

Kliinikumi Leht

SISELEHT nr 88 August 2006

Tartu Ülikooli Kliinikum



Uue ravikorpuse ehituse eeltööd alustati vana garaažihoone lammutamisega.



Maarjamõisa haigla juures rajatakse tehnovõrke ja parklaid.

Fotod: Jaak Nilson

Kliinikumi uue maja ehitus: mis tehtud, mis teoksil

Küsimustele vastab Maarjamõisa meditsiinilinnaku projektijuht Toomas Kivastik.



Toomas Kivastik.

Mis seisus on uue maja ehitus, mida on sel suvel tehtud?

7. juunil algasid uue maja ehitust ettevalmistavad eeltööd. Esimene töö oli vana garaaži ja arhiivihoonde lammutamine.

19. juulil kuulutati välja rahvusvaheline riigihange uue hoonekompleksi ehitustööde teostaja leidmiseks. Pakkumiste esitamise tähtaeg on 11. september. Võib öelda, et huvi riigihanke vastu on olnud suur. Uue maja ehituse eeltööd (parklate raja-

mine ja tehnovõrkude ümberehitus) kulgevad plaanipäraselt. Tehnovõrgud (elektrikaablid, kaugküttetorustik, sidekaablid) tuleb uue ehituse alt ümber tõsta. Kuna senine suur parkla Maarjamõisa haigla (L. Puusepa 8) kõrval jääb ehituse alla, siis rajatakse ka uued parklad. Need tulevad praeguse operatsiooniploki juurde ja N. Lunini tänava Biomedicum'i poolsele küljele. Parklakohti saab kokku olema umbes 260. Uued parklad valmivad augustikuus.

Millal algab uue maja ehitus?

Ehitus hakkab peale oktoobris-novembris. Uus hoone on saanud Tartu linnavalitsuselt ehitusloa, projekteerija on põhiprojekti üle andnud ning see on ekspertiisi läbinud. Sotsiaalministeerium kiitis heaks meditsiinitehnoloogia eelprojekti.

Küsimused esitas ENE SELART

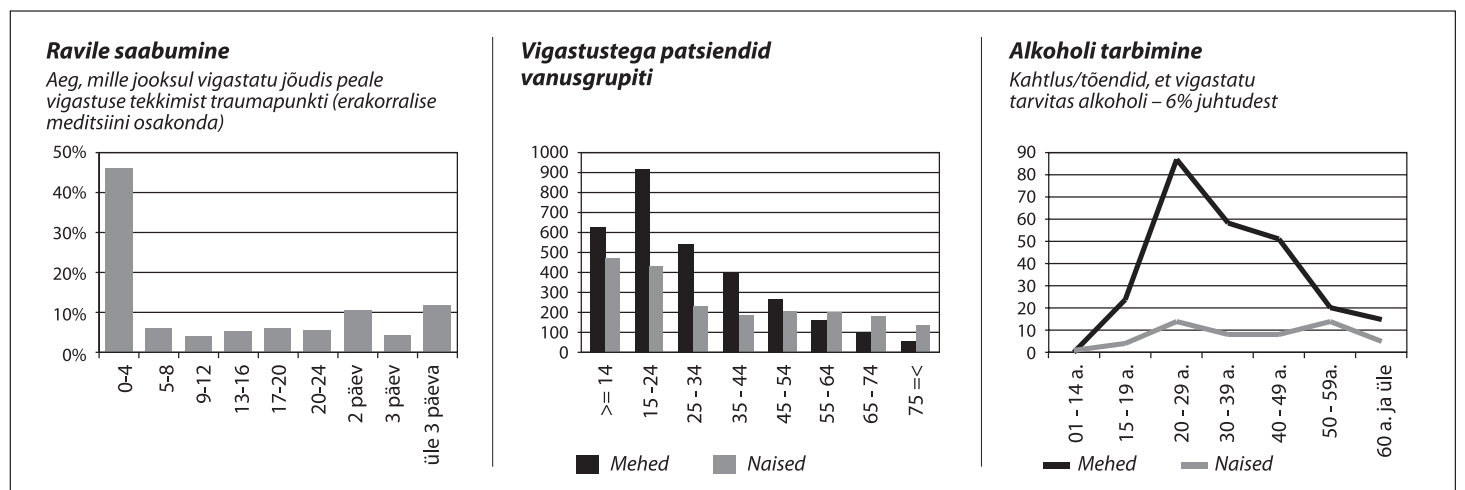
Vigastuste registri pilootprojekt

Juunis valmis Sotsiaalministeeriumi ja Tartu Ülikooli Kliinikumi poolt läbi viidud vigastuste registri pilootprojekt. Pilootprojekti raames testiti rahvusvahelist vigastuste välispõhjuste klassifikatsiooni (*International Classification of External Causes of Injuries = ICECI*).

Pilootprojektiga testiti Euroopa Liidus kasutusele tulevat vigastuste välispõhjuste klassifikaatorit. Andmeid koguti klassifikaatori nelja mooduli alusel: põhimoodul, vägivallamoodul, transpordimoodul ja spordimoodul. Lisaks andmed alkoholi tarbimise kohta. Klassifikaatori abil täpsustati vigastusjuhtumi järgmised asjaolud: kuidas vigastus tekkis, mis vigastuse tekitas, kus vigastus tekkis, tahtlus ja tegevus vigastuse tekkimise ajal, teiste ja enese vastu suunatud vägivalla andmed, transpordiga seotud vigastuste korral transpordiliik ning vigastatu ja teise osapoole roll, spordivigastuste korral spordiala ning kas esines kahtlust ja tõendeid, et vigastatu või teised osalised olid alkoholi tarbinud.

Projekti käigus registreeriti 2005. a. veebruarist kuni aprillini kliinikumi traumapunkti saanud patsientide juhtumid. Projekti tulemuste põhjal töötab Sotsiaalministeerium välja vigastuste registri, et riigil tekiks võimalus tõhusamalt tegeleda vigastuste ennetamisega. Registri kasutuselevõtt aitaks saada infot kellega õnnetused juhtuvad ning millist ennetavat tegevust vajab üks või teine sihtrühm.

1. veebruarist kuni 30. aprillini kestnud perioodi jooksul pöördus kliinikumi traumapunkti keskmiselt 57 inimest päevas. Kokku analüüsiti 5110 vigastusega lõppenud juhtumit. Projektist jäid välja eriti rasked vigastusjuhud, kus kiirabi viis



MERJE TIKK
Analüüsi-
marketingiteenistuse
direktor

vigastatu otse intensiivravi osakonda.

Kolme kuu jooksul registreeritud vigastustega patsientidest olid 60% mehed ja 40% naised, sh 22% lapsed. Vanusgrupiti oli vigastuste osakaal suurim laste ja noorte osas. 15. - 45. eluaasta vahel oli meestel vigastusi kaks korda rohkem kui samaaegsetel naistel. Alates 55. eluaastast hakkas vi-

gastuste osakaal domineerima naistel. Enamus vigastusi (93%) olid tahtmatud vigastused, kallaletungi ehk ründejärgseid vigastusi registreeriti 290 juhul ehk 6%-l. Ligemale pooled vigastused (40%) juhtusid kodus, 17% sportimisalal ning 16% transpordialal. Vastavalt registri klassifikaatorile on võimalik vigastusi liigitada diagnoosi järgi 27 gruppi. Sagedasemad vigastused olid põrutused-muljumised (36%), luumurrud (21%) ja lahtised haavad (17%) ning vigastada sai 40% üla- ja 33% alajäse, 16% pea.

Uuringus käsitleti ka vigastuste ravi ja järelravi, mille eesmärk on näidata vigastuste tõsidust ja vigastuste raviks kuluvat töökoormust: 44% patsientidele anti arsti-

tiabi ja lubati pärast ravi koju, 41% anti arstiabi ja jäeti ambulatoorsele ravile, 8% anti arstiabi ja saadeti perearsti juurde ning 5% vajas hospitaliseerimist. Vaid 1% pöördunud patsientidest arstiabi ei vajanud.

6% vigastusjuhtumite puhul registreeriti kahtlus ja tõendid, et vigastatu oli alkoholi tarvitanud. Samas oli kolmandik vägivallsetest vigastustest tekkinud joobe-seisundis.

Traumapunkti töötajate suhtumine pilootprojekti oli positiivne, kuigi tekitas juurde lisatööd ja patsiendi teenindamise aeg pikenes. Pilootprojekti käigus paranes anamneesi võtmine ja juhtumite dokumenteerimine, tekkis positiivne harjumus täpsemalt andmeid registreerida.

Dr Arno Ruusalepp kaitses doktoritööd

2. juunil kaitses Karolinska Instituudis meditsiinidoktori kraadi dr Arno Ruusalepp teemal "Signal Transduction in Restenosis and Myocardial Protection by Hyperoxia" ("Signaaljuhte mehhanismid restenoosis ja hüperoksiaga südamelihase kaitses").

Doktoriõpet alustasin 2000. aasta lõpus, kui olin Rootsis Karolinska haigla südamekirurgia osakonnas praktikal. Minu kontaktisik kliinikus, dr Jarle Vaage juhtis tollal koos oma abikaasa Guro Valeni'ga edukat eksperimentaalse kirurgia laborit ja mul õnnestus seal tööle asuda.

Foto: Jaak Nilson



Dr Arno Ruusalepp doktoritööd kaitsmas.

Esimesed kaks tööd oli seotud eksperimentaalse mudeli väljatöötamisega hiirtel uurimaks veresoonte vigastuse järgset põletikureaktsiooni ja restenoosi ehk taasulguumist. Hiljem jätkasin dr Peeter Tähepõllu töid uurimaks kõrge kontsentratsiooniga hapnikku müokardi kaitses ja selle mehhanismide väljaselgitamist isoleeritud roti- ja hiire südame mudelil.

Südame isheemiatõbi on peamine surmapõhjus Euroopas ja Põhja-Ameerikas. Isheemilise südamelihase revaskulariseerimine on rakkude nekroosi vältimise eelduseks. Seda tehakse trombolüüsi, angioplastika või siis šunteeriva operatsiooni abil. Siiski võib revaskulariseerimisel balloondilatatsioonide ja stendi paigaldamise järgselt tekkida restenoos. Samuti võib

tekkida isheemilise müokardi revaskulariseerimisel isheemia-reperfusiooni kahjustus, mis hoopis suurendab isheemilist kahjustust, väljendudes arütmiate, oimetu müokardi või isegi laienuud infarktilagaga.

Vajadus leida meetodid restenoosi ja isheemia-reperfusiooni kahjustuse vältimiseks, on ilmselge. Selleks on vajalik teada nende molekulaarseid mehhanisme. Vaatamata aktiivsele uurimistööle viimase paarikümne aasta jooksul, pole kindlat ravi leitud. Üks põhjus võib olla see, et enamus eksperimentaalseid töid on tehtud haigusvabadel ehk siis ateroskleroosivabadel katseloomadel.

Restenoosi tööd

Meetodid: Hiire uneartereid vigastati ligeerimise teel. Neointima teket uurisime transkriptsioonifaktor *nuclear factor kappa B* (NFκB) p105 *knock out* hiirtel. NFκB aktivatsiooni uurisime NFκB *luciferase reporter* hiirtel. Samuti uurisime neointima teket vastusena arteri vigastusele Apolipoproteiin E /*Low density lipoprotein* retseptor kaksik *knock out* hiirtel, kellel tekib ateroskleroos sarnaselt inimestega.

Tulemused: Arteri ligeerimine resulteerub neointima tekkega neli nädalat hiljem. NFκB on aktiveeritud ja vigastatud veresoones püsib põletikureaktsioon. NFκB p105 KO hiirtel on neointima teke suurem kui kontrollhiirtel. Ateroskleroosiliste soontega hiirtel on neointima teke samuti suurenenud võrreldes kontrollhiirtega. Põletikureaktsioon neis arterites püsib ja olulised on ka rakkude osalemine tsirkulatsioonist.

Järeldused: NFκB p105 aktivatsioon vigastuse järgselt on oluline regulaator põletikureaktsioonis ja kudede parane-

misel. Meil õnnestus luua taaskasutatav mudel arteri vigastuse uurimiseks ateroskleroosi haigetel hiirtel.

Hüperoksiaga müokardi kaitse

Meetod: Rotid ja hiired hingasid kõrge kontsentratsiooniga hapnikku enne südame isoleerimist ja perfusiooni, globaalset isheemiat ning reperfusiooni Langendorffi süsteemil.

Tulemused: Kõrge hapnikku hingamine parandas hilisemat isoleeritud südame funktsiooni ja vähendas infarktila. See efekt sõltub hapniku ekspositsiooni ajast ja hapniku kontsentratsioonist ning erines pisut hiirtel ja rottidel. Hapniku ekspositsioon põhjustas mitogeeni aktiveeritud proteiini kinaaside (MAPK) fosforüleerumise ja lämmastikoksiidi süntetaasi inhibiitor L-NAME ja MAPKde ERK1/2 inhibiitor PD98059 ja p38 inhibiitor FR167653 vähendasid hüperoksia soodsat efekti.

Järeldused: Hüperoksia kaitseb isoleeri-

tud roti ja hiire südameid isheemia-reperfusiooni kahjustuse eest. Hüperoksia kaitse efekt sõltub hapniku ekspositsiooni ajast ja kontsentratsioonist. Lämmastikoksiid ja MAPK on olulised signaalimehhanismide osad hüperoksia kaitses, kuna nende inhibeerimine viib hüperoksia efekti kadumisele.

Tahaksin siinkohal tänada oma juhendajaid Guro Valeni ja Jarle Vaaget, kes on mind igakülgsest aidanud. Suur tänu ka minu kaasautoritele Eestis, dr Peeter Tähepõllule ja prof Joel Starkopfile. Suurimad tänud minu kolleegidele kardio-kirurgia osakonnast, kes hästi talusid ja igati soosisid minu äraolekuid residentuuril ajal ja hiljem juba kirurgina töötades. Suur tänu kliinikumile, kes võimaldas tasustatud teaduspuhkust semestri ulatuses. Ja muidugi suur tänu mu perele, kes on vapralt seisnud mu kõrval kogu selle stressirohke aja.

DR ARNO RUUSALEPP

KOMMENTAAR



PROF JOEL STARKOPF

Dr Arno Ruusalepa doktoritöös on uuritud karotiidarterite restenoosi ning hüperoksia poolt indutseeritud müokardi protektsiooni molekulaarseid aluseid. Tänu suurepärasele kirurgilisele tehnikale õnnestus dr Ruusalepal juurutada mitmed meetodid (näiteks hiire südame isoleeritud perfusioon), mis seni olid antud laboris kättesaadamatud. Kuigi uurimus on eksperimentaalne töö katseloomadel, on tulemustel ka selge kliiniline perspektiiv. On äärmiselt huvipakkuv, et igapäevases kliinilises praktikas kasutatav hapniku kõrge kontsentratsioon manustamine võib katseloomadel esile kutsuda adaptatiivsed muutused, mis kaitsevad südamelihast hilisema isheemia-reperfusiooni kahjustuse eest. Olen siiralt veendunud, et Stockholmis ja Oslos läbitud doktoriõpe on olulise tähtsusega dr Arno Ruusalepa kui klinitsisti ja kirurgi kujunemises - teaduslikul kliinilisel mõtlemisel põhinev praktika on parim, mis kardiokirurgi arenguks vajalik. Jõudu ja viljakat teadustööd kodukliinikus!

Dr Sven Janno kaitses doktoritööd

16. juunil kaitses Helsingi Ülikoolis meditsiinidoktori kraadi dr Sven Janno teemal "Assessment of neuroleptic-induced movement disorders in a naturalistic schizophrenia population" ("Neuroleptikumidest tingitud ekstrapüramidaalhäirete hindamine skisofreeniahaigete populatsioonis").

Väitekirjast "Assessment of neuroleptic-induced movement disorders in a naturalistic schizophrenia population" tuleneb, et vanu psühhosiravimeid saavatel kroonilistel skisofreeniahaigetel esineb hulgaliselt liigutuste häireid, sageli mitu häiret samaaegselt. Uurimuses mõõdeti ja hinnati erinevate mõõtmisvahendite kasulikkust vanade psühhosiravimite kasutamise korral tekkivate neuroloogiliste kõrvaltoimete (akatiisia, ravimparkinsonism, tardiivne düskineesia) hindamisel.

Psühhosiravimisel Eestis veel enam kasutatud, 1950-ndatel kasutusele tulnud klassikalised antipsühhootikumid on toimivad psühhosiravimite nn positiivsetele sümptomitele (luul, meelepetted). Kuid nende kasutamist piiravad mitmed kõrvaltoimed nagu sundliigutused, liigutuste jäikus või treemor ja toime puudumine negatiivsetele sümptomitele. Nende häirete esinemine vähendab patsiendi soostumust raviga ja suurendab haiguse ägenemise tõenäosust. Seetõttu on viimasel paaril aastakümnel püütud luua



Vasakult oponent dots Hannu Lauerma (Turu Ülikool), kustos Hasse Karlsson (Helsingi Ülikool) ja dr Sven Janno.

toimivamaid ja vähesemate kõrvaltoimete antipsühhootikume. Viimaste kasutamine sõltub aga majanduslikest võimalustest ja valmisolekust tagada skisofreeniahaigetele parim võimalik ravi. Eestis kasutatakse tüüpilisi antipsühhootikume 72% ja atüüpilisi 28% patsientidest. Tartus

võib atüüpiliste kasutajate hulk olla üle poole. Mujal Eestis ilmselt vähem.

Uurimuses hinnati ühekordselt Eesti suurima erihooldekodu Võisiku hooldekodu patsientide antipsühhootikumidest tingitud liigutuste häireid. Uurimuses osalenud 99 patsienti olid keskealised, pik-

ka aega skisofreeniat põdenud, neist 80% kasutas klassikalisi antipsühhootikume ja 20% uut tüüpi antipsühhootikume - klo-sapiini. Patsientidest 60%-l oli leitav neuroloogiline kõrvaltoime, mille esinemissagedust ja raskust hinnati erinevate hindamisvahenditega ja uut tehnoloogiat esindava aktomeetriga. Uurimuses kasutati küsitlemisel ja patsientide jälgimisel põhinevaid mõõtmisvahendeid - Barnesi akatiisia skaalat (BARS) akatiisia; Simpson-Anguse skaalat (SAS) parkinsonismi ja ebanormaalsete tahtmatute liigutuste skaalat (AIMS) tardiivse düskineesia hindamiseks.

Aktomeeter osutus hindamiskaalade kõrval kasulikuks lisavõimaluseks, mis ei olnud üksinda võimeline liigutuste häireid üksteisest eristama. Samas patsientide tähelepanelik küsitamine andis akatiisia hindamisel olulist informatsiooni.

DR SVEN JANNO

KOMMENTAAR

DR TIINA AGAN, psühhiaatria osakonna juhataja



Sven Janno uuris kroonilistel skisofreeniahaigetel kasutatavate ravimite kõrvaltoimeid ekstrapüramidaalsüsteemile, mis on viimasel aastatel olnud üsna väheuuritud ala. Psühhosiravimite ravis on siiani esikohal antipsühhootikumid. Nendest tüüpiliste enim esinevateks kõrvaltoimeteks on ekstrapüramidaalsüsteemi häired. Samas uuematel atüüpilistel antipsühhootikumidel on sageli kõrvaltoimeid ainevahetusele. Arstidele on suureks väljakutseks

leida individuaalsele patsiendile ravimeid, millel oleks võimalikult vähe kõrvaltoimeid. Töö väärtus seisneb selekteerimata patsiendivalimi uurimises erinevalt rutiinselt läbiviidavatest ravimuuringutest, kus uuritakse valitud patsiente. Teiseks tugevaks küljeks on tavaliises kliinilises praktikas kasutatavate ravimite ekstrapüramidaalsüsteemi kõrvaltoimete esinemissageduse hindamine, mis on oluline praktiseerivale arstile ja ka tervishoiukorraldajatele ning rahastajatele uuemate ravimite kompensatsioonimäärade üle otsustamisel. Töö olulisust näitab muuhulgas ka tulemuste avaldamine mõjukates rahvusvahelistes teadusajakirjades. Praktiseerivale arstile on kasulik ka erinevate mõõtmiskaalade põhjalik sensitiivsuse ja spetsiifilisuse hindamine. Helsingi Ülikooli doktoriõppe omandatud teadmised on Sven Jannole kindlasti kasulikud ka Eestis tehtavas teadus- ja ravitöös.

Valss "Arsti(sti) elu"

Ikka ja jälle ilmub artikleid meditsiini kohta, kus arstide/õdede tööd mitte alati just kõige paremast valguses ei näidata. Seetõttu vääriski veidi arutleda selle üle, mis selles osas mujal maailmas toimub.

Töö, mida Eestis tehakse

Aastas ravitakse Eesti statsionaarides veidi alla veerand miljoni inimese (kõik numbrid ligikaudsed), kellega tegeleb haiglate personal kahe miljoni ravipäeva jooksul aastas. Ambulatoorselt pöörduakse arsti poole Eestis keskmiselt 6,2 korda iga elaniku kohta (7 000 000 pöördumist). Ja kõigil neil, olgu siis patsient haiglas või polikliinikus on mingi mure või küsimus lahendamiseks. Nende arvudega võrreldes on meedikute vägi (umbes 12 - 13 000 inimest) kaunis väike. On selge, et iga meediku aktiivsest ajast suur osa on pühendatud patsientidele, nende muredele, mida tuleb paratamatult ka koju kaasa võtta.

Arstide prob leemid maailmas

Samas üks põgus pilk Medline materjalidele annab kurva pildi arsti motivatsioonist ja rahulolust maailmas. Uuringud, mida on tehtud pea kõikjal arenenud riikides näitavad sama: muutused halvemuse poole on toimumas nii suhtumises arstikonda kui ka arstide endi hulgas võib täheldada motivatsiooni langust professionaalses tegevuses. Tohtri rahulolematust tööga on seotud paljude asjaoludega. Kui neid püüda järjestada, siis esikohal on liiga raske (ajaliselt ja stressirohkuselt) erialaline tegevus. Arsti tegevust võiks võrrelda autoga kihutamise linnas, kus puuduvad liiklusekirjad: tänavad on olemas, aga kunagi ei tea, mis ootab järgmisel

ristmikul. Liiga lühike on aeg haige läbi-vaatamiseks ja liiga vähe teame veel inimesest ja haigustest. Paraku ei kompenseeri küsitluste järgi stressirohkust ka tavainimese mõistes suured palgad.



RAUL TALVIK
emeriti professor

Tähtsuset teisel kohal on mitmesugused sotsiaaleluga seotud probleemid: kollektiivis meeskonnatunde, kodus pere ja enda sotsiaalsete tagatiste puudumine. (Eestis ettevaatust - personalile eeliste jagamist võidakse kvalifitseerida erisoodustusena ja maksustada).

Kolmas grupp probleeme on seotud mitmesuguste kõrgemalt tulevate käskude/keeldudega, mis loovad palju paberlikku (arusaamatut) tegevust ja pingeid. Kahjuks ei ole meditsiini progress vähenanud arsti koormust ega vastutust, pigem vastupidi - efektiivselt tööks vajalike teadmiste hulk kasvab kolossaalse kiirusega. Aga aega selle omandamiseks on järjest vähem...

Kui kõik teha hästi kas siis kõik on korras?

Paraku mitte. Statistikutud on arvanud välja, et ka sellisel juhul on sajast patsiendist oodata komplikatsioone kolmel. Seega on oodata suuremal või vähemal määral kolme rahulolematu patsiendi sajust. Ja seda isegi siis kui kõik on *lege artis*.

Ning siia lisandub veel muid faktoreid: juhuslikke, inimlikke (nii patsiendi kui personalipoolseid), organisatsioonilisi. Nii, et 100% edukaid tulemusi saavutab ainult see arst, kes haigetega ei tegele. Seetõttu ongi paljud patsiendipoolsed kaebused ravitohtrile ootamatud, kuna tema poolt vaadatuna oli kõik korras.

Samas on tõsi ka see, et korraliku arsti ja patsiendi vahelise kommunikatsiooni korral jääks 75% kaebustest olemata. Ajakirjanduses ilmuvatest artiklitest võib just seda välja lugeda.

Mida siis soovitakse vastu ühiskonnalt?

Piiratud aeg, piiratud info ja vastutus koos loovad õhkkonna, kus meedik vajab ka tuge ühiskonnalt. Nagu iga töötaja, eeldab ta, ka avalikku tunnustust oma töö eest. See ei pea olema ainult rahaline. (Kui palju on näiteks presidendi vastuvõtule kutsutud tohtrit selle eest, et töötab hästi? Kas üldse on?)

Seega on siis iga meedik nagu kahe tule vahel, mida lahendatakse lähtudes sisetundest, eetikast kui soovite. Ühelt poolt ei tohi nad patsiendi muredega täiesti kaasa minna ("surra iga patsiendiga"), vaid peavad säilitama külma mõtlemisvõime tegutsemiseks, teisalt peab säilima ka empaatia patsiendi suhtes. Mõned murduvad - läbipõlemine, kohavahetused, parimate inimlike ja arstile eriti vajalike omaduste (empaatia, kohusetunde, õiglustunde) vähenemine. Selline negatiivne areng on võimalik igal erialal, aga erilise surve all on meedikud. Pole vist ühtegi teist sellist eriala, kus mõlemat samaaegselt nõutakse.

Tegelikult on arsti sotsiaalne tähtsus kõrge. Koos õpetajatega on nad ju ühis-

konna modulaatorid. Ühiskonna aluseks on ju tark ja terve elanikkond!

Millest see kõik?

Liiga lihtne oleks kõiges süüdistada meediat negatiivse imago loojana. Tegelikult on selline vastaseis kogu ühiskonnas olevate pingete väljenduseks. Pealegi kaasajal, eriti idabloki riikides, toimub kiire sotsiaalsete väärtuste ümberhindamine (moraali kollaps) ja mitte ainult varanduslikus osas, vaid ka muutub hinnang tervele ja elule, neid rohkem väärtustades. On lihtne ja mugav mõelda, et terve peab alati tagama hiigelkallis arstiabi (mis paraku pole võimalik). Seda soosib ka ametlik klienditeeninduslik mõtteviis "klient on kuningas". Paraku elame me vabariigis ja siin on igaüks kuningas vaid endale.

Meditsiini ja ühiskonna süvenev vastaseis võib levida ka sinna, kuhu küll ei tohiks: arsti ja patsiendi suhtesse. Kui lugeda ajakirjandust, kujuneb inimeses arvamus, et kõik on halvasti, siis kahjuks jääb kaotajaks just tema ise. Haigeks jäädes ei pöördu tohtrile (niikuinii ei oska keegi midagi), ei võta ravimeid (valeravi, kuna ei aita kohe), parem minna välismaale (siinsed ei tea midagi) jne. Paraku on ülaltoodud näidete tulemused kõik patsiendile kahjulikud. Isegi pöördumine välismaa tohtri poole. Patsiendil on raske välismaa süsteemis orienteeruda ja võimalus sattuda vajaliku arsti juurde väike. Kui aga soov ikka väga suur, siis soovitaks küsida oma tohtrilt nõu: tavaliselt ta teab oma eriala korüfeesid teistes riikides. Siis ei lähe sõit lihtsalt tühja, nagu seda tege-likkuses sageli ka näha on olnud.

HOPE programmi külalised kliinikumis

29. maist 7. juunini külastasid kliinikumi HOPE haiglatöötajate vahetusprogrammi raames Euroopa Liidu tervishoiuametnikud.

Euroopa Haiglate ja Tervishoiu Föderatsiooni ning Eesti Haiglate Liidu koostööprogrammi lähetusel tutvusid sel aastal Eesti haiglate ning tervishoiusüsteemiga Carlo Dario Bagliani (Itaalia välisministeeriumi tervishoiuprojektide koordinaator), Carlos Asenjo Velasco (Hispaania tervishoiu-ministeeriumi finantsjuriidilise ja välissuhete üksuse juhataja) ja Timo Kressens (Hollandi Waterlandi haigla äri-konsultant).

2002. aastast alates toimuva tervishoiutöötajate vahetusprogrammi tänavune teema oli "Ooteajad ja tervishoiuteenuse kättesaadavus". Lisaks kliinikumile tutvusid külalised ka teiste haiglatega Tallinnas, Võrus, Elvas ja Kohtla-Järvel ning kohtuti Sotsiaalministeeriumi, Eesti Haigekassa, Tervisekaitseinspeksiooni jt ametnikega.

Kliinikumis saadi ülevaade nii vältimatu kui plaanilise arstiabi korraldusest (anestsioloogia ja intensiivravi kliinik, operatsiooniteenistus, traumatoloogia ja ortopeedia kliinik, kõrvakliinik, naistekliinik). Peale selle tutvustati külalistele personalitööd, infotehnoloogiat, finantseerimist jm. Kliinikumi infotehnoloogiline tase jättis külalistele väga hea mulje. Külalisi hämmastas kontrast kliinikumi hoonete välisilme ja seal sees tehtava töö vahel - vanades majades on tänapäevane ravitöö keskkond ning hästimotiveeritud personal, kes tunneb uhkust oma töö üle. Lisaks kliinikumi igapäevase tööga tutvumisele, kohtusid külalised ka Tartu linnaarst Sirje Kreega ja said ülevaate esmatasandi arstiabi korraldusest (perearstisüsteem, häirekeskuse ja kiirabi töö) ja tervishoiutöötajate koolitusest (Tartu Tervishoiu Kõrgkool ja Tartu Ülikooli arstiteaduskond).

Programmi sotsiaalosana tutvustasime

Tartu linna ning käsime Endla looduskaitsealal ja Elistvere loomapargis.

Täna kõiki, kes olid abiks tänavuse HOPE vahetusprogrammi läbiviimisel ning tutvustasid lahkelt külalistele oma igapäevast tööd.

Vahetusprogrammi lõppkonverents toimus 21.-25. juunini Itaalias.

Meie külaliste ettekannet Eestis kogetu kohta saab vaadata:

<http://www.hope.be/08exchan/2006PRESENTATIONS/ET.pdf>

VIRGE PALL

HOPE programmi riiklik koordinaator

**Carlo Dario Bagliani (Itaalia),
Timo Kressens (Holland),
Virge Pall ja Carlos Asenjo Velasco
(Hispaania).**



Foto: Jaak Nilson

KOMMENTAAR



VAIKE SOODLA
Analüüsi-marketingi
teenistuse turundus-
osakonna ökonomist

Viibisin HOPE haiglatöötajate vahetusprogrammi raames Inglismaal. Programm algas Londonis, kus kolme päeva jooksul tutvustati tervishoiukorraldust Inglismaal. Koolitus jätkus koos itaallanna Paola Costanzoga Inglismaa lõunarannikul paiknevas Torbay haiglas. See haigla on mitmeti võrreldav

kliinikumiga: töötajaid 3200, arste 470, voodeid 500, aastas 50 000 statsionaarset patsienti, päevas sünnib keskmiselt 6 last ja haigla on kirurgide koolituskeskuseks. Torbay haiglas juurutatakse samuti elektroonset haiguslugu ja plaanis on sellele üle minna oktoobris. Elektroonset haigusloo juurutamine on Inglismaal üleriiklik projekt, mis sisaldab ka digiretsepti, digiregistratuuri ja digipilti. Torbay haigla on üks esimesi, kus loodetakse uus süsteem tööle saada. Praegu paikneb haigla väga paljudes hoonetes, mis raskendab patsiendite liikumist aga aastaks 2012 peaks valmima uus haiglahoone. Minu jaoks oli üllatav see, kui palju on Inglismaal tehtud ravijärjekordade lühendamiseks. Riiklikult on eesmärgiks seatud, et keegi

ei ootaks perearstilt saatekirja saamisest haiglaravile pääsemiseni kauem kui 18 nädalat. Selle saavutamiseks vaadatakse üle kõigi haiglate töökorraldus ja tegeletakse põhjalikult ravikvaliteedi parandamisega. Torbay haiglas on juurutatud projekt "Pese käsi". Haiglas sisenedes peavad kõik käsi pesema, nii arstid kui ka külastajad. Hästi töötas ka ravivigade ja -ohutude registreerimise süsteem patsientide ja personali ohutuse tagamiseks ja õnnetuste ennetamiseks. Vabal ajal imetlesin Inglismaa Riviera fantastilisel ilusal loodust, Dartmoori rahvusparki, kus elavad metsikud ponid, ja mööda merekallast kulgevate matkaradade põnevust.

Tartu HIVi nõustamiskabinet uuel aadressil

Alates 24. augustist 2006 asub Tartu HIVi nõustamiskabinet aadressil Riia 167.

Telefoninumber 7427 611 ja kabineti lahtiolekuajad jäävad samaks:
Esmaspäev 10.00-13.00
Teisipäev 14.00-17.00
Kolmapäev 08.00-11.00
Neljäpäev 15.00-18.00
Reede 10.00-13.00

Soodustused Eesti Õdede Liidu liikmetele Tartumaa piirkonnas

1) Aura keskuse püsikliendikaart
EÕLi Tartumaa liikmed saavad tasuta Aura keskuse kliendikaarti, mis pakub 10%-list püsisoostust ujula-, veepargi- ja tervisekeskuse hindadest.

2) Spordiklubi Tropic

EÕLi liikmetel on võimalik sportida järgnevatel soodustingimustel: 10 korra päase (kehtivusega 2 kuud) igale liikmele. Ühe pääsme hind on 760 krooni (tavahind 950 krooni) ehk 1 kord 76 krooni. 1 kuu kaart (kehtivusega 1 kuu) igale liikmele. Sellega saab klubi külalada iga päev ühe kuu jooksul. Üks kuu maksab 640 krooni (tavahind 800 krooni).

Lisaks on 10% soodsamad hüdro-massaaži- ja teraapia kapslid.

3) Üldöe pädevuse taotlemisega seotud kulude kompenseerimine

Vähemalt kaheaastase liikmetestaažiga liikmetel kompenseeritakse üldöe pädevuse taotlemisega seotud kulud täiendavalt 100 krooni ulatuses.

Soodustused EÕL liikmetele üle kogu Eesti (sh Tartumaa):

1) Raamatuäri Krisostomus

5%-line püsisoostust raamatute tellimisel ning hulgaliselt erinevaid lisasoodustusi.

2) EMT Liidupakett

Sooduskõnepakett EÕL liikmetele ja nende pereliikmetele.

Lisainfot soodustuste kohta saab e-posti aadressilt: gerli.usberg@ena.ee

GERLI USBERG
EÕL Tartumaa piirkondliku juhatuse liige

Kliinikumi Leht

Toimetuse kontaktandmed:
tel: 731 9423, 53 319 423
e-post: ene.selart@kliinikum.ee
Toimetaja: ENE SELART

Kliinikumi leht ilmub 1 kord kuus
Kujundus: K30
Trükk: AS Stampline Trükiarv 1300 eks.

Aasta õde ja hooldustöötaja 2006

2006. aasta parimad õed, ämmaemandad, laborandid ja hooldustöötajad.

õde

hooldustöötaja

Anestesioloogia- ja intensiivravi kliinik

Silja Saarepuu	Kersti Vaarand
Koidula Trummer	Marina Kiisk
Olga Sepp	Irida Prokofjeva
Oksana Nikolajenko	Valentiina Galitsõna
Lilia Lepik	Aliis Kindirf
Raili Sommer	Silvi Roosiväli
Helika Urbla	Tiiu Kelder
Irina Kunakova	Leili Poogen
Ingrid Kondimäe	
Tiina Tikkop	

Hematoloogia-onkoloogiakliinik

Kaire Jugar	Natalja Rumm
Raissa Andrejeva	Merle Meen
Karin Lindma	Elve Nuuma
Marina Raig	Tiiu Kiismann
Olga Trelin	

Kardioloogiakliinik

Merje Evert	Helbe Puis
Egle Jõesuu	Malle Press
Anne Allaste	Urve Hanson
Ulvi Peebo	
Kadi Oras	

Kardiovaskulaar- torakaalkirurgiakliinik

Angela Schmidt	Tatjana Killak
Tiiu Roosimaa	Ülle Vihm

Kirurgiakliinik

Alla Astrahantseva	Sirje Uus
Marina Šatova	Kristina Zabolotskaja
Piret Tammela	Tatjana Juudas
Kristel Tigasson	Evi Kütt
Lea Žoržoliani	Maret Visk

Kopsukliinik

Riita Oona	Larissa Lindmets
Tamara Toomeoks	Helju Hankov

Kõrvakliinik

Kersti Taim	Ljudmilla Balanenkova
-------------	-----------------------

Lastekliinik

Kristi Käst	Antonina Ivanova
Jelena Aleksandrova	Jelena Karv
Monika Hani	Piret Oras
Tiiu Vaher	

Nahahaiguste kliinik

Jelena Lüter	Uuve Pajuleht
--------------	---------------

Naistekliinik

ämmaemand	hooldustöötaja
Svetlana Nilbe	Helin Aavakivi
Taissa Pahhomova	Kristina Kuropatkina
õde	
Anne Pukson	

Närvikliinik

Triin Lembra	Tea Piir
Hele-Reet Leego	Terje Kose
Tiiu Sauma	Sirje Pähn

Silmakliinik

Natalja Möttus	Maret Kangur
----------------	--------------

Sisekliinik

Küllli Parts	Lea Parts
Piret Palgi	Irina Turko
Aino Luik	Ene Rammul
Maive Rillo	
Ruth Villik	

Spordimeditsiini- ja taastusravikliinik

Ljubov Mogiljova
Ilme Raid

Stomatoloogiakliinik

Galina Pšenitšnaja	Viive Etti
Siiri Matela	Lea Pihla
Anu Ploom	Jana Kase
Ester Grünthal	Livia Ivanova
Irina Jürima	

Traumatoloogia-ortopeediakliinik

Jelena Jermanok	Galina Homenskaja
Ulve Arestov	Pärja Lodi
Lissel Venno	Angelina Tsvetkova

Operatsiooniteenistus

Irina Lampinen	Tiiu Koorits
Katrin Uueni	Ludmilla Kongi

Radioloogiateenistus

Tiiu Järve	Silvi Schmidt
Niina Enno	
Maie Kuusmann	

Verekeskus

Marika Kuusik

Ühendlabor

laborant	hooldustöötaja
Kersti Anijärv	Helju Uudel
Manus Olesk	Mari Uri
Kaarin Orason	
Tiia Kirs	
Inkeri Ansip	
Jane Urb	
Küllike Koppel	
Tiina Priimägi	
Tatjana Valdas	
Maie Noorkõiv	
Riin Klade	
Kristi Palo	

Turvalise sünni nimel!

Lastefond alustab augustis heategevuskampaniat naistekliiniku sünnitusosakonna toetuseks.

turvalise sünni nimel

Et beebid sünniks turvaliselt, palub Lastefond sinu abi sünnitust jälgiva seadme soetamisel. Helista Lastefondi annetustelefonidel ja toeta turvalist elu algust!

Lastefondi pangakontod:

Helsingi 221015826742	
Shanghai 1022004919011	
Saigo pangas 334408530000	
Norila pangas 17000285384	
Pangatehingute välismaal: HANSAPANK	
SWIFT kood/BIC: HABAE22X	
Konto: 221015826742	
IBAN: EEB8 2200 2210 1582 6742	

Annetustelefonid:

900 5025	annetat	25 kr
900 5100	annetat	100 kr
900 5500	annetat	500 kr

Lastefond
Tartu Ülikooli Kliinikum
www.lastefond.ee

Lastefond ootab kõiki häid inimesi tege-ma annetust laste sünnitingimuste paran-damise toetuseks. Naistekliiniku sünni-tusosakond vajab kardiokograafi (KTG-aparaati), et sünnitaja ja tema lapse ter-visenäitajad oleksid sünnitusel paremini jälgitavad ja võimaldaksid teha õigeaegseid abistamisotsuseid.

Selle aparaadiga uuringut vajavad kõik sünnitajad, sest uuring võimaldab hinna-ta loote seisundit sünnituse ajal. Tänu KTG-aparaadi abile on õigeaegselt võima-lik avastada loote seisundi halvenemine ja vajadusel lõpetada sünnitus kiiresti kas keisrilõike või vaakumekstraktsiooniga. KTG-aparaadi toetus on väga vajalik mit-mikute sündimisel ja riskirasedate puhul. Aparaadiga on võimalik jälgida ka tulevase ema seisundit, sest muutused tema ter-visenäitajates mõjutavad ka lapse seisun-dit. Naistekliinikus sündis 2005 aastal 2146 last, nendest enneaegseid 205 last ning kaksikuid 38 paari.

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi naiste-kliinik on kõrgema etapi haigla, seetõttu sünnitavad siin ka Lõuna-Eesti riski-rasedad. Siin saavad Eesti arstitudengid oma esmase väljaõppe ja töökogemused - ülikooli haigla vajab tänapäevaseid abis-tamistingimusi!

Esmaste funktsioonidega KTG-aparaat maksab üle 100 000 krooni, keerulisemate ja täiuslikumate multifunktsionaalsete aparaatide hinnad küündivad kuni 400 000 kroonini. Oleme eesmärgiks seadnud saada kindlasti üks täiuslikum aparaat - ja et jälgimine on vajalik kõigile sünnitajatele, siis teeks suurt rõõmu ka võimalus lihtsamaid aparate lisaks osta.

Peale aparatuuri soetamise on jätkuvalt eesmärgiks kutsuda inimesi, kes on varem teinud püsikorralduslepingu, oma an-ne-tuslepingut jätkama. Samuti soovime lei-da uusi pikaajalisi toetajaid.

Lastefondi annetustelefonid:

Helistades **900 5025** kingid **25 kr**
Helistades **900 5100** kingid **100 kr**
Helistades **900 5500** kingid **500 kr**
Rohkem infot lastefondi tegevuse koh-ta ja pangakontod: www.lastefond.ee
Ootame Sinu ja Sinu sõprade ning teie firmade toetust sündivatele lastele!

MERIKE KAUNISSAARE
SA TÜK Lastefondi juhataja