

Kliinikumi Leht

SISELEHT nr 135 | oktoober 2011

www.kliinikum.ee/leht



Tartu Ülikooli Kliinikum

Prof Jorma Lauharanta: Eesti-Soome koostöö võiks kasvada

Kliinikumi külastas septembrikuu keskel Helsingi Ülikooli keskhaigla ning Helsingi ja Uusimaa haiglapiirkonna kõrgetasemeline delegatsioon. Helsingi Ülikooli keskhaigla ülemarst prof Jorma Lauharanta andis Kliinikumi Lehele intervjuu.

Käisite viimati Tartus kümme aastat tagasi – mis on selle ajaga muutunud, mis üllatas kõige enam?

Võrreldes eelmise külaskäiguga, olete vahepeal läbi teinud mitmes mõttes tohutu arengu. Teil on uus, hästifunktsioneeriv haiglahoone; moodne varustus ja tehnoloogia ning entusiastlik tööõhukond. Need kõik on olulised edufaktorid. Ma olin nii kiirest muutustest üllatunud.

Tervishoiu rahastamine ning -süsteem on Soomes ja Eestis täiesti erinevad. Samas tegeleb Soome pidevalt juhtimisreformidega, et suurendada produktiivsust. Millised on olnud peamised suunad ja suuremad saavutused selles vallas ja mida neist soovitate ka meile?

Viimastel aastatel oleme olnud edukad võitluses kasvavate kuludega ja oleme ka teistest ülikoolihaiglatest enam produktiivsust tõstnud. Põhilised meetodid on olnud muudatused organisatsioonis ja juhtimises ning kliinilisel tasandil toimunud reformid. Oluline samm oli erinevates Helsingi piirkondades asunud ülikooli-

Foto: erakogu



Professor Jorma Lauharanta.

haigla struktuuriüksuste liitmine 2006. aastal, mis võimaldas kattuvad teenistused kaotada ja koondada ravitegevus ühte-kahte keskusesse. Aga juba enne seda oli erinevaid kliinikuid liidetud suuremateks administratiivüksusteks.

Varem oli meil nagu praegu teilgi suur hulk erialaklii-

nikuid. Nüüd on Helsingi Ülikooli keskhaiglas neli struktuuriüksust: kirurgia-, sise-, naiste-laste- ning psühhiaatriaüksus, mis koondavad kõiki viljeletavaid erialasid. Suuremad üksused on andnud meile varasemast parema juhtimisstruktuuri. Kliiniliste üksuste juhtimist toetatakse mitmel viisil, juhtidele antakse tagasisidet majandustulemuste, kvaliteedi ja produktiivsuse kohta.

Tugiteenuste osutamiseks (nt labor, radioloogia) on moodustatud eraldi ettevõtted, mis müüvad teenust nii maja sees kui väljaspoole. Nad on tulemuslikumad, ning samal ajal on paranenud ka dialoog teenuse osutajate ja tellijate vahel.

Mida teile soovitada? Kliinikum on praegu hoopis teises organisatsioonilises arengufaasis kui meie. Ilmselt jääb teil ka edaspidi finantseerimine napiks, mis samaaegselt kasvavate nõudmistega tekitab vajaduse organisatsiooni ja juhtimise reformideks.

KLIINIKUMI LEHT

Pikemat versiooni intervjuust prof Lauharantaga loe www.kliinikum.ee/leht/

UUDIS

§ 766

võlaõigusseaduses
sätestab, kuidas teavitada patsienti LK 6

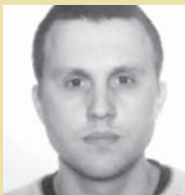
Doktoritöö kaitseb Radko Avi

2. novembril kaitseb TÜ mikrobioloogia instituudi meditsiinilise viroloogia teadur Radko Avi filosoofia-doktori kraadi (arstiteadus) taotlemiseks esitatud väitekirja teemal *Natural polymorphisms and transmitted drug resistance in HIV-1 CRF06_cpx and its recombinant viruses in Estonia*.

F-korpuse kõrvale tuleb PET keskus

Kliinikum kuulutas välja riigihanke F-korpuse (L. Puusepa 8) laiendusehituseks, et luua sinna PET keskus ja kaks kiiritusravi palatit. PET ehk positronemissioontomograafia on molekulaarkuvamise meetod, millega saab visualiseerida ja kvantitatiivselt mõõta ainevahetuslikke protsesse kudedes ja haiguskolletes *in vivo*. Uuringut kasutatakse mitmete kasvujate diagnoosimisel, leviku hindamisel ja retsidiivide avastamisel ning see on tavapärastele radioloogilistele meetoditele tõhusaks toeks. Ühekorruselise PET keskus ehitatakse Maarjamõisa haigla põhjakülge F-korpuse ja parkla vahelisele muruplatsile. Keldrisse tulevad majandusruumid ja tõenäoliselt ka suletud jalgrattaparkla. Võimaluse korral on plaanis keskust laiendada meditsiinilise tsüklotroniga, mis avaks sootuks uued perspektiivid teadus-, sh ravimiuuringuteks.

UUS TÖÖTAJA

**Silver Aun**

Alates 1. septembrist on traumatoloogia ja ortopeedia kliiniku arst-õppejõud ortopeedia erialal Silver Aun.

Silver Aun iseendast:

Olen nagu tüüpiline Tammsaare stiilis Treffneri pois: kasvanud maal talus, linna keskkooli läinud ning ülikoolis kõrghariduse omandanud. 1997. aastal tulin Jõgevamaalt Hugo Treffneri gümnaasiumisse õppima ning sealt edasi läksin arsti-teaduskonda, mille lõpetasin 2006. aastal.

Residentuuri ajal käisin kliinikumis endoproteesimist õppimas. See, et mulle tehti pakkumine siia ka tööle asuda, on mulle suureks tunnustuseks. Kliinikumis on rikkalik kollektiivsete teadmiste kogum, samuti head töökaaslased ja mitmekülgsed arenguvõimalused.

Ortopeedias on minu huvialadeks ortopeediline trauma ja artroplastika. Tulevikus tahaksin kindlasti pühenduda ka teadustööle, mis võiks olla seotud nii kliinilise kui ka prekliinilise valdkonnaga, sest laboritöö mulle iseendast meeldib. Töökoht kliinikumis on mulle nagu kingitus. Ka elukaaslane saab siin jätkata oma neuroloogia residentuuri, kuigi praegu on ta meie kahe pojaga kodune.

Silveril on kirurgi kätt ja väärt iseloom

Residentuuri ajal jäi ta heas mõttes silma nii osakonnakuu kliiniku juhatajale. Inimesena on Silver Aun tagasihoidlik ja kollegiaalne, arstina õpimuline ning kirurgile vajaliku otsustusvõimega. Ta ei häbene ametivendadelt nõu küsida ning erialast kirjandust uurida. Juba esimesel tööpäeval pälvis ta patsiendi tänukirja, kus teda kiideti kui tublit noort arsti.

MART PARV
ortopeedia osakonna vanemarst-õppejõud

Kuusteist aastat hoolt – iga päev, iga tund

Meedias on olnud palju juttu Kätlin Pillaist – juhitalval hingamisest halvatud tüdrukust, kes kolmandast eluaastast peale on olnud lastekliiniku patsient. Kirjutatud on tema emast ja perest ning raskustest, mida neil on tulnud kanda. Räägitud on heategevusest ja lahketest annetajatest ning üritustest, mis Kätlini jaoks korraldatud. Aga inimestest, kes kõik need aastad tema elu eest hea on seisnud? Siinkohal on ajakirjandusel sõnad võlgu jäänud.

Saagem siis tuttavaks nendega, kes kuusteist aastat Kätlini kõrval on olnud: ägedate infektsioonide osakonna lasteõed

**Natalja Bodina,
Natalja Potapova,
Galina Redkina,
Annika Reiljan,
Jelena Rokka.**

Kõik need viis lasteõde on algusest peale Kätlini eest hoolt kandnud. Nad on kõik need aastad teda iga päev söötud, pesnud, riietanud ja mähkinud. Ning ka aspireerinud, kanüüli paigaldanud, kateetrit vahetanud. Ja ka muinasjutte jutustanud, raamatuid vaadanud, leludega mänginud.

Kätlin on olnud nagu osakonna oma laps. Ja nagu lapsed ikka on ka tema naernud ja rõõmustanud, jonninud ning lohutamist vajanud. Ja vahel ka ise õdesid lohutanud või hea sõna öelnud. Lihtsad ei ole need ajad kindlasti olnud. Kuidas tulla toime 4-kohalises intensiivpalatis, mille ühes osas asuva patsiendi juurde minnes peab kandma täiendavaid kaitsevahendeid? Ometigi pole Kätlin tuulerõugeidki saanud, kuigi sealsamas kõrval on olnud sellise diagnoosiga lapsi. Osakonna vanemõde Marika Metsoja ütleb selle kohta tagasihoidlikult, et Kätlini hooldavatel õdedel



Foto: erakogu

Aspireerimine.

peavad olema väga head kutseoskused ja emotsionaalne tugevus.

See on Eestis ainulaadne ja maailmas haruldane juhtum, kus üks patsient on nii pikalt haiglas viibinud. Kui raske on õdedele teadmine, et see laps ei astu kunagi ema käekõrval osakonnast välja? Ka Kätlinil on omad hirmud. Ta kardab, et hingamisaparaat läheb katki. Paar korda on seda juhtunudki ja siis pidi õde käsitsi ambulatama kuni uus aparaat toodi. Viimasel aastal on ta palunud oma ema, et too igal ööl tema juures magaks.

Kätlinil on kindel elurütm, millega õed peavad arvestama: sülearvuti ja mobiil, mida ta suus oleva pliiatsiga käsitseb, peavad ööpäevaringelt millimeetrise täpsusega kindlas asendis ja avatud olema. Pliiatsit ei lase ta ööselgi endal suust võtta. Peatsis töötavad lakkaamatult kaks puhurit, et anda lisasoojust. Kätlini pesemine võtab kaks tundi, sest kausis tuleb eraldi vannitada tema käed ja jalad ning pea.

Nüüd aga on Kätlin täiskasvanuks saanud ja ees seisab kolimine teise osakonda. Te-

Vanemõde Marika Metsoja ja õed Natalja Bodina ning Natalja Potapova on lastekliinikus töötanud alates 1982. aastast, õde Galina Redkina 1987. aastast, õde Jelena Rokka 1992. aastast, õde Annika Reiljan 1996. aastast.

maga seni tegelenud õed ütlevad, et ei unusta Kätlini ning lähevad teda kindlasti ka tema uude asupaika vaatama. Mida soovite uutele õdedele? Vastus tuleb nagu ühest suust: „Tugevat närvi, optimismi ja positiivsust!“

ENE SELART

KOMMENTAAR



DR EDA TAMM
ägedate infektsioonide osakonna juhataja

Kätlini tervise eest on hoolt kandnud osakonna arstid dr Margit Närska, dr Aime Pütsepp ja dr Siiri Torm. Tegemist on kahtlemata erakordse patsiendiga ning arstidel on pikki aastaid jätkunud tarkust, optimismi ja kannatust paljude Kätlini probleemide lahendamisel, mis alati ei ole olnud ainult meditsiinilised. Kui on olnud vajadust, siis on Kätlinile nõu ja jõuga abiks olnud paljud lastekliiniku arstid ja teised spetsialistid. Tahaksin omalpoolt südamest tänada ja tunnustada nii lastehaigla kui osakonna kollektiivi.

Eesnäärme koesisene kiiritusravi

Esmakordselt Eestis tehti 6. ja 7. juulil kliinikumis eesnäärme koesisese kiiritusravi protseduurid koostöös meditsiinifirmaga Bard.

Protseduuri tegi radio-onkoloog dr György Lövey Saksamaalt, teda assisteerisid kliinikumi radio-onkoteraapia osakonna ja radioloogiakliiniku arstid Tanel Torm ja Valeri Tiganik. Doosiplaneerimise eest vastutasid füüsikud Dieter Lansing (Saksamaa) ja kliinikumi kiiritusravi osakonna füüsikud Markus Vardja ning Ando Aasa.

Mis on eesnäärme koesisese kiiritusravi olemus?

Koesisese kiiritusravi käigus viiakse eesnäärmesse läbi lahkliha peennõelte kaudu väikesed radioaktiivsed seemned (implantaadid). Kasutatakse püsivaid radioaktiivseid, lühikesee poolestusajaga ja madala doosivõimsusega (Low Dose Rate-LDR) implantaate I-125.

Protseduuri lühiiseloostus

Patsient lamab litotoomia

asendis, kas üldnarkoosis või lumbaalanesteesis.

Eesnäärme visualiseerimiseks viiakse rektumisse sonograafia andur, mis paikneb fikseeritud stendil. Teostatakse eesnäärme mahu mõõtmised ning mõõtmistulemused salvestatakse kiirgusdoosi planeerimiseks. Saadud andmete alusel arvutatakse vajalik radioaktiivsete implantaatide arv ning asend eesnäärmes. Ultraheli abil suunatakse nõelad täpselt soovitud kohta. Edasiselt nõelad eemaldatakse, implantaadid jäävad eesnäärmesse. Protseduuri korraldatakse vastavalt planeeritud implantaatide arvule (tavaliselt 40-70 implantaati sõltuvalt eesnäärme suurususest ja kujust). Protseduur kestab 1-1,5 tundi.

Koosisest kiiritusravi on võimalik kasutada juhul, kui kasvaja piirneb eesnäärme ja ei ole levinud eesnäärme kapslisse ja kapslist välja-

poole. Patsientide valik toimub seetõttu kindlate kriteeriumide alusel:

1. Histoloogiliselt tõestatud eesnäärme adenokartsinoom, Gleason ≤ 6 , $< 50\%$ biopsia materjalist haaratud kasvaja.
2. Kasvaja peab paiknema eesnäärmes (kapslist seespool), TNM klassifikatsiooni järgi T1-T2 kasvaja (N0, M0).
3. Eesnäärme maht peaks olema väiksem kui 50 cm^3 , vajadusel võib mahu vähendamiseks kasutada hormoonpreparaate.
4. Prostata spetsiifilise antigeeni (PSA) tase < 10 . 5. Oodatav elumissus mitte vähem kui 10 aastat.

Täna sel päeval on eesnäärme piirneva kasvaja ravivõimalusteks aktiivne jälgimine, kirurgiline ravi, väliskiiritusravi, koesisene kiiritusravi

ning hormoonravi. Kuna koesisese kiiritusravi protseduuriga ei kaasne suurt traumaatset verejooksu, siis tehakse protseduur tavaliselt ambulatoorsetel patsientidel. Ravi-protseduuri lühiajaline kestvus ja vähene trauma on ka eeliseks võrreldes teiste aktiivsete meetoditega. Esimesed koesisese kiiritusravi protseduurid kulgesid ilma suuremate viperusteta ja patsiendid talusid protseduuri hästi. Ka esmasest kiiritusreaktsioonist tingitud kaebused, mis ilmnevad tavaliselt 4-6 nädalal peale protseduuri, on olnud mõeldavad ning kokkuvõtteks võib öelda, et tagasiside on igati positiivne.

Täname kõiki koostööpartnereid abivalmiduse ja mõistva suhtumise eest!

TANEL TORM
radio- ja onkoteraapia osakonna arst-õppejõud

Avati geneetikakeskuse filiaal Tallinnas

10. oktoobril toimus ühendlabori geneetikakeskuse Tallinna filiaali avamine.

2011. aasta juunikuust liitus kliinikumi ühendlabori geneetikakeskusega Tallinna geneetikateenistus. Tänu sellele on esindatud kõik praktilise geneetilise teenistuse erialaliinid, mille raames osutatakse raviteenuseid üle kogu Eesti. Liitumise tulemusena on nüüd paremini tagatud meditsiinigenetilise teenuse osutamine Põhja-Eestis. Varasemalt oli Tallinnas asuv geneetikateenistus Tallinna lastehaigla koosseisus ja seetõttu olid eelisolukorras pediaatrilised patsiendid ja vähem nõustatud Põhja-Eesti regionaalhaigla, Ida-Tallinna ja Lääne-Tallinna keskaigla patsiendid. Teiseks võimaldab Tartu ja Tallinna geneetikateenistuste liitmine luua ühtse patsienti-



Foto: erakogu

Geneetikakeskuse Tallinna filiaali õde Svetlana Kašnikova võtab vereproovi patsiendilt.

de andmebaasi ja optimaalselt jaotada geneetiliste laboriuuringute tegemise kahe alakeskuse vahel, mistõttu välditakse topeltanalüüse ning

väheneb uuringute omahind. Mõlemas keskses võtame kasutusse ühtsed uuringu, ravi ja jälgimise protokollid, mis võimaldavad tösta patsientide-

le antava teenuse taset. Lühiajal alustame Tallinnas ka sünnieelse diagnostika analüüside tegemist.

Tallinna filiaali tulid tööle pikaajalise staažiga ja tuntud Põhja-Eesti meditsiinigenetikud dr Riina Žordania, Elvira Kurvinen ja Kairit Joost ning hiljuti meditsiinigenetika residentuuri lõpetanud dr Eve Vaidla. Lisaks sellele kuuluvad kollektiivi veel kolm tsütogenetikut, laborant, vastuvõtu õde ja sekretär.

Geneetikakeskuse Tallinna filiaal asub Ida-Tallinna keskaigla Tõnismäe polikliiniku V korrusel (Hariduse 6).

PROF KATRIN ÕUNAP
ühendlabori geneetikakeskuse juhataja

Ühendlabor 15

Ühendlaboril täitus 1. oktoobril 15 ühist tegutsemisaastat.

Alustati Tartu Ülikooli Maarjamõisa Haigla ja siis teiste kliinikute eraldiseisvate laborite koondumisega, mis oli ka esimeseks ettevõtmiseks kliinikumi moodustumisel. Praeguseks on saavutatud peaaegu parim laboriteenuse füüsiline kontsentratsioon Maarjamõisa väljal. Edasi annab vaid minna uude, projekteeritavasse korpusesse. Samas, oleme asunud ka laiema – tööd on alustanud geenetikakeskuse Tallinna filiaal, millega loodi võimalus kogu Eesti meditsiinigenetika-ala teadmuse koondamiseks.

Selle 15 aasta jooksul on, nagu kõikjal, nii mõndagi muutunud: analüüside hulk on tõusnud kolmekordseks, samuti ka pakutav menüü ja aparatuur vastavalt uuenuud. Oleme tegelenud intensiivselt kulutuste optimeerimisega, viies esmakordselt Eesti haiglates sisse uue põhimõtte tarnijaile maksmiseks: kehtestatud on hinnad väljastatud tulemuse eest, mis peaks tagama ka efektiivsena koostöö tarnijatega.

Ühinemise üks eesmärke oli analüüside kvaliteedi tagamine ja ühtlustamine. Praeguseks oleme juba kuus aastat akrediteeritud EAK poolt ning toimunud on esimene edukas rahvusvaheline akrediteerimisviisi EFLst (*European Society for Immunogenetics*).

eLabor on nüüdseks kasutusel kogu Ühendlaboris, see-ga peaaegu kõik vastused jõuavad automaatselt eHLi. Edasi jääb minna elektroonsele tellimusele, mis tagaks tõeliselt paberivabad analüüsid. Käimas on ka laborianalüüside standardiseerimine Eestis, esimene etapp võimaldamaks elektroonset andmevahetust kõigi tellijate ja laborite vahel. On olnud tõine aeg ja loodetavasti jätkub see sama teisenä.



ANU TAMM
ühendlabori direktor

STAT, CITO, ASAP

Laboriteenuse kvaliteedi all mõistetakse laborianalüüside valiku, kättesaadavuse ja tulemuse usaldusväärsuse vastavust tellija ootustele.

Üha olulisemaks muutub laborivastuse saamise kiirus. Lisaks CITO analüüsidele on vajadus ka teiste analüüsitulemuste kiire saamise järele. Selle saavutamise eelduseks on hea koostöö raviarsti ja labori vahel (vt joonis). Labori osa analüüsi ringluse koguaeg (laboratoorne koguaeg) algab tellimuse ja proovinõu registreerimisega ja lõpeb analüüsitulemuse kinnitamisega (jõuab eHL-i).

Labori infosüsteem (LIS) võimaldab detailselt jälgida kõiki analüüsi teostamisega seotud etappe, mille alusel on kõikide analüüside jaoks välja töötatud optimaalne laboratoorne koguaeg (ühendlabori kvaliteedikäsiraamatu dokument TUL 8.6).

Esitan mõned automatiseeritud analüüside koguaegade näited analüüsigruppide kaupa. Hüübimisanalüüside CITO analüüsid saavad vastuse 95% ulatuses alla 1h, 99% alla 1,5h. Kõikidest hüübimisanalüüsidest 96% on valmis 2 tunniga. Vererakkude loenduse CITO tellimustest on 95% valmis 30 minutiga, 99,7% vähem kui 1 tunniga, kõikide tellimuste osas 93% alla 1 tunni ja 96% alla 2 tunni.

Kliinilise keemia analüüside CITO analüüside puhul on eesmärgiks kuni 1 tund,



DR TIIT SALUM
ühendlabori laboratoorse hematoloogia ja üldkliiniliste analüüside osakonna juhataja

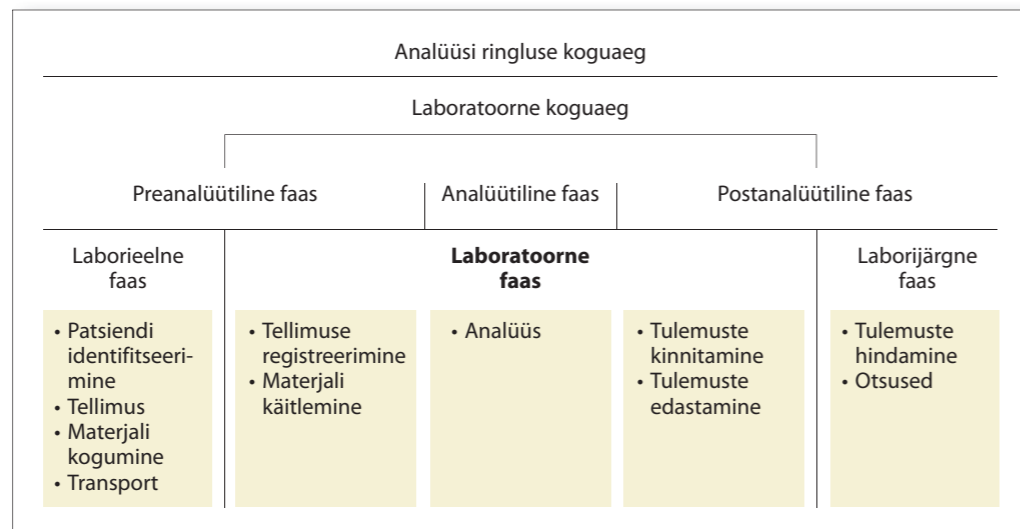
happe/aluse tasakaal ja elektrolüütide määramine 30 min. Teised keemia analüüsid on valmis 2,5 tunniga, immuunanalüüsidega läheb üldjuhul kauem, kuna nende teostamise analüsaatoris on pikem. Kas need ajad vastavad raviarstide ootustele? Selle väljaselgitamiseks alustasime kliinikutest andmete kogumist ja lähiajal saavad kõik arstid selle kohta oma arvamust avaldada.

Laboratoorse koguaega lühendamisele seab piirid vajadus proovimaterjale tsentri-fuugida, mis kestab ca 15-20 minutit, samuti kindel ajakulu tellimuse registreerimiseks, analüüsiks ja tulemuste kinnitamiseks. Lisaks mõjutab analüüside tegemise kiirust analüüside hulk, mis kontsentreerub teatud kellajaale.

Intensiivne töö algab laboris kell 6 (moodustab 1/3 päevast maksimumist) ja nendest tellimustest on CITO proove üle 50%. Tellimuste tipaeg on kell 9-11 ja langeb vähehaaval kuni kella 16.00. Ka selles perioodis on CITO analüüside tegemine 1 tunniga pole alati võimalik.

Kas analüüsimise aega saab veelgi lühendada? Laboratoorse faasis saaks koguaega vähendada, kui poleks vaja tellimuse sisestamist ja see jõuaks laborisse elektroonselt. See peaks olema võimalik ilmselt mõne aasta pärast. Vastuste saamise kiirust tõstaks ka LIS-i arendus, mis võimaldaks teatud osa analüüsitulemustest automaatselt valideerida. Nende tingimuste väljatöötamisega on juba alustatud. Teine suurem aja kokkuhoiu koht on proovinõude kiirem transport laborisse. Lahenduseks võiks edaspidi olla ühendus laboriga toruposti teel? See muutub võimalikuks uutes laboriruumides kliinikumi II chitusjärjuga valmimisel.

Pealkirja juurde tagasi tules – kas kohe, kiiresti või nii kiiresti kui võimalik? Siin ongi koostöö koht ja kindlasti saame olemasolevat taset koos tõsta.



Patsientide tänuavaldustest:

„Tahan tänada kokki, kes teevad imehäid toite“
„Suur tänu ka kliinikumi söökla töötajatele, kes oskavad päris hästi kodutoitu teha“

„Olen väga rahul hea toitlustusega“
„Eriti meeldib uus toitlustussüsteem ja väga maitsvad toidud“



Müüja Alla Soome.



Köögitöölaine Kersti Roose.

Kas lauake katab end ise?

Juba kolmandat aastat valmib kliinikumi toit tsentraalköögis, mis vastab Euroopa Liidu kvaliteedinõuetele.

Sarnaselt meditsiinilisele aparatuurile on ka toitlustuses kasutatav tehnika väga kallis ja investeringud mahukad ning möödapääsmatud. Viimaste aastate jooksul on tsentraalköök täielikult renoveeritud ning seadmed kaasajastatud (katlad, ahjud, toidujagamis- ja nõudepesuliinid). Kliinikumi köögi käivad tutvumas ka teiste Eesti haiglate toitlustajad. Muuhulgas tuntakse huvi termokärude vastu, mis



Köök Aimar Jaakson.



PIRET TAMMVERE
toitlustusteenistuse tootmisjuht

on Eesti haiglatest kasutusel vaid kliinikumis. Termokärud võimaldavad viia toidu igale patsiendile eraldi kandikul ning ettenähtud temperatuuril.

Tööpäev köögis algab hommikul kell pool kuus. Nõudmised on suured ja tempo kiire, sest päevas tuleb valmistada kolm toidukorda ligi tuhandele patsiendile, lisaks tehakse süüa kliinikumi kolmele kohvik-sööklale, mis asuvad L. Puusepa 8, Raja 31 ja N. Lunini 6 majades. Ainuüksi L. Puusepa 8 asuv kohvik-söökla teenindab päevas keskmiselt 750-800 klienti. Teistesse kliinikumi korpusesse transportitakse toitu päevas viis korda: kolm patsiendile ja kaks personalile.

Köögi kõige suurem katel mahutab 300 liitrit

Plaanmenüüd koostatakse korraga kuueks nädalaks ette: põhieete on 8 ja lisavariantte kokku 48. Tavatoitudest üle veerandi moodustavad mitmesugused dieettoidud, mis baseeruvad toiduainete valikul ja toitainelisel koostisel. Täiendavat infot toitlustamisest saab lugeda sisevõrgu Töökeskkonnas, kus on kirjas dieetide nomenklatuur, ravi-toitlustuse näidustused ja plaanmenüüd kahe nädala ulatuses.

Teenistuses töötab 17 kokka, 3 kondiitrit, 21 köögitöölis ning lisaks arvukas abipersonal. Kokku 116 inimest, kes käivad tööl kahes vahetuses. Viimasel ajal on teenistusse tulnud tööle palju noori, samas on kolm kokka 30-aastase staažiga.

Tulenevalt üldisest hinnatõusust ei saa ka kliinikumi köök teisiti - alates 17. oktoobrist korrigeeritakse toitade maksumust L. Puusepa 8, N. Lunini 6 ja Raja 31 asuvates kohvik-sööklates. Viimati muutis toitlustusteenistus hindu 2009. aastal, kuid vahepeal on kõik riigihangetega soetatavad toiduained kallinenud.

Toitlustusteenistus on püüdnud arvestada kliinikumi töötajate nõudmistega ja vastu tulla kõikidele soovidele, väärtustades maitsvat toitu ja viisakat teenindust.



Kokk Viivika Keldermäe.

Nädalas söövad kliinikumi patsiendid:

- 300 kg kapsast,
- 120 kg sibulat,
- 230 kg porgandit,
- 1200 kg kartulit,
- 700 kg leiba,
- 70 kg kala,
- 3000 saiakest,
- 9300 tk minivõid,
- 1350 liitrit piima.

Personali kohvikutes süüakse päevas keskmiselt 800 saiakest ja pirukat ning 90 kooki.

MEEDIAS

Tartu Ülikooli Kliinikumi transplantatsioonikeskuse direktori Virge Palli sõnul on tänavu Eestis olnud seitse niisugust juhtu, kus üks doonor on osutunud elupäästjaks mitmele erineva elundi vajajale. Kuigi kliinikum on Eestis ainus keskus, kus organeid siiratakse, ei käi doonorlus ainult Tartus, vaid saab teoks tänu koostööle Eesti teiste suurte haiglatega. Elundivahetus ületab ka riigipiire.

04.10.2011, Tartu Postimees „Koordineerijad sätivad surmadest elusid kokku“

Nii palju huvilisi, nagu oli Tartu ülikooli infektsioonhaiguste õppetooli juhataja dotsent Matti Maimetsa loengul läinud kolmapäeval, on Viljandi haigla saal harva mahutama pidanud. Nii haiglaarstid kui perearstid ja -õed tahtsid kuulda, mida tippspetsialist arvab A-hepatiidi puhangust, millega Viljandi-maa viimasel ajal kahetsusväärset kuulsaaks on saanud. «Meie probleem ei ole paarikümne haigestunud ega nende ravimises,» ütles Matti Maimets. «Probleem on hoopis palju suuremas arvus asümptomaatilistes haigetes, kes ise seda teadmata teisi inimesi nakatavad. Just need hoiavad haiguspuhangu üleval.»

17.09.2011, Sakala „Haiguse levikule paneb piiri vaid vaktsiin“

Tammjärv ütleb, et Salmes Kose jõudsat paranemist ei saa just imeks pidada, sest patsiendi paranemisele aitamine on arstide igapäevatöö. Naise läbielamised on olnud siiski ülirasked, nõustub ta. «Meie tööd kergendab aga väga palju see, kui patsiendil on säilinud lootus,» lausub arst. «Tahtejõud ja usk on väga tähtsad asjad.»

14.09.2011, Tartu Postimees „Lapitud südamega naine ei või alla anda“

Tartu ülikooli kliinikumist organiseeriti meile [metanoolikriisi ajal – toim] residentide, kes tulid hommikul ja aitasid toimetada. Nemad said praktilise kogemuse sellises situatsioonis käitumisest, nägid seda tüüpi haigeid ja meil leevendas see inimeste pöuda.

09.09.2011, Pärnu Postimees „Raido Paasma: Ilma hästi töötava meeskonnata ei olegi võimalik selliseid situatsioone lahendada“

Teavitamine kuld, vaikimine...?

Arsti või haigla vastu kohtuse pöördumisel mängivad rolli mitmed erinevad aspektid. Esiteks loomulikult objektiivne aspekt ehk see, kas arstiabi tegelikult oli nõuetekohane ja kas nõudel üldse on õigusliku alust, aga vähem tähtsam ei ole ka emotsionaalne aspekt. Emotsionaalse aspekti võiks kokku võtta lausega, et lisaks sellele, et teenus peab kvaliteetne olema, peab see ka kvaliteetne näima.¹ Näivuse ja nõude esitamise vahel tundub kohati olevat isegi tugevam seos kui nõude õigusliku põhjendatuse ja nõude esitamise vahel.

Kuna patsient ei oska enamastel juhtudel hinnata teenuse kvaliteeti, siis ta kujundabki oma arvamus selle põhjal, mis mulje talle teenukse osutamine jättis, mida teine arst talle osutatud arstiabist arvab jne. Kogemuse põhjal võib väita, et nii objektiivselt kui ka emotsionaalselt aspektist on üheks kõige olulisemaks vahendiks nõude esitamise tõenäosuse vähendamisel, patsiendi teavitamine ning temaga suhtlemine.

Erlist tähelepanu tuleks pöörata teavitamisele juhul, kui ravis või diagnoosimisel kasutatakse üldtunnustamata meetodit. Üldtunnustamata meetodiks võib olla ravimite kasutamine mitteregistreeritud näidustusel (silmahaiguste ravis kasutatav vähiravim jne), ravijuhendist kõrvale kaldumine jms. Igal juhul tuleb üldtunnustamata meetodide kasutamisel informeerida patsienti sellest, et tegemist on üldtunnustamata meetodiga ja küsida selle kasutamiseks ka eraldi nõusolekut. Teavitamata jätmise õiguslikuks tagajärjeks võib olla ravitegevuse kvalifitseerimine lubamatu, omavolilise ravina. Teavitamata jätmise teiseks tagajärjeks võib aga olla see, et patsient hakkab arvama, et ta sai vale-ravi ja tema terviseprobleemid



INGERI LUIK-TAMME
mag. iur.
vandeadvokaat
advokaadibüroo VARUL

on põhjustatud arsti tegevusest, mitte tema pikaajalisest haigusest: *“Vaegnägijad kinnitavad, et ei teadnud, mida täpselt ja miks neile silma süstiti. Ainus, mida öeldi, oli see, et pärast tuleb nägemine tagasi. Et tegu oli hoo-piski soolevähi raviks mõeldud preparaadiga, tuli neile hiljem täieliku üllatusena. /.../ Kurja kirjavahetust on kahe lapse isa viimasel ajal kõvasti pidanud, sest tema sõnul röövisid talt silmanägemise hooletud arstid, mitte aga 20 aastat väldanud suhkerhaigus nagu ametlik versioon kinnitab.”*²

Samuti on teavitamise teema raames oluline see, kuidas käitutakse patsiendiga siis, kui ravi ebaõnnestub või patsien-

Võlaõigusseadus

§ 766. Patsiendi teavitamise ja tema nõusoleku saamise kohustus

(1) Tervishoiuteenuse osutaja peab patsienti teavitama patsiendi läbivaatamise tulemustest ja tulevise seisundist, võimalikest haigustest ning nende kulgemisest, pakutava tervishoiuteenuse olemusest ja otstarbest, selle osutamisega kaasnevatest ohtudest ja tagajärgedest ning teistest võimalikest ja vajalikest tervishoiuteenustest. Patsiendi soovil peab tervishoiuteenuse osutaja esitama nimetatud teabe kirjalikku taasisitamist võimaldavas vormis.

dil tekivad tüsistused. Seaduse kohaselt arvestatakse näiteks mittevahalise kahju tekitaja käitumist ja suhtumist kahjustatud isikusse pärast rikkumist kahju hüvitise suuruse kindlaks määramisel (juhul, kui on tõendatud, et tüsistus tekkis ravi- või diagnoosivea tagajärjel). Samas isegi juhul kui tegu ei ole ravi- ega diagnoosiveaga, võib patsient leida tervishoiuteenuse osutaja tõrjuvas suhtumises kinnitust oma veendumusele, et temal tekkinud tüsistus ei ole mitte teatud juhtudel paratamatult kaasnev, vaid arsti vea tagajärg. Mujal riikides läbi viidud uuringud näitavad, et oluline osa kohtuvaidlustest saab alguse sellest, et patsiendile ei ole põhjalikult selgitatud seda, miks ravi ebaõnnestus või mis põhjusel tekkis tüsistus. Ja isegi kui kohtuvaidlus kaotatakse, on patsiendid rahul sellega, et nad said vähemalt teada, mis juhtus.

Kuigi nii meil kui mujal räägitakse palju arstide ringkaitsest, kohtab praktikas sageli just vastupidist nähtust. Nimelt on päris mitmed kohtuvaidlused saanud alguse kolleegi poolt nagu muuseas tehtud kriitikast eelnevalt patsiendiga tegelenud arsti töö suhtes. Kuigi võimalikud eelnevad ravivead on teavitamiskohustuse üheks osaks, tuleb arvestada, et patsiendi jaoks on arsti sõnal suur kaal ja see-ega tuleb teise arsti töö kritiseerimisel olla väga vastutustundlik ja veendunud selles, et arvamus andmiseks on olemas kogu info (nt võib osa sümptomeid olla avaldunud hiljem). Ehk eelnevat kokku võttes – tuleb ka olla valmis oma seisukoha kaitsmiseks kohtus.

¹ Juhtkiri: hoolimatu hooldus. Postimees, 07.05.2011.

² L. Birkan. Vaegnägijate süstiti silma pärasoolevähi raviks mõeldud rohtu. Öhtuleht, 11.11.2009.

Suund personaliseeritud meditsiini

15.-18. septembrini toimus Bonnias prediktiivse, preventiivse ja personaliseeritud meditsiini maailmakongress, kus oli esindatud 43 riiki.

Kongressi esimene päev toimus Saksamaa parlamendi kungasises suurepärase hoones. Bonni linnaapea Jürgen Nimptsch ja Bonni Ülikooli rektor professor Jürgen Fohrmann avasid kongressi. Avapäeva kindel sõnum oli – kaasajases meditsiinis on oluline prediktiivne ja personaliseeritud aspekt, mis baseerub detailse geneetilise informatsiooni kasutamisel. Vaatamata traditsioonilise meditsiini viimase 50 aasta edule, mis põhineb haigete kriitiliste sümptomite jälgimisel ja ravimisel lähtudes füsioloogilisest-, organ- ja patobioloogilisest tasemest, on ikkagi olulised piirangud ja ebaefektiivsus mitmete komplekssete polügeensete krooniliste haiguste ravimisel nagu teise tüüpi diabeet, vähk, neurodegeneratiivsed haigused, vaimsed patoloogiad. Peamiseks põhjuseks on asjaolu, et raviplaanid on standardiseeritud, samas on individuaalsed geneetilised tunnused varieeruvad. Tulemuseks on, et mõnedel juhtudel ravi toimib, teistes situatsioonides mitte ja osadele patsientidele on see hoopis kahjustava mõjuga.



PROF HELE EVERAUS
hematoloogia-onkoloogia
kliiniku juhataja

Just potentsiaalne võimalus integreerida erinevate uurin-gute tulemusi kasutades arvuti modelleerimist bioloogilise struktuuri mitmel tasemel ehk süsteemide bioloogias, on viinud kaasajase molekulaarse meditsiini loomisele. Viimane on prediktiivne ja personaliseeritud. Loodetakse, et enam personaliseeritud nn „omic-based“ meditsiin tõesti rakendub kui standard tervishoiu kvaliteedi parandamiseks ja maksimalse andamiseks.

Võib väita, et meditsiin on alati olnud personaalne. Mis siis on uut nn personaliseeritud meditsiinis? Kompleksse molekulaarse informatsiooni

» Hea arst ravib haigust, suurepärase arst ravib patsienti, kellel on see haigus.

Tänases meditsiinis kasutatavad ravimid on efektiivsed vaid 40-60% juhtudest ning kuni 7% on raske kahjustava toimega. USA-s näiteks oli aastane kulu (kahju) ebaefektiivsetele ravimitele 162,4 miljardit USA dollarit! Väga mõtlemapaneev!

Uue informatsiooni allikaks on nn „omics“ tehnoloogiad – genoomika, farmakogenoomika, funktsionaalne genoomika, proteomika ja metaboolomika, mis annavad bioloogiale ja meditsiinile uued analüütilised meetodid.

kasutamine individuaalsete ennetus- ja raviotsuste tegemiseks. Eesmärgiks on õigele haigele õige ravim, õiges annuses ja õigel ajal. Kindlasti on ees suur töö, et kõikide erialade arstid mõistaks ja oskaks kasutada personaliseeritud meditsiini võimalusi.

Tervishoiu rahastajad ja poliitikud on võtmepositsioonil uuendustele nõ „ukse“ avamiseks. Võib tunduda, et testid konkreetsete ravimite valimisel on liiga kallid. Kui aga teiselt poolt võtta kokku ebaefektiivse või lausa kahjustava

ravi kulu, ületab viimane oluliselt testide maksumuse.

Üks sessioon oli pühendatud tervishoiu organisatsiooni küsimustele. Üksmeelselt leiti, et personaliseeritud meditsiini arengu eelduseks on tervishoiu korralduse muutmine. Näiteks võiks tuua Prantsus-maa, kus Rahvuslik Vähiinstituut löi haiglatega seotud regionaalsete keskuste võrgustiku, et võimalikult kiiresti individuaalsetel patsientidel haigus täpselt diagnoosida ja sellest lähtuvalt ka optimaalne personaalne ravi valida.

Omaette küsimused on seotud meditsiinetikaga. Kas ja missugused uued probleemid kaasnevad personaliseeritud meditsiiniga? Allakirjutatud oli selles kontekstis ettekanne ja tuli juhatada ka paneeldiskussiooni. Biopangad ja suured elektrooniliste haiguslugude süsteemid on personaliseeritud meditsiinis kesksel kohal. Vastuseid ootab terve rida küsimusi: kellel on juurdepääs geneetilisele informatsioonile; kuidas kasutada ja kelle oma (omand) on individuaalne geneetiline informatsioon; kas peaks üldse inimesi testima, kui ravi ei ole pakkuda; kas vanemad peaks oma lapsi testima täiskasvanueas avalduvate haiguste osas; kuidas muuta personaliseeritud meditsiin kättesaadavaks ja kas see on üldse saavutatav; kuidas õpetada tervishoiu professionaalidele personaliseeritud meditsiini erinevaid aspekte.

Kongressi korraldajad professor Olga Golubnitschaja (EPMA peasekretär) ja EPMA president Vincenzo Cosigliola võisid sisukate kongressi diskussioonidega igati rahule jääda. On tahtmine tsiteerida William Oslerit, keda peetakse ka nõ kaasajase meditsiini isaks – miks mitte isegi personaliseeritud meditsiini isaks. Ta märgib: „Hea arst ravib haigust, suurepärase arst ra-

KOMMENTAAR



PROF SULEV KÕKS

Teema, millest prof Everaus kirjutab on ülioluline – see on paradigma muutus arstiteaduses, kus suund on “keskmise” patsiendi käsitlemisel “reaalse” patsiendi käsitlemisele. Personaliseeritud lähenemisele aitab kaasa tehnoloogiline hüpe. Täna on võimalik TU laborites järjestada inimese genoom algusest lõpuni ehk kirjeldada üksikindiviidi bioloogiline variatsioon peaaegu täielikult. See loob olulise vundamendi, kust edasi liikuda ning praeguseks on sellise lähenemisega kirjeldatud mitmete haiguste uusi tekkepõhjusti. Siit omakorda viib tee uute ravisihetmärkideni. Tartus on olemas kõik eeldused selleks, et rakendada personaliseeritud meditsiini praktikasse – ülikooli ja kliinikumi koostöös kujuneks rahvusvaheliselt silmapaistev, kaasajane ja tarmukas meditsiinikeskus. Sellega kaasneks nii kliinikumi kui ka ülikooli mõjukuse hüppeline kasv maailmas.

vib patsienti, kellel on see haigus.“ Ja edasi: „Variability is the law of life, and so no two faces are the same, so no two bodies are alike, and no two individuals react alike and behave alike under the abnormal conditions which we know as disease.“



Fotod: Jaak Nilson

Kvaliteedi tagamine õendusabis

Nii ühiskonnas kui ka tervishoius räägitakse aina sagedamini tervishoiuteenuse kvaliteedist. Ei möödu nädalatki kui meedias ei lahataks mõnda tervishoiuasutust või -töötajat. Aina kõrgemaks on muutunud ühiskonna ootused ja pingelisemaks juhtumite kajastamine. See omakorda mõjutab inimeste suhtumist tervishoidu.

Kvaliteet ei jäta külmaks kedagi. Enamasti leitakse, et kvaliteedi tagamine on tähtis, kuid siiski on kuulda ka vastuväiteid *a la* millal mul see aeg, oma tööd ei ole siis üldse mahti teha. Kvaliteedile on antud erinevaid seletusi. Sageli on need pikalt ja lohisevalt sõnastatud. Töötajad ei hakkagi neisse süvenema või leiavad, et see on midagi nii üldsõnalist ja on tervishoius raske tagada. Kvaliteeti aitab paremini mõista, kui seda seostatakse konkreetse tegevuse või olukorraga.

Kvaliteeti mõeldakse mitmeti. Näiteks annavad patsiendi rahulolu uuringud kliinikumis mingil määral ettekujutuse, kas patsiendid jäävad rahule suhtlemise, olmetingimuste jms. Professionaalse tegevuse kvaliteedi hindamine peaks olema eelkõige asutuse ja töötajate endi pärusmaa. Seda enam, et ilmselt keegi ei ole rahul, kui mõni asi ei ole läinud nii nagu oleks pidanud minema. Enamasti ei ole selle põhjuseks kellegi pahatahtlikkus, vaid põhjused võivad olla sellised, mida saaks organisatsiooniliselt parandada.

Kuigi õendusabi probleemjuhtumite registreerimise kord kehtib kliinikumis juba viiendat aastat, ei registreerita siiski veel kõiki patsiendi turvalisust ja ravikvaliteeti ohustavaid juhtumeid. Selleks on ilmselt erinevad põhjused: teadmatus, hirm või midagi

muud. Praegu on ühel õendusastaduse magistrandil käsil andmete kogumine võimalikest registreerimist takistavatest teguritest. Loodetavasti saame uurimistöö tulemustest väärtuslikku informatsiooni, et siis saadud teabe põhjal süsteemi paremaks muuta. Üheks probleemiks on kindlasti asjaolu, et kord ei kehti kogu kliinikumis ja kõikidele ametirühmadele. Igapäevane töö on paraku aga nii lõimunud, et raske on mõnikord vahet teha, kus on juhtumite alged. Ja juhul kui see väljub õdede vastutusosalalt, siis jäetaksegi sellised juhtumid registreerimata, kuna kardetakse konfliktidega. Lahendus on sellele probleemile paistmas. Nimelt on kliinikumis sel aastal moodustatud ravikvaliteedi nõukogu, kelle ülesandeks on kogu asutust hõlmava kvaliteedi arendamise süsteemi käivitamine.

Probleemjuhtumite menetlemisest saadud tagasiside ja kogemuse põhjal võib järeldada, et kui registreeritud juhtum puudutab mitut struktuuriüksust, siis võetakse pöördumist isiklikuna ja asutakse kaitsepositsioonile. Menetlemise tulemusena enamasti osapooled rahunevad ja asuvad koos leidma võimalikke lahendusi. Omame on ka lähenemine, et patsient on kas „teie“ või „meie“ ning unustatakse, et tegemist on kliini-

kumi patsiendiga. Samuti jääb sellisel juhul tahaplaanile, et kõik juhtumid tahavad patsiendile parimat.

On esinenud ka küllaldaselt juhtumeid, kus menetlemise käigus on selgunud, et juhtumit ei olegi võimalik lahendada ühes osakonnas. Siis on kaasatud ka teisi kliinikuid/teenistusi. Nii näiteks kasvamisest sarnase juhtumite menetlemisest välja transfusioonravi käsitlev ümarlaud, kus osalesid verekeskuse, informaatikateenistuse ja paljude osakondade esindajad. Käsitlavad teemad ulatusid vere- ja ravimite tellimisest ja transpordimisest kuni transfusioonravi dokumenteerimiseni. Ühiselt leiti mitmetele probleemidele lahendusi, nt töhestatult koostöös transpordiosakonnaga autoringi sagedust, kuid mõndagi jäi ka lahendamata. Nii näiteks ei pakutud käegakatsutatavat IT-lahendust, et kuidas tagada erinevate programmide ühilduvus, mis oleks abiks tellimisest kuni aruandluseni. Samuti toimus laiendatud koostöö kirurgiliste osakondade õdede ja operatsiooniteenistusega, et arutada, miks ei ole alati suudetud tagada nõuetekohane patsiendi ettevalmistamine operatsiooniks ja kuidas olukorda parandada.

Alati võiks paremini, kuid siiski võib tõdeda, et probleemjuhtumite kord on ra-

kendumas üha paremini. Seda kajastab aasta-aastalt suurenenud registreeritud juhtumite arv. Kui esimesel aastal registreeriti 9 kuuga 35 juhtumit, siis käesoleval aastal on sama ajavahemiku juhtumite arvuks 195. Menetlemise tulemusena on avastatud mitmeid puudusi, mille lahendamiseks on olnud erinevate juhtumite koostamine ja korrigeerimine, vajadustepõhise koolituse korraldamine, töötajate teavitamine nõuetest, koostöö arendamine erinevate üksuste vahel jms. Kui korra eesmärk lähtub patsiendi turvalisusest ja ravikvaliteedist, siis lisaboonuseks võib lugeda töötajate kaasamise. Eelkõige teab töötaja ise, mis on ühe või teise juhtumite tekkepõhjuseks ja kus on kitsaskohad. Oma praktilise kogemusele tuginedes saab iga konkreetne töötaja paremini lahendada oma osakonna juhtumiteid või neid vältida, kuid struktuuriüksustevahelist koostööd on töötajal raske koordineerida. See on ka ilmselt põhjuseks, miks teises osakonnas tekkinud juhtumiteid on rohkem avastatud ja registreeritud (59%). Valdavalt on sellised juhtumid leidnud edasiviiva(d) lahenduse(d) ja see omakorda loob aluse heaks koostööks.

ANITA PRIKS
südamekliiniku kardiokirurgia osakonna vanemõde

Eesti Tervishoiu Sotsiaaltöötajate Assotsiatsiooni (ETSA) konverents

Kelle „oma“ on tervishoius töötav sotsiaaltöötaja ning kas tervishoiu sotsiaaltöö on tervishoiuteenus või sotsiaalhoolekandeteenus, mida osutatakse nn tervishoiu territooriumil?

Sellele ja paljudele teistele küsimustele otsiti vastuseid ETSA üheksanda tegevusaasta konverentsil „On elul mitmed tõesed...“, mis toimus 23. septembril Tartus. Kõneldi tervishoiu sotsiaaltööst Eestis 2011. a (Katrin Raamat, SA EELK Tallinna Diakooniahaigla), sotsiaaltööst ja tervishoiust ning nende koostöövõimalustest (Indrek Sooniste, Tartu LV; Sirlis Sõmer-Kull ja Heli Paluste Sotsiaalministeerium) ja sotsiaaltöö väljakutsetest kliinikumis (Mari Reilson). Samuti peatuti sellel, et terviseprobleem tekitab nii tervishoiuteenuse kui ka sotsiaaltöö vajaduse ning arutleti ravikindlustuse rolli üle sellises olukorras (Mari Mathiesen, Eesti Haigekassa) ning mõtiskleti, kas enne oli arstiabi või sotsiaalabi (Diana Ingerainen, Eesti Perearstide Selts). Soome Tampere Haigla sotsiaaltöötajad jagasid oma (kriisi)töoga seotud kogemusi (Hanna Keski-Nisula, Anni Vanhala).

”Terviseprobleem tekitab nii tervishoiuteenuse kui ka sotsiaaltöö vajaduse.

Konverentsil kirjeldati olukorda, kus erinevad spetsialistid keeldusid sotsiaaltöötajaid käsitlevas uuringus osalemast, sest täpselt ei teatud, mida sotsiaaltöötajad teevad. Kes on tervishoiu sotsiaaltöötaja? Tegemist on akadeemilise erialase hariduse omandanud spetsialistiga, kes teab tervistest ja haigustest, orienteerub tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonnas;



Foto: erakogu

Kliinikumi sotsiaaltöötajad (ETSA juhatuse liikmed) Mari Reilson, Helve Maripuu ja Merle Pahlk.

tunneb haigestumise sotsiaalseid tagajärgi; on asjatundja sotsiaalhoolekandes, pensioni-, ravikindlustuse ja teenustevõrgustiku võimalustes; on asjatundja sotsiaalsete suhete ja elu üle kontrolli saavutamise võimaluste osas; on abistaja, nõustaja, informeerija, vestluskaaslane ja uurija.

Eeltoodud pädevused võimaldavad vaadata patsiendi hetkekaebusi laiemas kontekstis ning tagada haiglast lahkuvale inimesele sobivaim (ravi- ja hooldus)keskkond, mis omakorda vähendavad uuesti haiglasse sattumise võimalusi. Haigla sotsiaaltöötaja on ka oluline tervishoiu ressursid kokkuhoidja, sest aitab suurendada voodipäevade kasutamise põhjendatust ning optimeerida voodihõivet. Samas leidis ainult 42% Eesti tervishoiu sotsiaaltöötajatest, et sotsiaaltöö on nende töökohas väärtustatud kui ressurss.

Konverentsil jäi kõlama mõte, et vajadus sotsiaaltöötajate järele haiglates on tunduvalt suurem, kui see hetkel

Eestis on. Tampere Ülikooli Kliinikumi töötajatest moodustavad sotsiaaltöötajad 1%, Tartu Ülikooli Kliinikumi töötajatest 0,24%. Hetkel on kliinikumis sotsiaaltöötajate ametikohti 6,75. Neid suhteid võrreldes võime tõdeda, et arenguruumi haigla sotsiaaltöötajate rakendamise osas kliinikumis veel on ning sarnane olukord on ka mujal Eesti haiglates.

Puudutati ka haigla sotsiaaltöötajate palgateemat ja räägiti sellest, et võrreldes sama haridustaseme ja nõuetele vastava tugipersonaliga, on sotsiaaltöötajate palgatase madalam kui logopeedidel, psühholoogidel või füsioterapeutidel. Selles suhtes loodavad haigla sotsiaaltöötajad muudatusi, kuna töökoormus on suur ja selline palga diferentseerimine on põhjendamatu. Sellise ebavõrdsuse tõttu on saanud kahjustada sotsiaaltöötajate motivatsiooni ja tahe erialal töötada.

Tervishoiu sotsiaaltöötajate teenust ei ole eraldi haigekas-

sa poolt tasustavate teenuste hinnakirjas, kuid Eesti Haigekassa juhatuse liige Mari Mathiesen tõi välja asjaolu, et kõikide tervishoiuteenuste piirhindadesse on sisse arvestatud üldadministratiivkulu ning on iga asutuse otsustada, milliseid spetsialiste ta selle raha eest palkab.

Tulevikus loodab ETSA jõuda oma töö ja eriala arendamisega selleni, et tervishoiu sotsiaaltöötaja sekkumine/töö on arvestatud statsionaarsete teenuste puhul voodipäeva hinna sisse ja saab ka reguleeritud ambulatoorsete teenuste osutamise osas, sest nagu tõi oma ettekandes välja Sirlis Sõmer-Kull tervishoid ja sotsiaaltöö – üks ei saa ilma teiseta.

MARI REILSON
kõrvakliiniku sotsiaaltöötaja

Artikli koostamisel on kasutatud teiste kliinikumi sotsiaaltöötajate mõtteid.

Valmis eskiisprojekt

Suvel sai valmis Maarjamõisa meditsiinilinnaku II ehitusjärgu eskiisprojekt, mille alusel kavandatakse uued korpused J, K ja L.

Joonis: AW² arhitektidit Oy



Kliinikumi II ehitusjärgu vaade N. Lunini tänava poolt.

Haigla planeerimine on oma olemuselt alati kompromiss ning eeldab osapooltelt valmidust kokkulepeteks, kuna kõiki soove pole kunagi võimalik täita. Koostöös kliinikute ja osakondadega pandi paika ruumide funktsionaalne planeering. Augustikuu jooksul toimus planeeringu täpsustamine juba eelprojekti raames ning praeguseks on uutes hoonetes paiknevate üksuste plaan põhimõtteliselt valmis. Töös tuli arvestada ka juba olemasolevate hoonetega, sest

uued korpused ehitatakse varasemate kõrvale nii, et tekiks logistiline tervik. Saavutatud tulemusega on kõik osapooled üldjoontes rahule jäänud – suur tänu kõigile hea meeskonnatöö eest.

Teise ehitusjärgu üheks oluliseks eesmärgiks on kaas-aegse onkoloogiakeskuse rajamine. Selle keerukaim osa on kiiritusraviosakond asukohaga J-korpuse nullkorusel, kuhu luuakse valmidus nelja lineaarkiirendi jaoks. Samavõrd tähtis on kaas-

KOMMENTAAR



IRJA UIBOLEHT
apteegi direktor

Võimalus osaleda protsessis, mille tulemusena peaksid valmima Euroopa standarditele vastavad ja spetsiaalselt apteegile mõeldud kaas-aegse sisustusega ruumid, on ühtpidi väga vastutusrikas, aga teisalt väga põnev. Esimene visand tulevases apteegist tekitas palju

vaidlusi ja mõtteid, mida ise-keskis arutasime ja Ravimi-ametiga konsulteerisime. Meie noor proviisor visandas osavalt joonise apteegipoolsest nägemusest. Koos projektijuhtide ja arhitektidega oleme nüüdseks jõudnud mõlemad pooli rahuldava kompromissini.

Eks ikka tahaks paremat asukohta, rohkem pinda jne, kuid üldjoontes on projekteerimisprotsess toimunud üksteist arvestavas õhkkonnas ja loode-tavasti see nii ka jääb, et tule-muse üle võiks lõpuks ainult rõõmu ja rahuldust tunda.

Radio- ja onkoteraapia uue osakonna projekteerimisega oleme koos arhitektidega aktiivselt tegelenud aasta algusest saadik. Kuna osakond on suur ning selles ravitakse nii statsionaarseid kui ka ambulatoorseid kiiritus- ja keemiaravi vajavaid vähihaigeid, siis on parima töökorralduse ning funktsionaalsuse tagamiseks olnud palju diskussioone.

Väga kiirelt kulgesid statsio-

naarse osakonna ning ambulatoorse keemiaravi keskuse kohta käivad arutelud. Projekteerimisel arvestati kõiki meie soove nagu osakonna paiknemine ühes hoones, optimaalne ravikohtade arv, haigete kerge ligipääs ambulatoorsele keemiaravi keskusele ning polikliinikule ja kiiritusravi keskusele. Ambulatoorse keemiaravi keskuse lähedus kiiritusravi keskusele on äärmiselt



JANA JAAL
radio- ja onkoteraapia osakonna vanemarst-õppejõud onkoloogia erialal

vajalik, sest üha enam ja enam vähihaigeid saavad mõlemat ravimeetodit korraga.

Kõige suuremaks arutelude allikaks oligi uus kiiritusravi keskus. Parema ravi kättesaadavuse tagamiseks suurendati lineaarkiirendite punkrite arvu ning parandati seitset eskiisprojekti versiooni. Kuigi tööd on olnud palju, on viimase versiooniga rahul nii osakonna töötajad kui ka projekteerija.

Uue asja saamisega kaasneb reeglina rõõm. Uue hoone valmimise rõõmule eelneb vähemalt kaks etappi: projekteerimine ja ehitamine. Sisekliinik on püüdnud anda oma parima II ehitusjärgu planeerimisse. Kui uue maja projekteerimise algaasis kohtuvestskite jahvatamine lausa lõputu tundus, oli rahulolematust selgelt tunda. Kui asi lõpuks liikuma hakkas, näis selliseks



REIN KERMES
sisekliiniku direktor

suureks tööks nii vähe aega olevat, et arvestatava tulemuseni jõudmine paistis võimaliku. Esimeseks tööks oli ruumi-

programmi ning -kaartide täitmine, millega saime hakkama. Meie mõistlikke soove arvestati. Võimalik, et varasem sunnitud viivitus tuli siin isegi kasuks, kuna lisa-aeg andis igale osakonnale võimaluse oma vajadustes paremini selgusele jõuda. Visioon kliinikumi kaksiktornidest tekitas sisekliinikus positiivset tagasisidet ja meile endalegi üllataval kombel oleme tulemusega üsna ra-

hul. Mõistmine sisekliiniku ja Toomas Kivastiku ning arhitektide vahel on pidevalt tõusvas joones arenenud. Mulle oli äärmiselt meeldiv viimane koosolek arhitektidega, kui Skype'i abil said tehtud viimased muudatused. Täna on pusle tükid kokku sobitatud. Tahaks väga loota, et see kurat, kes ennast piasjadesse peidab, projekti järgmistes etappides domineerima ei pääse.

► aegse taristu loomine sisekliiniku, silmakliiniku, kardiokirurgia osakonna, endoskoopia-keskuse, ühendlabori, haigla apteegi ja patoloogiateenistuse jaoks.

Augustis moodustati koostöös Tartu linnavalitsusega ka uue ehitusjärgu fassaadi-lahenduse hindamise žürii, kus osalesid arhitektid Tiit Sild, Andres Kadarik, Ike Volkov, Andres Lunge ning kliinikumi poolt juhatause liikmed Malle Keis, Mart Einasto ning allkirjutatu. Projek-teerijate esitatud kolmest visioonist valiti välja nn järjepidevuse variant (vt juuresolevat joonist), sest pärast pikka diskussiooni hinnati selle lahendus üsna üksmeelselt kõige kokkusoovivamaks juba olemasolevate hoonete välisilmega. Kogu Eesti jaoks üliolulise ehitise väljanägemine on kahtlemata väga tähtis. Samas tuleb rõhutada, et seda maja projekteeritakse ikka n-ö seestpoolt väljapoole ning *form follows function* nagu ütles pilvelõhkujate isaks kutsutud Ameerika arhitekt Louis Sullivan.

Teise ehitusjärgu hoonete brutopind on ligikaudu 38 000 m². Projekti toetatatakse Euroopa Regionaalarengu fondist (tunnusnumber: 2.6.0101.09-0001). Tänu kohtuvaidlustele projekteerija riigihankega on esialgsest ajakavast maha jäädud. Uue kava kohaselt peaks valmimise lõpp-tähtaeg olema 1. juuli 2015. Täpsemalt kirjutama korpuste planeeringust järgmises lehenumberis.

TOOMAS KIVASTIK
projekti juht

Kuidas läks abiarstidel?

Pikisilmi oodatud abiarsti süsteem on lõpuks käivitunud ja värsketel abiarstidel esimene töökas suvi seljataga.

Viienda ja kuuenda kursuse arstitudengite hulgas maad kuulates selgus, et võimalust praktiseerida ja omal nahal tunda, mis tähendab olla päris arst, kasutas üksjagu tudengeid. Kogemusi jagasid Viljandi haigla erakorralise meditsiini osakonnas töötanud Indrek ja Anna-Helena, Kuressaare erinevates perearstikeskustes töötanud Liis, Mari-Liis ja Ivika ning Ida-Viru keskaigla anestesioloogia-intensiivravi osakonnas töötanud Marie.

Kohe alguses tuleb rõhutada, et kõik noored arstid jäid kogemusega enam kui rahule. Praegused kuuenda kursuse tudengid leidsid, et viis aastat õppetööd annab piisavad teadmised, et rinda pista perearstikeskuses ja erakorralise meditsiini osakonnas abiarstina töötades ette tulevate juhtumitega. Neil, kel teadmisi nelja kursuse jagu, oli veidi keerulisem, kuna näiteks pediatrit, nahahaigused ja LOR, mis kõik esmatasandi arstiabi tähtsal kohal, on kavas viienda kursusel. Samas peab töedema, et tegelikult pole olulised niivõrd õppetöös omandatud spetsiifilised teadmised, vaid pigem oskus mõelda meditsiinilisel ja võime panna patsiendi kaebused enda jaoks mingise süsteemi ja konteksti, et tekiks vähemalt mõte, kuidas haiget edasi käsitleda, kust kiiresti infot otsida ja kellelt kõige parem nõu või konsultatsiooni küsida oleks. Noorte juttu ühendas ka silmnähtav rahulolu töökollektiividega. Selgub, et uute kolleegide suhtes oldi ääretult abivalmid. Abiarsti ei suhtunud kui rumalasse tudengisse, vaid kui kolleegi, kelle arvamusele tuleb tõsiselt suhtuda ja kelle värsketest teadmistest võib suurt abi olla. Ka patsiendid tundusid olevat rahul agarate ja nooruslikku innukust täis meditsiinitöötajatega. Kui ka esialgu mõned ära ehmatasid,



Ivika Palu.

et kuidas nii noor inimene juba arstirollis olla saab, siis vestluse käigus said kõik esialgsest kimbatusest kiirelt üle. Perearstide patsiendid näiteks uurisid, kas noored tohtrid ongi nüüd jäädavalt nende käsutuses. Avaldati häälekat poolehoidu meditsiinitudengite õppimisvõimaluste laienemisele ja oldi täiesti kindlad, et võimalus isiklikult lahendada reaalseid patsientide reaalseid probleeme juba õpiajal annab meditsiiniharidusele tohutult juurde. Mida kogemus kokkuvõttes andis? Julgust, motivatsiooni veel rohkem teada saada, eneseusaldust, vastustunnet, praktilisi oskusi, analüüsivõimet ja positiivset tagasisidet. Ja mis ehk kõige olulisem: veel suurema tahtmise, lausa vajaduse, saada heaks arstiks.

Kuressaare perearstina tegutsev Ingrid Tamm, kellel oli suvel isiklik kogemus kahe abiarstiga, oli abijõuga väga rahul. Tema hinnangul on tegemist tänuväärse süsteemiga,

kuna abi on hädasti tarvis. Tööle vormistamisega probleeme polnud, rahalisi arusaamatusi ka mitte. Noored omandasid kiiresti praksises käibel olevad arvutisüsteemid ja mõistsid paberimajanduse korrektsena hoidmise olulisust. Patsientide tagasiside on olnud väga positiivne, mõned tuletavad siamaani hea sõnaga meelde. Doktor Tamm loodab, et varajane isiklik kogemus perearstitööga toob tulevikus selle ameti juurde palju motiveeritud ja tublisid kolleegide.

Kokkuvõttes võib öelda, et tundub, et abiarstil on meie meditsiini maailmas oma koht täiesti olemas. Kasutegur on tähtsusetav nii tudengite, arstide kui patsientide seisukohast vaadatuna.

IVIKA PALU
stud. med. V



Arstiteaduskonna REBASTE- PIDU

3. novembril algusega kell 21.00 toimub klubis Atlantis Tartu Ülikooli arstiteaduskonna igaaastane rebastepidu.

Kavas on vallatud etteasted, põnevad mängud ja loomulikult mängib VI kursuse oma bänd El Hormones.

Eelmüügis piletid hinnaga 5 eurot saadaval Biomeedikumi raamatukogus ja TÜ Kliinikumi infolauas. Pileti saab lunastada ka ülekandega:

Swedbank 221033116261 või SEB 10022402081006/ Tõnis Eilat.

Ükselt pilett 10 eurot.

Olete kõik oodatud!



ARSTITEADUSKONNAS

Vastuvõtust
arstiteaduskonda

Tänavuste sisseastujate tulemused ületasid jällegi varasemad rekordid. Minimaalne sissesaamise garanteeritud pallide arv arstiteaduse erialal oli 86,6 riigieelarvelisel (RE) kohal, hambaarstiteaduses 87,4 RE ning proviisoriõppes 81,2 RE kohal. Eelmise aastaga võrreldes tõusis ka medalistide osakaal. Kui 2010. a olid ligi pooled esmakursuslastest lõpetanud gümnaasiumi kuld- või hõbemedaliga, siis sel aastal 55% (arstiteaduse erialal suisa 61%). Arstiteaduse erialale sissesaanuteid olid 17 saavutanud kõrgeid kohti vabariiklikel olümpiaadidel. Heal tasemel täienduse üle võib rõõmu tunda, samas seab see ka kõrgemad nõudmised õppejõududele.

Residentuur

Sel aastal oli üle aegade suurim residentuuri õppekohtade arv (134), neist täideti 131. Kandideerijaid oli 156, neist 73 kahele erialale. Arsti põhiõppe lõpetajaid oli tänavu 125 (sh 18 välismaalast), neist kandideeris residentuuri 79 ja sai sisse 73. Samas mullustest lõpetajatest kandideeris 26 ja sisse sai 19. Kõige tugevam konkurss oli pediatría erialale, kus 1 kohale oli 10 avaldust. Ülejäänud pediatría erialad olid koos kõrvalerialadega.

Doktoriõpe

Arstiteaduskonnas alustas doktoriõpet rekordiliselt suur arv õppureid - 32 uut doktoranti. Neist 16 on arsti haredusega, ülejäänud on kas biomeditsiini, bioloogia, proviisori või rahvatervishoiu valdkonna magistrid.

Tartu Ülikoolis

Ülikooli uude nõukogusse, kus on ainult viis ülikooli esindajat, valis praegune TÜ nõukogu närvikliiniku juhataja prof Toomas Asseri.

ülevaate koostas

TUULI RUUS
arstiteaduskonna
dekanaadi juhataja

Meenutades professor Jüri Saarmat

24. oktoobril möödub 90 aastat silmapaistva psühhiaatri ja Eesti teenelise arsti prof Jüri Saarma sünnist.

Ta suurt töövõimet ja pühendumust psüühikahäirete ravile näitavad tema sulest ilmunud 8 teaduslikku ja 11 aimest monograafiat, 416 artiklit ning 20 õppevahendit üliõpilastele.

J. Saarma juhendamisel on kaitstud 20 kandidaadi ja doktori väitekirja, neist neli tema initsiatiivil 1952. a psühhiaatriakliinikusse loodud originaalse meetodikaga kõrgema ja vegetatiivse närvitegevuse uurimise laboratooriumi baasil, kus valmis ka 28 üliõpi-



laste teadusliku võistlustööd. 1975. a määrati J. Saarmale koos seitsme kolleegiga psühhofarmakoonide kliinilis-eksperimentaalsete uuringute eest Nõukogude Eesti preemia.

Olles 1968-1978. a Eesti tervishoiuministeeriumi peapsühhiaater ja 1975.-1983. a psühhiaatria kateedri juhataja, on tema teeneks kõikides maakondades psühhiaatria kabinetide loomine, samuti lastepsühhiaatria arendamine Eestis. J. Saarma tegevus lei-

dis tunnustust paljude rahvusvaheliste erialaseltside ja ülikoolide poolt, mille tegev- või auliikmeks ta valiti. 1972-1983 oli ta Maailma Psühhiaatrite Assotsiatsiooni kõrgema närvitegevuse sektsiooni ase-esimees, hiljem esimees, 1974. a Nõukogude Liidu Meditsiiniakadeemia korrespondentliige. J. Saarma teaduslik ja praktiline tegevus õppejõuna, samuti organisatoorne töö psühhiaatrilise abi tõhustamisel on olulisel määral mõjutanud kogu psühhiaatria arengut ja mainet Eestis.

DR JÜRI LIIVAMÄGI
TÜ emeriitdotsent

Tegevust alustab MRT kool

Eesti Radioloogiaühing (ERÜ) korraldab alates sellest sügisest magnetresonantstomograafia (MRT) koolitusi radioloogidele ja eriarstidele, kes igapäevaselt selle uuringuga kokku ei puutu, aga soovivad oma teadmisi täiendada.

Koolituse eesmärk on õpetada tegevradioloogidele, radio-

loogiatehnikutele, eriarstidele ja residentidele MRT uuringu leiuhindamist.

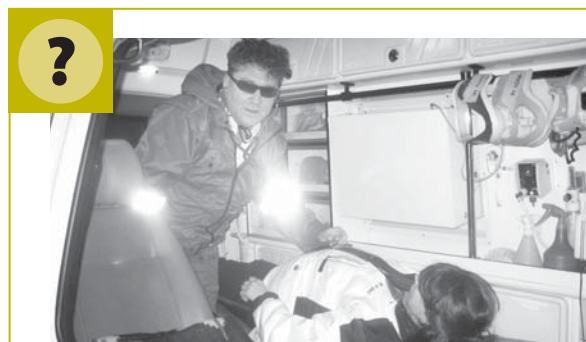
Avaloengud toimuvad Tartus 21. oktoobril ja Tallinnas 3. novembril, kus tutvustatakse MRT uuringute füüsikalisi aluseid. Nendel, kes planeerivad hiljem oma eriala loengutel osaleda, oleks soovitatav kuulata ka avaloengut.

Koolituse korraldamise initsiatiiv tuli radioloogiaühingult,

seda aitavad läbi viia PERH-i ja kliinikumi radioloogid. Edaspidi on kavas neuroradioloogia, muskuloskeletaalaradioloogia ning kõhupiirkonna-, südame- ja onkoloogilise MRT uuringu alased koolitused. Toimumiskohad ja maksumus veel täpsustuvad.

Lisainfo: www.ery.ee

DR PILVI ILVES
ERÜ MRT kooli kuraator,
radioloogiakliiniku juhataja



Eelmises pildimängus küsisime, kes on kiirabiartst.

Õige vastus on naistekliiniku arst **dr Fred Kirss**, kes mängis kolleeg dr Krista Sitska pensionile saatmisel kiirabiartsti, patsiendi rollis oli dr Ülle Kadastik.

Seekord oli eriti palju vastajaid ning mis peamine, kõik vastasid õigesti! Loosi tahtel võitis Kliinikumi Lehe aasta-tellimuse koju dr **Heidi-Öie Jürjenson**. Palju õnne!

KOMMENTAAR

Fotol on näha lavastatud stseen rasedast naisest, kes toodi kiirabiga naistekliinikusse. Patsiendi osas oli dr Ülle Kadastik, kelle peas parukas jónksudes edasi-tagasi liikus, kui dr Krista Sitska tal lohutamiseks juukseid sillitas. Teist nii lõbusat pensionile saatmise üritust ma ei mäleta. Ühtegi pisarat ei valatud. Võib olla oli asi selles, et dr Sitska ise on nii positiivne inimene. Võib olla ka selles, et tegemist on suhteliselt noore pensionäriaga. Ürituse käigus söödi ära suurem hulk pannkooke.

FRED KIRSS
naistekliiniku vanemarst-õppejõud
sünnitusabi ja günekoloogia erialal