

Kliinikumi Leht

SISELEHT nr 189 | oktoober 2016

www.kliinikum.ee/leht



Tartu Ülikooli Kliinikum

Kliinikumi teadustöö preemia pälvis ettekanne „Kollageenimplantaat vs mitomütsiin C“

14. oktoobril anti Tartu ülikooli arstiteaduskonna aastapäeva raames meditsiiniteaduste valdkonna dekaani vastuvõtul välja kliinikumi teadustöö preemia. 2016. aasta teadustöö tiitli pälvis silmakliiniku juhata dr Kuldar Kaljurand ettekanne „Kollageenimplantaat vs mitomütsiin C“ eest. Preemia andis üle Tartu Ülikooli Kliinikumi juhatuse esimees Urmas Siigur.

Dr Kuldar Kaljuranna teadustöö eesmärk oli võrrelda silma siserõhu (IOP) langetamisel kahte ravimeetodit. Glaukoom ehk roheline kae on nägemisnärv neuropaatia, mida iseloomustab nägemisnärvide diskide ekskavatsiooni süvenemine ja vaatevaljadefektide väljakujunemine. Haiguse peamiseks riskiteguriks on tõusnud silma siserõhk. Seni on olnud ainsaks glaukoomi tõenduspõhiseks ravivõtteks IOP langetamine. Kasutatakse IOPd langetavaid silmatilku, laserprotseduure ja eelnevatega ebaeduka ravi korral operatiivset ravi. Fistuliseerivate lõikuste kuldstandard on siiani trabekulektoomia. Armistumise ja fistuli kiire sulgumise vältimiseks kasutatakse mitomütsiin C-d (MMC), millel on aga mitmeid kõrvaltoimeid. Alternatiivina on kasutusel ka kollageen(kseno)transplantaat.

Ravimeetodite uurimiseks viidi läbi kohortuuriring, milles võrreldi kahes rühmas (kollageenimplantaat ja MMC), kus kummaski oli 20 sarnase haiguseprofiiliga, (IOP ja kasutatud ravimid), patsienti. Operatsioonijärgsed



Foto: Andres Tennus

Urmas Siigur andmas üle preemiat dr Kuldar Kaljurannale dekaani prof Margus Lemberi vastuvõtul

visiidid toimusid 1., 7. ja 14. päeval ning 1., 2., 3., 6. ja 12. kuul. Lisaks hinnati filtratsioonipadja morfoloogiat ning lokaalseid kõrvaltoimeid.

Uurimuse tulemused näitasid, et operatsioonieelne silma IOP oli mõlemas rühmas sarnane, vastavalt 33,8 ja 32,5 mm Hg. Silmasiserõhk oli kahe rühma vahel esimese kolme kuu jooksul võrreldav: 1. päeval (vastavalt) 7,8 ja 10,0 mm Hg, 3. kuul 13,3 ja 11,8 mm Hg. Alates 3. kuust hakkas kollageenimplantaadi rüh-

mas IOP tõusma. Aasta möödudes oli IOP vastavalt 18,4 ja 12,4 mm Hg ($p = 0,02$). Soovitava IOP tagamiseks pidid aasta möödudes 11 patsienti kollageenimplantaadi ja 4 MMC-rühmast kasutama lisaks ühte IOPd langetavat medikamenti. Operatsioonijärgsetest komplikatsioonidest esines hüpotooniat ja madalat eeskambrit 5 patsiendil MMC ning 2-1 kollageenimplantaadi rühmast. Eelnevast tingitult oli tüsistusena soonkesta irduimine 4 patsiendil MMC-rüh-

mast. Jälgimisperioodi vältel moodustus kliiniliselt oluline katarakt 2 patsiendil MMC-rühmast. Tsüstiline filtratsioonipadi moodustus aasta möödudes lõikusest vastavalt 2 ja 5 patsiendil.

Näitajaid arvestades saab öelda, et trabekulektoomia kollageenimplantaadiga jääb ravitulemustes IOP langetamises MMCga meetodile alla, andes samas parema postoperatiivse komplikatsioonide profiili.

UUS TÖÖTAJA



Maris Kruusmaa

Mina sattusin audioloogiat õppi-ma suurest huvist kuulmislangu-se ja kuulmislangustega inimes-te vastu. Kuna Eestis audioloogi-at ei õpetata, oli kõige lähem valdkond sellele eripedagoogika ning selles valdkonnas ma ka enda kõrghariduse omandamist alustasin. See andis mulle tead-misi nii meditsiinist, psühholoo-giast kui ka õpetamisest, mis mulle nüüd kõik igapäevases töös väga kasuks tulevad. Baka-laureuseõpingute ajal loodi sti-pendium audioloogia õppimi-seks magistritasemel Inglismaal ning seda võimalust ei saanud ma käest lasta.

Audioloogia õpingute raa-mes leidsin ma endas veel suu-remat huvi tasakaalu vastu, kuna audioloogia ongi teadus kuulmi-sest ja tasakaalust. Audioloogi töö on väga mitmekesine ning mul on hea meel, et saan aidata nii kuulmis- kui ka tasakaalu-probleemidega inimesi. Audio-loogia valdkond tervikuna on hetkel Eestis kiirelt arenemas.

Igapäevaselt olen ma ka töö-väliselt väga aktiivne inimene ning huvitun nii spordist kui muusikast. Olles alles mõned kuud Eestis tagasi olnud, olen ma alles sisseelamise faasis, aga hakkab endale kindlasti üsna peaaegu uusi väljakutseid otsima.

Tartu sai mulle kolme õppe-aasta jooksul väga koduseks ja armsaks, mistõttu mul on väga hea meel siin uuesti tagasi olla.

KOMMENTAAR

Meil on väga hea meel, et Maris Kruusmaa asus tööle kõrvakliini-kusse. Olles hea suhtleja, väga täpne ja asjalik, on ta kliiniku tööruumiga kiiresti kohanenud. Rõhutamis väärib see, et Maris Kruusmaa asus vastloodud audioloogi ametikohale. Selline mitteametlik audioloogi ameti-koht on Eesti meditsiinis esma-kordne. Sellise spetsialisti üles-andeks on osutada laiapõhjalist esmatasandi audioloogilist tee-nust, kuid jätab samas võimalu-se minna mõne kitsama teema-ga süvitsi. Loodan, et meil seisab temaga ees pikk koostöö.

DR PRIIT KASENÕMM
kõrvakliiniku juhataja



Foto: Andres Tennus

Endoskoopiakeskuse juhataja dr Karin Kull (paremal) ja vanemõe kt Merle Õispuu (vasakul)

Endoskoopiakeskus on alustanud edukalt

Pärast Maarjamõisa meditsiinilinnaku II ehitusjärgu valmimist kolis J-korpuse kolmandale korrusele kliinikumi endoskoopiakeskus. Endoskoopiakeskus moodustati sisekliiniku, kirurgiikliiniku ning hematoloogia-onkoloogia kliiniku baasil.

Keskus alustas tööd 1. veebru-ruaril 2016, pakkudes endos-koopilisi protseduure nii ambulatoorsetele kui ka stati-onaaril ravil olevatele pat-sientidele. Kui varem oli endoskoopia peamiselt diag-nostilise tähtsusega protse-duur, siis tänasel päeval on diagnoosi selgudes sageli samal protseduuril võimalik kohe patsienti ka endoskoo-piliselt ravida.

Endoskoopiakeskuses on kokku kaheksa endoskoo-piakabinetti, neist sisse sea-tud on hetkel kuus. „Kuue kabineti töös hoidmine viiel päeval nädalas on hetkel ka meie personali hulka arves-tades maksimaalne koor-mus,“ lausub endoskoopiakeskuse juhataja dr Karin Kull. Endoskoopiakeskuse koosseisu kuuluvad sekretär, 4 põetajat, 8 õde (sh vanem-õde, kes on hetkel lapsehoolduspuhkusel). Endoskoopilisi uuringuid teevad 10 sise-kliiniku, 6 kirurgiikliiniku ja

4 hematoloogia-onkoloogia kliiniku arsti. Keskuses teh-tavad protseduurid on gast-roskoopia, koloskoopia, ERCP (endoskoopiline ret-rograadne kolangiopankrea-tograafia), enteroskoopia, kapselendoskoopia ja pH-meetria. Kirurgiikliiniku arstide poolt teostatakse va-ljadusel erakorralise endos-koopia protseduurid. Dr Kull rõõmustab, et endos-koopikeskuses on olemas nüüd ka viiekohaline jälgi-mispalet. „Jälgimispalet an-nab meile võimaluse teha rohkem uuringuid anesteet-sias, lisaks saame nüüd teha uuringuid anesteetias ka am-bulatoorsetele patsientidele. Sisekliinikus alustati koos-töös anesteesioloogia ja inten-siivravi kliinikuga anesteetias uuringute tegemist juba aastal 2014, kuid ruumipuudu-sel vaid ühel päeval nädalas ning ainult stationaari hai-getele,“ selgitab dr Kull. Ala-tes veebruarikuust on anes-

teias tehtud protse- ▶ duure kahel päeval nädalas, oktoobrist kolmel päeval nädalas.

Uuringut läbi viiva arsti ja endoskoopiaõde käsutuses on kaasagne ja hinnaline tehnika – erinevaid endos-koopie on keskuses kokku li-gi 40, millest ainuüksi ühe rahaline väärtus on sõltuvalt mudelist 20-30 000 eurot. Endoskoopide arv ja perso-nali töökorraldus annavad võimaluse töötada ilma pau-sideta. Töös olnud endos-koop tuleb pärast protseduuri esmalt puhastada ja desin-fitseerida, selleks on sisse seatud kaheksa pesumasinat, mille üks pesutsüklil kestab 40 minutit. Pärast pesuprot-sessi liiguvad endoskoobid kuivatuskappidesse, kust neid välja võtta saab vaid uk-sekaardiga. Dr Karin Kull selgitab, et kõik endoskoo-bid on varustatud spetsiaal-se kiibiga, neljas pesumasi-nas pestavate endoskoopide

▶ Algu LK 1

Preemiaga tunnustamine tuli silmakliiniku juhatajale dr Kuldar Kaljurannale ootamatult: „Tegu on väga meeldiva üllatusega. Ja seda rõhuga sõ-nadel nii meeldiv kui üllatus. Kõige suurem tänu ja tunnus-tus on muidugi õnnestunud lõikus ja ravitud haigusjuht ise, kuid selline kolleegidepoolne tunnustus on väga väärtuslik ja küllap ka väga vajalik. Püüame

siinpool taset ka hoida.“

Kliinikumi teadustööpree-mia määratakse ühele Tartu Ülikooli arstiteaduskonna aastapäeva ürituste raames toi-muval õppejõudude ja teadu-rite teaduskonverentsil esita-tavale kliinilise suunitlusega teadustöö autorile või autori-te kollektiivile. Sel aastal kuu-lusid preemia komisjoni esi-mees Mart Einasto, professor Külli Kingo ning professor Alan Altraja.

KOMMENTAAR

Otsus määrata kliini-kumi teadustööpree-mia dr Kuldar Kaljuranna-le oli üksmeelne. „Otsuse aluseks oli teema käsitluse kõrge teaduslik kvaliteet ning töös esitatud tule-muste kaalukus. Samuti oli otsuse aluseks dr Kul-dar Kaljuranna oskus ette-

kanne kõitvalt ja arusaada-valt esitada. Saalist oli roh-kelt küsimusi, mis kinni-tab, et käsitlev teema oli huvipakkuv kogu auditooriumile.“

PROFESSOR KÜLLI KINGO



Endoskoopiakeskuse põetaja Lilian Raugmäe



Endoskoopide pesumasinat

Fotod: Andres Tennus

▶ teekond on juba täieli-kult elektroonselt jälgi-tav alates uuringu teostamisest patsiendile kuni selle jõudmi-seni uuesti puhtana kuivatus-kappi. See on oluline eelkõige infektsioonikontrolli as-pektist – kui on vaja jälile saa-da mõnele viiruspuhangule või bakteri levikule. Jälgimis-süsteemi teeb võimalikuks Endoscan süsteem, mis on plaanis soetada ka puuduole-valle neljale pesumasinale. „Kui saaksime seadistada En-doscan süsteemi ülejäänud neljale pesumasinale, oleks meie keskuses sisse viidud täiselektroonne jälgimissüs-teem kõikidele endoskoopide-le, mis on olnud ka üheks meie keskuse eesmärgiks sel aastal,“ lausub dr Kull.

Esimese tegevusaasta ees-märkide hulka kuulus ka uue ultraheli endoskoobi ostmine ning Exera III püstaku soeta-mine, mis vahetas välja vani-ma kasutuses olnud süsteemi.

Endoskoopiakeskus on kliinikumis esimene, kes on täielikult üle läinud elekt-roonsele broneerimissüsteemile. Kliinikumi arstid saavad

uuringuagaseid broneerida ise läbi eHLi või siis läbi endos-koopikeskuse sekretäri, kes paneb samuti broneeringud elektroonsesse vormi. Kesku-se juhataja sõnul on süsteem hästi käivitatud ja vastu võe-tud ning aegade broneerimi-ne on oluliselt kiirem ja ope-ratiivsem.

Olemasolevat teadmust ja tehnikat kasutab endoskoo-pikeskus ka osaledes Haige-kassa partnerina 1. juulil 2016 alanud jämesoolevähi sõeluuringus, pakkudes sõelkolos-koopia teenust.

Erilised endoskoopiaõed

Keskuses viib koos arstiga diagnostilist või raviprotse-duuri läbi endoskoopiaõde, kes peab olema käelisel osav ja kiire reaktsiooniga, kuna uuringu puhul on tegemist meeskonnatööga. Endoskoo-piaõde peab läbima eriväljaõpe, erinevate uuringuspetsii-filiste tegevuste omandamine võtab vähemalt aasta. Sep-tembri lõpus toimus kliiniku-mis ka endoskoopiaõdede

ühingu sügiskonverents, kus kavas olid nii suulised ette-kanded kui praktiline õppus. Osalenud endoskoopiaõed pi-dasid oluliseks, et konverents leidis aset just Eesti ainsas üli-koolihaiglas, kus sai Tartu suurte kogemustega arstidelt nii teoreetilisi teadmisi oman-dada kui ka realselt kätt har-jutada.

Tulevikuvaated

Olgugi, et endoskoopiakeskus alustas tegevust veebruaris, on eeldatav diagnostilise ja ravi-protseduuride arv aasta lõpuks ligikaudu 8500 protseduuri. Dr Karin Kull sõnab, et klii-nikumi uue endoskoopiakes-kuse eesmärk on olla parima sisesese ja personaliga Ees-tis, pakkudes suurimat uurin-gute ja raviprotseduuride va-likut. „Oluline osa selle jaoks on juba tehtud – uus keskus ja ruumid on meil juba ole-mas, kusjuures oleme väga rahul meie töökeskkonna funk-tionaalsusega. Teiseks on meil olemas kõrge kvalifikatsiooni-ga personal ning pidev töötajate väljaõpe jätkub nii koha-

peal kui ka mujal,“ kossen-terib ta. „Kindlasti tahame juurutada uusi endoskoopili-si diagnostika ja ravimeeto-deid, näiteks ultraheliendos-koopia või mukosektoomia. Eeldatavasti on aasta lõpuks käivitatud ka täielikult en-doskoopide jälgimissüsteem.“

Märkimisväärne osa aga va-jaliku eesmärgi saavutamisest sõltub investeerimisotsustest. Suuremahulisi investee-ringuid nõuab uue arkoskoobi, Olympus Exera III koos scopeguide koloskoobiga, uute endoskoopide ning Pentax liikuva püstaku ostmise. Ni-metatud tehnoloogia soetami-ne võimaldaks kasutusele võt-ta keskuses ka seitsmenda uu-ringutoa.

„Kui juba loetlemiseks läks, siis tegelikult on ülikoolihaig-la jaoks vajalik ka scopeguide ja ka sellised endoskoobid, mi-da kasutatakse harva, näiteks kolangioskoop,“ lõpetab dr Kull mõtiskledes.

DR KARIN KULLIGA
vestles HELEN KAJU

MEDITSIINITEADUSTE VALDKONNAS

Tartu ülikooli meditsiiniteaduste valdkonna sporditeaduste ja füsioteraapia instituudi nõukogu valis instituudi juhatajaks funktsionaalse morfoloogia professori **Priit Kaasiku**.

Tartu ülikooli senat otsustas esitada Eesti Teaduste Akadeemiale akadeemikandidaadiks loodusteaduste ja meditsiini alal TÜ meditsiiniteaduste valdkonnast professor **Jaana Eha**, professor **Irja Lutsar**, professor **Pärt Peterson** ja professor **Mihkel Zilmer**. Akadeemikuks valitakse Eesti kodanikest teadlast, kel on väljapaistvaid saavutusi uurimise ja arendustöös ja kes on oluliselt arendanud teadust oma valdkonnas.

Tartu ülikooli meditsiiniteaduste valdkonna teadusprodekaan, TÜ nahahaiguste kliiniku ja TÜ kliinikumi nahahaiguste kliiniku juhataja, dermatoveneroloog professor **Külliki Kingo** pälvis sel aastal esimest korda välja antava Eesti akadeemiliste naiste ühingu aasta naisteadlase tiitli.

Kaitsti doktoritöid

Eero Merilind kaitses 12. septembril doktoritööd „Perearstiabi tulemuslikkus: tasustamise ja praksetegurite mõju.“ Juhendaja prof Ruth Kalda (TÜ pere-meditsiini ja rahvatervishoiu instituut). Oponent prof Igor Šoiva (Ljubljana ülikool, Sloveenia).

Indrek Heinla kaitses 16. septembril doktoritööd „B6 ja 129Sv hiireliinide käitumuslik ja geneetiline võrdlus, mis keskendub ärevuskäitumisele ja Lsmp geeni ekspressioonile.“ Juhendajad prof Eero Vasar (TÜ füsioloogia osakond), vanemteadur Mari-Anne Philips (TÜ füsioloogia osakond). Oponent prof Chadi Touma (University of Osnabrück, Saksamaa).

Triin Rääsk kaitses 6. oktoobril doktoritööd „Subjektivselt ja objektiivselt mõõdetud kehalise aktiivsuse seosed normaal- ja ülekaaluga puberteedialistel poisitel.“ Juhendaja dots Jarek Mäestu (TÜ sporditeaduste ja füsioteraapia instituut), prof Kenn Konstabel (TÜ psühholoogia instituut), prof Toivo Jürimäe (TÜ). Oponent dots Arunas Emeljanovas (Lithuanian Sports University, Leedu).

KRISTINA HERMANN
turunduse ja kommunikatsiooni spetsialist
meditsiiniteaduste valdkond

Perearstid ja raha

Kas teile on kunagi jäänud mulje, et perearst ei raatsi teha kalleid uuringuid/ analüüse? Et tegemata jäänud uuringute arvelt perearst teenib omale kasumit? Kas see on muutnud kunagi teie suhtumist perearsti töösse?

Olles värskelt lõpetanud pere-meditsiini residentuuri, olen palju kokku puutunud erinevate haiglate ja osakondade eriarstidega. Olen kuulnud küsimusi nagu „Miks sa perearstiks läksid õppima? Sa tundud päris tark, oleksid kindlasti kuhugi mujale ka sisse saanud!“ või „Sa oleksid palju rohkemaks võimeline kui perearstinduseks“ jne. Samal ajal kiidetakse, kui palju on häid perearste ning perearsti residentide ning arutluse käigus mõeldakse, et tööpoolest perearst peakski olema see kõige targem. Lõpuks jõuab jutt ikka alati rahani välja. Miks perearstid ikkagi patsiente uurida ei viitsi/taha!? Pearaha nimistu patsientide pealt nad ju saavad! Vestlus lõpeb tavaliselt minu poolse ülevaatega esmatasandi rahastamissüsteemist. Selle käigus suhtumine perearstidesse tavaliselt muutub. Ei räägita enam kitsist perearstist, vaid arutletakse selle üle, miks on rahastamissüsteem loodud selline, mis perearstid „käed kinni seob“.

Jõudsin järeldusele, et teadmatus rahastamissüsteemist võib olla põhjuseks, miks eriarstid ja perearstid kohati üksteist ei mõista. Seetõttu kirjutasin oma residentuuri lõputöö teemal „Eriarstide teadmised perearstisüsteemi rahastamisest“. Kuna 75% vastanutest soovis teada „õigeid vastuseid“, otsustasin, et võiks teemat eriarstidele veelkord tutvustada. Uurimustöös küsisin näiteks uuringute ja analüüside maksumusi ja arvatavat pearaha suurust ühe 7–50aastase kindlustatud isiku kohta. Selgus, et uuringute maksumusi teavad eriarstid päris hästi. Keskmiselt pakuti kopu röntgeni hinnaks 10 eurot ja vereanalüüsi TSH hin-



Dr Maili Jorro

naks 6 eurot, mis on väga täpsed. Pearaha aga arvati valdavalt tegelikkusest palju kõrgemaks. Pearaha suurus pakuti kuni 500 eurot kuus, mistõttu keskmiseks pakutud väärtuseks kujunes 40 eurot ja mediaanväärtuseks 15 eurot. Lepingu järgi oli pearaha 2015. aastal ühe 7–50aastase isiku kohta kõigest 2,99 eurot. Teadmiseks – pearaha hõlmab endas kõiki tegevuskulusid – palgad, seadmed, sisustus jms. Uuringutele mõeldud raha moodustatakse eraldi fondina väärtuses ca 40% pearahast (varieerub 37–45% vahel). Seega hindasid minu uuringus osalenud eriarstid perearstide rahalist võimekust teostada analüüse ja uuringuid kümnekordselt üle. Kui küsida eriarstidelt, mis juhtub kasutamata jäänud uuringutele mõeldud rahaga, siis enamik (52%) arvas, et selle saab perearst endale. Tegelikult on nii, et kui perearst raha ära ei kuluta, jääb see Haigekassasse ning perearst seda ise kasutada ei saa. Samas, kui perearst on kulanud rohkem kui uuringufond ette näeb, maksab ta puudujäägi tööpoolest omast taskust, ehk muude kulude arvelt (nt palk). Kui aga kogu fondi ei ole ära kulutatud, jääb ülejäänud raha Haigekassale.

Haigekassa eelarvest kulub kõigest 12–13% üldarstiabi ehk peremeditsiinisüsteemi rahastamiseks. See summa on samaväärne selle summaga, mida Haigekassa kulutab näiteks ravimihüvitisteks või töövõimetuslehtede kompenseerimiseks. Muudes riikides on see protsent oluliselt suurem: näiteks naabervabariigis Lätis 15–16%, Soomes, Rootsis ja teistes Põhjamaades lausa üle 20%. Eriarstiabi kulub näiteks 58% Haigekassa eelarvest. Seega on üldarstiabi võrdlusena väga odav.

Palju probleemi on tekitanud ka perearstide kõige uuem rahastuskomponent – teraapiafond. See on kindel rahasumma (umbes 500 eurot umbes 2000 isikuga nimistu kohta) kvartalis, mida saab kasutada kliinilise psühholoogi ja logopeedilise teenuse eest tasumiseks. Kehtib sama reegel, mis uuringufondi puhul: kui ei kasuta, jääb raha Haigekassale ning kui kasutada üle, siis maksab perearst muudest kuludest. Logopeedilise teraapia ühe sessiooni hind on 33 eurot, tavaliselt vajab laps vähemalt 5–10 sessiooni. Kui teha nüüd kiire arvutus, selgub, et vaid väga vähesed nimistust patsiendid võivad seda teenust antud rahast saada.

Kokkuvõttes loodan, et perearstisüsteemi rahastusest sai veidi selgem pilt. Üldarstiabis peab palju ära tegema väikese rahaga, seega kallite uuringute ja analüüside korraldamine käib tihti üle jõu. Loodetavasti teadmine perearstisüsteemi rahastamisest parandab koostööd eriarstide ja perearstide vahel. Arusaamatuste korral loodaks, et küsitakse selgitusi otse asjaosalistelt!

MAILI JORRO
ärsa residentuuri lõpetanud perearst

Vähempiirava ravikeskkonna kujundamine

Helsingi ja Uusimaa piirkonna haiglate ühendusel (HUSil) on plaanis 2019. aastal alustada Helsingis uue psühhiaatria haigla ehitamist, mille osaks on sundravi osakond. Kuna seda tüüpi haiglaid ehitatakse riigis sajandis ühel korral, siis korraldati 21.–23. septembril koolitusüritus Training School 2016 – Modern forensic in-patient design standards.

Tartu Ülikooli Kliinikumis praegu sundravi ei toimu, kuid tahtest olenematu ravil viibivate isikute õigused on sageli piiratud samal määral. Kuna psühhootiliste patsientide ravis tuleb tegeleda turvalise ravikeskkonna loomisega psühhiaatriakliiniku akuutosakonnas, osalesid sellel koolitusel arendusfondi kaudu psühhiaatriakliiniku akuutosakonna administratiivkoostustega vanemarst-õppejõud Kärt Uppin ja allakirjutanu.

Helsingisse olid kogemusi jagama kutsutud Iirimaalt dr Harry Kennedy, kes juhatab Dublinis psühhiaatrilise sundravi kliinikut ja omab pikaajalist kogemust kohtupsühhiaatria teenistuste korraldamisel. Tema ettekannetest jäid kõlama mõtted, et turvalise ravikeskkonna tekitamisel on olulised personali piisav hulk, väljaõpe ja motiveeritus lahendada paindlikult probleeme. Inglismaalt oli kohal arhitekt Christopher Shaw,

” Tuleb tekitada tegevusi, mis oleksid põnevamad kui haigla lõhkumine

kes on kavandanud üle 70 psühhiaatria haigla üle maailma, nendest kolmandik sundravi osakondadega. Ruumi poolest on palju võimalusi turvalise keskkonna kavandamisel, alustades piiride seadmisest, patsientide liikumise juhtimisest, turvalisest üleminekust magamisruumi-



Ühe psühhiaatria haigla palati pilt vastuvõtmisel (vasakul), sama palati kahe nädala pärast (keskel) ja tualettruum kaks nädalat pärast vastuvõtmist (paremal)

dest tegevuspiirkondadesse. Lisaks eelnevale ütles arhitekt, et planeerimine on võimalik heal juhul viie aasta perspektiivis, kuid hooned jäävad aastakümneteks ja seetõttu oleks kasulik juba kavandamisel jätta teatud paindlikkus ruumi programmi muutmisel vastavaks nende vajadustele ja võimalustele, mis on 20–30 aasta pärast. Soome esindaja Piinamise ja ebainimliku kohtlemise vastases komisjonis) rahvusvahelise õiguse jurist Jari Pirjola rääkis inimõiguste säilimisest piiratud liikumisvabadusega sundravi vajavatel patsientidel. Inimeste väärkäitumise tuleb austada ka nendel tingimustel, seetõttu on näiteks Eestis õiguskantsleril kohustus teha profülaktilisi visiite kinnistesse psühhiaatriasutustesse. Tuleb leida sobiv tasakaal turvalisuse ja õiguste vahel.

Koolituse eesmärgiks oli leida Helsingi piirkonna sundravi üksusele võimalikult parimad ruumi ja organisatoorsed lahendused. Allan Seppänen, kes vastutab HUSis uue sundravi üksuse loomise eest (ja juhib samal ajal olemasolevat), ütles kokkuvõtteks koolitusest, et rahvusvahelise kogemusega ekspertide kaasamine aitab mõelda tavalistest raamidest väljapoole ja võimaldab vältida eelkäijate kohtlemise vastases komisjonis) rahvusvahelise õiguse jurist Jari Pirjola rääkis inimõiguste säilimisest piiratud liikumisvabadusega sundravi vajavatel patsientidel. Inimeste väärkäitumise tuleb austada ka nendel tingimustel, seetõttu on näiteks Eestis õiguskantsleril kohustus teha profülaktilisi visiite kinnistesse psühhiaatriasutustesse. Tuleb leida sobiv tasakaal turvalisuse ja õiguste vahel.

Mõtted, mis meil tekkisid, on järgnevad: Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliiniku akuutosakonna patsientidele oleks kasulik, kui patsiendid oleks üksikpalatites seniste kaheste palatite asemel – see vähendaks patsientide vahelis-

te konfliktide hulka. Eelnev tähendaks muidugi akuutosakonna kasutuse oleva ruumi suurendamist, mis tingib jälle personali arvu suurendamist. Teiseks on oluline tekitada kohaseid struktureeritud tegevusi, et oleks põnevamaid tegevusi kui haiglamaja lammutamine. Kolmandaks tuleb suurendada hoolduspersonali võimekust turvalisuse tagamisel.

Kokkuvõttes saime kinnituse, et tööjõu kvaliteet kaalub üles keskkonna mõju. Käesoleval hetkel tuleb meil patsientide ja töötajate turvalisuse parandamiseks suurendada tööjõu hulka, kes tegeleb otseselt patsiendiga.

DR SVEN JANNO
Psühhiaatriakliiniku juhataja

E-konsultatsioon kui võimalus õigeaegsele eriarstiabile

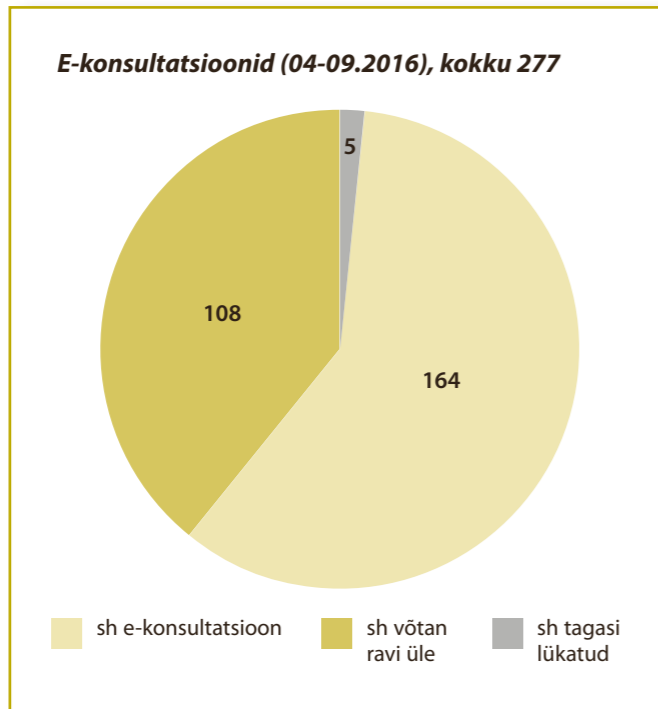
Käesoleva aasta kevadest on kliinikum osutanud e-konsultatsiooni teenust. Teenus on suunatud perearstidele, et parandada õigeaegse eriarstiabi kättesaadavust.

E-konsultatsiooni tellimiseks peab perearst kirjutama patsiendile e-saatekirja ja saatma selle terve info süsteemi vahendusel eriarstile. Eriarst saab toimida kaheti – esimesel juhul annab ta perearstile soovitusel, kuidas patsienti ravida või jälgida, digitaalselt. Teisel juhul, kui eriarst peab vajalikuks, võtab ta ravi üle, kutsus patsiendi vastuvõtule ning planeerib patsiendile vajalikud uuringud ja protseduurid. Seega loob e-konsultatsioon tegelikult ka võimaluse suunata kiiremat arstiabi vajavad patsiendid väljaspool järjekorrasüsteemi vastava eriala vastuvõtule.

Haigekassa rahastab hetkel e-konsultatsiooni 13 erialal: endokrinoloogia, gastroenteroloogia, hematoloogia ja onkoloogia, kardioloogia, neuroloogia, otorinolaringoloogia, pediaatria, pulmonoloogia, reumatoloogia, uroloogia, ortopeedia, allergoloogia-immunoloogia.

Septembrikuu lõpuks oli kliinikumis tehtud 277 e-konsultatsiooni (alates aprill 2016). Iga kuuga on konsultatsioonide arv kasvanud ning kõige rohkem on e-konsultatsioone läbi viidud uroloogia erialal. 60% (164) vastustest on toimunud e-konsultatsioonidena, mil vastus on perearstile antud elektrooniliselt. 39% juhtudel on ravi üle võetud ja patsiendid vastava eriala vastuvõtule ja/või uuringutele kutsutud. 5 juhul on saatekiri puudulike andmete tõttu tagasi lükatud.

Uuringute ja e-konsultatsiooni eest tasub uuringu või e-konsultatsiooni tellinud perearst vastavalt tervishoiuteenuste loetelus kehtestatud teenuse (piir)hinnale.



Kliinikumi Leht uuris enim e-konsultatsioone läbi viinud uroloogia ja neerusiirdamise osakonna juhatajalt Andres Kotsarilt mõtteid teenuse kohta.

Teie osakond ületab läbi viidud e-konsultatsioonide arvuga pikalt teisi. Tundub, et olete võtnud enda südameasjaks eriarstide ja perearstide koostöö parandamise?

Oleme näinud e-konsultatsioone osana või siis esimese sammuna digitaalse saatekirja kasutamisele võtmisel. Ehk siis käsitleme e-konsultatsioone enda jaoks digitaalsete saatekirjadena perearstilt eriarstile.

E-konsultatsiooni kaudu tulnud saatekiri võimaldab meil patsienti uroloogi vastuvõtule tuleks oluliselt paremini ette valmistada. Meie osakonnas on igapäevaseks probleemiks haiged, kes tulevad vastuvõtule eelnevalt uu-

rimata, vahel isegi täiesti tühja saatekirjaga. E-konsultatsiooni kaudu saame vajalikud baasuuringud juba valmis tellida ja haige käsitlus vastuvõtule on konkreetses. Võidavad nii patsiendid, kelle jäävad ära tühikäigud eriarsti juurde, perearstid, kes saavad vastuse oma patsiendi murele kiiremini, aga ka uroloogid, kelle vastuvõtule saabub juba uuringutel ära käinud haige.

Kuidas üks e-konsultatsioon täpselt välja näeb? Kas e-konsultatsioon võtab vähem või rohkem aega võrreldes tavalise arstivisiidiga?

E-konsultatsioon tähendab hetkel perearsti poolt saadetud digitaalse saatekirja ülevaatamist. Eriarstil on võimalik puudulike eelandmetega saatekiri ilma pikema käsitluse tagasi saata. Korrektselt vormistatud saatekirjale võib kirjutada kas vastuse, kui hai-

ge ei vaja täpsustavaid uurimiseid ega ravi uroloogi juures, või saab haige võtta üle ehk kutsuda uroloogi vastuvõtule.

Saatekirja ülevaadand eriarstil on võimalik olenevalt haiguse laadist määrata, kui kiiresti haige peab vastuvõtule pääsema, samuti millised analüüsid peavad olema eelnevalt tehtud perearsti juures. Ka saame tellida juba eriarsti visiidi arvele suuremad vajalikud uuringud. Näiteks neerukivi kahtlusega patsiendile saame kompuutertomograafilise uuringu juba eelnevalt valmis organiseerida ja kui haige vastuvõtule tuleb, võib hakata tegelema konkreetselt juba ravi planeerimisega. Haigel jääb ära üks tühi käik uroloogi juurde. Senini tuli sageli vastuvõtule palju uurimata haigeid, kelle pidime esmasel visiidil alles uuringutele saatma ja tagasi kutsuma kas siis ametlikule vabale ajale 3–4 kuu pärast või mitteametlikult varem, teiste haigete vahele. Esimene variant realses elus ei töötanud, polnud südant haigetel, kes niigi on vastuvõtule tuleks sageli pikalt oodanud, lasta nüüd ka veel vastustega tagasitulekut sama pikalt oodata. Nii olid ambulatoorse vastuvõtu päevad enamasti mitmekordselt üle broneeritud.

Aega kulub eriarstil ühe e-konsultatsiooni ülevaatamisele ja vastamisele või siis uuringute planeerimisele hetkel 5–10 minutit, sõltuvalt kui komplitseeritud juhtumiga on tegemist. Samas kulub kindlasti rohkem aega registratuuri töötajal ja uroloogia ambulatoorse osakonna õel, kes ülevõetavale haigele vajalike uuringute broneeringud teeb ja nad õigeaegselt peetakse kohale kutsus. ▶



Uroloogia ja neerusiirdamise osakonna juhataja Andres Kotsar ja arst-residendid Pille-Riin Värk, Rauno Okas ja Priit Veskimäe

▶ **Nüüd, kui olete üle poole aasta e-konsultatsioone teinud, kuidas teile tundub, kas selline koostöö pere- ja eriarstide vahel toimib hästi?**

Siiani võib perearstide kohta mõne väga üksiku erandiga öelda vaid kiidusõnu, enamik saatekirju on vormistatud hoole ja põhjalikkusega. Ka perearstide poolt on tagasiside olnud valdavalt positiivne. Antud kontseptsioon on siiski alles algfaasis ja mitmed tehnilised nüansid vajavad väljatöötamist.

Te olete praktiseerinud paljudes teistes Euroopa haiglates – kas ka mujal maailmas kasutatakse moodsat e-lahendusega konsultatsiooni patsientide ravis?

Soomes on digitaalne saatekiri enamikes haiglates igapäevase töö osa. Eranditult kõik haiged, kes ülikoolihaigla, aga samuti ka kesk- või maakonnahaigla eriarstide poliikliinikusse tulevad, on eelnevalt saatekirja andmete põhjal juba vajalikud analüüsid andnud ja uuringutel käi-

nud. Samuti ei tulnud Inglismaal kõrgema etapi erialapoliikliinikusse tühja saatekirjaga ja uurimata haigeid.

Kuidas teile tundub – kas perearstid on e-konsultatsioonist piisavalt teadlikud ning kasutavad seda võimalust piisavalt aktiivselt?

Teadlikkus tõuseb kiirelt ja erinevate perearstide poolt tulnud saatekirjade arv kasvab praktiliselt iga nädalaga. Hetkel on siiski tegemist veel vaid jäämäe tipuga.

Kas saate tuua ka mõne marginaalse näite e-konsultatsioonide praktikast, kus konsultatsioon on olnud „elu päästva“ kaaluga?

Näiteid on tekkinud juba lühikese aja jooksul. Kahel korral oleme avastanud patsiendil kiiret ravi alustamist vajava invasiivse kusepõie vähi mitmeid nädalaid varem, kui see muidu võimalik oleks olnud. Samas, digitaalse saatekirja eesmärk on plaanilise ambulatoorse töö efektiivsuse tõstmine ja optimeerimine. Erakorralist ja viivitamatut elupäästmist vajavad haiged on ikkagi erakorralise meditsiini osakonna pärusmaa.

Kas e-konsultatsiooni teenus on teie arvates valmis? Kui saaksite seda täiendada, siis mida te ennekõike muudaksite?

E-konsultatsioon on käivitunud, aga kaugel lõplikult valmisolekust. Hetkel oleks suureks läbimurdeks digitaalse saatekirja tegemise võimalus radioloogilistele uuringutele. Kliinikum on väga tugev ja uuendusmeelne radioloogikliinik ja ma oled kindel, et peatselt on see võimalus olemas.

Uroloogias on meie eesmärgiks paari lähema aasta jooksul täielikult üle minna digitaalse saatekirja süsteemile.

DR ANDRES KOTSARIT
küsitles HELEN KAJU

KOMMENTAAR

Meil hea meel tõdeda, et paljudel erialadel on e-konsultatsiooni teenus sujuvalt käivitunud ning saab ühe enam igapäevaseks tööpraktikaks. E-konsultatsiooni peamine eesmärk on kiirendada eriarsti abi kättesaadavust kiiret ravi vajavale patsiendile. E-saatekirja puhul saab patsiendile, kes vajab eriarstide poolt tehtavaid



MERJE TIKK
Analüüsi-marketingiteenistuse direktor

uuringuid ja ravi, planeerida diagnostika vastavalt vajadusele juba enne eriarsti vastuvõttu.

Pikemas perspektiivis on meie eesmärk minna järkjärgult üle ainult e-konsultatsiooni teenuse pakkumisele ning kaotada CITO! Võtmesõnaks saab siinkohal perearsti poolt väljastatav saatekiri, mille põhja-

likkusest sõltub tema patsiendi edasine ravi.

Lisaks perearstide suunamisele tuleks mõelda ka e-konsultatsiooni teenuse rahastamisest ja võimaldamisest teistele eriarstidele – kõik eriarstid võiksid saada samuti võimaluse enda keerulised haiged suunata kiirelt e-konsultatsiooni kaudu ülikoolihaigla eriarsti juurde.

Kuidas toimida suurõnnetuste korral haiglas?

Erakorralise meditsiini osakonna juhataja dr Kuido Nõmm ning 2. intensiivravi osakonna juhataja dr Veronika Reinhard osalesid Suurbritannias korraldatud kursusel HMIMMS – Hospital Major Incident Management and Support.

MIMMS on Inglismaal välja töötatud meetodika, kuidas meditsiinilisteks suurõnnetusteks valmistuda, sellega toime tulla ja suurõnnetusest taastuda. MIMMS koolitusi on kolme eri suunitlusega – sõjaväele, kiirabile ning haiglatele. Kuna nii dr Nõmm kui ka dr Reinhard on Kaitseväge reservohvitseridena osalenud militaarsuunalisel MIMMS kursusel, oli selle loogiliseks jätkuks läbida ka haiglatele mõeldud koolitus.

Tänaseks on MIMMS meetodika NATO liikmesriikide sõjaväe standard. Dr Kuido Nõmm toob välja enda põhiotsitadi, mida tudengid on palju kuulnud: „Küsimus ei ole, kas meil juhtub mõni suurõnnetus, vaid küsimus on millal ja kuidas see juhtub.“ Eestis pole õnneks palju suurõnnetusi olnud. Suurõnnetusteks peetakse sellist õnnetust, mille puhul tuleb rakendada erakorralisi ressursse, olgu see siis asukoha, kannatanute arvu või nende vigastuste tõttu.

„Inglismaal juhtub selliseid õnnetusi, kus on üle 60 kannatanu, kaks kuni kolm korda aastas. Nii on seal lisaks juhenditele olemas ka praktiline kogemus, kuidas suurõnnetuste puhul haiglas toime tulla – et erakorralises olukorras planeerida samaaegselt haigla põhitöö jätkumise, tagada töötajate ja patsientide turvalisus ning osakondade vaheline koostöö,“ selgitab dr Nõmm. MIMMS meetodikas on väga oluline suurõnnetuste eelplaneerimise etapp. „Ka meil Eestis on olemas Terviseameti poolt nõutud kriisiplaan, ent tegelikkuses on see vananenud ning julgen kahelda ka selle praktilisuses,“ arwab dr Nõmm. Eestist osale-

sid HMIMMSi koolitusel veel ka dr Ahti Varblane Tartu Ülikooli Kliinikumist, dr Vassili Novak ja dr Lilian Lääts Põhja-Eesti Regionaalhaiglast ning dr Martin Adamson Ida-Tallinna Keskhaiglast.

Kriise on erinevaid, sealhulgas haiglasisesid, ent suurem on siiski tõenäosus, et kriisilukord leiab aset haiglast väljaspool. Dr Nõmm toob välja kõneka fakti – sise-ministeeriumi hädaolukordam-

T – triaaz (*triage*)
T – ravi (*treatment*)
T – transport

Juhtimine (C) on see, millest kriisilukorras tegutsemine algab. Vajalik on kindla juhi olemasolu ning käsuliini mitmesuunaline toimimine. Järgmine aspekt on ohutus (S), tagatud peab olema nii personali isiklik ohutus, situatsiooni turvalisus haiglas kui ka ellujäänute ohutus. Si-

haiglasine transport kui transport haiglate vahel.

Küsimuse peale, kas kliinikum saaks MIMMS meetodikast ka kohe midagi kasutusse võtta, pakub dr Kuido Nõmm välja idee: „Võiks mõelda selle peale, kas suurõnnetuse patsientide jaoks peaks olema kriisilukorras eraldi osakond? Selle saaks avada haiglas juba olemasolevaid patsiente ringi tõstes. On praktiseeritud, et pered saavad koos olla. Haiglale oleks see lihtsam, kui sarnaste vigastustega patsiendid oleksid ühes kohas koos. Lisaks on näidanud uuringud, et patsiendid, kes pärast suurõnnetusi viibivad samas osakonnas, paranevad nii füüsiliselt kui ka emotsionaalselt kiiremalt ja efektiivsemalt.“

Dr Nõmm rõhutab, et samaväärselt meditsiinilistele teenistustele peavad suurõnnetuste puhul olema valmis kriisile reageerima ka mittemeditsiinilised üksused, näiteks toitlustus, apteek, majandusteenistus, avalikkussuhted, sotsiaaltöö spetsialistid jne. „Kõige suurem kriis, mis juhtuda saab, on sõda,“ ütleb Kuido Nõmm. „Muidugi me kõik loodame, et seda ei juhtu kunagi, aga valmisolek riigi tasandil on elementaarne vajadus. On lootust, et tegevuskava suurõnnetuste puhuks valmib aastaks 2017, kus määratletakse ka täpsemalt haiglale jäävad kohustused. Loodan väga, et siin mõeldakse ka rahalise poole peale, sest kahjuks Haigekassa hinnakirjas siiani suurõnnetusteks ja katastroofiks valmisolekut ei ole...“ lõpetab dr Nõmm.

KLIINIKUMI LEHT



Meditiiniline õppus erakorralise meditsiini osakonnas Kevadtormi raames

de riskianalüüsid selgub, et 26st kirjeldatud kriisijuhtumist on ainult 3 need, mis ei puuduta haiglat ega haigete arvu järsku suurenemist. „Seega vajame üleriigilist ja ka naaberriikide vahelist koostööplaani, kuidas haigeid jaotada ja ravitööd korraldada, sest enamasti on ju haiglavoodid täidetud ning näiteks isegi Euroopas on raskete põletushaigete voodite arv piiratud,“ kirjeldab ta.

MIMMSi meetodika on rajatud seitsmele talale:

CSCATTT

C – juhtimine (*command and control*)

S – ohutus (*safety*)

C – side (*communication*)

A – hindamine (*assessment*)

de (C) toimimine hõlmab nii konkreetsete sõnumite koostamist kui ka nende kohalejõudmist. Suurõnnetuste levinuimaks probleemiks peetakse puudulikkust sidetöötajate vahel. Olukorra hindamine (A) on ülivajalik, et reageerida olukorrale adekvaatselt kiiruse ja jõuga. Hindamine toimib pidevalt ning vastavalt sellele viiakse plaanidesse sisse ka muudatusi. Triaaziga (T) hinnatakse kannatanute abivajamiskirius ning raviga (T) püütakse tagada võimalikult paljudele kannatanutele võimalikult parim abi. Ravi tegevused sõltuvad nii abiandja oskustest kui ka abivajaja vigastustest. Transport (T) hõlmab erinevaid transpordi viise, mis konkreetsetel kriisihetkel võimalikud on. Oluline on nii



Tartu Arstide Liidu väljasõit

Tartu Arstide Liidu sügisväljasõit

Tartu Arstide Liidul on pikaajaline traditsioon külastada igal sügisel ühiselt ühte Eestimaa paika, et tutvuda selle ajaloo, vaatamisväärsuste või omapäraga. Seekord otsustasime üheskoos minna reisile lodjaga Jõmmu, mis on tartlastele hästi tuntud puust purjekas, valmistatud vanade traditsioonide kohaselt. Igal juhul on ta ainus ja kordumatu kogu maailmas ning lõhnab veel tänagi kergelt vanematele reisijatele vaid suusabaasi meenutava tõrva järele. Aga see on mõnus.

Reis sai alguse varahommikusest Tartust, kust suundusime bussiga Suursoo Looduskeskuse juurde. Ilm ei töötanud hommikul just parimat ja kampsunid, joped ning ka puutsid kulusid marjaks ära. Kohale jõudes ootas lodi meid koos heatujulise ja inspireeriva meeskonnaga, eesotsas kapten Lauri. Kogu reisiseltskond seadis end mõnusalt sisse – kes trümmi, kes laevalaelsid ja meie reis võis alata. Ainsime otsad lahti. Kohe alguses pa-

kuti sooja teed-kohvi, maitsvaid pirukaid ja suitsukala. Nauditi suurepäraseid vaateid ja tervitati rõõmsalt kõiki vastutulevaid laevu, paate ning kõige iseäralikumaid teisi veesõidukeid, mida Emajõe inspireeritud mõistus on vee peale sündida lasknud. Oli üllatav näha, et Emajõel on sedavõrd tihe laevaliiklus. Lõbusa lõõtsamehe saatel sai meenutatud nii „Le Havre'i kuumi öid“ kui ka „Tüdrule reisijatele vaid suusabaasi meenutava tõrva järele. Aga see on mõnus.“

Sõit viis mööda Emajõe Peipsile. Kui veteväli avardus, taandusid hommikused pilved ning päike pani sillerdama nii laineharjad kui ka reisijate silmad. Võis kõrvale heita ka puutsid ja kasukad ning lokkidel sõidutuules lehvida lasta. Keset mõnusalt õõtsuvat vetevälja oli võimalik hetkeks isegi kujutleda, et suvi kestab veel... Kuid kohe kõlas lõunakell ja kambüüsit serveeri-

ti kosutav lõunaeine kartulisalati ja koduste imemaitsvate kotlettidega. Keelekasteks oli tühjenematu korv karastavate jookidega kogu reisi vältel sõitjate käsutuses, nii et janu ei pidanud küll keegi kannatama.

Tee viis läbi kummaliste saarte vahelt ja mööda kalurimajakestest, milledele ilmselt enamusel meist pole olnud kunagi võimalust järevalt pilku heita. Ühe sellise juures maabusime ning laevapere juhataja lahkesti kätte külluslikud jõhvikarajad. Ilm oli suurepärase, kaasavõetud korvid ämbrid täitusid nobedalt nii suurte marjadega, milliseid paljud polnud veel enne näinud. Päike paistis soojalt ja sammal oli pehme, kuid soos möödub aeg kiiresti ja nõudlikult kumav laevakell andis peagi märku, et on aeg hakata kogunema ning alustada reisi tagasi looduskeskuse poole. Jällegi mängis ja laulis tubli lõõtsamees merest, meremeestest, reisidest ja kõigest sellega seonduvast. Nautisime

karastavaid jooke, pilgutisime Päikesele silma ja tundisime end mõnusalt kulgemas mööda aja kõverat telge ning Emajõe kauneid käärusid. Fotohuvilistel oli võimalus oma parim tehnika tolmust puhtaks pühkida ja jäädvustada nii sõprade portreesid kui jõhvikaid suures plaanis – aega oli mõnusalt palju ja ei ühtede ega teiste puhul polnud põgenemise ohtu kartna. Tublimad olid taibanud kaasa võtta isegi õnged, et proovida kätt kalapüügil ja ei saa märkimata jätta, et oli ka õnne. Õnnelikud toreda päeva ja jõhvikasaagi üle olid aga kõik ülejäänudki, isegi ilma kalata.

Millised seiklused meid järgmisel aastal ees ootavad, on nii suur saladus, et seda ei tea hetkel veel mitte keegi. Aga tulemata nad ei jää. Kui suur saladus avalikuks saab, olge varmad registreeruma!

VALLO ADAMSON

Lastefond otsib innovatiivse lahendusega uusi püsiannetajaid

Kliinikumi Lastefond töötab Tele2-ga välja uue ja innovatiivse lahenduse, mis võimaldab sõlmida igakuist püsiannetust mobiilikõnega.

“Soovime püsiannetuse sõlmimise teha inimestele võimalikult mugavaks ning kättesaadavaks. Kuna tänapäeva M-Eestis saab pea kõike teha mobiili vahendusel, siis miks ei võiks selliselt saada ka püsiannetust teha,” selgitab Lastefondi strateegiajuht Küllike Saar.

Mobiilikõnega püsiannetuse sõlmimiseks tuleb helistada üks kord vastavalt soovitud igakuise annetuse suurusle numbritele 900 3003 (3 eurot), 9003010 (10 eurot) või 9003020 (20 eurot) ning valitud summa lisatakse edaspidi iga kuu sinu telefoniarvele. Soovi korral saab püsiannetuse iga hetk lõpetada. Täpsemate tingimustega saab tutvuda Lastefondi kodulehel www.lastefond.ee.

Küllike Saar toonitab, et püsiannetajad on Lastefondi jaoks äärmiselt olulised, sest just nende järjepidevale toetusele tuginedes saab fond võtta vastu julgeid otsuseid ja kohustusi toetada raskelt haigeid lapsi mitmete kuude jooksul. “Püsiannetused võimaldavad meil abi anda kiiresti ning ilma iga konkreetse lapse jaoks suurt kampaaniat korraldamata.”

Hetkel on Lastefondil 1042 püsiannetajat, kelle igakuine panus kokku on 8411 eurot. Esimehe sõnul võiks neid aga olla poole rohkem. Algava kampaaniaga soovetaksegi leida 1000 uut püsiannetajat.

**TARTU ÜLIKOOLI
KLIINIKUMI LASTEFOND**

Kliinikumis tegutses Kaisuloomahaigla

Septembrikuu viimasel nädalal seadis end lastekliinikus sisse Kaisuloomahaigla. Tegemist on lastele mõeldud projektiga, mille eesmärk on vähendada laste hirmu arstide ees.

Arstide tööd tutvustasid lastekliiniku ruumides Teadlaste Öö Festivali raames Tartu Ülikooli arsti- ja hambaarstitudengid ja Tartu Tervishoiu Kõrgkooli tudengid.

Lapsed, kes olid Kaisuloomahaiglasse kohale tulnud, pidid mõtlema välja enda kaisuloomale külge mõne haiguse, mille ravimiseks tuli pöörduda arsti(tudengi) poole. Arstid kuulasid stetoskoobiga mängulooma südant ja kopse, vajadusel sidusid kinni haavu, kirjutasid retsepte, tegid süsti ja saatsid lisauuringutele.

Kaisuloomahaigla peakorraldaja Anu Saarva sõnul oli osavõtt aktiivne – Kaisuloomahaiglat külastasid nii lasteaia- kui ka koolilapsed ning päeva lõpuks oli patsientide (kaisuloomade) arv 259. „Kui võtta arvesse ka täiskasvanud saatjaid, kes ürituselt oma lap-



Foto: Kliinikumi Leht

Adeliine koos kaisuloomaga arsti vastuvõtul

se või grupiga läbi käisid, võiks hinnanguliselt öelda, et Kaisuloomahaigla külastajate arv jäi 300–350 vahele,“ lisab Anu Saarva.

KLIINIKUMI LEHT

KOMMENTAAR

Minu meelest on tegemist väga toreda ettevõtmisega, fua-see oli terve päeva täis väga põnevil ja uudishimulike nägudega lapsi. Loodan, et lapsed said läbi kaisuloomade oma küsimustele vastuseid, nägid lähedalt erinevat meditsiinilist aparatuuri ning vahendeid, mida haiglas kasutatakse. Eks see haiglateskkond on ikka väga teistmoodi küll ning kui kaisuloom võtab suurema mure enda kanda, siis on ju igati julge üks haiglaskäik ette võtta!

EVELYN EVERT
Lastekliiniku ülemõde



Kes on pildil?

Kes on need daamid, kes osalesid 1973. aastal Balti laagris?



Vastuse palume saata 10. novembriks e-postiga aadressile Helen.Kaju@kliinikum.ee või tigupostiga aadressile Kliinikumi Leht, L. Puusepa 1a, 50406, Tartu. Õigesti vastanute vahel loositakse välja Kliinikumi Lehe aastatellimus. Head nuputamist!

Septembrikuu pildimängu fotol pidasid 1987. aastal Pärnus omavahel nõu professor Ain Elmar Kaasik ja kolleeg Soomest, professor Henry Troupp. Kahjuks ei laekunud õigeid vastuseid, mistõttu jäi lehetellimus loosimata.

