigestumiste põhjuste kohta ei ole kliinikum statistikat teinud. «Kas haiguse vallasdas mingi tegevus või lihtsalt kuu ilm, selle kohta arvet ei peeta.» 05.07.2010, Postimees. „Kuum ilm teeb eakamatele liiga“

Sotsiaalminister Hanno Pevkur rahuldus Lõuna-Eesti Haigla ASi, SA Läänemaa Haigla, ASi Rakvere Haigla ja SA Tartu Ülikooli Kliinikum projektid öendus- ja hooldeusteenuste infrastruktuuri arendamiseks EL struktuuri- toetuste vahendite kaasabil. 10.07.2010, Äripäev. „Pevkur annab nelja haigla hooldusraviks 117,3 miljonit“

«Ei oska öelda, et patsiente tavapärasest rohkem praegu oleks avaldanud soovi haiglaste pääseda. Töötame nagu ikka: järjekorrad on kaks-kolm nädalat, üli raske- tel patsientidel kuni kolm päeva.» kinnitas TÜ Kliinikumi hooldusravi osakonna juhataja Kristina Oja. 15.07.2010, Postimees. „Kuumalaine pole hooldus- haiglaste arv suurendanud“

Meestearstina töötav Kristo Ausmees (32) hindab oma tervist heaks, kuigi vööümbermõõdu tahaks praegusel 102 sentimeetril 94ni kahandada. Ta võtab 3–4 korda nädalas ette tunni jooksuringi ja vähemalt korra nädalas käib lapsega metsas matkamas. „Vaid 26% meestest tegeleb aktiivselt tervisespordiga,“ toob Ausmees välja kurva statistika. 16.07.2010, Maaleht. „Mehed sõlmisid tervise peale iseendaga kihlveo“

SA Tartu Ülikooli Kliinikum projekti maksumus on 33,3 miljonit krooni, millest 22,6 miljonit krooni eraldatakse ERFist. Projekti raames renoveeritakse Puusepa 6 asuv hoone ning öendushoolduse osakond kolitakse alates 2015. aastast sellesse ümber. 17.07.2010, Võrumaa Teataja. „Lõuna-Eesti haigla investeerib 26 miljonit hooldusravisse“

ARSTITEADUSKONNAS

TÜ juunikuu nõukogus

- valiti meditsiinitehnoloogia professoriks Jyrki Tapio Heinämäki
- valiti pulmonoloogia professoriks tagasi Alan Altraja

Arstiteaduskonna juunikuu nõukogus

- valiti dotsentideks histoloogia alal Marina Aunapuu, androloogia alal Margus Punab, peremeditsiini alal Marje Oona ja nefroloogia alal Mai Rosenberg
- valiti vanemteaduriteks farmaatsia alal Vallo Matto ja Karin Kogermann, füsioloogia alal Anton Terasmaa, immunoloogia alal Meeme Utt, kardioloogia alal Priit Kampus, peremeditsiini alal Anneli Rätsep, psühhiaatria alal Eduard Maron ja reumatoloogia alal Riina Kallikorm

Arstiteaduskonna lõpetas sel aastal 234 tudengit:

Arstiteaduse eriala 149 (sh 17 välisüliõpilast ja 3 cum laudega lõpetanut), hambaarstiteaduse eriala 32 (sh 1 cum laude) ning proviisorioõppe 31 noort. Biomeditsiini eriala magistriõppes oli lõpetajaid 2 (sh 1 cum laude), õenduse eriala magistriõppes 8 ning rahvatervishoiu erialal samuti 8 (sh 1 cum laude). Biomeditsiini teadusmagistri kraadi kaitses 4 inimest ning kevadmestril kaitsiti arstiteaduskonnas kokku 15 doktoritööd.

Kaitsmisele tulevad doktoritööd:

- 2. sept kell 15.00 kaitses Biomedikumis (aud 1038) Jarno Habicht väitekirja „Tervis- hoiuteenuste kasutamine Eestis: sotsiaal-majanduslikud tegurid ja omaosalusest tingitud finantskoormus“. Juhendaja prof Raul Kiivet (TÜ tervishoiu inst). Oponent prof Ilmo Keskimäki (Tampere Ülikool, Soome).
- 22. sept kell 15.00 kaitses Biomedikumis (aud 1038) Kristi Abram väitekirja „Rosaatsea levimus ja riskitegurid. Rosaatseahaigete subjektiivne haigustunnetus“. Juhendajad prof Helgi Silm (TÜ nahahaiguste kliinik) ja dots Marje Oona (TÜ polikliinik). Oponent prof Skaidra Valiukeviciene (Kaunase Meditsiiniülikool, Leedu).

Arstiteaduskonna aastapäevaüritused toimuvad 7. ja 8. oktoobril. Täpsem info <http://www.med.ut.ee/394210>

Ülevaate koostas
TUULI RUUS
arstiteaduskonna dekanadi juhataja

Ravimresistentne tuberkuloos Eestis

Käesoleva aasta märtsi alguses kaitses kopsukliiniku pulmonoloogia ja torakaalkirurgia osakonna arst-õppejõud Kai Kliiman meditsiini doktori kraadi taotlemiseks esitatud väitekirja „Ravimresistentne tuberkuloos Eestis: riskifaktorid ja negatiivse ravitulemuse riskitegurid“.

Alates 2000. aastast on tuberkuloosi (TB) haigestumus Eestis stabiilselt langenud, kuid jätkuvalt on probleemiks kõrge multiravimresistentse (MDR) TB osakaal. MDR-TB juhuga on tegemist, kui haigustekitaja *Mycobacterium tuberculosis* on resistentne vähemalt kahele TB põhipreparaadile – isoniasiidile ja rifampitsiinile. Eestis 2009. a diagnoositud bakterioloogiliselt kinnitatud kopsu TB juhtudest olid MDR juhud 22,3% esmasjuhtudest ja 29,0% retsidiividest. 2006. a võeti kasutusele mõiste eriti resistentne (XDR) TB, mille puhul on tegemist MDR-TB juhuga, kus lisandub haigustekitaja resistent- sus fluorokinolonile ja vähemalt ühele teise rea süstitavale TB-vastasele ravimile. Ka selliste haigusjuhtude osakaal on Eestis suhteliselt kõrge.

Analüüsivaks kõrget MDR-TB ja XDR-TB suhtarvu põhjustavaks tegureid Eestis kaasati populatsiooni- põhisesse retrospektiivsesse uuringusse kõik Eestis ajavahemikul jaanuar 2003 - detsember 2005 diagnoositud bakterioloogiliselt tõendatud kopsu-TB patsiendid.

Uuringus osales 1163 patsienti, kellest 80,4% olid uued haigusjuhud. Kõikidest uuritavatest 78% olid mitte-MDR-TB juhud, 76,6%-l oli MDR-TB ja 5,2%-l XDR-TB. Patsientide vanuse mediaan oli 45,3 a ning kõikidest haigetest 72,5% olid mehed. Eestis oli sündinud 78,9% haigetest, 7,9% olid kodutud, 39,8% töötud ja 19,6% olid viibinud kinnipi-



DR KAI KLIIMAN
kopsukliiniku pulmonoloogia ja torakaalkirurgia osakonna arst-õppejõud

damisasutuses. Alkoholi kuritarvitamine oli registreeritud 39,7%-l ning HIV-infitseeritud oli 4,7%.

XDR-TB riskiteguriteks olid varasem TB-ravi, HIV-infektsioon, kodutus ja alkoholi kuritarvitamine. MDR-TB riskiteguriteks osutusid varasem TB-ravi ja vanus alla 65 eluaasta.

Patsientide vanusegrupis ≤ 24 aastat osutusid MDR-TB riskifaktoriteks naissugu ja sündimine väljaspool Eestit.

Mitte MDR-TB haigestest paranes või lõpetas ravikuuri 87,2%, MDR-TB haigestest oli positiivne ravitulemus 60,4%-l ja XDR-TB haigete hulgas 42,6%-l.

MDR-TB haigete negatiivse ravitulemuse riskifaktoriteks osutusid HIV-infektsioon, varasem TB-ravi, resistent- sus ofloksatsiini suhtes ja bakterioskoopiliselt positiivne röga äigepreparaat ravi alguses. XDR-TB patsientide negatiivse ravitulemuse riskiteguriteks olid elamine linnas ning bakterioskoopiliselt positiivne röga äigepreparaat ravi alguses.

Kõikidest TB ravi alustanud patsientidest katkestas selle 9,4%. Kõige levinum ravi katkestamise põhjus oli alkoholi kuritarvitamine (77,9%). Ravi kestvuse mediaan TB ravi algusest ravi katkestamiseni oli 142,5 päeva, vastavalt 124,5 päeva mitte-MDR-TB haigetel ja 241,5 päeva MDR-TB haigetel. TB-ravi katkestamise riskiteguriteks osutusid alkoholi kuritarvitamine, töötus, MDR-TB, linnas elamine ja varasem kinnipidamisasutus viibimine.

104-st ravi katkestajast 102 kohta õnnestus koguda infot ravi katkestamise järgse seisundi kohta ning neist 30 (29,4%) surid ravi katkestamise järel. Patsientide eluluse mediaan pärast TB-ravi katkestamist oli 342,0 päeva.

Töötus oli nii TB-ga seotud kui ka muudel põhjustel saanud surma riskiteguriks. TB-st tingitud surma riskiteguriteks osutusid HIV-infektsioon, MDR-TB, varasem TB põdemine ja bakterioskoopiliselt positiivne röga äigepreparaat ravi algustamisel.

Tulemustest järeldub, et parandamiseks Eestis ravimresistentse TB-ga haigete ravitulemuse ning vähendamaks seeläbi ravimresistentse infektsiooni levikut ühiskonnas on oluline pöörata erilist tähelepanu varasemalt TB ravi saanud patsientidele, HIV-infitseeritutele ning sotsiaalselt haavatavatele patsientidele (töötutele, kodututele, alkoholi kuritarvitajatele jne) parandamiseks nende ravisoostumist.

Olelusvõitlusest residentuurikohtade pärast

Residentuuripalavik tabas kõiki arstiteaduskonna lõpetajaid ühtmoodi, kutsudes esile iivelduse, isutuse ja väsimuse, mis pärast lõpueksamit ainult süvenesid ning millest taastumiseks kulus nädalaid kui mitte kuid.

Enamus üliõpilasi jõudis residentuuri esimese valiku eksamiks õppida ühe nädala, usinamad kaks. Teiseks valikuks seatud eriala kohta kehtivad samad numbrid päevades.

Enne eksamit oli teada, et tuleb suuline ja kirjalik osa, ning õppimiseks olid erialati kordamisküsimused, mis varrierusid nii mahult, spetsiifiliselt kui koostamisaastalt.

Eksamil võis üllatuslikult leida, et ükski küsimus ei vasta isegi mitte kordamisküsimuste teemale, küll aga käib näiteks mõne kõrvalvaldkonna või hoopis seadusandluse kohta. Jutt lühidalt – tegu oli loteriiga, milleks valmistumine nägi ette hektiliselt erinevate konspektide lugemist, unetuid öid, ohtralt kohvi ja teadmatust.



2010. aasta arstiteaduse lennu logo „Värske Veri“.

Eks eelpool kirjeldatu polegi nii hull, kui mitte arvestada igas värskes arstis tekkinud sisekonflikti ja teadmist, et sõpradest saavad konkurendid ja stuudiumi lõpus ei jaotata arste erialade järgi vaid „võitjateks“ ja „kaotajateks“.

Alljärgnevalt mõned „kaas- kannatajate“ residentuurikonkursi järgsed mõtte- ja tundeavaldused:

Tulevane resident nr 1 I valiku erialal:

„Minu eriala kordamisküsimused olid väga laialivalguvad, eksami kirjalik osa aga valikvastustega testi vormis ja väga konkreetsete küsimustega. Oli aru saada, et residentide valikul on prioriteediks teadmised, mitte tutvused või rahvus. Oma teise valiku eriala eksami polnud mul aega pikalt õppida, mistõttu tundusid ka küsimused keerulised. Kogesin, et komisjon vaatas teise eelistusena erialale pürgijaid juba algusest peale kui pooleldi kaotajaid.“

kem ilmselt oligi teadmatus selle kohta, mida sult residentuurieksamil oodatakse – kas vastust küsimusele „Miks just sina?“ või süva- teadmisi ihaletud erialast.“

Tulevane resident II valiku erialal:

„Ma ei arva, et residentuurikohti oli vähe, aga sel aastal puudus tasakaal lõpetajate arvu ja pakutavate kohtade vahel. Ega kõik lõpetajad hurraaga Soome tööle ei tõtta, teeme seda ikka olude sunnil. Pean residentuurieksameid, millel käisin, objektiivseteks – küsiti põhiteemasid ning suulisel vestlusel olid kõikidel konkureerijatel samad situatsioonülesanded.“

Residentuurikohast ilma jäänud tulevane üldarst Soomes:

„Tegelikult nii pidigi minema! Ega ma oma valikutest ja nende järjekordades väga kindel ei olnud. On pä-

ris uskumatu, kuidas suur sümpaatia teatud eriala vastu võib kahaneda, kui plusid ja miinused paberile pan- na. Õppisin eksamiteks tub- listi, sain mõlema eriala koh- ta uusi teadmisi, kuid arvan, et mõtlemissaeg üldarstina praktiseerides tuleb ainult kasuks. Mina ei tunne, et ma kuidagi kaotanud oleks, pigem vastupidi.“

Esialgu joone alla jäänud, kuid nüüd siiski resident I valiku erialal:

„Eksam oli väga süm- paatne, komisjon üli- malt heatahtlik ning kandi- daati suhtuti kui kolleegi. Nii mõnelgi komisjonil oli väga raske otsustada, keda võtta, keda jätta.“

Mul endal oli õnn jääda nende hulka, kellel üks jalg üle lävepaku sees, teine alles uksematil. Selline situatsioon pani äsjaseid kogemusi ja iseenast analüüsima: miks ikkagi nii läks, kas ma olen piisavalt tugev astumaks järg-

misele pulgale, kas ma olen teinud õige valiku, kas ma olen oma I valikus kindel ja kas II valik rahuldaks mind??? Residentuurieksam õpetab palju ja just enda kohta.

„Ukseaugus“ olles sain tunda tõeliselt suurt toetust ja kaasaalamist just oma kur- suse ja sõprade poolt. See oli hindamatu väärtusega. Ja muidugi tunne, kui uksest sisse lastakse, on kirjeldama- tu. Hüppa või rõõmu pärast pükstest välja!

Esimene õppimisest vaba päev ei unune iial. Nii tüh- ja pead ja sisemust ei koge sageli. Eksamijärgne päev saadeti õhtusse kogu hingest oma kursusekaaslastele kaa- sa elades, kohvikus päeva- muljeid-uudiseid vahetades ning tuleviku suhtes mõt- teid mõlgutades.

Valdavalt oli inimestel hea meel nende üle, kes sisse said ja kurb meel nende üle, kes seekord veel ei saanud – kokkuvõtteks selline kurb rõõm.“

Tõepoolest, eksamipäeval sõbrale helistades leidis meist üsna paljudel aset järgmine vestlus: „Noh, kuidas läks?!“; „Ma sain.“; „Oo, palju õnne!“; „Aitäh, aga tead, ma olen kurb.“; „Miks ometi?“; „Sest

teised ei saanud...“ Teame oma sõpru, kellega oleme koos õppinud. Teame paremini, kui kirjaliku testi ja vestlusega suudab inimesest avastada. Köhklemata võib iga selleaastane lõpetaja kinnita-

da, et need, kes residentuurist välja jäid, pole mitte ebapädevad, vaid neil lihtsalt polnud õigel päeval piisavalt õnne. Seda tõendab ka paljude väl- jäänute peas kõlav komisjo- ni esimehe lause: „Me väga

tahaks, aga me ei saa Teid sel aastal võtta.“

MARI KANGER
LIINA VIKS
RAILI ERMEL
residentid

Patsiendi maksmata arvetest eHL-i uues versioonis

Skeem 1:

eHL-i versioonis 3.18, mis on kasutajate käsutuses alates juunikuu lõpust, on võimalik vaadata patsiendi maksmata arveid lisaks registreerimisele ka juba broneerimisel.

Otsides patsienti ambulatoorse, statsionaarse või päevastatsionaarse broneerimise või registreerimise käigus, kuvatakse kasutajale patsiendi maksmata arvete plokk (skeem 1).

Patsienti tuleb maksmata arvetest teavitada ja paluda tal arved tasuda.

Kui patsient soovib kohe arve tasuda ning kasutajal on sularaha võtmise õigus, tuleb patsiendilt raha saades märkida patsiendi arve makstaks. Selleks tuleb vajutada makstava arve numbrile ja märkida summa, mis maksjalt saadi. Arve valmis tunnistamiseks tuleb vajutada nuppu „Arve valmis“ (skeem 2). Patsiendile tuleb kaasa anda arve kvitüüting.

ANN KUSLAP
informaatikateenistuse arendusosakonna süsteemianalüütik

Skeem 2:

Võetkoodi klepsud lihtsustavad haigusjuhuga seotud andmeedastust

Uuringu saatekirjal võetkoodi klepsu kasutamine on ainus viis garanteerimaks, et tellitud analüüsid ja radioloogilised uuringud seotakse õige haigusjuhu ja isikuga.

Nii jõuavad vastused ja arvelduseks vajalikud koodid kiiresti ja korrektselt tellijani kohe peale vastuse sisestamist. Otsuste tegemisel ei pea ootama paberil vastuse saabumise järel ning arve koostamisel ei ole vaja nuputada, milliseid hinnakirja koode peaks kasutama.

Võetkoodi kleps sisaldab patsiendi nime, isikukoodi ja juhtumi numbrit ning see on haigusjuhu põhine. Võetkoodi skanneri ehk „käpa“ abil loetakse klepsu pealt juhtumi number uuringuprogrammi. Kuna eelneva andmevahetuse käigus on juba edastatud konkreetse juhtumiga

Töövõimetuslehtede muudatused eHL-is

eHL-i versioonis 3.18 on muudetud ka töövõimetuslehtede elektroonilist edastamist Haigekassale:

- töövõimetusleht edastatakse Haigekassale kohe, kui see on valmis tunnistatud.

Kui töövõimetuslehte edastamine ebaõnnestub, siis lehte ei salvestata ja kasutajale kuvatakse Haigekassa teade ning

ebaõnnestumise põhjus (näide 1). Vastavalt ebaõnnestumise põhjusele tuleb teha parandused töövõimetuslehel.

Näide 1:

Viga! Töövõimetuslehte edastamine Haigekassale ebaõnnestus.
ZZZ.001: Puudub ARST

Selle teate (näide 1), kohaselt puudub töövõimetuslehel arst ehk töövõimetuslehte sisestab kas öde või sekretär, kes kindlasti peab märkima

ma töövõimetuslehte koostajaks arsti.

- valesti sisestatud töövõimetuslehte on võimalik

eHL-is tühistada (skeem 1), kuid see ei tühistu Haigekassa andmebaasis ja parandused tuleb saata paberil. Vt. järgmist punkti.

Skeem 1:

Töövõimetuslehte number	Vabastuse periood	Töövõimetuslehte liik	Arst	Olek
10000040	12.07.2010 - 15.07.2010	Haigusleht	AGAN, TIINA	Kinnitatud

- töövõimetuslehte on võimalik väljastada ka Haigekassale edastamata, kuid ainult äärmisel vajadusel ja alltoodud näite korral!

muuta ei saa, sest Haigekassa ei võta muudatusi elektrooniliselt vastu. Valesti koostatud töövõimetusleht tuleb tühistada ja koostada uus ilma Haigekassale edastamata! Uuel töövõimetuslehel tuleb Haigekassasse edastamise märkeruudust (skeem 2) vaikumisi sees olev linnuke eemaldada.



IRINA HANSEN
informaatikateenistuse arendusosakonna projektijuht

Skeem 2:

► kaasnevad andmed, siis kuvatakse need programmis automaatselt. Uuringu tulemused seotakse korrektselt juhtumiga – päevikusse ilmuvad kanded uuringu vastusega ja RTL-ile read teenusekoodidega.

Kliinikumi rakendused jagavad omavahel juhtumi

infot. Siduvaks elemendiks on patsiendi nimi, isikukood ja juhtumi number. Klepsult juhtumi numbrit lugemisel leiab programm üles ka ülejäänud antud juhtumiga seotud andmed.

Kliinikumis on võetud suund vastuste trükkimisest loobumisele. Kui paberile

trükitud vastuseid enam tellijale ei saadeta, siis on oht, et ilma võetkoodi klepsuta tellitud uuringute vastused jäävadki tellival arstil nägemata.

ANU VARES
informaatikateenistuse arendusosakonna projektijuht

MEEDIAS

«Nahale sattunud puuk tuleb eemaldada võimalikult kiiresti, soovitatavalt puugipintsettide või puugilassoga, kõikvõimalikud rahvalikud vahendid on aga puugi eemaldamisel täiesti kasutud,» hoiatasid TÜ Kliinikumi neurointensiivravi osakonna meditsiiniõed Inge Võsu ja Jane Karri-Moorits.

20.07.2010, Postimees.
„Puugi eemaldamisel ei tohi kasutada rahvalikke vahendeid“

Tartu Ülikooli kliinikumi kõrvakliiniku juhataja Preet Kasenõme sõnul on kuulmise järsk kadumine üks igasuvistest probleemidest, millega nende poole pöördutakse. Paharetiks on kõrvas asuv vaigukork, mis saab ujudes märjaks, hakkab paisuma ning paneb kuulmise kinni.

20.07.2010, Postimees.
„Ootamatult kuulmise kaotanud inimesed ummistasid kõrvakliiniku“

Tartu ülikooli kliinikumi unearsti Marliit Veldi sõnul avaldab pikalt kestnud leitsak mõju ka inimeste unele. „Võib öelda, et inimestes on välja kujunenud häireolukord ja tihti ka pidev pinges seisund. Päris kindlasti on inimesed rohkem ärevil ja sellise palavaga on langenud kontsentratsioonivõime. Seda näeme ka saagenud avariidest ja õnnetustest,“ rääkis ta.

24.07.2010, Eesti Päevaleht.
„Unearst: palavaga võiks pidada siestat“

Ämmaemandate ühingu presidendini ning TÜ Kliinikumi naistekliiniku ämmaemanda Siiri Põllumaa sõnul on keisrilõigete arvu tõusu põhjuseks nii arstide oskus paremini riske hinnata kui ka naiste hirm loomuliku sünnituse ees.

28.07.2010, Postimees.
„Ämmaemanda: keisrilõiget eelistatakse sageli lihtsalt hirmust“

Tuginedes vähki haigestumisele Eestis ja olemasolevatele ravinäidustustele, hinnati 2005. aastal tehtud rahvusvahelises uuringus ESTRO Eesti vajaduseks seitse kiirendit, rääkis Tartu Ülikooli kliinikumi radio- ja onkoteeraapia osakonna juhataja Jana Jaal.

04.08.2010, Meditsiinuudised.
„Kiiritusravile pääseb 4-6 nädalaga“

Tartu Arstide Liit väisas kevadist Järvamaad

Meeldivaks traditsiooniks saanud kevadväljasõit, seekord juba kolmeteistkümnnes, viis meid seekord Järvamaale.

Esmajärjekorras külastasime rohelust täis, hoolitsetud ning kaunite kodude ja tänavatega Türi linna. Põnevusega sisenesime Eesti Ringhäälingu muuseumisse, kus ootas meid noor ja pühendunud giid Tarmo Kannik, et vaadata üle ringhäälingu ajalugu esimestest saatekatsetest kuni tänapäevani. Üle sai kuulatud hääli, mida teeb vana „kövasträäki-ja“, vaadatud, kuidas tegi reportaaži raadio-onu Felix Moor, käivitada eetrisegajat, proovida saatejuhi tööd ning panna pilti näitama Nipkovi kattega televiisor. Ajanappuses jäi lavastamata ühine kuuldemäng, mida oleks saanud kodus Interneti teel kuulata. Paljudki meist aga lubasid muuseumisse omal käel tagasi minna, et siis juba koos pere või sõpradega kuuldemäng sisse lugeda.

Eriliselt väärib Türi linnas vaatamist ja imetlemist Roosna-Alliku mõis, mis tänasel päeval toimib aktiivse koolimajana. Pikalt von Stackelber-



Foto: Tartu AL

Järvamaa ekskursiooni käigus külastati ka Roosna-Alliku mõisa.

gidele kuulunud mõisa suurimaks väärtuseks on nn roosa ja sinine saal, kus seinu ehivad stukist modelleeritud trofee- ning draperiiga kaunistatud medaljonid allegooriliste putofiguuridega.

Esiälge reisiplaani kohaselt olime nõus läbi kõndima Kodru rabamatkaraja, kuid otsus-

tasime siiski rohketele sääskedele end söödaks mitte pakuda. Matka asenduseks otsustasime üle vaadata Eesti Piimandusmuuseumi Imaveres. Piimanduse arengut läbi aegade ilmestasid taludes kasutusel olnud puidust piimatöötlemisseadmed, aga ka hiljem kasutusele võetud metal-

list koorelahutajad ja võimsinad. Reisiseltskonna erilise kiituse osaliseks said muuseumi müürimaalid, mis kujutasid piima teekonda saja aasta taguses Eesti talus.

Kuna päike oli alles kõrgel taevas ja koju sõita veel ei igatsetud, tuli ootamatu mõte külastada Ründo Mültsi. Paide Ühisgümnaasiumi viimases klassis õppivat poissi, keda EV president 2008. aastal Pärnuri koduloomuuseumi rajamise eest tunnustas. Noormees hakkas juba 16-aastaselt koguma vanavara ja eakate inimeste mälestusi koduküla ja Pärnuri kohta. Ründo Mülts on Eesti noorim eramuuseumi omanik.

Järvamaa on tõepoolest kena koht oma pika ajaloo, rohkete ürituste ja toredate inimestega. Neil, kes ei saanud või ei jõudnud liidu poolt korraldatud väljasõiduga ühineda, soovitame kindlasti seda kanti külastada.

TARTU AL EESTSEISUS

Eesti ja Itaalia arstid võtavad jalgpallis mõõtu

3. septembril kell 14.00 kohtuvad Tallinnas A. Le Coq Arena harjutusväljakul Eesti ja Itaalia arstide jalgpallikoondised.

Sõpruskohtumine toimub Eesti ja Itaalia rahvuskoondiste 2012. aasta Euroopa Meistrivõistluste valikmängu raames ning koostöös Eesti Jalgpalliliiduga. Sarnane sõprusmäng toimus ka 1993. aasta sügisel, mil Tallinnas mängisid Eesti ja Itaalia arstid 3:3 viiki. Korduskohtumise 1994. aasta märtsis Salernos võitsid aga eestlased tulemusega 1:0.

Ürituse algatajaks on dr Rodolfo Gallo, Itaalia Arstide Jalgpalli Assotsiatsiooni president, kes on aastakümneid organiseerinud ka meedikute jalgpalli maailmameistrivõistlusi.

Ootame kõiki kaasa elama!

?

Mis atribuuti demonstreerib kõrvaloleval fotol prof Jaan Eha?

Vihje: pilt on tehtud 2005. aastal Tansaania, teel Kilimanjaro tippu, kõrgus merepinnast ca 4000 m.



Vastus saata hiljemalt 10. septembriks aadressil Merili.Valjaotsa@kliinikum.ee. Kõigi õigesti vastanute vahel loositakse välja Kliinikumi Lehe aastatellimus koju.