

Kliinikumi Leht

SISELEHT nr 116 | august/september 2009 www.kliinikum.ee/leht

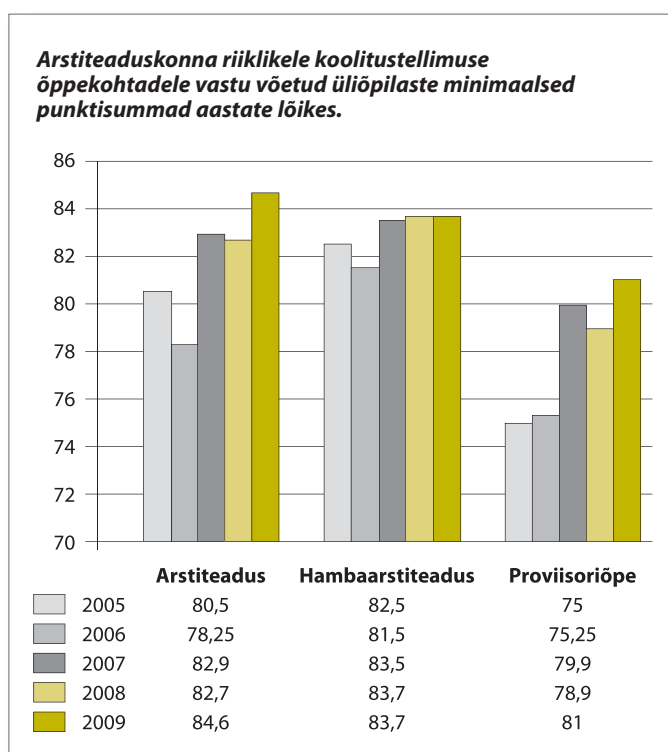
 Tartu Ülikooli Kliinikum

Arstiteaduskond alustab uut õppeaastat erakordselt tublide tudengitega

Arstiteaduskond alustas uut õppeaastat rõõmustades vastsete tudengite kõrge taseme üle (vt tabel).

Erakordselt suur medalistide osakaal ja eelmise aastaga võrreldes veelgi tõusnud läbimineva palli ehk vastuvõtuks vajaliku minimaalse punktisumma suurus tõendavad teaduskonna ja arstiameti jätkuvalt suurt populaarsust. Kuigi arstiõppes on riigieelarvelisi kohti hambaarstiõppes oluliselt rohkem (140 vs 25), ületas arstiõppesse vastuvõetute tase esmakordselt hambaarstide läbimineva palli. Arstiteaduskonda võetakse uusi tudengeid endiselt vastu paremusjärjestuse alusel (4 riigieksamitulemust). Kokku alustas arstiteaduskonnas sel sügisel õpinguid 287 vastset tudengit.

Uhkust on teaduskonnal põhjust tunda ka möödunud õppeaastale tagasi vaadates: 2009. aastal oli arstiteaduskonnas 187 lõpetajat. Arstiteaduse eriala lõpetas 120 noort (neist 18 välisüliõpilast ning 3 *cum laude*-ga lõpetanud). Hambaarstiteaduse erialal oli lõpetajaid 29 (1 *cum laude*), proviisoriõppe lõpetas 26 noort (1 *cum laude*) ning biomeditsiini erialal oli 2 lõpetajat (1 *cum laude*). Õenduse eriala magistriõppe lõpetas 6 tudengit (1 *cum laude*) ning rahvatervishoiu magistriõppe



3 inimest. Rahvatervise erialal sai teadusmagistri kraadi üks tudeng – Iisi Saame.

Residentuuri kandideeris selle aasta põhiõppe lõpetajatest 95 (sh 6 hambaarsti), kellest vastu võeti 81. Kokku alustab eriarstiõppes tänava 119 noort kolleegi. Doktorantuuri astus kokku 28 teadusehuvilist, neist 3 värskest arstiteaduskonna lõpetanut.

Soovime arstiteaduskonna juhtkonna poolt teguderohket ja edukat uut õppeaastat nii õppejõududele kui ka üliõpilastele!

PROF JOEL STARKOPF
arstiteaduskonna dekaan,
anestesioloogia ja intensiivravi
professor

TUULI RUUS
arstiteaduskonna dekaanaadi
juhataja

UUDIS

üle **50**
põneva täiendus-
kursuse pakub koolitus-
keskus sügisel **LK 5**

Arstiteaduskonnas mais-juunis:

Kaitsti 6 doktoritööd:

- „Teist tüüpi diabeedi käsitlus peremeditiinis“ (**A. Rätsep**)
- „Antioksidantsed glutatiooni analoogid (UPF peptiidid) - molekulaarne disain, struktuur-aktiivsuse seosed ja protektiivsete omaduste testimine“ (**K. Ehrlich**)
- „Uurimusi geneetilise variaabelsuse rollist meeste enesetappudes Eesti populatsioonis“ (**A. Must**)
- „21-hüdroksülaasi puudulikkusest tingitud kaasasündinud adrenogenitaalne sündroom Eestis: esinemissagedus, genotüüp ja fenotüüp erilise tähelepanuga lühiajalisele kasvamisele ja 24-tunni vererõhu iseärasustele“ (**K. Liivak**)
- „Noorte naiste seksuaaltervis ja -käitumine Eestis“ (**K. Haldre**)
- „Transkriptsioonifaktorid FoxP3 ja Aire: seos autoantikehadega“ (**M. Link**)

Valiti professorid ja dotsendid: • **prof Andres Arend** (histoloogia ja embrüoloogia) • **prof Irja Lutsar** (meditsiinilise mikrobioloogia ja viroloogia) • **prof Jaan Eha** (kardioloogia) • **prof Veiko Vasar** (psühhiaatria) • **prof Ruth Kalda** (peremeditiin) • **dots Aet Lukmann** (spordimeditsiin ja taastusravi) • **dots Eve Unt** (spordimeditsiin ja taastusravi) • **dots Inga Talvik** (lasteneuroloogia) • **dots Eda Merisalu** (töötõrvishoid) • **dots Kadri Matt** (sünnitusabi ja günekoloogia) • **dots Andres Piirsoo** (meditsiiniline rakubioloogia).

TÜ nõukogu nimetas emeriitprofessoriks **Raik-Hiio Mikelsaare**

UUS TÖÖTAJA



Margit Klaassen

Möödunud aasta lõpust töötab naistekliiniku naistenõuandlas arst-õppejõuna dr Margit Klaassen.

Margit Klaassen iseendast:

Olen põline tartlane. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna ning günekoloogia ja sünnitusabi residentuuri lõpetasin 2008. aastal, misjärel asusin tööle kliinikumi naistearstina.

Naistekliinikus on väga ühthoidev ning koostööaldis kollektiiv. Siinne soe ja toetav töökeskkond on teinud minu sisseelamise äärmiselt kergeks. Täna siiralt kõiki õppejõude ning kolleege, kes on mind juhendanud ning oma kogemusi jaganud. Ilma selliste eeskujudeta ei oleks ma suure töönaõnnega üks nende seast.

Kuulun ka Eesti Naistearstide Seltsi, Eesti Nooremartide Ühendusse, Seksuaalsel Teel Levivate Infektsioonide Eesti Ühingusse ning liikumisse Ladies Circle Estonia.

Vabal ajal armastan tegeleda koorilauluga. Sel suvel osalesin Tartu Rahvaulikooli segakooriga ka üldlaulupeol.

Minu peres kasvab kaks last – tütar ja poeg. Nendega koos veedetud aeg õpetab mulle, kuidas elus lihtsatest asjadest rõõmu tunda ning seda teistega jagada.

Margit on särtsakas ja teotaheline naistearst

Huvi sünnitusabi ja günekoloogia vastu tekkis Margitil juba ülikooli viimastel kursustel. Kahe torede lapse emana oskab ta patsientide muredele ja rõõmudele siiralt kaasa elada ja südamega abi osutada. Tänu temale on naistekliiniku kollektiiv ühe noore ja asjaliku arst-õppejõu võrra rikkam – koos Margit Klaasseniga on rõõm töötada.

DR URSULA KLAAR
naistekliiniku vanemarst-õppejõud sünnitusabi ja günekoloogia erialal

Prodekaan Tõnis Karkigi peab arstitudengite taset kiiduväärseks

Septembrikuus algav uus õppeaasta muudab paratamatult päevakajaliseks kõik teadmiste omandamisega seonduva. Kliinikumi Lehtki on käesolevas numbris tavapärasest enam tähelepanu pööranud Eesti arstiteadlaste kasvulavale – TÜ arstiteaduskonnale. Oma kooliaasta alguse meeolu ja mõtteid palusime lugejatega jagada ka teaduskonna õppeprodekaanil dots Tõnis Karkil.

Uus õppeaasta on algamas. Kuidas arstiteaduskond sellele sel sügisel vastu astub? Kas kõik on uus septembrikuus?

Kindlasti on uus meie dekaan. Lisaks võib võrreldes kevadega uueks pidada majanduslikku olukorda, kuna vahepeal tabas hariduse valdkonda lisakärbe. See tähendab kindlasti ka haridusraha vähenemist sügisest. Ja uued on kindlasti tudengid.

Kas õppetöös jätkub kõik harjumuspäraselt või toob sügis ka selles osas kaasa mingisuguseid muudatusi?

Mõningaid siiski toob. Oluliseks muudatuseks õppetöös võib pidada muutunud EV kõrgharidusstandardist tulenevat üleminekut Euroopa ainepunkti (ECTS – *European Credit Transfer System*) süsteemile. Kui seni oli ainepunkti (AP) mahuks 40 tundi õpet, siis uues süsteemis on Eesti ainepunkti ehk EAP mahuks 26 tundi õpet. Samas tuleb silmas pidada, et semestris on nüüd 40 AP asemel 60 EAPd, mis tähendab, et õppe kogumaht jäi peaaegu samaks.

Vormist olulisem on sisu. Koos ainepunkti reformiga vähendas teaduskond kontaktõppe (loengud ja rühmatöö) mahtu ühes ainepunktis seniselt 60%-lt 50%-le. Samas suurenes iseseisva töö osakaal.



Foto: Jaak Nilson

Arstiteaduskonna õppeprodekaan dots Tõnis Karki hindab tänavust vastuvõttu igati kordalainuks.

Järg LK 5 ▶

Siivi Nummert 60+40=100

Käesoleva aasta august-september märgivad sisekliiniku ülemõe Siivi Nummert jaoks kahte olulist tähtpäeva: 1. augustil täitus 40 aastat tööleasumisest kliinikumi ning 15. septembril sai südamliku naeratusena daam 60-aastaseks.

Foto: Pille-Riin Pregel



Siivi Nummert.

Kust tulenes soov oma elu meditsiiniga siduda?

See on mu unistus olnud tegelikult juba päris lapsest saati. Isegi minu mängumaa-ilm oli kõik ainult arstimine. Maal üles kasvades käis meil tihti loomaarst loomade juures ja see joodi lõhn ning kogu see tunnetus oli minu jaoks kuidagi püha asi. Ma lausa nautisin seda. Kui mu vend haige oli ja meditsiiniõde teda kodus süstimas käis ning vanal klaassüstlal mõni mõra sisse tuli, siis ma kauplesin selle kohe endale mängimiseks. Ja nukkudega mängisin mina ka ainult kogu aeg arsti. Nii et see ravimise pisik on minus kuidagi lapsest saati sees olnud.

Kuid miks otsustasite ometigi õe, aga mitte arsti elukutse kasuks?

Ma olen terve elu olnud väga praktilise mõtlemisega inimene ja antud ajal oli see lihtsalt võimalus kiiremini meditsiinalane amet kätte saada ja ise teenima hakata. Mina olen tegelikult 8 klassi järgselt kutse omandanute lennust. Teistel, kes läksid keskkooli, oli pärast veel kaks aastat vaja ametit õppida, aga mina sain hakkama kolme aastaga – omandasin ameti koos kesk-eri haridusega ning võisin juba tööle hakata. Tänu sellele olin ma medikooli lõpetades 19-aastane ja tööle asudes sain just 20.

Kuidas 40 tööaastale tagasi vaatate?

Ma ütleksin, et ma olen elanud väga huvitaval ja muutuv ajal, mis on meditsiinis kaasa toonud nii palju edusamme. Kui võrrelda praegust olukorda nende aastatega, mil ma tööle hakkasin – millised olid siis vahendid ja tingimused ning kui raske see kõik oli, siis tunnen, et ma elan

väga heal ajastul. Vahel, kui noor õde millegagi rahul pole, siis tekib selline tunne, et ta viriseb asjatult, aga samas mõistan, et aeg on edasi läinud. Muidugi peab ütleva, et koolituse tase on väga palju muutunud: haigete õendus-hooldustegevust käsitletakse hoopis teistmoodi – sügavuti ja haigest lähtuvalt – kui see oli aastaid tagasi. Ja kui meil jätkuks veel õdesid, et tööd teha, nii nagu oleme õppinud, siis mõistaksid ehk patsiendid ja ühiskond paremini, kui vajalikud me oleme ning väärtustaksid meie elukutset veelgi rohkem.

Millega teile vabal ajal tegeleda meeldib? Kuidas

lõõgastute?

Viimastel aastatel olen ma kevadest sügiseni kaks kuni kolm korda aastas rabamatkadel käinud. Mul on üks kindel koht, kus ma vaikust ja üksindust naudin ning vahel isegi nädal aega järjest loodusel elan. See kuidagi lõõgastab. Ma kohe tunnen, et mul on vaja nüüd loodusega ühte minna. Ja selleks, et loodust näha, on vaja aega võtta. Et vaadata, kui palju on meie ümber ilu. Lisaks on mul kaks lapselast, kes oma rõõmude ja lustiga lõõgastada aitavad. Me käime koos nii kinos kui teatris ning naudime koosveedetud aega. Ja viimastel aastatel olen ma avastanud, et ajava hakkad asju ümber hinda-

KOMMENTAAR



TIINA FREIMANN
ülemõde

Siivi on oma haiglale ja kutsealale pühendunud kolleeg. Nii kaua, kui ma teda ajas tagasi mäletan, on ta alati olnud aktiivne osaline haiglaelus ja kutseühenduste tegevuses. Siivi on lihtsalt inimene, kelle ümber aeg ei seisku. Muutustega kohanemine on tema tugev külg ja hoolikalt läbimõeldud otsuseid on ta alati valmis ellu viima. Kliiniku ülemõena on Siivi perenaiselikult hooliv ja hoolitsev, kuid temas ei puudu ka haiglaelus vajalik nõudlikkus.

Siivi on alati suutnud hoida tasakaalu töö- ja pereelu vahel. Tema hoolt ja armastust jagub nii abikaasale, lastele kui ka lastelastele. Palju õnne, Siivi!

ma ja teistmoodi vaatama. Igas olukorras on nii head kui halba, aga see hea ja edasi viiv tuleb üles leida ning asjale positiivselt läheneda. Igal eluetapil on omad võlud ning ma ei saaks küll öelda, et just noorus on kõige ilusam aeg. Pidevalt noorte seas olles ei tunnegi ma, et nii vana olen (naerab).

Pikemat versiooni vestlusest loe www.kliinikum.ee/leht

SIIVI NUMMERTIGA
vestles **MERILI VÄLJAOTSA**

**Juhtumikorraldus
sotsiaaltöös**

Juhtumikorraldus on vajadustest lähtuv protsess, kus teenuste osutamise ja koordineerimisega tagatakse inimesele tema vajadustest lähtuv abi välimaks psühhosotsiaalsete probleemide tekkimist ja süvenemist.

Juhtumikorralduses vaadeldakse inimest kui tervikut – mida laialdasemalt probleemile läheneda, seda rohkem saab teda aidata.

Kui meditsiiniline diagnoos põhineb probleemil, siis psühhosotsiaalne diagnoos tugineb kirjeldusele. Räägitakse probleemidest ning nende tekkepõhjustest ja vajadustest. Sotsiaaltöö ei vaata ainult inimest, vaid ka keskkonda, sh probleeme eluasemega, suhetega, ressurssidega jms.

Juhtumikorraldaja oskus märgata inimese võimalusi ja ressursse on see, mis aitab edasi liikuda ja inimesel oma probleeme lahendada. Juhtumikorraldaja peab olema loov, paindlik ja oskama töötada meeskonnaga.

Kliiniline juhtumikorraldus eeldab spetsiifilisi klienditöö oskusi, otsene sekkumine toimub nii üksikliendi kui ka keskkonna tasandil. Raske klient vajab sügavamalt ja otsesemat kontakti ning teenuste planeerimisele lisaks ka teenuste otsest osutamist. Alahinnata ei tohi hindamisele kuluvat aega, mis annab sisu edaspidistele tegevustele.

Juhtumikorraldaja ülesanne ei ole inimese eest probleeme ära lahendada, vaid julgustada teda sobivaid lahendusi otsima. Ta annab kätte suuna lahenduse leidmiseks ning inspireerib tegutsema ja mõtlema. „Juhtumikorraldaja on kui jaamakorraldaja, kes rongi õigele rööpapaarile suunab“ on oma loengus öelnud Tartu Ülikooli Pärnu kolledži sotsiaaltöö assistent Karin Kiis.

MERLE PAHK
kliinikumi sotsiaaltöötaja

Siirdajad panevad seljad kokku

Eelmises lehenumbris ilmus lugu kliinikumi arstide ja austerlaste koostöös tehtud esimesest kopsusiirdamisest. Seekord saame lugejaid teavitada uutest edusammudest transplantoloogia vallas. Mõneti on järgnev küll kaagutamine veel täielikult väljamunemata muna peal, kuid vahel on kasulik teada, et protsess käib.



MARGUS ULST
juhatuse liige

Siirdamise vallas on ammu jõutud arusaamisele, et edu tagab vaid piiriline koostöö. Põhijamaades on juba 40 aastat elundite vahendamise tegelenud Scandiatransplant (üldpopulatsioon 24 miljonit). Kesk-Euroopas täidab sama rolli sihtasutus Eurotransplant, millega on liitunud Austria, Belgia, Saksamaa, Luxemburg, Holland ja Sloveenia (elanikkond 125 mln). Alates 2002. aastast on ka Baltimaades proovitud koostööd arendada Balttransplanti kaudu. Paraku pole seda

ettevõtmist saanud kuigi suure edu. Sestap on meie pilgud nüüd pööratud Eurotransplanti poole. Mullu sõlmis Kliinikum selle Hollandis asuva transplantoloogia sihtasutusega koostööleplaani selle jätkuna on nüüd Sotsiaalministeriumi vahendusel Eestis saamiseks Eurotransplanti täisliikmeks. Kliinikumi poolt lükkab seda tegevust takka kirurgiakliiniku uroloogia ja neerusiirdamise osakonna vanemarst-õppejõud dr Peeter Dmitriev.

Mis on Eurotransplant?

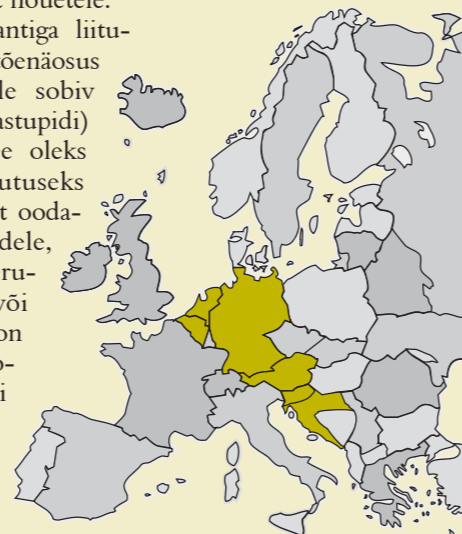
Eurotransplant on rahvusvaheliselt tunnustatud mitetutulundusühing, mis koordineerib siirdatavate elundite vahendamist. Eurotransplanti vahendustegevus põhineb ühel, kõikide liikmesriikides elavate patsientide registreeringuid sisaldaval ootenimekirjal, mille alusel sihtasutus nende riikide patsientide vahel elundite tsentraalselt jaotab. Info ja järjekordade haldamiseks on kasutusel elektrooniline infosüsteem ENIS, kuhu sisestatakse ühtlustatud kujul andmed doonorite, retsipientide ja siirdamise järelkontrolli kohta vastavalt ENIS-i juhendile.

Liitumine Eurotransplantiga tekitab Kliinikumile loomulikult ka lisakulusid. Näiteks maksab ühe patsiendi lülitamine ooteni-

mekirja ca 480 eurot. Lisaks esitatakse kõrgeid nõudmisi ka laboriteenistusele, kuhu tuleb teha mitmeid lisainvesteeringuid ning uuendada kvaliteedisüsteemi. Septembrikuus inspekteerib Kliinikumi ühendlaborit Eurotransplanti referentslabori juhataja, et hinnata meie valmisolekut ja labori vastavust nõuetele.

Eurotransplantiga liitudes suureneks tõenäosus leida doonorile sobiv retsipient (ja vastupidi) 2-3 korda. See oleks suureks lohutuseks ootelehel pikalt oodanud patsientidele, kel sensibiliseerumise tõttu või muul põhjusel Eestist raske sobivat neeru või muud organit leida.

Eurotransplanti laitmatu reputatsioon ja kõrged eetilised standardid peaksid hajuutama kõik võimalikud kahtlustused, et tegemist on rahvusvahelise organiäriega. Seda kahtlusevarju on transplantoloogiale paratamatult heitnud Hollywoodi kõmuilmid ja organite müügipakkumised internetis.



■ Eurotransplantiga liitunud riigid, vt. www.eurotransplant.nl

Koolituskeskuse sügis

Päike ei paita meie põski enam nii soojalt kui juunis, juulis või augustis. Käes on september ning kõigile meenub tuttav lause – kõik, kõik on uus septembrikuus. Uus on kooliaasta, mis algab. Uus on ülekäigusebra valge triibuline kuub.



JAANA VESKI
projektijuht

vishoiuasutustest – Valgast, Võrust, Viljandist, Pärnust, Tallinnast, Kohtla-Järvelt, Hiiumaalt, Saaremaalt jne. Kui rääkida arvudest, siis 2008. aastal osales kliinikumi kooli-

Algus LK 2 ▶

Maailma kõrghariduses on suundumus iseseisva töö osatähtsuse suurenemisele. Arstiõpe ei ole siin erand. Palun mitte võrdsustada mõisteid „iseseisev töö“ ja „vaba aeg“! Iseseisev töö on see osa õpinähtusest, mida üliõpilane teeb eesmärgistatult tulemuse saavutamiseks. Lihtsalt öeldes loeb näiteks õpikut, et valmistada ennast ette seminariks või praktikumiks. Minu arvates teaduskonna üks tõsisemaid muresid ongi see, kuidas õppejõud suudab, tahab või oskab tudengeid iseseisvalt õppima panna. Kahjuks kohtab ka arusaamu, mille minu dekanadi kolleeg tabavalt sõnastas lausekatkena „... et kui aine on loengus või praktikumis läbi hääldatud, siis vaid sellisel juhul on õpetatud ja õpitud“.

Kuidas sel aastal vastuvõtt läks?

Üldine vastus oleks, et väga hästi. Varasematel aastatel on kõlanud tihti väide väikesest konkursist arstiõppepse. Kuid kui hästi järele mõelda,

siis ega inimesed ülikooli ukse taga üksteisega ei võistle. Riigieksamid on varem tehtud, tulemused teada. Tegelikult võtavad kandidaadid ukse taga ritta, kellest meile võtsime sellel aastal vastu 140 parimat. Kui inimene on selles reas näiteks 280-nes, kas ta on siis konkurent arstiõppe kohale? Muide, kõik teised teaduskonnad kasutavad vastuvõtuks lävendit, meil on ainukesena kasutusel *numerus clausus* e põhimõtet pingereana. Vastuvõetavad 140 üliõpilast ühele erialale on suurim riigitellimus Eesti ülikoolihariduses.

Eelõeldust tulenevalt on arstiteaduskonna tudengite jaoks kvaliteedinäitajaks nn „minimaalne läbiminev punktisumma“ – see protsent maksimumist võimalikest riigieksamite tulemustest, millega veel ülikooli vastu võetakse. Vahetult peale dokumentide vastuvõtu lõppu oli see 85,6, praeguseks korrigeeritult 84,6. Võrdluseks – eelmisel aastal oli „sulgemishind“ 2 palli võrra madalam (83,5; peale korrigeerimist 82,8), viimastel aastatel on see number pidevalt tõusnud.

164 täienduskursusel kokku 4156 inimest, liisaks individuaal- ja väljasõidukoolitustel osalenud õppurid.

Alates 2009. aasta jaanuarist on kasutusel uus *Virosoft* i koolitusmoodul, mis võimaldab sisestada ja analüüsida informatsiooni töötajate koolituste kohta. Mooduli kaudu saab väljastada erinevaid päringuid ja aruandlusi ning andmeid tabelite kujul välja trükkida. Koolitusmooduliga töötamine, mis algul võib tunduda lisakohustusena, osutub hiljem tõhusaks abimeheks ning lihtsustab juhti-

vate õdede tööd.

Koolitusmooduli kasutusele võtmise järgselt saavad kursustel osalejad armsaks saanud tunnistuse asemel koolituskaardi, kus kajastuvad kõik kliinikumis läbitud koolitused. Osakonna vanemõde või koolituskeskuse töötajad saavad koolituskaardi vajadusel välja võtta. Kartust, et koolitused või täienduspunktid võivad kaduma minna, ei ole vaja tunda.

Meid ootab ees värviline sügis. Sügis, kus tegemist on palju – täienduskursused, e-õppe arendamine ning uue õppeplaani väljatöötamine.

vastuvõtu puhul rahule jääda ka poiste n-õ tagasituleku tendentsiga. Kui mõni aasta tagasi opereerisime me ca 17-18%-se poiste osakaaluga, siis viimastel aastatel ulatub see 1/3 vastuvõetutest. Nii et tasapisi on arsti elukutse ka poiste hulgas taas populaarseks saamas.

Kuidas teile tundub, kas võib öelda, et teaduskond on jätkuvalt väga populaarne?

Ma loodan küll. Ma arvan, et noored inimesed on aru saanud, et arsti elukutse on igal ajal, ka raskel ajal, vajalik ja annab tööd. Kusjuures see töö on Eesti tingimustes piisavalt hästi tasustatud. Tulevastele üliõpilaskandidaatidele olen alati öelnud, et Eesti arst ei teeni vähe. Ning selle ametiga on võimalik ka mujal tööd leida. Tulevase elukutse valikul võib see olla oluline lisamotivaator.

Pikemat versiooni vestlusest loe www.kliinikum.ee/leht

DOTS TÕNIS KARKIGA
vestles MERILI VÄLJAOTSA

Töösoorituste hindamine aitab tõhustada töökorraldust

Õendusabi kvaliteedi säilitamine majanduse madalseisus on tõsine väljakutse ja sunnib otsima võimalikke reserve.

Viimased aastad on toonud õdede töösse märkimisväärsed muutusi, mille ajendiks on olnud tervishoiu ja infosteemide areng, uued vajadused ja nõuded. Samas on meil vähe tõendusloogilist teavet, mida see kõik endaga kaasa toob. Kas meie arengud liiguvad soovitud suunas ja kuidas need mõjutavad personali toimetulekut?

Novembrikuus alustati õdede ja hooldajate töösoorituste uurimist kahes kliinikus. Viie statsionaarse osakonna töötajad panid ühe nädala jooksul kirja kõik tehtud toimingud viie minuti täpsusega. Uuringu tulemused olid üsna ootuspärased, kuigi kajastasid vaid palatiõdede ja hooldajate tööd. Suure mahu tõttu jäid analüüsist välja in-

tsensiivravi palati ja sidumistoa õdede-hooldajate ning abiõdede töösooritused.

Palatiõdede ajamahukamad tööd olid tegevuste planeerimine ja dokumenteerimine. See tulemus vajab omaette analüüsi, et teada saada, miks see nii on ja kas seda saab muuta. Sageli kurdetakse, et dokumentide täitmise kõrval ei jää aega patsientidega suhtlemiseks. Õnneks näitab uuring, et päris nii see ei ole, kuigi arenguruumi tundub olevat.

Kahe kliiniku hooldajate ajamahukamad tööd olid liikumise ja kehaasendi muutmise seotud toimingud ning ruumide koristamine. Tänavu on olukord muutunud, kuna uude majja kolimise järel on suur osa koristustöödest üle

antud puhastusteenistusele.

Uuring andis võimaluse hinnata ka õdede ja hooldajate töökoormust. Selgus, et mõlema ametkonna töökoormus oli kõige suurem tööpäeva esimese kuue tunni jooksul. Pärast lõunat langes keskmine töösoorituste arv ühe töötaja kohta tundide lõikes märgatavalt.

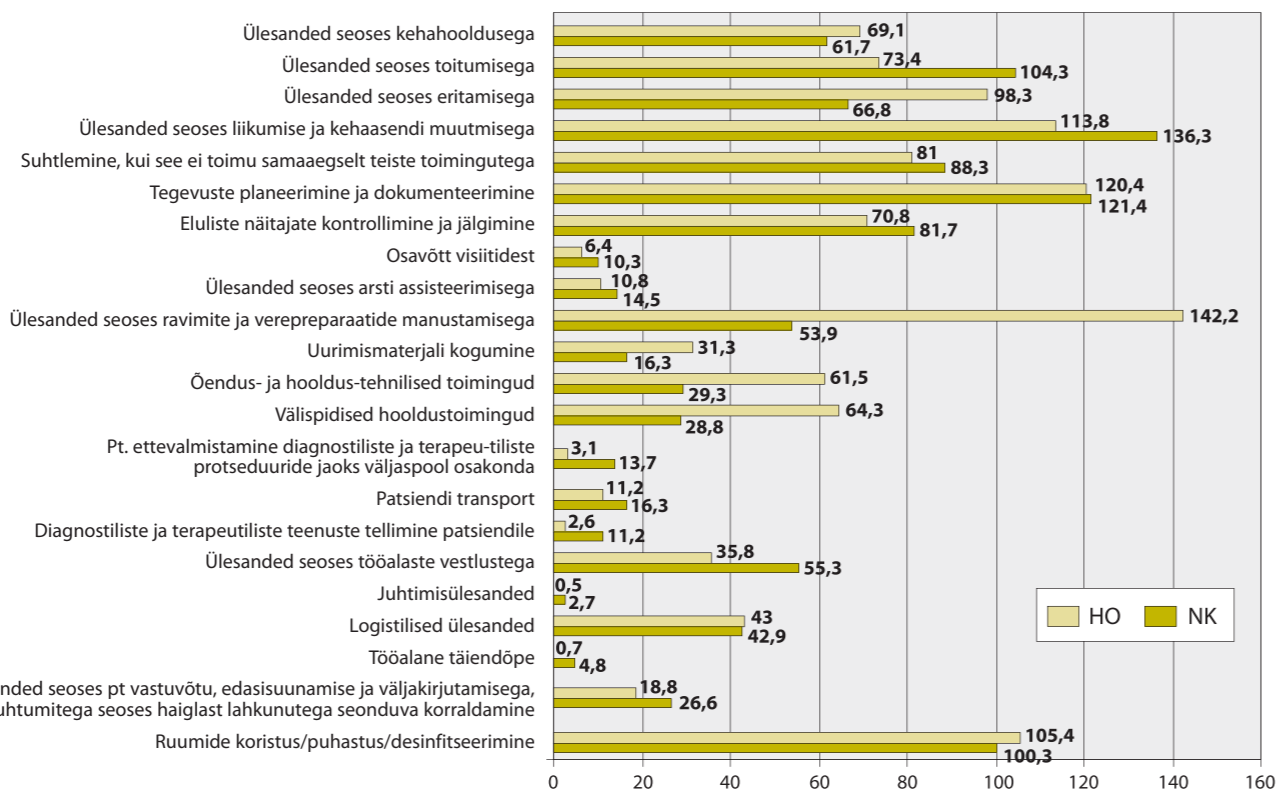
Uuringutulemuste omaette väärtuseks on nende võrdlemise võimalus. Kliinikute võrdluses tuli esile üsna palju sarnast, kuid ka mõningaid erinevusi, mis olid valdavalt erialast ja vähem töökorraldusest tulenevad. Töökorralduse erinevused ilmnesid töösoorituste ajakulu analüüsimisel tundide lõikes. Selgus, et ühes osakonnas kulutavad õed tegevuste planeerimisele

ja dokumenteerimisele rohkem aega tööpäeva esimestel tundidel, teises osakonnas aga enne lõunat ja tööpäeva lõputundidel. Ametkondade võrdlemisel ilmnesid erinevused töötajate individuaalses tööaja kasutamises.

Kuna pilootuuring andis palju olulist teavet, on tänavu kavas uuringut jätkata ka teistes kliinikutes. Uuringu tulemused on mõeldud kasutamiseks eelkõige vanemõdedele, kes saavad tõendusloogiliste andmetele tuginedes planeerida tööd nõnda, et see vastaks patsientide vajadustele ja pakuks tööõdõmu õdedele ja hooldajatele endile.

TIINA FREIMANN
ülemõde

Palatiõdede ja hooldajate töösooritusteks kuluv aeg (h) kogu uuringu jooksul.



Patsiendikesksus eakate hooldusravis – patsientide vaatekohad

Anestesioloogia- ja intensiivravi kliiniku erakorralise meditsiini osakonna õe Ireen Bruusi juuni alguses kaitstud magistritöö „Patsiendikesksus eakate hooldusravis – patsientide vaatekohad“ raames läbi viidud uurimuse tulemused näitasid, et eakad peavad hooldusravi keskmisest veidi patsiendikessemaks.

Patsiendikesksus kui patsientide ootuste, ideede ja vaatekohtadega arvestamine tõstab patsientide rahulolu ravi ja hooldusega, mõjub positiivselt paranemisele ning vähendab patsientide ja nende lähedaste stressi (Suhonen jt 2001, Johansson jt 2002, Hornstern jt 2005, *International Alliance of Patients` Organization* – IAPO 2007, Lewin jt 2007). Vaatamata patsiendikeskse ravi ja hoolduse arendamisele, arvestatakse patsientide arvates liiga vähe nende arvamustega (Bosman jt 2007).

Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada patsiendikesksust eakate hooldusravis eakate patsientide vaatekohast Eesti erinevates haiglates ning selgitada seoseid patsientide taustamuutujate ja patsiendikesksuse skoori vahel. Tegemist on empiirilise, kvantitatiivse ja kirjeldava uurimisega. Valimi moodustasid neljateistkümnes Eesti regionaal-, kesk- ja üldhaigla hooldusravi osakonnas viibivat 121 eakat patsienti. Andmed koguti 01.10.2008–

KOMMENTAAR

Patsiendikesksus on kvaliteetse (hooldus)ravi alus ning üks olulisemaid õendusabi kvaliteedi indikaatoreid. Patsiendikesksust on uuritud mitmes riikides ning tulemustele tuginedes on järeldatud, et eakate õendusabis ei lähtuta sageli patsiendikesksusest.

Ireen on uurimistöö läbiviimiseks kasutanud Hollandis väljatöötatud ja valideeritud küsimustikku. Praktikas



IREEN BRUUS
anestesioloogia- ja intensiivravi kliiniku EMO õde

30.11.2008 struktureeritud intervjuu abil. Küsimustikule vastamise määr oli 91,7%.

Uurimistöö tulemustele tuginedes võib järeldada, et eakate vaatekohast on hooldusravi keskmisest veidi patsiendikessem. Hinnangud patsiendikesksust iseloomustavatele väidetele olid erinevad. Kõige positiivsemaks pidasid patsiendid võimalusi teha iseisvalt toiminguid, mida nad on suutelnud ise tegema. Kõige negatiivsemaks seda, et nendega ei ole arutletud selle üle, kes neid hooldab.

Uurimistöö tulemustest



REET URBAN, MSC
Tartu Tervishoiu Kõrgkooli õe õppekava koordinaator, oponent

testitud küsimustiku kasutamine tagab tulemuste usaldusväärsuse ja võrreldavuse teiste samaväärsete uurimistööde

selgus, et enamik eakatest olid nõus, et personal arvestab nende isiklike soovide, kuulab neid, mõistab nende emotsionaalseid vajadusi ning arvestab seda, mida patsient personalile ütleb. Pooled eakatest korraldada enesehooldust ega otsustada koos personaliga, millist hooldust, kui sageli ja kuidas nad saavad. Samuti arvasid pooled patsientidest, et personal ei nõusta, kuidas tulevikus terviseprobleeme ennetada ega huvitu, kuidas probleemid mõjutavad patsiendi perekonda, isiklikku elu ja igapäevatoiminguid. Mida rohkem vajasisid eakad hooldusravi patsiendid abi igapäevatoimingutes, seda madalam oli patsiendikesksuse skoor ehk seda vähem patsiendikeskseks pidasid nad hooldusravi.

Magistritööd juhendasid TÜ õendusteaduse osakonna külalisprofessor Pirkko E. Routasalo (PhD) ning Tartu Tervishoiu Kõrgkooli arendusprorektor Merle Varik (MSc).

tulemustega. Küll aga tuleb rahvusvaheliste küsimustike kasutamisel arvestada eri riikide kultuurikontekstist tulevate erisustega.

Hooldusravi kvaliteedi parandamiseks patsiendikesksema hoolduse planeerimise kaudu on käesoleva uurimistöö tulemused oluliseks sisendiks ja seega läbiviidud uurimuse igati tunnustamist väärib.

KOMMENTAAR



PIRKKO ELINA
ROUTASALO, PHD
Tartu Ülikooli õendus-
teaduse külalisprofessor,
juhendaja

Tegemist on esimese uurimisega Eesti õendusteaduses, milles vaadeldakse eakate patsientide hinnangut hooldusravile.

Magistritöö peamine tulemus – patsientide rahulolu oma hooldamisega – on hooldatavate arvamus küsides üsna tavapärane. Detailsemates vastustes viidatakse sageli aga mitmete asjaoludele, mida hooldusravis parandada saaks. Ka antud uurimuses leidis mõningaid kriitilisemaid seisukohti. Näiteks tunti, et oma hooldusravi ei ole võimalik kuidagi mõjutada: mida enam patsient hooldusabi vajab, seda vähem tema ootuste ja soovide kohta küsiti.

Uuring näitas, et Eesti hooldusravi on võimalik veel mitmes aspektis täiustada. Eelkõige nihke osas professionaalselt hoolduselt patsiendikesksele, mis nõuab õenduspersonalilt süüvimist patsiendikesksuse sügavasse tähendusse. Patsiendi unikaalsuse ja inimväärikuse austamiseks peavad hooldajate ja õdede tööaluseks olema just patsiendi ootused. Ireen Bruusi magistratöö tulemused on üldistatavad kogu Eesti hooldusravile ning selle arendamise seisukohast äärmiselt kasulikud. See on hea algus patsiendikesksuse alasele diskussioonile eakate hooldusravis.



Foto: Merili Väljaotsa

Kaasaegselt sisustatud operatsioonituba uues operatsiooniplokkis.

Ühinenud operatsiooniploki sünniga kaasnesid suured valud ja siiras rõõm

Kuigi operatsiooniteenistus oli seoses naistekliiniku ülekolimisega üks esimesi uues ravikorpuses tööd alustanud üksusi, siis sisseelamisperioodi lõppetapp alles kestab. Pika kohanemisprotsessiga kaasnenud muutustest ja emotsioonidest andsid Kliinikumi Lehele ülevaate teenistuse direktor Toomas Ellervee, ülemõde Tiiu Koemets, anesteesiaõde Nele Jaanimägi, varem naistekliinikus töötanud operatsioonioõde Ilona Meier ning enne onkoloogiakliinikus ametis olnud anesteesiaõde Mare Uiho.

Kuidas on uuel pinnal kohanetud?

Tiiu Koemets (TK): Tegelikult kohanemisperiood veel kestab.

Toomas Ellervee (TE): Ja sellel on mitu põhjust. Esiteks on ressursside puudusel plokk lõpuni sisustamata, mistõttu ei tööta me täpselt nii, nagu planeeringus oli ette nähtud. Teiseks olen veendunud, et kui kohanemise kohta küsida erinevate inimeste käest, siis on see äärmiselt erinev, paljuski sõltuvalt sellest, kes kust siia üle tuli. Kahtle-

mata oli ümberkolimine nende osakondade jaoks, kes enne töötasid kahe-kolme operatsioonitoaga ja nüüd sattusid 14-sse tuppa, oluliselt keerulisem ja raskem, kui nende jaoks, kes tulid osakonnast, kus oli 12 tuba. Viimastele ei ole kohavahetus üldse probleemiks, sest vanas operatsiooniplokkis Puusepa 8 B-korpuses oleme me tuulte meelevallas olnud juba aastaid, nii et see väike muutus meid ei murra.

Mare Uiho (MU): Kui me onkost ära hakkasime kolima, siis oli näha, et kolleegi-

dele, kes olid 30-35 aastat peale kooli lõpetamist ühes kindlas kohas töötanud, oli ületulek ääretult raske. Aga nüüd, 4-5 kuu möödudes selgub, et nad on väga hästi sisse elanud. Neil oli ülekolimise ees kohutav hirm, aga nüüd on nad väga rahul.

TE: Võib öelda, et esimesed paar-kolm nädalat oli neile täielik šokk. Ja paar kuud oli veel selline passiivsuse periood, mil teatav tunnetuslik joon personali lõhestas: MEIE endised ja TEIE siin.

MU: Eks see kohanemine oleneb ka inimesest. Mõnede

jaoks ei olnud see väga raske, teised jällegi ütlevad, et see väsis kohutavalt. Ka füüsiliselt, sest uues kohas on väga pikad vahemaad. Kui väikeses majas oli kõik kompaktselt käe-jala juures, siis nüüd pidi edasi-tagasi jooksuma hakkama.

TE: Kaloraaži kulub siin tõepoolest oluliselt rohkem, koridorid on väga pikad.

TK: Ühinemise alguses heietas nii mõnigi isegi äraminekuplaane. Lõpuks aga öeldi, et ei, me ei tahagi ära minna. Nii et hoolimata raskest algusest, suudeti edukalt kohaneda. ▶

► Millest võis neil selline sisseelamisraskus ja äraminekusoov tuleneda?

TE: Ilmselt oli äärmiselt koormav see, et töö tempot ja mahtu vähendati vaid füüsiliseks ülekolimiseks. Sisseelamiseks ei jäetud aega, kohe tuli täie hooga tööle hakata. Vaja oleks olnud teatud madalama töötempoga perioodi, mis oleks võimaldanud olukorraga harjuda ja tutvuda.

TK: Ja see, et kõik olid kõigiga võõrad. Ning kogu uue keskkonnaga harjumine ja siin orienteeruma õppimine.

Millised on olnud olulisemad uuendused võrreldes vana plokiga ja selle töökorraldusega?

TE: Suurimaks töökorralduslikuks muutuseks on kindlasti onkokiirurgia, neurokirurgia ja naistekliiniku opitubade ühinemine operatsiooniteenistusega. Sihiks on ka võimalikult palju mittekirurgilist tegevust opitoast välja viia, et ruumi intensiivsemalt kasutada. Praegu ei ole see veel teoks saanud, kuna kõik ettevalmistusruumid ja operatsioonitoad ei ole täielikult nii sisustatud nagu ette nähtud.

TK: Tegelikult nii nagu see sisseelaminegi veel käib, nii ei ole me siin veel päris valmis ka funktsionaalses mõttes – me ei ole veel päris sellisel töötama nagu tahaksime.

TE: Aga siin on ilus ja hele ning võrreldes eelmise plokiga, mille vanus praeguseks hetkeks on 35 aastat, on see ikkagi õõ ja päev. See on oluline samm edasi, kui ta vaid ka täpselt nii töösse saaks nagu planeering ette näeb...

Kas on olnud ka suuremaid tõrkeid või probleeme?

TE: Tehnilisi probleeme on ikka ette tulnud, kuid kõikide osapoolte koostöövalmidus on väga hea ning nende probleemide lahendamise tegeletakse operatiivselt.

Ilona Meier (IM): Esimeste kolijatena oli meie

jaoks probleemiks tühjadesse ruumidesse tulek. Toole ei olnud, vahendeid ei olnud, mitte midagi ei olnud. Oma kruus ja lusikas olid ainult.

TE: Jah, nende õnnetuseks oli tõesti see, et kuna nad tulid naistekliinikust, kus kogu opitoa varustus oli üsna kehva, kui päris aus olla, ja selle vähesegi, mis hea oli, võttis naistekliinik omale, sest ega neilgi uutest ruumides mööblit sel hetkel ei olnud, siis tuli neil hakkama saada vaid oma instrumentide ja nende asjadega, mis siin olemas olid – opilaud, lambid ja sihukesed asjad. Ja siis tõesti ei olnud neil alguses kohti, kus kahe lõikuse vahel istudagi, isegi personaliruumid olid tühjad.

TK: Need olid põhimõtteliselt neli seina. Seal ei olnud mitte midagi. Põrandal olid keedukannud, põrandal istusite ja magasite...

TE: Praegu kuulates seda seltskonda rääkimas, tekib sarnasus sõja meenutamisega 40 aastat hiljem: unustatud on see, et rindekaaslane hukka sai, juba räägitakse tõestisündinud naljakaid lugusid kaevikust.

Aga võib siis öelda, et praegu hakkab asi vaikselt laabuma?

TK: Oi, praegu on olukord hoopis teine.

Nele Jaanimägi (NJ): Jah, nüüd tagantjärele tundub kõik päris ilus, töö sujub kenasti. Kõik on juba nii unustatud, et ju siis selliseid väga suuri probleeme ei olnud.

Mida on uude majja kolimisel positiivsete külgedena esile toodud?

MU: Hea on see, et siin on personali kogu seltskonna peale rohkem, mis tagab parema manööverdamisvõimaluse.

TE: Ja see näitabki selle koondumise ökonoomikat: personaliprobleem on väiksem.

TK: Huvitav on ka see, et kui siin on külalised käinud, siis on nende esimene küsimus, kas te täna ikka töötate.

Töötame. Aga kuidas see võimalik on? Vaikus, igal pool vaikus.

NL: Ja positiivne on kindlasti ka see, et arenguruumi on palju: kuna haigete kontingent on mitmekülgne, siis saavad inimesed hästi palju uusi asju juurde õppida.

TE: Kokkuvõttes on siin kõik ikkagi parem.

Foto: Jaak Nilson



Operatsiooniteenistuse direktor Toomas Ellervee leiab, et vana ja uus operatsiooniplokk erinevad teineteisest nagu õõ ja päev.

Kas nüüd tagantjärele on kogunenud ka mingisugust tarkust, mida oleks võinud teistmoodi teha?

TK: Aega oleks pidanud olema.

TE: Kogu selle planeerimise-projekteerimise jaoks oleks vaja olnud põhitööst vabastatud töögrupp, kes ei pidanud mõttetöoga tegelema põhitööjärgelt. Kui Helsingi Ülikoolihaiglas 7-8 aastat tagasi uut operatsiooniplokki avati, siis olid seal nii anesteesia kui opi poole pealt üks öde aasta enne ja pärast sissekolimist põhitööst vabastatud. Just selle sama sisseelamise ja töökorralduse korraldamiseks. Et kõik toimuks sujuvalt, kõikidega saaks räägitud, midagi maha ei magataks ja oleks inimene, kes on kõikide asjadega kursis. Ka sissekolimisel oleks vaja olnud rohkem aega: esmalt ehituse lõpust kuni sissekolimiseni ning seejärel ka kolimisest endise töömahu taastamiseni oleks pidanud olema tühi aeg. Aga

põhimõtteliselt oleme me plokki tööle saanud, küll valulikul, kuid ega sünnitused peagi valutud olema.

Milliste mõtete-loomustega nüüd tulevikku vaatate?

TK: Sooviks ükskord ikkagi saada niimoodi korraldatud, et vana operatsiooniplokk ei peaks samaaegselt töötama. Ei tea, kas see ka võimalik on, aga selline kahes kohas töötamine on äärmiselt keeruline ning raiskab ressursse.

TE: Ideaalis on see ka nii plaanitud, kuid sõltub väga paljudest mõjuritest. Esmalt muidugi rahast, et hankida kogu ette nähtud sisustus. Teisalt mõjutab operatsioonitoast väljaspool tehtava anesteesia töö võimalikkust personali puudus. Kõik ettevalmistusruumid peavad funktsioneerimiseks olema peale aparatuuri ka inimestega mehitatud. Ja viimaks eeldab selline suur kirurgilise töö ümberkorraldus muudatusi ka kirurgilistes osades. Ka see logistiline probleem tuleb meil kuidagi lahendada.

NL: Jah, siin peavad kõik väikesed muudatusi oma töökorralduses tegema.

Aga sellega siis vaikselt tegeletakse?

TE: Jah, samm-sammult. See ongi paljuski see, et konkreetset üleminekuperioodi ei olnud ja majanduskriisi tõttu on ka investeeringud suhteliselt piiratud.

Kokkuvõtte hinnang uude korpusesse kolimisele?

MU: Iga uus asi ja muutus on tegelikult natukene parem. Kui jäädakse vanasse kinni, siis ei areneta. Kuigi inimestel olid omad hirmud ja periood oli pingeline, siis tasus see end ära.

TE: Eks see üleminekupeerioidi algus oli nagu kõige valusam, aga...

TK: Praegu on kõik korras.

eHL-i sisselogimisest ja paroolide salvestamisest

eHL-i valvetelefon on saanud mitmeid murekõnesid seoses sisselogimisega. Alljärgnevalt toon välja enim probleeme tekitanud olukorrad ning võimalikud lahendused:

Joonis 1.



Kasutajanime ja kursori vahel on tühik, mida kasutajanimi tegelikult ei sisalda

1. ei märgata salvestatud kasutajanimi järel olevat tühikut. Joonisel 1 on toodud näide kasutajast Triinu Lepp.
2. eHL-i kasutajanimi koosneb enamasti väiketähtedest. Soovitus: sisestage palun kasutajanimi alati väiketähtedega.
3. Parooli sisestamisel vajutatakse kogemata sisse CapsLock või NumLock. Kontrollige parooli sisestamisel alati, et klaviatuuri CapsLock ja NumLock oleksid soovitud olekus.
4. Varasemalt on brauseri mälu salvestatud vale eHL-i parool, mida nüüd vaikimisi kasutajale kuvatakse. Loe artiklit edasi, et teada saada, kuidas parooli salvestamisfunktsiooni välja lülitada.

Sarnaselt teiste Kliinikumi infosüsteemidega saab iga eHL-i kasutaja endale isiklikud kasutajatunnused, mida teistele isikutele avaldada ei tohi. Kui on kahtlus, et teie nime alt siseneb eHL-i keegi teine, tuleks parool vahetada. Selleks valige eHL-i horisontaalmenüüst Seaded -> Parooli vahetus.

Erinevad brauserid, millega eHL töötab, lubavad parooli salvestada. Parooli salvestamine võrdub selle jagamisega teistele isikutele. Parooli salvestamist saab maha võtta järgmiselt:

Firefox (vt joonis 2)

Horisontaalmenüüst valida Tools -> Options. Avanenud aknakeses valida Security vaheleht, võtta maha märged valiku Remember passwords for sites eest ning vajutada nuppu „OK“.

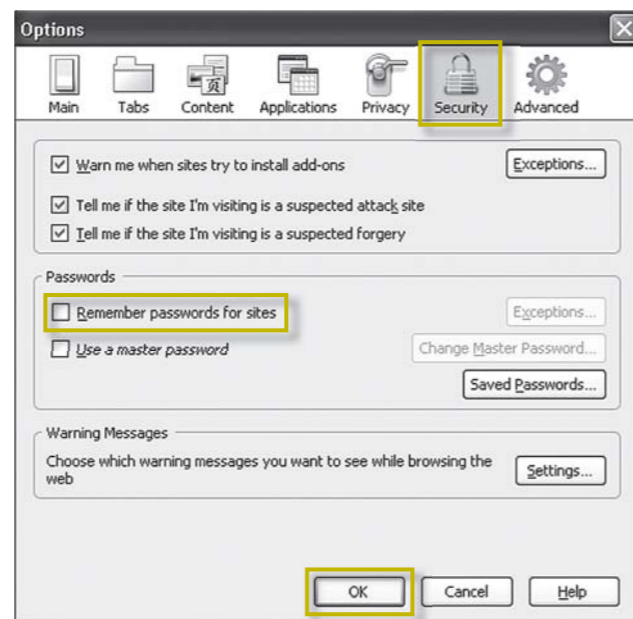
Internet Explorer (versioon 7) (vt joonis 3)

Horisontaalmenüüst valida Tools -> Internet Options. Avanenud aknakeses valida Content vaheleht. Blokis AutoComplete vajutada nuppu „Settings“.

Võtta märged maha valiku User names and password on forms eest ning vajutada nuppu „OK“.

KARIN ORASON
informaatikateenistuse arendusosakonna projektijuht

Joonis 2. Firefox:



Joonis 3. Internet Explorer (versioon 7):



Andmete salvestamisest ja eHL-i sessiooni aegumisest

Enne arvuti juurest lahkumist tuleb eHL-i sisestatud andmed salvestada „Valmis“, „Salvesta“ või „Jäta pooleli“ nupule vajutamiseks. Osades eHL-i dokumentides töötab teatud intervalliga ka automaatne salvestamine, kuid kahe automaatse salvestamise vaheajal lisatu võib siiski salvestamata jääda.

Kui salvestamata andmetega kuvalt soovitakse lahkuda, küsib rakendus meeldetuletuseks „Tahate jätkata ilma andmeid salvestamata?“

Teadma peab, et andmete salvestamissoovi kohta ei küsita kui kasutaja:

- sulgeb patsiendi konteksti

patsiendiribal olevast sinisest ristist;

- logib eHL-ist välja;
- sulgeb Interneti brauseri (Internet Explorer/Firefox) punasest ristist. Viimast tegevust peaks vältima, sest eHL-i jaoks on antud kasutaja aktiivne ja raiskab rakenduse ressursi.

Salvestamine võib ebaõnnestuda seoses sessiooni aegumisega.

Teadma peab, et:

- iga tunni järel, kui rakendust pole kasutatud, nõutakse arvutile suvalise käsu andmisel identifitseerimiseks parooli taasisestamist, pärast mida saab tööd poole

lelijäänud kuvalt jätkata. Pikkade sisestuste juures tuleb arvestada, et puhast andmete tekstivälja trükkimist ilma rakendusele käsikuid andmata arvestatakse kui rakenduse mittekasutamist.

- iga kahe tunni järel, kui rakendust pole kasutatud, tuleb arvutile suvalise käsu andmisel rakendusse uuesti sisse logida, sisestades nii kasutajanimi kui parooli, ning täitmist vajav kuva uuesti avada.

TIIU LAUD
informaatikateenistuse projektijuht



Joonisel on nooltega näidatud kohad, millele puhul ei küsita salvestamata andmete salvestussoovi kohta.

Tervishoiu suured raharaiskajad

CNNMoney.com vanemajakirjanik Parija B. Kavilanz kirjutab, et aastas raisatakse USA tervishoius üle 1,2 triljoni dollari, mis on pool kogu Ameerika Ühendriikide aastastest tervishoiukulutustest.

Maailma ühe suurima auditoorettevõtte PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute'i poolt läbi viidud USA tervishoiukulutuste uuringu alusel võib välja tuua 16 erinevat meditsiinivaldkonda, kus tervishoiu raha liigselt kulutatakse.

Liigselt kulutatud 1,2 triljonist dollarist ca 500 miljardit tuleneb elanikkonna riskikäitumisest, sh suitsetamisest, alkoholi kuritarvitamisest ja ülekaalususest. Ülejäänud

kulutatava summa võib panna USA meditsiinisisüsteemi arvele. Alljärgnevalt on välja toodud esikaheksa:

1. liigsed analüüsid – ca 210 miljardit \$
2. bürokraatia masinavärk – ca 210 miljardit \$
3. arsti korralduste eiramine patsiendi poolt – ca 100 miljardit \$
4. tehnoloogia sihtotstarbetu kasutamine – ca 88 miljardit \$
5. korduvhospitaliseerimise-

6. meditsiinilised eksimused – ca 17 miljardit \$
7. EMO sihtotstarbetu kasutamine patsientide poolt – ca 14 miljardit \$
8. haiglanakkused – ca 3 miljardit \$

Pikemalt loe internetiaadressilt: <http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml>

KLIINIKUMI LEHT

MEEDIAS

TÜ kliinikumi neuroloog dr Mark Braschinsky defineerib, et klassikalise migreeni korral on tegu ühepoolse pulseeriva peavaluga, millega kaasuvad iiveldus ja oksendamise, väsimus, valguse- ja mürakartus ning ka kergema füüsilise koormuse talumatus.

Eesti Naine, august 2009.
„Migreeni saab edukalt ravida!“

Kliinikum on ambulatoorsete vastuvõtude arveid langenud, kuid tasuliste teenuste see oluliselt suuremat tungi pole tekitanud, ütles analüüsi- ja marketingiteenistuse direktor Merje Tikk.

Meditsiiniuudised, 04.08.2009.
„Tasuline vastuvõtt patsienti ei heiduta“

Doonortelgis toimetavad Tartu Ülikooli Kliinikumi verekeskuse töötajad, kes ütlevad, et iga veregrupi veri on oodatud, sest tagavarad on suve tõttu üsnä kesised.

«Ootame nii oma vanu doonoreid kui ka esmakordselt tulijaid,» märkis verekeskuse direktor Helve König.

Tartu Postimees, 24.08.2009.
„Raekoja platsil saab verd loovutada“

TÜ Kliinikumi juhatuse liikme Mart Einasto sõnul ei tasu Heido äriedu ja tema töökoha vahel seost otsida. /.../ Ta lisas, et Heido ei ole osalenud ühegi hanke ettevalmistamisel ega hankekoomisjoni töös.

Äripäev, 24.08.2009.
„Kliinikum hangib ravimeid oma arsti firmalt“

Koguni neljandik Tartu Ülikooli astunud noortest, kes lõpetasid kevadel gümnaasiumi medaliga, eelistas arstiteaduskonna erialasid.

Tartu Postimees, 26.08.2009.
„Medalistide vaieldamatu lemmik on arstiteadus“

Haigekassa tellimisel on valmimas kahe- kuni kuueaastaste laste arengut tutvustav trükis, mis on sügisest kättesaadav perearstikeskustes üle Eesti. /.../ Trükise koostamisel osalesid ekspertidena lastearstid Tiina Talvik ja Anne Ormisson.

Eesti Päevaleht, 27.08.2009.
„Kord aastas tahab perearst üle vaadata ka terve mudilase“

Piirideta teadusmaailm

IFMSAse (*International Federation of Medical Students' Association*) kuuluvatel aktiivsetel Eesti Arstiteadusüliõpilaste Seltsi (EAÜS) liikmetel on võimalus käia välismaal nii kliinilise kui ka teadustöö tegemist piilumas.

Ilmselt on paljud ka kliinikumi koridorides suvel võõra ilmemea tudengeid liikumas näinud – kliiniline välisvahetus on toimiv juba aastaid. Sellest aastast on EAÜSi teadusgrupp taaselustanud ka teadusliku välisvahetuse traditsiooni – neli üliõpilast käisid laias teadusmaailmas olukorda uurimas. Selle aasta sihtkohtadeks olid Bulgaaria, Rumeenia, Türgi ja Prantsusmaa.

Isiklikust kogemusest Edela-Prantsusmaal Toulouse's võin vaid kiitvalt kirjutada. Artikleid-postreid neljanädalase töö/praktika põhjal lubada oleks rumal, kuid aimduse kuidas, miks ja mida pakkisin kohvipõhja kaasa.

Südameteadus ühes kohalikest haiglatest (Rangeuil) on ilmselt üks aktiivsemalt toimivaid meditsiiniteadusvaldkondi Toulouse's. Projekte on mitmeid, hõlmates sümpaatilise närvisüsteemi aktiivsuse hindamist südamepuudulikkusega patsientidel mikroneurograafia abil ning prognostilise markeri leidmist pidevalt dekompenseeruvatel südamehaigetel, mitteinvasiivse aor-



Foto: Autori erakogu

Prantsusmaal paistab päike ka hilistel pärastlõunatundidel, mis jätab isegi pärast pikki tööpäevi võimaluse nautida kõike, mida sel kultuuririigil pakkuda on.

taalse rõhu mõõtmise juurutamist ning võrdlust tavapraktikas kasutatava *a brachialis* rõhuga, erinevate valkude roll südamehaiguste patogeneesis, reedukatsioon jne.

Minu töövahenditeks olid aktsendiga prantsuse keel, uuringuprotokoll ning aparaa-

te täis ratastel käru, millega mitteinvasiivselt tsentraalset rõhku mõõtsin (tonomeetriga radiaalarterilt pulss, finomeetritl saadud andmed sisestada ning pulsiline korraliku salvestuse korral arvutas aparat vererõhuväärtused aordis).

Kuna Prantsusmaa arstiõppes on olulisel kohal teadus (vähemalt neile, kes haiglakarjääri soovivad teha), leidub interne-arste-teadlasi igas haiglanurgas ning vähe on patsiente, kelle kaardile pole ühtegi „*protocole*“ kirjutatud.

Teha ja näha on palju, kui keel suus ja huvi olemas, kuid paraku jääb ühest kuust väheks. Lisaks teadusprojektile, mis neelab põhiosa ajast, saab huvi korral näha ja teha veel muudki (osaleda südamesiirdamisel, jälgida hiirte ehk hokardiograafiat, südame MRI-d, näha haruldasi seisundeid (*taku-tsubo* stresskardiomiopaatia) jne). Seda muidugi juhul, kui soe päike liigselt ei peibuta ning ollakse nõus kella 17ni haiglas viibima ja seda oma Eesti puhkuse ajast.

See aasta ei jää kindlasti viimaseks teadusvälisvahetuse aastaks – järgmise suve sihtkohtadeks on Kataloonia Hispaanias, Serbia, Türgi, Kreeka, Saksamaa ja Prantsusmaa.

RAILI ERMEL
VI kursuse arstitudeng

PILTUUDIS

Kliinikumi juurdeehitus on kõneaineks ka teiselpool maakera

Meie uut meditsiinilinnakat pidas kajastamisväärseks Jaapani uuringu-instituudi Daiwa meditsiinivaldkonnale pühendatud väljaanne (*Journal of Health Insurance & Medical Practice*), mille augustinumbris pildilolev artiklikatkend ilmus.

病院 大学病院など基幹病院は施設機能を強化

首都タリン市に次ぐエストニア第2の都市タルトゥ市には、同国で最大規模の大学病院であるタルトゥ大学病院がある。1804年に創設された歴史ある病院で、エストニアで最高水準の教育、研究および診療を行う医療機関である。病床数は約950床で、麻酔科、ICU、血液および腫瘍科、心臓科、外科、呼吸器科、耳鼻科、小児科、皮膚科、婦人科、神経科、精神科、内科などの専門診療科を有する。約590人の医師と約1140人の看護師をはじめ、総計約3480

▲タルトゥ大学病院新棟 (タルトゥ大学病院提供)

▲タルトゥ大学病院外観 (タルトゥ大学病院提供)

人のスタッフが同院に従事している。外来患者数は年間およそ42万人で、入院患者はのべ4万4000人を数える。小児患者は全患者数の16%を占めている。入院患者の疾患としては、呼吸器疾患、周産期疾患、先天性奇形や外傷などが多い。一方で、年間約8700件の日帰り手術も実施している。現在は、建物の新築などによる施設機能の強化が進められている。