

# Kliinikumi Leht

S I S E L E H T nr 69 November 2004

• Hooldusravist

• Perearstide konverentsist

• Jõulupeost



## Käekirurgia - eriala, mis väärib edendamist

Käsi on inimese tähtsamaid kehaosi - käte abil teeme tööd, väljendame meeleolusid, käed aitavad meid suhtlemisel, enese eest hoolitsemisel, sportimisel ja tuhandes muuski asjas. Seepärast on väga oluline, et viga saanud või mõnel muul moel kahjustatud kätt ravitaks nii hästi, et selle funktsioonid säiliks või taastuksid suurimal võimalikul määral ja inimese elukvaliteet ei halveneks.

Käekirurgia eesmärk on diagnoosida ja ravida käe vigastusi, kaasasündinud ja omandatud haigusi ning deformatsioone; tagada käe maksimaalne funktsionaalne ja anatoomiline terviklikkus. Käekirurgia on multidistsiplinaarne eriala, mis tähendab, et see hõlmab mitmeid erinevaid kirurgilisi ja mittekirurgilisi erialasid - traumatoloogiat-ortopeediat, plastilist ja rekonstruktiivset kirurgiat, mikrokirurgiat, lastekirurgiat, vaskulaarkirurgiat, reumatoloogiat, füsioterapiat, onkoloogiat jm. Traumatoloogia ja ortopeedia on n-ö käekirurgia baasiks ja tegelevad luude, liigeste ja kõõluste taastamisega; plastilise kirurgia ülesandeks on säilitada või taastada nahk ja pehmed koed, mikrokirurgia osaks aga tagada veresoonte ja närvide funktsioon. Kombineeritud käevigastuste ravis läheb vaja ka vaskulaar- ja neurokirurgilisi teadmisi.

### Kes on käekirurgide patsiendid?

Suurima osa käekirurgide patsientuurist moodustavad erakorralised juhud - traumatoloogilised patsiendid e mitmesugustes õnnetustes kannatanud, põhilisteks vigastusteks on olmetraumad, sageli ka töötraumad. Eeskätt on patsientideks mööbli- ja metsatööstusettevõtete töölised, samuti põllumajandustöötajad. Harva on käekirurgi ülesandeks ka õnnetuse käigus mahalõigatud ülajäseme või selle osa replanteerimine. Sageli tuleb käekirurgil tegeleda ka varem saadud vigastuse tulemusena tekkinud puudujääkide korrigeerimisega. Oma osa on ka reumaatilistel haigustel. Vähem tuleb ette, kuid keerulise mateks juhtumiteks on laste käte arenguanomaaliad ja nende kirurgiline korrigeerimine.

Nimetamata ei saa jätta ka käekirurgias ülimalt olulisel kohal olevat kõrgetasemelist taastusravi, milleks omakorda on vaja just käefüsioterapiat põhjalikult õpinud füsioterapeute.

### Soome eeskuju

Käekirurgia arendamisel võiks Eestile tüheks eeskujuks olla eelkõige Soome Vabariik ja eriti sealsed suuremad selle ala keskused - Tampere ja Helsinki. Just nendes linnades asuvad mikrokirurgiale orienteeritud meditsiinikeskused. Lisaks Helsinkile ja Tamperele tehakse erakorralist käekirurgilist tööd veel ka Kuopio ja Oulu ülikoolide haiglates.

Oktoobrikuus viibis TÜ Kliinikumis külaskäigul Soomes ja kogu maailmas tunnustatud käekirurg prof **Simo Vilkki** Tampere, kes pidas siinsetele kirurgidele kaks käekirurg-



Foto: Jaak Nilson

Tampere Ülikooli professor Simo Vilkki (vasakul) pidas dr Andrus Metsa kutsel kliinikumis loengu käekirurgiast.

gia-alast loengut. Lisaks konsulteeriti kümnekonda käe väärennuga last ja opereeriti neist ühte. 3aastasele parema, dominantse käe kodarluu aplaasia ja pöidla düsplasiaga lapsele tehti esimeses etapis randme stabiliseerimine ja polliisatsioon. Teises etapis on plaanis moodustada vaskulariseeritud II metatarsaal-luust kodarluu. Vastava operatsioonmeetodi on välja töötanud prof Vilkki, Tartus assisteerisid teda dr **Ragnar Lõivukene** ja dr **Andrus Metsa**.

Prof Vilkki kutsus Tartusse kliinikumi kardiovaskulaar- ja torakaalkirurgia kliiniku arst õppejõud dr Andrus Metsa, kes on prof Vilkki käe all Tampere Ülikooli Kliinikumis 2004. aastal end kaheksa kuud käe- ja mikrokirurgia alal täiendanud - tema väljaõppe põhilisteks eesmärkideks on ägedate käevigastuste ravi, mikrokirurgilised operatsioonid ning kaasasündinud ja omandatud käedefektide ravi.

### Käekirurgia arenguperspektiivid Eestis

Eestiski rõhutatakse üha enam ja enam käekirurgia põhjalikuma arendamise vajalikkust. Praeguse ajani on Eestis käekirurgia olnud erinevate kirurgiliste distsipliinide osaks. Puudu on komplekssest lähenemisest käekirurgiale; siiani on see olnud otsekui "eikellegimaa" eri erialade vahel. Ka eriarstide omavaheline koostöö on siamaani olnud küllaltki puudulik. Et asuda neid probleeme lahendama, moodustati TÜ Kliinikumis 2003. aastal käekirurgialane töögrupp, mille liikmeteks said prof **Ants Peetsalu**, prof **Tiit Haviko**, dots **Andres Pulges**, dr **Andrus Metsa**, dr **Katre Maasalu**, dr **Mati Merila** ja dr **Ilmar Amjärv**.

Kuidas olukorda parandada? Et patsiente tõhusamalt aidata, oleks suurematesse haiglatesse (nt Tartusse, Tallinnasse, Pärnusse ja Narva) vaja koosseisulisi käekirurgia spetsialiste, kes on saanud selalase põhjaliku väljaõppe ja oleks ka mõne rahvusvaheliselt tunnustatud käekirurgia erialaseltsi liige. Käekirurgi peamised ülesanded meditsiiniinstituutides (kõrgema etapi haiglates ja II etapi haiglates) oleks esmajoones tegelda tõsiste ja

vähem tõsiste käega seotud probleemidega (traumad jne), teha koostööd teiste spetsialistidega, aga koordineerida ka patsientide taastusravi ja rehabilitatsiooni ning teavitada patsiente. Muidugi tuleb senisest suuremat tähelepanu pöörata ka ülajäsemete taastusravile spetsialiseerunud füsioterapeutide väljaõpetamisele. Praegusel ajal selle eriala spetsialist Eestis kahjuks puudub.

Lõpetuseks tuleb tõdeda, et käekirurgia arendamisel Eestis on praegu veel käia küllaltki pikk tee, kuid siiski on meil olemas kõik võimalused, et seda eriala arendada ja patsiente tõhusamalt aidata.

Allikad:

*A History of Hand Surgery in Finland by K. A. Solonen and S. K. Vilkki, 2002*

*Current State of Hand Surgery in Estonia.*

*Statement of speciality development*

*Robert A. Weber M. D., A Vision for the Future of Hand Surgery in Estonia (ettekanne)*

**Eestis on käekirurgia arendamiseks olemas head võimalused. Alustada võiks spetsialistide väljakoolitamisest.**

RIINA KUIK



# Hooldusravi arendamine kliinikumis

Aktiivravi efektiivsuse ja tervishoiuressursside säästliku kasutamise eelduseks on hästitoimiv hooldusravisüsteem. Hooldusravivõrgu arengukava kohaselt koosneb see süsteem aktiivriahiglate geriaatriaosakondadest, hooldusravi haiglatest või osakondadest ning päevase ja koduse õendusabi üksustest. Hoolde- e hoolduskodud hooldusravivõrku ei kuulu, kuid on sellega tihedalt seotud.

Tartu maakonna hooldusravivõrgu arengukava kohaselt peaksid maakonna geriaatrilised voodikohad paiknema kliinikumi pinnal. Aastaks 2015 on planeeritud 45 geriaatrilist voodikohta, s.o 2 voodit iga 1000 üle 65aastase elaniku kohta. Geriaatriliste voodikohtade olemasolu on muuhulgas vajalik geriaatrilise hindamise läbiviimiseks, et selgitada hooldusravi teenuste vajalikkust ja planeerida nende kättesaadavust. Geriaatrilisi voodikohti ei ole kliinikumis tänaseni avatud ja seda mitmel põhjusel. Üks neist on voodipäeva hinna puudumine. Geriaatrilist hindamist alustati kliinikumis käesoleva aasta märtsikuus, kuid sellest tuleb pikemalt juttu mõnes järgmises lehes. Tänapäevase renoveeritud hooldusravi voodikohti on kliinikumis praeguseks avatud 75. Statsionaarsele hooldusravile suunamine toimub valdavalt perearstide poolt linnaarstiteenistuse kaudu. Kaasaja nõudmistele vastavate hooldusraviteenuste pakkumine on võimalik ainult tänu kohaliku omavalitsuse toetusele. Seetõttu on kliinikum Tartu linnavalitsusele väga tänulik hooldusravi teenuste täiendava rahastamise eest.

## Kodune õendusabi

Päevase ja koduse õendusabi planeerimist alustati 2002. aastal. Uute teenustega sooviti abi pakkuda neile Tartu linna elanikele, kes ei vaja aktiivravi, kuid kelle tervislik seisund ei võimalda pidevat enesehooldust või iseseisvat hooldust kodutingimustes. Teenuste eesmärgiks oli patsientide funktsionaalse seisundi ja toimetulekuvõime parandamine või säilitamine. Päevase ja koduse õendusabi teenuste arendamiseks valmis projekt, mille koostamisel peeti vajalikuks kaaluda teenuste käivitamist ohustavaid tegureid ja nende ületamise viise. Välistest ris-



Tiina Freimann.

kidest võeti arvesse konkureerivad keskused ja teenuste ebapiisavad mahud, mis võiksid takistada tugeva õendusabi keskuse väljaarendamist. Teenuste madal hind võinuks raskendada kulude katmist. Ohtude ületamiseks nähti ühe võimalusena õendusabi keskuse etapilist väljaarendamist. Teiseks kaaluti linna toetuse võimalust koduse õendusabi pakkumisele sarnaselt statsionaarsele hooldusravi toetamisele. Projekti elluviimine kavandati 2-etapilisena. Esimeses etapis taheti käivitada koduse õendusabi teenuste pakkumine hooldusravi osakonna baasil. Teise etappi kavandati õendusabi keskuse rajamine iseseisva struktuuriüksusena spordimeditsiini ja taastusravi kliiniku baasil ning päevase õendusabi teenuse käivitamine.

Tänaseks on koduse õendusabi teenuse pakkumine käivitunud spordimeditsiini ja taastusravi kliiniku hooldusravi osakonna baasil. Koduõendusabi saamiseks on vaja perearsti saatekirja. Kui teenust taotleb eriarst või sotsiaalhoolekanne, on kohustuslik eelnev perearsti visiit. Koduõdede visiitidega alustati 2003. aasta aprillikuus. Aasta lõpuni teenindati 580 visiidi käigus 26 patsienti. 2004. aasta 10 kuu jooksul tehti 1540 koduvisiiti. Abi sai 46 patsienti. Kõige sagedamini tuli koduõdedel siduda troofilisi haavandeid ja lamatisi, samuti kirurgilisi haavu. Sageli tuli teha põieloputus, hooldada põiekahteid ja epitsüstostoome. Teostati ka trahheostoomi ja naha hooldust. Visiitide käigus tuli patsientidele ja nende pereliikmetele õpetada erinevaid enesehooldusvõtteid. Koduõde roll lisaks õendusprotseduuride läbiviimisele on tervise edendamine, patsiendi õpetamine ja nõustamine ning koostöö perekonna ja sotsiaaltöötajaga.



Koduõded Kadri Volmer, Anne Pöder, Siiri Kutsar ja õde-juhtumikorraldaja Kadi Tarasova.

Käesoleval ajal tegeleb teenuste pakkumisega kolm koduõde ja juhtumikorraldaja. Esimese visiidi patsiendi juurde teevad tavapäraselt koduõde ja juhtumikorraldaja koos, et ühiselt määratleda patsiendi vajadused ning koostada õendusplan. Juhtumikorraldaja Kadi Tarasova sõnul on töö korraldamisel probleemiks ressursside vähesus ja suur kaadrivoolavus madala palga ning töö komplitseeritud iseloomu tõttu. See on ka põhjus, miks kõiki koduse õendusabi vajadusi ei ole võimalik seni rahuldada. Patsiendi abistamist piiravad sageli sotsiaalsed probleemid, sh kehv majanduslik olukord, kodu ebapiisav puhtus ja ebatervislikud eluviisid ning aeganõudev linnatransport. Koduõenduse lepingumahu suurenemisel näeb õde Kadi Tarasova ressurssidega seotud probleemide lahendamise uute koduõdede koolitamist ning palgatingimuste ja transpordivõimaluste parandamist.

## Geriaatiline päevahooldus

Kliinikumis ollakse valmis ka päevase õendusabi, s.o geriaatrilise päevahoolduse osutamiseks, kui on olemas teenuse hind ja kokkulepe haigekassaga lepingumahu osas. Selleks on kavandatud õendusabi keskuse rajamine Raja 31 ruumidesse. Päevase õendusabi teenuste osutamiseks on planeeritud üks õde ja hooldaja 6 patsiendi kohta. Vajadusel saab kasutada liikumisterapeudi, sotsiaaltöötaja jm personali abi. Hooldusravi edasise arendamise peab kliinikum silmas Tartu maakonna hooldusravivõrgu arengukava aastateks 2004-2015. Kõigi hooldusraviteenuste osas on kliinikumis arenguruumi veel piisavalt.

TIINA FREIMANN,  
kliinikumi ülemõde

## Tartu kliinikud 1944. aasta sügistalvel

Kirurgiaprofessor Artur Linkberg meenutas:

"1944. aasta augustis, kui rinne lähenes jälle Tartule, anti meile luba ülikooli kliinikute viimiseks Tartust ohutumasse kohta. Muretseisin ise selleks vajalikud vagunid. 19. augustil lahkusid Toome kliinikud koos osa Maarjamõisa omadega põhja poole. Pidime jääma esialgu Tallinna, kuid seal ei võetud neid vastu. Tuli sõita esialgu Haapsallu, kus leidsime majutuskohta linnast 3 km kaugusel asuvas Uuemõisas. Seadsime seal kiiruga sisse neli palatit ja hakkasime osutama meditsiinilist abi.

Haapsalus viibisime peaaegu kaks kuud. Pärast rinde üleminekut algas 10. oktoobril kliinikute vara ja personali reevakuatsioon Tartusse. Ülikoolilinnas jõudis meie ešelon 14. oktoobril. Tagasitoodud varasid tuli paigutada varjule ülikooli peahoone koridoridesse, sest I Haavakliiniku hoone Toomel pakkus masendavat pilti. Puudus osa aknaid ja uksi. Akende klaasid olid katki. Kliiniku köögipoolne külg oli põlenud, hea seegi, et Tartusse kliiniku hoonet valvama jäetud meie töötajad olid suutnud tulele piiri panna ja kogu hoone mahapõlemisest päästnud. Plekk-katus oli üleni auklik, nii et vihm sadas pidevalt sisse.

Mis oli jäänud purustamata, see oli rüüstatud. Peaaegu kõikidel ustel puudusid lukud ja vasest käepidemed. Kütteruum oli muudetud käimlaks. Tegime

august kliiniku ruumide kiire puhastamise ja korrastamisega. Samaväärselt löid selles töös kaasa sanitarid, õed ja vähesed kohalejäänud arstid. 10 päeva jooksul said ruumis mingil määral korda. Klaasi puudusel tuli osa aknaid laudadega kinni lüüa. Kuni 1875. a oli haavakliinik asunud sisekliinikuga sama katuse all, nüüd siis ajalugu kordus. Organiseerisime Toome I Sisehaiguste kliiniku ruumides haava- ja sisehaiguste osakonnad ja naistehaiguste kliiniku ruumides sünnitusabi osakonna, mis viivitamatult alustasid ka tegevust.

Maarjamõisa kliinikud olid sedavõrd halvas seisundis, et nende kiirele taastamisele ei saanud jääda lootma. Seal oli keskküte purustatud, puudus inventar. Kliinikute juures olev park ja hoonete ümbrus olid täis mustuse- ja prügihunnikuid. Parki oli kasutatud ka matmispaigana. Mitmes kohas võis näha välikäimlaid.

Et hooned olid vahepeal akendeta, sadas vihma ja lund koridoridesse ja ruumidesse. Kogunenud niiskusest muutusid seinad läbimärjaks. Kohati oli krohv maha varisenud ja õlivärv seintel ja laes lahti koorunud. Mõlema suure hoone katused olid täis auke ja augukesi. Alles poolteist aastat hiljem jõuti Maarjamõisas nii kaugele, et siinsed kliinikud said tööd alustada.

Seepärast oli I Haavakliiniku kiire taastamine Toomel eriti oluline. Saime vahendeid ja ehitusmaterjale ja ehitasime ümber kuulsad ajaloolised barakid. 1944. a jõululaupäeval avasime siinsetes ruumides ukseid haigete vastuvõtmiseks. Kokku oli meil siin 20 voodikohta, suur puudus oli aga arstidest. Kirurge oli sel ajal aga vaid kaks - dr **Petlem** ja mina, nii et tööd oli õige palju."

Tol ajal veel õige noor farmatseut **Johannes Tammeorg** meenutas: "Meie kateeder asus peahoone kõrval farmaatsiamaja 4. korrusel. Maja ei kõetud. Panime siis kateetri ruumides üles väikese raudahju ja vihmaveetoru abil juhtisime suitsu tõmbekapi ventilatsioonilõõri. Saime selle ahjukese peal isegi sooja toitu valmistada. Toome kliinikutest tõime paar raudvoodit. Need seadsime kateedris üles, et oleks, mille peal öösel magada. Osa personali elaski kateetri ruumides. Päevaks tööstime voodid eest ära koridori peale.

Toome kliinikutest olid ära viidud isegi uste vasest käepidemed, pehmelt mööblit rebitud pealisriie. Linna pealt võis leida kliinikutest minema viidud kliiniku templetega märgistatud tekke, linu ja madratseid. Osavad ja hakkajad inimesed olid olukorda kasutanud ja rabanud endale kõike, mida ainult kätte said."

Ülikooli tolaegne majandusülem **Anatoli Mitt**: "Kõigepealt oli vaja panna piir jätkuvatele vargustele ja rüüstamistele. Selleks tulid ukseid muuta jälle lukustatavateks. Kõik ülikooli meistrimehed pandi lukke korrastama ja võtmeid tegema - neid läks vaja oma paar tuhat. Mõnel pool naelutasime lihtsalt välisukseid kõvasti kinni, et õised kutsumata külalastajad sisse ei pääseks.

Aia tänava lagastatud hoonet korrastasid tööpataljoni sõdurid, kelle käes kippusid aga paljud asjad "kaotsi minema". Õppejõududel tuli neil pidevalt silm peal hoida, et ülikooli vara minema ei rändaks. Teine suur häda oli kütmisega. Ahjud lagunenud, küte puudus. Mitmes hoones ei töötanud veevärk, mistõttu ei saadud keskkütet kasutada. Ühekordsed aknad - hea kui neidki oli - pidasid vaevaliselt sooja. Sel talvel andis nii õppijatel kui õppejõududel vaevaliselt kõetud ruumides tublisti külmetada. Aga kuidagi siiski õppetöö käis ja ülikool töötas."

HILLAR PALAMETS

## NOPPEID TARTU MEDITSIINI AJALOOST

Kliinikumi 200. juubeli aastal ilmub igas lehenumbris Hillar Palametsa artikkel Tartu Ülikooli Kliinikumi ja arstiteaduskonna ajaloo.







Perearstid puhkamas maailma kauneimal liivarannal Cleanwateris.

# Ülemaailmse perearstide konverentsi muljeid Orlandost

Ameerika Ühendriikides Orlandos toimus 17. WONCA (World Family Doctors Caring for People) - maailma suurima perearste ühendava organisatsiooni konverents. WONCA hõlmab perearstide kõikvõimalikke teaduslikke jm ühendusi üle maailma. Samas võib iga perearst olla WONCA otseliige. Konverentsist võttis osa ka 40 Eesti perearsti.

Selleaastase konverentsi korraldajaks oli Ameerika Perearstide Akadeemia (American Academy of Family Physicians, AAFP) ja see toimus Orange County Convension Centre's, mis koosneb mitmest suurest ja uhkest hoonest. Suurejoonelises kompleksis aitasid orienteeruda head majajuhid ja hoolimata 32kraadisest leidsakust õues, pidi ülihästi konditsioneeritud ruumides olema väga ettevaatlik, et mitte külmetuda.

Iga päev toimus plenaaristung, samal ajal peeti ka suulisi ettekandeid; plaan, mida just kuulata, pidi igaks päevaks kodutööna tehtud olema.

## Huvipakkuvad ettekanded

Kokku oli konverentsile esitatud 4768 ettekande teesid, sealhulgas 17 Eestist, naabritelt Lätist 8, Leedust 11, Venemaalt 3 ja Soomest 2. Mina valisin nende hulgast endale südamelehedased ettekanded CME (Continuing Medical Education) juurutamisest Suurbritannias ning tervishoiu rahastamise reformimise katsetest Ukrainas. Olen Ukraina kolleegidega ka sellealasi kogemusi vahetanud ja mind huvitas, kuidas asi on edasi arenenud ja mida nad sellest maailmale teada annavad. Nende eesmärk on luua erialasi (nt kaevureid, raudteetöölisi jt) ühendavad kindlustusseltsid. Arvestades maa suurust ja töötajaskonna arvukust, on neil niimoodi ka üsna hästi läinud. Teist teed ka vist kergesti leida ei õnnestu, sest konstitutsioon lubab kõigile tasuta arstiabi, aga valitsus katab ainult 30% vajadusest.

Suurbritanniat esindas Eestitki külastanud ja siin ettekandeid pidanud dr Justin Allen, kelle juures 1996. aastal end täiendasin ja ka tema perearstikeskust külastasin. Kuna UK-s on tänaseni palju soolopraksiseid, siis õõvastav vahejuhtum dr Shipmaniga, millest ka meie meedia on andnud üsna põhjaliku ülevaate, on sundinud alates 2005. aastast inglise perearste ellu kutsu uue sisuliselt järelevalvet ja kvaliteeti juhtida püüdva struktuuri The Post Graduate Medical Education and Training Board, mille kaugemaks ülesandeks on perearstide ühtse rahvus-

liku diplomieelse ja -järgse õpetamise õppekava (*curriculum*) väljatöötamine ja selle rakendumise jälgimine. Praegu on see protsess alles algusjärgus ja vajab veel pidevat juhtimist ja jälgimist.

Konverentsi plenaaristungit juhtis väga emotsionaalselt, kuid siiski selgeid juhiseid andvalt dr Francis S. Collins, Rahvusvahelise Inimgenoomi Uurimise Instituudi (National Human Genome Research Institute at the National Institutes of Health) direktor, kes on esinenud ka geenifoorumil Tartus. Dr Collins rõhutas oma esinemises, et praegu töötaval perearstil ei tasu loota, et geeniuuringutel põhinevad ravimid niipea tootmisse ja laiemasse kasutusse jõuavad. Selle kompenseerimiseks on aga Ameerikas käivitatud projekt, mis võimaldab perearstil siiski paremini diagnoosida oma patsiendi riski haigestuda pärilikesse haigustesse. "Peaaegu kõik haigused, v.a muidugi traumad, on pärilikkusega seotud. Tänapühak, kui sugu võivad Ameerikas kogunevad, kirjutatakse üles suguvõsa veresugulastel esinenud haigused ja edastatakse see info oma perearstide kätte," kirjeldas dr Collins projekti toimimiskäiku. See algatus vääriski kindlasti ka Eestis tähelepanu ja juurutamist, kuigi tänapühki meil ei peeta.

Dr Collins esinemine lõppes väga meeoleolukalt, kui lektor võttis kätte kitarr, mida ta väga hästi mängis ja esitas ilusa ja koolitatud baritoniga biitlite stiilis omaloomingulise, vaimuka, südamliku ja humoorika loo teismelisest ja ta perearstist arutlemas saabuva geenidega seotud osteoporoosi teemadel. Saal lausa huilgas ja ovatsioonid ei tahtnud lõppeda.

Minu jaoks ilmselt huvitavaim ja mõtlemapanevaim oli Ontario Ülikooli ja Šveitsi Genfi Ülikooli professori Timothy G. Evansi ettekanne. Ta tõi suure ja mõjuvõimsa foorumi ees väga selgelt esile oma seisukohad, mida

ikkagi maailmas teha tuleks, et inimeste tervis siin väikesel planeedil paraneks. Igast tema lausest oli aru saada, et just viimatinimetatu on tema väga sügav isiklik soov. Dr Evans on kanadalane, kes on Maailma Tervishoiuorganisatsiooni (WHO) tõendus põhise ja informatsiooni poliitika ala asedirektor, ta on olnud ka rahvusvahelise tervishoiuökonoomika dotsent Harvardi Ülikooli rahvatervise koolis; viimati töötas ta Rockefelleri Fondi direktorina. Dr Evansil on ka pikaajaline Aafrikas töötamise kogemus.

Orlando konverentsil pidas Timothy G. Evans ettekande teemal "Perearstid 21. sajandil - vajadus hoomata globaalse tervise küsimusi".

**"Kuidas parandada globaalse tervise olukorda?" oli konverentsi üks põhiküsimusi.**

Esineja peatus neljal põhiküsimusel. Ta kirjeldas globaalse tervise (ingl k *global health*) väljakutsete globaalset olemust, andis ülevaate tervise väljakutsetele vastavast globaalset inimressursist, professionaali rolli õppimist kui õppimise õppimist hõlmavate probleemide lahendamisel ja tegi ettepanekuid, kuidas nii perearstide tööd kui kogu ülemaailmse tervise olukorda parandada.

Esineja arvates seisneb 21. sajandi suurim terviseprobleem maailmas vana maailma vananemises, mis toob kaasa väga terava tööjõu puuduse mitte ainult tervishoiusektoris, vaid ka muudel elualadel üle kogu maailma. Dr Evans leidis oma ettekandes, et selleks, et tagada tööjõu taastootmine, peaks kogu maailmas laste surnus langema vähemalt 4% aastas. Teiseks on oluline ka vaesuse ja rikkuse küsimus ehk siis arstiabi kättesaadavuse probleem. Maailmas on rikkaid ainult 20%, see tähendab, et probleemiks pole ainult arstiabi kättesaadavus, vaid just eriti ravimite kättesaadavus.

Järg lk 4

## Tohtrite lahkumise aegu

Tohtrite lahkumine meditsiinfirmade müügiagentideks on lõppenud ja käesoleval ajal toimib pigem vastassuunalisena. Tohtrite liikumise uus suund on aga lahkumine Eestist tööle lääneriikidesse.

See pole muidugi uudis, kuid paremad lahkumistingimused on 2004. aastal probleemi teravalt üles tõstnud. Arstide defitsiit mõnes lääneriigis pole viimase aja probleem - see on kestnud juba aastakümneid. Seega pole seal tegemist hetkelise seisuga, vaid süsteemse tervishoiu-, aga ka hariduspoliitikaga. Olulist mõjutab seda ka tohtrite soov minna keskmiselt 60tunnilisel töönalalalt üle oluliselt lühemale. Riikidele on ilmselt odavam sisse osta õppinud tohter, kui teda ise ette valmistada. Teisalt tähendab see ka, et lahkumisega kiiret pole. Kohti jätkub ilmselt veel aastateks. Praegu on enam mobiilsed just residendid ja noorarstid, kellele ühiskondlik tunnustus ja ka korralik palk on veel tulemata.

Arstide defitsiidi arengut on soosinud rida faktoreid. Vast kõige kaugeleulatuvama tähendusega oli selles arstiõppurite arvu drastiline langetamine Tartu Ülikoolis 90ndate aastate algul, mis toimus vaatamata arstiteaduskonna korduvatele protestidele. Selle tulemuseks on viimastel aastatel lõpetajate minimaalne hulk (60). Aga ka need ülikoolilõpetajad olid pandud kohtade leidmisel raskesse olukorda, kuna palga tõstmise huvides olid meditsiinasutuste töötajad uute tohtrite töölevõtmise vastu. Aga kui palju oli meil kaugelenägelikke juhte, kes siiski võtsid noori tööle olukorras, kus "kollektiiv" seda vajalikuks ei pidanud?

Algaski alul väike, seejärel järjest kiirenev noorte leke välismaale. Tekkis olukord, mis võib tervishoidu oluliselt destabiliseerida. Paraku inimesed vananevad ja pingelise töö foonil väsivad. Samas suureneb ühe arsti tähtsus nii, et ühe-kahe lahkumine võib panna löögi alla kogu eriala funktsioneerimise regioonis või asutuses. See pole enam ainult teoreetiline oletus, vaid juba kurb praktika: novembris lahkus Eestist meie ainuke lastealase eriväljaõppega patoloog.

Samas pole arsti positsioon ühiskonnas oluliselt paranenud. Poliitikute poolt reklaamitav turumajanduslik ideoloogia ja sellest tulenevad vastuvõetud seadused ("Võlaõigusseadus", "Töö- ja puhkaja seadus", "Delikaatsete isikuandmete kaitse seadus"), on muutnud arstide töötingimusi ja halvendanud ka arsti ja patsiendi suhteid. Kui siia lisada ka riigis valitsev teatav poliitilise järjepidevuse puudus ning püsiv sotsiaalne ebastabiilsus, siis leidub küllaldaselt tingimusi, mis "seal" on soodsamad.

Olukorrast väljatulekuks tegi Tallinna Arstide Liit streigiüleskute, sidudes seda palgatingimuste parandamisega. Üleskutsega liitusid hiljem Eesti Arstide Liit ja Eesti Haiglate Liit. Nende põhinõudeks oli suurendada tervishoiu finantseerimist riigieelarve kaudu. Pingeliste läbirääkimiste tulemusena palgatõus küll tuli, aga raha tervishoidu juurde ei saadud. See tähendab kas suuremaid piiranguid patsientide arsti juurde pääsule või uut hinnakirja. Näib, et paraku oli tegemist Pyrrhose võiduga: kohustus, mille paneb tohtritele Veneetsia deklaratsioon haige suhtes ("... ja seisab tema huvide kaitsele") jäi täitmata. Lisaks stimuleerib tekkinud olukord tõenäoliselt haigekassat kiirendama uue hinnakirja (seekord õiglase, sisulise ja kulutustele vastava) väljatöötamist. Näib, et põhieesmärgiks on muidugi hindade korrigeerimine, ilmselt allapoole (muidu poleks kogu seda ettevõtmist ju üldse vaja olnud!) Kui see on nii, siis uute hindadega, eriti kui need on odavamad, tuleb sama palga puhul lihtsalt rohkem tööd teha. Hetkel on seda raske seostada lubatud palgatõusudega, aga eks elu näitab.

Mida siit üldse järeldada? Paraku on kindel, et välisriikide tervishoiupoliitikaga pole raviasutuse tasemel võimalik võidelda. Eestis on vaja tarvitusele võtta tõsised riiklikud meetmed. Ravi kvaliteedi langetamine ebasoodsate hindade kehtestamisega on küll üks võimalik lahendus, kuid see tundub ebaeetiliseks. Parem oleks siis juba riiklikult kallid uuringud ja ravivõtted ära keelata. (Veel mõni aasta tagasi polnud Egiptuses ühtegi kompuutertomograafi). Kui seda ei tule, nihkub kogu probleemi raskus automaatselt arstile.

Ainus, millega võiks arsti kinni hoida, on eneseteostus. Ehk siis luua olukord, kus töötingimused meil ja mujal ei erine.

Teisalt on juba käes "ohustatud liikidele" teatavate sotsiaalsete hüvede loomise aeg.



**PROF. EMER. RAUL TALVIK**



## Maarjamõisa polikliiniku 10. aastapäeva konverents

Tartu Ülikooli Kliinikumi Maarjamõisa polikliiniku 10. aastapäeva konverents 24. novembril Maarjamõisa polikliiniku (L. Puusepa 1A) 0-korruse auditooriumis algusega kl 13.00

### Konverentsi kava

- 13.00 Konverentsi avamine.  
**Urmas Siigur**, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi juhatuse esimees
- 13.20 Digitaalse pildiarhiivi (Web 1000) kasutamine. **Mare Lintrop**, radioloogiateenistus
- 13.40 Perearsti võimalused patsientide radioloogilisel uurimisel kliinikus; nõuded uuringule saatmisel. **Merle Šmutov**, radioloogiateenistus
- 14.00 Mikrobioloogia ja perearst. **Krista Lõivukene** ja **Ene Laja**, ühendlabor
- 14.20 Uued õendus- ja sotsiaalteenused kliinikus. **Tiina Freimann**, kliinikumi ülemõde
- 14.40 Käekirurgia. **Andrus Metsa**, kardiovaskulaar- ja torakaalkirurgia kliinik
- 15.00 Tartu Ülikooli Kliinikumi meditsiiniinfo keskus - partner perearstile. **Keiu Saarniit**, medinfo keskus
- 15.20 Sõltuvus bensodiasepiinidest - müüt või tegelikkus? **Lembit Mehilane**, psühhiaatrikliinik
- 15.40 Psühhiaatri ja perearsti koostööst. **Tiina Agan**, psühhiaatrikliinik
- 16.00 Kohv, sünnipäevart

Oma osavõtust palume teada anda telefonil 731 9401 või e-posti aadressil Kristi.Tael@kliinikum.ee

Algus lk 3

Järgmise olulise teemana tõi esineja väl- ja soo ja eluea pikkuse problemaatika - see teema puudutab nii majanduse arengut, religiooni, tervishoidu ja selle kättesaadavust, samuti haridust ja selle kättesaadavust.

Dr Evansi sõnul on oluline kogutava ja jagatava informatsiooni kvaliteet. Kuidas tagada, et andmed, mida esitatakse nii rasedate kui vastündinute suremuse kohta - maades, kus kõiki sündi ja surmi ei registreerita ja kus elanikkond ei ole täpselt üle loetud? Kuidas kujundada seal tervishoiupoliitikat ja suunata rahavooge? Tervikuna pidas Timothy G. Evans tervishoiu arengu kogupilti komplitseeritust; tema meelest on sellele pildile tulnud liig palju "määravaid mängijaid", kes suudavad esile kutsuda "perfektseid torme". Just nii ta ütles. Praegu on tervishoius kolm olulisemat täiendavaid ressursse vajavat ala: tööjõud, mis võtab ca 50-75% kogu rahast, siis keskkond e kus ja millega teenust osutatakse ja lõpuks meditsiiniline aparatuur ja selle arendamine. Kui kõnel- da tööjõust, siis Euroopas on 10,3, Põhja-Ameerikas 9,9 ja Aafrikas 0,8 kvalifitseeritud meditsiinitöötajat 1000 elaniku kohta. Maailma keskmine on 4,2 töötajat. Selleks, et tagada näiteks korralikku sünnitusabi, oleks vaja vähemalt 2,5 meditsiinitöötajat. Siit tulenebki Aafrika probleem, kus sündimuse näitajad on ju kõrged, kuid vastündinute suremus suur. Aafrikasse peaks 2010. aastaks lisanduma tervelt 1 miljon tervishoiutöötajat lisaks praegustele, et lahendada sealseid tervishoiuprobleeme, mis mõjutavad kogu maailmas tervisehoiule vajalikku rahahulka. Selle teema alla kuuluvad näiteks ka põgenikud, emigrandid jne, kes on ravimata, hügieenialaselt koolitamata ja toovad uude elukohta oma haigused ja koolitamatus kaasa. **Seega: tehes vaese-**

**male elanikkonnale tervishoiuteenuse ja ravimid kohapeal kättesaadavaks, väheneb ressursivajadus triljonitelt miljonitele, ükskõik millist valuutat arvestuse aluseks ka ei võetaks...**

Dr Timothy Evansi arvates on ka tervishoiu probleeme lahendada suutvad inimesed ja meeskonnad; liidrid, keda julgustamata ja hindamata ei ole nende tegevus väärikselt kompenseeritud. Teistelt erialadelt võiksime ju õppida, kuidas parimaid üles leida ja ühise eesmärgi ette rakendada. **Keegi ei tee meie erialal seda tööd meie eest ära, vaid võimekad tõmmatakse parimate tingimuste loomise kaudu just teistele erialadele ja oma erialal teistesse maadesse.**

Kuigi kokkuvõtte dr Evansi ettekandest on napisõnaline, usun siiski, et lugeja tunneb ära need Eestigi kaasaega puuduvad väljäätlumised, mis peaksid jõudma nii poliitikute, meditsiinitöötajate kui ka ülejäänud elanikkonnani.

Teemasid, mida käsitleti, oli konverentsil muidugi väga palju, alates suitsetamisest ja lõpetades perearstide saatekirjade analüüsiga. Kuna viimatinimetatud teema huvitas mind enim, siis selle teemalist 8 ettekandest selgub järgnev: kui eriarsti konsultatsioon on tasuline, on saatekirju vähem. Samuti näitab Tais tehtud uuring, et residentuuri läbinud arstid suunavad oma patsiente konsultatsioonidele vähem kui üldarstid.

Inglismaal ja Hollandis läbi viidud uuringutes on kasutatud konsultatsioonile suunamise adekvaatsuse hindamisel nii eriarste kui kogenud kolleege. Samuti vähendab perearstidele antav tagasiside oluliselt suunamise arvu ja parandab suunamise põhjendatust. Et tagasiside toimiks tõhusamalt ja et suunamisi optimeerida, on vajalik välja töötada täpsed ravijuhised.

Konverentsil osalesin ka Eesti Perearstide Seltsi esimehe dr Madis Tiigi poolt juhitud sümposiumil.

## WONCA uus juht on pärit Lõuna-Aafrika Vabariigist

Konverentsil andis WONCA president, Eesti perearstide suur sõber, Tartus käinud ja esinenud iirlane dr **Michel Poland** oma volitused nende tähtaja lõppemise tõttu üle uuele presidendile dr **Bruce Sparksile** Lõuna-Aafrika Vabariigist. Lõuetavasti kulgeb tema tee organisatsiooni juhina sama edukalt kui dr Polandil - nimelt viimase valitsemisajal suurenes WONCA liikmete arv 40%, seda enam, et tegemist on mitte niivõrd isikute kui organisatsioonide kogumiga.

Kuna see oli mulle esimene Ameerikas käik, siis varasemast enam pean vajalikuks Eestis tegelda kehakaalu jälgimise ja füüsilise hea toonuse tähtsuse rõhutamisega oma kolleegide, patsientide ja poliitikute seas.

Ükski konverents ei ole vastuvõetav kultuurilise ja meelelahutusliku osata: seekord pakuti välja filmikompanii Universal Studios Orlando teemapark, kus saime osa filmitegelaste maailmast - väikese kosmosetulnuka E.T. ja kuulsa sookoll Shreki seiklustest maal, õhus, tules, vees - viimasest lausa füüsiliselt.

Väga huvitav oli ka Orlando Sea World, kus nägime vaalaliste esituses vapustavat etendust ja mille lõpetuseks üks vaal oma sabaga kogu vaatajaskonna märjaks pritsis. See väike jahutus mõjus aga Florida kuumas kliimas hästi, muidugi ka päike ja soolane Atlandi ookeani vesi, mida ettevõtlikud perearstid Miami randadel mõne tunnikesega endale lubada võisid.

Täna on maalt poolt selle meelde jääva reisi finantseerijaid ja muidugi ka organisatoreid Eesti Perearstide Seltsist.

**AILI PIKK,**  
sisedivisjoni juht

# Suurima praktikabaasi suurim sõber Tartu Meditsiinikool

Tartu Ülikooli Kliinikum ja Tartu Meditsiinikool on olnud pikajalised koostööpartnerid. Koostöövormid (lepingud ja kokkulepped) on erinevatel ajaperioodidel vaheldunud, kuid sisu on jäänud samaks. Kool koolitab tulevasti tervishoiutöötajaid ning kliinikum võtab praktikabaasina koolitusprotsessist aktiivselt osa. Tihe koostöö ning suurimaks praktikabaasiks olemine aitab kliinikumil endale välja valida parim tööjõud.

Koostöö tähtsündmus jõudis kätte 25. oktoobril k.a, kui meditsiinikooli jõudis välisekspertide lõppraport, milles soovitati kooli kõik rakenduskõrghariduse õppekavad ning Tartu Meditsiinikool tervikuna akrediteerida.

Mida see tegelikkuses tähendab? Tartu Meditsiinikooli õe, ämmaemanda, füsioterapeudi, radioloogiatehniku, bioanalüütiku ja tervisekaitse spetsialisti õppekavad on rahvusvaheliselt tunnustatud - nüüd on lõpetajatel paremad võimalused Euroopa tööturul liikumiseks, mis meid sugugi ei rõõmusta. Laiemalt vaadates võime me kõik ennast suurepärase töö eest kiita kõrge kvaliteediga spetsialistide ettevalmistamisel. Samuti pole see vähetähtis nimetatud kutsealade arengule tervikuna. Pedagoogide ja üliõpilaste õppimise, teadustöö ja rahvusvahelise koostöö võimalused avarduvad oluliselt; see aitab tervikuna kaasa kutsealade maine parandamisele ning loodetavasti tööturu tasakaalustamisele tervishoius.

Ekspertideks-hindajateks olid oma ala parimad asjatundjad - professorid Inglismaalt, Šotimaalt ning Soomest, kes kiitsid muu hulgas väga head koostööd just eriala- ja kutseühingutega ning olid üllatunud motiveeritud ja õpihimuliste üliõpilaste üle. Ekspertide tööpäevad kestsid 12 tundi ning olid tihedalt sisustatud erinevate kohtumistega - pedagoogidega, üliõpilastega, haigla esindajatega ning kutse- ja erialaühingute esindajatega.

### Koostöö kliinikumiga on tõhustunud

Kliinikumi ja meditsiinikooli koostöö on viimastel aastatel muutunud oluliselt sisukamaks. Näiteks kaaluti ülemõdede ettepanekul paar aastat tagasi kooli praktikavormi vajalikkust ning nüüd on juba poolteist aastat haiglapraktikal olevad üliõpilased kandnud kooli nime ja logoga korrektset praktikavormi. Vormile lisandub sellel aastal korrektne rinnasilt üliõpilase nimega ning märkiga "üliõpilane".

Praktikaraamatu kasutuselevõtt eelmisel aastal tõstab olulisel määral nii praktika korralduse kui praktika sooritamise kvaliteeti, andes ülevaate üliõpilase arengust kogu õppeaja jooksul. Olulised on kooli poolt pakutavad koolitused õdedele, kes praktikat juhendavad; koolituste läbiviimist arendatakse koos haiglagaga, et suurendada kursust läbivate isikute arvu.

Koostöövõimalused kliinikumi ja kooli vahel on peaaegu piiramatud. Enam tuleks kirjutada ühisprojekte, kaasata üliõpilasuurimuste autoreid igapäevaste küsimuste uurimisele ja analüüsisele, õed võiksid meditsiinikoolis õpetada nt vaba- ja valikaineid ning õpetajatel võiksid haiglas kaasaegsete töövahenditega tutvuda.

Järgmistel aastatel seisab ees suur ja arengu seisukohalt oluline samm - haridusministeeriumile tuleb selgitada üliõpilase peaaraha tõstmise vajalikkust. Kuna tegemist on õppega, millest suur osa toimub praktika ja eelkliinilise praktika

**Meditsiinikooli ja kliinikumi koostöö peaks veelgi tõhustuma.**



**Meditsiinikooli direktor Anneli Kannus.**

vormis ning on kulukas ning taotlema sotsiaalministeeriumi toetust ja haigekassa poolt nende tervishoiuasutuste lisafinantseerimist, mis on õppeasutustele praktikabaasiks. Tervishoiuasutuste lisakulutused tuleb katta riigieelarvest, et tagada jätkuvalt kvaliteetse väljaõppega tervishoiutöötaja koolitamine.

Käima on läkatud õdede erialase koolituse projekt, mis vajab samuti "ühisrind" moodustamist, et tagada alates 2006. aastast riiklik koolitustellimus intensiivõenduse, terviseõenduse, vaimse tervise õenduse ja kliinilise õenduse spetsialistide väljaõppeks. Seega on tööpõld, mida üheskoos harida, endiselt lai.

**ANNELI KANNUS,**  
Tartu Meditsiinikooli direktor

Kliinikumi aastavahetuse

pidu

toimub

9. detsembril

algusega kl 20.00

ööklubis Pattaya Turu 21

Musitseerib ansambel

Rock-Hotell

Kutsed hinnaga 100 kr saadaval kliinikumi kantseleides L. Puusepa 1A ja L. Puusepa 8.

## Kliinikumi Leht

TOIMETUSE KONTAKTANDMED:  
TEL 5331 9423, 731 9423,  
E-POST riina.kuik@kliinikum.ee

TOIMETAJA: RIINA KUIK

KLIINIKUMI LEHT ILMUB 1 KORD KUUS

KUJUNDUS: K30

TRÜKK: LAKRITO TRÜKIARV 1500 EKS.