

Kas patsiendid on rahul?

Lk 2

Kardioloogia areneb hoogsalt

Lk 3

Mägedevallutaja Priit Melnik

Lk 4

k u u k i r i Regionaalhaigla

Veebruar 2007 • Nr 2 (53)

Passaaž läbi soolestiku

PERH on esimene Eesti haigla, kus on nüüd alaliselt võimalik teostada seedetrakti haiguste diagnostikat endoskoopilise kapsli abil. Vastav aparatuur jõudis haiglasse aastavahetusel, esimesele patsiendile teostati kapsel-endoskoopia jaanuarikuus.

Seedetrakti esimese kapselendoskoopia teostasime 12. jaanuaril k.a. patsiendiks oli 15-aastane tütarlaps mao ja jämesoole polüpoosisündroomi ja sekundaarse aneemiaga. Operatiivse ravi paremaks planeerimiseks on väga oluline teada polüüpide esinemist peensooles. Nagu teada, on peensool konventsionaalsel fiiberendoskoopial endoskopistile suures osas kättesaamatu organ, kapselendoskoopia avardab siinjuures oluliselt diagnostilisi võimalusi.

Kapselendoskoopiline uuring on näidustatud patsientidel, kellel kahtlustame verejooksu peensoolest, uuringu diagnostiline väärtus on suurim just käimasoleva verejooksu korral – kusjuures, kui on kontrollitud nii ülemine seedetrakt, mao ja 12-sõrmiku piirkond ning ka jämesool, aga seal pole verejooksu põhjust leidnud.

Kapselendoskoopia on näidustatud ka Chrohni tõve diagnoosimiseks peensooles või teada oleva Chrohni tõve ägenemise puhul, samuti polüpoosisündroomiga haigete jälgimiseks, harvem teiste peensoole haiguste, näiteks soole imendumishäirete ja peensoole kasvaja kahtluse korral.

Kaamera kapslis

Endoskoopilise kapsli puhul on tegemist autonoomse energiaallikaga (patarei) varustatud, umbes 2 x 1 cm suuruse ovaalse kapsliga, milles paik-



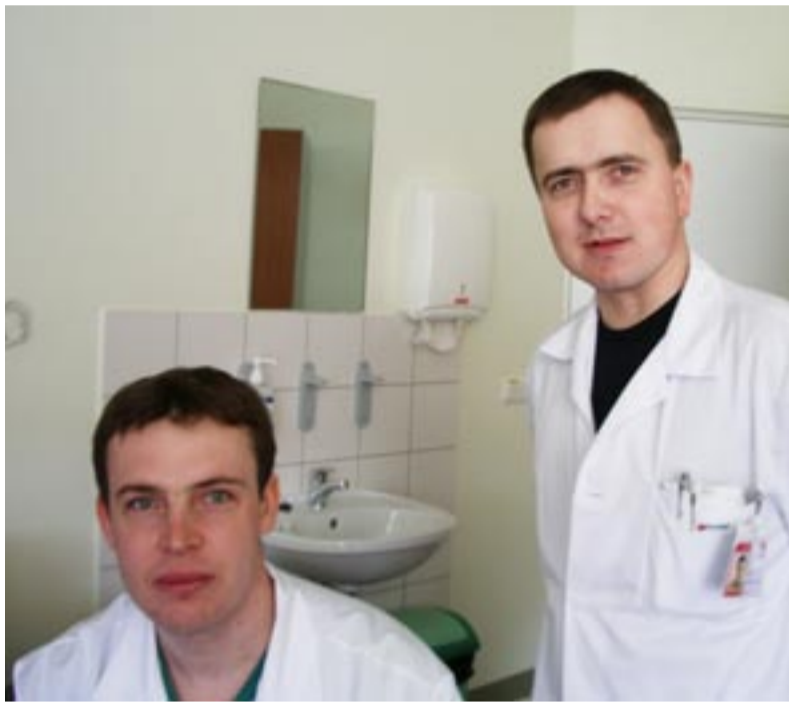
Endoskoopiline kapsel.

nevad digikaamera, valgusallikas ja raadiosaatja. Aktiveeritud kapsel hakkab seedetrakti limaskestast pildistama kiirusega 2 kaadrit sekundis.

Saadud pildifailid kantakse elektromagnetlainetena patsiendi kõhuhahale kleebitud elektroodide kaudu salvestajasse, mis asub patsiendil nn trakside külge kinnitatud paunas. Uuringu lõppedes laetakse videoklipp edasiseks töötamiseks ja analüüsiks arvutisse. Kapsel ise on ühekordse kasutusega ning väljub organismist loomulikult teel.

Esimene patsient paranes hästi

Uuring kestab 8 tundi, selle ajaga salvestatakse 57 600 ülesvõtet. Uuringu ajal viibib patsient haiglas. Kapselendoskoopia uuringule saab patsiente registreerida dr Toomas Ümariku või



Dr Ilmar Kaur ja dr Toomas Ümarik.

Kapselendoskoopia näidustused

- ebaselge lokalisatsiooniga gastrointestinaalne verejooks, sh rauavaegus, aneemia
- kahtlus peensoole Chrohni tõvele
- kahtlus peensoole tuumoritele
- polüpoosisündroomiga patsientide jälgimine
- kahtlus malabsorptiivsetele sündroomidele, nt tsöliaakia

Kapselendoskoopia vastunäidustused

- teada olev või kahtlustatav seedetrakti sulgus, striktuur või fistel
- südame tehisrütmur või muu elektrooniline implantaat
- neelamishäired

dr Ilmar Kauri ambulatoorse vastuvõtu kaudu (reg tel 617 1135).

Eespool mainitud patsiendil peensooles kapselendoskoopial polüüpe ei leitud. Patsiendile teostati laparoskoopiline subtotaalne kolektoomia

koos ileorektaalse anastomoosiga. Maopolüübid õnnestus eemaldada üksikhaaval endoskoopiliselt. Patsient paranes hästi.

Dr Ilmar Kaur
üldkirurg

Dr Toomas Ümarik üldkirurg

Kapselendoskoopia ei asenda küll tavapäraseid endoskoopiaid, ent annab võimaluse uurida just seda soole osa, mis muudu „pimedasse“ jääb. Lisaks on kapselendoskoopia haigetele hästi talutav ja ääretult mugav meetod – ohutu, valutu ja vähe kõrvaltoimeid põhjustav. Enne kapselendoskoopiat peab patsient olema 8-12 tundi söömata, kapsel neelatakse alla mõne lonksu veega. Tüsistuseks võib olla kapsli peetumine peensoole stenoosi piirkonnas, enamasti on kapselendoskoopi peetumine vaevusteta.

Oluliseks ja arstile suureks abiks on asjaolu, et vajadusel on võimalik värvilise LCD-monitoriga jälgida kapselendoskoopi liikumist läbi seedekulgla reaaliajaks.

Dr Sirje Marran Endoskoopia osakonna ülemarst

On väga meeldiv, et Eestis on lisandunud üks minimaalinvasiivne endoskoopiline uurimismeetod. Kapselendoskoopia kasutuselevõtmine on kvalitatiivne samm edasi peensoole patoloogiate diagnostikas.

Seedekulgla kapselendoskoopial uuritava osa läbimiseks kulub kapslil 8 tundi, liikumine soolestikus toimub peristaltika abil. Uuringuandmete interpreteerimine sõltub eelkõige kogemusest ja võtab aega 45 minutit kuni 2 tundi. Kapselendoskoopia on äärmiselt patsiendisõbralik uurimismeetod. Uuringut on võimalik teostada ambulatoorselt. Arvestades kapselendoskoopia näidustusi, Eesti elanike arvu ja teiste maade vastavaid näitajaid, võiks endoskoopilisi kapsleid meil tarvis olla aastas ligikaudu kuni 30.

Dr Sergei Nazarenko Diagnostikakliiniku juhataja

Kapselendoskoopiaga saame me informatsiooni – ja seda ilma sondi neelamata! –, mis varem oli kättesaadav ainult operatsiooni käigus. See on teada erialakirjandusest ning seda näitas möödunud aasta lõpul Tartu Ülikooli Kliinikumis toimunud demonstratsioon. Kindlasti ei ole aga tegemist imediagnostika meetodiga, mis asendaks kõik seniolnu.

Mõeldes patsiendile, on mul väga hea meel, et meie haigla leidis võimaluse astuda järjekordne oluline samm ravikvaliteedi parandamiseks selle nüüdisaegse diagnostikavahendi ostmise kaudu. Tegemist on tipp tehnoloogiaga, millega saame aidata vastava vajadusega patsiente kogu meie väikesest riigist.



Hiiu korpuse ülemarst-ravijuht on Andrus Arak

Alates 1. veebruarist asus Hiiu korpuse ülemarst-ravijuhi ametikohale dr Andrus Arak. Dr Araku tööülesanneteks on Hiiu korpuse töökorralduse tagamine, vajadusel muudatusettepanekute tegemine, onkoloogiliste haigete diagnostilise ja kliinilise ravitöö ning ravikvaliteedi juhtimine, onkoloogia valdkonna arengu ja vastavate arengukavade väljatöötamise juhtimine. Dr Arak jätkab tööd ka kirurgina onkoloogilise üldkirurgia osakonnas.

Andrus Arak on sündinud 7. augustil 1960. aastal. Ta on lõpetanud Tartu Ülikooli arstiteaduskonna 1986. aastal ning läbinud internatuuri Tartu Kliinilises Haiglas kirurgia erialal 1987. a. Onkoloogia-alase koolituse on dr. Arak saanud Harkovi Arstide Täiendusinstituudis 1988. a, Amsterdamis Ülikoolis 1992. a, Oulu Ülikoolis 1996. a ja Moskva Vähihaiglas 1998. a.

Aastatel 1996-2007 töötas doktor Arak Tartu Ülikooli Kliinikumis, algul Onkoloogiahaigla kirurgia osakonna kirurgi, onkoloogi ja osakonna vanemarstina, alates 2000. aastast juhtis ta hematoloogia-onkoloogia kliiniku kirurgilise onkoloogia osakonda.

Dr Araku peamised uurimisvaldkonnad on olnud seedetrakti ülaosa kasvaja radikaalse ja kompleksse ravi võimalused ja meetodid. 1996. aastal kaitses ta doktoriväitekirja teemal "Factors influencing the survival of patients after radical surgery for gastric cancer".

Dr Arak kuulub Eesti Sotsiaalministeeriumi üldkirurgia erialakomisjoni, Eesti Kirurgide Assotsiatsiooni juhatusse, ta on Eesti Onkoloogide Seltsi ja Tartu Kirurgide Seltsi liige ning Eesti Onkoloogide Seltsi esindaja Kirurgilise Onkoloogia Ühingu Maailma-föderatsiooni (World Federation Of Surgical Oncology Societies) juures.

Uued valimised

Käesoleval aastal saab suurel osal keskuste juhatajatel, ülemarstidel ja juhtivatel vanemõdedel ümber nende töölepingutest tulenev 5-aastane tööperiood. Vastavalt haigla personalipoliitikale kuulutatakse kõigis neis positsioonides välja avalikud konkursid. Kokku tuleb ligi 70 konkursi järgmistele kohtadele: 15 ülemarsti - keskuste juhatajat, 26 ülemarsti, 6 vanemarsti - osakonna juhatajat (psühhiaatrikliinik), 1 ülemõde ja 16 juhtivat vanemõde. Esimesed konkursid kuulutatakse välja juba veebruarikuus, järgmised „hajuvad“ kogu aasta peale, sõltuvalt töölepingute lõpptähtaegadest.

Konkursside ettevalmistamise käigus vaadatakse üle ametikohtadest tulenevad tööülesanded ja muud tingimused ning vastavad muudatused viiakse ka ametijuhenditesse. Viimast on kliiniku juhatajad asunud juba tegema ja heameel on tõdeda, et on tulnud mitugi olulist täiendustepanekut (nt ülemarstide senisest põhjalikum panustamine kolleegide arendus- ja koolitustegevusse, tegelemine senisest rohkem residentidega jmt).

Kandideerimise tingimused

Kandideerimiseks sobiv isik vastab ametijuhendis toodud tingimustele, kus on sätestatud nõuded haridusele, erialastele ja juhtimisalastele teadmistele, oskustele ja kogemustele ning vajalikele isikuomadustele. Kandideerimiseks tuleb esitada avaldus, CV ja visioon keskuse/ osakonna edasisest arendamisest ja juhtimisest.

Valiku protseduur

Valiku tegemisel delegeratakse põhiroll vahetutele juhtidele, kes lõppkokkuvõttes vastutavad oma meeskonna komplekteerimise ja toimimise eest, st keskuste juhatajate puhul on võtmeroll kliinikute juhatajatel ning ülemarstide puhul keskuste juhatajatel. Juhtivate vanemõdede valikus on võtmeroll keskuste juhataja ja kliiniku ülemõel. Esmalt viiakse läbi keskuste juhatajate konkursid - et nad saaksid juba valitudena osaleda ülemarstide ja juhtivate vanemõdede valikul. Konkurside läbiviimisest võtavad osa ka haigla ülemarst, personalitöö eest vastutav juhataja liige ja personalidirektor, et tagada konkurside läbiviimine ühtsel alustel kogu organisatsioonis.

Valiku tegemisel:

- Esiteks analüüsitakse CV-d ja esitatud visiooni keskuse/ osakonna edasisest arengust ja juhtimisest. Konkursialustel ametikohtadel juba töötavate kandidaatide puhul hinnatakse kindlasti seniseid töid-tegemisi ning heade töötulemuste korral on viimastel ka oluline eelis saada taasvalituks.
- Teiseks viiakse läbi vestluste voor, kus arutatakse konkreetse struktuuriüksuse edasist arendamist ja kandidaadi ideid selles osas, samuti selgitatakse vastastikuseid ootusi. Konkursi käigust ja tulemustest teavitab nii kliinikut kui ka kogu haiglat kliiniku juhataja.



Viia Miil
personalidirektor

Patsientide rahulolu uuringu tulemused PERH-is 2006

Statsionaarsel ravil viibivate patsientide rahulolu uuringu toimus 2006. a aprillis. Välja jagati 1607 küsitluslehte, millest tagastati 1202 (75,2%).

Tagastatud ankeetidest olid 71% eestikeelsed ja 29% venekeelsed. Vastanutest olid 51% naised ja 49% mehed, noorim vastaja oli 14-, vanim 96-aastane.

Üldine rahulolu raviteenusega oli kõrge – kõigist küsimusele vastanutest olid väga rahul 77% ja pigem rahul 22%, puudus 93 küsitletu hinnang. Mõnevõrra madalam oli üldine rahulolu raviteenustega Harjumaa patsientide hulgas – nende hulgas oli 1,8% vastanuid, kes olid raviteenustega pigem rahulolematud või väga rahulolematud. Kõigi teistest maakondadest pärit vastanute hulgas olid kõik kas väga rahul või pigem rahul.

Valmisolek tulla Põhja-Eesti Regionaalhaiglasse uuesti ravile oli samuti kõrge – 81% vastajatest tuleksid kindlasti siia tagasi ning pigem tuleksid 17%. Regionaalhaiglasse ei sooviks tagasi tulla 2% küsitletutest, 98 küsitluslehte tagastanud patsiendi olid jätnud küsimusele vastamata. Inimesed, kes pigem ei tuleks või kindlasti ei tuleks Regionaalhaiglasse tagasi, olid pärit Harjumaalt (3,4% Harjumaa patsientidest) ning 1 Ida-Virumaa patsient. Hinnates regressioonanalüüsi abil patsiendi iseloomustavate taustategurite mõju raviteenustega rahulolule ja valmisolekule Regionaalhaiglasse tagasitulekuks, selgus, et mõlemal juhul on määra- vateks patsiendi vanus (vanemaerialiste patsientide rahulolu hinnang oli positiivsem ning valmisolek tagasitulekuks suurem) ja elukoht (rahulolu ja valmisolek tagasitulekuks olid madalamad Harjumaa patsientidel).

Joonisel 1 on esitatud vastajate hinnangud **haiglasse saabumise-ga seotud asjaolude** kohta. Kõige kõrgemalt hinnati haiglatöötajate suhtumist patsiendi saabumisel haiglasse, mõnevõrra tagasihoidlikumalt hinnati asjaajamise selgust ja kiirust haiglasse vastuvõtul ning enne haiglaravi alustamist antud selgitusi ja juhiseid, samuti varustuse ja aparatuuri kaasaegsust. Kõige enam väljendati rahulolematust seoses haiglaravile pääsemise võimalusega. Ootuspäraselt seostus rahulolu haiglaravile pääsemise võimalusega ooteaja pikkusega haiglaravile saamiseks – mida kauem oodati haiglasse saamist, seda vähem oldi haiglaravile pääsemisega rahul.

Rahulolu patsiendile antud teabega oli üsna kõrge (vt joonis 2). Rohkem väljendati rahulolematust erinevate raviviiside ja ravimite kohta saadud teabega, kõige enam oldi rahul tehtud uuringute ja protseduuride kohta saadud infoga. Kuid nimetatud küsimuste puhul oli üsna suur osa patsientidest jätnud oma hinnangu andmata. Põhjuseks võib olla asjaolu, et mitte kõik inimesed ei pööra nimetatud asjaoludele tähelepanu ja seetõttu pole pidanud vajalikuks ka küsimusele vastata.

Statistiliselt olulised seosed ilmnesid vastaja vanuse ning rahuloluga patsiendile antud teabe kohta - vanemaerialised patsiendid olid rohkem

rahul. Rahulolu saadud infoga seostus ka vastaja haridustasemega – nii olid kõrgema haridusega küsitletud vähem rahul teabega ravimite ja nende kõrvaltoimete kohta, teabega erinevate raviviiside ja -võimaluste kohta ning teabega tehtud uuringute ja protseduuride kohta. Saadud teabega tehtud uuringute ja protseduuride kohta olid rohkem rahul eesti keelt rääkivad patsiendid – neist väga rahul oli 67% ja rahulolematud 5%. Vene keelt rääkivate patsientide hulgas olid nimetatud teabega väga rahul 56% ja rahulolematud 9% küsitletutest.

Rahulolu patsiendi vajaduste ja soovide mõistmise ning patsiendi vajadustele reageerimisega oli üsna kõrge – ligikaudu kolm neljandikku vastanutest olid väga rahul murede ja soovide mõistmisega nii arstide kui ka õdede poolt, samuti abi kättesaadavusega, kui selleks oli vajadus.

Vähem oldi rahul võimalusega olla soov korral omaette palatis või eraldatud teistest patsientidest (vt joonis 3). Võrreldes teiste patsientidega olid privaatsuse võimalusega oluliselt vähem rahul kõrgema haridusega vastanud – nende hulgas oli rahulolematute osatähtsus 25%.

Nõrgad, kuid statistiliselt olulised seosed ilmnesid küsitletute vanuse ning patsiendi vajaduste ja soovide mõistmise ning patsiendi vajadustele reageerimisega rahulolu vahel – vanemaerialised patsiendid olid rohkem rahul. Nimetatud asjaoludega rahulolu ei seostunud vastajate staatuse ega sooga.

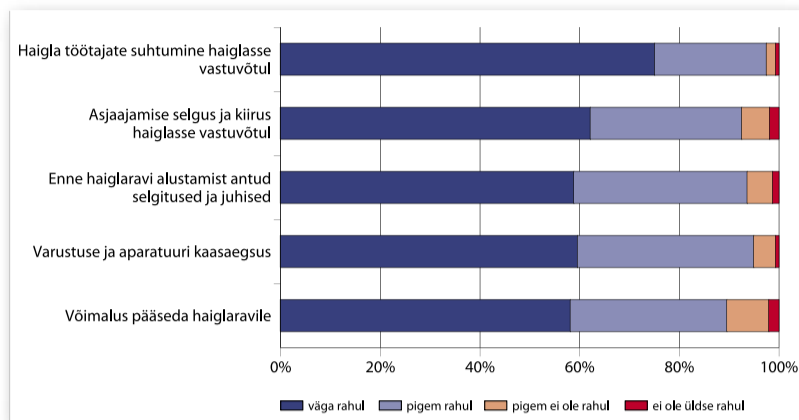
Võrreldes eesti- ja venekeelsetes ankeetides esitatud hinnanguid ilmes, et vene keelt rääkivad patsiendid olid mõnevõrra vähem rahul vaevuste leevendamisega – nende hulgas oli väga rahul olevaid patsiente 59% ning rahulolematute osatähtsus oli 4%. Eesti keelt rääkivate patsientide hulgas oli väga rahulolevaid 70% ning rahulolematuid 2%.

Väga kõrgelt hindasid küsitletud **arstide ja õdede usaldusväärust ja oskusi** – ligikaudu neli viiendikku vastanutest olid meedikute oskustega väga rahul. Kõrgelt hinnati ka **üldist suhtumist ning meditsiinitöötajate viisakust**. Mõnevõrra vähem oldi küsitletud rahul **neile pühendatud aja piisavusega** (vt joonis 4).

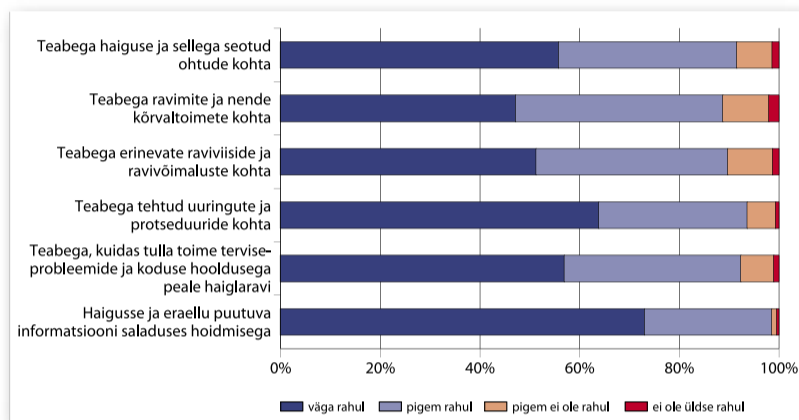
Rahulolu personali suhtumise ja professionaalsusega ei seostunud vastajate hariduse, staatuse, soo ega keelega. Nii nagu eelnevalt kirjeldatud asjaolude puhul, seostus rahulolu vanusega – vanemaerialised patsiendid olid rohkem rahul.

Tagasihoidlikult hinnati **haigla-keskkonnaga seotud asjaolusid**. Ootuspäraselt oldi kõige vähem rahul haiglatoiduga (vt joonis 5). Haigla-keskkonnaga seostuvate asjaolude hinnangutes ilmesid ka kõige suuremad erinevused küsitletute rühmade hinnangute võrdlemisel. Rohkem oldi nii haigla toidu, ruumide hubasuse ja puhtusega ning WC ja pesemisruumide puhtusega rahul pensionärid, mehed, madalama haridustasemega inimesed ning vene keelt rääkivad küsitletud.

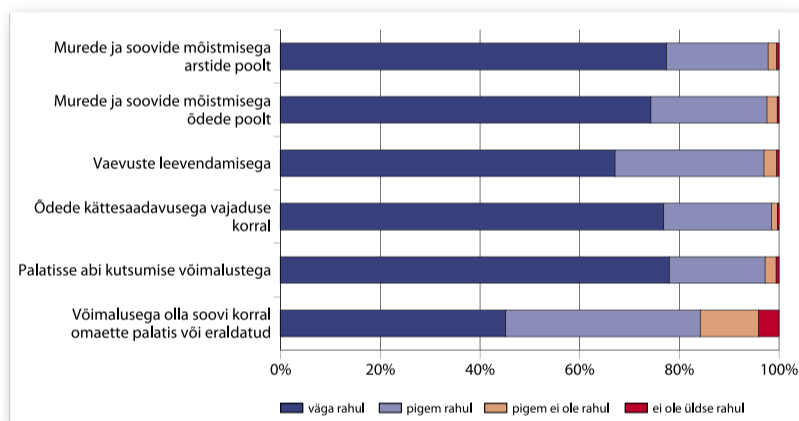
Marina Kaarna
kvaliteediteenistuse juhataja



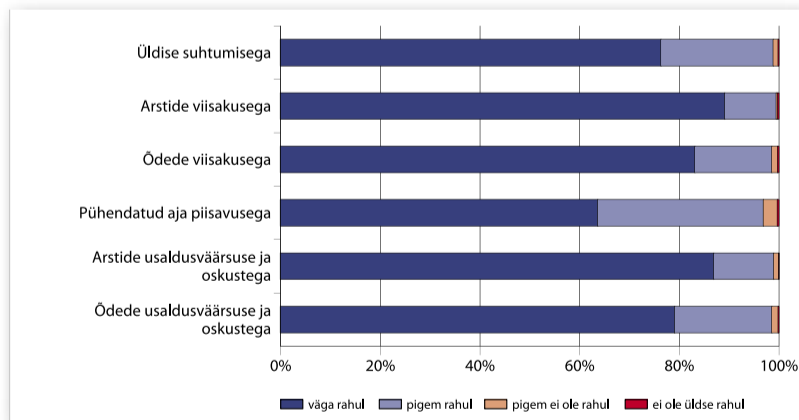
Joonis 1. Rahulolu haiglasse saabumisega seotud asjaoludega.



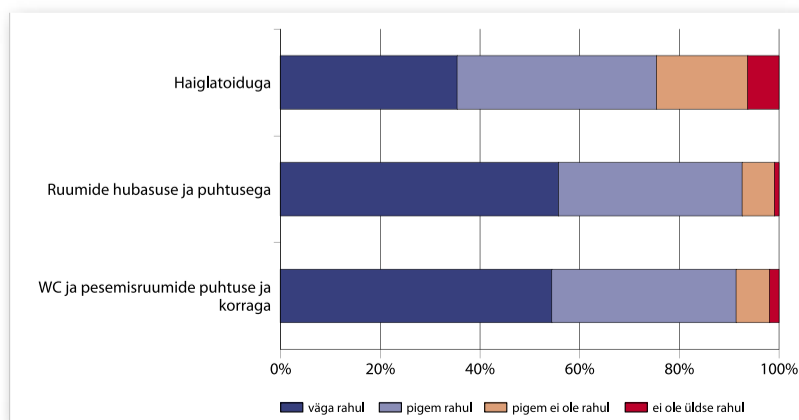
Joonis 2. Rahulolu patsiendile antud teabe ja patsiendiga seotud info saladuses hoidmisega.



Joonis 3. Rahulolu patsiendi vajadustele reageerimisega.



Joonis 4. Rahulolu personali suhtumise ja professionaalsusega.



Joonis 5. Rahulolu haiglateskkonnaga.

Kardioloogia sammub jõudsalt

Kardioloogiakeskus on paaril viimase aastal jõudsasti edasi arenenud, seda näitavad numbrid ja kinnitavad ka töötajad. Kõige rohkem peaksid rahul olema siiski patsiendid.

Kardioloogiakeskuse juhataja, kardioloog-ülemarst Margus Viigimaa võtab ette värsked aastaaruanded, aga alustab natuke üldisemast: „Meil on I, II ja III kardioloogia osakond, aga põhimõtteliselt teevad kõik sama tööd, haigete kontingent on sama, haigused samad – südame isheemiatõbi, infarkt, vererõhuhaigused, südamepuudulikkus, rütmihäired –, kõik osakonnad tegelevad kõigi kardioloogiliste haigetega, neile pannakse stimulaatoreid, sondeeritakse jne. Seega numeratsioon on puhtalt haldusjaotuslik.“

Kardioloogiaosakondi on kolm, sest kokku 90 voodikohta, 30-kohaline osakond on optimaalse suurusega ja kõige paremini juhitav-hallatav. Praegu asub kaks kardioloogiaosakonda neljandal, üks teisel korrusel.

Tormiline areng

„Viimase aasta jooksul on kardioloogiakeskuses toimunud tohutu areng,“ sõnab Viigimaa, „juba 2005 toimus edasiminekuks, 2006 oli lausa tormiline.“ Pabereid appi võttes sõnab ülemarst, et haigekassa lepingu maht suurenes viimasel aastal ligi 40%. „Lepingu täitsime 99,99%-l, mida võib vist lugeda lausa ideaalseks,“ on dr Viigimaa rahul. Ravivoodite hulk on tõusnud 20%. Osakondadele lisaks on 12 voodikohta kardiointensiivis.

Tublisti on edenenud invasiivkardioloogia. „Südamelihase infarkti ööpäevane invasiivkardioloogiline teenistus on meil väga hästi käima läinud ja funktsioneerinud. Koronaar-angiaoplastikaid – mis on kõige nüü-



Dr Margus Viigimaa demonstreerib uut telemeetrilist jälgimise süsteemi.

disaegsem raviviis ja sageli elupäästev protseduur –, st öösiti ja nädalavahetustel tehtud väljakutsevalveid oli möödunud aastal 143,“ lausub dr Viigimaa. See näitaja on isegi suurem kui Tartu Ülikooli Kliinikumil, aga meie haigla teenindab ka tihedama elanikkonna tihedusega regiooni.

„Tohutult on arenenud rütmihäirete teenistus, näiteks aastaga oleme implanteerinud 575 stimulaatorit – selle näitajaga oleme Põhjamaadega samal tasemel,“ on dr Viigimaa arenguga rahul, „sellega täidame hästi meie missiooni ongi olla Põhja-Eesti juhtiv kardioloogiakeskus.“

Viimase kahe aastaga on hüppeliselt tõusnud uuringute koguarv, seda on võimaldanud eeskätt uue ja moderne diagnostika- ning raviaparatuuri hankimine.

Dr Viigimaa on seda meelt, et praegustes tingimustes on kardioloogiakeskus võimeline ära tegema kogu selle töö, mis vaja teha on, st haiged, keda diagnoositakse, saavad ka ravi-

tud. „Meil on ka tohtreid puudu, kuigi aasta jooksul on lisandunud viis arsti. Töömaht on suurenenud muidugi tunduvalt rohkem.“

Oma naba ei imetle

„Arengu üks põhjusi on see, et oleme saanud juurde väga palju väga head aparatuuri,“ sõnab Viigimaa. Teine oluline moment on see, et III kardioloogiaosakond on nüüd täiesti kardioloogiliste haigete päralt ja sinna lisandus kaks arsti. II ja III osakonnas on uus telemeetriline süsteem. „Järjest on suurenenud haigete arv, keda saame aktiivsel monitori jälgimisel hoida, nüüd on neid kardioloogiakeskuses kokku juba kolmkümmend kaheksa,“ selgitab dr Viigimaa.

Tänu sellele, et Haigekassa on taganud korraliku lepingumahu, on südamearstid saanud intensiivselt töötada. „Meil on patsientide arv tõusnud 20,“ teab doktor Viigimaa. Seoses suurenenud haigete hulgaga on saanud teha ka rohkem plaanilist tööd.

Kardioloogiakeskuse personal:

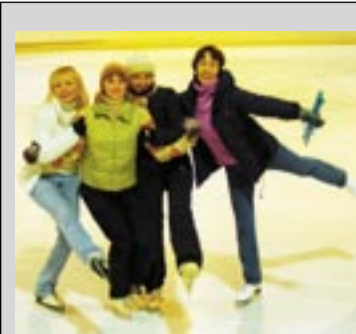
Arste - 30
Õdesid - 104
Hooldajaid - 58

„Kui artikkel liiga positiivse tooniga on, siis tekib mulje, et inimesed imetlevad oma naba. Aga tegelikult see pole nii, objektiivsed näitajad, kasvuprotsendid on reaalsus. Näiteks letaalsus on kardioloogias vähenenud 3,8 pealt 3,4 peale (-11%), esimese ööpäeva letaalsus 2,0 pealt 1,4 peale (-30%). Agressiivne tegutsemine aitab palju kaasa,“ põhjendab ülemarst.

Koolitusprogramm

PERHil kui õpetaval haiglal on tihe koostöö Tallinna Tehnikaülikooli Tehnomeedikumiga, koostööd on alustatud ka Tallinna Ülikooliga. Traditsiooniliselt osaleme Tartu Ülikooli artstieaduse residentide õppes. „Meil on välja töötatud ägeda südamelihase infarkti koolitusprogramm, oleme käinud seda tutvustamas Põhja-Eesti piirkonna erinevates haiglates – et kuidas nemad saaksid paremini suunata ägeda infarktiga haigeid meile,“ tutvustab ülemarst. Kursus kestab nädala, arst tuleb siia haiglasse ja näeb kõiki protseduurile suunatavaid haigeid ning viibib diagnostilistel ja raviprotseduuridel. Iga päev on pühendatud erinevale teemale. Viigimaa: „See peaks aitama kaasa ravikvaliteedi tõstmisele Eestis tervikuna. Meil on huvitav töö, tippasemel kolleegid, hea aparatuur, põnevad haiged – see motiveerib inimesi meie haiglas töötama,“ usub kardioloogiakeskuse juhataja.

Aime Taevere



Kardioloogiakeskuse talvepidu Jeti jäähallis, jaanuar 2007.

Õed tervitavad uuendusi

Mina olen oma osakonnaga väga rahul, ei kujuta ettegi, et töötaksin kusagil mujal. Tulin pärast kooli siia ja olen siia ka jäänud. Mulle meeldib meie kollektiiv, meeldib mu töö... Osakonnas töötades on iga päev midagi uut, iga päev on isemoodi – sellel on oma võlu!

III kardioloogias töötan 2002. aastast, märtsis saab viis täis, viimased neli aastat olen vastutav õde. Praegu on meil suhteliselt noor kollektiiv, enamik õdesid on 25-30-aastased. Nad on hästi aktiivsed, käivad suure entusiasmi ja koolitustel ja on huvitatud kõigest uuendustest, näiteks kas või uus telemeetriline süsteem – see on lihtsustanud meie tööd. Kui on rütmihäire probleeme, saame panna patsiendile telemeetrilise külge, varem käisime pulssi katsumas või pandi Holter monitooring peale, aga tegelikult me ise olukorda täpselt siiski ei näinud.

Telemeetriaga näeme EKG pilti reaalselt ja seda on võimalik vajaduse korral „kerida“ ka tagasi. Praegu on võimalik jälgida nelja patsienti, aga sellest on suur abi. Kusjuures oluline on veel see, et patsiendi jälgimiseks ei ole vaja kogu aeg monitooringe ees istuda, vaid aparaat annab südametegevuse kõrvalekalde puhul koheselt helisignaali märku.

Ja uued voodid saime, 14 uut voodit! Need on tehniliselt suurepärase lahendusega, elektroonilise puldiga saab voodi eri osi – peatsit, keskosa, jalutsit tõsta või langetada, kuidas vaja. Õdedel on pult, aga ka patsiendil on eraldi pult, pea kohal, millega ta saab oma voodi asendit säätida.

Südamehaiged on erilised, nemad tunnetavad kohe, kui sa oled närviline või ebakindel. Kui muretsed üleliia ja närveerid, siis on kindel, et juhtub midagi soovimatut. Oleme positiivsed ja rahulikud.

Me oleme õnnelikud, et meil on väga head tohtrid! Nendega on rõõm koos töötada, hästi kohusetundlikud ja mõistvad. Patsiendid on ka väga rahul, ma ei ole ühelgi patsiendilt kuulnud mingeid kaebusi või nurinuid. Tohtrid on hästi konkreetsed ja sõbralikud, hääletõstmist pole mina veel kuulnud.

Puudu on hooldajaid ja õdesid, kaks on just dekreeti minemas – mis on ju ka tegelikult tore! Meil ongi viimaste aastatega hästi palju lapsi sündinud, naljatasime siin omavahel, et toome õdede posti juurde maneeži, kuhu kõik titad ära mahuksid – siis oleks lasteaiakohtade probleem ka ühtlasi lahendatud...

Jevgenia Senikova
III kardioloogia osakonna vastutav õde



Funktsionaaldiagnostika: teenindame kogu maja

Meil on patsiente nii sisehaiguste, kirurgia, onkoloogia kui ka neuroloogia osakondadest. Funktsionaaldiagnostika on selline osakond, mis kuulub küll kardioloogiakeskuse alla, aga teenindame tervet haiglat.

Lisaks sellele käivad meil ka ambulatoorsed haiged, kes on saadetud kardioloogi konsultatsioonile.

Tehnika ja tehnoloogia on kiiresti arenenud kogu maailmas, samuti ka meie majas – vahepeal ei olnud siin kardioloogia esirinnas... Nüüd seoses sellega, et siin on uued juhid, dr Viigimaa, ja sisehaiguste kliiniku juht on vahetunud, on kardioloogia saanud tagasi oma positsiooni, mis tal Mustamäe Haiglas kunagi oli.

Funktsionaaldiagnostika on selleks, et õigel ajal õiged haiged üles leida, keda ravitakse nii hästi kui võimalik ja kui ravimitest enam ei piisa, siis jätkavad ravi kirurgid. Siin käib meeskonnatöö, kollektiivne töö.

Kõikide uuringute hulk osakonnas on tõusnud viimase aastaga 25–30%, mõnedel uuringutel rohkemgi, söögitoru-kaudne ehk ehkardiograafia, mis on täpsem ultraheli meetod, on suurenenud 64%.

Lisandusid mõned uued kolleegid ja vahetasime välja vanemat aparatuuri ning ostisime juurde uut. Näi-



Portatiivne ehkardiograaf.

teks uusi, kõige kaasaegsemaid EKG ööpäevase jälgimise registraatoreid on meie osakonnas nüüd kaheksa. Selles mõttes on meil oluline kvaliteetne töös, kõrval on kohe rütmihäirete kabinet, kus uuringutulemuste alusel tehakse raviotsuseid – kas patsient vajab kardiosimulaatorit või on võimalik ja vajalik eriprotseduuriga e ablatatsiooniga sekkuda. Meie asi meeskonnatöös on haigel esinev probleemi täpsustada, st leida muutused, mis organismis esinevad, aidata diagnoosimisel.

Meil on nüüdisaegne kolme-dimensionaalne ehkardiograaf, samuti portatiivne ehkardiograaf, eelmisel aastal muretsed, sülearvuti suurune aparaat, ligi miljon krooni maksev seade, mis on väga hea pildi kvaliteediga ja mida saab väga mobiilselt liigutada. Selle võib arst ka kotti panna, õlale võtta ja haige juurde minna, kas või kiirabiga raske haige juurde sõita. Aparaat on kompaktne ja saame kiirelt ning mugavalt praktiliselt sama informatsiooni, mis suurema ja kallima ehkardiograafia.

Funktsionaaldiagnostika uuringute dünaamika

	2005	2006	muutus
Koormustest	1408	1541	+9,5%
Holter monitooring	1460	2039	+39,7%
RR-monitooring	1006	1262	+25,4%
Ehkardiograafia	4186	5244	+25,3%
Söögitoru-kaudne ehho	125	205	+64%

graaf, eelmisel aastal muretsed, sülearvuti suurune aparaat, ligi miljon krooni maksev seade, mis on väga hea pildi kvaliteediga ja mida saab väga mobiilselt liigutada. Selle võib arst ka kotti panna, õlale võtta ja haige juurde minna, kas või kiirabiga raske haige juurde sõita. Aparaat on kompaktne ja saame kiirelt ning mugavalt praktiliselt sama informatsiooni, mis suurema ja kallima ehkardiograafia.

Kuna aparatuur on uuem ja parem, saame me ka palju täpsemad tulemused ja neid on parem töödelda ning salvestada. Eriti ehkardiograafia tööjaamades on väga palju lisandunud võimalusi, pilte saab korduvalt vaadata, vajadusel kaasa anda, konsulteerida jne. Samuti säilitame me tsentraalselt kogu uuringu käigus kogutud pildimaterjali. Meie töö muutunud intensiivsemaks ja täpsemaks just tänu meditsiintehnoloogia

arengule ja selle rakendamisele osakonnas. Näiteks kui me teeme patsiendile koormustesti, siis salvestame kõik protokollid haigla arvutivõrku, nii et iga arst, kellele on antud vastav õigus, omab vajadusel juurdepääsu nendele andmetele.

Viimase 2 aasta jooksul oleme suure enamiku aparatuurist välja vahetanud. Lisaks on väga oluline ka personali väljaõpe ja motivatsioon ning võimalus teha oma tööd kvaliteetselt. Osakonna õed ja arstid teevad oma tööd tõsise pühendumuse ja vastutusega. Investeeritud on palju eesmärgiga parandada töö, st diagnostika ja ravi kvaliteeti.

Meelis Vainu
Kardioloog-ülemarst



Õnnitleme!

Vabariigi President Toomas Hendrik Ilves andis Estonia kontserdisaalis pidulikult tseremoonial "Eesti tänab" üle riiklikud teenetemärgid.

Teiste hulgas said teenetemärgid viis Regionaalhaigla töötajat:

- Valgetähe IV klass (pildil) - arst-pastor Jüri Raudsepp
- Eesti Punase Risti III klass - dr Matti Tarum
- Eesti Punase Risti III klass - professor Margus Viigmaa
- Eesti Punase Risti IV klass - dr Jüri Männik
- Eesti Punase Risti V klass - õde Jelena Aasloo



Tõnis Allik ja Rein Raud.

Koostöö Tallinna Ülikooliga

30. jaanuaril allkirjastasid Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja Tallinna Ülikooli raamlepingu, mille eesmärgiks on teadus- ja arendusala koostöö.

„On raske leida organisatsiooni, mille hetkeolukord ja püüdlused oleksid innovatsiooniga rohkem seotud kui haigla. Seetõttu on väga loomulik, et ülikool ja haigla näevad teineteises koostööpartnereid,“ ütles haigla juhatuse esimees Tõnis Allik allkirjastamisel.

Tallinna Ülikool ning Regionaalhaigla plaanivad lepingu raames läbi viia uuringuid ning terviseedendusprojekte. Ülikool hakkab koolitama ka haigla vajalikke mitteremeditsiinilise kõrgharidusega spetsialiste ning pakub Regionaalhaigla töötajatele täiendkoolitust. Regionaalhaigla omalt poolt aitab kaasa bakalaureuse-, magistri- ja doktoriõppe üliõpilaste uurimistöõde ja erialapraktika korraldamisele.



Kantselei leiaste uuest ruumist!

Jaanuari lõpus oli kantselei kiire aeg, sest koliti uude ruumi. Kantselei leiaste nüüd ruumist B122, asukohaga endise garderoobi taga. Kantselei telefoninumbriid jäid samaks.

KUUKIRI

Toimetus:

Aime Taevere, e-post: aime@editor.ee
tel: 501 6338

Inga Lill, e-post: inga.lill@regionaalhaigla.ee
tel: 617 2247

Väljaandja: OÜ Editor Grupp
Trükiarv: 1500

Priit Melnik on roninud mägedes kõikidel kontinentidel, v.a Aafrika. Kõrgeim võetud punkt on Pamiiris - 6900 meetrit.



Antarktika - lummas vaikus ja valus valgus



Onkoloogiakeskuse kirurg dr Priit Melnik on alpinismi harrastanud 17 aastat. Tänavu jaanuaris käis ta koos viie kaaslasega Antarktika kõrgeimat mäetippu, 4892 meetri kõrgust Mount Vinsonit vallutamas.

Miks Antarktika?

Mõtted ja unistused olid juba ammu seal. Kui pakuti aga võimalust sinna minna, ei suutnud ma muidugi ära öelda.

Antarktika on väga-väga eriline! Niimetaksin seda isegi jääkõrbeks, aastane sademete hulk on väga väike. Nii on seal ikka rohkem jää, kohati isegi 4-5 kilomeetri paksune, ja lumi. Jaanuaris on seal suvi, polaarpäev, päike ei looju. Suvi on novembrist jaanuarini, sellel ajal saab ka mägedes ronida, muul ajal ei saa – liiga külmaks läheb, hiigeltormid... Seal on hästi kuiv, miinus 15-20 ei tundunud üldse külma.

Millal alpinism Teie ellu tuli?

Esimest korda käisin mägedes ülikooli viimasel kursusel. Aktiivselt olen mägedes käinud 16-17 aastat, praktiliselt iga suvi, mõni aasta ehk on vahele jäänud. Esimene kord sai käidud ja kohe hakkas meeldima.

Miks mägedesse minnakse?

Vastus on väga lihtne – meeldib! Sellele polegi adekvaatset vastust, mõnele meeldib baaris käia või õlut juua... Eemalseisjale võib tunduda, et reisimine ja ronimine on vaevanõudev või ebamugav, aga see pole sugugi nii! Uued kohad, huvitavad paigad... See võlub.

Kuidas Antarktikasse pääseb?

Meie Alar Sikuga olime kaks kuud ära. Enne Antarktikat ronisime Argentinas Lõuna-Ameerika kõrgemat tippu Aconcaguat. Nii sõitsime meie Argentinast Tšiilisse, kus saime teistega kokku.

Antarktika-reisi raskeim osa ongi sinna ja tagasi saamine, see on ülikeeruline. Vastava logistikaga tegeleb maailmas üksainus kommertsfirma, Antarctic Logistics Expeditions. Et ronida Vinsonile, on ainuke võimalus sõita Tšiili lõunatipust, Punta Arenasest transpordilennukiga põhi-



13. jaanuaril kell 16.16 kohaliku aja järgi vallutasid esimesed eestlased Antarktika kõrgeima mäetipu, 4892-meetrise Mount Vinsoni. Tippu jõudsid Jane ja Tarmo Riga, Alar Sikk, Toomas Sumeri ja Priit Melnik. Grupi kuues liige Kalev Järvelill sai eredast päikesevalgusest silmapõletiku ja pidi tipu vallutusest loobuma umbes 4000 meetri kõrgusel.

baasi – meie läksime Vene IL-72-ga, sõit Antarktikasse kestab üle nelja tunni – ja siis veel väikelennukiga tunni jagu edasi, baaslaagrisse.

Lend ei läinud viperusteta, nagu kuulda on olnud?

Teoreetiliselt oli võimalik, et me ei jõuagi Antarktikasse, hakkasime seda juba vaikselt kartma... Suvi saab otsa, veebruariks peavad kõik Antarktikast tagasi olema.

Seal on ülikarmid tingimused, eriti tuule koha pealt, et millal üldse tohib lennuk maanduda – ja selle tõttu me Tšiilis toppama jäimegi. 10 päeva ootasime, linnast ei saanud ka ära minna – ei tea ju, millal sõiduluba antakse.

Iga kolme-nelja tunni tagant anti uus võimalik väljasõidu kellaaeg... see oli reisi kõige raskem osa. Oli uskumatult tugev tormituul, mis lõhkus ära ka meie lennuki saba. Selle parandamine võttis aega kolm päeva – siis saime natuke pikemalt vaba aega. Tegime väljasõidu Torres de Paine loodusparki, mis on üks Lõuna-Ameerika suursugusemaid.

7. jaanuaril saime teele asuda – hommikul vaatasime ringi veel suvesoojas Tšiilis, roheluses, ja ühtäkki olime tuhandete kilomeetrite kaugusel täis talves!

Mis jääb Antarktikast meelde kõige eredamalt, elu lõpuni?

Kõige emotsionaalsem oli maandumine – lennuväli on puhas jää! Täiesti kiilasjää, raskusi on püsti püsimisega. Kilomeetreid jagu jääd su all ja kõikjal ümberringi... Väga võimas! Meeletult ere valgus! Kui lennukist välja astud, siis on tunne, nagu oleksid mingil hoopis teisel, võõral planeedil – tohutu, ääretu avarus, lumeväljad ja mäed...

Päike oli kõrgemal kui siin praegu päeval. Valgus on valus! Öeldakse, et seal on hõredam osoonikiht, seepärast ka on päike kõrvetavam.

Vaikus. Sellist vaikust pole ma iial tundnud – absoluutne, totaalne vaikus. Kui just tormi ei ole. Ma usun, et ka kunstlikult ei saa sellist vaikust tekitada. Nagu mõnes teises dimensioonis!

Antarktika muudab ka psüühikat – ühtäkki tajud, et siin sa oled, väike sitikas, ja sul pole mitte kuhugi pääsu!...Ääretu puhtus, sinetavad jääväljad...

Mount Vinson on ikkagi ekstreemne mägi?

Vinson ei ole oma ohtlikkusest ega tehnilisest küljest väga raske mägi. Tegelikult on ju kõik kõrgemad mäed tipus jäised-lumised, järskude tõusu-

dega, nii et selles mõttes oli see üsna tavapärane ronimine tavapärase varustusega – kõis, kirka ja „kassid“ põhiliste abivahenditena. Paar ohtlikumat kohta oli, näiteks üks 45-kraadine nõlv. Tipu hari läheb ka järsuks, 45-50 kraadi, õhukese jää ja lume kattega, kuhu pole võimalik lumevaia sisse lüüa. Seepärast otsustas giid, et tipp võetakse ilma kõieta – kui siduda inimeste vahele kõis, siis tõmbab üks kukkudes teised endaga kaasa. Vahepeal tuli ronida väga kitsal ribal – ühel pool püstloodis kalju, mitusada meetrit kuristikku, teisel pool samuti all kaljunukid, aga lennata alla on oi-oi kui palju... ja see võib lõppeda halvasti.

Kas arstiametist on ronimisel ka kasu olnud?

On ikka, pisiprobleeme tekib alati, aga on ka tõsisemaid olnud, näiteks kukkumishaavad, mägihaigus jne. Eelmisel aastal käisime Pakistanis ronimas. Ükskord õhtul, kui šerpad said teada, et meil on arst rühmas, siis tekkis momentaalselt järjekord... ja peaaegu kogu meditsiinivarustus, mis meil kaasas oli, kulus ära, praktiliselt söödi ära! Valuvaigistid, antibiootikumid jne.

Kas ronimas käite puhkuse ajast?

Jah, seda küll! Mitte et ma Eesti suve ei naudiks, aga Argentinas ja Antarktikas oligi praegu suvi ja ainult suvel seal märke minna saabki, muul ajal on liiga külm.

Mägironimine on seltskondlik ettevõtmine, tundmatu inimesega mägedesse ei minda, ikka peab olema keegi, kes tunneb uustulnukat. Sa pead teadma teise inimese võimeid ja oskusi, pead teda usaldama. Kui midagi juhtub, siis tead, et ta suudab sind julgustada. Selle grupiga oleme juba mitu korda ronimas käinud.

Teine reegel on, et mägedes ei jäeta mitte kedagi mitte kunagi üksi, ikka vähemalt kahekesi.

Mis tunne tipus oli? Ja pärast?

Õnnelik tunne. Väga hea meel, et sai käidud... Fantastiline!

Aime Taevere