

Prof Raul Talvik: kui ma otsustada ei suuda, siis viskan kulli ja kirja

6. oktoobril pidas 65. sünnipäeva kliinikumi juhatuse liige, anestezioloogiakliiniku juhataja professor Raul Talvik.

Kliinikumi Leht ühineb kõikide õnnitlejatega juubeliintervjuu kaudu.

Kuidas kõik algas? Kas Tallinna poiss tuli lihtsalt Tartusse?

Olin jah tegelikult Tõnismäe poiss, Veerenni tänavalt, ja tulin Tartusse, et arstiks õppida.

Mõni aeg enne seda olid arstid mind surmalapseks kuulutanud ja ma tahtsin seda lihtsalt kontrollida. See ei osutunud õigeks. Aga ma ei teinud isegi keskkooli lõpueksameid - tervislikel põhjustel. Kuna koju ka ei tahtnud jääda, mõtlesin, et õpin ikka edasi. Nii saigi Tartus arstiteaduskonda astutud.

Mis aastal see oli?

1954. See oli selline sõjajärgne aeg, kus pooled õppejõududest olid sõjajärgsed ja teised olid nende kasvandikud. Mõtteviisi järjepidevus oli säilinud ja selles mõttes oli see väga hea aeg... Tollal ma muidugi ei saanud sellest aru.

Järjepidevuse jätkumine tähendas, et inimesed tundsid valitud eriala vastu huvi ja tegid teadustööd juba tudengipõlvest peale. Õppisid omal käel juurde asju, mida ei olnud ette nähtud. Muidugi koormused olid ka väiksemad kui praegu. Ja... ahvatlusi ei olnud üldse - sõjajärgne periood ikkagi. Rahvas ja riik olid vaeses.

Pärast arstiteaduskonda jäidki Tartusse...

Nii ta läks, jah. Jäin silma toliaegsele dekaanile prof. Linkbergile, kelle arvates noori tuli soosida.

Ega kõik muidugi kergelt ei läinud. Mind suunati kõigepealt Haapsallu kirurgiks. Leidsin sealt eest kurva peaarsti, kes küsis, kas tõesti tahate siia tööle tulla. Ilmselt ei olnud tal kohta, aga toliaegne süsteem nägi ette, et kui kästi, siis tuli võtta. Mina ei pressinud end peale ja seejärel taheti mind suunata kirurgiks Kundasse.

Läksin siis Tartusse prof. Linkbergile kaebama, et mis nad minuga teevad.

Prof. Linkberg pani mind anatoomiakateedrisse assistendina tööle ja ütles, et tema ajab nüüd asju edasi. Mida ta täpselt tegi, ma ei tea, aga sinna ma tööle jäingi. Olin paar aastat anatoomiakateedris assistendina töö, siis sain haiglas pool kohta.

Noh, noor kirurg, mis ta ikka oskab...

Pole ju suurt teinud ka midagi. Töötasin põhiliselt polikliinikus. Aga toliaegne põhimõte oli täpselt sama mis praegu, et inimene töötab samaaegselt statsionaaris ja polikliinikus. Teadustöö jätkus, moodustasime väikese meeskonna ja pärast lõpetamist hakkasime tasapisi mõtlema kandidaaditöö peale. Aga läks natuke teisiti. Teised kaitsesid Tartus, aga mind saatis prof. Linkberg Moskvasse õppima südame-veresoonetikirurgia instituuti. Töö, mis mulle anti, oli puhtalt intensiivravi vallast. (Tollal muidugi intensiivravi mõistet polnud.) Ja see töö hakkas mulle järjest enam meeldima, seda enam, et olin ise ka jõudnud arusaamisele, et mul ikka nii head kätt ei ole, et minust hea kirurg võiks saada.

See oli 1963. aastal, dissertatsioon sai Moskvas tehtud 3 aastaga. Kui tagasi tulin, ei olnud jälle kirurgikohta ka saada ja läksin taas anatoomiasse, vanale tööle tagasi. Ning mõne aja pärast uuesti Moskvasse. Kuid pärast seda tulin juba tööle kirurgiakateedrisse Toomel. Niisugust teed olen sinkavinka käinud.

Anatoomiaassistendi perioodi küll mõtet kahtseda pole, see andis baasina selge ettekujutuse inimesest ja tegi elu kergemaks. Kollektiiv oli sõbralik, kuigi mõnes mõttes akadeemiline. Need sidemed on siiani püsivad. Praeguseks on kateedrist saanud anatoomiainstituut ja need, kellega koos alustasime, on veel töö.

Mis edasi sai?

Kuna mul oli kraad, esitati mind teaduskonna kirurgiakateedri dotsendiks, eriala nimi oli siis juba intensiivravi. Tulnud Moskvas 1966. aastal tagasi, hakkasime Toomele intensiivravi palatit tegema. Korjasime vastavas seisundis haiged kokku ja hakkasime praeguse arusaama järgi mitte kuigi efektiivselt tegutsema. Aga sel ajal oli see selge



edasimine. Kuna eriala veel õieti polnud, ei olnud ka mingit koolitust saada. Kõik tuli endal läbi mõelda ja teha. Nii on see intensiivravi mulle külge jäänudki.

Ja siis said professoriks?

See oli hiljem. Vahepeal saatis Linkberg mind tagasi Moskvasse kaheks aastaks doktorantuuri. Aga Venemaa kord oli tore: aspirantuur tehti kolme, doktorantuuri pidi tehtama kahe aastaga! Kusjuures nõuti, et doktoritöö olgu krupnõi vklad v nauku. Keegi seda küll nii tõsiselt ei võtnud, aga tööd siiski tuli teha. Mul võttis see aega neli aastat.

Tulin tagasi, lõpetasin doktoritöö, ja siis hakkas teaduskond anestezioloogiakallakuga õppejõude kokku koondama.

Järg lk 4

Kuhu kaob kliinikute raha aasta lõpus?

Justkui mingi kummaline hooajaline haigus külastaks Eesti haiglaid igal sügisel - rahanappus. Haiglaid räägivad haigekassa võlgadest, need jälle omakorda lepingutingimuste rikkumisest.

Kunagi ei anta raha juurde, samas midagi lisaks oleks nagu alati saanud... Ja see kõik kordub igal aastal. Tahaksin sedapuhku mõtiskleda selle kroonilise haiguse põhjuste üle kliinikumi tänavuste majandamiskogemuste põhjal. Nagu paljude haiguste puhul, on ka sellel omad objektiviisid ja subjektiivsed põhjused. Meenu-tame sissejuhatuseks, kuidas me planeer-

ime lepingumahte. Kõigepealt eraldame raha vältimatuks arstiabi, mida igal juhul osutame. Teame eelmiste aastate kogemustest, kui palju neid juhte võib tulla ja kui suur on nende oodatav keskmine maksumus. Plaanilise töö tarvis teeme samasuguse arvestuse.

Järg lk 2

UUDIS

Tartu kõige keskkonnasõbralikumad ettevõtted on Tartu Veevärk, TÜ Kiinikum ja AV-TRISTAR

Linnavalitsuse linnaplaneerimise ja maakorralduse osakonna arenguteenistus viis koostöös linnamajanduse osakonna keskkonnateenistusega läbi konkursi "Keskkonnahoidudeid täitev ettevõtte 2000". Tartu kõige keskkonnasõbralikumateks ettevõteteks tunnustati Tartu Veevärk (I koht), TÜ Kiinikum (II koht) ja AV-Tristar (III koht).

Konkursil osalemiseks ei pidanud ettevõtte ise midagi tegema.

Otsuse tegemisel arvestati kõiki olulisi keskkonnaalaseid aspekte: keskkonnakaitse, tervisekaitse, tuleohutusnõuete järgimine ja päästealane valmisolek ohuolukorrad, tervisekaitse, töötajate tervisliku ja turvalise töökeskkonna loomine ja tööohutusnõuete täitmine. Otsuse tegemisel said kaasa rääkida kõik nendes valdkondades järelevalvet ja kontrolli teostavad asutused: keskkonnaministeeriumi Tartumaa keskkonnateenistus, Tartu tervisekaitsetalitus, Tartumaa päästeteenistus, tööinspektsiooni Tartumaa inspektsioon, linnavalitsuse linnamaanduse osakond.

Tartu linna arengukava 2000-2003 seab üheks eesmärgiks keskkonnasõbralike ettevõtete tunnustamise.

Konkursi "Keskkonnahoidudeid täitev ettevõtte 2000" parimaid tunnustati 26. oktoobril Tartu raekojas.

Patsiendiga kontakti telemeditsiini kaudu

13. oktoobril toimus esimest korda Eestis patsiendi arutelu telemeditsiini võimalusi kasutades. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna nahahaiguste professor Helgi Silm andis nõu Kuressaare perearstikeskuse patsiendile.

Arutelu korraldasid dr Madis Tiik Kuressaarest koos perearstikeskuse perearstidega ning ülikooli pere-meditsiini õppejõud koos Tartu perearstidega.

Käesoleva aasta septembrikuust alates toimuvad Tartu ja Kuressaare perearstide ühised konverentsid (ettekanded, probleemide arutelu) iga neljapäeva hommikul. Teoks saab see Eesti ja Rootsi ühise telemeditsiini projekti "BITNET" raames. Projekti Eesti-poolne juht on arstiteaduskonna dekaan professor Toomas Asser. Mõlemad osapooled kasutavad telekonverentsi keskusi ja ISDN ühendust, mis tagab patsientide konsulteerimiseks piisavalt hea kvaliteediga telepildi. Abi saanud patsient jäi ettevõtmisega väga rahule, sest nüüd polnud tal vaja ette võtta pikka teekonda Saaremaalt Tartusse. Edaspidi on plaanis hakata ülikooli spetsialistide abi telekanalite vahendusel igapäevases praktikas pakkuma, selleks on koostatud ka keskhaigekassale esitatav projekt.

PROFESSOR
HEIDI-INGRID MAAROS,
Tartu Ülikool

Kõrvakliiniku kuulmise ja kõnestamise osakonna statsionaari avamisest 2. oktoobril:



Esimene kohlea implantatsioon Eestis tehti prof. Lenhardt poolt käesoleva aasta kevadel. Selleks, et opereeritu saaks implantaadi abil teiste kõnet kuulda ja ka rääkida, peab postoperatiivsel perioodil järgnema süstemaatiline rehabilitatsiooni programm.

Kõrvakliiniku uues, vastavatud kuulmise ja kõnestamise osakonnas on loodud kõik tingimused niisuguseks kaasaegse rehabilitatsiooniprogrammiks. Fotol on Eesti esimese implantaadi saanud 3 aastane Ellen koos oma emaga.



Tartu abilinnapea Jüri Kõre ja Tartu linnaarst Sirje Kree õnnitlevad kuulmise ja kõnestamise osakonna juhataja ja dr Katrin Kruustükki.



Võru maakonnaarst dr Ellu Sissas ja Tartu maavalitsuse esindajad osakonnajuhatajat õnnitlemas. Tartu maavalitsuse esindajail oli kaasa tuua ka rõõmusõnum, sest maavalitsus otsustas uuele osakonnale rehabilitatsioonitööks täiendavaid summasid eraldada.



Kliiniku juhataja prof. Mart Kull, kliiniku ülemõde Marika Tamm koos kõrvakliiniku õdedega.

Elektrikatkestuse hetkel käivitused avariigeneraatorid

Veel on hästi mees, kuidas me uue aastatuhande saabumise eel valmistusime energiasüsteemi võimalike häirete ärahoidmiseks kliinikumis.

Rakendasime lastekliinikus tööle diislikütusel töötava 40 kW generaatori üldise avariivalgustuse tagamiseks intensiivraviosakonnas, vastündinute ja nakkusosakonna palatites. Puusepa 8 hoonesse ostetud 110 kW avariigeneraator pidi tagama valgustuse, hingamisaparaatide ja monitoride töö operatsiooniosakonnas ning osa ühendlabori aparatuuride töö. Kõrge riskiastmega meditsiintehnika kaitsmiseks oli soetatud ligi 100 UPS seadet. Millenniumipidustused moodusid aga rahulikult ja energiasüsteemi häireid ei tekkinud. Järgmistel kuudel läbiviidud generaatorite valmisoleku kontrollimisel samuti häireid ei täheldatud.

Tõeline proovilepanek oli aga 14. oktoobril kell 18.34, mil Tartu alajaamas tekkis ootamatult elektrikatkestus.

Selle tagajärjel jäi 12 minutiks elektrita suurem osa Lõuna-Eestist, kaasa arvatud Tartu linn. Telefonid õnneks töötasid. Tänu sellele tuli esimene kiire teave üldin-

tensiivravi osakonna juhatajalt, et üldintensiivravi osakond on pime, kuid lastekliiniku intensiivriivipalati akendest paistab valgus. Niisiis oli lastekliinikus voolukatkestuse hetkel automaatselt ja laimamatult käivitunud avariigeneraator. Samuti käivitus peale voolukatkestust ettenähtud 15-20 sekundi jooksul Maarjamõisa operatsiooniploki avariigeneraator.

Isiklikult jõudsin Puusepa 8 hoonesse momendil, mil elektrivarustus Tartus taastus. Aga tehnikateenistuse valveelektrik kutsuti kõrvakliinikusse, kuna sealses piirkonnas suudeti elekter taastada alles kümnekond minutit hiljem. Kontrollisime olukorda eri kliinikutes ja saime elektrivõrkude dispetšerilt ka teavet avarii põhjuse kohta. Patsiendid mingil moel kannatada ei saanud.

Polnud aga veel teada, kuidas võis kõrgtehnoloogiline aparatuur reageerida voolu kõikumisele. Esmaspäeval, mil algas tavaline töö, selgus, et radioloogia-teenistuse kompuutertomograafi kõrgepingeplokk oli läbi põlenud ja onkoanestesioloogia osakonna su-

ruühukompressor ka ei töötanud. Nüüdseks on firma Siemens kompuutertomograafi remontinud ja kõik sellega seotud finantskulud enda kanda võtnud.

Kuidas aga edaspidi tekkida võivate mitmesuguste rikete eest haigeid, aparatuuri, hooneid kaitsta?

Siiani on tehnikateenistuse tegevus olnud suunatud peamiselt struktuuriüksuste tellimistööde tegemisele ja avariide likvideerimisele. Viimastel aastatel on struktuuriüksustesse soetatud rohkesti kallist kõrgtehnoloogilist aparatuuri, mis vajab senisest märksa kvaliteetsemat hooldust, pidevat kaitstust madalpinge ja ülepinge voolukõikumiste eest jms. Seega on tehnikateenistusel suur vastustus: meil tuleb tagada olemasoleva tehnika säilimine ja näha tulevikus ette aktiivset erialast arendustegevust.

TÖNU KIRSBERG,
tehnikateenistuse direktor

E-kirjad ja kliinikum

Elektronkirjade saatmine ja saamine on enamiku kliinikumi töötajate jaoks igapäevane asi. Kui oluline see side aga on, seda näitas ilmekalt 18. septembril juhtunud õnnetus.

Kahjuks on ka selle artikli kirjutamise ajal veel segane, kas üldse ja kui, siis kunas õnnestub taastada kogu e-posti info 14.09. seisuga.

Too õnnetus oli seda halvem, et paljudele pole Outlooki programm üksnes töö juures vajalik suhtlus- ja ajaplaneerimisvahend - seda kasutatakse ka isikliku arhiivina. Selle kasvõi osaline hävimine on mõistagi katastroof. Kirjade hävimise põhjustas vastava serveri mahu ületäitumine. Selliste juhtumite puhuks tehakse igal öösel andmetest tagavarakoopiaid. Paraku oli üks informaatikateenistuse töötaja kogemata lõpetanud selle serveri tagavara tegemise 11. juulil ning hiljem ei pööranud sellele tähelepanu. See töötaja on nüüdseks kliinikumist lahkunud, kuid ega see kedagi ei aita. Vastutus kogu juhtumi eest lasub loomulikult teenistuse di-

rektoril.

Sellest õnnetusest õppides on Informaatikateenistus märgatavalt karmistanud protseduure ja vahendeid nii serverite kui ka tagavarakoopiaid süsteemi tagamiseks. Oktoobrikuu jooksul arutatakse veel kord läbi ka sisemine töökordaldus ja vastutus. Usume, et selliseid asju enam ei juhtu. Informaatikateenistus on võimeline oma teenust tagama ja me teeme kõik, et vältida ka inimlikest eksimustest tekkiva kahju tekkimine.

On täiesti mõistetav, et te ei tahaks enam loota ainult informaatikateenistusele. Seepärast tutvustaksin võimalust teha meie kirjaprogrammis endale ise arhiiv või tagavarakoopia oma infost. Nimelt on programmis Outlook võimalik teha endale jooksvalt arhiivi või salvestusi oma materjalidest.

Selleks on File menüüs kaks funktsiooni: "Archive" ja "Import and Export". Neid kasutades on võimalik kasvõi iga päev teha endale tagavarakoopia või pikaajalisem arhiiv. Selle järjekindel kasuta-

mine aitab teil ka hoida oma E-postkastid väiksemad ning seega vähem koormata põhiservereid. Täpsema õpetuse, kuidas seda võimalust kasutada, võite leida meie arvutiabi veebist - <http://arvutiabi.kliinikum.ee/>. Sealt leiab ka igasugu muud kasulikku infot, et kliinikumi infotehnoloogilises keskkonnas paremini toime tulla. Kui tahaksite oma taset mõne programmi kasutamisel süsteemsemalt tõsta, siis Outlooki ja muude põhiprogrammide koolitust jagab kliinikumis medinfo keskus.

Loodan väga, et te pole kaotanud usku infotehnoloogiasse ning informaatikateenistusesse. Teeme kõik, et seda usaldust õigustada.

Head e-kirjutamist soovides

ERKKI LEGO,
IT direktor

Uus võimalus aidata raske hingamispuudulikkusega kopsuhaigeid

Esmakordselt on Eestis hakatud rakendama tänapäevast taastusravi kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega (KOK) inimestele.

KOK-haigeid vaevab krooniline bronhiit, millele on lisandunud kopsude emfüseem e puhitus. Emfüseem on pöörduv kahjustus, mille tagajärjel tekib järjest süvenev õhupuudus. Medikamenditoosne ravi on sel puhul vaid toetava iseloomuga, samas kui taastusravi meetodid aitavad ära hoida nii haiguse süvenemist ja ägenemist kui ka paremini toime tulla juba tekkinud probleemidega.

Kuna haigus süveneb märkimatult, siis tulevad KOK-haiged arsti juurde alles siis, kui töö juba kaugele arenenud. Kergemad vormid jäävad avastamata. Samas on just varase avastamise korral võimalik ära hoida haiguse tugevat süvenemist.

Haiguse kõige olulisem tekkepõhjus on suitsetamine. Üle 45 aastast elanikest põeb kroonilist bronhiiti 10-15%. NB! Suitsetajad peavad seda seisundit lihtsalt "suitsumehetõhaks"! Tõve edasise süvenemise tekib KOK, mida leitakse 45-aastasest 2-3 protsendil, üle 70 aastaste hulgas aga 25 protsendil. Alates suitsetamise

alustamisest kuni haigustunnuste tekkimiseni kulub 15-20 aastat.

Süvenenud KOK korral tunneb inimene õhupuudust, mis süveneb füüsilise koormusega. Seetõttu hoiduvad haiged igasugusest kehalisest tegevusest, isoleeruvad ühiskonnast ja nende elu pole enam hoopiski see mis varem. Väljapääsuks on kopsuhaigete taastusravi, mis peaks parandama nende elukvaliteeti ning võimaldama neil inimestel elada nende jaoks maksimaalselt iseseisvalt ja ühiskonnas toime tulla. Taastusravi programm on teaduslikult põhjendatud ja mujal maailmas laialt rakendatud. See koosneb patsiendikoolitusest, hingamistehnikast, ravivõimlemisest, hingamislühaste treenimisest, ergoterapiast, psühhosotsiaalsest nõustamisest ja suure kalorsusega dieetist.

Esimese viie Eesti KOK-haige taastusravi Pühajärve puhkekodu taastusravi keskuses finantseerib Ida-Euroopa Komitee fond. Läbiviijateks on Skandinaavia ja muudes Euroopa riikides koolituse saanud vastavate erialade spetsialistid, põhiliselt kliinikumi kopsukliinikust - koostöös Tallinna ja Rootsi kolleegidega. Edasine võimalus KOK-haigete taastusraviks sõltub olulisel määral Eesti oma finantsressurssidest ning sotsiaalministeeri-

umi ja haigekassa huvist asja vastu.

Kopsukliinikus on KOK ägenemise tõttu hospitaliseerimist vajavate haigete absoluutne ja suhteline arv viimastel aastatel kasvanud. Ühe patsiendi haiglaraviks kulub ühe ägenemise korral keskmiselt 5000 krooni. Arvestades ägenemiste arvuga keskmiselt 3 korda aastas, on haigekassa kulutused ühele patsiendile 15 000 kr/aastas (süü ei ole arvestatud raskemad ägenemised, mille korral inimene tuleb saata intensiivravi osakonda).

Samas ei ületa aga ühele patsiendile vajaliku taastusravi kulutused (14 päeva x 400 kr) 5600 krooni aastas. Kusjuures Euroopa maade kogemused on näidanud, et pärast taastusravi väheneb ägenemiste arv märksa isegi veel 4-5 aasta möödumisel.

Pärast taastusravi paraneb KOK-haigete elukvaliteet, nad muutuvad oma igapäevaelu toimingutes iseseisvamaks. Seoses sellega kergeneb ka nende inimeste lähikondlaste koormus ja nad saavad normaalses rütmis elada ja töö käia.

Projekti juhid:

Tartus **Ülle Ani**, kopsuarst
Tallinnas **Enn Püttsepp**, kopsuarst
Rootsis **Jaak Kiviloog**, kopsuarst



Sisekliiniku juhataja prof. Margus Lember 10.oktoobril reumapäeva avamas.

Margus Lember - sisekliiniku uus juht

Teie CV-d vaadates selgub, et olete olnud viiemees koolis ja ülikoolis. Kuidas see õnnestus?

Eks igaüks säti endale lati mingile kõrgusele ja püüab siis üle hüpata. Koolis sobisid mulle nii reaalsed, loodusteadused kui ka keeled, ka arstiteaduskonnas õpetatav ei käinud üle jõu. Tööd tuli ka ikka teha.

Kuidas kulges tee doktorikraadini?

Kandidaadiväitekirja tegin valmis aspirantuuris varsti peale ülikooli lõpetamist. Et olin juba tudengina prof Kaljo Villako ja Agu Tamme juures teadustööd alustanud, siis oli see samm üpris loogiline. Doktoritöö kaitsesin ligi kümme aastat hiljem Tampere ülikoolis prof Mauri Isokoski ja Kari Mattila juhendamisel, see valmis põhitööd katkestamata, õppejõuameti kõrvalt. Tegelikult on raske üht tööd teisest eristada. Ülikoolis õpetamise juurde käib loomuliku osana teadustöö ja viimane peab olema lähedalt seotud muu tööga, olgu selleks siis oma eriala kliinilised, baasteaduslikud või organisatoorsed aspektid.

Miks hakkasite tegelema perearstindusega? Mis see teile endale andis? Tegelesite sellega ju nii põhjalikult, ja nüüd korraga tegite otsuse konkureerida kliiniku juhiks?

Üheksakümnendate alguses oli selline muutuste aeg, kus järsku ilmses, et mitmed asjad meie maal on seni tegemata. Teiselt poolt nägin olulist vajadust selle järele, et esmatasandi meditsiini ja keegi tõsiselt tegeleks. Vähetähtis ei ole olnud ka heade mõttekaaslaste grupi olemasolu.

Kümme aastat tööd peremeditsiini arendamisel on mulle palju õpetanud: eeskätt seda, kuidas teha koostööd teistega, oskust oma seisukohti läbi mõelda, välja öelda ning ka paberile panna. Ma arvan, et muudatustega esmatasandi tervishoius on palju asju eeskätt rahastamise osas klaarimaks muutunud. Uuringud näitavad, et inimeste rahulolu esmatasandi arstiabi Eestis on paranenud, samuti on muutunud perearstide töö sisu ning staatust arstiabisüsteemis.

Minu siirdumine sisekliinikusse ei tohiks üllatus olla, sest oma esimese koolituse ja töökogemuse olen saanud endisest Toome haiglast, kus minu õpetajateks on olnud dr Toomas Kutsar, Maia Ruttas ja prof Vello Salupere. Mis siin salata, sisemeditsiini on mind kutsutud varemgi. Kaheksa aastat tööd peremeditsiini dotsendina võimaldasid ühe ameti selgeks saada, võimalus sisehaiguste propedeutikat õpetada on tegelikult eelnenuga tihedas seoses.

Meie arstide tugevuseks peab olema hea üldmeditsiiniline ettevalmistus, millele

järgneb tiptasemel residentuur oma eriala omandamiseks. Sisehaiguste propedeutika kursust oleme püüdnud sisult laiendada: alates käesolevast aastast on enam pööratud tähelepanu suhtlemisele patsiendiga, oleme asunud kasutama perearstiteaduse õppetoolis loodud tehnilisi võimalusi ka ambulatoorsete haigete küsitluse õpetamiseks, samuti praktiliste oskuste kabinetti.

Mitme maa meditsiinihariduses ongi nii, et esmaseid haigete uurimise võtteid õpetavad kõrvuti sise- ja perearstid. Teine, väga oluline valdkond on tagada ladus koostöö esmatasandi arstiabi ja eriarstiabi vahel - see kipub kujunema üheks meie arstiabikorralduse kitsaskohaks. Loodan, et siin suudan olla omamoodi sillaks erinevate erialade vahel.

Rääkige pisut ka oma teaduslikust tegevusest.

Minu esimene artikkel avaldati BMJ-s müokardiinfarkti riskist. Olen tegelnud peensoole uurimisega, eeskätt imendumistestide ja sooleensüümide biokeemilise määramisega.

Kandidaaditöö oli hüpolaktaasia diagnoosimise eri meetodite võrdlusest (duodeenumi biopsia, laktoosi koormustesti erinevad variandid) ja nende meetodite rakendamise kliinilistes uuringutes. Laktoosi talumatuse epidemioloogilised uuringud on viinud mind aspirandina ekspeditsioonidele ka üpris eksootilistesse paikadesse, nagu näiteks Marimaale ja Lääne-Siberisse hantide juurde.

Hiljem, perearstindusega seondult, olen analüüsinud perearstitööks vajalikke eeldusi Eestis, osalenud Eesti-Soome ja ka üleuroopalistes projektides. Esmatasandi arstide preventiivne töö on mulle uurimisobjektina huvi pakkunud, samuti arstiabi kvaliteeti ja selle erinevaid aspekte käsitlevad uuringud. Olen püüdnud maksimaalselt kaasa aidata praktiseerivate arstide ja residentide toomisele uurimistöö juurde. Usun, et teadustöös osalemine pakub arstidest kõrval olulist vaheldust ja rahulolu.

Millised on teie plaanid sisekliinikus? Mida kujutate seal ette "värskes verena"?

Sisekliinik on paljusid erialasid ühendav kliinik, mis ka füüsiliselt paikneb linnas viies paigas laiali. Kliinikumi tekkides ei olnud meie stardipositsioon just kiita: hoonete seisukord on kohati ikka väga halb. Nii et eelkõige tuleb luua elementaarsed tingimused patsientidele ning loomulikult ka personalile.

Siseerialade teine eripära on see, et haigekassa hinnakirjade alusel ei too me asutusele just palju sisse. Sisemeditsiin ei

ole kunagi olnud eeskätt protseduuriline eriala. Samas oleme põhitellijad laborile ja radioloogiateenistusele - arvan, et ühes kliinikumis tegutsedes on võimalik hinnakirjast tulenevad ebakõlad ületada.

Minu kui kliiniku juhataja ülesanne on tagada kõigi kliinikusse kuuluvate erialade tasakaalustatud areng. Iga kitsama eriala põhiline eestseisja on ikkagi vastava osakonna juhataja. Esimeste kuudega juhataja rollis püüan süveneda kõigi erialade probleemidesse.

Kindlasti ei ole ma seda tüüpi isik, kes peab vajalikuks kõik varem olnu tühiseks kuulutada. Pigem ikka nii, et olemasolevat analüüsides püüda üha edasi. Kindlasti tahan luua võimalusi noortele ja perspektiivikatele inimestele.

Patsiendid vajavad eelkõige erialade ja eri kliinikute vahelist koostööd. Kliinikute moodustumise käigus on aga erialade kapseldumise tendentse ilmunud, neid tuleb vähendada.

Nii sisekliinikus kui ka teistes kliinikutes tahaks, et vaadataks kaugemale ja ettepoole. Tartu Ülikool ja tema kliinikum ei pea välja paistma mitte ainult Lõuna-Eestis, vaid olema tuntud mujalgi Euroopas. On loomulik, et sisekliinikusse kuuluvatele erialajuhtidele on see moodsuupuuks. Kuigi seda võib pidada naiivsuseks (meie olud ja palgad ja võimalused ja kõik see muu jutt!), ei ole ilma suuremate sihtideta mõtet siinkandis jännata. Ma arvan, et inimesi korralikult motiveerides, neisse eneseusku sisendades ja nende aktiivsust toetades on võimalik palju ära teha.

Milline juht olete?

Seda peaks vist teistelt küsima. Ma loodan, et kolleege austav ja meeskonnatööd tegev. Kindlalt usun, et inimesi innustades ja motiveerides on võimalik paremini eesmärke saavutada kui kurjade käskude keeldudega. Sihikindlust usun endal olevat, naine väidab, et ma olen kangekaelne.

Mida kliinik teie arvates teilt ootab ja teie kliinikult?

Kliiniku materiaalne baas vajab parandamist, suured lootused on seotud uue haiglahoone ehitamisega. Kindlasti oodatakse, et ehk uus juhataja maksab rohkem palka. Aga on ju arusaadav, et kliiniku juhataja mängumaa neis valdkondades ei ole suur. Siin näen just kliinikumi kui terviku tegevuse võimalikku efekti. Kui kliinikus töötavad spetsialistid on hinnatud ja motiveeritud - olgu siis arsti või õena, teadlasena, õppejõuna -, siis peaks meie kui terviku tegevus edukas olema.

Algus lk 1

Erinevus on vaid selles, et kogumahust plaaniliseks tööks jäävast lepingumahust arvutame keskmise oodatava plaanilise juhu alusel patsientide arvu, keda aastas (kvartalis, kuus) teenindada võime ehk plaaniliste haigete limiidi. Need limiidid planeeritakse iga haigekassa tarvis eraldi.

Kliinikumi praegune elektrooniline patsientide plaanilise järjekorda registreerimise süsteem ei takistanud otseselt üle limiidi patsientide järjekorda panekut ja vastuvõttu. Süsteemi kehtestamise ajal osutati ühele nõrgale kohale liiga range süsteemi puhul: üsna sageli juhtus seda, et patsient kokkulepitud ajal ravile ei tulnud. Neid juhtumeid polnud palju, kuid piisavalt, et igapäevast tööd häirida. Nii lubati mõningane ülebroneerimine ja iga juhi vastutuseks jäi ülebroneerimise ohjeldamine. Kogemata üle limiidi patsientide järjekorda panemine ei olnud võimalik, sest limiit oli kogu aeg silma ees. Kahjuks ei ole kõik kliinikumi juhid seda vastutust kanda suutnud ja on ülebroneerimise võimalikkust kuritarvitanud. Mõned kliinikud ületasid oma kuu plaaniliste haigete limiite kuni kaks korda. Nüüd ülebroneerimine enam võimalik pole, kuid nii mõnigi kliinik on oma finantsseisundi üsna halvaks ajanud.

Just selliste üleastumiste ärahoidmiseks on kliinikumi ülemarst Urmas Siigur üllitanud käskkirja, mis olukorda reguleerib. Selle käskkirja toon võib olla ebameeldiv, kuid loodetavasti hoiab see järgmisel aastal ära paljude kliinikute finantsraskused. Nii nagu säästus ja üleplaaniline reserv kanduvad üle järgmisel aastasse, nii ka võlad. Ja paljude kliinikute elu võib kujuneda kaunis raskeks, kui seda alustatakse eelmisest aastast pärit suurte võlgadega.

Kindlasti on lepingu rikkumise taga ka objektiivseid põhjuseid. Kõige olulisem neist on haigete kontingendi muutus. Kui on rohkem vältimatut abi vajavaid patsiente või keskmisest oluliselt kallimaks kujunenud haigusjuhte, siis peavad paratamatult pikemaks venima ka plaanilised järjekorrad. Selline olukord tekib paratamatult aasta lõpuks ja siis venivad ka järjekorrad pikemaks. Seda enam on vaja kogu aasta jooksul rangelt kinni pidada plaaniliste järjekordade süsteemist.

Mida siis öelda lõpetuseks? Oleme kliinikumis plaanilisi järjekordi aasta aega jälginud. Suurem osa kliinikuid on üsna hästi toime tulnud. Järgmisel aastal püüame olla veelgi rangemad ja lõpetada aasta nii, et musti lambaid enam ei oleks.

JAANUS PIKANI

Reumapäev 10. oktoober:



Reumaosakonna juhataja dots Riina Kallikorm



Sisekliiniku reumatoloogia osakonna arstide ja õdede poolt korraldatud reumapäevale tuli palju huvilisi. Pildil reumaosakonna õed külalisi registreerimas.

Osteoporoosinäädal 16.- 20. oktoober



Hetked osteoporoosinäädalalt

Lahtiste uste päev lastekliinikus 21.oktoober



Hetked lahtiste uste päevadelt lastekliinikus, 21.oktoobril, kus oli palju uudistajaid.

Kliinikumi Leht

TOIMETAJA: SVEA TALVING
KEELELINE KORREKTUUR:

KRISTA LEPPIKSON
KUJUNDUS: INDREK KÖSTER

TOIMETUSE E-MAIL JA KONTAKTANDMED:
kliinikumileht@kliinikum.ee
svea.talving@ispfactum.ee
TEL. 0 677 9027, FAKS 07 319 402
KLIINIKUMI LEHT ILMUB 1 KORD KUUS
TRUKK: LAKRITO. TRUKIARV 1500 EKS.

Algus lk 1

Üldkirurgia kateedri juurde moodustati anesthesiologia-intensiivravi osa.

Paraku suri ootamatult sealse kateedri juhataja (prof. J. Sarv sai konverentsi juhtides infarkti). Pärast seda nimetati mind kateedri juhatajaks ja seejärel professoriks. 1960. aastast saadik olen olnud õppejõud.

Niisiis oled pikki aastaid veetnud loengusaalis?

Olen teinud arvestust: kui sain professoriks, oli mul umbes 10 000 tundi tudengite ees seistud. Tolleaegsed koormused olid hoopis teised. Assistenti koormus oli 820-840 tundi aastas, praegu on 300-400 tundi.

Oled pidanud elustama paljusid inimesi. Näinud võitlust elu eest ja elu lõppu liigagi tihti. Kas sellega on võimalik harjuda?

Olen pidanud elustama ka oma otseleid ülemusi prof. Linkbergi ja prof Sarve. Eks iga inimene vali oma elukutse ju ise. Miskiit, mis ühe elukutse juures tundub teistele halb, võtab selle ameti pidaja oma elukutse osana ja ta harjub sellega ära. Samas, arst jääb ikka inimeseks, alati ei saa kõike maha suruda. Jah, niisuguseid olukordi on mul olnud küll, kui olen ülimalt kurb või nõrduinud olnud sellest, kuidas on läinud. Täielikku külma verd pole kunagi võimalik säilitada, ükskõik, mis eriala inimene sa ka ei ole. Aga muidugi, elustamist on olnud väga palju, ja haige juures valvamist öösel ja päeval.

Kas nii on olnud võimalik tõmmata mingit piiri töö ja enda elu vahele?

Väga selget piiri ei ole. Arsti elukutse on üldse selline, et koju minnes võtad mõttes tööd kaasa ja olenevalt erialast pead alati olema valmis, et sind välja kutsutakse. Ka puhkusest varem tagasitulekud on tavalised.

Eks seda heidetakse arstidele ette, et nad omavahel kokku saades räägivad haigetest, nagu ei oskaks muust rääkida. Kuid tegelikult täidab töö kõik arsti mõtet ja ta ei vabane sellest, kui on haigla ukse kinni pannud. See avaldub ka selles, et ta uurib kirjandust ja arutab asju kolleegidega. Mõned nimetavad seda professionaalseks kretinismiks.

Samas oled sa veel jõudnud tegelda infotehnoloogia ja paljude muude asjadega veel?

Paljud asjad taanduvad mõtteviisile ja sulle geenidega kaasa antud omadustele. Ja minu mõtteviis ei puudu tehniline lähenemine. Kust see pärit on, ma ei tea. See avaldub paljudes asjades, näiteks kodus tahan ma automatiseeritud valgustust.

Töö juures aga olin veendunud, et infotehnoloogia abil peab saama asja edasi viia. Sealt see infokeskuse idee tuligi. Alguse sai see palju varem, kuid realiseerus alles Eesti ajal, mil võimalused avardusid.

Samal ajal oli näha, et arsti elu läheb raskemaks. Me läheme üle läänelikule eluviisile ja see tähendab ka seda, et arstide töökoormus paratamatult kasvab.

Loodetavasti suurenevad ka palgad, aga töökoormus suureneb raudselt. Sellest tõsiasiast on suhteliselt lihtne tuletada, et info peab tulema arsti juurde. Arst peab saama töökohas lugeda, mis on kokkuvõttes patsiendile kasulik.

Nii muretsesimegi Medline'i ja kaivitasime võrgusüsteemi, mis on Baltikumis suurim elektrooniline meditsiini andmebaas, avatud kogu Eesti arstikonnale. Hiljuti tegime järgmise sammu: hakkasime rajama elektroonset raamatukogu. Ja muidugi, kui on võrk ja arvuti, siis pole kaugel ka internet. Meil loodigi Eesti esimene avatud internetipunkt. Hiljem lisandusid väljajõppekursused. Oigem on ju inimesi koolitada kui neile ette heita, miks te seda või teist ei tee.

Kuid nüüd teise valdkonda: miks oled sa tahtnud kaasa rääkida ka ravikorralduse edasiarendamisel, osaledes kliinikumi loomisel ja juhatuses?

Miks tahab inimene midagi teha? Ta loodab, et see teeb elu paremaks. Või siis loodab, et sealt saab rohkem raha.

Kuna meie palgad olid esimese kliinikumi perioodil 300 krooni kuus, siis viimane tegur langes ära - keegi raha pärast seal koos ei käinud. Kõik, kes koos käisid, lootsid, et see teeb süsteemi paremaks nii, et haigetel läheb paremaks. Meditsiin ei eksisteeri ju iseendajaoks, ikka haigete jaoks.

Vahest skeptiline küsimus, aga: kas mõni arst seda usub ka?

Üks usub.

Ja teisi uskujaid on ka, aga see asi nii hull

ka pole. Ajakirjanduses apelleerivad kõik patsiendile ja sageli on tõesti nii, et üks või teine ettepanek on mõeldud arstiabi parandamiseks. Mida vabam ja kindlustatum on meedikutegevus, seda parem on tulemus ka patsiendi seisukohalt. Paljalt samariitlusega midagi ära ei tee. Praegusel ajal korjavad ka parimad samariitlased ikka kuskilt raha. Nii et meditsiinipersonal peab saama oma tasu ja selle eest võib nendelt ka seda ja teist nõuda.

Sind lühidalt iseloomustades võiks öelda, et sa saad aru ja näed läbi. Või: mõõdad kõike kogemusega. Kas sinu inimesetundmine põhineb kõigile neile töötatud aastatele, intensiivraavis kogetule ja anesthesioloogitööle?

Kahtlemata on intensiivravi treening andnud vajaduse põhjani tungida. Intensiivravi on alati suunatud põhjuse likvideerimisele, mitte pinna-pealsele virvendusele, mis võib olla ükskõik mis.

Vahest on see mu mõtteviisi mõjutanud. Midagi uut siin aga ei ole, seda on teaduslikult uuritud. See eriala arendab välja või tõukab ära inimesed, kes ei vasta teatud nõudmistele.

Siin on vaja võimet selgelt mõelda, kiiresti otsustada ja kui vaja, siis seda otsust ellu viia.

Vahest seepärast peetakse anesthesioloogide järsu ütlemissel ja selgel seisukohaga inimesteks.

Oluline on põhjus leida. Kriisilolukorras on lubamatu anda segaseid korraldusi. Näiteks: tehke ka midagi või miks öde midagi ei tee. Elu emaldab selliseid korraldusi jagavad inimesed.

Kas sa ise või keegi teine mu tuttav ütles korrd, et need anesthesioloogid ju norivad kogu aeg. Oled sa sellega päri?

Mina ise vist nii ei ütelnud. Minu arvates teevad anesthesioloogid õigustatud arvamusi ja märkusi... Teistele võib see ehk tõesti tunduda tühise normisena, sest vaatenurgad võivad olla erinevad. Esmajoonel aga tuleb püüda tabada põhjust ja veenduda, et see ei ole juhuslik, et see on nii. Intensiivravi praktika on kinnitanud, et kui kohe ei tee, siis 2 tunni pärast kulub sellesama eesmärgi saavutamiseks oluliselt rohkem vaeva.

Kuidas on läinud nii, et su pere, mõlemad tütreid on arstid?

Anesthesioloogi elu ei ole kerge. Anesthesioloogide dünastiaid on väga vähe. Need arstid kuuluvad inimkategooriasse, kelle kohta öeldakse: nendega ei saa koos elada, aga nendeta ei saa ka elada...

Aga tütreid mõjutas rohkem mu abikaasa, kelle ettekujutuses muid erialasid peale neuroloogia polegi, millega tasuks tegelda.

Su kodu on olnud aastaid vaimne keskus, kus meeldi käiakse - seal tuntakse end hästi...

See on abikaasa teene, tema on seltskonnahing. Anesthesioloogi hingeellu mahuvad massid halvasti...

Aga nii väga sa vastu ka ei ole?

Jah, inimene vajab teataval määral lõõgastust. Ja mida pingelisem on päevane tegevus, seda enam tunned, et lõpmatuseni ei saa. Eks minulgi ole natuke ka huvi taastumise vastu.

Miks sa inimestele sümpaatne oled? Oskad sa seda ise seletada?

See, et nii palju inimesi mu juubelile kohale tuli, oli mulle ülimalt meeldiv üllatus. Peale abikaasa ja pere polnud ju keegi kohustatud tulema. Kuid tulijaid oli minu mäletamist mööda ligemale 200.

Kui püüda sind portreerida... Sa oled tabav ütleva, samal aja pole sa kunagi halvasti ütleva. Sinus on nii otsustamisvõimet kui rahulikkust, ja tükike lüürikatki. Sellise paistab valitsevat tasakaalu.

Nii sügavasse iseendasse ma pole kunagi kaenud. Eks selge jutu põhjuseks on muidugi eriala. Ja teatavast eluhetkest muutusin ma konsultandiks. Ning konsultandile esitatakse teatud nõudmisi ja neid tuleb täita. Konsultandil peab olema oma arvamus. Ta võib öelda, et me uurime seda veel, aga seegi on arvamus. Konsultant ei tohi kunagi öelda, et ei tea, mis siin on, ja vaatame, kuidas läheb. Tal peab olema tegevusjuhend kaasas ja ta peab teadma, mida teha, vastasel korral pole teda vaja.

Vastus võib ka olla: ma ei tea. Sellest pole midagi. See on tavaline asi, seda ikka juhtub. Statistika järgi teevad kõige rohkem vigu kõige kõrgemalt kvalifitseeritud isikud. See on nagu nali, aga tegelikult on asi naljast kaugel. Asi on selles, et nende arstideni jõuavad kõige keerulisemad juhud. Kui noor arst, keskmise arst, osakonnajuhataja millestki aru ei saa, annab ta juhtumit lihtsalt edasi. Ja seepärast kujunebki niisugune imelik olukord, et kõrgelt kvalifitseeritud spetsialist eksib protsentuaalselt kõige rohkem. Aga need vastused, millega ta ei eksi, on kõige-kõige väärtuslikumad.

Kust sa seda kõike tead ja millal sa jõuad sellega tegelda?

Teadmistele kaasajastamist nõuab muidugi õppetöö. Loengud on küll mõnes mõttes alati sarnased, aga olenevalt tasemest tuleb loenguid uuendada, kirjandusest materjali otsida. Päril uut ei saa alati teha, iga loeng sisaldab baasi ja uuemat osa.

Kui mingi huvi on, siis vastuse leiab alati. Meditsiin on nii subjektiivne asi, et alati on võimalik põhjendada asju, mis on tegemata. Aga kui asi, mida vaja teha, on tegemata, siis toob see suurt kahju. Esmalt haigele. Selletõttu püüan alati, nagu

anesthesioloogidel kombeks, teha kohe, kui on võimalik teha. Sest see viib edasi.

Kas muus elus ka?

Muus elus on see raske, aga sellekski on mul oma meetodika: ma viskan kulli ja kirja. See tundub ehk naljakas, aga kui ma ei suuda otsust langetada, kui mõlemad pooled on minu jaoks võrdsed, siis viskan kulli ja kirja. See annab julguse kätte ja siis läheb asi edasi.

Kuidas sa end maandad?

Eri aegadel on see erinev olnud. Varasematel aastatel käisin jahil ja olin oma meelest päris hea laskur.

Ja mul on maamaja. Seal on hoopis teismoodi tegevused ja mured. Kui sinna nädalavahetusel satud, tundub, et elad teises maailmas.

Seal on muu tegevuse hulgas igasuguseid mõtlemise võimalusi: poole peaga mõtled üht asja, poole peaga teist. Kui juhul ei ole mõtlemisega ja ta tegeleb puhtalt operatiivtegevusega, siis ei ole tal aega asju edasi viia. Mõtlemise aeg peab juhul olema ja kui seda ei ole, siis on organisatsioon midagi halvasti. Organisatsioon muutub pragmaatiliseks ja tegeleb ainult jooksva tegevusega. Seda on näha igal pool. Aga kui juht on saanud mõelda, tuleb tal oma mõttetöö viljad edasi anda ja püüda leida järgmine mõte ja järgmine tegevus.

Kas see 65 sind kohutab ka?

No et ma nüüd ülepea rõõmus olen, seda ei saa öelda. See tekitab vastandlikke tundeid. Tegevuse järsk katkemine võib raskelt minna küll. Selleks tuleb mõttes ja tegelikkuses ettevalmistusi teha. Olen vaadanud kolleegide, kellel on õnnestunud endale mingit tegevust leida, nende olukord on tunduvalt parem. Asju tuleb teadvustada õigel ajal. Probleeme tekib ju kohe. Üks on finantsiline, teine on ajatäitumise küsimus, kolmas - kas oled olemasolevaga rahul.

Ja kas sa oled?

Vara veel, mul pole veel aeg käes. Prognooside järgi mul jääb tegevust veel alles küll. Nii et väga õõksis ma ei ole. Aga - see ei ole enam koht, kus saaks kulli ja kirja visata...

Oskad asjade kohta öelda nii kalamburselt, nii filigraanselt, nii tabavalt... Kogu selle oskuse juures, ütleva: mis on elus tähtis?

Kõik need asjad, mida ei ole võimalik osta. Armastus, perekond, ühiskondlik hinnang, vabadus - need on asjad, mida osta ei saa. Selline väärtushinnangute skaala mõjutab inimest, tema suhtumist elu väärtusesse. See on, mis mõjutab meie, anesthesioloogide elu ka. Selle nimel ju kogu see tegevus käib - päästa veel, mis päästa annab.

Aga mis puutub niisama minu ütlemissesse, siis see lihtsalt läheb nii. Nagu ütles Tjorven.

Intervjuu tegi

SVEA TALVING