

Kliinikumi Leht

SISELEHT nr 138 | jaanuar 2012

www.kliinikum.ee/leht

 Tartu Ülikooli Kliinikum

Foto: Jaak Nilson



Prof Külli Kingo.

Nahahaiguste kliiniku uus juhataja on Külli Kingo

Alates 1. jaanuarist 2012 on Tartu Ülikooli Kliinikumi nahahaiguste kliiniku juhataja professor Külli Kingo.

Milliste tunnetega võtate ameti vastu (miks otsustasite kandideerida)?

Kuna tegemist on väga väikese kliinikuga ja alates 2010. aastast olen ma Tartu Ülikooli nahahaiguste kliiniku juhataja, siis nii kliiniku kui ka õppetooli arengut silmas pidades on kindlasti oluline, et nimetatud üksusi juhiks üks juht.

Mis on see eelkäijate pärand, mida väärtustada, alal hoida ja edasi arendada?

Väga tugev on olnud õppetooli ja kliiniku integratsioon, mis ühelt poolt on oluline nii õppe- kui ka teadustöö läbi viimiseks, samas aitab kaasa ravikvaliteedi tõstmisele.

Prof Helgi Silma pärandina on Tartu Ülikooli Kliinikumi nahahaiguste kliinikus kasutusel ravivõimalused, mis on kättesaadavad Eestis vaid kliinikumis, näiteks PUVA ravi krooniliste dermatooside raviks. Tänu sellele oleme suutnud hoida väga kõrget voodihõivet ning oleme voodikohtade arvult suurim stacionaarset tervishoiuteenust osutav kliinik Eestis. Lisaks on prof Silma juhtimisel loodud kliinikus päevaraviosakond, kus tehakse dermatokirurgilisi protseduure, toimub haavanditega ja krooniliste dermatoosidega haigete ravi ja nõustamine. Kindlasti on dermatokirurgia suund, mida on vaja tugevalt arendada, kuna tänu rahvastiku vananemisele

ja reisiharjumuste muutumisele (nn „päikesereisid“), on tõusnud haigestumine nahahea- ja pahaloomulistesse kasvavatesse. Selle eesmärgi täitmiseks on 2010. aastal ostetud kliinikusse digitaalne dermatoskoop, mis on kõige kaas-aegsem vahend nahakasvajate diagnoosimiseks ja pigment-sünnimärkide jälgimiseks. Lisaks on kliinikus kättesaadavad kõik fototeraapia ravimeetodid, mida kasutatakse väga laialdaselt erinevate krooniliste põletikuliste nahahaiguste ja vitiliigo raviks. Kliinikus on värvilaser, mida kasutatakse rosaatsea, nahaveresoonte patoloogiate ja pigmentatsiooni-häirete raviks.

Järg LK 2 ►

UUDIS

2 meditsiinitehnika tootjat tutvustavad ennast LK 8-9

Prof Toomas Asser valiti akadeemikuks

7. detsembril 2011 valis Eesti Teaduste Akadeemia üldkogu seitse uut akadeemikut. Arstiteaduste alal sai akadeemikuks Tartu Ülikooli Kliinikumi närvikliiniku juhataja prof Toomas Asser.



Toomas Asser (sünd 1954) on neurokirurgia professor alates 1995. aastast ja Tartu Ülikooli närvikliiniku juhataja alates 1996. aastast. Tema teadustöö põhisuunaks on närvisüsteemi kasvavate kliinilised ja molekulaarbioloogilised aspektid, ajuarterite aneurüsmide ja Parkinsoni tõve kirurgiline ravi.

Doktoritöö kaitseb dr Triin Jagomägi

27. jaanuaril kell 14.00 kaitseb dr Triin Jagomägi A. Linkbergi nim auditooriumis (L. Puusepa 8) doktoritööd teemal „Mittesündroomse huule- ja suulaelõhe geneetilise etioloogia uuring“

Juhendajad: prof Andres Metspalu (TÜ molekulaar- ja rakubioloogia instituut) ja dots Mare Saag (TÜ stomatoloogia kliinik). Oponent: prof Timo Peltomäki, PhD (Tampere Ülikooli kliinik).

KLIINIKUMI LEHT

UUS TÖÖTAJA

**Eesi Adoson**

Alates 2. maist 2011 on nahahaiguste kliiniku stantsionaarse osakonna hooldaja Eesi Adoson.

Eesi Adoson iseendast:

Kuigi praegu elan Tartus, olen aastaid maal elanud. Kesk-erihariduse omandamise järel töötasin pikalt tootmisvaldkonnas. Kui lapsed olid suureks kasvatatud, soovisin elukutset vahetada. Mul oli varasemast vanainimeste hooldamise kogemus ja kuna see töö mulle sobis, siis hakkasin otsima võimalusi erialaseks väljaõppeks. Tahtsin kindlasti omandada kutseoskused ja saada vastused oma küsimustele, kuidas inimesi paremini aidata. 2010. aastal asusingi Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis hooldustöötajaks õppima. Tänu sellele oskan haiglaelu vaadata patsiendi silmadega: suudan aimata, mida ta tunneb ning rahuliku rääkimisega tema olukorda leevendada.

Hooldaja ametis võlub mind võimalus inimestega suhelda ja toimetada. Ühe koha peal paigal istuda ma ei suudaks. Hoian ruumid korras, abistan patsiente - mida rohkem teha on, seda parem!

Mulle meeldib meie osakonna rahulik õhkkond ja see, et patsientidega suhtlemiseks jääb aega. Hobiks on laulmine Põlva naiskooris „Mai“. Laul teeb hinge rõõmsaks ja koorielu hoiab vaimu ärksa.

Eesi on päikseline

Eesi on stantsionaarses osakonnas esimene hooldaja, kes on läbimas hooldustöötaja õppekava Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis. Loodame, et tema kutseoskustest on eeskujuga teistele hooldustöötajatele. Oma olemuselt on Eesi positiivse eluhoiakuga: alati särav, alati rõõmus ning kiirgab headust. Empaatiavõime ja päikselise olekuga oskab ta suurepäraselt patsientidele toeks olla. Teadupoolest ei saa päikese kõrvale pilvi tekkida.

TIJU KÕRRAN

nahahaiguste kliiniku ülemõde

▶ Algus LK 1

Kokkuvõtlikult võiks öelda, et prof Silma pärandina on kliinikus olemas uusimad nahapatoloogiate diagnoosija ravivõimalused, mis tagavad meie stantsionaarse ja ambulatoorse tervishoiuteenuse kõrge kvaliteedi ning arvuka patsientuuri.

Millised eesmärgid võtab nahahaiguste kliinik sihikule Teie juhtimise all?

Eestis jõustus möödunud aastal tervishoiuteenus raske psoriaasi raviks bioloogiliste preparaatidega. Selle teenuse raames raviti 2011. aastal 30 patsienti, neist 10 meie kliinikus. Kuna momendil pakutav teenuse maht ei kata vajadust, siis on kindlasti vajalik bioloogilise ravi teenuse mahu suurendamine kliinikus. Praegu on bioloogiline ravi võimalik ainult psoriaasi näidustusel, samas

tulevikus laieneb teenus tõenäoliselt ka teistele rasketele kroonilistele dermatoosidele (näiteks villtõvele). Arvestades, et meie kliinikusse on koondunud raskeid dermatoose põdevate patsientide ravi, siis võiks kliinikumi nahahaiguste kliinikust saada üks suurim bioloogilise ravi keskus Eestis.

Teine eesmärk oleks tuua kliinikusse kliinilisi ravim-uuringuid ja teadusuuringuid, mis on olulised nii ravikvaliteedi seisukohast kui ka meie eriala ja kliiniku nähtavamaks muutmiseks Eestis ja rahvusvahelisel tasemel. Teadusuuringute läbiviimine on tihedalt seotud doktoriõppega. Kaasates noori kolleegide doktoriõppes, loodame koolitada pädevaid eriala spetsialiste, kellele oleks motivatsioon siduda oma tulevane töökoht meie kliinikuga.

KLIINIKUMI LEHT

Külli Kingo

1996 - lõpetas Tartu Ülikooli arstiteaduskonna *cum laude*

2001 - asus tööle Tartu Ülikooli Kliinikumis arst-õppejõuna

2005 - kaitses doktoritöö teemal „Interleukiin-10 perekonna tsütokiinide geenide polümorfismid naastulise psoriaasi puhul“

2012 - valiti Tartu Ülikooli dermatoloogia ja veneroloogia professoriks

Prof Külli Kingo teadustöö põhiliseks eesmärgiks on tuvastada krooniliste dermatooside (psoriaas ja vitiliigo) tekkel osalevate geenide/biomolekulide võrgustik, mille funktsioneerimisel tekivad häired viivad nimetatud haiguste kujunemisele.

Prof Külli Kingo on mitmete erialaorganisatsioonide liige, sealhulgas Euroopa Dermatoveneroloogia Akadeemia juhatuse liige.

Psühhiaatriakliiniku parimad töötajad 2011

Hooldajad

- GABRIEL PÖDER (akuutosakond)
- TATJANA MIHHAILOVA (psühhiaatriaosakond)
- KARMO TALI (lasteosakond)

Õed

- LEILA TÄHNAS (akuutosakond)
- KATRI ŠINKAREV (psühhiaatriaosakond)
- EVELI MESIKÄPP (lasteosakond)

Psühhiaatriakliinik on parimaid töötajaid valinud alates 2005. aastast. Valimise toimub tavaliselt novembrikuus, kui osakonnadesse pannakse välja patsientide abiga tehtud hääletuskastid. Iga töötaja saab panna kasti hääletusdeli selle töötaja nimega, kes tema hinnangul kõige rohkem aasta parima tiitlit väärrib. Igas kategoorias (hooldajad, õed, arstid ja tugipersonal) on igal valijal vaid üks hääl. Kes oma kate-

goorias kõige rohkem hääl saab, on võitja. Võitjaid tunnustatakse kliiniku juhataja käskkirja ja preemiaga. On avaldatud arvamust, et valimiskriteeriumid pole täpselt sõnastatud. Aga küllap kolleegid teavad, mille põhjal nad oma hääle annavad ning sageli on töökaaslased ise need kõige karmimad arvustajad üksteise tegemistele. Kokkuvõtteks võib öelda, et hinnangud on alati olnud ausad ja kõik väljalitnud on

olnud oma tiitlit väärt. Osavõtt hääletusest on alati aktiivne ning hääl annab kokku lugeda!



REET TOHVRE
psühhiaatriakliiniku ülemõde

Psühhiaatriakliinikus luuakse ambulatoorne osakond

Psühhiaatriakliinikus on senini olnud kolm osakonda: akuut-, psühhiaatria- ja lasteosakond. Alates 1. veebruarist luuakse lisaks ambulatoorne osakond, mis võtab teistelt osakondadelt üle ambulatoorse töö täiskasvanud patsientidega. Uue osakonna eelprojekt on valminud, ehitustööd peaksid lõppema aasta pärast

Psühhiaatriakliiniku ambulatoorsele vastuvõtule pöörduvad isikute arv on viimase kümne aasta vältel pidevalt kasvanud. Ka ambulatoorsete arsti vastuvõttude arv on viimastel aastatel suurenenud, kuid keskmine arv ühe isiku (sisaldab ka arstlike läbivaatusi psüühikahäireteta isikutele) ja patsiendi kohta on pidevalt vähenenud alates 2006. a. ja viitab vajadusele suurendada vastuvõttude üldarvu.



Osakonna juhataja dr Juhan Kaldre.

Ambulatoorse osakonna avamine tuleneb vajadusest senisest enam arendada haiglaväliselt abi. Täpsemalt puudub see täiskasvanute ambulatoorse abisüsteemi ümberkorraldamist. Ambulatoorsesse osakonda viiakse üle need akuut- ja psühhiaatriaosakonna töötajad, kes on seotud ambulatoorse tööga. Ambulatoorse osakonnaga saavad olema seotud ka kliinikus töötavad kliinilised psühholoogid ja plaanis on luua osakonna juurde kliinilise psühholoogia keskus. Struktuuriüksusse hakkab kuuluma ka valvetuba, mis osutab erakorralist ambulatoorset abi.

Muudatus ei puuduta lasteosakonda, kus planeeritakse noorukite ravimeeskonna



Fotod: Erakogu

Valvekabinet psühhiaatriakliinikus.

loomist. 2013. aastal on kavas välja ehitada lastepsühhiaatria osakonna noorukite keskus, mis osutab ambulatoorset abi stantsionaarset abi noorukitele.

Ambulatoorses osakonnas loodetakse luua ravimeeskond, kes senisest paremini suudaks osutada spetsialiseeritud abi ka sellistele patsientidele, kes enamasti haiglaraavi ei vaja nagu ärevus- või sõltuvushäiretega patsiendid. Kavas on suurendada ka õendus-teenuste mahtu, sest psühhiaatriakliinikus töötab palju spetsialistidest õdesid, kelle



Osakonna vanemõde Katri Šinkarev.

kvalifikatsioon on senini olnud kasutamata ressurss. Õendusteenu maht näitab kasvutendentsi nii kliinikumis kui Eestis tervikuna. Vaimse tervise öde-spetsialisti vastuvõtule saaksid pöörduda kroonilise psüühikahäirega toetusravi vajavad patsiendid, kellel on tarvis nõustamist ning infot haiguse ja sellega toimetuleku osas.

Ambulatoorset osakonda hakkab juhtima dr Juhan Kaldre ja osakonna vanemõdeks saab Katri Šinkarev. Iga-päevases ravitöös ei muutu patsientide, kolleegide ega peearstide jaoks esialgu midagi. Teistes kliinikutes töötavate kolleegidega loodetakse uue osakonna loomisel koostööd parandada, et oleks rohkem ühist diskussiooni patsientide konsulteerimisel.

DR JUHAN KALDRE
psühhiaatriakliiniku arst-õppejõud

MEEDIAS

Et inimest oleks nõnda suure verekaotuse korral võimalik üldse aidata, läheb vaja suures koguses värsket doonoriverd, kuna vastasel juhul tekivad hüübimisprobleemid. Sestap kutsub verekeskus taoliste juhtumite korral doonoreid erakorraliselt kohale. „Kõik töötajad üritavad sellega siis tegeleda, inimesi ei saa alati kätte, veregrupe ei ole alati,“ rääkis verekeskuse direktor Helve König.

08.12.2011, Tartu Ekspress „Ratturi elu ei suudetud päästa“

«**Ma mõtlesin, et see ei ole võimalik, et üks haigus tuleb ja rikub mu igati elurõõmsa ja õnneliku tüdruku elu ära,**» meenutab Merle Anton kahe aasta tagust meeleheidet. Ta ütleb, et on väga tänulik Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliiniku arstile Tiina Rägole, kes tõi Kärdi kriitilisest olukorrast välja ning valvab praegugi ta last.

12.12.2011, Tartu Postimees „Üksteise toetus aitab haigusega võidelda“

Einasto näeb organite laialdasest väljavahetamises ohtu. „Inimeste käitumine on väga riskialdis. Kui organite asendamine läheb väga hõlpsaks, siis ei hooli keegi oma tervisest,“ ennustab ta. Kui „keha vahetamisega“ saadakse tulevikus ilmselt hakkama, siis lahendamatuks probleemiks jääb närvisüsteemi parandamine või uuendamine. Seetõttu kasvab see osa ühiskonnast, kes vajab kõrvalist abi.

15.12.2011, Eesti Ekspress „Tagasi tulevikku: Tulevikus prindime endale uue neeru“

Heleri Roosmäe plaan oli järgmine: teha mitte lihtsalt mingi ilus maja, vaid luua parkoogilõhnaline koopia Vallikraavi tänava 10 asuvatest hoonetest kõikide oma rõdude ja väljaehitistega. Ka pink, kus patsiendid käivad õues istumas, oli tähtis! Et midagi ei ununeks, käis Heleri ühel päeval oma haiglat veel ekstra takseerimas ja üles visandamas.

19.12.2011, Tartu Postimees „Muinasjutuhaigla annab jõudu“

Bariaatriline kirurgia

Kirurgiline ravi on ainus tõenduspõhine püsivat kaalulangust pakkuv meetod patsientidele, kelle kehamassiindeks (KMI) on üle 35 kg/m². Kliinikumis on viimastel aastatel bariaatriliste lõikuste arv kasvanud hüppeliselt.

Kliinikumis on bariaatrilisi operatsioone teostatud alates 2008. aasta kevadest. Esimesel aastal tehti 9 operatsiooni, 2009. aastal ca 30 operatsiooni ning 2011. aastaks oli lõikuste arv tõusnud ca 2-3 operatsioonini nädalas. Meie olemasolev kasutanud kahte laparoskopilist operatsioonimeetodit. Vertikaalse maoresektiooni (*gastric sleeve*) korral eemaldatakse mao suur kurratuur ning moodustatakse "varrukas" söögitorust kuni duodenumini mahuga 60-120 ml. Maost möödajuhuva operatsiooni (*gastric bypass*) puhul mao ülaosa läbimise teel teki-



TOOMAS SILLAKIVI
kirurgiikliiniku abdominaalkirurgia osakonna arst-õppejõud

tatakse uus väike magu. Sellest omakorda juhitakse toit sooleanastomoosi abil otse

peensoole keskosas. Operatsiooninäidustustel on aluseks KMI: kehakaal (kg) jagatud pikkuse (m) ruuduga. Tänapäeval on üldtunnustatud piiriks operatiivse ravi rakendamisel KMI vähemalt 40 või KMI üle 35 koos ülekaaluga seotud kaasuva haigusega. (vt. ka www.kergemaks.ee)

Operatsioonide efektiivsust mõeldakse protsentidega, mis kaotatakse üleliigsest kaalust. Kaalulangetuslõikuste eesmärgiks pole ideaalkaalu saavutamine (kuigi üksikute juhtudel see toimub), vaid olulisteks tulemusteks on kaasuva haiguste leevendumi-

ne ja elukvaliteedi paranemine. Suurimat tähelepanu on maailmas pööratud just II tüüpi diabeetikutele, mahukates uuringutes on saavutatud haiguse remissiooni (normaalsed veresuhkruväärtused ilma ravimiteta) operatsiooni järgselt 48-98% patsientidest.

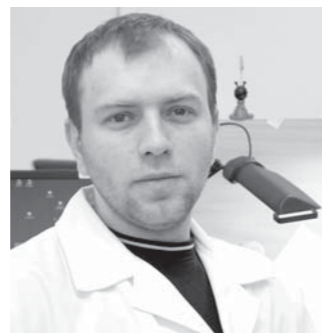
Patsiendid vajavad postoperatiivset profülaktilist mikroainete ja vitamiinide asendusravi ning monitoorimist. Adekvaatse käsitluse korral on tulemuseks elukvaliteedi paranemine ning eluea pikene-

Aktiivne jälgimine – kaasaegne võimalus lokaliseerunud eesnäärmevähi ravis

Viimastel aastatel on maailmas lokaalse eesnäärmevähi ravis kasutusele võetud uudse meetodina aktiivne jälgimine (ing k *active surveillance*), mida on nüüd edukalt rakendanud ka uroloogia ja neerusiirdamise osakonna arst-õppejõud Mihhail Žarkovski ja teised arstid.

Tänapäeval on lokaliseerunud eesnäärmevähi ravis põhiliselt kasutusel kiiritusravi ja kasvaja kirurgiline eemaldamine. Onkoloogiline protseduur võib tekitada patsiendil tüsistusi, milleks on uriiniinkontinentsus ja impotentsus. Kuna lokaliseerunud (varajast) eesnäärmevähi diagnoositakse üha noorematel meestel, kes elavad aktiivset töö- ja pereelu, siis operatsioonijärgsed tüsistused avaldavad neile negatiivset psühh-emotsionaalset mõju. Seetõttu on otstarbekas kaaluda erinevate ravimeetodite häid ning halbu mõjufaktoreid patsiendi elukvaliteedile ning leida kompromiss (*patient trade-off*).

Uuringutega on tõestatud, et kui madala riskiga lokaalne eesnäärmevähi jätta ravimata, siis 50-60% juhtudest progresseerub vähk niivõrd aeglaselt, et aktiivravi ei ole üldse otstarbekas. Ehk et risk operatsioonijärgseteks tüsistuseks kaalub üles operatsiooniga saadava kasu. Seega on patsiendil kasulikum säilitada senine elukvaliteet ning jääda aktiivsele jälgimisele, mille puhul tehakse perioodiliselt korduvanaalüüsi ja hinnatakse tähelepanelikult haiguse kulgu. Aktiivset jälgimist rakendatakse eelkõige juhtudel, kui leitud kasvaja on väike, piirdub eesnäärme koega ja on aeglase kasvuga (madal Gleasoni skoor kuni 3+3).



Dr Mihhail Žarkovski.

Aktiivse jälgimise juurde kuulub nii patsiendi kui ka tema lähedaste nõustamine ja teavitamine võimalusest soovi korral üle minna aktiivsematele ravimeetoditele. Prospektiivsed vähiuuringud on näidanud, et ühe inimelu päästmiseks tuleb opereerida 42

eesnäärmevähi patsienti. Teisisõnu öeldes, vaid üks patsient neljakümne kahest vajab tõepoolest kirurgilist sekkumist. Autopsia andmetel leitakse enam kui 80-aastaste meeste seast 80%-l eesnäärmes kasvajakasvud ehk et vanuse kasvades kasvajakasvude olemasolu tõenäosus suureneb, samas ei muutu see iseenesest probleemseks.

2011. aasta lõpu seisuga oli dr Mihhail Žarkovskil aktiivsel jälgimisel 24 patsienti. Ka oma doktoritöös plaanib ta käsitleda patsientide psühh-emotsionaalse seisundi ja isikuomaduste rolli eesnäärmevähi ravivõimaluste valikul.

ENE SELART

Kaasaegsed uurimismeetodid proktoloogias

Kirurgiaikliiniku vanemarst-õppejõud Margot Peetsalu annab ülevaate kliinikumis juba kasutusel olevatest uurimismeetoditest proktoloogias ja tutvustab analmanomeetriat, mida hakatakse rakendama 2012. aasta alguses.

Eestis puudub eraldi erialana koloproktoloogia (proktoloogia). Proktoloogiliste probleemidega tegelevad reeglina üldkirurgid, kes on paremal juhul saanud sellel alal lisakoolitust. See on põhjuseks, et oma mujal maailmas rutiinselt kasutatavaid spetsiifilisi uuringuid pole Eestis veel kasutusele võetud. Proktoloogia (silmas pidades just beniigset patoloogiat) on jäänud muu üldkirurgia varju.

Üritades olukorda parandada, on alates 2008. aastast võetud kasutusele **jämesoole transiiduuring (Sitzmarki test)**, mis on oluline kõhukinnisuse diferentsiaal-diagnostikas. 2008 oli lühiaegselt kasutusel **kompuutertomograafiline defekograafia**, mis osutus aga väheinformatiivseks ja patsiendile väga ebamugavaks, kuna patsienti polnud võimalik uurida istuvas asendis.

Alates 2009 sügisest on kasutusel **dünaamiline fluoroskoopiline defekograafia**, mille informatiivsus on oluliselt suurem. Seda uuringut rakendatakse kõikidel haigetel, kellel on probleemiks: takistatud defekatsioon, pärasoole või genitaalprolaps, fekaalinkontinents.

Möödunud aastast on fekaalinkontinentsi haigeid olnud võimalik sulgurlihase võimaliku defekti osas uurida **perineumi ultraheli** uuringul, mida tehakse naistekliiniku ultraheli kabinetis.

Eelkõige fekaalinkontinentsi, kuid ka takistatud de-



Foto: Pille-Riin Pregel

Tartu Ülikooli dotsent Margot Peetsalu.

fekatsiooni funktsionaalsete põhjuste selgitamiseks on oluliseks uurimismeetodiks **anaalmanomeetria**, mille praktikasse rakendamisega loodame toime tulla selle aasta esimesel poolel. Anaalmanomeetria lisab uusi võimalusi ka vaagnapõhja taastusravis.

Eelpool kirjeldatud proktoloogilistele uuringutele peab eelnema patsiendi põhjalik küsitlus vaevuste kohta, läbivaatus ja väga sageli ka endoskoopiline jämesoole uuring (koloskoopia, sigmoidoskoopia) välistamiseks onkoloogilisi haigusi.

Proktoloogiliste haigete esimese selektsiooniga peab te-

gelema perearst. Lisaks haige küsitlusele peaks tegema ka esimese digitaalse läbivaatuse. Kasvajatele iseloomulike ohusümptomite esinemisel tuleb haige kiiresti suunata endoskoopilisele uurimisele, mitte registreerida patsient plaanilisele konsultatsioonile kirurgi juurde. Konsultatsiooni ootamisel võivad need haiged kaotada väärtuslikku aega.

Patsiendid pöörduvad proktoloogiliste probleemidega arsti poole sageli alles siis, kui tõesti enam kannatada ei suudeta. Pärasoolega seotud probleeme peetakse intiimseks, sageli piinlikeks. Perearsti peetakse sageli ebakompetentseks. Mõnikord hindab ka perearst ise oma kogemust proktoloogiliste tervisehäda diagnoosimisel väikeseks.

Olukorra parandamiseks on dr Margot Peetsalu teinud perearstidele ja ka kirurgidele

täienduskursusi, mille raames antakse ülevaate sagedamate pärasoole haiguste sümptomatoloogiast, uurimismeetoditest, nii akuutsete kui ka krooniliste probleemide lahendamiseks, kirurgilise ravi võimalustest. Sellel aastal toimub kaks täienduskursust proktoloogilise haige käsitlusest. Anaalmanomeetria võimalusi käsitletakse ka täienduskonverentsi „Kliinik 2012“ sessioonil. „Vaagnapõhja düsfunktsioon: interdistsiplinaarne käsitlus“.

Kõhukinnisus on paljude proktoloogiliste ja vaagnapõhja probleemide põhjustaja. Kui tegemist on takistatud defekatsiooniga (*obstructed defecation*), pole kõhukinnisus seotud mitte aeglase sooletegevusega, vaid raskustega rooja väljutamisel. Põhjusi on nii orgaanilisi kui ka funktsionaalseid. Suur osa sellistest patsientidest on naised ning neil on samal ajal günekoloogilised ja uroloogilised probleemid (vaagnapõhja allavaje, genitaalprolaps uriinipidamatus). Et patsient saaks võimalikult adekvaatse ravi, on hädavajalik erialade vaheline koostöö. Dr Peetsalu on arutlustes günekoloog Tiiu Hermeliniga kaalunud vaagnapõhja probleemide uurimiseks ja ka raviküsimuste otsustamiseks moodustada eraldi töörühma. Selles osas on eeskujuks Soomes Jyväskylä haiglas tegutsev „vaagnapõhja töörühm“, kuhu lisaks proktoloogile ja günekoloogile kuuluvad ka uroloog, taastusravi spetsialist ja spetsiaalse väljaõppega õed. Perspektiivis võiks ka kliinikumis analoogne rühm tegutseda.

KLIINIKUMI LEHT

Kuidas seletada pilte põetajatööst õendushoolduse osakonnas

Õendushoolduse osakond arvudes

- 2011. aastal raviti osakonnas 792 patsienti. Surmaga lõppenud juhtumite oli 267 (letaalsus 34%).
- Patsientide diagnoosid: 73% vereringeelundite haigused, 19% pahaloomulised kasvaja ja 3% traumad ning mürgistused, 5% muud.
- 1/3 patsientidest on sellises seisundis, kus tervendav ravi pole enam võimalik ning nad vajavad kergendavat ravi ja hoolust, mida pole enam võimalik kodus pakkuda. Neile patsientidele avati koostöös Tartu linnavalitsuse tervishoiuosakonnaga 2007. aasta sügisel 7 voodikohaga hospits.
- Osakonnas töötab: juhataja, vanemõde, hingehoidja (0,5), sekretär (0,5), sisearst, sotsiaaltöötaja, 19 öde, 4 koduõde ja 33 põetajat.

Alustuseks. „Et mõista õendushoolduse osakonna elu, tuleks siin vähemalt pool aastat töötada,“ ütleb osakonna põetaja Margit. Sellega on suures osas kõik öeldud. Ka see, et mõistmisest jääbki tihtipeale kõige rohkem puudu. Kõigil kõrvalseisjatel.

Oma tööst põetajana rääkisid õendushoolduse osakonna töötajad:

Margit Läksin hooldekodusse tööle 19-aastasena, et suvel lisaraha teenida. Otsisin peale keskkooli lõpetamist edasisi valikuid ja leidsingi endale elukutse hooldajana. Kliinikum on olen töötanud juba viis aastat, vahepeal olin lapsepuhkusel.

Veera Olen töötanud lastekliinikus hooldajana neli aastat ja siin kaks aastat. Kui lastekliinikus on töö vaimselt raske, siis siin on töö raske nii vaimselt kui ka füüsiliselt. Lastekliinikus on lapse juures enamasti ema, kes muudab hooldaja füüsilise töökoormuse kergemaks.

Urve Töötan osakonnas alates 2011. aasta maist. Varem

olin kaubanduses ja tootmises, aga masu ajal mind koondati. Kui mul oleks näiteks vastumeelsus surma või lõhnade suhtes, siis ma poleks siia tööle tulnud.

Helmi Töötan hooldajana alates 1994. aastast. 2002. aastal tulin Lina tänava haiglast kopsukliiniku majja. Varem olen töötanud pesumajas.

Tiiu Varem töötasin eraettevõtluses, viimased kuus aastat olen põetaja. Tulin teadlikult siia osakonda tööle, sest mul on soov inimesi aidata.

Helju Olen olnud Elva haiglas 25 aastat ja kliinikumis 5 aastat. Nüüd töötab juba ka minu tütar siinsamas osakonnas põetajana.

Milline on põetaja töö?

Urve: Töö on füüsiliselt raske.

Anneli: Töö on küll raske, aga eks keegi peab seda ka tegema.

Margit: Töö osakonnas on emotsionaalselt raske. Töö on raske ka selles mõttes, et seda ei väärtustata.

Helju: Kahju, et meie töö on alaväärtustatud ja -mõistetud. Kõik saavad aru, et seda tööd on väga vaja, aga midagi ei muutu.

Tiiu: Meie töö on täiesti vabariigi keskmist palka väärt. Kui tütavatele ütlen, kus ma töötan, siis vaatavad mind kaastundlikud pilgud, et kas sul pole kuskile mujale tööle minna. Palga pärast ei pea siin tõesti olema, sest selle raha teenib ka mujal ja palju lihtsamalt, näiteks koristaja või nõudepesijana.

Helju: Me väärtustame ise oma tööd. ▶

▶ Meile on suurim tänu, kui patsient aitäh ütleb ja on rõõmus. Mul on hea meel, kui saan kedagi aidata. Võib-olla olen ma ise ka kunagi samamoodi hädas ning siis on hea, kui keegi appi tuleb.

Missugune on tööpäev? Millised on argimured?

Veera: Tuuakse osakonda patsient. Võtad ta vastu, räägid temaga. Aga ta ei ole adekvaatne. Ühtäkki ei saa temaga mingisugust kontakti, et pärida, millised on tema soovid või vajadused, millist abi ta vajab või mis tal viga on.

Margit: Patsiendi haiglasest saatnud omastel on tihtipeale täiesti omaette ettekujutus, mis kõik hakkab nende lähedasega edaspidi osakonnas toimuma. Nad ei taju haigla võimalusi ja haige enda võimalusi. Tihti ei mõisteta, et olukord paremuse suunas enam ei liigu, et inimese seisund ei võimalda tal hakata neid asju tegema, mida ta koduski enam ei suutnud. Näiteks iseseisvalt tualetis käima.

Veera: Osakonna patsientidest suudab iseseisvalt ringi liikuda, puhkeruumis käia või koridoris jalutada maksimaalselt umbes 10%.

Helmi: Paljud vanemad patsiendid on masenduses, tahavad koju minna, ootavad surma. Hooldaja on esimene inimene, kellele kõike kurdetakse. Ja, paraku, keda ka kõiges süüdistatakse.

Veera: Mõnel patsiendil on kinnisidee, et ta toodi siia surema ning ta on niivõrd isendas, et väga raske on teda veenda sööma või kuidagigi toimima.

Margit: Püüame patsienti igati motiveerida, näiteks veenda iseseisvalt sööma.

Helmi: Teinekord on meil osakonnas mõni noor onkoloogiline patsient, kes ka ise mõistab oma olukorra paratamatust, aga siiski on valmis võitlema. Tä mõtleb, et kui ma liikuma hakkam, siis ma ei sure. Ent siis tulevad lähedased teda vaatama, hakkavad nut-

ma ja haletsema. Ning inimese vaim ongi murtud.

Helju: Vahel on kurb vaadata, kuidas vanainimene on üksi jäetud. Lähedased ei tule teda külastama, aga tema muudkui ootab. Me muidugi ei tea, kuidas on kellegi elu või suhted, aga kasvõi viisakusest võiks tulla.

Tiiu: Enne lõplikku lahkumist võiks ju tulla ja korradada suhted. See on muide kasvav trend, et vaatama ei tulla. Ilmselt tuleneb see meie heaoluühiskonnast.

Helju: Ja oma päriskoju tahavad nad siin kõik.

Tiiu: Aga valelubadusi me kellelegi ei jaga, et saad terveks või saad koju.

Millised on patsiendid?

Tiiu: Teinekord on ka meil põetajatel mida patsiendid õppida. Näiteks patsient Ants Kaasiku eeskujul oskust leppida olukorraga ning võtta sellest parim.

Helju: Patsiendiga toimetades me alati kõneleme temaga.

Tiiu: Patsiendile tuleb rääkida, et paremaks läheb siis, kui inimene ise tahab ja selle nimel pingutab.

Helmi: Inimesel on vaja suhelda ja rääkida, mõni räägib terve oma eluloo ära.

Veera: Siis siltid kätt ja pead ning kuulad.

Margit: Hea oleks, kui oleks rohkem aega patsiente ära kuulata.

Tiiu: Koolitustel räägitakse, kuidas Taanis ja Hollandis põetajad eraldi vestlevad patsiendiga. Aga neil on ühe põetaja kohta kaks patsienti! Meil siin on ühe kohta 7-8 patsienti! Olen kuus aastat töötanud põetajana ning haiged on muutunud üha raskemaks. Vanasti oli liikumisvõimetuid vähe, nüüd on aga enamus voodihaiged.

Milline peab põetaja olema?

Helju: Tähtsõudu peab olema.

Tiiu: Mõistmist peab olema. Me kõik jääme ükskord vanaks. Alles siis, kui mul oma

„vanadega“ probleemid tekki- sid, õppisin mõistma, mida tähendab vanainimese eest hoolitsemine. Õppisin nägema probleeme ja sealt tekkis ka huvi nende lahendamise vastu.

Helju: Kui tulen osakonna uksest sisse, siis unustan

kodused mured. Naeratad kõigile ning kõik on hästi.

Lõpetuseks. Me kõik võime lõpetada hooldusravi osakonnas. Mõelgem sellele.

ENE SELART

KOMMENTAAR

ANTS KAASIK Patsient

Kahe kõrghariduse ning kandidaadi kraadiga mees on olnud voodihaige viimased kaksteist aastat. Ometigi on ta tavainimesest optimistlikumgi ja leiab, et inimene peab rahul olema sellega, mis tal on ning tundma heameelt sellest, mis veel alles. Ants Kaasik suudab liigutada vaid oma pead, aga kahtlemata on tal alles huumorimeel ja naeruoskus.

„Halbu asju ei tasu üldse meele pidada,“ ütleb tema elutarkus. Talle meeldib raadiot kuulata ja teiste patsien-

tidega rääkida. Oleks vaid keegi, kellega saaks koos ristsõnu lahendada, sest ta enda silmanägemine on selleks liiga kehva.

Oma elu kohta sõnab Ants Kaasik napilt, et on kodutu. Tema elupaigaks on vaheldumisi Tartu Hooldekodu ja kliinikumi õendushoolduse osakond, ainsaks truuks saatjaks koerakujuline padi.

Küsimuse peale, mida ta arvab põetajate tööst, vastab ta siiralt: „Nende töö on väga austatud ja hinnatud, siin ei ole midagi muud öelda.“

enam ei ole midagi teha. Siis aga tuleb rahulikult mõelda ning alati leiab veel midagi, mida saab tema heaks teha.

Meie osakonnas teeb protseduure öde ning põetaja on see, kes kõige rohkem patsiendiga tegeleb. Muidugi on olulisel kohal ka meie hingehoidja töö, kes haigetega vestlemas käib. Kui inimene soovib, siis kutsume talle kirikuõpetaja kohale. Lisaks on meil osakonnas ka tegevusjuhendaja, kes aitab arendada ja säilitada inimesel tema igapäevaseid oskusi. Kasvõi iseseisvalt pead kammida või voodiservalt püsti tõusta ja paar sammu teha.

Me proovime teha patsiendi elu elamisväärsaks. Piiratud võimaluste tingimustes püüame anda endast parima. Tähan väga kiita osakonna töötajaid, kes teevad oma tööd pühendumusega.

KOMMENTAAR



KÜLLI UIBO
spordimeditsiini ja taastusravi
kliiniku ülemõde

Kliinikumi mastaabis on töö õendushoolduse osakonnas kahtlemata kõige raskem. Põetaja töö aktiivraske ja hooldusravis on väga erinev. Aktiivraske viibib patsient suhteliselt lühikese perioodi vältel ja lahku enamasti positiivse prognoosiga. Hooldusravis on patsient pikka aega ning põetaja töö on olulisemgi kui öde oma, sest tema on see, kes hoolitseb pidevalt patsiendi eest. Siit edasi on väga oluli-

sed põetaja isikuomadused: kas ta on empaatiline, kas ta oskab olla patsiendile toeks. Olen korduvalt koosolekul rääkinud, et sellest on vähe, kui põetaja teeb oma töö ära. Lisaks peab temas olema see miski. Miski – mida tuleks kirjutada suure algustähega. Põetajal peab olema soov haiget aidata kõigis tema hädades ja tegema kõike nii nagu teeks iseendale.

Kindlasti on probleemiks ühiskonnas tekkinud negatiivne kuvand hooldusravist, mis omakorda tuleneb inimeste valedest ootustest hooldusravile. Eeldatakse, et kuna mõistes „hooldusravi“ sisaldub sõna „ravi“, siis kaasnevad teenu nusega uuringud, arstlikud konsultatsioonid jne. Teenu se nimetuse muutmise osas käivad läbirääkimised, aga ta-

vapärastel juhivad Eestis tööpoolest hooldusravi osakondi arstid. Kliinikum oli selles mõttes teerajaja, et asutas 2002. aastal esimesena vabariigis hooldusravi osakonna, mille juhatajaks sai öde. Algu- ses oli ettevõtmise õnnestumises kõhklejad, aga kõik läks edukalt ning võin kinnitada, et öed ja põetajad on väga hästi hakkama saanud. Seda enam, et kliinikumi hooldusravi patsient on tavaliselt tunduvalt raskemas seisundis kui tavaline hooldusravi patsient, sest aktiivravi voodipäevade arv üha lüheneb.

Loomulikult ei ole ka meie osakond ideaalne ja iseenesestmõistetavalt on ka meil probleeme, mis tulenevad meist endist. Aga samas on ka asju, mida me muuta ei saa. Näiteks hinnad. Tänu läbirää-

kimistele oleme saanud küll suuremad koosseisud (ühe öde kohta tuleb kaks põetajat), aga endiselt on 8-10 patsiendi kohta üks põetaja. Tänu Tartu linnavalitsuse toetusele oleme saanud osakonda tööle võtta hingehoidja ja sotsiaaltöötaja. Sest riiklikult on osakonda ette nähtud vaid põetajad, öed ja arst.

Tulevikuplaanideks on sisekliiniku maja (L. Puusepa 6) ümberehitamine u 110 voodikohaga õendushoolduse osakonnaks. Hetkel on tööd veel projekteerimise faasis, valmis peaks maja saama 2014. aastal. Uues hoones paranevad tunduvalt nii patsientide kui töötajate olemistingimused. Olen algusest peale osakonna käekäigu eest püüdnud hea seista ja see on mulle nagu oma lapseks saanud.

METEC OÜ

METEC:

- Asutatud 1992
- Tegevusvaldkonnad:
- autode lisavarustuse looja ja valmistaja;
- veoautode, haagiste, teehooldus-, põllumajandus-, ehitus- ja metsandusmasinate osade valmistaja;
- meditsiinitehnika ja toiduainete tööstuse sisseseade;
- aparaadiehitus, sõjandus, naftapuurimiseadmed, väikelaevaehitus.
- Käive 2011: 15 mln EUR;
- Eksport 2011: 95%;
- Töötajaid 2011: 300;
- Kinnistu: 35,000 m²;
- Hoonestatud: 8,000 m²

Tartu suurima metallitööstusettevõtte METEC-i toodangu müügist moodustavad erinevad meditsiini- ja rehabilitatsiooniseadmed tänapäevase kolmandiku.

Meditsiini- ja rehabilitatsiooniseadmete tootmist alustasime juba eelmisel aastatuhandel. Kogunud kümnekond aastat oma klientide usaldust keeruliste ja kvaliteetsete, kuid peamiselt siiski vaid seadmete sisemuses paiknevate osade valmistajateks, õnnestus meil 2009. aastal käivitada suuremahuline koostööprojekt Rootsi päritolu ülemaailmselt tegutseva meditsiinitehnikakontserni Geringe. Eesti ja Rootsi inseneride koostöös valmis enam kui 30 tootest koosnev haiglates ja välihaiglates kasu-

tatav meditsiinilise inventari transpordivahendite tootepeirekond, millest keerulisemad on elektriliselt juhitavad. METEC katab täna nende Geringe kontserni toodete ülemaailmse vajaduse. Lisaks valmistame spetsiifilisi ja suurt täpsust nõudvaid tooteid ka firmadele Arjo Huntleigh ja Maquet.

METEC on aastakümneid panustanud tootearendusele ja koolitanud ning kasvatanud oma inseneride meeskonda. Edukalt käivitunud koostööprojekt Geringega andis mei-

le kinnitust, et oleme täna oma oskustelt valmis ka iseisesevalt konstrueerima keerulisi meditsiinitehnika tooteid.

Näeme suurt potentsiaali koostöös kliinikumi ja sealse erinevate kliinikute arstide, õdede ja teiste töötajatega, kes tunnevad arvatavasti kõige paremini nõudlust ja oskavad meid juhatada probleemideeni, mida insenerid võiksid oma oskustega aidata lahendada või parendada. Peame omalt poolt oluliseks lisada, et sellise koos-

töö tulemusena võiksid valmida tooted, mida vajatakse ka väljaspool Eestit ja mida rohkem, seda parem. Nii kindlustame pikemaajaks aastateks tegevuse mitte ainult inseneridele, vaid ka paljudele erinevate kohalike firmade töötajatele, kes uusi tooteid igapäevaselt valmistama hakkavad.

Võimalust korraldada kogu väärtusahel ideest teostuseni koos vahepealse asendamatu toodete reaalses elus katsetamisega ühe linna piirides, ei ole antud kindlasti väga paljudele kogukondadele ja see on meie arvates koht, kus meil tartlastena oleks põhjust kinni haarata.

TOOMAS LEPP
METEC-i juhatuse esimees

Fotod: Erakogu



METEC-i juhatuse liige Toomas Lepp (paremal esimene) tutvustab tehast president Toomas Hendrik Ilvesele ja Tartu linnapea Urmas Kruusele.



Elektrivarustusega kapp meditsiinitarvikute transpordiks välitingimustele.



Elektriliselt juhitud haiglatöstuk.

KOMMENTAAR

Edu on koostöös!

Me elame kiiresti muutuv maailmas, kus viimaste aastate tehnoloogiline progress meenutab lapsepõlves loetud ulmeraamatuid. Infotehnoloogia, materjaliteaduste, toidutehnoloogiate ja disaini areng on loonud võimaluse uute toodete ja teenuste arenguks, mis märkimisväärselt muudavad meie igapäevaolu.

Oleme üha rohkem mõjutatud globaalsetest muutustest. Rahvastiku vananemine on üks sellistest tendentsidest. Ainuüksi 20. sajandi esimesel

pooltel pikenes inimese keskmine eluiga arenenud tööstusriikides üle 50 protsendi - rohkem kui kogu eelnenud inimkonna ajaloo vältel kokku. See teeb valitsusi üle maailma murelikuks, kuid kas peaks? Nutikamad riigid püüavad trendist oma sõbra teha ja elanikkonna vananemisega kaasnevad väljakutsed äri võimalusteks muuta.

Eesti on olnud tubli väikeriik, kus ettevõtjad on kiiresti kohanenud avatud majanduse tingimustega - õppinud maailma parimatelt ja kasutavad viimase sõna tehnoloogiaid ning seadme parki, para-



KARIN JAANSON
Tartu Teadusparki projektijuht
(alates 9.01 Haridus- ja Teadusministeeriumi nõunik)

ku aga enamasti lihtsamate toodete valmistamiseks. Seetõttu on meie keskmised palgad märkimisväärselt madalamad ja maksutulud, mis riigi ning omavalitsuste rahakotte täidavad ka väiksemad. **Me pole siiani hästi osanud**

uute toodete valmistamiseks ära kasutada seda suurt potentsiaali, mis meil arstide, õdede ja hooldustöötajate näol olemas on. Meditsiinitehnika kasutajatel on kõige parem arusaam toote vajalikest funktsioonidest ja puudustest ning seetõttu peaksid just nemad olema uute ideede ja toodete paremaks disainimise info allikateks.

Tervise ja heaolutootuste arendamine loob võimaluse uute kallimate, keerukamate ja kõrgemat lisandväärtust loovate toodete valmistamiseks. See omakorda võimaldab maksta töötaja-

tele suuremaid palku ja toob seeläbi ka riigile suurema maksutulu. Lõpuks jõuab seesama raha läbi sotsiaalmaksu ja tervisekindlustuse tagasi ka meie haiglatesse ja hooldusasutustesse nii kõrgemate palgade kui investeeringutena.

Esimesed sammud oleme selleks teinud koondades Tartu meditsiinitööstuse ettevõtjaid ja avaliku sektori asutusi. Kliinikumil võiks selles olla oluline roll, sest kätkeb ta ju endas suurt potentsiaali ja kogemuste pagasit, seega loodame tulevikus veelgi tihedamale koostööle.



EQUA juhataja Tanel Joost testib voodikapi funktsioonide sobivust töökeskkonnas.



EQUA Grupp omanikud, vennad Tanel ja Janno Joost.

EQUA OÜ

EQUA OÜ on alates 1995. aastast tegelenud meditsiinitehnika ja haiglamööbli väljatöötamise ja tootmisega. Firma ekspordib ca. 70% oma toodangust ja mitmed edukad tooted on sündinud just tänu heale koostööle kliinikumi töötajatega.

Meie lähiriikide kogemusest võib õppida, et ükski edukas meditsiinitehnika tootja ei suuda välja töötada tooteid ilma tiheda koostööta kohalike meditsiinasutustega. Insenerid ja tootedisainerid ei suuda kunagi ette näha kõiki toodete töökeskkonnast tulenevaid vajadusi ning seega jäetakse tihti tähelepanuta mitmed olulised aspektid. Selle tulemusena võib valmida disainilt uhke ja kaasaegne toode, mis pole selle kasutajale piisavalt sobilik.

Meie sooviks on tuua Eesti ja Tartu meditsiinitehnika tööstuse maailmakaardile. Meil on selleks olemas kõik eeldused - arenenud tehnoloogiaga tootmisettevõtted, riigi tugi ja hästi arenenud ning suurte kogemustega meditsiinisektor.

Me ei pea sellele suurele väljakutsele üksi vastu minema. Tartu ettevõtjad on aastaid teinud koostööd suurte

Skandinaavia meditsiinitööstustega, kes on valmis rohkem koostöösse panustama ja tootmise lisandväärtust Eestis tõstma.

EQUA-l on aastaid tihedat koostööd Soome tootja Merivaara, kelle tootmisahelas on saavutatud oluline roll. Merivaara on märganud meie potentsiaali ja avaldanud soovi laiemaks koostööks tootearenduse vallas kaasates võimalusel sellesse protsessi ka kliinikumi. Loodame, et need huvid realiseeruvad tulevikus konkreetseteks koostöö plaanideks ning, et saaksime suurema rolli uute ja innovaatiliste meditsiinitoodete valmistamise protsessis, mille üle me kõik võiksime uhkust tunda.

TANEL JOOST
OÜ EQUA juhataja

EQUA Grupp - OÜ EQUA ja OÜ Afterone andmed:

- Asutamisaeg: EQUA - 1995, Afterone - 2004
- Tegevusalad: meditsiinitehnika ja nende detailide valmistamine, allhanketööd
- Tooted: hooldusvoodid, voodikapid, massaažilauad, protseduurilauad, läbivaatuslauad, käimisabivahendid, transpordiraamid, pesemisraamid, vahesirmid, invatualeti sisustus
- käive 2011. a - 1 600 000 €
- eksport 70%: Soome, Rootsi, Norra, Saksamaa
- töötajaid: 35
- tootmishooneid: 1700 m²
- tehnoloogia: CNC-treipingid (6 tk), CNC-painutus ja lõikuspink, TIG ja MIG keevitused, stantsid, freespingid, puurpingid, polsterdus-seadmed jms

MEEDIAS

Doktor Veberi meenutused ei jäta kahtlust. Liiklusõnnetuses võib iga sentimeeter olla muutuja, mis otsustab elu ja surma vahel. Võid olla atleet või oivik – kui avari mehhanism on sama, siis on seda ka vigastused. Ainult vanus on see, mis võib elu mündiviskel noorematele tilukese eelise anda.

22.12.2011, Tartu Ekspress
„Hetk, mil inimelu maksis üks euro“

Ma arvan, et on hea olla sellises vanuses. Kõige rohkem tunnen ma rõõmu erialasest tööst. Neurokirurgias me tegutseme ju üsna väikse meeskonnaga. Aga keskkond ja vastastikune usaldus ja kompetentsuse edasiandmine, see kõik toimib meie eriala sees väga hästi. Ja kui sa oled parasjagu 50. aastates inimene ja tunned, et su ümber ongi enam-vähem kõik nii, nagu see Eestis on saavutatav, siis muidugi oled rahul.

23.12.2011, Tartu Postimees
„Aime Jõgi kõneles neurokirurgi akadeemik Toomas Asseriga“

„Meil pole standardarvamust, teeme enamasti nii, nagu patsient tahab,“ kinnitab Fred Kirss. See puudutab nii otsust, kas ja millist valuvaigistit pruukida, millist asendit kasutada ning üldse kõike, mis on seotud sünnitaja ja heaoluga. Standardveendumusi võib olla Kirsi sõnul pigem esmasünnitajail.

30.12.2011, Tartu Postimees
„Lapsed sünnivad Tartus üha rütem“

Ma arvan, et see on aasta, kus ootused ja võimalused lähevad lahku. Personalil on palgatõusootus, aga parim, mis me saavutada võime, on tagasi saada masueelsed palgad. Teisalt on see tulevikku suunatud aasta, ja siin peangi silmas järgmist ehitusjärku. Ja veel! Haigekassa on oma nelja aasta prognoosis ette näinud palkade tõusuks hinnakomponendi suurendamise alates 2013. aastast. Ja kuigi see, mis sinna on sisse kirjutatud, on vaid kolm protsenti – see on vähe ega kata isegi inflatsiooni –, siis meil tuleb loota, et kõik tööturuosalised, sealhulgas haigekassa ja riik kõik koos tegutseksid suurema läbimurde saavutamise nimel.

05.01.2012, Tartu Postimees
„Aasta, mil ootused ja võimalused tervishoiu lähevad lahku“

Uus aruanne arveldamata artiklitest ülevaate saamiseks

Arveldamata artiklitest parema ülevaate saamiseks tehti eHL-i uus aruanne „Arveta haiguslood“. Allpool on välja toodud juhtnöörid aruande parameetrite kohta ning selgitus, mis andmed aruandes kuvatakse. Uus aruanne on kättesaadav nii arvelduse kui ka diagnostika aruande menüüpunkti alt.

Aruande parameetrid:

- Periood - arveldamata artiklite kuupäevade vahemik;
- Struktuuriüksus - raviteenuste lehel olev arve esitaja struktuuriüksus;
- Töötaja - raviteenuste lehel olev arve esitaja isik;
- Haigusjuhu tüüp - võimalik teha aruanne eraldi ambulatoorsete, päevastatsionaarsete, statsionaarsete ning uuringujuhtude kohta;
- Haigusjuhu staatus - võimalik teha aruanne vaid

avatud või lõpetatud haigusjuhtude kohta.

Aruande vaatamiseks soovivate kasutada eksportimist, kuna seejärel on võimalik aruanne Excel-is avada ning seal vajadusel andmeid töödelda.

Aruandes kuvatakse haiguslugudega seotud artiklid maksjate järgi, st kui ühes haigusloos on mitme maksja arveldamata artiklid, näidatakse haiguslugu mitmel real. Samuti kuvatakse infot, kas haiguslooga on seotud vastuseta

saatekiri „Jah“, millele oodatakse vastust sama haiguslooraames. Arveldamata artiklite summas kajastatakse maksjate kaupa haigusloos arveldamata artiklite maksumus.



MEELIKA KUNINGAS-LUTSAR
informaatikateenistuse süsteemianalüütik

Müokardiinfarktiregister

1. jaanuaril 2012 loodi riiklik Müokardiinfarktiregister, mille andmekogu volitatud töötaja on Tartu Ülikooli Kliinikum. Registri pidamiseks luakse kliinikumi juurde eraldi struktuuriüksus.

Müokardiinfarktiregister võimaldab riiklikul tasandil koguda ja analüüsida andmeid müokardiinfarkti ravikvaliteedi ja -tulemuste kohta. Seni ei kogutud müokardiinfarkti andmeid tsentraalselt üle Eesti ning andmebaasi jõudis info vaid nendest haiglatest, millelge oli sõlmitud andmevahetuse leping. Nüüdsest saadavad registrisse and-

meid kõik tervishoiuteenuse osutajad, kes on diagnoosinud infarktijuhte, kas elupuhuselt või pärast surma.

Täpset ja kõikehõlmavat teavet ägeda müokardiinfarkti juhtude kohta vajatakse nii tervishoiusüsteemi juhtimises, kliinilises praktikas kui ka teadustöös. Müokardiinfarktiregistri andmete täielikkuse ja kvaliteedi tagamiseks seo-

takse andmed tulevikus tervise infosüsteemi ning rahvastiku- ja surma põhjuste registriga. Registri erialase eesmärgipärase toimimise tagab 10-liikmeline registri teadusnõukogu. Müokardiinfarktiregistri kodulehe aadress on: www.infarkt.ee

KLIINIKUMI LEHT

Tohtriteks pürgivad põhjanaabrid

Soome arstitudengite arv Tartu Ülikoolis on aasta-aastalt kasvanud ning Tartu Ülikooli arstiteaduskond põhjanaabrite juures populaarsust kogunud. Hoolimata eesti keeles omandatavast arstikutsest, ei seo oma tulevikku Eestiga neist keegi.

Möödunud aasta 14. novembril tähistas Tartu Soome Arstiteaduse Üliõpilaste selts (*Tartton Suomalaiset Lääketieteen Opiskelijat*) oma 16. tegevusaastat. Seltsi kuulub ligi sada üliõpilast. Seltsi president Jenni Holmström (*stud.med.VT*) ja asepresident Pirjo-Liisa Omar (*stud.med.VT*) olid lahkesti nõus valgustama soome arstitudengite elu-olu Tartus.

Olete õpingutes jõudnud lõpusirgele, mitmekesi omal ajal alustasite?

J ja P-L: Alustasime kuuetistkümmekesi, nüüd on üksteist järgi jäänud. Enamus arstiteaduskonna välistudengitest on soomlased. Põhjuseks on ilmselt see, et teised rahvad ei suuda eesti keelt ja kultuuri õppida ning omaks võtta. Samuti on soomlaste eeliseks kodumaa lähedus.

Miks tulite Eestisse õppima?

P-L: Mina tulin Eestisse õppima, sest olin kuulnud sellest võimalusest tuttavatel, kellel olid head muljed ja kogemused siinsest arstiõppest. Tähtsin välismaal õppida ja Eesti oli mulle sobiv variant.

J: Olen olnud vahetusõpilane USA-s, seega välismaal õppimise kogemus oli mul varasemast olemas. Proovisin kaks korda Helsingi Ülikooli arstiteaduskonda sisse saada, aga see ei õnnestunud. Seejärel õppisin ülikoolis keemiat, käisin sõjaväeteenistuses (olin mereväes ja teenisin Vahemere sõjalaeval). Ma teadsin, et tahan tegelikult arstiks saada ja ma ei jaksanud enam oodata ning loota, et ehk mul õnnestub Helsingi Ülikooli saada. Nii tulingi Tartusse arstiks õppima. Soomes on väga raske arstiteaduskonda sisse saada, keskmiselt proovitakse kaks-kolm korda enne kui õnnestub.

- Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas õpib 88 Soome kodakondsusega üliõpilast.
- Kõigi astmete ja õppekavade peale kokku õpib arstiteaduskonnas 99 välisstudengit. Välisriikidest on esindatud nt Venemaa, Poola, Brasiilia, Saksamaa, Island.
- Arstiteadust saab õppida inglise keeles õppida vaid kaks esimest õppeaastat, seejärel tuleb kohustuslikult korras üle minna eestikeelsele õppele. Sellest tulenevalt on ka välisstudengite arv väike.
- Eesti Maaülikoolis õpib veterinaarmeditsiini 141 soomlast.

P-L: Minu jaoks on haridustee samuti olnud täis keerdkäike. Juba gümnaasiumis mõtlesin arsti elukutse peale. Kõhklesin aastaid ja otisisin oma teed. Alguses õppisin Oulu ülikoolis inglise keelt ning sain ka magistr kraadi, lisaks olen Helsingi Ülikoolis sotsiaal- ja riigiteadusi õppinud. Seejärel töötasin kolm aastat Soome haridusministeeriumis ametnikuna. Soov inimesi realselt aidata ja mitte paberitööd teha muutus aina tugevamaks. Omal ajal keskooli lõpetades polnud ma teinud keemia ja füüsika eksameid, mis on vajalikud arstiteaduskonda astumiseks. Nüüd kulus mul veel terve aasta nende ainete õppimiseks ja tagantjärele eksamite sooritamiseks. Oli plaanis Helsingi Ülikoolis õppida, aga sain enim Tartu Ülikooli sisse.

Mille poolest erinevad Eesti ja Soome arstiõpingud?

J: Soomega võrreldes on Eestis tugev hierarhiasüsteem. Soomes suhtutakse üliõpilase kui kolleegi, Eestis on õpetajad reeglina autoritaarne,

eriti prekliinilises õppes. Peale 3. kursust olen suviti käinud Soomes abiarstina tööl – seal oled haiglas nagu omainimene ja vastutust ning töökohustusi antakse nii palju, kui vähegi ise suudad või võtta soovid.

P-L: Mõnes mõttes on hierarhia kindlasti hea. Soomlastele on alguses teetamine kindlasti raske, kuna meie ei ole sellega harjunud. Aga see on osa Eesti kultuurist ja see tõttu väga vajalik.

J: Eestis rõhutakse väga teoreetilistele teadmistele. Soomes on prekliiniline ja kliiniline õpe rohkem integreeritud. Eestis tähendab praktika õppejõu kõrval istumist, Soomes aga osalemist. Soomes on arstitudengitel praktilisi oskusi rohkem, Eestis pole ma näiteks sinus maxillariise punktsiooni näinud.

P-L: Mina olen aru saanud, et Saksamaal tähtsustatakse teoreetilist õpet, Soomes praktilist ning Eesti on midagi nende kahe vahepealset.

J: Eestis on kummaline see, et perearstid soovivad patsientidele rahvameditsiinivõtmeid. Soomes peetak mind hulluks, kui ma arstina kellelegi viinasokke või kummeliteed soovitaksin. Soomes soovivad arst ikka retseptiravimeid.

P-L: Kuna Soomes on teistsugune tervishoiusüsteem, siis tuleb meil seda eraldi juurde õppida.

Millised on teie tuleviku-plaanid?

P-L: Kuigi Soomes oleks olnud lihtsam õppida, on Eestis õppimine olnud minu tee ja rikastav kogemus kogu eluks. Olen tänulik, et olen saanud siin õppida ja kindlasti jään Tartut igatsema.

J: Usun, et tänu Tartu Ülikoolile olen palju avatum ja laiem silmaringiga kui siis,

kui oleksin Soomes arstiks õppinud. Muide, Soomes praktiliselt olles olen kohanud haiglas eestlasi, kes on väga tänuhulki, et ma nende emakeelt oskan rääkida. Peale lõpetamist lähen kindlasti Soome tagasi.

Ei Jenni ega Pirjo-Liisa pole Eestis abiõena töötanud. Nende seisukoht on, et aeg tuleb kasutada õppimiseks. Samuti leiavad nad üksmeelselt, et Eestis arstiks õppides peab tahtmine arstiks saada olema veel suurem kui Soomes õppijatel, sest tee diplomini on siin veelgi käämulisem ja kivisem. Selle seisukohaga saab ainult nõustuda, sest arstiks õppimine on juba iseenesest suur väljakutse, teha seda aga võõral maal ja võõras keeles, see nõuab veelgi enam pingutust ja tahtejõudu. Hoia me neile põialt sellel teel!

ENE SELART

ARSTITEADUSKONNAS

TÜ senat valis 13.01.2012 nefroloogia professoriks **Mai Rosenbergi** ja dermatoloogia ja veneroloogia professoriks **Küllil Kingo**.

TÜ nõukogu valis 16.12.2011 sünnitusabi ja günekoloogia professoriks **Helle Karro**, kes oli sellel ametikohal ka eelmisel valimisperioodil. Emeriidotsendi nimetus anti tervishoiu instituudi dotsendile **Kersti Meesaarele**.

Arstiteaduskonna nõukogu valis 14.12.2011 lastegastroenteroloogia dotsendiks **Oivi Uibo**, lasteallergoloogia-pulmonoloogia dotsendiks **Maire Vasara** ja sotsiaalfarmaatsia dotsendiks **Daisy Volmeri**.

Ülevaate koostas

TUULI RUUS
arstiteaduskonna dekanadi juhataja

Õiendus

Lp Kliinikumi Lehe toimetus

Lugesime huviga siselehes nr. 136 (november 2011) ilmunud artiklit „Esmakordne Zenkeri divertikuli endoskoopiline operatsioon“, milles oli kirjas, et esmakordne sedalaadi protseduur Eestis viidi läbi 21. septembril 2011. a. kõrvakliinikus Saksa külalisprofessori poolt.

Me ei tea kuidas on lood mujal Eestis, aga esimese väheinvasiivse Zenkeri divertikuli operatsiooni samal põhimõttel viisime läbi 08.08.2011 a. kirurgikliinikus. Läbiviijateks olid abdominaalkirurgia osakonna kirurgid (Toomas Sillakivi, Toomas Tikk, Jaanus Suumann ja Karl-Gunnar Isand).

Tegemist oli 57-aastase naispatsiendiga, kellel esines pikaajast söömishäiret tingituna aneemia ja hüpoproteineemia ning mitteparanevad säärehälvandid. Söögitoru ülemise sfinkteri läbimiseks kasutasime meie endostaplerit ning patsient ei vajanud postoperatiivselt pikaajaset nasogastraalsondi abil toitmist, vaid sai juba järgmisest päevast suukaudsele dieedile ning postoperatiivne kulg oli ladus.

Lugupidamisega

TOOMAS SILLAKIVI

kirurgikliiniku abdominaalkirurgia osakonna arst-õppejõud

TOOMAS TIKK

kirurgikliiniku abdominaalkirurgia osakonna juhataja

Kliinikum avas venekeelse kodulehe

Alates 13. jaanuarist on Tartu Ülikooli Kliinikumil venekeelse koduleht. Kodulehe aadress on: www.kliinikum.ee/rus

Venekeelselt kodulehelt saab infot Tartu Ülikooli Kliinikumi kontaktandmete, struktuuriüksuste ja raviteenuste kohta. Uuelt kodulehelt on võimalik täpsemalt teada saada, kuidas pöörduda haiglasse ja registreeruda eriarsti vastuvõtule. Lisaks on vene keelde tõlgitud patsiendi infomaterjalid haiguste, protseduuride ja uuringute kohta. Venekeelset kodulehte täiendatakse järkjärgult uute tõlgitud infomaterjalidega.

KLIINIKUMI LEHT

Uudised Hispaaniast

Mullu HOPE programmi raames Eestit külastanud dr Vicente Cabedo kirjeldab oma muljeid meditsiiniajalas lehes "Boletín Informativo del Colegio de Médicos de Castellón" (dets 2011, nr 135) ja leiab, et Eesti meditsiinisüsteemiga tutvumine oli väga positiivne kogemus ning annab kogetust lühikeses ülevaates. Tema sõnul on

Eesti tervishoiusteem väga paindlik ning esiletõstmist väärib, et peale Nõukogude Liidu lagunemist tuli kõik praktiliselt nullist üles ehitada.

KLIINIKUMI LEHT



Täienduskonverents KLIINIK 2012

30. jaanuar – 1. veebruar 2012. a.

Konverentsikeskus Dorpat, Turu 2, Tartu 51014 www.dorpat.ee

KAVA

30. jaanuar

9.30: Registreerimislaud avatud; tervituskohv
10.00-10.10: Konverentsi avamine – *Tartu Ülikooli arstiteaduskonna dekaan professor Joel Starkopf*
10.10-12.00: Avasessioon: Endoproteesimine – *juhataja professor Raul-Allan Kiivet*
12.45-14.10: Veelgi parem farmakoteraapia – *juhatajad dotsent Anti Kalda ja dr Alar Irs*
14.40-16.30: Personaalne meditsiin – *juhataja professor Andres Metspalu*
17.00-18.30: Ohud radioloogias – *juhataja dotsent Pilvi Ilves*

31. jaanuar

8.30-10.00: TÜ AR kliinilise teadustöö väljundid praktilises meditsiinis – *juhataja professor Sulev Kõks*
10.00-10.30: Valikiteemad hambaarstidelt – *juhataja dotsent Mare Saag*
11.00-12.20: Healoomulised nahatumorid ja prekantseroosid – *juhataja professor Helgi Silm*

13.10-15.00: Vaagnapõhja düsfunktsioon:

interdistsiplinaarne käsitlus – *juhataja dotsent Margot Peetsalu*

15.30-16.50: Infektsioonhaiguste diagnostikast – *juhataja dr Anu Tamm*

17.00-18.30: Hepatiidid A-E – *juhataja professor Margus Lember*

1. veebruar

8.30-10.30: Kas ja kuidas allergoloogia labor abistab klinitsisti – *juhataja med dr Kaja Julge*

10.30-10.50: Tuberkuloos – *dr Manfred Danilovits*

11.15-13.20: ST elevatsioonita ägeda koronaarsündroomi interdistsiplinaarne käsitlus – *juhataja professor Jaan Eha*

13.50-15.30: Rasedus - normaalne füsioloogiline seisund või patoloogia? Kus on piir? – *juhataja professor Helle Karro*

Korraldaja TÜ Arstiteaduskonna täienduskeskus www.kliinikum.ee/koolitus



Kes õnnitleb keda?

(Vihje: aasta on 1980).

Vastus saata **6. veebruariks** e-posti aadressile ene.selart@kliinikum.ee või kirja teel aadressile Kliinikumi Leht, L. Puusepa 1a, 50406 Tartu. Kõigi õigesti vastanute vahel loositakse välja Kliinikumi Lehe aastatellimus koju.

