

Kliinikumi Leht

SISELEHT nr 107 | oktoober 2008

 Tartu Ülikooli Kliinikum

Foto: Jaak Nilson



Preemia andis kätte juhatusesimees Urmass Siigur ning võttis vastu dr Tuuli Metsvaht.

10. oktoobril andis Tartu Ülikooli Kliinikumi juhatusesimees Urmass Siigur arstiteaduskonna aktusel üle kliinikumi teadustöö preemia.

Tänavuse preemia pälvisid Tuuli Metsvaht, Mari-Liis Ilmoja, Ülle Parm, Lea Maipuu, Mirjam Merila, Epp Sepp ja Irja Lutsar uurimistöö eest „Ampitsilliin + gentamütsiin vs penitsilliin + gentamütsiin vastündinu varase sepsise empiirilises ravis: klii-

nilise efektiivsuse uuring“.

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi teadustöö preemia antakse arstiteaduskonna päevade teaduskonverentsi parimalle kliinilise suunitlusega teadustööle.

Sel aastal jagati teadustöö preemiaid juba kümnendat

korda. Esmakordselt anti preemia välja 1999. aasta oktoobris, kui Tartu Ülikooli arstiteaduskond ja Tartu Ülikooli Kliinikum korraldasid ühiselt arstiteaduskonna päevi.

KLIINIKUMI LEHT

UUDIS

8. patsiendi rahulolu uuring lk 8-9

Insuldi teabepäev

29. oktoobril kell 14.00 toimub ülemaailmse insuldipäeva raames Tartu Maarjamõisa polikliiniku (L. Puusepa 1a) auditoriumis insuldi teabepäev.

Infopäeval käsitletakse insuldi tekkepõhjuseid ja ravivõimalusi ning räägitakse, kuidas toimida insuldi sümptomite ilmnemisel. Lisaks antakse ülevaade insuldi ennetusest, mis tähendab nii elustiilimuutusi kui riskitegurite ohjamist ravimitega. Ühtlasi tutvustatakse kiirabi tööd. Üritusest osavõtjatel on võimalus lasta kohapeal oma tervist kontrollida: saab mõõta vererõhku, veresuhkrut, kolesteroolitaset veres, vööümbermõõtu ning hinnata summaarset kardiovaskulaarset riski. Teabepäeva korraldab L. Puusepa nimeline Neuroloogide ja Neurokirurgide Seltsi insuldi tööühm, toetavad TÜ Kliinikum ja ravimifirma Sanofi-Aventis.

KLIINIKUMI LEHT

KOMMENTAAR

DR TUULI METSVAHT

anestesioloogia-intensiivravi
kliiniku lasteintensiivravi
osakonna vanemarst-õppejõud

Olen kliinikumi juhatusesimees tänulik meie uurimisrühmale osutatud tunnustuse eest. On väga tore,

et kliinikum on juba mitme aasta jooksul pidanud preemia vääriliseks just otseselt kliinilise tööga seotud uurimistööde, mis omavad vahetut mõju haige käsitlemisele täna ja homme. Igapäevases kliinilises töös on veel palju vastamata küsimusi, mille selgitamine võimaldab abi kvali-

teeti parandada. Samas on väga oluline, et püstitatud küsimustele vastataks ka õiget vahendite, sobiva ülesehitusega uuringuga. Meie uurimisrühmas on ühendatud nn prekliinilise eriala, TÜ Mikrobioloogia Instituudi, ja mõlema Eesti lasteintensiivravi osakonna jõud

ja teadmised – usun, et meeskonnas peitubki vägi. Erilist rolli on täitnud prof Irja Lutsar TÜ Mikrobioloogia Instituudist.

Täna kõiki kolleege, kes nõu ja jõuga uuringu õnnestumisele kaasa on aidanud!

UUS TÖÖTAJA

**Jaana Veski**

Augusti algusest on kliinikumi koolituskeskuse uueks projektijuhiks Jaana Veski.

Jaana Veski iseendast: 2003. aastal lõpetasin Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis õe eriala ning asusin tööle kliinikumi üldanestesioloogia osakonda. Töö anesteesiaõena oli stressirohke, kuid andis juurde palju kogemusi. Et veelgi oma teadmisi täiendada, asusin 2006. aastal õppima erialaõppesse intensiivõenduse erialale.

Anesteesiaõena töötades hakkasin tundma, et midagi mu elus on veel puudu. Sellest ajendatult asusin 2007. aastal õppima TÜ õendus-teaduse magistriõppesse õenduspedagoogika alale.

Koolituskeskuse projekti-juhi põhikohustuste hulka kuulub õppetöö planeerimine ja korraldamine ning tihe koostöö õendusjuhtide ja spetsialistidega. Nende kohustuste juures on võimalus tööalaselt areneda ning end ka õppejõuna proovile panna, kuna õde-õpetajaid on keskusel väga vaja.

Jaana karakter ja kogemustepagas kindlustavad edu projektijuhina

Uue projektijuhina valimine oli konkursikomisjonile vastustusrikas ülesanne. Oleme aastate jooksul kogenud, kuid võrd oluliselt sõltub projektijuhist koolituskeskuse maine, edukus ja areng. On hea meel, et just Jaana võttis üle Ilona Pastaruse südamega tehtud töö. Temas on piisavalt ettevõtlikkust ja südikust, kuid samas ka hoolivust ja südamlikkust, mis peaksid tagama toimetuleku keskuse projektijuhina. Kasuks tuleb ka töökogemus ja omandatav eriala magistriõppes. Edu Sulle, Jaana!

TIINA FREIMANN
kliinikumi ülemõde

Dr Anneli Kolk 55

8. oktoobril tähistas oma 55. sünnipäeva lastekliiniku neuroloogia osakonna vanemarst-õppejõud dr Anneli Kolk. Kliinikumi Leht uuris dr Kolt, mis teda meditsiini juurde tõi ning millised on tema tulevikuprioriteedid.

Miks otsustasite arstiks õppida? Miks valisite oma spetsialiteediks just laste-neuroloogia?

Selleks oli üks isiklik põhjus, nimelt oli mul ema haige. See pani mõtlema, et võib-olla saaksin ma tulevikus kedagi aidata. Ning lapsed on mulle alati meeldinud, juba väikese plikana ümbruskonna lapsi hoides, tajusin, et saavutan nendega hea kontakti. Nii et ma teadsin kogu aeg, et tahan just lastearstiks saada.

Kui me ülikoolis neljandal kursusel neuroloogiat õppima hakkasime, tekkis äratundmine, et see on minu eriala. Neuroloogia tundus lihtsalt niivõrd huvitav – just see, et inimese olemus ja käitumine on nii paljuski määratud ajuprotsesside tööst. Kuigi sellal oli lasteneuroloogia meil veel uus eriala ning spetsialiste oli vähe, oli mul õnnelik võimalus olla valdkonna teerajaja ja prof Tiina Tälviku õpilaseks ja temaga koos töötada.



Dr Anneli Kolk.

Millised on Teie prioriteedid ja tulevikuplaanid lasteneuroloogi ametis?

Kindlasti laste insuldi prog-

ramm, mida me suure meeskonnaga läbi viime. Selle eesmärgiks on insuldiga lastele kaasaegse ravi tagamine ning haiguse põhjuste ja levimuse uurimine.

Mind huvitab väga ka neuropsühholoogia. Üheks prioriteediks minu töös on olnud neuropsühholoogiliste uuringute sisseviimine ja testide kasutamine lastel. Erinevate närvisüsteemi haiguste korral esinevate kognitiivsete häirete kindlakstegemine võimaldab haiget last kõige efektiivsemalt aidata. Selle valdkonnaga tahaksin ma ka edasi tegeleda.

Teine neuropsühholoogiline teema, mis mind ka väga huvitab, on sotsiaalse iroonia ja huumori taju uurimine lastel. See, kuidas lapsed naljast aru saavad, kuidas naljataju areneb ja kuidas see erinevate haiguste korral võib häiruda, on põnev valdkond. Siin on võimalik palju korda saata.

DR ANNELI KOLGIGA
vestles **MERILI VÄLJAOTSA**

Valve Tamberg 70

7. oktoobril tähistas juubelit kirurgikliiniku ambulatoorse kirurgia osakonna õde Valve Tamberg.



Valve Tamberg.

Valve Tamberg on sündinud Tartumaal, elanud ja koolis käinud Jõgevamaal. 1961. aastal lõpetas ta Tallinna Meditsiinkooli. Ta on töötanud Maarjamõisa haiglas 46 aastat. Alustas neuroloogia osakonnas, mõnda aega töötas vere-ülekandeosakonnas ja viimased 34 aastat on ta töötanud Maarjamõisa polikliinikus õena koos ortopeedide ja lastekirurgidega. Töötades pikki aastaid koos dr Maaritsa, dots Põki, dr Tammera, dr Liiva-

mäe ja dr Sepaga õppis ta aru saama laste probleemidest. Ka täna küsivad arstid "Valve, mida sina arvad?". Suure panuse on ta andnud patsientide ja nende perede nõustamisel ja õpetamisel. Kõiki tema tegemisi iseloomustab vastutustunne ja täpsus. Ta on hea kolleeg.

Soovime palju õnne ja head tervist juubilarile!

KIRURGIKLIINIK

Dr Toomas Tikk 55

25. oktoobril saab 55-aastaseks kirurgikliiniku abdominaalkirurgia osakonna arst-õppejõud dr Toomas Tikk.

Toomas on pärit Kesk-Eestist, kust ta pärast Türi Keskkooli lõpetamist Tartu Ülikooli arstiteaduskonda õppima tuli. Kursusekaaslased mäletavad teda nii sõbraliku ja meeldiva kaaslasena kõikides ühistes üritustes kui ka järjekindla ja tööka arsti ameti poole pürgijana.

Ülikooli lõpetamisele 1978. aastal järgnes kirurgia internatuur Tartu Kliinilises Haiglas. 1981. aastal alustas ta oma üldkirurgi karjääri üldkirurgia osakonnas, mis alates 1986. aastast on jätkunud kuni tänaseni abdominaalkirurgias. 1986. aastast on Toomas erineva koormusega töötanud ka arstiteaduskonna assistendina.

Toomas Tikk on väga hea kirurg, kes valdab enamust üldkirurgilistest operatsioonide-



Dr Toomas Tikk.

dest. Süvendatud huvi on tal songakirurgia ja viimasel ajal rasvtõve kirurgilise ravi vastu. Lisaks õppejõu ja kirurgi ametile on Toomas töötanud ope-

ratsioonibloki juhatajana ja alates 2000. aastast on ta juhatanud ambulatoorse kirurgia osakonda. Juhatajana on Toomas väga tasakaalukas ja rahu-

lik, alati valmis kolleegidega läbi rääkima, otsides probleemidele parimat optimaalset lahendust.

Elu ei ole ainult töö. Toomasel on ka tore pere: hinnatud kardioloogist abikaasa Sirje ja tublid lapsed Tiina ja Tarmo. Tütar Tiina ja poeg Tarmo tegelevad mõlemad aktiivselt kergetõustikuga. Oma perele on Toomas ehitanud mugava kodu. Ta on väga hea peremees nii oma kodus kui ka oma osakonnas.

Töökaaslased abdominaalkirurgiast soovivad oma heale kolleegile palju õnne, jätkuvat energiat ja head tervist!

Kollegide nimel,

DR MARGOT PEETSALU
kirurgikliiniku vanemarst-õppejõud üldkirurgia erialal

Aednik Hele-Mall Klaassepp

Tartu üks ainulaadsemaid talveaedu asub kliinikumi hoones aadressil Raja 31. Igat külastajat tervitab juba ükselt maja südames asuv oaas. Selle roheline võluaia perenaine on kliinikumi aednik Hele-Mall Klaassepp.

Hele-Mall Klaassepp alustas aednikutööd 27 aastat tagasi Staadioni tänava psühhoneuroloogiahaiglas. Eelnevalt oli ta lõpetanud Röpina Aiandustehnikumi aiandusagronoomina. 1988. aastal kolis haigla uude majja, kuhu oli planeeritud ka talveaed. Aednik meenutab, et alustatud sai nullist ning esimesed taimed soetatati 500 rubla eest ülikooli botaanikaaiast. Nüüdseks koosneb kollektioon ligi 280 taimest ja 30 liigist. Taimed peavad talveaias olema vastupidavad ja varju taluvad nagu näiteks vahalilled, rohtliilid, kuldnõelkõied, varjukannikesed, havisabad. „Õitsvaid taimi võiks rohkem olla,“ on

Klaassepp enesekriitiline. „Aga küllap me saame oma paradiisilinnulille ka!“

Inimestele meeldib aedniku käest ka toataimede kasvatamise kohta nõu küsida. Nii mõnigi toakask, mis liiga suureks kasvanud, on endale talveaias uue kodu leidnud. See-ega on igal asukal oma saamis-lugu ja muidugi vajab iga taim omaette hoolt. „Ausõna, ma ei räägi taimedega, aga kõik mõtted saab mõeldud küll,“ naeratab aednik südamlikult.

Lisaks psühhiaatrikliniku talveaiale on Hele-Mall Klaassepa hoolealusteks teistegi kliinikute esised lillepeenrad. Ka nende eest hoolitsemine on suur töö, mis nõuab oma-



Hele-Mall Klaassepp.

jagu pühendumist. Aednik toob esile, et aastas istutatakse peenardele kokku ligi tuhatkond lilleistikut.

Hele-Mall Klaassepal on tulnud aegade jooksul tööd teha igasugustes tingimustes. Näiteks meenutab ta, et enne seda, kui töömehed talveaeda taimede kastmiseks vooliku paigaldasid, kulus igaks kastmiskorraks 40 ämbritäit vett. Siiski on aednik Klaassepp enda sõnul väga õnnelik inimene, kel õnnestunud töö ja hobi edukalt ühendada.

KLIINIKUMI LEHT

Neuroloogia-alane konverents andis uusi teadmisi ja õhutas koostööd

Septembri lõpus Tartus aset leidnud rahvusvahelist teaduskonverentsi „*The Ephedrone Epidemic – A New Cause Of Chronic Manganism*“ võib pidada igati õnnestunuks – ettekanded olid mõtlemapanevad ning huvi konverentsi vastu suur. Oma arvamusi ja muljeid jagavad Kliinikumi Lehele konverentsi korraldajad TÜ närvikliiniku dotsendid Pille Tabba (PT) ning Sulev Haldre (SH).

Kust saadi idee selle teemalise konverentsi korraldamiseks?

SH: Viimaste aastate jooksul on mitmete Ida-Euroopa riikide, sealhulgas Eesti, haiglatesse ilmunud kummalised noored liigutushäiretega patsiendid. Pikk aega ei teadnud me täpselt, millega on tegemist. Edasisel uurimisel selgus, et selline haiguspilt kujuneb välja narkomaanidel, kes süstivad mõnuainena pseudoefedriini, kaaliumpermanganaadist ja äädikhappest omavalmistatud segu. See sisaldab väga suurtes kogustes mangaani – tuhandeid kordi rohkem, kui seda on näiteks joogiveses. Selle tagajärjel kujunes neil patsientidel välja rasket liikumishäiret põhjustav seisund. Kui võrd tegemist on vähekirjeldatud kliiniliste teadusliku probleemiga, jõudsimegi koos kolleegidega konverentsi korraldamiseni.

PT: Tegelikult pakkus kõige esimesena konverentsi idee välja kolleeg professor Sten-Magnus Aquilonius Uppsala



Prof. Sten-Magnus Aquilonius.

Ülikoolist, kellega teaduskoostööd alustasime. Inimesed on üldiselt väheinformeeritud, ka meie patsiendid ise ei teadnud sageli, millest tegelikult see sündroom on põhjustatud. Esmase idee ajendiks oli eelkõige arstide informeerimine. Konverentsi organiseerimine algas juba

poolteist aastat tagasi, eelmisel kevadel.

Kuidas leidsite konverentsil esinenud lektorid?

PT: Esinejatega tekkisid kontaktid varasematel konverentsidel – kliiniliste teemade lektoritega näiteks nende posterite juures diskuteerides.

Isiklikud kontaktid on väga olulised. Osa esinejaid tuli ka professor Aquiloniuse soovitusel.

SH: Aga ilma atraktiivse sisuta ei oleks keegi tulnud. Hinnatud lektor, keda palju esinema kutsutakse, teeb valikud teemade atraktiivsuse järgi. ▶

ning võib olla jäi kohati arusaamatuks, mis asi see siirdemeditiin on. Neurokonverentsi peateemaks olnud probleem ongi puhtalt siirdemeditiiniline – reaalselt elust (tänavalt, haiglast vms) on võetud tõsine probleem, mille lahendamiseks kaasatakse erinevate erialade teadlased kõige kaasaegsemate vahenditega.

▶ See, et suur hulk esinejaid kohale tuli, näitab siis seega, et konverentsi peeti huvitavaks?

SH: Konverentsi tuumaks on Ida-Euroopas hiljuti kirjeldatud parkinsonistlik sündroom, mis tekib narkootilise segu kasutamisel, mida tehakse nohuravimist Sudafedist. Kuna mujal seda sündroomi ei ole kirjeldatud, aga liigutushäired on sellega praktiliselt haakuv väga oluline kliiniliste teaduslik probleem, siis pakub see Lääne inimestele huvi. See on erakordne kliiniline materjal. Lisaks oli ettekandeid sellega seotud teemadel: toksiko-

koloogia, tööstus-manganism, kesknärvisüsteemi stimulan- did. Siit tuleneb juba laiem küsimus parkinsonismi tekke- mehhanismidest.

Kas konverents õnnestus?

PT: Konverentsi õnnestumisega võib rahule jääda. Olu- line on, et osavõtjate – kuulajate hulgas oli palju noori ning väga erinevate erialade spetsialiste. Lisaks neuroloogidele osalesid psühhiaatrid, farmakoloogid, toksikoloogid ning töötervishoiu arstid.

SH: Kokku oli 240 inimest, mis on päris palju. Peale Eesti oli osalejaid üsna palju ka Lätist.

Mis oli konverentsi tuleme teie jaoks? Mida see uut andis?

PT: Uut oli kliinitsistidele päris palju, näiteks ettekanded toksikoloogiast ja farmakogeenoomikast.

SH: Tuleb kuulata teisi inimesi ja omandada uusi kogemusi ning mõtteid. Teadmine väljastpoolt annab kindlasti uusi ideid. Väike näide: üks lektor käis välja termini *heavy metal voice* kirjeldamiseks segu kasutajatele iseloomulikkude pooleldi ära kadunud madalat häält. Mangaan küll ei ole raskemetall, aga huvitav kontekst siiski.

PT: Kindlasti saime teadus-

töödeks uusi ideid. Osalenud välislektorid on alati valmis samal teemal edasi diskuteerima ja ka teaduskoostööd arendama.

SH: Nüüd tuleb need sündinud eosed teaduslikust koostööst elus hoida ja edasi arendada. See võiks olla selle konverentsi tulem. Uued projektid, ideed jne. Konverents süttas sädeme, mida tuleks nüüd hoida ja leegiks puhuda.

Dotsentide **PILLE TABBA** ja **SULEV HALDREGA** vestles **MERILI VÄLJAOTSA**

Uus efektiivne ja ohutu ravim regionaalanesteesias

Käesoleva aasta mais ilmus juhtivas erialaajakirjas *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* artikkel „Efektiivne doos päevakirurgias spinaalanesteesiaks 2-kloroprokaiiniga“, mille autoriteks on dr Andres Sell ja dr Toomas Tein Tartu Ülikooli Kliinikumist ning prof Mikko Pitkänen Helsingi Ülikooli Ortoni Kliinikust.

Spinaalanesteesia ühekordse süstena on ohutu ja laialt levinud regionaalanesteesia meetod. Lühiaegsete päevakirurgiliste operatsioonide puhul on ravimina kasutatud lokaalanestetik lidokaiini. Viimasel dekaadil on aga ilmenud lidokaiini kasutamisel haigeid häiriv nn mööduv radikulaarne sümptoom, mis väljendub tugeva valuna tuharates ja reite tagapindadel spinaalanesteesia möödumisel. Sellest tulenevalt on püütud leida alternatiivseid ravimeid ning üheks paljulubavaks ja vähe uuritud spinaalravimiks on 2-kloroprokaiin (2-CP).

Meie poolt läbiviidud uurimuses osales kokku 64 ambulatoorse kirurgia patsienti, kellel viidi läbi operatsioon jalal. Haigetel teostati spinaalanesteesia kas 35, 40, 45 või 50 mg isobaarse 2-CP-ga (10 mg/ml). Seejärel hin-



Dr Andres Sell.

nati anesteesia levikut sensoorse ja motoorse blokaadi tekkimise näol kindlate intervallide järel. Edasi hinnati, kas antud ravim kindlustas efektiivse anesteesia operatsiooniks. Jälgsime ka anesteesia

möödumist (sh sensoorse ja motoorse (liikumine, urineerimine) blokaadi möödumine, valmisolek kliinikust lahukumiseks). Märkisime üles ka vahetud operatsiooniaegsed ja -järgsed probleemid telefonintervjuus 7. postoperatiivsel päeval. Tüsituste puhul pöörasime erilist tähelepanu nn mööduvatele radikulaarsele sümptomidele.

Tulemustest selgus, et ravimi kasutamine tagas efektiivse anesteesia ja analgeesia päevakirurgilistel operatsioonidel. Keskmine maksimaalse sensoorse blokaadi tase oli kõrgis neljas grupis ühesugune (T9 dermatoom). Väiksema doosi 2-CP (35, 40 mg) saanud olid võimelised anesteesiast kiiremini taastuma võrreldes nendega, kellele manustati suur doos (50 mg) 2-CP. Hemodünaamiliselt

olid haiged anesteesia ajal stabiilsed. Postoperatiivses perioodis ei täheldatud olulisi probleeme, ei esinenud nn mööduvaid radikulaarseid sümptome ja postspinaalset peavalu.

Tulemuste põhjal võime väita, et 2-kloroprokaiin on uus, efektiivne ja ohutu spinaalanesteesia ravim ning väiksemate ravimidooside kasutamisel möödub anesteesia kiiremini. Arvestades aga antud uuringugruppide suurust, on vajalikud edaspidised uuringud.

DR ANDRES SELL
anestesioloogia ja intensiivravikliiniku üldanestesioloogia osakonna vanemarst-õppejõud

DR TOOMAS TEIN
traumatoloogia ja ortopeediakliiniku traumatoloogia osakonna vanemarst-õppejõud

KOMMENTAAR



PROF SULEV KÕKS
TÜ füsioloogia instituut

Tegemist oli väga asjaliku ja kasuliku konverentsiga, mille peateemaks ühe kodus valmistatava narkootikumi toksilisus ja selle analüüs. Esinejaid oli seinast sein – kliinilise poole pealt kuni keemikuteni välja. Et ka Eestis on antud probleem väga aktuaalne ning mitmed teadlased teemaga seotud, andis konverents kiiresti üsna detailse

ülevaate ning muidugi ka uusi ideid. Lisaks saime pakumisi koostööks. Kuna tegemist on klassikalise probleemiga – „kodukootud“ narkootikumi tarvitamisest tekkinud püsiva tervisekahjustusega, oli huvilisi palju. Eraldi tahaks esile tuua konverentsi head ajastust. Paar päeva varem toimus siirdemeditiini tippkeskuse aväüritus

Insuldist lapseeas

Insult on päevakajaline teema

Insuldi käsitlus on muutunud, ravimatu haigus on tänapäeval muutunud ravitavaks. Kui täiskasvanute insulti osatakse ägedas perioodis hästi diagnoosida, siis lapseeas insuldi esinemisvõimalusele sageli isegi ei mõeldaks.

Insulti esineb ka lastel

Siiani püsib ka arstide seas arvamus, et insult on ainult vanemate inimeste haigus. Ehkki lapseeas esineb insulti ca 100 korda harvemini, on see laste surma põhjuste hulgas esimese 10 seas. Oluliselt kõrgem on insulti haigestumine vastsündinu-perioodis ning insult võib tekkida ka lootel.

Arvestades puuet, mis saadab last kogu edaspäidise elu ja uusi ravivõimalusi, mis õigeaegse diagnostika ja ravi korral tagavad lapse tervistumise, on haiguse varajaste sümptomite äratundmine kriitilise tähtsusega. Peab rõhutama, et insuldi on lastel sageli keerukas ära tunda, siin aitab arsti õige mõte ja tundlike radioloogiliste uurimismeetodite kiire kasutamine.

Insult lastel jaotatakse lapse vanuse ja etioloogiliste faktorite eripära arvestades kaheks vormiks:

- 1. Perinataalne insult** tekib heterogeensetel põhjustel vanuses 28 GN-28 p, aluseks fokaalne aju verevoolu katkemine tingituna arteriaalsest või venoosset tromboosist, embooliast või veresoone lõhkemisest, haigestumus Eestis 63:100 000 ehk 1:1578 (Laugessaar k.a. 2007).
- 2. Lapseeas insult** tekib vanuses 29 p-18 a, haigestumus 2-5: 100 000. Hemorraagiliste (suremus 30-40%) ja isheemiliste insultide (suremus 12-15%) suhe on pooleks, lisaks 5%-l sinvenoossed tromboosid. Eestis on lapseeas insulti haigestumise keskmise vanus 8 a.



Anneli Kolk.

» Siiani püsib ka arstide seas arvamus, et insult on ainult vanemate inimeste haigus.

Lapseeas insuldi olulised riskid ja halvad tagajärjed

Oluline on insuldi diagnostika, ravi ja preventioon haiguse kõrge kordusriski tõttu (suurim 6 k -5 a), kus uus insult võib korduda 7-20%-l, ravimata juhtudel 50%-l, tserebraalsete arteriopaatiate korral võib kordusrisk tõusta isegi 66%-ni (Kirton & Veber 2006, Fullerton k.a. 2007). Kõige enam teevad arstidele muret ajuinsuldi halvad kaugtagajärjed: motoorikahäire (pareesidena) jääb püsima 68%-73%-l ja kognitiivsed häired 50%-l lastest, epilepsia võib lisanduda 30%-l juhtudel (Telfer et al. 2007). Elukestev toetusvajadus ja ravi teeb lapseeas insuldist väga kalli haiguse.

Lapseeas insuldi põhjused ja tundemärgid

Täiskasvanu ja lapseeas insuldi erinevad haigused, seda tänu erinevatele etioloogilistele faktoritele, mis haigust põhjustavad. Arvatakse, et tänapäeval on juba 70-90%-l

juhtudel võimalik laste insuldi põhjust kindlaks teha. Lapseeas insuldid eristatakse 3 tüüpi põhjuseid:

- 1. arteriopaatilised** (infektsioossed vaskuliidid: nt varicella-infektsiooni põdemine viimase aasta jooksul, mädane meningiit, arteriaalne dissektsioon pea- või kaeltraumast jne) 80%-l,
- 2. mittearteriopaatilised** (kardiaalsed, krüptogeensed),
- 3. protrombootilised** põhjused 30-50%-l.

Kliiniliselt võib insult avalduda äkki tekkiva neuroloogilise haigestumisena, mille sümptomiteks on krambid, hemiparees, kõnehäire, muutunud teadvusseisund, muu neuroloogiline koldeleid nägemis- või tundlikkushäirena, ataksia, tugev peavalu, oksendamise ja temperatuuritõus. Kui kliinilist leidu kinnitab pildidiagnostika (ajuarteri varustusosal esinev isheemiline kolle või hemorraagia) saamegi diagnoosi. Arstid peaksid äkki tekkiva neuroloogilise defitsiidi korral lastel kindlasti kahtlustama ajuinsulti ja kasutama kaasaegseid uurimisevahendeid, kus kõige kiirema vastuse annab difusiooni MRT, sobib ka perfusiooni KT ja edasi MRT, MRA/MRV (vastavaid uuringuid on võimalik teha nii Tartu kui Tallinna Lastehaiglate baasil). Sageli ei mõeldaks ajuinsuldi võimalusele, mistõttu diagnoos hilineb, seda näitavad ka insuldihaigete esialgsed diagnoosid: entsefaliit, meningiit, ajutuumor, ajutrauma, epileptiline hoo järgne Toddi parees jne.

Erinevalt täiskasvanutest võib insult lastel tekkida ka subakuutselt, sümptomid kujunevad välja järk-järgult pikema perioodi jooksul või kaovad ja tekivad teatud aja pärast uuesti, mis pikendab veelgi diagnoosini jõudmise aega.

Seni avaldatud andmetel saab ainult 25% isheemilise

insuldiiga lastest diagnoosi esimese 3-6 t jooksul (Gabis et al. 2002), mis on trombi lõhustamiseks võimalik ajavahe-mik.

Insuldi ravivõimalused

Laste insuldi ravis on väga olulisel kohal neuroprotektiivne ravi ja hoolitsus, mis väljendub hüperkemia, hüpertermia, hüperglükeemia, raske hüpertensiooni ja krampide kiire ravis.

Kahjuks puuduvad insuldi ravi kohta pediaatrilised kliinilised ravimuuringud, mistõttu põhineb ravi suure osas täiskasvanute andmete poleerimisel, konsensus-kokkulepetel ja ekspertarvamustel, kus esmaseks terapeutiliseks sihiks on protrombootiliste häirete korrigeerimine (tulevalt lapseeas insuldi etioloogias): kas antikoagulant-, antitrombootiline (Aspirin 5 mg/kg akuutses faasis) või uue võimalusena trombolüütiline ravi.

Arteriaalse isheemilise insuldi etioloogilise ravi rakedamine jääb esimese 3 tunni (5 t) vahemikku, Ameerika mitmes keskuses on koe plasminogeeni aktivaatori (tPA) kasutamine aju verevoolu taastamiseks lastel muutunud esmavalikuks. Esmatähtis on siiski ravi ohutus, ravi toimub protokoll järgi insuldi meeskonna juhtimisel.

Teatud spetsiaalsetel juhtudel soovitatakse kirurgilist ravi: ägedas perioodis ajusise rõhu tõusul dekompressiivset kirurgilist sekkumist (ajuturse oht kõige suurem esimese 72-96 t jooksul), endovaskulaarset kirurgiat (ajaline "aken" kuni 8 t täiskasvanutel). Antikoagulantravi ägedas perioodis toimub **Hepariini** või LMWH-ga, subakuutses perioodis Aspiriiniga (per os 3-5 mg/kg/die). Sekundaarseks preventiooniks on lastel esmavalikuks Aspirin annuses 1-3 mg/kg/die või Plavix (v.a sirprakuline aneemia, dissektsioon, kardioem-

► booliline põhjus).

Väga oluline on taastusravi (kuni 6 t päevas) ja uue soovitatava meetodina transkraniaalne magnetstimulatsioon (TMS).

Tegutsemistaktika: aeg on aju

Kui lapsel tekib järsku neuroloogiline koldeümptomatoloogia, mõeldaks insuldi võimalusele, teha kiire radioloogiline uuring ja konsulteerida lasteneuroloogiga. Isheemilise insuldi kinnitusele MRT-s informeerida insuldi meeskonda, alustada neuroprotektiivse ravi ja vastunäidustuste puudumisel trombolüütilisega.

Eesti võimalused

Eestis oli tänu ETF grantidele (2003-2006) võimalus luua lapseeas aju vaskulaarsete haiguste uuringu töögrupp vanemteadur A. Kolgi juhtimisel koos prof. emer. T. Talviku, doktorant R. Laugessaare ja magistrant M. Ennokiga, mis pani aluse nii perinataalse kui lapseeas insuldi süsteemsetele uuringutele Eestis. Käesolevaks ajaks oleme kujunenud arvestatavaks uuringukeskuseks Ida-Euroopas, olemes *International Pediatric Stroke Study* liikmed ja meie epidemioloogiliste uuringute andmed ühtivad teiste teadlaste andmetega. Järgmise etapi ülesandeks on perinataalse ja lapseeas insuldi teaduspõhiste ravijuhiste koostamine ja hüperakuutse ravi-trombolüüsi sisseviimine arteriaalse isheemilise insuldi ravis lastel.

DR ANNELI KOLK

TÜK lastekliinik; L. Puusepa nimelise Neuroloogide ja Neurokirurgide Seltsi insuldi töörühm

Insult: kiire abi päästab aju

Mis on insult?

Insuldi põhjuseks on verevarustuse häire kindlas peaju piirkonnas, mis tingib neuroloogiliste ja/või üldümptomite tekke kestusega üle 24 tunni. Insulti haigestuvad sagedamini vanemaealised, kuid ligi 25% kõikidest insultidest tekib alla 50aastastel isikutel.

Insulti haigestumus on Eestis suur. TÜK närvikliinikus aastatel 2001-03 läbi viidud uurimuse järgi haigestub Tartus igal aastal esmasse insulti 223 isikut 100 000 kohta. 80-85%-l juhtudest on tegemist isheemilise insuldi ehk ajuinfarktiga.

Kas insult on ravitav?

Läbi aegade on insuldi käsitlus olnud erinev ning väga kaua arvati, et vaatamata ravile olulist paranemist ei tule. Juba hukkunud närvirakud kahjustatud piirkonnas ei ole taastumisvõimelised. Siiski kujuneb hävinud närvirakkude ümbrusse nn penumbra-ala, kus neuronid on verevoolu kiire taastumise korral eluvõimelised. Eesmärgiga päästa penumbra, on isheemilise insuldi korral positiivseid tulemusi andnud vaid trombi lõhustav ravi ehk trombolüüs, kuid ka patiensendi ravimine haigla insuldiüksuses (inglise k *stroke unit*). Trombolüüsi andmed ühtivad teiste teadlaste andmetega. Järgmise etapi ülesandeks on perinataalse ja lapseeas insuldi teaduspõhiste ravijuhiste koostamine ja hüperakuutse ravi-trombolüüsi sisseviimine arteriaalse isheemilise insuldi ravis lastel.

Kui lai on nn terapeutiline aken?

Trombolüüsi olulisemateks tüsistusteks on peaju ulatuslikud verejooksud, mistõttu tuleb arvestada mitmete vastunäidustustega. Praegu kasutusel oleva trombolüütikumi alteplaasi intravenoosse ravi kriteeriumid pärinevad 1995. a avaldatud NINDS (*National Institute of Neurologic Disorders and Stroke*) uuringust. Eestis



Dr Janika Kõrv.

teostati esimene trombolüüs isheemilise insuldi patsiendil TÜ Kliinikumil 29.11.2003. a. Siiani oli trombolüüs alteplaasiga registreeritud ainult 3 tunni jooksul neuroloogiliste sümptomite tekkest. Viimase aja suurimaks läbimurdeks isheemilise insuldi käsitluses on *European Cooperative Acute Stroke Study* (ECASS) III tulemused. Selgus, et intravenoosne trombolüüs alteplaasiga on tõhus ja ohutu kuni 4,5 tunni insuldisümptomite tekkest.

Kas insuldihaige võib täielikult paraneda?

Insult on neuroloogiliste haiguste hulgas meeldivaks erandiks, sest seoses trombolüüsi-ga on tekkinud võimalus, et neuroloogilised sümptomid täielikult taanduvad. Kuigi terapeutiline aken trombolüüsi korral positiivseid tulemusi andnud vaid trombi lõhustav ravi ehk trombolüüs, kuid ka patiensendi ravimine haigla insuldiüksuses (inglise k *stroke unit*). Trombolüüsi andmed ühtivad teiste teadlaste andmetega. Järgmise etapi ülesandeks on perinataalse ja lapseeas insuldi teaduspõhiste ravijuhiste koostamine ja hüperakuutse ravi-trombolüüsi sisseviimine arteriaalse isheemilise insuldi ravis lastel.

intravenooset trombolüüs-ravi 3 tunni jooksul saab ainult 2-4%. Loodame, et patiensendi haiglasine käsitlus seoses neuroloogia osakonna kolimisega valmivasse haigla-korpusesse muutub tõhusamaks ning rohkem patsientide paraneb täielikult. See peaks toimuma neuroloogide, EMO, radioloogia ja ühendlabori personali ühisel jõul. Uude majja on planeeritud ka kaasaegne insuldiüksus, mis usutavasti kliinikumi toel ka teoks saab ja Eesti meditsiini lipulaeva vääriline on.

Insuldisümptomid: helista viivitamatult 112!

Olgu haiglasine insuldi käsitlus kui efektiivne tahes, aeg hakkab siiski „tiksuma“ insuldisümptomite tekkest. Üle maailma on probleemiks see, et sageli ei tunne inimesed insuldi sümptomeid ära ja haiglasse jõutakse alles siis, kui trombolüüs ei ole enam lubatud. Selline mulje on ka trombolüüsi teostavate Tartu ja Tallinna haiglate neuroloogidel. Üle maailma on algatud kampaaniaid, et teavitada tava-kodanikke insuldist ja kiirest abi kutsumise vajadusest. 2008. a kevadel loodi L. Puusepa nimelise Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Seltsi juurde insuldi töörühm, mille esmaülesandeks seadsime elanikkonna insuldi sümptomite teavitamise rõhutades seejuures viivitamatult kiirabi kutsumise tähtsust. Kampaania avalöök toimub 29. oktoobril, kui tähistatakse igaaastast ülemaailmset insuldi-päeva. Sel puhul toimuvad teabeüritused linnarahvale nii Tallinnas kui Tartus koos mitmete ülesastumise meedias.

DR JANIKA KÕRV DR RIINA VIBO

TÜK närvikliinik; L. Puusepa nimelise Neuroloogide ja Neurokirurgide Seltsi insuldi töörühm

Patsientide rahulolu ambulatoorsete teenustega kliinikumis

Alates 2001. aastast korraldame kliinikumis patsientide rahulolu-uuringud. Kui aastatel 2001-2007 küsitlesime statsionaarsel ravil olevaid patsiente, siis tänavu mais küsitleti esmakordselt kõiki ambulatoorsetel vastuvõtul, uuringutel või protseduuridel käinud patsiente.



VAIKE SOODLA
analüüsi-marketingi-
teenistuse ökonomist



MART EINASTO
juhatuse liige

täidetud ankeeti. Ankeedile vastanutest moodustasid 65% naised ja 35% mehed. Vastajate keskmine vanus oli 45 aastat.

Üldine rahulolu

Uuringu tulemused näitavad, et patsientide rahulolu kliinikumi ambulatoorsete raviteenustega on kõrge ja võrreldav rahuloluga statsionaarsete teenustega. Väga rahul oli

kliinikumile on väga kõrge, 88,7% vastanutest pöördus vajadusel kindlasti taas kliinikumile.

Erinevad rahulolu aspektid

Analüüsi tulemustest selgus, et rahulolu aspektid, millele patsiendid kõige rohkem "väga rahul" hinnangu andsid, olid arstide (76,9%) ja õdede (74,2%) suhtumine.

Kõige vähem oldi rahul registratuuri tööga ja ooteaja pikkusega registreerimisest vastuvõtuni. Ambulatoorse eriarstiabi kättesaadavusega ei olnud rahul 25,6% vastanutest, see on ka igati mõisteta, sest üle nelja nädala ootas ambulatoorsele vastuvõtule pääsemist 30,9% patsientidest. Kliinikumis tervikuna oli keskmine ooteaeg peaaegu haigekassa nõuetele vastav - 30 päeva, kuid kliinikuti oli see väga erinev. Silmakliinikus ootasid patsiendid vastuvõtule pääsemist ala-

Küsitluse aluseks oli PATH (*The Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals*) Eesti töögrupis ühiselt välja töötatud ankeet.

Samasuguse küsitluse viisid läbi ka Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Ida-Viru Keskhaigla ja Pärnu Haigla.

Ankeedis oli 39 küsimust, neist enamus valikvastustega. Küsimused hõlmasid patsientide üldist rahulolu ambulatoorse külastusega, rahulolu vastuvõtule registreerimisega ja

Uuringu tulemused näitavad, et patsientide rahulolu kliinikumi ambulatoorsete raviteenustega on kõrge ja võrreldav rahuloluga statsionaarsete teenustega.

töökorraldusega registratuurides, ravi kättesaadavust, vastuvõtu korraldust ning hinnangut arsti ja õe tööle.

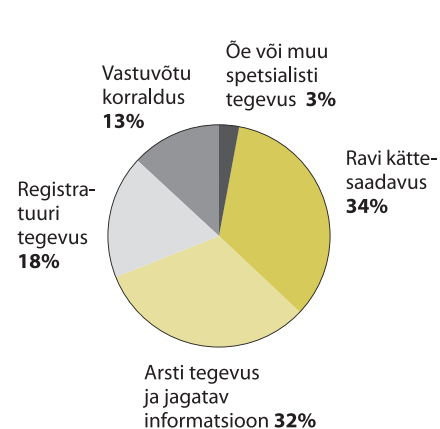
Ankeete jagati kõikides ambulatoorse vastuvõtu kohtades (v.a EMO). Saime tagasi 3360

73,6% vastanutest. Kõrgem oli rahulolu naistekliinikus, südamekliinikus, kõrvkliinikus, hematoloogia-onkoloogia kliinikus, psühhiaatrikliinikus ja kopsukliinikus. Rõõmustav on, et patsientide lojaalsus

Esitatud küsimus ja väga rahul olivate %

Kas jäite arsti suhtumisega rahule?	76,9
Kas jäite õe või muu spetsialisti suhtumisega rahule?	74,2
Kas Te jäite tänase külastusega rahule?	73,6
Kas selgitused protseduuride kohta olid arusaadavad?	68,6
Kas jäite arsti selgitustega rahule?	67,0
Kas jäite õe või muu spetsialisti selgitustega rahule?	65,1
Kas uuringu tulemuste kohta antud selgitused olid arusaadavad?	63,3
Kas jäite rahule selgitustega ravimite kasutamise kohta?	63,1
Kas õe või muu spetsialisti poolt Teile pühendatud aeg oli piisav?	60,7
Kas arsti poolt Teile pühendatud aeg oli piisav?	59,4
Kas jäite registratuuritöötajate suhtlemisega rahule?	58,4
Kas jäite rahule juhustega, kuidas haigusega kodus toime tulla?	56,8
Kas jäite rahule juhustega, mida teha haiguse ägenemise korral?	52,6
Kas jäite rahule selgitustega ravimite kõrvaltoimete kohta?	52,3
Kas vastuvõtule registreerimine oli lihtne ja kiire?	51,4
Kas jäite rahule ooteaja pikkusega vastuvõtu toimumiseni?	34,8

Rahulolu mõjutavad tegurid



tes registreerimisest keskmiselt 94 päeva, naistekliinikus ja hematoloogia-onkoloogiakliinikus 42 päeva.

Kuigi patsientide rahulolu arstide suhtumisega oli kõrge, näitavad vastused teistele küsimustele, et patsiendid ootavad arstidelt suuremat aja ja tähelepanu pühendamist ning rohkem selgitusi nii ravi kui ravimite kohta.

Patsientide hinnangul olulised tegurid

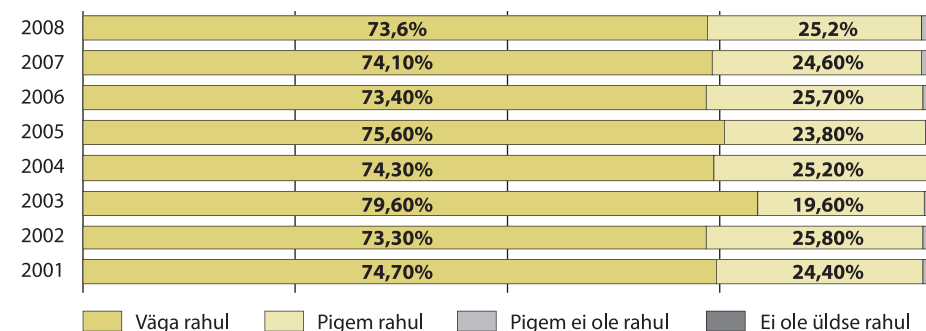
Vastajatel paluti eraldi välja tuua kõige olulisemad asjad, millele kliinikum peaks tähelepanu pöörama. Kõige enam märgiti siin arstiabi kättesaadavust - 463 korda. Oluliselt teisel kohal oli arsti suhtumine ning tema poolt jagatavad selgitused ja informatsioon - 419 korda. Väga oluliseks peeti ka registratuuri tegevust.

Mitmel korral märgiti probleemina autode parkimise võimalust.

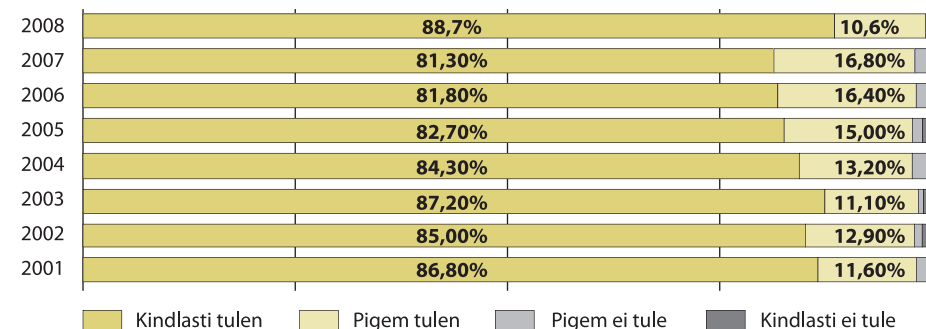
Sarnased küsitlused ja rahulolu-uuringud annavad ülevaate inimeste ootustest tervishoiuteenustele ning võimaldavad neile paremini vastata. Patsientide rahulolu on kliinikumi jaoks jätkuvalt oluline.

Täname kõiki küsitluses osalejaid.

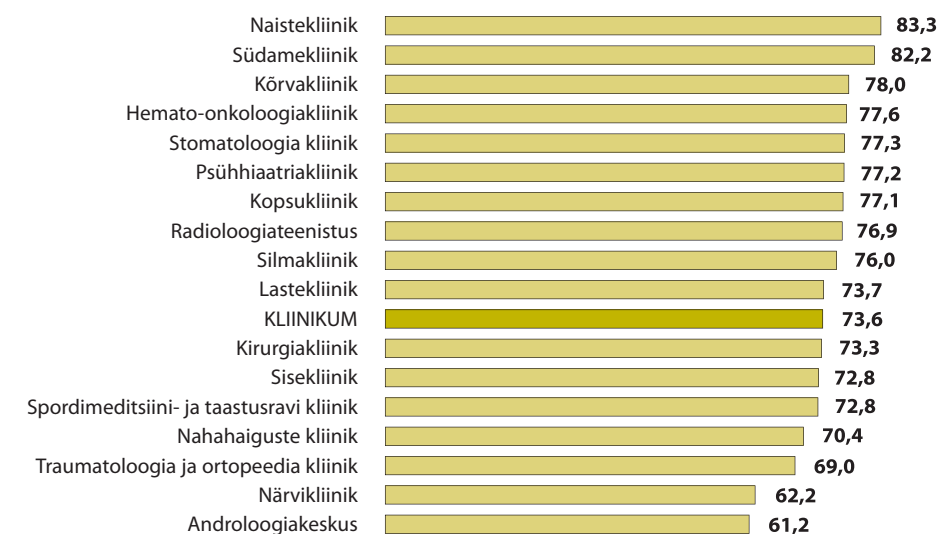
Palun hinnake, kui rahule Te jäite Kliinikumi raviteenusega?



Kas tulete taas Kliinikumi ravile?



Patsientide rahulolu 2008 (%)



MEEDIAS

Tartu Ülikooli Kliinikumi C-, D-, G2- ja G1-korpuse es ning H-korpuse otsas paiknevates parkimistaskutes on kohti kokku 110 autole. See parkimisala hakkabki tulevikus olema tasuline ehk teisisõnu, seal parkimine on võrdsustatud linna C-piirkonna korraga.

Tartu Postimees, 29.09.2008. „Maarjamõisa uus parkimiskord küsib kas aega või raha“

Kui ehitaja oktoobris lõpetab, algavad pingelised mööbli ja aparatuuri paigaldamise kuud. Esimesed uusasukad kolivad sisse detsembris.

Tartu Postimees, 02.10.2008. „Haigla kogub jõudu“

Tartu ülikooli neljanda kursuse arstitudeng Katrin tunnistas Tartu Ekspressile, et abiõnna töö leidmine on olnud sel sügisel tõeline katsumus. Katrin käis end tööle pakkumas viies Tartu ülikooli kliinikumi osakonnas. „Ühessegi neist ma ei saanud ning mõnes kohas öeldi lausa, et neil on soovijatest järjekord ootamas,“ lisas Katrin.

Meditsiiniuudised, 02.10.2008. „Arstitudengid ei leia tööd“

Spinaalne lihassettoofia ehk SMA on üks sagedamini esinevaid lapse geneetilisi haigusi. SMA-d koos kolleegidega uurinud Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliiniku neuroloogi Inga Talviku andmeil esineb seda haigust ühel inimesel 6000–20 000 kohta.

SL Õhtuleht, 07.10.2008. „Tõvega kaasneb ka hulk teisi hädasid“

Kui kõik läheb plaanipäraselt, näevad viimased beebid Toomemäel asuvas naistekliinikus ilmavalgust enne jõule. Uus aasta loode takse vastu võtta juba peagi valmimas Maarjamõisa hoones. /.../ Maarjamõisa meditsiinilinnaku projektijuhi Toomas Kivastiku sõnul saavad naistekliinikule mõeldud ruumid lõplikult valmis oktoobrikuu jooksul. "Praegu lõpetatakse sisetöid," teavitas Kivastik.

Meditsiiniuudised, 10.10.2008. „Toomemäe sünnitusmaja kolib detsembris“



Fotod: Pille-Riin Pregel

EMO sissepääs, kust kaudu saavad erakorralised haiged. Sünnitajad pöörduvad küll EMO-sse, kuid nad juhatakse sealte kohe edasi sünnitusosakonda kolmandale korrusele, kus toimub nende vastuvõtt haiglasse. Erakorraliste günekoloogiliste patsientide esmane läbivaatus toimub EMO-s, kus on olemas eraldi günekoloogilise vastuvõtu ruum.

Naistekliinik kolib kliinikutest esimesena uude majja

Juba käesoleva aasta lõpus seisab naistekliinik ees suurim kolimine asutuse ajaloos. Esmakordselt pärast 200 aastat tuleb hüvasti jätta juba armsaks saanud Toomemäega.

Tulevane naistekliinik arvudes

Sünnitustubasid	9
Neist vanniga	3
2-kohalisi palateid	19
1-kohalisi palateid	2
Isolaatoreid	2
Vastsündinute II astme intensiivpalateid	1
4-kohalisi II astme intensiivpalateid	1
Perepalateid	13
Vastuvõtukabinete (vestlusruum + läbivaatusruum) naistenõuandlas	7

Mis on G2 korpuses?

- G2 korpus 1. korrus – naistenõuandla
- G2 korpus 2. korrus – naistekliiniku sünnituselne ja -järgne palatiosakond
- G2 korpus 3. korrus – sünnitusosakond ja günekoloogia palatiosakond

Kliiniku-pere nendib, et vanast majast on kahju lahkuda, sest oma asupaika Toomel on hakatud armastama. „Meil on kahju lahkuda majast, milles on sünnitusabi osutatud alates 1834. aastast – siin on eriline õhkkond, ajalugu ja traditsioonid,“ selgitab naistekliiniku juhataja prof Helle Karro.

Lahkumiskurbust leevendab teadmine, et uus kompleks toob endaga kaasa suuremad võimalused ja paremad tingimused. „Kogu olme pool on ju sünnitusel väga tähtis,“ räägib prof Karro. „Uues majas on rohkem ruumi, perepalateid on rohkem... Eeskätt võivadki ümberkolimisest patsiendid, kelle jaoks uus teraviklahendus on kindlasti mugavam ja parem.“

Naistekliiniku kolimine on plaanitud selle aasta 51. nädalale ning see eeldab vähemalt osalist operatsiooniploki, intensiivravi, kesksterilisatsioon

ni ja erakorraliste haigete vastuvõtu funktsioneerimist.

Naistekliiniku tulevases töökorraldusest

Uude majja kolimisel säilitatakse naistenõuandlase pöördumisele privaatsus, st ambulatoorsele vastuvõtule tulijad pöörduvad otse naistenõuandla alamregistratuuri, mis asub pearegistratuurist eraldi G2 korpuse esimesel korrusel. Põhjaliku uuenduskuuri teeb läbi kabinettidesse siseneda reguleerima elektrooniline järjekorrasüsteem (nagu näiteks pankades). Nõuandla vastuvõtukabineteid on „kahe-toalised“, kus esimene on vestlus- ning teine läbivaatusruum.

Uus hoone pakub naistekliinikule ka mitmeid moodsamaid tehnilisi lahendusi, näiteks paremaid võimalustega reproduktiivmeditsiinilabor ning kaasaegsem videoülekan-

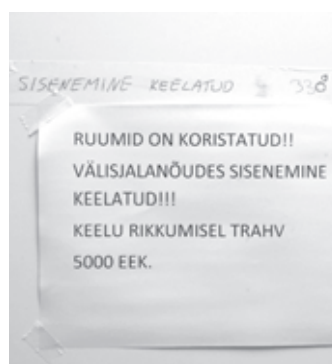
nete tegemise süsteem.

Uus kompleks soodustab ja lihtsustab koostööd erinevate kliinikute ja teenistuste vahel. Prof Helle Karro selgitab, et kogu naistekliiniku tegevus on interdistsiplinaarne ning sageli on vajalik erinevate erialade omavaheline koostöö ja konsulteerimine.

Üheks koostöövormi näiteks on uute korpuste ühine operatsiooniplokk. Operatsiooniteenistuse direktori Toomas Ellervee sõnul hakkavad (sarnaselt teiste uude majja kolivate kliinikute operatsiooniosadega) seni sünnitusmaja operatsioonitoas töötanud õed edaspidi alluma operatsiooniteenistusele. Naistekliiniku alluvusse jääb päevastatsionaari operatsiooniprotseduuride tuba.

Uue maja logistiline plaan saab korraldatud vastavalt võimalustele ja vajadustele.

KLIINIKUMI LEHT



Sünnitusosakonda ülesriputatud sildid räägivad iseenda eest: uue hoone korpused G1 (EMO, IRO, radioloogia, operatsiooniplokk) ja G2 (naistehaigla) peavad valmis olema 21. oktoobriks, mil uut maja külastab vastuvõtukomisjon. Komisjoni kuuluvad linnavalitsuse, tervisekaitse, töökaitse ja päästeameti esindajad.

Kliinikumi uue ravikorpuse pidulik avamine

Uus ravikorpus ehk Maarjamõisa meditsiinilinnaku I ehitusjärg on plaanis pidulikult avada reedel, 5. detsembril kell 15.00. Avamisüritusel osalevad peaminister Andrus Ansip, sotsiaalminister Maret Maripuu, Tartu linnapea Urmas Kruuse ja Tartu Ülikooli rektor Alar Karis.



Fotod: Pille-Riin Pregel

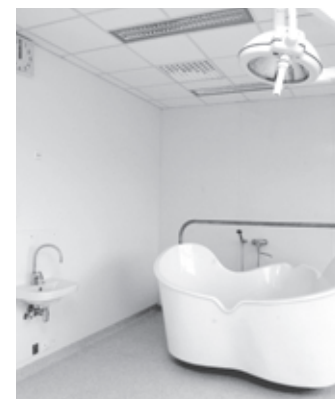
Automaatikaga puutevabad uksed sünnitusosakonnas, mille infrapuna andurid reageerivad käesoojusele. See tähendab, et ukse pole käega tarvis puudutada, mis on haigla nakkustõrje aspektist äärmiselt oluline uuendus.



Naistenõuandla koridor, mille värvideks on punase erinevad varjundid kombineerituna heledate toonidega.



Üks kuuest vannita sünnitustoast, mille suured aknad lasevad ruumi rohkem looduslikku valgust. Akvaariumiefekti siiski sünnitajad pelgama ei pea – akende ette tulevad alt-üles suunas suletavad rulood.



Pildil on üks kolmest projektijuht Toomas Kivastiku sõnul Eestis ainulaadse spetsiaalse sünnitusvanniga sünnitustubadest.

Tõehetk ehk uue maja kohta levinud väited ja tekkinud küsimused

Sünnituspalatid on punased

Vastab Maarjamõisa meditsiinilinnaku projektijuht Toomas Kivastik: „Ei ole. Naistenõuandla ja sünnitusosakonna põhitoon on punane, mis aga ei tähenda, et see oleks ainus värv. Kasutatud on ka punase alltoone. Sünnituspaalid on siiski heledad.“

Sünnitusosakonna koridorides on üleval putukate pildid

Vastab Maarjamõisa meditsiinilinnaku projektijuht Toomas Kivastik: „Jah, G2 korpusesse on tõesti projekti järgi ette nähtud suured fotoseinad, millel kujutatakse erinevaid ja väkeloomi. Ning see ei tohiks olla kellegi jaoks uudis. Juba 2007. aasta 11. oktoobril tutvustasid sisearhitektid uue maja värvikontseptsiooni kliinikumi infokoosolekul. Kui nüüd fotoseintest konkreetsemalt rääkida, siis leiduvad seal muu hulgas näiteks liblika, teo ja konna pildid.“

Arstide puhkeruumid on maja keskel, pimedad ja akendeta

Vastab Maarjamõisa meditsiinilinnaku projektijuht Toomas Kivastik: „See on täielik müüt. Need, kes on objekti külastanud, on ise saanud veenduda, et see pole üldse tõsi.“

Roostetanud välisseinad hakkavad vihuga kõike ümbritsevad punaseks määrima

Vastab Maarjamõisa meditsiinilinnaku projektijuht Toomas Kivastik: „Nn roostetanud terasplekist kate eraldab esialgu vihmaveega tõepoolest roostet, kuid ümbritsevat pinnast

see määrima ei hakka, sest selle vältimiseks on paigaldatud vastavad rennid. Paari aasta pärast määrimine lõppeb.“

Naistekliinik peab kolima esimesena, sest kliinikumil on kiire vana maja müügist saadavate tuludega

Vastab juhataste liige Margus Ulst: „Ega see kuulujutt nii väga vale ei olegi. Kliinikum peab Toomemäel asuva naistekliiniku hoone ülikoolile üle andma jaanuarikuu jooksul. Iga võidetud päev hoiab kokku kütte- ja elektrikulusid ning kiirendab müügiraha laekumist. Müügist saadav tulu moodustab kliinikumi kogutuludest küll vaid napid paar protsenti, kuid nende miljonite eest saab soetada nii mõndagi vajalikku uue haigla hoone sisustamiseks. Lisaks on kiirel kolimisel veel see pluss, et lõpuks ometi võivad lapsukesed Tartus kaasaegsetes tingimustes ilmale tulla, mitte ei pea seda tegema pudeneva tsaari- ja nõukogudeaegse krohviga seinte vahel. Realistliku kirjelduse võib leida Kati Murutari loomingu.“

Kas uude haiglasse tuleb ka väike palvetamisruum usklikele inimestele? Välismaal pidavat kaasaegsetes haiglates taoline palvetamise-mediteerimise koht olema.

Vastab Maarjamõisa meditsiinilinnaku projektijuht Toomas Kivastik: „Konkreetselt uude majja sellist ruumi pole ette nähtud, kuid edaspidi tuleks sellele lahendus leida ja see ruum tekitada.“

KLIINIKUMI LEHT

Foto: Jaak Nilson



Grupiteraapia õed Katrin Sööt ja Katri Šinkarev teraapiaruumis.

Loovus ja empaatia teevad hea grupiteraapia õe

Käesoleva aasta kevadel grupiteraapia läbiviimise koolituse lõpetanud õed Katri Šinkarev ja Katrin Sööt on sest saadik psühhiaatrikliinikus regulaarselt rühmateraapia tunde läbi viinud.

Rühmateraapia õe jaoks algab kogu protsess eeltöoga. Esialgult tuleb rühm komplekteerida, mis on tavaliselt kõige keerulisem - grupp peab tõepoolest omavahel kokku sobima. Psühhiaatriaõed toovad näiteks, et on patsiente, keda omavaheliste pingete tõttu ei saa mitte mingil juhul ühte teraapiagrappi võtta. Vastasel juhul puudub grupis harmoonia ning siinjuures ongi tähtis roll teraapiaõel, kes rühma moodustab.

Terapeut olgu loov

Grupiteraapia tundide läbiviimisel on äärmiselt oluline õe empaatia ja loovus. Teraapiaõed Šinkarev ja Sööt on mõlemad veendunud, et just need omadused teevad hea terapeudi. Rühmateraapia pu-

hul on küll teatud kindlad reeglid ja protseduurid, mida kõik teraapiaõed järgivad, kuid ülejäänud on täiesti terapeudi enda valik ja sõltub paljuski tema loovusest.

Õed toovad enda praktikast näiteid, kus teraapiaseansse on läbi viidud õuetingimustes, seotud muusika- või värviteraapiaga. Mänguline lähene mine maandab ärevust, mistõttu on gruppides mängitud erinevaid rollimänge ning isegi värvitud, voolitud ja meisterdatud. „Sageli on patsientide esimene reaktsioon, et issand ma ei oska!“ meenutavad terapeudid. „Aga siinkohal polegi eesmärgiks taiesed, oluline on protsess ise ja eneseväljenduse võimalus, mida see pakub.“

Grupiteraapia puhul on

äärmiselt oluline ka see, et kõik rühma liikmed saaksid oma arvamust avaldada. Väimse tervise õed Sööt ja Šinkarev toovad esile, et sellise probleemi saab hästi lahendada mõned esed kasutusele võttes. „Aeg-ajalt rakendame selleks näiteks karvast loomakest, mis käest kätte liikudes märgib seda, kes hetkel sõna saab.“

Õde kui teraapia-protsessi suunaja

Üheks rühmateraapia õe peamiseks ülesandeks on kogu teraapiaprotsessi suunamine. Tä juhivad seansi selliselt, et patsiendid suhtleksid omavahel, et ei tekiks vaid ühe patsiendi ja terapeudi vahelist dialoogi ning et keegi ei jääks tõrjutuks. „Tuleb jälgida, et kõik rääkida soovijad sõna saaksid

ning püüda grupi käitumist teatud piirides hoida, kontrollides, et keegi ei domineeriks,“ räägivad terapeudid.

Katrin Söödil ja Katri Šinkarevil on gruppides ette tulnud jutukaid, võiks öelda, et isegi monopolistlike patsiente, keda on päris raske ohjeldada. Samuti on tulnud taltsutada omavaheliste pingete tõttu üksteisele inetult nähvavaid patsiente.

Samas on õdedel olnud ka teraapiarühmi, kus inimesed ei suuda üldse ennast avada või ei oska oma emotsioone väljendada. Sellisel juhul lastub terapeudil vastupidine roll, kus ta peab initsiatiivi haarama ja ergutama patsiente ning end väljendama. Kedagi siiski otseselt rääkima ei sunnita, patsiendil on ▶

▶ alati õigus vaikida.

Lisaks erinevatele loovust ja meeskonnatööd arendavatele harjutustele, õpetavad terapeudid patsientidele teraapiaseansi käigus või siis jagavad patsiendid omavahel kogemusi ja soovitusi, kuidas maandada ärevust ja pinget. Arutletakse ka päevapoliitiliste probleemide üle, näiteks analüüsitakse osakonnas aset leidnud juhtumeid.

Tulemusi on märgata

Terapeudid usuvad, et patsientidele on grupiteraapiast abi ja märgata on, et neile see meeldib. Nad toovad näiteks, et kui vahepeal teraapiatunnid erinevatel põhjustel ära jäid, siis tuldi küsima, millal need jälle toimuma hakkavad.

Grupiteraapia avaldab patsientidele kahtlemata positiivset mõju - nad saavad end avada ning teistega kontakteeruda, milleks neil tavaliselt sageli soovi või võimalust ei ole. Nad tajuvad, et oma mure või probleemiga ei olda üksi ning teisi samasuguseid on veel. Sööt ja Šinkarev on seisukohal, et olenemata sellest, kas teraapiaseanss on sügavapõhjaline või pigem lihtne ning mänguline, leiab patsient sellest siiski oma "iva".

Vilumus tekib ajaga

Õed tunnistavad, et kuna koolitusest on möödas vaid pool aastat, on õppida veel palju. „Kogemus tekib ikka ajaga,“ leiavad terapeudid. Sealjuures on mõlemad õed väga entusiastlikud ning on ilmselge, et oma tööd tehakse südamega.

MERILI VÄLJAOTSA

Õige ja poliitiline tervishoiuraha jagamine

ARVAMUS



AIN AAVIKSOO, MD MPH
Poliitikauuringute Keskus PRAXIS tervisepoliitika programmi direktor, juhatuse esimees

Kui keegi arvab, et pealkiri viitab poliitilise rahajagamise vastandamisele „õigele“ rahajagamisele, siis ta eksib. Igaüks, kes otsustamisega tegelema teab, et suurte investeeringisotsuste puhul tuleb alati teha valikuid. Perekonnas võib börsile investeerimise või lastele kooliraha pangaarvele kogumise üle otsustada erineval viisil. Demokraatlikus ühiskonnas saavad põhimõttelised valikud olla ainult poliitilised. Struktuurfondidest Eesti haiglatele investeringuteks 2 miljardi krooni eraldamine olukorras, kus puudujääk on hinnanguliselt 8 miljardit krooni, on võimalik üksnes selgeid otsuseid tehes ning vastavalt poliitilist vastutust kandes.

2007. aastal töötas Poliitikauuringute Keskus PRAXIS Sotsiaalministeeriumi tellimusele välja põhjaliku hindamisvahendi tehniliselt mitmekülgseks analüüsiks, mille alusel saaks välja selgitada haiglate investeringuprojektide mõju erinevad aspektid. Esimene grupp kriteeriume oli mõeldud hindamaks projektide mõju riikliku struktuurivahendite strateegia ja valdkondliku rakenduskava üldeesmärkide saavutamisele: sh haigla teeninduspiirkonna sotsiaal-majanduslikku olukorda ning tervishoiuteenuste kättesaadavust, samuti projekti mõju sellele ning laiemalt sotsiaalsele turvalisusele. Teiseks nähti ette kaaluda strateegilist mõju tervishoiusüsteemile, st mõjutatavat elanike hulka, üldist mõju haiglavõrgu optimeerimisele ning tervishoiusüsteemi teiste osade toimimisele. Kolmandaks hinnati mõju konkreetsele haiglale lähtudes meetme põhimõttelistest eesmärkidest - infrastruktuuri ning töökorralduse optimeerimisest; samuti projekti vastavusest kaasajale haigla

funktsionaalsuse printsiibile ja tehnilise lahenduse paindlikkust. Neljandaks soovitati analüüsida teostatavust, jätkusuutlikkust ning toetuse vajalikkust projekti edukaks läbiviimiseks.

„Nii saabki tunnistada, et sotsiaalministri otsus eelistada strateegilise mõju kriteeriumeid regionaalsete vajaduste ees, annab märku jätkuvast efektiivsuse taotlusest, mis on seniste Eesti tervishoiureformide nurgakivi.“

Samal ajal pole võimalik ainult tehnilistele kriteeriumidele tuginedes teha ideaalset valikut, sest tervishoius on enamus valikuid seotud erinevate maailmavaateliste või põhimõtteliste eeldustega. Hea tervishoiusüsteemi eesmärgiks on valitseva arusaama kohaselt parim elanike tervises seisund, üldine rahulolu süsteemiga ning kaitse tervisekulutustest põhjustatud finantsriski vastu. Teed selleni võivad olla aga erinevad. Näiteks parim tasakaal kättesaadavuse, kvaliteedi ja efektiivsuse vahel ei ole piiratud ressursside tingimustes tehniliselt määratletav, vaid peegel-

dab otsuse tegijate eelistusi ühe või teise aspekti kasuks. Nii saabki tunnistada, et sotsiaalministri otsus eelistada strateegilise mõju kriteeriumeid regionaalsete vajaduste ees, annab märku jätkuvast efektiivsuse taotlusest, mis on seniste Eesti tervishoiureformide nurgakivi.

Oluline on seejuures siiski teadmine, et poliitiline valik ei tähenda ainuõiget valikut, vaid ideaaljuhul konkreetsel hetkel domineerivate huvide seisukohast parima teadmise alusel tehtud otsust. Elanike (st tervishoiu tegelike rahastajate ja kasusaajate) jaoks on kõige olulisem teadmine, et kui eksisteerisid ka teistsugused valikud siis miks tehti just konkreetne otsus. Kõne all olevate investeringutoetuste

KOMMENTAAR



DR INGRID KULL
sisekliiniku endokrinoloogia-
gastroenteroloogia osakonna
arst-õppejõud

IT koolitusklassis toimuvate kursuste kasulikkust kliinikumi personalile ei ole võimalik kuidagi ülehinnata. Täiesti uue töökeskkonna, uute ikoonide, kohustuslike ja vähemkohustuslike ruudukeste, punase ja mustaga märgitud kastikeste, „rippmenüüde“, otsingulaendite jms nägemine tekitab paljudes esialgu nõutust ja ei saa salata, hirmugi. Siinjuures tuleks kindlasti kiita väga kannatlikke IT spetsialiste ja kursuste korraldajaid, kes julgustasid, arutlesid koos personaliga paranduste ja tegevuste lihtsustamise võimaluste üle ning abistasid isegi klaviatuuril „tühiku“ leidmisel kui see oli kaduma läinud.

IT õppeklassi kasutamine koos juhendajaga peaks olema personalile võimaldatud ka peale tööalustamist eHL-is, sest küsimused kuhjuvad ning demo-eHL ei suuda imiteerida päristööd. Ambulatoorses osakonnas alustatakse tööd eHL-iga paralleelselt kümnetes kabinettides, mistõttu ei pruugi ka telefon 9009 kõigile abivajajatele samaaegselt kättesaadav olla. Lisaks on töötajaid, kellel kodus ei ole kasutada arvutit, millel töövälisel ajal harjutada.

Veel üks ettepanek: eHL-i koolituskursused peaksid kindlasti olema arvestatud personali täienduskursuste hulka.



Uus IT koolitusklass on koolitavate vastuvõtuks valmis

30. septembril toimus informaatikateenistuse koolitusklassi pidulik avamine. Koolitusklass asub Puusepa 8 keldrikorrusel, ruumi numbriks on A003. Arvutikohti on klassis 12, lisaks koolitaja arvutikoht.



KRISTINA RIVIS
IT arendusosakonna
projektijuht

eHL koolitustele registreerimine toimub alates käesoleva aasta septembrist Intranetis, aadressil <https://intranet.kliinikum.ee/koolitus/>. Koolituste nimekirjast tuleb leida kõige sobivam koolitusaeg. Registreeruda saavad kasuta-

Koolitus - Sisekliiniku amb arvelduse koolitus

Nimetus Sisekliiniku amb arvelduse koolitus
Alguse kuupäev 09:10:2008
Alguse kellaaeg 14:00
Kestvus 2h
Koht Puusepa 8, Medinfo keskus
Siserevistuste telehe täitmine ja raviteenuste arve koostamine

REGISTREERU

Eesnimi
Perekonnanimi
E-kiri
Kliinik/teenistus
Amet
Telefon

Registreeru

jad nii personaalselt kui ka grupiti (näiteks registreerib vanemõde oma osakonna õed ise koolitusele). Registreerimisel palume täita kasutaja andmed (nimi, email, telefon jne).

Koolituste nimekirjad lähe-

vad lukku koolitusele eelneval päeval kell 15.00.

Juhul kui koolitusel osaleda ei saa, siis tuleks registreerimise tühistada.

TNM määramine eHL-is

Alates eHL versioonist 3.10 on rakenduses olemas TNM diagnooside klassifikaator. Selle tulemusena on võimalik RHK-10 C diagnoosidele (pahaloomulised kasvaja) lisada TNM-i

ja lisatäpsustusi (prefiks, m, G, L, V, R, Staadium). Lühendite tähendused on nähtavad kuva alaosas olevas legendis ja vastavad väärtused valitavad rippmenüüst.

TIIU LAUD
informaatikateenistuse
projektijuht



Diagnoos

Diagnoos vastuvõtmisel Esialgne diagnoos Kliiniline diagnoos

Diagnoosi tüüp: Määramata

Lõplik kliiniline diagnoos:

Esmane/Korduv: Määramata

* Diagnoos (RHK-10): C54.8 Emakakeha osalt kattuvate paikmete pahaloomuline kasvaja Eesti keel

Täpsustus: - diagnoosi täpsustus määramata - Halda

Krooniline:

Tundlik diagnoos:

Prefiks	T	m	N	M	G	L	V	R	Stadium
p	T2		N0	M0	G3				IA
				MX					
				M0					
				M1					
				M1A					
				M1B					
				M1C					

T - Primaartuumor N - Lümfisõlmed G - Malignusaste V - Veresoonte haaratus
m - Mitmekordelisus M - Kaugmetastaasid L - Lümfisoontne haaratus R - Residuaaltuumor

Kuvatakse kirjed 1-2 [kokku 2]

Tüüp	+/-	Kood	Diagnoos [Näita kõik]	Kuupäev	Arst	LKD
		R53	Haigus ja roidumus	19.09.2008	ELLERVEE, TOOMAS - D05453	<input type="checkbox"/>
PÕ	+	C54.8	Emakakeha osalt kattuvate paikmete pahaloomuline kasvaja pT2N0M0 G3 St. IIA	01.10.2008	LAUD, TIIU -	<input type="checkbox"/>

Lisa LKD Lisa diagnoos

Määratud TNM-i väärtused on nähtavad RHK-10 diagnoosi järel nii vaatamis- kui ka trükikuvadel.

KASUTAJA KOMMENTAAR

Mitmeid aastaid meie jaoks olnud elektrooniline haiguslugu on vastu võetud mõneti vastakate tunnetega. Kindlasti on suurimaks plussiks haige kohta käiva informatsiooni salvestumine ühte süsteemi, mis teeb selle leidmise arsti jaoks tunduvalt käepärasemaks, lihtsamaks ja operatiivsemaks. Samas on selle informatsiooni talletamine kohati üsna komplitseeritud. On püütud

arvestada võimalikult paljude erinevate arvamide ja soovidega, mis muudab süsteemi keeruliseks – näiteks diagnooside haldamise süsteem või patsiendi liikumise erinevate struktuuriüksuste vahel, kui tegemist on lühiajalise operatsiooniga (vajalik on ikkagi täiemahuline dokumentatsiooni lõpetamine ja järgnevalt taasalustamine). Õnnestunult on meie jaoks töötanud eHL-i



DR TUULI METSVAHT
anestesioloogia-intensiivravi
kliiniku lasteintensiivravi
osakonna vanemarst-õppejõud

tugisüsteemide probleemide lahendamiseks (infotelefon, konsultatsioon). Samas vii-

tab selle laialdane kasutamine ja suur vajadus abi järele siiski veelkord, et ilmselt tuleks süsteemi ennast käepärasemaks häälestada.

Kokkuvõttes võib öelda, et informatsiooni kättesaadavus on eHL-is tunduvalt parem võrreldes eelneva töökorraldusega, kuid selle talletamine ja haldamine on veel kohati kohmakas ja vajaks silumist.

Noppeid haiguslugudest:



- Patsient paranes ravist hoolimata
- Patsient lõpetatakse kortisooninusega mõne päeva pärast
- Teeme kliendist koopia ja anname kaasa
- Joonud 2 pudelit viina poole mehe peale
- Parema kõrva kasutamine vasakul pool ei ole soovitatav
- Räägib, et kõrvalestad võivad hommikul väga valusad olla, kui need padjalt tõsta
- Kuni üheaastaseks saamiseni saanud rinda, seejärel muna
- Voodihaige söömine võib tõesti raske olla
- Telefonikõne põhjal on pähe tulnud muhk
- Ägeda kae tõttu mõlema silma eemaldamine
- Patsient räägib ka, et pärast poomist on muutunud veelgi haigemaks
- Lapsepõlves saanud kiviviske pähe
- Aastaid põdenud oma vana haiget meest
- Patsient pärit Vantaast, muud viga ei ole
- Peres koer, kes elab väljas (käib toas ainult küüsi lõikamas)
- Hommikud eriti hommikuti rasked
- Patsient tuleb õhupuuduse tõttu öösel purjuspäi
- Vasak lõug hakkas valutama
- Heas töökorras kirves, mis tekitas eriti kauni lõikehaava
- Antud hetkel pole valu pärakus ega ka mitte väljaheites
- Kord nädalas saab füsioterapeuti
- Kips pole eriti valutunud
- Leitud haav vasakus kulmukarvas
- Emakas vastab 90. rasedusnädalale
- Proov tuleb uriinist minu lauale
- Tantsides teatab patsient, et parem õlg läks paigast ära

Aastalõpu pidu

Kliinikumi ja Tartu ülikooli arstiteaduskonna ühine aastalõpu pidu toimub **10. detsembril** Vanemuise Kontserdimajas. Kontsertosa algab kell 18.00.

Kontserdil esineb viuldaja Mari Targo koos Pärnu Linnaorkesteriga, esitusele tuleb Antonio Vivaldi "Aastaajad".

Kliinikumi juhatuse esimees Urmas Siigur ja Tartu Kultuurkapitali juht Ülle Koppel jagavad 2008. aastal doktorikraadi kaitsnud kliinikumi töötajatele stipendiumitunnistusi ning Sampo Panga esindaja annab üle Sampo Panga stipendiumi. Kontserdile järgneb pidulik vastuvõtt, kus suupistete ja pokaali veini kõrval saab meeleolukat muusikat nautida ja tantsuplatsil jalga keerutada.

Ürituse piletid saabuvad kliinikumi kantseleisse ja arstiteaduskonna deканааti müügile novembris. Pileti hind 150 krooni.



Kes kliinikumi praegustest arstidest kõnnib oktoobriparaadil õhupallidega?

Vihje: pilt on tehtud 1976. aastal.



Vastus saata aadressil Merili.Valjaotsa@kliinikum.ee. Kõigi õigesti vastanute vahel loositakse välja Kliinikumi Lehe aastatellimus koju.



Augusti-septembrikuu Kliinikumi Lehes küsisime, kes opereerib pildi keskel. Õige vastus on **dots Ants Rulli**. Assisteerivad prof Juhan Sarv ja dr Harry Raaga. Narkoosi annab dots Jüri Samarütel.

Õigesti vastanute seast osutus loosi tahtel võitjaks Haigekassa tervishoiuteenuste osakonna tervishoiu peaspetsialist **Katrin Västra**. Palju õnne!

KOMMENTAAR

Pildil on Ants Rulli tegemas kopsuoperatsiooni Puusepa 6 majas suures operatsioonitoas 1961. aastal. Praegu asub seal sisekliiniku endoskoopikabinet. See oli aasta enne torakaalkirurgia osakonna loomist Maarjamõisas.

PROF ANTS PEETSALU
kirurgiakliiniku juhataja

