

Birgit Lao: kriisi korral on üks keerulisemaid küsimusi tagada personali olemasolu

Kriisi korral on meditsiinisüsteemi toimepidevuse suurim murekoht töötajate vähesus, rääkis Terviseameti peadirektor Birgit Lao Med24 toimetajale Madis Filippovile.

Kaks ja pool aastat tagasi peadirektoriks saades, kui päevakorral olid COVID ja alanud oli sõda Ukrainas, ütlesite, et väga oluline on kriisiplaanid kokku leppida ka teiste haldusaladega, näiteks päästeametiga, Politsei- ja Piirivalveametiga, häirekeskusega. Kuidas on kriisideks valmistumine selle aja jooksul läinud?

Kui vaadata Terviseameti seisu enne COVIDit, siis kriisideks püüti küll valmis olla ja vastavad plaanid olid ka tehtud ning rahataotlused saadetud teele, aga juhtus see, et need jäid otsustajatel märkamata. Alates 2022. aastast, võttes arvesse COVIDi õppetunde, oli meie ülesanne need selgelt ära põhjendada, et enam sellist auku ei tekiks. Koostöös Riigikantseleiga ja teiste haldusaladega, Siseministeeriumist eelkõige Politsei- ja Piirivalveameti ning Päästeametiga, hakkasime ette valmistama suuremaid kriisiplaane, et valmistuda teatud kriisijuhtumiteks. Üleriigilises kriisiplaanis on Terviseameti katta masskannatanutega traumad, massmürgistused ja loomulikult üldse kõik need kriisijuhtumid, kus on tervis mängus. Tegelikult ei olegi ühtegi kriisi, kus tervis ei saaks mõjutatud. Mis puudutab koostööd, siis see käib meil õppuste kaudu. Meil kõigil on oma kriisiplaanid, paberil on asjad kokku lepitud ja õppustel mängime neid läbi. Mul on hea meel tõdeda, et saime täiendava rahastuse ja alates sellest aastast on Terviseametile ette nähtud baasrahastus tervishoiukriisideks valmisoleku võimekuse kasvatamiseks kogu sektoris.

Novembris toimunud peremeditsiini kriisikonverentsi fookuses olid perearstid elutähtsa teenuse osutajana. Mis seisus see protsess praegu on?

See muudatus peaks kohe Riigikogus vastu võetama. Kokku saavad kuni 20 perearstipraksist või tervisekeskust koos apteekidega elutähtsa teenuse osutaja õigused. See toob neile omakorda kaasa märkimisväärsed kohustused. See tähendab seda, et perearstipraksis või tervisekeskus peab olema läbi mõelnud, kuidas ta kriisi ajal suudab oma teenust pakkuda. Üks on olme pool ehk see, et on olemas vajalikud ruumid, küte, elekter, veega varustus ning oma inimeste toitlustamine ja logistika on läbi mõeldud jne. Loomulikult vaatame ka seda, et esmatasandi teenus oleks kriisi korral üle Eesti igal pool tagatud ja need perearstid, kes ei ole oma organisatsiooniga elutähtsa teenuse osutajad, koonduvad haiglate juurde, sest ka seal on sel hetkel vaja perearste.

Millal need 20 elutähtsa teenuse osutajat selguvad?

See toimub koostöös perearstide seltsiga, sest kriteeriumid tuleb konkreetsemalt läbi mõelda. Selge on see, et üksikpraksis ei saa elutähtsa teenuse osutaja olla juba ruumi mõttes, sest kriisiolukorras peab võib-olla andma sellist abi, kus näiteks patsient tuleb panna lamama. Talle tuleb osutada sellist vahetut abi, millega perearst tavaolukorras ei tegele. Meil on osa elutähtsa teenuse osutajate kandidaate olemas. Nad on end ise selleks üles andnud.

Missuguse detailsuse astmega öeldakse, kuidas peavad elutähtsa teenuse osutajad valmistuma?

Need kriteeriumid saame üldiselt võtta haiglate ja kiirabi pealt, kes on juba praegu elutähtsa teenuse osutajad. Me räägime baasvajadustest, kindlast arvust töötajatest ... Kindlasti peame läbi mõtlema, kas suudame

need töötajad kuidagi n-ö ära siduda, et neid ei kutsutaks kriisi korral hoopis Kaitseväe teenistusse või teistele ametikohtadele. Loomulikult on elutähtsa teenuse osutajatele oluline ka küsimus, kes nende kulud katab. Praegu ei ole me selleks valitsuselt lisaraha saanud, aga läheme küsime uuesti.

Mis on praegu kriisi korral Eesti meditsiinisüsteemi suurimad murekohad seoses toimepidevusega?

Kui infrastruktuur on meil suures määras hea, siis kõige suurem murekoht on inimressursi puudumine. Meil on arste ja õdesid puudu juba tavaolukorras, aga kriisi ajal võime nende arvu julgelt pooleks jagada – kes läheb Kaitsevähke, kes kuhugi mujale. Nüüd ongi suur küsimus, mida ja kui pikalt me selle poole ressursiga kriisi korral teha jõuame.

Me oleme loomas sellist funktsionaalsust, et tööandjal, haiglal oleks võimalus registrist näha, kus tema töötaja lisaks veel töötab. Saame sinna koostöös Kaitseressursside Ametiga ära märkida tema esmase töökoha. Meie soov on, et nende inimeste töökohad, kes töötavad haiglates, esmatasandil ja kiirabis, oleksid riigikaitsele selles mõttes, et neid töötajaid ei saaks kriisi korral sealt ära võtta. Haigla vajab siis kõiki inimesi, kes seal ka rahu ajal töötavad, arstide kõrval näiteks radioloogia- ja tehnikuid, tehnilist personali, kedagi, kes tagaks toitlustuse jne. Personali olemasolu tagamine on üks keerulisemaid küsimusi.

Ilmselt sõjaolukorras mingi osa inimesi läheb või vähemalt üritab ära minna. Kas see on kuidagi tervishoiutöötajate puhul takistatud?

Ega vastu tahtmist ei saa kedagi sundida jääma ja teisele abi osutama, aga Ukraina kogemuse põhjal on ka see võimalus, et tervishoiutöötajad osutavad teenust piiriülel. Näiteks osutatakse vajalikku psühholoogilist abi e-teenusena välisriigist. Elutähtsa teenuse osutajaks olemine tähendab ka seda, et koostöös riigiga tuleb leida lahendus vajalikule inimressursile, et teenust, millest sõltub elu, saaks kriisiolukorras pakkuda.

Terviseamet moodustas tõukvalt suvistest kiirabi järjekordadest erakorralise meditsiini osakondade, Häirekeskuse ja kiirabibrigaadi pidajate koostöö parendamiseks tööüh-

ma. Mis on selle eesmärgid ja mida on seni ära tehtud?

Praeguseks oleme tööühmaga ühe korra kokku saanud. Põhja-Eestis on peamine küsimus selles, et kiirabi ressursid ja kiirabibrigaadide paiknevus ei vasta enam rahvastiku tihedusele. Tahame aru saada, kus ja kui palju kiirabibrigaade peaks olema. Teine teema on erakorralise meditsiini osakondade ehk EMOde võimekus. Osaliselt on probleem selles, et EMOd on üsna väikesed, mis tähendab, et kui tuleb korraga palju inimesi, siis nad lihtsalt ei mahu ära. Lisaks saame oma järelevalve käigus vihjeid, et EMOdes ei ole piisavalt valvet tegevast personali, et katta kõiki kohti.

Ilmselt on võimalik teha rahastusettepanekuid, raha teistmoodi jagada, mõelda, millises etapis EMOde laiendamiseks edasi minna. Probleem on ka see, et praegu on kiirabidel piirkonnad omavahel õigustühiselt jagatud, aga meie tahaks, et patsient saaks kiiresti esimesse erakorralise meditsiini osakonda. Selle lahendamine on suuresti logistikaülesanne. Tulema peavad ka pikemat aega silmas pidavad sammud, mida saaks teha paremini. Ma mõtlen ehitust, rahastuskeeme ja erakorralise meditsiini osakonna muutmist tööandja mõttes atraktiivsemaks, et saaksime neisse osakondadesse tööle rohkem residentide ja arste.

Kuidas on tööühmal praegu läinud?

Hästi, koguneme kahe nädala pärast uuesti [intervjuu toimus detsembri alguses – toim.] ja iga osapool peab siis välja pakkuma lahendused, mida saab vastav kiirabi või EMO osapool teha, et patsient saaks kiiresti kiirabiautost vastu võetud, EMOsse sisse ja nii, et temaga seal ka tegeletakse. EMOdel on lisaks see ülesanne lahendada, et kui patsient tuleb EMOsse, siis peab ta sealt kiiresti liikuma edasi osakonda või koju. Räägime need teemad läbi. Lisaks veame kiirabi paiknevuse kaardi loomist, et minna sellega hankesse – kus ja kui palju kiirabibrigaade ning millise mehitatusega peaks olema. Meil on nähtud ette kohtuda neli korda, kokkulepped võiksid olla tehtud esimese kvartali lõpuks. Uus kiirabihange tuleb suvel.

Tervishoiuteenus osutajate jaoks on mõru maitse suhu jätnud vastutuskindlustuse rakendamine. Seda kindlustust küll oodati, kuid olematus konkurentsiolekord on see

üllatavalt kallis. Mida teie arvate – kas vastutuskindlustuse rakendamisega tegi riik kõik õigesti või oleks pidanud tegema midagi teistmoodi, lükkama edasi vms?

Seda protsessi on juba ühe korra edasi lükatud poole aasta võrra. Patsiendikindlustuse seadusemuudatus ei ole hiljutine, see muutus oli teada ja selleks oli piisavalt pikk aeg valmistuda. Miks kindlustusseltsid kaasa ei tulnud, on väga hea küsimus. Kui Riigikogus seda menetleti, siis ju kindlustusseltsid ise soovisid, et tehtaks vabaturul põhinev süsteem, kuna see on odavam, ja sel hetkel võttis seaduseandja seda kuulda.

Kuna meil ei ole olnud üleüldist praktikat ühetaoliselt ravivigade statistikat koguda, on sellest tulenevalt ilmselt pakkumised erinevad. On haiglaid, kes on tegelenud ravivigade ja kaebuste kogumisega ning kes saavad esitada väga detailsed andmed, et saada kindlustusriski allapoole.

Teenuse kvaliteedist pole võib-olla tervikuna niivõrd mastaapselt varem räägitud, nüüd on see esimene konkreetsem samm ja see tekitab segadust. Muidugi ka see, et algselt lubas riik kindlustusmaksed kompenseerida, aga nüüd tehakse seda osaliselt. Arusaadav, et see põhjustab pettumust.

Mis ikkagi saab neist tervishoiuteenuse osutajatest, kes seda kindlustust ei tee?

Oleme näinud kuu jooksul seda, et osa loobub tegevusloast, kuna teenuse osutamine polegi olnud kuigi intensiivne. Nendega, kes nüüdseks pole esitanud kindlustuslepingut, võtame ühendust ja asume ärakuulamisele, et aru saada, mis on olnud takistused.

Aga kui head põhjust ei ole?

Siis teenust nii kaua osutada ei saa. Tegemist on süsteemiga, mis tagab patsiendile tema õigused. See on väga suur samm. See süsteem tagab selle, et perearst või haiglas vea teinud arst ei vastuta üksikisikuna, vaid vastutab institutsioon. Sellise mõttega on see väga hea süsteem. Me ei saa seda lubada, et teeme süsteemist loobumise otsuse emotsionaalselt ainult kõrgete maksete kontekstis.

Kui palju on praeguseks laekunud patsiendiohutusjuhtumite andmekogusse POHAK ohutusjuhtumeid ja mis neist edasi saab?

Juhtumeid on hästi erinevaid. Laekunud on üle saja juhtumi. Peamiselt on need ravimitega seotud, operatsioonijärgsed ja laborijuhtumid. Need andmed ei ole isikupõhised, aga saame analüüsida põhjuseid ja anda tagasisidet, kuidas teenuse kvaliteeti tõsta.

Kas vastutuskindlustuse lepituskomisjon on juba loodud ja tegutseb?

Kui oleme saanud viimase tagasiside komisjoni liikmetelt, siis see alustab. Seejärel ootame juhtumeid kindlustusseltsilt. Kui sageli komisjon koos hakkab käima, oleneb juhtumite arvust. Oleme valmis, et töö on intensiivne. Üldiselt usun, et see oli mõistlik otsus hoida komisjon vastutuskindlustuse järelevalveorgani ehk meie juures. Patsiendile peab alati jääma selline pöördumise võimalus.

Milline on ameti jaoks olnud lõppev aasta ja kas on mingisuguseid plaane, muudatusi, mida võiks uue aasta kohta välja tuua?

Lõppeval aastal on olnud palju asju töös. Üks ongi patsiendikindlustus, aga ka tervishoiukriisideks valmisoleku teema tunnustamine laiemalt Riigikogu ja valitsuse poolt. See on suur töövõit, et saame vahendeid suunata nii haiglatele, kiirabidele kui ka tulevikus perearstidele ja apteekritele. Iga kriis puudutab tervishoidu ja meil on ressursi juurde vaja, et olla valmis.

Järgmisel aastal on kindlasti oluline teema tervishoiuteenuste kvaliteet laiemalt. Kvaliteedi pool on tegelikult jäänud natuke patsiendikindlustuse teema varju, kuid ohutusjuhtumite analüüsi kaudu saab selgemaks, kuidas juhtumeid ennetada ning teenuse kvaliteeti tõsta. Kvaliteedisüsteemi osa on ka juhtimissüsteem, töötajate koolitamise süsteem, andmekaitse, dokumenteerimine ehk me peame tagama selle, et patsientide kontekstis tekiks vajalikud andmeväljad ja et tervise infosüsteem oleks vajaliku infoga kaetud.

COVIDi järel on Terviseametilt oodatud, et teeksime teatud valdkondades järelevalvet. Tihti on see hirmutav, kui Terviseamet tuleb järelevalvet tegema, aga on ka valdkondi, kes seda ootavad ja sellist sissevaadet koos korralike raportitega tahavad. Näiteks kutsehaiguste ja töötervishoiu valdkonnas. Väga oluline teema on meditsiiniliste töötajate pädevus laiemalt.