

Priit Tohver: psühholoogilise turvalisuse A ja O on lugupidav suhtlemine

Selleks, et tervishoiutöötajad julgeksid oma ideedest ja probleemidest rääkida ning haigla neist õpiks, on esmatähtis psühholoogiline turvalisus. Psühholoogilise turvalisuse A ja O on üksteisega lugupidavalt, mõistvalt ja kannatlikult suhtlemine, ütles Põhja-Eesti Regionaalhaigla kestliku arengu teenistuse juhataja Priit Tohver Med24 toimetajale Madis Filippovile.

Millega kestliku arengu teenistus tegeleb?

Kestliku arengu teenistus on Põhja-Eesti Regionaalhaiglas võrdlemisi noor teenistus. See sündis kaks aastat tagasi, kui panime kokku teaduse-arenduse ja kvaliteedi tiimid. Nägime, et töötame sama eesmärgi nimel, milleks on aidata haiglal õppida. Meie põhikirjaline eesmärk on ehitada regionaalhaiglast organisatsiooni, mis pidevalt õppides suudaks ületada tervishoiu järjest kasvavaid väljakutseid. Kui vaatame, mida tulevik toob, siis on selge, et kaheksa aasta pärast peame hakkama saama ligi 25% väiksema personaliga. Samal ajal eakate arv ühiskonnas järjest suureneb ning tervena elatud eluaastad oluliselt ei kasva. Kõik viitab sellele, et me peame väiksemate inimhulkadega tegema rohkem. Ainuke viis, kuidas suudame neid väljakutseid ületada, on iga päev kollektiivselt oma tööst õppides. Selleks see teenistus meil ongi.

Kuidas haiglas õppimine praktikas välja näeb?

Me üritame vaadata, mis on süsteemsed kangid (inglise keeles *leavers*), mida saame tõmmata, et vabastada võimalikult palju õppimisvõimet. Üks takistus on kahtlemata see, kui ei julgeta esitada küsimusi ega välja pakkuda ideid. Õed, hooldajad ja arstid näevad igapäevaselt midagi, mida võiks osakonnas paremini teha. Kui me teeme mingeid asju jaburalt, ebaefektiivselt, aga inimene ei julge oma ideed välja öelda, sest kardab näida totter või tunneb, et see pole tema koht öelda, siis tegelikult osakond ei õpi.

Üks võtmekangidest meie majas ongi psühholoogilise turvalisuse kasvatamine, et

oleks julgust ideid jagada. Samuti on oluline bürokraatia vähendamine. Kui peab liiga palju vaeva nägema, liiga palju nõusolekuid küsima selleks, et käivitada mingisugune väike katseprojekt, siis ilmselgelt haigla ei õpi, sest inimene annab alla enne, kui isegi alustanud on.

Meie teenistusest jooksevad läbi kõik teadusuuringud, mis regionaalhaiglas toimuvad, ja me kogu aeg mõtleme, mida saaksime teha, et nende alustamine oleks lihtsam. Üks asi ongi, et me püüame vähendada samme, mida peab astuma enne teadustöö alustamist. Tegelikult on vaja teha veel rohkem. Tuleb luua võrgustik, sest üks põhjus, miks teadustöö alustamine paistab nii hirmus, on, et see tundub ühele inimesele väga suure väljakutsena, aga kui tal on toetav võrgustik, ta teab inimesi, kes on varem teadustööd teinud, tal on haiglasine mentor, siis muutub kõik palju lihtsamaks.

Neid asju on väga palju, mida saab teha selleks, et organisatsioon õpiks. Oluline on ka katseprojektide tegemine. Meie tiimi all on mõned suuremad projektid regionaalhaiglas, näiteks rakuravi CAR-T projekti juhtimine, mille käigus arendame täiesti uut ravivormi. See nõuab koostööd hematoloogidega, siduserialadega, infrastruktuuri inimestega, meditsiinitehnikaga, jäätmekäitlusega, teadus-arendusinimestega, välispartneritega, laboriga ja veel paljude teistega. Kui me võtame ette suuri keerulisi projekte, siis on selge, et nende käigus õpime. Üks tava, mida me oleme siin teenistuses juurutanud ja mida me üritame oma projektidesse tuua, on regulaarselt retrospektiivide tegemine ehk me vaatame



Priit Tohver

Foto: Põhja-Eesti Regionaalhaigla

tagasi. Kui mingi projekt on jõudnud teatud vaheetappi või lõppu, siis saame kokku ja arutame, mis läks hästi, mis võiks minna paremini, mida teeme järgmine kord teisiti.

Me tahaksime välja jõuda sinna, et õppimine ei ole ainult see, mida tehakse klassiruumis või ülikoolis, vaid ka see, mis toimub iga päev oma tööpostil olles.

Kohustusliku vastutuskindlustuse rakendamisest ja patsiendiohutuse andmekogu ehk POHAKu käivitamisest möödub novembris aasta. Kuidas teile praegu tundub, millise muutuse on see kaasa toonud?

Ta on muutnud ja ta ei ole muutnud. Minu seisukoht oli siis, kui vastutuskindlustus vastu võeti, ja on ka praegu, et fundamentaalselt ei muuda see midagi. Meie oleme panustanud patsiendiohutusjuhtumite raporteerimisse, nende aruteludesse, lähedaste kaasamisse juba aastaid. Vastutuskindlustus kindlasti ei loonud seda, et me lõpuks ometi räägime Eestis patsiendiohutusest. See toimus juba varem.

Vastutuskindlustusel on olnud mõned praktilised mõjud ehk meil on uus partner, kindlustusandja, kellega regulaarselt suhtleme ja kelle kaudu tuleb meile täiesti arvestatav hulk juhtumeid, mida peame koos nendega menetlema. See menetlus ei erine oluliselt sellest, kuidas need asjad varem

käisid. Lihtsalt varem oli tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon, aga tänapäeval on need eksperdid suuresti kindlustusandja palgal. Sellegipoolest anname juhtumi kohta oma sisendi samamoodi.

Vastutuskindlustusega läks paremaks see, et karistusseadustikku muudeti ühe väga olulise põhimõttega – kui patsiendiohutusjuhtumist on raporteeritud ja see on kenasti jõudnud Terviseametisse, siis on prokuröril alust kriminaalmenetlus lõpetada. See on väga oluline, et kaoks ära süsteemne patsiendiohutuskultuuri õõnestav faktor, et sellise juhtumi korral võidakse vangi panna. Ma väga lootan, et sellest seadusesättest peetakse kinni. Praeguseks on hakanud tulema esimesed juhtumid, kus juhtumist on raporteeritud, aga sellegipoolest on mindud kriminaalkohutusse. Nüüd siis näeme, kas need menetlused lõpetatakse või ei lõpetata. Kui ei lõpetata, siis oleme tagasi seal, kus olime enne vastutuskindlustusseaduse vastuvõtmist.

Üks positiivne asi oli see, et kuna me pidime looma üleriigilise patsiendiohutuse andmekogu, tegime head standardiseerimistööd ehk meil on nüüd üks klassifikaator kõikide patsiendiohutusjuhtumite jaoks. See võib anda päris palju juurde näiteks süsteemi tasandi aruteludes. Lisaks on meil olnud sund luua paremad infosüsteemid patsiendiohutusjuhtumitest raporteerimiseks.

Üheks oluliseks argumendiks, miks süsteemi muuta, oli lisaks mittesüülisusele ka vigadest õppimine. Kas või kui hästi see juba toimib?

Ma arvan, et vigadest rääkimine ja õppimine seoses vastutuskindlustuse süsteemiga paraneb ainult nii palju, kui võrd muutus karistusseadustik. Kui varem oli seaduse tasandil konkreetne blokaator, inimesed ei julgenud patsiendihutusjuhtumitest rääkida, siis nüüd on see loodetavasti kõrvaldatud. Aga suures pildis, ma pakun, et 90% patsiendihutusjuhtumite puhul, mis on üldjuhul kerged juhtumid, ma ei usu, et see seadus midagi muudab. Seda muudab ikka ainult järjepidev haiglakultuuri arendamine. Üks asi on juhtumi raporteerimine. Raporteerimises oleme meie juba päris head, meil on ligi 7000 juhtumit aastas. Teine asi on, kas sellest raportist ka õpitakse, ja see vajab veel arendamist. See pole alati nii lihtne ja praktikad pole veel hästi juurdunud. See on kindlasti üks asi, millega me siin töötame, et patsiendihutusjuhtumitest õppimise protsess oleks süstemaatiline ja need oskused oleksid levinud. Järeldused peab tegema iga keskus ise, kus selline juhtum aset leiab. On keskusi, kes on juba pikki aastaid saanud regulaarselt kokku ja arutanud tekkinud tüsistusi ning nemad on tänaseks eeskujud, aga on ka keskusi, kus see pole veel tavaks, kus alles otsitakse, kust võtta see aeg, et neid juhtumeid regulaarselt arutada. Eks see aeg tuleb leida.

Patsiendihutuse päev leidis tänavu suurt kajastust, paljud haiglad kinnitasid patsiendihutuse teema olulisust. Kuidas teile tundub – kui palju on selles deklaratiivsust või võetaksegi seda teemat üha tõsisemalt?

Ma ei usu, et see on deklaratiivne. Tegelikult oleme patsiendihutuspäeva tähistanud aastaid. Sel aastal läks see natuke suuremaks, näiteks tegime patsiendihutuse parendaja kampaania ja kuulutasime välja Eesti patsiendihutuse parendaja, kelleks on dr Marko Murruste. Oleme patsiendihutuspäeva tähistamisega järjepanu kasvanud, aga tegelikult oleme igal aastal midagi teinud. See pole selleks, et ületada meediakünnist, vaid ikka sellepärast, et viia edasi patsiendihutuskultuuri ja et me haiglaüleselt ütleksime selgelt välja, et patsiendihutus on meie jaoks on oluline.

Kuidas Eestis praegu patsiendihutuskultuuriga lood on?

Ma arvan, et see on läinud oluliselt paremaks. Kindlasti ei ole see meil sellisel tasemel nagu USAs, Inglismaal või Põhja-maades, kellest oleme ligi kümme aastat maas. Järjepidev töö patsiendihutuse parendamiseks on saanud suurema hoo sisse viimase viie aasta sees.

Üks väga tundlik ja minu meelest keskne küsimus seoses patsiendihutusega on see, kui võrd me räägime patsiendihutusest ja vastavatest juhtumitest patsientide ja lähedaste endaga. Kui juhtum on aset leidnud, siis kas me kommunikeerime seda neile või mitte? Ma arvan, et kui ma oleksin viis aastat tagasi maja peal küsinud, kas peaksime seda tegema, oleksin saanud vastuseks, et 50% ütleb jah, 30% kindla ei ja 20% oleksid kõhelnud. Tegime eelmisel aastal meie osakonnajuhtide seas küsitluse. Küsimusele, kas me peaksime rääkima patsientidele nendega toimunud patsiendihutusjuhtumitest isegi siis, kui nad sellest teada ei saaks, vastas 97%, et peaks küll. Ma arvan, et see on oluline nihe.

Kõige olulisem ongi, kui võrd avatud me patsiendihutuse suhtes oleme, kas me julgeme välja öelda, et haiglas pole alati 100% ohutu, vaid meil on süsteemsed riskitegurid, mis tähendab, et patsient, kes siia tuleb, võib kukkuda, võib saada infektsiooni ning igal operatsioonil võivad olla tüsistused. Fakt, et me sellest räägime, võimaldab ohutust oluliselt parandada. Senimaani on ohutuse tagamine olnud suuresti ainult tervishoiutöötaja õlul. Meie juba õpetame patsiente. Näiteks, et nad paneksid tähele, kui neile protseduuri tehakse, kas neid ikka identifitseeriti. Patsient saab teha omalt poolt asju, et ennetada kukkumisi, ennetada lamatisi. Selline partnerluse arendamine on oluline osa patsiendihutusest.

Olete öelnud, et tervishoiutöötajatelt tohutu eneseületuse eeldamise asemel tuleks kasvatada psühholoogilist turvalisust, et probleemidest kohe rääkida. Kas teie haigla tegeleb sellega?

Meie haigla tegeleb sellega. 2020. aastal tegime esimese ülehaiglalise patsiendihutuskultuuri küsitluse. Küsiti näiteks, et kui sa näed, et kõrgema autoriteediga töötaja seab patsiendi ohtu, siis kas sa julged sellele reageerida; või kui sa raporteerisid patsien-

diohutusjuhtumi, siis kas sa tundsid, et sind võeti sihikule või võeti sihikule juhtum. See ju kõik näitab psühholoogilist turvalisust ja selles oleme näinud järjepidevalt paranemist.

Võtsime mõne aasta eest vastu regionaalhaigla suhtlemise hea tava, sest psühholoogilise turvalisuse A ja O on üksteisega lugupidavalt, mõistvalt ja kannatlikult suhtlemine. Kui sinu küsimuse või idee peale reageeritakse käratamisega, siis psühholoogiline turvalisus laguneb. Panime sinna selgelt kirja, et me eeldame oma töötajatelt üksteise, partnerite ja patsientide suhtes lugupidamist, ning sõnastasime kuus põhi-teesi, mida järgida. Me oleme välja arendanud suhtlemise hea tava koolitajate võrgustiku ja igal aastal teeme suhtlemise hea tava päeva, et tuletada meelde, kuidas me regionaalhaiglas suhtleme ja mis ei ole aktsepteeritav. Meil on ligi seitse aastat olnud juhtide arenguprogramm. Seal räägime uutele juhtidele psühholoogilise turvalisuse loomisest ja hoidmisest. Teeme seda ka konverentsidel ja juhtide seminaridel.

Üks oluline koht, kus me oleme leidnud, et peame psühholoogilise turvalisuse eest seisma, on regionaalhaigla ravikvaliteedi komitee. See komitee arutab kõige keerulisemaid juhtumeid. Seal on ilmselt väga tundlikud ja rasked arutelud. Iga ravikvaliteedi komiteed alustame avaslaadiga, mis ütleb, et meil on arutusel põhimõte, et lähtume suhtlemise heast tavast ja keskendume probleemile, mitte isikutele ehk me ei otsi, kes on süüdi, vaid mida saaks süsteemides muuta, et sarnaseid juhtumeid ennetada. Ma arvan, et kui suudame rääkida nii keerulistest teemadest, nagu ravivead, lugupidavalt ja nii, et inimesed, kes lahkuvad komisjoni arutelult, ei tunne, et neid on risti löödud, siis annab see psühholoogilisele turvalisusele hästi palju juurde.

Ma arvan, et oluline on ka see, kuidas me reageerime nendele olukordadele, kus on jämedad psühholoogilise turvalisuse rikkumised. Näiteks töökius. Meeskonnas ei saa olla psühholoogilist turvalisust, kui harrastatakse töökiusu. Hea on näha, et töökiusu juhtumitest julgetakse rääkida ja neile reageeritakse.

Kaks aastat tagasi ilmus Levilas teie artikkel „Lahkumisintervjuu“, mille sisu oli, et paljud Eesti arstid ei taha kehva tööõhkkonna tõttu arstina

töötada. Milline oli arstkonna tagasiside sellele?

Esimese poole aasta jooksul oli arstkonna tagasiside väga vähene. Sain palju positiivset tagasisidet nooremarstidelt, mu fookus oligi pigem nendel, kelle tööstaaž piirnes kümne aastaga. Sain väga palju kirju ja pöördumisi, kus kinnitati sarnast kogemust. Kusjuures mitte ainult arstidelt, vaid ka teistest sektoritest. Kogenumatelt arstidelt ei kuulnud ma tükk aega midagi, kuni Eesti Arstide Liit tegi eetikaakonverentsi ja mind kutsuti sel teemal rääkima. Rääkisin seal toksilisest töökultuurist ning see võeti väga positiivselt vastu. Pärast eetikaakonverentsi hakati oluliselt rohkem minu poole pöörduma ja kutsuti veel rääkima.

Kui aktiivselt Eesti haiglates toksilise töökultuuri probleemiga praegu tegeletakse? Kas seda tunnustatakse päris teemana?

Ma arvan küll, olgu ta siis toksiline töökultuur või lugupidamatus töökeskkonnas. Ma ei saa öelda, et seda teemat poleks varem tõsiselt võetud, aga ma arvan, et me ei mõistnud selle ulatust, sest toksiline töökultuur toodab vaikust. Selline töökeskkond saadab selge sõnumi olla vakka – ära mine rääkima, ära mine kurtma, sest siis satud veel suurema põlu alla! Kahjuks kohtun tänase päevani inimestega, kes tunnistavad mulle esmakordselt, kui halb on olnud töökultuur nende osakonnas. Nad pole tahtnud panna oma pead välja ja võib-olla siis hiljem tegeleda järelmitega. Näen, et julgust on praeguseks rohkem, ja kuna julgust on rohkem, siis kasvab teadlikkus.

Ma loodan, et julgusega rääkida, kasvab ka julgus reageerida, sest kahjuks on nii, et kuna Eestis on tervishoiutöötajaid vähe ja jääb järjest vähemaks, siis näen väga palju käte laiutamist, sest kusagilt pole ju uut spetsialisti asemele võtta – kui sellest inimesest loobun, kes ilmselt pole meie väärtustega kooskõlas ja teeb teiste inimest elu raskeks, siis kust ma võtan talle asemiku. Mina julgustan mõtlema, et võib-olla põhjus, miks ei leia asemikku, ongi selles, et sul on just see inimene töö. Isegi, kui see haiglas väga hästi välja ei paista, et kusagil on mingid probleemid, siis arstkonnas on need väga hästi teada. Noored räägivad omavahel, nad teavad väga hästi, kuhu tsüklitesse minna ja kuhu mitte ning millistes osakondades on hea ja millistes halb kultuur.