

Üllar Lanno: üldhaiglaid võiksid saada arstide väljaõppes suurema rolli

Arstiteaduse kuuenda kursuse tudengite suunamine praktikale üldhaiglatesse annaks palju juurde nii tulevastele arstidele kui ka kümnele maakonnahaiglale, leidis Narva haigla juht Üllar Lanno intervjuus Med24 toimetajale Madis Filippovile.

Kui te läksite 2024. aastal Narva haiglat juhtima, siis mis teile vastu vaatas ja kas oli midagi, mis üllatas?

Enne Narva haiglasse tööle minemist oli minu viimane pilt sealt COVID-19-kriisi ajast, kui see oli üks suurima asutusesisese nakatumisega haigla. Ma olen käinud vene keele eriklassis ja mul on olnud venekeelsete inimestega suhtlemine küllaltki tihe, mistõttu üksteise mõistmine oli nii COVID-19-kriisi ajal kui ka hiljem siia tööle tulles pigem väga hea.

Mis mind üllatas, oli inimeste sedavõrd lai rahvusvaheline kooslus – meil on siin 14 rahvust – ja nende suhteliselt sõbralik koostegutsemine. Mind üllatas ka see, et olles keskkonnas, kus elab 52 000 inimest, kellest ainult 1800 on eesti keelt emakeelena kõnelevad inimesed, ning rääkides kodus, koolis, lasteaias, poes ainult vene keelt, minnakse ikkagi julgelt rind ees esitama soravalt eestikeelset loengut. Veel üllatas mind see, et kui mul oli varem tunnetus, et ka siia on euroopalikud töömudelid ja asjaajamine sügavamalt kohale jõudnud ning minu ületulek suurest pealinna keskusest kulgeb lodusalt, kuna kõik mõtlevad ja tegutsevad ja teavad protsesse ühtemoodi, siis tegelikult see nii ei ole. Teadlikkuse toomine siia toimub ikkagi ainult nii, et tuled oskusi omava inimesena mujalt ja tood selle teistsuguse kultuuri kaasa. Mind üllatas ka praeguseks küllaltki levinud tehisintellekti kasutamise ja pilveteenuses dokumentide töötlemise keskine oskus. Esimesel tööpäeval pandi mu lauale kuus nahkköites kaant dokumentidega, mille nurgale tuli kirjutada korraldus või käsklus. Olin tõsiselt üllatunud, et digitaliseerimisega ei ole siin piirkonnas kuigi jõuliselt edasi liigutud.

Aga kui võib-olla meediast paistab tava-inimesele silma, et haigla on justkui lõhes-

tunud ja inimeste vahel on ärevus või lausa kriis, siis see on olnud pigem ülespuhutud teema. Sellist asja mulle vastu ei vaadanud.

Nii et Venemaa-Ukraina sõda ei ole kollektiivis mingisuguseid pingeid kaasa toonud?

Ma ei ole seda kordagi tunnetanud. Ma pole haiglas kordagi kuulnud, et sel teemal üldse räägitakse.

Kas teil oli Narvaga ka varasem seos või läksite täiesti uude kohta?

Minu esimene kokkupuude Narvaga oli siis, kui sattusin optikaärrisse, mille üks müügipunkt oli Narva haiglas. 1994. aastal käisin siin iga kuu mitu korda oma töösajade pärast. Teine juhus oli siis, kui töötasin ühes Hollandi ravimiuuringute firmas ja mul olid siin kaks arsti, kelle juures käisin küllaltki sageli. COVID-19-kriisi ajal käisin siin samuti mitu korda. Terviseameti juhina, kui nägin kõiki haiglaid üle Eesti, tekkis mul Narva haigla suhtes sümpaatiat – see on üks pealinnast kõige kaugemaid haiglaid ja ma tundsin, et see piirkond vajab enam tuge.

Värskelt tööle asununa ütlesite intervjuus Med24-le, et haigla seisab silmitsi mitmete väljakutsetega, sealhulgas ressursside piiratuse, infotehnoloogilise mahajäämuse, diagnostilise aparatuuri vananemise ja personalipuudusega. Kuidas olete nende teemadega kahe aasta jooksul tegelema?

Kui olin Narvas mõned kuud töötanud, sain aru, et samamoodi enam edasi minna ei saa. Näiteks olid siin kasutusel Office'i litsentsid, millel ei olnud pilveteenust. Seetõttu läksime kohe Office 365 tarkvarale üle maksimaalselt nende inimestega, kellel on igapäevatöös vaja



Üllar Lanno

Foto: Scanpix / Siim Lövi

üksteisega kiiresti dokumente jagada. Teine asi oli üleminek tehisintellektil põhinevale tekstiloomelisele assisteerimisele. Õpetasime inimestele, kuidas on võimalik saada õiget teksti vene keelest eesti keelde ja vastupidi, milliste käsklustega saab AI aru, millist teksti ta peab tootma jne. Meil on suureks katsumuseks ka haigla infosüsteem, mis on tegelikult üle Eesti suur probleem, sest kasutusel on 4–5 tarkvaralist lahendust, mis omavahel andmeid väga palju ei vaheta. Kui tahame näiteks kliinikumis õppivat üliõpilast või noort arsti meile tööle võtta, siis tuleb arvestada sellega, et ta on harjunud kasutama süsteemi, mida meie haiglas pole, ja tema ümberõpe on keeruline. Haiglate infosüsteemi mure on jätkuv ja praeguseks head lahendust ei ole. Minu siia tulemise hetkel oli meil pooleldi kasutusel 20 aastat vana ESTER ja pooltes tööloikudes kaasaegsena platvormi peale ehitatud HEDA.

Ühe saavutusena, mis kahe aasta jooksul on toimunud, tooksin välja uue põlvkonna kompuutertomograafi. Meie eelmine tomograaf oli 2006. aastast. Selle seadme ekraani diagonaal oli 13 cm. Tehniline tugi oli lõppenud. Ega seda enam kuigi palju kasutada ei saanudki. Kaasaegses diagnostikas kasutatakse ka madala kiirgusdoosiga uuringuid, aga nendes ei saanud me isegi enam osaleda, näiteks kopsuvähi uuringus. Nüüd peavad meil põhimõtteliselt kõik seadmed

suutma teha lisaks kahte asja: nad peavad olema suutelised saatma automatiseeritud enda toodetava info pildipanka ja nad peavad olema võimelised omama või liidestama tehisintellektipõhist lisaanalüütikat, et arsti tööd kergendada.

Kuidas on inimesed uuendustega kaasa tulnud?

Selle piirkonna inimene on hästi kiiresti vastuvõtlik kõigele, mis muudab midagi paremaks. Sõltumata vanusest.

Üks väljakutse oli personali puudujääk. Kuidas kirjeldaksite olukorda arstide ja õdedega? Kui keeruline on neid leida ja kui palju on puudu?

Seda on raske öelda, sest Ida-Viru piirkonna arstid ja õed töötavad paralleelselt nii ühes kui ka teises raviasutuses. Meil on pidev omavaheline tööjõu ristikasutus. Lisaks on meil hästi palju keskusest tulevaid arste. Ühed, kes peamiselt teevad ambulatoorseid vastuvõtte, ja teised, kes osalevad öövalvetes. Need on reeglina Tartu ja Tallinna nooremapoolded arstid, kes soovivad saada lisateenistust. Kohati on puudu üht eriala, kohati teist. Võib-olla meie piirkonna kõige suurem probleem on ikkagi selliste venekeelsete patsientide osakaal, kes ei saa aru eestikeelse arstiga suhtlemisel eesti keelest. Seni kuni pole võimalik AI abil otsetõlget

teha, on väga raske saada Tartust siia tööle neid noori arste, kes vene keelt ei oska. Kui suudame selle tehnoloogilise barjääri ületada, siis võib-olla annaks see meile võimaluse rohkem ahvatleda neid noori arste, kes vene keelt ei räägi. Praktikal meil ikka inimesi käib, sellega muret pole. Loodan, et kui nüüd ehitame uue maja, siis tekib rohkem võimalusi noori arste juurde saada.

Õdede koha pealt on meil selles mõttes lihtsam, et siin on Tartu Tervishoiu Kõrgkooli õpperühm. Õdede puhul on meil pigem isegi konkurents, kuna töökohti on vähem kui inimesi, kes tööd otsivad. Eriuskustega õdede – need on magistrikraadiga õed – osakaal on siin piirkonnas isegi kõrgem kui suurtes keskustes. On näha, et õed tahavad ennast arendada. Olengi andnud õdedele suurema vastutusega ülesandeid, kuna nende hariduslik pädevus on piisavalt heal tasemel ja neil on soov vastutust võtta. See vähendab omakorda arstide ressursi kasutamist ja annab neile rohkem aega patsientidega tegeleda.

Kas teil on tööjõuprobleeme silmas pidades ka riigile mingisuguseid ootusi?

Kõige suurem probleem on see, et kui ülikool koos sotsiaalministeeriumiga kavandab tööjõu ressursi, siis peamiselt vaadatakse ainult seda, kui palju juurde kasvab, aga arvesse ei võeta, kui palju läheb aastate jooksul praegusi arste pensionile. Kahjuks on see defitsiidis. Oleks vaja hinnata, milline on näiteks 2031. aastal tegelik olukord, ja siis sellest lähtuda, kui palju on vaja arste õppesse juurde võtta. Teine probleem on selles, et kuna sündimus väheneb, siis ka nende inimeste hulk, kes lähevad arstiks õppima, kahaneb. Kui mingisuguse avaliku kommunikatsiooniga arsti elukutset populariseerima ei hakata, siis pole ka innustust, mis sunniks inimesi arstiks õppima, ja arstide osakaal võib langeda veelgi.

Eestis on kümme maakonnahaiglat. Kui eriarsti on väga raske suunata, sest ta ise otsustab, kus ennast teostab, siis 6. kursusel on terve aasta praktikat ja kõik need tudengid võiksid liikuda üldhaiglatesse. Nad pääsevad seal kohe juurde tegevustele, kus juhtub palju, ja kuna üldhaiglas pole spetsialiseerumine nii kõrge kui suurtes keskustes, näeb seal tervet meditsiinivaldkonna spektrit. Kuuenda kursuse praktikan- tide suurema proportsiooniga üldhaiglatesse

suunamine annab üliõpilasele võimaluse saada kompetentsi juurde, aga teiselt poolt annab haiglale võimaluse kaasata ravimeeskonda inimene, kes on juba peaaegu arst ja kelle peale saab loota.

Kolmas asi oleks survestada eriõe oskustega inimeste juurdekasvu, sest tahes-tahtmata, kui vaadata rahvastiku vähenemise viimaseid väga karme hinnanguid ja seda, et ilmselgelt on ka arste järjest vähem, peab keegi selle rolli üle võtma, sest ühiskond vananeb ja krooniliste haiguste hulk suureneb.

Mainisite enne uue hoone ehitamist. Millised on edasised plaanid Narva haigla uuendamiseks, investeeringu- teks?

Meil on praegu käimas 40 miljonit eurot maksev renoveerimisprotsess. Me rekonstrueerime olemasoleva kuuekordse haiglahoone, kus on EMO, opisaal, kirurgia, sünnitused jne, ning selle kõrval valmib samal ajavahemikul 4 korrusega uus teraapiakeskus, mis annab võimaluse kolida kogu sisehaiguste kliinik 1913. aastal ehitatud hoonest uutesse tingimustesse. Mõlemad peaksid valmima 2028. aastal.

Riigis on toimumas sotsiaal- ja tervishoiuteenuste integreerimise reform, mis on Narva kontekstis seotud ühe probleemiga – Narvas on ligikaudu 30 perearstinimistut ja 4–5 aasta jooksul võib tekkida olukord, kus ligi kolmandik perearstidest läheb pensionile. Üle võib jääda 15 000 patsienti, kes hakkavad otsima, kust abi saada. Haigla valmistub võimaluste loomiseks, ehitades eraldi pinna, kuhu saaksid tulla perearstid tööle ja kuhu tõenäoliselt peavad siis üldarstid appi minema, et suuremaid nimistuid teenindada. Seoses uue maja valmimisega jääb selleks 1913. aasta maja, kus meil on lisaks mõttes süvendada rehabilitatsiooni ja taastusravi funktsiooni. Lisaks mõtleme vananeva ühiskonna jaoks vajalike tavateenuste laiendamise peale.

Kui aktiivselt kasutatakse Narva haiglas e-konsultatsiooni võimalust?

See on meil olemas ja seda kasutatakse. Narva haiglas on veel erinevaid lahendusi. Näiteks on meil üks teenus, mis on võrreldav nii kliinikumi kui ka regionaalhaiglaga – see on ambulatoorne psühhiaatriline vastuvõtt, mis toimub telesilla vahendusel. Psühhiaater ei asu Narvas. Diagnoosi väljaselgitamine

tehakse tehisintellektuaalselt. See toimub nii, et patsient tuleb Narva haiglasse ja psühhiaatriga koos töötava õe abiga läbib AI-testi, mille järel lepitakse kokku visiit, mille käigus kohtub ta haiglas videosilla kambris psühhiaatriga. Hilisem jälgimine toimub vaimse tervise õe poolt või määratakse patsiendile mingisugune järeltegevus. Selle käigus sai eelmisel aastal tuhatkond inimest Narvas abi, mida varem ei olnud.

Olukorras, kus meil on arstiressurssi vähe, näen järjest rohkem selliste võimaluste arendamise vajadust, et arst ei liigu punktist A punkti B, vaid erialadel, kus ta ei pea patsiendile n-õ kätt külge panema, saab teenust pakkuda distantisilt. See seab muidugi omakorda erinevad nõuded haiglatele, alustades andmeside kiirusest, tehnilistest võimalustest kuni infoturbeni. Samuti peab juurduma patsiendi nõustumine asjaoluga, et arst räägib temaga ainult teleri või telefoni ekraani vahendusel.

Kui palju tegelete sellega, et personal oleks küberküsimumstes pädev ja ei langeks löksudesse?

Me oleme sellega tegelenud terve 2025. aasta jooksul väga jõuliselt. Meil toimus üle kahe kuu mõni küberturvalisuse koolitus. Lisaks on meil passiivne õpe – e-postiga tulevad testid, mille abil vaadatakse inimese käitumist seeläbi, kuidas ta reageerib. Sellele järgneb õpetav osa. Küberturvalisusesse investeerime igapäevaselt päris palju. See on hädavajalik.

Olete kritiseerinud kohustusliku vastutuskindlustuse süsteemi, tuues välja, et see vähendab haiglate investeerimisvõimekust. Kui palju haigla iga aasta kindlustuse eest maksab ja kui palju on juhtumeid olnud?

Kindlustuse vastu ei ole mul iseenesest midagi, aga mis mind kõige rohkem häirib, on see, et Eestis on küllaltki monopoolne olukord. Esialgu oli turul ainult üks pakkuja, kes sai küsida sellist hinda, mida tahtis, ja seaduse järgi oli kohustus temalt osta. Kuigi on tekkinud ka teine pakkuja, on ikkagi küllaltki suur osakaal esimese käes. Narva haigla maksab 100 000 kuni 120 000 eurot aastas kindlustuslitsentsi eest, hüvitiste maht on sellest inimestele ainult 10%. Kusjuures, olnud ise ühe jalgrattaga liiklusõnnetuse osaline, saan öelda, et teatud mured võivad hakata avalduma alles 4–5

aasta pärast. See kindlustushüvitis, mille inimene saab juhtumi hetkel – veel hullem, kui juhtub, et seda on alahinnatud või madala kvaliteediga hinnatud –, võib olla tegelikult ebapiisav. Pigem näen, et peaks tekkima otsuste kvalitatiivne ülehindamine. Praegu on selleks veel periood lühike.

Millisena näete Narva haiglat 10 aasta pärast?

Esimene orientiir võiks pigem olla 3–4 aastat, kui meil on valminud kaks täiesti uut hoonet. Seejuures on perearstide küsimus Narva linna jaoks järgnevate aastate jooksul kõige suurem väljakutse. Narva ja Ida-Virumaa laiemalt on kõige kiiremini vananev piirkond ehk nende inimeste osakaal, kel on kroonilised pikaajalised haigused, järjest suureneb. Haigla peab valmistuma kaheks stsenaariumiks – patsiendid on voodiravil haiglas või saavad olla kodus. Kui vaatame üldist tendentsi, et noored kolivad Narvast ära, siis see tähendab seda, et vanur üksi koju jääda ei saa, kuna tal pole tugimeeskonda. Nüüd on küsimus selles, kas see reform, mis on planeeritud sotsiaal- ja tervishoiuteenuseid ühildama, suudab piisava kiirusega areneda ja selle teenuse ära katta või need inimesed jõuavad ikkagi haiglasse. See omakorda tähendab, et siis on vaja haiglas võimestada voodiravi.

Veel üks probleem, mis on selles piirkonnas vaja ära lahendada, on see, et Ida-Virumaal puudub vaimse tervise ja psühhiaatrilise abi pakkuja. Tõenäoliselt peab see olema kahe haigla omavaheline kokkulepe, kumma haigla juurde psühhiaatria osakond luua. Teist võimalust ei ole. Kui vaadata peale kasvava põlvkonna muresid ja vaimse tervise tegelemise vajadusi, siis see üksus on vaja luua. See võib toimuda koostöös Viljandi haigla, regionaalhaigla või kliinikumiga, sest spetsialiste on vaja ka distantisilt. Tõenäoliselt tuleb võimestada ka laborimeditiini ja uue põlvkonna diagnostika võimalusi.

Väga tihti lipsab Tallinnas üle huulte, et tervishoiuteenus peab olema kvaliteetne. Iga kord tekib mul küsimus, kas ütleva sai aru, et see lause kehtib kuni Narva jõeni? Sama kvaliteediga nagu Tallinnas, samasuguse ressursiga, samasuguse tähelepanuga ja samasuguse toimetudeliiga. Kui see on nii, siis keskparaadi panus ja tähelepanu peab tõusma 25–30%, vastasel juhul lahustub kvaliteetne teenus nende kilomeetritega enne siia jõudmist ära.