

# Kliinikumi Leht

S I S E L E H T 20/20 märts 2000

Tartu Ülikooli Kliinikum

- Prof. Vello Salupere - 7 juubeliküsimust
- Transporditeenistusest
- Kvaliteedikonverentsist
- Uus taastusravikeskus Võrumaal
- Annelinna pansionaat - soodne ööbimisvõimalus
- Residentide õppest

## Prof Vello Salupere - 7 küsimust iseendale (juubeli puhul)

Te olite kliinikumi idee tekkimise juures, kuuludes kõik aastad praeguse kliinikumi eellase juhatuse. Miks oli teie arvates vajalik Tartu Ülikooli Kliinikumi moodustamine?

Enne kliinikumi olid olemas kliinilised haiglad, igauks omaette. Haiglaid juhtisid peaarstid, kes juriidiliselt ei olnud seotud ülikooli kateedritega. Eesti Vabariigi ajal nimetati kliinilised kateedrid kliinikuteks, ent ei seadustatud nende suhteid haiglatega. Säilis puhtal kujul kaksikjuhtimine. Administratiiv- ja osaliselt ka ravitöö juhtimine oli peaarsti ja tema raviuala asetäitja tegevusala, õppe- ja teadustööd juhatas ja korraldas TÜ kliiniku juhataja, valdavalt professor. Koostöö oli rajatud usaldusvahekorrale, mitte aga reguleeritud seadusandlike aktide poolt. Seega oli üks reformimise põhjusi kaksikjuhtimise kaotamine. Kuid oli ka teine ja mitte vähemtähtis põhjus.

Juba Eesti Vabariigi algusaastail oli selgelt ette näha finants- ja majandamisraskusi, mis tabavad eraldiasuvaid haiglaid. Oli erineva finantstausta ja erineva juhtimistasemega haiglaid, millest vähemalt osa oleks uutes tingimustes ähvardanud pankroti ja sulgemine. Seda ei saanud aga lubada, sest arstide ettevalmistamine mingi eriala raviastutuse puudumise korral ei oleks saanud toimida. Kuidas aru saada üldarsti diplomiga arstist, kes ei tea midagi mingist erialast (ei ole seda õppinud). Paratamatus oli säilitada kõik kliinilised erialad Tartus, ükskõik, kas siis valdavalt ambulatoorsetena või ka stationaarse osakonnaga. Sellele ei olnud lihtsalt alternatiivi.

Kriitikat ei kannatanud ka mõnede toonaste ministriumiametnike soovitus viia teatud erialade õpetamine mujale, näiteks Võrru või Viljandisse. Viimane soovitus lähtus täielikust ignorantsusest,



Sisekliiniku juhataja prof. Vello Salupere tähistas 15. märtsil oma 65. sünnipäeva.

sest õpetamine ei sõltu mitte üksi haigestest, vaid akadeemilisest personalist, kes nende haigetega töötab ja nende najal õpetab.

Niisiis, kliinikumi loomine oli paratamatu, kuid Eesti seadusandlikkuse kiire muutumise tõttu ei saanud enam moodustada kliinikumi Tartu Ülikooli vahetus alluvuses. Ülikooli koosseisus ei võinud olla teist juriidilist isikut ja samal ajal oli väljatatud, et maksimaksja ravikindlustuse raha suubuks Tartu Ülikooli ühisesse eelarvesse. Pikad otsingud ja läbirääkimised viisid praeguse sihtasutuseni.

Ometi ei saa öelda, et kõik need sihtasutuse eelased aastad oleksid läinud tühja. Nii mõtteliselt kui ka organisatsiooniliselt valmistati ette praegust kliinikumi. Riigieelarvest saadi hulk aastaid paarikümne-miljonilist toetust, mille abil õnnestus tasuda varem laenu abil osetud instrumentide võlgu, kuid ka soetada uusi. Alustati ühise infosüsteemi loomist, oli ka

muid kasulikke ettevõtmisi.

**Kas praeguse kliinikumi korral on tõesti jõutud ideaalse lähenemiseni, mis ühendab tervikuks ravi, teadusliku ja õppetöö?**

On ja ei ole ka. Juba varem, kui eksisteerisid haiglad ning kliiniku juhataja ja peaarsti vahekorraldus oli normaalne, juhatas kõiki neid sektoreid ühepoolne boss. Oli vaid üks erand: ta ei käsutanud ravimisega seotud raha.

Olen töötanud 37 aasta jooksul koos 6 peaarstiga ja võin kinnitada, et kui vastastikune arusaamine oli olemas, olid kõik need sektorid mõistlikult ühendatavad. Nüüd, kus kliiniku juhataja on iseseisev, tuleb rõhutada, et tema kaudu on kõik need kolm tähtsat tööloiku ühendatud, sest summad igale tööloigule tulevad erinevatest allikatest ja paraku ei sõltu nad üksteisest.

Multiprofiilse kliiniku juhatajana näib mulle, et kõige paremini ühilduvad need

### TEADE

Vastavalt Tartu Ülikooli rektori korraldusele 28. veebruarist on SA Tartu Ülikooli Kliinikumi nõukogu uueks liikmeks professor Heidi - Ingrid Maaros.

Professor Maaros on määratud kirurgiikliiniku juhataja professor Ants Peetsalu asemele.

Nõukogu koosseisu muudatuse aluseks on Sihtasutuse Tartu Ülikooli Kliinikumi põhikiri (punktid 3.16 ja 3.19), professor Ants Peetsalu avaldus ning arstiteaduskonna nõukogu otsus 19. jaanuarist.

tegevuse erinevad osad siis, kui ülikoolipoolne eriala juht on ühtlasi kliiniku osakonna juhataja, tal on doktorandid ning tänu oma aktiivsusele ka piisavalt sihtfinantseeringuid ja grante teadustööks. Ka õppetöö ühendamine ravitööga eeldab, et vastava eriala juht ülikoolist juhataks ühtlasi ravitööd.

**Teatavasti algas aastavahetusel TÜ Kliinikumi kujundamise tähtsaid etappe - tervishoiuasutuste ümberkujundamine ühtselt juhitavaks ja toimivaks kliinikumiks. Sellega seoses kujundatakse välja erialakliinikud kui peamised meditsiinilised struktuuriüksused. Mis on olnud selles protsessis teie meelest kõige raskem?**

Nii nagu iga uue süsteemi ja struktuuri tekitamisel, on meilgi raskusi jätkunud. Osutaksin mõnele neist just kliinikute reorganiseerimise aspektist.

Sisekliiniku näide sellele küsimusele vastamisel on eriti sobiv, sest kõnesolev kliinik on tekkinud 4 erineva tervishoiuasutuse baasil ja koosneb 7 osakonnast, mis asuvad 5 eri paigas. Üks raskus tuleneb just sellest lähtesituatsioonist.

Sisekliinik päris erinevatelt haiglatelt väga erinevalt mõtlevad kollektiivid, kes pole senini suutnud väljuda nn haigla rollist ja identifitseerida end kliiniku osakonnana. Nii sõnas kui ka teos kohtab ikka veel vastandamist stiilis "meie" ja "teie". Näiteks: "Teie ülemõde nõuab meilt seda või teist."

Järgneb lk 4



Arvi Vask, Võru haigla peaarst ja Riho Tapfer, Võrumaa haigla taastusravi keskuse direktor leiavad, et taastusravist kujuneb menukas raviteenus Võrumaa kauni looduse keskel.

## Võrumaa Haigla ja kliinikum arendavad taastusravi

Raha hulk, mida saame kasutada, on alati piiratud. Ja ega edukust määragi mitte niivõrd oskus kuskilt raha juurde võluda, kuivõrd olemasolevate summade efektiivsem kasutamine.

Meenub Tööstuse ja Tööandjate Keskkodu esimehe Henn Pärna kunagisest sõ-

navõtust kõlama jäänud soovitus otsida varjatud reserve sellest ressursist, mis on hetkel olemas. Tervishoiukorralduses tähendab see ravikindlustuse makstavate teenuste hindamist. Keskaigekassas sellega juba ka tegeldakse. Siit jõuamegi suurt ümberkorraldamist ja kõigepealt ehk defineerimist vajava valdkonna - taastusravi juurde.

Järgneb lk 2



## Prof Heidi Maaroo on kliinikumi juhatuse uus liige

Heidi-Ingrid Maaroo on sündinud 1942. aastal, pärit on ta Saaremaalt.

TÜ arstiteaduskonna lõpetas 1966. aastal ja läks tööle Märjamaale - jaoskonnaarstina ja röntgenoloogina. Oli aspirantuuris Tartu Ülikoolis 1968-1971 ning kaitses samas 1971. aastal kandidaadiväitekirja. 1981-1982 töötas dotsendina sisehaiguste kateedris. 1991. aastal kaitses Tartu Ülikoolis meditsiinidoktori kraadi. Valiti polikliiniku ja peremeditsiini korraliseks professoriks 1992. aastal ning taas 1997. aastal.

Heidi-Ingrid Maaroo ülesandeks on olnud peremeditsiini õppeprogrammi loomine üliõpilastele, residentidele ja doktorantidele. On 7 doktorandi juhendaja.

H.-I. Maaroo on end erialaselt täiendanud mitmes ülikoolis: 1986 Helsingi Ülikoolis, 1989 Lübeckis, 1989 Göttingenis, 1990 Lundis, 1992 Londonis ja Tampere, 1993 Londonis, osalenud Oslo Ülikooli kursustel Tartus 1996, 1997 Maastrichtis, 1998 Dubrovnikus ning 1999 Bledis.

1999. aastal oli külalisprofessoriks Sydney Ülikooli perearstiteaduse osakonnas. Prof Maarooil on kõrgem kategooria gastroenteroloogina ja peremeditsiinis, ta on TÜ arstiteaduskonna polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli juhataja. Ka töötab ta ühtlasi gastroenteroloogia, sisehaiguste ja peremeditsiini konsultandina õppetooli õppejõudude perearstikeskuses. On kolme Euroopa Liidu teadusuuringute projekti koordinaator Eestis, *Helicobacter pylori* uuringute koordinaator Põhja-Balti töörühmas, on olnud 4 ETF granti hoidja ning osaleb sihtfinantseeritavas teadustöös koostöös mikrobioloogia instituudiga.

1994. a sai prof Maaroo prof K. Villako juhitud töörühmi koosseisus Eesti riikliku teaduspreemia. Trükist on ilmunud 205 teadusartiklit, monograafia "Helicobacter pylori", peremeditsiini õpik, õppevahendeid üliõpilastele, artikleid ajakirjades ja ajalehtedes. Ka on professor valmistanud interaktiivseid arvuti-õppeprogramme peremeditsiini alal.

H.-I. Maaroo on TÜ arstiteaduskonna prodekaan alates 1996. aastast. Tema koordineerida on olnud internatuur ja arstide erialakoolitus (residentuur). On TÜ nõukogu liige ja arstiteaduskonna nõukogu liige. Osaleb ülikooli õppekomisjoni ja mitme arstiteaduskonna komisjoni töös.

On osalenud perearsti eriala loomisel Eestis ning töötanud mitmes sotsiaalministeeriumi seadusloome töörühmas. Kuulub ka rahvatervise arendamise nõukogusse.

Kuulub Eesti Ettevõtlike Naiste Assotsiatsiooni ning 1994. a valiti ta aasta naiseks. Ameerika Biograafiainstituut nimetas Heidi-Ingrid Maaroo aasta 2000 naiseks teadussaavutuste ja ühiskonna hüvanguks antud panuse eest.



Käivitunud projekti raames on põhjalikult analüüsitud taastusravi hetkeseisu ja vajadusi. Fotol arutelul Arvi Vask ja Riho Tapfer Võrumaa Haiglast ning Mart Einasto ja Maivi Kets TÜ Kliinikumist.

Algus lk 1

Möödunud aasta novembris loodi Võrumaa Haigla ja kliinikumi esindajaist töögrupp, kes pidi leidma, kuidas ühiseid huve silmas pidades arendada aktiivset taastusravi.

Esialgul Lõuna- Eestis kvaliteetset kompleksset taastusravi pakkuvat asutust ei ole, kuid vajadus sellise teenuse järele üha suureneb. Ühelt poolt on see tingitud ravi- ja sotsiaalkindlustuse summade napusest. Teisalt aga iga inimese soovist võimalikult kiiresti võimalikult terveks saada - niivõrd, kui võrd tänapäevane taastusravi ja konkreetne haigus seda võimaldavad.

Sotsioloogilised uuringud näitavad, et ühiskonnas sõltub haige olemise ja ka haiguslehtede pikkus suurel määral tööpuudusest ja keskmisest palgast. Mida kõrgemad on mõlemad näitajad, seda vähem tahame haiget olla.

Tänapäeval peetakse taastusraviks võimalikult varases haigusjärgses faasis rakendatavat ravimeetodit. Eesmärk on, et patsient saavutaks nii füüsilises kui ka psüühilises mõttes haiguseelse seisundi -

seada sel määral, kui see vähegi võimalik on.

Praegu kulub suur osa haigekassade poolt taastusravile määratud summadest sanatoorse teenuse ostmiseks. Korraliku tänapäevase taastusravi võimalused on kesised ja sanatooriumides pakutakse haiguse läbi põdenud inimestele puhke- ja raviteenuse segu.

Projekti raames analüüsiti põhjalikult taastusravi vajadusi ja hetkeseisu. Sai selgeks, et statsionaarset taastusravi on vaja eelkõige mõne trauma või ortopeedilise haiguse üle elanud inimestele. Üks eesmärk on, et inimene ravivoodis võimalikult vähe aega lamaks ning tema edasine ravi märksa odavamal ja patsiendi eripära arvestaval taastusravimeetodil toimuks.

Võrumaa Haigla asukohta, ruumipotentiaali ning investeerimisvõimalusi arvestades oleme sihiks seadnud arendada statsionaarset ja ambulatoorset taastusravi. Taastusravi on Võrumaa Haiglas teiste maakondlike haiglatega võrreldes heal tasemel olnud juba kaua aega, eelkõige traumatoloogias, ortopeedias ning kardioloogias. Seoses sellega hakkas

1. märtsil Võrumaa Haigla koosseisus tööle struktuurilt iseseisev taastusravi keskus, kus on ambulatoorne osakond koos moodsa vesiravilaga ja 15 voodikohaga statsionaarne osakond.

Koostöö edendamise käigus on praegu uurimisobjektiks turuosa suurus lahtuvalt Lõuna- ja Kesk-Eesti maakondade vajadusest; patsientide voo tagamine kliinikumi kaudu, samuti ka võimalikud rahastamiskeskused koostöös haigekassadega. Lähitulevikus peaksid mõlemad koostööst huvitatud pooled jõudma ühise ettevõtte - Lõuna-Eesti Taastusravi Keskuse moodustamiseni.

Loodame, et tulevane taastusravi keskus Kubijal - keset kaunist Lõuna-Eesti maastikku - kujuneb statsionaarse taastusravi kõrval populaarseks keskuseks ning pakub abi nii traumatoloogilistele kui ortopeedilistele haigetele.

**ARVI VASK,**  
Võrumaa Haigla peaarst

**RIHO TAPPER,**  
Võrumaa Haigla taastusravi keskuse direktor

# Transporditeenistuse korraldamisest

Mullu kevadel, kui haldusteenistusi käivitati, arutasime ka transporditeenuse korraldamist. Eesmärgiks oli välja töötada võimalikult ökonoomne ja paindlik süsteem, mis meie töötajaid rahuldaks.

Endistes haiglates olid kasutusel nn ametiautod, mille ülalpidamise kulud olid eri raviasutustes väga erinevad. Kliinikumis tervikuna moodustas see kokku arvestatava kulu. Transporditeenistuse moodustamisel võeti sinna üle kõik 63 sõidukit ning alustati vanade ja kliinikumi põhitegevuseks mittevajalike sõidukite müümist avaliku enampakkumise korras. Oksjoneil on praeguseks müüdud 38 sõidukit, kasum müügist on 555 932 krooni. Tänavu märtsis-aprillis tahame veel 8 autot ära müüa.

Kliinikumi juhatuse otsusega kehtestati 1999. aasta III ja IV kvartaliks esmasel transpordilimiidid isikliku sõiduki kasutamisel töökohustuste täitmiseks ning koostati kasutajate nimistu. Aasta lõpuks saavutati transpordilimiitide rakendamise kokkuvõtteid 74 000 krooni.

2000. aasta algusest on kehtestatud transpordilimiidid isikliku sõiduki kasutamisel töökohustuste täitmiseks kliinikute ja osakondade juhatajatele, kliinikumi ülemõele ja teenistuste direktoritele. Nendel inimestel on õigus vastavalt vajadusele määrata transpordilimiite ka oma alluvatele või taotleja nende kehtestamist.

Transpordilimiitide piires rahastamine



Tänavusest aastast on kliinikumis kehtestatud transpordilimiidid isikliku sõiduki kasutamisel. Need, kellel isiklikku autot ei ole, saavad transpordilimiidi ulatuses kasutada taksot.

toimub struktuuriüksuse eelarvest. Töötajad, kellel ei ole isiklikku sõidukit, võivad kehtestatud transpordilimiidi ulatuses taksot kasutada.

Oleme läbiviinud uuendustele ka mitmesugust vastukaja saanud. Positiivseks peetakse ööpäevaringse tellimise mugavust, kiirust ning seda, et tänu plasttaksokaartidele pole vaja sularahas maksta. Negatiivse küljena väidetakse, et taksosid ei kasutata alati sihipäraselt: taksot tellitakse liiga sageli, seejuures ka tööle ja koju sõiduks. Kuna see on ametiautode ülalpidamisest odavam, ei ole siiski põhjust piiranguid rakendada.

Praegu kehtib kliinikumis taksode kasutamise soodusleping OÜ Rivaali Taksoga. Sõiduhind moodustub alljärgnevalt: sõidulustustasu 10 kr, ootetund 90 kr,

sõidukilomeetri hind 5. 50, miinimumtasu sõidu eest 25 kr.

Alates 13. märtsist saavad struktuuriüksused tellida analoogset, kuid odavamalt teenust ka kliinikumi transporditeenistusest. Siis maksab kilomeeter 5 krooni ja tasu võetakse ainult läbitud kilomeetrite eest, mingeid lisatasusid ei nõuta. Autot saab tellida tööpäeviti kella 9-17 transporditeenistuse dispetšerilt. Rakendame seda teenust esialgu ühe kuu jooksul, kui tulemus õigustab end, jätkame edaspidi.

**MALLE KEIS,**  
juhatuse liige

# Annemõisa pansionaat on soodne majutusvõimalus

Viie aasta eest, kui Tartu hoo- gustus meditsiinitöötajate täiendõpe, tekkis vajadus lisaks kursustele ka soodsa hinnaga öö- maja pakkuda.

Niisiis loodigi 1995. aastal täienduskur- suste saabunud meditsiinitöötajatele ühiselamu - Annemõisa pansionaat, mis oma loomisest kuni 1999. aasta kevadeni kuulus onkoloogiahaigla alla, sealt edasi aga kliinikumi majandusteenistuse koos- seisus.

Nüüd võiks pansionaati võrrelda pigem külalistemaja kui ühiselamuga, sest kogu tegutsemisaja jooksul on teenust pidevalt edasi arendatud. Suuremad muutused selles vallas toimusid eelmisel aastal, mil erilist tähelepanu sai pööratud teenuse kvaliteedi taseme tõstmisele ja kliendikesksemaks muutmisele. Mõõ- dunud aasta lõpus läbi viidud kliendi rahulolu uuringust selgus, et see läks igati korda. Külastajad on pansionaadiga rahul ning meil on välja kujunenud suur hulk

püsi kliente. Pansionaati külastavate ini- meste ring on oluliselt laienenud - peale täiendusele saabuvate meditsiinitöötajate pakume majutusteenust kõikide kliiniku- mi struktuuriüksuste ja Tartu Ülikooli külalistele, nädalavahetustel aga peatuvad meil TÜ avatud ülikooli üliõpilased.

Voodikohtade arvu poolest kuulub pan- sionaat keskmise suurusega majutuskoh- tade hulka, üheaegselt on võimalik maju- tada 54 külastajat. Majutusruume on kokku 31, neist 13 ühekohalist, 13 kaheko- halist ja 5 kolmekohalist tuba. Toad on ken- nad ja korralikud ning pansionaadi põhi- klientuuri - kursuslaste jaoks praktilise si- sustusega. Igal korrusel on külastajate kä- sutuses teleriga puhketoad ja köögid. Puhketoad on külastajate seas väga popu- laarsed. Õhtuti, peale väsitavat koolitööd, on erinevatest piirkondadest tulnud sama eriala inimestel seal meeldiv võimalus kokku saada ja mõtteid vahetada. Et külas- tajate viibimist pansionaadis veelgi meel- divamaks ja mugavamaks teha, kuulub majutusteenuse juurde ka hommikune toitlustamine.

Hinnad pansionaadis on soodsad, laupäeviti ja pühapäeviti kehtib 20% hinnasoodustus:

koht 1-ses toas hommikusöögiga	250.- (L, P 200.-)
koht 2-ses toas hommikusöögiga	200.- (L, P 160.-)
koht 3-ses toas hommikusöögiga	150.- (L, P 120.-)

Täpsema info saamiseks ja kohtade broneerimiseks palume helistada tel. 486 592 või 250 10 371

www.kliinikum.ee/pansionaat/  
Pansionaadi aadress on Mõisavahe 66, Tartu.

**MONIKA TUVIKE,**  
Annemõisa pansionaadi juhataja



Kliinikumi preemia kandidaatide esitamise tähtaeg on 17. aprill

**Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum kuulutab välja**

**KLIINIKUMI PREEMIA,**

mille eesmärk on tunnustada teenekaid Eesti arste, kes on silmapaistva tege- vusega andnud olulise panuse Eesti ter- vishoiu ja ühiskonnaelu arengusse ning inimeste tervise parandamise heaks.

Preemia (neto) suuruseks on viieteist miinimumpalka.

Preemia antakse üle kliinikumi aastapäeva pidulikul üritusel mai algul. Kliinikum asutati 1. mail 1804. aastal.

Kliinikumi preemia saajale antakse vastav tunnustus ning preemia annab, laureaadile üle kliinikumi juhatause esi- mees Jaanus Pikani.

Vastavalt preemiastatuudile on kan- didaatide esitamise õigus kõikidel Eesti tervishoiuasutustel, erialaseltsidel, Eesti Arstide Liidul, Eesti Haiglate Liidul ja Tartu Ülikooli arstiteaduskonnal. Iga institutsioon saab esitada ühe kandidaa- di.

Ühele isikule saab preemiat määrata üks kord. 1998. aastal valiti preemia lau- reaadiks professor Arvo Tikk, 1999. aastal professor Endel Tünder.

Preemiakandidaatide andmed palu- me saata koos kirjaliku elulookirjelduse ja lühikese põhjendusega (koolkonna loomine, arstkonna koolitus, uute ravi- diagnoosiameetodite loomine ja kasu- tuselevõtmine, eriala arendamine jmt)

17. aprilliks aadressil  
Puusepa 1a, Tartu 50406,  
SA Tartu Ülikooli Kliinikumi  
kantselei või e-posti aadressile  
Kristi.Tael@kliinikum.ee

Tartu Ülikooli Kliinikumi juhatause nimel  
**KRISTI TAEI,**  
avalikkussuhete juht

## Kvaliteedikonverentsist

10. - 11. mail korraldab Tartu Ülikooli Kliinikum koostöös sotsiaal- ministeeriumi, keskaigekassa, Tartu Ülikooli, Eesti Arstide Liidu ja Eesti Haiglate Liiduga rahvusvahelise konverentsi, mille teemaks on "Kvaliteet tervishoius".

Konverentsi "Kvaliteet tervishoius" esialgne päevakava:

**Kolmapäev, 10. mai**

I sessioon 10.00 - 12.30

"Konverentsi avamine" - **Eiki Nestor**, sotsiaalminister  
**Prof. John Ovreteit**, Nordic School of Public Health, Rootsi -  
"Quality in health care - what we know and what we need to know".  
**Dr. Göran Hellers**, Scandinavian Care Consultants AB, *medical director*,  
"Cost control and cost management go hand in hand with increased quality".

Lõuna 12.30 - 13.30

II sessioon 13.30 - 16.30

"Juhtimissüsteemi kvaliteedi arendamine Tartu Ülikooli Kliinikum - ohud ja võimalused" - **Mart Einasto**, Tartu Ülikooli Kliinikumi juhatause liige  
"Ravijuhtnõuandmist arsti pilgu läbi - kogemused Charite kliinikus" -  
**dr. Friedrich Köhler**, Universitätsklinikum Charite  
"Kvaliteedisüsteemi rakendamine teenindusettevõttes" -  
**Asko Talu**, TNT Express Worldwide Eesti piirkondlik juht  
"Radioloogiaprotseduuride juhised" - **dr. Sergei Nazarenko**,  
Tallinna Keskaigla radioloogia osakonna juhataja  
"Juhtnõuandmist onkoloogias" - **dr. Peeter Padrik**, Tartu Ülikooli Kliinikumi hematoloogia-onkoloogiakliiniku direktor  
"Perinataalse ravi kvaliteedist Eesti haiglates" -  
**dr. Anne Ormisson, dr. Aivar Ehrenberg**, Tartu Ülikooli Kliinikum

**Neljapäev, 11. mai**

III sessioon 10.00 - 12.00

"Kvaliteet praktikas" - **Maris Jesse**, keskaigekassa direktor  
"Accreditation and its contribution to the improvement to quality in health services" - **prof. Ellie Scrivans**, Keele'i Ülikool, Inglismaa  
"ISO 9000 standardile vastavus - üks kvaliteedijuhtimise arenguettappidest" -  
**Jari Kukkonen**, Business Grain Eesti

Lõuna 12.00 - 13.00

IV sessioon 13.00 - 15.00

Ümarlaua diskussioon

Kuna konverentsini on veel aega, on võimalik, et esialgses kavas tekib muuda- tusi. Praegu käivad läbirääkimised veel mõne võimaliku esinejaga. Loodame, et need lõpevad edukalt.

**Lühidalt konverentsi peaesinejast professor John Ovreteidist.**

Professor Ovreteit töötab tervishoiu poliitika ja -korralduse professorina Rootsi Nordic School of Public Healthi juures, samuti ka Bergen Meditsiiniakademiis. Viimases on tema juhendatud Norra diplomijärgne tervishoiukorraldajate koolitus.

Ilmselt põhineb John Ovreteit tuntu- just tema panusel tervishoiukvaliteedi

uurimisel ja parendamisel. J. Ovreteit sellealased raamatud on võitnud mitmeid auhindu, kuna ta on neis pakkunud ka praktilisi lahendusi. Viimased raamatud professori sulest on "Evaluating Health Interventions" ja "Comparative and Cross Cultural Health Research".

Konverentsi keel on inglise keel, kuid soovijail on võimalik kuulata sünkroon- tõlget eesti keelde.

Registreeruda saab interneti vahendusel kliinikumi koduleheküljel - www.kliinikum.ee/kvaliteedikonverents.

ARVAMUS

## Residentide õpe

Tänavune aasta on kliinikumis kaasa toonud segadusi resi- dentide ja residentidõppe kor- raldusega. Palju on räägitud residentuuri rahastamisest ja põhjendatult - see on oluliselt vähenenud.

Kindlasti on igas mõõnas ka pisuke head. Arvan, et tänu kogu poleemikale on nii residentide kui kogu residentuuri probleemistiku tõsiselt analüüsitud. Tooksin ülevaate, kuidas resident üldse residentuuri jõuab.

Esmalt läbitakse arstiõpe, mis kestab kuus aastat. Sellele järgneb 1-2-aastane internatuur, ja noor tohter saab kätte üldarsti kutse. Seega, temast on saanud arst.

Eriarstikutse omandamise põhiliseks vormiks on statsionaarne õppimine residentuuris. Pärast residentuuri peab resident olema võimeline töötama iseseisvalt vastava eriala spetsialistina.

Residentuur kestab 2-5 aastat. Esi- mene aasta sisaldab 2-nädalast teo- reetilist koolitust ja 41-nädalast prak- tilist koolitust. Seega on programmi jär- gi residentil võimalik 2 kuu jooksul iseseisvalt õppida või puhata.

**Õppe liik**

**Aastad**

Diplomieelne õpe 6

Internatuur 1-2

Residentuur 2-5

Kokku 9-13

**Arst-residenti õigused**

Residentil on kõik arsti õigused ja kohustused, mis tulenevad tema seni- sest väljaõppest. Seega vastutab resi- dent kõige eest, mis ta teeb. Tark juhenda- daja annab residentile sellist tööd, mil- lega ta toime tuleb.

**Arst-residenti kohustused**

Resident peab õppima juhendaja käe all arsti erialal praktiseerides ning tege- ma samal ajal tööd, mis moodustab vähemalt poole arsti töömahust.

Näiteks tuleb teha 24-tunniseid valveid. Pole öeldud, et need valved on tasuta. Ka tuleb residentil osa võtta erakorralise arstiabi andmisest haiglas.

Leian, et oma õiguste ja kohustuste teemal tuleks residentidel endil kõve- mini kaasa rääkida. Nad ei tohiks lep- pida olukorraga, kus neil pole või- malust saada teoreetilist koolitust, valveid, tasu tehtu eest - ühesõnaga täita õppeprogrammi.

Samuti peaksid arst-õppejõud arves- tama enam sellega, et resident on üld- juhul arukas ja suudab välja pakkuda ideid residentuuri paremaks korral- damiseks.

Soovin rahulikku arstiõppe jätku- mist kliinikumis nii residentidele kui arst-õppejõududele!

Jaak Nilsoni foto



Arst-resident  
**REIN LUUK**

Algus lk 1

Muidugi on kõigis osakondades inimesi, kes kohanevad uute tingimustega kiiremini ja paremini, ent on väga halb, kui praegune osakonnajuhataja ja vanemõde ei tunneta ühtset vastutust kliiniku kui terviku töö eest. Pidevalt võib tunda püüdu saada oma osakonnale nii palju eelistusi kui võimalik, hoolimata sellest, mis saab teistest osakondadest ja kliinikust tervikuna.

Teine sama lähtealusega negatiivne nähtus johtub töigast, et erinevalt mõtlevad ja end identifitseerivad kollektiivid saime erinevatest haiglatest, seega mahult sama tööd tegevatel inimestel erineb lepingujärgne palk tihti poole kuni kolmandiku võrra. Oeldu kehtib nii arstide, õdede kui ka teiste töötajate kohta. See ei ole enam üksnes psühholoogiline, vaid ka majanduslik tegur, ju on kliinikumi juhatus seisukoht, et sama töö eest peab saama ka samasuguse tasu.

Arvan, et ajapikku ka see tööd takistav tegur väheneb ja kaob. Ei oleks midagi lihtsamat, kui kõigi palgad kerkiksid kõrgeima plaga tasemele, kuid palgafond ja haigekassalepingud on väga kindlad suurused, nii et vaevalt seda lähitulevikus toimub.

Minu arust on kliinikum tervikuna situatsioonis, et palgu saab tõsta küll, kuid selleks peab vähendama töötajate arvu. Kuid see eeldab suuri kompensatsioonisummasid, mida pole kusagilt võtta. Ka on seda, et teatud töö tegemiseks on alati mingi kriitiline töötajate arv, millest allapoole enam minna ei saa.

**Kuidas te hindate kliinikumi juhatus rolli kliinikute tekitamise äreal ajal. Kas midagi oleks saanud rohkem või teisiti teha?**

Küsimus on delikaatne, sest kõrvalseisev vastaja ei peagi teadma kõiki asjaolusid ja motiive, miks talitati ja talitatakse just nii aga mitte teisiti. Kuid teatud küsimused siiski tekivad ja olgu neist mõnele sellele vastuses osutatud.

Kliiniku juhatajana ootaksin ma kliinikumi juhtidelt kindlmaid ja konkreet-

semaid otsuseid. Ühest küljest nii nagu otustatakse, kinnitades näiteks osakonna arstide ja õdede arvu, kuid teisest küljest puudub senimaani otsus, mis kinnitaks, mitu voodit selles osakonnas on.

Kliinik ei saa omatahtsi kujundada osakonda, teha ruumiprogrammi, taotleda remonti jmt, kui pole teada, mille jaoks me seda teeme.

Meilt küsitakse, kas teil ikka raha selleks on, et avada nii ja nii palju voodeid, - nii nagu sõltuks haigekassaleping üksnes kliiniku esindaja jutust haigekassa esindajaga. Toon konkreetse näite. Sisekliiniku struktuuris on meie poolt taotletava 25-voodilise suurusega siseosakond, mis 90% ulatuses ravib Tartu linna haigeid, valdavalt gerontoloogilist kontingenti, kellel on korraga palju haigusid.

Leping Tartu haigekassaga aga ei võimalda praeguse jaotuse korras nii suure osakonna tööd. Ometi on üks sihtasutuse omanikke Tartu linn ning seetõttu oleks kliinikumi nõukogus olevate linna esindajate püha kohus ravikindlustuse nõukogu kaudu vajalik leping saada. Ei ole kuulnud, et see meie ettepanek oleks kliinikumi juhatuselt kaugemale läinud - aga ma ei peagi teadma kogu kõõgipoolt. Igal juhul on selles küsimuses selgelt viitsütikuga pomm, mida sisekliinik oma jõududega kahjutustada ei suuda.

Teisest küljest ei ole kliinikutel piisavat vabadust olemasolevate seaduste ja rahaliste vahendite piires teha kiireid iseseisvaid otsustusi.

Kliinikumi juhatus kehtestatud protseduur on aga tihti liiga aeganõudev ja kohmakas. Näiteks on sisekliinikul hädavajalik tekitada

kliiniku sekretäri koht olemasoleva palgafondi piires, ja kiiresti, sest sekretäri puudumine takistab juba tööd. Selleks tuleb esitada taotlus juhatusel koos pika põhjendusega ja muidugi ametijuhendi projekt, ehki selle kinnitatud varianti pole. See kõik võtab nädalaid, aga töö ei oota! Kõige selle tõttu on raske mõista, miks ei saa seda teha operaatiivselt paari päeva jooksul.

Ja lõpuks osutaksin veel ühele juhatusel ja kliinikute vahelisele probleemile. See on õige ajastatus. Toon selle kohta näite. Mittemeditsiinilised teenistused loodi tunduvalt varem kui kliinikud. Hüva, teatud määral on see õige.

Ent oleks olnud hea ette näha, et hulk teenistusi alustas "huugavat" tegevust juba siis, kui kliinikuid veel polnud, nõudes kõikvõimalikke andmeid. Näiteks IT nõudis kliiniku struktuuri, asukohta, töötajate arvu, arvutipargi olemasolu jt andmeid juba siis, kui kliinikud olid veel loomata. Struktuur oli kinnitamata, polnud ühtegi inimesi, kes oleks kohale valitud jne.

Pidin korduvalt sellest teenistusi informeerima. Veel hiljaegu ei teadnud terve hulk teenistusi, et haiglaid enam pole. Vähemalt nii võis välja lugeda vastavatest tsirkulaaridest.

Kindlasti on väga tähtis õpetada kliinikute inimestele õiget ja nüüdisaegset juhtimist. Kuid kas maksis seda teha siis, kui midagi juhitud veel polnud (enne aastavahetust) ja kliinikud tegelesid väga oluliste, eksistentsi valdkonda kuuluvate probleemidega (personali konkurss, palgalaibirääkimised jne)?

**Üld- ja eriarstiabi vahekorrad, eriti kõik see, mis seostub perearsti institutsiooni kujundamisega, on tõesti üks kuumimaid probleeme Eesti meditsiinis. Mis on teie arvates üldarstiabi ja eriarstiabi vahekorras kõige olulisem ja kuidas peaksid nad toimima Eesti konkreetsetes tingimustes?**

Kõige lühem vastus sellele küsimusele oleks: üldarstiabi ja eriarstiabi peavad toimima koos, teineteist täiendades. Ja seda nad ka Eesti oludes valdavalt teevad. Kuid kogu küsimuste ring selle ühtse protsessi osades on seotud sellega, kuidas neid Eesti korraldada nii, et üks teise üle ei domineeriks, teise tegevusala ei ahistaks ja ka rahaliste eraldiste poolest teisest põhjendamatult eelistatum poleks. Ja siin



Jaak Nilsoni foto

**Kliinik ei saa omatahtsi kujundada osakonda, teha ruumiprogrammi, taotleda remonti jmt, kui pole teada, mille jaoks me seda teeme.**

saaks nii mõndagi paremini korraldada.

Kahjuks on püütud just üldarstiabi Eestis arendada nii, nagu tehtaks seda tühjalt kohalt ja kõikjal ühtmoodi. Minu nägemist mööda oleks võinud olla teatud üleminekuperiood, mil sõltuvalt tingimustest oleks kusagil töötanud tõelised perearstid, kes tunnevad lapsi ja täiskasvanuid; kusagil aga üldarstid, kes koostöös oma tegevust kusagil, kus on säilinud hea meditsiiniline infrastruktuur polikliinikute näol on perearstide ühendused oleksid võinud toimida polikliinikute baasil. Ükskõik, mis värvi on kass, peaaes et ta hästi hiiri püüaks. Nii kõlab Hiina vanasõna.

Teiseks on liiga vähe tähelepanu, eriti seadustamisel, pööratud eriarstiabile. Nagu paljude erialade aspektist tundub, on üldarst pandud eriarstidele nagu väravavahiks. See pole mitte üksnes solvav spetsialistile, vaid ka finantsiliselt lähimõtle-mata. Minu jaoks oli õige kummaline 90-ndate aastate alguses kuulda mõnede perearstide

eestvõitlejate ütlusi, et perearst on targem kui spetsialist ja hakkab paljus teda asendama. Ei ta asenda ühtegi, sest nii nagu on omad targad ja rumalad olemas spetsialistide seas, nii on nad ka üldarstide hulgas.

Lootus jääb, et uute, väljatöötamisel olevate seadustega pannakse paika eri tasandite arstiabi, nii et üks ei toimiks teise arvel. Mõlemad on ühe puu oksad ja arsti-teadusele tervikunavajalikud.

**Viimasel ajal kõneldakse ja kirjutatakse väga palju arstiabi madalast kvaliteedist Eestis. Kas on see tõesti nii?**

Me elame muutvas maailmas, mis pealegi on palju rohkem avatud maailm kui lähiminevikus. Järelikult, paljud probleemid jõuavad kohe ja paiguti toorena ajakirjanduse veergudele. Palju sõltub ka ajakirjanduse eelarvamuslikust lähemisest. Kui tahetakse uskuda, et arsti-teadus Eestis on kehva, palju kehvem kui mujal, siis see ka niisuguse tonaalsusega esitatakse. Unustatakse, et võiks enne küsida ka asjatundjate arvamust - "auditur et altera pars". Millegipärast usutakse järjepanu, et meditsiin on kinnine tsunft, kus mundriau on alati kõige olulisem.

Olles kliinikumi esindaja sotsiaalministeeriumi arstiabi kvaliteedi komisjonis -, tõi küll, veel väga lühikest aega -, võib juba osutada teatud probleemidele, mis tõsiselt rikuvad meditsiini head mainet. Esiteks ei ole arstikonnas ja tervishoiuasutustes tervikuna veel juurdunud mujal maailmas üsna endastmõistetav ja rangelt järgitav nõue informeerida haiget ja/või omakseid detailselt sellest, mida kavatsetakse teha, mis on diagnostilise ja raviprotseduuri mõte, millised on võimalikud ohud ja mida halba tunneb haige selle toiminguga ajal ja pärast seda.

Kui see juba "unustatakse", siis ei võeta ka haigelt kirjalikku nõusolekut arsti toiminguga. Lõviosa meditsiiniga seotud negatiivseid ilminguid põhineb just ülaltoodud tegematajätmisele, teisisõnu: arsti ja haige suhetes vajab paljugi veel parandamist.

Teiseks: suur osa arstiteadust negatiivselt iseloomustavaid probleeme on seotud kahjuks veel erameditsiiniga ja just nende erialadega, kus erameditsiini osakaal on suurim. Mõtlen siin stomatoloogiat ja günekoloogiat. Siit järeldub, et erialane kontroll eriarstide tegevuse üle peab olema palju parem ja et üldsust ei maksaks desinformeerida väitega, et erapraxis on parem kui riiklikes või munitsipaalasutustes viljeletav. Nõuded ja kontroll peavad nii ühe kui teise üle olema ühesugused.

Meenub juhtum, kus eraarst käis lõikustki tegemas teises linnas, kohe peale lõikust kiirustas aga kodulinna tagasi, jättes postoperatiivse haige teiste arstide hoole alla. Ka unustas ta haiget informeerimast võimalikest tüsistustest ja temalt nõusolekut küsimast. Kui haigel tekkis haruldane postoperatiivne tüsistus, millest haige arstile telefoni teel teatas, saatis too haige munitsipaalasutuse kolleegide hoole alla. Nii ei tohiks küll erapraxis toimima.

**Teie 65. sünnipäeval on paras küsida - kuidas hindate põlvkondade suhet kliinikutes, kas on ehk liiga palju eakaid või väga noori arste?**

Ma olen kindlalt seda meelt, et ühes pikaaegses keskkonnas - aga kliinikud kahtlemata seda on - peab üheaegselt olema tööl mitmes vanuses inimesi. Meditsiin on praktiline eriala, kus kõike ei saa otustada ainult üksi õpitud teadmiste põhjal, vaid vaja läheb ka kogemust. Seetõttu on arsti tegevuse kuldaastad 35.-50. Sel ajal on juba piisavalt kogemust teha parimaid otsustusi, aga veel küllaldaselt motiivi end toimuva käsiraamatute ja perioodika varal kursis hoida. Eakamad on noortele eeskujuks, kuidas ühes või teises situatsioonis toimida, mille poole püüda. Noortel on energiat, et uut otsida ja teha, sisuliselt areneda.

Kui kujutame ette olukorda osakonnas, kus kõik oleksid pensionieelikud, siis tõenäoliselt valitseks rutiin ja midagi uut ja riskantsemat ei üritatakski teha. Kui kõik oleksid aga verisulis noored, siis võimendaksid nad omaenda olematut tarkust ja tegevuse risk läheks pahatihti mittemõistlikult suureks.

Kui sellest aspektist vaadelda kliinikute probleeme, siis minu isikliku arvamuse põhjal, on probleemiks see, et liiga domineeriv on põlvkond vanuses 50 pluss-miinus 5 aastat tähendab teatud ohtu.

Vanaks saavad kõik, see protsess ei ole kontrollitav, ent hädasti oleks vaja kanaleid uute noorte aktiivsete ja edumeelsete arstide juurdetulekuks kliinikutesse. Takistab seda aga asjaolu, et pole vabu kohti. Kohad on hõivatud tublide arstide poolt, kes kahjuks aga noorte kategooriasse ei mahu.

Ja veel, et Eesti inimesed on asjaolude sunnil väga elukoha (s.o.linna) kesksed, siis toob konkursile Tartusse inimesi Tallinnast vaid tublisti parem töö ja sotsiaalolud (palk). Seepärast ei usu ma, et lähiaastatel olukord väga olulisel määral muutuks.

Sisekliiniku juhataja  
prof. Vello Salupere tähistas 15. märtsil oma 65. sünnipäeva.

Palju õnne kogu kliinikumi poolt!

## Ravimifirma Lundbeck korraldab koostöös TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliinikuga teabepäeva

teemal

**"Psühhiaatriaalsed probleemid arsti igapäevatoos"**

5.aprillil psühhiaatrikliinikus  
Raja tn. 31 /suur auditorium/

### Programm

13.00	<b>Teabepäeva avamine</b> Piret Müürisepp, Lundbeck Eesti AS
13.05 - 13.30	<b>Depressioon ja ärevushäired.</b> <b>Ravivõimalused ja raviprintsiibid</b> Prof. Veiko Vasar, psühhiaatrikliinik
13.30 - 14.15	<b>Paanikahäire üldmeditsiinilised aspektid</b> V.ass. Jakov Šlik, psühhiaatrikliinik
14.15 - 14.50	Lõuna
14.50 - 15.20	<b>Depressiooni ja ärevuse mõõtmise</b> V.ass. Anu Aluoja, psühhiaatrikliinik, psühholoog
15.20 - 16.10	<b>Psüühikahäired vanemaealistel. Raviprobleemid</b> Dots. Lembit Mehilane, psühhiaatrikliinik
16.10 - 16.30	Kohvipaus
16.30 - 16.50	<b>Olulisemate tsütokroom P450 (CYP) ensüümide tähtsus ravimite metabolismis ja koostoidetes.</b> Piret Müürisepp, Lundbeck Eesti AS
16.50 - 17.00	<b>Teabepäeva lõpetamine</b>

## Kliinikumi Leht

TOIMETAJA: SVEA TALVING  
KEELELINE KORREKTUUR:  
KRISTA LEPPIKSON  
KUJUNDUS: INDREK KÖSTER

TOIMETUSE E-MAIL JA KONTAKTANDMED:  
kliinikumileht@cut.ee  
svea.talving@ispfactum.ee  
TEL. 2 677 9027, FAKS 27 44 9402

KLIINIKUMI LEHT ILMUB  
1 KORD KUUS  
TRÜKK: LAKRITO.  
TRÜKIARV 2000 EKS.