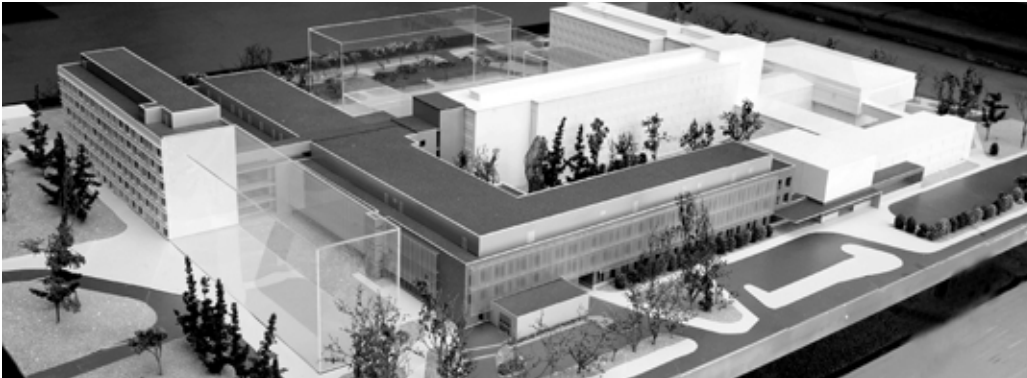


# Kliinikumi Leht

SISELEHT nr 104 | mai 2008

 Tartu Ülikooli Kliinikum

Foto: Pille-Riin Pregel



Maarjamõisa meditsiinilinnaku makett.

## Kliinikumi eesmärgid

Kliinikumi nõukogu kinnitas oma aprillikuusel istungil kliinikumi pikema- ja lühemaajalised eesmärgid. Esimesed on kirjas kliinikumi kolme aasta tegevuskavas lisaks visiooni, missiooni, moto ja uuendatud sõnastuses põhiväärtustele. Nendeks on kliinikumi teadvustamine Eesti meditsiini kvaliteedi- ja efektiivsuse liidrina, Maarjamõisa meditsiinilinnaku väljaarendamine ja kliinikumi kui Eesti ainsa õpetushaigla koostöövõrgustiku väljaarendamine. Kolme aasta tegevuskava on leitav kliinikumi kodulehelt.

Kümme lühemaajalist eesmärki on seatud üheks aastaks ning tulenevad põhikirjast ja pikaajalistest eesmärkidest. Need eesmärgid on seatud mõõdetaval kujul ja näitavad taset, mis tuleks saavutada.

Põhitegevuse ehk ravitööga on seotud viis eesmärki: voodifondi efektiivne kasutamine (voodihõive), haiglaravi efektiivsus (keskmine ravikeskus päevades), optimaalse töömahu tagamine (ravitud haigete arv), patsientide rahulolu tagamine kliinikumiga ja optimaalse personali hulga tagamine. Ülejäänud viis puu-

datavad teadustööd, õppebaasina tegutsemist, turuosa hoidmist, koostöö Tartu Ülikooli ja Tartu linnaga ning Maarjamõisa meditsiinilinnaku väljaarendamist.

Saavutuse taseme määramisel lähtus nõukogu eelnevate aastate arengust ja Eesti majanduslikust hetkeolukorrast. Kõiki eesmarke kokkuvõtte märksõna on stabiilsus – praegustes oludes tuleb hoida seda positsiooni, kuhu olemine jõudnud.

**MART EINASTO**  
juhatuse liige

### Kliinikumi tegevuskava aastateks 2008-2010

#### 1. Kliinikumi visioon

Olla euroopalik ülikoolihaigla mis tegutseb efektiivselt, lähtub tõendus põhisusest ja on tihedalt integreeritud teaduse ning innovatsiooniga.

#### 2. Kliinikumi missioon

"Kliinikumi missioon on tagada

kõrgetasemelise integreeritud ravi-, õppe- ja teadustöö kaudu Eesti meditsiini kestmine ja areng."

#### 3. Kliinikumi moto

„Compassio Scientia Fides“.

#### 4. Kliinikumi põhiväärtused

- Ravida patsiente ja edendada nende tervist lähtudes tänapäevase teaduse saavutustest ja parimal võimalikul viisil nii arstikunsti kui teeninduskultuuri poolest.
- Austada patsiente igas olukor-

ras, mõista nende muresid, lähtuda oma tegevuses alati eelkõige patsiendi huvidest ja kaitsta nende huvisid ja väärikust sellal, kui haigus neil endil enese eest seista ei võimalda.

- Kasvatada ja õpetada kõrge arstieetika, parimate erialateadmiste ja avatud maailmavaatega uusi Eesti arstide ja õdede põlvkondi Tartu Ülikooli kliinikute sajanditepikkuste tavade kohaselt.
- Mäletada ja austada ülikoolis ja kliinikutes töötanud silmapaistvaid teadlasi ja arste ning anda

omapoolne vääriline panus maailma arstiteaduse arengusse.

#### 5. Kliinikumi koondesmärgid aastateks 2008-2010

- 5.1 Kliinikumi teadvustamine Eesti meditsiini kvaliteedi- ja efektiivsuse liidrina.
- 5.2 Maarjamõisa meditsiinilinnaku väljaarendamine
- 5.3 Kliinikumi kui Eesti ainsa õpetushaigla koostöövõrgustiku väljaarendamine.

Tervikteksti vaata  
[www.kliinikum.ee](http://www.kliinikum.ee)

#### UUDIS

# 1350

ust uues majas lk 8

### Kliinikumi nõukogu koosolekul:

25. aprillil kinnitas nõukogu kliinikumi 2007. aasta majandusaasta aruande, 2008. aasta koondelarve koos kapitalielarvega ning kliinikumi tegevuskava aastateks 2008-2010. Nõukogu kuulas ära ülevaate I kvartali eelarve täitmisest ja ravitegevuse põhinäitajatest. Kliinikumi juhatusele anti luba võranda kinnistu Oru 3 otsustuskorras Rooma-Katoliku Kiriku Tartu kogudusele ja kinnistu Vallikraavi 7/9 avaliku kirjalliku enampakkumise teel.

Nõukogu otsustas mitte kuulutada välja konkurssi juhatuse liikmete kohtadele, vaid alustada läbirääkimisi praeguste juhatuse liikmetega nende ametiaja pikendamiseks järgmiseks viieks aastaks.

**KLIINIKUMI LEHT**

**UUS TÖÖTAJA**



**Janika Pisukova**

**Alates 23. jaanuarist 2008 töötab Janika Pisukova sisekliiniku ambulatoorses osakonnas diabeediõena.**

Janika Pisukova iseendast:

2001. aastal lõpetasin kosmeetikuna Tartu Iluravi Rahvusvahelise Erakooli. Kosmeetikuna töötades kasvas huvi meditsiini vastu ja otsustasin minna õde eriala õppima. Tartu Tervishoiu Kõrgkooli lõpetasin 2006. aastal. Juba kooli ajal töötasin pereõena. Töö oli vahetevahel väga stressirohke, ent andis juurde palju kogemusi.

Kuna mulle meeldib rahu- ning ka mõtlemist eeldav töö ning ka inimestega suhtlemine, siis otsustasin diabeediõde töö kasuks. Diabeediõde on väga vajalik, sest maailmas haigestub üha rohkem inimesi diabeeti. Diabeediõde on oluline spetsialist diabeetikute nõustamisel, õpetamisel ja jälgimisel. Diabeediõde poole pöördutakse põhiliselt dieedialalüüsi, veresuhkru kõikumise põhjuste väljaselgitamiseks, süstimisõpetuse ja glükomeetri õpetuse pärast. Selleks, et saavutada patsiendi nõustamises parim tulemus, soovin end diabeedialaselt pidevalt täiendada.

**Janika on rahulik ja tasakaalukas**

Janika töö seisneb endokrinoloogide ambulatoorselt vastuvõtult suunatud diabeetikute nõustamises. Kuna patsientide õpetamine nõuab erialaseid teadmisi ja palju kannatlikkust, siis on ta igati sobiv töötaja diabeediõde ametikohale. Oma rahuliku oleku ja mõistva suhtumisega leiab Janika alati hea kontakti patsientide ja kolleegidega. Ta on kiire õppimisvõimega, tasakaalukas ja koostööaldis õde.

**JANE ALBER**  
sisekliiniku ambulatoorse osakonna vanemõde

# Esimene õde-spetsialist kliinikumis



**SIIVI NUMMERT**  
sisekliiniku ülemõde

Meeldetuletuseks, mis vahe on mõistetel „õendusspetsialist“ ja „õde-spetsialist“. Iga praktiseeriv õde, kes on lõpetanud õe kutsealase põhikoolituse, on oma kutseala spetsialist ehk õendusspetsialist ja tema nimetus on „õde“/„üldõde“. Õde, kes on põhiõppele lisaks läbinud ka erialase koolituse, on oma eriala (näiteks kliiniline õendus, intensiivõendus jne) spetsialist ja tema nimetus on „õde-spetsialist“.



**AGNES ANTON**  
kliinikumi esimene õde-spetsialist

töö ja julgust lisas eelnev kogemus patsientide koolitamisel. Oluliseks motiveerijaks otsuse langetamisel oli äsja lõpetatud õde-spetsialisti õpe.

Napp aasta sellel ametikohal on olnud tihedalt seotud enesetäiendamisega. Tööaeg ei piirdu ainult kaheksa tunniga, tööd jätkub ka koju kaasa. Esimeste kuude jooksul pidasin vajalikuks korrastada dokumentatsiooni, et väärtuslikku aega kokku hoida. Mõtteid edaspidiseks on mitmeid materjale on kogutud ja tõlgitud nii loengute kui õpeme-  
terjalide jaoks.

Üks oluline töövaldkond on telefoninõustamised, tub-

Diabeediõde põhitegevuseks on erialast tulenev iseseisev õendusabi osutamine; nii patsientide kui ka kolleegide juhendamise ja konsulteerimine. Alates 2007. a. maist töötab sisekliinikus diabeediõena õde-spetsialisti erialalise koolitusega Agnes Anton, selle aasta jaanuarist asus teise diabeediõena tööle Janika Pisukova, kelle erialalise väljaõppega on Agnes Anton hästi toime tulnud.

listi aega kulub ka konsultatsioonikäikudele teistesse osakondadesse. Patsiendi õpetamisel ja küsimustega suunamisel on diabeediõde asendamatu. Esmaavastatud diabeet nõuab mitut järjestikust koolitust. Tihti tuleb vastata ka niisugustele küsimustele: milliseid soodustusi on diabeetikutele, kuidas saab haiglasse, kui pikk on järjekord endokrinoloogile. Diabeediõde peab olema tubli annuspsühholoog ja sotsiaaltöötaja.

Patsiendiga suheldes kaob aeg imekiirelt ja koputus uksele annab märku, et tund on jällegi möödunud märkamatult.

**KOMMENTAAR**

Tunnen suurt rahulolu, et oleme diabeedinõustamise alal pika sammu edasi astunud. Diabeediõdede tööpõld on tohutu. Haigetel tuleb oma haigusega elada kogu ülejäänud elu ja nende koolitamine peab toimuma mitmes etapis, sisaldades põhi-, jätku- ja korduskoolitusi.

Kuna meie osakonnas on nüüd kaks täiskohaga diabeediõde, siis saame pakkuda oma abi senisest rohkem ka väljapoole sisekliinikut. Õde Agnes Anton tegeleb põhiliselt statsionaari haigete ja temale võiks teada an-

da haigetest, kes vajavad erakorraliselt diabeediõde konsultatsiooni teistes kliinikutest.

Ambulatoorses osakonnas töötab diabeediõena Janika Pisukova. Tekkinud on idee, et perearstid võiksid senisest rohkem suunata oma suhkruhaigeid diabeedikabinetti ilma endokrinoloogi vahenduseta.

Praegu valmiva uue Eesti diabeedijuhendi järgi võiks



**TARVO RAJASALU**  
sisekliiniku vanem-arst-õppejõud endokrinoloogia erialal

suhkruhaigete nõustamisega lisaks diabeediõdele tegelda ka eriväljaõppe saanud pereõdede.

Lõpetuseks rõhutaksin, et diabeediõdede olemasolu on üheks vajalikuks eelduseks, et luua sise-

kliiniku ambulatoorses osakonnas eraldi diabeedikeskus, kus just õdedel oleks senisest suurem roll suhkruhaigete terviseprobleemidega tegelemisel.

# Kliinikum 2007 – arve ja fakte tegevusaruandest

Kliinikumi nõukogu kinnitas 25. aprillil 2007. aasta tegevusaruande, millest siinkohal lühike ülevaade.



**MERJE TIKK**  
analüüsi-marketingi teenistuse direktor

**2007. aasta oli ravitöö ning õppe- ja teadustöö osas tõine ja tulemusrikas.**

Seoses ravitöömahtude kasvuga suurenes ka personali arv 70 ametikoha võrra (sh arstidel 7, õenduspersonalil 41). Kliinikumis oli möödunud aasta lõpu seisuga täidetud 3 129 ametikohta, neist

- 487 arst-õppejõu,
- 1108 õenduspersonalit,
- 746 hoolduspersonalit ametikohta.

Ühe kliiniku töötava arsti kohta raviti 111 patsienti ja tehti 1278 ambulatoorset vastuvõttu.

**Patsientidele paranes ambulatoorse arstiabi kättesaadavus, mis kajastus ambulatoorsete vastuvõtude, uuringute ja protseduuride arvu tõusus.**

Ravitöö osas kasvas märkimisväärselt ambulatoorsete vastuvõtude arv. Tehti 18 490 vastuvõttu enam kui eelmisel aastal. Kokku oli eriarsti vastuvõtte 436 604, millest pooled pöördumised olid seotud esmase haigestumisega.

Vastuvõtude arv kasvas:

- onkoloogias (4 954 vastuvõtu võrra)
- kirurgias (2 010)
- kõrva-, nina-, kurguhaigustes (2 599) jne

Samas langes vastuvõtude arv südamekliinikus (1 037) ja naistekliinikus (1 382 vastuvõtu võrra). Põhjuseks vastuvõtuoja pikendamise, et tagada esmaste patsientide põhjalikum läbivaatus ja täiendavate uuringute tegemine (koormus EKG, EHHO, ultraheli uuring) ning vastuvõtu sisulise väärtuse tõstmine.

Tasulisi vastuvõtte vastuvõtte oli kokku 19 657 ehk 5% kõigist eriarstide vastuvõttudest, arviliselt rohkem oli neid androloogia-, nakkushaiguste- (vaktsineerimine ja reisinõustamine), kõrva-, nina- ja kurguhaiguste- ning naha-

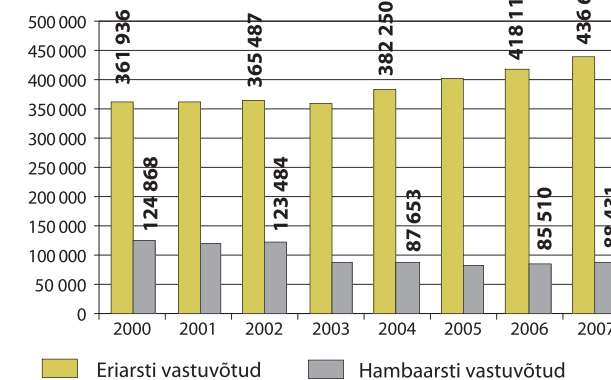
**Ambulatoorset vältimatut arstiabi osutatakse ööpäevaringselt erakorralise meditsiini osakonnas (EMO), traumapunktis, laste-, kõrva-, silma- ja psühhiaatriakliiniku vastuvõtus.**

EMO-sse pöördus või toodi kiirabi poolt aruandeaasta jooksul 26 091 patsienti, neist 12 020 (46%) said ambulatoorset arstiabi ja 14 071 (54%) haiget vajasisid hospitaliseerimist. Päevas osutati arstiabi keskmiselt 72 haigele. EMO-sse pöördunute arv suurenes aastaga 686 patsiendi võrra, seda eelkõige isepöördunud patsientide arvelt.

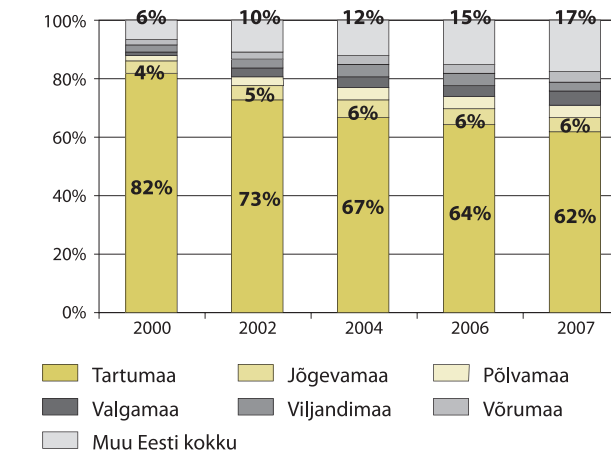
Erakorralise meditsiini osakonnas tuleb sageli teelda ka arstiabi väliste probleemidega. 1464 EMO-sse saabunud haiget vajasisid sanitaarkorraldust ja jälgimist isolaatoris, nendest 63 olid nn kodutud. 342 isikut oli ravile sattudes raskes joobes.

Traumapunktis oli vastuvõtte 36 664, neist esmaseid

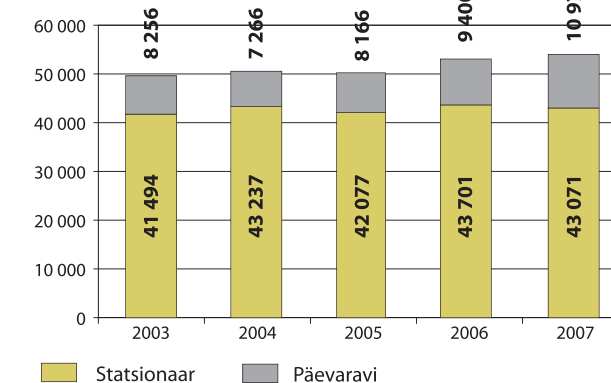
**Eriarstide ja hambaarsti ambulatoorsed vastuvõttud**



**Ambulatoorse eriarstiabi ravijuhtude jaotus patsientide elukoha järgi 2007. a.**



**Statsionaaris ja päevaravis ravitud haiged**





Algus LK 3 ►

traumahaigeid 59%. Päevas osutati traumaabi keskmiselt 59 esmasele haigele ning tööpäevadel 60 järelkontrolli kutsutud patsiendile.

Enamus vigastusi, millega patsiendid traumapunkti pöördusid, olid juhuvigastused. Kallaletungid ehk ründerjargseid vigastusi registreeriti 7% ja sõidukiõnnetusi 4%. Viimastel aastatel on tõusnud vältimatu arstiabi vajadus seoses sporttraumadega.

### Kasvas õendustöötajate iseseisva ravitöö osa.

2007. aastal tehti 12 340 iseseisvat õendustöötajate vastuvõttu ja 30 364 koduõvisiiti. Iseseisvate õendusvastuvõtude arv kasvab kiirelt, patsientide ootus ja nõudlus ning kliinikute valmisolek selle teenuse osutamiseks on olemas, teenuse arengut pidurdab vaid rahastamine haigekassa poolt.

Patsientide ravitöös osalevad ka muud spetsialistid: logopeedid tegid 1 382 ja psühholoogid 1 911 konsultatsiooni.

**Ambulatoorset arstiabi osutatakse kõikide maakondade elanikele**, kes on saatekirja alusel meile suunatud või ise soovivad kliinikumi tulla. Peaaegu 2/3 visiitidest on Tartu linna ja maakonna elanike poolt.

Aasta-aastalt suureneb teistest maakondadest pöörduvate patsientide osakaal, kõige enam Ida-Virumaa ja Harjumaalased pöördusid kliinikumi veel sagedamini, kuid Eesti Haigekassa Harju osakonna leping ei võimalda kõiki soovijaid plaanilises korras vastu võtta.

Tendentsi mõjutab teatud määral ka see, et kliinikumi spetsialistide osutavad teenust patsiendi kodukohas: androloogid Tallinnas, onkoloogid, veresoontekirurgid, silmaarstid Kohtla-Järvel ja Narvas. Veresoontekirurgid ja silmaarstid teevad kohapeal ka päevakirurgia protseduure.

### Päevaravi töömaht on tõusva tendentsiga ning viimase kümne aasta osas kõrgeimate tulemustega.

Kokku raviti 10 973 patsienti (nendest opereeriti 9 400) ning teostati 11 218 kirurgilist protseduuri. Sagedasemad haigused päevaravis olid: kurgu- ja neelumandlite kroonilised haigused (mandlite eemaldamine), silmakae (katarakti) lõikused, meditsiiniline abort ning naha ja pehmete kudede healoomuliste kasvujate eemaldamine. Võrreldes eelnevate aastatega on suurenenud üldkirurgiliste, uroloogiliste ja silmapatoloogiaga haigete ning neile tehtavate kirurgiliste protseduuride arv.

### Statsionaaris viibis ravil (haiglast lahkunud haiged) 43 071 patsienti, nendest 39 801 akuutravi osakondades ja 3 270 pikaravi osakondades.

Statsionaarsete haigete arv oli väikese langusega (630 haige võrra). Muutus on seotud kõrva-, nina-, kurguhaigustega, kus statsionaarsete haigete arv langes 1 306 võrra, kellest 1 000 raviti päevaravis. Kergemad protseduurid tehakse üha sagedamini päevaravis ning see kajastub ka kirurgiliste osakondade ja akuutravi osakondade tagasihoidlikus ravikestuse tõus. Vaadeldes aga statsionaarselt ja päevaravis ravitud haigeid kokku, siis tegelikult on 1 000 patsiendi võrra haigeid rohkem ravitud.

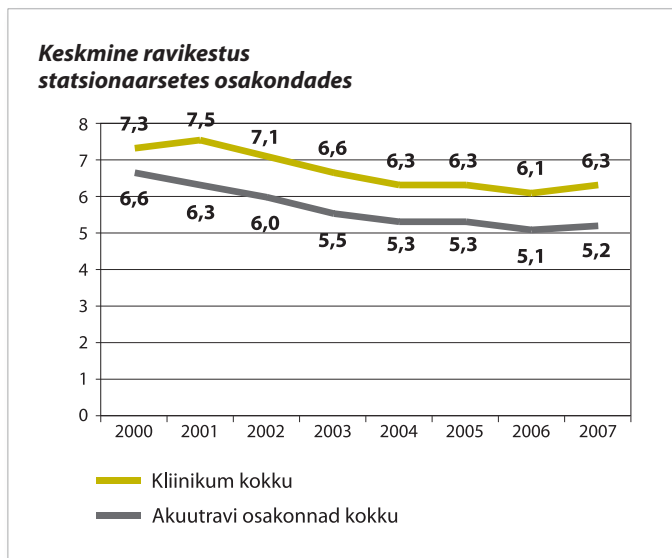
Aruandeaasta jooksul suurenes ravitud haigete arv:

- kirurgilises onkoloogias 251 (23%) ja onkoanestezioloogias 97 (17%),
- kardioloogias 193 (10%),
- abdominaalkirurgias 131 (10%).

Erakorraliselt ravitud haigete osakaal oli 76%.

Sagedasemad põhjused statsionaarseks raviks olid:

- vereringeelundite haigused (6 901 haigusjuhtu)
- hingamiselundite haigused (5 860 haigusjuhtu)
- kasvujad (5 173 haigusjuhtu).



Statsionaarsel ravil suri 851 haiget ja 17 vastsündinut sündis surnuna. Letaalsuskordaja oli 2,0% ja vastsündinute perinataalne suremus 0,96%. 177 haiget suri 24 tunni jooksul peale hospitaliseerimist, surma põhjuseks müokardiinfarkt, muu südame-veresoonkonna patoloogia, raske trauma või ajuinsult.

### Keskmine ravikestus 6,3 päeva.

- akuutraviosakondades 5,2 päeva
- kirurgilistes osakondades 4,1 päeva

Võrreldes eelmise aastaga on ravikestus tõusnud 0,2 päeva võrra. Seda on mõjutanud lühikeste voodipäevadega (1-2 päeva) haigusjuhtude vähenemine ning selliste patsientide ravi üleviimine päevakirurgiasse.

Kliinikumi statsionaaris ravitud haiged on enamasti raske või väga komplitseeritud haigustega. Intensiivravi voodipäevad moodustavad 16% kõikidest aktiivravi voodipäevadest. Märgatavalt on kasvanud viimase kahe aastaga III ja III a astme intensiivravi päevade arv, mis 2007. aastal moodustas 39% intensiivravi päevadest.

Keerukaid uuringuid, kirurgilist ravi või kõrgema etapi intensiivravi vajavad haiged tuuakse sageli üle teistest haiglastest. Kõige enam suunati haigeid kliinikumi ravile

Viljandi Haiglast (700 haiget), Ida-Viru Kesksaiglast (600), Lõuna-Eesti Haiglast (550).

Aasta keskmine voodite arv oli 956, nendest akuutravi voodite arv moodustas 78%. Voodihõive oli 78%.

### Kirurgiline ravitöö on kasvanud eelkõige päevakirurgia osas.

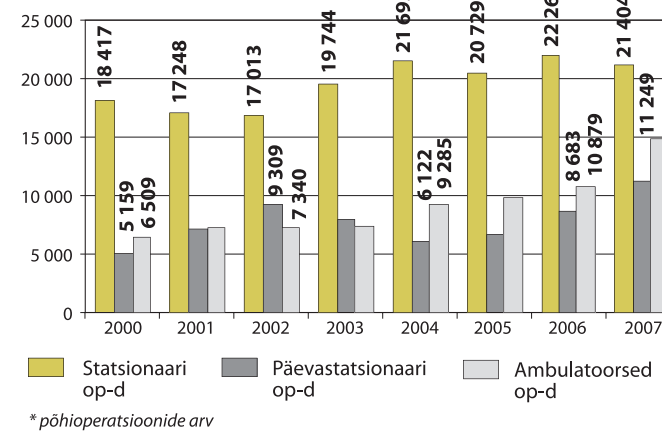
Päevakirurgias opereeritute arv tõusis 1 247 (16%) võrra.

2007. aastal opereeriti statsionaaris kokku 20 540 (2006. a. 21 260) haiget. Kirurgiline aktiivsus kirurgilistes osakondades oli 80%, mis on hea tulemus. Statsionaaris teostatud operatsioonidest pooled olid erakorralised. Operatsioonijärgsete tüsistuste protsent oli 0,5 ning letaalsus 0,5%.

Kirurgilises töös tuleb esile tuua järgnevate kirurgiliste protseduuride kasv:

- südame ja suurte veresoonte operatsioonid, kasv 139 (10%) võrra
  - kardiostimulaatorite paigaldused
  - koronaarterite operatsioonid
- luu ja lihaskoe operatsioonid, kasv 119 (3%)
  - endoproteesimised, sh totaalsed puusa liigese proteesimised
  - luumurdude paigaldused
- naha- ja nahaaluskoe operatsioonid, kasv 169 (19%)

### Kirurgiline ravitöö



\* põhioperatsioonide arv

- närvisüsteemi operatsioonid, kasv 77 (6%)
- seljaaju ja närvijuurte operatsioonid
- intrakraniaalsed operatsioonid
- operatsioonid arteritel, kasv 212 (13%) võrra
- neerusiirdamisi kokku 52
- maksa siirdamisi 2.

### Seoses ambulatoorse ja päevaravi töömahu suurenemisega on kasvanud ka uuringute ja protseduuride arv.

Möödunud aastaga kasvas radiodiagnostiliste uuringute ja protseduuride arv kokku 6,5%, sellele vaatamata hoiti uuringute järjekorrad lubatud piirides. Röntgenuuringute ja -protseduuride arv tõusis rohkem kui 6 000 uuringu võrra (5%). Tõus on seotud eelkõige angiograafia uuringutega, sealhulgas kompuutertomograafiliste-angiograafiade kasvuga (kolmandiku võrra). Lisaks kasvas ka koronograafia ja koronaangioplastika protseduuride hulk.

Kompuutertomograafilisi uuringuid tehti 33 511 ja magnetomograafilisi uuringuid 9 389, kasv mõlemal juhul 1 500 uuringu võrra. Uuringute kättesaadavuse parandamiseks on kabinetid oma plaanilise töö aega pikendanud ka puhkepäevadele.

Kliinikumi radioloogid konsulteerivad lisaks eelnimetatud uuringutele ja prot-

seduuridele ka 8 raviasutuse radioloogilisi uuringuid pildiserveri vahendusel.

### Kliinikumi ühendlaboris tehti üle 2 mln labori-analüüsi, analüüsides maht tõusis viimase aastaga kokku 6%, umbes 100 000 analüüsi võrra.

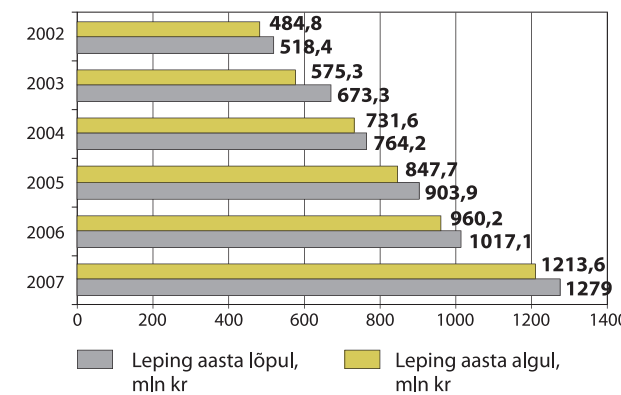
Enim tõusis analüüsides hulk immuunanalüüsides, kliinilise keemia- ja mikrobioloogiliste analüüsides ning ka geneetiliste uuringute osas. Teiste raviasutuste poolt tellitavate analüüsides hulk moodustas 14%, sagedasemad tellitavad uuringud on immuunanalüüs, kliinilise keemia- ja molekulaardiagnostika analüüs.

### 2007. aastal moodustasid kliinikumi poolt osutatud tervishoiuteenused 21,3% haigekassa rahastatud eriarstiabist.

Suurimaks lepingupartneriks on kliinikumile Eesti Haigekassa, mis moodustab 94% tervishoiuteenuste rahalisest kogumahust. Kaks kolmandiku tervishoiuteenustest osutatakse Tartu osakonna kindlustatutele. Sotsiaalministeeriumi kaudu rahastatakse ravikindlustusega hõlmamata isikute vältimatu arstiabi osutamist, 2007. aastal 1,6% kogu tervishoiuteenuste rahalisest mahust.

Kliinikumi lepingumaht on kasvanud aasta-aastalt, võrreldes 2002. aastaga on le-

### Haigekassa lepingu rahalise mahu dünaamika 2002 - 2007. a.



ping kasvanud 2,5 korda. 2007. aasta algul sõlmitud haigekassa lepingute kogumaht oli 450 500 ravijuhtu kogusummas 1213,6 mln kr. Aasta jooksul sõlmiti lisalepinguid kokku 13 300 ravijuhtule summas 65,4 mln kr. Lepingumaht 2007. a. lõpuks oli 463 800 ravijuhtu summas 1 279 mln kr.

Kliinikumi poolt tegelikult osutatud tervishoiuteenuste maht ületas haigekassa lepingutega kokkulepitud mahu 1,2% ning seetõttu jäi haigekassa poolt välja maksmata 17,4 mln kr eest ravitööd (onkoloogia, kardioloogia, pulmonoloogia, neuroloogia erialal).

### Viljakas teadustöö aasta.

2007. aastal avaldati kliinikumi töötavate arst-õppejõudude ja doktorantide poolt 90 publikatsiooni välismaistes väljaannetes ja 71 artiklit ajakirjas Eesti Arst.

Teadustöö osas oli aasta eriti edukas, sest kaitsiti 13 doktoriväitekirja ja 7 magistriväitekirja. Edukad olid eelkõige õendustöötajad, kes kaitsesid magistriväitekirja rahvatervishoiu valdkonnas.

2007. aastal esineti ettekanetega 252 rahvusvahelisel teadusüritusel (arstid 234, õendustöötajad 19) ja 537 Eestis toimunud teadusüritusel (arstid 391, õendustöötajad 111) ning korraldati 135 teadusüritust, neist 27 rahvusvahelist ja 108 Eestis.

Kliinikumi aktiivset uurimus- ja teadustööd kajastavad ravimuuringud ja teadusgrandid. Aasta lõpus oli käigus 79 (2006. a. 63) ravimuuringut, kus osales 265 arst-õppejõudu ja 93 õendustöötajat ning lisaks alustati 39 uue uuringuga.

Aastasse mahub ka 15 (2006. a. 12) lõpetatud teadusgranti ning töö jätkub 40 grandiga, millega on seotud üle 100 arsti ja veerand saja õe.

Diplomeelse õppetööga oli 2007. a. seotud 387 arst-õppejõudu ja 584 õde/laboranti (2006. a. 300) ning diplomijärgse õppetööga 401 arst-õppejõudu ja 166 õde/laboranti.

Aruandeaastal osalesid kliinikumi töötajad 6 uue ravijuhtu väljatöötamisel, mis kinnitati Eesti Haigekassa Ravijuhiste Nõukojas ja/või avaldati ajakirjas Eesti Arst. Lisaks koostati nii arstide kui õdede poolt kokku 31 patsiendi juhendamaterjali, mis kirjeldasid konkreetsete uuringute või protseduuride läbiviimist ja õpetati patsiente konkreetse haigusega toime tulema.

Ravi- ja diagnostikatöös võeti kasutusele mitmeid suuremaid ja väiksemaid uusi ravi- ja diagnostikameetodeid: esmakordselt kliinikumis läbiviidud meetodeid lisandus 40 ja esmakordselt Eestis läbiviidud meetodeid 28.

# Ohjeldamine tervishoiuteenuste osutamisel

Ohjeldamine meditsiinisüsteemis tähendab füüsilise jõu, mehaaniliste vahendite või ravimite kasutamist või patsiendi eraldi ruumi paigutamist tema liikumisvabaduse piiramiseks.

## ARVAMUS

**EVE PILT**  
Eesti Patsientide  
Esindusühingu jurist

Ohjeldamine võib kas tahes või tahtmatult muutuda ebanimlikuks, julmaks ja alandavaks kohtlemiseks või karistamiseks. Et seda ei juhtuks, on kõigile lihtsam ja parem, kui kõik, mis ohjeldamisega seondub, võimalikult täpselt seadustesse kirja panna. Ees- tist on ainult kaks seadust, milles ohjeldamist mainitakse: psühhiaatrilise abi seadus (PsAS, § 14) ja sotsiaalhoole- kande seadus (§ 20).

Olemasolev regulatsioon on puudulik – näiteks PsAS ei sea mehaanilise ohjeldamise kestuse suhtes mingit piirangut. Paljude Euroopa riikide vastavates seadustes on mehaaniliste ohjeldusmeetmete kasutamine lubatud vaid kahe

tunni vältel. Ohjeldamine muude tervishoiuteenuste osutamisel on Eesti seadus- andluses täiesti reguleerimata. Seetõttu on tervishoiutöo- tajate endi huvides, et ohjel- damine toimuks võimaluse korral ainult patsiendi teadval nõusolekul ja see nõusolek oleks kirjalikult fikseeritud. Kui tegemist on otsusevõime- tu patsiendiga (patsient on teadvuseta või ei ole muul põhjusel võimeline tahet aval- dama), siis tuleb ohjeldamist käsitleda kui tervishoiuteenu- se osutamise seotud tegev- vust ja järgida võlaõigusseadu- se § 767 sätestatut. Võimalu- sel tuleb luba ohjeldamiseks saada patsiendi seaduslikult esindajalt. Otsusevõimetu patsiendi ohjeldamine muu tervishoiuteenuse osutamisel on erandjuhtudel võimalik ka patsiendi või seadusliku esin- daja nõusolekuta, kui vastasel juhul kaasneks oht patsiendi elule või kahjustataks oluliselt patsiendi tervist. Võimalike

hilisemate vaidluste vältimi- seks on väga oluline, et otsu- sevõimetu patsiendi haigus- andluses kirjeldatakse täpselt, kui- das ja millistest kriteeriumi- dest lähtudes hinnati patsien- di otsusevõimetust. Samuti tuleb haigusloos kirjeldada, milline oleks ohjeldamise kasutamata jätmisel olnud potentsiaalne oht patsiendi elule või tervisele.

Euroopa Nõukogu Piina- mise ja Ebainimliku või Alanda- va Kohtlemise või Karista- mise Tõkestamise Euroopa Komitee (CPT) on Euroopa Nõukogu liikmesriikide kin- nistes asutustes läbiviidud kontrollkäikude põhjal välja töötanud nn „CPT standar- did“, mis sisaldavad palju praktilisi juhiseid, et ohjel- damise rakendamine oleks või- malikult vähem patsiendi isi- kuõigustesse sekkuv ja lü- hiajaline. „CPT standardid“ on tõlgitud ka eesti keelde.

Oleks igati teretulnud kui tervishoiuteenuse osutajad

töötaksid välja oma regulat- siooni ohjeldamise rakenda- miseks tuginedes CPT stan- darditele, teiste maade sea- dusandlusele ja praktikale ning enda positiivsele koge- musele. Ülevaate saamiseks tuleks tervishoiuteenuse osu- tajatel sisse seada nn „ohjel- damise register“. Väga oluline on, et tervishoiuteenuse osu- tajad õpetavad regulaarselt oma töötajatele vägivalla väl- timise tehnikaid, aga ka eru- tunud ja vägivaldsete patsien- tide ohutu ohjeldamise tehni- kaid. Samuti on pärast ohjel- damist heade terapeutiliste suhete säilitamise huvides hädavajalik, et ohjeldamises osalenutele korraldatakse või- malikult pea pärast ohjeldami- se lõpetamist vestlusi.

Ohjeldamist reguleerides ja kasutades tuleb kindlalt mees pidada vana tõde: „Kohtle teisi nii nagu sa soo- vid, et sind koheldakse“.

misaktiivsust.

Füüsiliste töö- kendite kasutami- se kohta Eestis ei ole minule teada- olevalt andmeid avaldatud, küll aga on mujal maail- mas läbiviidud uurimistöödes kirjeldatud füüsi- liste tökendite laialdast kasutamist eakatel patsientidel. Samas aga ei ole kirjeldatud tökendite tõhu- suse, kuid nende kasutamise ühe põhjusena tuuakse per- sonali mugavust, et patsien- di ebasobiv käitumine kont- rolli alla saada. Sellise seisu- kohaga ei saa küll nõustuda,



**KÜLLI UIBO**  
spordimeditsiini ja  
taastusravi kliiniku  
ülemõde

## Ohjeldusmeetmete rakendamine

Eeldatavalt peaksid ter- vishoiuteenust osutavad asu- tused olema turvalised kohad nii patsiendile kui personali- le. Mistahes tervishoiuteenu- se osutamine eeldab patsien- tide lugupidavat ja väärikat kohtlemist ohutul ja inimli- kul viisil, arvestades nende valikuid ja vaba tahet. Prak- tikas tuleb tihti ette olukordi, kus patsiendi turvalisuse tagamiseks tuleb tegutseda eelnimetatud põhimõtteid eirates ja rakendada ohjeldus- meetmeid. Eriti teravalt on probleemiga seotud õendus- hoolduse teenuse osutajad,

kes eakate pat- sientide seisundist tulenevalt kasuta- vad sageli ohjel- dusmeetmena füüsilisi tõken- deid ehk teisisõnu voodivõresid, mis vähendavad pat- siendi voodist kukkumise võimalust. Sellisel moel ta- gatakse enamasti küll patsi- endi turvalisus, kuid sageli toob see kaasa patsiendi mee- leolu muutuse, ärrituvuse ja desorienteerituse. Samuti piiravad voodivõred otseselt patsiendi niigi vähest liiku-

# Õendus- ja hoolduspersonali tööajakasutus

23. aprillil kaitses kopsukliiniku ülemõde Kersti Viitkar õendusteaduse eriala teadusmagistriks teemal „Õendus- ja hoolduspersonali tööajajaotus hooldusravi osakonnas“ („Work allocation of ward personnel in a department of nursing therapy“).

2007. a novembris viidi hooldusravi osakonnas läbi personali tööajajauuring. Uuring hõlmas vahetustega töö- tavaid õdesid ja põetajaid ning selle eesmärgiks oli kirjelda- da, kuidas jaguneb personali tööaeg erinevate tööülesanne- te vahel. Andmed koguti ka- he nädala vältel, mil töötajad märkisid üles kogu vahetuse jooksul sooritatud tegevused 5 minutilise täpsusega. Koku- ku analüüsiti 702 ödede ja 921 põetajate töötundi.

Uuringu tulemused näita- sid, et hooldusravi osakonna õded tegelevad suurima osa tööajast ravimite jagamisega ja manustamisega, valmispane- misega ning dokumentatsiooni täitmisega. Dokumentee- ri-

miseks kulus keskmiselt 15% tööajast ehk päevasel ajal 1,5 tundi, öösel pisut üle ühe tun- ni. Otseselt patsiendiga tege- lesid õded oluliselt vähem kui põetajad, keskmiselt 37% töö- ajast, mis ühe patsiendi kohta tegi keskmiselt 0,5 tundi öe tööaega ööpäevas. Kuigi põe- tajate tööajast kulus otsesele hooldusele tervelt 2/3 päeva- sest tööajast, tuli ühe põetaja tööaega patsiendi kohta keskmiselt 1,5 tundi ööpäevas. Suur osa põetajate tööpäevast kulub patsientide abistamise- ga igapäevatoimingute soori- tamisel. Hooldusravi osakon- na patsiendid vajavad pidevat hooldust ka öösel, mil korra- ga on tööl vähem põetajaid. Ilmselt seetõttu moodustas

Foto: Jaak Nilson



Kersti Viitkar.

põetaja öisest tööajakasutusest päevasega võrreldes suurema osakaalu patsientide abistami- ne asendi muutmisel, potitoo- li või siibri kasutamisel ning mähkmete vahetamine.

Uurimistöö tulemused näitavad, et hooldusravi osa- konna põetajate töö on küllalt intensiivne. Kuna uuring kä- sitles ainult tegevuse kvanti- tatiivset aspekti, oleks kindlas- ti vaja välja selgitada, kas olemasolev koosseis võimal- dab tagada kvaliteetse ja pat- sientide vajadustele vastava hoolduse.

**KERSTI VIITKAR**  
kopsukliiniku ülemõde

# Intensiivravi osakonna infoleht patsiendi lähedastele

Kliinikumis valmis intensiivravi osakonna infoleht patsiendi lähedastele, mille koostasid üldintensiivravi osakonna intensiivraviõde Liina Raal ja patsiendiinfo koordinaator Jane Freimann.

Uuringute andmetel on in- tensiivravile sattunud patsien- di lähedastel ärevuse tõttu ras- kusi meditsiinilisest informatsio- nist arusaamise ja meelde jätmise. Samuti on nad hirmu- tatud ravis kasutatavate sead- mete rohkusest ja ei mõista nende otstarvet. Seetõttu on oluline pakkuda sama infor- matsiooni kirjalikult ja arusa- davates terminites infolehel, mida saab koju kaasa võtta. Intensiivris tagab patsiendi lähedaste informeerimine rahulolu raviasutusega ning parandab lähedaste ja ravi-



**JANE FREIMANN**  
patsiendiinfo  
koordinaator

meeskonna omavahelist suht- lemist.

Kliinikumis valminud in-

tensiivravi osakonna info- leht aitab patsiendi lähe- dastel paremini mõista intensiivravi olemust, sel- gitab ravis kasutatavate sead- mete ülesandeid ja annab soovitusi inten- siivravi osakonna külas- tamiseks. Infolehe lõpus on seletused meditsiini- liste terminite kohta. Intensiiv- ravi osa- konna infolehe lühen- datud versiooni haka- takse kasutama ka in- tensiivravi palatites.





Foto: Jaak Nilson



Vaade Maarjamõisa haiglale ja uue korpuse ehitusele.

## Intervjuu ehituse projektijuht Tõnu Madissoniga (Skanska EMV AS)

**Kuidas läheb ehitusel? Kas tööd on graafikus? Millal võtmed üle antakse?**

Ehitusel on seni läinud hästi. Oleme töödega graafikus: G1-korpus on täpselt graafikus ja G2- ning H-korpused on graafikust 1,5-2 kuud ees. Graafikus püsime tänu tööde korraldajale planeerimisele. Tahaksime naistekliiniku ja palatikorpused hooned juba juulis kliinikumile üle anda. See aga ei tähenda veel sissekolimist, vaid seda, et siis on kliinikumil võimalik hakata taotlema hoonete kasutusluba ning alustada hoonete sisustamist. G1-korpus on teistest „maha jäänud“ sellepärast, et seal on kõige rohkem tehnosüsteeme ning ehituslikult on see teistest keerulisem ja mitmekesisem. Hoonete valmimisele järgneb ka katsetuste ja testimise periood, st häälestatakse tehnosüsteeme, kontrollitakse, kas kõik on töökorras. Siit tuleneb ka oluline vahe haigla ja büroohoone ehitamise vahel. Kui büroohoone valmis saab,

võib sisuliselt kohe mööbli ja töötajad sisse kolida, haigla puhul niiviisi toimida ei saa.

**Mis teeb haigla ehitamise spetsiifiliseks? Mida oli tehniliselt kõige keerulisem teha?**

Haigla puhul tuleb kõik tehnosüsteemid mitmekordselt üle kontrollida enne kui hoone saab valminuks tunnistada. Näiteks, kas ventilatsioon on vastavuses normidega, kas eluliselt tähtsad ravigaaside torustikud ja muud seadmed funktsioneerivad laitmatult. Ainuüksi nõrkvoolusüsteeme on haiglas kakskümmend, mis kõik peavad toimima osaliselt iseseisvalt ja osaliselt integreeritult (nt arvutivõrk, valvesüsteem, patsientide jälgimissüsteem jne). Elektrisüsteemide osas on väga olulised UPS-id ja varugeneraatorid. Kui kiirabi toob uude haiglasse esimese patsiendi, ei tohi temast saada katsejänes, et kas hapniku ja naerugaasi toruotsad on õigesti ühendatud või vahetusse läinud.

Võib-olla tundub see inimestele imelik, aga meie jaoks oli üks suur probleem haigla kokku 1350 ust. Põhjuseks uste erinevused (suurus, funktsioon jne) ning kliinikumil on veelgi raskem uste lukusarja koostamine ehk kellel on sissepääs millistesse ruumidesse. Ehitajale oli keeruline see, et tegemist on uue iseseisvustava esimese haiglakorpuse ehitamisega ja puuduvad kogemused. Operatsioonisaalide ehitamiseks tuleb ka ise natuke kirurgiks saada.

**Milline on olnud kliinikumi töötajate tagasiside ehitajale?**

Peamine tagasiside on olnud näidispalatist. Töötajad on avaldanud oma arvamust ning seda on ka arvesse võetud: muudetud teatud asju ohutumaks ja lihtsamini hooldatavaks. Kahtlemata on ehitus kompromiss soovide ja reaalsuse (rahakoti) vahel. Ja oleks palju tahta, et kõik töötajad rahule jääksid. Suuremad ruumid ei pruugi paremad olla, ruumi suuruse mää-

### Ehitus arvudes

- 29 500 m<sup>2</sup> üldpindala
- 14 100 m<sup>2</sup> monoliitset ja monteeritavaid betoonseinasisid
- 25 000 m<sup>2</sup> monteeritavaid laepaneele
- 28 000 m<sup>2</sup> kergseinasisid
- 56 000 m<sup>2</sup> seinte viimistlust
- 111 ventilatsioonisüsteemi
- 21 kilomeetrit ventilatsioonitorustikku
- 40 kilomeetrit kütte-, vee-, jahutus- ja kanalisatsioonitorustikku
- 600 kilomeetrit nõrkvoolusüsteemide kaableid
- 280 kilomeetrit elektrikaableid

rab ära ikkagi otstarbekus. Iseseisvust on siin ehitajal lihtne roll, meie täidame käske. Kõige suurema töö on ära teinud ikkagi projektiteerijad ja kliinikum, kes on kogu kompleksi kaardistanud, prognoosinud ja planeerinud.

**Ehitaja tööpöld ei piirdu ainult uue majaga**

Jah, juuni teisel nädalal anname üle A-korpuse 1. korruuse, kuhu kolib traumapunkt. Samuti valmib keldrikorruus. Vahetasime seal kõik tehnosüsteemid ning nüüd on sinna loodud kaasaegne töökeskond. Kütte- ja veetorustiku väljavahetamine nii, et pea kohal on viis korrust töötavat haiglat, oli muidugi omaette pähele. Vabandame kõigi patsientide ja töötajate ees, keda ehitustöödega häirisime. Juuni algusest algab peasissekäigu renoveerimine, nii et ajutiselt segadus suureneb. Aga see kõik toimub ühise suure eesmärgi nimel.

**TÕNU MADISSOONIGA vestles ENE SELART**

## Õed arutlevad iseseisvate õendusabiteenuste üle

Kolmkümmend aastat tagasi sõnastas Maailma Tervishoiuorganisatsioon (WHO) Alma-Ata deklaratsioonis eesmärgi, mille kohaselt tervisteenused peavad esmatasandi tervishoiu kaudu olema kõigile kättesaadavad.

Aastal 2008 on ülemaailmses tervishoiutegevuses esmatasandi tervishoid endiselt päevakorral. Rahvusvaheline Õdede Nõukogu (ICN) on 2008. aasta õdede päeva teemaks valinud just esmatasandi tervisteenuse ning õdede rolli selles. ICN-i liikmesorganisatsioonina tähistavad ka Eesti Õdede Liitu kuuluvad õed Rahvusvahelist Õdede päeva ning mõtlevad kaasa ülemaailmselt olulistele teemadele. Tartus korraldati Õdede Liidu poolt sel puhul konverents „Iseseisvad õendusabiteenused – kas oleme nendeks valmis?“.

Õendustegevus on esmatasandi tervishoiu põhituum ja õed on peamine esmatasandi tervishoiuteenuseid osutav tervistöötajate rühm. Nende töö hõlmab nii rahva tervist, tervise edendamist, haiguste ennetamist, heaoluteenuseid, samuti ka esmast ja haigustega toimetuleku abi kõigis vanuserühmades inimestele. On selge, et vaid ravil ja haiglatel põhinev tervisteenuse osutamine ei rahulda enam elanikkonna tervisevajadusi ning õdedel on seeläbi esmatasandis kanda keskne roll.

Sarnaselt teiste Euroopa riikidega valitseb Eestis olukord, kus vajadus esmatasandi tervisteenuse, sealhulgas õendusabi järele on suur ning aina kasvab. Mõeldud, et kindlal sammul on viimaste aastate jooksul meilgi liigutud esmatasandi õendusabi rolli selgema defineerimise ning selle praktikasse rakendamise poole. Samas ollakse aga veel sageli kinni harjumuspärasest, aegunud mudelist, mis ei toeta täielikult kaasaegseid arusaamu iseseisvast õendusabist.



**GERLI USBERG**  
Eesti Õdede Liidu usaldusisik kliinikumis

Rahvusvahelise Õdede Nõukogu hinnangul saaks 60-90% esmatasandi tervisteenusest osutada õed väiksemate kulude ja samasuguste tulemustega. See tähendaks nii rahaliste- kui personaliressursside otstarbekamat kasutust ja rahanappuses vaevleva tervishoiu kulutuste optimeerimist. Kas ühiskond on selleks valmis? Kas meie tervishoiusüsteem on selleks valmis? Kas õed ise on selleks valmis? Neile ning teistele haakuvatele küsimustele otsiti vastuseid ka kliinikumis toimunud konverentsil.

Konverentsil astusid ettekannetega üles erinevad õendus- ja teiste erialade spetsialistid esmatasandi erinevatest valdkondadest – pereõendusest, koduõendusest, kooliõendusest, ämmaemandusabist, et anda ülevaadet seni teadmata olevikust ning vaadata tulevikku. Õdesid õpetavate õppeasutustena oli sõna antud Tartu Tervishoiu Kõrgkooli ning Tartu Ülikooli esindajatele arutlemaks selle üle, kas erialaspetsialisti õppe lõpetanud õdedel, sealhulgas ka terviseõdedel, on ka piisavalt väljund praktikasse ning milline roll peaks esmatasandi arendamisel olema akadeemilise

haridusega õdedel. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õendusabiteenuse osakonna erakorraline professor Pirkko-Elina Routasalo rõhutas, et iseseisva õendusabiteenuse arendamine on väljakutse, mis eeldab igalt õelt enam teadmisi ja kogemusi kui seda pakub üldõe haridus. Enamikus Euroopa riikides ei küsita enam ammu: „Mis on õendusabiteenus?“, meil see siiski sageli veel nii ei ole.

Kuna esmatasandi õendusabiteenuse erineb praktikas oluliselt õendusjuhtimisest haiglate tasandil, nii nagu see erineb ka esmatasandi arstiaabi juhtimisest, siis lõppes konverents diskussiooniga teemal, kas vajaksime linnaarsti institutsiooni kõrvale ka sarnast õendusabi koordineerivat õendusjuhti, kes esmatasandi struktuurse killustatuse juures võimaldaks tagada ühtlase taseme teenuse osutamise sisu ning kvaliteedis. Kindlasti ei pretendeeritud selles küsimuses absoluutse tõe avastamisele, ent diskussiooni algatamine päevakajalisel teemal on tulevikku silmas pidades kindlasti oluline.

Õenduse erinevate erialade paremaks arendamiseks tegevad Eesti Õdede Liidus erialaselt õendusabiteenuse osakonnad, sealhulgas ka esmatasandiga haakuvatena koduõdede, pereõdede, hambaraviõdede ning lasteõdede seltsing. Õdede Liit on partneriks erinevatele riiklikele instantsidele ning õdesid õpetavatele õppeasutustele arendamiseks iseseisvad õendusabiteenused ühiskonna vajadustele vastavaks osaks kvaliteetset tervishoiuteenust.

### MEEDIAS

**Tartu Ülikooli Kliinikum pole seni arstide tööl lahkumise põhjusi täpsemalt uuritud** ning avalike suhete juht Kristi Tael ei näe selle järele ka vajadust. „Sellist uuringut meil ei tehta, sest kogemus kinnitab, et inimesed ei pruugi lahkumisintervjuul tõest infot anda. Lahkumispõhjuseid on aga palju, neist sagedasemad on perekondlikud või pensionile siirdumised,“ selgitas Tael. *Meditisiiniuudised 29.04.08 „Arstid püsivad paigal“*

**Aivar Ehrenberg nimetab kehavälise viljastamise valdkonda tehniliselt ja emotsionaalselt keerulisemaks.** Kaheksatunnine tööpäev sellel alal ei kehti. On ütlematagi selge, et uue elu loomine nõuab arstilt pühendumist kogu hingega. *Tartu Ekspress 08.05.08. „Dr Aivar Ehrenberg: „Ühiskond muutub, aga ema roll jääb samaks““*

**«Meil on keskmiselt 59 esmast vastuvõttu päevas – see on eelmise aasta statistiline keskmine –, läinud nädalavahetusel oli traumapunkti abi nõutamas aga 80 ja rohkem inimest iga päev,»** tõdeb Merike Šeffer.

*Tartu Postimees 09.05.08 „Paharettide tippu pressivad batuuti ja maastikukulgu“*

**Tartu ülikooli kliinikumi lastekliiniku vanemteaduri Heili Varendi juhtimisel uuritakse praegu 2002. ja 2003. aastal sündinud enneaegsete laste arengut, põhjalikke tulemusi ootavad arstid järgmisel aastal.** „Seda võib aga öelda, et laste elukvaliteet on kindlasti paranenud,“ kinnitas Varendi.

*Eesti Päevaleht 09.05.08. „Enneaegsed lapsed jäävad arstide pideva jälgimise alla aastateks“*

**Aga kõik ei sõltu sugugi ainult naistest.** Meestega on lood paraku üha halvemad, on sunnitud tõdema mees-earst Margus Punab. Eelmise kümendi teisel poolel korraldatud uuring näitas, et igal 13. Eesti mehel on lootus naine loomulikult teel käimale anda kaduvväike. Käesoleva kümendi esimesel poolel näitas uus uuring, et sellise probleemi otsa pöörab juba iga kaheksas mees. *Postimees 10.05.08. „Miks emad vananevad?“*



## KOLUMN



Mart Einasto.

## Arvutikoolitus meditsiinis

Minnes koolitusele seisab meie ees kolm küsimust. Esimene on põhimõtteline: miks seda vaja on? Keegi ei taha õppida seda, mida vaja pole. Arvutikoolitus teravishoiu valdkonnas on kindel investeering tulevikku, sest kuhu ka ei vaataks, igalt poolt vaatab arvuti vastu. Aparatuur, erialakirjandus, koolitused, konverentsid, infokeskkonnad patsientidele ja ka arenenud riikide e-initsiatiivid on seotud infotehnoloogia rakendamise igapäevases töös. Sõltumata vormist on arvutite kasutamine igapäevatoos sama paratamatu nagu saajand tagasi elektri kasutuselevõtt.

Teine küsimus on seotud hirmuga: ega see liiga keeruline pole? Tänapäeval painab kõiki ajastress ja seetõttu on täiesti uute asjade õppimise suhtes suur tõrge. Õnneks on see mitte vaid meedikutele iseloomulik hirm ja sestap on arvutiasjades toimunud suur nihe „inimsõbralikkusele“. Enamus kasutajaid, kes on endas esmase tõrke ületanud, on avastanud, et tegelikult on arvuti kasutamine üsna hõlbus ja algsest ebameeldivast kohustusest saab üsna pea asendamatu abilise igapäevatoos.

Kolmas küsimus seisab nende ees, kel arvuti kasutamine juba üsna igapäevane on – mis siin nii väga uut ja keerulist on? Kuna kõik tundub tuttav, siis ei peeta koolitust (ja instruksiooni lugemist) vajalikuks. Samas on igas uues tarkvaras ka omad nipid, mida peab teadma selleks, et ladusalt hakkama saada. Selleks ju koolitus ongi, et igaüks järjele saaks.

Kõigile õppimislusti soovides

MART EINASTO  
arvutiõppija



Foto: Pille-Riin Pregel

Sisekliiniku õed eHL-i koolitusel.

## eHL-i koolitused

Enne rakenduse eHL kasutusele võtmist kliinikus saavad kõik soovijad läbida eHL-i koolituse.

Koolitused toimuvad tavaliselt kas Medinfokeskuse või Radioloogiateenistuse õppeklassides Puusepa 8 ja Puusepa 2 hoonetes. Kokku mahub neisse õppeklassidesse korraga 18 koolitatavat.

Üks koolitus kestab tavaliselt 1,5–2 tundi. Kõigil kasutajatel on soovivat läbida vähemalt kaks koolitust.

Koolitus toimub rakenduse eHL demo versioonis, selles on töökeskkonnaga võrdne funktsionaalsus, kuid see ei sisalda päris patsientide andmeid. Koolitaja näitab projektori abil seinale ekraanipilti ning jagab selgitusi. Kõik koolitusel osalejad saavad demo programmi siseneda oma kasutajatunnuse ja parooliga ning arvuti taga istudes kohe kõike ise järele proovida.

Koolituste vahel on võimalik teha iseseisvat tööd kasutajajuhenditega ning harjutada eHL demo baasil.

Kuna juurutamine toimub

tavaliselt nii, et kõigepealt võetakse eHL kasutusele statsionaaris ja seejärel ambulatoorses töös, siis kõigepealt tutvutaksegi statsionaarse töö jaoks sobivate lahendustega. Vahetult enne ambulatoorsele tööle üleminekut toimuvatel koolitustel pööratakse tähelepanu ambulatoorse töö eripäradele.

Kõige sobilikum on, kui arstid, õed, spetsialistid, klienditeenindajad, arveldusega tegelejad jne jagunevad eraldi koolitusgruppidesse – siis saab igas tunnis pühenduda konkreetsele grupile vajalike funktsionaalsuste tundma õppimisele.

Kuna igal koolitusel on oma kindel kava, millest koolitajad peavad kinni pidama, siis ei ole tunni ajal kahjuks võimalik pidada pikemaid arutelusid selle üle miks mõni asi on programmis lahendatud just nii ja mitte teisiti. Selleks korraldatakse osakondades in-

## Arve koolituse kohta

klasse	2
kohti	18
läbi viidud koolitusi	145
koolitatud kasutajaid	425
koolitustunde kokku	250

formaatikateenistuse osalusel eraldi arutelusid. Soovitame koolitustel tekkinud küsimused kirja panna või meelde jätta ning osaleda aktiivselt neil aruteludel.

Koolitusi viivad läbi Informaatikateenistuse projektijuhid Ann Kuslap ja Kristina Rivis. Arveldusega seonduvat koolitavad analüüsi-marketingiteenistuse töötajad. Kõik koolitajad on läbinud esinemis- ja koolitamisoskuste kursuse.

## INFORMAATIKATEENISTUS

## eHL-i toitlustusmoodul

eHL-i toitlustusmooduli abil saab tellida toitu statsionaarsetes allüksustes viibivatele patsientidele.

Kliinikumi allüksusesse registreerimisel on patsiendi dieediks vaikimisi tavaline toit TAV. Vajadusel on võimalik menüüpunktile dieet klõpsates määrata patsiendile uus sobiv dieet. Lähtudes igast konkreetsest patsiendist ja tema hetkevajadusest on võimalik valida kuni 46 dieedi vahel. Juhul kui ükski pakutud dieetidest pole siiski sobiv, tuleb koostöös dieetarstiga määrata konkreetsele patsiendile eridieet või teha ettepanek uut liiki dieedi kehtestamiseks. Dieet tuleb sisestada õigeaegselt arvestades iga konkreetse söögikorra jaoks kehtestatud kindalaid kontrollkellaegu: lõunasöök kell 07:00, õhtusöök kell 12:00 ja hommiku-

söök eelneval päeval kell 16:00. Juhul kui dieet määratakse pärast kindla söögikorra kontrollkellaega, kuid mitte rohkem kui tund aega enne söögikorda, satub patsient eraldi menüüga nn täiendava toidu nimekirja.

Dieete on võimalik eHL-is pikaajaliselt ette planeerida ja sisestada. Tühistada saab ainult neid toidutellimusi, mis pole kõõgis veel töös.

Dieeti saab määrata ka eHL-i sisse kirjutatud patsiendi hooldajale. Nii patsiendile kui tema hooldajale on võimalik tellida toitu ka sellistesse allüksustesse, kuhu patsient/hooldaja pole sisse kirjutatud.

Üks ja sama patsient võib



Eva Harak.

sattuda kahte erinevasse toidunimekirja ainult juhul, kui toimub tema liikumine allüksuste vahel, st et võib esineda ka olukord, mille puhul koo-

gis juba valmistatud toit läheb vanasse allüksusesse, kuid ka uues allüksuses satub patsient nn täiendava toidu nimekirja.

eHL-i kaudu on võimalik tellida ka lisatoitu. Struktuuriüksus saab lisatoitu tellida ainult patsiendipõhiselt, st osakonna nimele lisatoitu tellida ei saa. Patsiendile saab tellida vaid selliseid lisatoiduartikleid, mis sisaldavad sõna LISATOIT. Lisatoiduartikleid on eHL-is 60. Lisatoitu on võimalik tellida iga konkreetse söögikorra juurde. Lisatoidu kogust on võimalik reguleerida.

## EVA HARAK

informaatikateenistuse arendusosakonna süsteemianalüütik

Dieedi määramine									
Üksus	Koht	Alguskuupäev	Alates söögikorrast	Lõpukuupäev	Viimane söögikord	Dieet	H	L	Õ
481010	R3	24.03.2008	Lõunasöök	16.05.2008	Lõunasöök	200 - Diabeetikutele 200g süsivesikuid päevas	✓	✓	✓
481010	R3	17.05.2008	Hommikusöök	20.05.2008	Lõunasöök	300 - Diabeetikutele 300g süsivesikuid päevas	✓	✓	✓
481010	R3	20.05.2008	Õhtusöök	21.05.2008	Hommikusöök	O - Söömata	✓	✓	✓
481010	R3	21.05.2008	Lõunasöök	22.05.2008	Õhtusöök	OP - Operatsioonijärgne dieet	✓	✓	✓
481010	R3	23.05.2008	Hommikusöök		- Vali -	300 - Diabeetikutele 300g süsivesikuid päevas	✓	✓	✓
481010	R3	12.05.2008	- Vali -		- Vali -		✓	✓	✓

Lisatoidu tellimine					
Üksus	Koht	Kuupäev	Söögikord	Toit	Koef
481010	R3	12.05.2008	Õhtusöök	*1889L - LISATOIT Puljong 200g	1
481010	R3	16.05.2008	Õhtusöök	*1917L - LISATOIT Väileib juustuga 75g	1
481010	R3	12.05.2008	- Vali -		1

Dieedi määramine eHL-is.

## KOMMENTAAR

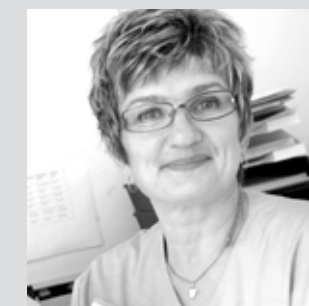
eHL-i toitlustusmoodulit hakkasin kasutama alates 1. aprillist. Eelnevalt olin toitlustusmooduli piloteerija ja koostöös informaatikateenistuse arendusosakonnaga aitasin programmi viimistleda. Mõnenädalase kogemuse põhjal võin öelda, et midagi keerulist või rasket selle kasutamises ei ole. Patsiendi dieedi määramine käib mõne hiireklikiga ja kokku ei kulu selle peale

minutitki.

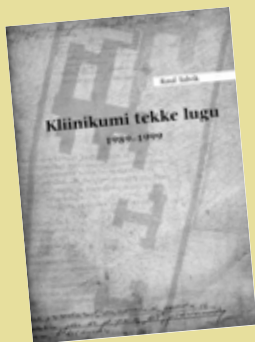
Mugavamaks on läinud lisatoidu tellimine, MediC-s pidin täitma eraldi lisatoidu tellimise lehe, nüüd on kõik ühes kohas koos. Samuti on eHL-is parem ülevaade patsiendi dieedist, nt millisest kuupäevast on alustatud patsiendi tavalise dieeti ja millal on alustatud uuega. Seega on ühe patsiendi info kõik kompaktseks koos. eHL-i toitlus-

tusmooduli puhul on hea veel see, et arvuti annab alati veateate, nt kui tahan õhtul patsiendi õhtusööki muuta, aga ajalisel seda enam teha ei saa.

Uutele kasutajatele võin öelda, et eHL-i toitlustusmoodulit on mugav kasutada, tööd juurde ei tule ja edasimineku võrreldes MediC-ga ilmne.



JELENA LÜTER  
nahahaiguste kliiniku  
statsionaarse osakonna  
vanemõde



## Kliinikumi loomise lugu trükis

**Kliinikumi maikonverentsi ajaks ilmub trükist kaas-aegse kliinikumi loomist käsitlev raamat: „Kliinikumi tekke lugu 1989-1999“.** Raamatu ligikaudu kahesajal leheküljel on püütud taastada nii tolleaegset õhkkonda ja mõttekäike kui ka probleeme ja konflikte. Prof Raul Talviku kirjutatud ja 18 tollel perioodil aktiivselt tegutsenud kaasautori poolt kommenteeritud teos käsitleb kaas-aegse kliinikumi algust, tekke raskusi ja probleeme. Raamatut elustavad tsitaadid tolleaegsest ajakirjandusest, kasutatud on ka pildimaterjali ja välja toodud tähtsamate dokumentide näidiseid.

Raamat on varustatud lisadega kliinikumi juhatuses töötanud isikute ja kliinikumi jaoks oluliste daatumite loeteluga.

**KLIINIKUMI LEHT**

### KOMMENTAAR

**RAUL TALVIK**  
emeritprofessor

„Olles ise olnud arengu sees aktiivselt tegevana tuli mul kirjutamise ajal see periood veelkord läbi elada kõikide nende murede ja rõõmudega. Ega see nii kerge olnudki. Paraku pole ajahammas säilitanud kõiki algdokumente ja materjale, mistõttu on võimalikud nii tahtmatud ebatäpsused kui ka valetõlgendused. Mille eest olgu siinkohal sügavalt vabandust palutud. Head lugemist!“

# Moodne meditsiiniline viievõistlus

1. mail toimus tudengite kevadpäevade raames Vana Anatoomikumi esisel platsil taas meedikute viievõistlus.

Fotod: Jaak Nilson



Käimas on võistlus „Seo siga“.

Üritusest oli osa saama kogunenud arvukalt huvilisi ning publikut ei heidutanud ka üha jahenev õhtupoolik. Võistlusele astusid kuus võistkonda: Kiirabi, Buršid, Täna teeme süsti!, S-Kummkinnas, Bio-meedikum ja Epididymidis. Tihedas rebimises tulid napi edumaaga võitjaks Buršid, teise koha saavutas Kiirabi ja kolmandaks jäi võistkond Täna teeme süsti!.

Mõõtu võeti viiel võistlus-



Võidujooks kandraamidega.

alal: „Seo siga“ (seapeast-jalgadest ning inimese kunstliikmetest tuli sideme abil kombineerida põnev moodustis); „Mälumäng“; „Abistav käsi“ (vett täis kummikinda viskamine võistkonnakaaslastele); „Isheemiline organ“ (süstlast veejoaga täpsuspritsimine); „Sport“ (traditsiooniline võidujooks ratastoolide, karkude ja kandraamidega).

Mälumängus oli kõige tublim kiirabi, siinkohal ka kaks

küsimust mängust: 1) arstide seas on väga levinud ergasioo- maania, millega on tegu? (õige vastus: tööhullus); 2) mitu kilokalorit kaotab tudeng tund aega peaga vastu seina tagudes? (õige vastus: 150).

Üritust korraldas Eesti Arstiteadusüliõpilaste Selts.

**KLIINIKUMI LEHT**

Pilte saab vaadata intraneti pildigaleriis.

## Tegimegi ära!

Kliinikumi töötajaid löid aktiivselt kaasa 3. mail korraldatud üle-eestilistel prügikoristustalgutel.

Koristustöödel osaleti nii registreeritud gruppidega kui ka eraviisiliselt. Toimetuse andmetel käisid informaatikateenistuse töötajad Tartu Hiinlinnas ja teine kliinikumi grupp Tartumaal Kurepalus, kus osaleti nii koristustöodes kui ka prügi äravedamisel. Tehnikateenistus oli selle jaoks appi võtnud kaks bussi järelkärudega. Naised korjasid prügi kottidesse ja mehed vedasid selle autodega ära. Suurel hulgal leiti kõikvõimalike pakendeid, aknaklaase, autorehve, lisaks ka WC-potte ja kraanikausse. Mõned leiud andsid üritusele lausa arheoloogiliste väljakaevamiste hõngu, näiteks eelmise ri-



Foto: Eda Lindepuu

Kurepalus käinud talgulised.

gikorra aegsed hapukoorepurgid-äädikapudelid.

Mao Zedong olla öelnud: „Prügi ei kao enne, kui see ära koristatakse“. Paraku mõtles ta prügi all vastalisi ja teisitimõtlejaid - tema mõistes inim-

rämpsu. Seda ideed parafraaseerides tahaks soovida, et Eesti saaks ükskord puhtaks metsa alla prügi poetavast inimrämpsusust!

**KLIINIKUMI LEHT**