

Jüri Teras: vähihaiged tuleb kokku koondada ühte-kahte keskusesse

Eesti ravimahtude juures on vähihaigete koondamine ühte-kahte keskusesse tingimata vajalik, rääkis Eesti aasta arstiks valitud Põhja-Eesti Regionaalhaigla üld- ja onkoloogia keskuse juhataja Jüri Teras intervjuus Med24 toimetajale Madis Filippovile.

Olete varem öelnud, et Eestis pakutakse väga erineva kvaliteediga onkoloogilist kirurgilist ravi. Kuidas hindate praegu Eestis pakutava ravi kvaliteeti?

Rahvusvahelistes onkoloogiaauuringutes ja -artiklites on rõhutanud, et hea ravi tulemus või kvaliteet tekib kvantiteedist ehk mida suurem arv mõne haigusega patsiente keskuses ravitakse, seda paremad on tulemused. Seda, et suure mahuga (*high volume*) keskuse tulemused on oluliselt paremad kui väikese mahuga keskuses, on näidatud iga vähitüübi puhul.

Võib küsida, mis hetkest on maht suur. Kas see tekib Eesti tingimustes, kus haigusi on vähe ja teatud lõikuste arv on vaid paar-kümmend aastas? Kui need kakskümmend oleks kõik ka Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) kogutud, ei annaks see muu maailma mõistes ikkagi vajalikku tulemust välja. Kui see aga jagada ära kõikide nende vahel, kes praegu Eestis püüavad onkoloogilist teenust pakkuda, siis on üldse täiesti mõttetu loota maailmatasemel tulemust. Jõuame selleni, et haigete kontsentreerimine ühte-kahte keskusesse on obligatoorne ning ilma selleta ei saa rääkida maailma mastaabis mingist tõsiseltvõetavast vähistrateegiast ega vähi-keskusest.

Eestis vähistrateegia puudub ja asjadel on lastud minna isevoolu. Meil on olemas riiklikul tasandil kehtestatud määrus „Haigla liikide nõuded“, kus on selgelt kirjas, millise taseme haiglates onkoloogilist teenust pakutakse. Paraku tundub, et ei regulatiivseks ja järelevalveks seatud organid ega rahastaja esindajaid ei ole Riigi Teatajat lugenud. Veidi utreerides võib siit järeldada, et kui mõni üldhaigla ostaks endale varustuse ning palkaks tööle kardiokirurgi, võiks ju ka südameoperatsioone teha igas Eesti linnas.



Jüri Teras

Foto: Med24

Ministeerium on väljendanud arvamust, et las haiglad lepidavad ise omavahel kokku, mis teenuseid pakutakse, kuid see on absurdne. Nii ongi meil erinevad vürstiriigid, kes püüavad onkoloogiamaastikul toimetada ja taovad endale rinda, et nende ravitulemused on kõige paremad. Kui küsida, kus on auditid ja tulemusanalüüsid, siis neid ei näidata.

Nagu öeldud, igasuguste onkoloogiliste haiguste puhul on hea taseme saavutamiseks vaja teatud hulk patsiente. Kui vaadata patsientide arvu, keda on eri haiglates lõigatud – kuigi ega Tallinna haiglate aastaaruanded pole avalikult kättesaadavad –, siis saab kaudsete arvude põhjal öelda, et operatsioonide hulk jääb alla igasugust taset, mis on suurte uuringute põhjal vajalik, et kuulutada end suure mahuga keskuseks. Võib kõlada küll eneseupitamisena, kuid PERHis on onkoloogiliste haiguste kirurgilise ravi mahud täiesti arvestataval tasemel, ka Euroopa suurte vähikeskustega võrreldes.

Mõne aasta eest pöördusime kirurgide assotsiatsiooni ja onkoloogide seltsiga ravi-

kvaliteedi teemaga ministeeriumi poole. Püüdsime kolme konkreetse juhtumi varal näidata, et patsientide käsitlus ei vasta ühes Eesti haiglas rahvusvahelistele ravijuhenditele ning vähemalt nende kolme patsiendi puhul oli valitud patsiendile selgelt kahjulik raviviis. Pärast mitmekordset meeldetuletust saime vastuse, et me pole patsientide esindajad ja ei saa sel teemal sõna võtta! Eestis on nüüdseks juba suur arv kirurge, kes pole saanud samasugust haridust nagu mina või teised mu kolleegid. Nad on mujal riikides õpingud läbinud ja tulnud siia tööle diplomite tunnustamise kaudu. Aga seda, kas nende arusaamad nüüdisaegsest onkoloogilisest kirurgiast vastavad nendele, mis on Euroopas üldlevinud, ei kontrolli keegi. See kõik jääb haigla juhtide südametunnistusele.

Kas Põhja-Eesti piirkonna juhud peaksid tulema siis kõik PERHi kokku või võiks Tallinna haiglatega teha lihtsalt rohkem koostööd?

Koostöö on alati hea ja mõistlik. Samas on PERHil võimekust teha ära kogu Põhja-Eesti onkoloogilised juhud. Meil on piisavalt nii inim- kui ka taristuressurssi. Meil on riigi ehitatud suur haigla, kuid meie 23 operatsioonitoast seisavad 21 kaks kolmandikku ööpäevast tühjad. Ma ei arva, et operatsioonituba peab töötama seitse päeva nädalas ööpäev läbi, aga töö intensiivistamiseks on ruumi küll ja küll. Piiravaks teguriks on siin rahapuudus, sest oleme kõik seotud lepingutega, mida haigla juhtidel õnnestub haigekassalt aastaks kaubelda.

Tallinna haigla plaanidest näeme, et andmed, millele tuginedes püütakse uut haiglat ehitada, on vägagi ilustatud. Sellega seoses tekib küsimus, milleks on vaja juba paberi peal ülepaistatud koloss sellisel kujul ehitada. Oma rikutuse juures tekib mul mõte, et tõenäoliselt on kõige kasumlikum tegevus meditsiinis kõik ehitusega seonduv. Ehk oleks hoopis mõistlik kasutada ära olemasolevat ja alakasutatud taristut ning ehitada sinna külge näiteks puudujäävad palatikorpused ja muu taoline.

Võib-olla oleks mõistlik, kui kõik suurhaiglate juhud vahetaksid aeg-ajalt oma kohti või siis haiglad koondataks ühe mütsi alla. Nii kaoks konkureerimine ära. Kahjuks on ministeerium tihti vaatleja positsioonil. Ministeeriumit ei saa küll kuidagi süüdistada Eesti meditsiini mõistlikus suunas juhtimises. Asendustegevust on seevastu

palju. Meditsiini juhtimine on toimunud ainult haiglate tasemel.

Kas Tallinna haigla peaks tegemata jätma?

Ei ma ei usu, et peaks tegemata jätma, sest hooned on amortiseerunud. Kindlasti ei peaks seda tegema sellises mahus ja sellise ambitsiooniga, püüdes teha kolmandat regionaalhaiglat. Arenguplaanis on Tallinna haigla kohta selgelt kirjutatud, et nad on Eesti kõige suurem ambulatoorne ja statsionaarne ravikeskus. Nendesse andmetesse on aga suhtunud äärmise loomingulisusega ning pole näinud, et keegi oleks teinud sõltumatu auditi esitatud arvude kohta. Väga palju ambulatoorseid visiite on tehtud silmaarstide juurde ja naistenõuandlasse, kuid põhierialade suhtes nad võrdlemist kahe piirkondliku haiglaga ei kannata. Operatsioonitubade vajalikkust on hinnatud seoses sellega, et lõikuste maht justkui tulevikus järjest kasvab. Tegelikult see ei suurene, ajalugu näitab järjest vähenemist. Miks? Sest meie rahastamisskeem on selline. Meil on üks kott nii erakorraliseks kui ka plaaniliseks kirurgiliseks tegevuseks – mida rohkem on erakorralisust, seda madalamaks peab jääma plaanilisus. Kuna esmatasand on meil paljuski erakorralise meditsiini osakondade baasil lahendatud, sest inimesel on sinna lihtne pöörduda, ja rahastamine käib samast rahakotist, siis paratamatult plaaniline tegevus väheneb. Tallinna haigla puhul on neid numbreid üles paisutatud paralleellõikuste arvuga ehk kasulik on ühe lõikuse juures näidata veel paari lõikust, et saada maksimaalne raha kätte. Toimub kunstlik arvude suurendamine ning selle pealt on väär prognoosida mahtude ja reaalse töö tõusu. Aga ju oli selline tellimus Tallinna haigla arengukava koostajatele antud.

2016. aastal rääkisite onkokirurgide seltsi asutamisest. Mis seis sellega on?

Selts on asutatud, aga varjusurmas. Kogu meie personal haiglates on nii õhukeseks hõõrutud, et kõik spetsialistid on ülekoormatud, mis tähendab, et selline rahvavalgustuslik tegevus peaks toimuma mingi muu tegevuse ehk töö või vaba aja arvelt.

Millised on onkokirurgias praegu arengusuunad ja kui kättesaadavad on need uued võimalused Eestis?

Me oleme Eestis oma varustatuselt väga heal tasemel. Meil PERHis on haigla mõistlikkuse

piires soosinud tehniliste vahendite muretsmist, kui need parandavad ravitulemust ja tõstavad patsiendiohutust. Oma tegevuses oleme maailmaga ühte sammu astumas – aina rohkem on väheinvasiivset kirurgiat ka onkoloogias ja samuti on olulisel kohal patsientide kiire paranemine. Voodipäevade arv on kirurgiaosakondades seetõttu järjest vähenenud, mis omakorda viib kiusatusele voodite arvu vähendada. Viimane jällegi seab löögi alla patsientide mugavuse, suurendab infektsioonide leviku riske jne.

Puhtkirurgilise tegevuse kõrval pööratakse suurt tähelepanu ka löikusjärgsele rehabilitatsioonile ja prehabilitatsioonile ehk löikuskinditsiooni viimisele. See on viimastel aastatel väga kuum teema. Plaanilisi operatsioone kavandades ei keskendu me ainult ühele kasvajale, mida tahame opereerida, vaid püüame haiget nii palju ette turgutada ja hiljem turgutada toitumise ja muuga järele, et ravitulemus oleks see, mida soovime, see toimuks kiiresti ning ilma tüsistusteta. Tüsistuste asjus toimuvad meil regulaarsed arutelud, kus räägitakse üksteise ees ausalt probleemid läbi ja püütakse neist õppida.

Kui vabalt arstid räägivad sellest, kui on tehtud viga?

Soovimatud kõrvaltoimed või tüsistused pole vead. Viga, ma kujutan ette, on näiteks vale jäseme äralõikamine. Seda on maailmas juhtunud küll ja küll. Vea tegemine võiks kuuluda karistatava teo alla.

Eestis on rakendatud ohutu kirurgia (*safe surgery*) printsiipe. Operatsioonitoas võetakse ette kontrollküsimuste nimekirja, mis peaks andma lisagarantii, et operatsioonitoas viga ei teki. PERHis täidetakse neid päris hea tulemuslikkusega. See on üks asi, mida püüame tutvustada ka oma käikudel kolmandatesse riikidesse. See on üks lihtne ja odav vahend, kuidas tagada patsientidele minimaalne turvalisus.

Suured operatsioonid arutame omavahel läbi. Iga nädal istume mitu korda koos ja arutame läbi ka mittesoovitavad ravitulemused. Meie statistika selliste suurte löikuste tüsistuste kohta on ääretult hea. Meil pole midagi häbeneda, mistõttu avaldame teistele haiglatele oma mõõdetavaid ravitulemusi aastaaruannete näol lahkesti. Selliselt võiks andmeid avalikustada kõik haiglad kas omavahel või ka patsientidele, et oleks näha, kus on vähem tüsistusi ja

rohkem lõikusi, ning patsiendid saaksid valida.

Aasta arsti tiitlit üle andes rõhutati teie osalemist missioonidel. Mitmel missioonil ja kus olete käinud?

Olen käinud kümnel missioonil: Ghanas, kaks korda Gambias, kaks korda Indias, Etioopias, Mongoolias ning kolm korda Keenias.

Kuidas minek toimub?

Pakkumisi on palju. Kui oleks nii ajaline kui ka rahaline kate olemas, siis võikski mööda maailma missioonilt missioonile käia. Oleme põhiliselt ikkagi käinud Aafrikas ja Aasias kohtades, kus on häda väga suur ja mis tunduvad endale huvitavad väljakutsed. Viimased kolm aastat oleme Keeniasse pidama jäänud.

Miks?

Viimasel kahel korral oleme käinud Keenias ühes Chaaria Cottolengo preestrite seltsi haiglas ja see koht on hinge pugunud. Kohalikud töötavad patsientide hüvanguks täiesti ennastalgavalt ja teevad igapäevaselt oluliselt rohkem, kui meie suudame oma lühikeste visiitidega pakkuda. Muidu on eri riikides jäänud lõpuks sageli selline tunne, et meid müüakse kui valgeid orjasid ja kohalike enda panus pole suur. Sellist ennastalgavat tegevust nagu Cottolengos on raske ette kujutada. Seal on üks arst töötanud üksinda 20 aastat ööpäev läbi iga päev, püüdes mitte kellelegi ei öelda. Seda saab teha ainult usule ja inimeste aitamisele pühendunud ehk võib-olla natuke avarama hingeeluga inimene. Iga visiit võõrale maale avardab kultuuripilti ja ettekujutust maailmast. Ühegi turismireisiga ei saa inimeste igapäevaellu nii kiiresti sisse sulanduda kui neil missioonidel.

Mis mõtetega te lennukis tagasi Eestisse sõidate, kui teate, et järjekord jäi ukse taha?

Oleme enda jaoks selle selgeks mõelnud, et kõiki abivajajaid ei jõua ära opereerida. Huvitaval kombel ma ei mäleta palju neist, keda olen opereerinud, vaid rohkem on jäänud meelde need, keda mingil põhjusel pole opereerinud. See jääb hinge kriipima, kuna ikka jääb painama mõte, et ehk olin nende viimane võimalus. Olen püüdnud lähtuda sellest, et mingil määral juhib meie tegevust saatus või jumal ja tal on kõigiga oma plaanid.