

Kliinikum Leht

S I S E L E H T nr 57 Oktoober 2003

Tartu Ülikooli Kliinikum

• Päästeõppus Tartus

• Valu-uurijate kongress Prahast

• Kliinikumi kaubamärk registreeritud



Kannatanu saabub kiirabiga.

Suur päästeõppus Tartus

10. septembril 2003. aastal toimus Tartu maakonna kriisireguleerimise ja päästeala kompleksõppus "Lennuõnnetus Tartumaal".

Õppus korraldati vastavalt siseministeri kriisireguleerimisalaste õppuste 2003. aasta plaanile ning selle peakorraldajaks oli Tartumaa päästeteenistus koostöös Tartu maavalitsusega. Meie jaoks tegi katastroofiõppuse eriliseks see, et esimest korda osales sellelaadisel ühisõppusel ka Tartu Ülikooli Kliinikum. Proovile pan-

di erakorralise meditsiini osakonna (EMO) kannatanute reaalse vastuvõtuvõime ning personali oskused, teoreetiliselt aga kogu haigla ressursid.

Kliinikumi eesmärgid suurõppusel olid minimaalsete vajalike reservide loomine suurõnnetuse tingimustes toimetulekuks, personali koolitus hädaolukorras toimi-

miseks, vajaliku personali ning abiteenistuste mobiliseerimine, olemasolevate reserve rakendamise treenimine hädaolukorras ning kliinikute ja teenistuste koostöö harjutamine suurõnnetuse ja hädaolukorra lahendamisel.

Järg lk 2

Taas on käes konkursside aeg

Aasta lõpuks valitakse Tartu Ülikooli Kliinikumi uus juhatus

Kuigi kliinikum tähistab järgmisel aastal oma 200. sünnipäeva, saab ta praeguse organisatsiooni, sihtasutuse, aasta lõpus alles viieseks. Sihtasutuse Tartu Ülikooli Kliinikum asutasid 22. detsembril 1998. aastal Eesti Vabariik, Tartu Ülikool ja Tartu linn. Asutamisosusega kinnitati nii kliinikumi põhikiri kui määrati ka juhatuselise liikmed. Vastavalt põhikirjale juhib kliinikumi juhatus, mis on 3-7liikmeline ning tema tööperiood on 5 aastat. Seega lõpevad praeguse juhatuselise volitused vahetult jõulude eel ning kliinikumi nõukogu peab valima uue juhatuselise.

Vastavalt kliinikumi põhikirjale (p17.2) määrab nõukogu juhatuselise liikmete arvu ja valib juhatuselise liikmed. Valimised tuleb läbi viia eelmise juhatuselise 5aastase volituste perioodi 3 viimase kuu jooksul. Nõukogu on käesoleval aastal korduvalt arutanud uue juhatuselise valimisega seonduvat. Oma 19. septembri koosolekul otsustas nõukogu juhatuselise valimised välja kuulutada, kinnitas juhatuselise valimise reeglendi ning määras juhatuselise liikmete arvuks neli. Vastutusvaldkondi on kolm (ravi-, õppe ja teadustöö, arendustegevus

ja haldus). Vastavalt "Sihtasutuste seadusele" valivad juhatuselise liikmed endi seast sihtasutuse esimehe, sellest ka erinevus väljakuulutatud kohtade ja vastutusvaldkondade arvu vahel. Täna on konkursikuulutusel ilmunud suuremates päevalehtedes ning on koos konkursi tingimuste ja korraga ülevaade ka kliinikumi kodulehel.

Kommenteerin siinkohal lühidalt valiku edasist käiku. Dokumentide esitamise tähtaeg on 15. oktoobril. Konkurss on kahevooruline: dokumendivoor ja vestlusvoor. Dokumendivoor toimub nõukogu koosolekul 24. oktoobril, mil nõukogu valib esitatud materjalide alusel juhatuselise liikme kohale kandideerinute seast välja need, keda palutakse vestlusvooru. Vestlusvoor toimub nõukogu koosolekul 31. oktoobril, misjärel valib nõukogu neli kandidaati juhatuselise liikmete teenistuslepingute sõlmimiseks.



TIIT ARO, nõukogu esinaine

mise läbirääkimiste alustamiseks. Sellele järgnevad läbirääkimised kandidaatidega lepingu tingimuste üle ning teenistuslepingute sõlmimine. Uus juhatus asub ametisse 22. detsembril 2003.

Kliinikumi viimased viis aastat on olnud edukad. Organisatsioon on hästi tööle rakendunud ning jõuliselt kindlustanud oma positsiooni Eesti meditsiinis. Uue juhatuselise valimisega algab 5aastaste valimistsükli järjekordne voor. Juhatuselise valimisele järgnevad juba järgmisel aastal konkursid paljudele järgmise astme juhtide ja arst-õppejõudude ametikohtadele. Soovin Teile kõigile tarmukat osalemist juba alanud ning tulevastel konkurssidel ning kõigile valijameestele tarkust parimate valikute tegemisel, et kliinikum oma lipulaeva missiooni täitmisel Eesti meditsiinis ikka kindlalt seilaks.

Kvaliteediauhinna konkursi lõpusirgel

Selle aasta veebruarilehes tutvustati kliinikumi kavatsust osaleda Eesti Kvaliteediauhinna konkursil ja selle tarvis läbi viidud enesehindamisest kliinikumi juhtide poolt jaanuarikuulise arenguseminaril. See plaan saigi ellu viidud - kliinikum esitas taotluskirja märtsis, seda hinnati ekspertide poolt aprillis-mais.

Mai lõpus külastas ka ekspertmeeskond kahe päeva jooksul kliinikumi. Juunis saime kätte esimese tagasisidearuande ja augustis toimus veel selgitav kohtumine juhtassessoriga.

Kokkuvõttes läks kliinikumil kenasti. Olime konkursi lõppvooru pääsenute hulgas. Konkursi võitjate teatavakstegemine toimub 16. oktoobril, aga tööle au andes on meil sellele parassile pääsemiseks veel tubli töö ees. Peamine väärtus on siiski ülalmainitud tagasisidearuande. Kogenud eksperdid analüüsisid põhjalikult nii kliinikumi kui terviku kui ka eraldi kõikide kvaliteediauhinna kriteeriumite tugevusi ja valdkondi, mida parandada. See analüüs on kindlasti üheks tähtsaks lähiaastate arengute kavandamise allikaks.

Mäletatavasti kätkeb kvaliteediauhinna meetodika eneses punktliit hinnangut. Meenutan, et see tase, mille ise enestele omistasime, oluks Euroopas tubli tippsaavutus. Ekspertide rangelt meetodikat järgiv hinnang oli tubli kolmandik sellest, mida ise enestele andsime. Ma arvan, et selline "möödapane" tuli suuremalt jaolt sellest, et hindasime ise end esimest korda ja sestap polnud meetodika veel päris "käpas". Kindlasti aga ka sellest, et me oleme uhked oma pingutuste üle ja usume oma edusammudesse. Sellist positiivset "ambitsioonikust" tuleks aga küll alles hoida!

Järgmise lehenumbri ajaks on selleaastane konkurss ka ametlikult lõppenud, võitjad välja kuulutatud ja siis tutvustame kliinikumi tagasisidearuannet lähemalt.



MART EINASTO, juhatuselise liige



Emajõe äärde on kukkunud väikelennuk, päästjad on kannatanuile appi rutanud.

Algus lk 1

Legendi järgi startis 10. septembril 2003. a kell 8.23 Tallinnast väikelennuk 20 inimesega pardal, et teha vaatluslend Eesti Vabariigi ida- ja lõunapiiril. Kell 9.25 teatas lennuki kapten avariiolekorrast lennuki pardal. Otsustati teha avariimaandumine Tartu Ülenurme lennuväljal, millest kell 9.27 teavitati ka Tartu Ülenurme lennujaama torni. Rohkem lennukiga ühendust ei saadud. Käivitus häireteeninduse protseduur, alustati avarii- ja päästetööde planeerimise ning teostamisega.

Erakorralise meditsiini osakond püstitas lennuõnnetuses kannatada saanud isikute vastuvõtuks Puusepa 8 siseõuele kaks värskest osakonda kasutusse saadud välitelki (EMO II), mis varustati erakorraliseks tööks vajalike vahendite ning aparatuuriga. Telki toodi ka elektri-, telefoni-, interneti- ning hapnikuliinid, samuti oli olemas ratastel kraanikauss nii sooja kui ka külma veega. Sidepidamine häirekeskusega toimus telefoni ja raadioside kaudu, haiglasiseseks kasutamiseks oli 5 käsijaama, mis jagati laiali erakorralise meditsiini arstide ning kirurgi, traumatoloogi ja radioloogiga vahel.

Lennuõnnetuses kannatada saanud toodi kiirabidega EMO II-te, kus realselt toimusid patsientide esmane haiglasisene triaaz ning anti vältimatut abi. Edasine patsientide menetlemine (vajalikud uuringud, konsultatsioonid, kannatanute laialijagamine haigla erinevatesse osakondadesse, operatsioonitubadesse, intensiivravi saalidesse) toimus kaardiõppuse-



Maarjamõisa haigla juurde püstitati suured telgid.



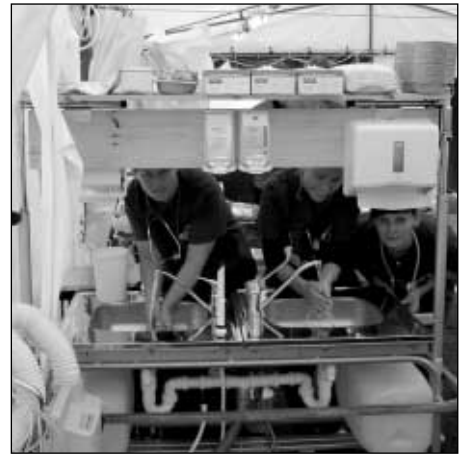
Selle kannatanuga tuleb teha kiire otsus.

na, et mitte häirida tavapatsientide ning osakondade ja teenistuste igapäevatööd.

Erakorralise meditsiini osakond mängis õppuse läbi 2 arsti, 6 õe ning 3 hooldajaga. Lisaks palus staabi moodustanud dr Andres Meus abi intensiivravi osakonnast, kust sai enda käsutusse ühe residentide. Hiljem liitus õppusega veel üks erakorralise meditsiini resident. Vaatamata abijõududele oli kogu õppuse jooksul siiski tunda, et personali, eelkõige ravitsooni arste napib. Reaalses elus oleks loodevastasti olnud võimalik suurema arvu arstide, sh residentide tööerakendamise. Staabi töösse olid kaasatud ka erakorralise meditsiini operaator ning kliinikumi avalike suhete juht Kristi Tael. Kergemalt kannatanute hingeliste probleemidega aitas hakkama saada kriisiabi spetsialist Naatan Haamer, kes oli valmis suhtlema ka kan-

natanute omastega. Ala piiramiseks ning uudishimulike eemalehoidmiseks kutsuti appi ka politsei, kuid vaatamata sellele pääses ligi siiski segavalt palju asjasse mittepuutuvaid isikuid, mis reaalses situatsioonis oleks tõsiselt seganud meditsiinilist tegevust, olles segavaks faktoriks ka õppusel.

Kell 9.46 kuulis EMO operaator raadioside kaudu häirekeskusest lennuõnnetusest, lennuki asukoht polnud veel tuvastatud. Kell 10.03 teatati, et lennuõnnetusse on sattunud 20 inimest. EMO valvearst teavitas juhtunud lennuõnnetusest kliinikumi valvearste ning alustas info kogumist, millisel hulgal milliseid kannatanuid on osakonnad võimelised vastu võtma, samuti lõpetati plaanilised lõikused ning operatsioonitoad koos personaliga jäid ooterežiimile.



Telki toodi elektri-, telefoni-, interneti- ning hapnikuliinid, samuti oli olemas ratastel kraanikauss nii sooja kui ka külma veega.

Kuna lennuk oli kukkunud raskesti ligipääsetavasse piirkonda Emajõe kaldal, siis võtsid päästetööd aega ning esimesed kiirabiautod kannatanutega lahkusid sündmuskohalt alles veidi enne ühte päeva, tuues EMO II-te kella 13.20ks 2 "punast" ning 2 "rohelist" kannatanut. Katastroofimeditsiinis märgistatakse patsientide seisund 4 eri värviga: punane - ülikiire (eluohulik seisund), kollane - kiire (kuid võib oodata), roheline - pole kiiret (ootab), valge - hukkunud). Suur ajavaru andis kliinikumile võimaluse piisavalt valmistada ning kannatanute vastuvõtuks oldi igati valmis.

Üldse toodi lennuõnnetusest Tartu Ülikooli Kliinikumi 14 kannatanut, neist 7 punast, 4 kollast ja 3 rohelist. Esindatud olid nii liittraumad, neurotrauma, põletused, kõhutrauma kui ka hulgaliselt luulisi vigastusi. Kuigi haiglasisene kannatanute triaaz EMO II-s jäi esialgu pealiskaudseks - põhjuseks nii situatsiooni uudsus personalile kui ka traumahaigete käsitlemise vähene kogemus - suudeti siiski kõik kannatanud suhteliselt kiiresti läbi vaadata ning vajalikku järgmisesse etappi saata. Otse operatsioonitubadesse saadeti 7 kannatanut, 2 viidi üldintensiivravi osakonda, 1 neurointensiivravisse, 3 traumatoloogia osakonda ning 1 kannatanu lubati peale esmaabi andmist koju. Koostöö traumatoloogide, kirurgide, anesthesioloogide, intensiivraviarstide ning radioloogia-teenistusega sujus õppusel positiivne.

Järg lk 3

Grupiteraapia kui õendustöö meetod

Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliinikus on grupiteraapia paljudele statsionaarsetele patsientidele saanud üheks kindlaks raviviisiks.

Kogemusgrupe juhivad osakondade õed, kes on saanud spetsiaalse täiendkoolituse. Kuna grupiteraapia on nii patsientide kui ka õdede ja arstide poolt hästi vastu võetud, leidsime, et oleks aeg rääkida meie õdede tööst ka laiemale ringile.

Grupiteraapia on paljude uurimustulemuste alusel sama efektiivne teraapiaviis kui individuaalne psühhoterapia. Samas on rühmaga tegeldes võimalik aidata, nõustada, informeerida ja mingiks ülesandeks ette valmistada mitut inimest korraga. Kuid gruppides töötamise edu peamiseks põhjuseks pole ainult aja kokkuhoid. Loomulikult on viie või seitsme inimesega tegelemine ja nende probleemide lahendamine sama aja jookul, mis muidu kuluks ühe isiku peale, arvestatav eelis. Siiski on olulisemaks grupiga liitumise põhjusteks kindluse, toetuse, seotuse, ühiste ülesannete ja huvide täitmise ning kuuluvuse vajaduse rahuldamine - kogetakse tunnustust ja tuntakse, et ollakse "keegi".

Rühmateraapia eesmärgiks on väikeses grupis patsientide mõtete ja tunnete jagamise kaudu ning tagasiside saamise teel õppida paremini mõistma iseennast ja teisi. Vesteldakse nii üldinimlikel kui ka kõigile huvipakkuvat teemadel, aga ka patsientide endi soovil ja nõusolekul nende isiklikest probleemidest.

Grupis:

- õpitakse kontrollima ebasoovitavaid emotsioone;
- harjutatakse toimetulemist stressi ja enesekehtestamisega;
- analüüsitakse keerulisi suhteid ja perekonnaprobleeme;
- räägitakse inimestest, kes on ükski ja vajavad sõpru;
- püütakse saavutada positiivne enesehinnang;
- arutletakse ühiskonna suhtumise üle inimestesse, kes on psühhiaatrilisel ravil, ja paljudel muudel teemadel.

Inimene tuleb gruppi oma elulooga, mis on sageli täis muret ja kannatust. Ta tunneb, et need on unikaalsed ja ei sarnane teiste omadele. Grupis puutub ta aga kokku teiste inimeste elulugude ja kogemustega ning nende probleemide lahendamise võimalustega. Esialgu lahendamatu tunduvad probleemid võivad rühmatöö käigus muutuda lihtsamaks, tavalisemaks ja sisendada lootust, et tegelikult on võimalik oma elus midagi muuta. Samas ei pruugi mõni patsient olla valmis oma mõtete ja tunnete jagamiseks laiemale kuulajaskonnale. Niisugusel juhul inimest rääkima ei sunnita. Enda avamine on võimalik vaid siis, kui kehtib konfidentsiaalsuse printsiip. See on kokkulepe ja üks grupi reegel, et kõik, mida grupiliikmed endast ja oma elust räägivad, jääb vaid grupi teada, seda edasi ei räägita.

Grupi edukus oleneb suurel määral selle liikmete valikust ja nende ettevalmistusest grupitööks. Parim viis efektiivse grupi moodustamiseks on vestelda iga uue liikmega individuaalselt; see teeb hiljem grupiga töötamise palju kergemaks, vähendab hilisemaid ebameeldivusi ja väl-

jalangemisi ning kiirendab grupiprotsessi.

Grupi ideaalne suurus on 7-8 liiget. Liiga väikesed grupid (alla viie inimese) kalduvad olema passiivsed. Sel juhul ei ole piisavalt võimalusi erinevate seisukohtade hindamiseks ja patsiendid suhtlevad pigem grupijuhiga kui üksteisega. Rohkem kui 10 liikmega grupis võib küll aset leida väga elav suhtlemine, kuid need grupid on raskesti juhitavad. Võib ka juhtuda, et kõik ei saagi kaasa rääkida, kuna ei ole piisavalt aega, et uurida igaühe tundeid ja suhteid.

Effektiivse grupiteraapia esmane tingimus on kõigi liikmete aktiivne osalus. Hästi toimivas koostöös on võimalik kasu saada kõigist grupiteraapia positiivsetest külgedest:

- vastastikune õppimine - tagasiside saamine, teiste arvamused, suhtlemine erinevate inimestega;
- lootuse sisendamine - julgustamine, toetamine, kogemuste jagamine;
- omad probleemid ei olegi ainulaadsed, ka teistel on samasugused;
- õppida vajalik olema, üksteist toetama;
- suhtlemine - mõtete ja tunnete vaba vahetamine rühmas toob kergendust;
- enesemõistmine - teistelt saadud tagasiside ja grupijuhiga sekkumised suurendavad enesemõistmist;
- ideede, mõtete ja tunnete väljendamine, mis tekitab patsiendis kergendust, kui saab välja elada kas siis positiivseid või negatiivseid tundeid.

Psühhiaatriakliinikus on õdedele läbi viidud kaks grupiteraapiaalast koolitust, mille on kokku lõpetanud 23 õde. Juhendajateks olid psühholoogid Kiira Järvi ja Iris Podar. Koolitus kestis 1,5 aastat ja selle käigus õpiti rühmatöö üldisi põhimõtteid,

tutvuti vastavasisulise kirjandusega, mida pärast analüüsi ja läbi arutati. Iseseisva tööna oli vaja kirjutada referaat ja viia läbi kogemusgrupp. Koolitus lõppes kirjaliku eksamiga. Grupiteraapia läbiviimine on saanud koolituse läbinud õdedele ka üheks tööülesandeks. Psühhiaatriaosakonnas toimub grupitöö 5 korda nädalas; ühe seansi pikkus on 1,5 tundi, mida viib korraga läbi 2 õde.

Eesti õenduse kontekstis on õdede tegevusvaldkonna laienemine psühhoterapiasse ja grupiteraapia läbiviimine uudne lähenemine. Mujal maailmas on grupiteraapiaga seonduvat palju käsitletud, seda ka seoses õdede ja õendusega. Psühhiaatriaosakonna õde Merle Taevik on käesoleval aastal kaitsnud ka bakalaureusetöö õendusteaduses teemal "Psühhiaatriliste patsientide ootused grupiteraapia ja seda läbiviivale õele." Uurimistööd lugedes selgus, et patsientide hinnangud grupiteraapia tulemuslikkusele on üsna positiivsed ja seda võime kinnitada ka isiklikest kogemustest.

Oleme rahul koolituselt saadud teadmiste ja omandatud oskustega ning leiame, et õdede poolt läbiviidav grupiteraapia rakendamine Tartu psühhiaatriakliinikus on väga tänuväärne ja kõigi poolt hinnatud.

Kasutatud kirjandus

Zastrow, C. *Social work with groups*. 1987.
Vinogradov, S., Yalom, I.D. *Group psychotherapy*. 1989.

**KAIE PÜTSEPP
JA GALINA TREIMUT,**
psühhiaatriakliiniku psühhiaatriaosakonna
õed, grupiteraapia läbiviijad

KOMMENTAAR

Balti Kaitsekolledži õppejõud
BERNHARD KLOTZ:

Tartumaa päästeteenistus oli korraldanud suurejoonelise õppuse. Mul oli meeldiv võimalus seda jälgida ning võtsin osa ka õppuste ettevalmistustest. Tänu Saks ja Eesti vahelisele sõjalise väljaõppe vahetusprogrammile oli Tartus õppusi vaatlemas ka arst Koblenzi Sõjaväe Keskaiglast Saksamaalt, kellel on suured kogemused suure ohvrive arvuga militaar- ja tsiviilõppuste alal.

Tartu päästeõppus oli hästi organiseeritud ja peegeldas reaalsust. Peale häire andmist asus Eesti õhujõudude helikopter lennukivrakki otsima. See võttis

AGO KÕRGVEE,

kliinikumi anesthesioloogia- ja intensiivravi kliniku direktor:

10. septembril toimunud kompleksõppus "Lennuõnnetus Tartumaal" oli Tartu Ülikooli Kliinikumile oluline nii meditsiinilisel küljest kui ka palju globaalsemas tähenduses. Esmakordselt osalemisega suurõnnetuse õppusel teadvustati ka haiglate koordineeritud tegevuse vajadus hädaolukorras, vajadus katastrofimeditsiini süsteemi loomiseks haiglas, reservide moodustamiseks ning nende kasutamise regelementeerimiseks, personali koolitamiseks ning mobiliseerimiseks hädaolukorras toimetulekuks ning igapäevast ravitegevust puudutavate küsimuste koordineerimiseks kriisisituatsioonis. Olles esimene haigla Eestis, mis edukalt suurõnnetuse õppusel kaasa mängis, on Tartu Ülikooli

üsna tükk aega; niisuguste otsingutega läheks ka tegelikkuses kaua. Esimene päästemeeskond, mis sündmuspaigale jõudis, oli BTR-60 PB ehk Luunja valla päästekompanii koos politseinike ja sõduritega. Nad andsid toimunud õnnetusest raadioside kaudu teada ja korraldasid ka arstiabi saabumise. Paate ja triaazi kasutati efektiivselt. Kannatanute evakueerimine toimus kiiresti.

Tartu Ülikooli Kliinikumi meedikud andsid kannatanutele parimat meditsiinilist abi. Kliinikum oli õppuste arstiabi tarvis Maarjamõisa püstitanud kaks suurt telki. Need telgid kuuluvad kliinikumile ning nende varustuses on olemas kõik oluline - valgustus, küte ja muu vajalik. Meditsiiniline personal oli väga kogunud ning nende tegevus hästi organiseeritud. Ka kannatanute suur arv ei

Kliinikumil igati kohane ning kiiduväärt roll näidata eeskujule teistele haiglatele katastroofiks valmisoleku plaani loomisel ning õppustel enda testimisel ja kogetu kinnistamisel, samuti osaleda ühtse selge ning toimiva süsteemi loomisel hädaolukorras kasutamiseks.

Kuna õppuse toimumine oli ette teada, siis oli kliinikumil võimalus ka suurõnnetusega toimetulekuks valmistuda. Erakorralise meditsiini osakonda (EMO-sse) moodustati minimaalsed reservid, muretsuti välitingimustes kasutatavad telgid kannatanute vastuvõtuks ning komplekteeriti need esmavajalike vahenditega välitingimustes suure üheaegse kannatanute tulvaga toimetulekuks. Personal sai koolitust, läbi arutati osakonnasine katastroofi plaan. Ka kliinikumi ülejäänud personal, kellel võis tekkida kokkupuude kannatanutega, oli õppusest informeeritud ning inimesed olid ennast moraalselt ette valmistanud ning positiivselt meeles-

paistnud haigla jaoks olevat suureks probleemiks, siiski panid hulgitraumadega patsiendid haigla võimekuse proovile. Oleks tore, kui tekkinud küsimusi põhjalikumalt arutataks ning jõutaks selgusele, missuguseid samme olukorra parandamiseks astuda. Arutleda võiks järgmistel teemadel:

- Tallinna haiglate informeerimine õnnetusest, et seal oldaks valmis haigete võimalikuks üleviimiseks sinna.
- Tartusse täiendavate doonorvere varude organiseerimine.
- Organiseerida haigete evakueerimist õhu kaudu. Meditsiiniavarustusega helikopter MI-8 võiks asuda Tallinnas, selles peaks olema sõidu ajaks kinnitatav kandraam. Niisugune varustus ei ole ka väga kulukas ja selle võiks muretseda sisemiste

ressursside abil. Koblenzi sõjaväe-haigla pakub selles osas Eestile ka oma abi.

- Kutsuda raadio kaudu inimesi üles õnnetuses kannatanuile verd loovutama.

Tartumaa päästeteenistus palus Saksamaalt ka toetust, et analüüsida erinevaid õppuse käigus ilmnenud probleeme. Kolleegid Tartu sõpruslinnast Lüneburgist olid nõus eestlasi igal moel abistama, kui Tartu päästetöötajatel on oluliste küsimuste nimekirja ükskord valmis. Ka Saks suursaadik on viidanud, et toetab kõiki Tartumaa Päästeteenistuse nõuküsimisi.

tatud, mis jäi silma ka väljastpoolt kliinikumi õppusele tulnutele. Selline koostöövalmidus õppusel näitab, et tasemel ning eesmärgikindel koostöö on võimalik ka realses situatsioonis. Abikäe ulatasid nii meditsiinilised kui ka mittemeditsiinilised teenistused, vaid üheskoos ühise eesmärgi nimel töötades on võimalik situatsioonide kiire lahendamise ning peamise eesmärgi - kannatanute professionaalse ning võimalikult kiire abistamise - saavutamise.

Kriisiabi nõustamine

Suurõnnetuse ning hädaolukorra tingimustes on meditsiinilise abi kõrval väga oluline kriisiabi. Abi vajavad praktiliselt kõik, kes on õnnetusega seotud, esmajärjekorras kergelt kannatanud ning kannatanute omaksed. Oluline on nende kaitsmine uudishimulike ja masimeedia eest, neile tuleb pidevalt informatsiooni edastada. Psühhosotsiaalset

abi võivad vajada ka päästetöödes osalejad. Väga oluline on väljamineva informatsiooni kontrollimine, mõtlematud ning üleliigsed sõnad võivad tekitada paanikapuhangu, mille kontrolli alla saamine võib osutada antud, niigi inimesse ressursidega kimpus olevas situatsioonis ületamatult raskeks.

10. septembri õppusel oli kliinikum appi palunud hingehoidja **Naatan Haameri**, kelle on kogemusi ka varasematest analoogsetest õppustest. Tema kriisiabialaseid oskusi ning hindamatut abi kasutati ära küll EMO-s, rakendamata jäi aga potentsiaal suhtlemisel omastega, kuna välja ei kuulutatud telefoninumbrit, millelt kriisiabi oleks saanud. Info kontrollimatu levitamise eest vastutas kliinikumi avalikkussuhete juht **Kristi Tael**, kes kergendas oma professionaalse tegevusega meedikute tööd ja hoidis ära tarbetu meediakära.

Algus lk 2

tusena libedamalt kui igapäevaelus. Viimane kannatanu saadeti EMO II-st osakonda kell 15.15.

Esmasel peale õppust toimunud koosolekul anti õppusele positiivne hinnang ning tunnustati üritus kordaläinuks. Meditsiini poole pealt oli hindajaid ka väl-

justpoolt Eestit, näiteks arst Saksamaa kesksõjaväehaiglast Koblenzist, kes eelnevalt olid tutvunud erakorralise meditsiini korraldusega Eestis. Sakslaste arvates on meie haigla tingimused suurepärased ja kaasaegsed ning personali oskused head. Hindajate täpsemad aruanded on veel koostamisel ning need avalikustatakse kõikidele õppusel osalenud üksustele

edaspidiseks vigadeparanduseks.

Õppus näitas, et 14 kannatanuga suurõnnetusega on Tartu Ülikooli Kliinikum võimeline hakkama saama. Lihvimist vajab aga üksustevaheline koostöö, paika tuleb panna kindel tegevusskeem, juurutada tegevusjuhised suurõnnetuse puhul tegutsemiseks, personali mobiliseerimiseks ning reservide kasutuselevõtuks.

Erakorralise meditsiini osakond tänab kõiki inimesi, kes katastroofiõppusel kaasa löid, selleks ettevalmistusi aitasid teha ning moraalselt toetasid.

VERONIKA REINHARD,
EMO arst-õppejõud,
õppuse koordinaator EMO-s

Euroopa valu-uurijate kongress Prahhas

Imeilusas suvises Prahhas toimus 2.-6. septembrini
Maailma Valu-uurimise Assotsiatsiooni Euroopa Föderatsiooni (EFIC) IV kongress.

EFIC (European Federation of IASP Chapters, IASP - International Association for the Study of Pain) kongressist võtsid osa teadlased ja arstid 73 erinevast riigist, kokku 3000 inimest. Eestist esindasid 7 arsti Tartu, Tallinna ja Pärnu valukliinikutest.

EFIC president prof **Harald Breivik** ütles kongressi avakõnes, et valu on ikka veel üks kõige sagedamini invaliidsust põhjustavaid ja alaravituid seisundeid kogu Euroopas. Olukord püsib, hoolimata kõrgetasemelisest uurimistööst valu alal, ekspertarvamustest ning moodsate ja efektiivsete ravimeetodite kättesaadavusest. **Paljudes ettekannetes rõhutati fakti, et valu mitteravimine on tegelikult väga kallis, kuna see põhjustab kaotatud tööpäevi ja sagedasi arstikülastusi.** 13 Euroopa riigi esindajatest loodud ekspertgrupp on toonud esile peamised eesmärgid, mille saavutamine aitaks olukorda parandada: algoloogia kui eriala tunnustamine, nii patsientide kui ka meedikute parem koolitus, valuteenistuse arendamine, müütide ja valearvamuste (nt morfiin on sobilik ainult surijatele) kummutamine. Üheks viimase aja eriti aktuaalseks teemaks on opioidide otstarbekas kasutamine kroonilise mittevähivalu ravis, mis paljudes riikides pole senini laialt aktsepteeritud. Morfiini kasutatakse küll üha julgemalt operatsioonijärgse ja vähivalu korral, kuid paljudel arstidel on raske harjuda mõttega, et teatud juhtudel on morfiin ainsaks vahendiks, mis aitab pikemaajaks inimese elukvaliteeti parandada. Dr **Brennan USA**st väitis, et 40 protsendil tudengitest, kes asuvad arstiks õppima, on opiofoobia juba

enne ülikooli astumist. Peale ülikooli lõpetamist on see protsent kasvanud 60ni, kuna puudub adekvaatne valuraviõpetus.

Valu on universaalne, kuid samas väga individuaalne ja kohalike iseärasustega. Nii näiteks selgus Nigeeria naiste seas läbi viidud uuringul, et kuigi 99 protsenti naistest polnud eelmise sünnituse ajal saanud mingit valuvaigistust ning nad ise hindasid valu mõõdukaks või tugevaks, ei olnud see järgmist sünnitust oodates mingi eriline probleem. Pigem muretsuti lapse ellujäämise pärast, 38 protsenti tundsid end lausa muretna ja ainult 14 protsenti olid sünnitusvalu ootel pisut murelikud.

Huvipakkuv on ka kroonilise valu epidemioloogia, mille kohta Eestis kahjuks uuringud puuduvad. Kuna aga peame endidki Euroopasse kuuluvaks, võivad olukorda tõeselt peegeldada 2003. a augustis 12s Euroopa riigis läbi viidud telefoniküsitluse andmed. Küsitleti 30 701 inimest, kes olid vähemalt 18 aastat vanad. Nende inimeste arv, kes kannatasid valu all vähemalt 6 kuud ning kelle valu tugevus oli seejuures vähemalt 5 palli 10pallisel skaalal, moodustas 18 protsenti kõikidest küsitluteest. (Samalaadset küsitlust Taa-nis 3 aastat varem oli vastav tulemus 19 protsenti). Nendest veidi üle poole olid naised (55%). 3 protsendil juhtudest oli valu teke seotud kirurgilise operatsiooniga. 47 protsenti oli valu tõttu sunnitud vahetama töökohta või kaotanud tööd. Inimeste igapäevane elu oli niivõrd häiritud, et iga kuues inimene mõtles vahetevahel surmast kui ainsast pääseteest. Ainult 2



Dr Ursula Koorits ja EFIC president prof Harald Breivik.

protsenti nendest haigetest olid sattunud valuarsti vastuvõtule. Väga paljusid inimesi häiris kaks seika: "minu arst ei küsi kunagi valu kohta" või "minu arst ei pea valu probleemiks".

Ravimitest tutvustati kongressil uuemaid põletikuvastaseid koksiiibe ja narkootilisi valuvaigisteid. Suukaudne etorikoksiib on efektiivne podagra, reumatoidartriidi ja osteoartriidi ravis. Süstitavat parekoksiiibi võrreldakse tugevuselt morfiiniga ägeda postoperatiivse valu leevendamisel. Inglismaa arstide kogemused näitasid, et neid ohutumaid, kuid siiski kõrvaltoimetega, ja kallimaid ravimeid vajaksid ca 17 protsenti kõikidest haigetest, peamiselt just vanemaalised ja gastroduodenaalse haavandi anamneesiga isikud.

Uuematest opioididest kasutatakse nii kroonilise mittemaliigse kui ka vähivalu ravis oksükodooni, buprenorfiin- ja fentanüülplaastreid. Neist viimaseid on Eesti onkoloogidel, hematoloogidel ja anesthesioloogidel olnud võimalus juba aasta jooksul ordineerida 100protsendilise soodustusega osadele raskematest vähihaigetest, kes ei talu morfiini või ei saa seda suukaudselt kasutada. Ka oksükodooni kasutamise kogemus on meil juba olemas.

Uudse ideena tutvustati tablette, mis sisaldavad tavapärasest väiksemas koguses parasetamooli ja tramadooli, kuid kombineerituna tagavad pikema toimeaja ja vähem kõrvaltoimeid. Rõhutati asjaolu, et üldlevinud arvamus, nagu ei oleks opioidid neuroopaatilise valu ravis efektiivsed, on väär. Tegelikult on vaid 30 protsendil juhtudest tegemist mittetundliku valuga, 35 protsenti neuroopaatilist valu on opioid-tundlik ja 35 protsenti osaliselt opioid-tundlik (MONTASI uuring 2002. aastast).

Mitmetes teadusartiklites uuritakse looduslike valuvaigistite - kannabinoide (*cannabis sativa*) ja kapsaitsiini meditsiinilist kasutamist. Teatavasti on inimorganismis olemas nii kannabinoidretseptorid kui ka vanilloidretseptorid, millele toimib kapsaitsiin (*hot chilli pepper*). Kannabinoideid on mõõdukas valuvaigistav, iiveldus- ja krambivastane ning rahustav toime. Siiski pole meil antud hetkel piisavalt kliinilist tõestust õigustamiseks marihuaana või tööstuslikult valmistatud preparaate kasutamist vähi-, *sclerosis multiplex*'i või aidsihaigetel.

Järg lk 4

Algus lk 3

Belgia arst **De Kock** rõhutas oma etekandes ägeda valu, sealhulgas ägeda postoperatiivse valu agressiivse ravi olulisust. Näiteks 5 aastat peale pärasoole kartsinoomi kirurgilist eemaldamist kannatab püsiva valu all 11,5 protsenti patsientidest. Kliinilistes uuringutes kasutati operatsiooni ajal intravenoosselt ketamiini, mis vähendas opioidi vajadust ning samuti vähendas jääkvalgu järgneva 6 kuu jooksul.

Kuna kroonilise valu tekkes on äärmiselt olulised psühhogeensed faktorid, siis ka ravis on osutunud efektiivseks kognitiivne käitumisteraapia, mis püüab

muuta haige suhtumist oma valusse. Ohtlik on liigne hirm ja muretsemine (valu "katastroofiseerimine"), mis viib inimese igasuguse tegevuse vältimisele, liialdatud valvsusele oma tervise suhtes, liikumatusse, organismi mittekasutamisele. Sellega kaasnevad depressioon, ärevus, frustratsioon ja valu tugevnemine. Sellisest nõiarangist ainult medikamentoosse ravi-ga välja ei pääse.

Valuravis ei tohiks alahinnata ka platseebo-efekti. Üheks mehhanismiks arvatakse olevat endogeensete opioiidide teke, mida näitab asjaolu, et see efekt on kõrvaldatav opioiidide antagonistiga naloksooniga. Eksperimendis võrreldi kaht olukorda - avatud ja varjatud opioidi

manustamist. Esimesel juhul oli oluline osa kontekstil, milles patsient viibis: kaasaegne jälgimisaparatuur, suhtlemine juuresviibiva õe ja arstiga, valuvaigisti nähtav süstimine. Teisel juhul asus patsient üksi inimtühes ja kõledas palatis, olles arvutisüsteemiga vaid veenitilguti kaudu ühendatud. Mingil ajahetkel, millest patsient teadlik ei olnud, süstiti talle ette hoiatamata morfiini. Varjatud ravi korral vajati sama analgeetilise toime saamiseks morfiini märksa suuremas doosis.

Kongressi jätkuna toimub ka sel aastal 13.-18.oktoobril üle-Euroopaline kampaania "Euroopa valu vastu", mille lipukirjaks on juba kolmandat aastat "Ära kannata

vaikides!" (Don't suffer in silence!). Eesti Valu Selts loodab, et kliinikumi lehe lugejad toetavad seda kampaaniat ning annavad oma väga olulise panuse üldsuse, ajakirjanike ja tervishoiuorganisaatorite valuprobleemidest teavitamiseks. Eelkõige aga küsigem oma patsientidelt: "Kas teil valutab kusagilt?"

URSULA KOORITS,
Anestesioloogia- ja intensiivravi
kliiniku arst-õppejõud,
Eesti Valu Seltsi president
E-post: ursula.koorits@kliinikum.ee,
www.valu.ee

Lastekliiniku uus juhataja on professor Vallo Tillmann

16. septembril kinnitas Tartu Ülikooli Kliinikumi juhatus lastekliiniku juhataja konkursi tulemused. Juhatus tunnistas konkursi võitjaks professor Vallo Tillmanni, kellega alustatakse läbirääkimisi töölepingu sõlmimiseks.



Vallo Tillmann

Vallo Tillmann on sündinud 28. augustil 1963. aastal Võrus. Ta lõpetas Võru I Keskkooli kuldmedaliga 1983. aastal, 1988. a *cum laude* Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. 1989. a läbis Vallo Tillmann pediaatria internatuuri ning 2000. aastal omistati talle Doctor of Medicine (M.D.) tiitel Suurbritannias Manchesteri Ülikoolis.

Vallo Tillmann on töötanud arst-pediaatrina Keila Haiglas aastail 1989-1992, aastail 1992-1993 oli ta Keila Haigla pediaatria osakonna juhataja. 1994-1999 töötas Vallo Tillmann Suurbritannias Manchesteri Lastehaiglas, 1999-2001 Suurbritannias Sheffieldi Lastehaiglas. Alates 2001. aastast on ta töötanud Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinikus.

Professor Tillmannilt on ilmunud 72 teaduslikku artiklit. Vallo Tillmanni doktoritöö teemaks oli laste lühiajalise kasvamise metodoloogilised, biokeemilised ja kliinilised aspektid. Tema peamised uurimisvaldkonnad hõlmavad endokrinoloogia eriala - kasvuhormooni puudulikkuse defitsiidi diagnostikat lastel, kasvuhormoonravist tingitud hormonaalsed ja biokeemilisi muutusi veres, nende muutuste seost lühiajalise kasvuga.

Kliinikumi Lehe järgmises numbris avaldame intervjuu prof Tillmanniga.

KLIINIKUMI LEHT

TEAVITAMINE TAGAB LAHENDUSE

<http://arvutiabi.kliinikum.ee/>

Arvutiabi

Probleemid telefonide, arvutite või nende lisa-seadmetega. Seadmete ja tarvikute tellimine.

Teata **ARVUTIABISSE** tel 31 9222; 056 97 9222 või saada e-kiri (arvutiabi@kliinikum.ee).

Edastada tuleb: • Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi ning telefon • Kliinik/teenistus ja osakond • Probleemi asukohta andmed - aadress, korpus, korrus, kabinet • Probleemi kirjeldus

Kliinikumi Leht

TOIMETUSE KONTAKTANDMED:
TEL 056 643 808, (07) 319 423,
E-POST riina.kuik@kliinikum.ee
TOIMETAJA: RIINA KUIK

KLIINIKUMI LEHT ILMUB 1 KORD KUUS
KUJUNDUS: K30 TRÜKK: LAKRITO TRÜKIARV 1500 EKS.

Registreeriti kliinikumi kaubamärk

6. juunil 2003. a registreeriti Eesti patendiametis kaubamärgiseaduse alusel eraldi kaubamärkidena (kujutis-, kombineeritud või ruumilised märgid) Tartu Ülikooli Kliinikum ja Kliinikum.

Alljärgnevalt on loetletud tegevusvaldkonnad, kus võib kaubamärke kasutada.

Kauba- ja/või teenusklass nr 41: haridus- ja koolitusteenused, täiendkoolitus, väljaõpe, eksamineerimine, raamatute ja õpikute väljaandmine, haridusinformatsioon, seminaride, kongresside ja konverentside korraldamine, meditsiinialaste haridusnäituste korraldamine (meditsiiniinfo levitamiseks ning meditsiinialaste teadussaavutuste tutvustamiseks).

Kauba- ja/või teenusklass nr 42: medit-



Tartu Ülikooli Kliinikum



Kliinikum

siin, arstiabi, haiglad, kliinikud; bakterioloogia ja bakterioloogilised uuringud, bioloogilised uuringud, keemilised uuringud, teadus- ja arendustööd (teenusena); tervishoid, füsioteraapia, hambaravi, ämmaemandateenused, kirurgia, plastiline kirurgia, meditsiiniline põetamine, raviminõuanne, arstlikud konsultatsioonid; arvutiprogrammide koostamine; meditsiininformatsioon.

Kliinikumi kaubamärkide värvid on sine, punane ja roheline. Kaubamärkide

registreerimine ei anna ainuõigust sõnade Tartu, Ülikooli ning Kliinikum eraldi kasutamiseks.

Õigus mõlema kaubamärgi kasutamiseks kehtib 10 aastat Riiklikku Kauba- ja Teenindusmärkide registrisse kandmise kuupäevast. Kaubamärkide kehtivust võib pikendada iga kord 10 aastaks.

KLIINIKUMI LEHT

Kliinikumi külastas tuntud veresoontekirurg Anatoli Pokrovski Venemaalt

25. septembril külastas Tartu Ülikooli Kliinikumi vene veresoontekirurg dr **Anatoli Pokrovski**. Dr Pokrovski külastas Eestit, et võtta osa rahvusvahelisest veresoontekirurgia-alasest konverentsist, mis toimus Tallinnas. Konverentsil juhtis dr Pokrovski ka üht istungisessiooni.

Vaatamata tihedale ajagraafikule leidis dr Pokrovski aega külastada ka kolleegid Tartu Ülikooli Kliinikum. Ta kohtus Tartu kliinikumi juhataja esimehe **Urmas Siiguri**, juhataja liikme prof **Raul Talviku** ning kardioloog- ja torakaalkirurgia kliiniku juhataja dots **Andres Pulgesega**.



Dr Pokrovski (vasakul) osales suurel visiidil veresoontekirurgia osakonnas.

Renoveeriti Linkbergi-nimeline auditoorium

Põhjaliku remondi käigus renoveeriti Linkbergi-nimeline auditoorium Maarjamõisa haiglas aadressil Puusepa 8. Koos suure auditooriumiga said värskendust ka sellega piirnevad ruumid.

Varem oli suur osa auditooriumiga piirnevatest ruumidest kasutamata, ainult auditooriumi taga kasutas kliinikumi informaatikateenistus ühte ruumi, mis samuti remondi käigus renoveeriti ja aknaga varustati.

Otseselt tuli kolmandale korrusele juurde üks ligikaudu 24 kohaga loengu- ja seminariruum ning teisel korrusel 2 väikest seminariruumi 10 inimesele, milles saab läbi viia rühmaõpet ja praktikume. Remondi käigus renoveeriti ka arstide täien-

duskeskuse auditoorium. Lisaks sellele on suure auditooriumi taga tulevikus endiste sünkroontõlke ja kinokabiinide asemel kaks loomuliku valgusega suhteliselt avarat koridori, mida saab edaspidi kasutada suuremate ürituste ajal kohvilaudade või firmaesitluste korraldamiseks.

Renoveerimistööd teostas firma Facio Ehitus. Linkbergi auditooriumi sisekujunduse on teinud **Martti Ruus**. Auditooriumi külgeintel olev ja esmapilgul üllatav "muhuline" käsikrohv tagab parema akustika. Auditooriumi kohtade arv on projekti järgi 208, täiendavalt tellitakse juurde veel 9 istekohta, lõplikuks kohtade arvaks kujuneb seega 217. Remondi käigus uuendati täielikult kogu kompleksi ventilatsioon ja sellega seotud kalorifeerküttesüsteem. Ka auditooriumi valgustus on nüüd hoopis teisest kategooriast, eriti kui võrrelda seda remondieelse kollaka hämarusega.

Kõikidesse nimetatud auditooriumitesse paigutati videoprojektsiooni seadmed ning arvutivõrk. Kõikidel arvutitel on võrguühendus. Igas auditooriumis on grafoprojektor. Lisaks eelpoolnimetatule on Linkbergi auditooriumis ka slaidimasinad, S-VHS videomagnetofonid ning dokumendikaamerad. Loodud on ka võimalus videopildi otseülekaneks majasisesesse TV-võrku ja arvutivõrgu kaudu ka välja-poolse kliinikumi. Linkbergi helivõimendussüsteemi kuuluvad statsionaarsed ning kraemikrofonid.

Linkbergi auditooriumi renoveerimist rahastasid Tartu Ülikool, Tartu Ülikooli arstiteaduskond ning Tartu Ülikooli Kliinikum.

TÕNIS KARKI,
TÜ arstiteaduskonna õppeprodekaan

Foto: Tõnu Vooder