

Lk 2

**Värske
meditsiinidoktor
Kristo Kask**



Lk 3

**X-korpuse
tehnosüsteemid**



Lk 4

**12- või 24-tunnised
valved?**



k u u k i r i Regionaalhaigla

Oktoober 2009 • Nr 8 (79)

Radioimmunokemoteraapia ehk lümfoomide uutest arenenud ravivõimalustest Regionaalhaiglas

Maliigne lümfoom on üks kõige sagedasemaid haigusi hematoloogias. Euroopas diagnoositakse igal aastal üle 51 000 uue lümfoomi juhtumi, esinemissagedusega 9/100 000 uut juhtu naistel ja 14/100 000 uut juhtu meestel aastas, keskmises vanuses 65 a.

Lümfoomid jaotatakse kahte suurde gruppi: Hodgkini lümfoomid ja mitte-Hodgkini lümfoomid. Mitte-Hodgkini lümfoome võib veel jagada B-rakulisteks, T-rakulisteks ja NK (*natural killer*)-rakulisteks. Kliiniliselt jagunevad mitte-Hodgkini lümfoomid indolentseteks ehk madal-maliigseteks ja agressiivseteks ehk kõrg-maliigseteks.

Esimeseks efektiivseks ravimeetodiks oli kiiritusravi. Keemiaravi ajajärk lümfoomide ravis algas 1950. aastatel, esimesteks ravimiteks olid glükokortikosteroidid ning alküleerivad ained nagu nitrogen mustard ja kloorambutsiil. Alates 1970. aastate lõpust kujunes ligi 30 aastaks keemiaravi nn kuldseks standardiks CHOP raviskeem, mis koosneb tsüklofosfamiidist, doksorubiinist, vinkristiinist ja prednisoloonist.

Pöordeline murrang B-rakuliste mitte-Hodgkini lümfoomide ravis saabus Rituximabi (Mabthera, anti-CD20) lisamisega standard CHOP raviskeemi alates 1990. aastate teisest poolest. Sellist kombineeritud ravi, R-CHOP, hakati nimetama immunokemoteraapiaks. See ravi on suunatud spetsiifiliselt CD20 antigeeni omavate rakkude vastu. Sellist ravi nimetatakse ka sihtmärkraviks ehk suunatud raviks (ingl k *targeted therapy*). Immuunkemoteraapia tulemused on sedavõrd head, et R-CHOP ravist on saanud uus kuldne standard maliigsete B-rakuliste mitte-Hodgkini lümfoomide ravis.

Aastakümneid on teada, et lümfootsüüdid ja ka maliigsed lümfootsüüdid on erilisel tundlikud ioniseeriva kiirguse suhtes ning seetõttu on kiiritusravi olnud ajalooliselt oluline roll lümfoomide ravis. Paraku on lümfoom enamasti kogu lümfiüsteemi haarav ja dissemineeritud levikuga haigus ning kogu organismi ei ole võimalik kiiritada vajalikus ravidosis, ilma et hävineks organism ise. Seetõttu saab kiiritusravi rakendada ainult lokaalse levikuga lümfoomi korral, mis on aga sellisel juhul potentsiaalselt kuratiivne. Efektiverem on nn sihtmärk-kiiritusravi, mille korral kiiritatakse ainult spetsiifiliselt maliigseid lümfootsüüte üle kogu organismi.

Uuringuid selles suunas hakati tegema vastava tehnoloogia arenemisel alates 1990. aastate keskpaigast. Euroopas on sihtmärk-kiiritusravi preparaadiks Zevalin — radioaktiivse ütrium-90-ga märgistatud ibritumomabtiuksetaan. Ibritumomab on hiina hamstri rakuliinist saadud CD20 vastane monoklonaalne antikeha. Isotoop [⁹⁰Y] on puhas β-emitter, osakeste keskmise teepikkusega 5 mm. See võimaldab hävitada nii sihtmärkiks olevaid rakke kui ka vahetus naabruses olevaid rakke, kuhu tavaline anti-CD20 ei pääse ligi. Et tegemist on kiiritusraviga, siis on seatud Zevalin-ravile väga ranged nõuded. Zevalin'iga on lubatud töötada ja seda manustada ainult radionukliidide käsitsemiseks nõuetekohase loa ja kvalifikatsiooniga erioõppe läbinud interdistsiplinaarsel meeskonnal selleks ette nähtud kliinilistes tingimustes. Kuivõrd Zevalin on puhas β-emitter, siis kiirgus ei levi väljapoole nahka ja patsienti ei ole vaja spetsiaalselt isoleerida. Positiivne ja oluline on, et ravi on võimalik läbi viia ambulatoorselt.

Üks olulisemaid uuringuid Zevalin-raviga avaldati 2008. aastal (ingl k *FIT-trial*). See uuring näitas, et Zevalin-raviga on võimalik 77% osalises remissionis olevaid follikulaarse lümfoomi haigeid viia täisremissiooni. Kliiniliselt tähendab see, et ainult ühe radioimmunokemoteraapia kuuriga, mis kestab vaid 2 päeva, on võimalik follikulaarse lümfoomi patsiente viia täisremissiooni, parandades nende elukvaliteeti ja pakkudes võrreldes seniste ravivõimalustega kõige pikemat keemiaravist vaba elu. Viimastel aastatel on radioimmunokemoteraapia uuringud suunatud difusse suurkõrge B-rakulise mitte-Hodgkini lümfoomi patsientidele.

Teise uurimissuuna eesmärgiks on autoloogse vereloome tüvirakkude siirdamise tulemuste parandamine, lisades Zevalin'i standard BEAM (karmustiin, etoposiid, ara-C ehk tsütosaar, melfalaan) skeemile, rakendades nn Z-BEAM ravi enne transplantatsiooni. Pratsusmaa GELA uurimisgrupp on näidanud, et Z-BEAM on ohutu ja hästi talutav, 77% retsidiiveruva madal-maliigse CD20+ mitte-Hodgkini lümfoomiga patsientidest saavutas haiguse täisremissiooni. Sarnased tulemused on publitseerinud Itaalia uurimisgrupp, kus hinnati Z-BEAM efektiivsust 53 mitte-Hodgkini lümfoomi haigel, kellel eelneva immunokemoteraapiaga ei saavutatud haiguse täisremissiooni.



Radioimmunravi.

Ravi Z-BEAM'iga koos järgneva autoloogse tüvirakkude siirdamisega andis positiivse ravivastuse 86%-l haigetest, kusjuures 74% haigetest saavutas täisremissiooni.

Meie kogemus

Viimasel neljal aastal on Regionaalhaiglas oluliselt arendatud ja kasutusele võetud nüüdisaegseid ravimeetodeid lümfoomihaigete ravis. Alates 2006. aastast on võimalik teostada meie haiglas autoloogset tüvirakkude siirdamist.

Esimene radioimmunokemoteraapia protseduur viidi läbi Regionaalhaiglas — ja ka Eestis — 28. veebruaril 2008. aastal 49-a mehel follikulaarse lümfoomi 2. retsidiiviga. Üheainsa Zevalin-kuuriga saavutati haiguse täisremissioon, mis püsib tänaseni. Teine Zevalin-ravi teostati 27. veebruaril 2009, 53-a naisel, follikulaarse lümfoomiga. Zevalin-ravi järgselt on haigus täisremissioonis.

Viimane patsient, kellel on olnud võimalik teostada ravi kõige modernsemate meetoditega, on 46-aastane mees, kellel diagnoositi juulis 2008 agressiivne mitte-Hodgkini lümfoom, mis oli progresseerunud madal-maliigsest lümfoomist. Esimese ravivalikuna teostati ravi R-CHOP skeemi järgi, millega saavutati haiguse täisremissioon.

Käesoleva aasta mais diagnoositi haiguse varane retsidiiv ning intensiivistatud immunokemoteraapia raviga saavutati osaline remissioon. Seetõttu jätkati 18. septembril 2009 ravi Zevalin'iga, millele järgnes 26. septembril keemiaravi BEAM skeemi järgi ning 2. oktoobril teostati autoloogne perifeerse vere tüvirakkude siirdamine. **See on esimene kord Eestis, kus radioimmunokemoteraapiat — Z-BEAM ravi on kasutatud autoloogse vereloome tüvirakkude siirdamisel.** Vahetu siirdamisjärgne periood möödus tüsistusteta ja patsient lahkus koju 17. siirdamisjärgsel päeval. Seda ajaloolist raviprotseduuri valmistasid ette ja teostasid dr Sergei Nazarenko, dr Regina Rooneem, dr Tatjana Tratš, dr Katrin Palk, dr Meeli Glükmann, dr Ilse Rinne, laborispetsialistid Aili Lilleorg, Anni Hallikma, õed Svetlana Soosaar, Elle Järv, Viktoria Vahter, Anneli Riisik, insenerid Andres Kaalep ja Eirik Lepp. Suur tänu kõigile!

Dr Edward Laane
Hematoloogia
osakonna
juhataja-ülemarst



Regionaalhaigla psühhiaatrikliiniku sügisakonverents

Konverents toimub neljapäeval, 26. novembril 2009. a psühhiaatrikliiniku klubis (Paldiski mnt 52, Tallinn)

Konverentsi programm:

- 13.00–13.10** Avasõnad. **Kaire Adamsoo**, Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatrikliiniku juhataja
- 13.10–14.00** Haavatav isiksus: kas musta sapi piisad ajus? Prof **Jaanus Harro**, Tartu Ülikool
- 14.00–14.45** Lapsepõlv, mida pole vaja unustada. **Piret Visnapuu**, Eesti Psühhiaanalüütilise Lasteteraapia Selts
- 14.45–15.15** Kohvipaus
- 15.15–16.00** Teraapia ja muutus. **Endel Talvik**, Eesti Psühhiaanalüütiline Selts
- 16.00–16.45** Uued suunad psühhoterapias – mentalisatsioon, metakognitsioon ja remediatsioon. **Erika Saluveer, Katrin Küünarpuu**, Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatrikliinik
- 16.45–17.00** Raamat "Isiksus kasvamine psühhiaanalüüsis". **Andres Adams**, Eesti Psühhiaanalüütiline Selts
- 17.00–17.10** Konverentsi lõpetamine

Et kohtade arv on piiratud, palume osavõttust **teatada hiljemalt 17. novembriks** Marika Donaldile aadressil marika.donald@regionaalhaigla.ee või telefonil 617 2600.

e-Donor käivitatus



Verekeskus muudab doonoriks olemise veelgi mugavamaks – uue arendusena on kasutusele võetud doonorite andmebaas e-Donor.

e-Donor on Interneti-keskkond, mis on mõeldud doonoritele ja võimaldab doonoril pärast kolmandat vereloovutust vaadata verekeskuse kodulehelt andmeid oma vereloovutuste ja analüüside kohta ning korrigeerida kontaktandmeid. Lisatud on ka soovitusel tervise ja toitumise osas, kui hemoglobiini tase on väljaspool normväärtust.

Kohapeal vereloovutusele kuluvat aega lühendab ja privaatsust lisab see, et e-Donoris saab doonor täita küsimustiku oma tervisliku seisundi ja eluviiside kohta juba enne vereloovutuse tulekut. Doonor saab talle sobival ajal ja kohas täita küsimustiku elektrooniliselt ning tulla verd annetama 7 (afereesiprotseduuril 5) kalendripäeva jooksul – see on küsimustiku andmete kehtivuse aeg. Tähtsajal mõeldumisel andmed tühistatakse ja küsimustik tuleb uuesti täita.

e-Donori kasutamiseks on vajalik ID-kaart, selle lugeja ja vastava tarkvara olemasolu arvutis ning teada tuleb oma doonorikoodi.

Bänner e-Donorisse sisenemiseks asub verekeskuse kodulehel www.verekeskus.ee.

Lähenevad koolitused Regionaalhaiglas

- 2.-3.11.** Patsiendi hooldamise põhikursus. Hind 2000 kr
- 3.11.** Toimetulek tööstressiga ja läbipõlemine. Hind 1100 kr
- 3.11.** Arvuti algõpe. Hind 600 kr
- 4.11.** Telefoniteenindus. Hind 1100 kr
- 4.11.** Tööohutus juhtidele *
- 4.11.** Veebipõhiste küsitluste koostamine. Hind 800 kr
- 4.11.** Intensiivravi haigete raskustaseme määramine, erinevate organsüsteemide skoorimine, TISS skoor (TISS punktide lugemine ja raviarvele sisestamine)*
- 5.11.** Erakorralised seisundid. Hind 1100 kr
- 5.-6.11.** MS Word jätkukoolitus. Hind 1100 kr
- 5.11.** Õendusprotsess ja dokumenteerimine*
- 6.11.** Tuberkuloosi täiendkoolitus hooldajatele. Hind 600 kr
- 6.11.** Uroloogiline koolitus. Hind 800 kr
- 9.11.** Interneti baaskoolitus (vene keeles). Hind 600 kr
- 9.-10.11.** Kiirabi öde-brigaadijuhid koolituse V moodul. Hind 2000 kr
- 10.11.** Infoallikad meditsiinis ja tervishoius, nende kasutamine ja juuredpääsuvõimalused *
- 11.-13.11.** Anesteesia-intensiivraviõdede tööalase koolituse II moodul. Kardiovaskulaarsüsteem. Hind 2800 kr
- 12.11.** Inhalaatorite ja nebulisaatorite kasutamine. Spirograafiauringu praktiline teostus ja PEF-meeter. Hind 600 kr
- 12.11.** Uue hooldaja päev*
- 12.-13.11.** MS Excel jätkukoolitus. Hind 1100 kr
- 13.11.** Vereülekandevaline koolitus ja sertifitseerimine (vene keeles)*
- 16.11.** MS Outlook, vene keeles*
- 16.-18.11.** Hooldustöötajate koolitusprogrammi IV moodul*
- 16. ja 18.11.** "Ravimite kliinilised uuringud, nende läbiviimise printsiibid ja head kliinilised tavad (GCP)" 2000 kr
- 17.11.** Laboriuuringute tulemuste tõlgendamise koolitus. Hind 800 kr
- 18.11.** Erakorralise meditsiini taaselustamise koolitus. Hind 1100 kr
- 18.11.** Ergonoomika. Hind 1100 kr
- 19.-20.11.** MS Excel algkoolitus (vene keeles). Hind 1100 kr
- 20.11.** Kliinilise onkoloogia IV moodul. Hind 1100 kr
- 23.11.** MS Office algkoolitus. Hind 800 kr
- 23.-27.11.** Intensiivriavialane täiendkoolitus üldõdedele. Hind 3900 kr
- 24.-25.11.** OpenOffice Writer – tekstitööluse algkursus. Hind 900 kr
- 25.-27.11.** Taaselustamine edasijõudnutele (ALS). Hind 2800 kr
- 26.-27.11.** MS Word algkoolitus (vene keeles). Hind 1100 kr
- 30.11.** EKG interpreteerimine edasijõudnutele. Hind 1100 kr
- 30.11.** Veebipõhiste küsitluste koostamine. Hind 800 kr
- 1.12.** Hügieenijuhendi koolitus hooldajatele*
- 1.-2.12.** MS PowerPoint. Hind 1100 kr
- 2.12.** Hügieenijuhendi koolitus röntgeni- ja funktsionaaldiagnostika personalile*
- 2.12.** Taaselustamine arstidele. Hind 600 kr
- 3.-4.12.** EKG alused ja esmane interpreteerimine. Südame rütmihäired. Hind 2000 kr
- 3.-4.12.** MS Excel jätkukoolitus (vene keeles). Hind 1100 kr
- 4.12.** Tuberkuloosikoolitus (vene keeles). Hind 1100 kr
- 4.12.** Vereülekandevaline koolitus ja sertifitseerimine*
- 7.-8.12.** EKG interpreteerimine erakorralises situatsioonis. Hind 2000 kr
- 7.-8.12.** MS Word algkoolitus. Hind 1100 kr
- 7.-9.12.** Hooldustöötajate koolitusprogrammi V moodul*
- 7. ja 9.11.** "Ravimite kliinilised uuringud, nende läbiviimise printsiibid ja head kliinilised tavad (GCP)" 2000 kr
- 9.12.** Haavakoolitus. Hind 1100 kr
- 9.-10.12.** MS Word jätkukoolitus (vene keeles). Hind 1100 kr
- 11.12.** Laparoskopiline kirurgia. Hind 800 kr
- 11.12.** Arvuti algõpe. Hind 600 kr
- 15.12.** Ergonoomika instruktore koolitus*
- 15.12.** Interneti baaskoolitus. Hind 600 kr
- 16.12.** Erakorralise meditsiini taaselustamise koolitus. Hind 1100 kr
- 16.-17.12.** MS Excel algkoolitus. Hind 1100 kr

* ainult Regionaalhaigla töötajatele
Regionaalhaigla töötajate koolituskulud katab tööandja!
Täpsem info: www.regionaalhaigla.ee,
koolitus@regionaalhaigla.ee või tel 617 1541.

Doktorikraad kaitstud!

8. mail kaitse Lübecki Ülikoolis kirurgikliiniku ortopeediakeskuse ortopeed dr Kristo Kask meditsiiniteaduste doktori kraadi teemal „Inimese õlaliigese rotaatorintervalli lateraalset osa moodustavad anatoomilised struktuurid“. Kuukiri palus värskel doktoril tutvustada oma tööd.

„Viimaste aastakümnete jooksul on õlaliigese diagnostikas ja ravis toimunud hulgaliselt muutusi. Tänapäeval on võimalik ravida enamikku õlaliigese kirurgilist ravi nõudvaid haigusi artroskoopiliselt, tänu endoskoopia arengule on ka diagnostika muutunud detailsemaks. Samuti MRT ja KT koos artrograafiaga on parandanud pilt-diagnostika võimalusi.

Uued kliinilised leiud ja vajadused õlaliigese kirurgias on kaasa aidanud ka õlaliigese normaalanatoomilise kirjelduse täpsustumisele. Vaatamata uutele andmetele on siiski õlaliigese morfoloogiat kirjeldava materjali kõrvutamisel kliinilises kirjanduses leidvate andmetega palju vasturääkivusi. Enim tuntud on küsimus glenohumeraalsidemete tunnustamisest kindlapiiriliste anatoomiliste struktuuridena või mitte. Kliinilises praktikas tunnustatakse neid kui stabiilseid anatoomilisi struktuure, mille vigastusi diagnoositakse ja ravitakse. Vastukaaluks aga anatoomias kirjeldatakse neid kui ebastabiilseid kapsli paksendeid glenohumeraalliigese kapsli eesosas.

Hiljuti on kirjeldatud ka õlaliigese kapsli ülemises-välises osas paiknevat struktuuri ja nimetatud „rotaatorkaabliks (rotator cable)“, mida on anatoomia-alases kirjanduses nimetatud ka *Ligamentum semicirculare humeri*. See kapsulaarne struktuur kulgeb kaarjalt harjaülese lihase ja harjaaluse lihase kõõluse all, risti kõõluse kiudude suunaga.

Taolised arengud on põhjustanud ka senitundmatute patoloogiate kirjelduste tekke ja varem tuntud kahjustuste täpsema kirjelduse. Tänu artroskoopiale on kirjeldatud nn SLAP (*superior labrum anteroposterior*) vigastust ja

õlavarre kakspealihase pika pea kõõluse stabiliseeriva lingu vigastust, mida võib teisiti nimetada ka rotaatorintervalli lateraalse osa vigastuseks.

Doktoritöö eesmärgiks oli täpsustada ja kirjeldada detailselt üht keerulisema ehitusega regiooni õlaliigese — rotaatorintervalli lateraalset osa — ja uurida seal asetsevat struktuuri lisaks anatoomilisele preparatsioonile ka kasutades magnetuuringuid ja artroskoopiat.

Uuring viidi läbi õlaliigese preparaadidel, millest kaksteist olid pärit fikseeritud laipmaterjalilt ja neliteist olid fikseerimata. Uuringu põhiliseks meetodiks oli anatoomiline preparatsioon koos histoloogilise uuringuga, MRT ja artroskoopilised uuringud. Erinevatel meetoditel saadud tulemusi omavahel võrreldes jõuti tulemusteni.

Rotaatorintervalli lateraalne osa koosneb kahes sidemelisest struktuurist — *Ligamenta glenohumerale superius* (LGHS) ja *semicirculare humeri* (LSCH).

Anatoomiaõpikutes ja -atlases kirjeldatakse LGHS-i kui ebastabiilset kapslipaksendit eesmises õlaliigese kapslis. Sellele vastukaaluks radioloogial- ja ortopeedia-alases kirjanduses on LGHS-i käsitletud kui stabiilset sidemelist struktuuri. Antud uuringu põhjal võib väita, et LGHS on alati jälgitav struktuur, millel on otseselt ja poolpõiki kulgevad kiud koos kindlate kinnituskohadega. Otseselt kulgevad kiud algavad ülemiselt labrumilt (koos õlavarre kakspealihase pika pea kõõlusega). Poolpõiki kulgevad kiud algavad koos *Ligamentum glenohumerale medius* ega *Tuberculum supraglenoidale* lt. Juhtudel kui *Ligamentum glenohumerale medius* puudus, algasid poolpõiki kulgevad kiud koos direktsete kiududega ülemiselt labrumilt. Otseselt kulgevate kiudude kinnituskohaks on *Tuberculum minus* ja *Sulcus intertubercularis* e põhi, lisaks osa neist kiududest moodustavad *Ligamentum transversum humeri* ülaosa. Poolpõiki kulgevad LGHS-i kiud jooksevad üle *Tendo capitis longi m. bicipitis brachii* liigesesise osa ja

sulanduvad *Ligamentum coracohumerale* all *Ligamentum semicirculare humeri* sse.

Toetudes anatoomilisele vaatlusele ja arvestades eelnevalt avaldatud kliinilisi uuringuid, on võimalik järeldada, et LGHS on oluline struktuur õlavarre kakspealihase pika pea kõõlust fikseeriva lingu moodustamisel ja on haaratud SLAP vigastuste puhul.

Kliinilistes artiklites on kirjeldatud nn „rotaatorkaablit“, mida on nimetatud ka *Ligamentum semicirculare humeri* ks (LSCH). See on vähetuntud sidemeline struktuur ülemis-välises õlaliigese kapslis. Esimene kirjeldus „rotaatorkaablist“ pärineb ortopeedidelt artroskoopilistelt operatsioonidelt, kes kirjeldasid seda kui sidet. Hiljem anatoomilised uuringud fikseeritud preparaadidel kinnitasid rotaatorkaabli olemasolu ja kirjeldasid seda kui uut sidet õlaliigese ülemises kapslis. Kuid antud uuringud ei andnud detailselt kirjeldust ega seotust LGHS-iga rotaatorintervalli lateraalses osas.

Uuringut alustades oli avaldatud ainult üks MRT-pilt LSCH-st. Uuringu eesmärgiks oli kirjeldada detailselt LSCH-d fikseerimata õlaliigese preparaadidel ja identifitseerida see magnetuuringutel ning artroskoopial.

Kuuel juhul seitsmest preparaadist, mida oli võimalik uurida MRT-ga, sai kogu sidet või mõned osad sellest identifitseerida MRT ülevõtetel. Artroskoopiline uuring viidi läbi üheksal preparaadil ja kõikidel juhtudel oli LSCH-d võimalik liigesesisele identifitseerida. Anatoomilisel preparatsioonil saadud tulemused korreleerusid eelnevate uuringutega, mis on tehtud fikseeritud õlaliigese preparaadidel ja samuti ühtsised tulemused magnetuuringute ja artroskoopilise kirjeldusega.

Ligamentum semicirculare humeri algab kahest kohast: *Tuberculum minus* e ülemiselt fassetilt ja eesmis-ülemiselt *Tuberculum majus* e fassetilt, vahetult *Sulcus intertubercularis* e kõrvalt. LSCH moodustab kaare *M. supraspianus* e ja *M. infraspiantus* e kõõluste all, kulgedes eest-taha risti



Dr med Kristo Kask

antud kõõluste pikitelgedega. LSCH kinnituskohad on *Tuberculum majus* e tagumisel fassetil *M. infraspiantus* ja *M. teres minor* i kõõluste vahelisel alal.

Lisaks oli võimalus hinnata õlaliigese preparaate, millel esinesid rotaatormaneti lihaste kõõluste degeneratiivsed muutused ja analüüsida LSCH võimalikku osatähtsust antud vigastuse tekkel ja mõju kujule ning suurusel. Tuginedes vaid anatoomilisele vaatlusele, võib oletada, et LSCH-st tingituna on *M. supraspiantus* e kõõluse degeneratiivne rebend Y-kujuline ja suurus sõltub LSCH-le rakenduvast jõust, mis on pärit *M. supraspiantus* e lt ja *M. infraspiantus* e lt.

Rotaatorintervalli lateraalne osa on moodustatud LGHS-e ja LSCH-i poolt. Antud piirkonnas jooksevad nad teineteise suhtes risti, aga ei põimu omavahel. Nad moodustavad „katuse“ *Sulcus intertubercularis* e kohal ning on tihedas kontaktis *M. subscapularis* e ülemise serva, *M. supraspiantus* e eesmise servaga ja *Ligamentum transversum humeri* ga. Antud struktuurid moodustavad kompleksi, mis fikseerib ja stabiliseerib õlavarre kakspealihase pika pea kõõluse *Sulcus intertubercularis* e sse ja katab tema liigesesise külge.“

Uuendatud Koolituse kord

Alates 1. juulist 2009 kehtib Regionaalhaigla kõikides struktuuriüksustes uuendatud Koolituse kord. Koolituse korra töötas välja koolitustalitus koos kliinikujuhatajate, ülemõdede ning heade kolleegidega kliiniliselt ja mittekliiniliselt poolt.

Korra eesmärgiks on reguleerida koolitustegevust Regionaalhaiglas, võttes arvesse vajadusi ja erinevaid tasandeid.

Koolituse kord annab ülevaate sellest, mida Regionaalhaiglas koolitustegevuse all silmas peetakse ning seletab lahti mõistet, mida haiglas koolitusega seoses kasutame. Samuti on uude korda sisse kirjutatud kõik muudatused, mida oleme üheskoos koolitusvaldkonnas viimase paari aasta jooksul ellu viinud — elektrooniline koolitustalitus, koolitustalituse elektrooniline kinnitamine juhtide poolt, elektrooniline lähetusaruanne, süsteemne koolitusvajaduse väljaselgitamine üksustes.

Millised on olulisemad muudatused?

1. Koolitusvajaduse väljaselgitamine struktuuriüksustes toimub süsteemselt ning selleks on ette nähtud tähtsajad. Nii näiteks kirjeldatakse, kuidas toimub koolituskalendri kokkupanek koolitustalituse ja struktuuriüksuste vahelises koostöös ning millal see peab valmis olema.
2. Koolitustegevust hakkame planeerima vähemalt 1 kvartal ette. Kvartaalsetest koolitusplaanidest moodustub struktuuriüksuse aastane koolitusplaan, milles näidatakse töötajate osalemine nii välis- kui ka struktuuriüksuste sisekoolitustel. Selleks tuleb keskuste ja teenistuste juhtidel koostada järgmised plaanid:
 - Väliskoolituste plaan — selle koostamiseks tuleb juhtidel tagada, et kõik tema üksuse töötajad teeksid järgmise kvartali väliskoolituste taotlused edasimise kvartali viimasel nädalal.

Seejärel genereerib Virosoft automaatselt järgmise kvartali koolitusplaan keskuste, teenistustele, osakondadele, talitustele ja kogu haiglale. Plaanist näevad juhid täpselt, kus ja millal keegi koolitusel osaleb.

- Struktuuriüksuse sisekoolituse projektide plaan — selle koostamiseks tuleb juhtidel tagada, et Koolitustalituse keskuse kaudu oleks sisestatud eelmise kvartali viimasel nädalal kõik järgmise kvartali sisekoolituse projektid (sisekoolitused). Seejärel genereerib Virosoft automaatselt järgmise kvartali koolitusplaan keskuste, teenistustele jne.

NB! Kvartaalne koolitusplaanide koostamine kohustus rakedub 2010. a jaanuarist, enne seda teeb koolitustalitus eraldi kasutajakoolituse.

3. Kirjeldatakse haigla koolituseelarve kujunemise põhimõtteid — kuidas kujuneb kliiniku eelarve, õen-

dus- ja hoolduspersonalil eelarve ning teenistuste eelarve.

4. Kirjeldatakse haigla sisekoolitustele registreerumist ja registreerumise tühistamist.
5. Tuuakse välja põhimõtted, mida peaks silmas pidama enne, kui koolitustalitus tehakse või kui koolitustalitus juhi poolt kinnitatakse.
6. Eraldi käsitletakse lähetustele või väliskoolitustele registreerumist, registreerumise tühistamist ning sellega seonduvat aruandlust.

Suur tänu kõikidele kolleegidele kaasa mõtlemast ja soovime kannatust uuenduste rakendamisel.



Kuldar Kiho
Koolitustalituse juhataja

X-korpuse tehniline kliinik

Mida lähemale X-korpuse valmimine jõuab, seda põnevamaid paiku juurde tekib. Seekord tutvustame lugejale haigla kõige suuremat, n-õ tehnilist kliinikut – see paikneb põranda all, lae peal, tunnelikäikudes, „tehnilises tornis“ ja ka lausa katusel. Kuukirja toimetajatele teeb ekskursiooni X-korpuse projektijuht Ivo Milli.

Haigla koridorides jalutades või ootessaalis istudes, aga ka kabinetides, protseduuride ruumides ning operatsioonitubades viibides inimene tavaliselt ei mõtle sellele, kuidas täpselt kogu haigla „masinavärk“ töötab ja kuidas see üles ehitatud on. Ja üldjuhul ei mõtle selle peale ka arstid ega muu meditsiinipersonal — ega vist peagi! Tähtis on, et kõik toimiks. X-korpuse tehniline osa, mis paikneb maa all ja maa peal, võtab enda alla umbes 15% kogu maja pinnast ning 35% kogu maja ruumalast. See on just see osa haiglast, mis tavaolukorras välja ei paista — ent mis teeb võimalikuks kogu kalli raviteenuse osutamise. „Kui kõik on korras ja töötab, siis maja tehnilist osa näha pole, nähtavale ilmub see siis, kui pole vett või on hapnik otsas,“ näitlikustab projektijuht Ivo Milli.

Tehnilise kliiniku alla kuuluvad suured tehnosüsteemid oma allsüsteemidega: kütte, ventilatsioon ja jahutus, veevarustus ja kanalisatsioon, tugevvoolusüsteemid, nõrkvoolusüsteemid, kogu hooneautomaatika ja „muud“ lahendused (vt faktikasti).

Haigla uus osa võtab ilmet — toad ja koridorid, laed-seinad-põrandad on juba üsna seda nägu, nagu 3D-piltide pealt paistnud on. Ja... on ilus!

Alustame algusest. A nagu aatrium. Ivo Milli juhib meie tähelepanu aatriumi põrandakattele seinte läheduses — kivikesed jalge all, vahva nagu Toila rannas, aga mõnes kohas on „maha pudenenud“ sügislehed. Selgub, et nende erimärgistusega kohtade all on vajalikud kommunikatsioonid seks tarbeks, kui aatriumist tuleb kriisilukorras teha haiglapalat.

Elekter — see on imelihtne?! Ivo Milli avab ühe elektrikapi teise järel, haarates kimbust — nagu aidamees kunagi — ühe võtme teise järel. Ja neid elektrikappe-kilpe on igal korral päris-päris mitu, eri värvi ustega, numbrid ja sildid peal (nt IT tarbijad, mitte IT tarbijad, valgustus, turvalgustus jne) ja eri värvi juhtmetega — hallid, punased, rohelised, oranžid... kusjuures igal värvil on tähendus, st asjatundjal on hetkega selge, missuguses juhtmes milline vool jookseb ja millele toidet annab. Juhtmeid on vist küll sadat sorti, õige peenikestest alustades, jämedamate ja veel jämedamateni... lõpuks saab juhtmetest plaatjuhe, seda näeme ühes tunnel-

katakombis, kus juhtmevoolikud jooksevad mööda spetsiaalseid metallist riul-korruseid justkui mitme-setme-kihilise liikluskõlme.

Katakombid on keldrikorrusel, aga enne tõuseme trepist neljandale, nn tehnoloogiakorrusele. Vahepeal ronime turvalintide alt ja vahelt läbi, sest praegu „sinna“ teist teed ei ole. Trepivahe esimesed ja viimased astmed on EPO-kattega üle valatud. „Ärge siia sisse astuge,“ hoiatab projektijuht. Värske? „Jah, on küll värske,“ — ja Ivo Milli otsib paberit, millega sõrm puhtaks pühkida... Aga ülesronimine tasus ära, sest „seal“ on müstilne (nagu kaardid Tarkovski ulmefilmist) ja kaunis (nagu Lumekuninganna jääne kodu)... Paksudel hõbedastel torukubikutele on rohelised ja punased klepsud — sissepuhe, väljatõmme jms. „Ärge päid ära lööge,“ manitseb Ivo Milli, kui ekskursandid, „pead laiiali“ ja suud lahti, ümbrust uudistavad. „Jäälina“ kõrval on — nii kaugele, kui silm ulatub — kõiksugu torud-torukesed ja pütid, küljes tõmb- ja pöördkraanid, hoovad, kangid, nädikud, mõõturid, tuled, andurid. Täielik „tuumafüüsika“! Ivo Milli oskab rääkida kõigest, mida silm näeb ja toimetuse rahvas küsida mõistab. „Rootor-mootor-ventilaator“, igal masinavärgil on tähta oma väiksem või suurem roll... Kes need targad küll on, kes kõik taolised süsteemid ja alamsüsteemid välja on mõelnud ja valmis teinud?! Aga valmis need on. Varutoide, katkematu toide, akud, UPS-id... Ivo Milli: „Akuriulid said nii rasked, et pidime neile jalgade alla panema spetsiaalsed puhvrid — muidu oleksid vajunud põrandasse.“

Katusel käime vahepeal vaatamas, kust ja kuidas ventilaatorid välisõhku sisse tõmbavad. Milli: „X-korpusesse puhutakse 1 sekundis u 100 000 liitrit õhku, seda on vaja soojendada või jahutada ja puhastada.“ Ühtlasi näeme uudse konstruktsiooniga redelid, millega aatriumi kohal „sõita“, kui on vaja katusaknaid pesta.

Keerdtrapp viib tehnoloogiatornist alla keldrikorrusele. Siin näeme alles elu — nagu suure laeva mootoriruumis, mis tegelikult on haigla oma elektrigeneraator. Suur ja võimas. Neid on haiglal isegi kaks.

Viimaks jääb veel sissejuhatav loeng haigla veemajandusse. Ivo Milli: „Kõigepealt on veesisend, sellel on mehaaniline filter ees, mis asub siin kõrvalruumis, ja edasi toimub jaotus. Valdav osa läheb tarbevee peale — WC-d, kraanikausid, dušid, üldvesi, osa läheb sooja vee tootmise peale, ja ülejäänud vesi läheb veepuhastussõlme, siin ruumis just olemegi. Siin toimub esmalt keemiline ionovahetus, võetakse ära kaltsiumi, magneesiumi ja muud katlakivi tekitavad soolad.



Seda pehmendatud vett kasutatakse valdavalt kõikides pesuseadmetes, mis pesemise jaoks vett kuumutavad (seadmed instrumentide, raamide, siibrite jne pesemiseks). Edasi läheb vesi pöördosmoosiseadmetesse, seal pumbatakse esmalt veerõhk üles ja surutakse vesi läbi hästi peeneteraliste membraanfiltrite. See on nn mehaaniline puhastus, aga selle tulemusena eraldatakse veest kõikvõimalik osis, kaasa arvatud juba ka bakterid. Need on niivõrd peeneteralised filtrid, et ka ülejäänud soolad võetakse siin veest välja. Sealt tuleva vee puhtust mõõdetakse konduktiivsusega, st tegelikult mõõdetakse vee elektrilist juhtivust:

mida rohkem soolasid on veest välja võetud, seda rohkem kaotab vesi elektrilist juhtivust. Esimene neist puhastusjaamadest on planeeritud välja andma vett konduktiivsusega 15–40 mikrosiimensit ($\mu S/cm$ kohta), see vesi oli planeeritud kesksterilisatsioon ja muude pesuseadmete viimasesse loputustsükklisse — selle veega pestes loputades ei teki instrumentidele enam vee kuivamisjärgi ega -täppe, sest vees pole soolasid. Ja järgmine etapp on põhimõtteliselt sama, aga seal on tehnoloogia veel keerulisemaks ja peenemaks aetud ja sealt välja tulev vesi peaks olema konduktiivsusega 1,6–2 μS , st see vesi võrdub bidestilaa-

tori tulemusega ehk see on niisugune vesi, mida kasutatakse apteekides näiteks ravimite valmistamise juures taara puhastamisel ja loputamisel. Seadme katsetustel oleme jõudnud 0,2 μS -ni, st peale H_2O ei jäänud midagi järele.“

Lõpetuseks peab ütleva, et kõik tehnoruumid ja -käigud paistavad silma puhtuse poolest, isegi need, kus töö veel käib ja spetsialistid-asjamehed toimetavad. Ivo Milli: „Nii puhas võib-olla pole kui operatsioonitoas, aga puhas on küll. Nagu haiglas olema peab!“

Aime Taevere

Fakte X-korpuse tehnilise kliiniku kohta

Ventilatsioonikanalid – 17 km
 Ventilatsioonigregaadid – 47 tk
 X-korpusesse puhutakse 1 sekundis u 100 000 l õhku
 Jahutus- ja kütetorustikud – 18 km
 Põrandakütetorustik – 10 km
 Jahutuse koguvõimsus – 2500 kW
 Nõrkvoolukaablid – 500 km
 Arvuti-telefonipesad – u 2500 tk
 Elektrijsamaga tule- ja suitsuklapid – 250 tk, tavalisi – 400 tk
 Valgustid – 7900 tk

Suured süsteemid oma allsüsteemidega:

Küte, ventilatsioon ja jahutus

Sissepuhke- ja väljatõmbeseadmed, laminaarõhu jaotajad, HEPA, suitsuärastussüsteem, jahutusseadmed (külmajamad, konditsioneerid, kondensaatorid, soojusvahetid, külmajaotajad), soojasõlm ja küttesüsteemid (kalorifeerid, põrandaküte, radiaatorküte, seinaküte, õhukardinad, puhvrid)

Veevarustus ja kanalisatsioon

Tarbeveesüsteem, tuletõrjevesesüsteem, tsentraalne veepuhastus, kanalisatsiooni ülepumpad, pesuaine doseerimissüsteem, dialüüsi veepuhastus, pesumasinaid (siibrite, endoskoopide, transporterite ja kärude, opiplaatide ja instrumentide jaoks)

Tugevvoolusüsteemid

Jaotlad, kilbid, valgustus, varutoitesüsteemid, katkematu toite süsteemid, induktsioontrafode süsteemid, vooluahelate takistuse ja isolatsioonikontrolli süsteemid

Nõrkvoolusüsteemid

Integreeritud valve-, läbipääsu ja autentimissüsteem, videovalve ja -jälgimine, helidussüsteem, tulekahju häiresüsteem, hädakutse (reanimatsioon), öekutse, TV, GPS keskkellasüsteem, andmesidevõrk, kõneseadmed, järjekorrasüsteem

Hooneautomaatika

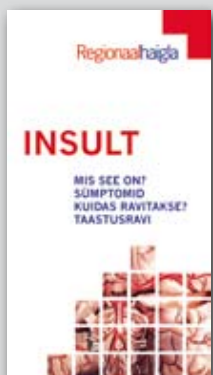
23 alamgruppi, 93 alamsüsteemi
 Häireprogrammid, sündmus-, aeg-, loendus- ja aruan-deprogrammid

Muud lahendused

Liftid, ravigaaside mahutid, kompressorikeskus, gaaskututussüsteemid, automaatselt avatavad ja juhitud ukSED, elektriliselt juhitud ribikardinad ja valguskuplid, hoolduslavad ja sillad, külmkambrid, kõõgitehnika, basseinitehnika

Uus infobrošüür „Insult“

Trükit on ilmunud uus patsiendile suunatud eesti- ning venekeelne infomaterjal „Insult“. Brošüüris antakse ülevaade insuldi tekkepõhjustest, sümptomitest ja ravist. Suure osa brošüürist moodustab insuldijärgse taastusravi teema, kus antud õpetused aitavad toime tulla igapäevaste tegevustega. Brošüür on illustreeritud rohkete õpetlike piltidega.



Noore vähiarsti toetuse pälvil Kadri Putnik



Vähiliit koostöös Roche Eestiga toetas taas kord noort arst-residenti 50 000-kroonise koolitusrahaga. Sel aastal osutus valituks PERH-i onkoloogiakeskuse arst-resident dr Kadri Putnik, kes saab tänu toetusele osaleda Texase Ülikooli mainekas M. D. Andersoni Vähikeskuses erialasel koolitusel. Stipendium anti üle 8. oktoobril toimunud Vähiliidu heategevuskontserdil.

„Vähiravi ja -diagnostika on pidevalt arenevad valdkonnad, mille parimaid praktikaid on võimalik omandada Ameerikas. U.S. News and World Report 2009. aasta aruandes on M. D. Andersoni Vähikliinik parim onkoloogia erialaga tegelev haigla USA-s,“ ütles toetuse pälvinud onkoloogia eriala arst-resident Kadri Putnik. „Nädal aega vältaval väljaõppel avaneb ühtlasi võimalus vahetada kogemusi kolleegidega mujalt maailmast ning sõlmida väärtuslike suhteid, ja mis peamine – tagasi tules õpitut eesti patsientide hüvanguks rakendada,“ lisas Kadri Putnik.

„Seekordse toetuse pälvinu on pühendunud ning valdkonda panustamisest huvitunud noor spetsialist,“ ütles Vähiliidu juhatuse esimees dr Vahur Valvere. „Ühtlasi on rõõm, et taas avaneb noorel inimesel võimalus tuua Eestisse uusimaid teadmisi vähiravist,“ lisas Valvere.

Võtja selgitamisel osalesid Tallinna ja Tartu vähikliinike juhtivad spetsialistid.



KUUKIRI

Toimetused:

Aime Taevere, aime@editor.ee, tel 501 6338
Inga Lill, inga.lill@regionaalhaigla.ee, tel 617 2247
Urve Pals, urve.pals@regionaalhaigla.ee, tel 617 2187

Väljaandja: OÜ Editor Grupp
Trükiarv: 1550

Vahetustega töö mõjust õdede töö kvaliteedile, vabale ajale ja tervisele

Õdede tööpäevad võivad olla väga erineva pikkusega. Paljude maade haiglates on kasutuses peamiselt 8- ja 12-tunnilised vahetused. Eesti haiglates tehakse üldjuhul 12-tunniseid vahetusi, kuid sageli soovivad õed tööaega pikendada 24 tunnini.

Õded eelistavad 24-tunniseid vahetusi majanduslikke asjaolusid silmas pidades — pikemad vahetused ja öötöö võimaldavad töötamist mitmel töökohal, andes seega võimaluse teenida lisaraha. Samuti pole harvad juhused, kus õed töötavad mitu päeva järjest, tehes pikki vahetusi, et saada pikemat töövaba aega. Eriti märgatav on see just suvekuudel. Selline tegevus võib aga seada ohtu nii patsientide turvalisuse, töötajate tervise kui ka tekitada probleeme töötaja pereelus.

Kuigi eeldatakse, et tervishoiutöötajad oma töös ei eksi, tuleb vigu siiski ette ning mõnede eksimuste tagajärjeks on patsiendil tõsine vigastus või isegi surm. Uurimused on näidanud, et pikk tööaeg mõjutab ebasoodsalt tervishoiutöötajate tegevust. On välja toodud, et harva suudetakse päevas kaheksa tundi järjest kõrget professionaalsust hoida. Vahetustega töötamine ning pikast tööajast tingitud väsimustunne töötajatel võivad mõjutada patsiendi ravi ja ohutust. Tähelepanu hajumisest tingituna tekivad ülesannete täitmisel ravimivead, mis võivad viia tõsiste ja eluohtlike tulemusteni. Töö kvaliteedi langus ja vea tegemise tõenäosus suurenes kolm korda, kui õed töötasid vahetustes, mis kestsid kauem kui 12 tundi.

On leitud, et pikk tööaeg mõjutab negatiivselt õdede pere- ja isiklikku elu. Pikk tööaeg võib kitsendada ajaliselt perekonnaliikmetega suhtlemist ja ülesannete jaotumist. Öötöö, öhtune töö ja töö ebaregulaarsetel kellaaegadel muudab vahetustega töötajate jaoks vanemakohustuste ja sotsiaalsete ülesannete täitmise keerulisemaks. Isegi kui vahetuste graafik on korraldatud vastavalt nõuetele, võivad töötajad leida, et neil on raskusi veeta aega oma laste ja abikaasaga, hoida majapidamist korras, kohtuda



sõpradega või tegelda hobidega, mis nõuavad regulaarset osalemist kindlal ajal nädalas. Töötamine pikkades vahetustes häirib tavaliselt perekonnaliikmetele vahelisi suhteid kõige enam. Pikk tööaeg võib põhjustada märkimisväärset pinget abielus ning on leitud, et vahetustega töötajate või vahetustega töö katkestanute hulgas on suurem lahutuste arv kui päevase töö tegijate hulgas.

Vahetustega töö ja haiguste vahelistes seostes tuuakse välja kolm suunda: ööpäevarütmi segipaikamine, probleemid sotsiaalses läbikäimises ja terviseriskide suurenemine. Paljud uurimused näitavad selget seost töötatud tundide ja tervise ning heaolu vahel. Ühe uurimuse kohaselt ilmnes töötajatel, kes tegid ületunde, rohkem haiguse sümptomeid võrreldes nendega, kes töötasid vähem. Nimetatud uurimuse autorid arvavad, et võib esineda seos töötatud tundide ja stressi sümptomite vahel: kui inimesed töötavad üle 48 tunni nädalas, siis on nad väga vastuvõtlikud terviseprobleemidele.

Magistritöö

Allakirjutanu lõpetas 2009. a kevadel Tallinna Ülikooli Organisatsioonikaitumise magistrantuuri. Lõputöö jaoks uurisin, kuidas mõjutab vahetustega

töö Anestesioloogiakliiniku õdede töö kvaliteeti, vaba aega ja tervist. Anestesioloogiakliiniku õded valvavad üldjuhul 12-tunnistes vahetustes. Uuring viidi läbi ajavahemikus 21.–30. aprill 2008. Laiali jagati 185 küsimustikku, tagasi saadi 146 (79%) ning need kõik sobisid analüüsimiseks.

Anestesioloogiakliiniku õdede seas läbi viidud uuringus väitsid vanemad töötajad, et nad teevad harvemini vigu ravimite manustamisel ja protseduuride läbiviimisel. Lühema staažiga ja nooremad õed eksivad sagedamini ravimeid manustades ja erinevaid protseduure tehes, samuti esineb just nooremate töötajate seas reageerimiskiiruse aeglustumist. Samuti leidsid nooremad õed, et valve võiks olla lühem kui 12 tundi, siis ei tunneks nad end vahetuse lõppedes nii väsinuna.

Uurimistulemustest ilmnes, et võimet oma töö- ja vaba aega tasakaalus hoida mõjutavad nii töökoormus kui ka tööstaaž. Töökoormuse tõustes ei suutnud õed nii edukalt oma tööd ja vaba aega tasakaalus hoida. Väiksema tööstaažiga nooremad õed tunnevad end sageli emotsionaalselt nii kurnatuna, et ei suuda töölt koju jõudnuna tegelda perekondlike asjadega. Seega võib järeldada, et väiksema tööstaažiga ja suurema töö-

koormusega õdedel on raskusi oma töö- ja vaba aega tasakaalus hoida.

Uurimusest selgus, et vahetustega ja öövalvetes töötajatel ei ilmne suuremaid probleeme terviseiga võrreldes päevase töö tegijatega. Samuti selgus, et vahetustes töötavatel õdedel on aega tegelda oma tervise eest hoolitsemisega. Seega võib järeldada, et vahetustega töö võimaldab planeerida oma töövälise aega ja töötajad saavad vabu päevi kasutada oma tervise eest hoolitsemiseks.

Nii kaua, kui eksisteerib vahetustega töö, on vaja optimaalset vahetuste süsteemi, mis aitaks kaasa, et töötajad oleks tööajal erksamad ning parema sooritus- ja keskendumisvõimega. Õded soovivad, et nende töö ja vaba aeg oleks tasakaalus ja püsiks hea tervis ning tahavad teha tööd, mis sobiks nende oskuste ja vajadustega. Tööandjatele on kasulik, kui töötajad on rahulolevad. See vähendab töölt puudumist ja töötajate lahkumist.

Magistritööga saate põhjalikumalt tutvuda Tallinna Ülikooli Raamatukogus.

MA Katre Zirel
Anestesioloogiakliiniku ülemõde



UUED KORRAD! Patsientide asjade hoiustamise kord

Erakorralise meditsiini osakonnas on kast, millesse on aja jooksul kogunenud märkimisväärne kogus dokumente ja väärisasju. Veel suuremal hulgal on majandusteenisuse hoiuruumides riideid. Kõik need kuuluvad meie haigla patsientidele.

Sarnases olukorras on ka teised osakonnad ning kuna patsientide asju omavoliliselt ära visata ei tohi, siis asjade hulk aina suurenes. Olukorra lahendamiseks leidsid ülemõded, õendusjuht, juristid ja kvaliteediteenistus, et vaja oleks korda, mis tagaks nii patsientide asjade säilimise ja jälgitavuse haiglas viibimise ajal kui ka nende hilisema käitlemise ja personali kaitse hilisemate nõuete vastu. Koostöös valmiski 1. septembrist kehtima hakanud Patsiendi asjade hoiustamise kord.

Et uue Korra kirjeldus on pikk, siis soovitan sellega iseseisvalt tutvuda ning toome siinkohal välja mõned olulisemad põhimõtted:

- soovitada patsiendile haiglaravile tules jätta ülemäärane raha ja väärtaasad koju;
- haigla võtab hoiule ainult hospitaliseeritavate patsientide asju;
- patsiendi riided võetakse hoiule patsientide ümberriietumise ruumis (nn plaaniliste haigete ümberriietumise ruum);
- patsiendi väärtaasad võetakse hoiule osakonnas;
- hoiule võtmise kohta koostatakse aktid, mille allkirjastavad nii hoiule võtja kui ka patsient;
- aktil tuleb täita kõik vajalikud väljad — iga täitmata väli raskendab hiljem tekkida võivate probleemide lahendamist;

- akti kollane leht antakse patsiendile, valge leht pannakse haigusloo vahele ja roosa leht pannakse asjade juurde;
- kui patsient asju allkirja vastu hoiule ei anna, siis vastutab ta nende eest ise;
- patsient saab oma asjad kätte osakonnast, kust ta välja kirjutatakse; asjad antakse patsiendile allkirja vastu;
- kui patsient viiakse üle teise struktuuriüksusesse/korpusesse/haiglasse, liiguvad asjad patsiendiga kaasa ehk iga liikumise kohta teevad patsiendi üleandja ja vastuvõtja märke ka asjade hoiustamise aktidele — nii liigub ka vastutus ühest üksusest/ asutusest teise;
- kui patsient unustab asjad osakonnas, siis teavitatakse sellest patsienti;
- hoiustamiskohtade (nn patsientide

garderoobide) telefoninumbri on intranetis Teenistuste jaotuse Majandusteenisuse alalõigus;

- patsientide asju säilitatakse 6 kuud alates patsiendi haiglast välja kirjutamisest;
- üle 6 kuu seisnud asjad kuuluvad sõltuvalt liigist hävitamisele, taaskasutamisele, müümisele jne. Dokumentid tagastatakse need välja andnud asutusele.

Patsiendi asjade hoiustamisega seotud küsimustele aitavad vastuseid leida ning probleeme lahendada korpuste majandushaldurid (riided) ja osakonnades vastutavad õed (väärtaasad).

Urve Jelle
Õigusteenisuse jurist
Ilona Reiljan
Kvaliteedisüsteemide talituse juhataja