

Kliinikumi Leht

S I S E L E H T nr 79 Oktoober 2005

• Kliinikumi teadustöö preemia

• Eesti Õde-urijate Nõukogu konverents

• Kriisiõppus



Professor Wolfgang Konertz.



Dr Toomas Aro.



Fotod: Jaak Nilson

Dr Toomas Aro ettekanne osakonna ajaloost tõi muige suule paljudele.

Kardiokirurgia osakond 30

16. septembril tähistas Tartu Ülikooli Kliinikumi kardiokirurgia osakond 30. aastapäeva rahvusvahelise konverentsiga.

16. septembril tähistas Tartu Ülikooli Kliinikumi kardiokirurgia osakond oma 30. aastapäeva. Iseseisev südamekirurgia osakond asutati prof Albert Kliimani initsiatiivil 15. septembril 1975. aastal. Mainimist väärib fakt, et juba enne spetsialiseeritud osakonna avamist oli tehtud ligi 500 südameoperatsiooni. Osakonna loomise algusest peale töötavad seal dr Mati Ress, dr Elvi Liiv ja dr Tähti Saar ning õde Aime Nurk. Pikka aega töötasid osakonnas dots Ernst Kõo, dots Jüri Samarütel, dr Silvi Saretok ja dr Jüri Väli.

Aastapäevale oli pühendatud rahvusvaheline konverents, mis toimus prof Artur Linkbergi nimelises auditoriumis. Konverentsi korraldamise põhjuseks on asjaolu, et viimase kümne aasta jooksul on osakonnal välja kujunenud märkimisväärsed koostööprojektid Euroopa kolme südamekirurgia keskusega. Need koostööprojektid ei ole olnud ainult formaalselt laadi külastusvisiidid, vaid on päänud tõsise kliinilise ja teadusliku koostööga, millest on kasu tõusnud kõikidele osapooltele. Mis veelgi tähtsam, koostööprojektidest on väga palju võitnud meie patsiendid.

1997. aastal algas koostöö prof Jarle Vaagega ja Stockholmi Karolinska Haigla torakaalkirurgia keskusega. Prof Vaage juhendamisel kaitses 2002. aastal Stockholmi Karolinska Instituudi juures doktoritöö dr Peeter Tähepõld. Käesoleval ajal valmistub doktoritöö kaitsmiseks dr Arno Ruusalepp, kelle juhendajaks on samuti prof Vaage, nüüdseks Oslo Ülikooli Ullevali Haigla kirurgiaprofessor.

1998. aastal käivitati programmi "Partnership for the Heart" raames koostöö Saksamaa juhtivate südamekirurgia keskustega, eelkõige prof Wolfgang Konertzi poolt juhitud Humboldti Ülikooli Charite Haigla kardiokirurgia keskusega. Mainitud keskuses on opereeritud ka kolme komplitseeritud südamerikiga last Eestist. Alates 2000. aastast on prof Konertz regulaarselt käinud oma meeskonnaga

opereerimas Tartus. Igal külastuskäigul on koostöös Tartu kardiokirurgidega opereeritud 2-3 keerulise südamerikiga patsienti. Aastast 2005 on prof. Konertz Tartu Ülikooli külalisprofessor. (*Pikem kirjutis Eesti ja Saksamaa lastekardiokirurgia koostööst ilmub väljaande "Meditšiniuudised" käesoleva aasta 13. septembri numbris.*)

Aastatel 2003-2004 töötas dr Eve Int Kasseli Kliinikumis Saksamaal. Sellest on välja kasvanud hea partnerlus dr Hermann Sonni poolt juhitud Kasseli südamekirurgia keskusega ning dr Andreas Fiehni poolt juhitud kardiostaesia ja -intensiivravi üksusega.

Aktiivne koostöö eepool nimetatud keskustega andis ka põhjuse palumaks kõigi kolme keskuse juhtidel esineda aastapäeva konverentsil ettekannetega tänapäeva südamekirurgia aktuaalsetel teemadel.

Kasutades arhiivifotosid ja filmimaterjali tõi kuulajateni ülevaate osakonna kujunemisest selle praegune juhataja dr Toomas Aro. Faktirikas peatükk kardiokirurgia osakonna ajaloost on ilmunud dots Jüri Samarüteli ja osakonna kauaaegse juhataja dr Mati Ressi sulest Tartu Ülikooli Kliinikumi 200. aastapäeva puhuks välja antud ajalooaamatus.

Enda originaalkarikatuuridega illustreeritud ettekandes tõi dr Mehis Mikkel esile tänapäevase potentsiaalse vastasseisu interventsionaalsete kardioloogide ja südamekirurgide vahel. Olles ise nii aktiivne interventsionalist kui kirurg, tõdes dr Mikkel, et tööd jagub mõlemale poolele ja ühes paadis ühiselt sõudes jõutakse ka soovitud eesmärgile.

Prof Vaage ettekanne käsitles südamekirurgiaga (iseäranes kehavälise vereringega operatsioonidega) paratamatult kaasnevat probleemi organite kahjustusest ja kaitsest. Kui organikaitset pakkuvate stiimulite toime mehhanismid kunagi lõplikult selgeks saaksid, suudaks farmatööstus ehk ideaalis välja töötada

ka ravimi, mille lõikuseelne manustamine kaitseks mistahes organit potentsiaalse kahjustuse eest.

Prof Konertz rääkis kudede inseneritehnoloogilise töötlemisest ning nende kasutamisest kaasasündinud südamerikete korrektsioonis. Tänu koostööle prof Konertziga on ka meie osakonnas järjest enam kasutatud leidnud vastavad materjalid laste südamekirurgilistel operatsioonidel.

Dr Sons andis ülevaate torakaalaordi aneurüsmide ja dissektsioonide kirurgilise ravi kaasagetest seisukohtadest. Aastaid on südamekirurgia sõlmküsimuseks jäänud kas, kuna ja mis meetodiga torakaalaordi aneurüsmide ja dissektsioonide kirurgilist ravi teostada.

Filosoofilist laadi ettekande pidas dr Fiehn, kes tõi välja kardiokirurgia mahu ülemaailmse vähenemisega seoses oleva potentsiaalse ohu kardiostaesiaoloogide töömahule. Siiski ainult potentsiaalse.

Konverentsi "ankrumehiks" oli dr Toomas Hermlin, kes oma ettekandes "Kohe näha, et vanad sõbrad..." nentis kardiokirurgia osakonna tõelise patrioodina veelkord vajadust "rahumeelseks" ja asjalikuks koostööks interventsionalistide ja kirurgide vahel ühiste eesmärkide nimel.

Ainulaadseks muudab Tartu kardiokirurgia osakonna tõsiasia, et ollakse riigi ainuke keskus, kus nii kirurgiliselt kui interventsionaalselt korrigeeritakse laste kaasasündinud südamerikkeid. Ei ole liialdus öelda, et selles vallas oleme saavutanud taseme, mis on igati aktsepteeritav lähtudes meie vajadustest ja võimalustest.

Lõpetuseks tahaks tsiteerida dr Hermlinit - oleme pisikesed, aga tublid!

Juubelipilte saab vaadata kliinikumi intraneti pildigaleriis.

DR PEETER TÄHEPÕLD

Kliinikumi teadustöö preemia

7. oktoobril andis Tartu Ülikooli Kliinikumi ülemarst Margus Ulst arstiteaduskonna aastapäeva pidulikult aktusel üle kliinikumi teadustöö preemia.

Teadustöö preemia anti esmakordselt välja 1999. aasta oktoobris, mil Tartu Ülikooli arstiteaduskond ja Tartu Ülikooli Kliinikum korraldasid ühiselt arstiteaduskonna päevi. Preemia määratakse doktorantide, õppejõudude ja teadurite teaduskonverentsile esitatava kliinilise suunitlusega teadustöö autorile või autorite kollektiivile. Tänavuse, arvult juba seitsmenda, preemia laureaadid on dr Priit Kasenõmm, dr Andres Piirsoo, dr Mart Kull jr, prof Raik-Hiio Mikelsaar, prof Mart Kull sen ja prof Marika Mikelsaar uurimistö "Kroonilise tonsilliidi patogeeni uuringud kui alus tonsillektoomia objektiivsete kriteeriumite leidmisel" eest.

KLIINIKUMI LEHT

Kroonilise tonsilliidi patogeeni uuringud kui alus tonsillektoomia objektiivsete kriteeriumite leidmisel

Uurimistö viidi läbi TÜ Kliinikumi kõrvalkliiniku, TÜ mikrobioloogia instituudi, TÜ patoloogilise anatoomia ja kohtuarstiteaduse instituudi, TÜ üld- ja molekulaarpatoloogia instituudi koostööna. Eesmärgiks oli leida anamnestilisi andmeid ja neelupiirkonna makroskoopilisi tunnuseid, mida saaks kasutada tonsillektoomia näidustustena kroonilise tonsilliidi täiskasvanutel. Selleks hinnati krooniliselt põletikuliste kurgumandlite funktsionaalset seisundit, rakendades mikrobioloogilisi, patohistoloogilisi, immunomorfoloogilisi, elektronmikroskoopilisi, biokeemilisi ja kliinilisi meetodeid. Leiti, et kroonilise põletiku tagajärjel väheneb oluliselt kurgumandlite kaitsevõime, mille väljenduseks on tonsillektoomiajärgse bakteeremia kõrge esinemissagedus kroonilise tonsilliidi patsientidel. Selle põhjuseks on normaalse lümfaatilise koe asendumine sidekoega, mille tagajärjel väheneb kurgumandlite neutrofiilide arv. Neelupiirkonna vaatlusel registreeritavad sidekoestumise tunnused olid omakorda tihedalt seotud kroonilise tonsilliidi ägenemiste ja haiguse kestvuse korutise ehk tonsilliidi indeksiga. Uurimistö tulemusena järeldati, et tonsilliidi indeksit 36 või enam saab koos sidekoestumise tunnustega kasutada tonsillektoomia näidustustena kroonilise tonsilliidi täiskasvanutel.

DR PRIIT KASENÕMM

Ooteleheltohtrile

Mõned aastad tagasi (2002) tegi haigekassa vabra otsuse, aktsepteerides järjekorrad kui tervishoiusüsteemi komponendi. Paraku võttis ta sellega endale sisulise vastutuse patsientidele abi osutamise eest Eestis. Tulemused ei lasknud ennast ka kaua oodata: üsna kiirelt pöördus (või pöörati) rahva pahameel haigekassa kui kõige halva tekijaja vastu. Käesolevas analüüsis käsitlen tervishoiu rahastamist küll vaid polikliinilisest abist lähtuvalt.

Asjatud otsingud

Niisiis hakkasid ühiskonna targemad pead palavikuliselt väljapääsu otsima. Senised, veel ideedena väljapakutud lahendused tunduvad praegust seisust oluliselt halvendavad. On pakutud võimalust üle minna erakindlustustele, kus igaüks saab ravida ennast oma raha eest, luua mingi "isikukeskne kohustuslik ravikindlustus", kaotada ära haigekassa, minna tagasi eelarvelisele finantseerimisele jne. On ka lihtsamaid ja ohutumaid mõtteid: kes loodab lühendada järjekordi interneti kaudu registreerimisega, kes telefonitohtri teenuse loomisega.

Mis aga puutub Eesti Haigekassa likvideerimise ideesse, siis tõenäoliselt halvendab see tervishoiu olukorda veelgi, kuna suurenevad administratiivkulud ja väheneb abi kättesaadavus - ainult riiklik haigekassa on nõus maksma miljoni ja enam ühe haige ravi eest. Pealegi on haigekassal täiendav sotsiaalne omadus - tegelikult on ta üks väheseid demokraatia ja solidaarsuse ilminguid praeguses Eestis.

Meil ja mujal

Seda juttu võiks ju veelgi jätkata, aga kindel on üks - mingit efektsust ja lihtsat läbilöögiideed pole. Kui see oleks, oleks seda ju Euroopas ammu rakendatud. Näiteks Inglismaal pääseb ambulatoorsele ravile ootajaga kuni 4 nädalat 27% soovijaist, teise ooteku juuksul pääseb ravile veel 42%.

Eestis on kehtestatud ooteaja piirmäär nii ambulatoorsele kui ka statsionaarsetele järjekordadele. Üle kehtestatud aja ootajaid oli 2003. aastal 15%, 2004. aastal 32% ja 2005. aasta esimeses kvartalis 33% patsientidest (alates 2005 on ambulatoorsetel haigel lubatud ooteaeg 4 nädalat ja statsionaarsel 8 kuud). Seega tasapisi, aga kindlalt tervishoiusüsteem survestub. Tegelikult on keskmised alati veidi tendentslikud. Lõuna-Eesti haigetele on ava-

tud 148 eriarstide ambulatoorset vastuvõtu 31-l erialal. Püüdes võrrelda neid andmeid Inglismaaga, olid tulemused sellised: Inglismaal erialasid 61, maksimaalne ooteaeg kuni 4 nädalat - 8% erialadest (Eestis 42%), 4-13 nädalat - 6% (Eestis 58%), 13-17 nädalat 26% (Eestis 0%), 17-21 nädalat 22% (Eestis 0%), üle 21 nädala 48% (Eestis 0%). Nagu polekski väga paha. Seda enam, et 2005. a. esimesel poolaastal oli lubatud aja piires vaid 59,7% patsientidest. Vaid veidi üle 0,5% juhtudest oli seotud mitteküllaldase finantseerimisega.

2003. aastal ilmus haigekassa analüüsi uus, hirmutav alalõik: ooteaja pikenedes seoses raviasutuse võimsuse puudumisega. Mis tegelikult tähendab, et aastaid alakoormatud haiglata koosseisud on muutumas "optimaalseiks". Kuigi praegu veel eriliselt ohtu pole (ootelehel olejatest on sel põhjusel vaid veidi üle ühe protsendi), tähendab see ka seda, et kui ka kunagi ravirahade hulka oluliselt suurendatakse, pole enam jõudu ega võimalusi selle kasutamiseks, vähemalt samamoodi jätkates. Eelnevalt tehtud valede otsuste realiseerimise aeg on käes - personali arv väheneb.

Finantsilises mõttes on olukorrast välja vaid üks tee: süsteemi tuleb tasapisi nihutada rahahulga pideva suurendamisega; juurdekasv peab ületama keskmise haige maksumuse kasvu.

Samas on ka selge, et järjekordi täielikult likvideerida ei saa ega polegi vaja, sest see eeldaks väga suuri vabu ressursse. Vaba juurdepääsu loomine arsti juurde toob kaasa suure hulga patsiendile mittevajalike konsultatsioone. Tegelikult on ka seda juba nähtud.

Üleplaanelised raviarved

Surve haiglatele ja haigekassa võimetus tasuda üleplaanelisi arveid tekitab täiendavaid pingeid. Enesekaitse on juba praegu rakendunud nn "lävendi printsiipi": kui haige on juba hospitaliseeritud

(või vastuvõtul), siis tuleb ravida vajalikul optimaalsel tasemel. Aga "löögile saamiseks" on paigutatud rida filtreid, mis valivad välja vaid kõige ohtlikumas olukorras olijad.

Tundub, et kui aga kõigele vaatamata tekib ülelepinguline ravikulu, siis on see kas teadlik tegevus, või pole vastavad juhid küllaldaselt hoolikad. Teatavasti haiged ise ei hospitaliseeru...

Samas aga haiglal saamata jäänud tulu pole ju ainult mingi fiktsioon, see on ka äräjäänud palgatõus, ostmata aparaadid või remontimata ruumid.

Õigel ajal õigele arstile

Probleemi lahendamist tuleks alustada baastõdemusest: iga haige peab sattuma õige arsti juurde õigel ajal, vastavalt oma objektiivsele vajadusele. Kui see on õige, siis lahendus ei saa olla vaid mingi piiratud löögu käes (raha jaotamise süsteem, haigekassa hinnakiri, polikliinilise tegevuse organiseerimine jne).

Mida siis kellelt oodata? Haigekassalt ootaks polikliinilise tegevuse olulist väärtustamist 2-2,5-kordse hinnatõusu kaudu. Muidugi kuulub siis kärpimisele statsionaari osa. Praegu pole polikliiniline tegevus arstide hulgas eriti populaarne - liiga vastutusrikas ja raske. Selle projekti elluviimine pörkub muidugi ka arstide rutiini vastu.

Raviasutuse poolt aga on vaja reorganiseerida haigete pääsu tohtri juurde mitmeastmeliseks. Praegu on see juba kaheastmeline: erakorralised haiged EMO kaudu ja teised üldjärjekorra kaudu. Paraku ei suuda käesoleval ajal EMO-d tagada kõikide vajalike spetsialistide konsultatsioone niikuinii. Üldjärjekord võib aga nii mõnelele patsiendile osutada liiga pikaks ja haigus ooteaja vältel oluliselt halveneda.

Juurde oleks vaja vähemalt ühte astet. Nimetame seda poolerakorraliseks. Need

on haiged, kes - perearsti arvates - ei tohiks oodata kuid, vaid peavad konsultatsioonile saama nädala jooksul. Tegevus on organiseeritud nii, et raviasutus hoiab vabu kohti kuni kolm päeva vastuvõtu alguseni. Poolerakorralisi patsiente saavad registreerida ainult arstid, sest nemad on võimelised hindama patsiendi vajadusi. Kui selliseid patsiente ei leidu, siis registreeritakse sinna esimene juhuslik soovija.

Personali peab kasvatama teadmises, et polikliiniline töö on tulevikus põhiline ja oma meelega suunama vastavalt. Igal juhul tuleb seda toetada palga kaudu (selleks ongi vaja haigekassa hindade korrigeerimist).

Patsiente tuleb samuti kasvatada polikliinilise tegevuse hindamise suunas: sama arst, sama tegevus, sama tulemus.

Edasi ilmub raviasutuse struktuuri veel patsientidele mõeldud odav hosteli tüüpi elamisvõimalus uurimise ajaks ja vaadatakse üle statsionaari funktsioonid.

Autor avaldab tänu Eesti Haigekassale abi eest vajalike materjalide muretsemisel.

Emeriitprofessor
RAUL TALVIK

Kliinikumi Leht soovib
emeritprofessor
Raul Talvikule
palju õnne
70. sünnipäeva
puhul.



Vähinädala mõtteid

Hematologia-onkoloogia kliinik korraldas 10. - 14. oktoobrini vähinädala raames telefonikonsultatsioone ja loenguid.

Pahaloomulistes kasvajatess ei haigestuta muidugi üksnes vähinädalal ja haigete ravile ei pöörata tähelepanu vaid eelnimetatud nädalal. Samas on aeg-ajalt vaja kontsentreeritult hinnata oma erialast tegevust nii kliiniku enese arengu seisukohalt kui ka kogu tervishoiusüsteemi raames.

Kas pahaloomulised kasvajad on probleem? Kahtlemata on. Nii kogu maailmas kui ka meil, Eestis.

Täna haigestub elu jooksul vähki iga kolmas inimene. Spetsialistide prognoos 2015. aastaks on veelgi tõsisem - iga teine inimene saab elu jooksul pahaloomulise kasvaja diagnoosi. Seejuures on 45-65-aasta vanuste inimeste surmapõhjuse hulgas vähk esikohal, jättes senise "liidri" - südamehaigused - teisele kohale.

Mõtlemapanevad on vähihaigestumine, vähisuremus ja ravitulemuslikkus Eestis. Vähi esmajuhude diagnoosimine on tõusutendentsiga. Viimasel 10-15 aastal sagesnesid eesnäärme-, käär- ja pürosoole, põie-, neeru-, emakakaela-, kilpnäärme- ja nahavähk (sh melanoom) ning lümfoomid. Kogu vähihaigestumus on Euroopa mastaabis keskmine. Samas torkab silma suhteliselt sagedas haigestumine ennetatavatesse pahaloomulistes kasvajatess. Näiteks emakakaela- ja kõhukelmevähihaigestumus on särgenenud noorematel naistel ning Eestis on emakakaela- ja kõhukelmevähihaigestumus ligi neli korda suurem kui Soomes.

Oluline näitaja on ka vähisuremus. Eesti meeste kogu-vähisuremus ja kopsuvähisuremus on Põhja-Euroopa riikide võrdluses suuremaid. Eesti naiste emakakaela- ja kõhukelmevähihaigestumus on Põhja-Euroopa üks suuremaid, olles neli korda kõrgem Soome

vastavast näitajast. Eeltoodud on vaid mõned näited tänasest situatsioonist Eestis. Samas on uued ravivõimalused kasvajate ravis loonud eeldused nii tervistamiseks kui ka kiirelt progresseeruvate protsesside muutmiseks krooniliseks haiguseks mida on võimalik stabiilsena hoida seejuures elukvaliteeti tagades.

Mida on võimalik teha, et lähikümneid jõuda Euroopa tasemele?

Esitaks - vähi ennetamine. Juba teadantud kahjulikud harjumused. Suitsetamise ja kopsuvähi otsene seos. Toitumise- ja füüsilise aktiivsuse harjumused käär- ja pürosoole vähitekkega seoses. Ultraviolettkiirgus ja nahavähk (kaasaarvatud pigmentkasvaja melanoom), jne.

Teine tähtis aspekt on oluliselt varasem kasvaja diagnoosimine. Ühelt poolt ootame inimeste õigeaegset pöördumist häirivate vaevuste kujunemisel. Märkimisväärt on kindlasti perearsti roll, tema põhjalikkus ja kompetents vajalike uurimiste korraldamisel ja spetsialistidele suunamisel. Just varases staadiumis kasvaja protsessi avastamine loob eelduse edukaks raviks.

Senisest suurema efektiivsuse peaksid saavutama skriiningprogrammid.

Foto: Jaak Nilson



Professor Hele Everaus.

ravi ongi edu pant, seda nii aktiivravivis kui ka toetavas ja palliatiivses ravis. Ühelt poolt nõuab kaasaegne ravi kompetentsete, vastava ettevalmistusega spetsialistide tööd, teiselt poolt nii aparatuuri kui ravimite kättesaadavust. Vähi ennetamiseks, varajaseks avastamiseks ja raviks kulutatav raha on Eestis oluliselt madalam nii suhtarvus kui absoluutväärtustes teistest Euroopa Liidu maadest.

Ressursid - nii raha kui spetsialistid - on põhilised edasise arengu aspektid.

Vähinädala ühes loengus leidsid käsitlemist ka konventsionaalse ja nn alternatiivravi vahetava kasvaja haiguste ravivõimalusi. Kahjuks on haigeid, kes valivad tõendus põhise meditsiini ravimeetodite asemel asjatuid lootusi sisendavad ravitse-

jad, kelle juurde nad matavad oma võimaluse kasvajast jagu saada. Kusagil maailmas ei ole leidnud ükski alternatiivravi meetod teaduslikku tõestust. On ju neid kasutatud aastatuhandeid, ometi on kasvajate ravi eadu saavutatud viimastel aastakümnetel uute ravimite ja ravimeetodite kasutuselevõtmisega.

Tõenäoliselt on meil enestelgi siin võimalik haigeid aidada. Haigete pöördumine nõ õigelt teelt kõrvale võib ühelt poolt olla seotud psühholoogiliste eripäradega. Samas vähi diagnoosi saamisel ning edasisel tõsisel ja raskel raviperioodil vajavad nad igapäevast toetust nii füüsilise kui ka psüühikale. Arstikunsti ja õekunsti peaks just eelmainitu mahtuma. Meie telefonikonsultatsioonidelgi ilmnes, et just usaldus, mõistmine ja psühholoogiline toetus on haigetele väga olulised.

Vähinädala mõtetest, aruteludest tugevnes arusaam, et kasvaja haiguste ravivõimaluste edasiminek saavutamise on riiklik probleem. Üks erialakliinik ei saa üksinda kogu vastutust võtta. Küll aga lasub vastutus riigil, nii nagu seda on näidanud meie naabermaat, kus riiklikud vähistrateegiad on realiseerimisel ja vajalikul määral rahastatud. Eesti riigi vähistrateegial saab olla vaid üks eesmärk: jõuda kõigis aspektides (vähi ennetamisel, varasel diagnoosimisel ja ravi tulemuslikkusal) võimalikult kiiresti järele teistele Euroopa Liidu maadele.

HELE EVERAUS

Eesti Õde-uurijate Nõukogu teaduskonverents

Septembrikuu viimasel päeval toimus kliinikumis teine Eesti Õde-uurijate Nõukogu konverents. Konverentsi teemaks oli "Kvaliteet kliinilises õendustegevuses". Osalejaid oli konverentsile kogunenud üle kogu Eesti, esindades nii haiglaid kui tervishoiu kõrgkooli.

Konverentsi avas Tartu Ülikooli Kliinikumi ülemõde Tiina Freimann. Oma ettekandes vastas ta küsimusele, miks valiti konverentsi teemaks kvaliteet. Põhjus on selles, et kvaliteet oma sisult pidevalt muutub ning ühes sellega ka kvaliteedi uurimine. Varasemate reeglite asemel on tänapäeva õendusabi kvaliteedi lähtekohtadeks eetilised väärtused, kutsealased teadmised ja oskused ning koostöö. Kvaliteediteemaliste uurimistööde üks põhiküsimus on, kas õendusabi vastab patsiendi ootustele ja vajadustele.

Avaettekande pidas Helsingi Rakendusõde- ja tervishoiu Stadia lektor Ly Kalam-Salmi, kes esitles oma uurimistööd, kus ühe aspektina oli võrreldud õendusabi kvaliteeti Soome ja Eesti haiglate sünnitusosakondades ning selle vastavust lastevanemate ootustele ning kvaliteedi edendamise võimalustele. Uurimistöö tulemusena ilmnis, et Eestis ei pidanud õed kvaliteeti nii tähtsaks kui lapsevanemad. Samuti arvasid õed, et nende isikuomadused ei ole patsientidele nii olulised, kui need patsientide jaoks tegelikult siiski olid. Kokkuvõtteks ütles Ly Kalam-Salmi, et nii Soomes kui Eestis on vaja arendada peredele pakuvat sünnitusjärgset õendusabi, eelkõige õenduskeskkonda, perekesksust ja vanemate võrdõiguslikkust. Kindlasti tuleks otsida võimalusi õendustegevuse arendamiseks kodustes tingimustes, parandada perede ettevalmistust ning toetamist enne ja pärast sünnitust. Õendusabi peaks olema võrdväärselt kättesaadav kõikidele peredele.

Teisena kõneles Leena Hannula, kes esindas samuti Helsingi Rakendusõde- ja tervishoiu Stadia. Ta esitas ülevaate oma dok-



Foto: Tiina Freimann

Eesti Õde-uurijate Nõukogu teaduskonverents.

toritööst, mis käsitles rinnaga toitmise juhendamist Soomes. Eesmärgiks oli uurida emade arusaamu rinnaga toitmisest ja analüüsida tegureid, mis seda mõjutavad. Uurimuse tulemusena selgus, et Soome emad teavad rinnaga toitmisest vähem kui üldiselt arvatakse. Näiteks selgus üllatava faktina emade arvamus, et vastündinu ei saa hakkama lisatoiduga.

Sessiooni lõpetas Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekirurgia osakonna vanemõde Tatjana Oolo ettekande ägeda valu juhtimisest lastel. Ta kirjeldas ägeda valu juhtimist õdede poolt lasteosakondades ning püüdis leida seoseid õdede taustaandmete ja valujuhtimise vahel. Kokku küsitleti 293 õde üle Eesti, lisaks uuriti veel 72 õendusdokumenti, milles oli fikseeritud lapse äge valu. Tulemused näitasid, et õed, kes olid

saanud lapse valu juhtimise alast koolitust, toetusid enda väitel valu identifitseerimisel suuremale hulga valu tunnustele, kasutasid mitmeid mittefarmakoloogilisi valutustamise viise ja dokumenteerisid lapse valu adekvaatsemalt.

Konverentsi teises pooles analüüsis Tartu Ülikooli õendustegevuse osakonna õendustegevuse assistent Kristi Toode õdede töemotivatsiooni mõjutegureid. Õdede töemotivatsiooni peamisteks mõjuteguriteks üle kogu maailma on õe enesekindlus ja kutsumus õetööks, iseseisvus ja arenguvõimalused. Töötamist soodustavad ka töötingimused, samuti sotsiaalne keskkond ja positiivne tagasiside. Lõpetuseks nentis Kristi Toode, et õde peab ennast ka ise motiveerima.

Muutuste juhtimisest meditsiinis Tartu

Ülikooli Kliinikumi näitel kõneles Tartu Ülikooli haldusdirektori büroo planeerimistalituse peaspetsialist Indrek Lepner. Ettekandes toodi välja muutuste juhtimise nõrgad ja tugevad küljed ning õppetunnid tuleviku seisukohalt.

Viimase ettekandega esines Tartu Ülikooli Kliinikumi spordimeditsiini ja taastusravi kliiniku sotsiaaltöötaja Maarika Tisler, kes tervishoiu sotsiaaltöötaja vaa-tenurgast kirjeldas patsiendi aktiivraviasutusest väljakirjutamisel esinevaid takistusi, lisaks tõi ta mitmeid näiteid kitsaskohtadest igapäevaelus. Uurimistöö tulemusena järeldas M. Tisler, et tervishoiuteenuste kättesaadavuse üks põhiprobleem on seotud järeldravi, taastusravi ja hooldusravi piiratud mahuga, mis põhjustab pikki järjekordi. Sotsiaalhoolekandeteenuste puhul on probleemiks teenuste madal kvaliteet või teenuste puudumine üldse.

Konverentsipäeva lõpetas tegevus kolmes töötoas, kus käsitleti eetilisi aspekte kliinilises õenduses, õendustöö dokumenteerimist ja õenduslaste uurimistööde olukorda Eestis.

Eesti Õde-uurijate Nõukogu on asutatud 11. juulil 2000 ja organisatsioon teeb koostööd Euroopa Õde-uurijate Töörühmaga (*Workgroup of European Nurse Researchers - WENR*). Täpsemat informatsiooni organisatsiooni kohta leiab aadressil: <http://www.eoun.org.ee/>.

TIINA FREIMANN

Tava- ja alternatiivmeditsiini suhe arstieetilisest vaatepunktist

16. septembril toimus Tartu Ülikooli raamatukogus rahvusvahelisele arstieetika päevale pühendatud konverents teemal "Kas alternatiivmeditsiin pakub tõendus põhisele ravile konkurentsi?". Konverentsil käsitleti mitmesuguseid alternatiivmeditsiini probleeme arstide, patsientide, tervishoiujuhtide, juristide ja ajakirjanike vaatevinklist.

Vaatamata sellele, et tervis on suurim hüve, on mistahes vahendi rakendamine selle nimel libe tee, mis võib kergesti viia petturluseni, seetõttu peaksime kokku leppima, mida mõtleme, kui räägime teaduslikult põhjendatud ning alternatiiv- ja täiendmeditsiini meetoditest. Enim kasutatud teaduslikult põhjendatud meditsiini definitsioon kuulub David Sackett'le, kelle järgi tõendus põhine ehk teaduslikult põhjendatud meditsiin on olemasoleva parima tõendusmaterjali täpne, sõnaselge ja mõistlik kasutamine konkreetse patsiendi ravi üle otsustamisel, st ühendab endas tõendusmaterjali, kliinilist kogemust ja patsiendi väärtushinnanguid. Definitsioon osutab sellele, et tuleb arvestada patsiendi individuaalsusega ka tema maailmavaate tasandil. Levinuim alternatiiv- ja täiendmeditsiini definitsioon ühendab endas diagnostika, profülaktika ja ravi meetodid, mida rakendatakse teaduslikult põhjendatud meditsiini meetodite asemel või selle täienduseks ja mida ei loeta tavameditsiini osaks vähemalt Lääne ühiskonnas. Ohtlikuks osutub siinjuures tõsiste haiguste puhul põhjendamata, kahjulike või ebafektiivsete meetodite rakendamine olemasolevate teaduslikult põhjendatud efektiivsete meetodite asemel.

Austraalias, Põhja-Ameerikas ja Euroopas tehtud uuringute alusel kasutab 35-50% nende riikide elanikkonnast alternatiiv- ja täiendravimeetodeid. Siinjuures ei tohi jätta arvestamata, et teine osa elanikkonnast neid ei kasuta, seega omab erinevat maailmavaadet. Enamasti kasutatakse Ameerika Ühendriikide ja Ühendatud Kuningriigi uuringute andmetel peamiselt tavameditsiini täienduseks herbalismi, manuaalteraapiat, aroomi-

teraapiat, homöopaatiat, massaaži, akupunktuuri, dieete, megavitamiini teraapiat, joogat, meditatsiooni selliste tervisehäirete raviks nagu selja- ja liigeste valud, külmetushaigused, ärevus ja depressioon, jõuetus. Kasutamise motiivideks on olnud eelkõige usk ja uudishimu, aga ka soov osaleda otsustes oma ravi üle, rahulolematust tavameditsiiniga ja selles pettumine.

Kuivõrd mitmed eelnimetatud meetodid on igapäevaselt kasutuses siiski tavameditsiini osana ning nende meetodite kasutamine järjest kasvab, siis ei ole keelamine mõistlik ega ka vajalik. Kui me aga aktsepteerime nende kasutamist ning peame neid kasulikeks või vähemalt mitte kahjulikeks meetoditeks, siis kuna diagnoosida, ennetada ja ravida ehk tervishoiuteenust osutada võib ainult arst või meditsiiniõde, siis võib ka alternatiiv- ja täiendmeditsiini meetodeid samal eesmärgil rakendada ainult tema. Aga kas arstil või õel on eetilise rakendada meetodeid, millel tõendatud efektiivsus ja turvalisus, aga seega ka kvaliteet pole kindel näiteks siis, kui see on patsiendi valik või üldse ainus valik? On, kui ta suudab hinnata kahju ja kasu ning seega ikkagi osutada abi, mis on kliiniliselt usaldatav ja eetiline ning täidab üksiku patsiendi puhul seatud eesmärgi. Seega võib neid meetodeid kasutada siis, kui patsient on valikust ja selle võimalustest teadlik ning ei saa kahju. Kuigi patsiendil on õigus

Foto: Martin Väilik



Margit Venesaar.

valida ehk ka kohustus võtta vastutust, ei vabasta see arsti samas vastutusest patsiendi ees. Kõikide teenuse osutajate kohta kehtivad ühed ja samad eetika reeglid sh reeglid avalikkuse informeerimise (ka reklaamimise) kohta, mis ei tohi olla pealetükkiv ega kolleegide halvustav.

Kui soovime alternatiiv- ja täiendmeditsiini meetodite kasutamist, siis peaksime olema teadlikud nende toimest ja koostoimest, mille poolt need on kasulikud või vähemalt mittekahjulikud. Kas arst peab siis ennast lisaks tõendus põhisele meditsiiniga kursis hoidmisele süvenema ka alternatiivsete meetodite õppimisse? Kui ei, siis kas tal on eetiline soovitada patsiendil minna teise arsti juurde, kes sellega tegeleb või kust on teada, et ka see arst on mingis meetodis kindlasti pädev? Meditsiiniajaloo ja -eetika professor J. Whorton kirjutab, et täiendmeditsiini praktikute soovitamise patsiendile on arstide jaoks fundamentaalne eetiline küsimus. WMA (*World Medical Association*) ja Soome Arstide Liit soovivad siiski nende meetodite kohta vajadusel informatsiooni hankida, et vältida kahju ja tagada adekvaatne informeerimine ning samal eesmärgil peaksid alternatiivmeditsiini meetodeid rakendavad arstid ja teised teenuse pakkujad ütlema patsiendile näiteks, et nende poolt rakendatav meetod pole üldtunnustatud või et uuringute tulemused selle meetodi efektiivsuse ja/või turvalisuse kohta on vastuolulised.

Kuidas peaks arst käituma, kui patsient ikkagi soovib minna nende diagnoosimise ja ravi teenuste osutajate juurde, kes on või ei ole tervishoiutöötajad ning kasutab või soovib kasutada meetodeid, mis pole üldiselt aktsepteeritud? WMA ja Soome Arstide Liit soovivad patsiendiga tema huvides koostööd teha, st olla avatud, teda kuulata ja püüda mõista. Soovides patsientide vastutustundlikku käitumist oma tervise suhtes, ei tohiks me neid ära tõugata olenemata sellest, milline on nende maailmavaade. Samas ei tähenda see, et patsiendi vajadustele vastu tulles peaks arst konflikti minema iseenda tõekspidamistega või hülgama teaduslikult põhjendatud meetodid toetamaks patsiendi uskumusi. Sellise koostöö nimel soovitatakse alternatiivmeditsiini meetodeid soovitada, kui need on efektiivsed ja turvalised, sallida, kui neil pole kindlat efektiivsust või turvalisust, kuid samas jälgida toimet mõlema suhtes ning keelata, kui need on ebafektiivsed või nendega kaasneb tõsine risk tervisele.

Meie kõigi tervise ja huvide nimel peaksime üldjoontes kokku leppima, millise meetodi rakendamine ja millistel näidustustel on aktsepteeritud, kes ja kuidas seda rakendada võivad ning millised peaksid olema aktsepteeritavad käitumisreeglid ning igal üksikul juhtumil peaksime püüdma võimalusel ja vajadusel teha koostööd nii patsiendi kui ka alternatiivmeditsiini teenuse osutajaga.

Viidetega artikli täisversiooni saab autori käest.

MARGIT VENESAAR
EAL eetikakomitee liige



Õppuse meditsiinijuht dr Andres Meus.

DR ANDRES MEUS

(EMO arst-õppejõud, osales õppusel reageerijana):

"EMO-s õppust korraldades on alati probleemiks see, et paralleelselt õppusega toimub ka nõ reaalne elu. Selles mõttes oleks võinud õppuse jaoks eelnevalt määratleda mõne neutraalse ruumi, kus ei toimu reaalselt meditsiinilist tegevust. Õppuse muutis eripäraseks see, et info toimunud õnnetusest ei tulnud häirekeskuse kaudu, vaid patsiendilt, kes tuli otse EMO-sse. Nõrgaks kohaks oli liiga väikese hulga lisapersonali mobiliseerimine - realses katastroofisituatsioonis saaks palju lisapersonali valvestidest. Esimese reaalse keemiaõppuse kokkuvõtteks võib öelda, et nii teoreetilised teadmised kui praktilised oskused keemiaõnnetusest on kasinad. Realsetes katastroofisituatsioonides operatiivselt toimimiseks tuleks edaspidi rõhku panna kolmele märksõnale: hädaolukorra plaan, treening ja varustus. Praegune EMO ruumiline paigutus ja haigete mahutavus pole võimeline sellise hulga ning spetsiifiliste vigastustega (keemiaõnnetus) kannatanute vastuvõtuks."

AARE TOON

(majandusteenistuse majandusjuhataja, osales õppusel reageerijana):

"Majandusteenistuse ülesanne õppusel oli üles panna kaheosaline telk. Telgi püstitamiseks kulus aega üks tund. See võttis rohkem aega kui eeldasime, sest telgi ülespanijate seas oli uusi töötajaid, kes osalesid esimest korda telgi püstitamisel ning neid tuli töö käigus juhendada. Õppusel selgus, et edaspidi tuleks täpsemalt jaotada meeste vahel ülesanded, mida keegi peab tegema. Väga oluline on sujuv meeskonnatöö. Lähiajal hakkab meeskond harjutama telgi ülespanekut ja viimistlemist omavahelist koostööd ning õigeid töövõtteid."

RAUL VATSA

(halduskantsleil, turbehaldusspetsialist, osales õppusel korraldajana):

"Toimunud õppus sundis mõtlema ja tähelepanu pöörama probleemidele, mis kaasnevad keemiaõnnetusega: personali kaitsmine, saabuvate kannatanute dekontamineerimine, käitumine ja abi andmine erinevate keemiliste ainete mõju korral, kahjulike ainete määramine jne. Õppusega võib üldjoontes rahule jääda ja seda enam, et ettevalmistusajaga oli vaid kolme nädala jagu. Õppuse korraldamise kaasaatud saksa ekspertide sõnul on taoliste õppuste ettevalmistamiseks Saksamaal vähemalt 8 kuud. Korraldajate jaoks ei ole õppuse toimumisega kõik veel sugugi lõppenud. Kaks nädalat on aega aruteludeks ja lõppkokkuvõtte tegemiseks. Üldiselt võib õppusega seotud tegevused jaotada nelja etappi - ettevalmistus, õppuse läbiviimine, kokkuvõtete tegemine ning puuduste kõrvaldamine. Lõpliku hinnangu õppuse kasulikkuse kohta saab anda siis, kui kokkuvõttes toodud nn puudustele on leitud ka toimivad lahendused."

Kliinikumi Leht

TOIMETUSE KONTAKTANDMED:
TEL: 731 9423, 53 319 423
E-POST: ene.selart@kliinikum.ee
TOIMETAJA: ENE SELART
KLIINIKUMI LEHT ILMUB 1 KORD KUUS
KUJUNDUS: K30
TRÜKK: AS STAMPLINE TRÜKIARV 1300 EKS.



Kannatanu dekontamineerimine EMO-s.

Kriisiõppus kliinikumis

28. septembril toimus Tartus kriisireguleerimisõppus, kus osalesid Tartu Linnavalitsus, Tartumaa Päästeteenistus, Lõuna Politseiprefektuur, AS Eesti Raudtee, Häirekeskuse Lõuna-Eesti keskus, Balti Kaitsekolledž, SA Tartu Kiirabi ja SA Tartu Ülikooli Kliinikum. Kliinikumis oli õppusele kaasatud erakorralise meditsiini osakond (EMO), kriisikomisjon, kriisikommunikatsioonigrupp, tehnika-, informaatika-, majandus- ja toitlustusteenistus. Vastavalt õppuse stsenaariumile toimus Tartus raudteel vagunite ümberpaigutamisel kokkupõrge konteinerivaguni ja klooriga täidetud raudteetsisterni vahel. Viimasesse tekkis kokkupõrke tulemusel avavus, millest hakkas pihkuma kloori.



Kannatanute abistamine EMO-II-s.



Saabumine kiirabiga EMO-II-te.



Ettevalmistamine dekontamineerimiseks.



Dekontamineerimine dušikabiinis.



Patsiendid telgis.



Telgi püstitamine (EMO-II).



Dušikabiini paigaldamine patsientide dekontamineerimiseks.



Õppuse kriisikomisjoni juht Malle Keis ja hindaja prof Joel Starkopf.

PROF JOEL STARKOPF

(anestesioloogia- ja intensiivravi kliiniku juhataja, osales õppusel hindajana):

"Võib ju arvata, et tõenäosus keemiaõnnetuse, eriti just kloorisaastuse, tekkeks on äärmiselt väike ja seetõttu on sellised suured manöövrid kaheldava väärtusega. Tegelikuses oli läbiviidud õppus kliinikumile äärmiselt vajalik - see oli hea võimalus testida meie valmisolekut mistahes hädaolukorras tegutsemiseks. EMO sai kannatanute meditsiinilise abi organiseerimisega rahuldavalt hakkama. Hästi ja ladusalt kulgenud tegevuse kõrval esines ka rida puudujääke ja probleeme. Seega ei saa väita, et meie valmisolek suurepärase oleks. Kokkuvõttes täitsid õppused minu arvates igati neile pandud eesmärgi. Tahaksin rõhutada korraldustoimkonna head tööd õppuste ettevalmistamisel ja loomulikult suurepärasel tasemel kannatanutest teatritruppi."

DR SILVER SARAPUU

(anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku vanemarst-õppejõud, osales õppusel hindajana):

"Õppus oli kliinikumile uus kogemus, kuna varem pole kliinikumi ruumides keemiaalast õppust läbi viidud. Positiivne oli see, et õppusel osalenud meditsiinipersonal oli entusiastlik ja sai oma ülesannetega hakkama. Niisuguse kriisisituatsiooni lahendamine on meeskonnatöö ja õppuse kordaminekus oli suur osa ka tugiteenistustel (EMO II osakonna püstitamine). Mida annaks tulevikus paremini teha? Ilmselt peaks paremini läbi mõtlema, kuidas vältida osakonna/teiste patsientide/med. personali saastumist keemilise ühendiga (antud juhul klooriga). Suhteliselt kitsastes EMO ruumides on see praegustes oludes suureks probleemiks. Õppus näitas ka teisi kitsaskohti (näit. erinevate teenistuste vahelised sideprobleemid), mida edaspidi parendada."