

Kliinikumi Leht

SISELEHT 22/22 mai 2000

Tartu Ülikooli Kliinikum

• Mõtteid konverentsilt "Kvaliteet tervishoius"

• 1999. aasta aruanne

• Kliinikumi telefoninumbrid muutuvad

Enne analüüs ja seejärel otsus

Nagu ikka juhtub, on eelmisest aastast kokkuvõtete tegemine veninud juba peaaegu suure suve sisse. Miks sel aastal siis isegi hiljem kui varemalt?

Peamiseks põhjuseks on kindlasti meie tublidus. Kõlab pisut paradoksaalselt? Siiski on see suure osas just nii. Seoses põhjalike muutustega kliinikumi struktuuris muutus väga raskeks ka võrdluste tegemine eraldi, allüksuste kaupa. Paljude kliinikute piirid muutusid.

Samuti oli eesmärk üle vaadata näitajate informatiivsus. Arusaadav ja loomulik oleks, kui infosüsteem annaks meile vajalikud arvud mis tahes momendil automaatselt, käsitsitööd tegemata. Selle poole me ka püüdleme.

Kõige tähtsam on analüüsivate andmete usaldusväärsus ja võrreldavus ajas. Järgmisel aastal see nii ka kindlasti on.

Mida me saame usaldusväärselt välja lugeda tänastest numbritest? Selge märk meie ravipõhimõtete liginemisest are-

nenumate riikide omadele on tõsiasi, et keskmine haiglas viibimine lüheneb pidevalt. Reservidest annab tunnistust voodihõive ehk kui mitu päeva me voodeid tegelikult kasutasime. See näitaja on sama madal kui Eesti keskmine: 72%. Tegelikult ütleb see number meile, et meil võiks olla ligi viiendiku võrra vähem voodeid.

Viiendik on aga ligi 280. Terve maakonnahaigla! Siit tulenebki võti kliinikumi efektiivsemaks majandamiseks ja patsiendi olmekvaliteedi parandamiseks. Aga kõigepealt tuleb põhjalikult analüüsida, millised voodid ja millistes kliinikutes meil tühjalt seisavad. Alles seejärel tuleb otsuste aeg. Need tehakse kindlasti koos kliinikute esindajatega, tähtjaks teine poolaasta.

JAANUS PIKANI,
kliinikumi juhatuse esimees

Aavo Juusi foto



Kliinikumi preemia laureaat on prof Vello Salupere

Tänavuseks kliinikumi preemia laureaadiks valiti sisekliiniku juhataja prof Vello Salupere. Preemia andis üle kliinikumi juhatuse esimees Jaanus Pikani rahvusvahelisel konverentsil "Kvaliteet tervishoius", mis toimus 10.-11. mail Vanemuise kontserdimajas.

Vastavalt statuudile antakse kliinikumi preemia teenekale Eesti arstiteadlasele, kes oma silmapaistva tegevusega on andnud olulise panuse Eesti tervishoiu ja ühiskonna arengusse ning inimeste tervise parandamise heaks.

Alates 1992. aastast juhatab professor Salupere TÜ sisekliinikut ja sisehaiguste õppetooli ning on käesolevast aastast ka Tartu Ülikooli Kliinikumi sisekliiniku juhataja.

Peamised uurimisvaldkonnad, millega professor Salupere on tegelnud, on seotud seedeelundkonna haigustega. 1963. aastal kaitses ta meditsiinikandidaadi väitekirja teemal "Resetseeritud mao kõndi limaskesta morfoloogilistest muutustest gastrobiopsia andmetel ja nende seos kliinilise leuga". 1969. aastal kaitsitud doktori väitekirja teemaks oli "Krooniline gastriit haavandtõve korral (kroonilise gastriidi patogeneetilised iseärasused)".

Viimase 5 aasta jooksul on professor Vello Salupere juhendamisel või kaasjuhendamisel väitekirja kaitsnud 5 kliinilise eriala doktoranti: Bela Adojaan, Triin Remmel, Karin Kull ja Mai Ots. Sisehaiguste õppetooli juures on tema kaasjuhendamisel valminud 2 magistritööd.

Alates 1987. aastast tänaseni on Vello Salupere Eesti Gastroenteroloogide Seltsi esimees. Professor Salupere on ka OMGE (maailma gastroenteroloogia organisatsiooni) teadus- ja nominatsioonikomiteede liige. Tema algatusel organiseeritud gastroenteroloogia osakond töötab tänaseni TÜ Kliinikumi sisekliiniku koosseisus.

Professor Salupere (65) on töötanud ka arstiteaduskonnas nii õppe- kui teadusprodekaanina, olnud praeguse Sihtasutuse Tartu Ülikooli Kliinikum eellase Tartu Ülikooli Kliinikumi juhatuse liige (1992-1997) ja ka juhatuse esimees (1996. a.). Professor Salupere on töötanud sotsiaalminis-

teeriumi juures peagastroenteroloogina ja aastail 1994-1997 gastroenteroloogia nõunikuna.

Sel aastal anti kliinikumi preemia välja juba kolmandat korda. 1998. aastal valiti preemia laureaadiks prof Arvo Tikk ja 1999. aastal prof Endel Tünder.

KRISTI TAEL,
kliinikumi avalike suhete juht

Uueks sisekliiniku juhatajaks saab prof Margus Lember

22. mail lõppes kliinikumis konkurs sisekliiniku juhataja ametikoha täitmiseks. Võitjana väljus konkursist TÜ arstiteaduskonna sisehaiguste propeudeetika professor Margus Lember.

Professor Lemberiga alustatakse läbirääkimisi töölepingu sõlmimiseks.

Sisekliiniku senise juhataja, sisehaiguste professori Vello Salupere tööleping lõpeb täna 31. augustil. Uus kliiniku juhataja asub tööle 1. septembril.

Kliinikumi Nõukogu koosolek

3. mail toimus Kliinikumi Nõukogu koosolek, kus kinnitati kolme aasta tegevuskava aastateks 2000-2002.

Selles on kinnitatud peaesmärgid järgmiseks kolmeks aastaks. Aasta 2002 põhieesmärk on patsientide ravi- ja olmetingimuste parandamine. Aastate 2000 ja 2001 põhieesmärgid on endised: tänavu ravi kvaliteedi ja klienditeeninduse parandamine ning järgmisel aastal Lõuna-Eesti tervishoiu koostöösidemete võrgustiku väljaarendamine. Mõnevõrra muudeti koondesmärgi. Uueks koondesmärgiks on efektiivse majandamise tagamine; reorganiseerimisega seotud meeskonnatöö tagamine kui omaette eesmärk ühendati sihiga tagada personali motiveeritus ja kvalifikatsioon.

Arengukavasse tehti ka kümme kond väiksemat täpsustust ning parandust. Muude tähtsamate küsimustena kinnitati juhatuse tulemusplaan, nõukogu reglement ning kliinikumi käesoleva aasta suurte investeeringute kava.

Kliinikumi 1999. aasta majandusaruanne kinnitatakse nõukogu järgmisel koosolekul, mis toimub 7. juunil.

MART EINASTO,
juhatuse liige



Jaak Nilsoni foto



"Kvaliteet tervishoius"

Kahepäevane rahvusvaheline konverents praegu nii aktuaalsel teemal - kvaliteet ja meditsiin - oli vaieldamatult üks mai-kuu tähtsündmusi. Üritusel osalenute ring oli oodatult lai. Kuluaarides võib siiani kuulda vaid positiivseid kommentaare ajakohase teema kohta. Kuigi esinejate kogemuste taust oli ulatuslik, haakusid ettekanded siiski hästi ettevõtmise teemaga.

Loe lk 2

Mõtteid rahvusvaheliselt konverentsilt "Kvaliteet tervishoius"

Algus lk 1

Konverentsil jagatust sai selgeks, et vaid süstemaatiline tegevus viib heade tulemusteni. Enne lõpptulemuseni jõudmist eksisteerib edu vaid entsüklopeedias. Paljude esinejate kogemustest kumas läbi ühine mõte, et kvaliteedijuhtimine tervishoius on rahvusvaheliselt väga oluline teema, mille arendamisega tegeldakse hoogsalt ja süstemaatiliselt. Eesti raviasutustel seisab kvaliteedijuhtimise valdkonnas ees hulk olulisi valikuid. Üks esimesi samme on sobiliku lähenemisviisi ja stiili valimine.

Süstemaatiline arendustegevus käib etappide kaupa. Erialaspetsialistidega diskuteerides olen jõudnud veendumusele, et tervishoiu valdkonna vastavus ISO9000 standardile on täieliku kvaliteedijuhtimise (TQM) olulisi vaheetappe.

ISO9000 standard pakub vahendi protsesside juhtimiseks antud väliste lubaduste täitmiseks. Euroopa kvaliteediauhinna mudel, mis on TQM mudel, võib ISO9000 sertifikaadi omamise puhul anda kuni 300 punkti. Maksimumarv punkte Euroopa kvaliteediauhinna mudelis on 1000. Ümber sama kaaluga tulemus annavad ka teised tuntud TQM mudelid. ISO9000 standard ei pööra erilist tähelepanu eestvedamisele (*leadership*), töötajate rahulolule, strateegilisele juhtimisele, planeerimisele, mis ei ole otseselt seotud toote/teenuse kvaliteediga (näiteks turundus, müük), selliste ressursside juhtimisele, mis ei ole otseselt seotud toote/teenuse kvaliteediga (näiteks kinnisvara, intellektuaalne omand), äriliste tulemuste arengule, ühiskondlikele mõjudele jne.

Arusaadavalt on võimatu arendada tegevust TQM suunas, ilma et oleks tagatud protsesside süstemaatiline juhtimine, mis garanteerib nii ravi kvaliteedi kui kvaliteedi patsiendi jaoks.

Lääneriikides on areng TQM suunas toimunud ISO9000 vahendusel. Nüüdseks on ISO9000 seeria sertifikaadist saanud et-



Gerhard Zednik

tevõtte usaldusväärse näitaja. Arvestatavatel ettevõtetel on sertifikaat enesestmõistetavalt ette näidata.

ISO9000 standard areneb suhteliselt kiiresti. Viimase väljaande arengut on mõjutanud protsessijuhtimise ja TQM mudelite populaarsuse kasv, mistõttu on ka ISO9000 2000. aasta versioon hõlpsamini rakendatav

Jagan Gerhard Zedniku arvamust, et ISO9000 standardi juurutamiseks tuleb peremehelikult suhtuda. Standard on vaid vahend organisatsiooni eesmärkide täitmise tagamiseks.

ISO9000 standard pakub mudeli mitmesuguse tegevuse korraldamiseks. Mudel annab loogilise struktuuri sisemiseks ja väliseks kommunikatsiooniks. Üldiselt kasutatav ühine standard aitab välistel huvigruppidel aru saada organisatsiooni eksisteerivast miinimumtasemest kvaliteedijuhtimise valdkonnas.

ISO9000 ei paku lahendusi, vaid nõudeid. Töötades aga nii konsultandina kui audiitorina, olen hämmastavalt sageli



Hetk konverentsilt.

näinud süsteeme, mille puhul on oma juhtimisprobleemidele lahendust otsitud standardi nõuete mehhaanilisest täitmisest.

Toimivas kvaliteedisüsteemis on üldine raamistik ehk juhtimissüsteem koos oma strateegiatega ja eesmärkidega paigas. Alles seejärel on võimalik näha kvaliteedisüsteemi rolli ning standardi nõuded avanevad rohkem abistavana kui kammitsevana.

Põhilised probleemid tulenevadki vales lähenemisviisist: standardikeskses lähendamises kasutatakse organisatsioonile võõrast kõnepruuki, nõuetele vastavus on esmatähtis, süsteem töötatakse välja "mungakambri" "spetsialistide" poolt ja antakse "lihtsurelikele" täitmiseks. Sellise stsenaariumi kohaselt võib vaid öelda, et ISO9000 standard on hea sulane, aga kehv peremees.

Konverentsil avanes võimalus Gerhard Zednikuga mõtteid vahetada. Gerhard Zedniku arvates sobib tervishoiu valdkonna arendamiseks kõige enam just ISO9000 standard.

Minu kogemuste kohaselt on Tartu

Ülikooli Kliinikum (kvaliteedi)juhtimise arendamises ka rahvusvaheliselt vaadelduna eeskujulikul viisil proaktiivse lähenemisviisi valinud. Tegutses etappide kaupa enda mõjuulatusringis - nii ei jää terviku areng väljaspool enda mõjuulatusringi paiknevate tegurite taha pidama. Paljuütlev on ühe soomlasest arsti hiljutine kommentaar Eestis toimuva kohta: "12 aastat tagasi käisid eestlased siin õppimas, nüüd paistab, et meil soomlastel oleks paljudes asjades eestlastelt õppida."

Kasutan siin võimalust tänada hästi korraldatud ajakohase konverentsi eest, soovin kõigile jõudu edasises arendustöös ning jään huviga jälgima, milliseid valikuid Eesti meditsiini lipulaev lähitulevikus teeb.

JARI KUKKONEN,
Business Grain Eesti OÜ
juhatuse esimees

Õendus kardiokirurgia osakonna intensiivravis

Töötan kardiokirurgia osakonnas intensiivraviõena 1997. aastast. Selle aja jooksul on osakonnas läbi viidud hulk õe tööga seotud organisatsioonilisi muudatusi.

Need on olnud tingitud tervishoiusüsteemi arengust ja õe üha suurenevast rollist ühiskonnas. Raviteenuse lepingute mahtude piiratus on sundinud lühendama patsiendi stacionaaris viibimise aega. Samas võimaldavad nüüdisaegne aparatuur ja uued töövõtted inimese terveks ravida varasemast lühema aja jooksul. Õdedel aga tuleb täita järjest suuremaid nõudmisi üha lüheneva ravil viibimise kestel.

Üheks peamiseks eesmärgiks oleme seadnud õendusabi kvaliteedi üldise parandamise: õe tegevus peab muutuma inimesekesksemaks, igale patsiendile tuleb läheneda individuaalselt ning muuta õenduskeskkond turvalisemaks.

Püüan kirjeldada meie osakonna töökorda ja üldist keskkonda. Eelkõige

peaks see huvitama kolleege, kes on altd uuendustele ja kellel jätkub algatusvõimet ümberkorraldusteks. Ehk saab ka mujal meie osakonna häid ideid kasutada. Oleme valmis teile oma nõu ja jõuga abiks olema.

Kuidas luua keskkonda, kus patsient end turvaliselt tunneb

Meie osakonna intensiivis määravad õed valvekorra vahetumisel kindlaks patsiendid, kellega nad tegelevad. Ühe õe hoole all on haigete seisundist olenevalt 1-3 inimest. See võimaldab õel tegevust

Aavo Juusi foto



planeerida, arvestades oma patsientide vajadusi ja lähtudes valvearsti antud korraldustest. Õe tööpiirkond on sel juhul piiritletud ja patsientide eest hoolitsemine operatiivsem ning turvalisem.

Võimaluse korral tegeleb õde sama patsiendiga ka järgmise valvekorra ajal. Kuna töötame juba aastaid kolmes vahetuses, on selline töökorraldus võimalik. Kui õde tegeleb postoperatiivses palatis sama patsiendiga võimalikult kaua, on tal parem ülevaade, kuidas haige seisund muutub, ja ta oskab

ära tunda ning ehk ka ära hoida ohtlikke operatsioonijärgseid tüsistusi.

Päevaplaanist, mille koostan, teavitan ka oma patsiente. Informeerin neid päeva jooksul tehtavatest protseduuridest: dreene eemaldamisest, plaanilisest sidumisest jne. Kui patsient soovib, võib ta alati õelt lisainfot küsida - see aitab hirmu ja ärevust vähendada. Tegeldes sama patsiendiga pikemat aega, oskan oma töö tulemusi hinnata ja järeldusi teha.

Põetusprotseduuridest võtab osa ka põetaja. Tundes oma patsiente, oskan töökaaslast suunata ja juhtida tähelepanu haige võimalikele eripäradele (nt on ta halva kuulmisega vms). Kogu valvekorra kestel vastutan oma patsientide eest, kindlalt seda oma nimega jälgimislehel. Hilisemate probleemide ilmnemisel on võimalik pöörduda kindla õe poole, kes haigega tegeles. Hoolitsen selle eest, et patsientide ootused ja soovid saaksid rahuldatud. Võimalusel püüan olla paindlik, mitte olla kinni oma arvamustes või harjumustes.

Selleks, et sisendada haigesse rahu ja turvatunnet, olen püüdnud ennast asetada tema asemele, mõeldes, kuidas saaks tema olemise muuta võimalikult mugavamaks ja keskkonnasõbralikumaks. Tahame ju kõik, et personali ja patsiendi vahele ei tekiks sein, nagu töötaks me nii, et patsient ei puutu asjasse.

Osakonnas on läbi viidud küsitlus, mille käigus patsientidel oli võimalus avaldada oma arvamust meditsiinipersonali kohta. Meeldiv oli kogeda tervenemist inimeste positiivset tagasisidet. See näitab, et suudame pakkuda haigetele just seda, mida

nad ootavad. Selleks, et haige end turvaliselt tunneks, polegi tarvis erilisi summasid ega muid vahendeid. Kõige olulisem on suhtumine patsienti ja heasoovlikkus.

Õe ja patsiendi vaheliste suhete loomine

Eduka õetöö eelduseks on hea suhtlemisoskus. Tööd alustades tutvustan ennast patsiendile. Püüan olla viisakas, sõbralik ja rahulik. Patsient vajab julgustust, nõuandeid ja selgitusi. Pean oskama küsida ja kuulata, olema tähelepanelik.

Operatsioonieelsel päeval vestlen haige-ga lõikusjärgsest perioodist. Oluline on leida õige lähenemine igale inimesele. Selgituste andmine on vajalik, kuna patsiendil on kas tuttavate juttude või iseenda kogemuste pinnal kujunenud oma arvamus südameleõikusest ja sellele järgnevalt ajast. Püüan leevendada lõikus ootava inimese hirme ja süvendada temas tahtet oma ravi protsessis aktiivselt osaleda.

Operatsioonijärgsel perioodil abistan patsiente igati: julgustades neid sööma, sügavalt hingama, kõhima, aidates päevastes toimetustes. Õena selgitan ja põhjendan protseduuride kulgu ning mõju, kontrollides, kas haigele on kõik arusaadav.

Samas ei tohiks patsienti informatsiooniga üle koormata. Õde suudab taibata, millal haige vajab informatsiooni või muul viisil suhtlemist. Saan julgustada patsienti küsima ja oma muredest rääkima. See annab aluse õetöö planeerimiseks. Kõiki patsiendi muresid võtan tõsiselt. Näiteks valu korral võib inimene olla tusane, rahutu, isegi nutta. Tema ise ehk häbeneb seda, mina aga saan arsti tähelepanu ka sellele juhtida. Haige emotsionaalse seisundi jälgimine teeb võimalikuks tüsistusi ja ebamugavusi ära hoida või leevendada.

Järg lk 3

Kokkuvõte kliinikute tööst 1999. aastal

Meditsiinistatistikas on tehtud lõplikud kokkuvõtted mullusest tööst. Riigistatistikale on esitatud nõutud aruanded ja need ka kaitstud ning kliinikud ja osakonnad on teinud oma kokkuvõtteid.

Ühtne kliinikute aastaaruanne on koostatud kliinikumi koosseisu kuuluvate 17 kliiniku kohta, lähtudes kliinikute struktuurist käesoleval aastal. Aruanne sai koostatud kõikidele kliinikutele ühtsel alusel, arvestamata kliiniku spetsiifikat. Eesmärk oli võtta kokku olulisemad efektiivsusnäitajad, millega saaks võrrelda kliinikute järgmiste aastate aruandeid.

Kuna aruanded koostati kliinikute kohta sellises struktuuris esmakordselt, siis võrdlusandmed kliinikute varasemaga puuduvad. Saab aga võrrelda kliinikumi kui terviku andmeid eelmiste aastate omadega.

1999. aasta lõpu seisuga oli kliinikumis 1389 voodit (arvestatud on voodeid, mis olid avatud peaarstide käskkirjadega). Aasta keskmine voodite arv oli 1360, sest suvel olid mitme haigla osakonnad kollektiivpühkuste tõttu suletud. Viimase viie aastaga on voodite arv vähenenud ligikaudu 245 võrra, s.t 15%.

Ravitud haigete arv, arvestades haiglast väljakirjutatud ning ka surnuid, oli statsionaaris 1999. aastal 41 157. Osakonnadevahelise liikumisega raviti 46 206 inimest. Ligikaudu 5000 haiget viidi aasta jooksul ravi käigus ühest osakonnast teise. 1995. aastaga võrreldes oli ravige arv üle 2000 suurem, kõrgeim näitaja oli 1998. aastal: 42 484.

1998. aastaga võrreldes kahanes ravige arv 1327 võrra. Seda põhjustas kindlasti haigekassade lepingumahtude lõppemine, mis väljendus ka plaaniliselt ravitavate patsientide järjekordade pikenedes.

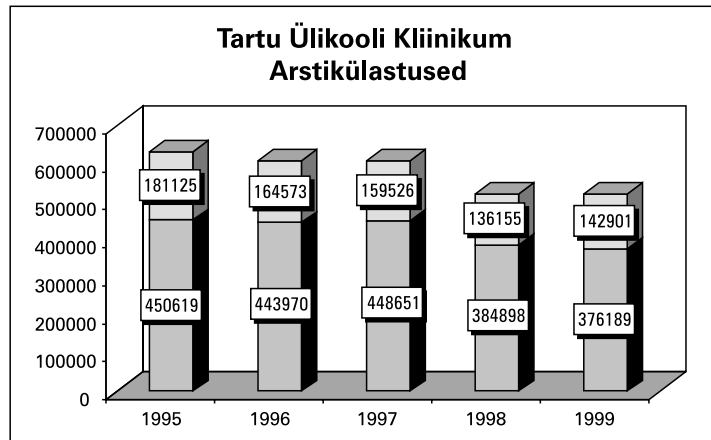
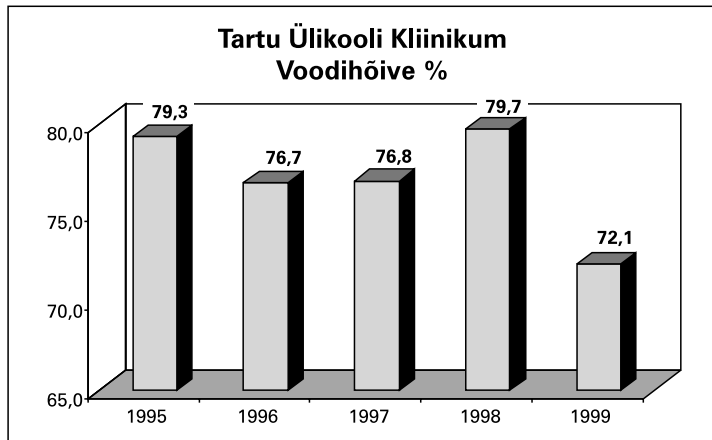
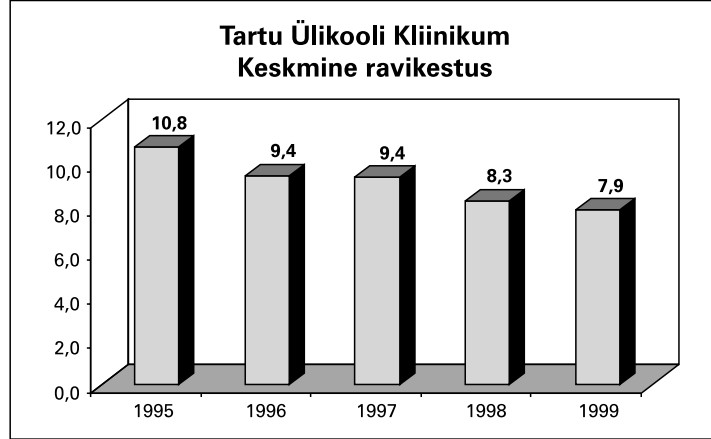
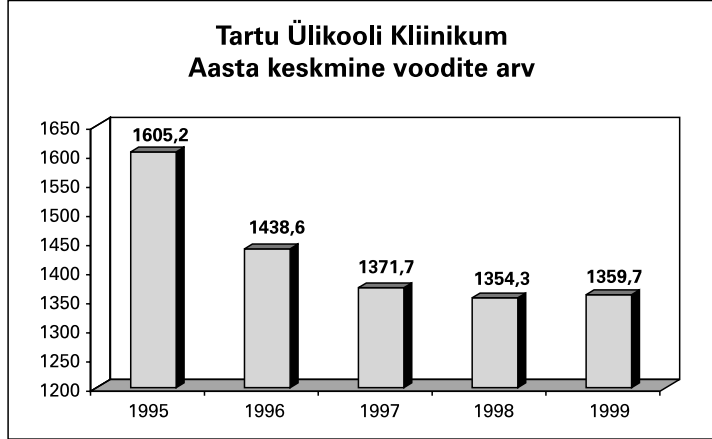
Tartu linna ja maakonna patsientide osakaal statsionaaris ravige hulgas oli kokku 50%.

Voodipäevade arv on viimasel viiel aastal püsivalt vähenenud, seda 22%. Saavutatud on see keskmise ravikestuse lühenedesega.

1999. aastal viibis patsient kliinikumis keskmiselt 7,9 päeva. Viimase viie aastaga on ravikestus 2,9 päeva lühenenud.

Eestis oli keskmine ravikestus mullu kõikide voodiprofiilide lõikes 9,9 päeva.

Voodikoormus, s.t päevade arv aastas, mille jooksul ravivoodeid kasutati, oli viimase viie aasta madalaim - 262,8 päeva.



Voodihõive, s.t ravivoodi kasutusel olnud päevade osatähtsus aasta päevade arvus, oli vaid 72,1%. Eesti haiglates oli voodikoormus 1999. aastal 264,9 ja voodihõive 72,6%.

Arstikülastuste arv kliinikumis oli eelmisel aastal 376 189 (joonisel tulba alumine osa), stomatoloogide külastusi 142 901 (tulba ülemine osa). Arstikülastuste arvu vähenemine 1998. aastal oli seotud perearstide iseseisvumisega. Samas on muutunud ka andmete kogumine, see käib nüüd elektrooniliselt.

17 kliiniku seas on voodite arvult suurimad sisehaiguste kliinik, psühhiaatria- ja kirurgiakliinik, väiksemad silma-, kõrva- ja stomatoloogiakliinik, mis tegelevad peamiselt ambulatoorse tööga.

Keskmine ravikestus kliinikutes on üsna erinev ja sõltub töö spetsiifikast.

Alla 5 päeva viibisid patsiendid ravil kõrva-, naiste- ja silmakliinikus ning see näitaja on antud profiilidel Eesti keskmisest näitajast madalam.

Kõige kauem viibitakse ravil pikaravivoodites: tuberkuloosiosakonnas 37 ning pikaraviosakonnas 38 päeva.

Voodihõive üle 80% oli kolmes kliinikus: hematoloogia-onkoloogia kliinikus, spordimeditsiini ja taastusravi kliinikus ning psühhiaatriakliinikus. Alla kliinikumi keskmist oli voodihõive üheteistkümnes kliinikus.

Kliinikutes kokku oli 01.01.2000 seisuga 2179,8 ametikohta, millest 397,0 (18,2%) oli arst-õppejõu ametikohti ja 937,5 (43,0%) õendusala ametikohti.

Ravitud patsiente ühe arstiametikoha kohta kirurgiakliiniku statsionaaris oli 280, kõrvakliinikus 225 ja psühhiaatriakliinikus 216. Kliinikumi statsionaarides kokku tuli 105 haiget arsti kohta, arvestamata ambulatoorse töö osakaalu.

Patsiendi keskmine maksumus statsionaaris raviarve lõpetava osakonna järgi on suurim kardiovaskulaar- ja torakaalkirurgia kliinikus - 17 862 kr, anestesioloogia ja intensiivravi kliinikus 15 164 kr ning kardiolooigiakliinikus 13 101 kr.

Kõige vähem läheb üks patsient maksma naistekliinikus ja nahahaiguste kliinikus. Kliinikumi keskmise patsiendi ravige kulud olid 7230 kr.

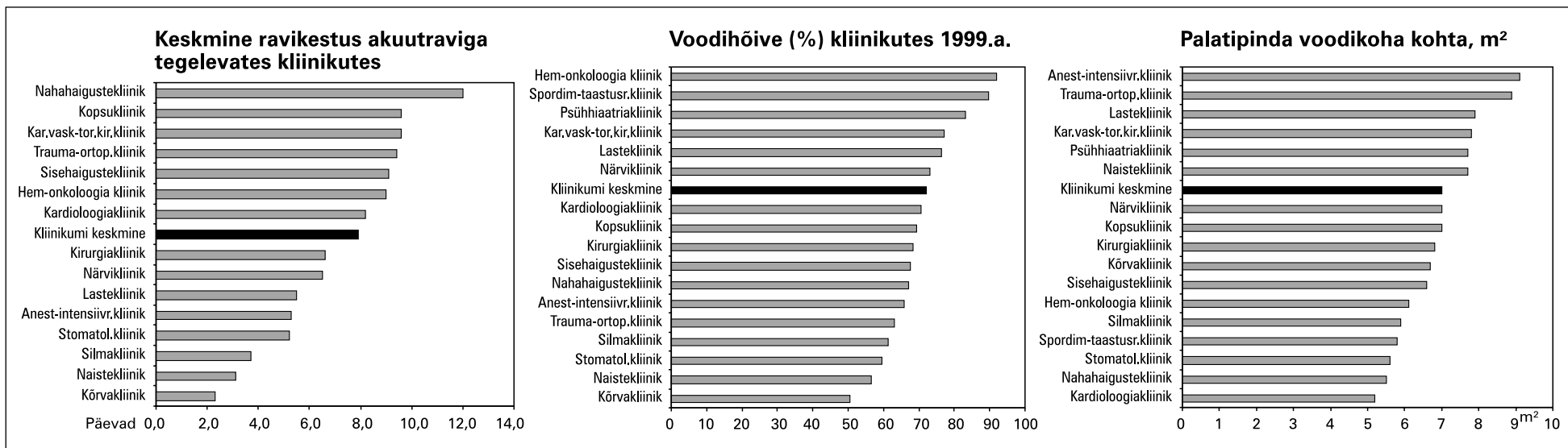
Palatipinda ühe voodikoha kohta oli

kliinikumis 7 m², üle 7 m² on pinda ühe voodi kohta vaid 6 kliinikus. Eriti kitsastes oludes paiknevad kardioloogia- ja nahahaigustekliiniku haiged, kus palatipinda on voodi kohta vaid natuke üle 5 m².

Edaspidi katsume rohkem tähelepanu pöörata erialade sisulistele näitajatele ning haarata ka meditsiinilised teenistused.



MERJE TIKK, meditsiinistatistika osakonna juhataja



Algus lk 2

Kardiokirurgia osakonnas pööratakse suurt tähelepanu meeskonnatööle. Õde peab täitma oma vastutusalasse kuuluvaid ülesandeid ja tegema koostööd teistega - arstide, patsiendi, hoolduspersonaliga. Samuti tuleb suhelda näiteks südamerikikega lapse vanematega, kes vajavad põetusega seotud nõuandeid. Neile tuleb selgitada ravimite kõrvalmõjusid ja palju muud - kõik see aitab vähendada teadmatusega seonduvaid kahtlusi ja hirme.

Igaks valvekorra määratakse meil vastutav õde. Tema kohustuseks on tellida ravimid ja muu meditsiiniline kaup, hoida korras vereülekanne žurnaal, vastutada

mürkide eest. Vastutav õde korraldab mõne õe haigestumisel asendaja leidmise ja tegeleb muude igapäevaste ülesannetega. Vastutava valveõe määrab iga kuu graafikus osakonna vanemõde. Selline tööjaotus hoiab ära asjatu rabelemise ja tagab selguse töös.

Patsiendi rahulolu oleme võimelised kindlustama ainult siis, kui oleme ise puhanud, rõõmsameelsed ja oma tööga rahul. Siinkohal pean oluliselt rõhutada meie osakonnas toimivat kolme vahetusega töökorraldust. 8-tunnine valve ei ole täiskohaga töötavale õele kurnav. Nii oskame oma energiat jaotada ja teame, et peale tööpäeva on piisavalt aega tegelda ka oma huvialadega.

Et toime tulla üha suurenevate nõud-

mistega, peab õde end pidevalt täiendama, et muutustega erialas kursis olla. Kardiokirurgia osakonnas on õdedel ikka olnud võimalusi enesetäienduseks. Omal kohal on ka koosolekud, kus lahendatakse aktuaalseid probleeme ja arutatakse töökorraldusega seotud küsimusi. Kõikvõimaliku informatsiooni jaoks on õdede toas ja intensiivis olemas ka stendid.

Teadmisi on vaja nii praktilise tegevuse kui psühholoogia vallas. Peab ju oskama patsienti abistada ka siis, kui ta on ärritunud, vihane või masenduses. Täiendustel kätes olen saanud meelde tuletada nii selle valdkonna baasteadmisi kui ka iseenast tundma õppida. Oma nõrkade ja tugevate külgede tunnetamine loob aluse arenemisele ja täiustumisele.

Kardiokirurgia osakonna õdede töökorraldus on mitme aasta järjepideva töö tulemus. Me kõik püüame oma tööd hästi teha. Meil on sõbralik kollektiiv ja me võtame ette muudatusi, mis vastavad osakonna eesmärkidele ja igapäev väärtushinnangutele. Õenduse aluseks on läbi aegade olnud naiselikud väärtused: hoolitsus, lähedus, avatus. Inimlik lähedus patsiendiga on juba iseenesest raviv. Püüame igati, et ka töökoormuse suurenedes need väärtused jääksid, et meil oleks loodud tingimused patsiendi tervise võimalikult kiireks ja kvaliteetseks taastumiseks.

KATRIN VIJAR, kardiokirurgia intensiivraviõde



Arvutiivirustest

Mai keskpaigas tabas kliinikumi arvutivõrku nagu ka miljoneid muid kompuutreid maailmas arvutiivirus ILOVEYOU.

Tema levik oli tohutult kiire: paari tunniga oli ta jõudnud ühest maailma nurgast teise, nakatades oma teel ühe riigi teise järel. Lisaks kavalale ülesehitusele ja intrigeerivale *subject*'ile tegi viiruse tohtu leviku võimalikuks inimeste teadmatus. Kui kasutajad oleksid pidanud kinni lihtsast turvareeglist, et ei tohi avada tundmatu sisuga kirja lisandeid, poleks ILOVEYOU kuhugi levinud. Paraku leidus pea igas organisatsioonis keegi, kes vaatas, millist armastust siis keegi hea sõber avaldab. Protsessi soodustas asjaolu, et viirus levis ühest postkastist teise, kasutades inimeste enda aadressraamatuid. Sellega oli tagatud, et nakatunud "armastuskiri" saadi inimeselt, kellega oldi vähemal või rohkemal määral kunagi sidet peetud või kes töötas samas asutuses-ettevõttes.

Viiruste kaitseks on kliinikumi arvutivõrgus kasutusel viirustõrje tarkvara, mis töötab iga kasutaja arvutis ja ka elektronposti serveris. Paraku oskab see kaitsta juba teadaolevate viiruste ja ka mõningate tüüpiliste ülesehitusega uute viiruste eest. Aeg-ajalt aga kerkib esile mõne nupuka viirusemeistri teos, mis oskab sellistest kaitsetest mõõda hiilida ja suurt kahju põhjustada. Tõhusamaks kaitset selliste viiruste vastu, on kliinikumi arvutivõrgus nüüd teostatud mõningate lisandite saatmine kirjaga. Nendeks on VB-skriptid (sama tüüpi kui ILOVEYOU viirus), käivitavad failid nagu .EXE, .COM, .BAT. Kõik sellised kirjad pannakse karantiini ja aadressaati saab asjakohase teate. Kui teil peaks mingil erilisel põhjusel tekki- ma vajadus sellised faile elektronpostiga levitada või vastu võtta, palun võtke ühendust informaatikateenistusega.

Lisaks tublide arvutimeeste pingutustele on väga vajalik, et me kõik ka ise tähelepanelikud oleksime ja oma aruka tegevusega ohu ära hoiaksime. Selleks paar juhust:

- Ärge avage tundmatuid faile, mis on teile saadetud kas elektronpostiga või mõnel muul viisil (flopiketal, internetist loetav). Kui te kahtlete - küsige üle IT klienditeenistusele administ- raatoritelt. Arvestage, et ka healt sõbralt võib tema teadmata tulla viirusega nakatunud dokument (nagu oli ILOVEYOU).
- Kui te lahkute oma arvuti juurest, hoolitsege, et võõrad seda kasutada ei saaks.
- Arvutid on keerulised riistad ja sel- geid märke viiruse tööst on raske välja tuua. Ongi nad ju aretatud nii, et võimalikult märkamatuks palju kahju tekitada. Kui teil on aga tekkinud tõsine kahtlus, et arvutis toimetas viirus, siis sulgege arvuti kohe ja võtke ühendust IT kliendi- toega.

Head IT-tervist soovides

ERKKI LEEGO,
IT direktor

Muutuvad kliinikumi telefoninumbrid

SA TÜ Kliinikum sõlmis 18. aprillil Ericsson Eesti AS-ga lepingu uue, jagatud struktuuri telefonisüsteemi tarnimiseks, mis vahetab järk-järgult välja ning ühendab ühtsesse süsteemi kõik kliinikumile kuuluvad telefoniabonendid.

Vanad jaamad on moraalselt ja tehniliselt juba vananenud ega vasta enam tänapäeva telefonisüsteemide nõuetele. Kuna välisühendused hakkavad tuginema uuel tehnoloogial (ISDN 30B+D), vahetub ka meile neid vahendava operatori (Eesti Telefon) emajaama tüüp. Just seetõttu meil numbrid vahetuvadki. Sisuliselt tähendab see seda, et kliinikumi uus telefonisüsteem ühendatakse Eesti Telefoni võrguga teisi kanaleid pidi.

Jaamade vahetus toimub kahes etapis, millest esimene käivitub 30. juunil ning puudutab kõiki järgmistel aadressidel asuvaid aboneite: Puusepa 2, Puusepa 6, Puusepa 8, Puusepa 1a ja Lunini 6, mille telefoninumbrid langevad vahemikku 448 100 kuni 448 699 ja 449 100 kuni 449 699. Muutus ei puuduta numbreid, mis algavad 428xxx.

Mis täpselt muutub?

Et vältida suuremaid segadusi, on numbrimuutuse algoritm tehtud üpris lihtsaks. Igal abonentil omanikul on võimalik tuletada oma uus number vanast

numbrist lähtuvalt. Olgu kõigepealt öeldud, et iga nimetatud vahemikku kuuluva täispika numbriga viimased neli kohta ei muutu. Muutuvad vaid esimesed 2 kohta, kus telefoninumbri algus 44 asendub numbriga 31. Näiteks numbriga 448 123 omaniku uus number hakkab olema 318 123, 449 234 aga asendub 319 234-ga.

Praegune kolmekohaline sisenumbersüsteem muutub neljakohaliseks ning ühtlustub kõigi muudetavate telefoninumbrite osas üheselt valitavaks. See tähendab, et näiteks praegune Maarjamõisa haigla sisenumbriga 345 muutub 8345-ks ning selle saab otse valida kõikidelt telefonidelt, mis ühendatakse uue süsteemiga.

Samasugune süsteem töötab ka mõnda aega juba näiteks Tartu Ülikooli hoonetes ning paljud on sellega juba ka tuttavad. Ka ülikooli telefonisüsteem ühendatakse kliinikumi uue süsteemiga otse kokku, sisuliselt tekib üks suur ühtne süsteem, mis haldab mõlema asutuse telefonisid. Ka kõigile ülikooli numbritele saab sellisel juhul helistada sisenumbrile valides ning vastupidi. Ülikooli sisenumbrid algavad teatavasti 4xxx, 5xxx ja 6xxx.

Vastavalt kokkuleppele Eesti Telefoniga suunatakse kõik vanadele numbritele tulnud kõned automaatselt, kust teatatakse, et number on muutunud, ning järgneb ka õpetus uue numbriga tuletamise kohta. Vastav algoritm avaldatakse kindlasti ka ajakirjanduses.

Mis muutub iga kasutaja jaoks?

Iga kasutaja jaoks ei muutu esialgses lähenduses suurt midagi, välja arvatud

see, et jaama ootetoon muutub senise katkendliku asemel pidevaks. See on ka märk sellest, et abonent on lülitatud uude süsteemi. Telefoniaparaat jääb enamikul kasutajatel samaks ning helistamisel väljapoole kliinikumi ja ülikooli võrku tuleb endiselt ette valida 0, millele ei järgne enam pidevat tooni - ülejäänud numbrid valitakse kohe otsa. Samuti muutuvad kõne suunamise ning teiste lisateenuste aktiveerimis- ja deaktiveerimiskoodid. Vastavad juhendid riputatakse võrku üles, kust iga kasutaja saab omale selle alla tõmmata, välja printida ning kasvõi pähe õppida.

Kuna tegemist on ühe süsteemiga, siis ühtlustuvad ka kõigi abonentide igakuised abonenttasud. Praegu on need veel hoonete kaupa erinevad. Väljahelistamistariifid ei muutu.

Üleskutse osakonnajuhatajatele numeratsioonivälja korraldamiseks

Kuna lähemal ajal telefoninumbrid niikuinii muutuvad, siis on otstarbekas juba praegu mõelda ka oma osakonna või alüksuse numeratsioonivälja korraldamisele. Seoses kliinikumi viimase struktuurimuudatusega on eelmist süsteemi üsna korralikult kasutatud ning tagajärjek "augud" ja "võõrad numbrid" iga osakonna numbriväljas. Teadmiseks osakonnajuhatajatele: kuna vaba numeratsiooniresursi on kliinikumil piisavalt, siis on võimalik numeratsioonivälja teatud piirides muuta. Selleks võivad uuendusmeelsemad osakonnajuhatajad kontakteeruda kliinikumi telefonijaamade administraatoriga telefonil 300 717 või meiliaadressil alarl@kliinikum.ee

ALAR LUTSAR,
kliinikumi telefonijaamade
administraator

"TRANSFER OF KNOWLEDGE"

Informistide täienduskoolitus Kaunases

Me oleme teadlikud informatsiooni plahvatustlikust kasvust ja informatsiooni ülekoormusest. Kuidas suudab praktiseeriv arst, meedik, olla kursis uute saavutustega, kui igal aastal avaldatakse meditsiiniajakirjades umbes kaks miljonit artiklit?! Eeldatakse, et avaldatavate artiklite arv kasvab 4% aastas. Nagu väideti ühes British Medical Journalis 1995. aastal ilmunud artiklis (Davidoff, F. et al. 310:1085-6), peab kohusetundlik arst selleks, et uuendustega kursis olla, lugema tähtsamatest ajakirjadest 19 artiklit päevas, ja seda 365 päeva aastas. Kui aga mõelda Sacketti poolt 1995. aastal Suurbritannias avaldatud uuringule, kus väideti, et praktiseeriv arst ei kuluta nädalas keskmiselt üht tundigi erialaste ajakirjade lugemisele, siis on järeldus üsna ilmne: see on lootusetu ülesanne.

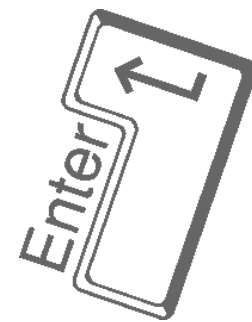
Anne-Marie Haraldstad
University of Oslo Library.
Library of Medicine and
Health Sciences

Märtsikuu eelviimasel nädalal toimus Kaunase Meditsiiniülikooli infokeskuses täienduskursus meditsiiniiraamatukogude ja arstide koostööst eelnimetatud probleemi lahendamiseks. Ürituse korraldasid Norra Raamatukogude Assotsiatsiooni meditsiini ja rahvatervise osakond ja Taani Raamatukogude Ühenduse meditsiiniinformaatika osakond koostöös Põhjamaade Ministrite Nõukoguga. Osavõtjad olid kutsutud Läti, Leedust ja Eestist. Kuna täienduskoolitus toimus Kaunases, siis oli kõige rohkem osavõtjaid Leedust, 5 inimest oli Läti meditsiiniiraamatukogudest ja kahjuks ainult 2 osavõtjat Eestist: Tiina Haabpiht ja Keiu Saarniit kliinikumi med- info keskusest.

Lektori sõnul "ei ole mitte kõik meedikud välismaal vaimustuses argumenteeritud tõestusmaterjali maaniast", kuid ikkagi liigub maailma meditsiin selle poole.

Kasulikke võrguadresse:

- PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed>
- PubMed Training Manuals (Pub Med Kasutamiskäsiraamatud) http://www.nlm.nih.gov/pubs/web_based.html
- PubMed Help (PubMed kasutamishüüdid) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/80/entrez/query/static/help/pmhlp.html>
- PubMed FAQs (Pub Med Sagedasti Esitatavad Küsimused) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/80/entrez/query/static/faq.html>
- Cochrane Library <http://www.update-software.com/clubhome/club.htm>
- Reference Manager http://www.bibliotech.com/html/Reference_Manager.html



Kahel esimesel päeval tutvustati meie tõestusmaterjalil põhineva meditsiini (Evidence Based Medicine) võimalusi kasutades andmebaasi PubMed ja Cochrane'i raamatukogu (Cochrane Library). Neist PubMed on Internetis tasuta saadaval. Cochrane'i raamatukogu koduleheküljel on juurdepääs ülevaateartiklile. Õigused otsingute tegemiseks märksõnade järgi ja artiklite kombineerimiseks tuleb omandada raha eest. See-eest uuendatakse Cochrane raamatukogu andmebaasi väga tihti. Näiteks on sinna kahe nädala jooksul lisandunud 69 täielikku ülevaateartiklit ja 207 süstemaatilist artiklit. Saime teada, et Cochrane'i koostöö uurimisgrupid paiknevad laiali üle kogu maailma ja alati on kõik ustulnud teretulnud!

Teadustöö tegemist hõlbustav Viidete Haldur (Reference Manager) oli kolmanda päeva teemaks. Viidete Halduri abil saab kerge vaevaga lisada oma tööle tsitaate, kasutatud kirjanduse loetelu ja kujundada oma artikli laadi vastavalt selle ajakirja stiilile, millises soovetakse seda avaldada. Laade saab ka andmebaasi lisada.

Viimastel päevadel oli meil veel võimalus tutvuda andmebaasi PubMed uue versiooniga ja kuulata loengut informaat-

siooni otsingute internetis tervikuna.

Kogu õppetöö toimus arvutiklassis ja arvuti taga oli võimalik kõike ise ka proovida. Mõnel korral ei pidanud arvutivõrk suurele koormusele vastu, aga aega harjutamiseks oli piisavalt. Koolituse korraldajad olid ette valmistanud väga põhjalikud loengumaterjalid, millega on kõigil võimalus tutvuda Medinfo Keskuse koduleheküljel www.kliinikum.ee/infokeskus.

Kui arstide hulgas leidub huvilisi, kes soovivad lähemal tutvuda Evidence Based Medicine, Cochrane Library või Reference Manager programmidega, siis on edaspidi medinfo keskusel võimalik organiseerida kursusi ka kliinikumis.

Palun tutvuge täienduskoolituse kursuste materjalidega kliinikumi koduleheküljel. Programmide materjalid on kättesaadavad nii inglise kui eesti keeles.

TIINA HAABPIHT,
medinfo keskus infospetsialist
KEIU SAARNIIT,
medinfo keskus juhataja

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.