

Üllar Lanno: pean oluliseks kvaliteedi parandamist tervishoius

Eesti tervishoius tuleb senisest oluliselt enam tegeleda kvaliteedijuhtimisega, ütles terviseameti uus juht Üllar Lanno Med24 toimetajale Madis Filippovile.

Miks otsustasite kandideeri- da terviseameti peadirektori ametikohale?

Ma olen arstiks õppinud ja selle eriala lõpetanud 1993. aastal. Eesti vabariik oli siis alles noor, kõigil oli raske ja riigil ei olnud piisavalt ressursse. Toona oli noore arsti palk 500 krooni. Kuna mu naine oli ka arst ja peres oli väike poeg, siis tuli mõelda, mis saab edasi. Nii sattusin optika- ja autoärisesse, tegelesin ka kinnisvaraga. Umbes 15 aastat hiljem tahtsin tervishoidu tagasi tulla ja pakkuda ajaga kogunenud oskusi. Kandideerisin toonase terviseameti peadirektori ametikohale. Olin siis vaid 34aastane. Jumal tänatud, et ma ei saanud sinna, sest need oskused, mis mul selleks ajaks olid kogunenud, olid paljuski erasektorist ja hoopis teistest eluvaldkondadest. Pärast seda oli mul võimalus töötada ravimitööstuses, arendada esmatasandi tervishoiukeskust ja tegeleda kriminalistika valdkonnas asutuse juhina.

Eesti tervishoiusüsteem on jõudnud öitsengule. Me kasutame väga tänapäevast tehnoloogiat, meil on tipparstid, Eestis tehakse selliseid protseduure, mida imetletakse paljudes Euroopa riikides. See kõik tekitas minus soovi tervishoidu tagasi tulla. Umbes kaheksa aastat tagasi hakkasin sellele jälle tõsisemalt mõtlema. Selleks ajaks olin olnud Euroopa krimilaborite ühenduse (European Network of Forensic Science Institutes) juht, seega oli mul ka rahvusvahelist kogemust. Kandideerisin Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhiks, kuid ei saanud. Pärast seda olen veel mitmel korral üritanud tervishoidu



Üllar Lanno

Foto: Scanpix / Erik Prozes

juhi tasandil tagasi tulla. Kui nüüd tehti pakkumine tulla kandideerima terviseameti juhi kohale, siis tegelikult oli mul selleks hetkeks tekkinud kandideerimistest väsimus, sest see on alati keeruline protsess. Kuna olen saanud intensiivravi ja narkoosiarsti väljaõppe, töötanud regionaalhaiglas 1994. aastal väljaõppe käigus narkoosiarstina ja ülikooli ajal töötasin erinevates intensiivravi osakondades, siis seoses sellega, mis juhtus kevadel COVID-19 ajal ja kuhu see oleks võinud katastroofina välja jõuda, oli mul veendumus, et saan hakkama.

Kas te olete kaalunud tulla tervishoidu tagasi arstina?

Jah, ma olen andnud sisse avalduse taastada oma arstikutse. Praegu ootan vastust. Kui ma enam ei ole

terviseameti juht, siis olen ma ühel või teisel moel mõnes arstiteadusega seotud valdkonnas.

Missugused eesmärgid olete endale seadnud terviseameti juhina?

Mul on kaks suuremat eesmärki. Esimene on seotud tervishoiuteenuse osutajate kvaliteediga. Kvaliteedi juhtimine on üldjuhul vabatahtlik tegevus. Seetõttu ei ole ka Eesti tervishoiu lipulaevad, kelleks täna võiksid olla Tartu Ülikooli Kliinikum ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla, rakendanud kvaliteedi juhtimise süsteemi täies mahus. Kui juba lipulaevad seda ei tee, siis oleks palju eeldada, et maakondlikul tasemel on ühtne kvaliteedijuhtimise süsteem, mis lähtub rahvusvaheliselt tunnustatud standardist, et meie väikeses

riigis oleksid asjad sama head või paremad kui teistes edumeelsetes riikides.

Leian, et terviseamet ise peab olema suunanäitaja. Ta peab asutuse sees enda kvalitatiivse mudeli püsti panema ja selle kaudu toetama kõiki teisi tervishoiuteenuse osutamiseiga seotud isikuid. Samuti peaks see toimuma erinevate meditsiiniseadmete, keskkonnatervise ja ennetavate tegevuste kaudu, olgu need vaksineerimised või midagi muud. Kvalitatiivne element peaks olema alati sisse kodeeritud. Usun, et siis tekib ka teisel osapoolel sisemine vajadus olla samaväärsel tasemel ja see tõstab taset kogu tervishoiusüsteemis. Aga praegu tegutsetakse pigem stoiliselt kindla väljatöötatud printsiibi järgi. Ka ei ole näha, et süsteem areneks ühtlaselt. Ma olen tihti küsinud, miks peaks riiklikus süsteemis olema kvaliteet halvem, kui on erasüsteemis? Samamoodi võiks küsida, miks Eestis peaks olema süsteem halvem kui Jaapanis või Šveitsis, kus eluiga on 90 aastat? Ma arvan, et me oleme piisavalt töökad ja targad, et sinna välja jõuda. Küsimus on selles, kas me oleme järjepidevad, kas me oleme süsteemsed ja kas me reaalselt ikka tahame sinna jõuda. Kui me selle nimel ei tööta, siis järelikult on soovide erinevused suured.

Mida terviseamet saab omalt poolt teha, et kvaliteeti Eesti haiglates parandada?

Haiglatesse on vaja inimest, kes kvaliteedi eest vastutab, maja-ülest kvaliteedijuhti, kes on juhtkonna liige. Haiglates peaks olema rahvusvahelise tunnustuse saanud süsteem, mida kõik saavad järgida ja mille parameetrid on kokku lepitud katusorganisatsioonides, kes ütlevad, et meie soovime, et minimaalne kvalitatiivne tase ei oleks enam madalam kui see või see. Siis peavad kõik juhinduma ühtsest tasemest ja omakorda tekivad parendustegevused. Seejärel tuleb vaadata, kas kõik kasutusel olevad sisendid ja ressursid annavad võimaluse tõusta

kvaliteedis ülespoole. Ma arvan, et see on kokkuleppe ja otsuse tegemise taga.

See oli üks eesmärk, teine on ameti tugevdamine. Terviseamet saab praegu 20 korda rohkem avalikku tähelepanu, kui ta sai enne koroonaviirust. Enam ei ole vaja Eesti kodanikule selgitada, mis on terviseamet. Küll aga on kannatanud organisatsiooni areng ja riigipoolne tugi. Ma tahaks, et kui ma siit ühel hetkel edasi liigun, on terviseametis olemas kõik vajalikud kompetentsid, jätkusuutlikkus ja ta pakub Eesti inimesele meelegindlust, et tänu ametile on teenuste osutamine tervishoiusektoris läinud ka reaalselt paremaks.

Terviseametis on ka teisi valdkondi peale epidemioloogia. Kuidas kriisis aega jagate, et pärast koroonat mõni teine valdkond kriisi lävel poleks?

Terviseameti üks oluline funktsioon on lubade väljastamine tervishoiuteenuse osutajatele ja see toimub regulaarselt edasi. Kui tekib selline suur surve, nagu tekitas koroonaviirus, siis pahatihti kannatab järelevalve. Lihtne on öelda, et meil on vaja tegeleda koroonaviiruse levikuga ja teised tegevused ei ole sel hetkel nii olulised. Pikas perspektiivis ei ole see aga jätkusuutlik. Teeme niigi kõike viimase piiri peal. Praegu me kujundame natuke ringi organisatsiooni tegevusmudelit ja struktuure. Peame looma uued töökohad, kus tegeletakse COVIDi-taoliste asjadega, et oleks rohkem analüütilist võimekust. Sellega vabastame inimesed jälle oma töökohtadele.

Mida ja kui palju oleks terviseametile juurde vaja?

Terviseametil on praegu piisavalt ressursse kuni 2021. aasta 31. detsembrini. Ühelt poolt ma mõistan, et valitsusel on raske teha otsuseid pikemaks perioodiks, küll aga on mul vaja asutuse juhina teada, kas seda raha jätkub ka edaspidi. See mõjutab uute inimeste töölevõtmist, näiteks palgapakkumisi.

Mul on vaja kindlust, et 2022. aastal tagatakse endiselt ameti võimekus, kui koroonaviirus kuskile ei kao ja samasugused lained jätkuvad.

Kvalitatiivse eesmärgi saavutamiseks on vaja hakata muutma õigusruumi ja siis üle vaadata Eestis teenust pakkuvate tervishoiuasutuste kvaliteet. Isegi kui seda tehakse iga 5–10 aasta tagant, on see parem, kui elu lõpuni kestev luba. Inimene, kes juhib autot, peab iga viie aasta tagant oma tervisetõendit uuendama, aga tervishoiuteenuse osutaja ei pea peale loa saamist enam kunagi kontrollis käima. Praegu on kvaliteedijuhtimine vabatahtlik ning me lihtsalt ootame ja loodame, et seda tehakse piisavas mahus.

Meil oleks vaja vaadata läbi ka see, kus on ajalooliste rudimentidena terviseametisse alles jäänud mingisugused tegevused, mis tegelikult võiksid olla mujal. Nii saaksime vähemaks bürokraatiat, pahameelt, topelttööd ja kogu süsteem korrastuks. Näiteks, kas perearsti leidmine peaks ikka olema terviseameti ülesanne, kui kogu lepinguline suhe toimub teises asutuses? Me võime olla see asutus, kes valideerib perearstid ära, küll aga ei ole meil vaja olla vahel lüli, kes otsib arsti, kui palgakokkulepe toimub Eesti Haigekassaga.

Terviseameti kriisistaabi juht Arkadi Popov suundub 5. detsembrist Lääne-Tallinna Keskhaiglat juhtima. Mida tähendab see otsus kriisistaabi jaoks?

Arkadi Popov on teinud suurepärast tööd. Kindlasti saan ma aru tähelepanu keskendumisest uuele ametile, mis omakorda vähendab tema panust meditsiinistaabis. Meil käivad erinevate kandidaatidega läbirääkimised, aga me otsime ühisosa ka Popoviga ja loodame, et ta saab mingil moel meie juures jätkata, nõuga abiks olla. Inimesed, kellega peame läbirääkimisi tema tegevuse ülevõtmiseks, on piisavalt elukogenud, juhtinud suuri meditsiinistruktuure, teavad intensiivravi

ja väga raskeid kriitilisi olukordi nagu oma viit sõrme. Ma arvan, et 5. detsembriks on meil lahendus olemas, aga kui ei ole, siis tulen ajutiselt ise selle positsiooni peale. Lisaks on Põhja meditsiinistaap ja Lõuna meditsiinistaap, kus on kaks väga väärikat juhti. Usun, et vähemalt esialgu see süsteem toimiks, aga mul on veendumus, et suudame enne uue juhi paika panna.

Sügisel kerkis taas üles probleem, et Eestis pole piisavalt gripivaktsiini. Mida peaks teie arvates tegema, et niigi väga madala vaksineerituse tasemega riigis saaksid soovijad end vaksineerida?

Vaksineerimine on üks asi, millest inimesed innustuvad näiteks siis, kui räägitakse, et levib puukborreliosis, nüüd-nüüd kohe hakkab lähenema gripp või koroonaviiruse vaktsiin hakkab kohe-kohe turule tulema. Ennustus, kui palju on Eestis gripivaktsiini vaja, rajanes varasemal kogemusel, kui telliti liiga palju. Teisalt ei teatud 2019. aastal lõpus veel, et algab nii ulatuslik koroonaviiruse laine. Tehased olid oma tootmismahu ära planeerinud ja nad ei saa kiiresti reageerida. Kuna tekkis arusaam, et gripiviirus

koos koroonaviirusega on inimesele väga ohtlik, kasvas gripivaktsiini nõudlus 20 protsenti. Järgmiseks perioodiks tuleb teha paremad prognoosid. Sel aastal oli ka jaotusmehhanism konarlik. Tekkis konkurents, kes saab esimesena müüa, aga ei tekkinud vastutustundlikku arusaama, et selle peaksid esmajärjekorras saama teatud grupid. See, et osal perearstidel ei tekkinud võimalust isegi oma töötajaid vaksineerida, oli halb. Jaotuskava on vaja järgmisel aastal üle vaadata.

Kui terviseametil ei ole olnud varasemate kogemuste põhjal vaja vaktsiine enda lattu varuda, siis 2021. aastal tuleb meil tõenäoliselt reserv osta. Seda selleks, et tagada näiteks tervishoiutöötajate ja mõne teise sihtrühma vaksineeritusega kaetus.

Kui ühel hetkel saab Eestis olema koroonavaktsiin, siis kuidas on planeeritud vaksineerimine?

Kui üks täna teada olevast seitsmest vaktsiinist saab müügiloa, siis sellest hetkest muutub ta kättesaadavaks kõigile 27 liikmesmaale. Kogu tootmismahu on Euroopa Komisjon ette ära ostnud ja selleks, et seda mahtu suurendada, oleks vaja hakata tehaseid juurde ehitama. Meil ei

ole veel täit veendumust, kui palju või pikalt on seda vaktsiini vaja, sest tootjad ei ole avalikustanud toime kohta käivaid üksikasju, s.t kas vaktsiini kestus on pool aastat, mis tähendab, et peaksime kaks korda aastas süstima, või kestab aasta. See teadmine tekib alles siis, kui Euroopa Ravimiamet väljastab müügiloa. Ma arvan, et mida rohkem vaktsiine turule jõuab, seda väiksemaks lähevad hinnad. Ka erinevate vaktsiinide toimetehhanism inimese organismile võib olla erinev. Teadmisi ja võimalusi tekib aja jooksul juurde.

Euroopa liikmesriigid on ühiselt kokku leppinud piirarvud, kui palju iga riik vaktsiini saab. Eesti on tellinud piisavas koguses vaktsiini kahe tootja käest. Tehtud rahvaküsitluse järgi sooviks end kohe vaksineerida koroonaviiruse vastu umbes 60 protsenti Eesti inimestest. See tähendab ligi 700 000 isikut. See varu on valitsuse otsusega ka ära tellitud, isegi ülekatvusega. Euroopa Liit on ette andnud suunised, millistele sihtrühmadele oleks seda mõistlik esmajärjekorras anda. Kõigepealt vanemaealised ja raskete haigustega inimesed ning elutähtsad teenusepakkujad ja nii edasi kuni tavainimesteni välja.