

# Priit Eelmäe: prioriteet on töötajate väärtustamine

Tartu Ülikooli Kliinikumi uue juhatuse prioriteet on väärtustada töötajaid ja pakkuda oma inimestele võimalust organisatsioonis areneda, rääkis Tartu Ülikooli Kliinikumi juhatuse esimees Priit Eelmäe Med24 toimetajale Madis Filipovile.

## Olete Tartu Ülikooli Kliinikumi juht olnud alates eelmise aasta oktoobrist. Missuguseid muudatusi olete juba teinud ja mida on plaanis teha?

Kuna eelmine juhtkond oli väga pikalt ametis, on organisatsioon ühe stiiliga harjunud. Uus juhatuse on mõnevõrra noorem ja laiema põhjaga – osa inimesi pole töötanud ainult kliinikumis – ja energiat on kõvasti. On asju, mida näeme teistmoodi ja tahame teisiti teha. Näiteks on meil prioriteediks väärtustada töötajaid ja pakkuda organisatsioonis neile arenemise võimalusi. See tähendab, et senised elukestvad juhtide lepingud tuleb üle vaadata ja asendada tähtajaliste juhtimisülesannetega. Sel teemal on käimas tulised diskussioonid. Sageli unustatakse ära, et lisaks juhtimiskarjäärile on olemas ka võimalus erialaseks karjääriks. Viimast eelistabki suur hulk klinitsiste. Üks eesmärk on eristada noori kolleege staažikamatelt, väärtustades viimaseid materiaalselt, pidades samas silmas, et suurema pädevusega kaasnevad suuremad kohustused. Peame kinni kollektiivleppest, kuid oleme alates 1. aprillist sisse viinud ka palgaastmestiku. Lisaks on jäetud võimalus eripädevuste ja täiendavate tööülesannete eest lisatasustamiseks.

Uus juhatuse on intensiivselt toimetanud haigla arengu- ja tegevuskavaga ning kliinikumi ajaloos esimest korda korraldasime veebruari lõpus avatud arenguseminari, kus osales 90 inimest. Tõime mõlemad kavad oma kolleegide, rahastajate ja koostööpartnerite – mõni nimetaks neid konkurentideks – ette ja arutasime, mis on kliinikumi roll Eestis, mida oodatakse ja kuidas võiks kliinikumi juhtida nii, et sellest oleks kõige rohkem kasu patsientidele, et inimestel oleks siin hea töötada ja et teised organisatsioonid saaksid võimalikult palju kasu kliinikumi olemasolust. Arengukava on kliinikumi



Priit Eelmäe

Foto: Andres Tennus

nõukogu nüüdseks konsensuslikult kinnitanud ja seeläbi on loodud head eeldused senisest kiiremaks arenguks.

## Kui aga vaadata veel kaugemale, siis millisenäete kliinikumi näiteks kümne aasta pärast?

Sellele küsimusele on keeruline vastata. Vaevalt oskab seda keegi täpselt öelda. Ülikoolihaigla võiks oma funktsionaalsuses olla laienenud. Senisest tõhusamalt võiks olla ära kasutatud ja ühtsetel alustel toimida näiteks patsiendi halduse ja terviseandmete andmebaas eHL. Pean silmas head koostööd nii PERHi, lastehaigla kui ka loodava Tallinna haiglaga. Kui me tahame olla õpetav haigla, kus tehakse kvaliteetset kliinilist teadust, siis selleks on vaja kriitilist hulka subjekte. Samas ei ole ma veendunud selles, et ühtne ülikoolihaigla peaks juriidilise kehana katma tervet Eestit. See oleks liiga suur tükk.

Praegu on kliinikumi tulubaasist üle 94% haigekassa tasustatud teenuste osutamiseks. Teadus- ja arendusraha osakaal võiks olla märkimisväärselt suurem. 10 aasta pärast võiks olla vähemalt 20% haigekassavälist raha, mis on teaduse, õppe ja innovatsiooni

jaoks. Teadus- ja õpperaha moodustab Euroopa ülikoolihaiglates hea tava järgi ligi 10% ja selleks annavad riigid toetust. Meil on praegu see umbes 0,4%. Sellele võiks lisanduda ka märkimisväärne osa koostööprojektidest eraettevõtetega. Vaja on vaadata senisest enam Eestist välja ning teha koostööd teiste ülikoolihaiglatega ja pädevuskeskustega ning seeläbi olla kaasatud suurprojektidesse, mis loovad eelduse organisatsiooni ja personali jätkusuutlikuks arenguks.

## **Paratamatult on Tallinna ja Tartu vahel konkurents. Missugustes kohtades võiks pigem koostööd teha ja milles on konkurents isegi hea?**

Konkurents on alati teretunud. Olen veendunud, et kõiges saab kokku leppida. Eestis on töötajate hulk piiratud ja sellepärast võib olla mõistlik pidada mõnda eriala ühes kohas. Üks võimalus, kus neis asjades saab kokku leppida, on haiglavõrgu arengukava uuendamine. Seal tuleb erialased pädevused ära jagada. Mitte ainult suurte haiglate vahel, vaid tuleb paika panna, mida tehakse üldhaiglates. Üldhaiglad kardavad, et neid tahetakse sulgeda. Ei taheta. Pole vaja, sest tervishoiuteenus peab olema kättesaadav üle Eesti. Küsimus on selles, milliseid tervishoiuteenuseid on mõistlik osutada kohapeal ja milliseid pädevuskeskustes. Võib-olla on mõistlik mõned lõikused, mida tehakse praegu Jõgeval või Põlvas, teha edaspidi kliinikumis, kus on olemas suurepärased võimalused pakkuda teenust parimal võimalikul moel. Tervishoiuteenuste kvaliteet on see, mis patsienti kõige rohkem huvitab, ja sellest on mõistlik lähtuda.

## **Patsient näeb, et teenus läheb tema kodu lähedalt ära ja ta peab kuskile sõitma hakkama.**

Sageli ei pea. Ambulatoorseid vastuvõtte on võimalik teha seal, kus patsient elab, kuni selleni välja, et osa teenuseid, näiteks taastusravi, on võimalik viia patsiendile koju kätte. Lihtsalt teenuse korraldus on olnud liiga keerukas. Endoproteesimise või insuldi järgse taastusravi järel on võimalik juba praegu pakkuda ka kodust füsioteraapiat ja õe koduviisi. Need oleksid väga tulemuslikud. Lihtsalt praegu on tervishoiu oleva raha hulk sedavõrd piiratud, et kui sinna kulutada, siis haiglas osutatavate teenuste jaoks jääb vähem. Ma oleksin pigem optimistlik. Kui mõelda, mis kümne aasta pärast juhtub, siis ma olen veendunud, et senisest oluliselt enam

teenuseid kolib patsiendile lähemale. Kui praegu kardetakse, et neid viiakse kaugele, tsentraliseeritakse, siis jah, tsentraliseeritakse neid teenuseid, mida on võimalik väga kvaliteetselt pädevuskeskustes osutada, aga n-ö inimkeskne lähenemine eeldab, et teenused liiguvad inimesele lähemale. Mitte ainult e-lahendused, vaid ka spetsialistid ise.

## **Kuidas kliinikumi vaates võrgustamine töötab?**

Lõuna-Eesti haigla juht Arvi Vask ütles kliinikumi arenguseminaril, et tal on hea meel, et esimest korda 5 aasta jooksul kutsuti teda kaasa rääkima ühtse arengu teemal. Igapäevane kommunikatsioon haiglate vahel toimib hästi ning ka arengukavad on aasta-aastalt paremini kooskõlas. Heaks näiteks on kliinikumi elektroonilise haigusloo tarkvara eHL, mida kasutatakse ka Valgas ja Põlvas. Sellist konsolideerumist mujal Eestis toimunud pole. Ühtne tarkvaralahendus loob eelduse töötajate liikumiseks nii sinna kui ka siia, sest mõlemas kohas on sama vaade patsiendi terviseandmetele ja saab kasutada samu andmeid ühtemoodi. See aitab vähendada ka kordusuuringute ja -tegevuste hulka ning muudab ravi oluliselt efektiivsemaks. Tahame, et aasta lõpuks oleksid kõik tütarhaiglad ühtse tarkvaraga liidestatud. Just algas eHL-ile üleviimise protsess Lõuna-Eesti haiglas. Kliinikumi e-haiguslooga liituda soovijaid on ka väljastpoolt kliinikumi võrgustikku, kuid see võtab veel aega. Samuti tuleb kokku leppida tegevuse rahastamises.

Oluline on võtta maha üks võrgustumise suur hirm, justkui midagi tahetakse vägisi sulgeda. Ei taheta. Koostöö rajaneb eelkõige vastastikusel usaldusel. Sageli tuleb viimase nimel päris palju vaeva näha.

## **Kas töövestlusele tulevale arstile öeldakse, et tal on kohustus töötada ka tütarhaiglas?**

Seda ei öelda, vaid see teema räägitakse läbi. Jõuga kedagi kuskile ei suruta. Kui on veenvad argumendid, miks ta seda teha ei saa, siis ei pea seda tegema. Võrgustunud haiglate huvides püüame järjest enam jõuda ühtsele arusaamale, millises mahus see nii võiks olla.

## **Mis on praegu Eesti tervishoiu teie arvates kõige pakilisem probleem?**

Meie tervishoiu pole erinevad etapid – ma pean silmas eriarstiabi ja perearstiabi – hästi

liidestunud. Iga etapp planeerib oma tegevusi ise, lähtudes talle eraldatud ressursidest. Patsiendile antakse vastuvõtuajad, aga tal kuulub kogu tsükli läbimiseks meeletult aega. Ressursipõhise lähenemise asemel peaksime jõudma voopõhisele. Praegu on patsiendil üks järjekord, mille järel saab vastuvõtule, siis teine järjekord, mille järel saab operatsioonile, kolmas järjekord, mille järel saab perearsti juurde. Vahed on ülipikad, süsteemis peab kaua ootama. Eesmärk on saada kiiresti diagnoosini ja sealt edasi kiiresti ravini.

Praegu me planeerime oma ressursse, aga ei näe terviklikku teekonda. Seda, mis juhtub pärast patsiendi haiglast lahkumist, me ei tea. Kuna varem töötasin taastusravi valdkonnas, nägin, et kui akuutravi lõpeb ja patsient on haiglast läinud, siis temaga enam ei tegeleta, kuigi ta vajab jätkuteenuseid. Insuldiga patsient jõuab kiirabiga siia, talle antakse abi ja sageli pärast 6–7 päeva on ta haiglast läinud. Temaga tegelevad neuroloogid, õed, hooldajad, füsioterapeudid ja teised taastusravi spetsialistid, aga keegi ei lähe temaga järel- või taastusravisse kaasa. Ravi katkeb nagu lõigatult. Teenuseid on võimalik osutada nii, et osa tiimist jääks patsiendiga seotuks. Mujal maailmas kasutatakse terminit „*case manager*“ ehk juhtumi juht – peame jõudma selleni, et keegi vastutab. See võib olla perearst või ka sotsiaaltöötaja. Ega sotsiaaltöötajat haigekassa seejuures kinni ei maksa, kuigi tema võiks olla ühendus erinevate etappide vahel.

Meil on puudu inimkesksusest, aga selle olulisust on hakatud järjest rohkem rõhutada. Rahvastiku tervise arengukavas on sellele palju tähelepanu pööratud. Tervishoiuasutuste koostöö muutub edaspidi vältimatuks. Tänu sellele, et kliinikumi tütarhaiglate kaudu on olemas esindatus eri maakondades, on loodud eeldused inimkeskseks lähenemiseks, aga see ei juhtu kiiresti, sest see tähendab protsesside ülevaatamist. See tähendab rahastuse, töötajate liikumise ja rollide täpsustamist.

### **Kas kliinikum tegeleb sellega, et peale aktiivravi ei lõppeks inimesega tegelemine kui lõigatult ära?**

Jah, ikka. Meil on arengukavas need asjad kirjas. Oleme deklareerinud valmidust osaleda sellistes pilootprojektides ning tihendame majasisest koostööd, et patsient kulutaks võimalikult vähe aega – et ta saaks

vajaliku info kiiresti kätte ja tema raviga tegeletakse.

### **Tükipõhist rahastamist kritiseerides on räägitud võimalusest lähtuda rahastamisel rohkem ravi kvaliteedist ehk tulemusest. Kas see oleks kuidagi tehtav?**

Kui rahastamise aluseks on mingisugune mõõdik, siis see mõõdik võib muutuda mõttetuks, kuna võidakse hakata tulemusi moonutama. Kvaliteedimõdikute seadmine rahastamise aluseks on riskantne. Ma olen seda meelt, et rahastamise alused on rahastamise alused ja kvaliteedimõdikute eesmärk on kätte saada aus adekvaatne info. Selle eest ei tohiks kuidagi karistada. Kehvamate kvaliteedinäitajate puhul tuleb süveneda probleemi ja võib-olla suunata sinna hoopis rohkem vahendeid, et saada murest üle, mitte võtta raha ära. Kui esineb süsteemseid vigu, siis need tuleb varakult avastada ja kiiremas korras otsida vajalikud lahendused.

### **Mida peaks muutma Eesti tervishoiu, et see oleks pikas perspektiivis jätkusuutlik?**

See on üks asi, mille pärast vaadatakse üle haiglavõrgu arengukava. Me ei saa viia kõiki teenuseid igale poole. Dubleerimisest tuleks jagu saada, kallihinnaliste masinate soetamine võiks olla ühiselt läbi arutatud ja planeeritud. Võidurelvastumist enam vahest palju ei olegi. Teenuste korraldamine on oluline küsimus. Meil on praegu palju projektipõhisust – kui raha saab otsa, lõpetakse ära.

Tervishoiu solidaarne rahastamine peaks jääma, kuid see osa SKPst, mis meil läheb tervishoidu, võiks läheneda Euroopa keskmisele. Kuna inimesed vananevad ja elavad kauem ning uued võimalused meditsiinis maksavad järjest rohkem, tuleb paratamatult raha juurde leida. Vahest võiks haigekassa kõrval olla ka mingisugune erakindlustuse komponent, aga me peaksime kindlasti vältima seda, et meil tekivad koorekihi teenuste saajad ja nn tavateenuste inimesed.

Üks oluline asi on inimkesksus – see on eesmärk, mille suunas liikuda. Eesti tervishoid on maailmas üks kulutõhusamaid, aga kui tahame seda veel efektiivsemaks muuta, siis teeme seda millegi arvelt. Samas, mida rohkem tahame tervishoidu inimkesksemaks muuta, seda rohkem vajame inimesi, kes sellesse panustavad.