

Leonhard Kukk: meie põlvkond on pidanud hakkama saamiseks olema väga loov

Põlvkond, kes pani aluse tänapäevasele uroloogiale Eestis, on pidanud olema väga loov ja oskab seetõttu saavutatut hinnata, rääkis presidendilt teenetemärgi saanud Põhja-Eesti Regionaalhaigla kirurgiakliiniku juht Leonhard Kukk Med24 toimetajale Madis Filippovile.

President otsustas Teile anda Eesti Punase Risti teenetemärgi. Mida selline tunnustus Teile tähendab?

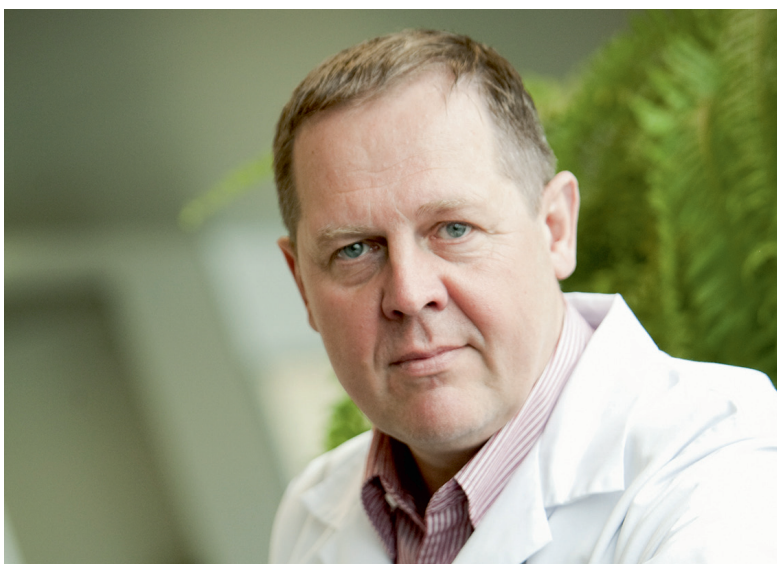
Loomulikult on selline tunnustus väga meeldiv. See tuli suure üllatusena ja algul ei saanudki hästi aru, miks just mind välja valiti. Aga kui seda natuke seedida, siis üks üht-teist on ju elus tehtud – eriala arendatud ja üldse Eesti meditsiini arengule pühendatud. Olles juhatanud Ida-Tallinna Keskhaigla ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla kirurgiakliinikuid kokku viimased 21 aastat, olen kindlasti mõjutanud kõigi kirurgiliste erialade käekäiku. Aastaid esindasin Eesti uroloogiat Euroopa uroloogianõukogus, mis võimaldas ühtlustada arusaamasid uroloogia vallas Euroopas ja luua sidemeid. Ka võimalusi Eestist ära minna on olnud. 1990ndatel mõtlesid sellele paljud minuealised. Arvan, et need, kes kohapeale jäid, on täna valdavalt rahul ja tänu neile on Eesti meditsiin arenenud selliseks, nagu ta nüüd on.

Mis on teid kinni hoidnud?

Omal ajal hoidsid kinni pere, sõbrad ja see, et sain siin 1990. aastate alguses hakata oma lemmikerialaga põhjalikult tegelema ja seda arendama. 1990ndate alguses oli palju võimalusi käia jätkukoolitustel Skandinaavia ja Kesk-Euroopa ülikoolihaiglates ning siin sai hakata seda kõike rakendama. Minu põlvkonna urooloogid panid põhja tänapäevasele uroloogiale Eestis, kogu ülemiste kusetee endoskoopilisele kirurgiale ning tänapäeva mõistetele ja kvaliteedinõuetele vastavale onkoloogilisele radikaal-rekonstruktiivkirurgiale.

Ehk siin oli võimalus ise süsteem ehitada, välismaal oleksite olnud lihtsalt väike mutter masinavärgis?

Jah. Ei tea, kuhu oleks seal töökoha saanud ja mis tasandile jäänud. Mõned tublid Eesti



Leonhard Kukk

tohtrid on teistes riikides end headele positsioonidele üles töötanud, kuid kaugeltki mitte kõik. Millegipärast on ühiskonnas jäänud mulje, et kõik head lähevad välismaale tööle – tegelikult ei vasta see tõe. Võin öelda, et enamik, kes siin töötab, on palju kõvemad tegijad, kui need, kes on ära läinud. Meil on nüüd ka kõik vajalikud tehnilised võimalused kasutusel. Mina ja minu põlvkonna tohtrid on näinud arengut, kust ja millistest tingimustest oleme tulnud. Oleme pidanud olema väga loovad, et siin üldse midagi teha, ja oskame seetõttu saavutatut võib-olla rohkem hinnata.

Mida tooksite ise välja, mille üle võite kõige uhkem olla?

Mitte mina üksi, vaid meie põlvkonna aktiivsed urooloogid juurutasid Eestis mitmeid uusi operatsioone, sh alumiste ja ülemiste kusetee endoskoopilise kirurgia. See tuli tänu tehnoloogia kättesaadavaks muutumisele. 1992. aastal käivitasin Eestis

renditud mobiilse aparatuuriga ülemiste kusetee kivide kehavälise kivi purustuse lööklainega (ESWL). Praegu on selline uue põlvkonna aparaat statsionaarseks kasutuseks regionaalhaiglas. Samal aastal tegin esimese radikaalse kusepõie-eemaldamise vähi tõttu koos uue põie rajamisega. Läbi aastate on regionaalhaigla uroloogia osakonnas tehtud selliseid suuremahulisi lõikusi Eestis kõige rohkem. Oleme siia kokku koondanud kõige suurema mahu onkouroloogiast. Oleme kasutusele võtnud uusi tehnoloogiaid, näiteks oleme alates 2009. aastast ainsana Baltikumis teinud krüoablatsiooni eesnäärme- ja neeruvähi puhul ning 2011. aastast eesnäärmevähi koesisest kiiritusravi (brahhüteraapiat). Olen alati püüdnud uute ravivõtete kasutuselevõtuga kaasas käia ja toetada oma kolleege nende meetodite kasutamisel.

Teete vastuvõtte ka Hiiumaa haiglas. Kui palju saate kohapeal patsiente aidata ja kui sageli tuleb nad ikkagi kutsuda Tallinnasse?

Seoses võrgustumisega teen Hiiumaal ambulatoorseid vastuvõtte kord kuus. Hiiumaa uroloogilised haiged, kes vajavad operatsiooni, muud uuringut või ravi, mida seal pole võimalik teha, saan saata regionaalhaiglasse. Tänu infotehnoloogia arengule on võimalus järjepidevust säilitada: Hiiumaal olles näha patsiendi andmeid, seda, mida Tallinnas tehtud, ja vastupidi ning registreerida ta uuringutele ja biopsiatele vm. Viimase viie aasta jooksul on aastas 50–60 hiidlast saanud meie haiglas uroloogilist ravi.

Nad said seda suuresti tänu võrgustumisele?

Jah, ravi ja diagnostika on muutunud neile kättesaadavamaks. See on väljakutse tulevikuks, et kui tahame tänapäevast kvaliteetset ravi võimaldada, siis igas väikeses maakonna haiglas pole see võimalik. Aparatuur on kallid ja noored spetsialistid, kes on residentuuri läbinud suurtes kõigi võimalustega keskustes, ei taha minna kuskile maakonda, kus nad ei saa neid võimalusi kasutada.

Selle asja korraldamist ei saa jätta ainult suurhaiglate mureks, aga pall on sotsiaalministeeriumi poolt meile löödud ja see tähendab, et suurhaigla peab leidma kesktee. See on mõtlemise koht, kui palju peab eriarstiabi kohapeal olema, palju läheb see maksma ja kui palju saab ära kasutada tele-

meditsiini võimalusi. Praegusel kujul arstiabi tagamiseks Hiiumaal on vaja viia rahastamine kulupõhiseks, sest teenusepõhise tasustamise mudeli puhul ei kata see tegelikke kulusid. Teenuste mahu vähendamise korral peab riik aga võimaldama eraldi meditsiinilise helikopteriteenuse, et oleks tagatud elupääste tegevus erakorralistel juhtudel.

Tahes-tahtmata peame praegu raiskama palju spetsialisti aega transpordi peale, kui saadame arstid maakonda valvesse või vastuvõtte tegema.

Sellest on räägitud, et võib-olla oleks mõistlikum hoopis patsiendid arsti juurde tuua. Mida teie arvate?

Praegu me arutame Hiiumaa haigla nõukogus neid asju. Meie tohtrid käivad ka Läänemaa haiglas ning sinna jõuab palju kiiremini kui Hiiumaale. Üks võimalus on teatud erialade ambulatoorsele vastuvõtule korjata Hiiumaa haiged kokku ja viia bussiga Läänemaa haiglasse. Eks see sõltub ka kohalike inimeste valmisolekust ja suhtumisest sellisesse mõttesse. Regionaalhaiglast käib praegu viis uroloogi erinevates maakondades vastuvõtte tegemas.

Kuidas arstid sellesse suhtuvad, et peavad minema maakonna haiglasse?

Algul ei taha eriti keegi minna, sest see on lisakoormus ja ebamugav, aga see on mõttega harjumise küsimus. Arstidele tuleb leida motivatsioonihoovald. See on ühest küljest n-ö turu haaramine, huvitavate patsientide leidmine. Noored kolleegid peavad arvestama, et regionaalhaiglasse tööle tulles peavad nad osa ajast töötama võrgustunud maakonna haiglas, kuid sellega avavad nad endale tulevikuks ukse.

Väga oluline on koostöö perearstidega. Meie majas hakati e-konsultatsiooni uroloogia erialal katsetama esimesena 2013. aastal. Esimesel aastal oli meil 73 e-visitit ja nüüd on see arv jäänud 400 piirimaile. Umbes neljandiku puhul piisab konsultatsioonist ja patsient ei pea meie juurde tulema. Ligi viis protsenti lükatakse tagasi, kuna pole piisavalt infot või on valesti suunatud. Ülejäänud puhul näeme ette lisauuringud ja anname vastuvõtuaja.

Kahjuks pole e-konsultatsioon perearstide seas piisavalt populaarne. Mõni neist ütleb, et seda on raske teha, aga see on kvaliteedi küsimus. Peab ju teadma, mille pärast patsiendi eriarsti juurde saadad. Praegu

jõuab meile veel palju patsiente, kes ei vajagi eriarsti konsultatsiooni.

2012. aastal koostatud uroloogia arengukavas on kirjas, et üheks olulisemaks probleemiks on nõrk teadustegevus. Milline on olukord teadustööga praegu?

See on probleem. Meil on väga head praktikud, kes teevad suurepäraselt tööd, aga teaduspool on nõrk. Uuel põlvkonnal on tekkinud rohkem huvi. Nii meie haigla kui ka Tartu Ülikooli Kliinikumi uroloogia osakond on Euroopa uroloogiaresidentuuri õppebaasid. Selleks peavad olema täidetud teatud tingimused, millele vastame, aga jah, baasteaduse tegemist pole meil olnud ja ravitöö analüüsil põhinevate retrospektiivsete ja prospektiivsete artiklite avaldamist pole kah palju. Siiani on kliinikumis uroloogias puudunud akadeemilise taustaga teadustöö juhendamine, pole olnud rahastamist ja senised IT-arendused pole toetanud andmekogude loomist, millel saab põhineda teadustegevus. Selles suunas me liigume ja püüame nii Tartu kui ka Skandinaavia ülikoolidega koostööd teha. Nüüd juhatab kliinikumi uroloogiaosakonda Turu Ülikoolist tulnud akadeemilise taustaga dr Andres Kotsar. Jää on hakanud liikuma.

Kui tehakse uus arengukava, siis mis peaks sinna kindlasti sisse minema?

Kindlasti see, kus ja mida tehakse, mis standard peab olema ning millised on nõuded kvaliteedikontrollile, et saaksime ausalt jälgida oma ravitulemusi ja võrrelda neid teiste raviasutustega. See on vajalik, et selgitada, kas üks või teine kõrvalekalle on välditav või mitte ning mida oma taktikas muuta. Kindlasti peaks sees olema tsentraliseerimine ja võrgustumine – see, kuidas tagada uroloogias samal tasemel ravi kättesaadavus kõigile eestlastele. Eriala arengukavaga peab käsikäes käima haiglavõrgu arengukavaga ja vähistrateegiaga.

Uroloogias on onkoloogiliste haigete osakaal väga suur. Samas ei vaja kõik eesnärvähahaiged aktiivset ravi. Diagnoosi paranemine võimaldab kindlaks teha, keda on vaja kindlasti ravida ja keda võib jätta aktiivsele jälgimisele. See on suur väljakutse kogu maailmas.

Arengukavas tuleks rohkem rõhku panna teadustegevusele. Olulisel kohal on seejuures andmekogud. Kui meil on kvaliteetsed

riiklikud andmekogud, siis saame nende materjalide põhjal tulevikus teadustööd teha. Siis saame aegteljel jälgida haiguse kulgu, ravitegevust ja võrrelda oma kaugtulemusi.

Kas oskate välja tuua mingisuguseid muudatusi tervishoiu rahastamises ja korralduses, mida peaks Teie arvates kindlasti ära tegema?

Juba tsentraliseerimisega saame kokku hoida. Väikestes maakonnahaiglates, mis on suurest keskusest tunnise sõidu kaugusel, ei peaks olema ööpäevaringset valvetegevust erakorraliste operatsioonide tegemiseks. Jah, valvearst peab majas olema, kes haigeid vaatab, peavad olema traumapunkti tasemel tervisekeskused, kus võib olla kiirabijaam kõrval, aga seal ei pea eriarste ööpäevaringselt olema.

Teatud patoloogiad, mis on rohkem esteetilise maiguga, võiksid haigekassa hinnakirjast välja jääda. Näiteks ei maksa haigekassa paljudes riikides kinni veenilaiendite ravi. Ka songasid on väga erinevaid. Siin on mõtlemise koht – kõike ei saa riik tagada.

Tänu telemeditsiinile, digiloole ning pildiarhiveerimise süsteemile paraneb info kättesaadavus. Me ei pea tegema korduvaid uuringuid. See hoiab samuti raha kokku.

Kui rahul olete seni uue haigekassa juhiga?

Aeg näitab. Asjad on muutunud natuke paindlikumaks. Näiteks tekkis võimalus liigutada raha ühelt realt teisele. Osal erialadel on väga suur erakorralisus, ühes tuleb haigeid rohkem, teises vähem. Meil aga ei lubatud jääki teise rea peale tõsta. Siis ületame lepingumahtu, aga tegelikult teisel real jääb raha järele. Nüüd lubatakse haigekassaga kooskõlastades raha ambulatoorsest päevaravisse või statsionaarsesse ja vastupidi liigutada.

Praegu on nii, et ortopeedias ja üldkirurgias erakorralisus kasvab ning plaanilise töö peale statsionaaris praktiliselt raha enam ei jäägi. Kui haigekassa sõlmib lepingud haiglavõrgu arengukava väliste haiglate ja erapraksisega, siis peab ta andma neile kohustuse katta ka erakorralist tööd. Vastasel juhul lähebki nii nagu eelmisel aastal, kui lõpetasime ortopeedias plaanilise statsionaarse operatiivse tegevuse märtsis (endoproteesid on eraldi lepingurida) ning vaatamata sellele ületasime mitmesaja tuhande euroga lepingumahtu. Kui antakse kohustused, tuleb anda ka võimalused.