

Agris Peedu: kümme aastat üht haiglat juhtida on maksimum

Kaks korda viis aastat on regionaalhaigla juhtimiseks piisav – selleks, et haigla areneks, on vaja uut juhti, ütles oktoobri lõpus Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhi kohalt lahkuv Agris Peedu Med24 toimetajale Madis Filippovile.

Olete Põhja-Eesti Regionaalhaiglat juhtinud kokku kümme aastat. Miks te seekord enam ei kandideerinud?

Mul on juhtimis põhimõte, et kümme aastat on maksimum ja seejärel tuleks järgmisele entusiastlikule inimesele töö üle anda. Üks Eesti tippjuhtidest on öelnud, et kui juht on liiga kaua ametis, siis tal tekib kodupimedus ehk ta ajab nii-öelda oma vagu, milles ta on juba väga hea, aga ta ei näe kaugemale. Ta ei näe uusi võimalusi ja laiemaid väljakutseid. Võetakse vähem riske ja ollakse mugavustsoonis. Seda ma ei taha. Seetõttu on minu kindel arvamus, et kaks korda viis aastat on regionaalhaigla juhtimiseks piisav ja selleks, et haigla areneks, on vaja uut juhti.

Meil on mitmeid haiglaid, kus on samad juhid olnud väga pikka aega ja kõik toimib. Kas te julgustaksite neid ikkagi tegema muutust?

Väga julgustan. Ma olen seda varemgi öelnud, et kohati võib Eesti tervishoiu mitte liiga kiire arengu taga olla see, et mõned juhid on jäänud oma kohtadele pidama. Ma usun, et ükskõik kus haigla asub, leiduks kindlasti uusi motiveeritud ja ambitsioonikaid tegijaid, kes konkurssidel osaleksid. Muide, ka see, kui kollektiivid ütlevad, et sa jätkaksid – seda öeldi mullegi ja seda on ju hea kuulda –, peaks olema tippjuhile ohumärk, sest võib-olla ollakse sinuga liiga ära harjutud. Mina soovitsin kõikidel juhtidel, mitte ainult haiglajuhtidel, vaid ka ravijuhtidel ja kliinikutel juhtidel, piirduda kümne aastaga. Nende aastate jooksul tuleb leida järelkasv, olla veduriks, öeldes julgelt välja, et otsid uusi väljakutseid ja kutsud kandideerima. Kui mõelda regionaalhaiglale, mis on väga suur organisatsioon, siis siin on ju ametikohti, kuhu edasi minna. Ärge jääge ainult ühele erialale pidama.

Kui vaadata tagasi kümnele aastale, siis mis on ära tehtud ja kas on midagi sellist, mis jääb kripeldama?

Kindlasti jääb midagi kripeldama. Ma arvan, et juht ei tohiks lahkuda, öeldes, et kõik on tehtud. Võib-olla on siis ambitsioonid olnud liiga väikesed. Kui ma olin enne oma esimest ametiaega regionaalhaigla nõukogu liige ja tollane juht Tõnis Allik rääkis, kuidas nad on püüdnud aastaid teha psühhiaatriakliiniku ehk Seewaldi kinnistu uut detailplaneeringut, siis mul oli kindel eesmärk see ära teha. Kümme aastat on möödas – ei ole tehtud! On olnud palju kohtumisi erinevate linnapeadega, ametnikega, tellitud ekspertiise, vastatud paljudele küsimustele, tehtud palju taotlusi, aga me ei ole ikka kuigi kaugele jõudnud. See on projekt, mille annan uuele juhile edasi ja ma siiralt loodan, et detailplaneering mingil hetkel kinnitatakse.

Rääkides sellest, mis on ära tehtud, siis ma tegelikult ei tahaks tuua esile betooni, sest sellel on Eesti avalikus ruumis negatiivne tähendus, aga haigla kontekstis on see väga positiivne, sest kui ei ole õiget ravikeskkonda, siis ei saa pakkuda parimat modernset ravi patsientidele, head keskkonda lähedastele ega motiveerivat keskkonda töötajatele. Tooksin välja Y-korpuse valmimise, kus meil on laiendatud onkohematoloogia võimalused. Varem ei olnud meil nii suurt päevaravi võimekust kui nüüd. Patoloogid said endale paremad töötingimused. Saime valmis parkimismaja.

Kümne aasta sisse mahub ka COVID-19-pandeemia. Haiglale ja töötajaskonnale oli see arendav periood, kus näidati tugevat meeskonnavaimu ja võeti kasutusele uusi võimalusi. Saime õppetunde selle kohta, milliseid parendusi peame veel tegema, et olla valmis järgmisteks kriisideks.

Kui palju on Ukrainas toimuv sõda muutnud valmisolekut kriisideks?

Ukrainas toimuv näitab, et me ei tohi kaotada valvsust. See näitab, et peame jätkuvalt tegelema kriisiõppustega, mõtlema läbi alternatiivid ja aktiivselt tegelema turvalise keskkonna loomisega. Peame küll uuendama plaane, aga plaanidest üksi ei piisa, seega on vaja palju õppusi. Ukraina on meile vahetu näide sellest, mis võib juhtuda, ja aitab meil võimalikeks kriisideks paremini valmis olla.

Kas te arvestate sellega, et sõja korral on haigla suure tõenäosusega vaenlase sihtmärk, nagu seda on haiglad Ukrainas?

Võttes arvesse Eesti väiksust, siis kui midagi sellist juhtub, on vähetõenäoline, et regionaalhaigla tabamust ei saa. Lähiaastate vaates peaksime aga tõstma kriisikindlust peamiselt sabotaaži suhtes. Me oleme ju väga avatud asutus ega kontrolli, kes käib sisse-välja. Regionaalhaigla peaks oma füüsilist turvalisust oluliselt parandama, et olla valmis sellisteks sabotaažideks, mida me juba mujal riikides näeme. Näiteks üks asi, mis tuleb läbi mõelda: haigla aatriumis on võimekus teha kriisisituatsioonis lisavoodikohti, nagu me tegime COVID-19 ajal ja saaksime teha masskannatanutega õnnetuste korral, aga aatriumil on klaaslagi. Kui on droonioht, siis me ei saa patsiente sinna panna, sest klaaslae all on oht liiga suur.

Kas regionaalhaiglat on juba mingil moel rünnatud?

Jah, õngitsuskirju tuleb meile kogu aeg. Meil on olnud isegi selliseid juhtumeid, kus helistatakse, tutvustatakse arstile või õele ennast teise üksuse arsti või õena ja soovatakse saada patsiendi andmeid. Meile saadetakse arveid, kuhu lisatakse e-kirjavahetus minuga, mida tegelikult ei ole kunagi olnud. Selliste rünnakute, nagu valearved, valetelefonikõned ja valepommiähvardused, surve all oleme kogu aeg. Peame küberhügieeni ja küberturvalisust hoidma kogu aeg tähelepanu all.

Kuidas nende juhtumitega edasi tegeletakse või lähevad need lihtsalt kuhugi kirja?

Kui näeme, et juhtumil võib olla mõju, siis teavitame teisi riigiasutusi. Teeme nende juhtumite põhjal oma lahendusi turvalise-

maks. Igast kriitilisest intsidendist õpime midagi.

Te olete varem intervjuudes öelnud, et Eesti tervishoius puudub piisavalt selge suur plaan. Mida see Eesti haiglatele tähendab?

Meil on haiglavõrgu arengukava olemas, aga seda ei realiseerita. Ma jätkuvalt toetan seda, mida Tallinnas tehakse ehk Ida-Tallinna Keskhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Tallinna Kiirabi ja hambakliiniku kokkupanemist. See ei tähenda, et asukohad peaksid muutuma, vaid et organisatsioon on üks. See võimaldab teha kulutusi mõistlikumalt, tekib üks organisatsioon koos ühtse ja koordineeritud juhtimisega. Kahju, et selles projektis ei jätku regionaalhaigla.

Minu vaatevinklist ei peaks Eestis olema kolm piirkondlikku haiglat, vaid üks. Ma väga loodan, et koostöö, mida oleme alustanud koos kliinikumiga ja millest aastaid tagasi oli ka Eesti Arsti juhtkiri („Aastaks 2025 Eestile üks põhja- ja lõunalinna ülikoolihaigla“, Eesti Arst 2018, aprill – toim.), liigub aktiivsete sammudega edasi.

Sellega ikka tegeletakse?

Jah, tegeleme. Haiglate juhatused käivad vähemalt kord kvartalis koos ja meil on eriala töörühmad. Valmimas on regionaalhaigla, kliinikumi ja Tartu Ülikooli koostöömemorandum. Juhtrühmad lähevad oktoobris ühisele visiidile Karolinska Ülikooli Haiglasse, kus räägitakse nende kogemustest haiglate ühendamisel.

Ma usun, et kui haiglavõrgu haiglad oleksid eraomandis, siis oleks neid organisatsioonide praeguseks viiskümmend protsenti vähem, kuna omanik jälgiks, mida on otstarbekas teha. Minu mõte ei ole, et asukohti peaks vähem olema, vaid organisatsioonide peab vähem olema. Võin tuua lihtsa näite. Kõikides haiglates peavad olema andmekaitse spetsialist, küberturvalisusega tegelev inimene, kriisidega tegelev inimene – nad valmistavad ette ühesuguseid juhendeid, kordasid, kriisiplaane ehk tegelevad sama taseme tööga. Kui meil oleks vähem organisatsioone, siis saaksime teha näiteks andmekaitse-, kriisi- või küberturbemeeskonnad, kus ühed töötavad välja põhijuhendmaterjali, samal ajal kui teised teevad juba järgmisi samme. Eesti tervishoius, kui me räägime haiglavõrgust, on organisatsioon liiga palju. See on raha ebamõistlik kasu-



Agris Peedu

tamine. Meie tervishoiumaastiku probleem on ka selles, et mõned haiglad on n-ö riigi ja teised kohaliku omavalitsuse omad ning siis ei saavutata kokkulepet, et minna edasi järgmise suure tervishoiureformiga. Seda on aga ilmselgelt vaja.

Kui vaatan Tervisekassa suunal, siis võrdleksin praegust perioodi sellega, mis toimus natuke aega tagasi eraettevõtluses, kui valitsus ütles, et maksutõusud tulevad, ei tule, ikka tulevad, ikka ei tule ... Haiglatel on praegu sarnane olukord, sest me ei saa aru, mis toimub hinnastamisega. Kord öeldakse, et hinnastamises tuleb muudatus, seejärel, et hinnakirja sel aastal ikkagi üle ei vaadata, siis, et rakendatakse koefitsienti, siis, et proovitakse ikkagi hinnakirja muuta ...

Kui ma lugesin Tervisekassa pressiteadet järgmise aasta eelarveprojekti kohta, siis see oli tegelikult sisutühi. Seal olid ilusad hüüdlauseid digist ja AI-st, aga tooge näiteid! Vähemalt meie suurhaiglana peaksime ju neid lahendusi juba praegu piloteerima, et need oleksid aastal 2027 töös. Sellist asja ei ole. Ja ambitsiooni ei ole. Näiteks on

regionaalhaigla ja kliinikumi kirurgid juba üle aasta panustanud sellesse, et Eestisse jõuaksid robotkirurgia seadmed. Praegu ootame Tartu Ülikooli tervisetehnoloogiate hindamise raportit, seejärel ootame Tervisekassa hinnakirja. NHS (Inglismaa riiklik tervishoiuteenistus) on käinud välja võimsa eesmärgi, et 2035. aastaks tehtaks kümnest sagedasemast operatsioonist üheksa puhul enamik lõikusi robotkirurgia abil. Seal on võetud arvesse teaduskirjandust, mille järgi on robotkirurgial hästi palju plusse, millest üks on see, et need patsiendid on vähemalt paar päeva vähem haiglaravil. Ootan ka Eesti Tervisekassalt, et tuleksid sellised suurprojektid.

Mis oleksid teie vaates plussid, kui Eestis oleks üks piirkondlik haigla?

Regionaalhaigla on väga arenev haigla, kus on palju patsiente, motiveeritud meeskond, tehakse teadust, tegeletakse ravimiuuringutega, aga meie suurim miinus on see, et meil ei ole ülikooli vahetult kõrval. Jah, meil on olemas koostöö Tartu Ülikooliga, Tallinna

Tehnikaülikooliga, isegi Eesti Kunstiakaadeemiaga, kelle tudengid aitavad meil ravi- teekondi modelleerida, ning drooniprojekt Eesti Lennuakadeemiaga, aga võttes arvesse seda, kui palju me juba teadust teeme, kui palju me teeme ravimiuuringuid, siis võiks Tartu Ülikool olla meie kõrval vahetult.

Hiljuti toimus kliinikumis ühisseminar, kus osalesid lisaks juhatustele mitme eriala arstid. Ettekanded olid väga head. Arstid rääkisid vajadusest teha Tartu ja Tallinna vahel ühiskonsiiliume. Räägiti väga julgelt, et teatud spetsiifilistel alaaladel tuleb leida koostöökoht ja otsustada ära, mida tehakse siin või seal, kuhu osta kallid seadmed. Kui ühinemine peaks toimuma, siis üks linnak ei koli teise juurde, aga on üks organisatsioon, kus on palju parem otsustada, kus midagi tehakse, kus on mingi spetsiifika. Siiralt usun, et kui oleme koos, siis pöörduvad rahvusvahelised suur- firmad aktiivsemalt, et pakkuda erinevaid tehisintellektilahendusi, ravimiuuringuid, teadusuuringuid. Praegu peavad nad läbi rääkima kahe erineva organisatsiooniga, kus võivad olla erinevad protsessid.

Kas te ei leia, et kui on üks organi- satsioon, siis kaob patsiendil valiku- võimalus ja pole võimalik saada teist arvamust teisest haiglast?

Väga spetsiifilistel erialadel ei ole juba praegu valikuvõimalust ja siis me suuname patsiendi hea koostöö tulemusena Karolins- kasse või Helsingi Ülikooli Keskhaiglasse. Mul on väga hea meel selle üle, et elundi- siirdamist teeb Eestis ainult Tartu Ülikooli Kliinikum. Jah, regionaalhaigla on kõige suurem siirikubaas, aga me ei tee seda. Hea meel on ka selle üle, et südamesiirdamisi, mida Eesti patsientidele tehakse üks-kaks aastas, tehakse koostöös Helsingi Ülikooli Keskhaiglaga. Kõike ei saa Eestis teha, seda just kvaliteedi mõttes. Oslo Ülikooli Haigla juhatuse esimees rääkis, kuidas nad praegusele kuningannale tegid kopsu- siirdamise ja tema jutust selgus, et nad teevad selles haiglas umbes kolmkümmend kopsusiirdamist aastas. Ta ütles, et seda on vähe tagamaks kvaliteeti, mistõttu kutsuti Taani, Rootsi ja Soome ülikooli haiglaid üles elundisiirdamist tsentraliseerima. Sel juhul oleks aastas kokku 230–240 siirdamist ja see pidi olema kvaliteedi tagamise mõttes juba väga hea. Kui meie ei suuda Eesti riigis otsustada ära teatud tsentraliseerimist, siis

millist ravikvaliteeti me tegelikult suudame pakkuda? See, kui Tallinna linnale kuuluvad haiglad saavad üheks organisatsiooniks, on äärmiselt hea. Regionaalhaigla ja kliinikum peavad kindlasti aktiivselt toimetama, et see, mida kunagi kirjutati Eesti Arsti juht- kirjas, saaks teoks. Aga väikehaiglatega tuleb täpselt sama teha. Minu sõnum ei ole, et näiteks Järva Haigla asukoht muutuks – ei, patsientidel on vaja seal käia, see on kodulähedane –, aga küsimus on selles, mida tegelikult nendes kohtades pakutakse, kuidas peaks patsient liikuma ja kui suur on organisatsioon.

Regionaalhaigla kõrval on Tallinna Lastehaigla, mis kuulub linnale, aga on tihedalt seotud regionaalhaigla- ga. Mis mõtted teil sellega seoses on?

Kui tulla tagasi selle küsimuse juurde, mis on jäänud tegemata, siis tegemata on see, et regionaalhaigla ja lastehaigla oleks üks organisatsioon. Ma väga loodan, et uuel juhul see õnnestub. Meil on läbi aastate olnud juhtidega suurepärane kontakt. Kui vaadata, milline on kliiniline koostöö, siis seal pole kahtlustki, et need organisat- sioonid peavad koos olema. See on puhtalt poliitiline otsus, sest isegi kui kliiniline personal ja juhid ütlevad, et need kaks organisatsiooni peaksid koos olema, siis see ei mõju. Kuskilt peab tulema mingisugune põhjus, näiteks kärbe, mis paneb linna ja riigi ühtemoodi mõtlema. See ühendamine tuleb ära teha.

Kui teil oleks võimalus teha Eesti tervishoius üks ebapopulaarne otsus, millest poliitik tõenäoliselt valimistel kiita ei saaks, aga mis muudaks süsteemi kümne aasta pärast paremaks, siis mis see oleks?

Meil on peaaegu olemas elulõpu tahteavaldus, nüüd tuleks minna sealt edasi, aga kaldun arvama, et poliitikud seda teemat hästi omaks ei võta, kartes kaotada hääli. COVID- 19-perioodil tegid Tartu Ülikooli Kliinikumi kliinilise eetika komitee ja regionaalhaigla eetikanõukogu ravi piiramise dokumendi tingimustes, kus tundus, et intensiivravi kohad võivad otsa saada. Meil oli ju teada Bergamo näide. Kui selle dokumendiga välja tuldi, mis oli professionaalsete klinitsis- tide koostatud ja eetikanõukogude poolt läbi arutatud, siis võtsime mina ja Peep

Talving vastu toleaeegse valitsuse esindajad ja mult küsiti, kas arstid tõesti arvavad, et nad on jumalad. Kui poliitikud ei olnud COVID-19-perioodil valmis isegi selliseks dokumendiks, mis rääkis, kuidas teha kliinilisi otsuseid kriisisituatsioonis, kui voodikohad, intensiivravikohad ja ventilatorite arv on piiratud, siis ma arvan, et nad pole ka elulõpu tahteavalduse järgmiseks sammuks valmis.

Milline on teie tunnetus, kas Eesti suudab säilitada praeguse solidaarse tervishoiusüsteemi või me liigume vaikelt ja järjekindlalt eratervishoiu poole?

Nii nagu riik teeb praegu põhjendatud pinguusi, et kaitsevaldkonda tugevdada, peab ta mingil hetkel tegema mõistlikke pingutusi, et säilitada solidaarset ravikindlustust. Ma ei näe head alternatiivi. Vaatame näiteks olukorda Ameerika Ühendriikides, kus ei ole solidaarset ravikindlustust. Käisin Los Angelese General Medical Centeris, mis on võimas traumahaigla. Kui sinna tuuakse luumurruga, noa- või kuulihaavaga inimene, siis ta ravitakse ära, aga arstid ja õed, teades, et patsiendil ei ole ravikindlustust, otsivad seejärel iga hinna eest võimalusi, kuidas patsient saaks olla veel nädala haiglas, sest mida see patsient oma murtud jalaga tänaval peale hakkab? Üks näide veel: olgu endoproteesimine või vähiravi, isegi kui sul on ravikindlustus olemas, maksab kindlustusfirma ravist kinni 50 või 75 protsenti. Ehk sul peab olema võimekus osta eraravikindlustus, aga kui sul tegelikult on abi vaja, eriti just kallihinnalise ravi puhul, nagu endoproteesimine või vähiravi, pead ikkagi leidma omafinantseeringu.

Novembrist hakkab regionaalhaiglat juhtima Jarno Habicht. Millise haigla talle üle annate? Mis on üks probleem, millega ta peab esimestel kuudel kindlasti tegelema hakkama?

Mida aasta edasi, seda keerulisem on eelarve koostamine. Ma annan talle üle haigla, kus me oleme kontole kogunud raha, et teha investeeringuid. Jääk on praegu väga hea, aga rahastuse muutmise kontekstis oleme hakanud kontojääki sööma. See raha on meil olnud planeeritud suurinvesteeringuteks, kuid sellest rahast, mida me praegu teenime, varsti enam ei piisa, et teha ka asendusinvesteeringuid, kui meil on mõni masin vanaks jäänud. Näen, et suurinvesteeringud hakkavad nihkuma. Ehk siis rahastus on see, millega ta peab hakkama tegelema esimesest päevast. Ma annan talle üle rekordiliselt madala voolavusega organisatsiooni. Tallinnas on tervishoiutöötajatel palju valikuvõimalusi. Kui mina sain haigla juhiks, siis oli meie hooldajate voolavus umbes kolmkümmend protsenti. Nüüd on olukord oluliselt parem.

Millega te ise alates novembrist tegelema hakkate?

Ma olen võtnud eesmärgiks kaks kuud puhata, kuigi kolleegid naeravad selle peale. Käisin mõni aeg tagasi pimesoolelõikusel, öösel tulin kõhuvaluga meie EMOSse, hommikul lõigati pimesool ära. Kell kolm lubas kirurg mind koju, magasin öö ära, jõin hommikukohvi ja vaatasin merd ... kell kaksteist olin tööl. Mul hakkas kodus igav. Aga nüüd on kindel eesmärk kaks kuud puhata. Ma ei ole regionaalhaiglas töötamise ajal puhanud järjest rohkem kui nädal aega, nüüd proovin.