

Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike
rakendusüuringute keskus RAKE



RAKE

TERVISHOIUTÖÖTAJATE LAHKUMISE PÕHJUSED

Lõpparuanne
November 2015



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks

Uuringu tellis Sotsiaalministeerium. Uuring on valminud Euroopa Sotsiaalfondi kaasrahastamisel.

Uuringu koostas Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus RAKE.

Uuringu autorid: Aivi Themas

Merli Aksen

Sille Vahaste-Pruul

Elvo Themas

Uku Varblane

Viitamine: Themas, A., Aksen, M., Vahaste-Pruul, S., Themas, E. ja Varblane, U. (2015). Tervishoiutöötajate lahkumise põhjused. Tartu: Tartu Ülikool.

Autorid tänavad kõiki küsitluses osalenud ja intervjueeritud õdesid, ämmaemandaid, arste ning haiglate ja hoolekandeesutuste juhte, kes leidsid aja ning võimaluse jagada oma mõtteid. Samuti soovivad autorid tänada Tartu ja Tallinna Tervishoiu Kõrgkoole, kes olid suureks abiks uuringus osalenute leidmisel ja uuringust info jagamisel.

RAKE on võrgustikutüüpi rakendusuringute keskus. Meie missioon on tõsta teadmisel põhineva otsustamise osakaalu Eesti ühiskonnas. Lisaks RAKE meeskonnale kaasame kõrgeima kvaliteedi tagamiseks oma uuringutesse parimaid valdkonnaeksperte nii Tartu Ülikoolist kui vajadusel ka väljastpoolt. RAKE võrgustik hõlmab kõiki TÜ sotsiaalteadlasi ning meditsiini-, loodus-, tehnika- ja humanitaarteaduste valdkonna esindajaid.

Kontaktandmed: Lossi 36-124, 51003, Tartu

<http://www.ec.ut.ee/rakendusuringud>

ISBN 978-9985-4-0957-2 (trükis)

ISBN 978-9985-4-0958-9 (pdf)

SISUKORD

1	Lühiülevaade	5
2	Sissejuhatus.....	14
3	Uuringu meetodika	20
3.1	Uuringu läbiviimise põhimõtted	21
3.1.1	Eestis töötavate tervishoiutöötajate küsitlus.....	22
3.1.2	Eestist lahkunud tervishoiutöötajate kvalitatiivuuringu	29
3.1.3	Erialal tööd mitte alustanud ja erialalt lahkunud õendusalatöötajate kvalitatiivuuringu.....	33
3.1.4	Haigla- ja hoolekandeesutuste juhtide kvalitatiivuuringu.....	35
3.1.5	Aruteluseminar.....	36
4	Eestis töötavate tervishoiutöötajate töökorraldus ja migratsioon	37
4.1	Vastanute profiil	37
4.2	Tervishoiutöötajate tööalane taust ja hinnangud töökorraldusele.....	40
4.3	Üldised hinnangud tervishoiutöötajate migratsioonile.....	59
4.4	Välismaal töötanud tervishoiutöötajad	62
4.5	Paralleelselt Eestis ja välismaal töötavad tervishoiutöötajad	69
4.6	Tulevikus välismaal töötada soovivad tervishoiutöötajad	73
4.7	Eestis töötavad tervishoiutöötajad.....	80
4.8	Ettepanekud tervishoiutöötajate lahkumise pidurdamiseks.....	82
4.9	Kokkuvõte.....	85
5	Eestist lahkunud arstid ja õendusalatöötajad	89
5.1	Intervjueeritud arstide taust	89
5.2	Intervjueeritud õendusalatöötajate taust	91
5.3	Välismaale lahkumise põhjused	92
5.4	Välismaale lahkumise otsus ja teiste inimeste roll selles	96
5.5	Erialgsed plaanid ja välismaale lahkumise ajaline kestus.....	97
5.6	Ootused-hirmud välisriigis elamisele ja töötamisele, ootuste realiseerumine	98
5.7	Välismaal erialase töökoha leidmine	100
5.8	Eestis saadud hariduse headus ja piisavus välismaal arstina töötamiseks.....	103
5.9	Suhtumine eestlastest tervishoiutöötajatesse välismaal: kolleegid ja patsiendid	103
5.10	Arsti kuvand ühiskonnas Eestis ja välismaal	105
5.11	Välismaal töötamise positiivsed ja negatiivsed küljed	105
5.12	Eestis ja välisriigis töötamise kogemuse iseloomustus ja võrdlus.....	106
5.12.1	Töökoormus	106
5.12.2	Töö intensiivsus.....	110
5.12.3	Töökorraldus	112
5.12.4	Puhkus	112
5.12.5	Töötasu.....	113
5.12.6	Töökeskkond	115
5.12.7	Tööalased suhted	116
5.12.8	Erialase enesetäiendamise ja karjäärivõimalused.....	119
5.12.9	Teadustöö.....	121
5.12.10	Töö- ja pereelu ühitamise võimalused	122
5.12.11	Residentuur.....	123
5.12.12	Välismaal omandatu rakendamise ja vastuvõtmise võimalikkus Eestis.....	124
5.13	Rahulolu tehtud otsusega ja edasised plaanid	125
5.14	Eestisse naasmise võimalikkus	125
5.15	Tõmbetegurid Eestisse naasmiseks	128
5.16	Ootused muudatustele Eesti tervishoiusüsteemis ja ühiskonnas tulevikus.....	129

5.16.1	Suhted ja kollegiaalsus tervishoius.....	130
5.16.2	Erimeditsiin ja üldmeditsiin.....	130
5.16.3	Tervishoid meedias ja ühiskonnas.....	130
5.16.4	Ühtne tervishoiuinfosüsteem.....	131
5.16.5	Teatud tervishoiu valdkondade areng.....	131
5.16.6	Tervishoiusüsteemi rahastamine, töötasud ja töökoormus	131
5.16.7	Õpe ja enesetäiendamine	133
5.16.8	Patsiendid.....	133
5.17	Kokkuvõte.....	134
6	Sektorist lahkunud õed ja ämmaemandad	140
6.1	Erialal tööd mitte alustanud ja erialalt lahkunud õendusametite töötajate kvalitatiivuuringu	140
6.2	Kvalitatiivuuringu osalenute taust	140
6.2.1	Tööle mitteasumise motiivid.....	142
6.2.2	Töölt lahkumise motiivid	143
6.3	Töö kuvand ja ootuste realiseerumine	146
6.4	Õendusametile tööd naasmine.....	148
6.5	Kokkuvõtte ja soovitused.....	151
7	Töökorraldus haiglates ja hoolekandeesutustes.....	154
7.1	Tervishoiutöötajate piisavus ning täitmata ametikohad.....	154
7.1.1	Praegune olukord	154
7.1.2	Järelkasv	157
7.2	Tervishoiutöötajate töö- ja puhkeaja korraldus	158
7.2.1	Tervishoiutöötajate lepinguline ja tegelik töökoormus	160
7.2.2	Tervishoiutöötajate töötasud.....	163
7.2.3	Tervishoiutöötajate töö- ja pereelu ühitamine	164
7.2.4	Ettepanekud töö- ja puhkeaja regulatsiooni muutmiseks	165
7.2.5	Tervishoiutöötajate sektorist ja Eestist lahkumise põhjused.....	167
7.2.6	Ettepanekud tervishoiutöötajate migratsiooni pidurdamiseks ja Eestisse naasmise soodustamiseks.....	170
7.3	Kokkuvõtte.....	170
8	Järeldused ja soovitused	174
9	Viidatud allikad.....	179

1 LÜHIÜLEVAADE

Tervishoiutöötajate uuringu peamine **eesmärk** oli saada teavet Eesti tervishoiutöötajate töökoormusest, tööajakorralduse praktikatest Eesti haiglates ja suuremates hoolekandeesutustes ning Eestist lahkumist kaaluvate ja juba lahkunud tervishoiutöötajate migratsiooni põhjustest ja ajenditest. Uuringu viis Sotsiaalministeeriumi tellimusel läbi Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus (RAKE).

Eestis töötavate tervishoiutöötajate töökoormuse ning tööajakorralduse rakendamise uurimiseks haigla- ja hoolekandeesutustes intervjueriti 30-t haigla- ja hoolekandeesutuse juhti Eesti erinevatest piirkondadest ja eri liiki (üld-, kesk-, piirkondlik-, õendus- ja hooldushaigla) haiglatest. Lisaks paluti asutuste juhtide hinnanguid tervishoiutöötajate Eestist või sektorist lahkumise aga ka naasmise põhjustele. Tervishoiutöötajate hinnanguid oma töökoormusele, töö- ja puhkeaja regulatsioonile ning kokkupuuteid migratsiooniga kaardistati Eestis töötavate tervishoiutöötajate hulgas veebiküsitlusega, millele vastas 794 arsti ja 879 õendusalatöötajat (valim suurus oli 2500 arsti ja 2500 õendusalatöötajat). Järgnevalt toome välja mõned uuringu tulemused.

Haiglate ja hoolekandeesutuste juhtide intervjuude põhjal on tervishoiusüsteemi üheks suuremaks probleemiks **meditsiinivõime puudus**. Kui osades asutustes toodi välja üksikud vabad töökohad, siis suuremates asutustes on täitmata ametikohti ja puuduolevaid töötajaid mitmekümnest kuni sajani. Asutustes täitmata ametikohtade ja töötajate puudus on peamiselt seotud sellega, kus **piirkonnas asutus asub, mis liiki haiglaga on tegemist** (st millised on asutuse poolt osutatavad kohustuslikud ja lubatud tervishoiuteenused) ning **asutuse suurusega**. Peamiste põhjustena, miks osades haiglates või hoolekandeesutustes on täitmata ametikohti, nimetati intervjuudes **üldist tervishoiutöötajate puudust, töötajate liikuvust tööandjate vahel** (maapiirkondadest ja väiksematest linnadest pigem Tallinnasse ja Tartusse), **palgaerinevusi** (Eesti tööandjate vahel ning võrreldes välisriikidega), **välismaale** (sh välisriigi töötasu või pensioni saamiseks või enesetäiendamiseks) **või pensionile minekut** ning **vähese spetsialistide ettevalmistust**. Intervjueritute hinnangul on üheks töötajate puuduse põhjuseks ka see, et noored arstid (või õed), kes on õpingute käigus suurema osa ajast veetnud Tartus või Tallinnas, pole valmis kolima ja väiksemates haiglates tööle asuma. Sageli on õpingute jooksul soetatud eluase, leitud elukaaslane või alustatud pereelu, mille tõttu tööle asumine muus piirkonnas on raskendatud. Mitmete haiglate esindajad on igati valmis noorte arstide ja residentide ümberasumist toetama, sealhulgas pakutakse majutusvõimalusi, aidatakse sobiva elukoha (või lapsehoiukoha) leidmisel, arvestatakse tööajaga jmt.

Kõige keerulisemaks peavad asutuste juhid õdede leidmist ning seda peamiselt väljaspool Tallinna ja Tartut. **Õdede leidmise muudab keeruliseks vastava kvalifikatsiooniga töötajate puudus piirkonnas, töösisu ning palgaerinevused piirkondade ja asutuste vahel**. Haigla juhtide hinnangul on hooldustöötajate leidmine õdedest mõnevõrra lihtsam, kuid erialase ettevalmistuse puudumise tõttu peavad tööandjad ise hooldustöötajaid õpetama ja koolitama. Arstide puudust märgiti seoses konkreetsete erialadega ning haigla pakutavatest tervishoiuteenustest lähtuvalt. Enamasti püütakse puuduolevaid tervishoiutöötajaid leida tutvuste kaudu, konkreetsete inimestega vahetult suheldes, pöördudes residentide, ülikooli, teiste haiglate poole või erialaga seotud töötajate siseringis infot jagades. Tööpakkumiskuulutusi avaldatakse ka internetis haiglate veebilehtedel, kuid muid avalikke kanaleid pigem välditakse.

Töötajate puuduse probleemi lahendamiseks on haiglad rakendanud erinevaid võimalusi, nt pakkunud residentuuri lõpetavale noorele arstile osalist koormust mõlemas haiglas, investeerinud otse õdede ja hooldustöötajate koolitamisega, lootuses saada endale tulevikus vastavaid töötajaid juurde. Mõned haiglad

on proovinud ise välismaalt arste palgata, tagades neile kohanemisperioodi ja keeleõppe, kuid paljude jaoks vajab selline töötajate rakendamine täpsemalt kehtestatud reegleid (sh kvalifikatsiooni hindamine, kohanemisperioodi pikkus, tööalase vastutus määramine ja keelenõuded). Välismaalastest arste, kes sooviksid Eestisse tööle tulla on rohkem, kui meie haiglate valmisolek neid vastu võtta. Ühe välisarsti väljaõpe Eestis töötamiseks on pikaajaline ja kulukas protsess, mis nõuab ka haigla ülejäänud personalilt valmisolekut koolitamisel ja juhendamisel osaleda. Haigla juhtide hinnangul on välisriigis väljaõppinud arsti ümberõpe Eestile siiski tunduvalt odavam ja lühiajalisem kui ühe kohaliku eriarsti koolitamine.

Asutuste juhtide hinnangud praegu koolitavate arstide ja õdede hulga piisavuse osas on erinevad. Ühelt poolt tehti ettepanek **lõpetanute välismaale mineku piiramiseks rakendada nõuet teatud aja jooksul Eestis töötada**. Teiste intervjueritute hinnangul läheks selliste piirangute seadmine vastuollu Euroopa Liidu tööjõu vaba liikumise põhimõttega ning pigem ei tohiks noortelt arstidelt ära võtta võimalusi end välismaal täiendada ja proovile panna. Selle asemel tuleks tänast koolitustellimust suurendada ning otsida lisalahendusi tööjõuprobleemi lahendamiseks.

Töö- ja puhkeaja korraldus

Piirkondlikud ja keskhaiglad, kus töötajaid on palju, kasutavad sageli erinevaid võimalusi tööaja korraldamiseks. Neis asutustes on nii 8-, 12-, 16- kui ka 24-tunniste vahetustega töötajaid ning valvetöötajate puhul kasutatakse summeeritud tööaja arvestust. Töötajate arvu poolest väiksemad üld-, hooldus- ja õendushaiglad kõiki võimalusi kasutada ei pruugi. Sagedamini on levinud 8-, 12- ja 24-tunnised vahetused – arstidel pigem kaheksatunnised tööpäevad ning õdedel ja hooldajatel vastavalt kokkuleppele, kas päevane või vahetustega töö. Summeeritud tööaja arvestamine põhitöökohal on nii arstide kui ka õendusala töötajate puhul laialt levinud. **Tervishoiutöötajate lepinguline ning tegelik summeeritud tööaeg ühes kuus on valdavalt 161–200 tundi**. Õendusala töötajate töökoormus on mõnevõrra suurem kui arstidel. Tervishoiutöötajate hinnangul on lepingulise ja tegeliku tööaja erinevuste peamiseks põhjusteks **töötajate soov teenida suuremat töötasu, täitmata ametikohad vastaval erialal, ning töötajate soov olla hõivatud suurema koormusega (seotud ka sooviga saada suuremat töötasu)**. Ligikaudu 75% küsitlusele vastanud tervishoiutöötajatest on seisukohal, et töö- ja puhkeaja tingimuste täitmisel ei esine nende põhitöökohal probleeme.

Peamiseks probleemideks töö- ja puhkeaja korraldamisel on asutuste juhtide sõnul **tööjõu puudus korrektsete tööajagraafikute koostamiseks** (st personali puuduse tõttu ei ole võimalik olemasoleva töötajate koosseisuga koostada seadusega kooskõlas olevat graafikut just valveajaga seoses), **ootamatud olukorrad** (nt töötaja haigestumine, laste haigestumine), mida pole võimalik ette planeerida ning **puhkuste tagamine**. Kuna paljud töötajad töötavad mitmes asutuses, siis ei ole neil füüsiliselt võimalik kolleegi töögraafikuväliselt asendada. Vastavalt Terviseameti tervishoiutöötajate registri andmetele töötab 83% õdedest ühe tööandja juures, 14% kahe tööandja juures ning 3% kolme või enama tööandja juures. Arstidest 67% töötab ühe tööandja juures, 23% kahe tööandja juures ning 10% kolme või enama tööandja juures. Ämmaemandatest 85% töötab ühe ja 10% kahe tööandja juures.

Vastavalt töölepingu seadusele on tervishoiutöötajate põhipuhkus 28 kalendripäeva, millele osades asutustes lisandub täiendav 7-päevane puhkus. Lisapuhkusele on tööandjad sageli seadnud ajalise piirangu ning seda saab kasutada septembrist maini. Kollektiivpuhkust saavad haigla- ja hoolekandeametused kasutada ainult väiksemates üksustes või osakondades. Üldiselt saavad tervishoiutöötajad puhata vastavalt tööandja võimalustele kahenädalaste perioodide kaupa ning erandjuhtudel ka kuu aega. Puhkuste perioodiga kaasneva töötajate töökoormuse suurenemise ning asendamiste probleemi lahendamiseks

hajutavad mõned asutused töötajate puhkusi aastaringelt, kuigi töötajate surve suveperioodil puhkamiseks on suur. Puhkuste asendamised lahendatakse kokkuleppel oma töötajate või residentide abiga, kelle töökoormus sel perioodil kindlasti suureneb, harvem otsitakse puhkuste ajaks asendajad väljastpoolt, sest neid pole suveperioodil kuskilt võtta.

Mitme asutuse esindajad olid arvamusel, et praegune töö- ja puhkeaja regulatsioon on täiesti mõistlik, lihtsalt arstide ja õdede puudus ei võimalda seadust täita. Täna töö- ja puhkeaja regulatsiooni pidasid nad väga vajalikuks ning leidsid, et tervishoiutöötajad ei peaks tegema 24-tunniseid vahetusi töö pingelisuse ja vastutuse tõttu. Täna olukorda aitaks muuta haiglavõrgu korrastamine, et töötajad ei käiks teistes asutustes valveid tegemas, sest aeg on näidanud, et niikaua kui see võimalus seaduse tasemel on olemas, töötajad ise sellest ei loobu.

Intervjuudes toodi välja, et kui riik tahaks tõesti teada, kui palju või kui suure koormusega tervishoiutöötajad täna tegelikult töötavad, siis võiks muuta Terviseametile esitatavate andmete koosseisu ning kaaluda tuleks praegustele andmetele iga töötaja lepingulise töökoormuse lisamist. Vajalikud võivad olla andmekoosseisude ülevaatamine (arutelud)¹ ja täiendavad analüüsid Terviseameti andmetel. Olukorra, kus tervishoiutöötajad töötavad mitme tööandja juures üle täiskoormuse, saaks sel viisil kiiresti lõpetada, kuid see tooks kaasa nii töövõtjate pahameele kui hulgaliselt vabu töökohti tervishoiusektoris, mida pole võimalik täita, sest haiglate eelarve ei võimalda ületunde 1,5-kordselt tasustada.

Haiglate ja hoolekandeaasutuste praktikad ületunnitöö hüvitamisel on erinevad. Mõnedes haiglates on intervjuueeritute sõnul arstide ületundide tegemise soov hakanud vähenema ja üha enam väärtustatakse vaba aega ületundide tegemisele või lisa teenimisele. Mõnes haiglas aga pole ületundide hüvitamine vabas ajas võimalik, kuna kõigi töötajatega on arvestatud ja keegi peab töö ära tegema. Sellisel juhul hüvitatakse ületunnitööd 1,5-kordse töötasuga. Samas väiksemates haiglates võib olukord väga erinev olla. Mõne asutuse eelarve ei võimalda ületunnitöö eest rohkem maksta ja seetõttu hüvitatakse seda ainult vabas ajas. Samas mõnes teises asutuses ei ole töötajad ületundide vabas ajas hüvitamisega nõus ning asutusel ei jää muud üle, kui tehtud ületundide eest rohkem maksta või otsida vajalikke töötajaid juurde.

Tervishoiutöötajate hinnangul on kõige enam probleeme põhitöökoha **töö intensiivsuse** (rahulolematuid 40%), **töötasu** (rahulolematuid 50% arstidest ja 66% õendusametitöötajatest) ja **töö tunnustamisega asutuses** (rahulolematuid 32% arstidest ja 40% õdedest). Üle 90% arstidest ning õendusvaldkonna töötajatest on rahul põhitöökoha töökollektiiviga, 90% on rahul töögraafikuga, 87% töövahenditega, 75% tööruumidega, üle 70% on rahul oma töökoormusega, 65% arengu- ja karjääri võimalustega ning 66% töö- ja pereelu ühitamise võimalustega.

Töökoormuse ja töö intensiivsuse vähendamiseks ei peaks haigla juhtide hinnangul patsientide arv ühe arsti kohta nii järgalt fikseeritud olema ning see võiks pigem tulla töökorraldusest ja sellest, kui palju on arstile tagatud sisulist ja administratiivset abi, mistõttu regulatsioon peaks olema vabam ja tänasega võrreldes paindlikum. Ühe lahendusena märgiti intervjuudes, et arstide ja õdede koormuse vähendamiseks võiks olla võimalus palgata täiendavat personali, näiteks sekretäre, kes võtaksid osa dokumenteerimise koormusest arstidelt ja õdedelt ära nii, et töö ümber korraldamisega saaks teenust rohkem patsiente. Kuna praegu soovivad sekretäri ettevalmistusega inimesed ligikaudu sama suurt palka kui õed, siis ei ole haiglatel

¹ Andmekoosseisud kehtestatakse Sotsiaalministri määrusega ning andmekoosseisude muutmisel läbib eelnõu kooskõlastusringi, millesse on kaasatud ka arstide, õdede, haiglate liit jt.

ressursse eraldi inimeste palkamiseks ning suure osa administratiivsest tööst teevad ära õed. Täiendava personali palkamine peaks olema teenuse hinnakirja sisse kirjutatud, sest haiglate endi ressursid seda alati ei võimalda.

Enamik asutuste juhte märkis intervjuus, et nad lähtuvad **töötasu** maksmisel riiklikust kokkuleppesest ning võimalusel maksavad töötajatele kokkulepitud alammäärast suuremat tasu. Tervishoiutöötajate hinnangul peaks nende töö eest makstav õiglase brutotunnitasu olema kõrgem kui neile tegelikult makstakse. Õendusvaldkonna töötajad peavad õiglaseks praegusest tunnitastust keskmiselt 2 euro võrra kõrgemat tunnitastu². Üle poole arstidest on seisukohal, et õiglase tunnitastu nende töö eest võiks olla 6–15 euro võrra kõrgem praegusest³.

Mitu haigla juhti märkis intervjuus, et töö- ja puhkaja regulatsiooni võiks muuta nii, et see võimaldaks seadustada tänase olukorra, kus tervishoiutöötajad töötavad mitme tööandja juures, saamata täiskoormust ületavate tundide eest ületunnitasu. Ettepaneku kohaselt võiks võimaldada tervishoiutöötajatel töötada kokkuleppe alusel ühe tööandja juures täiskoormusest suurema koormusega (nt 1,5-koormusega, kuid ülemine piir tuleks kindlasti seada), ilma et kokkulepitud ületundidele rakenduks 1,5-kordne tasustamise nõue. Kui arstide näitel võib sõltuvalt erialast ka tulevikus jääda normiks töötamine mitme tööandja juures (sageli ei ole võimalik teenuse mahust sõltuvalt pakkuda arstile täiskoormusega kohta), siis õed ja hooldustöötajad võidaksid uuest korraldusest ja saaksid oma töö- ja puhkeaega ühe tööandja juures paremini planeerida ning kaoksid mujal töötamisega kaasnevad kulutused transpordile ja majutusele. Kõik asutuste juhid selle ettepanekuga ei nõustunud. Osa leidis, et töö- ja puhkeaja regulatsiooni muudeti just selleks, et ennetada töötajate läbipõlemist ja pakkuda töövõtjatele lisagarantiisid, mis varasema kohakaasluse korral polnud tagatud.

Ainult palgatõusuga tervishoiutöötajate puuduse probleeme tööandjate esindajate hinnangul lahendada ei ole võimalik. Kuigi tervishoiutöötajate palgad lähiriikides on tunduvalt suuremad, siis palgataseme ühtlustamist välisriikidega ei kannataks Eesti tervishoiusektor nagunii välja ning väiksem palgatõus ei pidurdaks oluliselt tervishoiutöötajate migratsiooni. Kindlasti oleks neid tervishoiutöötajaid, kes suuremat tasu saades vähendaksid oma töökoormust ja jätkaksid töötamist pigem ühe tööandja juures täiskoormusega, kui käiksid mitme tööandja juures. Hoolimata palgatõusust jätkuks suure tõenäosusega ka neid tervishoiutöötajaid, kes endiselt sooviksid võimalikult palju töötada ja lisaraha teenida.

Tervishoiutöötajate sektorist lahkumisega oli kokkupuuteid vähestel intervjuueeritud juhtidel. Pigem leiti, et kuna arstid õpivad väga kaua, siis loobujaid on pigem arstiks õppijate kui tööle asunute hulgas. Perearstide hulgas on olnud sektorist lahkujaid seetõttu, et kõigile ei sobi ettevõtjaks olemine (sh enda ja pereõe töö korraldamine, raamatupidamine ja muud tegevused, millega töölepingu alusel töötavad arstid tegelema ei pea). Kui varem mindi paremate ja lihtsamate teenimisvõimaluste pärast ravimifirmadesse või spaa'desse, siis viimasel ajal on ka see trend aeglustunud. Sektorist lahkumise võimalike põhjustena nimetati intervjuudes **tervishoiutöötajate vähest väärtustamist ühiskonnas, töö intensiivsust ning õdede madalat töötasu**, mis ei taga täiskoormusega töötades piisavat sissetulekut.

Sektorist lahkunud õendusala töötajatega viidi läbi kolm fookusgrupi intervjuud, milles osales kokku 18 inimest; kaheksa individuaalintervjuud ning 34 inimest vastas intervjuuküsimustele kirjalikult veebis. Osa õenduseriala omandanud üliõpilastest **ei plaanigi pärast õpinguid erialal tööle asuda**. Selle põhjuseks

² 2015. aastal on õdede tunnitastu alammäär 5 eurot.

³ 2015. aastal on arstide tunnitastu alammäär 9 eurot.

võivad olla (1) soov töötada tervishoiusektoris, aga teisel erialal või teises riigis, (2) soov töötada tervishoiuvaldkonnas, kuid mitte praktiseeriva õena (nt ravimitööstuses, iluteeninduses), (3) isikuomaduste sobimatus õenduslase tööga (sh vale erialavalik), (4) praktika ajal kogetu ja nähtu mittedobivus, (5) vabade töökohtade vähesus/nende puudumine. Erialaselt töölt lahkumise põhjustena nimetati madalat töötasu (võrreldes teiste ametialadega), suurt töökoormust, arengu- ja karjäärivõimaluste vähesust, vahetustega töö sobimatust, erialase töö koondumist teatud piirkondadesse, töö intensiivsust ning tööga kaasnevaid terviseprobleeme. Erialaselt töölt lahkumine oli seotud ka puudulike eneseteostus- ning väheste täienduskoolitusvõimalustega. Mitmed intervjuueeritud ei olnud valmis tööga kaasnevaks emotsionaalseks pingeks. Oluliseks peeti ka negatiivset ühiskonna suhtumist õenduslalatöötajatesse, mis viimasel ajal on intervjuudes osalenute arvates pisut paranenud. Korduvalt toodi nii kohe pärast õpinguid erialalt lahkunute kui pärast erialal töötamist välja probleemseid kolleegidevahelisi suhteid ja vähest kollegiaalsust. Õenduslasele tööle naasevad suurema tõenäosusega need, kes pole pärast sektorist lahkumist muud eriala omandanud. Õenduslasele tööle naasmine pakub vähem huvi neile, kel on sektorist lahkumisest möödunud rohkem aega ning kes on leidnud endale muu meelepärase ja tasuvama töö.

Üle 90% arstidest ja õenduslalatöötajatest peab tervishoiutöötajate lahkumist Eestist probleemiks. Kuid neist poolte arvates pole töötajate lahkumine Eestist tervishoiuvaldkonna kõige suurem probleem. Peamisteks põhjusteks, miks tervishoiutöötajad Eestist välismaale tööle lahkuvad, pidasid arstid ja õenduslalatöötajad tööga seotud põhjusi – **kõrgemat töötasu ja paremaid töötingimusi välismaal ning ebasobivat töökoormust Eestis.** Asutuste juhtide arvamusel on tervishoiutöötajate Eestist lahkumise põhjusteks välismaal pakutav **kõrgem töötasu, sotsiaalsed garantiid ning töötajate suurem väärtustamine välisriigi ühiskonnas.**

Peamised põhjused, miks välismaal töötanud tervishoiutöötajad naasevad Eestisse, on arstide, õenduslalatöötajate ning tööandjate hinnangul **soov elada ja/või töötada Eestis, isiklikud ja/või perekondlikud põhjused, Eestis on odavam elada, Eestis on lihtsam ühitada töö- ja pereelu, sobiva töökoha leidmine Eestis, töölepingu ning töö- või elamisloa lõppemine välismaal.** Oma osa naasmisel võib haigla juhtide sõnul olla **välismaal töötamise nõuetel ja tingimustel**, mis ei pruugi kõigile sobida ning soovil **töötada emakeelses keskkonnas**, sest hoolimata võõrkeele oskusest, on emakeeles lihtsam ja pingevabam töötada.

Eestisse naasmisel ja siin uuesti tervishoiusektoris tööle asumisel ei näinud asutuste juhid erilisi takistusi. Pigem võivad takistuseks saada isiklike sõprussidemete katkemine, võõrandumine Eesti ühiskonnast ning uuesti harjumine Eestis pakutava töökoormuse ja palgatasemega. Tervishoiutöötajate hinnangul võib takistuseks olla siinsete töötajate suhtumine ja eelarvamused tagasipöörduvatesse kolleegidesse.

Küsitlusele vastanud tervishoiutöötajatest on varem välismaal töötanud 10% arstidest ja 4% õdedest. 3% arstidest töötab paralleelselt nii Eestis kui välismaal, sh peamiselt Soomes. Ülejäänud vastanutel puudub varasem välismaal töötamise kogemus. **Lähitulevikus või lähima aasta jooksul on mõelnud välismaale tööle minna 16% õdedest ja 14% arstidest. Kindel plaan lähiajal välismaale tööle minna on 2%-l arstidest ja 2%-l õenduslalatöötajatest.**

Eestis töötavate tervishoiutöötajate hinnangul saaksid **riik ja tööandjad pidurdada tervishoiutöötajate lahkumist välismaale ning soodustada välismaale läinud töötajate naasmist**, kui:

- suurendada Eesti tervishoiusektori rahastamist;

- vähendada tervishoiusektorit puudutavate arengute ja otsuste määramatust;
- tõsta Eesti tervishoiutöötajate palka;
- parandada töötingimusi ning saavutada koormuse, intensiivsuse ja administratiivse töö tasakaal;
- saavutada Eestis arstide ja õdede suhtarvu tasakaal;
- suurendada residentuuri kohti ja laiendada erialade valikut;
- siduda tasuta õpe hilisema kohustusega teatud aeg Eestis töötada;
- parandada ametnike, ajakirjanduse ja ühiskonna suhtumist tervishoiutöötajatesse Eestis;
- parandada tervishoiutöötajate omavahelist suhtlemist ja suhtumist;
- vähendada bürokraatiat tervishoiusektoris;
- kasutada tervishoiusektoris rohkem tugitöötajaid (nt sekretärid, tugipersonal), et arstid ja õed saaksid rohkem keskenduda patsiendile;
- toetada naasvaid tervishoiutöötajaid ühiskonda sisse elamisel (nt lapsehoiukohad, koolikohad, keeleõpe, ajutise eluaseme võimalus vmt);
- Eestis töötavad kolleegid ise suhtuksid naasvatesse kolleegidesse paremini.

Välismaal töötavad tervishoiutöötajad

Uuringus viidi läbi 34 poolstruktureeritud süvaintervi juud Eestist lahkunud tervishoiutöötajatega: 22 intervjuud arstide ja arst-residentidega ning 12 intervjuud õdedega. Intervjuudega koguti infot nende Eestist lahkumise põhjustest, sh migratsiooni põhjustest-ajenditest, välismaal töötamise hüvedest, võimaliku tagasipöördumise põhjustest-ajenditest-raskustest ja tõmbeteguritest Eestisse naasmiseks. Intervjuu küsimused puudutasid nii tervishoiutöötajate välismaale lahkumise otsust, kogetud takistusi ja võimalusi aga ka Eesti ja välisriigi tervishoiusüsteemis töötamise kogemuse võrdlemist.

Arstide ja õendusalatöötajate välismaale töölemineku detailsed põhjused on üsna eriilmelised ning üldjuhul on lahkunud mitme teguri ja asjaolu kokkulangemise koosmõjul. Emotsionaalselt kõige tugevama jälje on vastajatesse jätnud **rahulolematust Eesti tervishoiusüsteemiga** ja siin kogetuga, sh **töösuhete** (mh juhendamise), **perspektiivtuse**, **töökoormuse** aga ka **töötasuga**, kusjuures arstid panid töötasu pigem viimasele kohale ja õendusalatöötajad pigem esimesele kohale. Kogetu võib kokku võtta sõnadega „*Eesti tervishoius ei ole arstina/õendusalatöötajana hea töötada*“. Osa tervishoiutöötajaid on välismaale lahkunud põhjusel, et **kogeda, proovida midagi uut ja teistsugust** ning saamaks **mitmekesisest töökogemust**. Noorte arstide näitel on kaalukausi välismaal elamise-töötamise kasuks viinud mitu asjaolu, (1) residentuuri mitte saamine, (2) rahulolematust residentuuriga Eestis, (3) rahulolematust juhendamise residentuuris ja laiemalt tööalaste suhetega, (4) rahulolematust töökoormuse ja töö intensiivsusega, (5) rahulolematust töötasuga, (6) rahulolematust erialaste arenguvõimaluste ja spetsialiseerumisega. Lisaks on Eestist lahkunud teiste pereliikmete valikute ning soovide mõjul (nt teisest rahvusest elukaaslane ja tema töö või õpingud või soovid).

Konkreetselt sihtriigi valikut mõjutab **varasem kokkupuude riigiga** (nt varasem õppimis-, praktika- või töökogemus), **keeleoskus**, **tuttavate-sõprade** aga ka **kolleegide valikud** ja riigis töötamine, **riigi sarnasus ja lähedus Eestile** ning **elukaaslase päritolu** ja soovid. Suur osa tervishoiutöötajatest lahkub Eestist esialgu pigem ajutiselt nt töökogemuse saamiseks või residentuuri lõpetamiseks, kuid otsustab siis kauemaks jääda, sest töökeskkond ja –tingimused on tuntavalt paremad kui Eestis kogetu. Teatud osa tervishoiutöötajatest lahkub Eestist jäädavalt, st nende seas on inimesi, kes on Eesti tervishoiusüsteemis ja elus tõsiselt pettunud ega kavatse kunagi naasta.

Välismaal erialase töö leidmise lihtsus ja kiirus sõltub nii **Eestist lahkumise ajast, sihtriigist**, aga ka **keeleoskusest** ja **inimesest endast** (sh tema soovidest, ootustest ja nõudmistest) ning varasemast kogemusest. Oluliselt keerulisem oli välismaal tööd leida neil, kes lahkusid enne 2004. aastat, mil Eestis omandatud haridust välismaal ei tunnustatud ning lahkujatel tuli uuesti läbida koolitused, teha erialaeksamid ja keeleksam. Pärast 2004. aastat Eestist lahkunud tervishoiutöötajate välismaal tööle asumist võib pidada lihtsamaks, kuigi arstide ja õendusalatöötajate kogemused on siinjuures erinevad. Intervjueeritud arstid (pärast 2004. aastat välismaale läinud) on tavaliselt töö kiiremini leidnud kui õendusalatöötajad. Mõnel juhul on õendusalatöötajad teinud ka muud tööd, et vajalikku keelt õppida või pabereid vormistada. Lisaks on neid õendustöötajaid, kes on end pika töö otsimise tõttu võtnud välisriigi töötukassas arvele.

Intervjueeritute hinnangud enda töökoormusele välismaal olid väga erinevad. **Mõned hindasid enda töökoormust ja töö intensiivsust kõrgemaks välismaal ja mõned Eestis, osa hindas neid samaväärseks.** Need, kes hindasid enda koormust kõrgemaks, põhjendasid seda sellega, et välismaal on (1) vähem administratiivset tööd ja rohkem meditsiinilist tööd, (2) rohkem kohustusi seoses kõrgema ametipositsiooniga, (3) efektiivsem töökorraldus, (4) rohkem patsiente ühe töötaja kohta, (5) töötajate puudus. Osa tervishoiutöötajatest hindas koormust madalamaks kui Eestis, sest välismaal (1) töötatakse vaid ühel ametikohal, (2) vähem administratiivset tööd ja rohkem meditsiinilist tööd, (3) saab vajadusel töötajaid tellida (nn töötajate pangad, vahendusfirmad jms), kui on vaja asendust vms, (4) tehtud ületunnid kompenseeritakse enamasti vabas ajas, (5) vähem patsiente ühe töötaja kohta, (6) rahulikum töötempo ja töökultuur, (7) reguleeritud ja kokku lepitud töö- ja puhkeaeg.

Väga oluliseks teemaks kujunes välismaale läinute intervjuudes **rahulolematust Eestis tööalaste suhete ja kollegiaalsusega**. Suhete puhul peeti tähtsaks suhteid ja koostööd nii teiste kolleegidega (sh õdedega) kui ülemuse, tööandja aga ka patsientidega. Intervjueeritute arvates sõltub suhete headus kolleegidega nii **töökohast, asutusest, osakonnast** (valdkonnast) kui **inimesest** endast. Välismaal saadud kogemuse näitel viidati suhete võrdlemisel Eesti tervishoiusektori patriarhaalsusele ja hierarhilisusele, mis väljendub nii õdede-arstide, eriarstide-perearstide, arstide-tööandja, „uute“ ja „vanade“, noorema ja vanema põlvkonna vastasseisus. Väga positiivselt hinnati välisriikide kogemuse näitel teiste arstide ja kolleegidega konsulteerimisvõimalust ja vastutulelikkust, koostööd (sh eri- ja peremeditsiini vahel) ja üksteise austamist. Üldjuhul oldi arvamusel, et selle jaoks leitakse alati aega ning võimalusi, samas kui Eesti kogemuse puhul arvati, et üksteisesse suhtutakse kui konkurentidesse, üksteise tööst ja üksteisest kõneldakse selja taga ja/või halvustavalt ning koostööd tehakse vähe. Intervjuude põhjal võib tõdeda, et **üldjuhul tunnetatakse, et arste väärtustatakse ja toetatakse ühiskonnas välismaal enam kui Eestis**. Seda põhjendatakse nii makstava palgaga kui positiivsema, väärikama suhtumisega, st nii ühiskonna kui patsientide poolt, arstidesse. Arsti sõnal ja ametil on välismaal suurem kaal.

Intervjuudes arst-residentidega viidati ka **residentuuriga seotud probleemidele**. Kõige enam rahulolematust põhjustab residentuuri sisseaamine, juhendamise kvaliteet ja kollegiaalsus residentuuris ning arst-residentide töökoormus ja tasetas. Kitsaskohaks peetakse väikest residentuurikohtade arvu mõnedel erialadel, samuti kogetud subjektiivsust, ebaselgust ja läbipaistmatust residentuuri sisseastumisel. Olulisena toodi välja, et nendele noortele, kes residentuuri soovitud erialale sisse ei saa, tuleb pakkuda muid võimalusi Eesti tervishoiusüsteemis töötamiseks ja/või õppimiseks. Ohukohaks on see, et residentuurist välja jäänud noored arstid käsitlevad seda kui riigi ja ühiskonna hoolimatust, mis annab tõuke välismaale minekuks. Intervjuudes õendusalatöötajatega viidati samuti rahulolematusele juhendamisega praktika ajal

ja laiemalt kehvadele tööalastele suhetele ja madalale kollegiaalsusele, mis on üheks oluliseks põhjuseks (töötasu kõrval) Eestist lahkumise selgitamisel.

Töötasude erinevus hinnati Eestis ja välismaal väga suureks. Tervishoiutöötajate töötasu välismaal võib olla kuni viis korda kõrgem võrreldes saadud töötasuga Eestis ja seda sõltuvalt **ametiülesannetest, vastutusest, osakonnast, töökogemusest ja erialast**. Osalt arvatakse, et selleks, et Eestis head palka saada, tulebki mitme tööandja juures töötada, mis omakorda tähendab mitmekordset töökoormust. Kriitiliselt heideti ette valvete tegemise kohustust Eestis, mis kuulub täiskoormusel töötamise juurde ja mida arvestatakse põhitöötasu sisse. Välisriikides kuuluvad valved lisatasu alla. Tavaliselt kompenseeritakse välismaal **ületunnid** vabas ajas, ent vajadusel ja teatud olukordades ka rahas (ületunnitasu). Välisriikides töötavate õendusala-töötajate kogemusel näitel võib välja tuua, et pigem püütakse oma töötajate väsimust, ületöötamist ja läbipõlemist ennetada ning tekkivate ületundide ja asendust vajavate valvete tarvis kasutatakse lisatööjõudu (nn töötajate pangad, vahendusfirmad).

Erinevalt Eestist on **tervishoiutöötajate puhkused välismaal pikemad**, sageli arvestatakse puhkust tööpäevades ja mitte kalendripäevades nagu Eestis. Puhkusetasud lubavad reisida ja enda meelistegevustega puhkuse ajal tegeleda, mille võimalikkust ei tunnetatud Eestis töötades. Puhkused on välismaal seda pikemad, mida rohkem on tööstaaži, vastutust ja ületunde.

Kuigi üldjuhul arvati, et välismaal saadud teadmised on otseselt rakendatavad ja ülekantavad ka Eesti tervishoiusüsteemi, siis **kahtleval seisukohal oldi** selles osas, **kuivõrd vastuvõetavad välismaal omandatu Eestis on ja kuivõrd tõenäoline on suhtumise muutus** (sh kolleegidesse, patsientidesse). Keerulisemaks hinnati naasmisel töö tegemist siis, kui omandatud on aleriala, millel ei pruugi Eestis tööpõldu olla – patsientide arv on lihtsalt liialt väike ja seega on valdkonna areng pidurdatud.

Üldjuhul on intervjueritud otsusega välismaale tööle minna rahul või väga rahul. Peamised tõmbetegurid Eestisse naasmiseks on **Eestis elavad sõbrad, sugulased ja perekond**. Samuti väärtustatakse Eestit kui kodumaad ja kohta, kus on üles kasvatud ja võimalust emakeeles suhelda. Eestisse tõmbab igatsus lähedaste ja kodu järele.

Intervjuude põhjal võib välja tuua, et inimesi kammitsevad Eestisse naasmast erinevad põhjused, mille hulgas tavapäraselt esineb **hirm tagasipöördumise ees**, st hirm selle ees, **kuidas neid Eestis vastu ja omaks võetakse ja selle ees, kas neile leidub töökoht Eesti tervishoiusektoris**. Kardetakse nii sildistamist kui ebavõrdset kohtlemist. Intervjueritute hinnangul võivad teistsugused lähenemised (sh töövõtted) saada erimeelsuste allikaks. Muutuste suhtes tekib alati ka teatud vastuseis ning ka Eesti tervishoiusüsteemis on muutusi keeruline ellu viia. Kui erialaseid väljakutseid (sh spetsialiseerumisega seotud võimalusi) hinnatakse välismaal kõrgemalt (nt rohkem erialast tööd, sest patsientide arv on suurem), siis on ka soov Eestisse naasta väiksem. Töötamise ja töökohaga seotud põhjused on omakorda sageli põimunud pere ja lähedastega seotud motiividega: pere ja lapsed on välisriigis üles kasvanud ja sealse eluga harjunud ega soovi Eestisse elama-kooli-tööle tulla. Lisaks hinnatakse elukvaliteeti ja võimalusi välisriigis kõrgemalt kui Eestis.

Negatiivselt vaadatakse Eesti arstide **administratiivsetele kohustustele** ja probleemide lahendamisele, mis välismaal on antud sekretäridele. Naasmise muudab keerulisemaks **välismaal viibitud aeg** ja sealse **töökeskkonna, -tingimustega harjumine** (sh töökoormuse ja töötasuga) ning oma elu paika saamine, seda eriti noore arst-residendina ning alustava eriarstina.

Uuringu tulemuste põhjal tehakse soovitusi ja ettepanekuid kitsaskohtade leevendamiseks Eesti tervishoiusüsteemis. Soovituste arutamiseks erinevate osapoolte vahel viiakse läbi aruteluseminar. Aruteluseminari eesmärk on testida intervjuudes ja küsitlustes välja toodud lahenduseettepanekuid ja soovitusi (sh sobivust laiemale ringile, st erinevatele regioonidele ja tervishoiusektori asutustele). Seminaril arutletakse koos valdkonnaekspertide ning haigla- ja hoolekandetasutuste juhtidega tehtud soovituste praktilise elluviimise üle ning tuvastatakse võimalikud takistused, millele peaks arstide ja õendusametite migratsiooni vähendamisel tähelepanu pöörama. Aruteluseminaril saadud tagasisidet võetakse arvesse lõplike soovituste kirjapanekul.

2 SISSEJUHATUS

Tervishoiutöötajate uuringu peamine eesmärk oli saada teavet Eesti tervishoiutöötajate töökoormusest, tööajakorralduse praktikatest Eesti haiglates ja suuremates hoolekandeasutustes ning Eestist lahkumist kaaluvate ja juba lahkunud tervishoiutöötajate migratsiooni põhjustest ja ajenditest.

Uuring aitab vastata järgmistele küsimustele: 1) miks tervishoiutöötajad on huvitatud välismaal töötamisest (sh milline on töökeskkonnaga ja töökohaga seotud tegurite roll Eestist lahkumisel), 2) mis on peamised välismaal töötamise hüved, mis tõmbavad tervishoiutöötajaid välismaale, 3) milline on väljarännanute tagasipöördumise potentsiaal ja 4) mis motiveeriks neid Eestisse naasma ja siin töötama. Lisaks uuriti, kas ja mis raskusi või takistusi on naasmissooviga tervishoiutöötajatel esinenud, kuidas neid saaks lahendada ja tulevikus ennetada. Eraldi sihtrühma moodustasid need õe ja/või ämmaemanda eriala lõpetanud, kes pärast õpinguid õenduslasele tööle ei asunud või kes on õena ja/või ämmaemandana töötanud, kuid praeguseks erialaselt töölt lahkunud. Neilt uuriti, mis põhjustel ei minda pärast õpinguid erialasele tööle või miks lahkutakse erialaselt töölt.

Uuringu tulemusena tuuakse välja ettepanekud ja soovitusel, mida riik peaks tegema, et soodustada tervishoiutöötajate püsimist erialasel tööl (sh kehtiva töö- ja puhkeaja regulatsiooni rakendatavus ja muutmise vajalikkus) ning hoida universaalsete teadmistega, väärtuslikku ja kvalifitseeritud töötajaskonda kodumaal.

Praegune olukord

Rahvastiku Tervise Arengukava 2009–2020 eesmärk on saavutada olukord, kus Eestis töötab 1000 inimese kohta 3,2 arsti ja 9 õde. Eesmärk on jõuda õdede ja arstide suhtarvus olukorrani, kus ühe arsti kohta on umbes 3 õde. Hetkel on kirjeldatud vajadus arstide puhul kaetud, kuid õdesid on liiga vähe. Tervise Arengu Instituudi andmetel töötas 2014. aastal ühe arsti kohta ligikaudu 1,7 õde⁴.

Piisava hulga pädeva personali olemasolu tervishoiusüsteemis on võtme-eeldus kättesaadavate ja kvaliteetsete tervishoiuteenuste pakkumisel. Kvalifitseeritud tervishoiutöötajate nappus viib olukorrani, kus pikenevad teenuste osutamise ooteajad ning soov säilitada kättesaadavust senisel tasemel võib tingida vahetute teenuseosutajate ülekoormamise ja nõuda lõivu teenuste kvaliteedi arvelt (Veldre ja Kruus, 2013). Seetõttu on oluline tagada riigis piisav hulk kvalifitseeritud tööjõudu ja seda mitte ainult koolitatavate arvu kasvuga, vaid tõstes ka olemasolevate töötajate motivatsiooni erialal püsimiseks ning pidurdades väljarännet.

Aastatel 2007–2013 oli arstiõppe vastuvõtuarv 140 üliõpilast aastas, kellest ligikaudu lõpetas 120. Uuringus „Eestist töötavate arstide arvu prognoos aastaks 2032“ prognoositi, et kui kõik 120 lõpetanut läheksid kohe tööle Eesti tervishoiuasutustesse ja jääksid sinna, s.t keegi ei lahkuks välismaale ega üldse tervishoiusektorist, ei haigestuks raskelt ega sureks, siis sellise (väga ebatõenäolise) stsenaariumi korral töötavate arstide arv Eestis ei väheneks. Selleks, et arstide arv oleks aastal 2032 niisama suur kui see oli 2012. aastal, peaks aga oluliselt suurenema nii vastuvõtt arstiõppesse, kui ka vähenema arstide lahkumine välismaale tööle-elama. Kui välismaale lahkujaid oleks poole vähem, siis peaks arstide arvu säilitamiseks

⁴ TAI statistika: <http://www.tai.ee/et/instituut/pressile/uudised/3650-arstide-ja-odede-arvus-ei-ole-olulisi-muutusi-toimunud>

olema vastuvõtt ligikaudu 250 tudengit aastas (Kiivet, Visk ja Asser, 2012). 2014. aastal suurendatigi Tartu Ülikooli arstiõppe vastuvõtuarvu 160-ni.

Eesti õdede välismaale lahkumise tõenäosus oli 2008.–2011. aasta andmetel 0,4–2% aastas ja see oli suurem nooremates vanuserühmades. Uuringus „Õdede arvu prognoos aastaks 2032“ prognoositi, et kui õdede lahkumine lähemas tulevikus ei suurene ja õeõppesse võetakse jätkuvalt 400 üliõpilast aastas, siis jääb töötavate õdede arv Eestis 2013. aasta tasemele, sest osa lõpetajatest ei asu paraku kunagi õena tööle. Et Eestis oleks 2032. aastal 9 õde 1000 inimese kohta, peab alates 2014. aastast kõigil järgmistel aastatel Eesti raviasutustesse tööle minema 450–500 õde ning selle tagab 700–800 üliõpilase vastuvõtt õeõppesse aastas. Eestis töötavate õdede arvu vähenemise peatamiseks ja kasvule suunamiseks, peab õeõppesse vastuvõttu Eestis kahekordistama ja seejuures lootma, et õdede lahkumine välismaale ei suurene, vaid püsib 2008.–2011. aastate tasemel. (Kiivet, Visk ja Raag, 2013).

Lisaks arstide väljarände on Eestis kujunemas probleemiks arstide kõrge vanus – järgneva viie aasta jooksul saab 65-aastaseks 110–115 praegu Eestis töötavat arsti aastas. Seejärel, aastatel 2017–2026, saab 65-aastaseks 130–135 arsti aastas. Kui eesmärk on säilitada suhtarv 3 arsti 1000 inimese kohta, peab tööle asuma kindlasti rohkem arste, kui saab 65-aastaseks, sest ametist lahkujaid on ka enne pensioniiga (Kiivet, Visk ja Asser, 2012). Arstide keskmine vanus 2014. aastal oli Tervise Arengu Instituudi (TAI) andmetel 51 ja õdedel 45 aastat. Võrreldes varasema aastaga tervishoiutöötajate vanuselises koosseisus olulisi muutusi toimunud ei ole. Peaaegu 30% arstidest on 60-aastased või vanemad⁵.

TAI kogutud andmed näitavad, et arstide ja õendusalatöötajate arvus ei ole aastatel 2013–2014 olulisi muutusi toimunud. Ligikaudu viis protsenti arstidest ja õdedest lahkus 2014. aastal võrreldes 2013. aastaga tervishoiutööturult, kusjuures pooled lahkunud arstidest olid vanuses 60 aastat ja vanemad. Tööturult lahkunud arstid ja õed asendusid enam-vähem sama arvu nooremate arstide ja õdedega⁶.

Tervishoiutöötajate migratsioon

Sotsiaalpoliitiliselt üheks olulisemaks murekohaks Eestile on tööeas inimeste väljaränne. Tööjõu vaba liikumise tõttu Euroopa Liidus puudub Eesti riigil täpne ülevaade, kui palju inimesi tegelikult välismaal töötab. Kui 2010. aastal plaanis kindlasti või oli mõelnud välismaale tööle minemise peale 36% Eesti tööealisest rahvastikust, siis 2013. aastal oli selliseid inimesi 34%. Eesti elanike väljarändepotentsiaal 2013. aasta andmetel oli pea 6%, st et üle 51 000 tööealise inimese on teinud ettevalmistusi ning neil on kindel soov välismaal töötada. Võrreldes 2010. aastaga, mil väljarändepotentsiaal oli 8,5%, on see arv aga märgatavalt langenud (Tarum, 2014).

Võrreldes varasemate uuringutega, on välismaale tööle minna soovijate kavatsused pikaajalisemad: vähenenud on ajutiselt välismaale minna soovijate osakaal ning oluliselt on suurenenud alatiseks minejate osakaal. Kui 2006. aastal soovis alatiseks välismaale tööle minna vaid 5%, siis 2010. ja 2013. aastal juba vastavalt 13% ja 23% välismaale tööle minna soovijatest. Soov välismaale alatiseks tööle minna on seda suurem, mida kõrgem on välismaale tööle minna soovijate haridustase. Aastate jooksul ei ole muutusi toimunud sihtriigi eelistuste, välismaale töölemineku peamiste põhjuste ja takistavate tegurite osas – endiselt eelistatakse Põhjamaid ja eelkõige Soomet, kuhu meelitavad riigi lähedus, suhteliselt sarnane

⁵ TAI statistika: <http://www.tai.ee/et/instituut/pressile/uudised/3650-arstide-ja-odede-arvus-ei-ole-olulisi-muutusi-toimunud>

⁶ TAI statistika: <http://www.tai.ee/et/instituut/pressile/uudised/3650-arstide-ja-odede-arvus-ei-ole-olulisi-muutusi-toimunud>

keele- ja kultuuritaust, kuid ka paljude inimeste või tuttavate/sõprade kogemused Soomes töötades. Peamisteks väljarände põhjusteks on Eesti madal palgatase ja suur tööpuudus, välisriigi kõrgem elatustase/sotsiaalsed garantiid ja paremad arenguvõimalused ning maailma avastamise/enese arendamise soov. Väljarännet takistavateks teguriteks on peamiselt pere ja/või sõprade jäämine Eestisse, tahtmatus oma kodust ära minna, pere/lähedaste raskused välismaal uue elu alustamisega, vajadus hoolitseda pereliikmete, lähedaste või alaealiste laste eest ning puudulik võõrkeeleskus (Vörk, Priinits ja Kallaste, 2004; Tarum, 2014).

Eesti tööealise elanikkonna väljarändepotentsiaali uuringus on tervishoiuvaldkonda kajastatud koos sotsiaalhoolekande valdkonnaga, mistõttu tervishoiutöötajaid seal eristada ei saa, samuti ei võimalda kogutud andmed teha olulisi järeldusi nende väljarände kohta. Siiski on erinevate uuringute tulemustel teada, et ka Eesti tervishoiutöötajad on huvitatud välismaal töötamisest ja seda nii alaliselt kui pikaajaliselt. Uuringu „Arst 2011“ kohaselt oli 25,9% vastanutest töötanud välismaal ning 37,4% soovis välismaale (peamiselt Soome, Rootsi ja Saksamaale) tööle minna – see vastab ligilähedaselt aastatel 2003–2004 PRAXIS-e poolt läbiviidud tervishoiutöötajate migratsiooni uuringule, kus 38% vastanutest väitis, et kaaluvad välismaal töötamist (Sepp, 2012; Vörk, Priinits ja Kallaste, 2004). Välismaal töötamisele on mõelnud ka 84% Eesti Nooremartide Ühenduse poolt läbiviidud uuringus osalenutest ning vaid kümnendik arst-residentidest kavatseb kindlasti Eestisse tööle jääda (Eesti Nooremartide Ühendus, 2012). Enamik väljarändajatest soovib välismaal siiski veeta vaid mõne kuu või aasta ja seejärel kodumaale tagasi naasta (Vörk, Priinits ja Kallaste, 2004).

Arstide ja teiste tervishoiutöötajate puudus on üleilmne probleem. Arengumaades läbi viidud migratsiooniuringu kohaselt ei ole põhjust oodata tervishoiutöötajate väljarände vähenemist või lõppemist, vaid pigem selle intensiivistumist, sest kasvab globaalne suhtlus ja ka globaalselt töötamine teatud aladel, sh näiteks õenduserialadel. Samuti mõjutavad uued kommunikatsioonivahendid ülemaailmset tööturгу, kuna ametikohtadel töötamine ja tihti ka ametiks õppimine on võimalikud distantsilt ja ülemaailmselt. (Stilwell jt, 2004).

Peamiseks tervishoiutöötajate riikidevahelise liikumise põhjuseks on soov saada tasuvam töökoht või parandada oma elu- ja töötingimusi (UNCTAD-WHO, 1998; Sharma jt 2012). Sarnaselt Eestile lahkub tervishoiutöötajaid välismaale nt Suurbritannias. Uuringud on näidanud, et peamised põhjused seal emigreerumiseks on soov ja eelistus elada väljaspool Suurbritanniat, samuti töötingimused ja soov teha tööd nt arenguriikides (Moss jt 2004; Sharma jt 2012). Lisaks on tervishoiutöötajate väljarände põhjuseks soov omandada kõrgem erialane kvalifikatsioon ja tutvuda kaasaegsema tehnikaga (Chanda, 2001). Sarnastel põhjustel ajendab tervishoiutöötajaid teistesse riikidesse tööle minema soov omandada uusi teadmisi, kogemusi ja oskusi ning võimalus praktiseerida innovatiivsemas keskkonnas. Lisaks on tervishoiutöötajad nimetanud ka arstiameti kõrgemat tunnustamist välisriikides ning üleüldist ühiskonna paremat suhtumist tervishoiutöötajatesse (Vörk, Priinits ja Kallaste, 2004; Eesti Nooremartide Ühendus, 2012). Noorte arstide hulgas võib migratsiooni ajendiks saada ka rahulolematuse ja negatiivsed kogemused Eesti residentuuris. Eesti Nooremartide Ühenduse poolt 2014. aastal läbiviidud veebipõhises uuringus „Residentuuriprobleemid“ ilmnes, et suurem osa arst-residentidest teeb lisatööd väljaspool residentuuri, enam kui pooled arst-residentidest ootasid juhendajalt rohkem nõustamist kui nad tegelikult said ning umbes kolmandik arst-residentidest teevad tervishoiuasutustes valveid ilma, et ükski vastava eriala arst oleks füüsiliselt majas olemas.

Veldre ja Kruus (2013) viisid läbi uuringu arstitudengite, residentide ja noorarstide hulgas, mille kohaselt ei piirdu välisriiki siirdumise motiiv üksnes kõrgema töötasuga, vaid olulisteks teguriteks on ka soov ennast

erialaselt täiendada, kogeda teistsuguses (töö)kultuuris töötamist, sobiva karjäärivaliku puudumine Eestis ja soodsamad töökorralduslikud tingimused välisriigis. Täpsemalt toodi välja, et soov on töötada mõistlikuma töökoormusega ja ennetada läbipõlemist, töö- ja töövälise keskkonna paremus välisriigis (sh soov põgeneda siinsest ebakollegiaalsest ja halvustavast tööõhkkonnast, soov teenida enam või õiglasemat töötasu), Eesti meditsiinisüsteemi perspektiivitus ning välisriigi süsteemi pandlikkus (sh nt võimalus läbida residentuur tsüklitena ja töötada vahepeal üldarstina). Samuti toodi uuringus välja, et arstiks kasvamise protsessis puuduvad sisukad alternatiivid puhuks, kui õppekorralduslike tegurite tõttu arstiks pürgija õppeprotsess katkeb (nt ei saa põhiõppe lõpetanu tiheda konkurentsi tõttu ainsal soovitud erialal residentuuri). Selline jäik korraldus suurendab tõenäosust, et tudeng läheb tööle välisriiki. 1/5 arstitudengitest, kes kavatsevad minna välismaale tööle, rõhutasid aga kavatsust viibida seal ajutiselt. Eestisse jääma motiveeriks neid eelkõige senisest soodsamad töötingimused (kõrgem töötasu, meeldivam tööõhkkond, vanemarstide parem suhtumine, töökoormuse vähenemine, haiglate kinnipidamine töö- ja puhkeaja reeglitest) ning patsientide suhtumise paranemine. Sarnaseid põhjuseid töid motivaatoritena välja ka need, kes juba töötasid välismaal. Eestis on küll loodud üliõpilastele võimalus töötada konkreetse tervishoiuteenuse pakkuja juures abiarstina, kuid selle rolli võtmine on suuresti vabatahtlik ja kommentaaride kohaselt on nõudlus tudengite seas nende kohtade järele suurem kui pakkumine (Veldre ja Kruus, 2013).

Selleks, et minna välismaale tööle taotlevad Eesti tervishoiutöötajad Terviseametist välismaal meedikuna töötamiseks vajamineva tõendi oma koolituse ja töökogemuse vastavuse kohta Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiivis sätestatule. Terviseametist on aastatel 2004–2014 välja võetud 3136 tõendit, millest arstide tõendeid oli 1298, õdede tõendeid 1432 ning ämmaemandate tõendeid 63 (tabel 1).

Tabel 1. Terviseametist väljastatud tõendite arv välismaal töötamiseks

Aasta	Väljastatud tõendite arv	sh arstidele	sh õdedele	sh ämmaemandatele
2004	439	284	124	2
2005	176	80	88	1
2006	192	87	67	0
2007	205	75	100	2
2008	205	77	97	8
2009	286	106	134	6
2010	389	136	201	7
2011	362	141	172	10
2012	389	128	209	13
2013	303	118	150	6
2014	190	66	90	8
2015 I-III kv	129	62	48	9

Allikas: Terviseamet⁷

Käesoleva aasta (2015) esimese kolme kvartali jooksul võeti Terviseametist välja 129 tõendit, sh 62 arstide, 48 õdede ja 9 ämmaemandate tõendit. Väljastatud tõendite hulk ja tegelikult teise riiki tööle siirdunud

⁷ Terviseamet (2015) „Tervishoiutöötajate migratsioon“: <http://terviseamet.ee/tervishoid/tervishoiutoeotaja-registreerimine/tervishoiutoeotajate-migratsioon.html>

tervishoiutöötajate arv ei ole võrdne. Mitme kvalifikatsiooniga isik saab välja võtta mitu tõendit ja korduvat tõendit vajatakse hiljem ühest välisriigist teise liikudes. Hinnanguliselt lahkub teise riiki loa taotlenutest vaid 55–60%. Aastate jooksul on mitmed tervishoiutöötajad võtnud 4–5 tõendit, aga nende töökoht on sellele vaatamata Eestis. Mõningatel erialadel osutatakse nn e-teenust (näiteks radioloogia). Samuti võib tervishoiutöötaja samaaegselt teises riigis töötades jätkata töötamist ka Eestis – ennekõike on see nii Soome siirdunud tervishoiutöötajate puhul. (Terviseamet, 2015).

Arstlike erialade võrdluses peegeldub väljarände (potentsiaalne) mõju jõulisemalt. Erialade arengukavade uuendamise protsessis juhtisid eriarstide arvu vähenemisele otseselt tähelepanu näiteks psühhiaatria, sisehaiguste, pediaatria, anestesioloogia ning mitmete kirurgiliste erialade esindajad. Vähemalt neljal erialal on Terviseametist tõendi võtnud enam kui kolmandik Eestis registreeritud arstidest, sh torakaalkirurgidest 50%, kardiovaskulaarkirurgidest 45%, radioloogidest 34% ja anestesioloogidest 33% (Kiivet, Visk ja Asser, 2012).

Terviseametist võetud tõendite arvu kasutamist migratsiooni hindamisel raskendab asjaolu, et alates 2012. aastast ei pea äsja ülikooli lõpetanud vähemalt 3 kuu möödudes lõpetamisest, välismaale tööle minnes, enam Terviseametist tõendit välja võtma.

Tervishoiutöötajate töökeskkond ja töötingimused

Uuringu „Arst 2011“ tulemuste kohaselt väärtustavad arstid kõige enam tööga ja õpingutega toimetulekut, tervist ja pereelu. 81% vastanutest oli oma tööga rahul ja mitte-rahulolevad tõid peamiste mitterahulolu põhjustena välja pingelise töö, kirjaliku töö suure osakaalu ning suure töökoormuse. Ca 78% vastanutest leidis, et nende palk ei ole kooskõlas tehtava tööga – tunnetatakse end alamakstuna (Sepp, 2012).

Pealtnäha lihtsaim võimalus tervishoiutöötajate välismaale töölemineku vähendamiseks on tõsta kõigi tervishoiutöötajate palka ja parandada töötingimusi. Uuringu kohaselt, mis keskendus Euroopa Liiduga ühinemise palkadele ja tööjõu vaba liikumise mõju uurimisele, olid Eesti tervishoiutöötajate palgad võrreldes Rootsi palgastruktuuriga (keskmise palgaga võrreldes) ühed madalaimad (Philips jt, 2002). Täiendav aastane palgakulu, millega saavutatakse Eesti tervishoiutöötajate rahulolu, oleks PRAXIS-e 2003. aastal läbiviidud küsitluse põhjal lühiajaliselt aga väga suur – ligi 109 miljonit eurot (Võrk, Priinits ja Kallaste 2004). Seega peaks kaaluma lisaks palgataseme tõstmisele ka muid võimalikke variante. Erinevate uuringute tulemustel võib probleemi leevendada soodsamate töötingimustega (nt meeldivam tööõhkkond, töörõõmu kogemine, vanemarstide parem suhtumine, töökoormuse vähenemine, haiglate kinnipidamine töö- ja puhkeaja regulatsioonist, arenguvõimalused, spetsialiseerumise võimalused, ametialase arengu võimalused) ning patsientide suhtumise paranemisega (Eesti Nooremarstide Ühendus, 2012; Sepp, 2012; Veldre ja Kruus, 2013).

Järelikult peab tervishoiutöötajate lahkumise põhjuseid analüüsid lisaks töötasule ning tööajale kindlasti pöörama tähelepanu ka meditsiinisektori töökeskkonna teistele aspektidele (sh nt töökeskkonna kaasaegsusele ja töökoha arenguvõimalustele, kollegiaalsetele suhetele ja suhtlusele patsientidega), mis võivad inimeste otsust lahkuda samavõrra mõjutada.

Tervise Arengu Instituudi iga-aastase uuringu kohaselt oli osalise- ja täistööajaga töötavate arstide keskmine brutotunnipalk ilma lisatasudeta 2015. aasta märtsis 10,78 eurot, õendustöötajate ja hooldajate keskmine brutotunnipalk ilma lisatasudeta vastavalt 5,47 ja 3,11 eurot tunnis. Vastavalt kollektiivlepingule on aastal 2015 arstide tunnitasu alammäär üheksa eurot, õdedel ja ämmaemandatel viis eurot ja

hooldajatel kolm eurot tunnis. TAI uuring näitas, et kuigi enamikul tervishoiutöötajatel ületab palk kollektiivlepingus ettenähtut, on töötajaid, kelle tasu jääb alla kehtestatud alammäära. Arstide hulgas oli alla alammäära tasustatud ametikohti 16,2%, õendustöötajatest 7,8% ja hooldajatest 2,5%. Poolte arstide põhitunnipalk oli madalam kui 9,29 eurot. Õendustöötajate põhitunnipalga mediaan oli 5,15 eurot ja hooldajatel 3,09 eurot.

Statistikaameti andmetel oli 2014. aasta riigi keskmine palk 1010 eurot. Riigi keskmisest töötasust oli arstide palk 2,2 korda kõrgem, õendustöötajate palk ületas riigi keskmist 13% ja hooldajate tasu moodustas riigi keskmisest palgast 67%⁸.

Töötajate töö- ja puhkeaja nõuded on reguleeritud töölepingu seaduses (TLS)⁹. Igapäevast ja iganädalast puhkeajaga ning valveajaga reguleerivad TLS-i §-d 51, 52 ja 48. Mõningad Eesti haiglad on aga väljendanud soovi muuta TLS-is töö- ja puhkeaja reguleerimise paindlikumaks. Nimetatud pöördumises tuuakse välja, et asutustes on probleeme töötajatele igapäevase ning iganädalase puhkeaja võimaldamisega. Tööandjatel ei ole võimalik, olemasolevat piiratud töötajate koosseisu arvestades, koostada töö- ja puhkeaja nõuetega kooskõlas olevat tööajakava, kuna pärast tööpäeva lõppu rakendatakse haigla töötajatele valveajaga. Samuti tekib töötajate haigus- või hoolduslehtedele jäämisega vajadus kutsuda tööle asendustöötajad, kuid see tingib omakorda töö- ja puhkeaja nõuete rikkumise asendustöötajatel. Tervishoiutöötajad on eelnevates uuringutes märkinud, et neid motiveeriks Eestisse jääma või Eestisse naasma soodsamad töötingimused, sh haiglate kinnipidamine töö- ja puhkeaja seadusest (Veldre ja Kruus, 2013) ja normeeritud töökoormus (Eesti Nooremartide Ühendus, 2012). Tööinspektsiooni järelevalve statistika näitab, et iganädalase ja igapäevase puhkeaja nõuete osas on tervishoiusektoris rikkumisi ette tulnud (tabel 2).

Tabel 2. Töösuhte järelevalve käigus avastatud rikkumised tervishoiusektoris, 2011–2013

	2011	2012	2013
TLS § 51 lg 1: igapäevase puhkeaja nõuete rikkumine	3	5	5
TLS § 52 lg 1: vähem kui 48 tundi järjestikust puhkeajaga		1	2
TLS § 52 lg 2: vähem kui 36 tundi järjestikust puhkeajaga	3	5	6

Allikas: Tööinspektsioon

Praegu puudub täpne info, kui laialt on igapäevase ning iganädalase puhkeaja võimaldamisega seotud probleem levinud. Samuti puudub info, mis on selle (täpsemad) põhjused ning kuidas on praegu (kehtivat õigust arvestades) töö- ja puhkeajaga haiglates korraldatud.

⁸ TAI statistika: <http://www.tai.ee/et/instituut/pressile/uudised/3649-tervishoiutootajate-keskmine-ja-mediaantunnipalk-uletavad-palgaalammaarasi>

⁹ Tööaja kohta on Euroopa Parlament ja nõukogu vastu võtnud direktiivi 2003/88/EÜ tööaja korralduse teatavate aspektide kohta (edaspidi direktiiv), mille artikkel 5 sätestab minimaalse iganädalase puhkeaja. Lisaks direktiivile on Eesti seotud parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalhartaga (edaspidi harta), mille artikli 2 lõike 1 alusel tuleb tagada töötajale vastuvõetav igapäevane ja -nädalane tööaeg.

3 UURINGU METOODIKA

Tervishoiutöötajate uuringu **eesmärk** oli saada teavet Eesti tervishoiutöötajate töökoormusest, tööajakorralduse praktikatest Eesti haiglates ja suuremates hoolekandeesutustes ning Eestist lahkumist kaaluvate ja juba lahkunud tervishoiutöötajate migratsiooni põhjustest ja ajenditest.

Tervishoiutöötajate Eestist lahkumise põhjustest detailsema ülevaate saamiseks ja tervishoiutöötajate erialaselt töölt lahkumise selgitamiseks Eestis on uuringu jaotatud järgmisteks osadeks:

- **kvantitatiivuuring** Eestis töötavate arstide ja õendusalatöötajate hulgas;
- **süvaintervjuud** Eestist lahkunud tervishoiutöötajate hulgas;
- **fookusgrupi intervjuud** erialal tööd mittealustanud ja erialaselt töölt lahkunud õendusalatöötajate hulgas;
- **süvaintervjuud** haigla- ja hoolekandeesutuse juhtide hulgas.

Lähtudes uuringu eesmärgist ja kirjeldatud osadest on uuringu **sihtrühmadeks**:

- Eesti tervishoiusüsteemis töötavad arstid (välja arvatud hambaarstid);
- Eesti tervishoiusüsteemis töötavad õendusalatöötajad (õed ja ämmaemandid);
- Eestist välismaale tööle lahkunud arstid;
- Eestist välismaale tööle lahkunud õendusalatöötajad;
- Eesti tervishoiusektorist muule tööle lahkunud õendusalatöötajad (sh need, kes pole pärast õpinguid erialasel tööl töötanud ja need, kes on erialal töötamise järel õendusalaselt töölt lahkunud);
- Eesti haigla- ja hoolekandeesutuste juhid.

Uurimisküsimused, millele erinevatelt sihtrühmadelt kas küsitluse, intervjuu või fookusgrupi intervjuu käigus vastuseid otsiti, on välja toodud alljärgnevas tabelis (tabel 3). Küsimustik, intervjuu ja fookusgrupi kavad esitatakse aruande lisana eraldi failides.

Tabel 3. Uurimisküsimused ja sihtrühmad, kes nendele vastavad.

Uurimisküsimus	Eestis töötavad arstid ja õendusala-töötajad	Eestist lahkunud arstid ja õendusala-töötajad	Sektorist lahkunud õendusala-töötajad	Juhid
Sotsiaal-demograafiline taust (sugu, vanus, kodakondsus, emakeel, perekonnaseis, elukoht)	X			
Töölane taust (tööle asumise aasta, eriala, erialal praktiseeritud aeg, täienduskoolitustel osalemine, töökoht, töökoha piirkond)	X	X	X	X
Kui suur on lepinguline koormus? Mis on tegelik tööaeg? Kas on ettepanekuid lepingulise koormuse tagamiseks või muude probleemide lahendamiseks?	X			X
Mis probleemid on seotud tööajakorraldusega ja kuidas need mõjutavad migratsiooni või sektorist lahkumist?		X	X	

Uurimisküsimus	Eestis töötavad arstid ja õendusala-töötajad	Eestist lahkunud arstid ja õendusala-töötajad	Sektorist lahkunud õendusala-töötajad	Juhid
Mis on migratsiooni detailsed põhjused ja valmisolek välismaale tööle minemiseks?	X	X		
Mis on levinuimad migratsiooniperioodid (ajutine, pikaajaline, alatine)?	X	X		
Mis on võimalikud põhjused, motiivid Eestisse erialasele tööle jäämiseks? Mis peaks olema teisiti või tagatud, et edaspidi Eestisse tööle jääda?	X	X		
Mis peaks töö- ja pereelu ühitamiseks olema tagatud, et soodustada Eestisse jäämist ja/või naasmist?	X	X		X
Kuidas on oskused ja teadmised seotud migratsiooni kavatsustega (nii sisse- kui väljaränne)? Kuidas mõjutavad oskused ja teadmised välismaale tööle mineku otsust? Kuidas mõjutavad välismaal omandatud oskused Eestisse naasmist?	X	X		
Rahulolu välismaal töötamisega, edasised tööplaanid, Eestisse naasmise soovid ja võimalused, Eestisse naasmist soodustavad ja/või takistavad tegurid.		X		
Mis on väljaspool tervishoiusektorit töötamise põhjused? Mis on sektorisse naasmise soovid ja/või võimalused?			X	
Kas ja mis raskusi või takistusi on Eestisse või sektorisse tööle naasmisel esinenud?		X	X	
Kas ja kuidas peaks suurendama tööga rahulolu (sh töötingimustega), et jääksite/naaseksite Eestisse või sektorisse tööle?	X	X	X	X
Kuidas hindate töö- ja puhkeaja tingimusi Eesti haiglates ja suuremates hoolekandeesutustes? Kuidas on korraldatud töö- ja puhkeag arvestades kehtivat töölepingu seaduse regulatsiooni ja piiratud tööjõudu?	X			X
Mis on peamised probleemid seoses töö- ja puhkeaja regulatsiooni täitmisega?	X			X
Kas ja kuidas oleks vaja kehtivat töö- ja puhkeaja regulatsiooni muuta?				X

Allikas: Sotsiaalministeeriumi sisendi alusel autorite koostatud

3.1 Uuringu läbiviimise põhimõtted

Küsitluste ja intervjuude läbiviimisel lähtuti heast akadeemilisest tavast ning teaduseetika printsiipidest. Kuna väljaränne võib olla seotud väga isiklike aspektidega, siis oli nii küsitlustele vastamine kui intervjuudes osalemine rangelt vabatahtlik. Küsimustikud olid anonüümsed ning küsitleti ja intervjueriti ainult täisealisi

inimesi. Kuna uuringu sihtrühmi oli mitu ja nad olid väga erinevad, siis kasutati nii erinevaid meetodeid sihtrühmade uurimiseks kui nendeni jõudmiseks.

Intervjuude ning veebiküsitlusele vastanute arvud sihtrühmapõhiselt on välja toodud järgnevas tabelis (tabel 4). **Kokku viidi läbi 71 individuaalintervjuud, kolm fookusgrupiintervjuud, üks aruteluseminar ning veebiküsitlustele vastas 1707 inimest.**

Tabel 4. Hindamise käigus läbiviidud intervjuude ja veebiküsitlusele vastanute arv

Uuringu sihtrühmad	Individuaalintervjuude arv (sh kirjalikult vastanute arv)	Fookusgrupi intervjuude arv (ja selles osalenute arv arv)	Veebiküsitlusele vastanute arv
Eestis töötavad arstid	-	-	794
Eestis töötavad õed	-	-	795
Eestis töötavad ämmaemandad	-	-	102 (sh 19 õde)
Välismaal töötavad arstid	22 (1)	-	-
sh arst-residendid	7	-	-
Välismaal töötavad õendusalatöötajad	12 (2)	-	-
Haigla- või hoolekandeesutuse juhid	30	-	-
Erialaselt töölt eemal	8	3(18)	34
sh erialaselt töölt lahkunud õendusalatöötajad	7	13	30
sh pärast õpinguid erialasele tööle mitte asunud	1	5	4
Aruteluseminar erinevate osapooltega		1()	
Kokku	72	3 (18)	1707

Allikas: autorite koostatud

3.1.1 Eestis töötavate tervishoiutöötajate küsitlus

Kvantitatiivuuringu üldkogumiks olid kõik **Eesti tervishoiuasutustes töötavad arstid ja õendusalatöötajad**. Eestis töötavate tervishoiutöötajate andmed kantakse Terviseameti tervishoiutöötajate riiklikusse registrisse. Üldkogumi suurus oli Terviseameti andmetel seisuga 04.09.2015 seisuga 13 748 isikut (sh 4 626 arsti, 8 793 õde ja 677 ämmaemandat (edaspidi lühendatult ÄE)).

Terviseamet edastas uuringu läbiviijatele kõigi tervishoiutöötajate registris registreeritud töötajate andmed, koos kutse, eriala(de) ja töökoh(t)a(de) asukohaga (maakondade kaupa, eraldi Tallinn ja Tartu). Kuna Terviseameti tervishoiutöötajate register sisaldas tervishoiutöötajate erialasid, vaid poolte isikute puhul, siis üldkogumit erialade lõikes ei analüüsita. Registri andmed ei sisaldanud ka isikute kohta teavet nende täiendkoolituse läbimise ega eesti keele oskuse kohta, mistõttu ei ole võimalik üldkogumit ega valimit nende tunnuste lõikes kirjeldada. Küsitluse eesmärk oli saada vastused 640-lt arstilt ja 720-lt õendusalatöötajalt ning selle saavutamiseks koostati kaks 2500-st isikust koosnevat juhuvalimit. Kui tervishoiutöötaja tööandjate asukoha piirkond erines (nt Tallinn ja Läänemaa), siis üldkogumi jaotamisel võeti nad arvesse kõigis piirkondades. Valimi koostamisel arvestati, et igast piirkonnast satuks valimisse üldkogumi osakaalule vastav hulk tervishoiutöötajaid (tabel 5).

Tabel 5. Eestis töötavate tervishoiutöötajate jaotus üldkogumis ja uuringu valimis piirkondade kaupa (arv, %)

Tööandja asukoha piirkond	Üldkogum arstid	Osakaal ÜK-s (%)	Valim arstid	Üldkogum õed	Osakaal ÜK-s (%)	Valim õed	Üldkogum ÄE	Osakaal ÜK-s (%)	Valim ÄE
Tallinn	2295	40,55	1014	4031	42,60	908	317	44,03	159
Tartu	1208	21,35	534	1742	18,40	396	153	21,25	77
Harjumaa	245	4,33	108	387	4,10	88	28	3,89	14
Hiiumaa	30	0,53	13	27	0,30	6	6	0,83	3
Ida-Virumaa	489	8,64	216	1128	11,90	256	32	4,44	16
Jõgevamaa	88	1,56	39	112	1,20	26	8	1,11	4
Järvamaa	84	1,48	37	101	1,10	24	11	1,53	6
Läänemaa	103	1,82	46	122	1,30	28	3	0,42	2
Lääne-Virumaa	143	2,53	63	198	2,10	45	30	4,17	15
Põlvamaa	81	1,43	36	125	1,30	28	10	1,39	5
Pärnumaa	290	5,12	128	508	5,40	116	42	5,83	21
Raplamaa	100	1,77	44	111	1,20	26	13	1,81	7
Saaremaa	80	1,41	35	156	1,60	34	11	1,53	6
Tartumaa	61	1,08	27	107	1,10	24	6	0,83	3
Valgamaa	83	1,47	37	171	1,80	39	15	2,08	8
Viljandimaa	162	2,86	72	254	2,70	58	25	3,47	13
Võrumaa	117	2,07	52	190	2,00	43	10	1,39	5
Kokku	5659	100%	2500	9470	100%	2145	720	100%	364

Allikas: Terviseamet, autorite arvutused

Valimi koostamine

Küsitluse läbiviimiseks moodustati kaks juhuvalimit – üks arstidest ja teine õendusametitest (õed ja ämmaemandad). Valimi võtmisel tervishoiutöötajate riikliku registri loendist võeti arvesse kuni kuue tööandja asukoht (üldkogumis oli ka isikuid, kellel oli kuni kümme tööandjat). Kuna osa tervishoiutöötajatest on omandanud mitu kutset (samaaegselt nii arst kui õde või nii õde kui ämmaemand), siis valimi koostamisel alustati isikute juhuslikku valikut valimisse ämmaemandatest, seejärel tehti valik õdede ja arstide hulgas. Selleks, et tagada tervishoiutöötajate üldkogumile vastav jaotus valimis, alustati juhuvalikut nendest piirkondadest, kus oli vähem töötajaid ning iga järgneva piirkonna puhul eemaldati loendist juba valimisse sattunud isikud ning juhuvalik tehti ülejäänud isikute hulgast.

Valimisse sattunud isikute (isikukoodi alusel) kontaktandmete (elukoha aadress, telefon, e-post) saamiseks tehti eraldi andmepäring [rahvastikuregistrisse](#). Nende arstide ja õendustöötajate puhul, kellel rahvastikuregistri andmetel e-posti aadressi polnud, otsiti kontaktandmeid muude avalike allikate alusel (nt tööandjate veebilehtedel olevad kontaktandmed) või võeti isikuga kontakti telefoni teel ja paluti uuringukutse edastamiseks e-posti aadressi. Kõigi valimisse sattunud isikute e-posti aadresse polnud võimalik saada, kuna neid avalikest andmebaasidest ei leitud või polnud telefoni teel võimalik isikuga

kontakti saada ja e-posti aadressi küsida. Ülevaate valimi kontaktidest, vastanutest ja keeldunutest annavad järgmised tabelid (tabel 6, tabel 7 ja tabel 8). Arstide valimisse valiti juhuvaliku teel 2500 arsti erinevatest töökoha asukoha piirkondadest vastavalt üldkogumi jaotusele (tabel 5; veerud 2, 3 ja 4). Neist 94 isiku puhul ei õnnestunud uuringu meeskonnal e-posti aadressi kindlaks teha. 38 isiku e-posti aadressile ei olnud võimalik uuringukutset edastada, kuna see aadress ei töötanud või oli postkast täis ning kirja polnud võimalik kohale toimetada. Vigase või puuduva e-posti aadressi tõttu ei olnud 5%-l valimisse sattunud isikutest võimalik uuringus osaleda. Veebiküsitlusele vastamisest keeldus (kas e-kirja või telefoni teel) 101 arsti. Ligikaudu 17% arstidest katkestas vastamise (st alustasid vastamist, aga ei täitnud küsimustikku piisavas mahus, mis lubaks vastust uuringu tulemustes arvesse võtta). Üheks põhjuseks olid detailed küsimused töökohtade, töökoormuse ja töötasu osas, millele paljud ei soovinud isiklikel põhjustel vastata. Piisavas mahus või täielikke vastuseid laekus 793 ehk arstide vastamismäär oli 31,7%.

Tabel 6. Arstide valim, mittevastanud ja vastanud töökoha piirkondade kaupa (arv)

	Valim	E-posti aadress puudu	Vigane e-posti aadress	Keeldunud	Mitte-vastanud	Katkestanud	Vastanud
Tallinn	1014	51	14	47	435	159	308
Tartu	534	5	5	16	218	101	189
Harjumaa	108	8	2	4	44	19	31
Hiiumaa	13	1	1	1	6	1	3
Ida-Virumaa	216	17	8	8	102	30	51
Jõgevamaa	39	0	0	1	17	8	13
Järvamaa	37	1	1	3	17	3	12
Läänemaa	46	1	0	1	23	8	13
Lääne-Virumaa	63	0	1	3	14	19	26
Põlvamaa	36	0	0	2	12	5	17
Pärnumaa	128	2	0	2	65	16	43
Raplamaa	44	1	0	4	19	8	12
Saaremaa	35	1	0	1	18	6	9
Tartumaa	27	1	2	1	10	3	9
Valgamaa	37	2	1	0	16	6	12
Viljandimaa	72	1	1	5	30	8	27
Võrumaa	52	2	2	2	16	12	18
Kokku	2500	94	38	101	1062	412	793

Allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused

Õdede valimisse valiti juhuvaliku teel 2145 õde erinevatest töökoha asukoha piirkondadest vastavalt üldkogumi jaotusele (tabel 5; veerud 5, 6 ja 7). Neist 96 isiku puhul ei õnnestunud uuringumeeskonnal e-posti aadressi kindlaks teha. 27 isiku e-posti aadressile ei olnud võimalik uuringukutset edastada, kuna see aadress ei töötanud või oli postkast täis ning kirja polnud võimalik kohale toimetada. Vigase või puuduva e-posti aadressi tõttu ei olnud 6%-l valimisse sattunud õdedest võimalik uuringus osaleda. Veebiküsitlusele vastamisest keeldus (kas e-kirja või telefoni teel) 54 õde. Ligikaudu 18% õdedest katkestas vastamise (st

alustasid vastamist, aga ei täitnud küsimustikku piisavas mahus, mis lubaks vastust uuringu tulemustes arvesse võtta). Üheks põhjuseks olid detailsed küsimused töökohtade, töökoormuse ja töötasu osas, millele paljud ei soovinud isiklikel põhjustel vastata. Piisavas mahus või täielikke vastuseid laekus 729 ehk ödede vastamismäär oli 34%.

Tabel 7. Ödede valim, mittevastanud ja vastanud töökoha piirkondade kaupa (arv)

	Valim	E-posti aadress puudu	Vigane e-posti aadress	Keeldunud	Mitte-vastanud	Katkestanud	Vastanud
Tallinn	908	22	11	25	381	191	278
Tartu	396	4	0	5	111	74	202
Harjumaa	88	5	0	1	48	10	24
Hiiumaa	6	0	0	0	2	1	3
Ida-Virumaa	256	29	7	8	142	26	44
Jõgevamaa	26	3	0	1	9	7	6
Järvamaa	24	2	0	3	4	3	12
Läänemaa	28	3	1	0	13	5	6
Lääne-Virumaa	45	4	1	2	14	11	13
Põlvamaa	28	2	0	1	13	4	8
Pärnumaa	116	10	5	4	32	22	43
Raplamaa	26	1	1	0	13	3	8
Saaremaa	34	2	0	1	13	6	12
Tartumaa	24	0	0	0	10	5	9
Valgamaa	39	1	0	2	12	7	17
Viljandimaa	58	5	0	0	18	12	23
Võrumaa	43	3	1	1	9	8	21
Kokku	2145	96	27	54	844	395	729

Allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused

Ämmaemandate valimisse valiti juhuvaliku teel 364 ämmaemandat erinevatest töökoha asukoha piirkondadest vastavalt üldkogumi jaotusele (tabel 5; veerud 8, 9 ja 10). Neist 7 isiku puhul ei õnnestunud uuringumeeskonnal e-posti aadressi kindlaks teha. Kahe isiku e-posti aadressile ei olnud võimalik uuringukutset edastada, kuna aadress ei töötanud või oli postkast täis ning kirja polnud võimalik kohale toimetada. Vigase või puuduva e-posti aadressi tõttu ei olnud 3%-l valimisse sattunud ämmaemandatest võimalik uuringus osaleda. Veebiküsitlusele vastamisest keeldus (kas e-kirja või telefoni teel) kolm ämmaemandat. Ligikaudu 13% ämmaemandatest katkestas vastamise (st alustasid vastamist, aga ei täitnud küsimustikku piisavas mahus, mis lubaks vastust uuringu tulemustes arvesse võtta). Piisavas mahus või täielikke vastuseid laekus 150 ehk ämmaemandate vastamismäär oli 41,2%.

Tabel 8. Ämmaemandate valim, mittevastanud ja vastanud töökohta piirkondade kaupa (arv)

	Valim	E-posti aadress puudu	Vigane e-posti aadress	Keeldunud	Mitte- vastanud	Katkestanud	Vastanud
Tallinn	159	3	2	2	86	12	54
Tartu	77	0	0	0	23	14	40
Harjumaa	14	0	0	1	5	2	6
Hiiumaa	3	0	0	0	0	0	3
Ida-Virumaa	16	0	0	0	3	7	6
Jõgevamaa	4	0	0	0	2	0	2
Järvamaa	6	0	0	0	4	0	2
Läänemaa	2	0	0	0	0	1	1
Lääne-Virumaa	15	0	0	0	7	1	7
Põlvamaa	5	1	0	0	2	0	2
Pärnumaa	21	0	0	0	5	5	11
Raplamaa	7	1	0	0	3	0	3
Saaremaa	6	0	0	0	2	1	3
Tartumaa	3	0	0	0	0	0	3
Valgamaa	8	1	0	0	6	0	1
Viljandimaa	13	1	0	0	5	3	4
Võrumaa	5	0	0	0	3	0	2
Kokku	364	7	2	3	156	46	150

Allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused

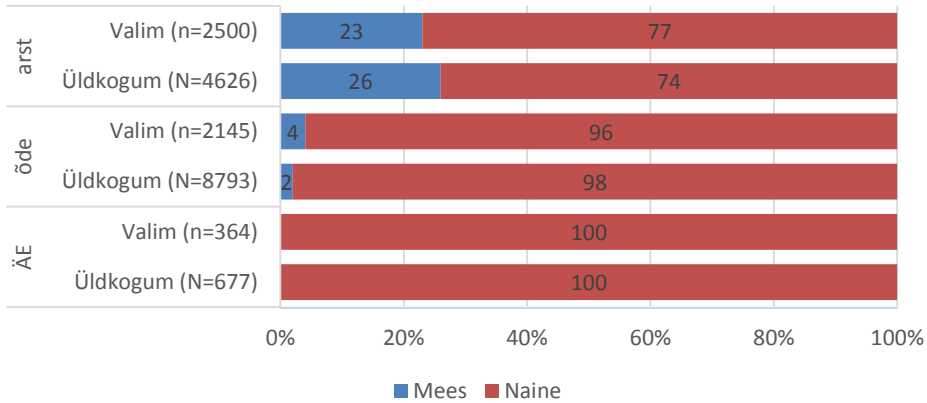
Keeldumise põhjustena märkisid tervishoiutöötajad soovimatust küsitlusele vastata, aja puudust või puhkusel/lähetuses viibimist. Telefoni teel märgiti keeldumiseks ka isikliku e-posti aadressi puudumist või soovimatust seda jagada. Katkestamise põhjuseks märgiti mõnel korral lapsehoolduspuhkusel viibimist või sealt hiljutist naasmist, mistõttu ei tundnud vastaja end kindlalt tööga seotud küsimustele vastamiseks. Valimisse oli sattunud ka üksikuid tervishoiutöötajaid, kes tegelikult olid hiljuti töötamise lõpetanud, kuid kelle andmeid tööandjad ei olnud Terviseameti registris uuendanud.

Kordusküsitluse läbiviimisel tuleb arvestada, et tervishoiutöötajate registris olevad kontaktandmed on vananenud eelkõige vanemate töötajate puhul ning neid ei ole võimalik uuringu läbiviimiseks kasutada. Rahvastikuregistri kontaktandmete kasutamisel tuleb arvestada, et ligikaudu 10%-l isikutest pole e-posti aadressi ega telefoninumbrit, mis nõuab muude kontaktivõtmise meetodite kasutamist või valimidisaini muutmist. Lisaks tuleb arvestada, et kuigi rahvastikuregister koondab teistes avalikes registrites olevaid kontaktandmeid, on paljud e-posti aadressid korduvad või valesti sisestatud (palju täheviigu nimedes, puuduvad @ märgid, valed domeeninimed: gmail.ee, hotmail.ee, mail.com vmt).

Uuringu läbiviijate kogemuse järgi on töötavate isikute eristamine Terviseameti tervishoiutöötajate registris samuti keeruline, kuna nende hulgas võib olla lapsehoolduspuhkusel viibivaid või pensionile läinud töötajaid.

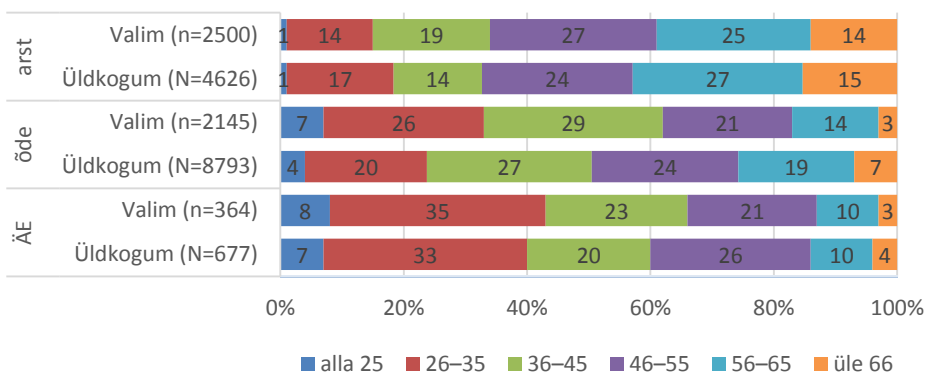
Üldkogum ja valim

Enamik Eestis töötavatest arstidest, õdedest ja ämmaemandatest on naised, arstide hulgas on mehi 26% ning õdede hulgas 2% (joonis 1). Juhuvliku teel valimisse sattunud arstidest 23% ning õdedest 4% olid mehed. Valimisse sattus vähem meessoost arste ja rohkem meessoost õdesid, kui oli üldkogumis.



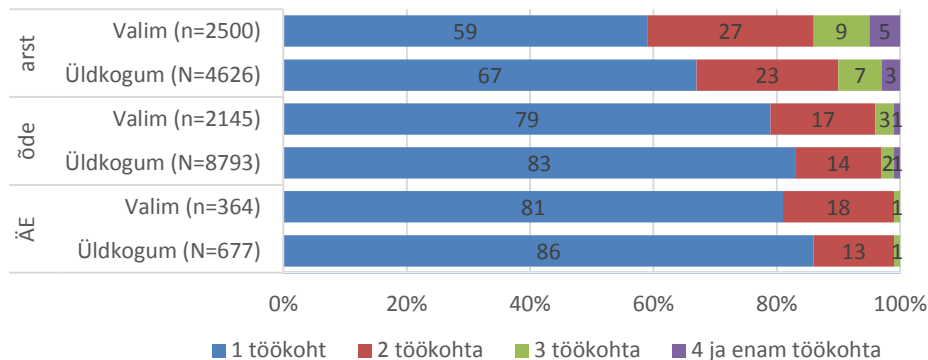
Joonis 1. Tervishoiutöötajate sooline jaotus üldkogumis ja valimis (%)
(allikas: Terviseamet, autorite arvutused)

Arstide keskmine vanus üldkogumis oli 52 ja valimis 51 eluaastat, õdedel vastavalt 46 ja 42 ning ämmaemandatel 42 ja 40 eluaastat. Pooled arstidest nii üldkogumis kui valimis on vanuses 46–65 eluaastat, õdedest sattus valimisse rohkem nooremaid, vanuses 26–35 eluaastat ning vähem vanemaid õdesid, vanuses 56–65 eluaastat ning ämmaemandatest sattus juhuvaliku teel valimisse pisut rohkem nooremaid ämmaemandaid (joonis 2).



Joonis 2. Tervishoiutöötajate vanuseline jaotus üldkogumis ja valimis (%)
(allikas: Terviseamet, autorite arvutused)

Sageli töötavad tervishoiutöötajad mitme tööandja juures. Ämmaemandad töötavad enamasti ühe tööandja juures (86%), õdedest 83% töötab ühe tööandja juures, 14% kahe tööandja juures ning 3% kolme või enama tööandja juures. Arstidest 67% töötab ühe tööandja juures, 23% kahe tööandja juures ning 10% kolme või enama tööandja juures (joonis 3). Valimisse sattus rohkem neid arste, õdesid ja ämmaemandaid, kellel on rohkem kui üks töökoht.



Joonis 3. Tervishoiutöötaja töökohtade arv Eestis üldkogumis ja valimis (arv, %) (allikas: Terviseamet, autorite arvutused)

Küsitluse läbiviimine

Küsitlus viidi läbi **veebiküsitlusena** oktoobris. Kutse uuringus osaleda saadeti kõigile valimisse sattunud arstidele ja õendusalatöötajatele, kelle kontaktandmetena oli teada e-posti aadress. Küsitlusele oli võimalik vastata kas eesti või vene keeles.

Uurimisküsimustele vastamine võttis keskmiselt 30 minutit, kuid sõltuvalt vastaja töökogemusest ja kokkupuutest migratsiooniga võis see varieeruda. Küsitlusankeedi koostamisel võeti arvesse esialgsed uurimisküsimused (tabel 3), mida täiendati teiste varasemate Eestis või välismaal läbiviidud uuringute küsimustike ja tulemuste põhjal (sh võeti varasemate uuringute tulemusi arvesse küsimuste valikvastuste koostamisel). Küsimustiku koostamisel arvestati oluliselt ka tellija soove ja tagasisidet. Küsimustik esitatakse aruande lisana eraldi failis.

Iga valimisse sattunud arsti või õendustöötajaga püüti kontakt saada olemasolevaid kontaktandmeid (e-post, telefon) kasutades kokku kuni kolmel korral. Vastajate keeldumised e-posti või telefoni teel dokumenteeriti. Valimisse sattunud arstidele ja õendusalatöötajatele tehti uuringuperioodil kuni kaks meeldetuletust. Kordusuuringu korral tuleks küsitluse läbiviimiseks arvestada pikema ajaperioodiga, et vastajatel oleks võimalik töökohustuste kõrvalt uuringus osaleda. Rohkem aega tuleks planeerida ka puuduvate e-posti aadresside otsimiseks avalikest allikatest või telefoni teel kontakti võtmiseks. Küsimustiku koostamisel on oluline arvestada, et töökohtade ja töötasuga seotud küsimustele ei soovi paljud vastata, mistõttu kaaluda kuivõrd detailseid küsimusi edaspidi kasutada. Varem kasutatud küsimused, mis ei ole sisuliselt vastuseid andnud või millele vastamisest on rohkem loobunud, tuleks ümber sõnastada ja uuesti testida, asendada uuringu kontekstis olulisemate küsimustega või kõrvale jätta. Sellisteks küsimusteks on uuringumeeskonna hinnangul:

- tervishoiutöötajate kõikide lõpetatud erialade loend, mida ei ole võimalik ühtsetel alustel analüüsida ega hinnata, kas vastaja on märkinud kõik erialad või mitte;
- kõikide töökohtade detailne ülevaade (asutuse tüüp, asukoht, lepingu tüüp, summeeritud tööaja kasutamine, töökohta olulisus – põhi- või lisatöökoht), mistõttu paljud katkestasid vastamise või märkisid vähem töökohti kui neil vastavalt registriandmetele tegelikult on; lisaks ei osanud paljud vastajad välja tuua, milline töökohtadest on nende jaoks põhitöökoht ning milline lisatöökoht;

- põhitöökoha lepinguline ja tegelik töökoormus, mille kohta paljud märkisid sumeeritud tööajast tulenevalt tundide vahemiku; oli ka neid vastajaid, kes ei teadnud oma lepingulist või tegelikku töökoormust;
- põhitöökoha keskmine tunnitasu, mida paljud ei soovinud märkida ja katkestasid vastamise ning osa vastajatest ei teadnud oma tunnipalga suurust;
- liiga palju avatud küsimusi, mis küll pisut erinesid, kuid vastajad ei soovinud korduvalt selgitusi kirja panna ning märkisid, et vastus on eelneva küsimuse juures olemas.

Andmete analüüs

Laekunud vastuste puhul võeti analüüsis arvesse need vastajad, kes vastasid küsimustikule kas täielikult või kuni keeleoskuse küsimuseni. Ülejäänud vastuseid analüüsis arvesse ei võetud ja need vastajad loeti katkestanuteks. Enne analüüsimist andmed puhastati (st kontrolliti loogilisi seoseid vastuste vahel ja kodeeriti puuduvad vastuste väärtused), anonümiseeriti ning kaaluti üldkogumi töökooha asukoha jaotusele vastavaks. Kaalutunnus arvutati ja lisati vastuste andmebaasi. Kõik tulemused on esitatud kaalutud andmete põhjal.

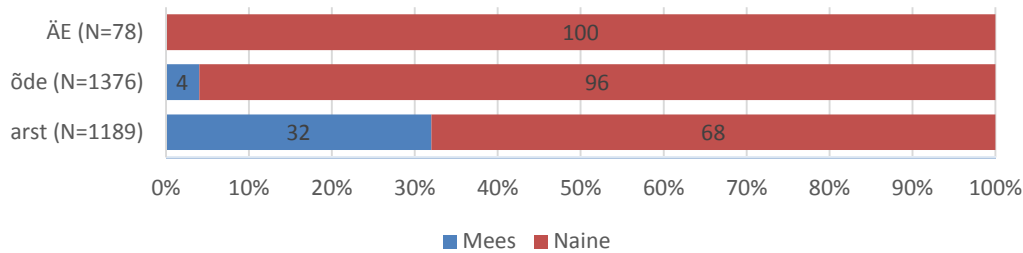
Erinevalt esialgselt kavandatust ei esitata tulemusi tervishoiutöötajate eriala, töökooha asukoha ega täienduskoolituse läbimise kaupa, kuna vastanute jaotus nende tunnuste korral seda ei võimalda, st vastanute grupid eriala ja töökooha asukoha kaupa on omavahel võrdlemiseks liiga väikesed. Täienduskoolituse läbimise järgi analüüsi teostamine töökorralduse ja migratsiooni küsimustes pole sisukas.

Kogutud andmete analüüsimiseks kasutati analüüsitarkvara SPSS ning MS Excel'it. Analüüsimeetoditena kasutati peamiselt kirjeldavat statistikat (sh sagedus- ja risttabelid) ning gruppide vaheliste erinevuste (arstid ja õendusalatöötajad) statistilise olulisuse kontrollimiseks Hii-ruut testi ja dispersioonanalüüsi (ANOVA). Analüüsis toodi välja võimalikud soolised, vanuselised ja eesti keele oskusest tulenevad erinevused. Erinevuste olulisust testiti statistiliste testidega (Hii-ruut test ja Fisheri täpne test). Kui erinevused gruppide vahel ei osutunud statistiliselt oluliseks olulisuse nivool 0.05, siis neid tulemusi aruandesse ei lisatud. Olulised erinevused toodi aruandes välja ning võimalusel lisati ka põhjused, millest need erinevused tulenevad.

3.1.2 Eestist lahkunud tervishoiutöötajate kvalitatiivuuringu

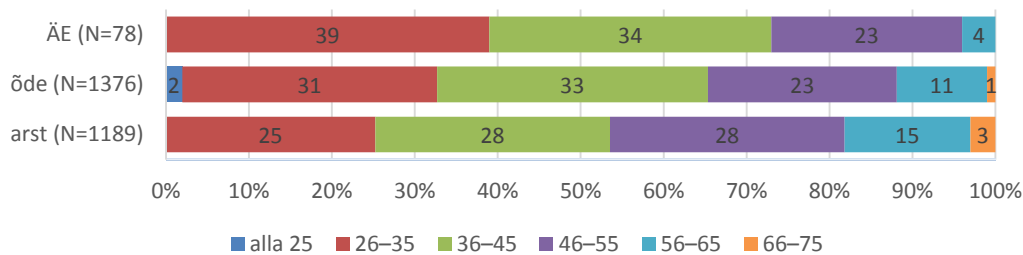
Järgnevalt selgitatakse, kuidas on lähenetud ning milliste kanalite kaudu on sihtrühma esindajate kontaktandmeid kogutud. Antud sihtrühma üldkogumi moodustasid kõik uuringu läbiviimise ajal Eestist lahkunud tervishoiutöötajad. Kõiki Eestist lahkunud tervishoiutöötajaid ja nende toimivaid kontakte ei olnud võimalik kindlaks teha, sest kuigi selleks, et välismaale tööle minna, taotlevad tervishoiutöötajad Terviseametist vastavat tõendit, siis tegelikkuses puudub täpne ülevaade, kui paljud tervishoiutöötajad siiski Eestist pärast tõendi välja võtmist lahkuvad. Välismaal töötavate arstide ja õdede leidmiseks tehti päring Terviseametile nende isikute arvu ja kontaktide saamiseks, kes on Terviseametist välismaal töötamiseks kutsekvalifikatsiooni tunnustamise tõendi saanud ja kellel puuduvad tervishoiutöötajate registri andmetel Eestis asuva tööandja andmed.

Terviseametist tõendi võtnud tervishoiutöötajad on peamiselt naised. Tõendi võtnud arstidest iga kolmas on mees (joonis 4).



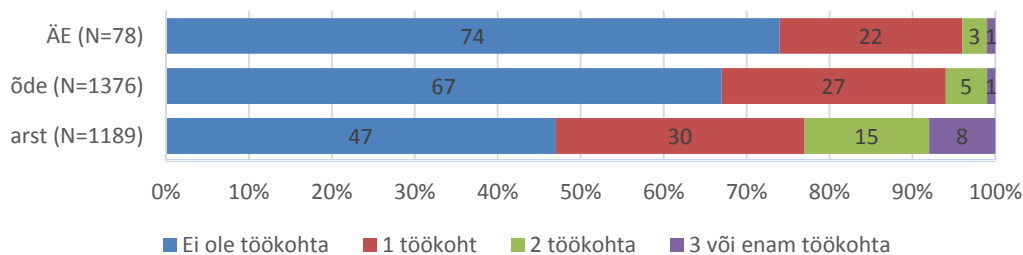
Joonis 4. Terviseametist tõendi võtnud tervishoiutöötajate sooline jaotus üldkogumis (%)
(allikas: Terviseamet, autorite arvutused)

Terviseametist välismaal töötamiseks tõendi võtnud arstide keskmine vanus oli 45 aastat, õdedel 42 ning ämmaemandatel 39 aastat. Suurem osa tõendi võtnud õdedest ja ämmaemandatest on alla 45-aastased. Tõendi võtnud arstidest pooled on vanemad kui 46-aastased (joonis 5).



Joonis 5. Terviseametist tõendi võtnud tervishoiutöötajate vanuseline jaotus üldkogumis (%)
(allikas: Terviseamet, autorite arvutused)

Mitte kõik Terviseametist tõendi võtnud tervishoiutöötajatest pole lõplikult Eestist lahkunud. Tõendi võtnud ämmaemandatest ei tööta Terviseameti andmetel hetkel Eesti tervishoiusektoris 74%, õdedest 67% ning arstidest 47%. Ülejäänud töötavad ka pärast tõendi võtmist Eestis, kas ühe või mitme tööandja juures. Sagedamini jagavad oma töökoormust mitme tööandja vahel arstid (23%, joonis 6).



Joonis 6. Terviseametist tõendi võtnud tervishoiutöötajate töökohta olemasolu ja arv Eestis (%)
(allikas: Terviseamet, autorite arvutused)

Pärast tõendi võtmist Eestis töötavate tervishoiutöötajate töökohta (või töökohtade) asukoha piirkonnad on esitatud alljärgnevas tabelis (tabel 9). Tulemuste põhjal võib oletada, millistes piirkondades töötavad tervishoiutöötajad võivad lähiajal potentsiaalselt välismaale minna (lahkumine pole kindel, kuna paljud tõendi võtnud tervishoiutöötajad tegelikult välismaale tööle ei lähe).

Tabel 9. Tõendi võtnud tervishoiutöötajate Eestis oleva töökoht(a)(de) asukoha piirkond (arv)

	arst (N=626)	õde (N=452)	ÄE (N=20)
Tallinn	370	267	9
Tartu	165	101	6
Harjumaa	52	18	0
Hiiumaa	1	0	0
Ida-Virumaa	42	34	3
Jõgevamaa	7	0	0
Järvamaa	10	2	0
Läänemaa	9	2	0
Lääne-Virumaa	30	8	2
Põlvamaa	8	1	0
Pärnumaa	46	28	0
Raplamaa	24	7	0
Saaremaa	13	5	0
Tartumaa	8	3	0
Valgamaa	7	6	1
Viljandimaa	16	3	1
Võrumaa	20	5	0
Kokku	828	490	22

Allikas: Terviseamet, autorite arvutused

Märkus: Kuna ühel isikul võib olla mitu töökohta, siis on nad arvesse võetud kõigi töökohtade piirkondades.

Selliseid tervishoiutöötajaid, kes olid võtnud Terviseametist tõendi välismaal töötamiseks ning kellel tervishoiutöötajate registri andmetel puudus septembris 2015 Eestis tööandja, oli üldkogumis 1496. Neist 854 isiku kohta oli olemas e-posti aadress (tabel 10).

Tabel 10. Potentsiaalselt Eestist või tervishoiusektorist lahkunud tervishoiutöötajad

	Potentsiaalselt Eestist lahkunud		Potentsiaalselt sektorist lahkunud	
	Võtnud tõendi ja puudub töökoht Eestis	E-post olemas	Ei ole võtnud tõendit, kuid puudub töökoht Eestis	E-post olemas
Arst	561	443	1111	617
Õde	897	387	3065	726
ÄE	38	24	107	47
Kokku	1496	854	4283	1390

Allikas: Terviseamet, autorite arvutused

Neile ja potentsiaalselt tervishoiusektorist lahkunud isikutele saadeti olemasolevale e-posti aadressile kiri ning paluti uurimisrühmaga ühendust võtta, juhul kui nad ei tööta enam Eestis tervishoiusektoris või on läinud Eestist mujale tööle ning on nõus oma kogemusi jagama grupiintervjuu, Skype või telefoniintervjuu vormis järgmistel teemadel:

- tervishoiusektorist lahkumise põhjused;

- välismaale lahkumise põhjused;
- välismaal viibimise aega mõjutavad tegurid;
- võimalikud põhjused või tõmbetegurid tervishoiusektorisse või Eestisse erialasele tööle naasmiseks;
- töö- ja pereelu ühitamise võimalikkus ja vajadused seoses tervishoiusektorist või Eestist lahkumise või Eestisse naasmisega;
- raskused ja/või takistused Eestisse naasmiseks.

Olemasolevast 2244-st kontaktist 855 ei töötanud (st saadetud e-kiri ei jõudnud adressaadini – kas puudus selline postkast või oli postkast täis), kuid üleskutsele uuringus osaleda reageeris 40 Eestist lahkunud arsti, 16 Eestist lahkunud õendusalatöötajat ning 10 sektorist lahkunud, kuid Eestis elavat õendusalatöötajat. Kasutades neid kontakte ning **lumepallimeetodil** (st intervjueeritud arstidelt või õendusalatöötajatelt küsiti kontakte teiste välismaal töötavate arstide ja õendusalatöötajate kohta.) saadud kontakte, viidi läbi 33 intervjuud Eestist lahkunud arstide ja õendusalatöötajatega.

Intervjuude läbiviimine

Uuringu käigus viidi läbi kokku **34 poolstruktureeritud süvaintervjuud Eestist lahkunud tervishoiutöötajatega** (arstid, õed ja ämmaemandad). Intervjuudega koguti infot nende Eestist lahkumise põhjustest sh migratsiooni põhjustest-ajenditest, välismaal töötamise hüvedest, võimaliku tagasipöördumise põhjustest-ajenditest-raskustest ja tõmbeteguritest Eestisse naasmiseks. Intervjuu küsimused puudutasid nii tervishoiutöötajate välismaale lahkumise otsust, kogetud takistusi ja võimalusi aga ka Eesti ja välisriigi tervishoiusüsteemis töötamise kogemuse võrdlemist ja hinnangut Eestisse naasmise võimalikkusele. Intervjuu teemad olid:

- tervishoiutöötajate erialane haridus ja töökogemus Eestis ja välismaal;
- Eestist lahkumise otsuse kujunemine;
- Eesti tervishoiusektorist ja Eestist lahkumise otsust mõjutanud tegurid;
- välisriigis tööle asumisele eelnenud ettevalmistus ja esinenud takistused;
- rahulolu Eestist lahkumise otsusega;
- välismaal elamise ja töötamise kogemuse head ja halvad küljed;
- Eestis ja välisriigis töötamise kogemuse iseloomustus ja võrdlus;
- Eesti tervishoiusektorisse ja Eestisse naasmist mõjutavad tegurid;
- tervishoiutöötajate ootused muutustele ja parendustele Eesti tervishoiusüsteemis tulevikus.

Intervjuukava koostamisel lähtuti esialgsetest uurimisküsimustest (tabel 3), mida täiendati teiste varasemate Eestis või välismaal läbiviidud uuringute tulemuste põhjal. Intervjuukava koostamisel arvestati oluliselt ka tellija soovidega. Intervjuukava täpsustati esmaste intervjuude järel, mis andsid intervjuueerijale tagasisidet küsimuste arusaadavuse, loogilise järjestuse ja täiendavate täpsustavate küsimuste vajalikkuse osas. Täpne intervjuukava esitatakse aruande lisana eraldi failis.

- **Eestist lahkunud arstid ja arst-residendid** – kokku viidi läbi 22 intervjuud sihtrühma esindajatega, sh seitsme arst-residendiga. Riikidest olid esindatud Soome (13), Rootsi (4), Saksamaa (1), Prantsusmaa (1), Norra (2) ja Holland (1). Erialadest olid esindatud radioloogia, hematoloogia, neuroloogia, pediaatria, anestesioloogia ja intensiivravi, ortopeedia, torakaalkirurgia, günekoloogia ja sünnitusabi, sisemeditsiin (sisehaigused), psühhiaatria, radioloogia, uroloogia ja üldmeditsiin.

- **Eestist lahkunud õendusalatöötajad** (õed ja ämmaemandid) – kokku viidi läbi 12 intervjuud. Riikidest olid esindatud Norra (2), Šveits (1), Soome (4), Rootsi (1), Saksamaa (1), Inglismaa (2) ja Belgia (1). Õendusalatöötajate hulgas oli nii üldõdesid, koduõdesid kui õdesid, kes töötavad dialüüsi osakondades ja neuroloogilises taastusravis.

Intervjuude tavapärase kestus oli tund kuni poolteist. Kui intervjuueeritav viibis uuringu läbiviimise ajal Eestis, siis lepitati võimalusel kohtumine kokku silmast-silma, sel viisil viidi läbi kokku kolm intervjuud. Enamik intervjuueeritustest viibisid välismaal, seega viidi intervjuud läbi nii skype vahendusel (kokku 25 intervjuud) kui telefoniintervjuu vormis (kokku 5 intervjuud). Lisaks vastas kaks isikut intervjuu küsimustele kirjalikult.

Intervjuude analüüsimiseks kasutati sisuanalüüsi meetodit, mille käigus analüüsiti intervjuude sisu teemade ja tähenduse kontekstis. Teksti sisu jaotati lähtuvalt uurimisküsimustest kategooriatesse, mida parandati ja täpsustati analüüsi käigus. Kategooriate moodustamisele läheneti üldjuhul deduktiivselt, st kategooriad moodustati lähtuvalt uurimisküsimustest, kuid kasutati ka induktiivset lähenemist, kus analüüsi lisati tekstist tulenevaid kategooriaid. Kvalitatiivse analüüsi tulemuste esitlemisel ei ole aruandes kajastatud mitte üksnes mitmetest erinevatest intervjuudest kõlama jäänud laiemalt levinud seisukohad, vaid välja on toodud ka üksikutes intervjuudes väljendatud üldistest hoiakutest kõrvale kalduvaid arvamusi. Üksikute, teistest erinevate arvamuste esitamisel aruandes on see ka vastavalt märgitud.

3.1.3 Erialal tööd mitte alustanud ja erialalt lahkunud õendusalatöötajate kvalitatiivuuring

Kontaktandmete kogumine

Sihtrühma üldkogumi moodustasid kõik uuringu läbiviimise ajal **erialalt lahkunud ja erialasele tööle mitte asunud õendusalatöötajad**. Kõiki erialaselt töölt lahkunud õendusalatöötajaid ja nende toimivaid kontakte ei olnud võimalik kindlaks teha. Kuna uuringus osalejate puhul seati eesmärgiks, et nad oleksid erineva haridusliku (Tartu vs Tallinna Tervishoiu Kõrgkool) ja tööalase taustaga (lahkunud on nii haiglatest kui perearstikeskustest), siis nende inimeste leidmiseks paluti abi Tallinna ning Tartu Tervishoiu Kõrgkoolidelt.

Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolile esitati ametlik päring 2015. aastal õe ja/või ämmaemanda eriala lõpetanute kontaktide saamiseks. Neile edastati e-posti teel kutse uuringus osalemiseks. Kokku edastati kutse 302-le lõpetanule. Varasemate aastate lõpetajate kontakte ning vilistlaste liste Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil ei ole. Lisaks paluti ametlikus päringus nende õendusalatöötajate kontakte, kes 2015. aasta sügisel taas õe erialale õppima ja end täiendama asusid¹⁰. Kokku edastati kutse 24-le taas eriala õppima asunud inimesele. 18 neist ei soovinud või ei saanud uuringus osaleda või ei vastanud kutsele ning kuus õppima asunutest osales fookusgrupi intervjuudes. Kõrgkoolidelt saadud kontaktide kaudu võttis uuringumeeskonnaga ühendust vähem kui 20 inimest.

Tartu Tervishoiu Kõrgkoolile saadeti vähemalt kolmel korral e-kiri palvega uuringus osalemise kutse edastada vilistlastele ja lõpetanutele, kelle hinnanguline arv oli 1200 inimest. Ka selle rühma huvi uuringus osaleda oli tagasihoidlik – üksikud erialalt lahkunud õendustöötajad võtsid uuringumeeskonnaga ühendust.

Kontaktide leidmisel oli oluliseks meetodiks lisaks koostööle kõrgkoolidega **lumepallimeetod**, kus intervjuueeritud (st nii fookusgrupi intervjuudes kui individuaalintervjuudes osalenud) õendusalatöötajatelt

¹⁰ M. Võsumets (2015) Meditsiiniõed pöörduvad kutse juurde tagasi. Postimees. (<http://tervis.postimees.ee/3306387/meditsiinioed-poorduvad-kutse-juurde-tagasi>)

küsimisi kontakte teiste erialalt lahkunud ja erialasele tööle mitte asunud õendusametite kohta. Täiendavalt kasutati uuringumeeskonna isiklike kontakte.

Fookusgrupi intervjuud

Uuringus läbiviidud **fookusgrupi intervjuude** eesmärk oli arutleda selle üle, mis põhjustel inimesed lahkuvad erialaselt töölt ja mis põhjustel inimesed ei asu pärast õpingute lõpetamist erialasele tööle (sh mis roll on selles erinevatel töökeskkonna ja töökohaga seotud teguritel), kas ja mis tingimustel kaalutakse tervishoiusektorisse naasmist; samuti mõtiskleti selle üle, mis põhjustel inimesed soovivad õendusametist tööd teha, mis on selle töö juures positiivne ja mis negatiivne; milline on õendusametite kuvand ühiskonnas. Täiendavalt arutleti selle üle, kas need põhjused, miks erialasele tööle ei minda ja erialaselt töölt lahkutakse, on pigem sarnased või mitte ning kas nimetatud gruppidele peaks lähenema ühtviisi. Fookusgrupi osalejate valikul taotleti, et esindatud oleks nii erialal tööd mittealustanud õendusametitajad (sh nende erinev hariduslik taust) kui ka erialalt lahkunud õendusametitajad (sh erinev töötaust ja regionaalne taust).

Kokku viidi läbi kolm fookusgrupi intervjuud. Igas fookusgrupi intervjuus osales kuus inimest, st kokku osales fookusgrupi intervjuudes 18 inimest, sh viis õendusametile töölt mitte asunud ja 13 erialaselt töölt lahkunud endist õendusametitajat. Igale osalejale anti kompensatsiooniks uuringus osalemise eest 25-eurone kinkekaart. Fookusgrupi intervjuudes osalejatest enamik olid omandanud hariduse Tallinnas, vaid kolm osalejat olid hariduse saanud Tartus. Erialalt lahkunud õendusametitajate viimased töökohad olid nii haiglates, hooldushaiglates, perearstikeskustes kui kiirabis, kusjuures esindatud olid ka Eesti erinevad piirkonnad nt Tallinn, Harjumaa, Tartu, Pärnu ning Järvamaa.

Fookusgrupid viidi läbi eestikeelsena ja nende keskmine pikkus oli kuni 2 tundi. Osalejatelt küsiti eelnevalt luba fookusgrupi intervjuu salvestamiseks. Salvestatud intervjuud transkribeeriti ja neid kasutati edasises analüüsis. Osalejate anonüümsuse kaitseks ei kajastata analüüsis (ega transkriptsioonis) intervjueritute nimesid ega muud infot, mis võimaldaks intervjueritute otsest või kaudset tuvastamist.

Individuaalintervjuud ja veebiküsitlus

Lisaks fookusgrupi intervjuudele viidi läbi **kaheksa individuaalintervjuud** nende isikutega, kellel ei olnud võimalik või kes ei soovinud fookusgrupi intervjuus osaleda. Individuaalintervjuude teemad olid sarnased fookusgrupi intervjuude teemadele. Lisaks võttis mitu inimest uuringumeeskonnaga ühendust sooviga uurimisküsimustele kirjalikult vastata.

Kuna selle sihtrühma huvi uuringu individuaal- ja fookusgrupi intervjuudes osaleda oli väga tagasihoidlik, siis koostas uuringumeeskond fookusgrupis käsitletavatest uurimisküsimustest lähtuva **veebiküsimustiku**, mida jagati sotsiaalmeedias, Tartu Tervishoiu Kõrgkooli listides ja Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolilt saadud kontaktidele. Nii mõnegi potentsiaalse vastaja jaoks võis olla tegemist tundliku teemaga (nt olid erialalt lahkumise põhjused isiklikud ja/või seotud mõne negatiivse sündmusega) või ei paku muutused tervishoiusüsteemis enam eemal viibimise tõttu vastajale huvi. Seega leidis uuringumeeskond, et teatud osale potentsiaalsetest vastajatest võib anonüümselt ja endale sobival ajal veebis küsimustele vastamine vastuvõetavam olla. Vastajate motiveerimiseks anti kõigile veebiküsitluse lõpuni täitnutele kinkekaart. Veebiküsimustele vastas kokku 34 inimest. Veebiküsimustikus käsitleti sarnaseid teemasid intervjuudele:

- mis põhjustel inimesed soovivad õendusametist tööd teha ning mis on selle töö juures positiivne ja mis negatiivne;

- milline on õendusalatöötajate kuvand ühiskonnas;
- mis põhjustel inimesed lahkuvad erialaselt töölt;
- mis põhjustel inimesed ei asu pärast õpingute lõpetamist erialasele tööle;
- kas ja mida peaks Eesti tervishoiusüsteemis muutma, et soodustada inimeste õenduslasele tööle naasmist.

Lisaks paluti vastajatel kirjeldada enda õendusalast töökogemust ja teisi omandatud erialasid ning hinnata väljaspool õendusalast valdkonda töö leidmise keerukust aga ka soovi õenduslasele tööle naasta.

3.1.4 Haigla- ja hoolekandeesutuste juhtide kvalitatiivuuring

Üheks uuringu alaeesmärgiks oli analüüsida Eestis töötavate tervishoiutöötajate töökoormust, keskendudes töötajate töö- ja puhkeaja regulatsioonile ning selle rakendamisele haigla- ja hoolekandeesutustes. Uuringu käigus kaardistati tööajakorralduse praktikaid Eesti haiglates ja suuremates hoolekandeesutustes, analüüsiti peamisi probleeme, sh kehtiva töö- ja puhkeaja regulatsiooni kitsaskohti ja selle muutmise vajalikkust ning toodi välja ettepanekud olukorra muutmiseks.

Sihtrühma üldkogumiks olid kõik Eesti haigla- ja hoolekandeesutuste juhid. Intervjueeritavate valimi suurus oli 30 isikut. Valimi koostamisel arvestati, et uuringusse kaasatud juhid oleksid Eesti eri piirkondadest (Põhja-Eesti, Lõuna-Eesti, Ida-Eesti ja Lääne-Eesti) ning erineva töötaustaga, st intervjueeritavad töötaksid nii regionaalhaiglas, keskhaiglas, üldhaiglas kui ka õendushaiglas.

Tabel 11. Haigla- ja hoolekandeesutuste juhtide üldkogum ja valim asutuse tüübi järgi
 (allikas: autorite koostatud)

	Üldkogum	Valim
Erihaigla	10	2
Hooldushaigla	25	6
Keskhaigla	4	4
Kohalik haigla	5	3
Piirkondlik haigla	3	3
Taastusravihaigla	4	2
Õendushaigla	8	3
Üldhaigla	11	7
Kokku	70	30

Uuringu käigus viidi läbi **30 poolstruktureeritud süvaintervjuid** haigla- ja hoolekandeesutuste juhtidega, sh 10 intervjuud Põhja-Eestis, kolm intervjuud Kesk-Eestis, kolm intervjuud Kirde-Eestis, viis intervjuud Lääne-Eestis ning üheksa intervjuud Lõuna-Eestis. Intervjuude keskmine pikkus oli tund kuni poolteist. Võimalusel viidi intervjuud läbi silmast-silma. Kui silmast-silma kohtumine ei olnud võimalik, viidi intervjuu läbi kas skype vahendusel või telefoniintervjuu vormis.

Anonüümsuse kaitseks ei kajastata analüüsis intervjueeritute nimesid ega muud infot, mis võimaldaks intervjueeritute otseselt või kaudset tuvastamist. Eeldusel, et ei kahjustata uuringus osalejate anonüümsust, tuuakse võimalusel (ja kui see on vajalik) tsitaatide juures välja ka juhtide eriala ja/või piirkond.

Poolstruktureeritud süvaintervjuus määratleti käsitletavat teemavaldkonnad ning sõnastati huvipakkuvad küsimused avatud küsimustena:

- tervishoiutöötajate lepinguline koormus ja tegelik tööaeg haigla- ja hoolekandeesutustes;
- tööajakorraldusega seotud probleemide ulatus, seotus ja mõju väljarände või erialaselt töölt lahkumisele;
- võimalikud lahendusvariandid, kuidas tagada lepingulist koormust ja vähendada tööajakorraldusest tulenevat väljarännet või tervishoiusektorist lahkumist;
- tööandjate hinnangud töö- ja puhkeaja tingimustele Eesti haiglates ja suuremates hoolekandeesutustes, sh kuidas on tegelikult korraldatud töö- ja puhkeaeg (arvestades kehtivat töölepingu seaduse regulatsiooni ja piiratud tööjõudu);
- tööandjate peamised probleemid seoses töö- ja puhkeaja regulatsiooni täitmisega;
- tööandjate ettepanekud, kas ja kuidas oleks vaja kehtivat töö- ja puhkeaja regulatsiooni muuta.

Intervjuukava koostamisel lähtuti esialgsetest uurimisküsimustest (tabel 3). Intervjuukava koostamisel arvestati oluliselt ka tellija soovidega. Intervjuukava täpsustati esmaste intervjuude järel, mis andsid intervjuerijale tagasisidet küsimuste arusaadavuse, loogilise järjestuse ja täiendavate täpsustavate küsimuste vajalikkuse osas. Lõplik intervjuukava esitatakse aruande lisana eraldi failis.

Intervjuude analüüsimiseks kasutati sisuanalüüsi meetodit, mille käigus analüüsiti intervjuude sisu teemade ja tähenduse kontekstis. Teksti sisu jaotati lähtuvalt uurimisküsimustest kategooriatesse, mida parandati ja täpsustati analüüsi käigus. Kategooriate moodustamisele läheneti üldjuhul deduktiivselt, st kategooriad moodustati lähtuvalt uurimisküsimustest, kuid kasutati ka induktiivset lähenemist, kus analüüsi lisati tekstist tulenevaid kategooriaid. Kvalitatiivse analüüsi tulemuste esitlemisel ei kajastata mitte üksnes mitmetest erinevatest intervjuudest kõlama jäänud ja laiemalt levinud seisukohti, vaid välja tuuakse ka üksikutes intervjuudes väljendatud, üldistest hoiakutest kõrvale kalduvaid arvamusalvusi. Üksikute, teistest erinevate arvamuste esitamisel märgitakse see lõpparuandes vastavalt.

3.1.5 Aruteluseminar

Uuringu käigus kogutud andmete analüüsi põhjal koostatud esialgsete soovitude ja lahendusvariantide arutamiseks viidi läbi **aruteluseminar** haigla- ja hoolekandeesutuste juhtidega ning erialaliitude esindajatega. Seminaril arutati koos valdkonnaekspertide ning haigla- ja hoolekandeesutuste juhtidega tehtud soovitude praktilise elluviimise üle ning tuvastati võimalikud takistused, millele peaks arstide ja õendusalatöötajate migratsiooni vähendamisel tähelepanu pöörama.

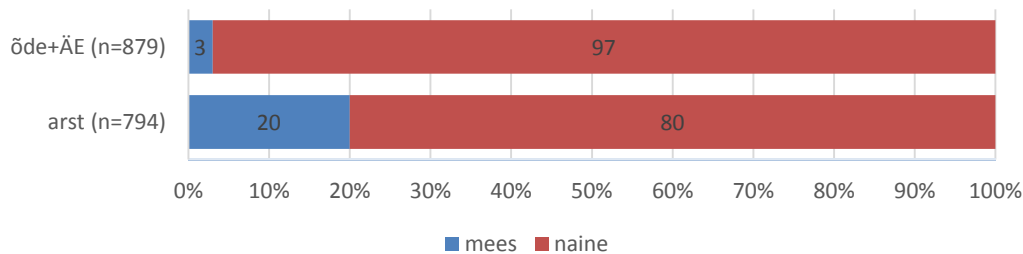
Arutelu eesmärk oli testida intervjuudes ja küsitlustes välja toodud lahendusettepanekuid ja soovitusi (sh sobivust laiemale ringile, st erinevatele regioonidele ja tervishoiusektori asutustele). Seminar viidi läbi Tallinnas ning see kestis kaks tundi. Seminarile registreerunutele saadeti tutvumiseks lühike kokkuvõtte uuringu tulemustest ja peamised arutlusele tulevad probleemid. Aruteluseminaril saadud tagasisidet võeti arvesse uuringu lõplike soovitude sõnastamisel.

4 EESTIS TÖÖTAVATE TERVISHOIUTÖÖTAJATE TÖÖKORRALDUS JA MIGRATSIOON

4.1 Vastanute profiil

Küsitlusele vastas 794 arsti (sh 13 arst-residenti) ning 879 õendusalatöötajat (sh 795 õde ja 102 ämmaemandat, 19 vastajat märkis end nii õeks kui ämmaemandaks). Edasises analüüsis esitatakse õdede ja ämmaemandate vastused ühes grupis. Küsitluse tulemused on kaalutud vastavaks üldkogumi jaotusele tööandja asukoha maakonna järgi.

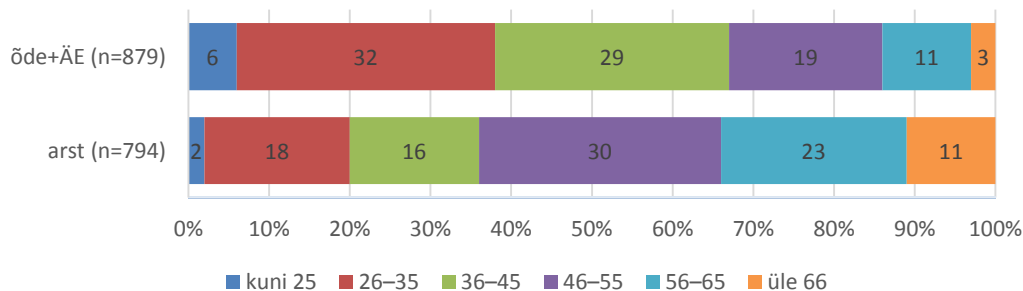
Kui Eestis töötavate arstide hulgas on mehi 26%, siis küsitlusele vastanute hulgas oli meesarste 20%, mis viitab sellele, et naised on aktiivsemad ja kohusetundlikumad küsitlustele vastajad kui mehed. Töötavatest õdedest on naisi 98%, küsitlusele vastanute hulgas aga 97% (joonis 7).



Joonis 7. Tervishoiutöötajate sooline jaotus (%)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Küsitlusele vastanute hulgas on rohkem nooremaid arste ja õdesid kui üldkogumis (joonis 8). Arstide keskmine vanus vastanute hulgas oli 49 ja õendustöötajatel 41 eluaastat (üldkogumi keskmine vanus arstidel oli 52, õdedel 46 ja ämmaemandatel 42).



Joonis 8. Tervishoiutöötajate vanuseline jaotus (%)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

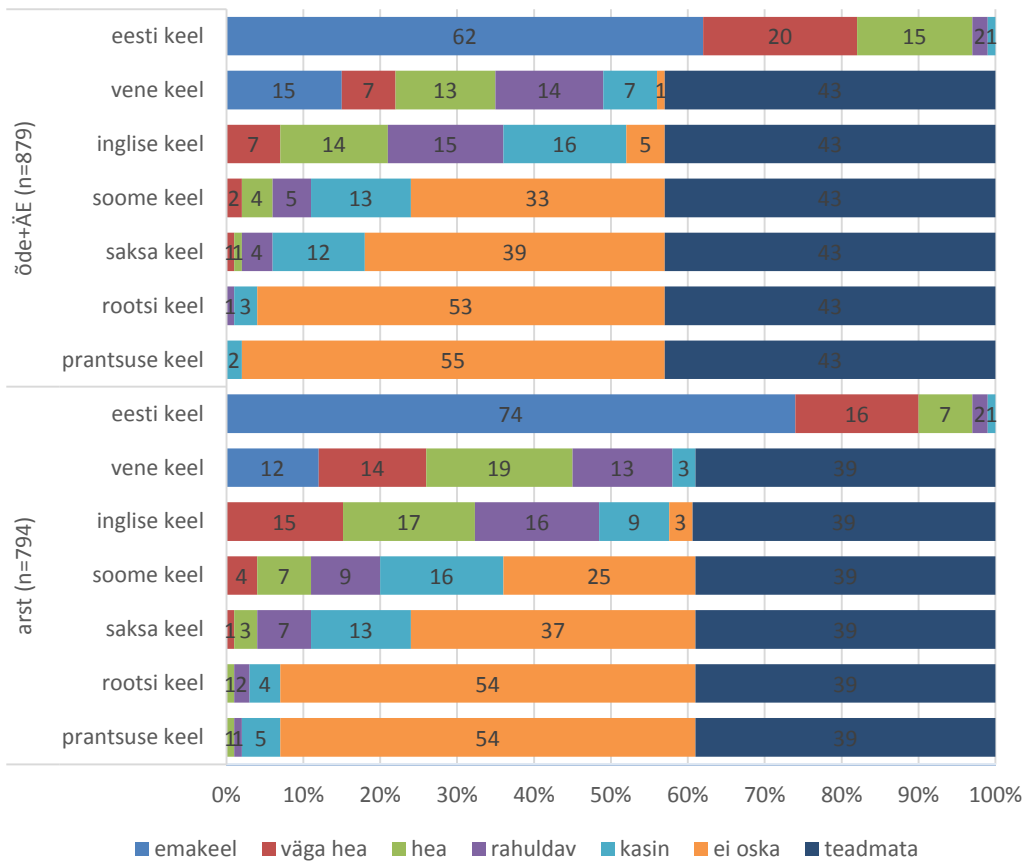
98% arstidest ja õdedest on Eesti kodakondsusega ning 2% Venemaa või muu riigi kodakondsusega. 82% arstidest peab end eestlaseks, 11% venelaseks ning 7% muu rahvuse esindajaks (sh 4% jättis vastamata). Õendusalatöötajatest 67% peab end eestlaseks, 28% venelaseks ning 5% muu rahvuse esindajaks (sh 1% jättis vastamata).

Vastanute hulka arvati kõik need isikud, kes vastasid küsimustiku töökorralduse ja migratsiooni osadele. Isiklikele küsimustele (keeleskus, elukoht, perekonnaseis ja laste olemasolu) ei vastanud 39% arstidest ja 43% õendusalatöötajatest.

Arstidest 30% elab Harjumaal, 15% Tartumaal, 5% Ida-Virumaal ja 3% Pärnumaal, muudes maakondades elab kuni 2% vastanud arstidest (39% arstidest elukoha küsimusele ei vastanud). Õendusalatöötajatest 25% elab Harjumaal, 10% Tartumaal, 6% Ida-Virumaal ja 3% Pärnumaal, muudes maakondades elab kuni 2% vastanud õdedest (43% õendusalatöötajatest elukoha küsimusele ei vastanud). Arstidest 36% elab maakonnakeskustes, 6% suuremates linnades ja 9% maapiirkondades (39% jättis vastamata). Õendusalatöötajatest 35% elab maakonnakeskustes, 9% muudes linnades ning 14% maapiirkonnas (43% jättis vastamata). Arstidest 31% on abielus ja 14% vabas kooselus, vallalisi on 6% ning lahku läinuid samuti 6%, 4% on lesed ja 39% jättis vastamata. Õendusalatöötajatest 27% on abielus, 17% vabas kooselus, vallalisi on 4% ning lahku läinuid 6%, leski on 2% ning 44% jättis vastamata.

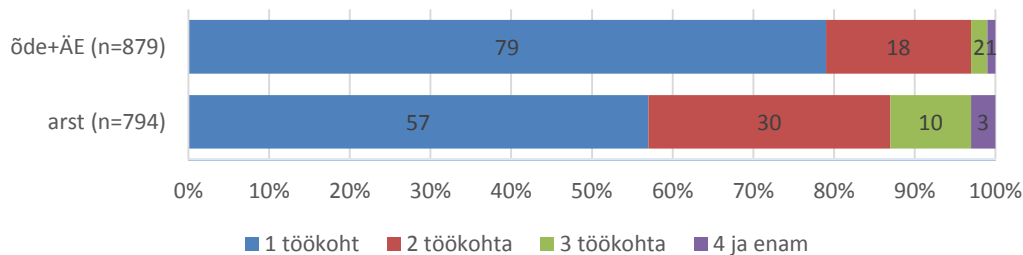
Alla 18-aastaseid lapsi või teisi pereliikmeid, kelle eest vastajad peavad hoolitsema on 27% arstidest, 34%-l neid ei ole ning 39% jättis küsimusele vastamata. Õendusalatöötajatest 30%-l on alla 18-aastaseid lapsi või hoolt vajavaid pereliikmeid, 27%-l neid pole ning 43% jättis küsimusele vastamata.

74% arstidest räägib eesti keelt emakeelena, ülejäänud oskavad eesti keelt kas väga heal (16%) või heal (7%) tasemel. 3% arstidest oskavad eesti keelt kas rahuldavalt või kasinalt. Õendusalatöötajatest 62% räägib eesti keelt emakeelena, 20% oskab eesti keelt väga heal, 15% heal ja 3% kehvast tasemelt. Muude keelte osas jättis suur osa vastanutest enda keeleskuse hindamata. Vene keelt oskab heal tasemel 45% arstidest ja 35% õendusalatöötajatest. Inglise keelt oskab heal tasemel 32% arstidest ja 21% õendusalatöötajatest. Muid keeli oskavad tervishoiutöötajad harva ja pigem vähesel määral (joonis 9). Lisaks joonisel esitatud keeltele nimetasid tervishoiutöötajad veel järgmisi keeli, mida nad teatud määral oskavad: itaalia, hispaania, ukraina, läti, leedu, norra, poola, ungari, jaapani ja gruusia keelt.



Joonis 9. Tervishoiutöötajate hinnang enda keeleoskusele (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Vastavalt Terviseameti tervishoiutöötajate registri andmetele töötab **57% küsitlusele vastanud arstidest ühe tööandja, 30% kahe tööandja, 10% kolme tööandja** ja 3% enam kui nelja tööandja juures. **Õendusalatöötajad töötavad arstidest sagedamini ühe tööandja juures (79%), 18% töötab kahe tööandja juures ning 3% kolme või enama tööandja juures** (joonis 10). Võrreldes üldkogumiga (joonis 3) on küsitlusele vastanute hulgas rohkem neid tervishoiutöötajaid, kes töötavad mitme tööandja juures.



Joonis 10. Tervishoiutöötajate töökohtade arv (%)
(allikas: Terviseamet, autorite arvutused)

Terviseameti andmete alusel valiti üldkogumist vastajad vastavalt töökohta asukohale. Järgmises tabelis (tabel 12) on ülevaade tervishoiutöötajate jaotusest töökohta maakonna või linna kaupa. Kõige rohkem

tervishoiutöötajatest töötab Tallinnas, Tartus, Ida-Virumaal või Pärnumaal. Muudes maakondades töötavaid tervishoiutöötajaid on vähem kui 4%.

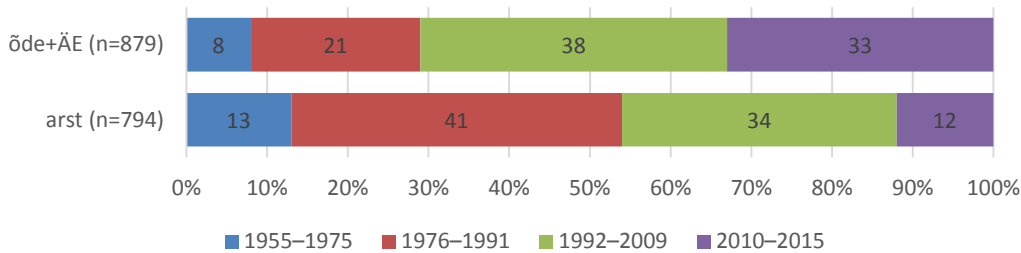
Tabel 12. Tervishoiutöötajate jaotus töökoha asukoha kaupa (%)
(allikas: Terviseamet, autorite arvutused)

	arst (n=794)	õde+ÄE (n=879)
Tallinn	40,6	42,6
Tartu	21,2	18,2
Harjumaa	4,3	4,2
Hiiumaa	0,5	0,4
Ida-Virumaa	8,6	11,8
Jõgevamaa	1,6	1,1
Järvamaa	1,5	1,2
Läänemaa	1,8	1,4
Lääne-Virumaa	2,5	1,9
Põlvamaa	1,4	1,2
Pärnumaa	5,1	5,4
Raplamaa	1,8	1,1
Saaremaa	1,4	1,7
Tartumaa	1,1	1,0
Valgamaa	1,5	2,0
Viljandimaa	3,0	2,6
Võrumaa	2,1	2,2

4.2 Tervishoiutöötajate tööalane taust ja hinnangud töökorraldusele

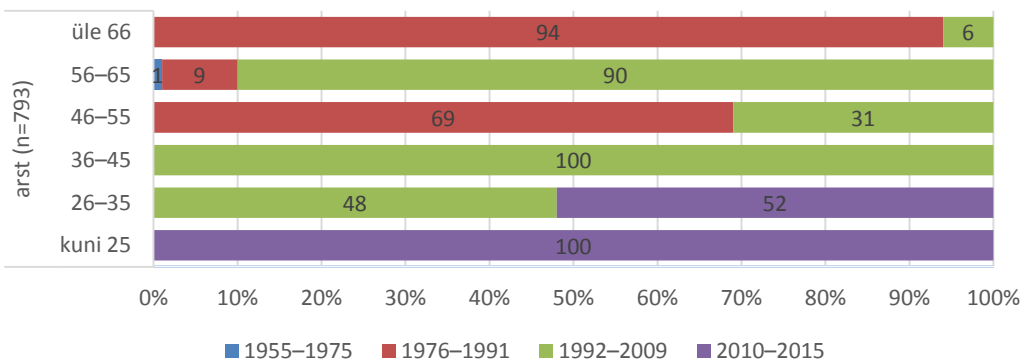
Küsitlusele vastanud tervishoiutöötajate erialase hariduse omandamise aeg jääb valdavalt perioodi 1975–2015 (joonis 11). Õendusalatöötajate ja arstide hariduse omandamise aeg on mõnevõrra erinev. Arstid on erialase hariduse saanud valdavalt Tartu Ülikooli arstiteaduskonnast. Enamik (75%) arstidest on ülikoolis arsti eriala lõpetanud perioodil 1975–2009. Õendusala töötajad on enamasti saanud erialase hariduse meditsiinikoolist või tervishoiukõrgkoolist. 12 õendusalatöötajat on lõpetanud arstina Tartu Ülikooli. 71% õendusalatöötajatest on erialase hariduse omandanud Eesti Vabariigi perioodil. Kolmandik õendusalatöötajatest on lõpetanud aastatel 2010–2015.

Arstide ja õendusalatöötajate eriala omandamise aeg on seotud nende vanusega. Kuna arstiõpe on pikem, siis omandatakse eriala vanuseliselt hiljem kui õendusalatöötajate puhul (joonis 12 ja joonis 13).



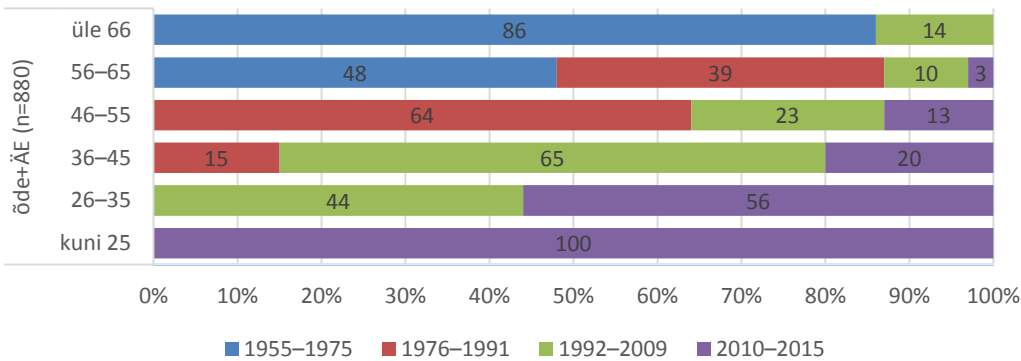
Joonis 11. Tervishoiutöötajate erialase hariduse omandamise aeg (%)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)



Joonis 12. Arstide erialase hariduse omandamise aeg ülikoolis vanusrühmades (%)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)



Joonis 13. Õendusalatöötajate erialase hariduse omandamise aeg meditsiinkoolis või tervishoiukõrgkoolis vanusrühmades (%)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Valdav enamik küsitluses osalenud arstidest on põhitöökohas hõivatud peremeditsiinis (21%) (tabel 13). Siinkohal tuleb silmas pidada, et antud küsitlus ei ole erialade lõikes üldistatav, mistõttu kirjeldab järgnev ülevaade vaid küsitlusele vastanud arstide ja õendusalatöötajate põhitöökoha erialasid. Üle 5% vastanud arstidest töötab põhitöökohas anestezioloogide (8%), günekoloogide (7%) ning radioloogidena (6%). Meesarstide seas on enim neid, kes töötavad põhitöökohaga anestezioloogia (14%), peremeditsiini (11%), ortopeedia (10%) või radioloogia (8%) erialal. Naisarstid on põhitöökohal tegevad eelkõige peremeditsiinis

(23%) ning sünnitusabis ja günekoloogias (8%). Alla 25-aastased arstid on põhitöökohal hõivatud peamiselt anestesioloogia (12%) või sünnitusabi ja günekoloogia (12%) erialal, perearstina (11%), üldarstina (10%), pediatrina (10%) või erakorralise meditsiini arstina (20%). 26–35-aastastest arstidest 13% töötavad peremeditsiinis, 8% sünnitusabi või günekoloogias, 7% anestesioloogias ja 7% radioloogias. 36–65-aastastest arstidest töötavad ligikaudu ¼ põhitöökohal perearstidena. Vanemaealiste 66–75-aastaste arstide hulgas on 1/10 neid, kelle põhitöökoha erialaks on psühhiaatria, samuti on nende hulgas kõrgem osakaal teraapia ja füsiaatria valdkonnas hõivatutel (7%). Kehva eesti keele oskusega erialaarste töötab põhitöökohal enam peremeditsiinis (23%), oftalmoloogias (10%), sünnitusabis ja günekoloogias (8%) ning üldkirurgias (8%).

Tabel 13. Arstide põhitöökoha erialad (%)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Eriala	%	Eriala	%
peremeditsiin	20,7	pulmonoloogia	1,6
anestesioloogia	7,5	reumatoloogia	1,6
sünnitusabi ja günekoloogia	7,2	onkoloogia	1,5
radioloogia	6,1	töötervishoid	1,4
pediaatria	4,9	hematoloogia	1,3
psühhiaatria	4,7	lastekirurgia	0,8
oftalmoloogia	3,8	uroloogia	0,8
neuroloogia	3,3	gastroenteroloogia	0,8
ortopeedia	3,3	endokrinoloogia	0,7
erakorraline meditsiin	3,2	nefroloogia	0,6
sisehaigused	3,2	kardiovaskulaarkirurgia	0,6
otorinolarüngoloogia	2,9	patoloogia	0,5
kardioloogia	2,8	neurokirurgia	0,4
taastusravi ja füsiaatria	2,7	plastika- ja rekonstruktiivkirurgia	0,4
laborimeditsiin	2,6	meditsiinigeneetika	0,2
üldkirurgia	2,4	ämmaemand	0,2
dermatoveneroloogia	1,8	allergoloogia-immunoloogia	0,1
üldarst	1,7	õppejõud	0,1
infektsioonhaigused	1,7		

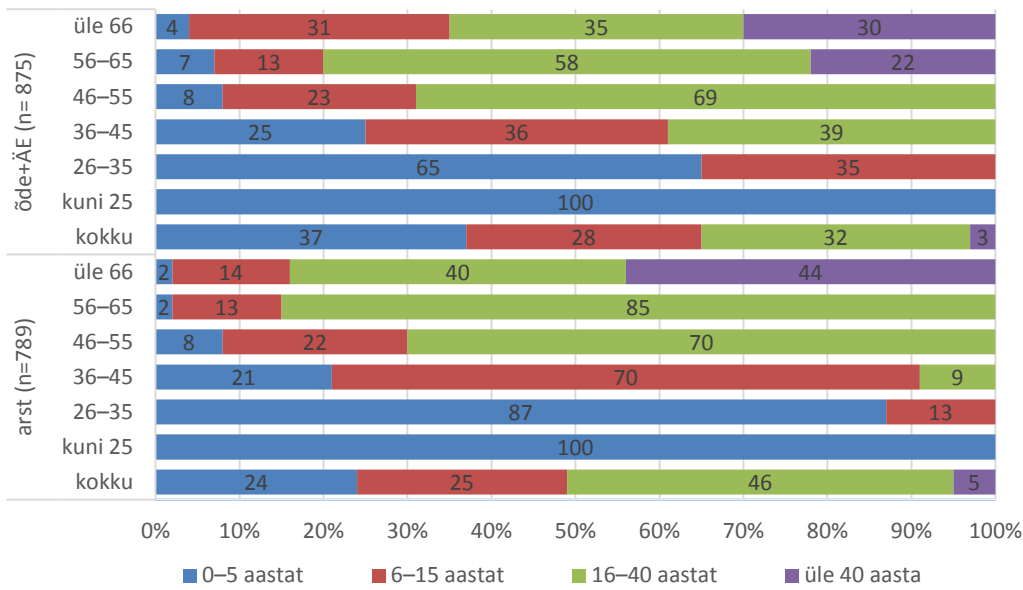
Suurem osa küsitlusele vastanud õendusalatöötajatest on põhitöökohal hõivatud üldõenduse valdkonnas (44,4%) (tabel 14). Ligikaudu 1/10 on põhitöökohal tegevad pereõdede ning ämmaemandatena. Märkimisväärne osakaal (üle 5%) õendusala töötajatest töötab põhitöökohal ka erakorralise meditsiini õdede ning operatsiooniõdedena. Õendusvaldkonnas töötavatest spetsialistidest on vanemaealiste 66–75-aastaste seas kõige rohkem neid, kelle põhitöökohaks on õendusjuht (14%), taastusraviõendus (12%), kooliõendus (11%) ning radioloogiaõenduses (10,3%). Märkimisväärselt kõrge osakaal 46–55-aastaseid õendusvaldkonna spetsialiste on hõivatud põhitöökohal erakorralise meditsiini õendusega (13%). Õenduse

valdkonnas on kehva eesti keele oskusega spetsialistid hõivatud eelkõige üldõenduses (46%), operatsiooniõenduses (17%) ning erakorralise meditsiiniõenduses (16%).

Tabel 14. Õendusalatöötajate põhitöökoha erialad (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

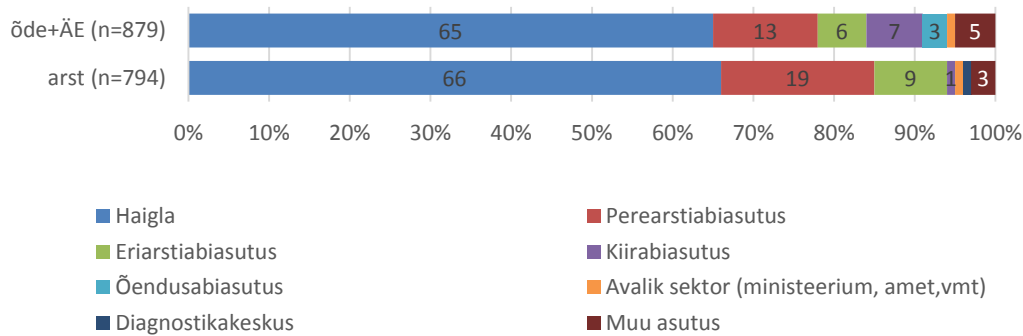
Eriala	%	Eriala	%
üldõendus	44,4	nakkustõrjeõendus	0,6
pereõendus	10,8	õppejõud	0,6
ämmaemand	10,2	diabeediõendus	0,6
erakorralise meditsiini õendus	9,3	onkoloogiaõendus	0,5
operatsiooniõendus	5,1	velsker	0,3
intensiivõendus	3,5	töotervishoiuõendus	0,3
anesteesia-intensiivraviõendus	2,9	koduõendus	0,3
kooliõendus	2,3	muu	0,3
radioloogiaõendus	2,2	stomatoloogia	0,2
vaimse tervise õendus	1,7	pulmonoloogiaõendus	0,1
õendusjuht	1,6	uroloogia	0,1
taastusraviõendus	1,2	valuraviõendus	0,1
lasteõendus	0,8	pulmonoloogia	0,1

Ligikaudu pooled arstidest on põhitöökoha erialal töötanud kuni 15 aastat (kokku, joonis 14) ning omakorda pooled neist on olnud põhitöökoha erialal ametis kuni 5 aastat. Üle 40 aastase põhitöökoha erialase staažiga arste on 5%. **37% õendusalatöötajatest on põhitöökoha erialal töötanud kuni 5 aastat.** Üle 40 aastase põhitöökoha erialase staažiga õendusala töötajaid on 3%. Põhitöökoha erialal töötamise aeg on seotud ka töötaja vanusega, mida vanem on töötaja, seda pikem on tema erialal töötamise staaž, kusjuures õed on erialal kauem töötanud, kuna õeõpe on lühem kui arstidel ja nad on alustanud erialal töötamist varem kui arstid (joonis 14).

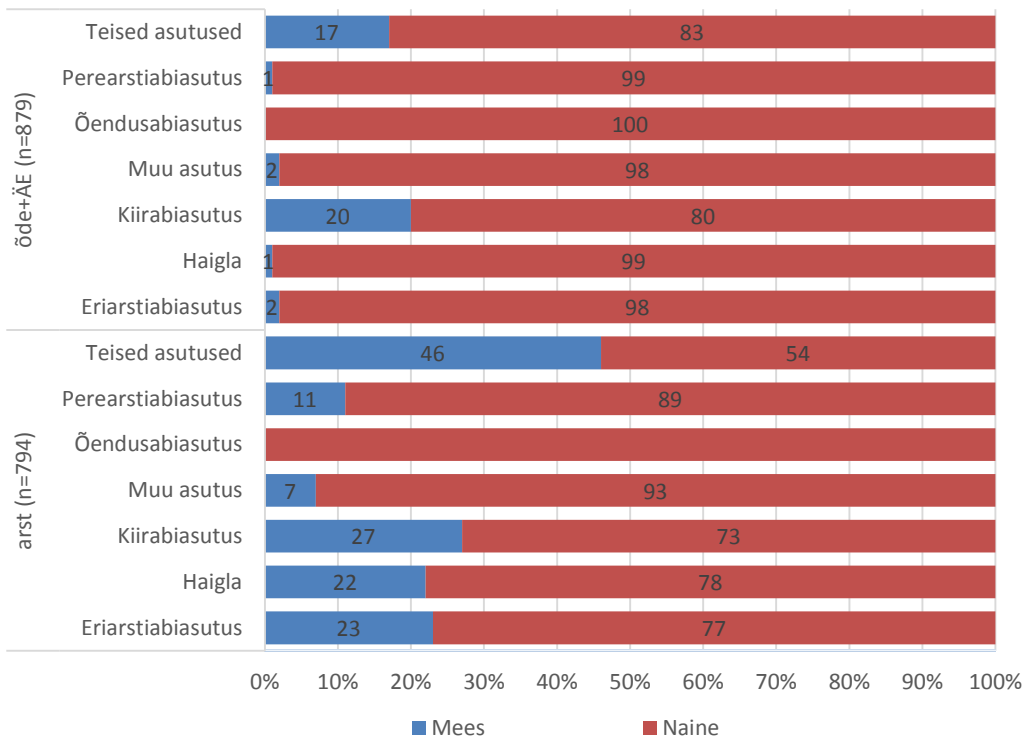


Joonis 14. Tervishoiutöötajate põhitöökohta erialal töötatud aeg kokku ja vanusrühmades (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Ligikaudu 66% tervishoiutöötajate põhitöökohaks on haigla (joonis 15). 19% arstidest töötab põhitöökohana perearstiabikeskuses ning 9% eriarstiabiasutuses. Õendusala töötajate põhitöökohtadeks on haiglate kõrval ka perearstiabikeskused (13%), kiirabiasutused (7%), eriarstiabiasutused (6%) ning õendusabiasutused (3%). Avalikus sektoris töötab põhitöökohaga 1% tervishoiutöötajatest.



Joonis 15. Tervishoiutöötajate põhitöökohta asutuse liik (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

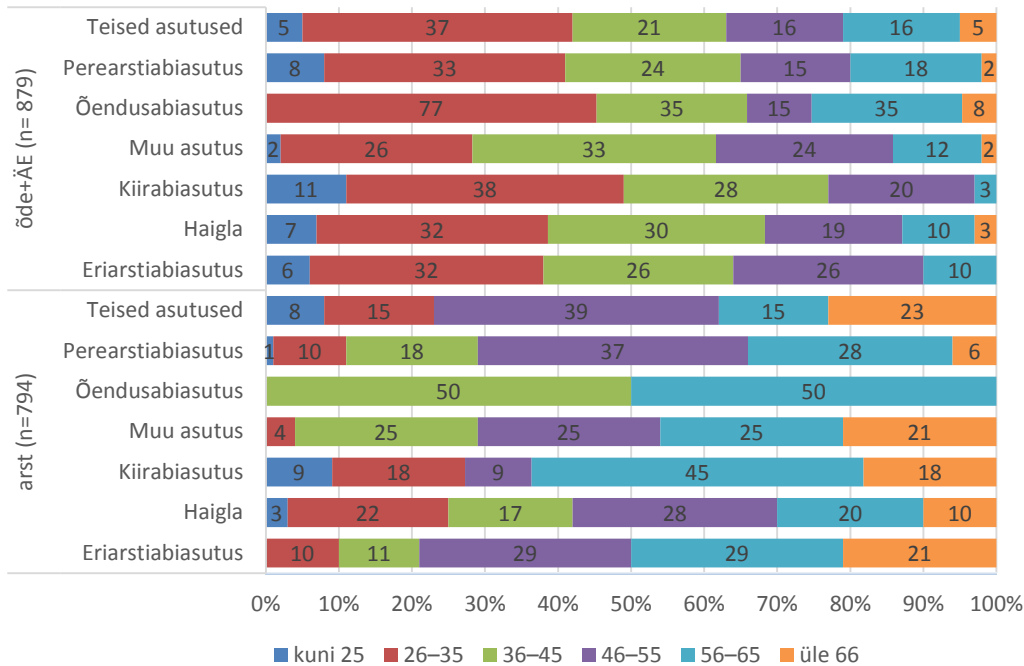


Joonis 16. Tervishoiutöötajate sooline jaotus põhitöökoha asutuses (%)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Märkus: vastajate vähesuse tõttu on diagnostika- ja taastusraviasutused ning avalik sektor esitatud teiste asutuste grupis.

Võrreldes asutustes töötava personali vanust, siis kõige rohkem alla 36-aastaseid õdesid töötab kiirabis ning üle 46-aastaseid õdesid töötab kõige rohkem muudes asutustes ja eriarstiabiasutustes. Kõige rohkem alla 36-aastaseid arste töötab kiirabiasutustes (27%), haiglates (25%) ja teistes asutustes (23%). Üle 56-aastaseid arste on kõige rohkem kiirabiasutustes (63%), eriarstiabiasutustes (50%) ning õendusabiasutustes (50%, joonis 16).



Joonis 17. Tervishoiutöötajate vanuseline jaotus põhitöökohta asutustes (%)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Märkus: vastajate vähesuse tõttu on diagnostika- ja taastusraviasutused ning avalik sektor esitatud teiste asutuste grupis.

Küsitlusel osalenud tervishoiutöötajate põhitöökoht asub valdavalt Eesti suuremates linnades (tabel 15). 64% arstidest ning 59% õendusala töötajatest omab põhitöökohta Tallinnas või Tartus. Üle 5% arstidest omab põhitöökohta Ida-Virumaal, Harjumaal või Pärnumaal. Väljaspool Eestit on põhitöökoht 1,3% arstidest ja 0,2% õendusvaldkonna spetsialistidest. Eesti keelt kehvalt rääkivatest arstidest töötab ligikaudu 74% Ida-Virumaal ning 14% Tallinnas, Harjumaal 7,6% ning Tartus 4,8%. Teistes maakondades on eesti keelt kehvalt oskavate arstide osakaal väga madal. Õendusalatöötajatest on põhitöökoht väljaspool Tallinnat ja Tartut sagedamini kas Ida-Virumaal (10%) või Pärnumaal (6%). Õendusalatöötajate hulgas töötavad kehvasti eesti keele oskusega spetsialistid samuti eelkõige Ida-Virumaal (57%), Tallinnas (31%), Harjumaal (4,8%) või Pärnumaal (3,4%).

Tabel 15. Tervishoiutöötajate põhitöökohta asukoht (%)

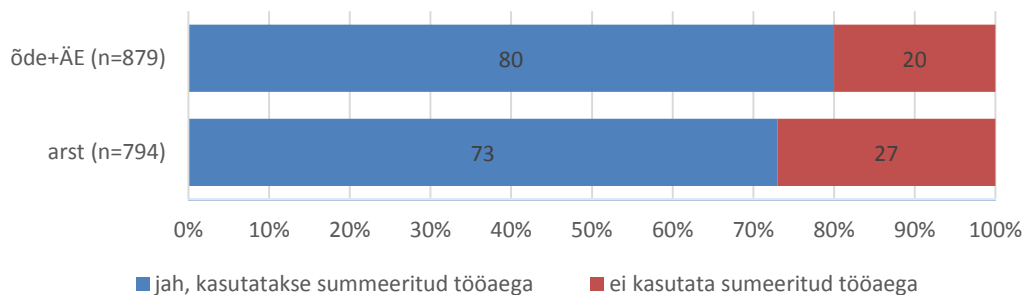
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Asukoht	arst (n= 794)	õde+ÄE (n= 879)
Tallinn	43	41
Tartu	21	18
Ida-Virumaa	7	10
Harjumaa	5	4
Pärnumaa	5	6
Viljandimaa	4	3
Lääne-Virumaa	2	2

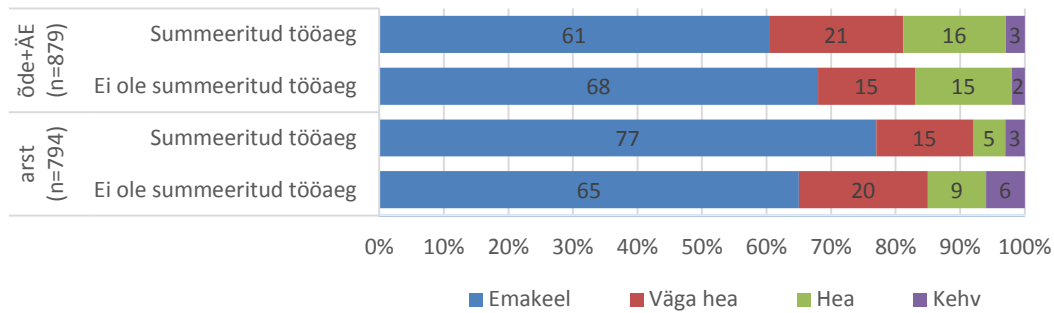
Asukoht	arst (n= 794)	õde+ÄE (n= 879)
Saaremaa	2	2
Tartumaa	2	1
Võrumaa	2	2
Hiiumaa	1	1
Jõgevamaa	1	1
Järvamaa	1	1
Läänemaa	1	1
Põlvamaa	1	2
Raplamaa	1	2
Valgamaa	1	2
Välismaa	1	0

Tervishoiutöötajad töötavad põhitöökohal valdavalt töölepingu alusel – 95% arstidest ja 97% õdedest. Arstidest on põhitöökohal 2% neid, kelle töösuhe on fikseeritud muu lepingulise suhtega. Muude lepingu vormide puhul kasutavad tervishoiusektori töötajad põhitöökohal ka töövõtu- või teenistuslepinguid. Käsunduslepingute osakaal on nii arstide kui ka õendusala töötajate põhitöökohal töösuhete vormiks väga harva.

Tervishoiutöötajate töö iseloom nõuab sageli graafikujärgset töötamist, kus töötaja tööaeg on jaotatud mingis teatud ajaperioodis ebaühtlaselt. **Summeeritud tööaja arvestamine põhitöökohal on nii arstide kui ka õendusala töötajate puhul laialt levinud** (joonis 18). 73% arstide ning 80% õendusala töötajate puhul arvestatakse põhitöökohal tööaega summeerituna. Summeeritud tööajaga töötamisel on arstide puhul selge seos eesti keele oskusega (joonis 19). Summeeritud tööajaga arstide seas on rohkem eesti keelt hästi valdavaid arst. Õendusala töötajate puhul jaotus emakeele oskuse järgi statistiliselt oluliselt ei erine.



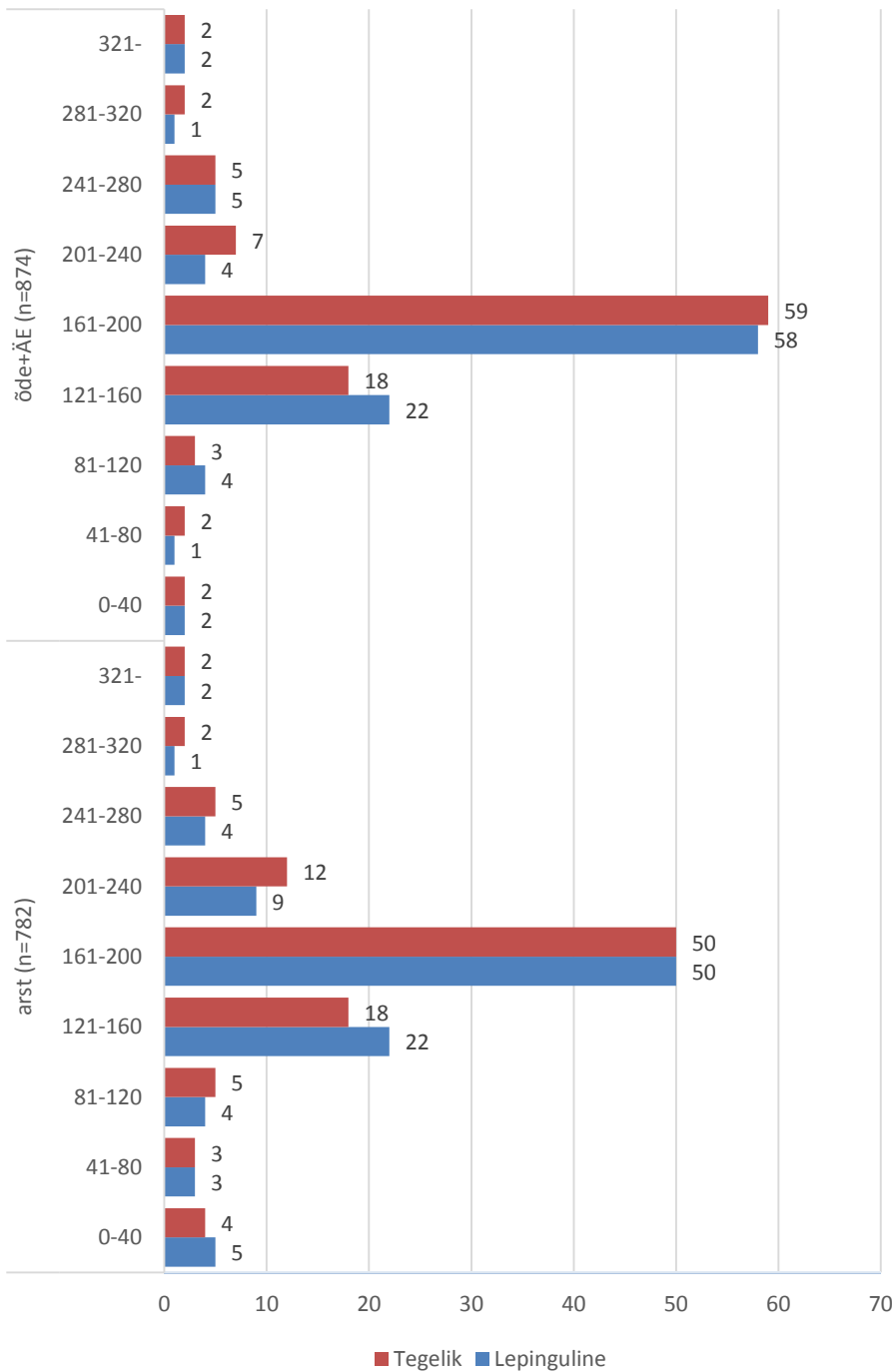
Joonis 18. Tervishoiutöötajate summeeritud tööaja kasutamine põhitöökohal (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)



Joonis 19. Tervishoiutöötajate põhitöökohal summeeritud tööaja kasutamise seos eesti keele oskusega (%) (allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Tervishoiutöötajate lepinguline ning tegelik summeeritud tööaeg, arvestades kõiki vastaja poolt märgitud tööandjaid ja töökoormust erinevates töökohtades¹¹, **ühes kuus on valdavalt 161–200 tundi** (joonis 20). **Õendusalatöötajate töökoormus on mõnevõrra suurem kui arstidel**. Õendusala töötajatest töötab ühes kuus 161–200 tundi 58% ning arstidest ligikaudu 50%. 73% õendusvaldkonna töötajatest ning 70% arstidest on tööga hõivatud rohkem kui 160 tundi ühes kuus. Tervishoiutöötajate tegeliku ja lepingu(te)s fikseeritud töökoormuse erinevused on sagedased, ning reeglina tehakse tööd lepingus kokku lepitust mõnevõrra rohkem. Ligikaudu 38% arstidest ning 36% õendusvaldkonna töötajatest on tööga hõivatud lepingus määratletud tundide arvust erineva koormusega. Lepingus ette nähtust madalama koormusega töötavad nii õendusvaldkonna töötajate kui ka arstide seas sagedamini need, kelle lepingujärgne töökoormus on normkoormus või sellest kuni 40 tundi madalam (121–160 tundi). Lepingus ette nähtust kõrgema koormusega töötavad sagedamini arstid, kelle töölepingujärgne töökoormus on keskmisest märgatavalt kõrgem. **Tervishoiutöötajate hinnangul on lepingulise ja tegeliku tööaja erinevuste peamisteks põhjusteks töötajate soov teenida suuremat töötasu** (õendusvaldkonna töötajatest 21% ning arstidest 12%), **täitmata ametikohad vastaval erialal** (vastavalt 16% ja 13%) ning **töötajate soov olla hõivatud suurema koormusega** (ligikaudu 9% arstidest ja õendusvaldkonna töötajatest). Omal soovil lepingust madalama koormusega töötavaid tervishoiutöötajaid on ligikaudu 2%.

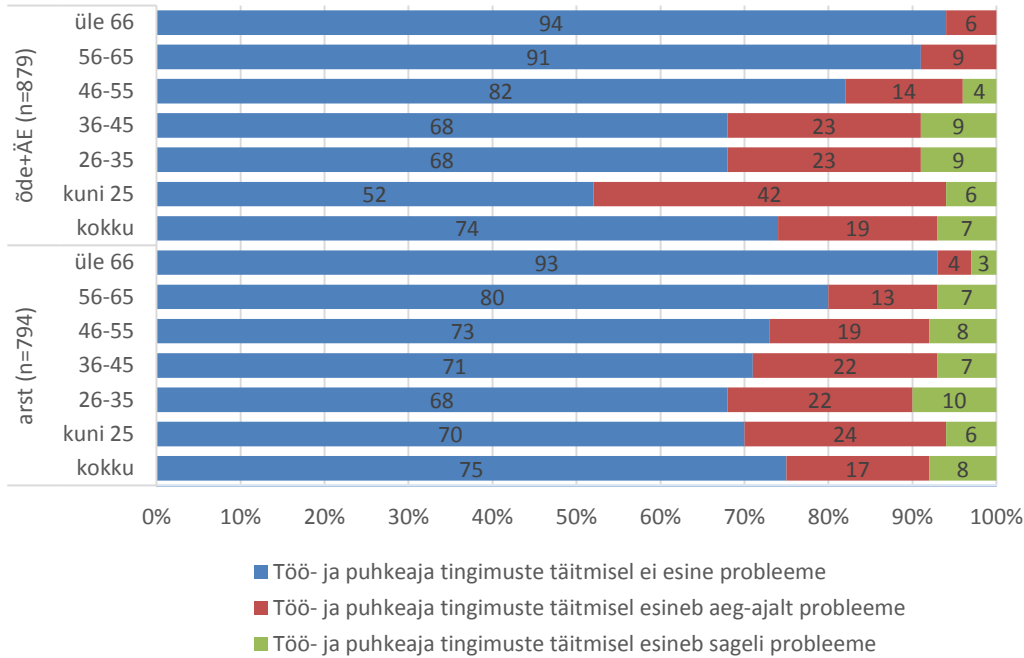
¹¹ Küsitluse tulemusi võrreldi Terviseameti registris märgitud tööandjate andmetega. Siinkohal tuleb arvestada, et küsitlusele vastanud tervishoiutöötajad ei märkinud kõiki oma tööandjaid ega töökoormust kõigi tööandjate juures.



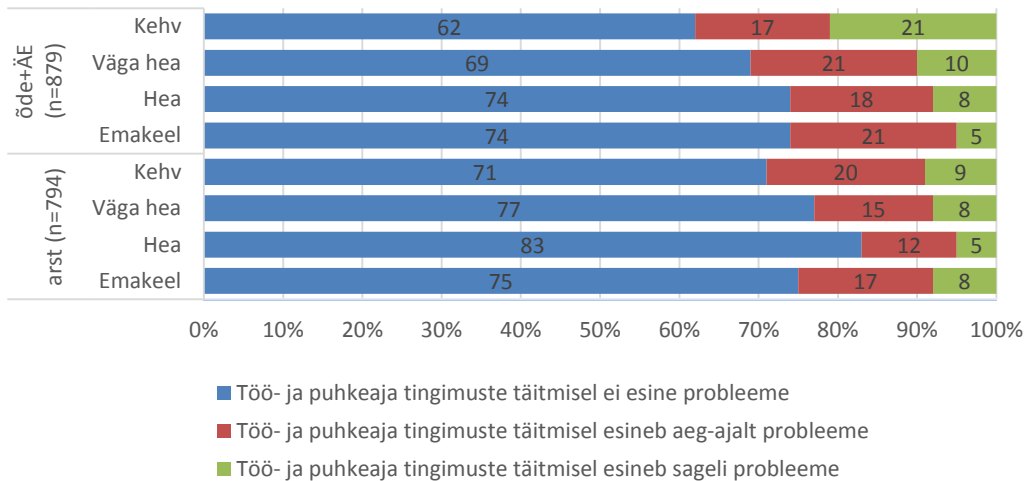
Joonis 20. Tervishoiutöötajate lepinguline ja tegelik summeeritud tööaeg ühes kuus (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Ligikaudu 75% küsitlusele vastanud tervishoiutöötajatest on seisukohal, et töö- ja puhkeaja tingimuste täitmise osas ei esine nende töökohal probleeme. Mida vanemad on arstid, seda rohkem on nad rahul töö- ja puhkeaja tingimustega töökohal (joonis 21). Üle 66-aastaste arstide seas on töötingimustega rahulolevaid 93%, samas kui 26–35 aastaste seas on vastav näitaja 68%. Sarnane vanusest sõltuv trend on täheldatav ka õendusvaldkonna töötajate arvamusel. Õendusvaldkonna töötajatest on töö- ja puhkeaja tingimustega vähem rahul eesti keelt kehvasti oskavad õendusvaldkonna töötajad (62% arvab, et

probleeme pole ning 21% vastajate hinnangul on probleeme sageli) (joonis 22). Arstide puhul hinnangud töö- ja puhkeaja tingimuste täitmiseks eesti keele oskuse alusel statistiliselt oluliselt ei erine.



Joonis 21. Töö- ja puhkeaja tingimuste täitmine praeguses töökohas kokku ja vanusrühmades (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)



Joonis 22. Töö- ja puhkeaja tingimuste täitmine praeguses töökohas eesti keele oskuse alusel (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Nende vastajate hinnangul, kelle töökohas esineb aeg-ajalt või sageli probleeme töö- ja puhkeaja tingimuste täitmisel, on sagedasemad probleemid enamasti:

- igapäevaste lõuna- ja puhkepauside võimaldamisega, kuna töö iseloom ei võimalda teha pausi töötajale sobival ajal (nt patsientide vastuvõtt venib pikemaks, osakonda või haiglasse tuleb rohkem või raskemas seisus patsiente, töö ongi erakorralise iseloomuga);
- haigestunud või puuduolevate kolleegide asendamisega, mistõttu töötajate töökoormus või töö intensiivsus on teatud perioodil liiga suur;
- puhkusteperioodil asendamisega, mistõttu tööl olevate töötajate koormus ja töö intensiivsus on väga suur;
- puhkeaja tagamisega pärast 24-tunnist valvet, millele järgneb graafikujärgne vastuvõtt või tavapärase tööaeg.

„Haiguslehel ja ka puhkusel olevate inimeste arvelt tõstetakse töökoormust ilma lisatasu või ületundideta. Näiteks ei leita asendust vaid töökoormus tõuseb - tänasel päeval peaks olema tööl viis inimest, kuid üks neist jääb haiguslehele - ei otsita asendusliiget, vaid töö teevad ära neli inimest.“

„Lõunapausi ei eksisteeri, lõunatada saab suvalisel ajal, siis kui aega on ja mitte üle 15 minuti.“

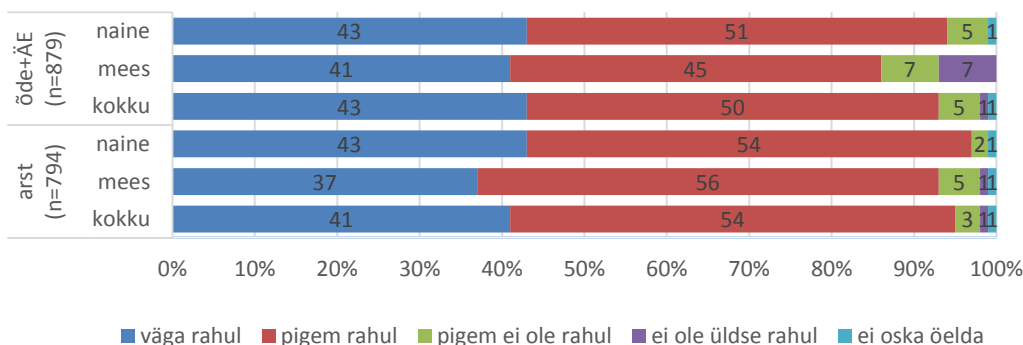
„Patsiente on päeva jooksul rohkem kui ette nähtud. Ühele patsiendile ette nähtud aja jooksul tuleb vastu võtta sageli kaks patsienti. Sageli tuleb töötada ilma lõunasöögiks ette nähtud puhkepausita.“

„Praksises üksi töötavale perearstile ei kehti töö-ja puhkeaja seadus ehk ilmvoimatu on saada endale asendaja ettenähtud puhkuse ajaks.“

„Tihti kutsutakse vabal päeval tööle, või palutakse kauemaks jääda pärast 24-tunnist vahetust, sest töötajaid ei ole piisavalt.“

„Töötajate haigestumise ajal võib puhkeaja hulk olla ebapiisav. Väljakutsevalve tunnid on lisaks normtundidele. Väljatuleku korral ei ole puhkeaja nõuded täidetud.“

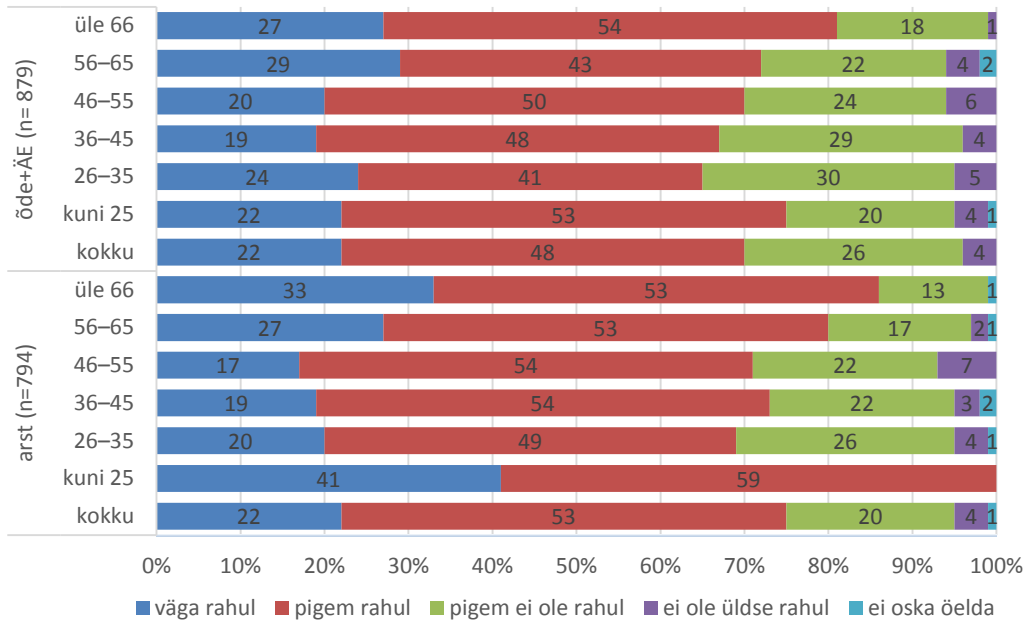
Tervishoiutöötajate rahuolu oma põhitöökoha töökollektiiviga on valdavalt kõrge (kokku, joonis 23). **Üle 90% arstidest ning õendusvaldkonna töötajatest on põhitöökoha töökollektiiviga rahul.** Töökollektiiviga täiesti rahulolematuid on vaid 1% tervishoiutöötajatest. Töökollektiiviga on rahulolematud pigem meessoost töötajad (joonis 23) ning eesti keelt kehvalt valdavad õendusalatöötajad (12% pole rahul).



Joonis 23. Tervishoiutöötajate rahulolu põhitöökoha töökollektiiviga soo järgi (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

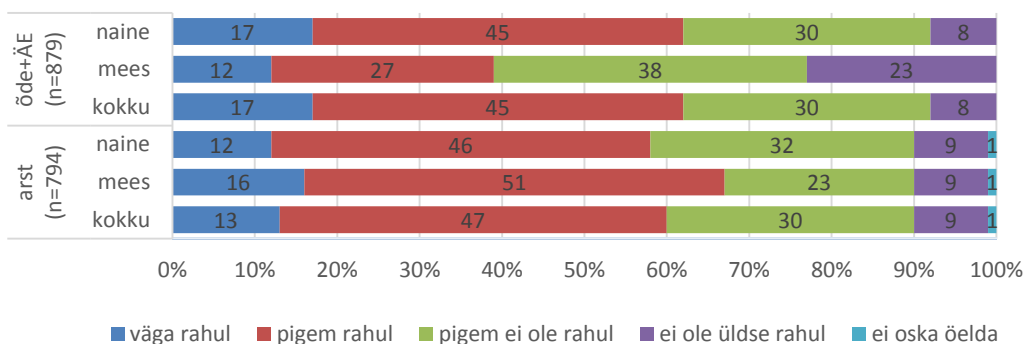
Üle 70% tervishoiutöötajatest on rahul oma töökoormusega põhitöökohas (kokku, joonis 24). Töötajate rahulolu töökoormusega on mõnevõrra kõrgem arstide seas. Töökoormus tekitab selget rahulolematust

4%-l tervishoiutöötajatest. Keskmisest rohkem rahul on töökoormusega üle 66-aastased arstid ning õendusvaldkonna töötajad (joonis 24). Noored kuni 25-aastased arstid hindavad töökohal pakutava töö mahtu väga positiivselt (100% vastanutest on töökoormusega rahul).



Joonis 24. Tervishoiutöötajate rahulolu põhitöökoha töökoormusega vanusrühmades ja kokku (%) (allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

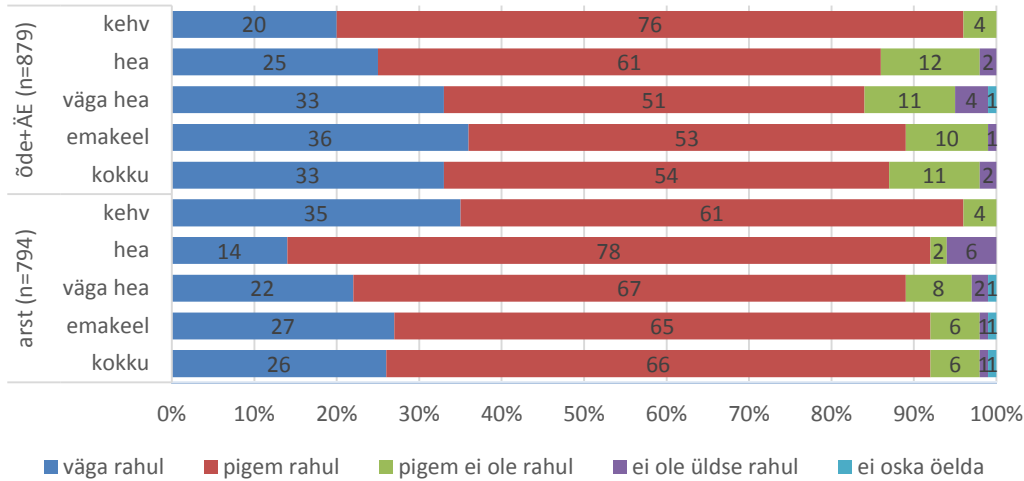
Töö intensiivsus on ligikaudu 40% tervishoiutöötajate jaoks oluline töökorralduslik probleem (joonis 25). Ligikaudu 61% tervishoiutöötajatest arvab, et nende töö intensiivsus on sobiv või pigem sobiv. Ligikaudu 60% õendusvaldkonna meessoost töötajatest peab liiga suurt töö intensiivsust oluliseks probleemiks (joonis 25).



Joonis 25. Tervishoiutöötajate rahulolu põhitöökoha töö intensiivsusega soo järgi ja kokku (%) (allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

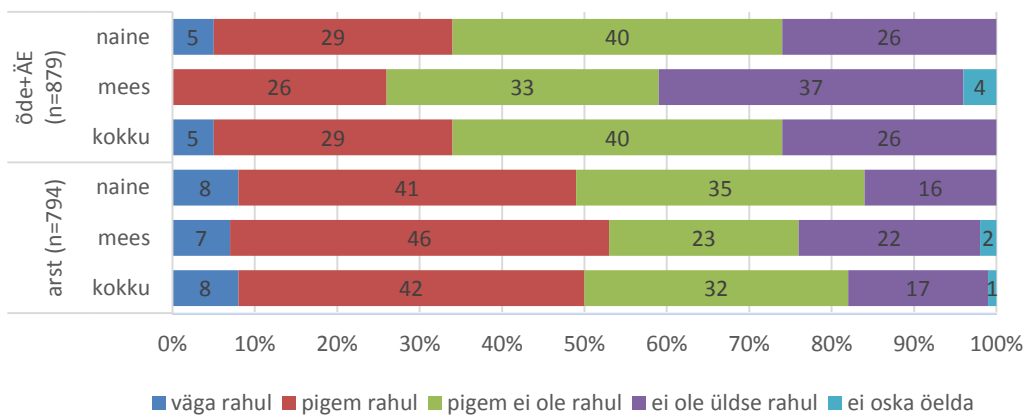
Kuna valdav enamik tervishoiutöötajatest töötab summaarse tööajaarvestuse alusel, siis on töötajate rahulolu töögraafikuga ka eeldatavalt kõrge (joonis 26). **92% arstidest ning 87% õendusvaldkonna**

töötajatest on rahul põhitöökoha töandja poolt pakutava tööajagraafikuga. Kehvalt eesti keelt valdavatest meditsiinitöötajatest peab koguni 96% oma töögraafikut rahulolu pakkuvaks (joonis 26).



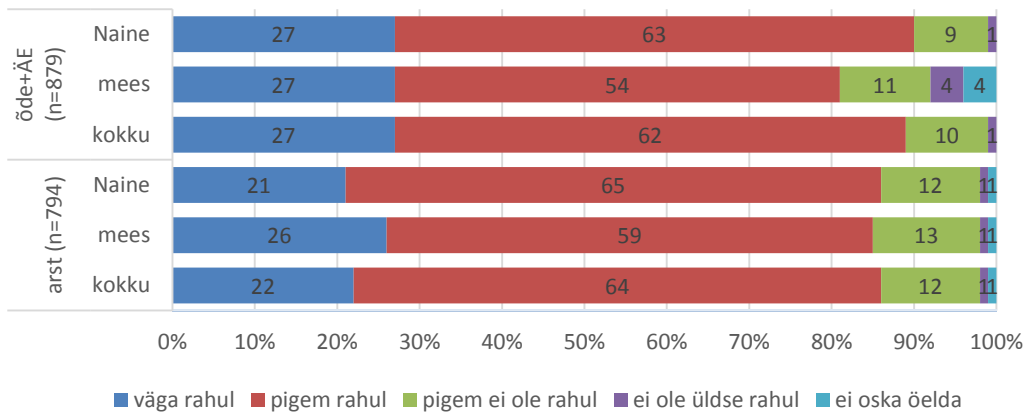
Joonis 26. Tervishoiutöötajate rahulolu põhitöökoha töögraafikuga eesti keele oskuse alusel ja kokku (%) (allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Tervishoiutöötajate rahulolu makstava töötasuga on arstide ja õendusvaldkonna töötajate seas mõnevõrra erinev (joonis 27). Tervishoiutöötajad tervikuna ei ole makstava töötasu osas kuigi positiivselt meelestatud. **Ligikaudu 50% arstidest on seisukohal, et neile makstav töötasu ei ole piisav. Õendusvaldkonna töötajate seas on makstava töötasuga rahulolematuid ligikaudu 66%.** Ainult 5% õendusvaldkonna töötajatest ning 8% arstidest on saadava töötasuga väga rahul. Ligikaudu 70% õendusvaldkonna meessoost töötajaid peavad oma töötasu ebapiisavaks (joonis 27).



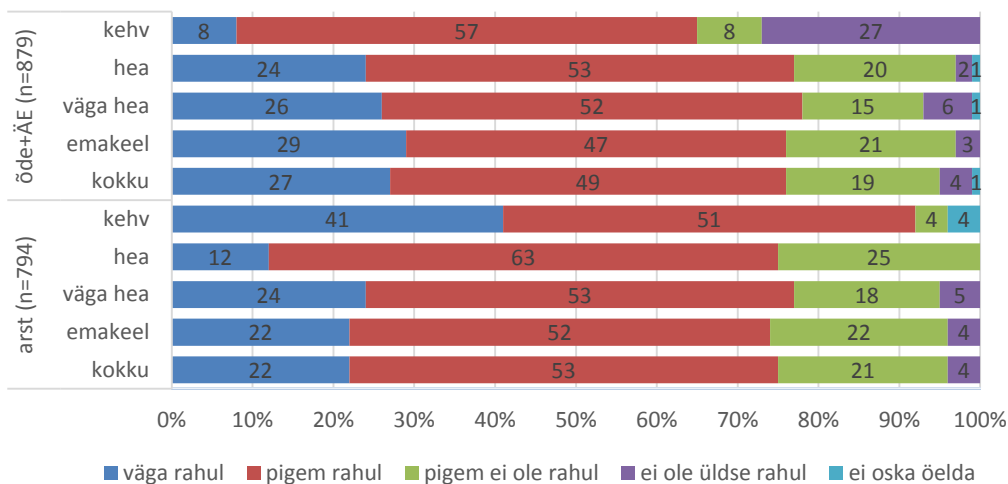
Joonis 27. Tervishoiutöötajate rahulolu põhitöökoha töötasuga soo järgi (%) (allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Tervishoiutöötajate hinnangul ei ole töövahenditega varustus nende tööd takistavaks teguriks (Joonis 28). **86% arstidest ning 89% õendusvaldkonna töötajatest leiab, et nende varustus vajalike töövahenditega on hea või väga hea.** Töövahenditega rahulolematuid on tervishoiutöötajate seas ligikaudu 10%. Töövahenditega on rahuolematumad meessoost õendusametlööajad (joonis 28).



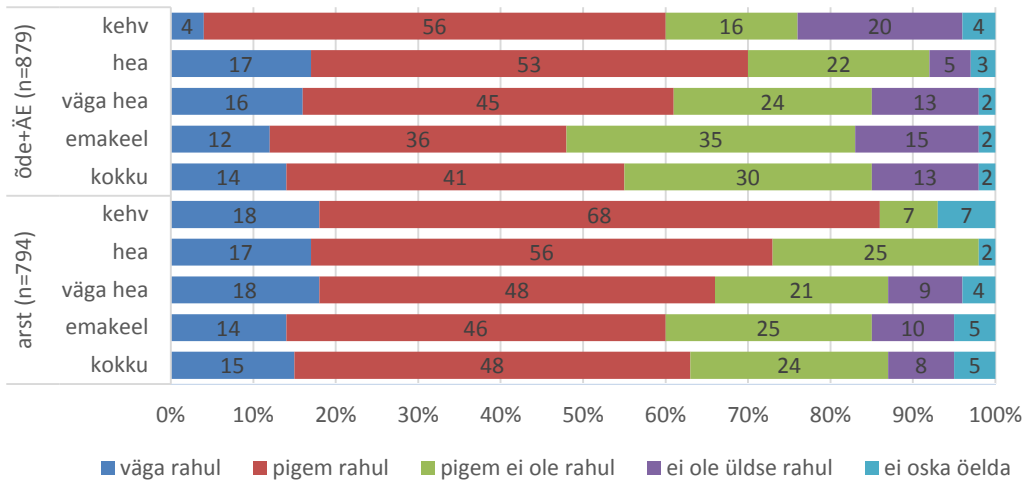
Joonis 28. Tervishoiutöötajate rahulolu põhitöökoha töövahenditega soo järgi ja kokku (%) (allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Tööruumidega rahulolevaid tervishoiutöötajaid on ligikaudu 75% (kokku, joonis 29). 4% töötajatest on tööruumidega täiesti rahulolematud. Arstide puhul on tööruumidega rahul pigem need töötajad, kes hindavad oma eesti keele oskust kehvaks, keeva eesti keele oskusega õendusvaldkonna töötajad on aga tööruumidega vähem rahul (joonis 29).



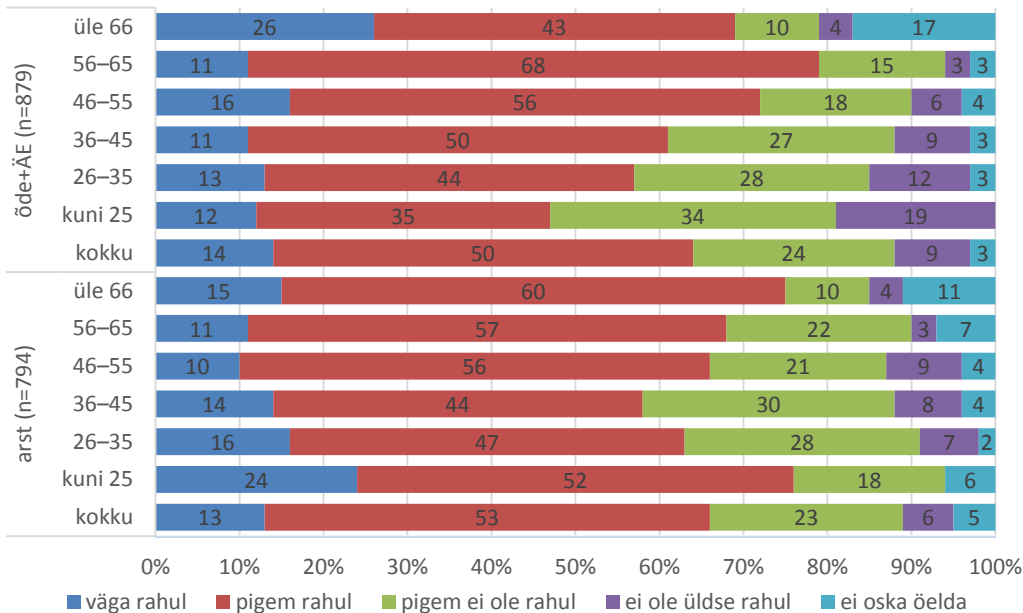
Joonis 29. Tervishoiutöötajate rahulolu põhitöökoha tööruumidega eesti keele oskuse alusel ja kokku (%) (allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Tervishoiutöötajate töö tunnustamine töökohas on suuremaks probleemiks õendusvaldkonna töötajate puhul (joonis 30). Üle 40% õendusvaldkonna töötajatest hindab töö tunnustamist ebapiisavaks. Arstide hulgas peavad tööpanuse vähest tunnustamist häirivaks 32%. Arstide seas on töökohal tunnustamine seoses eesti keele oskuse tasemega (joonis 30). Mida kehvemini eesti keelt osatakse, seda rahulolevamad on arstid seoses oma töö tunnustamisega asutuses. Reeglina on nii arstide kui ka õendusvaldkonna töötajate puhul töö tunnustamisega vähem rahulolevad need, kelle emakeel on eesti keel.



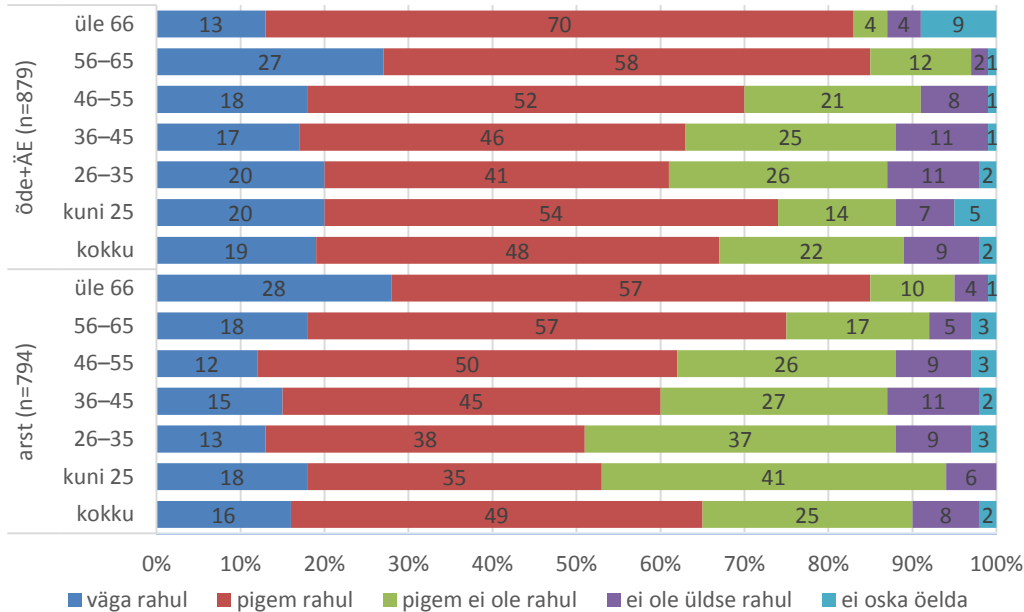
Joonis 30. Tervishoiutöötajate rahulolu töö tunnustamisega põhitöökoha asutuses eesti keele oskuse alusel ja kokku (%) (allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Põhitöökoha pakutavaid arengu- ja karjäärivõimalusi hindavad positiivselt 66% arstidest ning 64% õendusvaldkonna töötajatest (kokku, joonis 31). 6% arstidest ning 9% õendusvaldkonna töötajatest on seisukohal, et arengu- ja karjäärivõimalused on väga piiratud. Õendusvaldkonna töötajate hulgas on arengu- ja karjäärivõimaluste hindamine selges seoses töötajate vanusega (joonis 31). Mida vanemaealisem on töötaja, seda positiivsemalt hinnatakse võimalusi oma töökohal areneda ja karjääri teha. Mõnevõrra tagasihoidlikumalt hindavad oma karjäärivõimalusi vaid üle 66-aastased töötajad. Arstide hulgas on arengu- ja karjäärivõimalustega enim rahul kuni 25-aastased ning üle 66-aastased.



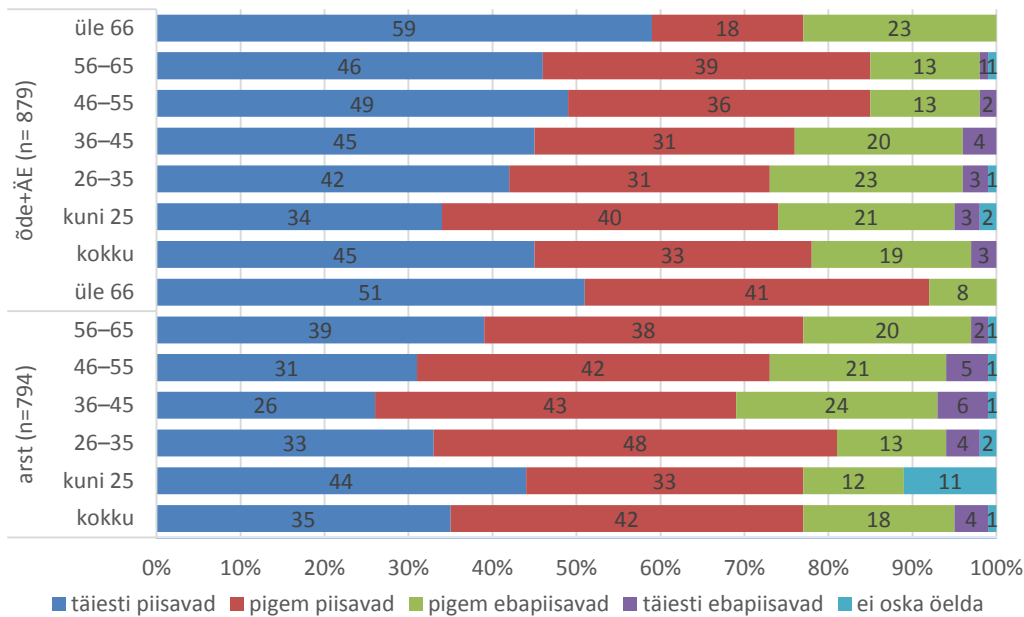
Joonis 31. Tervishoiutöötajate rahulolu põhitöökoha arengu- ja karjäärivõimalustega vanusrühmades ja kokku (%) (allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Töö- ja pereelu ühitamisega on rahul ligikaudu 66% tervishoiutöötajatest (kokku, joonis 32). 8% arstidest ning 9% õendusvaldkonna töötajatest hindab töö- ja pereelu ühitamise võimalusi suureks probleemiks. Arstide seas on töö- ja pereelu ühitamine selges seoses vanusega (joonis 32). Mida vanemaelised arstid on, seda vähem on pere- ja tööelu ühitamisega raskusi. Õendusvaldkonna töötajate hulgas on noorematel kuni 25-aastastel vähem probleeme töö- ja pereelu ühildamisega kui sama vanusegrupi arstidel. 26–45-aastaste õendusvaldkonna töötajate seas on ligikaudu 35% neid, kelle arvates töö- ja pereelu ühitamine on nende ametis keeruline.



Joonis 32. Tervishoiutöötajate rahulolu töö- ja pereelu ühitamise võimalustega vanusrühmades ja kokku (%) (allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Täienduskoolitustel osalemise võimalusi hindavad piisavaks ligikaudu 78% tervishoiutöötajatest (kokku, joonis 33). Õendusvaldkonna töötajate hulgas on 45% neid, kes on veendunud, et täienduskoolitustel osalemise võimalused on täiesti piisavad. Arstide seas on täienduskoolituste võimalustega täiesti rahulolevaid 35%. Vanemate arstide hulgas on koolitusvõimalustega rahulolevaid mõnevõrra rohkem kui teistes vanusegruppides (joonis 33). Nooremate arstide ja õendusvaldkonna töötajate seas on rohkem neid, kes ei oska koolituste piisavuse kohta hinnangut anda.



Joonis 33. Tervishoiutöötajate hinnang täienduskoolitustel osalemise piisavuse kohta vanusrühmades ja kokku (%)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Peamiste probleemidena seoses täienduskoolitustel osalemise ebapiisavusega toovad tervishoiutöötajad välja **rahaliste võimaluste nappust** ning **töögraafiku vähesest paindlikkusest tulenevaid piiranguid** (tabel 16). 39% arstidest leiab, et täienduskoolitustel osalemine on raskendatud, kuna selleks puuduvad sageli rahalised vahendid, 26% näeb, et koolitustel osalemiseks on probleeme töögraafiku kohandamisega ning 21% arvates on keeruline leida koolituse ajaks asendajat. Õendusvaldkonna töötajatel on valdavalt sarnased piirangud koolitustel osalemiseks nagu arstidel. 27% õendusvaldkonna töötajatest on arvamisel, et täienduskoolitustel osalemine on raskendatud rahaliste vahendite vähesuse tõttu ning 20% on veendunud, et töögraafiku ümber tõstmise koolitustel osalemise aja leidmiseks on keeruline. Võrreldes arstidega, näevad õendusvaldkonna töötajad mõnevõrra sagedamini probleemina ka koolituste toimumist liiga kaugel elu- või töökohast.

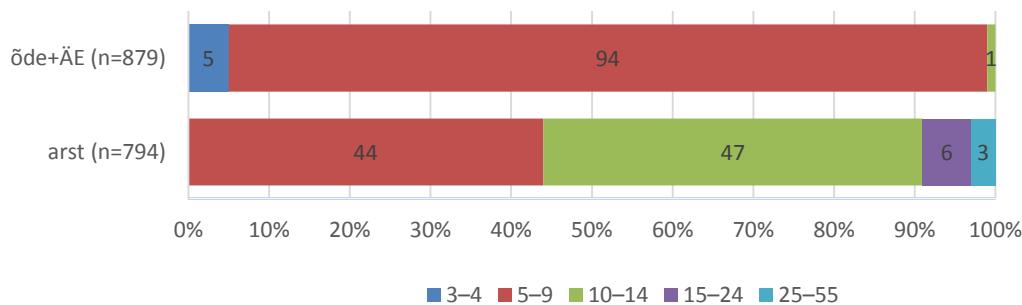
Tabel 16. Täienduskoolitustel osalemise piirangud (%)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Põhjus	arst (n=794)	õde+ÄE (n=879)
Puuduvad rahalised võimalused	39	27
Töögraafik ei võimalda koolitustel osaleda	26	20
Puudub asendaja koolitusel osalemise ajaks	21	17
Vajalikke koolitusi pakutakse ainult välismaal	13	5
Vajalikke koolitusi pakutakse elu- või töökohast liiga kaugel	12	16
Isiklike või perekondlike kohustuste tõttu	10	10
Vajalikke koolitusi pakutakse võõrkeeles	4	5

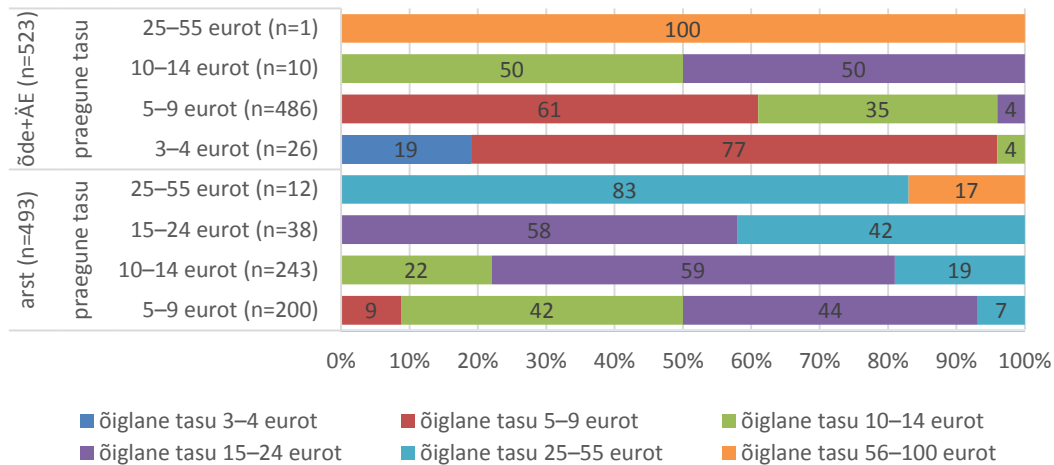
Tervishoiutöötajate keskmine bruto tunnitasa on arstide ja õendusvaldkonna puhul üsna erinev (joonis 34). Õendusvaldkonna töötajate töötasud on ootuspäraselt märgatavalt madalamad kui arstidel. **94% õendusvaldkonna töötajatest teenib brutotunnitasuna 5–9 eurot**, 5% teenib 3–4 eurot ning 1% 10–14 eurot. Õendusvaldkonna tunnitasa jääb kõige sagedamini 5–6 euro vahele. **Arstidest saab 91% tunnitasa 5–14 eurot**. Arstide levinuimaks keskmiseks brutotunnitasuks on 9–10 eurot. Üle 25 euro tunnis teenib ligikaudu 3% arste. Toetudes küsitluses osalenute väidetele, on arstide tunnitasa keskmiselt ligikaudu 4 eurot kõrgem kui õendusvaldkonna töötajatel.

Tervishoiutöötajate töölepingud näevad sageli ette erinevate lisatasude ning palgaarvestuse süsteeme. Nende täpsem määratlemine sõltub eelkõige vastavast institutsioonist ning täidetavatest ülesannetest ametikohal. **Valvetunnitasa (bruto) on arstidel kõige sagedamini 9 eurot tunnis. Enamik õendusvaldkonna töötajatest teenib valvetunni tasuna 5 eurot tunnis.** Ületunnitasad on nii arstide kui ka õendusvaldkonna töötajate puhul rohkem sõltuvad konkreetsetest personaalsetest tööalastest kokkulepetest ning tingimustest. **Arstide puhul jääb valdav ületunni tasu 13–15 euro ning õendusvaldkonna puhul 5–8 euro vahele.**



Joonis 34. Tervishoiutöötajate keskmine tunnitasa (bruto) (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Tervishoiutöötajate hinnangul peaks nende töö eest makstav õiglane brutotunnitasa olema kõrgem kui neile tegelikult makstakse. Enamus (61%) õendusvaldkonna töötajatest leiab, et õiglane tunnitasa peaks olema 5–9 eurot. Kõige sagedamini ollakse arvamisel, et valdkonnas makstav tunnitasa võiks olla 7 või 8 eurot (43%) ning veerandi vastanute hinnangul oleks õendustöötajate õiglase tunnitasa 10 eurot. **Õendusvaldkonna töötajad peavad seega praegusest keskmiselt 2 euro ulatuses kõrgemat tunnitasa õiglaseks oodatavaks töötasuks. Üle poole (51%) arstidest on seisukohal, et õiglase tunnitasa nende töö eest võiks olla 15–24 eurot.** Sealjuures on sagedasemad hinnangud 15 eurot (22%) ning 20 eurot (19%) tunnis. 27% arstidest on arvamisel, et õiglase tunnitasa võiks olla 10–14 eurot ning 16% peab õiglaseks kõrgemat (25–55 eurot) tunnitasa. Arstidest hindavad oma praegust tunnitasa õiglaseks need, kes teenivad vähemalt 15 eurot tunnis (joonis 35). Õendusvaldkonna töötajad on oodatava tunnitasa osas mõnevõrra vähem nõudlikumad kui arstid. Näiteks arvab enamik 5–9 eurot tunnis teenivatest õendusvaldkonna töötajatest, et nende tunnitasa on õiglase.



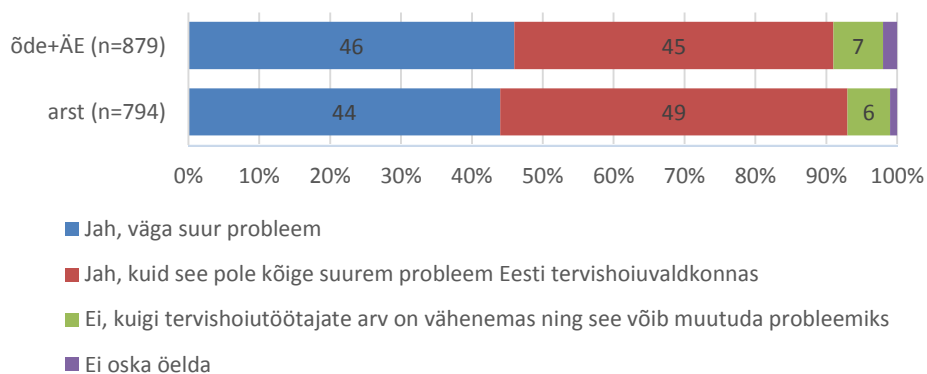
Joonis 35. Tervishoiutöötajate praegune ja oodatav õiglane tunnitasu (brutto) (%)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Märkus: 39% jättis sellele küsimusele vastamata.

4.3 Üldised hinnangud tervishoiutöötajate migratsioonile

Vastanutel paluti hinnata, kas tervishoiutöötajate lahkumine Eestist on nende hinnangul probleemiks või mitte. **Üle 90% arstidest ja õendusalatöötajatest peab tervishoiutöötajate lahkumist Eestist probleemiks.** Kuid neist poolte arvates pole töötajate lahkumine Eestist tervishoiuvaldkonna kõige suurem probleem (joonis 36). Vastanute hinnangud sellele väitele varieerusid soo, vanuse ja eesti keele oskuse alusel, kuid need erinevused ei olnud statistiliselt olulised.

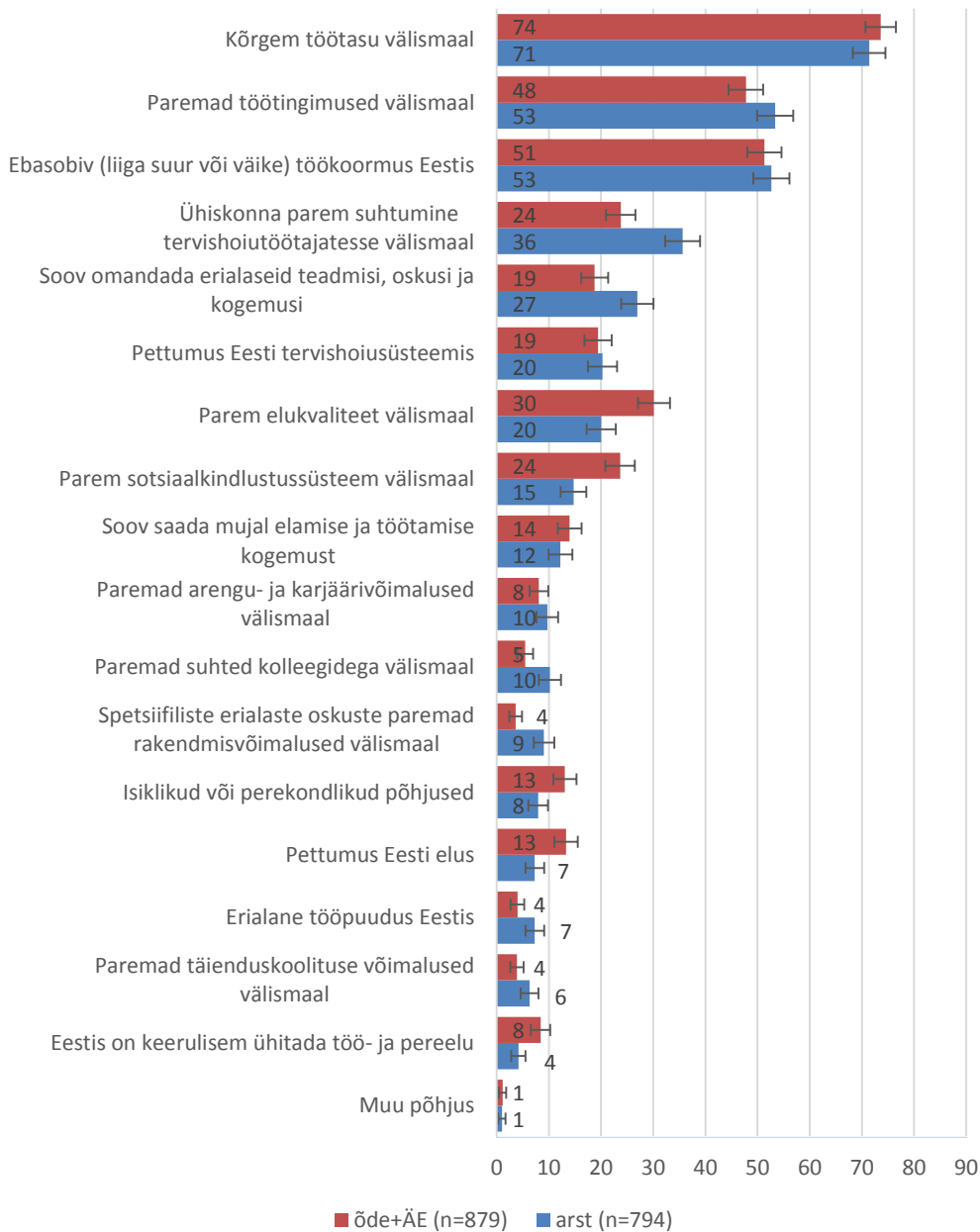


Joonis 36. Tervishoiutöötaja hinnang väitele „kas tervishoiutöötajate lahkumine Eestist on probleem“ (%)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

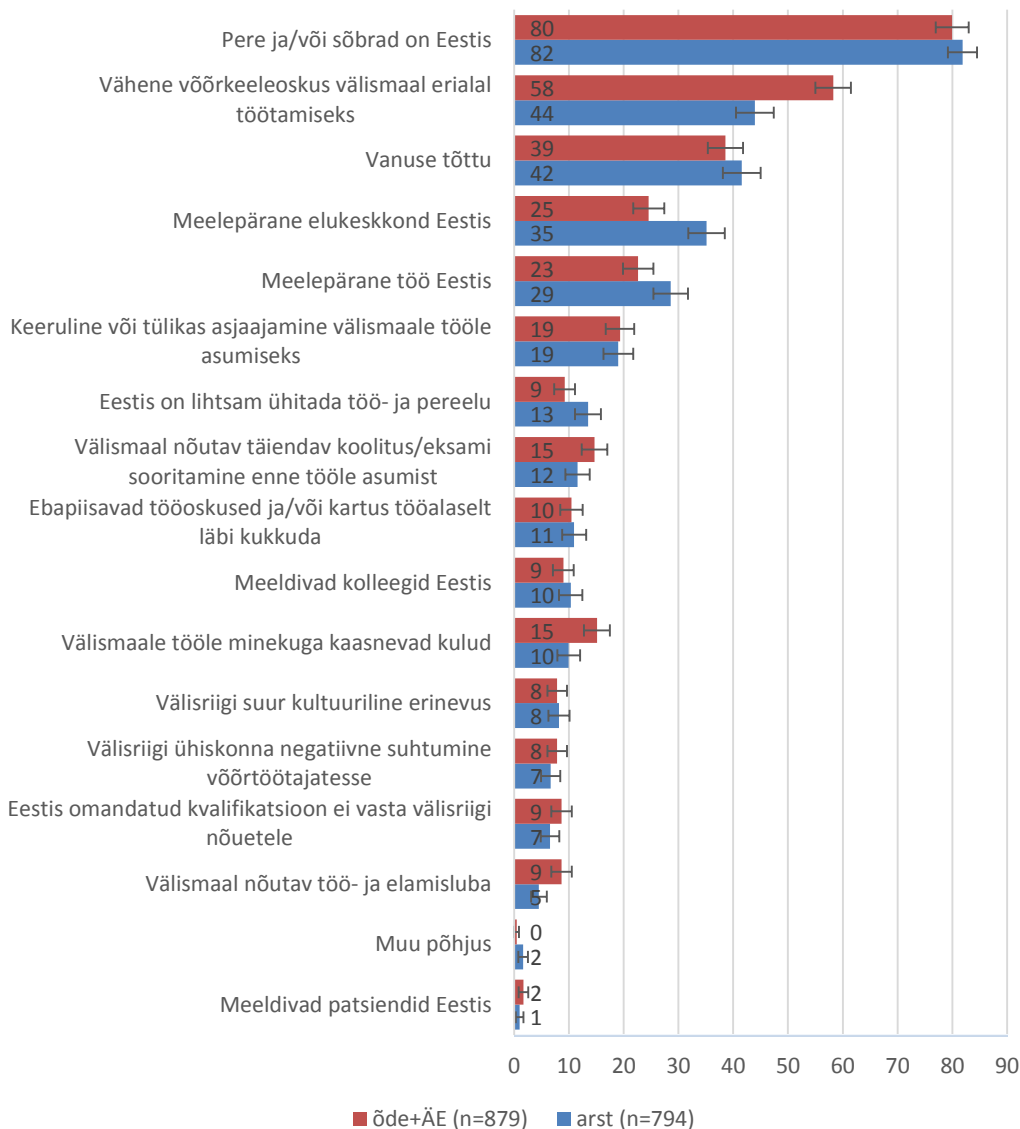
Peamisteks põhjusteks, miks tervishoiutöötajad Eestist välismaale tööle lahkuvad, pidasid arstid ja õendusalatöötajad tööga seotud põhjusi – kõrgemat töötasu ja paremaid töötingimusi välismaal ning ebasobivat töökoormust Eestis (joonis 37). Arstid pidasid õendustöötajatega võrreldes olulisemaks põhjuseks välismaale minekul ühiskonna paremat suhtumist tervishoiutöötajatesse välismaal (arstid vastavalt 36% ja õendusalatöötajad 24%) ning soovi omandada erialaseid teadmisi, oskusi ja kogemusi (27% vs 19%). Õendusalatöötajad seevastu pidasid arstidega võrreldes olulisemaks põhjuseks paremat

elukvaliteeti välismaal (õed ja ÄE 30%, arstid 20%) ning paremat sotsiaalkindlustussüsteemi (nt töötus- ja ravikindlustus, pension, peretoetused) välismaal (24% vs 15%). Kõige vähem valisid õendusalatöötajad põhjustena välja erialase tööpuuduse Eestis, spetsiifiliste erialaste oskuste paremad rakendamisevõimalused, paremad täienduskoolituse võimalused ning paremad kollegiaalsed suhted välismaal. Arstide poolt märgiti põhjustena kõige harvem töö- ja pereelu ühitamise keerukust Eestis, erialast tööpuudust Eestis, pettumust Eesti elus ning paremaid täienduskoolitusvõimalusi välismaal.



Joonis 37. Peamised põhjused tervishoiutöötajate välismaale tööle lahkumiseks tervishoiutöötajate hinnangul (% ja usaldusvahemik, valida võis kuni 5 põhjust) (allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

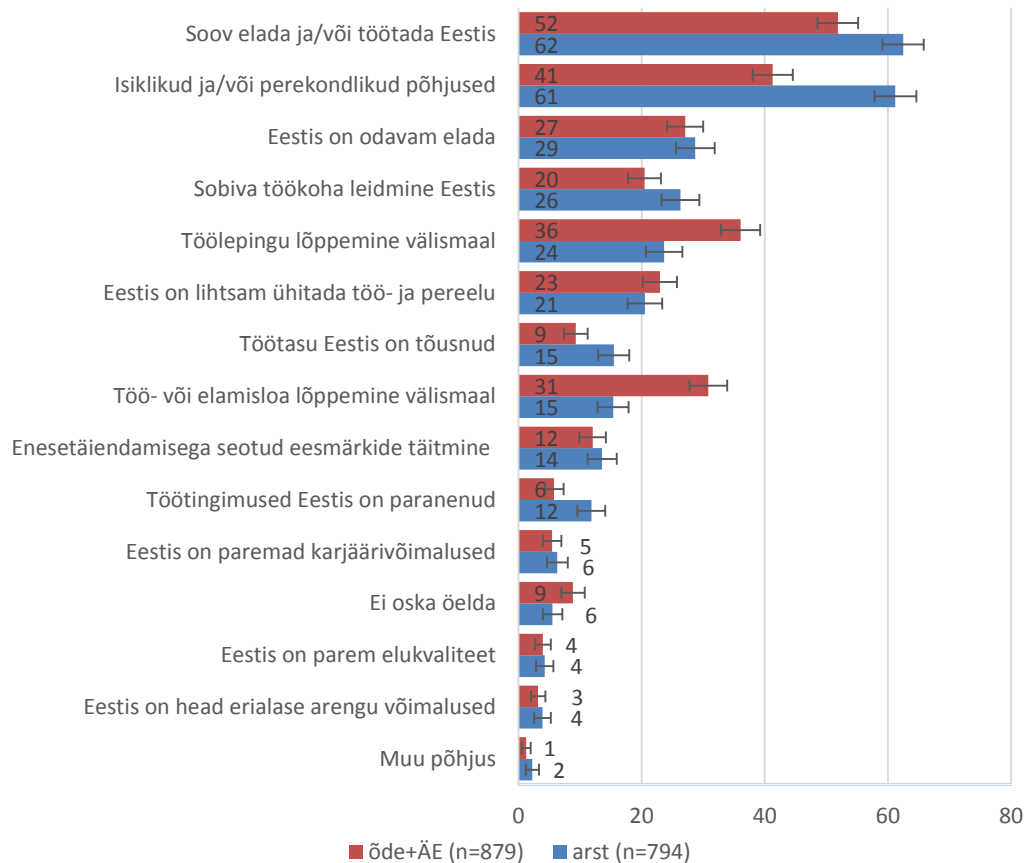
Peamised põhjused, miks tervishoiutöötajad välismaale tööle ei lähe, on arstide ja õendusöötajate hinnangul pigem isiklikud – **pere ja/või sõbrad on Eestis, vähene võõrkeeleoskus välismaal erialal töötamiseks ning vanusega seotud põhjused** (enda hinnangul liiga noor või vana). Arstid pidasid õendusöötajatest olulisemaks põhjuseks Eestisse jäämisel meelepärast elukeskkonda (arstid 35%, õed+ÄE 25%) ja tööd (29% vs 23%). Nimetatud põhjustest eristus kuus, mida arstid ja õendusöötajad sagedamini valisid. Ülejäänud põhjuseid märkisid vähesed vastajad (joonis 38).



Joonis 38. Peamised põhjused, miks tervishoiutöötajad välismaale tööle ei lähe, tervishoiutöötajate hinnangul (% ja usaldusvahemik, valida võis kuni 5 varianti)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Peamised põhjused, miks välismaal töötanud tervishoiutöötajad naasevad Eestisse, on arstide ja õendusöötajate hinnangul pigem isiklikud või seotud töötamise lõpetamisega välismaal – **soov elada ja/või töötada Eestis, isiklikud ja/või perekondlikud põhjused, Eestis on odavam elada, Eestis on lihtsam**

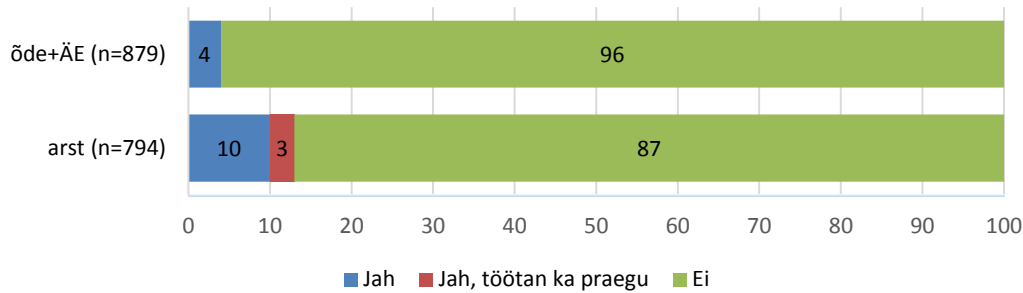
ühitada töö- ja pereelu, sobiva töökoha leidmine Eestis, töölepingu lõppemine välismaal ning töö- või elamisloa lõppemine välismaal (joonis 39). Arstide hinnangul on olulisemad isiklikud põhjused, näiteks soov elada ja/või töötada Eestis (arstid 62%, õed+ÄE 52%) või perekondlikud põhjused (61% vs 41%). Õendusalatöötajate hinnangul on olulisemad töölepingu lõppemine välismaal (õed+ÄE 36%, arstid 24%) või töö- ja elamisloa lõppemine välismaal (31% vs 15%). Tervishoiutöötajate naasmise põhjustena valiti kõige harvem Eesti elukvaliteeti, Eesti töötingimuste paranemist, Eestis pakutavaid arengu- ja karjäärivõimalusi või erialase arengu võimalusi.



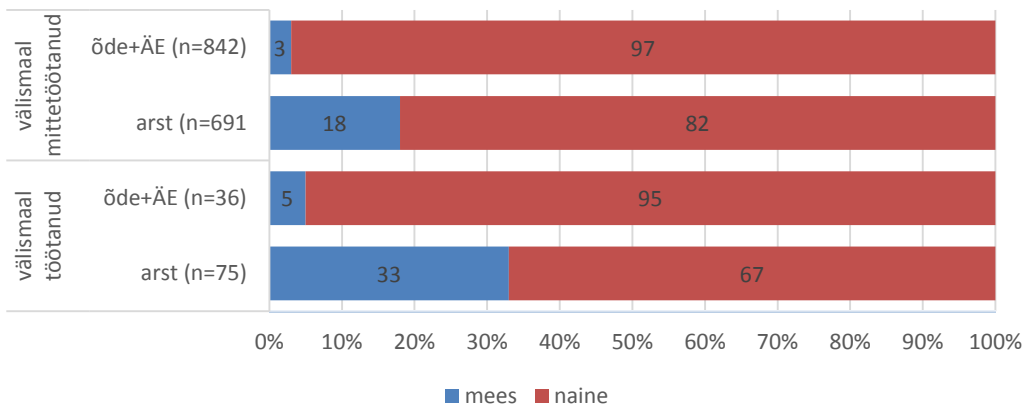
Joonis 39. Peamised põhjused, miks välismaal töötanud tervishoiutöötajad naasevad Eestisse, tervishoiutöötajate hinnangul (% ja usaldusvahemik, valida võis kuni viis varianti) (allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

4.4 Välismaal töötanud tervishoiutöötajad

Küsitlusele vastanud tervishoiutöötajatest on varem välismaal töötanud 10% arstidest ja 4% õdedest, kokku 111 inimest (joonis 40). 3% arstidest (ehk 28 inimest) töötab praegu paralleelselt nii Eestis kui välismaal. Ülejäänud vastanutel puudub varasem välismaal töötamise kogemus. Varem välismaal töötanud arstide hulgas on rohkem mehi (joonis 41).

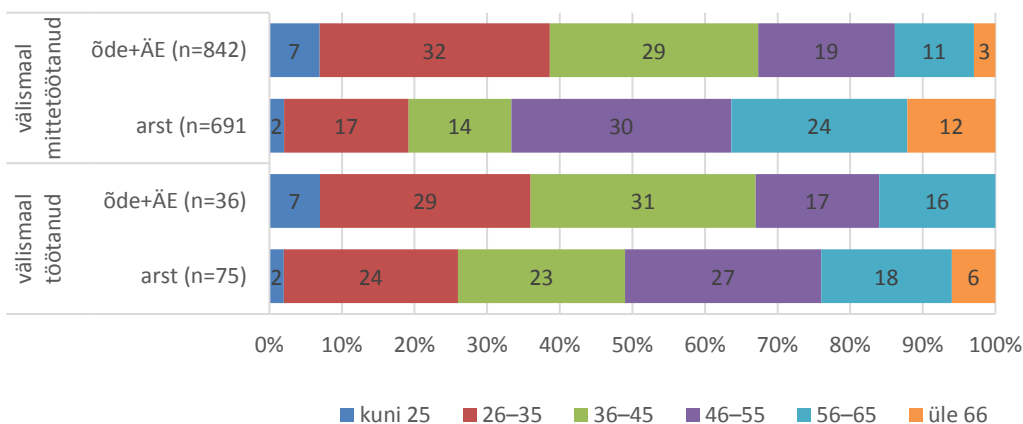


Joonis 40. Varem mõnes välisriigis töötanud tervishoiutöötajad (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)



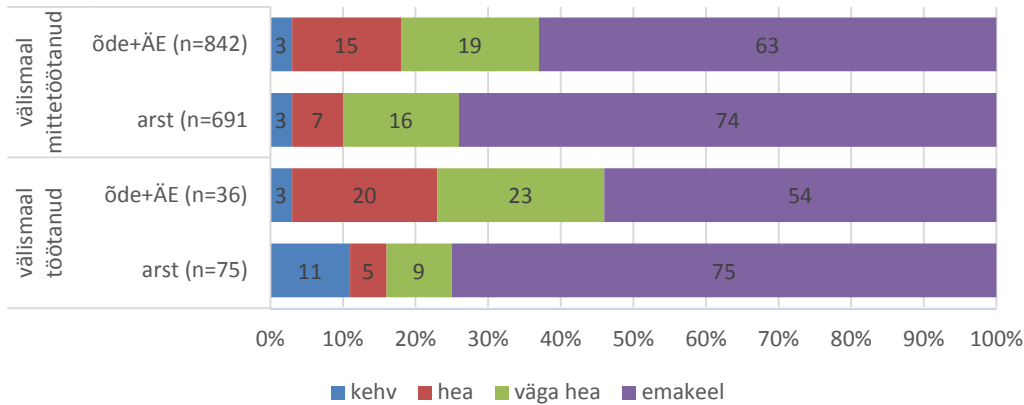
Joonis 41. Välismaal töötanud ja mittetöötanud tervishoiutöötajate sooline jaotus (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Välismaal töötanud või mittetöötanud õendusala töötajate vanuseline jaotus oluliselt ei erine. Välismaal töötanud arstid on välismaal mittetöötanud arstidega võrreldes nooremad, sagedamini 26–46-aastased ja harvem üle 56-aastased (joonis 42).



Joonis 42. Välismaal töötanud ja mittetöötanud tervishoiutöötajate vanuseline jaotus (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

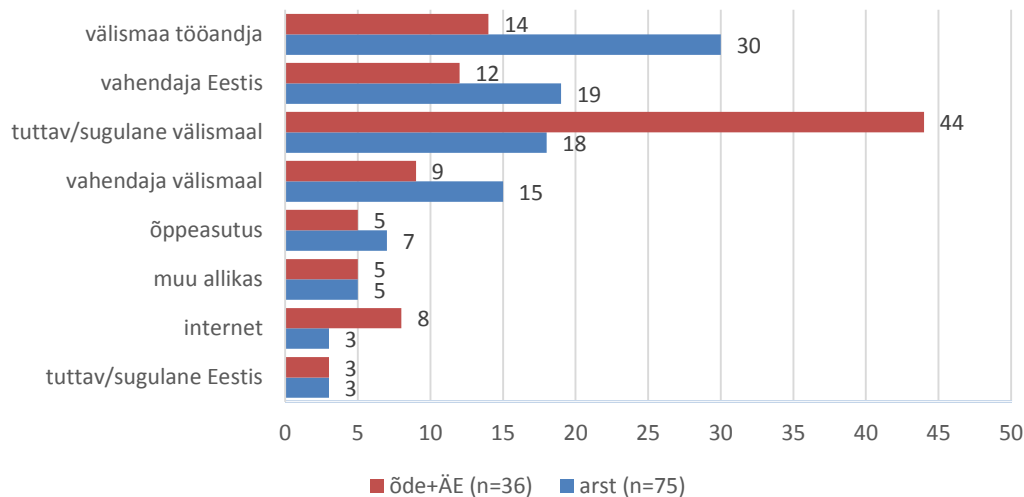
Välismaal töötanud ja mittetöötanud õendusalatöötajate jaotus eesti keele oskuse põhjal oluliselt ei erine. **Arstide hulgast on välismaal töötanud pigem need, kelle eesti keele oskus on kehvem ja kelle emakeel ei ole eesti keel** (joonis 43).



Joonis 43. Varem välismaal töötanud ja mittetöötanud tervishoiutöötajate jaotus eesti keele oskuse alusel (%)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Välismaal töötamiseks said tervishoiutöötajad infot erinevatest allikatest (joonis 44). Arstide puhul oli peamiseks infoallikaks välismaal asuv tööandja (30%) ning õendusalatöötajate puhul välismaal olev tuttav või sugulane (44%). Muude allikatena nimetatid Eestis töötavat kolleegi, perekonda või isiklikku kontakti.

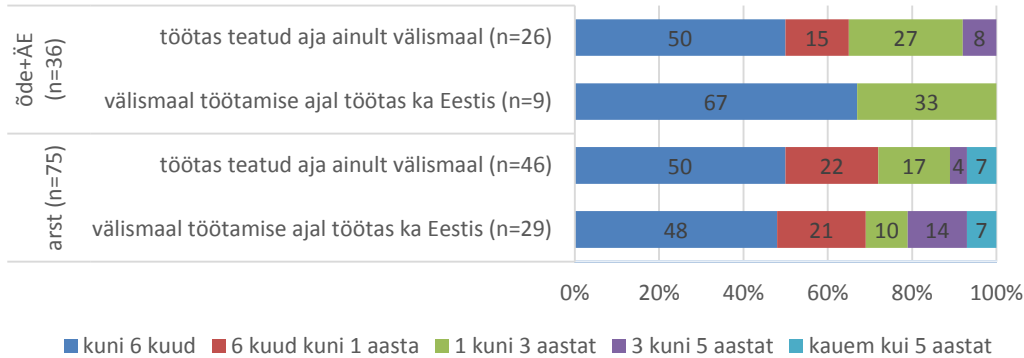


Joonis 44. Välismaal töötanud tervishoiutöötajate kõige olulisem infoallikas välismaale siirdumise otsuse tegemisel (%)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

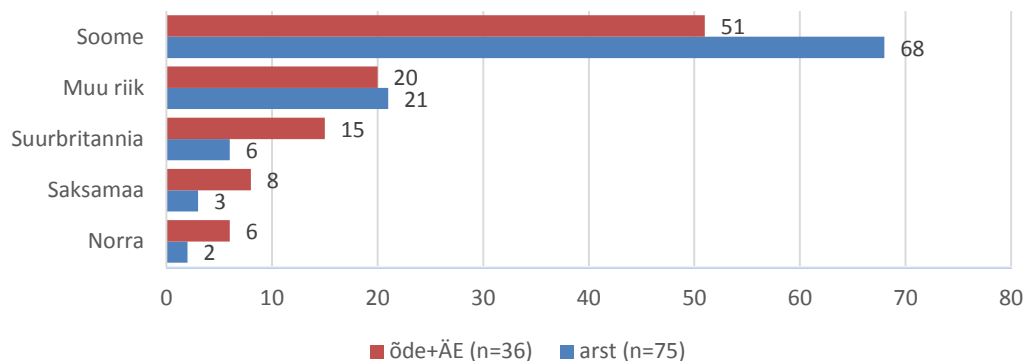
Viimasel korral välismaal töötades, töötas 39% arstidest Eestis ja välismaal paralleelselt ning 61% arstidest ainult välismaal. Õendustöötajate hulgas on paralleelselt Eestis ja välismaal töötanud vähem (26%) ning ainult välismaal töötanud rohkem (74%) kui arstide hulgas. Õendusalatöötajad töötasid viimati välismaal vähem kui pool aastat või üks kuni kolm aastat. Ka arstide hulgas on ülekaalus need, kes töötasid välismaal

vähem kui kuus kuud. Üle kolme aasta on välismaal töötanud rohkem arstide hulgas, kes töötasid nii Eestis kui välismaal paralleelselt (joonis 45).



Joonis 45. Välismaal töötanud tervishoiutöötajate välismaal viibimise periood viimasel korral (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Viimasel korral töötas 68% arstidest ja pooled õendusalatöötajatest Soomes (joonis 46). Sagedamini käidi tööl veel Suurbritannias, Saksamaal ja Norras. Muude riikide seas nimetati üksikutel kordadel Rootsit, Taanit, Venemaad, Portugali, Luksemburgi, Afganistani, Pakistani, Hispaaniat, Itaaliat, Lõuna-Aafrika Vabariiki, Prantsusmaad, Ukrainat, Liibüat ja Kongot.



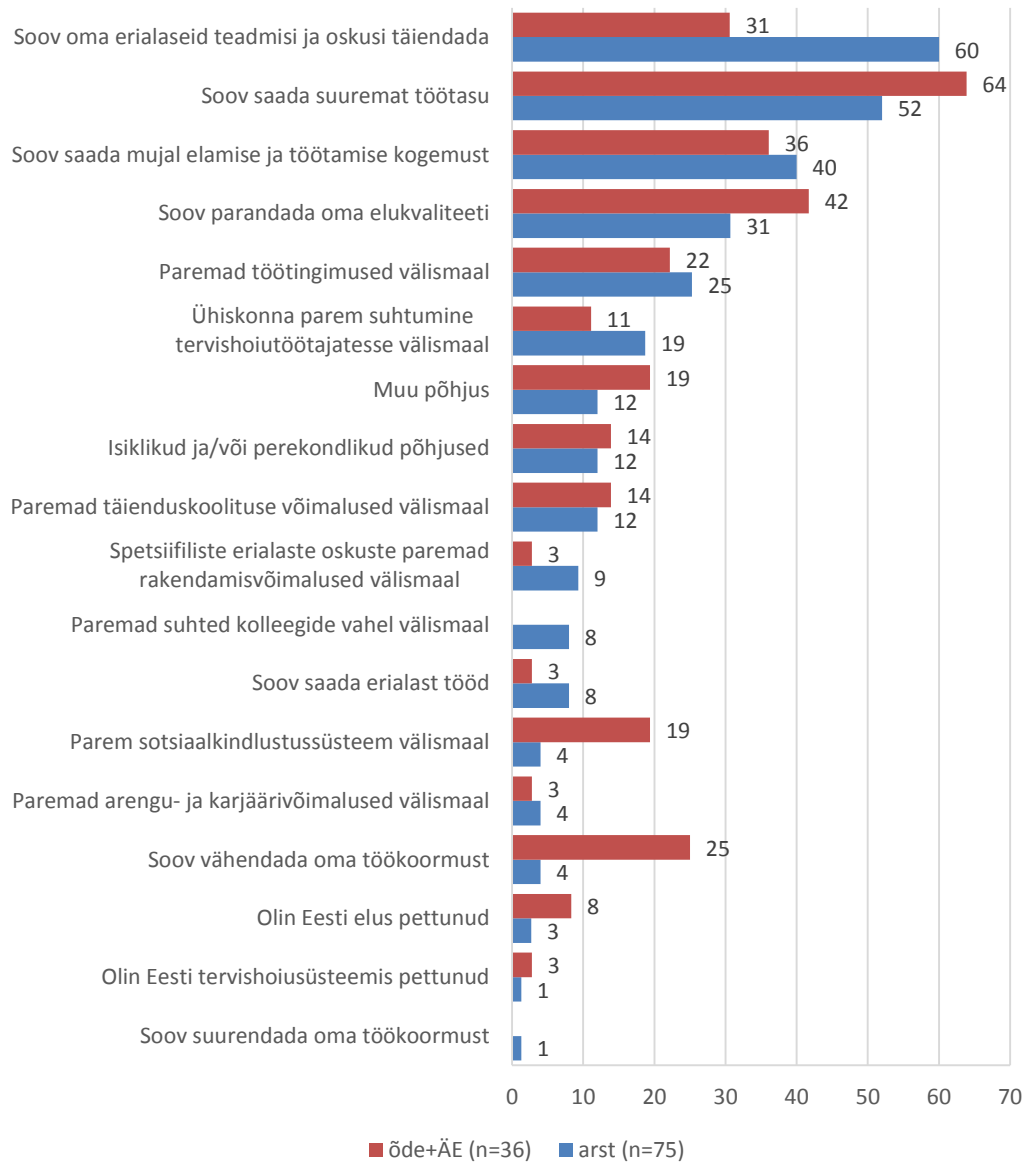
Joonis 46. Välismaal töötanud tervishoiutöötajate sihtriik viimasel korral (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Välismaal töötanud tervishoiutöötajate peamised põhjused välismaale tööle minekuks on arstide ja õendusalatöötajate hulgas pisut erinevad (joonis 47). Arstidel ja õendusalatöötajatel olid välismaal töötamiseks nii isiklikud kui ka tööalased põhjused. Ühelt poolt peeti oluliseks erialaste oskuste ja teadmiste täiendamist (arst 60%, õde 31%) ning mujal elamise ja töötamise soovi (arst 40%, õde 36%), teisalt oli välismaale mineku põhjuseks soov saada suuremat töötasu (arst 52%, õde 64%) ja parandada oma elukvaliteeti (arst 31%, õde 42%). **Õendusalatöötajad märkisid ühe põhjusena sagedamini ka soovi vähendada oma töökoormust (25%).**

Pettumust Eesti tervishoiusüsteemis või Eesti elus märkisid välismaale mineku põhjustena üksikud tervishoiutöötajad. Teistest harvem märgiti välismaale mineku põhjustena veel erialase töö saamise soovi, spetsiifiliste erialaste oskuste paremaid rakendamisvõimalusi välismaal, paremaid arengu- ja

karjäärivõimalusi välismaal, paremaid suhteid kolleegide vahel välismaal ning soovi suurendada oma töökoormust.

Muude põhjustena välismaale tööle minekuks nimetasid tervishoiutöötajaid praktika läbimist välismaal, vabatahtliku või teadustöö tegemist välismaal või välismaalasena mujal riigis töötamist.

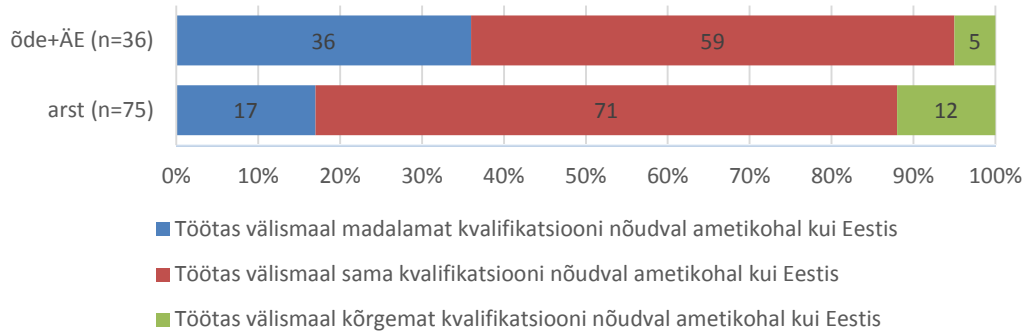


Joonis 47. Välismaal töötanud tervishoiutöötajate peamised põhjused välismaale tööle minekuks (% valida võis kuni viis põhjust)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Välismaal töötanud arstide ja õendusalatöötajate vastuste jaotus välismaal või Eestis nõutava kvalifikatsiooni osas statistiliselt oluliselt ei erine (joonis 48). Peamiselt töötasid nii arstid kui õendusalatöötajad välismaal sama kvalifikatsiooni nõudval ametikohal kui Eestis. Neid, kes töötasid Eestiga

võrreldes madalamal ametikohal oli rohkem kui neid, kes said välismaal töötada kõrgemat kvalifikatsiooni nõudval ametikohal kui Eestis.



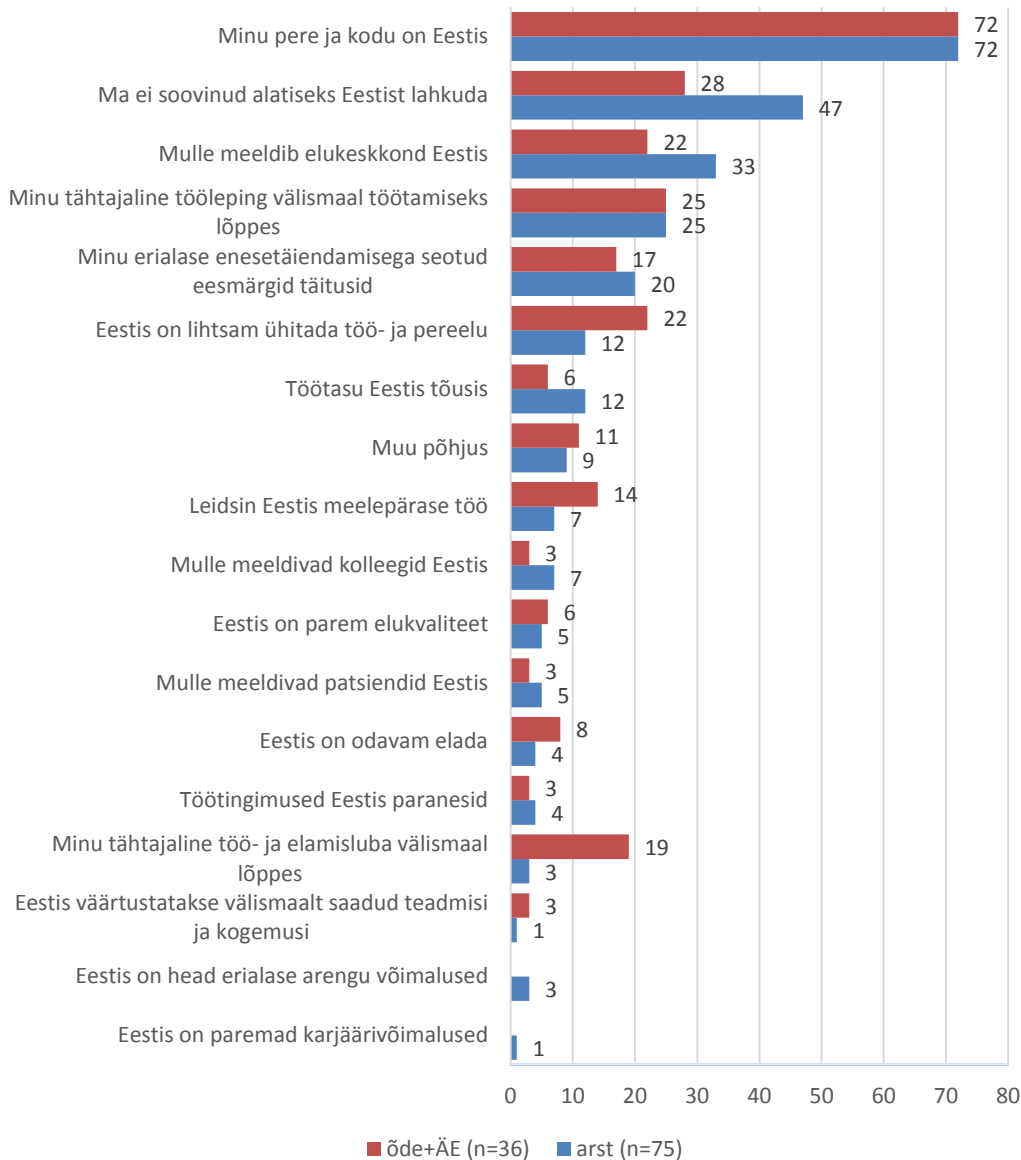
Joonis 48. Välismaal töötanud tervishoiutöötajate töökohal nõutava kvalifikatsiooni võrdlus Eestis ja välismaal (%)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Välismaal töötanud tervishoiutöötajate peamised põhjused Eestisse naasmiseks olid eelkõige isiklikud – **pere ja/või sõbrad on Eestis, ei soovinud Eestist alatiseks lahkuda, meeldib elukeskkond Eestis**. Arstid valisid põhjustest sagedamini viis-kuus põhjust, kuid õendusalatöötajate põhjused Eestisse naasmiseks varieeruvad, st vastajad valisid erinevaid põhjuseid.

Muude põhjustena märgiti kodusõja algust välisriigis, soov saada ja kasvatada oma lapsi Eestis ning juba esialgset kavatsust ainult ajutiselt välismaale minna.

Eestisse tagasipöördumisel esines takistusi üheksal arstil (12%) ning neljal õendusalatöötajal (10%). Kolmel tagasipöördujal ei arvestatud Eestis välismaal saadud diplomit, mistõttu tuli neil Eestisse naastes oma kvalifikatsiooni uuesti tõendada ja teha täiendavaid eksameid. Üks ei leidnud kvalifikatsioonile vastavat tööd, üks pidi Eestis leppima asenduskohaga ning ühte ei soovitud üldse tervishoiusektorisse tööle võtta.



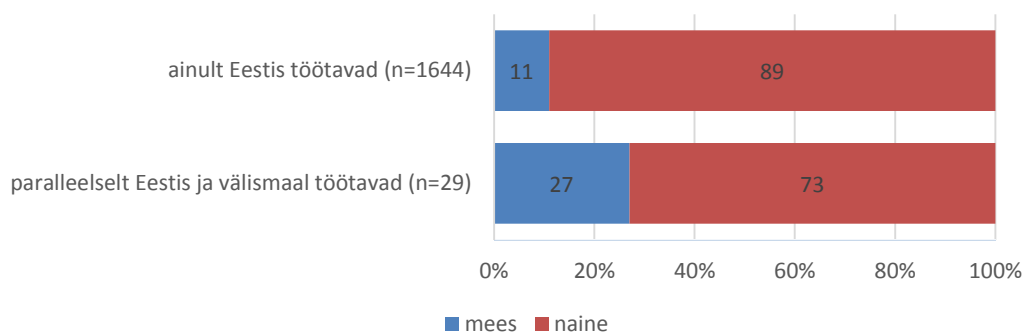
Joonis 49. Välismaal töötanud tervishoiutöötajate peamised põhjused Eestisse naasmiseks (% valida võis kuni 5 põhjust)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Välismaalt Eestisse naasnute põhjused erinevad mõnevõrra sellest, mida tervishoiutöötajad üldiselt pidasid naasmise põhjusteks (joonis 49 ja joonis 39). Siiski on mõlemal juhul peamiste põhjuste hulgas isiklikud põhjused (minu pere ja kodu on Eestis vs soov elada või töötada Eestis, ei soovinud alatiseks Eestist lahkuda vs isiklikud ja perekondlikud põhjused, töölepingu või töö- ja elamisloa lõppemine välismaal). Välismaal töötanud märkisid olulise põhjusena sageli ka Eesti elukeskkonda ning erialase enesetäiendamisega seotud eesmärkide täitmist.

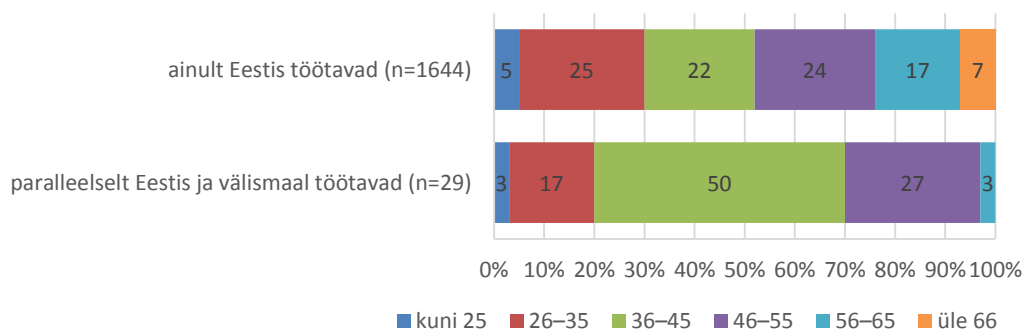
4.5 Paralleelselt Eestis ja välismaal töötavad tervishoiutöötajad

3% arstidest (ehk 28 inimest) ja üks öde töötab praegu paralleelselt nii Eestis kui välismaal. Võrreldes ainult Eestis töötavate tervishoiutöötajatega on **paralleelselt Eestis ja välismaal töötavad arstid sagedamini mehed** (joonis 50, erinevus paralleelselt Eestis ja välismaal töötavate ning ainult Eestis töötavate tervishoiutöötajate vahel on statistiliselt oluline, $p < 0.05$, Fisheri täpne test) **ja vanuses 36 kuni 45-eluaastat ning harvem üle 56-aastased** (joonis 51, statistiliselt oluline erinevus vanuselise jaotuse puhul, $p = 0.043$, Fisheri täpne test). **Paralleelselt Eestis ja välismaal töötavatel tervishoiutöötajatel on Eestis sagedamini kaks või kolm tööandjat** (joonis 52, statistiliselt oluline erinevus $p < 0.05$, Fisheri täpne test).



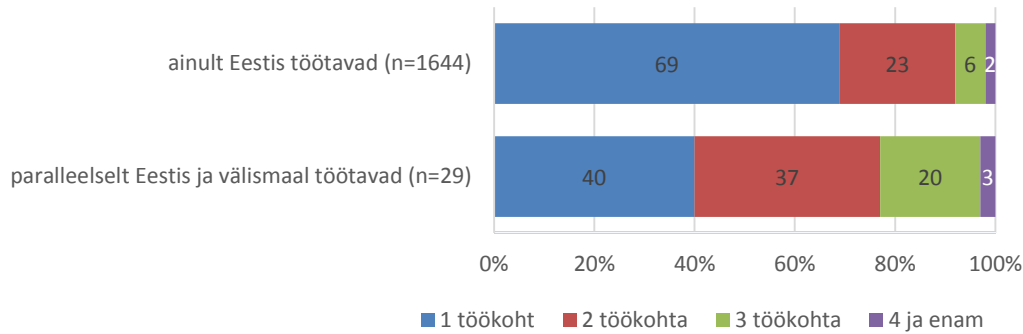
Joonis 50. Paralleelselt Eestis ja välismaal töötavate tervishoiutöötajate sooline jaotus võrreldes Eestis töötavate tervishoiutöötajatega (%)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)



Joonis 51. Paralleelselt Eestis ja välismaal töötavate tervishoiutöötajate vanuseline jaotus võrreldes Eestis töötavate tervishoiutöötajatega (%)

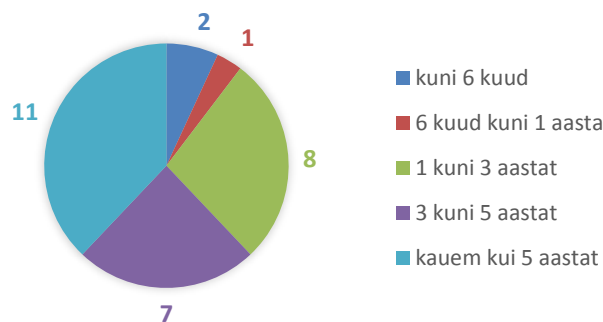
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)



Joonis 52. Paralleelselt Eestis ja välismaal töötavate tervishoiutöötajate Eesti töökohtade arvu jaotus võrreldes Eestis töötavate tervishoiutöötajatega (%)

(allikas: Terviseamet, Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

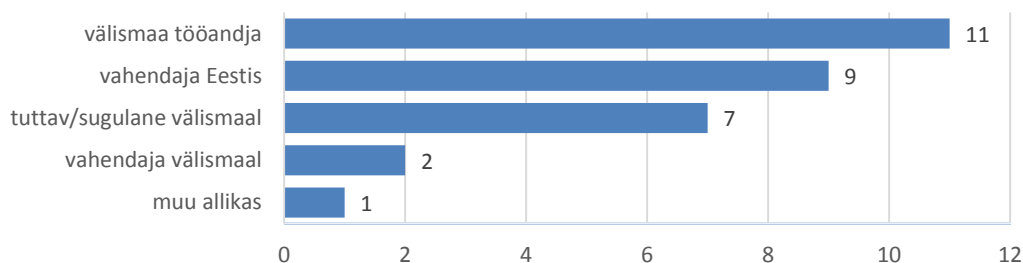
Paralleelselt Eestis ja välismaal töötavatest tervishoiutöötajatest 93% (ehk 27 inimest) töötab **Soomes** ning ülejäänud 2 inimest **Rootsis**. Suurem osa neist (63% ehk 18 inimest) **töötab Eestis ja mujal juba üle kolme aasta**, vähem kui aasta on Eestis ja mujal töötanud 3 inimest (joonis 53).



Joonis 53. Paralleelselt Eestis ja välismaal töötavate tervishoiutöötajate välismaal töötamise aeg (arv, n=29)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Välismaale tööle asumiseks said tervishoiutöötajad kõige sagedamini informatsiooni välismaa tööandjalt, Eesti vahendajalt või tuttavalt/sugulaselt välismaal (joonis 54).

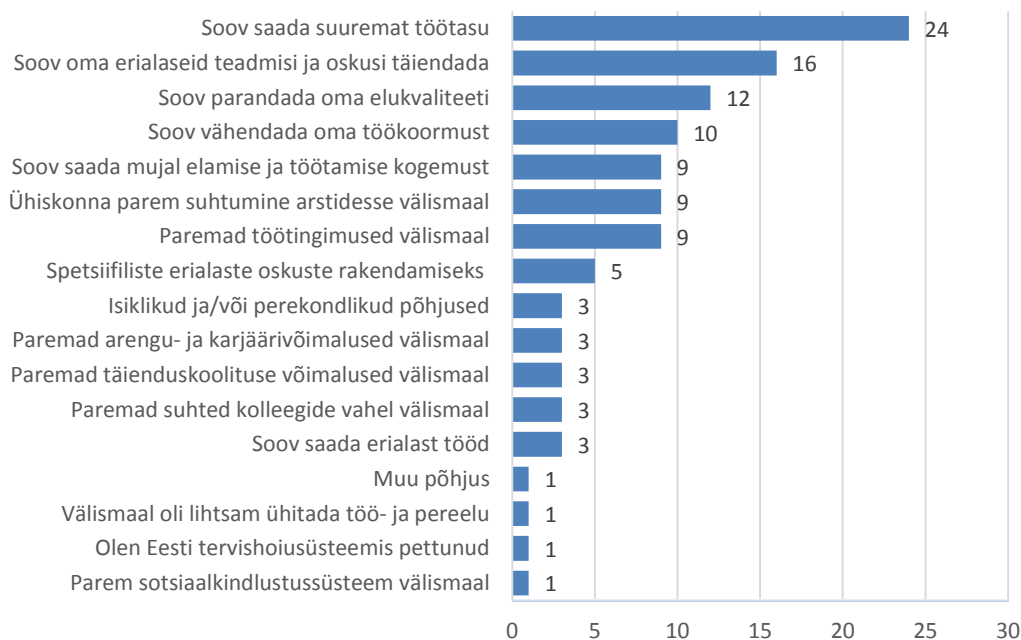


Joonis 54. Paralleelselt Eestis ja välismaal töötavate tervishoiutöötajate kõige olulisem infoallikas välismaale siirdumise otsuse tegemisel (arv, n=29)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

65% vastanutest ehk **19 inimest töötab välismaal ja Eestis sama kvalifikatsiooni nõudval ametikohal**, 7 inimest töötab välismaal kõrgemat kvalifikatsiooni ning 3 inimest madalamat kvalifikatsiooni nõudval ametikohal kui Eestis.

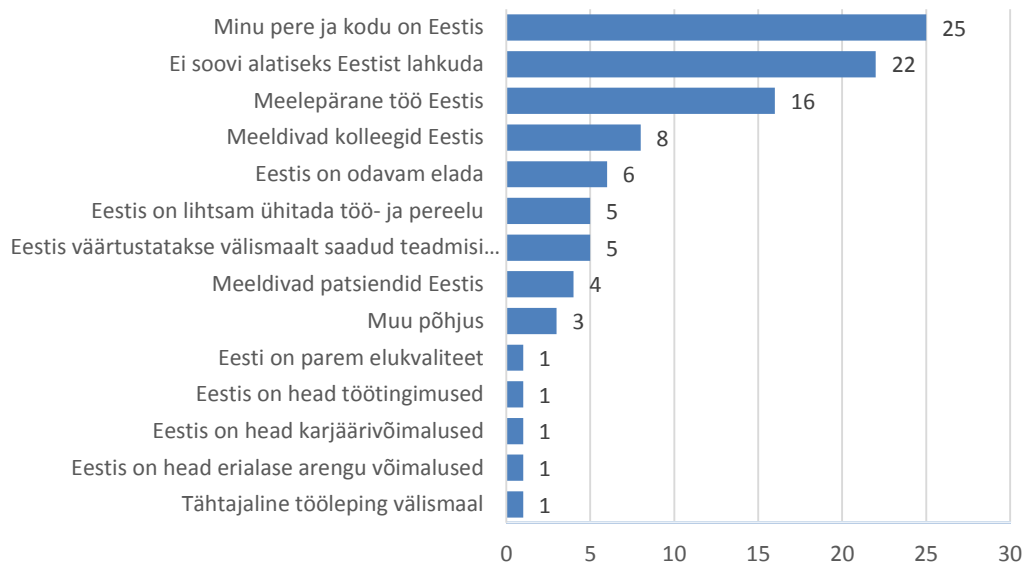
Peamine põhjus, miks tervishoiutöötajad töötavad paralleelselt ka välismaal on enamasti seotud sooviga saada suuremat töötasu. Ligikaudu pooled välismaal töötavatest soovisid täiendada oma erialaseid teadmisi ja oskusi või parandada oma elukvaliteeti. Iga kolmas paralleelselt Eestis ja välismaal töötav tervishoiutöötaja soovis välismaal töötamisega vähendada oma töökoormust, saada mujal elamise ja töötamise kogemust, saada paremaid töötingimusi välismaal või tunda ühiskonna paremat suhtumist tervishoiutöötajatesse (joonis 55). Üksikud tervishoiutöötajad läksid välismaale tööle, sest on pettunud Eesti tervishoiusüsteemis, peavad töö- ja pereelu ühitamist välismaal lihtsamaks või hindavad kõrgemalt välisriigi sotsiaalkindlustussüsteemi.



Joonis 55. Paralleelselt Eestis ja välismaal töötavate tervishoiutöötajate peamised põhjused välismaal töötamiseks (arv, n=29, valida võis kuni viis põhjust)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Eestis töötamist jätkavad tervishoiutöötajad peamiselt seetõttu, et nende pere ja kodu on Eestis (86%), nad ei soovi alatiseks Eestist lahkuda (76%) ning pooled vastanutest peavad töötamist Eesti tervishoiusektoris endale meelepäraseks (joonis 56). Üksikud vastajad seostasid Eestis töötamise jätkamist siinsete töötingimuste, karjääri- ning arenguvõimalustega või Eesti parema elukvaliteediga.



Joonis 56. Paralleelselt Eestis ja välismaal töötavate tervishoiutöötajate peamised põhjused Eestis töötamiseks (arv, n=29, valida võis kuni viis põhjust)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Selleks, et välismaal ja Eestis paralleelselt töötavad tervishoiutöötajad jääksid Eestisse tööle, tuleks nende hinnangul suurendada Eestis tervishoiutöötajate töötasu ning tänasest paremini reguleerida töökoormust. Oluliseks peeti ka tervishoiutöötajate töö väärtustamist nii tööandjate, patsientide kui ühiskonna poolt.

„Elanikkonna teadlikkus tervishoiusüsteemi kohta [peab] tõusma. Patsiendid peaksid arste usaldama ja mitte nii palju vastu vaidlema ning nõudma. Eesti tervishoiusüsteemis peaks ka arstide kvaliteet paranema, kvaliteeti tuleks järjekindlalt kontrollida! Valvete ning ületundide eest tuleks maksta kõrgemat palka.“

„Kõrgem palk, mõistlik töökoormus ja adekvaatne kriisiabi töötajatele rasketes tööga seotud olukordades. Hetkel kriisiabi sisuliselt puudub.“

„Residentuuri sisseastumise tingimused peaksid kindlasti muutuma laiemaks. Hetkeolukord jätab ukse taha palju tarku ja motiveeritud noori inimesi, kes ei saa tööd meelepärasel erialal. Seonduvalt ka nende elukaaslased, tihti samuti arstid, on sunnitud välismaale kolima, kuigi meelepärane töökoht Eestis on olemas.“

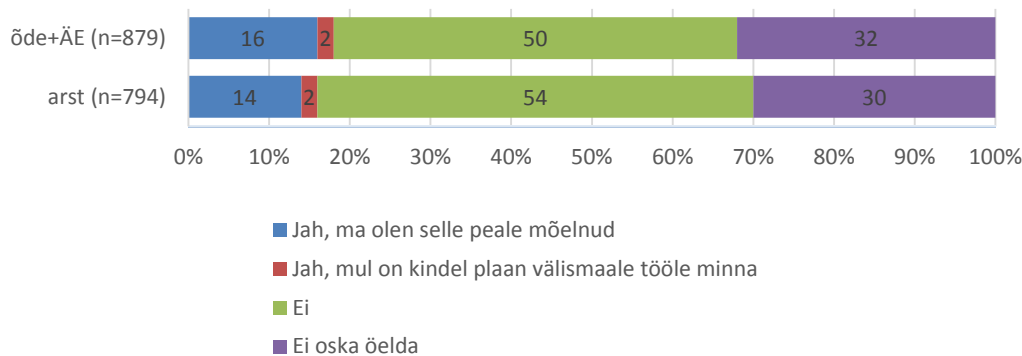
„Suurem töötasu, töötaja väärtustamine tööandja poolt, patsientide suhtumine. Töökeskkond.“

„Töökoormus normaliseeruma, tööülesanded vastavalt ametikohale (et arst ei tegeleks mitteremeditsiiniliste probleemidega), töötasu paranema.“

„Töökoormuse normaliseerimine, adekvaatne töötasu, paremad enesetäiendamise ja õppimisvõimalused koos praktiseerimisega, märkamine ja tunnustamine (ja mitte ainult tähtpäevadel).“

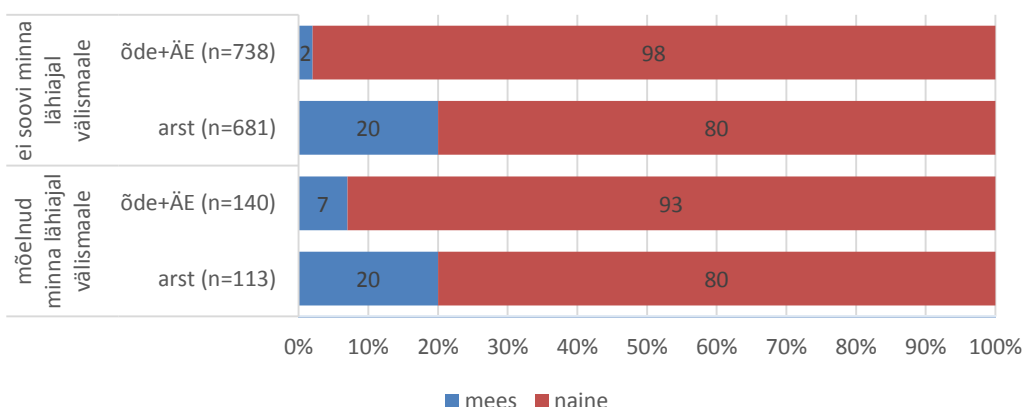
4.6 Tulevikus välismaal töötada soovivad tervishoiutöötajad

Lähitulevikus või lähima aasta jooksul on mõelnud välismaale tööle minna 16% õdedest ja 14% arstidest. Kindel plaan lähiajal välismaale tööle minekuks on 2%-l arstidest ja 2%-l õendusalatöötajatest. Ülejäänud ei soovi lähiajal välismaale tööle minna või pole sellele mõelnud (joonis 57).

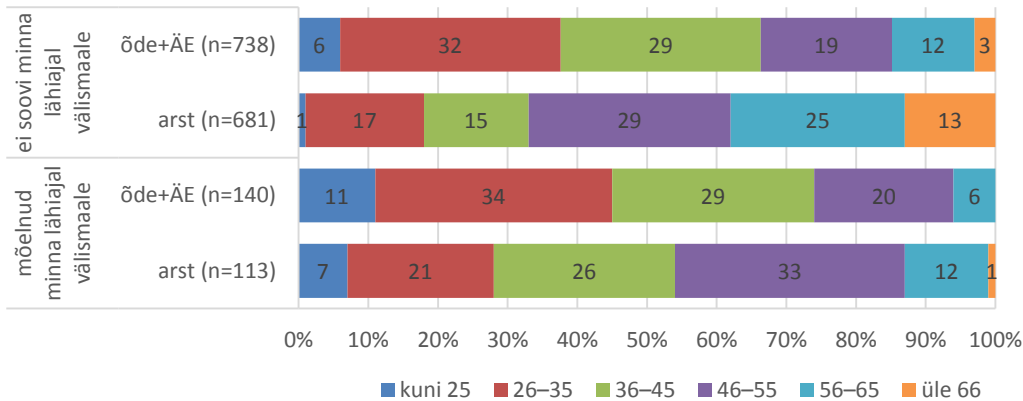


Joonis 57. Lähitulevikus välismaale tööle minna kavatsevad tervishoiutöötajad (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Lähitulevikus välismaale tööle minna mõelnud õendusalatöötajate hulgas on rohkem mehi (joonis 58, erinevus võrreldes nendega, kes ei soovi välismaale tööle minna on statistiliselt erinev, $p < 0.05$, Hii-ruut test). Arstide sooline jaotus lähiajal välismaale minejate ja Eestisse jääjate vahel ei erine. **Lähiajal välismaale tööle minna mõelnud õendusalatöötajad ja arstid on nooremad kui Eestisse tööle jäävad tervishoiutöötajad** (joonis 59, erinevus on statistiliselt oluline, õendusalatöötajate korral $p = 0.02$ ja arstidel $p < 0.05$). Välismaale minekut kaalunud õendusalatöötajate hulgas on rohkem alla 25-aastaseid ja arstide hulgas on rohkem alla 45-aastaseid. Lähitulevikus välismaale tööle mõelnud minna **arstide hulgas on rohkem neid, kellel Terviseameti andmetel on Eestis rohkem kui üks tööandja** (joonis 60, erinevus võrreldes Eestisse jääjatega on statistiliselt oluline, $p = 0.02$). Õendusalatöötajate puhul Eestis olevate töökohtade arvu jaotus välismaale minna kavatsevate ja Eestisse jäävate vahel oluliselt ei erine.

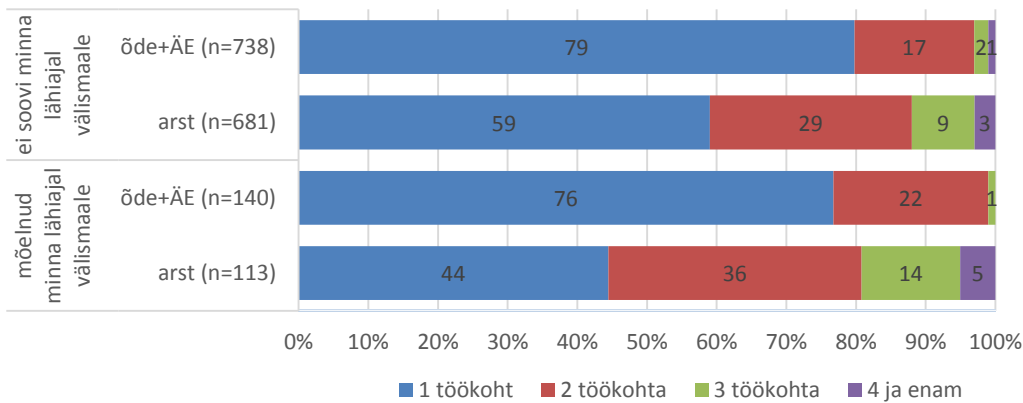


Joonis 58. Lähitulevikus välismaale tööle minna mõelnud tervishoiutöötajate sooline võrdlus nendega, kes ei soovi välismaale tööle minna (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)



Joonis 59. Lähitulevikus välismaale tööle minna mõelnud tervishoiutöötajate vanuseline võrdlus nendega, kes ei soovi välismaale tööle minna (%)

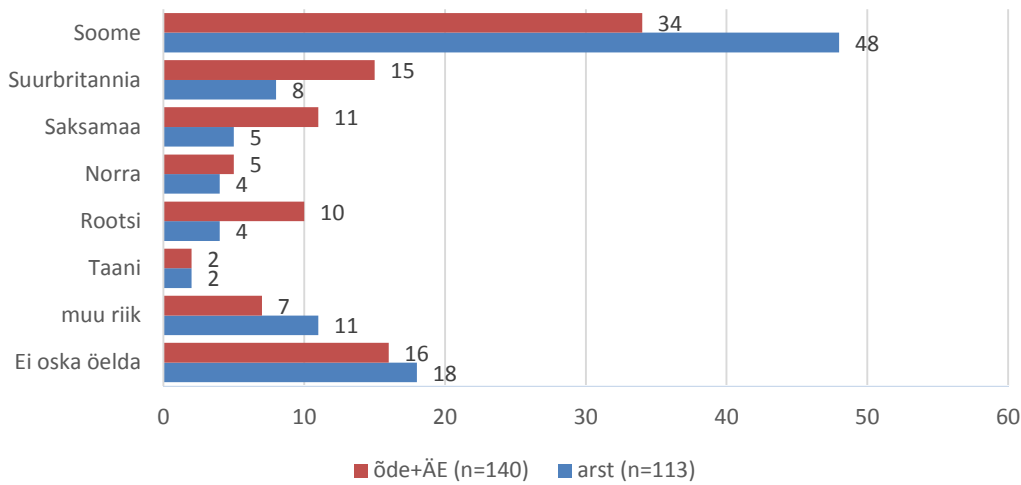
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)



Joonis 60. Lähitulevikus välismaale tööle minna mõelnud tervishoiutöötajate Eestis olevate töökohtade arvu võrdlus nendega, kes ei soovi välismaale tööle minna (%)

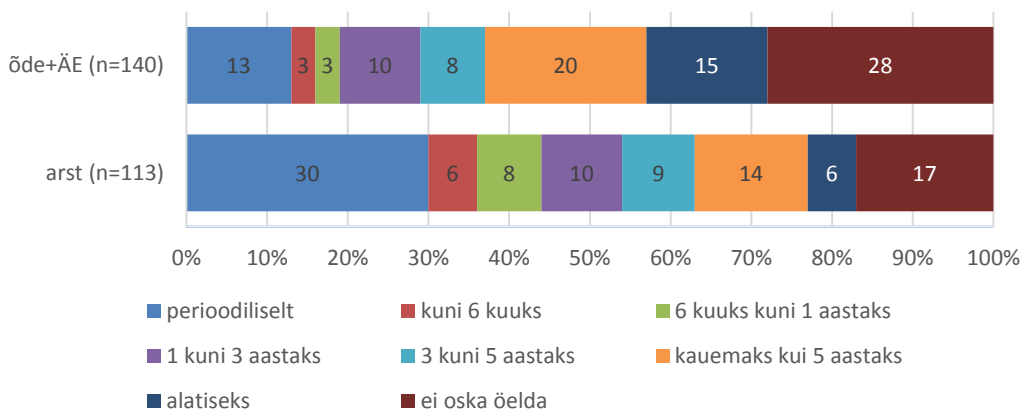
(allikas: Terviseamet, Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Lähitulevikus välismaale tööle minna mõelnud tervishoiutöötajate eelistuseks oleks töötada Soomes, Suurbritannias, Saksamaal või Rootsis. Paljud pole veel konkreetse riigi kasuks otsustanud (joonis 61). Muude riikidena nimetasid arstid soovi töötada Hispaanias, Itaalias, Prantsusmaal, Venemaal, Lähis-Idas või Peruu. Mitmed arstid kaaluvad võimalusi erinevates riikides töötamise vahel. Õenduslatöötajad nimetasid muude riikidena Austraaliat, Ameerika Ühendriike, Hispaaniat, Kanadat, Prantsusmaad, Austriat ja Šveitsi.



Joonis 61. Lähitulevikus välismaale tööle minna mõelnud tervishoiutöötajate sihtriigid (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Lähiajal välismaale tööle minna mõelnud õendusalatöötajad pole ajalist perioodi veel täpsemalt määratlenud või sooviksid välismaale minna pigem kauemaks kui viieks aastaks või alatiseks (joonis 62). Arstid seevastu valiksid sagedamini paralleelselt nii Eestis kui välismaal töötamise (ehk perioodiliselt Eestis ja välismaal). Välismaale tööle mineku ajalise perioodi jaotus on õendusalatöötajate ja arstide vahel erinev ($p < 0.05$, Fisheri täpne test).



Joonis 62. Lähitulevikus välismaale tööle minna mõelnud tervishoiutöötajate ajaline eelistus (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Lähiajal välismaale mineku kavatsusega tervishoiutöötajad sooviksid välismaal töötada enamasti sama kvalifikatsiooni nõudval ametikohal kui Eestis (arstidest 95% ja õendusalatöötajatest 91%). Üksikud on valmis töötama kõrgemat (arstid 3% ja õed 5%) või madalamat (arstid 2% ja õed 4%) kvalifikatsiooni nõudval ametikohal kui Eestis.

Välismaale tööle minna mõelnud arstide puhul on välismaale mineku põhjuseks eelkõige soov saada suuremat töötasu (80%), küllaltki oluline on ka oma erialaste oskuste ja teadmiste täiendamine (45%),

elukvaliteedi parandamine (40%) ning üldine ühiskonna parem suhtumine tervishoiutöötajatesse välismaal (joonis 63, 31%). **Õenduslatöötajate puhul on peamisteks põhjusteks välismaale mineku kaalumisel soov saada suuremat töötasu (95%) ning soov parandada oma elukvaliteeti (72%).** Neile järgnevad paremad töötingimused välismaal (34%), soov oma erialaseid teadmisi ja oskusi täiendada (33%), soov vähendada töökoormust (30%) ning parem sotsiaalkindlustussüsteem välismaal (30%).

Välismaale mineku otsusega on harvem seotud töö- ja pereelu ühitamise võimalused, erialase töö saamise soov, paremad suhted kolleegide vahel, spetsiifiliste erialaste oskuste täiendamise võimalused välismaal ning üldised paremad täienduskoolituse võimalused välismaal.

Eestisse tööle jäämiseks peaks tervishoiutöötajate hinnangul suurenema sektoris makstav töötasu, vähenema üldine töökoormus ning paranema ühiskonna suhtumine tervishoiutöötajatesse.

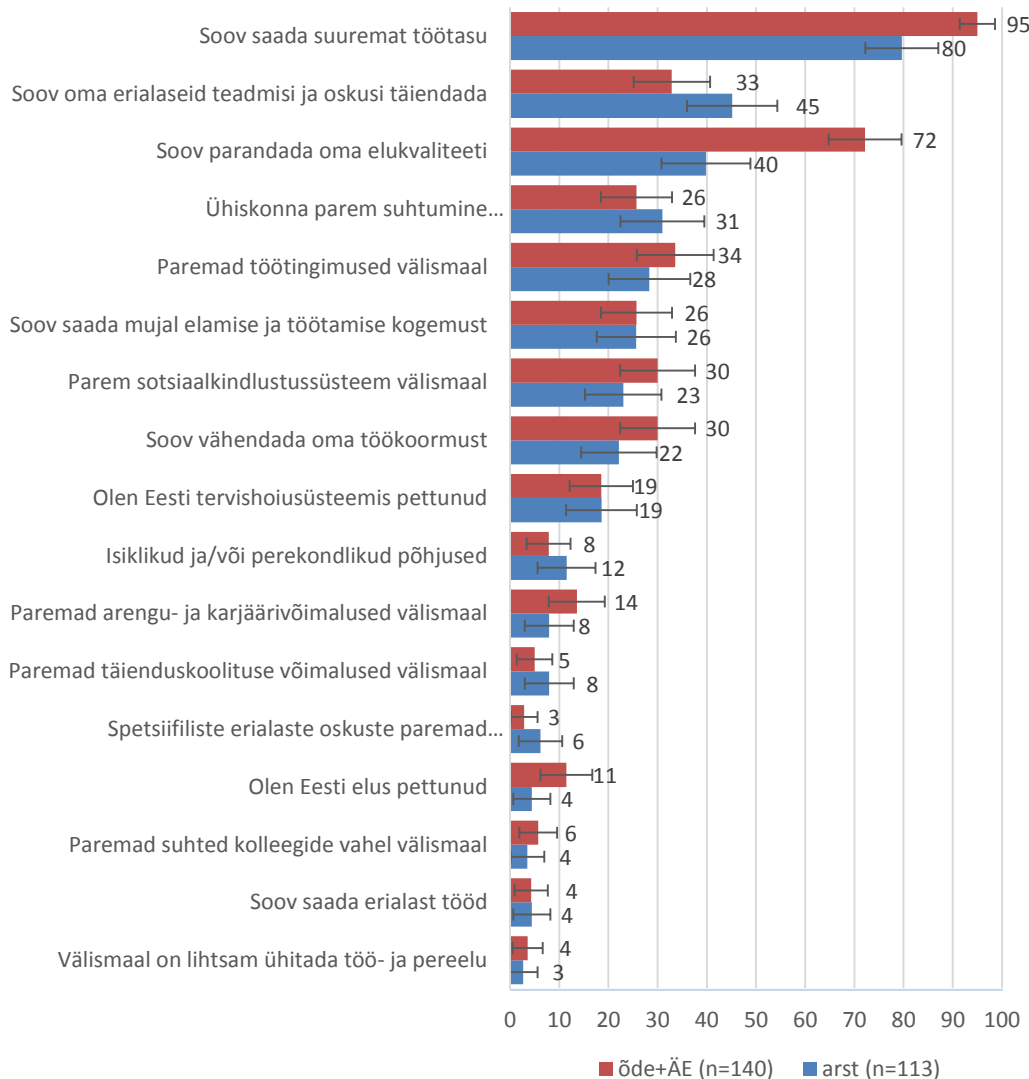
„Palgatõus, kollegiaalsus, vähenev töökoormus, paremad töö- ja koolitustingimused.“

„Palkade korrigeerimine vastavalt elukalliduse tõusule, positiivse [tervishoiusektori ja tervishoiutöötajate] mainekujunduse tugevdamine meedias.“

„Perearsti nimistu suuruse vähendamine (ressursse vähendamata), piisavalt haritud pereõdesid, palgatõus, koostöö parandamine eriarstidega (on paranemas).“

„Töökoormus peaks olema oluliselt mõistlikum. Ja ambulatoorne töö peaks olema samaväärselt võrdsustatud statsionaarse tööga. Praegu on ambulatoorselt töötav arst nagu teisejärguline - ometi on vaja sageli otsustada kiiremini, töömaht päevas (konsulteeritavad patsiendid) on oluliselt suurem, väga suur suhtlemiskoormus, tööajal puudub paindlikkus.“

„Töötasu. Suhtumine töötajasse. Töövõimetuslehe tingimused ja tasu. Pensioni iga, pensionitasu, pensioni koefitsendi kogumise tingimused.“

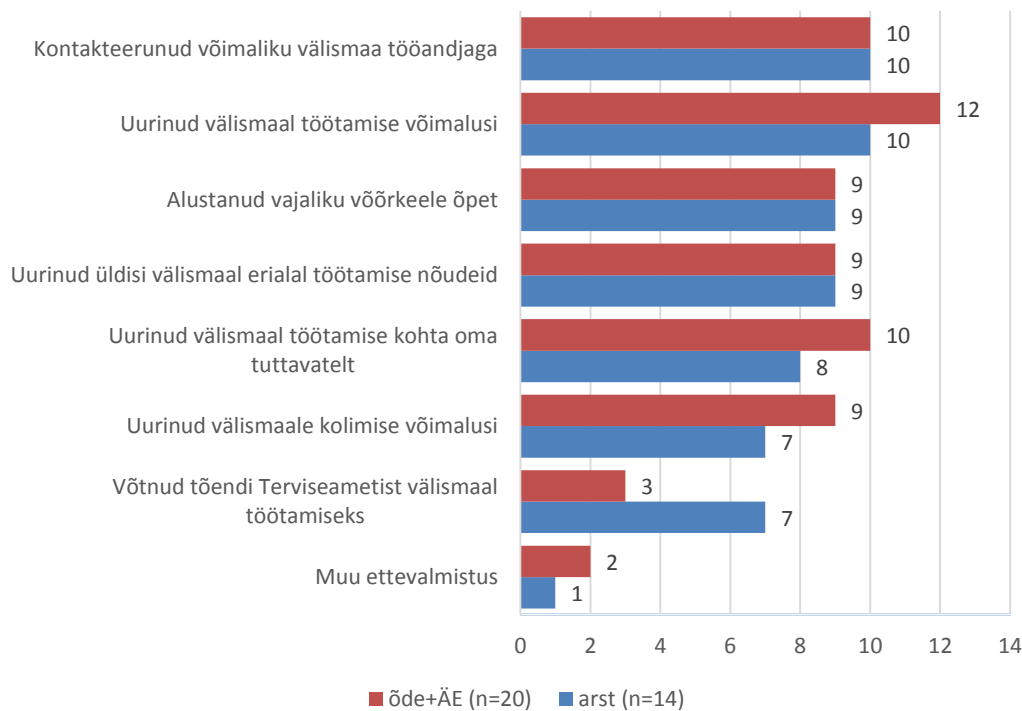


Joonis 63. Lähitulevikus välismaale tööle minna mõelnud tervishoiutöötajate peamised põhjused välismaale minekuks (%), usaldusvahemik)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Kindel plaan lähiajal välismaal töötamiseks on 14-l arstil ja 20-l õendusalatöötajal. Siinkohal tuleb silmas pidada, et väikese vastajate arvu tõttu ei ole tulemused üldistatavad kõigile tervishoiutöötajatele. Enamik neist välismaal töötada soovivatest tervishoiutöötajatest on teinud konkreetseid ettevalmistusi välismaale tööle minekuks (joonis 64). Peamiselt on kontakti võetud välismaa tööandjaga, uuritud välismaal töötamise ja välismaal erialal töötamise nõudeid ning alustatud võõrkeele õppega. Kõige sagedamini said tervishoiutöötajad informatsiooni välismaal töötamise kohta välismaa tööandjalt (10 inimest), Eesti vahendajalt (8 inimest), internetist (7 inimest) või välismaal elavalt tuttavalt või sugulaselt (6 inimest). Arstidest, kellel on kindel kavatsus välismaale tööle minna, töötab 2 anestezioloogina, 2 pediaatrina, ülejäänud erialade esindajaid on üks – erakorraline meditsiin, hematoloogia, kardioloogia, peremeditsiin, radioloogia, reumatoloogia, sisehaigused, töötervishoid ja uroloogia. Õendusalatöötajatest 3 töötab erakorralise meditsiini erialal, 3 peremeditsiini erialal, 2 nakkustõrjeõena, 8 üldõena, 2 ämmaemandana ja 2 intensiivõena.

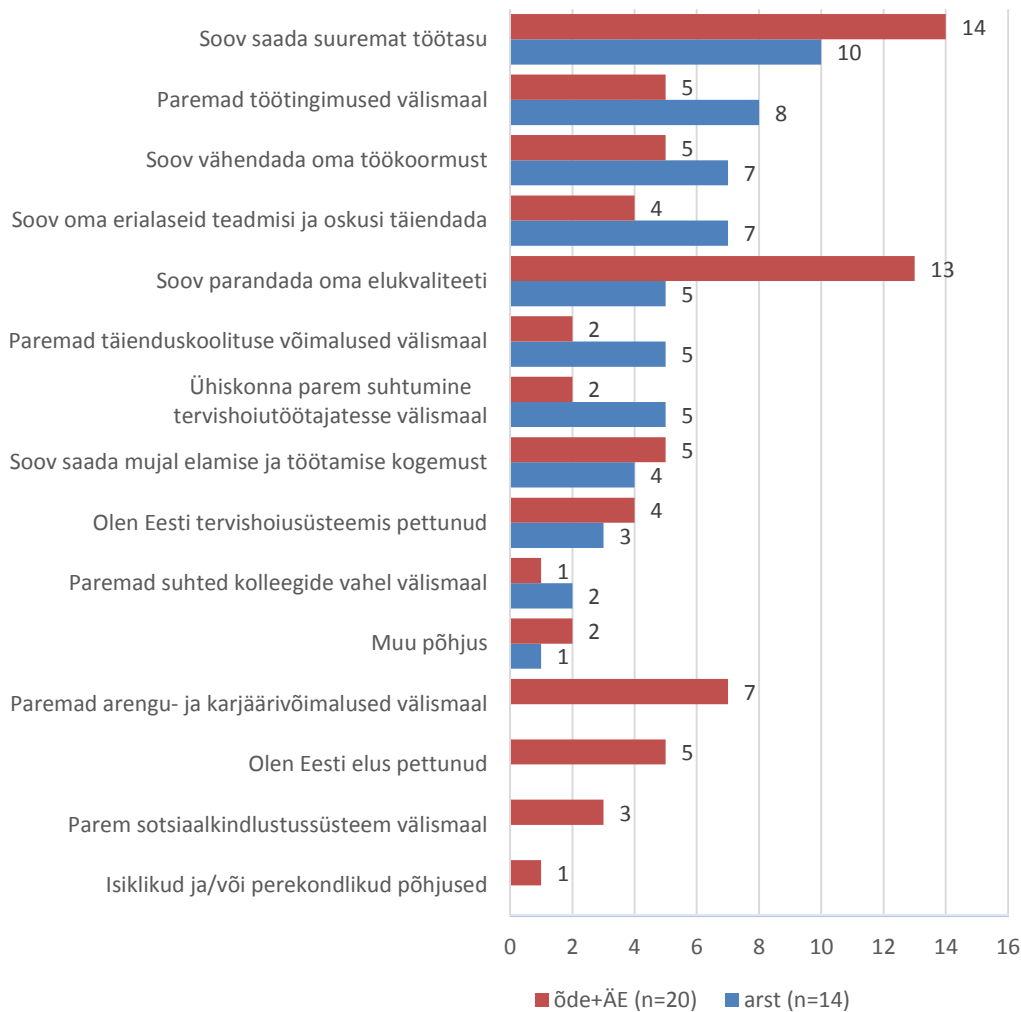
Enamik välismaal töötada soovivatest tervishoiutöötajatest soovib välismaal töötada sama kvalifikatsiooni nõudval ametikohal kui Eestis (arstidest 13 ja õendusalatöötajatest 15). Õendusalatöötajatest viis on nõus välismaal töötama ka madalamat kvalifikatsiooni nõudval ametikohal kui Eestis. Üheksa arsti soovib tööle minna Soome ning üksikud teistesse riikidesse: Rootsi, Norra, Austriasse, Iirimaa. Õendusalatöötajatest kuus soovib tööle minna Soome, viis Suurbritanniasse, kolm Saksamaale, kaks Norra ning ülejäänud teistesse riikidesse: Rootsi, Hollandisse, Kanadasse ja Šveitsi. Pooled arstidest plaanivad välismaale tööle minna perioodiliselt (st jätkata samal ajal ka Eestis töötamist), kaks arsti plaanivad Eestist lahkuda kauemaks kui viieks aastaks, kuid mitte alatiseks ning kaks arsti soovivad lahkuda alatiseks. Ülejäänud arstidest kaks ei tea kui kauaks nad välismaale tööle jäävad ning üks arstidest plaanib Eestisse naasta kolme aasta pärast. Õendusalatöötajatest seitse ei tea, kui kauaks nad välismaale jäävad, viis soovib lahkuda alatiseks ning kolm kauemaks kui viieks aastaks. Ülejäänud viis öde soovivad välismaale minna vähemaks kui viieks aastaks. Tervishoiutöötajad, kes soovivad Eestist alatiseks lahkuda, märkisid selle põhjuseks Eesti väikest palka ja suurt töökoormust, madalat elukvaliteeti ning kehvi töötingimusi tervishoiusektoris, üldist negatiivset suhtumist tervishoiutöötajatesse ning pere loomist välismaal. Need tervishoiutöötajad, kes plaanivad teatud aja järel Eestisse naasta, märkisid naasmise põhjustena soovi Eestis elada, tähtsajalist töölepingut välismaal ning perekondlikke põhjuseid.



Joonis 64. Lähiajal kindlat plaani välismaal töötamiseks omavate tervishoiutöötajate ettevalmistused (arv, n=34, võimalik oli märkida kõik sobivad variandid)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Peamised põhjused välismaale tööle minekul on esitatud järgmisel joonisel (joonis 65). Õendusalatöötajate puhul on peamisteks põhjusteks soov saada suuremat töötasu ja parandada oma elukvaliteeti. Arstide välismaale mineku põhjused on erinevad, kuid samuti seotud kõrgema töötasu, paremate töötingimuste, väiksema töökoormusega ning erialaste teadmiste ja oskuste täiendamisega. Paremaid arengu- ja karjäärivõimalusi välismaal hindasid oluliseks vaid õendusalatöötajad.



Joonis 65. Lähiajal kindlat plaani välismaal töötamiseks omavate tervishoiutöötajate peamised põhjused välismaal töötamiseks (arv, n=34, võimalik oli märkida kuni viis varianti)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Selleks, et tervishoiutöötajad jääksid Eestisse, peaks suurenema tervishoiutöötajate palk ning vähenema töökoormus, nii et ühel töökohal töötades oleks tagatud normaalseks eluks vajalik sissetulek. Oluliseks peetakse ka tööandjate ja ühiskonna poolt tervishoiutöötajate töö kõrgemat väärtustamist. Vajalikke muutusi kirjeldasid tervishoiutöötajad järgmiselt:

„Koormus peaks vähenema ja töötasu tõusma. Arvan, et kui õde saaks Eestis kätte 1000 eurot täiskohaga töötades, oleks vähe neid, kes jätaksid maha lapsed ja pere ning läheksid välismaale tööle. Suure tõenäosusega tuleksid paljud tagasi, sest kaoks ära asja [välismaal töötamise] mõte.“

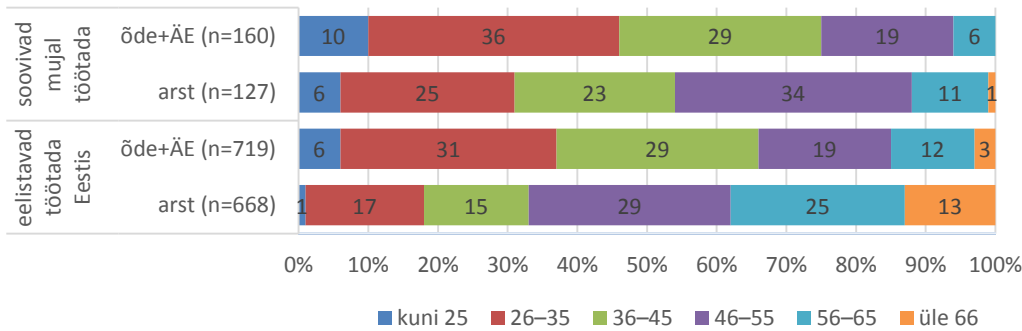
„Suurem töötasu, paremad suhted kolleegide vahel, suurem lugupidamine õdede vastu.“

„Ühiskonna ja valitsuse suhtumine tervishoidu. Ühiskonna suhtumine tervishoiutöötajatesse. Selge tervishoiupoliitika ja tulevikuväljavaated.“

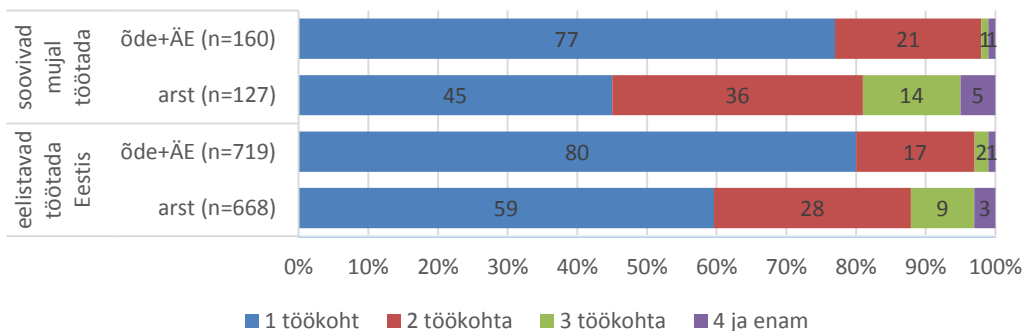
„Palgatingimused, valvetöö ja nädalavahetustel ning pühadel töötamise väärtustamine, asjaajamise lihtsustamine, mõttetu haigekassa bürokraatia lõpetamine, paremad e-tervise lahendused.“

4.7 Eestis töötavad tervishoiutöötajad

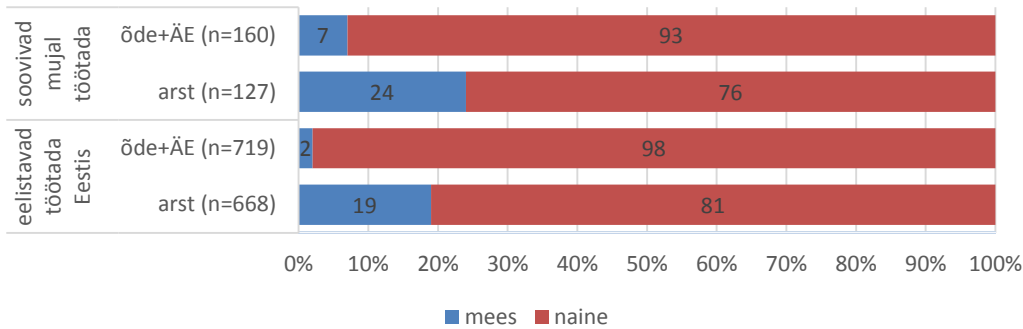
Tervishoiutöötajad, kes ei plaani välismaale tööle minna ja eelistavad töötada Eestis on välismaale tööle minna soovivate tervishoiutöötajatega võrreldes **pigem vanemad** (joonis 66, statistiline erinevus arstide vanusjaotuse vahel, $p < 0.05$, Hii-ruut test ja õendustöötajate vanusjaotuse vahel, $p < 0.05$, Hii-ruut test) **ja nad töötavad Eestis sagedamini ainult ühe tööandja juures** (joonis 67, statistiline erinevus arstide töökohtade arvus, $p = 0.04$, Hii-ruut test, õendusalatöötajate töökohtade arv Eestis ja mujal töötada soovivate tervishoiutöötajate vahel statistiliselt oluliselt ei erine). Õendusalatöötajatest soovivad Eestis töötada sagedamini naised ning välismaal töötamise väljakutseid soovivad proovida pigem mehed (joonis 68, statistiline erinevus õendusalatöötajate soolise jaotuse puhul, $p < 0.05$, Hii-ruut test). Eesti keele oskuse põhjal Eestis ja välismaal töötada soovivad tervishoiutöötajad ei erine.



Joonis 66. Eestis töötada soovivate tervishoiutöötajate vanuseline võrdlus välismaal töötada soovivate tervishoiutöötajatega (%)
(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

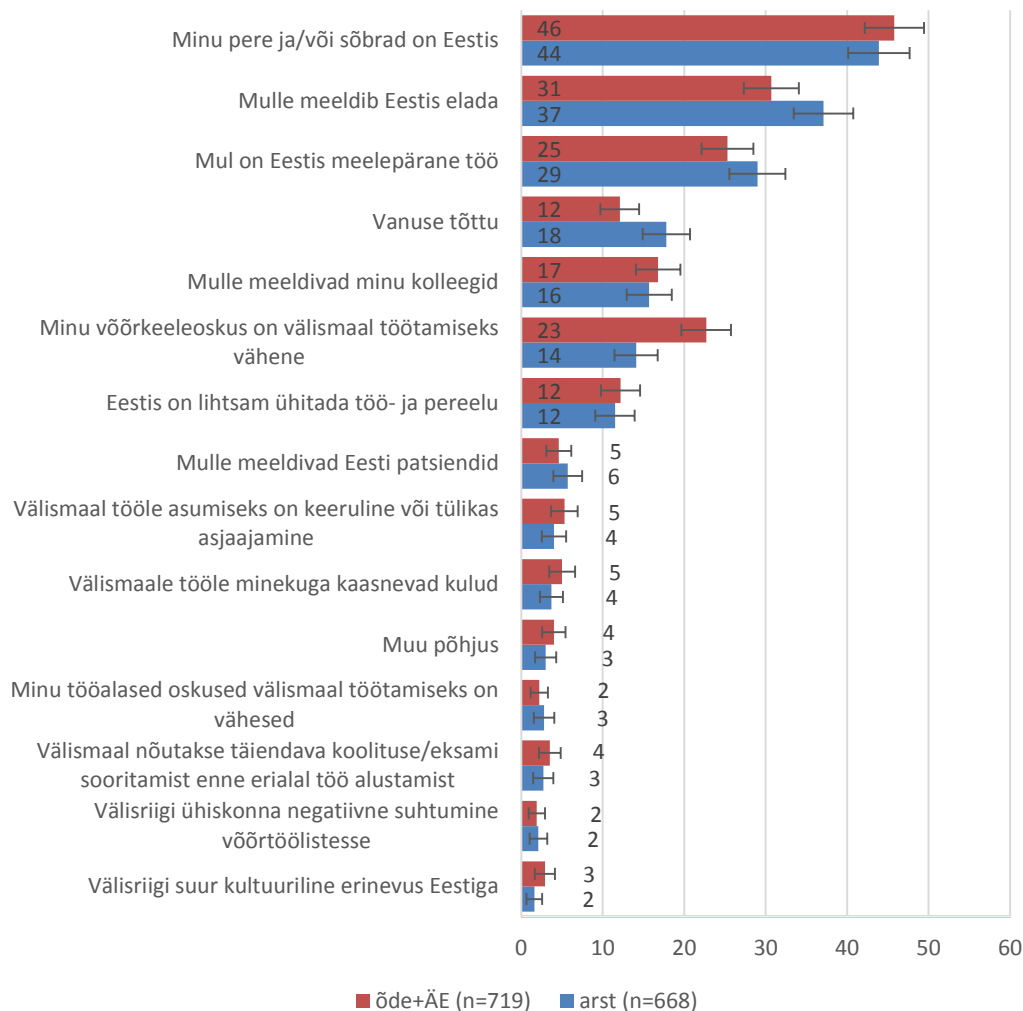


Joonis 67. Eestis töötada soovivate tervishoiutöötajate Eestis olevate töökohtade arvu võrdlus välismaal töötada soovivate tervishoiutöötajatega (%)
(allikas: Terviseamet, Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)



Joonis 68. Eestis töötada soovivate tervishoiutöötajate soolise jaotuse võrdlus välismaal töötada soovivate tervishoiutöötajatega (%)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)



Joonis 69. Tervishoiutöötajate peamised põhjused Eestis töötamiseks (% , valida võis kuni viis põhjust)

(allikas: Tervishoiutöötajate küsitlus, autorite arvutused)

Peamised põhjused, miks tervishoiutöötajad soovivad töötada Eestis ja mitte minna välismaale, on seotud Eestis elavate pereliikmete ja sõpradega ning Eesti elukeskkonnaga (joonis 69). 25–29%-l vastanutest on Eestis olemas meelepärane töö. Teatud osa tervishoiutöötajates ei soovi minna välismaale kas vanuse tõttu (enda hinnangul liiga noor või vana) või peavad nad oma võõrkeeleoskust ebapiisavaks välismaal erialal töötamiseks (seda nimetasid põhjusena sagedamini õendusametitöötajad kui arsti). Eestis töötamise põhjusena märgiti veel meeldivaid kolleege ning paremaid töö- ja pereelu ühitamise võimalusi Eestis. Ülejäänud põhjuseid valisid vaid üksikud vastajad.

4.8 Ettepanekud tervishoiutöötajate lahkumise pidurdamiseks

Järgnevalt antakse ülevaade tervishoiutöötajate küsitluse käigus tehtud ettepanekutest ja soovitustest tänaste kitsaskohtade lahendamiseks.

Tervishoiutöötajate hinnangul saaks **riik ja tööandjad pidurdada tervishoiutöötajate lahkumist välismaale**, kui:

- suurendada tervishoiusektori rahastamist;
- tõsta tervishoiutöötajate palka;
- parandada töötingimusi ning saavutada koormuse, intensiivsuse ja administratiivse töö tasakaal;
- saavutada arstide ja õdede suhtarvu tasakaal;
- parandada ametnike, ajakirjanduse ja ühiskonna suhtumist tervishoiutöötajatesse;
- suurendada residentuuri kohti ja laiendada erialade valikut;
- siduda tasuta õpe hilisema kohustusega teatud aeg Eestis töötada;
- parandada tervishoiutöötajate omavahelist suhtlemist ja suhtumist;
- vähendada bürokraatiat tervishoiusektoris;
- vähendada tervishoiusektorit puudutavate arengute ja otsuste määramatust;
- kasutada tervishoiusektoris rohkem tugitöötajaid (nt sekretärid, tugipersonal), et arstid ja õed saaksid rohkem keskenduda patsiendile.

„Tervishoiusektor vajab rohkem raha. See tooks juurde rohkem töötajaid ja väheneks töökoormus, mis omakorda vähendaks stressi ja sisepeingeid kollektiivis.“

„Tervishoiu rahastamise perspektiiv stabiilsem. Tervishoiutöötajate väärtustamine nii moraalselt kui ka normaalse töötasu kaudu. Normaalne töökoormus, praegu on mõned erialad ülekoormatud.“

„Süsteemne mõtlemine spetsialistide ettevalmistamisel (haiglate ühendamine, sulgemine, rahvastiku vananemine ja sünnituse arvu vähenemine).“

„Suurendada vastuvõttu arstiõppesse, selle läbi vähendada olemasoleva töötajaskonna koormust ja sellest tingitud soovi lahkuda. Kaotada kvoodisüsteem residentuuri sisseastumisel.“

„Tervishoiutöötajate väärtustamine nii kolleegide kui patsientide seas. Tervishoiusüsteemi ja tervishoiutöötajate mainet on aga väga keeruline lahendada ja parandada.“

„Suurendada arsti heaks töötavate teiste spetsialistide arvu, et arst saaks tegeleda ainult patsiendi probleemidega.“

„Riik võiks oma tegude ja otsuste kaudu näidata välja, et tervishoid ja tervishoiutöötajad on riigile prioriteetne valdkond. Tööandjad peaks pingutama normaalse töökeskkonna loomisele, kus töötajaid väärtustatakse, ületunnid on normaalselt tasustatud ja ei oleks mingit skeemitamist (tunnitasude, töötundide, koolitusrahadega vm).“

„Kindlustunde tagamine tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse osas.“

„Eriti mitte midagi. Asutuste sisekliimat ei saa muuta, sest ajalugu on pöördumatu. Kapitalism ei soosi sooje suhteid ega sõbralikke kolleege. Töölepingud on individuaalsed ja kõik kahtlustavad kõiki. Endisi sooje, sõbralikke töökollektiive ei ole ega tule.“

„Eesti tervishoid tuleb korraldada vastavalt vajadustele ja rahalistele võimalustele. Elanikkonnale tuleb selgelt öelda, mida saab maksumaksja raha eest. Elanikkonna tervisealane harimine - kõik algab inimesest endast, ükski tervishoiutöötaja ei saa kedagi korda panna.“

„Tõsta tervishoiutöötajate, eriti perearstide, prestiiži. Rohkem selgitustööd elanikkonna hulgas, positiivne suhtumine oma tervisesse. Kui poleks nii palju põhjuseta pöördumisi erakorralise meditsiini osakonda [EMO-sse], jääks ka rohkem raha sihipäraseks tervishoiuteenuseks.“

Tervishoiutöötajate hinnangul saaks **riik ja tööandjad soodustada tervishoiutöötajate naasmist Eestisse**, kui:

- suurendada Eestis töötavate tervishoiutöötajate palka;
- vähendada Eestist töötavate tervishoiutöötajate töökoormust;
- parandada töötingimusi Eesti tervishoiusektoris;
- pakkuda tervishoiutöötajatele paremaid täienduskoolitustingimusi;
- tunnustada Eesti tervishoiutöötajaid (parandada tööandjate ja ühiskonna suhtumist Eesti tervishoiutöötajatesse);
- toetada naasvaid tervishoiutöötajaid ühiskonda sisseelamisel (nt lapsehoiukohad, koolikohad, keeleõpe, ajutise eluaseme võimalus vmt);
- Eestis töötavad kolleegid ise suhtuksid naasvatesse kolleegidesse paremini.

„Võib ju proovida meelitada parema palgaga, kuid kas see on tegelikult see, millest äräläinud tegelikult puudust tunnevad...“

„Tervishoiutöötaja tahab tunda, et tema tööd väärtustatakse Eestis.“

„Teha lihtsamaks igapäevaellu naasmine. Nt. perega tagasi tulijatele aidata lastele sobivat kooli või lasteaeda leida. Palgatingimused ka kindlasti mõjutavad.“

„Palka tõsta ehk.. kuigi kes juba läinud, need on harjunud ja väga tagasi ei kipu. Ka siin palka tõstes jäävad välismaal palk ja pensionid üldjuhul ikkagi kõrgemaks ja kõrgemate kulutustega ollakse ka juba harjunud.“

„Muuta süsteemi nii, et töökorraldus oleks läbimõeldud ja et arst saaks tegeleda põhitööga, mitte süsteemi puudustest tingitud ebaefektiivse asendustegevusega. Vähendada oluliselt bürookraatlikku dokumenteerimiskohustust ja panustada IT-süsteemide arendamisse ning süsteemsesse toimimisse (süsteemi IT insenerid tervishoiuasutustesse).“

„Minu väga hea tuttav tuli Inglismaalt tagasi ja talle ei jagunud kohta ämmaemandana suures kohalikus haiglas, kuna ämmaemandate tsunft on väga kinnine ning peljatakse endast asjalikemaid/targemaid. Seega tuleks soodustada kogemustega inimestele töökoha leidmist.“

Tervishoiutöötajate töö- ja pereelu ühitamise soodustamisel ja selle mõjul välismaal töötavate tervishoiutöötajate naasmisele Eestisse oli küsitlusele vastanutel erinevaid arvamusi. Osad vastanutest leidsid, et **töö- ja pereelu ühitamine pole põhjuseks miks välismaale minnakse või sealt Eestisse tagasi tullakse**. Teised leidsid, et **tervishoiutöötajatel on siiski teatud määral töö- ja pereelu ühitamine keerulisem**, kuna töötatakse graafiku alusel ja tehakse valvetööd. Suure töökoormus ja mitme tööandja juures töötamise tõttu jääb pere jaoks vähe aega. Olukorra parandamiseks sooviti väikelastega tervishoiutöötajatele paindlikumat tööaega, võimalust võtta hoolduslehte haige lapse hooldamiseks ning planeerida puhkusi koos teiste pereliikmetega sobival ajal. Vastustes märgiti ka ühe lahendusena tööandja poolt lapsehoiukoha võimaldamist väikelastega tervishoiutöötajatele, pereürituste korraldamist ja toetamist.

Välismaale läinud tervishoiutöötajate naasmine on vastanute hinnangul pigem seotud töötasu suurusega ning töö- ja pereelu ühitamise tõttu inimesed ei lahku Eestist. Kui tervishoiutöötajad naasevad välismaalt Eestisse, siis võiks neid toetada lasteaia- või koolikoha saamisel ja ühiskonda sulandumisel.

„Arvan, et töö- ja pereelu ühitamine ei ole probleem, mille tõttu välismaale minnakse ja jäädakse.“

„Võimalus valvegraafikute paindlikuks koostamiseks järgmiseks kuuks. Kui oleks olemas asendusõdede süsteem, mis ei sunniks haigestunud või puhkusel olevate kolleegide tõttu oma pereelust ja plaanidest pidevalt loobuma.“

„Võimalus töötada paindliku töögraafikuga, saada puhkust endale sobival ajal.“

„Võimalus jääda lapsega haiguslehele, ilma teiste töötajate halvaks panuta. Ületundide vältimine. Töötajate koormuse vähendamine.“

„Mõistev suhtumine seoses laste haigustega, asenduste süsteem, lapsehoiu korraldamine.“

„Ma arvan, et Eestis on arstitöö kõrvalt lihtsam peret omada kui mõnes teises riigis.“

„Paraku inimeste elutase erinevates riikides oli, on ja jääb erinevaks. Ning senikaua, kui see on nii, inimeste liikumine püsib. Kadunud on sellised mõisted, nagu patriotism, altruism jm. Mida riik võib sellega teha? Ega vist midagi peale igasuguste piirangute rakendamist: piiride kinni panek, kohustuslike tööperioodide rakendamist töökohtadel, enne kui inimene saab töökohta vahetada, lõpetada töökohtade säilitamine, kui inimene on lahkunud tööle võõraste riiki. Ja ka tööandja suhtumist nendesse inimestesse. Praegu tuleb välja, et neid soositakse: kui inimene töötab nii Eestis kui ka välismaal, siis neile tehakse töögraafik, nii et võimaldada äraolekuaega ja kannatajaks jääb ikka see, kes alles jääb. Tal ei ole tihtipeale oma valveid kellegagi vahetada, sest enamasti töötab mitmel töökohal.“

„Ei ole vahet [töö- ja pereelu ühitamisel Eestis või välismaal] - ühitamine toimub samamoodi igas riigis. Eestis isegi eeliseid, nt. emapalk.“

Täiendõppe- ja koolitusvõimaluste puudumine või vähesus Eestis pole tervishoiutöötajate hinnangul oluliseks põhjuseks, miks välismaale tööle minnakse. Eestis pakutavaid koolitusi ja täiendõppe võimalusi hinnati enamasti heaks ja piisavaks. Osad vastanutest sooviks kindlat koolitusplaani ning ka väliskoolitustel

osalemise toetamist tööandja poolt. Teised pidasid oluliseks koolituste läbiviimist töökohas ning väiksemates piirkondades.

„Õdede täiendõppe- ja koolitusvõimalused on suuremate haiglate juures enamasti head ja seal ei mängi see kindlasti mingit rolli jäämise või lahkumise osas.“

„Õppida on Eestis hea ja vaja on vaid tahtmist. Õppimine hoiabki paljusid kolleege Eestis.“

„Õdede koolituseks puudub raha. Kui tegemist on kitsa ja spetsiifilise erialaga, siis Eestis täiendkoolitust saada on raske. Aga väliskoolitust õe palgaga jälle ise ei maksa. Sama kehtib ka praktikantide juhendamise osas. Selle eest ei maksa õdedele keegi mingit tasu.“

„Väliskoolituste suurem osakaal aitaks motiveerida siin olevaid meedikuid. Ma läheksin küll Soome või Inglismaale praktikale paariks kuuks, et tuua sealt vajalikud kogemused Eesti tööellu.“

„Tööandja on kehtestanud koolitusrahade süsteemi ja lubab vaid erialast koolitust. Seda, kas koolitus on erialaline, otsustab tööandja täiendkoolituse pealkirja järgi. Samas peab arstil olema lai silmaring ning see eeldab vajadusel ka teiste erialade koolitustel osalemist. Selle süsteemi ümbervaatamine soodustaks Eestisse jäämist. Eesti võiks saata oma tervishoiutöötajaid praktilisi kogemusi omandama mõne välisriigi haiglasse, see võiks olla õppeprotsessi või koolituse osa.“

„Arvan, et kes õppida tahab, see ka saab. Vahel on see ettekääne või enda saamatus, kui ei leita koolituseks aega, võimalusi või tahtmist. Tööandja peaks suutma prognoosida, milliseid spetsialiste ta vajab 5 või 10 aasta pärast. Koolita neid ise, mitte ära looda vajalikke inimesi teistest haiglatest üles osta!“

4.9 Kokkuvõte

Küsitlusele vastanute hulgas oli meesarste 20% ning töötavatest õdedest oli mehi 3%. Arstide keskmine vanus vastanute hulgas oli 49 ja õendusalatöötajatel 41 eluaastat. Enamik arstidest (74%) räägib eesti keelt emakeelena, ülejäänud oskavad eesti keelt kas väga heal või heal tasemel. Õendusalatöötajatest 62% räägib eesti keelt emakeelena, iga viies oskab eesti keelt väga heal ning ülejäänud heal tasemel. Vastavalt Terviseameti tervishoiutöötajate registri andmetele töötab **57% küsitlusele vastanud arstidest ühe tööandja ja 30% kahe tööandja juures**, rohkem kui kolm tööandjat oli 13% vastanud arstidest. **Õendusalatöötajad töötavad arstidest sagedamini ühe tööandja juures (79%), 18% töötab kahe tööandja juures ning 3% kolme või enama tööandja juures.**

Ligikaudu 66% tervishoiutöötajate põhitöökohaks on haigla. 64% arstidest ning 59% õendusala töötajatest omab põhitöökohta Tallinnas või Tartus. Tervishoiutöötajad töötavad põhitöökohal valdavalt töölepingu alusel. Summeeritud tööaja arvestamine põhitöökohal on nii arstide kui ka õendusala töötajate puhul laialt levinud. **Tervishoiutöötajate lepinguline ning tegelik summeeritud tööaeg ühes kuus on valdavalt 161–200 tundi.** Õendusalatöötajate töökoormus on mõnevõrra suurem kui arstidel. Tervishoiutöötajate hinnangul on lepingulise ja tegeliku tööaja erinevuste peamiseks põhjusteks **töötajate soov teenida suuremat töötasu, täitmata ametikohad vastaval erialal, ning töötajate soov olla hõivatud suurema koormusega.** Ligikaudu 75% küsitlusele vastanud tervishoiutöötajatest on seisukohal, et töö- ja puhkeaja tingimuste täitmise osas ei esine nende töökohal probleeme.

Üle 90% arstidest ning õendusvaldkonna töötajatest on rahul põhitöökoha töökollektiiviga, 90% on rahul töögraafikuga, 87% töövahenditega, 75% tööruumidega, üle 70% on rahul oma töökoormusega, 65% arengu- ja karjäärivõimalustega ning 66% töö- ja pereelu ühitamise võimalustega.

Probleeme on põhitöökoha **töö intensiivsuse** (rahulolematuid 40%), **töötasuga** (rahulolematud 50% arstidest ja 66% õendusalatöötajatest) ja **töö tunnustamisega asutuses** (32% arstidest ja 40% õdedest pole rahul).

Täienduskoolitustel osalemise võimalusi hindavad piisavaks ligikaudu 78% tervishoiutöötajatest. Peamiste probleemidena seoses täienduskoolitustel osalemisega toodi välja **rahaliste võimaluste nappust** ning **töögraafiku vähesest paindlikkusest tulenevaid piiranguid**.

Üle 90% arstidest ja õendusalatöötajatest peab tervishoiutöötajate lahkumist Eestist probleemiks. Kuid neist poolte arvates pole töötajate lahkumine Eestist tervishoiuvaldkonna kõige suurem probleem.

Tervishoiutöötajate hinnangul peaks nende töö eest makstav õiglane brutotunnitasu olema kõrgem kui neile tegelikult makstakse. Õendusvaldkonna töötajad peavad praegusest keskmiselt 2 euro ulatuses kõrgemat tunnitasu õiglaseks oodatavaks töötasuks. Üle poole arstidest on seisukohal, et õiglane tunnitasu nende töö eest võiks olla 15–24 eurot.

Peamisteks põhjusteks, miks tervishoiutöötajad Eestist välismaale tööle lahkuvad, pidasid arstid ja õendusalatöötajad tööga seotud põhjusi – **kõrgemat töötasu ja paremaid töötingimusi välismaal ning ebasobivat töökoormust Eestis.** Arstid pidasid õendusalatöötajatega võrreldes olulisemaks põhjuseks välismaale minekul ühiskonna paremat suhtumist tervishoiutöötajatesse välismaal ning soovi omandada erialaseid teadmisi, oskusi ja kogemusi. Õendusalatöötajad seevastu pidasid arstidega võrreldes olulisemaks põhjuseks paremat elukvaliteeti välismaal ning paremat sotsiaalkindlustussüsteemi (nt töötus- ja ravikindlustus, pension, peretoetused) välismaal.

Peamised põhjused, miks tervishoiutöötajad välismaale tööle ei lähe, on arstide ja õendustöötajate hinnangul pigem isiklikud – **pere ja/või sõbrad on Eestis, vähene võrkeeleoskus välismaal erialal töötamiseks ning vanusega seotud põhjused** (enda hinnangul liiga noor või vana). Arstid pidasid õendusalatöötajatest olulisemaks põhjuseks Eestisse jäämisel meelepärast elukeskkonda ja meelepärast tööd.

Peamised põhjused, miks välismaal töötanud tervishoiutöötajad naasevad Eestisse, on arstide ja õendusalatöötajate hinnangul pigem isiklikud või seotud töötamise lõpetamisega välismaal – **soov elada ja/või töötada Eestis, isiklikud ja/või perekondlikud põhjused, Eestis on odavam elada, Eestis on lihtsam ühitada töö- ja pereelu, sobiva töökoha leidmine Eestis, töölepingu lõppemine välismaal ning töö- või elamisloa lõppemine välismaal.**

Küsitlusele vastanud tervishoiutöötajatest on varem välismaal töötanud 10% arstidest ja 4% õdedest. 3% arstidest (ehk 28 inimest) töötab praegu paralleelselt nii Eestis kui välismaal. Ülejäänud vastanutel puudub varasem välismaal töötamise kogemus. Varem välismaal töötanud tervishoiutöötajate hulgas on võrreldes välismaal mittetöötanud tervishoiutöötajatega rohkem mehi ning nad on nooremad. Arstide puhul oli peamiseks infoallikaks välismaal töötamise kohta info saamisel välismaal asuv tööandja ning õendusalatöötajate puhul välismaal olev tuttav või sugulane. Viimasel korral välismaal töötades, töötas 39% arstidest Eestis ja välismaal paralleelselt ning 61% arstidest ainult välismaal. Õendustöötajate hulgas on paralleelselt Eestis ja välismaal töötanud vähem (26%) ning ainult välismaal töötanud rohkem (74%) kui

arstide hulgas. Viimasel korral töötasid 68% arstidest ja pooled õendusalatöötajatest Soomes. Sagedamini käidi tööl veel Suurbritannias, Saksamaal ja Norras. **Arstidel ja õendusalatöötajatel olid välismaal töötamiseks nii isiklikud kui ka tööalased põhjused.** Ühelt poolt peeti oluliseks erialaste oskuste ja teadmiste täiendamist ning mujal elamise ja töötamise soovi, teisalt oli välismaale mineku põhjuseks soov saada suuremat töötasu ja parandada oma elukvaliteeti. Õendusalatöötajad märkisid ühe põhjusena sagedamini ka soovi vähendada oma töökoormust. Peamiselt töötasid nii arstid kui õendusalatöötajad välismaal sama kvalifikatsiooni nõudval ametikohal kui Eestis. **Välismaal töötanud tervishoiutöötajate peamised põhjused Eestisse naasmiseks olid eelkõige isiklikud ja seotud sellega, et nende pere ja/või sõbrad elavad Eestis, nad ei soovinudki Eestist alatiseks lahkuda või meeldib neile elukeskkond Eestis.**

28 tervishoiutöötajat töötas paralleelselt nii Eestis kui välismaal. Võrreldes ainult Eestis töötavate tervishoiutöötajatega on **paralleelselt Eestis ja välismaal töötavad arstid sagedamini mehed ja vanuses 36 kuni 45-eluaasta, neil on Eestis sagedamini kaks või kolm tööandjat.** Paralleelselt Eestis ja välismaal töötavatest tervishoiutöötajatest enamik töötab **Soomes** ning paar inimest Rootsis. Suurem osa vastanutest töötab Eestis ja mujal juba üle kolme aasta. **Peamine põhjus, miks tervishoiutöötajad töötavad paralleelselt ka välismaal on enamasti seotud sooviga saada suuremat töötasu.** Ligikaudu pooled välismaal töötavatest soovisid täiendada oma erialaseid teadmisi ja oskusi või parandada oma elukvaliteeti. Iga kolmas paralleelselt Eestis ja välismaal töötav tervishoiutöötaja soovis välismaal töötamisega vähendada oma töökoormust, saada mujal elamise ja töötamise kogemust, saada paremaid töötingimusi välismaal või tunda ühiskonna paremat suhtumist tervishoiutöötajatesse. **Eestis töötamist jätkavad tervishoiutöötajad peamiselt seetõttu, et nende pere ja kodu on Eestis, nad ei soovi alatiseks Eestist lahkuda ning pooled vastanutest peavad töötamist Eesti tervishoiusektoris endale meelepäraseks.**

Lähitulevikus või lähima aasta jooksul on mõelnud välismaal tööle minna 16% õdedest ja 14% arstidest. Kindel plaan lähiajal välismaale tööle minekuks on 2%-l arstidest ja 2%-l õendusalatöötajatest. Lähitulevikus välismaale tööle minna mõelnud õendusalatöötajate hulgas on rohkem mehi, nad on nooremad ja neil on Eestis sagedamini rohkem kui üks töökoht. Lähitulevikus välismaale tööle minna mõelnud tervishoiutöötajate eelistuseks oleks töötada **Soomes, Suurbritannias, Saksamaal või Rootsis.** Paljud pole veel konkreetse riigi kasuks otsustanud. Lähiajal välismaale tööle minna mõelnud õendusalatöötajad pole ajalist perioodi veel täpsemalt määratlenud või sooviksid välismaale minna pigem kauemaks kui viieks aastaks või alatiseks. **Välismaale tööle minna mõelnud tervishoiutöötajate puhul on välismaale mineku põhjuseks eelkõige soov saada suuremat töötasu,** küllaltki oluline on ka oma erialaste oskuste ja teadmiste täiendamine ning elukvaliteedi parandamine.

Tervishoiutöötajad, kes ei plaani välismaale tööle minna ja eelistavad töötada Eestis on välismaale tööle minna soovivate tervishoiutöötajatega võrreldes pigem vanemad ja nad töötavad Eestis sagedamini ainult ühe tööandja juures. Peamised põhjused, miks tervishoiutöötajad soovivad töötada Eestis ja mitte minna välismaale, on seotud Eestis elavate pereliikmete ja sõpradega ning Eesti elukeskkonnaga.

Järgnevalt antakse ülevaade tervishoiutöötajate küsitluse käigus tehtud ettepanekutest ja soovitustest tänaste kitsaskohtade lahendamiseks.

Tervishoiutöötajate hinnangul saaks **riik ja tööandjad pidurdada tervishoiutöötajate lahkumist välismaale ning soodustada välismaale läinud töötajate naasmist,** kui:

- Suurendada Eesti tervishoiusektori rahastamist;
- tõsta Eesti tervishoiutöötajate palka;

- parandada töötingimusi ning saavutada koormuse, intensiivsuse ja administratiivse töö tasakaal;
- saavutada Eestis arstide ja õdede suhtarvu tasakaal;
- parandada ametnike, ajakirjanduse ja ühiskonna suhtumist tervishoiutöötajatesse Eestis;
- suurendada residentuuri kohti ja laiendada erialade valikut;
- siduda tasuta õpe hilisema kohustusega teatud aeg Eestis töötada;
- parandada tervishoiutöötajate omavahelist suhtlemist ja suhtumist;
- vähendada bürokraatiat tervishoiusektoris;
- vähendada tervishoiusektorit puudutavate arengute ja otsuste määramatust;
- kasutada tervishoiusektoris rohkem tugitöötajaid (nt sekretärid, tugipersonal), et arstid ja õed saaksid rohkem keskenduda patsiendile;
- toetada naasvaid tervishoiutöötajaid ühiskonda sisseelamisel (nt lapsehoiukohad, koolikohad, keeleõpe, ajutise eluaseme võimalus vmt);
- Eestis töötavad kolleegid ise suhtusid naasvatesse kolleegidesse paremini.

Tervishoiutöötajate hinnangul on neil töö iseloomu (graafikujärgne töö, vahetustega töö) tõttu töö- ja pereelu ühitamine pisut keerulisem kui tavatöötajatel, kuid üldjuhul pole see põhjuseks miks välismaale minnakse või sealt Eestisse tagasi tulla. Täiendõppe- ja koolitusvõimaluste puudumine või vähesus Eestis pole tervishoiutöötajate hinnangul samuti oluliseks põhjuseks, miks välismaale tööle minnakse. Eestis pakutavaid koolitusi ja täiendõppe võimalusi hinnati enamasti heaks ja piisavaks.

5 EESTIST LAHKUNUD ARSTID JA ÕENDUSALATÖÖTAJAD

5.1 Intervjueeritud arstide taust

Uuringu käigus viidi läbi kokku **34 poolstruktureeritud süvaintervjuud Eestist lahkunud tervishoiutöötajatega** (arstid, õed ja ämmaemandad). **Eestist lahkunud arstide ja arst-residentidega** viidi kokku läbi 22 intervjuud, sh seitsme arst-residendiga. Riikidest olid esindatud Soome (13), Rootsi (4), Saksamaa (1), Prantsusmaa (1), Norra (2) ja Holland (1). Erialadest olid esindatud radioloogia, hematoloogia, neuroloogia, pediaatria, anesthesioloogia ja intensiivravi, ortopeedia, torakaalkirurgia, günekoloogia ja sünnitusabi, sisemeditsiin (sisehaigused), psühhiaatria, radioloogia, uroloogia ja üldmeditsiin. Intervjueeritute töökogemus välismaal varieerub kuni aastast ca 18 aastani. Intervjueeritute hulgas oli nii värske Eestis töötamise kogemusega inimesi kui Eestis viimati 1990ndatel töötanud.

Intervjueeritute üldine taust:

- 1) üldarst Soome tervisekeskuses, töökogemust Soomes ca 1,5 aastat. Residentuuri ei ole veel astunud. Arsti põhiõpingud Eestis lõpetas 2013. aastal. Eesti tervishoiusüsteemis on teinud praktikaid, ent otseselt lepingu alusel abiõe või abiarstina töötanud ei ole. Intervjueeritul on praktikakogemus ka Saksaalt.
- 2) Üldarst Soome tervisekeskuses, töökogemust Soomes ca 3,2 aastat. Residentuur Eestis jäi pooleli. Arsti põhiõpingud Eestis lõpetas 2011. aastal. Eesti tervishoiusüsteemis on töötanud aasta arst-residendina.
- 3) Eriarst Soomes, töökogemust Soomes ca üheksa aastat. Arsti põhiõpingud Eestis lõpetas 1988. aastal. Eesti tervishoiusüsteemis on töötanud 18 aastat.
- 4) Eriarst Norras, töökogemust Norras ca 18 aastat. Arsti põhiõpingud Eestis lõpetas 1994. aastal. Ülikooli õpingute ajal on Eesti tervishoiusüsteemis töötanud (sh sanitarina, õena), ent arstina mitte.
- 5) Eriarst Soomes, töökogemust Soomes ca 1,5 aastat. Viimased poolteist aastat on paralleelselt töötanud nii Eestis kui Soomes. Arsti põhiõpingud ja residentuuri lõpetas Eestis. Eesti tervishoiusüsteemis (sh eriarstina) on töötanud kokku ca 12 aastat.
- 6) Eriarst Rootsis, töökogemust Rootsis ca kolm aastat. Arsti põhiõpingud ja residentuuri lõpetas Eestis, osa residentuurist umbes 8 kuud tegi välismaal. Eesti tervishoiusüsteemis on eriarstina töötanud umbes pool aastat.
- 7) Arst-resident Soomes kolmandat aastat. Residentuur valitud erialal kestab kuus aastat. Arsti põhiõpingud lõpetas Eestis 2012. aastal. Eesti tervishoiusüsteemis on töötanud umbes aasta abiõena ning sooritanud Eesti eri paikades põhiõpingu praktikaid.
- 8) Arst-resident Soomes teist aastat. Arsti põhiõpingud lõpetas Eestis 2013. aastal. Eesti tervishoiusüsteemis on töötanud pereõena ning sooritanud Eesti eri paikades põhiõpingu praktikaid.
- 9) Eriarst Rootsis, töökogemust Rootsis veidi üle aasta. Arsti põhiõpingud lõpetas Eestis 1999. aastal. Residentuuri on samuti lõpetanud Eestis. Eesti tervishoiusüsteemis on eriarstina töötanud umbes viis aastat, samuti on töökogemust abiõena.
- 10) Eriarst Soomes, töökogemust Soomes alates 2008. aastast. Vahepeal elas ja töötas Eestis. Viimased paar aastat on pendeldanud Soome ja Eesti vahet, ent töökoht asub Soomes. Eesti

tervishoiusüsteemis on töökogemust alates 1997/1998. aasta internatuurist. Vahepeal ca viis aastat ei töötanud praktiseeriva arstina.

- 11) Eriarst Soomes, töökogemust Soomes ca 11 aastat. Arsti põhiõpingud Eestis lõpetas 2003. aastal. Residentuuri lõpetanud välismaal. Soome lahkus 2004. aastal pärast esimest aastat Eesti residentuuris. Eesti tervishoiusüsteemis on töötanud abiõena ja kiirabis.
- 12) Eriarst Soomes, töökogemust Soomes ca kaheksa aastat, sh nii üld- (umbes neli aastat) kui eriarstina (veidi enam kui kuus aastat). Arsti põhiõpingud lõpetas Eestis 2006. aastal. Eesti tervishoiusüsteemis töötanud arst-residendina ühe aasta.
- 13) Eriarst Prantsusmaal, töökogemust Prantsusmaal ca neli aastat. Arsti põhiõpingud ja residentuuri lõpetas Eestis, osaliselt sooritas residentuuri välismaal. Eestist lahkus 2011. aastal. Eesti tervishoiusüsteemis töötanud abiõena umbes kaks ja pool aastat residentuuri ajal.
- 14) Arst-resident Saksamaal, töökogemust Saksamaa residentuuris ca kaks aastat. Eestist lahkus 2013. aastal, samal aastal lõpetas Eestis arsti põhiõpingud. Juba põhiõpingute ajal sooritas osa kursusest välismaal. Eesti tervishoiusüsteemis töötanud suviti põetajana ja ühel suvel abiarstina.
- 15) Eriarst Rootsis, töökogemust Soomes ca neli aastat ja Rootsis kaheksa aastat. Eestist lahkus 2003. aastal, pärast residentuuri teistkordset lõpetamist (uuesti Eesti ajal). Arstiõppe doktorantuuris oli Eestis 1998. aastani. Viimane töökogemus Eestist pärineb aastast 2003.
- 16) Arst-resident Rootsis, töökogemust Rootsi residentuuris veidi vähem kui aasta, residentuuri astus 2015. aastal. Rootsis doktorantuuris õppis juba alates 2013. aastast. Praegu õpib samal ajal residentuuris ja osalise koormusega doktorantuuris. Arsti põhiõpingud lõpetas Eestis 2013. aastal. Eesti tervishoiusüsteemis töötas abiarstina suviti alates neljandast kursusest põhiõpingute lõpuni.
- 17) Üldarst Soomes, töökogemust üldarstina Soomes ca kolm aastat. Arsti põhiõpingud lõpetas Eestis 2012. aastal, samal aastal lahkus Eestist. Soov on astuda välismaal residentuuri. Eestis ei ole üldarstina töötanud vaid abiarstina.
- 18) Arst-resident Soomes, töökogemust üldarstina Soomes ca kaks aastat ja arst-residendina umbes aasta. Arsti põhiõpingud lõpetas Eestis 2013. aastal ja Eestist lahkus 2014. aastal. Eesti tervishoiusüsteemis töötas nii abiõena (sh valvetööd) kui abiarstina erinevates osakondades.
- 19) Arst-resident Hollandis, töökogemust Hollandi residentuuris ca neli aastat. Eestist lahkus 2011. aastal, samal aastal lõpetas arsti põhiõpingud Eestis. Eesti tervishoiusüsteemis töötas abiõena umbes aasta, praktikad läbinud samuti Eestis eri osakondades.
- 20) Eriarst Soomes, välismaal on töötanud erinevates riikides, töökogemust Soomes ca 14 aastat. Eestist Soome lahkus 2001. aastal. Arstiõpingud lõpetas Eestis 1984/1985. aastal. Eesti tervishoiusüsteemis töötas nii 1990-ndatel kui 2000-ndate alguses, vahepeal proovinud ka Eestisse naasta.
- 21) Eriarst Norras, töökogemust Norras ca 18 aastat ja Rootsis umbes neli aastat. Arsti põhiõpingud Eestis lõpetas 1987. aastal. Eriarstina töötamiseks vajalikud paberid teinud ja eksami sooritanud uuesti välismaal. Viimati töötanud Eesti tervishoiusüsteemis 1990-ndatel, ent kokkupuuteid Eesti tervishoiuga on ka hiljem.
- 22) Arst-resident Soomes, töökogemust Soomes ca kaks aastat, sh pool aastat abiarstina. Arsti põhiõpingud lõpetas Eestis 2013. aastal, samal aastal lahkus Soome. Eesti tervishoiusüsteemis töötas mõned kuud hooldajana ning abiõena ja 4–5 kuud abiarstina.

5.2 Intervjueritud õendusalatöötajate taust

Eestist lahkunud õendusalatöötajatega (õed ja ämmaemandad) viidi kokku läbi 12 intervjuud. Riikidest olid esindatud Norra (2), Šveits (1), Soome (4), Rootsi (1), Saksamaa (1), Inglismaa (2) ja Belgia (1). Õendusalatöötajate hulgas oli nii üldõdesid, koduõdesid kui õdesid, kes töötavad dialüüsiakondades ja neuroloogilises taastusravis. Intervjueritute töökogemus välismaal varieerub kuni kaheksast kuust ca 20 aastani. Intervjueritute hulgas oli nii värske Eestis töötamise kogemusega inimesi kui viimati 1980-ndatel ja 1990-ndatel töötanud. Intervjueritute kaheksa omandas hariduse Tallinn Tervishoiu Kõrgkoolis (või endises Tallinna Meditsiinkoolis) ja neli Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis (või endises Tartu Meditsiinkoolis).

Intervjueritute üldine taust:

- 1) intensiivõde Saksamaal, töökogemust Saksamaal ca poolteist aastat (sh üldõena). Lõpetanud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli ämmaemandana. Eesti tervishoiusüsteemis töötas umbes kuus aastat (sh ka intensiivõena). Õpingute ajal töötas ka abiõena.
- 2) Üldõde Soomes, töökogemust Soomes ca 3 aastat. Soomes alustas tööd hooldajana. Eestist lahkus 2013. aastal. Lõpetanud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli. Eesti tervishoiusüsteemis on töötanud ca 2,5 aastat, sh abiõena õpingute ajal.
- 3) Koduõde Soomes, töökogemust Soomes ca 2,5 aastat. Soomes alustas tööd hooldajana. Eestist lahkus 2013. aastal. Lõpetanud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli 2005. aastal. Eestis töötanud kokku umbes kümme aastat ämmaemandana.
- 4) Üldõde Inglismaa, töökogemust Inglismaal ca kümme kuud. Eestist lahkus 2014. aastal. Lõpetanud Tartu Tervishoiu Kõrgkooli. Eesti tervishoiusüsteemis on töötanud umbes aasta (sh viis kuud abiõena).
- 5) Üldõde Belgias, töökogemust Belgias kaheksa kuud. Eestist lahkus 2014. aastal. Lõpetanud Tartu Tervishoiu Kõrgkooli 2014. aastal. Eesti tervishoiusüsteemis on töötanud abiõena ca poolteist aastat kuni kaks aastat.
- 6) Üldõde Soomes, töökogemust Soomes umbes viis aastat. Eestist lahkus 2010. aastal. Lõpetanud õe eriala 1989. aastal ja uuesti läbinud õekoolituse 2013. aastal. Eesti tervishoiusüsteemis on töötanud taastusraviõena umbes viis aastat.
- 7) Spetsialiseerunud õde Inglismaal, töökogemust Inglismaal umbes 2,5 aastat. Eestist lahkus 2010. aastal. Lõpetanud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli 2009. aastal. Eesti tervishoiusüsteemis töötas umbes 2,5 aastat abiõena ning poolteist aastat õena.
- 8) Üldõde Rootsis, töökogemust Rootsis umbes 13 aastat (sh sanitari, hooldaja ja õena). Eestist lahkus 2001/2002. aastal. Lõpetanud Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis kaks korda õe eriala. Eesti tervishoiusüsteemis töötanud ca kümme aastat.
- 9) Õe eriala lõpetanud 2015. aastal Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis. Praegu otsib õena tööd Šveitsis. Eesti tervishoiusüsteemis töötanud koos praktikatega umbes kaks aastat, lisaks kolm kuud kiirabis.
- 10) Üldõde Norras, töökogemust Norras alates 1996. aastast. Lõpetanud Tartu Tervishoiu Kõrgkooli ämmaemandana 1987. aastal. Eesti tervishoiusüsteemis töötanud perioodil 1987–1995.
- 11) Spetsialiseerunud õde Soomes, töökogemust Soomes alates 2011. aastast. Esimest korda lõpetas Tallinna Meditsiinkooli õe eriala 1974. aastal, hiljem on Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis uuesti õe eriala omandanud.
- 12) Üldõde Norras. Töötanud Norras hooldusõena perioodil 2000–2010 ja üldõena alates 2015. aastast. Lõpetanud Tartu Tervishoiu Kõrgkooli õena.

5.3 Välismaale lahkumise põhjused

Arstid

Välismaale töölemineku detailsed põhjused on arstide seas väga erinevad ning üldjuhul on lahkunud mitme teguri koosmõjul, st intervjuude põhjal ei saa rääkida vaid ühest välismaale lahkuma ajendanud tegurist. Emotsionaalselt ja inimlikult kõige tugevama jälje on vastajatesse jätnud **rahulolematust Eesti tervishoiusüsteemiga ja siin kogetuga**, sh töösuhete (mh juhendamise) ja suhtumisega, perspektiivituse, töökoormuse aga ka töötasuga, kusjuures töötasu pandi nimetatud tegurite seas mitmel korral viimasele kohale. Välismaale tööle minekut selgitab osalt **rahulolematust residentuuriga Eestis (sh juhendamise ja kollegiaalsusega)** ja soovitud erialale mitte saamine. Kogetu võib kokku võtta sõnadega „*Eesti tervishoius ei ole arstina hea töötada*“. Samas on ka neid, kes lahkusid välismaale, et **kogeda midagi uut ja teistsugust ning saamaks mitmekesist töökogemust**. Mõnede intervjuueeritute näitel on ajendiks olnud **paremad võimalused spetsialiseerumiseks ja erialaseks arenguks välismaal**. Lisaks on intervjuueerituid, kelle välismaale tööle-elama minekut on mõjutanud **teiste pereliikmete valikud ning soovid** (nt teisest rahvusest elukaaslane, elukaaslase töö või õpingud, elukaaslase soov).

Eestis arsti põhiõpingud lõpetanud töid intervjuudes välja, et üldarstiks välismaale tööle läksid nad eelkõige laiapõhjalist ja mitmekesist kogemust saama aga ka erialast enesekindlust. Arvati, et üldarsti töö Eestis on piiratum, kitsam ja vähem mitmekülgsem, ka osutatavad teenused ja raviprotseduurid on piiratumad. Arvamust põhjendati sellega, et perearst Eestis tegeleb peamiselt ravimite väljakirjutamisega ja patsientidele saatekirjade väljastamisega eriarstile saamiseks. Nähakse, et perearsti roll patsiendi ravis on pigem tagasihoidlik. Mõned intervjuueeritud, kelle õpingute ajal ei olnud Eestis veel abiarstisüsteemi, põhjendasid äraminekut sellega, et ei teadnud, mis erialale residentuuri sisse astuda, sest töökogemust oli liialt vähe. Selleks tundus parim lahendus ajutiselt üldarstina välismaal töötamine, sest Eestis seda võimalust ei olnud.

Üks intervjuueeritu kirjeldas, et tema soov oli saada perearstiks maal, ent teda hirmutas mõte üksinda hakkama saamisest (st nii meditsiiniliste kui administratiivsete küsimustega). Perearsti töö eeldab väga head laiapõhjalist kogemust ja teadmisi, mida noorel, äsja lõpetanud arst-residendil ei pruugi olla. Sellise kogemuse saamise ühe võimalusena nägi intervjuueeritu välismaal töötamist ja residentuuri osaliselt välismaal tegemist. Lisaks juhtis intervjuueeritu tähelepanu sellele, et pärast põhiõpingute lõpetamist ei pakutud talle Eestis tööd, mis valmistas pettumuse, küll aga laekus meilile mitmeid tööpakkumisi just välismaalt.

Intervjuueeritud üldarstid ja arst-residendid viitasid ühena välismaale mineku põhjustest enda aga ka kolleegide rahulolematust Eesti residentuuriga. Rahulolematuse allikaks on osalt isiklik kogemus aga ka info tuttavatelt kolleegidelt, et Eesti residentuuris on arst-residentidel vähe iseseisvust ja isiklikku vastutust. Samuti osutati, et vähe on võimalusi ise midagi teha, st õppida ja omandada. Mõnel juhul viidati, et ka pärast residentuuri lõpetamist võib tunda end rohkem abiarsti või tudengina kui arstina.

Teistes riikides töötamise kogemuse näitel toodi välja, et residendid peavad kohe alguses tegema ise otsuseid aga ka kliinilisi lõikuseid ning ise vastutama, mis on loomulikult raske. Samas Eestis nähakse residentidele vaid assisteerivas rollis. Kohtade arv Eesti residentuuris on erinev ja mõnda eriala asub omandama väike arv noorarste, mis tähendab, et kuigi praktilist tööd võib olla palju, siis teoreetilist väljaõpet on vähe, sest paarile residentile ei tehta eraldi loenguid ega seminare. Seega tuntakse mõningatel erialadel Eestis puudust põhjalikust väljaõppest ja võimalusest spetsialiseeruda. Näiteks oli neid, kelle arvates kirurgiõpe

välismaal on mitmekesisem. Eelnevalt nimetatud põhjused võivad viia soovini omandada kogemusi mujal kui Eestis.

Sageli läbitakse juba osa põhiõpingute praktikast välismaal, mis võib samuti anda positiivse stiimuli residentuuri astumiseks välismaal. Lisaks soodustab seda vahendufirmade aktiivne tegutsemine, kes abistavad paberimajanduse ja keeleõppega. Soome ja Eesti näitel viidati põhimõttelisele erinevusele residentuuri sisseastumisel, kus Soomes võetakse vastu kõik soovijad, ent iga kandidaat peab sisuliselt ise endale töökoha leidma ning töökogemust tuleb omandada erinevates haiglates (õpe koosneb eri osadest sh tervisekeskuses, keskhaiglas, ülikoolihaiglas). Töökoha leidmise keerukus sõltub erialast, ent hea võimalus süsteemis on see, et igale kohale saab end varakult järjekorda panna ja õpinguid pikaajaliselt planeerida. Eesti puhul ollakse seisukohal, et pärast põhiõpinguid residentuuri astumine on „rangelt vabatahtlik“, sest üldarstina töötamise võimalused on väga piiratud. Kõik soovijad Eestis residentuuri ei saa ning mõnedel erialadel on konkurents väga tihe. Kui Eestis residentuuri ei õnnestu saada, võib tõsiseks alternatiiviks olla residentuur välismaal (sh Soomes), kus vastu võetakse iga kandidaat. Teatud osa arstresidentide tunnetus on, et noored, kes Eestis residentuuri sisse ei saa, jäetakse omapead ning Eesti tervishoius neist ei hoolita, seega on nende jaoks suhteliselt loogiline samm Eestist äraminek.

Eelnevaga koosõlas on ühe intervjueritu hinnangul riigi hoolimatu suhtumine 2003. aastal lõpetanutesse, mil samal ajal lõpetas põhiõpingud kaks kursust, ent residentuuri kohti oli vaid pooltele neist. Toona ei olnud õigust ka üldarstina töötada, mistõttu igaüks pidi ise vaatama, kuidas hakkama saab. Intervjueritu selgitas, et mõned neist jäid aastaks ajaks ootama, ent osa neist lahkus Eestist ja töötab siiani välismaal.

Residentuurist kõneldes ilmnes, et üheks rahulolematuse allikaks on juhendamise kvaliteet Eesti residentuuris. Üks intervjueritud üldarst selgitas, et Eestis on residentuuris keeruline leida inimest, kes noort arsti õpetaks ning juhendaks, kes leiaks tema jaoks aega ning kes samal ajal austaks oma noort kolleegi. Intervjueritu soov oli saada sellist kogemust mujalt. Üks eriarst oli seisukohal, et residentidesse suhtutakse kui tööjõudu ja mitte õppijasse, seetõttu jääb juhendamisest vajaka. Siinjuures peab märkima, et mitte kõik residendid ei olnud juhendamisega rahulolematud. Osalt leiti, et vanemad kolleegid soovivad juhendada, ent nad ei oska seda teha, st puudub harjumus ja süsteemsus aga ka pedagoogilised ja psühholoogilised oskused selle jaoks. Samas üks intervjueritud eriarst arvas, et suhe juhendajaga Eestis oli hea ja toetav, ent puudus tugi laiemalt süsteemis. Tähelepanu tuleb juhtida ka sellele, et rahulolu residentuuriga ja selles toimuv sõltub erialast ning kindlasti ei saa intervjuudes välja toodud puudujääke üldistada kõigile erialadele. Lisaks ei ole intervjuudes esindatud kõik meditsiini valdkonnad.

Väga olulise teemana koorus intervjuudes välja arstide rahulolematuse töökoormusega Eestis. Siinjuures on oluline juhtida tähelepanu sellele, et välismaale lahkumise on mõnede arstide puhul tinginud liialt suur töökoormus ja teiste arstide seas liialt väheintensiivne töö.

Üks eriarst kirjeldas, kuidas ta poolteist aastat töötas sisuliselt kõik nädalavahetused ja tegi lisaks väga palju öövalveid, mis tähendas pärast tööpäeva lõppu suurt kurnatust ja väsimust. Pärast kolleegide soovitusi ja eeskuju tundus vähemalt osaliselt välismaal töötamine ainukesel mõistliku lahendusena. Selline lahendus andis rohkem aega kodule ja perele ning soovitud tasakaalu töö- ja pereelu vahel. Ka teine eriarst kirjeldas, kuidas juba residendina võis ennast Eestis sisuliselt „surnuks töötada“, tehes 72-tunniseid valveid nii, et keegi selle peale midagi ei öelnud. Intervjuude põhjal võib tõdeda, et pikkade valvete ja ületundide põhjuseks on osalt inimese enda valik ja soov hästi teenida, hästi elada aga ka see, et tööandja seda ei takista, midagi ei ütle ega kontrolli, sh seda, kas tema töötaja on puhanud ja rahul. Negatiivseks hinnati

seada, et tööandja arvates on normaalne, kui inimesed kogu aeg tööd teevad. Mitu intervjueeritut leidis, et praegune tervishoiusüsteem võimaldab inimestel sel viisil töötada ja läbi põleda.

Eestist välismaale läinud arstide seas on ka neid, kes on välisriigist (sh pärast lühiajalist töötamist) saanud küllalt hea tööpakkumise, mis on tulnud perele sobival ajal (nt lapse koolimine, elukaaslase/abikaasa töökoht välismaal). Üks intervjueeritud eriarst selgitas, et oli end töövahendusfirmasse kirja pannud, ent varem pakutud töökohad ei sobinud ja lisaks oli ta töökohaga tol hetkel Eestis väga rahul. Mõni aasta hiljem tuli hea pakkumine, mis tekitas koheselt huvi ja millest oli raske keelduda. Otsuse tegi raskemaks ka see, et töökollektiiviga Eestis oli intervjueeritu sel ajal väga rahul.

Lisaks heale pakutud töökohale on mõnel juhul kaalukausi välismaal töötamise kasuks pööranud paremad võimalused spetsialiseerumiseks huvipakkuvas valdkonnas ja erialane areng, mida lubab suurem patsientide ja erialaarstide arv. Eesti on mõningates valdkondades spetsialiseerumiseks liialt väike. Üks arst-resident kirjeldas, kuidas viimasel kursusel tekkis huvi kindla valdkonna vastu, mida õpetatakse heal tasemel just valitud välisriigis. Soov midagi uut kogeda ja teises õppekeskkonnas viibida viisid intervjueeritu doktorantuuri ja residentuuri välismaale.

Välismaale mineku ühe ajendina kirjeldati ka kohustust Eestis eriarstina töötamise pädevust tõendada, mis on jätnud negatiivse mulje. Üks eriarst selgitas, kuidas erinevalt Eestist, ei nõuta välisriigis eriarstilt viie aasta möödudes enda pädevuse tõendamist ehk atesteerimist komisjoni ees. Intervjueeritute tutvusringkonnas on juhtumeid sellest, kuidas atesteerimisest on saanud arvete klaarimise koht, st eriarstina töötamise õiguse Eestis määrab isiklike suhete headus. Lisaks viidati sellele, et alati ei ole komisjoni liikmed pädevad kolleegi hindama, sest liikmed ei ole valdkonna igapäevaste sisuliste arengutega kursis.

Mitu eriarsti kirjeldas, kuidas Eestis võivad inimesed neile antud võimu ära kasutada ja teha väiklasi ning ebaadekvaatseid otsuseid. Valikuid mõjutavad isiklikud suhted ja tutvused ning mitte niivõrd tegelik pädevus ja haridus. See viib olukorrani, kus arst Eesti tervishoiusüsteemis tunneb ebakindlust töö juures ning oma töökoha pärast, mis omakorda tekitab muret majandusliku olukorra pärast. Üks eriarst kirjeldas, kuidas rikutud suhete ja võimupositsioonide ärakasutamise pärast ei olnud enam võimalik Eestis tööd leida, mis tõukas intervjueeritu perega välismaale. Ta selgitas, et tervishoiu alarahastamine 1990-ndatel viis olukorrani, kus omavahel konkureeriti raha pärast (st nii riigilt kui patsientidelt pärit raha pärast), mis tekitas omakorda kolleegide vahel kadedust, ebavõrdsust töötasudes ja suurendas haiglate isetegevust aga ka sõltuvust poliitilistest valikutest. Raha ja hüved koondusid intervjueeritu arvates nende isikute ringi, kes olid kõrgematel ametikohtadel.

Töölaste suhete all märgiti rahulolematust nii suhetes teiste kolleegide kui vahetu ülemuse ja tööandjaga. Üks eriarst kirjeldas, kuidas tavaarst Eestis peab võitlema oma õiguste eest, ent ka tööandja peaks motiveerima ja panustama oma töötajatesse ning neist hoolima. Äraminekut põhjendati ka probleemide ja pingetega eri asutuste ning haiglate aga ka põlvkondade vahel.

Välismaale on mindud ka isiklikel põhjustel. Üks intervjueeritu selgitas, et soov minna välismaale kogemusi omandama tekkis juba põhiõpingute ajal ning esialgu see ei õnnestunud vähese keeleoskuse ja julguse tõttu, ent uus võimalus avanes residentuuri ajal. Mõni intervjueeritu väljendas soovi ära õppida uus võõrkeel aga oli ka neid, kes tahtsid ennast teises kultuuriruumis ja töökeskkonnas proovile panna „*kas saan hakkama*“. Üks intervjueeritu tunnistas, et Eestis elades-töötades ei tundnud ta enam perspektiivi ega arenguvõimalusi, ent välismaal on tunne, et ees on veel väga palju.

Mõnel juhul osutusid välismaale minekul oluliseks majanduslikud põhjused, nt vajadus ja soov ära maksta õpingute ajal võetud õppelaen, mida ei soovitud pikalt (st Eesti palga juures) maksma jääda aga ka majanduslikud raskused peres (nt ei olnud perel võimalik õpinguid toetada). Ühe intervjuueritu abikaasa töötas juba varem arstina välismaal, mistõttu mindi perega järele. Paari intervjuueritu elukaaslased olid välismaalased, kes ei pidanud Eestis erialase töö leidmist soovitud palgaga võimalikuks ning seega pöörduti üheskoos välismaale. Lisaks oli neid intervjueerituid, kelle elukaaslase õpingud olid teises riigis pooleli ning soov oli need ära lõpetada.

Konkreetselt sihtkohariigi valikul osutusid oluliseks nii teadmised kui varasem kogemus (isiklik kokkupuude) mõne teise riigi tervishoiusüsteemiga. Nii mõnigi intervjueeritustest oli enne välismaale tööle minekut teinud praktikaid ja suvetööd välismaal, mis andis hea eeltunde, mis on ees ootamas. Näiteks oli üks intervjueeritu, kes leidis pärast praktikat Saksamaal, et Saksamaa tervishoiusüsteemis üldarstina töötamine sarnaneb Eestis perearstina töötamisele: perearsti töövaldkond on kitsas, suur koormus langeb eriarstidele, sest üldarst/perearst saadab patsiendi kiiresti edasi eriarstile. Pärast saadud praktikakogemust langes valik teise välisriigi kasuks. Veel üks intervjueeritu proovis esialgu töökohta saada teise riiki, ent riigi kaugus ja vajadus olla pere, kodu lähedal sundisid riigi eelistust muutma Soome kasuks. Paaril korral mõjutas konkreetse riigi valikut ka keeleoskus. Ühe intervjueeritu näitel sai Inglismaast Soome, sest 2003/2004. aastal oli Soome residentuur üks parimaid ning tuttavad kolleegid soovitasid seda.

Õendusalatöötajad

Välismaale lahkumise põhjused õendusalatöötajate hulgas on küllalt eriilmelised. Samas sarnaselt arstidele **on mineku ajendiks olnud tavaliselt mitme teguri koosmõju ja/või juhuste kokkulangemine.** Töökoha ja töökeskkonnaga seotud teguritest olid kõige olulisemad **madal töötasu, suur töökoormus (ületunnid, läbipõlemine) ja mitmel kohal töötamine, väsimus tööst, kehvad ja pingelised suhted kolleegidega aga ka vahetute ülemuste ja tööandjaga, puudulikud eneseteostusvõimalused ja piiratud arenguvõimalused.** Sarnaselt arstidele peeti oluliseks **millegi uue ja teistsuguse kogemist ning otsiti vaheldust tööle ja rutiinile Eestis.** Lisaks on intervjueerituid, kelle puhul **on välismaale minekut mõjutanud isiklikud põhjused, sh teisest rahvusest pereliikmete valikud ja soovid** (nt teisest rahvusest elukaaslane, tema õpingud või töö välismaal) aga ka **töökoha kaotus Eestis.**

Mitmes intervjuus selgitati, et selleks, et õena Eestis hästi teenida, peab ületunde tegema. Osalt suhtuti sellesse positiivselt, et võimalus ületunde teha oli ja seeläbi oma palka mõjutada. Üsna tavapäraseks peetakse Eestis olukorda, kus õde töötab mitmes kohas korraga, et soovitud elustandardit saavutada. Tekkiv rahulolematuse olukorraga võib tingida otsuse Eestist lahkuda.

Üks intervjueeritud õde kirjeldas, kuidas juba õpingute ajal pidi ta end majanduslikult ise üleval pidama, st õpingute ajal töötama. Ta selgitas, kuidas Eestis õetöö eest saadav palk tekitas rahulolematust, „*pärast arvete ja üüri maksmist ei jäänud midagi järele*“, mistõttu töötas ta nii väljaspool tervishoiusüsteemi kui lisaks õena. Suur töökoormus mõjus aga väsitavalt ja kurnavalt tervisele – millegi muu jaoks aega ega jaksu ei jätkunud. Samal ajal oli intervjueeritu elukaaslasel Eestis keeruline tööd leida ja mõned sugulasedki olid välismaale tööle-elama läinud. Seega oli intervjueeritu jaoks loogiline samm otsida paremat elu mujalt.

Mõnel juhul hirmutas ning häiris õendusalatöötajaid see, mida nähti ees ootavat – läbipõlemine, negatiivne hoiak ja suhtlemisprobleemid kollektiivis. Läbipõlemist ja üleväsimust seostati lisaks võimalike vigadega enda töös, mis samuti mõnda intervjueeritut hirmutas. Teine intervjueeritu kirjeldas, kuidas suur väsimus ja juhtivas rollis kahe rinde vahel väikese osakonnajuhatajana tegutsemine temast võitu said. Seetõttu

langes otsus vähemasti ajutiselt välismaa kasuks. Madalama palga ja tavaõe koha peale ta nõus minema ei olnud. Välismaale tööle minek tundus intervjueritule ainsa mõistliku väljapääsuna.

Olulise teemana tõstati intervjuudes õdede erialaline areng ja puudulikud eneseteostusvõimalused ning soov midagi teistsugust kogeda. Üks intervjueritu kirjeldas, kuidas tal hakkas pärast nelja-aastast töötamist igav ning ta ei näinud õendustöötajana Eestis võimalust kasvatada ja areneda. Olukorra lahendamiseks seadis ta end valikute ette, kas minna ülikooli või välismaale. Kuna intervjueritu ülikooli ei astunud, siis valis ta vahelduse mõttes välismaale tööle mineku. Teine õde kirjeldas, kuidas soov midagi muud teha, uut kogeda ja keelt õppida viis ta välismaale.

Sarnaselt arstidele oli välismaale tööle lahkunud õendusalatöötajate hulgas neid, keda mõjutas halvenenud majanduslik olukord (sh töökoha kaotus, abikaasa töö kaotus jms). Ühe intervjueritu näitel sai otsustavaks teguriks välismaal rakendust otsida 2008. aasta majanduskriisi, mil asutus ja töökoht Eestis koondati. Kuna ka intervjueritu abikaasa leidis tööd välismaal, siis tundus see ühe võimaliku lahendusena uuesti alustada.

Sarnaselt arstidele lahkub üks osa õendusalatöötajatest isiklikel põhjustel. Sageli leitakse endale õpingute või töö käigus teisest rahvusest elukaaslane, kelle puhul Eestisse jäämisel saavad takistuseks välismaal pooleliolevad õpingud või Eestis sobiva töökoha leidmine aga ka eesti keele oskuse puudumine.

Konkreetselt sihtkohariigi valikut intervjueritud õendusalatöötajate seas mõjutasid nii keeleoskus, riigi lähedus ja sarnasus, välisriigis elavad-töötavad sugulased ja sõbrad, varasem töö- või õppimiskogemus välisriigis kui elukaaslase päritolu. Üks intervjueritud õendusalatöötaja muutis esialgset otsust minna Inglismaale tööle Soome kasuks, sest ühel suvel Inglismaal kogetu (sh mujalt tulnutesse suhtumine, raskused töö leidmisel, kehv kliima) valmistas pettumuse ning Soome tundus Eestile sarnasem.

5.4 Välismaale lahkumise otsus ja teiste inimeste roll selles

Osa intervjueritute arutas välismaale minekut pere ja kolleegide-tuttavate ringis, kellel on sarnane kogemus minevikust või kes juba töötasid välisriigis ees. Teise osa intervjueritute jaoks oli otsus isiklik ning selle arutamist või kelleltki nõu küsimist ei peetud vajalikuks. Selle põhjuseks oli tavaliselt eelnev praktika- või töökogemus välisriigis, tänu millele oli selge ettekujutus, mis neid välismaal ees ootab.

Kaks intervjueritut läksid välismaale tööle koos lapsega üksikvanemana. Ühe intervjueritu näitel oli ka lapse soov välismaale minna ja teistsugust elu (sh koolikeskkonda) kogeda oli suur, sest Eestis oli laps kokku puutunud koolikiusamisega.

Ühe intervjueritu näitel oli arstist abikaasa juba töökoha välismaal leidnud, siis ei olnud muud võimalust, kui samuti arstina välismaal rakendust otsida. Mõnikord tähendas otsus suurt muutust ka intervjueritute elukaaslastele, kes samuti vahetasid töökoha Eestis töökoha vastu välismaal. Tavaliselt said esialgu kõige suurema üllatuse osaliseks intervjueritute vanemad (lähisugulased), ent üllatusest sai toetus ja mõistmine.

Mõnel juhul arutati välismaal üldarstina töötamist ja residentuuri astumist laiemas ringis oma kursusekaaslastega aga ka varem lõpetanud ja välismaale lahkunud kolleegidega. Ühe intervjueritud arst-residendi kogemuse kohaselt lahkus välismaale umbes kolmandik kursusest. Mitme õendusalatöötaja ning arsti näitel konsulteeriti kolleegidega välismaal, kes olid pigem julgustavad ja toetavad.

Teiste Eestis töötavate inimeste reaktsioon otsusele välismaale tööle minna oli intervjueritute näitel väga erinev. Mõned intervjueritud töid välja, et suhtumine oli soosiv ja julgustav. Üks intervjueritud üldarst

selgitas, et nii kursusekaaslased kui vanemad kolleegid Eestis olid hästi julgustavad välismaale minekust rääkides ning rõhutasid, et oluline on uut kogeda ja seda ka Eestisse tagasi tuua.

Ent mitte alati ei olnud otsuse avalik arutamine ja kaalutlemine Eestis töötavate kolleegide ja tööandjatega võimalik. Selle põhjuseks on nende sageli negatiivsed hoiakud äramineku suhtes. Üks eriarst kirjeldas, kuidas tema välismaal töötav kolleeg koges Eesti tervishoiuasutuses tööandja/juhi poolt verbaalselt halvustavat sõnavõttu, mis kätkes kolleegi sügava solvamisega. Seetõttu tuli intervjuueritul endal välismaal töötamise kohta informatsiooni otsida ja nõudeid uurida.

5.5 Esialgsed plaanid ja välismaale lahkumise ajaline kestus

Arstid

Pikaajalisem välismaal viibimine võib alguse saada lühiajalistest visiitidest, praktikast ja residentuuri osalisest sooritamisest välismaal. Kui välismaal kogetu on positiivne ning eneseteostust võimaldav, siis sageli pikendatakse välismaal töötamise-eramise kestust. Esialgne plaan tähendas üldjuhul proovimist, kas saadakse hakkama, st pikem plaan puudus. Tavapärase mõtte oli proovida välismaal 2-3-4 kuud. Sageli sõlmitigi tööleping lühikeseks perioodiks, mida sobivuse korral pikendati tavaliselt aasta peale. Samas mõni seadis kohe alguses eesmärgiks proovida välismaal paar kolm aastat ja seejärel uuesti vaadata. Mitmel korral kirjeldati, et kui töökoht ja töökeskkond poleks sobinud, siis oleks tagavaravariant olnud Eestisse tagasi tulla. Sobivuse all mõeldi nii seda, kas vastajale endale pakutud töökoht sobis aga ka seda, kuidas uus töötaja kollektiivi sulandus. Samas mõned intervjueeritud selgitasid, et algusest peale on plaan välismaale minna olnud pigem alaline või pikemaajaline kui ajutine, st ka seda, et kui ühes kohas või riigis ei oleks sobinud, oli variant minna teise riiki või asutusse.

Üks intervjueeritud üldarst ja üksikvanem selgitas, et kuigi enda soov oli esialgu lühikeseks ajaks (mõneks aastaks) välismaale minna, siis lapsele meeldis välisriigi koolikeskkond sedavõrd, et Eestisse naasmine järgmise viie aasta jooksul ei tule kõne alla. Laps kohanes välisriigi haridussüsteemis üsna kiiresti. Seda toetas õpetajate hästi avatud ja positiivne suhtumine, individuaalne õppeplaan, lisaabi keele omandamisel ja võimalus esialgu inglise keeles õppida-küsida. Lapse jaoks oli tegemist positiivse väljakutsega, võrreldes Eestis kogetuga. Kohanemist soodustas ka asjaolu, et laps ei ole välisriigi koolisüsteemis kogenud koolikiusamist. Koolikiusamise ja selle ennetamisega tegeletakse välisriigis väga tõsiselt. Praeguseks on lapsel tekkinud sõbrad ja kodutunne välisriigis, seega otsustas vanem ka järgneviks umbes viieks aastaks välismaale tööle ja elama jääda, et laps lõpetaks algkooli välismaal. Ka teine intervjueeritud (Eestist lahkumise hetkel) üksikvanem selgitas, et lapse koolimineku tõttu tuli veidi pikemalt ette mõelda. Mõlemal juhul, kuna ka lastele uus keskkond sobis ja lisaks olid intervjueeritud enda töökohtadega rahul, siis tekkis plaan välismaale ikkagi pikemaks ajaks jääda kui vaid paariks aastaks.

Üks eriarst kirjeldas, et arvestades tema praegust vanust ja töö intensiivsust, siis viis aastat on maksimaalne aeg, mil ta jaksab kahe riigi vahet pendeldada ja kahes kohas töötada. Seejärel tuleks olukorda uuesti hinnata – kas Eestis on midagi paremaks läinud, et naasta.

Üldarstide seas on neid, kes soovivad pärast paariaastast välisriigis töötamist ka välisriigis residentuuri astuda. Mõni intervjueeritu selgitas, et sooviks residentuuri osaliselt Eestis teha, sest pikas plaanis on soov Eestis töötada. Mõnes peres võivad vanematest arstid välismaal ees olla, mistõttu ka noore plaan välismaale tööle minna võib juba alguses olla pigem pikaajaline. Mitme arst-residendi plaan on residentuur välismaal ära lõpetada ning seejärel uuesti olukorda kaaluda. Samas üks eriarst kirjeldas, kuidas esialgselt plaanist

residentuur välismaal läbida sai alaline plaan välismaale tööle jäädagi väga heade tööväljavaadete tõttu. Teine eriarst kirjeldas, kuidas esialgne plaan oli välismaal elada-töötada elukaaslase õpingute lõpuni, ent praeguseks on intervjueeritu harjunud uue keskkonnaga ja tekkinud on tööga rahulolu, mistõttu puudub kindel plaan tagasi tulla. Üks arst-resident selgitas, et soovib pärast residentuuri Eestisse tagasi tulla, ent see ei olene vaid temast – otsus tuleb vastu võtta ühiselt koos elukaaslasega. Samuti võib intervjueeritu näitel naasmist mõjutada kulude kokkuvõtte välisriigi tervishoius (sh olemasoleva personaliga toimetulek), tervishoiutöötajate „ülekuullus“ ja praeguste töötajate suured palgad, mis võib takistada töö leidmist pärast residentuuri.

Tervishoiukulude kärpimine ja tervishoiutöötajatele mõeldud soodustuste vähendamine on tekitanud ebakindlust välismaal elamise-töötamise kestuse suhtes.

Õendusalatöötajad

Sarnaselt arstidele ei teinud Eestist lahkunud õendusalatöötajad kohe pikaajalisi plaane välismaale jääda. Esimene mõte oli tavapäraselt proovida mõned kuud, pool aastat või aasta. Intervjueeritud õendusalatöötajate esialgseid plaane ja välismaal viibimise kestust mõjutavad mh kärped ja muudatused tervishoiusüsteemis ja teadmatus tuleviku suhtes, samuti isiklikud soovid ja isiklike eesmärkide täitmine (nt pensionile lisa teenimine, töökogemuse saamine) aga ka rahulolu tööga ja erialase arenguga. Kui mõnel intervjueeritud on eemaloleku ajaline kestus määratletud kuni viie aastaga, siis mitmed ei osanud täpseid plaane välja tuua (nt sõltub see lisaks teiste pereliikmete, sh elukaaslase plaanidest) ning paaril juhul on kindel plaan jääda alaliseks välismaale, sest seal on tekkinud pere ja kodu. Olukorras, kus tulevikus tekib pere, lapsed ja kodu, kinnisvara jms, hinnatakse naasmise võimalust tavaliselt väiksemaks. Naasmine sõltub lisaks oludest Eestis ja sellest, kas aja jooksul midagi paremaks muutub, nt mis puudutab õendusalatöötajate palku, töökoormust, üldist käitumis- ja töökultuuri jne; samuti oludest välismaal, nt vabade töökohtade olemasolu ja kas on võimalik töötada eelistatud töökoormusega. Kui olud välismaal peaksid muutuma ebasoodsamaks, siis kaalutakse suurema tõenäosusega kas või ajutiselt Eestisse naasmist.

5.6 Ootused-hirmud välisriigis elamisele ja töötamisele, ootuste realiseerumine

Arstid

Arstide ja arst-residentide **ootused elamisele-töötamisele välismaal olid erinevad**. Oli neid, kes enam täpselt ei mäletanud, milliste ootustega nad välismaale läksid või kellel sel hetkel konkreetseid ootusi ei olnud. Mõned intervjueeritud olid nt residentuuri või suvepraktika ajal välismaal juba piisavalt hästi töökeskkonna ja -võimalustega tutvunud ning seega midagi väga võõrast või ootamatut nende jaoks ei olnud. Näiteks selgitas üks intervjueeritud eriarst, et ootusi ei olnud, sest kuvand praktilisest tööst tekkis hiljem töö käigus. Samuti leidis ta, et ootused võivad olla erinevad sõltuvalt sellest, mis asutuses inimene tööle hakkab (suures või väikeses haiglas) ja mis ametipostil. Intervjueeritudel, kellel olid ootused välismaal töötamisele-elamisele, olid need peamiselt seotud **paremate töösuhete ja kollegiaalsuse (sh juhendamise), sobiva töökoormuse, kõrgema sissetuleku ja laiemalt rahuldust pakkuvate töötingimustega aga ka paremate sotsiaalsete garantiidega (sh nt haiguspäevad)**. Üldjuhul leiti, et **ootused on täitunud – välismaal on arstina hea töötada**.

Mitmel korral toonitati, et **soov ja ootus oli välisriigis saada mitmekesist kogemust, oskusi ja teadmisi aga ka head juhendamist ja mitte üksinda jäämist**. Enamasti võib väita, et soovitud ootused täitusid. Üks

intervjueeritud üldarst kirjeldas, kuidas tänaseks on tal suhteliselt lühikese ajaga (ca poolteist aastat) hindamatu ja laiapõhjaline töökogemus, mis sisaldab kogemust nii vastuvõtuosakonnas, tervisekeskuse valvetöös kui üldarstina tervisekeskuse voodiosakonnas ja geriaatria valdkonnas. Ka teine intervjueeritud üldarst viitas sellele, et tema soov oli saada mitmekülgset töökogemust ja seda on ta saanud. Lisaks selgitas intervjueeritu, et eelnevalt ta pelgas seda, et temalt oodatakse tegevusi või oskusi, mida ta veel ei oska või milles puudub kogemus. Ka see ootus tema jaoks realiseerus: mõningaid protseduure tuli teha esimest korda kolleegidelt nõu küsides ja ise õppides. Samas üks arst-resident ei jäänud üldarstina töötamise ajal saadud juhendamisega välisriigis rahule. Ta selgitas, et soov oli saada rohkem juhendamist, et oma tööd sujuvamalt teha. Üks arst-resident võrdles, kuidas ta enda praeguse kaheaastase kogemusega tunneb end kindlamini ja pädevamana, kui mõni Eestis residentuuri lõpetanu ja välisriiki tööle tulnu. Lisaks oli neid, kelle hea majanduslik olukord on võimaldanud Eestis võetud pangalaenu ära maksta. Üks arst-resident selgitas, et kui alguses oli prioriteet suurem teenistus, siis nüüd peab ta olulisemaks erialaseid väljakutseid. Teine arst-resident kirjeldas, et ootus oli, et kuna välisriigis on rohkem residente, siis on residentuur rohkem organiseeritud, struktureeritud, paremini läbi mõeldud ja selles on enam kompetentsi. Lisaks mainiti, et tänu välisriigis elamisele-töötamisele on selgeks saadud uus keel.

Välismaal tööle asunud arstide hulgas valitses ka teadmatus ning väike hirm ses osas, kuidas patsiendid mujalt tulnud arsti vastu võtavad, ent senine kogemus on pigem positiivne olnud.

Intervjueeritud üksikvanem viitas välisriigi heale koolisüsteemile, mille suhtes olid tal kõrged ootused. Samuti leidis ta, et üksikvanemana on Skandinaavia riikides võimalik hästi toime tulla, sest sotsiaalne turvatunne on hea. Lisaks on intervjueeritu rahul vaba aja veetmise võimalustega (sh selle maksumusega), mis on isegi ootusi ületanud. Selle taga on osalt ka hea töötasu.

Üks intervjueeritu tõi välja, et välismaale elama-tööle asudes kartis ta sealset heaoluühiskonda, kus lapsi „kasvatatakse vati sees“, ootused neile (lastele) on väikesed ja tekitatakse olematuid probleeme väikestest asjadest, samuti esineb inimestel (sh lastel) palju depressiooni ja probleeme madala enesehinnanguga. Samas oli ka intervjueeritud, kellel ühiskonnale ootusi ei olnud, ent kes leidsid, et neid võeti välisriigis hästi vastu.

Mõni intervjueeritu sidus ootused välisriigis töötamisele kogeda midagi positiivsemat kui see, mida tunti ja nähti Eestis. See võib väljenduda kas või selles, et üksteist tänatakse tööpäeva ja koos töötamise eest aga ka hea töö eest, mis raske päeva lõpus tekitab hea tunde. Ühele uuringus osalenule valmistas positiivse hämmingu see, kui tavaliste protseduuride eest sai kiita. Veel üks intervjueeritu kirjeldas, kuidas esialgu oli hirm, kas tema tööandjale ja uude kollektiivi sobib ning vastupidi ka, ent töökoht ja kollektiiv välismaal sobisid paremini kui ta oli osanud ette kujutada. Mitmel juhul kirjeldati, kuidas ootus, et arstina oleks hea töötada, just välismaal täitus.

Üks intervjueeritud eriarst kirjeldas, et tema ootus oli see, et ka kõige madalamalt astmelt on võimalik karjäärireedelil tasapisi tõusta ja arstina areneda ning spetsialiseeruda – selleks antakse võimalus. Ka teises intervjuus eriarstiga ilmnis, et tunne võimalusest kõrgemale ja kaugemale jõuda tiivustab ja motiveerib, mis sest, et algus on raske.

Sarnaselt arstidele oli õendusalatöötajate hulgas neid, kellel ei olnud mingeid ootusi aga ka neid, kes läksid välismaale kindla sooviga kogeda midagi teistsugust võrreldes Eestiga. Intervjueeritud **õendusalatöötajate ootused olid seotud nii välismaal kiire töö leidmisega, kõrgema palga kui laiemalt hea töökeskkonnaga**. Mitme intervjueeritu jaoks oli välismaale minek keerulisem kui esialgu oli arvatud (sh asjaajamine, elamine ja töökoha leidmine). Täpsed õdede tööülesanded võivad riigiti erineda ja nõuavad harjumist-õppimist. Üks intervjueeritu kirjeldas, kuidas tema jaoks oli üllatav see, kui palju teeb õde välismaal lisaks õetööle hooldajatööd erinevalt Eestist. Veel üks üldõde märkis, et erinevalt Eestist peab õde tegema kõike (sh toitu laiali jagama, nõusid koristama, hooldustööd nt mähkmeid vahetama, patsiente pesema jmt). **Mõnevõrra üllatusmomendi pakkus välismaal inimeste avatus, viisakus ja austus**. Sarnaselt arstidele oli mõni intervjueeritu varem välismaal juba piisavalt hästi töökeskkonna ja -võimalustega tutvunud (nt õpingute käigus, praktilal või tööl) ning seega midagi ootamatut (sh ootusi) nende jaoks ei olnud.

5.7 Välismaal erialase töökoha leidmine

Arstid

Välisriigis **erialase töökoha leidmise keerukus oli intervjueeritel väga erinev**. Lisaks tuleb toonitada, et **selle keerukus sõltub Eestist lahkumise ajast, sihtriigist, aga ka keeleoskusest ja inimesest endast** (sh tema soovidest, ootustest ja nõudmistest) ning varasemast kogemusest. Oluliselt keerulisem oli välismaal tööd leida neil tervishoiutöötajatel, kes lahkusid Eestist enne 2004. aastat. Näiteks ühe intervjueeritu näitel ei olnud tal võimalik Rootsist 1990-ndatel arstina tööd saada, sest tema Eestis omandatud haridust ei tunnustatud, seetõttu pidid nad perega edasi liikuma teise riiki. Teises riigis tuli uuesti läbida eksamid, mis tunnistasid Eestis saadud diplomi samaväärsust välisriigi ülikooli diplomiga. Lisaks tuli sooritada keeleksam ja läbida mitmenädalane kursus välisriigi tervishoiusüsteemist. Levinud on intervjueeritute näitel ka see, et **esialgu sõlmitakse töölepingud pigem lühemaks ajaks, et veenduda kandidaadi õigsuses ja sobivuses**.

Pärast EL-iga ühinemist on nii arstide kui õdede välismaale tööle minek lihtsam ja vähem bürokraatlikum – Eestis omandatud haridust tunnustatakse. Nt Soomes töötab kõige rohkem Eestist pärit tervishoiutöötajaid ja seega tegutseb selles vallas enam vahendusfirmasid, st kogemus tervishoiutöötajate vahendamisel on suurem ja mitmekülgsem. Mõni intervjueeritu kirjeldas, et välismaal erialase töö leidmine ei olnud üldse raske („*super lihtne*“; „*väga lihtne*“) ja et see on väga lihtsaks tehtud just tänu vahendusfirmadele, kes muuhulgas pakuvad tasuta keeleõpet. Intervjueeritute seas oli neid, kes keeleõppimise ajal ei töötanud aga ka neid, kes paralleelselt keele õppimisega käisid juba tööl. Üks intervjueeritu selgitas, et üksikvanemana soovis ta töökohta väiksemasse piirkonda ning ka selle sooviga vahendusfirmast tööpakkumiste edastamisel arvestati. Enamasti eeldab nii üld- kui eriarstina töötamine **loa taotlemist vastava riigi terviseametist**, kuhu on vajalik esitada dokumente, ent mõningates riikides teeb selle töö ka ära vahendusfirma. Lisaks juhendab ja aitab vahendusfirma selles osas, mis dokumente ja kus nõutakse.

Pärast 2004. aastat välismaale tööle läinud intervjueeritud üldjuhul ei toonud välja takistusi erialase töökoha leidmisel ja tööle asumisel, samuti ei leitud, et nad oleksid pidanud täitma mingeid erinõudeid. Pigem oldi üllatunud, et nõutud paberite saatmisest (sh tõlkimisest) ja vestlusest (nt ülemarsti või osakonnajuhatajaga) telefoni teel sageli piisab, et töökoht saada. Üks intervjueeritu kirjeldas, kuidas osakonnajuhatajale meili teel kirjutamisest ja ühest kohtumisest piisab, et töökoht saada, lisaks pärastisele paberite saatmisele. Mitmes intervjuus ilmnas, et kandidaate oodati väga (kiiresti) tööle. Seega **võis aeg tööle kandideerimise ja tööle saamise vahel olla vaid kuni kuu või paar**. Põhjuseks oli see, et enamikes

sihtriikides on arste vähe, eriti väiksemates maapiirkondades (nn perifeersed alad). Kvalifitseeritud välistöötajad on riikidesse oodatud. Intervjuudes osalenud selgitasid, et sihtriikides rändavad arstid omakorda edasi järgmistesse riikidesse, nt Soomest minnakse Roots, Rootsist Norrassa jne. Arstide rände põhjused on üldjuhul paremad töötingimused, sh töötasu.

Sageli aitab erialase töö leidmist varem kas või osaliselt välismaal läbitud residentuur ning sel ajal loodud suhted ja kokkupuuted teiste kolleegidega. Samavõrd oluliseks võib pidada tutvusi teiste kolleegidega Eestist või mujalt, mis lubab välismaal endale esialgu kiiremini töökoha leida. **Peamised sammud välismaale tööle kandideerimisel on diplomite tõlkimine ja saatmine tööandjale, kontakti loomine ja enda registreerimine välisriigi terviseametis, intervjuud tööandjaga ja töökoha ülevaatamine ning esialgu lühikeseks perioodiks töölepingu sõlmimine.** Lisaks välismaal töötamiseks vajalike nõuete ja paberite täitmisele **peeti oluliseks endale sobiva töökoha leidmist**, st et kuigi vabu töökohti on üldjuhul välisriikides palju, siis nende hulgast endale sobivaima („ja selle õige“) leidmine ei pruugi alati esimese korraga õnnestuda. Üks eriarst kirjeldas, kuidas tema valdkonnas on välismaal võimalik sisuliselt ükskõik kus kohas tööd saada, ent oluline on leida usaldusväärne töökoht, mis on ka majanduslikult äratasuv. Seda eriti siis, kui on vaja Eesti ja välisriigi vahet pendeldada.

Kitsaskohtadena juhib enamasti tähelepanu **elementaarsele võõrkeeleskusele**, mida üldjuhul eeldatakse, ja mõningates riikides **ebaproportsionaalselt suurele bürokraatialle ja asjaajamise aeglusele võrreldes Eestiga** („kõik on paberil“ ja „digitaalset allkirjastamist ei tunta“). Eriarstiks õppimine eeldab nii mõneski riigis (nt Soomes, Rootsis) siiski keeleksami tegemist, üldarstina töötamisel seda alati ei nõuta. Intervjueeritute hulgas oli nii neid arste, kes enne välisriiki minekut valdasid vajalikul tasemel või elementaarsel suhtlustasandil võõrkeelt kui neid, kes alustasid keeleõpinguid välismaal sisuliselt algusest. Üks eriarst kirjeldas, kuidas ta sõlmis tööandjaga kokkuleppe, et esialgu töötab ta väiksema koormusega ja õpib samal ajal keelt, keelekursused maksis kinni tööandja. Pärast keeleksami sooritamist oli võimalik täiskoormusel tööle asuda. Intervjuudes juhib tähelepanu ka sellele, et **esialgu on võõras keskkonnas enda õigustest ja kohustustest arusaamine keeruline.**

Vahendufirmade kaudu edastatud **pakkumiste hulgas on tavapäraselt palju tööpakkumisi väiksematesse kohtadesse** ja mitte niivõrd suurlinnadesse. Soome näitel toodi välja, et suurlinnadesse esialgu puise keele ja vähese töökogemusega kindlasti töökohta ei saa või on selle saamine väga keeruline ning **tagasihoidlik keeleskus võib esialgu valikuid märgatavalt piirata.** Ka mitme teise riigi näitel toodi välja, et väiksematesse piirkondadesse on tavaliselt lihtne tööd saada, skeptilisem oldi töö leidmise kerguse suhtes suurtes linnades.

Töökoha vastuvõtmisel osutus oluliseks ka esmane mulje kolleegidest ning vanem- või ülemarstist ja/või vahetust ülemusest. Üks intervjueeritu kirjeldas, et kuigi töökoha piirkond näis väliselt väheatraktiivne, siis kolleegid ja vanemarst jätsid väga sümpaatse mulje ja tekitasid tunde, et alati on võimalik nõu küsida ja ollakse valmis õpetama. Teine intervjueeritu kirjeldas, kuidas pärast esimest vestlust kliiniku juhatajaga jäi pigem selline kahtlane tunne, ent pärast siiski selgus, et temast ollakse huvitatud ning esialgu sai tööleping sõlmitud kolmeks kuuks, mida seejärel pikendati, sest tööga jäädki rahule. Veel üks arst-resident kirjeldas, kuidas praktika ajal tekkis suur lugupidamine ning sümpaatia kolleegide vastu välismaal – soov oli oma tööd nende eeskujul sama hästi ja veel paremini teha. Intervjuudes ilmnas, et **oluline tegur, mis soodustab välismaal tööle asumist ja jäämist, on tunne, et inimest oodatakse, soovitakse ja vajatakse tööle ning teda väärtustatakse.**

Ühe intervjueritu näitel osutus välisriigis töö leidmisel oluliseks abiks arstist abikaasa töölesaamine valdkonnas, kus välisriigis oli toona arstidest puudus ja tema eelnev kontakt ning läbirääkimised tööandjaga. Seda lubas arstist abikaasa hea maine ja varasem töökogemus välismaal.

Õendusalatöötajad

Õe/ämmaemandana **töö leidmise keerukus välisriikides on erinev**, sarnaselt arstidele **sõltub see inimesest endast** (ootustest ja soovidest) ja **varasemast kogemusest, sihtriigi nõuetest ja olukorrast tööturul** (nt kui palju on täitmata ametikohti) **aga ka keeleoskusest**. Intervjuud õendusalatöötajatega näitasid, et **töö leidmiseks kasutati nii vahendusfirmasid aga prooviti ka ilma hakkama saada** (nt töötukassa kaudu, iseseisvalt CV-de saatmine, tuttava abi). **Mõnikord alustati tööd esialgu koristaja või hooldajana, et õe tööks vajalikku keelt õppida**. Mitmed intervjueritud **läksid lisaks keelekursustele**, mille mõnel juhul maksis tööandja kinni ja mõnel juhul inimene ise. **Oluliseks abiks töö leidmisel** võis olla ka **välismaal töötav rahvuskaaslane** (nt sõber/sõbranna, tuttav või sugulane). Üks intervjueritu pidas eelnevalt vajalikuks enese turundamise ja CV-koolituse läbimist, et välisriigi tööturul konkurentsivõimeline olla. Mitu intervjueritud märkis, et **välismaal tööd leida, tuleb üles näidata initsiatiivi ja osata „end müüa“**.

Sarnaselt arstidele **sõlmitakse esimene tööleping** õdede/ämmaemandatega **tavaliselt lühikeseks perioodiks** (sh nt rakendatakse katseaega) ning sobivuse korral saab ajutisest töökohast püsikoht. Mitmes riigis eeldab tööle saamine eelnevat püsielukohta ja aadressi. Siin on abiks kui mõni tuttav või sugulane elab juba välismaal. Samuti võib olla kohustuslik ID-kaardi olemasolu ja pangakonto, ent tavaliselt eeldavad need omakorda ametlikku töökohta. Mitme intervjueritu näitel **tekkis nõuete täitmisel „nõiaring“**: kohustuslikud dokumendid nõudsid eelnevalt töökohta ja vastupidi. Üks üldõde kirjeldas, kuidas vajalike dokumentide saamiseks võeti ta esialgu tuttavate juures baari tööle.

Kui enamik arste ja arst-residente hindas välismaal töö leidmist pigem lihtsaks, siis õendusalatöötajate seas oli mõne intervjueritu näitel **kandideerimine pikk ja bürookraatlik protsess, mis tähendas suuri rahalisi väljaminekuid, mitmekümnesse kohta edutult kandideerimist** (sh ilma tagasisideta) ja **pikka ootamist**. Paaril juhul võttis õena töö leidmine aega kuni aasta, mispuhul peeti vajalikuks end ka välisriigi töötukassas arvele võtta. Diplomite tõlkimine, aktsepteerimine ja kontrollimine võtab kogu protsessis oma aja. Sarnaselt Eestile on mitmes teises riigis vajalik end esmalt tervishoiutöötajate registris arvele võtta (nt Belgia, Inglismaa, Soome), mis ühe intervjueritu näitel võttis aega umbes seitse kuud, millele lisandus töö otsimise periood. Üks intervjueritu kirjeldas, kuidas lisaks intervjuule nõudis tööandja keele- ja numbritestide sooritamist, mis aga ei olnud keerulised.

Tööintervjuude sisukus ja läbiviimise detailsus võib riigiti ja tööandjate võrdluses erinev olla. Mõne uuringus osalenu jaoks oli välisriigis õena töö leidmine üsna lihtne. Osalt võib seda põhjendada suurema töökogemusega: nendel intervjueritudel, kellel oli suhteliselt vähe töökogemust ja kes on lõpetanud kooli viimase paari aasta jooksul, on töö leidmine keerulisem olnud. Üks intervjueritu kirjeldas, kuidas viiele tööandjale CV saatmisest piisas, kusjuures mitu neist helistavad siiani ja soovivad tööd pakkuda.

Töökoha vastuvõtmisel osutusid oluliseks nt töökoha asukoht, öövahetuste puudumine, võimalus spetsialiseeruda, sobiv alluvate arv või alluvate puudumine, osakonna ja eriala sobivus. Tööle asumisel tuleb sageli läbida erinevaid koolitusi, sh nt spetsialiseerumiseks kui laiemalt enda välisriigi tervishoiusüsteemiga kurssi viimiseks.

Mõned intervjuueeritud tunnistasid, et õdede puudus on välismaal suur probleem ja seega töö leidmine ei ole raske (tingimusel, et keelt osatakse). Samas oli ka neid, kes olid seisukohal, et õdede puudus on ülepaistatud probleem, sest tegelikult on väga keeruline tööd leida.

5.8 Eestis saadud hariduse headus ja piisavus välismaal arstina töötamiseks

Hinnangud Eestis omandatud hariduse headusele varieerusid tugevasti. Nii mõnigi intervjuueeritu hindas saadud haridust kriitiliselt. Üks intervjuueeritu võrdles, et välisriigis on ta pooleteise aastaga omandanud rohkem teadmisi ja oskusi kui Eestis kuueaastase arsti põhiõppe jooksul. Negatiivselt hinnati õppes seda, et iga eriala õpetatakse viisil justkui peaks igast arstitudengist saama just selle eriala eriarst. Ehk õpetatakse teemasid, mida mõne aasta pärast läheb vaja võib-olla vaid paaril neist, samas kui puudu on lihtsatest ja elementaarsetest teadmistest-oskustest, mida iga arst võiks teada-vallata – **õpe on liialt erialakeskne.** Selle näiteks toodi mitmel korral välja, et **Eesti tervishoiusüsteem on eriarstide ja haiglatekeskne**, st et nt pisikirurgia (sünnimärkide eemaldamine, sissekasvanud varbaküüned, võõrkeha eemaldamine silmast, liigese süstid jne) puhul suunatakse patsient Eestis kohe eriarstile, samas kui see oleks üldarsti pädevus nii mõnegi teise riigi näitel. Mitmed intervjuueeritud hindasid positiivselt üldarstina töötamise kohustust Soome residentuuris, mis aitab avada ettekujutust üldarsti töö võimalustest. **Negatiivses võtmes mainiti Eesti arstiõppe liialt teoreetilist suunitlust. Uuringus osalenud peavad tähtsamaks praktiliste-kliiniliste oskuste õpetamist ja arendamist.** Üks viimasel paaril aastal välismaale tööle läinud arst leidis, et kohati hinnatakse välisriigis Eestis saadud diplomit liiga heaks ja eeldatakse, et saadud diplomiga on inimene võimeline kõigeks. Tegelikkus võib aga hoopis teistsugune olla. Arst selgitas, et liigne eneseusk ja -kindlus (sh usk diplomisse) võivad välismaal mõnele rahvuskaaslasele saatuslikuks saada. Üks eriarst oli arvamusel, et Eestis on arstiõpe liialt kitsas ja välisriigi kogemuse näitel antakse noortele rohkem võimalusi teha tööd eri osakondades.

Samas leidis ka intervjuueeritud, kes **hindasid Eestis saadud hariduslikku baasi väga heaks.** Üks 1990-ndatel välismaale läinud eriarst arvas, et Eestist sai ta kaasa tugeva baashariduse ja eriti prekliinilise õppe osas, ent kliinilise osa omandas ta tegelikult välisriigis töö ning täienduskoolituse käigus. Ka teine, 2007. aastal lahkunud eriarst oli seisukohal, et **kuigi lähenemine õpetamisel oli teoreetilisem, siis Eestis saadud baas oli väga hea.** 2011. aastal Eestist lahkunud eriarst pidas saadud haridust samuti väga heaks, sest maailmas on positiivseid näiteid rahvuskaaslastest, kes on kaugele jõudnud ja töötavad arstina kõrgetel kohtadel. Ka intervjuueeritu ise tunnistas, et saadud haridus on lubanud edukalt toime tulla ning et tööpakkumisi on juurde tulnud mitmest kohast.

5.9 Suhtumine eestlastest tervishoiutöötajatesse välismaal: kolleegid ja patsiendid

Üldjuhul arvati intervjuudes, et **eestlastesse suhtutakse välisriikides hästi ja neid hinnatakse nii kiirelt omandatava keeleoskuse kui töövõime pärast**, aga välja toodi ka seda, et see sõltub konkreetsest inimesest ja isiksusest (sh tema pädevusest, pühendumusest ja töö kvaliteedist, keeleoskusest jms). Lisaks võib erineda see, kuidas inimest ennast on koheldud ja kuidas on koheldud teist rahvuskaaslasest kolleegi. Üldjuhul **arvati, et kõigisse suhtutakse pigem ühtviisi ja kolleege võetakse võrdväärsetena** (sh graafikute tegemisel, suhtlemisel), sõltumata rahvusest ja varasemast taustast. Eestist tulnud õendusalatöötajate puhul hinnatakse nende kohusetundlikkust, käelisi oskuseid ja pädevust, kuigi mõned intervjuueeritud ise on

tunnetanud, et teatud protseduure oskavad nt kohalikud kolleegid paremini. Intervjueeritute tunnetus, kuivõrd on nende vastu huvi tuntud, oli erinev. Mõned arvasid, et huvi oli suur ja mõned, et pigem tagasihoidlik.

Teiste riikide näitel viitasid mitmed intervjueeritud arstid ja arst-residendid harjumusele, et kui tööpäeva lõpp paistab, siis „*jääb pastakas õhku seisma*“, st et **arstid on harjunud kindlal ajal töö lõpetama ega näe vajadust kauem töötada**. See on tavaliselt üks aspekt, mis eestlasi teistest rahvustest esialgu eristab ja millega võib olla keeruline harjuda.

Patsiendid on sageli mujalt tulnud arstidest väga huvitatud ja nende suhtes uudishimulikud. Paaris intervjuus toodi näiteid sellest, kuidas patsient arstiga suheldes, saades teada, et tegemist on eestlasega, on rahvuspõhiselt arstist negatiivselt arvanud või arstile halvasti öelnud.

Üks intervjueeritu selgitas, et tema senine kogemus on näidanud, et üldjuhul on patsiendid rõõmsad, kui väiksemasse kohta tuleb üldarst, kes oskab nende keelt ja saab neist aru. Praegu leiab ta, et patsientide ootus arstile on eelkõige see, et ka väiksemas piirkonnas oleks kindel arst ja et arstid kogu aeg ei vahetuks. Arstide vahetumine võib patsiendis ebakindlust tekitada. Üks intervjueeritud eriarst kirjeldas, kuidas teda alguses keele tõttu väga palju aidati, kogu personal oli väga sõbralik ja abivalmis ning kuigi ta tundis ennast välismaalasena, siis seda heas mõttes.

Samuti leiti, et **eri piirkondades võib välismaalastesse (sh eestlastesse) suhtumine olla erinev**, sest ka tervishoiutöötajaid on erinevaid. Üks intervjueeritud arst leidis, et suuremates piirkondades võib suhtumine mujalt tulnud arstidesse olla skeptilisem, sest suurhaiglates on töökeskkond stressirohkem. Ka teine eriarst selgitas, et **suhtumine võib sõltuda piirkonnast ning mõnes piirkonnas võtab sulandumine rohkem aega**. 1990-ndatel Eestist välismaale lahkunud eriarst kirjeldas, kuidas temal võttis siiski terve aasta aega, enne kui ta tundis, et inimesed ja kolleegid tema ümber (sh nt ülemarstid ja õed) hakkasid usaldama tema arvamust ja mida ta soovitas. Teine eriarst kirjeldas, kuidas eestlasi võetakse välisriigis kui kolleegi, kes tulevad, teevad asja ära ja lähevad ära. Intervjuude põhjal võib täheldada, et **sulandumise kiirust ja kergust ühiskonnas ja kollektiivis mõjutab ka keeleoskus ning see, kui palju on teisi rahvuseid ning milline on varasem kokkupuude ja kogemus teiste rahvustega**.

Mitu intervjueeritud tõi välja, et **tööd tehakse rahvusvahelistes meeskondades**, st koos töötavad väga erinevatest riikidest ja rahvusest inimesed. Üks intervjueeritud õendusalatöötaja tunnistas, et võib juhtuda, et mujalt tulnud töötajasse võidakse kaasõdede poolt ka kadedusega suhtuda. Seda siis, kui too edeneb kiiremini, näitab end heast küljest võrreldes teiste õdedega ja kellele selle tulemusena pakutakse kiiremini põhikohta.

Kuna mitme intervjueeritu näitel töötasid rahvuskaaslastest tervishoiutöötajad juba välisriigis ees, siis see osalt soodustas eestlaste omaks võtmist, seeläbi oli mõne intervjueeritu kohanemine ka kergem. Alguses kergendas kohanemist ka võimalus inglise keeles suhelda, ent tavaliselt soositakse ja pakutakse võimalusi keelekursustel käimiseks, et igapäevaselt patsientide ja kolleegidega suhtlemiseks vajatav keel kiiremini selgeks saada.

Oluliselt peeti intervjuudes ka seda, et **välismaalasena peab teadma enda õigusi ja kohustusi**, sest vastasel korral on oht, et inimesi kasutatakse ära.

5.10 Arsti kuvand ühiskonnas Eestis ja välismaal

Intervjuude põhjal võib tõdeda, et **üldjuhul tunnetatakse, et arste väärtustatakse ja toetatakse ühiskonnas välismaal enam kui Eestis**. Seda põhjendatakse nii makstava palgaga kui positiivsema, **väärikama suhtumisega**, st nii ühiskonna kui patsientide poolt, **arstidesse**. Arsti sõnal ja ametil on välismaal suurem kaal. Mitu intervjuueeritut arvas, et tänu sellisele suhtumisele on enda tööd võimalik paremini ja suurema pühendumuse ning vastutusega teha. Samuti arvati, et kui koostada ametialadest võrdlus, mis ametialadel kõige rohkem teenitakse, siis välismaal teenivad arstid proportsionaalselt enam võrreldes teiste erialade, elukutsete ja ühiskonna gruppidega – **arstid asuvad ühiskonna hierarhias kõrgemal**.

Üks intervjuueeritu tõi välja, et kuna tervishoiunäitajad Norras on maailmatasemel, siis on rahva ja patsientide usaldus ja austus tervishoiusektori vastu suur, üldjuhul on haigla arstid lisaks kitsa spetsialiteediga. Teine intervjuueeritu leidis, et erinev suhtumine võib sõltuda ka generatsioonist – vanemad põlvkonnad usuvad enam autoriteeti ja noorem põlvkond võtab arsti kui info edastajat. Noor arst-resident kirjeldas, kuidas arsti elukutse väärtustamise erinevus seisneb ka selles, et kui Eestis on endiselt arstil kapp patsientidelt saadud kingitusi täis, siis Soomes saab arst oma töö eest väärilist palka ja patsiendilt „aitäh“, millest piisab. Üks eriarst kirjeldas sarnaselt, kuidas pärast taasiseseisvumist läks sotsialism Eesti tervishoiusektoris edasi ega kadunud päevapealt ära, st et endiselt kumab läbi suhtumist „*arst on loll*“ ning patsiendid ei austa arsti ega tema otsuseid.

Kõrge staatus ühiskonnas väljendub ka selles, et nt välismaal pangast laenusaamine on suhteliselt turvaline ja lihtne. Kuna mõningates riikides on väga suur arstide põud, siis ka see võib arstide tähtsust ühiskonnas tõsta. Mõne intervjuueeritu hinnangul peitub halvustav suhtumine Eesti ühiskonnas selles, et arstid tahavad aina rohkem, samas kui teised ühiskonnagrupid on samuti olulised (nt õpetajad, poemüüjad) ning selline kõrvutamise tekitab pahameelt.

5.11 Välismaal töötamise positiivsed ja negatiivsed küljed

Arstid

Välismaal töötamise näitel **väärtustatakse peamiselt saadud kogemusi ja haritust, kogetavat iseseisvust, vastutust, väljakutseid aga ka tuge ja kollegiaalsust**. Mõni intervjuueeritu kirjeldas, et välismaal on elu majanduslikus mõttes palju muretum ja tänu mõistlikumale koormusele saab enam elada iseendale ja perele. Mõnda intervjuueeritut takistab väiksemast töökoormusest tekkiva vaba aja ärakasutamist ja iseendale elamist teadmine, et tegemist on ajutise elukorraldusega ning tegelik soov on töötada täiskoormusel Eestis (ja mitte pendeldada kahe riigi vahet). Ent on ka neid, kelle koormus on väga suur ning kellel jääb seega vähem aega iseenda kui pere jaoks. Üks intervjuueeritud arst-resident kirjeldas, et tänu välismaal töötamisele saab ta majanduslikult toetada enda lähisugulasi Eestis. Teise arst-residendi näitel on välismaa kogemus aidanud selgusele jõuda, mis tüüpi ja kui suures haiglas talle sobib töötada.

Positiivses võtmes toodi välja ka seda, et enamasti saab ise valida kui suure koormusega tööd teha.

Üks eriarst kirjeldas, et välismaal töötamine-elamine on andnud rahuldustunde õnnestumisest ja sellest, et on hakkama saanud, olenemata rasketest oludest (sh enda tõestamisest) ja probleemidest keelega. Positiivse tunde on tekitanud ka see, et perega on suudetud sulanduda teise ühiskonda ning välja on kujunenud oma sõpruskond ja lähedased, kellega lävitakse.

Mujal töötamise kogemus aitab näha Eesti tervishoiu ja ühiskonna valupunkte aga ka seda, mis on hästi ja mille pärast peaks rõõmustama ja head meelt tundma – ehk võrdlusmomenti. Mõned töid välja, et selline kogemus aitab mõista seda, et ideaalset kohta pole olemas ning probleeme esineb igal pool.

Negatiivses võtmes toodi välja koduigatsust ja igatsust lähedaste järele. Üks intervjueeritu kirjeldas, kuidas välismaale tulles jääb maha turvatunne ja tekib ebakindlus, millega tuleb toime tulla. Keeruline võib olla ka teisest rahvusest ja kultuuriruumist arusaamine, selle mõistmine ja eripäradega harjumine, sh „ridade vahelt lugemine“. Mõnes valdkonnas võib kultuuriliste eripärade tundmine, nendega harjumine ja arvestamine väga vajalik olla, nt psüühika- ja käitumishäirete diagnoosimisel psühhiaatrias.

Õendusalatöötajad

Intervjueeritud õendusalatöötajad töid **positiivses valguses sarnaselt arstidele välja saadavat kogemust ja võimalust näha „kuidas mujal asju tehakse“**, suuremat iseseisvust ja vastutust, laiemat silmaringi ja maailmavaadet, lisaks väärtustatakse töötamist rahvusvahelistes meeskondades. Tänu välismaal töötamisele on **paranenud mitme intervjueeritu majanduslik toimetulek ja heaolu**. Samuti toodi välja **paranenud keeleoskust või päris uut omandatud keelt**. Üks intervjueeritud õde selgitas, et selline töökogemus laiendab maailmapilti, muudab inimest avatumaks ja sallivamaks. Teine intervjueeritu arvas, et välismaal töötamise kogemus arendab palju inimest ennast. Mitmel korral mainiti, et tänu uuele kogemusele tekib võrdlusmoment ja **võimalus asju teise pilguga näha** ning tähtsavad mõtted ja oskus näha, mis on hästi ja mida võiks teisiti teha. Sarnaselt arstidele viidati negatiivsete külgede näitel koduigatsusele ja eemalolekule lähedastest, samuti vajadusele kohaneda ja aru saada teise kultuuriruumi eripäradest.

5.12 Eestis ja välisriigis töötamise kogemuse iseloomustus ja võrdlus

5.12.1 Töökoormus

Arstid

Töökoormus nädalas ja kuus võib intervjueeritud arstide hulgas tugevasti varieeruda, sõltudes nii inimesest endast ja tema soovidest, erialast, töökohast ja asutuse suuruselt (kas suurhaigla või väikehaigla), aga ka täidetud kohtadest ja arstide puudusest-olemasolust asutuses. On neid intervjueeritud, kelle töökoormus nädalas on 36-37 või 38 tundi aga ka neid, kelle töökoormus küündib 55 ja 60 tunnini.

Võrreldes enda töökoormust Eestis ja välismaal olid hinnangud väga erinevad. **Mitmes valdkonnas** (nt radioloogia, hematoloogia, ortopeedia, anestesioloogia) **hinnati töökoormust Eestis kõrgemaks arstide vähesuse ja pingeliste graafikute (sh vahetuste) tõttu aga ka vajadusega tegeleda raskete haigusjuhtudega**. Viidati ületöötamisest tekkivale väsimusele, kurnatusele aga ka seeläbi tekkivatele isiklikele terviseprobleemidele. Oli intervjueeritud, kellel tekkis kuu jooksul Eestis töötades pea 100 ületundi või kes teadsid kolleegi, kes töötas ühes kuus ca 500 tundi. Üks intervjueeritu tunnistas, kuidas tal endal kogunes Eestis töötades umbes 300 töötundi, mis tähendas, et muud elu ei olnud. Teine intervjueeritu kirjeldas, kuidas tema jaoks oli tavapärane minna hommikul tööle ja lahkuda töölt alles järgmise päeva õhtul, mis sageli tähendas teisel päeval väsinud ja magamata olekus töötamist. Arst leidis, et sellises olekus töötada ja inimelu eest vastutada ei tohiks. Üks eriarst kirjeldas, et kui välismaal on töönädala pikkus 38,5 tundi ja tavapärane on teha kuni kaks valvet, siis Eestis oli kogu aeg „mitu rauda tules“ ja töökoormus palju suurem. Üks arst-resident kirjeldas, kuidas Eestis oli tavapärane pärast valvet edasi töötada (mh järgmist

valvet teha), ent välisriigis on järgmine päev vaba ja vabu päevi kasutataksegi puhkamiseks. See, et **pikad ja väsitavad vahetused võivad viia vigadeni oli** mitmele intervjuueeritule **tõsiseks murekohaks Eestis töötades**.

Samas oli ka arvamusi, et kuna Eestis on töö märgatavalt väheintensiivsem kui välismaal, siis see lubabki arstidel ja õdedel mitme koha peal töötada ning pikki valveid teha. Üks intervjuueeritu kirjeldas, kuidas välismaal ei ole võimalik valve ajal nt lugeda raamatut või vaadata filme, ent Eestis oli see võimalik. Mitmel korral juhiti tähelepanu sellele, et **valved (välismaal) on intensiivsed ning vähetöenäoliselt peeti, et inimene jaksaks või tal oleks vajadust mitut valvet järjest teha.**

Soome ja Rootsi näitel väärtustati võimalust, et üldjuhul on järgmine päev pärast valvet vaba, mis lubab end välja puhata. Suur töökoormus Eestis võib omakorda halvendada suhteid kolleegide ja tööandjate/juhtidega. Mitme intervjuueeritu kogemus näitas, et ületunnid Eestis on normaalne ning ka tööandjad/juhid, kes vastutavad haiglate töö eest, eeldavad ületundide tegemist. Seda intervjuueeritute meelest põhjusel, et ka varem on nii olnud ja „*kõik on selle ära kannatanud*“ – see on haiglas norm. Samuti põhjendati seda personali vähesuse ja teistsuguse töökultuuriga. Ühel juhul mainiti, et ületunnid ja mitmel kohal töötamine on tekitanud ametlikud graafikud ja tegelikud graafikud. Ametlikke graafikuid näidatakse siis, kui keegi tuleb graafikut kontrollima. Nendes keegi järjest üle 24 tunni ei tööta. Tegelikud graafikutes arvestatakse arstide-õdede soovidega, et neil oleks võimalik mitmel kohal töötada (st ka üle 24-tunniseid vahetusi). **Välisriikide näitel toodi korduvalt positiivsena välja, et tervishoius on tööandjale oluline puhanud ja rahulolev töötaja**, kes seab esikohale patsiendi huvid ja turvalisuse ega põhjusta ületöötamise ja väsimuse tõttu ravivigu. **Arvati, et ületundide teket ning valvete pikkust, töökoormust jälgitakse välismaal rohkem.**

Mitmes intervjuus koorus välja, et kui arst ei ole oma töötingimuste, sh töökoormuse ja -kohustustega Eestis rahul, siis on tal kaks võimalust: kas vahetada Eestis töökohta, kusjuures väga palju valikuvõimalusi ei ole või minna välismaale ning see paneb arstid tõsiste valikute ette. Tööandjad suuremates haiglates võivad üsna jõuliselt käituda. Negatiivses valguses toodi eraldi välja residentidele pandud kohustust teha tasuta valveid ja asendada teisi töötajaid, mis suurendab märgatavalt nende tegelikku töökoormust. Välisriikides sellist käitumist residentide ja arstide suhtes võimalikuks ei peetud.

Töökoormuse hindamisel toodi välismaa kogemuse näitel korduvalt välja ka **võimalust oma töökoormust vajadusel läbi rääkida**. Kui on soov teha rohkem tööd (sh lisatööd), siis ka selles on võimalik kokku leppida ja saada selle eest vastavat tasu. Üks intervjuueeritu selgitas, et kuigi tal oleks võimalus teha vaid vastuvõttutööd, siis kuna soov on laiapõhjalist kogemust saada, saab ta lisaks vastuvõtule erinevates osakondades tööd ja valveid teha. Sarnasele soovile viitas veel mitu noorarsti. Mõnes riigis on levinud osakoormusega töötamine, mida lubab suur palk ja teistsugune töökultuur.

Mitu intervjuueeritut kirjeldas, kuidas nende praegune töökoormus välismaal on maksimumi-lähedane. Üks uuringus osalenud eriarst/ülemarst kirjeldas, kuidas ta on väga hõivatud ning suuremat töökoormust ta enam ette ei kujuta ega oleks ka võimeline tegema. Lisaks vastuvõtule ja operatsioonidele tuleb teha valveid (sh telefonivalves). Ülemarsti tööpäev kestab tavaliselt igapäevaselt 20ni. Suhteliselt pikkadele ja intensiivsetele tööpäevadele välismaal viidati veel mitmes intervjuus. Üks eriarst kirjeldas, kuidas tavaline tööpäev kestab õhtul 18-ni, kord kuus tuleb valves olla ning lõunaajal tuleb tegeleda administratiivse tööga. Lisaks ei toimu töö ühes kohas, vaid liikuda tuleb eri asutuste vahel – seega võrreldes enda tööd Eesti kolleegidega on töökoormus suurem ja tööpäev pikem. Üks arst-resident kirjeldas, kuidas välisriigis on tavalise tööpäeva pikkus 10 tundi ja nädalas tuleb teha 46 töötundi, millest umbes 10 tundi on ette nähtud

õppimisele, koolitusele vms. Lisaks õpingute ning vabast ajast tehakse sageli õhtu- ja öövalveid – ehk arst-residendi töökoormus on suurem kui see oli Eestis.

Üks intervjuueritud üldarst selgitas, et tema kulutab iga patsiendi vastuvõtuks umbes pool tundi, võrreldes Eestiga leidis ta, et see aeg on pikem. Samas sõltub patsiendile kulutatud aeg lisaks läbirääkimistest ja kokkuleppest tööandjaga aga ka patsiendi karakteristikutest (nt milline on patsientide keskmine vanus nimistus). Vanemaid patsiente kontrollitakse põhjalikumalt, et nad nii tihedalt arsti juures ei käiks.

Intervjuueritud üldarstid leidsid, et Eestis on perearstil väga keeruline endale asendajat leida (sh puhkuste ajaks) ja seega ollakse aheldatud enda piirkonna ja nimistu külge, samas kui välisriigi näitel on olukord lahendatud sel viisil, et kohalik omavalitsus (KOV) korraldab ja leiab perearstile puhkuse ajaks asenduse. Üks intervjuueritud üldarst selgitas, et Eesti näitel on töökoormust keerulisem määratleda, sest perearstid on ettevõtjad, kelle tööajast ühe osa võtab vastuvõtutöö ja teise osa administratiivne töö.

Teiste riikidel näitel võib välja tuua, et sageli on dokumenteerimine ja kirjutamine usaldatud sekretärile, mistõttu arst saab tegeleda vaid meditsiiniliste küsimustega. Samas kui Eestis teeb arst nii meditsiinilist kui administratiivset tööd, mis mõjutab ka töökoormust. Üks intervjuueritu võrdles, et kui välismaal on võimalik üldarstina töötamise koormust üsna hästi iseendal reguleerida, siis eriarsti töökoormust (välismaal) hindas ta kõrgemaks võrreldes Eestiga, sest nõudmised eriarstile on suuremad.

Mitmel korral toodi välja, et ka välismaal on töökoormus ja ka töö intensiivsus viimasel ajal kasvanud. Rahastuse vähendamise tõttu on kohti koomale tõmmatud ning senine töö tuleb teha ära olemasoleva või väiksema arvu personaliga. Lisaks on kohti, kus arstikohad ei ole täidetud ja neid ei plaanitagi täita, mis tähendab seda, et töötavate arstide päevaplaanid on väga täis ja on oht, et soovitud tegevustega ei jõuta õigeks ajaks valmis (st tekivad ületunnid). Mõni intervjuueritu viitas ka kõrgele stressitasemele ja kasvanud rahulolematusele võrreldes mõne aasta taguse olukorraga. Samas oli ka neid intervjueeritud, kes hindasid kümne aasta tagust olukorda välismaal kehvemaks (st suurem koormus, madalamad palgad), kui see on praegu.

Töökoormus võib sõltuda ka sellest, kas arst töötab suures või väikeses haiglas. Üks intervjueeritud eriarst selgitas, et väikeses haiglas välismaal tuli teha kõik tööd ise (sh paberitöö), ent suures haiglas teevad suure osa sellest tööst ära residendid ja sekretärid. Ta leidis, et mida vanemaks saad, seda lihtsamaks töö läheb, sest kasvab konsultandi töö osakaal („ütled, mida tegema peab“) ning mida noorem oled, seda raskem on töö („kõike peab ise tegema“).

Välisriikide kogemuse näitel väärtustatakse seda, et arstide tööaega jälgitakse väga täpselt (sh saabumist-lahkumist töökohalt) ning üldjuhul on ette nähtud, millal on lõuna-, puhkepaus ja millal tuleb tööd teha. Nendest kokkulepetest peetakse kinni. Samas oli ka intervjueeritud, kes arvasid, et kuna tervishoius on kulusid kärbitud, siis on praegu puhkepausid väiksemad ja töötajad kasutavad ka neid töötamiseks. Osalt võib välja tuua, et mõnedes haiglates ja riikides on inimeste ebakindlus kasvanud ja seetõttu tehakse rohkem kui varem. Üks intervjueeritud eriarst hindab välisriigis seda, et kuigi tööd on umbes sama palju või isegi rohkem kui oli Eestis, siis praegu teeb ta enam meditsiinilist tööd ning vähem muud tööd (sh paberitöö) võrreldes Eestiga. Ta hindas, et stressi allikaks Eestis oli osalt see muu töö (sekretär, õde, sotsiaaltöötaja ühes isikus), millega ta nii suures mahus tegeleda ei soovinud, aga mis võttis väga suure osa ajast. Intervjuueritu arvas, et välisriigis jälgitakse palju enam seda, et arst üle ei töötaks. Selle aitab tagada arsti tööaja väga detailne jälgimine: kui arst tööle saabub, siis registreerib ta ennast elektrooniliselt kaardiga. Kui praegu läheb ta igal hommikul veidi varem tööle, et teatud toimingud eelnevalt ära teha, siis erinevalt

Eestist loetakse see välisriigis töötaja sisse. Kirjeldatud nn nähtamatu või varjatud töö osakaalu (sh paberimajandus, valved jms), mida ei tasustata, hinnati suuremaks Eestis. Samas oli ka neid, kes arvasid, et alati ei ole hea, kui kell kukub ja töö seisma jääb, millega aga arstid välismaal on väga harjunud.

Korduvalt toodi intervjuudes välja, et **kui välismaal koguneb ületunde, siis need on hiljem võimalik vabades päevades või tavaliselt kõrgema koefitsiendiga töötasus välja võtta**. Üks eriarst hindas, et selliselt lisandub talle aastas umbes üks terve puhkusenädal. Teine eriarst kirjeldas, kuidas kriitilises olukorras, kus arsti vajatakse veel 2–3 tundi, on arstil õigus ületundidest keelduda või saada selle eest kõrgema koefitsiendiga lisatöötasu.

Ühes intervjuus eriarsti/ülemarstiga ilmnes, et ka pärast õist operatsiooni ei ole nt järgmine hommik vaba, kuigi seda on võimalik vabaks küsida, kui operatsioon oli raske ja kurnav. Sellisele soovile ei vaadata viltu. Intervjueeritu kirjeldas, et kuigi töökoormus on suur, siis on tunne, et kui on vaja, on puhkus tagatud.

Õendusalatöötajad

Töökoormuse hindamisel olid õendusalatöötajate arvamused sarnaselt arstidele väga erinevad. **Oli neid, kes hindasid töökoormust sama suureks kui Eestis aga ka neid, kes arvasid, et nüüd on rohkem vaba aega ja vähem ületunde**. Osad intervjueeritud märkisid, et nende töökoormus nädalas praegu on 36–37,5 tundi. Mõned hindasid, et nende töökoormus küündib üle 40 tunni nädalas (nt tehakse lisaks rendifirmale valveid). Näiteks arvas üks intervjueeritu, et sarnaselt Eestile käiakse ka Soomes haigena tööl ja mõned töötajad kasutavad ära õigust olla haigena (st ilma haiguslehte välja võtmata ja palka kaotamata) kuni kolm päeva kodus, mis aga tähendab teistele suuremat töökoormust.

Mitmel korral **toodi kriitiliselt välja Eestis lubatud 24-tunniste valvete tegemist**. Välismaal tehakse enamasti 8-tunniseid ja vahest 12-tunniseid valveid. Üks intervjueeritud üldõde võrdles, kuidas Eestis tegi ta 24-tunniseid vahetusi, et saada vabu päevi, ent välismaal on 8-tunnised, vahest ka 6-tunnised vahetused. Ta selgitas, et inimesed saaksid soovi korral mitmes haiglas ja mitme töötaja juures Eestis töötada, on vahetused pikad. See omakorda viib olukorrani, kus inimesed on väsinud ja kurnatud. Intervjueeritu arvas, et selline töökoormus ei ole õige ning ületöötamise eest on vastutavad nii töötajad ise kui töötajad. Teine õde kirjeldas, kuidas Eestis töötades nägi ta õdesid, kes töötasid mitme koha peal ja tegid pikki valveid. Nad põhjendasid seda vajadusega enda peret toita. Intervjueeritu tunnistas, et ise ta sellist majanduslikku survet Eestis töötades ei tundnud, sest puudus pere ja intensiivõe palk oli üsna hea võrreldes tavaõe töötasuga. Ka üks intervjueeritud eriarst oli arvamusel, et Eestis on tõsine probleem õdede suur töökoormus ja mitmel kohal töötamine, mille põhjuseks on liiga madal töötasu. **Õed, kes Eestis elades mitme koha peal töötasid ja sageli 24-tunniseid valveid tegid, hindasid seda tagantjärele väga negatiivselt**. Lühemaid vahetusi eelistatakse seetõttu, et need ei ole nii väsitavad, kurnavad ja pärast tööpäeva on võimalik (nii aja kui energia mõttes) veel midagi teha.

Eesti näitel viidati lisaks ebakindlusele haiguslehe võtmisel ja töölt koju jäämisel. Üks intervjueeritu tunnistas, et kui Eestis ei julgenud ta haiguslehele jääda ja käis haigena tööl, siis välismaal ei kardata haiguse korral koju jäämist, lisaks on olemas töökindlustus.

Üks intervjueeritu arvas, et töökoormus välismaal ja Eestis on sama, sest ka patsientide arv ühe töötaja kohta on sarnane. Teise spetsialiseerunud õe näitel on töökoormus välismaal väiksem, sest patsientide arv on võrreldes Eestiga umbes kolm korda väiksem ja 24-tunniste vahetuste asemel töötatakse 12-tunnistes vahetuses.

Lõunapausid on välismaal tööaja sees ning tavaliselt on nende jaoks ette nähtud kindlad kellaajad, millest peetakse kinni. Kui mõned intervjueritud hindasid pauside tegemist Eestis ja välisriigis sarnaseks, siis osad intervjueritustest olid seisukohal, et Eestis oli palju keerulisem aega pausi jaoks võtta (sh söömise, WC-s käimise jaoks). Lisaks sõltub see konkreetsest osakonnast ja töö intensiivsusest. Täiendavalt toodi välja, et teatud tööülesannete tarvis on välisriikides kindlad kellaajad, mis aitavad tööd planeerida.

Negatiivses võtmes mainiti Eesti näitel varjatud töötunde, mida ei tasustata, nt kui mõnikord on vaja varem koosolekuks, aruteluks või mõneks toiminguks tööle tulla. Tehtud ületunnid välismaal kompenseeritakse tavaliselt vabas ajas. Üks koduõde kirjeldas, et kui kuu alguses kompenseeritakse ületunnid vabas ajas, siis kuu lõpus pigem rahas, kui inimene on sunnitud ületunde tegema (nt ei leita asendust). Osalt eelistatakse mõnes kohas rendifirmade tööjõu kasutamist, et mitte kurnata ületundidega oma töötajaid.

Mitu intervjueritud hindasid positiivses võtmes seda, et graafikud tehakse varakult valmis, soovidele graafikus tulla tavaliselt vastu, samuti ei kirjutata töötajale (kui võimalik) graafikusse järjest õhtuseid ja hommikusi vahetusi. Kõrgelt hinnatakse asjaolu, et graafikute koostamisel on regulaarselt mõned nädalavahetused kuus vabad.

5.12.2 Töö intensiivsus

Arstid

Töö intensiivsuse hindamisel jagunesid intervjueritud kolme rühma. **Oli neid, kes leidsid, et nende töö intensiivsus välismaal on oluliselt suurem kui see oli Eestis aga ka neid, kelle arvates töö intensiivsus oli suurem Eestis** (lisaks ületunnid ja väsimus). Üldarstid seostasid töö intensiivsuse patsientide arvuga ja nendega tehtavate protseduuride ja tegevustega. Näiteks toodi välja, et Eestis on teatud osa tööst nn kiired konsultatsioonid, mis tähendab seda, et patsiendil diagnoositakse nohu, köha vms ja antakse haigusleht. Erinevalt Eestist tegeleb nt Soomes selliste juhtumitega erakorraline osakond. Mõni üldarsti töökogemusega eriarst leidis, et erinevalt eriarsti tööst saab üldarst enda töö intensiivsust välismaal osaliselt määrata, sest seadusandlus paneb paika tööajad. Lisaks leidis neid, kelle arvates **töö intensiivsus Eestis ja välisriigis on üsna sarnane** aga ka neid, kelle arvates ei ole võimalik töö intensiivsust võrrelda, sest töökeskkond Eestis ja välisriigis on liialt erinev.

Üks intervjueritud üldarst selgitas, et kuna administratiivne töö on arstidelt välismaal ära võetud, siis selle võrra on meditsiinilist tööd rohkem ja see on intensiivsem. Ka mitmed teised intervjueritud hindasid, et **välisriigis teevad nad enam meditsiinilist tööd, mistõttu on tööpäev märgatavalt intensiivsem**. Näiteks aegu broneerivad ja haiguslugusid kirjutavad sekretärid, kelle tunnitasu on väiksem.

Üks eriarst selgitas, et polikliiniku- ehk vastuvõtupäeval on ette nähtud 20 minutit ühele patsiendile ja samuti on arstil ette nähtud lõunapaus. Erinevalt välisriigist ei olnud Eestis võimalust tema hinnangul teha lõunapausi väga tiheda graafiku ja suure patsientide arvu tõttu. Intervjueritu arvas, et Eestis oli oluliselt rohkem rabelemist ja kiirustamist. Tähtis oli võimalikult palju visiite ära teha, samas kui **välismaal on tähelepanu patsiendi turvalisusel** ja sellel, et arstil oleks patsiendi jaoks aega ning ei tehtaks vigu (mh väsimuse tagajärjel). **Eesti näitel suuremale rabelemisele ja kiirustamisele**, samuti sellega seotud väsimusele viidati ka mitmes teises intervjuus arstidega. Seda kirjeldati sageli tundega, et töö kõrvalt ei ole Eestis millegi (sh iseenda) jaoks aega. See võib omakorda intervjueritute arvates läbipõlemise tõttu tekitada ükskõiksust ja hoolimatut suhtumist nii kolleegidesse kui patsientidesse.

Teine eriarst selgitas, et välisriigis on töö veidi teisiti ja mugavamalt korraldatud, nt ei ole erinevaid kohustusi (st visiidid, lõikused/operatsioonid ja paberitöö) samal päeval, mis aitab keskenduda ühele tegevusele. Mitmel juhul hindasid intervjueeritud töö intensiivsuse Eestis suuremaks, sest tehtavate toimingute, lõikuste ja protseduuride arv oli Eestis võrreldes välisriigiga suurem. **Töö intensiivsuse hindamisel välismaal täheldati, et päevad on väga erinevad** ning operatsioonide, teiste meditsiiniliste toimingute arv päevas võib varieeruda, samuti on erinev patsientide toimetulek ja taastumine. See annab osalt paindlikkuse vähem intensiivsemal perioodil puhata või paberitööga tegeleda. Samas tunnistas üks eriarst/ülemarst, et kuigi töö intensiivsus on niivõrd kõrge, siis ta ei tunne, joostes ühe ülesande juurest teise, et keegi tegelikult kompenseeriks selle talle. **Osalt arvati, et mingil määral on võimalik enda töö intensiivsust juhtida, ent mitte kõigil erialadel ja mitte kõigis olukordades.**

Kuna ka välismaal on teatud kohtades ja valdkondades arste puudu, tervishoiukulusid on kärbitud, siis see paneb suurema koormuse ja pinget juba töötavatele arstidele ning muudab seeläbi tööõhkkonda.

Noored arst-residendid tõid töö intensiivsuse hindamisel välja, et osalt on välisriigis arst-residendina vähem lõikusi ja puhkepausid on ette nähtud, mis tähendab, et töö intensiivsus välismaal on väiksem võrreldes Eestiga. Samas õppiva kirurgi seisukohast seda positiivsena ei nähtud. Ühtlasi arvati, et pärast residentuuri on keskmisel arst-kirurgil enam operatsioone ja laiem tööpõld kui Eestis (nt ortopeedias). Lisaks võrreldi, et **välismaal võib residendi töökoormus ja töö intensiivsus olla kõrgem kui eriarstil** ning resident peab rohkem tegema ning rohkem jõudma (nt sisehaigustes, radioloogias). Üks arst-resident selgitas, et kuna Eestis oli vähem tema erialaarste, siis tundus töö intensiivsus suurem, samas erineb oluliselt kahe riigi töökorraldus.

Õendusalatöötajad

Intervjuude põhjal võib välja tuua, et sarnaselt arstidele jagunesid intervjueeritud kolmeks. **Üks osa hindas töö intensiivsust Eestis ja välisriigis samaväärseks, teine osa hindas töö intensiivsust kõrgemaks välismaal ja kolmas osa kõrgemaks Eestis.** Töö intensiivsus sõltub osalt sellest, mis osakonnas õde töötas Eestis ja mis osakonnas, kus asutuses välismaal.

Mõned intervjueeritud hindasid töö intensiivsust Eestis ja välisriigis samaväärseks, sest nt patsientide arv ühe töötaja kohta on sama. Samas oli ka õdesid, kellel on vähem patsiente välismaal kui oli Eestis ja kes seega hindasid oma töö intensiivsust madalamaks.

Üks intervjueeritu kirjeldas, kuidas Eestis tundis ta, et peab töötama nelja inimese eest ja tegema kõiki protseduure ja toiminguid ühel ajal, samas välismaal tunneb ta, et teeb tööd ühe eest. Tööd on rohkem siis, kui tuleb uut inimest koolitada või keegi jääb haigeks. Intervjueeritu leidis, et Eestis nõutakse ühelt inimeselt liiga palju ning samas ei ole võimalik kelleltki abi paluda, sest ka teised on ülekoormatud ja väsinud. Lisaks oli neid, kes tunnistasid, et kui oma asjadega Eestis hakkama ei saa, siis vaatavad teised kolleegid viltu.

Mitu intervjueeritud olid sama meelt, et **intensiivsus on periooditi erinev ning sõltub olukorrast**, nt on töö intensiivsus ja -koormus suurem siis, kui keegi haigeks jääb või koolitusele läheb sarnaselt Eestis töötamisel. Üks õde kirjeldas, kuidas Eestis töötades oli tunne, et tuleb palju teha, ent välisriigis on tema arvates tööd veel rohkem, sest töötempo on kiire ja tavaliselt lõunapausiks aega ei jää. Viimasel ajal on tekkinud nii intervjueeritud kui kolleegidel lisatöötunde, sest tööga ei jõuta valmis. Teine üldõde oli seisukohal, et mõnedes osakondades Eestis on liialt palju õdesid tööl – töö annaks ära teha vähema personaliga. Ta selgitas, et kui välisriigis on ta üksinda kuni 30 patsiendiga (hooldekodus kuni 60 patsiendiga) ning teha

tuleb lisaks õetööle ka hooldajatööd, siis Eestis oli selle jaoks 2–3 õde ning hooldajad. See tähendas tema jaoks, et Eestis oli võimalik oma tööaeg rahulikult „ära istuda“.

Võrreldes Eestiga toodi mitmel juhul välja suurenenud paberitöö osakaalu ja dokumenteerimise tähtsust.

5.12.3 Töökorraldus

Mõnes intervjuus arstidega viidati puudujääkidele ka välismaa töökorralduses ja arstiks saamisel. Ühes intervjuus eriarst/ülemarstiga selgus, et kui välisriigis on üldkirurgia õpe ja praktiseerimine suhteliselt hästi korraldatud, siis subspetsialiseerimisel selles valdkonnas esineb vajakajäämisi. Ta selgitas, et subspetsialiteedi saamiseks on vajalik jälgida operatsiooninimekirju ja operatsioonideks kulunud aegu, mida ja kui palju on tehtud. Arsti hinnangul peaks lisaks olema lõpus põhjalik eksam, mis teadmisi kontrollib. Ilma eksamita ei ole võimalik kindlaks teha, kas inimene on omandanud kõik vajalikud teoreetilised teadmised.

Töökorralduse puhul esineb puudujääke nii Eestis kui välismaal. Mida pikem on töökogemus ja mida kogenum on arst, seda enam ka puudujääke märgatakse. Ühes intervjuus eriarstiga ilmnes, et tema hinnangul on töökorraldus välismaal märgatavalt ebaefektivsem selles mõttes, et Eesti kogemuse näitel jõuaks ta palju enam teha, ent välismaal on töötamise filosoofia hoopis teistsugune, st rahulikum. Hoopis teisel seisukohal oli teine intervjuueritüd eriarst, kes kirjeldas, kuidas sama arv lõikusi tehti välisriigis ära märgatavalt kiiremini, sest väga hästi oli ära tehtud eeltöö, patsiendi ettevalmistus ning administratiivset koormat vähendas võimalus lugeda tekstid ja haiguslood arvutisse.

5.12.4 Puhkus

Arstid

Puhkuse võimalust, pikkust ja tasustamist hinnati välismaa kogemuse näitel väga positiivselt ning kõrgemalt kui Eestis. Puhkuse pikkus võib sõltuda arsti tööstaažist: mida rohkem on kogunenud tööstaaži, seda pikemad on puhkused. Soome näitel toodi positiivses valguses välja ka seda, et mida vanem on inimene, seda vähem peab ta valvete tegema. Samas valvamise intensiivsus võib samuti puhkuse pikkust mõjutada ning tehtud valvete arvelt võib puhkusele lisa teenida.

Üks eriarst kirjeldas, kuidas välisriigis on tal õigus välja võtta 38 tööpäeva puhkust aastas erinevalt Eestist, kus puhkusepäevade arvestus käib kalendripäevade alusel. Lisaks on loodud võimalus võtta välja 19 tööpäeva ulatuses puhkuse kompensatsiooni, kas siis täiendavate vabade päevadena või rahas. Kogu puhkuse pikkust võib veel mõjutada aastas kogunenud ületunnid.

Üks eriarst selgitas, et **soositud pikk puhkus välisriigis väljendab põhimõtet, et arst peab olema oma tööd tehes välja puhanud, et vältida ületöötamisest ja väsimusest tekkivaid vigu.** Mitmed intervjuueritüd juhtisid tähelepanu ka sellele, et kuna kulude kokkuhoid on jõudnud tervishoidu välismaal, siis puudub kindlus, kas sellises mahus puhkused tulevikus alles jäävad.

Õendusalatöötajad

Mitmes **välisriigis on puhkus õendusalatöötajatel pikem kui Eestis.** Näiteks võib Inglismaal spetsialiseerunud õde puhata aastas kuni seitse nädalat. Osalt on põhjuseks ka see, et puhkust arvestatakse

tööpäevades ja mitte kalendripäevades. Õendusalatöötajate puhkuse pikkus võib välismaal isegi kuni kaks korda pikem olla võrreldes teiste ametialadega (nt IT-valdkond).

Puhkuste perioodil leitakse nt Soomes töötajale asendajad teistest osakondadest või rendifirmade kaudu. Kuigi rendifirmast tellitud tööjõud on kallis, eelistatakse sageli seda varianti, sest oma töötajaid soovitakse ületundidest ja läbipõlemisest säästa. Veidi teistsugune suhtumine on Inglismaal, kus samuti on loodud nn töötajate pank, kust on võimalik töötajaid tellida. Nende arstide, õdede töötasu on märgatavalt kõrgem, seega haiglatele on see suur väljaminek. Sel põhjusel eelistatakse lisa-valvete andmist enda töötajatele, kes osakondi ja patsiente tunnevad. Üks intervjuueritu selgitas, et see paneb surve alla oma töötajad, sest koormus kasvab ja taastumisaega tööst jääb vähem.

Kuigi tavaliselt ollakse välismaal puhkuste planeerimise ja arvestamisega üsna rahul, siis mõnedes riikides võib see olla raskendatud. Üks õde selgitas, et kuna õdedest välisriigis on puudus, siis sarnaselt Eestile on väga keeruline puhkust soovitud ajal välja võtta, sest üldjuhul soovivad kõik puhata suvel.

Puhkusetasuga välisriikides ollakse tavapäraselt väga rahul. Mitmel korral toodi välja, et tasu lubab reisida ja end meelepärasele tegevustele pühendada.

5.12.5 Töötasu

Arstid

Töötasude erinevust välismaal ja Eestis hinnati väga suureks. Mitmed intervjueeritud tunnistasid, et nad ei ole täpselt kursis, milline on Eestis praegu arstide palgatase. Ent arusaam ja kolleegidelt kuuldu on, et Eestis head palka saada, peab mitme koha peal tööl käima. Samas kui välisriigis piisab majanduslikus mõttes ühel töökohal töötamisest. **Välisriikide näitel peeti tööülesandeid ja töökoormust töötasule vastavaks.** Ent oli ka neid, kes väärtustasid seda, et viimastel aastatel on töötasu Eestis tõusnud (sh residentidel) ning leidsid, et arstide olukord on oluliselt paremaks läinud. **Oli ka neid, kelle hinnangul on arsti palk Eestis täiesti normaalne,** ent oluliselt kehvas seisus on nt õed.

Üks eriarst võrdles, et kui Eestis oli palk normaalne, siis välismaal on väga hea. Üks arst-resident kirjeldas, et residentid Eestis teenivad üldjuhul normaalselt aga seda vaid siis, kui elatakse koos elukaaslasega ja peret (st lapsi) ei ole. Ta leidis, et säästa saab rohkem siiski välisriigis, mis annab rohkem võimalusi. Samas teine eriarst kirjeldas, kuidas elamisväärse palga teenimiseks residentina Eestis, oli normaalne töötada 300 tundi kuus.

Korduvalt nimetati intervjuudes olulise teemana ka valvete tegemise kohustust Eestis, mis kuulub täiskoormusel töötamise juurde ja mida arvestatakse töötasu sisse. **Välisriikide näitel kuuluvad valved lisatasu alla ja suurendavad märgatavalt saadava töötasu suurust.** Eesti näitel toodi negatiivses võtmes eraldi välja seda, et just residentid peavad sageli tegema tasuta valveid ja neid kasutatakse ära ka töötajate asendamisel (nt kui keegi jääb haigeks). Sellist jõulist käitumist on peamiselt tunnetatud suurtes haiglates. Samas oli intervjueeritud, kelle valvetöö ka Eestis tasustati eraldi (mh tehti vahet koduvalvetel, mis olid madalamalt tasustatud).

Üks intervjueeritud üldarst arvas, et kui Eesti töökeskkond sarnaneks Soome töökeskkonnale (st töö sisu silmas pidades), siis ei oleks palk Eestis üldse probleem. Järelikult on teatud osa tervishoiutöötajatest rahulolematud peamiselt just töökeskkonnaga ja töö sisuga Eestis ning mitte niivõrd palgaga. Samas **teatud osa intervjueeritutest pidas töötasu Eestis madalaks, mis ei võimalda saavutada soovitud elustandardit**

ega vasta sellele, kui kaua ollakse erialast haridust omandatud, kui suur vastutus tööga kaasneb ja kui palju tuleb tegelikult tööd teha (sh ennast koolitada) ning tööle pühenduda. Mõni intervjuueritu hindas erinevust töötasus võrreldes välismaaga neljakordseks ilma ületunde arvestamata ning mõni ligi viiekordseks.

Töötasu suurus sõltub ka sellest, mis piirkonnas ja haiglas välismaal arstid töötavad ning kas töökoht asub avalikus või erasektoris. Üks intervjueeritud üldarst selgitas, et pärast seda kui ta läks firmast avalikku sektorisse tööle, siis tema töötasu langes veidi. Mõned intervjueeritud töid välja, et nende töötasu kasvab veidi igal aastal koos töökogemusega.

Üks intervjueeritud üldarst meenutas arst-residendi aega Eestis ning leidis, et mitte millegi tegemise eest oli saadud töötasu liiga suur, sest ta ei otsustanud midagi („*minust polnud kasu*“) ja see oli pigem õppimine, millele maksti peale. Selline olukord ei olnud tema hinnangul iseloomulik kõigile tsüklitele, ent siiski mitmele. Intervjueeritu juhtis tähelepanu sellele, et mõnedel erialadel teenivad väga palju töötavad residendid väga vähe. Samas on erialasid, kus arst-resident teenib koos valvetega rohkem kui eriarst Eestis ning see on probleem. Veel üks arst-resident leidis, et kui välisriigis teenib eriarst umbes kaks korda suuremat palka kui resident, siis Eestis teenivad residendid ja eriarstid üsna samaväärset tasu. Üldjuhul toonitati, et **võrreldes residentidega teenivad eriarstid välismaal oluliselt rohkem, võrreldes teiste erialade ja ametialadega (sh keskmise palgaga) teenivad arstid välismaal proportsionaalselt enam ja kuuluvad ühiskonna hierarhias kõrgemale** ning jõukamasse kihti. Lisaks on üldine elatustase ja palgatase välisriikides siiski kõrgem.

Arstidelt küsiti täiendavalt, kellega nad samaväärset töötasu peaksid saama ja kellega (mis ametialadega) enda sissetulekuid võrdlema. **Sageli võrreldi intervjuudes soovitud palka juristide töötasuga**, sest nende õpingute kestus ja haridustee on sarnane arstidele. Samuti toodi võrdlusmomendina välja poliitikuid, piloote arhitekte ja insenere. **Kõrgemat töötasu põhjendatakse eelkõige vastutusega inimelude ees.** Ühe erisusena toodi välja, et juristidel ja advokaatidel on võimalik töötada erasektoris, samas kui arstid töötavad enamasti avalikus sektoris. Samas on mõne intervjueeritu kogemuse näitel riike, kus tõepoolest arsti palk avalikus sektoris on samaväärne juristi/advokaadi töötasuga erasektoris (nt Kanada). Üks intervjueeritu selgitas, et kui välisriigis töötab üks elukaaslastest arstina ja teine IT erialal või ehituses, siis arsti elukutse esindaja teenib tavapäraselt kolmandiku võrra rohkem, samas võib Eestis olukord olla vastupidine.

Õendusalatöötajad

Enda **töötasu hinnati välismaal mõnel juhul kolm kuni viis korda suuremaks sõltuvalt ametikohast, asutusest ning töökogemusest ja spetsialiseerumisest.** Mõnes riigis on õel aastas lisaks kolmeteistkümnes palk. **Tavaliselt tunnetatakse, et töö, mida välismaal tehakse ja palk, mida selle eest saadakse, on üksteisega kooskõlas.** Eesti palga näitel leiti, et keeruline on toime tulla, kui tekivad ootamatud kulud (nt pereliige haigestub, hambaravikulud, õnnetused jms). Negatiivsest küljest hinnati Eestis saadava palga näitel nii kasvanud toiduhindu kui väljas söömise kallidust, samuti kõrgeid üürihindu, sest puudub riigi poolt hallatav üüriturg erinevalt nt Soomest. Samas arvas üks intervjueeritu, et kuna Eestis võib nii mõneski osakonnas oma tööaja „ära istuda“, siis selle kohta on palk täiesti normaalne. Eestis on õdede palk raskemates osakondades (nt erakorraline meditsiiniosakond, intensiivravi) kõrgem. Välisriigis hinnati positiivselt nii seda, et soovi korral on saadava töötasu juures võimalik soetada nii kinnisvara kui üürida, ent Eestis on õendusalatöötaja palga juures mõlemad variandid keerulised. Õe töötasu arvati Eestis olevat äraelamiseks liialt väike nii üksinda elades kui perega (sh lastega).

Üks intervjuueritu tõi välja, et erinevalt Eestist on välisriigis pühapäeval nt täistopeltpalk, õhtused ajad ja laupäev on tasustatud lisana. Intervjuueritu selgitas, et Eestis pidi hea töötasu saamiseks töötama mitme koha peal ja tegema piisava arvu öövalveid. Intervjuueritu märkis, et mõni valiski palga pärast vaid öövalved. Teine õde selgitas, et välisriigis ei saa riigipühadel töötamise eest topeltpalka vaid selle eest antakse töötajale lisapuhkepäev; ka ületunnid ei kuulu üldjuhul välja maksmisele, vaid selle asemel antakse vabu päevi. Teise sama riigi intervjueritud spetsialiseerunud õe näitel oli soovi korral võimalik ületunde teha ja need kuulusid kõrgemalt tasustamisele.

Väga positiivselt hinnati mõne välisriigi näitel seda, et õe palk sõltub staažist, ametikogemusest ja spetsialiseerumisest. Üks intervjuueritu selgitas, et erinevalt Eestist on välisriigis alles alustaval õel vähem vastutust ja väiksem palk – Eestis peavad kõik õed ühtmoodi tööd tegema. Ka teine üldõde kirjeldas, kuidas esimesel aastal välisriigis teenib õde umbes sama suurt palka kui koristaja, ent alates teisest aastast hakkab palk tõusma. Mitmel juhul toonitati, et **õe töötasu peaks sõltuma läbitud koolitustest ja haridusest, samuti töökogemusest.**

Kuigi töötasu tunnetatakse välisriikides kordades kõrgemana, siis võrreldes teiste elukutsetega ei tundu õe töötasu alati kõrge ja atraktiivse (sarnaselt Eestile) ja seda eriti esimestel aastatel. See arvatakse olevat ka üheks põhjuseks, miks õdedest on suur puudus, sest kohalikud ei soovi nii madala töötasu eest tööle asuda ega õeks õppida. Teisalt, kuni üldine elujärg on välismaal parem, siis on tunne, et raha jääb ikkagi rohkem kätte ning selle eest saab rohkem elada. **Samas mõned intervjueritud olid arvamusel, et võrreldes teiste elukutsetega teenivad õed välismaal siiski rohkem kui õed Eestis ning õetöö on enam väärtustatud.**

5.12.6 Töökeskkond

Arstid

Töökeskkonna hindamisel olid arvamused erinevad sõltuvalt kohast, kus töötati Eestis ja kus töötatakse praegu välismaal. Mitmed intervjueritud arstid (nii üld- kui eriarstid) töötasid alguses välismaal väiksemas piirkonnas ja asutuses, kus seadmetega varustus oli kehvem kui see oli Eesti haiglas töötades. Lisaks kirjeldas üks intervjueritud üldarst, kuidas raha puudusel on viimasel ajal teatud uuringutest ja protseduuridest välismaal loobutud, mis on töötamise võimalused üldarsti jaoks võrreldes Eestis kogetuga kehvemaks muutnud. Samas leidis ka intervjueritud, kes hindasid sellist keskmist seadmetega varustatust paremaks välisriigis. Üks arst-resident kirjeldas, kuidas töökeskkonna modernsus ja kaasaegsem olek väiksemates haiglates tuleb tõenäoliselt ajaga, ent välisriigis on see praegu parem.

Üks eriarst arvas, et väikeste haiglate seadmete ja töövahenditega kehvem varustus on probleemiks nii Eestis kui välisriigis, sest instrumentide riulis hoidmine on kallis. Ta selgitas, et praeguses töökohas suure haiglas on töövahendid suurepärased, neid tellitakse vastavalt vajadusele juurde ja lisaks on igal arstil oma eripärad, millega on harjutud töötama. Samas päris kõike ka alati tellida ei saa, sest vahendid on piiratud.

Mitmed arstid hindasid seadmete ja masinatega varustatust ning tehnika olemasolu aga ka uuringute võimalust ja ravimite kasutamist oma valdkonnas (nt radioloogias, hematoloogias, psühhiaatrias) Eestis ja välismaal samaväärseks. Mõnel juhul ei osatud töökeskkonda hinnata, sest osakonnad Eestis ja välismaal on väga erinevad (nt suurus ja spetsialiseerumine). **Masinate olemasolust ja soetamisest tähtsamaks peeti seda, et töötajad oskaksid neid professionaalselt ja õigesti igapäevaselt kasutada.** Samavõrd olulisena toodi ühes intervjuus välja, et töötajatel, kellel on vaja seadmeid kasutada, oleks õigus neid kasutada ja et

need ei oleks kahe-kolme inimese pärusmaa. Ühes intervjuus viidati Eesti näitel kriitiliselt olukorrale, kus töötajad ei oska uusi seadmeid kasutada („*vana kool ja uued seadmed ei sobi omavahel kokku*“). Täiesti erineval seisukohal oli teine eriarst, kes hindas seadmete professionaalset tundmist ja kasutamist Eestis väga heaks.

Välismaa näitel väärtustati lisaks seda, et enam tehakse eri haiglate vahel koostööd, samas kui Eestis valitseb haiglate vahel tugev konkurents. Võrreldes Eestiga leiti, et välismaal pööratakse enam töökeskkonnas tähelepanu patsiendi turvalisusele ning selle jaoks on erinevad „*kontrollnimekirjad*“, mis enne ja pärast meditsiinilisi toiminguid läbi käiakse. Ka tööjuhendeid ja nendest lähtumist, mis aitavad aega ja ressursse säästa, peeti välisriikide näitel olulisemaks kui Eestis.

Õendusalatöötajad

Hinnangud töökeskkonnale olid intervjueritutel erinevad. Mõni arvas, et sarnaselt Eestile on ka välismaa tervishoiusüsteemis alati midagi puudu ja raha on vähe, et tingimusi parandada. Mõned arvasid, et tehnika ja seadmete piisavuses ja olemasolus erinevusi ei ole aga oli ka neid, kes arvasid, et välismaal on vahendeid enam. Paar intervjuerituti ei osanud hinnangut anda või leidsid, et töökeskkond on pigem sarnane. Mõni õde arvas, et nt Eestis pidi töövahendeid enam säästma (sh ravimitopse, vahendeid pesema). Üks üldõde kirjeldas, kuidas osakonnas on kasutusel meditsiinikast, milles on kõik vajalik ja millega liigutakse mugavalt patsiendi juurde ja mitte vastupidi. Lisaks võivad teatud õe tööülesanded ja toimingud riigiti erineda (nt verevõtmine), ent selle tarvis on tutvustus- ja õppematerjale, samuti on võimalik küsida (individuaalselt) koolitust ning abi teistelt kolleegidelt.

Üldist töökeskkonda silmas pidades oli nii neid, kes arvasid, et **töökeskkond tervikuna on välismaal rahulikum (sh töötempo) ja vähem pingelisem, ent mõne jaoks ei ole töökeskkonnades vahet.** Üks intervjuerituti kirjeldas, kuidas välismaal on erinevalt Eestist rohkem protseduuride ja patsientide jaoks aega, st „*kui täna ei jõua, siis tehakse homme, v.a kriitilistel juhtudel*“. Teine spetsialiseerunud õde kirjeldas, et välisriigis oma tööd tehes on ta õnnelik, mida ta ei mäleta Eestis töötamise ajast. Ta põhjendas seda sarnaselt tundeaga, et inimeste ja patsientide jaoks on rohkem aega ja sellega, et vahetus on lühem.

Välismaa kogemuse näitel väärtustatakse mõnes kohas rohkem tööturvalisust sarnaselt arstidele. Üks spetsialiseerunud õde kirjeldas, kuidas hoolikalt jälgitakse, et inimene ei täidaks ülesandeid, mis kahjustavad tema tervist (nt rasedana) ja kas ning kui palju töötaja puhkab, millega on rahul ja millega mitte. Üldjuhul arvati, et tööandja tunneb selle vastu rohkem huvi.

5.12.7 Tööalased suhted

Arstid

Väga oluliseks teemaks intervjuudes **kujunesid tööalased suhted, koostöö ja kollegiaalsus.** Suhete puhul peeti tähtsaks suhteid ja koostööd teiste kolleegidega (sh õdedega) kui ülemuse, tööandjaga aga ka patsientidega. Intervjueritute arvates **sõltub suhete headus kolleegidega nii töökohast, asutusest, osakonnast kui inimesest endast.** Välismaa kogemuse näitel viidati suhete võrdlemisel Eesti tervishoiusektori patriarhaalsusele ja hierarhilisusele, mis väljendub nii õdede-arstide vastasseisus aga ka füüsiliselt arstidele-õdedele eraldi loodud ruumides. Üks intervjuerituti üldarst kirjeldas, kuidas välisriigis on kõigil töötajatel alates koristajatest kuni arstideni ühine kohvilaud, mis aitab hierarhiat kollektiivis vähendada. Üks arst-resident kirjeldas, kuidas välismaal on õed väga hästi koolitatud, suhteliselt iseseisvad, osavõtlikud ning märkavad kõike, sh jagavad enda tähelepanekuid arstidele ning küsivad nõu. Samas teavad

nad väga täpselt, mis on õe ja arsti funktsioon osakonnas. Positiivselt hindas üks intervjueritu ka seda, et mõni õde on sedavõrd pädev ja kogunud, et oskab noort residentidele aidata ses osas, kes patsientidest ja kui kiiresti peaks pääsema arsti vastuvõtule. Samas oli ka neid, kelle arvates arstide ja õdede hierarhia on sarnaselt tunnetatav nii Eestis kui välisriigis.

Väga **positiivselt hinnati välisriikide näitel teiste arstide ja kolleegidega (sh üldarstidel eriarstidega) konsulteerimisvõimalust ja vastutulelikkust, kui on vaja nõu küsida-arutada**. Üldjuhul leiti, et **selle jaoks leitakse alati aega ning võimalusi ja sellele ei vaadata kuidagi viltu**. Eesti kogemuse puhul arvati, et üksteisesse suhtutakse kui konkurentidesse ja pigem halvasti, koostööd tehakse vähe, nõu küsimine ja konsulteerimine on väga killustunud ja erinev ning sellele ei vaadata hästi. Selle põhjuseks peeti osalt seda, et inimesed on harjunud sel viisil käituma ja suhtuma, eriti kui muu kogemus puudub. Lisaks leiti, et välismaal toimib suhtlus esmatasandi ja erimeditsiini vahel paremini ja lihtsamalt. Üks intervjueritu põhjendas positiivsemat õhkkonda sellega, et tööle tulles jäetakse mured ukse taha. **Samas oli ka intervjueritud, kes hindasid töölaseid suhteid ja kolleegidega läbisaamist Eestis ja välisriigi näitel sarnaseks** – suhted kolleegidega olid head Eestis ja on sama head välismaal.

Tugevat kollegiaalsust ja seeläbi tekkivat turvatunnet hindavad eriti kõrgelt noorarstid. **Eestis on sageli kogetud olukorda, kus vanemal ja staažikamal kolleegil ei ole noorema kolleegi jaoks aega** ning aja leidmist ei peeta ka oluliseks, st **juhendamist ei väärtustata**. Samas eeldavad vanemad kolleegid ka nooremalt head tööd ja vigadeta tulemust, ent ei mõista juhendamise tähtsust.

Kuigi **üldine foon suhtluskeskkonnas näib intervjuude põhjal olevat välismaal positiivsem kui Eestis, siis suhtlemisprobleeme (üksteise mittemõistmist) ja erimeelsusi esineb ka välismaal** „*ka siin on arste ja õdesid, kes käivad nina püsti ja arvavad endast väga palju*“. Samuti on riike, kus esineb tervishoiusüsteemis siiski tugevat hierarhiat (nt Norra). Ühes intervjuus toodi välja, et vahet tehakse, kellega on tegemist (kas nt ülemarstiga, assistent-arstiga, õega või residentiga). Samas **enamasti leiti intervjuudes, et tunnetatav hierarhia on väiksem kui Eestis**. Osalt põhjendati seda ühiskonna arenguga kui sellega, et mõnedes Skandinaavia riikides öeldakse üksteisele „Sina“ ja mitte „Teie“ nagu Eestis, mis samuti võib inimeste vahel barjääre tekitada. Teisalt leiti, et rahvused on veidi erinevad ja eestlased ei ole nii avatud.

Üks eriarst selgitas, et head tiimi iseloomustavad avatud suhted ja intriigide puudumine ning selle tagab hea tiimijuht, kes sellised olukorrad ära lahendab. Eestis koges intervjueritu kahte täiesti erisugust kohtlemist kahes erinevas töökohas – ühe kollektiivi näitel toimus hea meeskond ja teise puhul koostööd ei olnud. Intervjueritu selgitas, et erimeelsusi võib olla, aga nendest peab saama rääkida ja lahkuda tuleb sõpradena, st üksteist austavate kolleegidena. **Meeskonnatööd ja oskust teha koostööd ning selle parendamist Eestis peeti oluliseks** veel mitmes intervjuus.

Näiteks meditsiinis tehakse ka vigu, ent inimestel väljaspool tervishoiusüsteemi on seda keeruline mõista, kuid väga lihtne kiirelt hukka mõista ning seda eriti Eesti näitel. **Ravivigade teket ja nende lahendamist (sh patsientide kaebuste) kollektiivis ning asutusesiseselt hinnati Eesti ja välisriigi kogemuse näitel väga erinevaks**. Üks arst-resident kirjeldas, et kuna välismaal on suurem tähelepanu patsiendil ja kolleegid, kes juhtumit hindavad, annavad hinnangu lähtuvalt patsiendist, st püütakse anda objektiivne kõrvaltseisja hinnang, siis ei ole vajadust koonduda arsti kaitseks (nn ringkaitseks nagu Eestis). Ta selgitas, et juhtum jõuab õigete institutsioonideni, kes patsiendi kaebuste lahendamise tegelevad, ning arst ise sellepärast muretsema ei pea. Välisriigi näitel tõi teine eriarst intervjuus välja, et erinevalt Eestist ei kritiseeri kolleeg avalikult teist arsti ega kahtle tema töömeetodites, sest ravivõimalusi on erinevaid ja meditsiin ei ole täppisteadus. Ta selgitas, et kui viga on tehtud, siis selgitatakse, arutatakse ja antakse kolleegile edasised

soovitused, kuidas raviga edasi minna. Samas kui Eestis on levinud kolleegist tagaselja rääkimine, tema pädevuses kahtlemine ja süüdistamine patsiendi ees, mis omakorda kasvatab umbusaldust ja usaldamatust arstide ja tervishoiu suhtes.

Vastasseis ja hierarhilisus Eestis väljendub ka **juhtkonna ja arstide omavahelistes suhetes** aga ka **noorema ja vanema arstipõlvkonna** vahel. Intervjuude põhjal võib väita, et **välismaa kogemuse näitel tunnetatakse, et koostöö kolleegide vahel (sh juhendamine, nõustamine) toimib paremini välismaal**. Tööalaste suhete all peeti oluliseks ka avatud ja toetavaid suhteid vahetu ülemuse ja tööandjaga. **Arsti ja juhtkonna vahelisi suhteid peeti üldjuhul paremateks välismaal**, Eesti näitel toodi välja mitmeid puudujääke, sh vähest suhtlust, halbu ja mitte toetavaid suhteid, isiklikest tutvustest sõltuvaid suhteid ning juhtkonna autoritaarset juhtimisstiili. Üks eriarst kirjeldas, kuidas Eestis võib arst saada ülekohtuselt kogu pahameele endale ja jääda nn peksuobjektiks, kus kogu vastutus jääb arstile, st tööandja ise ei võta mingit vastutust. Tööandja esimene reaktsioon Eestis võib olla otsus arst lahti lasta, kaalumata teiste osaliste seisukohti. Intervjueeritu ei pidanud välisriigis sellist käitumist võimalikuks, sest patsientide kaebuste menetlemine on põhjalik, objektiivne ja läbimõeldud. Mitut intervjueeritut on Eestis hämmastanud tööandjate suhtumine, et „*kui ei meeldi, siis mine ära, sest järjekord on ukse taga*“ ning seda ka patsientide kaebustega tegelemisel. Samas teine arst leidis, et Eestis on probleemiks karistamatuse tunne, sest haiglas kaitstakse omasid (nn ringkaitse). Kui aga vastuolu tekib suurema siseringiga (sh juhtkonnaga), siis palutakse arstil lahkuda. Mitmel juhul mainiti, et välismaal on tunne, et töötaja heaolu on tähtis ja sellesse investeeritakse, st kui on vaja midagi lahendada või töötaja vajab abi/juhendamist tööülesande täitmisel, siis leitakse selleks võimalus. Eesti näitel hinnati sellist võimalust pigem kriitiliselt. Ühe intervjueeritu hinnangul põhjustab rahulolematust ning pinget kollektiivis ja Eesti haiglates lisaks inimeste erinevad palga- ja töötingimused (ka ühe osakonna siseselt), mis on tekkinud haiglatevahelise inimeste „üleostmisega“.

Rahulolematust põhjustavat autoritaarset ja käskivat juhtimisstiili Eesti tervishoius arvati osalt pärinevat vanast ENSV ajast, kus ülemus/tööandja oli institutsioon, mis otsustas ja tegi kõike sh „*käskis, poos ja laskis*“. Samuti põhjendatakse seda juhtkonna hirmuga enda koht, staatus ja võimupositsioon kaotada – nooremates kolleegides nähakse ohtu iseendale. Olulise murekohana tunnetatakse praeguse juhtkonna vastasseisu muutustele ja seisukohta, et sellest, kuidas praegu asju tehakse piisab, sest ka varem on nii hakkama saadud. Mitmed intervjueeritud arvasid, et see on aja jooksul paremaks muutunud, ent seda on siiski suhetes tunda.

Õendusalatöötajad

Intervjueeritute kogemused siinjuures olid erinevad, ent **tavapärast tajutakse tööalastes suhetes Eestis rohkem hierarhiat ja vastasseisu, sh nt kaaskolleegide vahel, töötajate ja tööandja vahel, arstide ja õdede vahel, vanema ja noorema põlvkonna vahel ning „uute“ ja „vanade“ töötajate vahel**. Kui üks intervjueeritu pidas suhteid kaaskolleegidega heaks, siis vahetu ülemuse ja tööandajaga hindas ta suhteid pingeliseks, sest kogu aeg oli hirm saada valimatute sõnadega halvustatud. Sarnaselt intervjuudes arstidega töid õendusalatöötajad välja, et Eestis töötades on tunne, et vigade ilmnemisel või probleemide korral otsitakse süüdlasi. **Välisriikide näitel on töötamise kultuur rahulikum, süüdistamise asemel püütakse põhjusi otsida ja probleeme lahendada**, st et tööandjaga saab rahulikult probleemidest kõneleda, samuti ei minda erimeelsuste ja probleemide korral isiklikuks. Mõni intervjueeritu hindab kollektiivi ja tööalaseid suhteid välismaal väga heaks, sest **kolleegid on mõistvad ja abivalmid, millest Eestis tuntakse puudust**. Väärtustatakse ka kolleegide avatust ja professionaalsust. Positiivselt suhtutakse arstide-õdede koostöösse. **Erinevalt Eestis kogetust julgetakse arstidega konsulteerida, küsida ja oma professionaalset arvamust välja öelda – seda ka küsitakse**. Mitmes intervjuus viidati olukorrale, kus Eestis arst karjus õe või praktikandi

peale teiste kolleegide ja patsientide ees – sellist käitumist ei ole intervjueritud välismaal näinud ega ise kogenud. Samas sarnaselt arstidele leitakse, et **suhete headus sõltub suurel määral inimesest endast ja osakonnast kui asutusest ning positiivseid näiteid ja häid suhteid leiab ka Eesti tervishoiusüsteemist.**

Sarnaselt arstidele arvati, et **Eesti tervishoiusüsteemis on hierarhia suurem**, kuigi see sõltub lisaks inimesest ja tema soovidest hierarhiat säilitada. Kui Eestis öeldakse üksteisele „Teie“, siis Põhjamaades enam „Sina“, mida arvati samuti hierarhiat mõjutavat. Üks intervjueritu arvas, et kui arst on abiõena töötanud, siis suhtub ta õendusalatöötajatesse paremini. Üldjuhul arvati ka, et nooremad arstid Eestis on osavõtlikumad, avatumad ja positiivsema suhtumisega.

Eestis abiõena ja praktikandina töötamine, sel ajal kogetu ja nähtu on mitme uuringus osalenu jaoks olnud negatiivne kogemus. Puudust on tuntud teiste kolleegide juhendamisest, julgustamisest, õpetamisest ja tagasisidest. Üks intervjueritud üldõde kirjeldas, kuidas Eestis usaldati praktikante liiga palju ja neid ei kontrollitud. Ta leidis, et palju rohkem kindlust oleks andnud praktikajuhendaja juuresolek eri protseduuride ajal ning jooksev tagasiside. Tegelikult oli aga palju teadmatust, kuidas miskit teha. Mitu intervjueritud töid positiivses valguses välja, et **välismaa kogemuse näitel on levinud üksteise tänamine pärast tööpäeva või väikeste toimingute, osutatud abi eest.**

Erinevalt Eestist pööratakse välismaal enam tähelepanu ja lahendatakse töökiusamisega seotud olukorrad, mis Eesti näitel võivad pikalt kollektiivis vinduma jääda. Sarnaselt intervjuudes arstidega olid õendusalatöötajad seisukohal, et **kui välismaal räägitakse probleemidest rohkem avalikult, siis Eestis tehakse seda selja taga.** Sellist käitumist ja suhtumist põhjendatakse hirmuga enda arvamust välja öelda ja töökoht ning saavutatud positsioon kaotada. Lisaks **viidati sarnaselt arstidele põlvkondadevahelisele lõhele**, kus mõned väga kogenud kolleegid ei ole enam pädevad: inimesed on jäänud kinni vanadesse raamidesse, st on harjutud teatud viisil asju tegema ning seda ei soovita muuta.

Mõni intervjueritu väärtustab töösuhete juures seda, et erinevalt Eestist suudavad töötajad oma töö- ja pereelu lahus hoida ning isiklikku elu ei võeta tööle kaasa ja sellest ei räägita avalikult – ei kolleegide ega patsientide ees. Täiesti teisel seisukohal oli teine intervjueritu, kes välisriigis hea kollektiivi juures väärtustab koos aja veetmist ka väljaspool tööd (sh tähistamist, üksteise tundma õppimist).

5.12.8 Erialase enesetäiendamise ja karjäärivõimalused

Arstid

Erialase enesetäiendamise ja karjäärivõimaluste hindamisel intervjueritute hinnangud lahknesid. **Oli neid, kes leidsid, et välisriigi ja Eesti enesetäiendus-, koolitus- ja karjäärivõimalused on sarnased aga ka neid, kes arvasid, et välisriigis on need võimalused paremad ning seda eriti spetsialiseerumisel.** Spetsialiseerumisel tagab kiirema arengu välismaal suurem patsientide arv ja väga erineva tausta, haiguslooga patsiendid aga ka suurem spetsialiseerunud arstide-kolleegide arv ning seega hea erialast arengut toetav keskkond.

Nii Eestis kui välismaal maksab teatud osa koolitustest kinni tööandja ning teine võimalus on ise koolituste eest maksta, mida mõned ka kasutavad. Üks intervjueritud üldarst arvas, et välisriigis on enese arendamise ja karjääri edendamiseks paremad võimalused, sest Eestis on kohati konkurents inimeste vahel halastamatu ja kardetakse oma kohtade pärast. Teine arst-resident selgitas, et välismaal maksab tööandja soovitud koolitustasud (sh reisi, majutuskulud jne) ning koolitusel on võimalik käia kuni kaks päeva kuus. Ainuke takistav tegur on see, et korraga ei saa koolitusele minna kõik soovijad. Üks eriarst kirjeldas, et

koolitusvõimalused sõltuvad tööandjast, ent teatud arv koolitustunde aastas on igale eriarstile kohustuslik. **Üldjuhul arvati, et karjäärivõimalused sõltuvad inimesest endast ja sellest kui väga ta seda soovib. Oli intervjueeritud, kes hindasid karjäärivõimalusi samaväärseks, ent karjääri tegemist peeti nt Eestis lihtsamaks eelkõige väiksuse ja paindlikkuse tõttu.** Karjääri edenemist takistavate teguritena toodi Eesti näitel välja tutvuste tähtsust, põlvkondadevahelisi erisusi ja soolisi stereotüüpe. Samas üks eriarst juhtis tähelepanu sellele, et Eestis ja Ida-Euroopas kui suhteliselt noortes ühiskondades on lihtsam karjääri teha, Kesk- ja Lõuna-Euroopas saabub karjääri kõrghetk hiljem ning ametialane areng on aeglasem. **Üldjuhul leiti, et inimene ise peab olema aktiivne ja initsiatiivi üles näitama,** sest midagi kandikul kätte ei tooda. Üks uuringus osalenud eriarst selgitas, et ka välismaal ei tule alati juhtkonnalt toetust mingis valdkonnas spetsialiseerumiseks ja arenguks sarnaselt Eestile. Mõned olid seisukohal, et juhtivatel kohtadel eelistatakse pigem kohalikke keele ja seadusandluse tundmise tõttu ja seega võib karjääri tegemine välismaal keerulisem olla. Teine eriarst oli aga seisukohal, et erioskuste omandamist soositakse (sh tasustatakse hästi) kui need on haiglale kasulikud ja rakendatavad. Intervjuude põhjal **võib järeldada, et on kohti, kus karjäärivõimalused aga ka juhtkonna toetus arsti arengule on märgatavamad, aga see ei ole igal pool ühesugune.**

Ühe uuringus osalenu hinnangul on välisriigis koolituste organiseerimine senise kogemuse põhjal veidi parem, sest tööandja toetab kõigi kolleegide koolitustel osalemist. Ta selgitas, et Eestis kohtas põhimõtet „kes ees, see mees“. Seega võis mõnikord soovitud koolitusest ilma jääda, sest rahad olid juba otsas. Teine intervjueeritu leidis, et erialalist arengut pidurdab see, et Eestis ei ole talle enam õpetajat/kolleegi, kellega vajadusel aru pidada ning nõu saab ta kolleegidelt teistes riikides. Teine intervjueeritud üldarst kirjeldas, kuidas välisriigis firmaarstina ei olnud tal õigust koolitustel käia – need tuli läbida enda vabast ajast ning maksta ise kinni – töötades avalikus sektoris, on koolitusajad ettenähtud, koolitustel võib käia tööajast ning koolitusel käimise ajal on tagatud palk. Üks üldarst kirjeldas, kuidas teatud valdkondades Eestis võib karjääril edenemise kiirus ja võimalused sõltuda soost – nais- ja meesresidente võidakse erinevalt kohelda.

Üks eriarst selgitas, et Eestis töötamise ajal olid koolitusvõimalused head, ent praegu on haiglatel keeruline nende jaoks raha leida. Ta leidis, et välisriigis on need siiski paremad ja võimalused suuremad ning koolitustel käia võib nii palju kui inimene ise jaksab. Mõned arst-residendid leidsid, et kuna välismaal on absoluutsummad koolitustel osalemiseks suuremad kui Eestis, siis on ka võimalused paremad.

Mitmed arstid on välismaal alustanud töötamist madalamalt ametikohalt kui see oli Eestis. Mõnel juhul on see olnud isiku enda soov. Samas on mitmeid näiteid sellest, kuidas arst on aastate jooksul karjääriredelil ülespoole roninud, saades sellega enam vastutust, kohustusi ja õigusi erialal töötamiseks. Ühel korral juhtis tähelepanu sellele, et ühest välisriigist teise tööle minna on palju lihtsam kui esialgu nt Eestist välismaale tulla, sest ka arstide seas on tööränne levinud ning seda soodustavad varasemad kogemused, koostöö ja harjumus liikuda.

Õendusalatöötajad

Sarnaselt arstidele **leidsid mõned õendusalatöötajad, et võimalused koolituseks ja enesetäiendamiseks on samaväärsed ja mõned, et võimalusi on rohkem ja need on paremad välismaal.** Üks intervjueeritud koduõde selgitas, et Eestis oli võimalik käia haiglavälistel koolitustel ja konverentsidel, mida sponsoreerisid ravimifirmad ja mis olid väga huvitavad, sest andsid edasi palju uut. Sarnaselt arstidele arvasid mõned õed, et Eestis on spetsialiseerumine raske, sest tööpõld on väiksem (st patsiente ei ole nii palju), kuigi soov oleks.

Mõni intervjueeritu soovib esialgu välismaal teises mõttes rahulikumalt ja tagasihoidlikumalt võtta (st väiksemat vastutust ja väiksemat alluvate arvu). Seega kuigi võimalusi on, siis ei olda nii aktiivsed kui oldi nt Eestis. Samuti on inimesi, kes praeguses eluetapis ei ole enam karjääri edendamisest huvitatud, ent osalevad ette nähtud mahus koolitustel ja peavad neid vajalikuks.

Sarnaselt erialalt lahkunud endistele õendusalatöötajatele viidati karjäärivõimaluste puudusele Eestis õena töötades. **Välismaa kogemuse näitel väärtustatakse ka õena spetsialiseerumist ja sel viisil arenemist.** Üks intervjueeritu kirjeldas seda olukorda nõutuna, sest peale vanemõe muid võimalusi arenemiseks ja karjääri tegemiseks Eestis ei ole. Teine õde põhjendas, et välisriigis on karjääri tegemiseks rohkem võimalusi, sest tervishoiutöötajad jagunevad vastavalt ülesannetele ja vastutusele erinevate palgaastmete vahel, mis tähendab, et suurema vastutuse ja töökogemusega kaasneb suurem töötasu. Üks spetsialiseerunud õde selgitas, et kui Eestis saab õena töötada igal pool, siis spetsialiseerunud õena (nt psühhiaatria õena) ei ole välisriigis lubatud töötada teistes valdkondades (nt üldõena), millel on nii omad plussid kui miinused. Intervjueeritu kirjeldas, et välisriigis on sisuliselt iga protseduuri jaoks vaja erikoolitust või luba ning seda kontrollitakse regulaarselt, et vajalikke protseduure teeksid vaid need inimesed, kes on läbinud koolituse ja kellel on selleks õigus. **Samas oli intervjueerituid, kes arvasid, et kuigi võimalusi enesetäiendamiseks ja õppimiseks on rohkem välisriigis, siis karjääritegemine võib Eestis lihtsam olla** – Eesti on väiksem ja mõnevõrra lihtsam võib olla nt magistrantuuris õpingute jätkamine.

Tavapärastelt on välismaal võimalik tööandjale teada anda, mis koolitustel töötaja soovib osaleda. Kui tööandja on soovidega nõus, siis ei ole minekuks mingeid takistusi.

5.12.9 Teadustöö

Arstid

Mõned intervjueeritud on huvitatud teadustöö tegemisest ja selle võimalustest välismaal. **Osa intervjueeritute hindas teadustöö tegemise võimalusi paremaks välismaal**, ent intervjueeritute hulgas oli ka neid, kes konkreetselt teadustöö vastu huvi ei tundnud ning kes ei tegelenud teadustööga ka Eestis. Samas nemad leidsid, et kui huvi oleks, siis on võimalused olemas nii välismaal kui Eestis.

Üldjuhul arvati, et Eestis on doktorikraadi omandamist ja töötamist omavahel üsna keeruline ühitada, samas kui välismaal tuntakse, et see on enam soodustatud. Üks intervjueeritud arst-doktorant oli Eestis teadustöö ja doktorikraadi tegemise suhtes pigem skeptiline. Ta selgitas, et kuigi paberil on võimalused olemas, siis tegelikkuses on väga keeruline töö kõrvalt lõpetada doktorantuuri nominaalajaga, arvestades ka Eestis saadava stipendiumi suurust. Õpingute edenemist on intervjueeritu näitel takistanud lisaks töökohavahetus ja eri institutsioonide suutmatust teha koostööd, tagamaks juurdepääs andmestikule. Ka teine intervjueeritu tunnistas, et Eestis ei kujutaks ta samal ajal doktoritöö tegemist ja töötamist ette.

Tähelepanu juhiti ka sellele, et **kõigis Eesti haiglates ei tasu doktorikraad ja selle tegemine end ära, samas kui välismaal on sellest sageli enam kasu (rohkem on ülikoolihaiglaid) ja see on enam väärtustatud.** Üks intervjueeritud üldarst leidis, et doktorikraadiga ei ole väljaspool Tartu Ülikooli Kliinikumi midagi peale hakata, sest teistes haiglates ei ole aega ega võimalust Eestis teadust teha. Ta kirjeldas, kuidas välismaal kirjutavad eriarstid ka töö kõrvalt artikleid ning selleks antakse aega – suhtumine on soosiv. Ka üks arst-resident arvas, et välismaal on teadustöö ja doktorikraadi tegemine tavapärane, ent Eestis pigem problemaatiline. Riikide info kogumise ja haldamise võimalused on erinevad (sh riiklikult peetavad

registrid). Üks intervjueeritu tõi näite, kuidas uuring, mida välismaal tehti registreeritud andmetel, viidi Eestis läbi patsientide küsitlemise ja füüsilise hindamise uuringuna, mis tähendas oluliselt suuremat ressursikulu.

Teadustöö tegemist soodustavat tugisüsteemi hinnatakse välismaal üldjuhul paremaks (sh stipendiumid, andmestik, koostöö).

Õendusalatöötajad

Sarnaselt arstidele on mõned õendusalatöötajad teadustöö tegemisest huvitatud. Üldjuhul arvatakse, et sellele vaadatakse välismaal hästi ning seda soositakse. Teadustöö võimalikkus sõltub osalt sellest, kas haigla on ülikooliga või teaduse tegemisega seotud. Enamik intervjueeritustest siiski teadustööst huvitatud ei olnud.

5.12.10 Töö- ja pereelu ühitamise võimalused

Arstid

Osa intervjueeritustest arvas, et **tänu väiksemale ja mõistlikule töökoormusele võiks töö- ja pereelus tasakaalu saavutamine olla välisriigis lihtsam**. On ka neid, kes leiavad, et nad on enda pereelu tööle Eestis ohvriks toonud (pikad vahetused, öövalved) ja seega jäänud kõrvale nt lapse kasvamisest ja perele olulistest sündmustest. Mitme intervjueeritu **kallimad aga ka lapsed elavad Eestis, mis raskendab suhtes püsimist ja soovitud pereelu loomist**. Mõni intervjueeritu viitas sellele, et stressi ja suhteprobleeme on välismaal töö juures vähem, mistõttu neid ei võeta ka koju kaasa, samas kui Eesti kolleegidelt kuulatakse alatasa kurtmist stressi, väsimuse ja suhtlemisprobleemide üle. Üks intervjueeritu tõi välja, et Skandinaavia riikides on kõige pikemad vanemapuhkused ning head lasteaiavõimalused. **Erinevalt välisriikidest on Eestis tasustatud emapuhkus pikem, mida korduvalt heast küljest välja toodi**. Pärast lapsepuhkuselt naasmist (välismaal) küsitakse tavaliselt, kui suure koormusega soovitakse tööle uuesti asuda. Intervjueeritute hulgas oli ka neid, kes pärast lapse saamist on vastavalt kokkuleppele tööandjaga väiksema koormusega tööl kui esialgu välismaal tööd alustades. Ka viidati isapuhkuse võimalusele, mis praegu on üsna tavapärane, võrreldes varasemaga. Samas mitmel juhul täheldati, et **kuna olulised sõbrad ja sugulased on ka Eestis** (eriti viimastel aastatel lahkunute seas), **siis on keerulisem suhteid alal hoida ja tasakaalu saavutada**. Mõned intervjueeritud tõi välja, et kuna olulisi inimesi võib välismaal vähem olla, siis erinevalt Eestist ei ole välismaal head turvatunnet tekkinud.

Töö- ja pereelu ühitamise võimaluste hindamisel toodi peamiselt välja emapuhkust, ent leidis ka märgatavalt üldisemaid hinnanguid. Üks intervjueeritud üldarst sidus need võimalused saadava töötasuga, mis lubab aktiivselt puhata ja eri hobidega tegeleda, kartmata majanduslikku kitsikust. Kuna raha jääb välismaal enam üle, on lihtsam erinevaid valikuid teha ja kasutada. Seega on mõne arvates tasakaalu töö- ja pereelus kergem saavutada välismaal kui Eestis. Üks arst-resident kirjeldas, kuidas päevane kellast kellani fikseeritud töö aitab tuntuvalt paremini piire töö- ja eraelu vahele tõmmata.

Stress ja pinged töö- ja pereelu tasakaalustamise ja toimetuleku pärast võib Eestis suurem olla. Nt leidis üks eriarst, et hirm võib tekkida nii seetõttu, et tööandjale ei julgeta öelda kui tööle ei saa tulla (nt jääb keegi haigeks) aga ka teadmine, et patsiendid tulevad ja asendajat ei ole võtta. Seetõttu on vaja töö ümber organiseerida. Ka välisriigis minnakse poolhaigena tööle, ent hirm puudumisest tekkivate pingete (sh tegemata jääva töö) ees on väiksem. Intervjuudes ilmnis, et **Eestis ei teki tunnet, et oleks võimalik kolleegi abi paluda olukorras, kui midagi jääb lõpetamata või kui keegi jääb haigeks**, sest kellelgi ei ole aega ega jaksu aidata. Välismaal haige lapsega koju jäämist ei peetud problemaatiliseks või keeruliseks.

Üks eriarst võrdles, kuidas üldkirurgias töötamise ajal oli välismaal töö- ja pereelus tasakaalu lihtsam saavutada, sest tööpäev lõppes kindlal ajal ning oli aega, et lapsed lasteaiast või koolist ära tuua ja nendega seejärel tegeleda. Spetsialiseerunud ja kogenud kirurgina on vastutust ja kohustusi, samuti ootusi, mida peab täitma, rohkem. Seega on praegu tema arvates töö- ja pereelus tasakaalu saavutada keerulisem. Veel üks eriarst kirjeldas, kuidas pikkade tööpäevade ja lühema emapuhkuse tõttu on Eestis töö- ja pereelu ühitamine lihtsam.

Õendusalatöötajad

Kõik intervjuueeritud ei osanud võimaluste headust Eesti ja välisriigi võrdluses hinnata, sest mõnel ei olnud veel peret või olid lapsed juba täiskasvanud. Puhkuse ja pereelu võimalusi hinnati sõltuvaks ka rahakoti suurusest ja pere eelarvest. Üldjuhul toodi pereelu keeruliseks muutva tegurina välja vahetustega tööd, sh vajadust töötada pere kõrvalt nädalavahetustel ja öösiti.

Mitu intervjuueeritud hindas töö- ja pereelus tasakaalu saavutamist paremaks välismaal tänu väiksemale ja mõistlikumale töökoormusele, sest nüüd on rohkem aega ja jaksu lähedaste jaoks. Sarnaselt arstidele toodi välisriikide näitel **töö- ja pereelu tasakaalustamisel olulisena välja emapuhkust ja pere kõrvalt võimalust töötada väiksema koormusega**. Üks intervjuueeritu kirjeldas, kuidas välisriigis saab lapsega kodus olla kuni kuus kuud, samas kui Eestis on emapalk ja -puhkus palju pikem. Veel üks intervjuueeritu hindas, et võrreldes transpordikulude, toidukuludega jms on emapuhkus välisriigis vähem väärtustatud kui Eestis ning tasustatult saab kodus olla vaid kaheksa kuud. Teise riigi näitel on võimalik lapsega kodus olla vaid kolm kuud, seejärel tuleb vähemasti osalise koormusega uuesti tööle minna.

5.12.11 Residentuur

Intervjuudes kerkis olulise teemana üles Eesti residentuuri headus ja konkurentsivõimelisus võrreldes teiste riikide residentuuriga. Korduvalt avaldati arvamust, et **erinevalt residentuurist välismaal, ei leita Eestis noorarstide jaoks aega ning neid ei juhendata piisavalt vanemate kolleegide poolt, puudu on nii kollegiaalsusest kui inimeste vahelisest austusest ja üksteisega arvestamisest**. Sageli on tunnetatud, et kolleegid ei leia juhendamise jaoks aega ning et resident peab ise kõike õppima ja tegema. Üks intervjuueeritu kirjeldas, kuidas ta sai esimesel päeval residentuuris rohkem abi õdedelt kui arstidelt. Miks olukorda **sedavõrd kriitilisena** hinnatakse, **selgitati osalt asjaoluga, et tänaseni õpetavad noori vanemad kolleegid, kes ei ole enam pädevad õpetama** („nad ei oska teisiti õpetada, sest ka neid on nii omal ajal õpetatud“) **või kelle õpetamise meetodid on vananenud** ning kes ei oska enda ainet enam kuulajateni viia – puuduvad pedagoogilised oskused-teadmised. Üks intervjuueeritu kirjeldas, kuidas residentil peaks olema võimalus teha vigu ja õppida nendest turvalises keskkonnas, kartmata halvustavat või alandavat tagasisidet. Nii haiglates kui residentuuris võib kasuks tulla süstemaatiline lähenemine, kuidas tulla toime vigade ja konfliktidega ning kuidas neid lahendada. Aja jooksul on tulnud juurde ka nooremaid kolleege, kellel on vajalikku ja värsket kogemust, ent vaid sellest intervjuueeritute arvates ei piisa. Lisaks arvati, et **juhendamise kvaliteeti mõjutab suur töökoormus, mille kõrvalt ei leita aega juhendamiseks**. Samuti ei ole täna juhendamine rahaliselt motiveeriv vaid arsti jaoks tavaliselt väsitav lisatöö. Juhendamine eeldab ka teatud psühholoogilisi oskusi, mida igahelst nõuda ei saa või on neid vaja arendada. Oli neid intervjuueeritud, kes leidsid, et Eesti tervishoiusektoris peaks toimuma põlvkondade vahetus, mis aitaks kaasa muudatuste sisseviimisele. **Arvati, et need, kes praegu on Eesti meditsiinis juhtivatel positsioonidel, ei suuda enda lähenemist, juhtimisstiili ja õpetamispraktikaid muuta. Suutmatust ja soovimatust muutustega kohaneda põhjendati varasema ebaõnnestumise ja haiget saamisega aga ka sellega, et „varem on nii tehtud ja miks peaks nüüd teisiti käituma“**. Üks intervjuueeritu arvas, et selleks, et head tulemust ja soovitud muutust

saada, tulebki mitu korda proovida ja et ka ebaõnnestumine on normaalne, kui tänu sellele jõutakse soovitud olukorrale lähemale.

Teine intervjuueritu selgitas, et olukorda residentuuris aitab parandada nooremate arstide pealetulek (ka Eesti Nooremartide Ühenduse töö), koostöö eri põlvkondade vahel aga ka välismaa töökogemus, mis soodustab avatust uutele mõtetele-praktikatele.

Samas **esineb rahulolematust residentuuri korraldusega ka välismaal**. Üks eriarst/ülemarst kirjeldas, kuidas ülemarstina kuulub residentide juhendamine välismaal tema igapäevatöö juurde. Lisaks on igal residentil enda ametlik juhendaja, kellega on võimalik muredest ja rõõmudest rääkida, ent lubatud on ka teistega konsulteerimine. Intervjuueritu hinnangul esineb puudusi ka välisriigi residentuuris ja seda eelkõige selles osas, mis puudutab juhendamist ja selle struktuuri. Intervjuueritu arvates on juhendajana vaja täpselt teada, mis kogemustega resident on (nt I aasta resident vs III aasta resident) ja mis ülesandeid talle anda võib – selle tarvis peab juhendamine olema struktureeritud. Üks arst-resident arvas, et residentidesse välisriigis suhtutakse pigem kui õppuritesse ja neid ei võeta kui noori kolleege ja spetsialiste, kuigi viimaste aastate residentidesse on suhtumine parem.

Eesti residentuuri kitsaskohtadena nimetati ka tööpõllu väiksust: mõnel erialal on residentide arv nii väike, et selle jaoks ei ole võimalik igal aastal loenguid ja seminare avada, samas välismaal üldjuhul seda probleemi ei teki.

Residentuuris enesetäiendamise puhul leidis üks intervjuueritu, et ka Eestis võiks sarnaselt välisriigile olla võimalik residentuuri ajal töötada ning saada kogemust teisel erialal ja teises osakonnas, eeldusel, et kohti ning huvi on. Nt Soomes on võimalik soovi korral ja eeldusel, et resident leiab endale koha/tööandja, töötada ning omandada kogemust lühiajaliselt teises valdkonnas.

5.12.12 Välismaal omandatu rakendamise ja vastuvõtmise võimalikkus Eestis

Kuigi üldjuhul arvati, et **teadmised on otseselt rakendatavad ja ülekantavad ka Eesti tervishoiusüsteemi**, siis **kahtleval seisukohal oldi** selles osas, mis puudutab, **kuivõrd vastuvõetavad välismaal omandatu Eestis on ja kuivõrd tõenäoline on suhtumise ning hoiakute muutus** (sh kolleegidesse, patsientidesse). Keerulisemaks hinnati naasmisel töö tegemist siis, kui omandatud on subspecialiteet, millel ei pruugi Eestis tööpõldu olla – patsientide arv on lihtsalt liialt väike ja seega on valdkonna areng pidurdatud.

Korduvalt viidati intervjuudes sellele, et **Eesti tervishoiusüsteemis on harjutud asju teatud viisil tegema ja vanad traditsioonid, mustrid on visad kaduma**, samas muudatuste vastuvõtmise keerukusele viidati ka välismaal. Üldjuhul arvatakse, et sellele vaadatakse viltu, kui tuleb keegi, kes hakkab kõike muutma ja soovib asju teisiti teha, kui on seni tehtud. Muutused tekitavad alati vastuseisu. Seetõttu arvati, et muudatusi tuleb teha samm-sammult, püüdes selgitada ja tõsta teadlikkust parematest võimalustest-lähenedemisest ning luues häid suhteid. Muutused eeldavad lisaks õigust muuta ning tavaarstina või tavaõena ei peeta seda realistlikuks. **Samas muutuste elluviimise ja vastuvõtlikkuse suhtes hinnati positiivsest küljest Eesti väiksust ja väikest bürokraatiat, mis lubab paindlikkust**.

Üks intervjuueritud üldarst arvas, et välismaal kogetu (sh tervisekeskuste ja sealse kontseptsiooni) toomine Eesti süsteemi on pea võimatu, sest pearaha Eestis ei sõltu praegu sellest, mis protseduure tehakse ja protseduuride maksumus on erinev – nende ülesannete tarvis ei jätkuks raha, Eesti Haigekassa selleks raha ei anna, samuti jääb puudu inimressursist.

Intervjuudes õendusalatöötajatega hinnati sarnaselt arstidele muutuste võimalikkust Eesti tervishoiusüsteemis keeruliseks, sest inimesed on harjunud asju teatud viisil tegema. Üks intervjueeritu kirjeldas, kuidas selle jaoks oleks vaja kas täiesti uut kollektiivi või keskkonda. **Kõige keerulisemaks peeti suhtumise muutmist.**

5.13 Rahulolu tehtud otsusega ja edasised plaanid

Enamasti on intervjueeritud arstid ja arst-residendid ning õendusalatöötajad otsusega välismaale tööle minna rahul või väga rahul. Intervjueeritute hulgas on nii neid, kes plaanivad välisriiki lühemaks (mõned aastad) kui pikemaks ajaks jääda, st ka neid, kes ei plaani Eestisse tagasi tulla. Üks praegu mõlemas riigis töötav arst näeb sellist elukorraldust ajutise lahendusena ning tema tegelik soov on siiski Eestisse tagasi tulla ja siin soovitud töökoormusega töötada. Mitme intervjueeritud õendusalatöötaja jaoks on samuti välismaal töötamine ajutine lahendus (nt soovitakse pensionile lisa teenida või teistsugust töökogemust saada) ning soov on mõne aja pärast Eestisse tagasi tulla. Üks intervjueeritud öde tunnistas, et kui esialgu ei õnnestunud kuidagi välisriigis öena tööd leida ja tuli end lisaks töötuna arvele võtta, siis tekkis üsna tugev soov tagasi tulla, ent praegu, olles erialasel tööl, on ta otsusega rahul.

Mitmed intervjueeritud **arst-residendid soovivad esialgu residentuuri välisriigis lõpuni teha või välismaal residentuuri astuda**, sest välismaa residentuuri hinnatakse kõrgemalt kui residentuuri Eestis. Pärast residentuuri lõpetamist kaalutakse taas olukorda ja tehakse otsus, kas välismaale edasi jäämisest või koju naasmisest. Samas, **mida pikemalt ära ollakse, seda enam harjutakse eluga välismaal ja seda keerulisem võib olla tagasitulek ja Eestis kohanemine.**

Samas mitte kõik intervjueeritud ei olnud tehtud otsusega päriselt rahul. Üks alles viimastel aastatel välismaale tööle läinud ja paralleelselt Eestis töötav eriarst ei osanud otsusele veel hinnangut anda, ent ta leidis, et praegu on ta rahul, kuigi soov on Eestis töötada. Rahulolu seisneb peamiselt saavutatud vabaduses ja võimalustes (sh paremas töötasus ja madalamas töökoormuses). Üks Eestisse naasta proovinud eriarst kirjeldas, et tegelikult ei ole ta otsusega rahul, sest tema soov oli olla oma valdkonna parim spetsialist Eestis, ent see ei saanud teoks.

Tavapäraselt on arstid ja arst-residendid välismaal rahul töökollektiivi (sh kolleegide ja tööandjaga), töökoormuse ning töötasuga ja võimalustega erialaseks arenguks ning spetsialiseerumiseks. Sarnastele aspektidele viidati intervjuudes õendusalatöötajatega.

5.14 Eestisse naasmise võimalikkus

Arstid

Uuringus osalenute seas on nii neid, kellel on kindel plaan mõne aja pärast Eestisse tagasi tulla aga ka neid, kes on välismaale läinud alaliseks. Intervjuude põhjal võib välja tuua, et **inimesi kammitsevad Eestisse naasmast erinevad põhjused, mille hulgas tavapäraselt esineb hirm tagasipöördumise ees**, st hirm selle ees, kuidas neid Eestis vastu ja omaks võetakse ja selle ees, kas neile leidub töökoht Eesti tervishoiusektoris. Kardetakse nii sildistamist kui ebavõrdset kohtlemist. Intervjueeritute hinnangul **võivad teistsugused lähenemised (sh töövõtted) saada erimeelsuste allikaks.** Muutuste suhtes tekib alati ka teatud vastuseis ning ka Eesti tervishoiusüsteemis on muutusi keeruline ellu viia. **Kui erialaseid väljakutseid (sh spetsialiseerumisega seotud võimalusi) hinnatakse välismaal kõrgemalt** (nt rohkem erialast tööd, sest patsientide arv on suurem), **siis on ka soov Eestisse naasta väiksem.** Töötamise ja töökohaga seotud

põhjused on omakorda sageli põimunud pere ja lähedastega seotud motiividega: pere ja lapsed on välisriigis üles kasvanud ja sealse eluga harjunud ega soovi Eestisse elama-kooli-tööle tulla. Lisaks **hinnatakse elukvaliteeti ja võimalusi välisriigis kõrgemalt kui Eestis**.

Intervjueeritute hulgas on nii neid, kes on isiklikult halvustavat või ironiseerivat suhtumist tulenevalt välismaal töötamisest tundnud aga ka neid, kes seda isiklikult kogenud ei ole, ent on kuulnud arstide ringkonnas jutte teiste kogemusest. Üks intervjueeritud eriarst/ülemarst selgitas, kuidas paar aastat tagasi Eesti meedias antud intervjuule, tekkisid internetis väga erinevad kommentaarid-hinnangud, millest enamik olid negatiivse värvinguga. Intervjueeritu tundis, et see puudutas teda isiklikult. Võrreldes kommentaaridega välisriigi meedias näivad tema arvates rahvusaaslaste hinnangud Eestis olevat kontrollimata ja põhjendamata.

Samas **mõned intervjueeritud ei hinnanud Eestis erialase töö leidmist pärast välismaal töötamist keeruliseks ega näinud naasmisele takistusi**. Näiteks üks uuringus osalenu hindas võimalust paari järgneva aasta jooksul Eestisse naasta ja oma valdkonda tööle tulla üsna kõrgeks. Seda soodustavad head suhted oma valdkonna arstiga Eestis ja tema poolt loodud väga hea, uuenduslik ja esirinnas olev osakond, kus töötingimused vastavad ootustele. Sealse töömahuga (st operatsioonide arvuga) on võimalik oma kompetentsi kirurgina hoida ja tõenäoliselt ka tõsta, sest ka patsientide ja operatsioonide spekter oleks lai ning intervjueeritule erialaliselt huvitav. Ta selgitas, et praegu on inimesi osakonnas vähemaks jäänud ja mõned kolleegid on siirdumas pensionile, mistõttu oleks töökoht tulevikus olemas. Lisaks tunnistas arst, et see oleks võimalus kolleegi hädas aidata ning osakonna edasisele arengule õlg alla panna. Mitmed intervjueeritud olid veel seda meelt, et **naasmisel sooviksid nad õpetada ning juhendada noorarste ning panustada töö- ja õppekeskkonna paremaks muutmisse**.

Üks intervjueeritud üldarst arvas, et perearsti ja eriarsti töötegemine Eestis on muudetud raskeks ja ennast ohverdavaks ning **puudub sild esmatasandi ja eriarsti vahel** (nii enne kui nt pärast operatsiooni või sekkumist, sh järelravi suhtes). Välismaal kogetu on tekitanud tunde, et ressursikasutus Eestis on ebamõistlik ja see ei soosi tööalases mõttes naasmist.

Mõned intervjueeritud, kes ei ole veel välismaal residentuuri astunud, soovivad residentuuri osaliselt teha Eestis. Ent seda soovi kammitsevad **hirmud, et residentuuri lõppedes ei leidu neile Eestis töökohta**. Ühe intervjueeritu kolleeg Eestis sattus just sellisesse olukorda, kus pärast residentuuri ei olnud muud võimalust kui välismaale tööle minna, sest Eestis töökohta ei olnud. Mitme intervjueeritud **arsti-residenti esialgne plaan on välismaal residentuur ära lõpetada ja seejärel olukorda uuesti vaagida**. Üks eriarst kirjeldas, kuidas soov on välismaal doktorikraad ära teha ning vaikselt uurida töötamise võimalikkust Eestis, et Eesti arstiteadust edasi viia.

Mitmed intervjueeritud juhtisid tähelepanu ka sellele, et palka saaks ka Eestis ja (vaid) töötasu iseenesest ei ole probleem, ent **negatiivselt tajutakse nii Eesti tervishoiu valitsevat hierarhiat, töösuhteid kui välismaal töötamise kogemuse väärtustamist**. Üks intervjueeritu kirjeldas, et elada saab ära ka väiksema palgaga, ent inimese jaoks on oluline, kuidas temasse suhtutakse ja kuidas ta saab ennast teostada. Asjaolu, et Eestisse naastes ei pruugita naasjat omaks võtta, tekitab hirmutunnet ja mõttekohta nii mõneski intervjueeritus. Osalt põhjendatakse seda Eestis töötavate arstide hirmuga enda töökohta ja saavutatud positsiooni kaotamise ees. Mõni intervjueeritu on proovinud ka Eestisse naasta. Üks eriarst selgitas, et kuigi ta on proovinud enam kui kolmel korral Eestisse naasta ja tööd leida, siis pole see veel ühelgi korral õnnestunud ja praeguseks on naasmissoov pigem ära kadunud. Takistuseks on saanud Eestis töökoha leidmine ja seda peamiselt põhjusel, et ta ei ole siia teatud ringkondades soovitud. Seega, kuigi

intervjueritu kandideeris mitmel korral ametlikul konkurssil, siis tulemust see ei andnud. Ta selgitas, et keeruline oli leida ka tagasisidet konkursi tulemustest, mille tarvis pidi ise teatud isikutega ühendust võtma.

Negatiivselt vaadatakse Eesti näitel naasmisele mõeldes ka arsti administratiivsetele kohustustele ja probleemide lahendamisele, mis välismaal on antud sekretäridele. Paberimajandusega seotud töö hulka tuntakse Eestis suurem olevat.

Välisriikide sotsiaalseid garantiisid (sh haigusleht, pensionid) hinnatakse märgatavalt kõrgemalt kui Eestis. Üks intervjueritud üksikvanem selgitas, et teda hirmutab Eestisse naasmisel mõte, kas ta ikka saab Eestis hakkama, st nii majanduslikult aga ka üksikvanemana. Ta põhjendas, et üksikvanemast arsti võimalused pangast nt kodu soetamiseks laenu saada on kitsamad kui võib-olla tavainimesel. Lisaks on praegu tema jaoks oluline, et laps kooli välismaal ära lõpetaks. Ka teisel juhul viidati intervjuus sellele, et mida suuremaks lapsed kasvavad, seda keerulisem saab naasmine olema, seega tuleb selleks õige aeg leida (nt lapse koolimine). Üks eriarst kirjeldas, et kuigi (välismaal) peres räägivad nad eesti keeles, siis lapsed ei tea täpselt, kes nad on, st rahvust ja identiteeti silmas pidades: osalt hirmutab neid Eestis toimuv ja teisalt ei ole neid täielikult välisriigis omaks võetud. See tekitab kahetisi tundeid Eestisse naasmise suhtes peres tervikuna. **Naasmise kaalumisel võivad olulist rolli mängida lapsed, nende soovid ja kokkupuude Eestiga aga ka haridustee jätkamise võimalikkus Eestis.**

Tähelepanu juhiti ka **negatiivsusele Eesti meedias ja uudisruumis aga ka inimeste vahelistes suhetes**. Üks intervjueritu selgitas, et ühiskondlik negatiivsus takistab Eestisse tagasipöördumist: viis, kuidas räägitakse koolisüsteemist või poliitikutest või inimestest on negatiivne ja halvustav, välisriigis on seda vähem. Ka teine intervjueritu kirjeldas, kuidas erinevalt välisriigist on inimestevahelistes suhetes Eestis enam väiklust, kadedust, õelust ja koha ette näitamist ning sageli esineb suhtumist, et kui ära läksid, siis tagasi ära tule. Ohukohaks on intervjuude põhjal see, et tuntakse, et kogetud ja tajutav negatiivsus ei ole vahepeal kusagile kadunud ega vähenenud, seetõttu on mitmed intervjueritud naasmise suhtes pigem skeptilised. Üks intervjueritud ja naasta proovinud eriarst kirjeldas, et kuigi välisriigist Eesti poole vaadates tundub naasmine hästi romantiline, siis kui tegeliku eluga kokku puutuda, see enam nii ei ole – tegelik elu on hirmutav ja see tõukab Eestist ära.

Üks eriarst viitas intervjuus kogetud ja tajutavale ebakindlusele tulevikule Eestis nt selles osas, mitut arsti vajatakse, mitu inimest tööle võetakse ja mis koormusega, mis lepingud on haigekassaga järgmiseks aastaks sõlmitud ja millal neid muudetakse. Ta selgitas, et ta ei ole rahul korraldamatusega tervishoiu rahastamisel Eestis, mille tõttu on üle elatud perioode, kus aasta lõpus saadud raha ära kulutamiseks on opereeritud nii jõululaupäeval kui vana-aastaõhtul. Välisriigi näitel hindas ta positiivselt, et haigla juhtkond tegeleb rahastamise küsimustega ning järjekordadega, sh sellega, kuidas neid olukordi lahendada ning kogu koormus ja pinged ei lange arstile.

Üks intervjueritu juhtis tähelepanu sellele, et praeguseks ei ole ta veel välismaal saanud proovida, õppida ning kogeda kõiki neid tegevusi nii meditsiinilises kui elamise, vaba aja veetmise mõttes, mida ta sooviks ja seega ei soovi ta veel Eestisse naasta.

Intervjuudes ilmnes, et **naasmismõtted võivad olla seotud eraelu ning isiklike põhjustega**. Ühe intervjueritu näitel elab tema kallim Eestis, mistõttu soov Eestisse naasta on suurem kui varem, sest tolle töökoht ei luba välismaale kolida. Samas võib naasmist takistada ka mõne pereliikme kehv tervis ning harjumine välisriigi eluluga. Intervjuud näitasid, et võimalik on ka vastupidine olukord, kus Eestisse naasmist mõjutavad siia jäänud vanemate tervis ja toimetulek, mille pärast muret tuntakse. Takistavaks

teguriks Eestisse naasmisel võib saada teisest rahvusest elukaaslasele/abikaasale sobiva töökoha leidmine.

Ka välismaal omandatud kinnisvara võib lühiajalises plaanis takistada tagasipöördumist. Üks intervjuueritu selgitas, et selleks, et ta ei peaks maksma omandatud kinnisvaralt tulumaksu, ei tohi ta seda enne kahe aasta möödumist maha müüa.

Naasmise muudab keerulisemaks välismaal viibitud aeg ja sealse töökeskkonna, -tingimustega harjumine (sh töökoormuse ja töötasuga) **ning oma elu paika saamine**, seda eriti noore arst-residendina ning alustava eriarstina. Naasmist kaaluvad arstid kõrvutavad omavahel kasu pere lähedal ja kodumaal elamisest kahjuga langusest töötasus, sh elukvaliteedis ja võimalikust kasvust töökoormuses.

Õendusalatöötajad

Intervjuudes osalenud **õendusalatöötajate seas on nii neid, kellel on kindel plaan mõne aja pärast Eestisse tagasi tulla aga ka neid, kes on välismaale läinud pikemaks perioodiks.** Alaliselt välismaale jäämist **mõjutab nii teisest rahvusest elukaaslane, tema soovid ja eelistused** (sh töökoha, kliima, elukeskkonna suhtes) **kui pere teke** (lapsed, elukaaslase pere-lähedased). Intervjuude põhjal võib välja tuua, et **õendusalatöötajaid kammitseb Eestisse naasmast erinevad põhjused** (sh perega seotud põhjused). Erinevalt arstidest esineb lisaks väga tugeva tegurina **hirm majandusliku toimetuleku ees**. Otsuse kaalumisel, st Eesti ja välisriigis töötamise vahel valimisel, mängivad tavapäraselt rolli Eesti madalam töötasu, pikad valved ja kaasnev väsimus ning vajadus jälgida, millele ja kui palju kulutatakse (sh toit, üür, vaba aeg). Eestisse naasmise otsust võivad mõjutada ka tajutud ühiskondlik meelestatus ja selle sobimatus, samuti ebakõla soovitud väärtustes. Üks intervjuueritu arvas, et Eesti ühiskond on väga saavutuspõhine ühiskond, kus on tähtsad inimeste saavutused ja välispidine pilt (sh mida kantakse ja millega sõidetakse) – vähem pööratakse tähelepanu inimesele endale.

Üks intervjuueritu kirjeldas, kuidas esimesel aastal oli kindel plaan mitte kunagi Eestisse tagasi tulla, sest pettumus ja väsimus olid lihtsalt niivõrd suured, et aja jooksul on see tunne muutunud. Teine öde kirjeldas, et kuigi ta mõtleb Eestisse naasmisele vähemasti mingiks perioodiks, siis välisriigist Eestisse tulek on suhteliselt lihtne, ent vastupidine liikumine on majanduslikult palju raskem, sest Eestis on keeruline säästa ja kinnisvarahinnad on välisriigis kordades kõrgemad. **Sageli on Eestisse naasmisele mõeldud rasketes olukordades**, nt kui ei ole leitud nii kiiresti tööd kui oodati, lahku on mindud elukaaslasest või kui tuntakse igatsust lähedaste järele Eestis.

5.15 Tõmbetegurid Eestisse naasmiseks

Peamised tõmbetegurid Eestisse naasmiseks on **Eestis elavad sõbrad, sugulased ja perekond**. Mitme intervjuueritu kallimad või lapsed, lapselapsed elavad Eestis. Väga paljudel elavad vanemad Eestis. Samuti **väärtustatakse Eestit kui kodumaad** ja kohta, kus on üles kasvatud ja võimalust emakeeles suhelda. Mitmel intervjuueritul on Eestis kinnisvara, mis samuti seob ja kohustab. Eestisse tõmbab igatsus lähedaste ja kodu järele. Eesti väiksus muudab ta mõnede intervjuueritute silmis atraktiivseks elukeskkonnaks, st „*kõik on käe-jala ulatuses ja linnades on head võimalused*“.

Eestisse naasmisel võib tõmbeteguriks saada ka **tunne ja perspektiiv, et Eestis on võimalik midagi ära teha**, paremaks muuta, oma valdkonda ja eriala arendada ning välismaal omandatud head kogemust Eesti süsteemi tuua, mis mh tähendab ka noorte arstide ja ödede välja õpetamist ja juhendamist. Ühe

intervjueeritud eriarsti jaoks on peamiseks tõmbeteguriks Eestisse naasmisel võimalus teha teadustööd, mida praegu välismaal väikses kohas ei ole võimalik teha, ja ühitada endale sobivalt töö- ja pereelu. **Konkreetselt Eesti emapalgale ja -puhkusele kui kõitvale tegurile** viitasid lisaks mitu õendusalatöötajat. Korduvalt toodi välja, et **soov oleks Eestisse naasta, kui töökeskkond paraneks ja kui riik oma inimesi rohkem hoiaks.**

5.16 Ootused muudatustele Eesti tervishoiusüsteemis ja ühiskonnas tulevikus

Intervjueeritud arstide ja arst-residentide **ootused peegeldavad osalt soovi näha ja tunda, et neid oodatakse Eestisse tagasi ja nende jaoks on siin koht (sh töökoht). Intervjueeritute soov on, et arsti elukutset enam väärtustataks** (see ei tähenda vaid rahalist poolt). Kriitiliselt ja arengut pidurdavana nähakse nii meedia kui ühiskonna negatiivset meelestatust (sh sisu mõttes tasakaalustamata (väga negatiivse alatooniga) artiklid tervishoiust aga ka teistel ühiskondlikel teemadel). Pahameelt tekitab ka **võimupositsioonide ärakasutamine inimestevahelistes suhetes ning suur hierarhia tervishoiusüsteemis**, st arstide-õdede vastasseisu, erialade ja eri osakondade, haiglate ning tavaarsti-tööandja vastasseisu. Leiti, et selleks, et ühiskond muutuks positiivsemaks, peab ka meedias kajastatu muutuma: ajakirjanduses avalikult juhtumi ravikomplikatsioonide ja -vigade ühepoolne lahkamine, ilma arsti seisukohata või arstkonna vaateta olukorda ei paranda. Sageli on juhtumid piiripealsed ning keerulised, et kedagi üheselt hukka mõista. Ravi tulemus ei lähe aga alati nii kui oodatud. Sellised juhtumid on rasked ka arstile endale, millest aga räägitakse vähem.

Üles tõstatati lisaks **patsiendi ja tavainimese madal teadlikkus tervishoiu tegelikust kulukusest** ja kallidusest aga ka selle seos enda suhtes hoolimatu tervisekäitumisega – eestlased peaksid oma tervist enam väärtustama ja seda hoidma.

Oluliseks peeti ka **muutuste tunnistamise vajalikkust nii ühiskonnas laiemalt kui tervishoiusüsteemis**. Kuigi leiti, et ka välisriigi tervishoiu on probleeme ja väljakutseid (nt pikad järjekorrad, arstide puudus maakohtades), siis oma tööd teha, st arst olla, on sageli välismaal parem võrreldes Eestis kogetuga.

Mõned intervjueeritud arstid ja arst-residendid leidsid, et Eesti ühiskond tervikuna vajaks paradigma muutust. Inimeste elust ja tööst mõtlemine peaks muutuma – töö ja rahateenimine ei tohiks elus esikohal olla, vaid inimeste ja inimsuhete väärtustamine. Ühiskonnas nähtavale ülbusele, ebaviisakusele ja austuse puudumisele aga ka ühiskonna suletusele ja inimestevahelisele kadedusele, „koha kätte näitamisele“ juhtisid tähelepanu õendusalatöötajad.

Negatiivset varju heidab intervjueeritud arstide ja arst-residentide hinnangul ka see, kuidas Eestis midagi tehakse, st käitumiskultuuri: selle asemel, et küsida kas ja kuidas teha, öeldakse, kuidas peab tegema. Endiselt toimuvad teatud protsessid Eestis käsukorras ning võtted ei ole demokraatlikud ega inimese heaolust lähtuvad. Mõnedes inimestes võib see tekitada tunde, et arengut ja edasiminekut ei tule (st perspektiivtuse tunnet). Osalt arvati ka, et nii kaua kuni praegune süsteem teatud seltskonnale kasulik on, ei muutu midagi ja need, kellele see ei sobi, lihtsalt lahkuvad. Lisaks arvati, et sellised muutused nõuavad aega ega toimu paari aastaga. Sarnaselt välisriikide kogemusele leiti, et ka Eestis peaksid arstidel olema võrdsed võimalused enda teostamiseks.

Mitmes intervjuus arstide ja arst-residentidega leiti, et tähtis on, et välismaale läinud tulevikus siiski naaseksid. Esiteks aitab see vähendada tervishoiutöötajate puudust aga ka tõsta teadmiste-oskuste taset ning tuua sisse häid praktikaid ja lähenemisi, teist mõtlemisviisi ja värskaid mõtteid.

5.16.1 Suhted ja kollegiaalsus tervishoius

Intervjueeritud peavad **oluliseks nii meeskonnatööd kui tugevat kollegiaalsust** ja kindlaks määratust, kes mis tööülesandeid täidab (sh rolli ja ülesannete jaotus pere- ja erimediitsiini vahel aga ka õdede-arstide vahel). Patsiendi heaolu nimel tuleb meeskonnana töötada. Oluline **ootus on, et juhtkond võiks arste enam toetada ning nende käekäigu vastu huvi tunda** ning **tagada seeläbi hea töökeskkond** (sh töökoormus, töötasu). Üks eriarst selgitas, et ka tööandja peab huvi tundma, kuidas tema töötajal läheb ja millega ta rahul on, millega mitte ning kuidas saab tööandja töökeskkonda paremaks muuta, et tööd oleks võimalik paremini teha. Alluva ja ülemuse suhetest kõrgemalt hinnatakse koostööd ja üksteisega kui kolleegidega võrdselt arvestamist.

Tervishoiu arengut pidurdab nii juhtkonna kui kogunud kolleegide **hirm muutuste ees** (mh hirm enda koha kaotamise ees) ja seega soovimatus muutustega kaasa minna aga ka nooremaid kolleege usaldada. **Negatiivses ja autoritaarses õhkkonnas kardetakse oma töökohtade pärast** ning ei julgeta välja öelda, mida tegelikult arvatakse. Seega **peetakse oluliseks, et juhtkonna ja arstide vahelised suhted muutuksid üksteisega enam arvestavamaks**. Vajalik on ka, et **eri põlvkonna arstid üksteisega räägiks ja kogemusi jagaksid ning et see oleks igapäevane**. Lisaks osutati, et **praegused juhtimisstiilid peaksid muutuma ning enam arvestama sellega, kuidas tuleb juhtida ja motiveerida spetsialiste**.

Ka õendusalatöötajad pidasid tervishoiuasutustes oluliseks **organisatsiooni- ja käitumiskultuuri muutust**, st inimesekesksemat suhtumist ning koostöö ja suhete väärtustamist.

5.16.2 Erimediitsiin ja üldmediitsiin

Korduvalt juhiti tähelepanu sellele, et perearst on Eesti ühiskonnas ja tervishoiusüsteemis väheväärtustatud ning Eesti tervishoius on liiga suured ootused ja koormus eriarstidel ja haiglatel. Erinevalt Eestist arvati mitmes intervjuus Soomes töötavate arstidega, et eriarstile pääsemine Soomes on peaaegu võimatu, st et järjekorrad eriarstile on väga pikad ning **suure osa eeltööst teeb ära üldarst**. Tänu sellele on kasvanud erimediitsiini osakaal. Arstide arvates ei tohiks Eestis pikkade järjekordade üle kurta, sest välisriikides on need veel pikemad ja eriarstile saamise tõenäosus oluliselt väiksem. Samas tähendab just see Eesti süsteemile suurt raharaiskamist, sest eriarsti vastuvõtule jõuavad need patsiendid, kellega tegelikkuses võiks tegeleda üldarst ja/või perearst. Positiivses võtmes toodi välja seda, et Soomes **jagatakse patsiendid perearsti/üldarsti saatekirja alusel ja lähtuvalt prioriteetsusest erinevatesse rühmadesse**, nt kas patsient saadetakse erakorralisse osakonda või tegeleb eriarst temaga seitsme või 30 päeva jooksul. Selline lähenemine aitab tegeleda esmalt nende patsientidega, kellel on kohe abi vaja. Selle kõrval toodi samas hea näitena välja, et Eestis on võimalik ilma saatekirjata minna günekoloogile (sh rasedate jälgimine), mis aitab vajadusel kiiresti reageerida.

5.16.3 Tervishoid meedias ja ühiskonnas

Intervjuude põhjal võib järeldada, et **ootus on, et arsti kuvand Eesti meedias ja ühiskonnas peaks muutuma** ja seda positiivsemaks, enam väärtustatumaks. Välismaale lahkunud arstid tajuvad, et sageli materdatakse üksikjuhtumeid ja arste meedias teenimatult ilma arstkonna seisukohtadeta.

Arsti kuvandit ühiskonnas ja patsientide silmis õõnestavad ka kehvad kollegiaalsed suhted Eesti arstide vahel (sh üld- ja erimeditsiini aga ka kolleegide vahel erinevates osakondades). Kuna vigade korral esineb enam süüdistamist ja tagaselja halvustamist, kui üheskoos lahenduste otsimist, siis heidab see halba varju kogu süsteemile. Mitmel korral arvati, et **tervishoiusektoris toimuv on vaid kild ja väike peegeldus sellest, mis ühiskonnas tervikuna toimub**.

5.16.4 Ühtne tervishoiuinfosüsteem

Mõni intervjueritu leidis, et suurim murekoht on killustatus ning olukord, kus iga haigla on justkui iseseisev üksus ja muust süsteemist eraldiseisev. Tulevikus võiks Eestis olla ühtne infosüsteem patsientide raviloo talletamiseks (ühtne tervishoiusüsteemilugu), mis võib-olla vähendaks ka kulusid IT-valdkonnas. Soome näitel toodi välja, et ühes piirkonnas töötavad haiglad ja perearstikeskused ühtse infosüsteemi alusel – info liigub koos patsiendiga ja kõik patsiendiga seotud info on arstile nähtav. Praegu võib perearst Eestis elada täielikus infosulus, kus ei ole teada, mis ravimeid ja mis perioodi vältel on patsient saanud.

5.16.5 Teatud tervishoiu valdkondade areng

Intervjuudes toodi näiteid valdkondadest, mis on Eestile heaks eeskujuks. Positiivses võtmes toodi välja teiste riikide praktikat **vanurite eest hoolitsemisel**, kus heas seisukorras vanadekodus on kogu aeg kohal õde ja kus arst külastab ning vaatab elanikke üle kord nädalas või siis kui vajadus on. Teiste riikide näitel viidati **hästi arenenud koduõendusele**, kus vanemad inimesed elavad oma kodus nii kaua kui võimalik ja koduõde käib neid abistamas. Õendusalatöötajad tõid positiivsest küljest välja **hooldustööd kergendavate seadmete olemasolu** välismaal, mis muudab voodihaigete aga ka vanurite eest hoolitsemise märgatavalt lihtsamaks. Eestis peetakse seda tööd raskeks, sest vajalikke seadmeid, tõstmisvahendeid ei ole. Arvestades, et vanurite osakaal Eesti ühiskonnas on kasvamas, siis on see mitme intervjueritu hinnangul oluline valdkond, kuhu investeerida.

Õendusalatöötajate intervjuudes soovitati sarnaselt välisriikide kogemusele inimeste eest hoolitsemisel ning hooldamisel kaasata enam teisi spetsialiste (sh nt füsioterapeute). Samuti toonitati, et Eestis tuleks hooldustööle suurema hoolikusega inimesi valida ja võtta tööle neid inimesi, kes on selleks eetilisel ja moraalsel valmis.

Heaks peeti ka **välisriikide mitmekesisemaid ravivõimalusi ja sotsiaalsüsteemi** (nt päevakeskused, koduõendus). Eestis tuleks enam mõelda selle peale, kuidas ennetada haigusi ning toetada patsiendi taastumist pärast haiglast/raviasutusest väljumist, et kasu säiliks. Siinjuures võiks enam kasutada koduhoolduse ja -õenduse võimalusi: inimesed oleksid vähem haiglas/raviasutuses.

Palliativsete patsientide eest hoolitsemisel tuleks Eestis enam kaasata peret ja olulisi lähedasi ning mitte neid eemale jätta nagu seda välismaal tehakse.

5.16.6 Tervishoiusüsteemi rahastamine, töötasud ja töökoormus

Mõned intervjueritud leidsid, et Eesti riik peab endale tervishoiusektoris rohkem vastutust võtma. Soovitati nii haiglate kui tervishoiu rahastamispehmoitmed ümber vaadata ning leiti, et seda peaksid tegema haiglad, haigekassa ja ministeerium koostöös. Oluliseks peeti lisaks Arstide Liidu ja riigi vahelist koostööd.

Ühe olulise teemana nimetati **vajadust tõsta tervishoiusektoris palku**. Samas mõnede uuringus osalenud arstide ja arst-residentide jaoks ei olnud palganumber siiski Eestist lahkumisel määrav tegur. Võrreldes

välismaaga on elu Eestis märgatavalt odavam. Samuti ei mõjuta erinevalt välismaast arsti sissetulekuid nii tugevasti maksusüsteem. Üks intervjueeritu aga leidis, et arsti palk Eestis peaks olema selline, et see võimaldaks ka tagasi pöörduda. Teine intervjueeritu, eriarst pakkus välja, et töötasu suuruse peab määrama see, kui palju inimene tegelikult tööd teeb ja füüsiliselt osakonnas kohal on. Samas on siiski keeruline välja selgitada, kui palju inimene tegelikult tööd teeb. Rootsi näitel toodi välja, et mõnedes riigihaglates on arstide-õdede suure puuduse tõttu tõstetud märgatavalt palku, et teha töötamine nendes asutustes atraktiivsemaks ja leevendada töötajate puudust.

Teiste riikide kogemuse näitel viidati sellele, et **arstid peaksid võrreldes teiste erialade ja ametitega proportsionaalselt rohkem teenima**. Samas oli neid intervjueerituid, kes arvasid, et arsti palka tuleks tõsta aga põhjendatult, st eelnevalt tuleks hinnata iga arsti pädevust ja kogemust (sh seda, kas arst kasutab tõenduslohist lähenemist) – töötavad arstid peaksid läbima nn kvaliteedikontrolli. Arsti elukutse nõuab nii vastutust, psühholoogilist ja füüsilist koormust kui haridust ning haritust ning seda peab arstide hinnangul väärtustama. **Oluliseks peeti lisaks nii puhkuse- kui valvetasude- ja lisatasude määramist, millest peaksid kõik haiglad kinni**.

Õendusalatöötajad olid seisukohal, et **õe/ämmaemanda palk Eestis peaks olema elamisväärne**, et inimesed ei oleks sunnitud töötama mitme koha peal, tegema 24-tunniseid vahetusi ja öövalveid, mis väsitavad ning põhjustavad inimeste läbipõlemist. **Arvati, et võrreldes teiste elukutsetega peaksid õed Eestis rohkem teenima**.

Nii arstide kui õdede arvates peaks Eestis nende töötasu tõusma, et ühel kohal töötamine tagaks inimesele sissetuleku, millega on võimalik ära elada ja mis oleks kooskõlas omandatud hariduse, enesetäiendamise ja koolitustega ning vastutusega.

Töökoormuse puhul arvasid arstid ja arst-residendid, et see võiks olla ühtlasem ja väiksem ning tööajamudelid tuleks üle vaadata. Erialaliseks arenguks peab Eestis jätkuma arste (arste on vaja juurde koolitada ja neid Eestis hoida), siis on ka tööd lihtsam teha ning töökoormust jagada. Ühe lahendusena pakuti välja, et tööaeg Eestis peaks samuti olema väga täpselt reguleeritud (sh mis kell tööle tulla ja lahkutakse) sarnaselt nt Soomele ja Rootsile ning oluliseks peetakse, et töötajale oleks tagatud korralik töö- ja puhkeaeg.

Sarnasel seisukohal olid õendusalatöötajad, kes sooviksid samuti madalamat ja ühtlasemat töökoormust, st lühemaid valveid ja sellele vastavat töötasu. Tähtsaks peeti, et õdede arv oleks suurem. Samas oli ka neid, kes leidsid, et tööd oleks võimalik ära teha väiksema arvu töötajatega, st töö intensiivsuse kasvu ja läbimõeldumat, efektiivsemat töökorraldust.

Sarnaselt välisriikide kogemusele võiks Eestis arst enam meditsiinilist tööd teha ja vähem muud tööd, mis aitaks arstide hinnangul tööd kontsentreerida ja paremini teha. Siinjuures leiti, et see annaks võimaluse ka arstide palku tõsta, sest nõnda palju arste ei oleks sellisel juhul vaja, mis omakorda leevendaks arstide puudust.

Oli ka neid, kes olid seisukohal, et patsiendi omaosalus Eestis võiks tõusta ja need, kes soovivad kiiresti arsti juurde saada, peaksid samuti selle eest maksma. See aitaks mitme intervjueeritu hinnangul tõsta inimeste teadlikkust tervishoiu kallidusest.

Oluliseks peeti ka seda, et **konkursid töökohtadele oleksid tulevikus Eestis avalikud sarnaselt välisriikide praktikale**. Praegu võib välismaal töötavatele arstidele, kes sooviksid tagasi tulla, jääda segaseks, kuidas

arste otsitakse ning kas ja kuidas neile konkurssi tulemustest teatatakse. Seega tundub, et Eestis töö leidmine sõltub tutvustest ja suhetest ning kandideerimine ei ole avalik ega läbipaistev.

5.16.7 Õpe ja enesetäiendamine

Arstid

Üks intervjuueeritud üldarst leidis, et lähtuvalt enda residentuuri kogemusest võiksid viimaste aastate residendid enam teenida kui nt esimese aasta residendid. Oluliseks peeti ka selle korra muutmist, mis ei lubaks Eestis residentidel tasuta valveid teha ja mida üldjuhul välismaal ei kujutata üldse ette.

Ühe lahendusena nähakse ka **praktikabaasides konkreetsete ülesannete andmist residentidele**, et arst-resident saaks enam protseduure ise teha ja muutuks iseseisvamaks. See eeldab süsteemsust (mis ülesandeid, mis mahus jne) ja harjumust residentidele ülesandeid anda.

Väga oluline mõttekoht on lisaks **residentuuri sisseastumine**. Arvatakse, et kui residentuuri sisse ei saa, peaks olema mingi alternatiiv, mida noorele inimesele pakkuda, sest muidu pole tal muud võimalust kui ära minna. Mõned intervjuueeritud olid seisukohal, et on näiteid sellest, kuidas inimesi ja noori Eestist sellise süsteemiga „ära aetakse“. Residentuuri sisseastumise „suvalisus“ on tekitanud küsimusi, mis vajaks selgust, põhjendatust ja objektiivsust. Arstkonnas teatakse näiteid kandidaatidest, kes pole Eestis eriskummalistel põhjustel sisse saanud, ent on tänaseks tunnustatud kolleegid ja juhtivatel kohtadel välisriikide tervishoiusüsteemis. Eesti residentuuri näitel tuleb tõsiselt kaaluda, kui lihtsasti lasta noortel inimestel ära minna ja mida teha, et nad ei läheks igaveseks ära.

Positiivses valguses hinnatakse välisriikide näitel, et lihtne ja teretulnud on võimalus käia teises osakonnas vaatlemas, õppimas ning end täiendamas. Mõnel juhul arvati, et **Eestis peaks enam arstide koolitustel osalemist kontrollima ja taset hindama**. Enesetäiendamine ja koolitustel osalemine võiks kajastuda ka palgas. Heast küljest hinnati ka kogemuste omandamist teistes haiglates.

Õendusalatöötajad

Välisriikide kogemusel näitel peetakse oluliseks, et õdedel oleksid erinevad ülesanded ja vastutus ning töötasu. Töötasu suurus võiks sõltuda nii haridusest, töökogemusest, staažist, spetsialiseerumisest kui koolitusest ja enesetäiendamisest. Õepraktika läbimisel tuntakse puudust nii juhendamisest kui tagasisidest. Ootus on, et tulevikus see muutuks ja juhendamist enam väärtustataks. Välja toodi ka seda, et õed võiksid olla veelgi iseseisvamad spetsialistid.

5.16.8 Patsiendid

Patsientidest kõneldes ilmnes, et välismaal on patsient kõige tähtsam („*patsient on kuningas*“). Patsiendid on enam teadlikud enda õigustest ning esitavad palju rohkem kaebusi, millest igapäevaga tõsiselt ka tegeletakse, sest selle jaoks on eraldi institutsioonid. Välismaal tunnevad arstid ja arst-residendid enam, et arstiamet on patsientide seas lugupeetud ning ka patsientide kaebused on normaalne osa igapäevatööst, mille lahendamist soosib arsti toetav tööandja ja kaebuste lahendamiseks on institutsioonid. Eelnevat võib osalt mõjutada ka see, et tavaliselt tuntakse, et välismaal on patsientide jaoks rohkem aega.

Arstide hinnangul tuleks enam patsienti kuulata ja rohkem tähelepanu tuleks pöörata patsiendile ja tema heaolule. Välisriikide kogemuse näitel tuleks Eestis enam patsiendiga suhelda ja talle raviga seonduvat

selgitada, et ennetada tõsisemaid kahjustusi või hooletust enda tervise suhtes. Suuremat patsiendikesksust ja -toetust pidasid tähtsaks ka õendusalatöötajad. Lisaks leiti, et patsientidesse peaks suurema lugupidamisega suhtuma, st patsientide juuresolekul ei räägitaks avalikult teistest patsientidest, arstidest või isiklikest teemadest ning patsientide juuresolekul tuleks suhelda neile arusaadavas keeles. Patsientide jaoks peab olema aega (mida praegu Eestis ei ole), et vältida võimalikke vigu, mis osalt eeldab patsientidesse suhtumise muutust kui paremat töökorraldust.

5.17 Kokkuvõte

Arstide ja õendusalatöötajate välismaale töölemineku detailsed põhjused on üsna eriilmelised ning üldjuhul on lahkunud mitme teguri ja asjaolu kokkulangemise koosmõjul. Emotsionaalselt kõige tugevama jälje on vastajatesse jätnud rahulolematuse Eestis tervishoiusüsteemiga ja siin kogetuga, sh töösuhete (mh juhendamise), perspektiivituse, töökoormuse aga ka töötasuga, kusjuures arstid panid töötasu pigem viimasele kohale ja õendusalatöötajad pigem esimesele kohale. Kogetu võib kokku võtta sõnadega „*Eesti tervishoius ei ole arstina/õendusalatöötajana hea töötada*“. Osa tervishoiutöötajaid on välismaale lahkunud põhjusel, et kogeda, proovida midagi uut ja teistsugust ning saamaks mitmekesist töökogemust. Soov saada mitmekesist töökogemust on iseloomulik eelkõige Eestis põhiõpingud lõpetanud üldarstidele. Noorte arstide näitel on kaalukausi välismaal elamise-töötamise kasuks viinud mitu asjaolu, (1) residentuuri mitte saamine, (2) rahulolematuse residentuuriga Eestis, (3) rahulolematuse juhendamise residentuuris ja laiemalt tööalaste suhetega, (4) rahulolematuse töökoormuse ja intensiivsusega, (5) rahulolematuse töötasuga, (6) rahulolematuse erialaste arenguvõimaluste ja spetsialiseerumisega. Lisaks on Eestist lahkunud teiste pereliikmete valikute ning soovide mõjul (nt teisest rahvusest elukaaslane ja tema töö või õpingud või soovid).

Konkreetse sihtriigi valikut mõjutab varasem kokkupuude riigiga (nt varasem õppimis-, praktika- või töökogemus), keeleoskus, tuttavate-sõprade aga ka kolleegide valikud ja riigis töötamine, riigi sarnasus ja lähedus Eestile ning elukaaslase päritolu ja soovid. Eestist lahkumist arutatakse eelnevalt tavapäraselt pere ja lähedaste ringis, ent on ka neid, kes teevad otsuse iseseisvalt. Vähem on neid, kes arutavad ja küsivad nõu Eestis töötavalt kolleegidelt, sest sellele võidakse viltu vaadata. Rohkem küsitakse nõu nendelt tuttavalt-kolleegidelt, kellel on sarnane kogemus minevikust või kes juba töötavad välisriigis ees. Kui pere ja lähedased on tavaliselt otsuse suhtes toetavad, siis Eestis töötavate kolleegidega on kogemusi ja suhtumist mitmesuguseid.

Pikaajalisem välismaal viibimine võib alguse saada lühiajalistest viisitidest, praktikast ja residentuuri osalisest sooritamisest välismaal. Kui välismaal kogetu on positiivne ning eneseteostust võimaldav, siis sageli pikendatakse välismaal töötamise-elamise kestust. Tavapärane mõtteviis Eestist lahkumisel on proovida, katsetada välisriigis elamise-töötamist esialgu lühiajaliselt, st nt mõned kuud, pool aastat või aasta ehk peas on tegemist pigem ajutise elukorralduse muudatusega. Alati jääb tagavaravariant Eestisse naasta, kus ees ootavad kodu, lähedased, sõbrad ja tuttavad. Üldjuhul ei minda välismaale kindla plaaniga sinna alaliselt ja igaveseks jääda. Teatud osa tervishoiutöötajatest siiski lahkub Eestist jäädavalt, st nende seas on inimesi, kes on Eesti tervishoiusüsteemis ja elus tõsiselt pettunud ega kavatse naasta; osa inimestest lahkub pigem pikemaks ajaks, sest teisest rahvusest elukaaslasel ei ole võimalik Eestis tööd leida või ei olda siinse elu- ja töökeskkonnaga rahul; suur osa inimestest lahkub esialgu pigem ajutiselt nt töökogemuse saamiseks või residentuuri lõpetamiseks, kuid otsustab siis kauemaks jääda, sest töökeskkond ja -tingimused on tuntavalt paremad kui Eestis kogetu.

Välismaal erialase töö leidmise lihtsus ja kiirus sõltub nii Eestist lahkumise ajast, sihtriigist, aga ka keeleoskusest ja inimesest endast (sh tema soovidest, ootustest ja nõudmistest) ning varasemast kogemusest. Oluliselt keerulisem oli välismaal tööd leida neil tervishoiutöötajatel, kes lahkusid Eestist enne 2004. aastat, mis üldjuhul tähendas nii arstidele kui õendusalatöötajatele uuesti välisriigis koolituste, õppe, erialaeksamite läbimist lisaks välisriigi keeleeksami sooritamisele, sest Eestis omandatud haridust ei tunnustatud. Oma oskusi ja pädevust pidi uuesti tõendama, mis tähendas, et tööle asumine võttis oluliselt rohkem aega ja bürokraatiat.

Pärast 2004. aastat Eestist lahkunud tervishoiutöötajate välismaal tööle asumist võib pidada lihtsamaks, kuigi arstide ja õendusalatöötajate kogemused on siinjuures erinevad. Sageli kasutatakse töövahendusfirmade abi ja pakutavaid keelekursuseid, ent on ka neid, kes püüavad iseseisvalt hakkama saada, nt kui välisriigis on varem töötatud või õpitud. Peamised sammud välismaale tööle kandideerimisel on diplomite tõlkimine ja saatmine tööandjale, kontakti loomine ja enda registreerimine välisriigi terviseametis, intervjuud ja töökoha ülevaatamine ning esialgu lühikeseks perioodiks töölepingu sõlmimine. Kitsaskohtadena juhiti enamasti tähelepanu elementaarsetele võõrkeeleoskusele, mida üldjuhul eeldatakse, ja mõningates riikides ebaproportsionaalselt suurele bürokraatialle ja asjaajamise aeglusele võrreldes Eestiga.

Intervjueeritud arstid (eriti pärast 2004. aastat välismaale läinud) on tavaliselt töö kiiremini leidnud kui õendusalatöötajad. Mõnel juhul on õendusalatöötajad teinud ka muud tööd, et vajalikku keelt õppida või pabereid vormistada. Lisaks on neid, kes on end pika töö otsimise tõttu võtnud välisriigi töötukassas arvele.

Intervjueeritute hinnangud enda töökoormusele olid väga erinevad. Mõned hindasid enda töökoormust ja töö intensiivsust kõrgemaks välismaal ja mõned Eestis, osa hindas neid samaväärseks. Need, kes hindasid enda koormust kõrgemaks põhjendasid seda sellega, et välismaal on (1) vähem administratiivset tööd ja rohkem meditsiinilist tööd, (2) rohkem kohustusi seoses kõrgema ametipositsiooniga, (3) efektiivsem töökorraldus, (4) rohkem patsiente ühe töötaja kohta, (5) töötajate puudus. Osa tervishoiutöötajatest hindas koormust madalamaks kui Eestis, sest välismaal (1) töötatakse vaid ühel ametikohal, (2) vähem administratiivset tööd ja rohkem meditsiinilist tööd, (3) saab vajadusel töötajaid tellida (nn töötajate pangad, vahendusfirmad jms), kui on vaja asendust vms, (4) tehtud ületunnid kompenseeritakse enamasti vabas ajas, (5) vähem patsiente ühe töötaja kohta, (6) rahulikum töötempo ja töökultuur, (7) reguleeritud ja kokku lepitud töö- ja puhkeaeg.

Väga oluliseks teemaks kujunes intervjuudes rahulolematuse suhete ja kollegiaalsusega. Suhete puhul peeti tähtsaks suhteid ja koostööd teiste kolleegidega (sh õdedega) kui ülemuse, tööandjaga aga ka patsientidega. Intervjueeritute arvates sõltub suhete headus kolleegidega nii töökohast, asutusest, osakonnast (valdkonnast) kui inimesest endast. Välismaal saadud kogemuse näitel viidati suhete võrdlemisel Eesti tervishoiusektori patriarhaalsusele ja hierarhilisusele, mis väljendub nii õdede-arstide, eriarstide-perearstide, arstide-tööandja, „uute“ ja „vanade“, noorema ja vanema põlvkonna vastasseisus. Väga positiivselt hinnati välisriikide kogemuse näitel teiste arstide ja kolleegidega konsulteerimisvõimalust ja vastutulelikkust, koostööd (sh eri- ja peremeditsiini vahel) ja üksteise austamist. Üldjuhul oldi arvamusel, et selle jaoks leitakse alati aega ning võimalusi, samas kui Eesti kogemuse puhul arvati, et üksteisesse suhtutakse kui konkurentidesse, üksteise tööst ja üksteisest kõneldakse selja taga ja/või halvustavalt ning koostööd tehakse vähe. Arsti ja juhtkonna vahelisi suhteid peeti üldjuhul paremateks välismaal, Eesti näitel toodi välja mitmeid puudujääke, sh vähest suhtlust, mitte toetavaid suhteid, isiklikest tutvustest sõltuvaid suhteid ning juhtkonna autoritaarset ja ähvardavat juhtimisstiili. Mitut intervjueeritut on Eestis hämmastanud suhtumine, et „kui ei meeldi, siis mine ära, sest järjekord on ukse taga“. Kui välismaal

töötamise kogemuse näitel on tunne ja teadmine, et töötaja heaolu on tähtis ja sellesse investeeritakse, st kui on vaja midagi lahendada või töötaja vajab abi/juhendamist tööülesande täitmisel, siis leitakse selleks võimalus, samas kui Eestis näitel hinnati seda pigem kriitiliselt. Ent leidis ka intervjuueerituid, kes hindasid tööalaseid suhteid ja kolleegidega läbisaamist Eestis ja välisriigi näitel sarnaseks – suhted kolleegidega olid head Eestis ja on sama head välismaal.

Intervjuudes arst-residentidega viidati ka residentuuriga seotud probleemidele. Kõige enam rahulolematust põhjustab residentuuri sissesaamine, juhendamise kvaliteet ja kollegiaalsus residentuuris ning arst-residentide töökoormus ja töötasu. Kitsaskohaks peetakse väikest residentuurikohtade arvu mõnedel erialadel, samuti kogetud subjektiivsust, ebaselgust ja läbipaistmatust residentuuri sisseastumisel. Olulisena toodi välja, et nendele noortele, kes residentuuri soovitud erialale sisse ei saa, tuleb pakkuda muid võimalusi Eesti tervishoiusüsteemis töötamiseks ja/või õppimiseks. Ohukohaks on see, et residentuurist välja jäänud noored arstid käsitlevad seda kui riigi ja ühiskonna hoolimatust, mis annab tõuke välismaale minekuks. Intervjuueeritute hulgas sai kriitikat juhendamise kvaliteet ja kollegiaalsus residentuuris. Puudust tuntakse juhendamisest, nõustamisest ja konsulteerimisvõimalusest, st üsna levinud on tunne, et juhendamise jaoks ei leita aega. Selle põhjuseks on erinevad tegurid, mh töötajate suur töökoormus ja intensiivsus, juhendamise madal tasustamine ja seega selle madal väärtus töötajate silmis, juhendamiseks vajalike oskuste puudumine aga ka arst-residentide mitte tunnustamine kolleegidena. Arst-residentide ootus on, et ka neid võetaks kui kolleege ja neile usaldataks ülesandeid (ise tegemist), iseseisvust ja vastutust, samas vajavad nad mitmekülgset juhendamist, julgustamist ja toetust kogenumatelt kolleegidelt.

Intervjuudes õendusalatöötajatega viidati samuti rahulolematusele juhendamisega praktika ajal ja laiemalt kehvadele tööalastele suhetele ja madalale kollegiaalsusele, mis on üheks oluliseks põhjuseks (töötasu kõrval) Eestist lahkumise selgitamisel. Sarnaselt residentidele on selle põhjuseks erinevad tegurid, mh nt töötajate suur töökoormus (teised tööülesanded) ning juhendamise madal tasustamine ja seega selle madal väärtus töötajate silmis. Positiivsemalt suhtutakse välismaa töökogemuse näitel arstide-õdede koostöösse. Erinevalt Eestis kogetust julgetakse arstidega konsulteerida, küsida ja oma professionaalset arvamust välja öelda – seda ka küsitakse. Samas sarnaselt arstidele leitakse, et suhete headus sõltub suurel määral inimesest endast ja osakonnast kui asutusest ning positiivseid näiteid ja häid suhteid leiab ka Eesti tervishoiusüsteemist.

Töötasude erinevusi hinnati Eestis ja välismaal väga suureks. Tervishoiutöötajate töötasu välismaal võib olla kuni viis korda kõrgem võrreldes saadud töötasuga Eestis ja seda sõltuvalt ametiülesannetest, vastutusest, osakonnast, töökogemusest ja erialast. Osalt arvatakse, et selleks, et Eestis head palka saada, tulebki mitme tööandja juures töötada, mis omakorda tähendab mitmekordset töökoormust. Välismaal ei ole vajadust mitme tööandja juures rabeleda. Teatud osa intervjuudes osalenud arstidest leidis, et viimastel aastatel on palgad tõusnud (sh residentidel) ja olukord on seega palju parem. Samas teine osa intervjuueeritustest hindas töötasu Eestis madalaks, mis ei võimalda saavutada soovitud elustandardit ega vasta sellele, kui kaua ollakse erialast haridust omandatud, kui suur vastutus tööga kaasneb ja kui palju tuleb tegelikult tööd teha (sh ennast koolitada) ning tööle pühenduda. Kriitiliselt heideti ette valvete tegemise kohustust Eestis, mis kuulub täiskoormusel töötamise juurde ja mida arvestatakse põhitöötasu sisse. Välisriikides kuuluvad valved lisatasu alla.

Võrreldes teiste erialade ja ametialadega teenivad arstid välismaal proportsionaalselt enam ja kuuluvad ühiskonna hierarhias kõrgemale ning jõukamasse kihti – Eestis töötades ja elades seda ei tundud. Intervjuude põhjal võib tõdeda, et üldjuhul tunnetatakse, et arste väärtustatakse ja toetatakse ühiskonnas välismaal enam kui Eestis. Seda põhjendatakse nii makstava palgaga kui positiivsema, väarikama

suhtumisega, st nii ühiskonna kui patsientide poolt, arstidesse. Arsti sõnal ja ametil on välismaal suurem kaal.

Sarnaselt arstidele võivad õendusalatöötajad välismaal teenida kuni viis korda suuremat töötasu võrreldes Eestis saaduga. Tavaliselt tunnetatakse, et töö, mida välismaal tehakse ja palk, mida selle eest saadakse, on üksteisega kooskõlas. Töötasu suurus sõltub nii töökogemusest, spetsialiseerumisest, osakonnast, enesetäiendamisest ja koolitamisest. Tavaliselt kompenseeritakse välismaal ületunnid vabas ajas, ent vajadusel ja teatud olukordades ka rahas (ületunnitasu). Välisriikides töötavate õendusalatöötajate kogemusel näitel võib välja tuua, et pigem püütakse oma töötajate väsimust, ületöötamist ja läbipõlemist ennetada ning tekkivate ületundide ja asendust vajavate valvete tarvis kasutatakse lisatööjõudu (nn töötajate pangad, vahendusfirmad).

Erialase enesetäiendamise ja karjäärivõimaluste hindamisel intervjueritute hinnangud lahknesid: oli neid, kes leidsid, et välisriigi ja Eesti enesetäiendus-, koolitus- ja karjäärivõimalused on sarnased aga ka neid, kes arvasid, et välisriigis on need võimalused paremad ning seda eriti spetsialiseerumisel. Spetsialiseerumisel tagab kiirema arengu välismaal suurem patsientide arv ja väga erineva tausta, haiguslooga patsiendid aga ka suurem spetsialiseerunud arstide-kolleegide arv ning seega hea erialast arengut toetav keskkond.

Nii Eestis kui välismaal maksab teatud osa koolitustest kinni tööandja ning teine võimalus on ise koolituste eest maksta, mida mõned ka kasutavad. Üldjuhul arvati, et karjäärivõimalused sõltuvad suuresti inimesest endast ja sellest kui väga ta seda soovib. Oli intervjuerituid, kes hindasid karjäärivõimalusi samaväärseks, ent karjääri tegemist peeti nt Eestis lihtsamaks eelkõige väiksuse ja paindlikkuse tõttu, osalt sõltub see ka kultuuriruumist, nt mõnes riigis on ametialane areng aeglasem ja karjääri tipphetk saabub hiljem. Eesti puhul heideti ette, et vahest saavad koolitustele vaid kiiremad, sest raha ei jätku kõigile; inimeste vahel on suur konkurents ja kardetakse oma kohtade ja saavutatud positsioonide pärast, seega võib kohata ebaadekvaatseid otsuseid; raha koolitusteks on vähem; ravimifirmade sponsoreeritud ja korraldatud koolitustele ei vaadata alati hästi. Mitmed arstid on välismaal tööd alustanud madalamalt ning väiksema vastutuse ja alluvate arvuga ametikohalt kui see oli Eestis. Mõnel juhul on see olnud isiku enda soov, vähemasti esialgu. Samas on mitmeid näiteid sellest, kuidas arst on aastate jooksul karjääriredelil ülespoole roninud, saades sellega enam vastutust, kohustusi ja õigusi erialal töötamiseks. Intervjuude põhjal võib järeldada, et on kohti, kus karjäärivõimalused aga ka juhtkonna toetus arsti arengule on märgatavad ning kohti, kus arst peab ise enda eest seisma.

Sarnaselt arstidele leidsid mõned õendusalatöötajad, et võimalused koolituseks ja enesetäiendamiseks on samaväärsed ja mõned, et võimalusi on rohkem ja need on paremad välismaal. Osa õendusalatöötajatest oli seisukohal, et Eestis on spetsialiseerumine raske, kuigi soov oleks, sest tööpõld on väiksem ja patsiente ei ole nii palju. Mõni intervjueritu soovib esialgu välismaal tõises mõttes rahulikumalt ja tagasihoidlikumalt võtta (st väiksemat vastutust ja väiksemat alluvate arvu). Seega kuigi võimalusi on, siis ei olda nii aktiivsed kui oldi nt Eestis. Sarnaselt erialalt lahkunud endistele õendusalatöötajatele viidati karjäärivõimaluste puudusele Eestis õena töötades. Välismaa kogemuse näitel väärtustatakse ka õena spetsialiseerumist ja sel viisil arenemist, millest Eestis töötades puudust tunti.

Osa tervishoiutöötajatest leidis, et Eestis on töö- ja pereelu lihtsam ühitada, sest tööpäevad on lühemad; lähedased ja pere on ligidal; emapuhkus on pikem ja hästi tasustatud. Teine osa tervishoiutöötajatest oli arvamusel, et välismaal on tasakaalu saavutamine lihtsam, sest töökoormus on mõistlikum ja väiksem, mistõttu jätkub energiat ja aega väljapoole tööd; stress töö- ja eraelu tasakaalustamise ja majandusliku toimetuleku pärast on välismaal väiksem; kõrgem töötasu lubab vaba aega endale sobival viisil sisustada;

kellast kellani töö aitab tõmmata piiri tööaja ja vaba aja vahele; sest erinevalt Eestist on välismaal töötades tunne, et vajadusel on võimalik kolleegi abi paluda olukorras, kus midagi jääb lõpetamata või kui keegi jääb haigeks; sest ka välismaal on emapuhkus jne. Positiivses võtmes toodi välja, et pärast emapuhkust saab välismaal töökoormuse tööandjaga läbi rääkida. Teatud osa intervjueeritustest ei osanud tasakaalu saavutamist Eestis ja välisriigis võrrelda (nt puudus pere, ei olnud veel lapsi).

Hinnangud töökeskkonnale olid väga erinevad. Lisaks sõltuvad hinnangud sellest, kus töötas intervjueeritu Eestis ja kus uuringu läbiviimise ajal, samuti haigla, osakonna suuruselt, kas vahepeal on spetsialiseeritud jne. Osa intervjueeritustest arvas, et seadmed ja töövahendid on Eestis ja välisriigis sarnased; osa oli seisukohal, et seadmed ja töövahendid on Eestis paremad ja osa oli arvamusel, et need on välisriigis paremad. Mõned intervjueeritud on huvitatud teadustöö tegemisest ja selle võimalustest välismaal ning kes hindasid neid võimalusi paremaks välismaal, ent intervjueeritute hulgas oli ka neid, kes konkreetselt teadustöö vastu huvi ei tundnud ning kes ei tegelenud teadustööga ka Eestis. Samas nemad leidsid, et kui huvi oleks, siis on võimalused olemas nii välismaal kui Eestis. Eestis peetakse keeruliseks doktorikraadi omandamist ja töötamist samal ajal ning samuti hinnatakse problemaatiliselt selle „ära tasumist“ tööturul. Teadustöö tegemist soodustavat tugisüsteemi hinnatakse välismaal üldjuhul paremaks (sh stipendiumid, andmestik, koostöö).

Erinevalt Eestist on tervishoiutöötajate puhkused välismaal pikemad, sageli arvestatakse puhkust tööpäevades ja mitte kalendripäevades nagu Eestis. Puhkusetasud lubavad reisida ja enda meelistegevustega puhkuse ajal tegeleda, mille võimalikkust ei tunnetatud Eestis töötades. Puhkused on välismaal seda pikemad, mida rohkem on tööstaaži, vastutust ja ületunde, millega ollakse rahul.

Kuigi üldjuhul arvati, et teadmised on otseselt rakendatavad ja ülekantavad ka Eesti tervishoiusüsteemi, siis kahtleval seisukohal oldi selles osas, mis puudutab, kuivõrd vastuvõetavad välismaal omandatu Eestis on ja kuivõrd tõenäoline on suhtumise muutus (sh kolleegidesse, patsientidesse). Keerulisemaks hinnati naasmisel töö tegemist siis, kui omandatud on subspecialiteet, millel ei pruugi Eestis tööpõldu olla – patsientide arv on lihtsalt liialt väike ja seega on valdkonna areng pidurdatud.

Korduvalt viidati intervjuudes sellele, et Eesti tervishoiusüsteemis on harjutud asju teatud viisil tegema ja vanad traditsioonid, mustrid on visad kaduma, samas muudatuste vastuvõtmise keerukusele viidati ka välismaal.

Üldjuhul on intervjueeritud otsusega välismaale tööle minna rahul või väga rahul. Peamised tõmbetegurid Eestisse naasmiseks on Eestis elavad sõbrad, sugulased ja perekond. Mitme intervjueeritu kallimad või lapsed, lapselapsed elavad Eestis. Väga paljudel elavad vanemad Eestis. Samuti väärtustatakse Eestit kui kodumaad ja kohta, kus on üles kasvatatud ja võimalust emakeeles suhelda. Mitmel intervjueeritul on Eestis kinnisvara, mis samuti seob ja kohustab. Eestisse tõmbab igatsus lähedaste ja kodu järele.

Uuringus osalenute seas on nii neid, kellel on kindel plaan mõne aja pärast Eestisse tagasi tulla aga ka neid, kes on välismaale läinud alaliseks. Intervjuude põhjal võib välja tuua, et inimesi kammitsevad Eestisse naasmast erinevad põhjused, mille hulgas tavapäraselt esineb hirm tagasipöördumise ees, st hirm selle ees, kuidas neid Eestis vastu ja omaks võetakse ja selle ees, kas neile leidub töökoht Eesti tervishoiusektoris. Kardetakse nii sildistamist kui ebavõrdset kohtlemist. Intervjueeritute hinnangul võivad teistsugused lähenemised (sh töövõtted) saada erimeelsuste allikaks. Muutuste suhtes tekib alati ka teatud vastuseis ning ka Eesti tervishoiusüsteemis on muutusi keeruline ellu viia. Kui erialaseid väljakutseid (sh spetsialiseerumisega seotud võimalusi) hinnatakse välismaal kõrgemalt (nt rohkem erialast tööd, sest

patsientide arv on suurem), siis on ka soov Eestisse naasta väiksem. Töötamise ja töökohaga seotud põhjused on omakorda sageli põimunud pere ja lähedastega seotud motiividega: pere ja lapsed on välisriigis üles kasvanud ja sealse eluga harjunud ega soovi Eestisse elama-kooli-tööle tulla. Lisaks hinnatakse elukvaliteeti ja võimalusi välisriigis kõrgemalt kui Eestis.

Samas mõned intervjuueeritud arstid ja arst-residendid ei hinnanud Eestis erialase töö leidmist pärast välismaal töötamist keeruliseks ega näinud naasmisele takistusi. Mitmed intervjuueeritud, kes ei ole veel välismaal residentuuri astunud, soovivad residentuuri osaliselt teha Eestis. Ent seda soovi kammitsevad hirmud, et residentuuri lõppedes ei leidu neile Eestis töökohta. Mitmed intervjuueeritud juhtisid tähelepanu ka sellele, et palka saaks ka Eestis ja (vaid) töötasu iseenesest ei ole probleem, ent negatiivselt tajutakse nii Eesti tervishoiu valitsevat hierarhiat, töösuhteid kui välismaal töötamise kogemuse väärtustamist. Asjaolu, et Eestisse naastes ei pruugita naasjat omaks võtta, tekitab hirmutunnet ja mõttekohta nii mõneski intervjuueeritus. Negatiivselt vaadatakse Eesti näitel ka arsti administratiivsetele kohustustele ja probleemide lahendamisele, mis välismaal on antud sekretäridele. Naasmise muudab keerulisemaks välismaal viibitud aeg ja sealse töökeskkonna, -tingimustega harjumine (sh töökoormuse ja töötasuga) ning oma elu paika saamine, seda eriti noore arst-residendina ning alustava eriarstina. Naasmist kaaluvad arstid kõrvutatavad omavahel kasu pere lähedal ja kodumaal elamisest kahjuga langusest töötasus, sh elukvaliteedis ja võimalikust kasvust töökoormuses.

Intervjuudes osalenud õendusalatöötajate seas on nii neid, kellel on kindel plaan mõne aja pärast Eestisse tagasi tulla aga ka neid, kes on välismaale läinud pikemaks perioodiks. Alaliselt välismaale jäämist mõjutab nii teisest rahvusest elukaaslane, tema soovid ja eelistused (sh töökoha, kliima, elukeskkonna suhtes) kui pere teke (lapsed, elukaaslase pere-lähedased). Intervjuude põhjal võib välja tuua, et Eestisse tagasipöördumist takistavad erinevad põhjused (sh perega seotud põhjused). Erinevalt arstidest esineb lisaks väga tugeva tegurina hirm majandusliku toimetuleku ees. Otsuse kaalumisel, st Eesti ja välisriigis töötamise vahel valimisel, mängivad tavapäraselt rolli Eesti madalam töötasu, pikad valved ja kaasnev väsimus ning vajadus jälgida, millele ja kui palju kulutatakse (sh toit, üür, vaba aeg).

Uuringu tulemusena võib tõdeda, et Eestist lahkumise lood on osalt unikaalsed, eriilmelised ning varieeruva emotsionaalse fooniga, teisalt joonistuvad välja ka kindlad mustriid käitumisel ja kogemusest mõtlemisel. Intervjuudes ilmnenu kitsaskohad ja tõstatatud teemad on tegelikult üsna sarnased Eestis varem läbiviidud uuringute tulemustele (Vörk, Priinits ja Kallaste, 2004; Eesti Nooremarside Ühendus, 2012; Veldre ja Kruus 2013; Tarum, 2014).

Residentuur

Läbiviidud uuringu keskmes ei olnud residentuuri headus või konkurentsivõimelisus, ent Eestist lahkumise põhjuste selgitamisel on rahulolematust residentuuriga esile kerkinud. Sarnaseid tulemusi on saadud varasemates uuringutes, nt Veldre ja Kruus (2013), kus selgus, et noorarste, residente viib Eestist ära soov töötada mõistlikuma töökoormusega ja ennetada läbipõlemist, töö- ja töövälise keskkonna paremus välisriigis (sh soov põgeneda siinsast ebakollegiaalsest ja halvustavast tööõhkkonnast, soov teenida enam või õiglasemat töötasu), Eesti meditsiinisüsteemi perspektiivitus ning välisriigi süsteemi pandlikkus (sh nt võimalus läbida residentuur tsüklitena ja töötada vahepeal üldarstina; Soome näitel). Kitsaskohana toodi välja, et arstiks kasvamisel puuduvad sisukad alternatiivid puhuks, kui õppekorralduslike tegurite tõttu arstiks pürgija õppeprotsess katkeb (nt ei saa põhiõppe lõpetanu tiheda konkurentsi tõttu ainsal soovitud erialal residentuuri). Eesti Nooremarside Ühenduse poolt 2014. aastal läbiviidud veebipõhises uuringus „Residentuuriprobleemid“ ilmnis, et suurem osa arst-residentidest teeb lisatööd väljaspool residentuuri,

enam kui pooled arst-residentidest ootasid juhendajalt rohkem nõustamist kui nad tegelikult said ning umbes kolmandik arst-residentidest teevad tervishoiuasutustes valveid ilma, et ükski vastava eriala arst oleks füüsiliselt majas olemas.

Seetõttu tuuakse eraldi välja peamised läbiviidud uuringus ilmnunud residentuuri kitsaskohad, ent ilma soovist, sest puudub teadmine, kuivõrd suurte väljakutsetega tegemist on ja kui paljusid residente need igal aastal puudutavad. Küll soovitatakse viia täiendavalt läbi eraldi uuring arst-residentide seas ja Eestist lahkunud arst-residentide seas, et saada detailne ülevaade esinevatest probleemidest, nii rahulolematuse kui rahulolu allikatest ja residentuuriga seotud välismaale lahkumise põhjustest. Samavõrd oluliseks uurimisküsimuseks võib pidada arst-residenti suhteid juhendajaga, st nii juhendatava kui juhendaja vaadet suhtele.

Uuring näitas, et noorte arstide seas on probleem rahulolematuse Eesti residentuuriga, sh sisseastumise; vastutuse, iseseisvuse ja õppimise, väärtustamise, juhendamise, kollegiaalsuse, töötasu ja töökoormusega.

Probleem 1: esimene murekoht residentuuriga on sisseastumine, mille puhul leitakse, et see peab olema objektiivne, põhjendatud, selge ja läbipaistev. Senine kogemus vastuvõtukomisjoniga on olnud eriilmeline, st segaseks on jäänud, mis põhjustel mõned saavad sisse ja mõned mitte. Samuti on noored arstid seisukohal, et endiselt, kuigi on arstide puudus ja Eestist lahkutakse, ei mõelda nende noorte peale, kes „jäävad residentuuri ukse taha“.

Probleem 2: teine tõsine murekoht residentuuriga on rahulolematuse juhendamise ja kollegiaalsusega. Noored arstid tunnevad, et osalt neid vaadatakse kui lisatööjõudu ja mitte kui õppivaid arst-residente. Puudust tuntakse juhendamisest, nõustamisest ja konsulteerimisvõimalusest, st üsna levinud on tunne, et juhendamise jaoks ei leita aega ning juhendajate käibefraas on „mine loe ise raamatust“. Selle põhjuseks on erinevad tegurid, mh töötajate suur töökoormus ja intensiivsus, juhendamise madal tasustamine ja seega selle madal väärtus töötajate silmis, juhendamiseks vajalike oskuste puudumine aga ka arst-residentide mitte tunnustamine kolleegidena. Noorte arst-residentide suur soov on, et ka neid võetaks kui kolleege ja neile usaldataks ülesandeid (ise tegemist), iseseisvust ja vastutust, samas vajavad nad mitmekülgset juhendamist, julgustamist ja toetust kogenumatelt kolleegidelt.

6 SEKTORIST LAHKUNUD ÕED JA ÄMMAEMANDAD

6.1 Erialal tööd mitte alustanud ja erialalt lahkunud õendusametite töötajate kvalitatiivuuring

Selleks, et välja selgitada õenduslasele tööle mitteasumise ja töölt lahkumise põhjuseid, viidi läbi kokku kolm fookusgrupi intervjuud ja kaheksa individuaalintervjuud. Kuna sihtrühma huvi uuringus osaleda oli pigem tagasihoidlik – vähesed võtsid uuringumeeskonnaga ise ühendust – ning kontaktide leidmiseks kasutati kaudseid meetodeid ja kanaleid, siis pakuti huvilistele lisaks võimalust veebis vastata.

6.2 Kvalitatiivuuringus osalenute taust

Uuringus viidi läbi kolm fookusgrupi intervjuud Tallinnas. Igas fookusgrupi intervjuus osales kuus inimest, st kokku osales fookusgrupi intervjuudes 18 inimest, sh viis õenduslasele tööle mitte asunud ja 13 erialaselt töölt lahkunud endist õendusametite töötajat. Fookusgrupi intervjuudes osalejatest enamik olid omandanud

hariduse Tallinnas, vaid kolm osalejat olid hariduse saanud Tartus. Erialalt lahkunud õenduslatöötajate viimased töökohad olid nii haiglates, hooldushaiglates, perearstikeskustes kui kiirabis, kusjuures esindatud olid ka Eesti erinevad piirkonnad nt Tallinn, Harjumaa, Tartu, Pärnu ning Järvamaa.

Individuaalintervjuudes osalenutest kuus omandasid õe/ämmaemanda hariduse Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis (või Tartu Meditsiinikoolis), üks intervjueeritu omandas hariduse Kohtla-Järve Meditsiinikoolis ja üks intervjueeritu Tallinna Meditsiinikoolis (praegune Tervishoiu Kõrgkool). Intervjueeritute viimased töökohad olid nii perearstikeskustes pereõdedena kui keskhaiglas, tavalises haiglas ja kiirabis aga ka nt õena lasteaias. Töökogemus õena/ämmaemandana varieerub aastast kuni neljateistkümne aastani. Intervjueeritute hulgas oli nii värske õenduslase töökogemusega inimesi kui viimati 1990ndatel töötanud. Eemaloleku aeg varieerub ühest aastast kuni kaheateistkümne aastani. Üks intervjueeritu ei olnud pärast õpingute lõpetamist õena/ämmaemandana töötanud. Intervjuudes osalenute viimased töökohad olid nt Tartus, Tallinnas, Järvamaal ja Kuressaares.

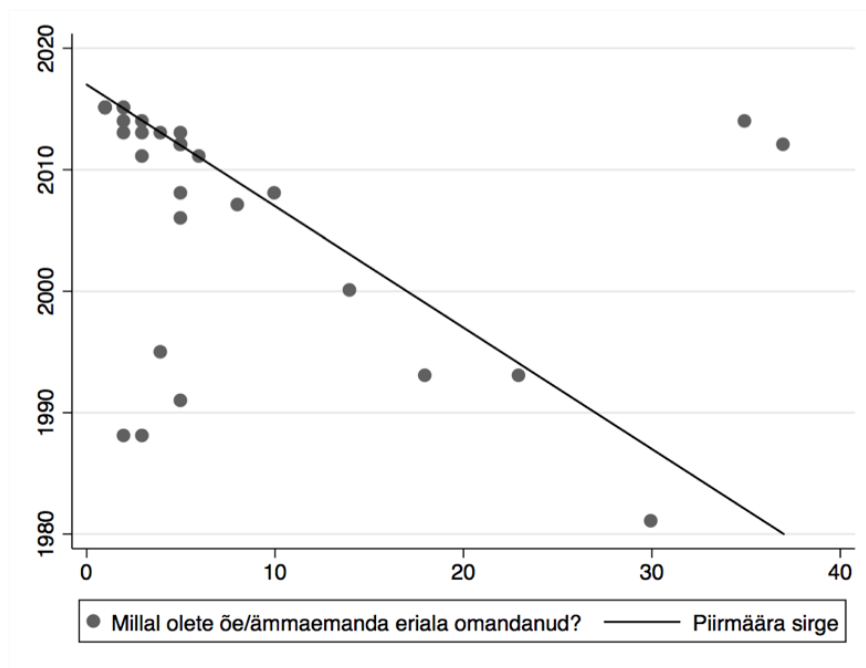
Uurimisküsimustele vastas veebis 34 inimest. Enamik vastanuid oli lõpetanud Tartu Tervishoiu Kõrgkooli (25), ent vastanute hulgas oli ka Tallinna Meditsiinikooli (4), Tallinna Tervishoiukõrgkooli (4) ja Tartu Meditsiinikooli lõpetanud (1). Enamik vastanutest oli värske õenduslase töökogemusega, kuid leidis ka neid, kelle viimane kokkupuude erialase tööga jäi 1990ndate algusesse (tabel 17). Suurem osa vastanutest töötas haiglates (21), aga ka eriarstiabiastutustes (5), perearstikeskustes (2) ja mujal (2).

Tabel 17. Veebiküsitlusele vastanute viimane aasta, mil nad töötasid õe või ämmaemandana (nelja vastanu puhul pole täpne aasta teada)

Aasta	1991	2010	2013	2014	2015	Kokku
Arv	3	2	1	6	18	30
%	10	7	3	20	60	100

(allikas: erialaselt töölt lahkunud õenduslatöötajate veebiküsitlus, autorite arvutused)

Enamik veebiküsitlusele vastanutest on pärast lõpetamist teinud suure osa ajast õenduslase tööd (joonis 70). Kuna suurem osa vastanutest omandas hariduse viimase viie aasta jooksul, siis jääb ka keskmine töökogemus 5–10 aasta vahele (keskmine = 8.06 aastat, mediaan = 5 aastat). Jooniselt on samuti näha, et osadel juhtudel on töökogemus suurem kui hariduse omandamise aasta lubaks. See on selgitatav tõsiasjaga, et õenduslase haridust omandavad üliõpilased saavad esmase töökogemuse enamasti hariduse omandamise käigus. Lisaks on näha kaks juhtumit, kus töökogemus ületab olulisel määral lõpetamise aastast tulenevat mõttelist piirmäära. Antud juhtudel on vastanud omandanud ka varasemalt õenduslase hariduse, ent on otsustanud enda teadmisi hiljem värskendada.



Joonis 70. Veebiküsitlusele vastanute eriala omandamise aasta ja töökogemus aastates (allikas: erialaselt töölt lahkunud õendusametite veebiküsitlus, autorite arvutused)

6.2.1 Tööle mitteasumise motiivid

Intervjuude põhjal võib pärast õpinguid õenduslasele tööle mitte asumise põhjused võtta kokku järgnevalt:

- algne soov töötada teises sektoris (nt ravimitööstuses, iluteeninduses);
- algne soov töötada tervishoiusektoris, aga teisel erialal või teises riigis;
- isikuomaduste sobimatus õenduslase tööga (sh vale erialavalik);
- praktika ajal kogetu ja nähtu mittedobivus (sh töökollektiiv, -koormus, -keskkond, -tasu);
- töökoha mitte leidmine;

Veebiküsitluses toodi täiendavalt välja töötasu, -koormuse ja -jaotuse ebaproportsionaalsus; karjääritegemise võimaluste vähesus ja väljakutsete puudumine; töö rutiinsus ja vähene erialane iseseisvus; madal töötasu ja teiste ametialade kõrgemad töötasud; töö vähene väärtustamine; vajadus maksta ära õpingute ajal võetud laen (mida ei ole võimalik maksta õepalgast); põlvkondadevahelised lõhed ja erimeelsused (sh kehv suhtumine); austuse puudumine õdede vastu ühiskonnas; arstide ja õdede hierarhia; lõhed ootuste ja tegelikkuse vahel (st koolis õpetatu ja töökohal nõutava/teitava vahel; samuti koolis õpetatu kvaliteet ja pettumine saadud hariduses); töökollektiivi juhtivate inimeste vähene suutlikkus hoida ja toetada oma meeskonda ja soov luua pere.

Ämmaemandate näitel toodi pärast õpinguid erialaselt töölt lahkumise selgitamisel täiendavalt veebiküsitluses välja, et vastutus on väga suur, ent saadav palk on üsna ebaõiglane; nõue teha tööd suures haiglas nii nõuandlas kui sünnitusel (ei saa valida); raskused töökoha leidmisel (pole vabu töökohti, ämmaemandate „ületootmine“); kui on omandatud ämmaemanda haridus, siis ei soovita õena tööle asuda, isegi kui ämmaemandana tööd ei leita.

Intervjuude põhjal võib tõdeda, et **osa õenduseriala omandama läinud üliõpilastest ei plaanigi hiljem erialal tööle asuda**. Analüüsist selgus, et taolist nähtust esineb rohkem viimasel aastakümnel, mida saab osaliselt seletada varasemalt kehtinud õppekavadega, aga ka sektori laienemisega. Eelnevaga haakub otseselt inimese **mittesobivus õenduslasele tööle**, st valitud eriala ja valdkonna ebasobivus, mis üldjuhul avastatakse õpingute käigus (nt praktikal). Kuigi sellesse gruppi kuuluvad inimesed teadvustavad, et õendustöö neile ei sobi ning nad ei soovi selles valdkonnas pärast õpinguid tööle asuda, soovivad nad siiski õpingud lõpetada haridustaseme omandamise eesmärgil.

Lisaks saab tuua välja ajas muutuvad põhjused. Kui varasemalt oli tegu pigem siseriikliku konkurentsiga tööturul, siis **tänapäeval soovitakse töötada ka välismaal**. Mitmes intervjuus toodi õenduslase töö juures välja võimalus töötada välismaal, eeskätt lähiriikides. Üks veebiküsitlusele vastanu arvas, et Eestis ei asu sageli tööle just need õed, kes on käinud välismaal praktikal ja kogunud, kuivõrd erinev võib suhtumine õdedesse olla. Teine võimalus õeks õppinutele on jääda küll Eestisse, ent töötada teistel erialaga seotud ametikohtadel. Näitena toodi mitmel korral välja ravimitööstust, mille kasuks räägivad paremad töötingimused ja palk, ning samuti iluteenindust.

“Meie kursusel oli neid tegelikult suhteliselt vähe. Sellel ajal. Aga hiljem neid on vist ära liikunud küll. Ja see mingi hetk oli see, kus ravimifirmad hakkasid väga hoolega tööle ja tegid väga hea palgaga pakkumisi. Ja noh, ikkagi hoopis teine töö on ju. Sa liigud ringi ja saad teistsugust palka ja kellele siis müügitöö nagu sobis, siis mindi küll ära jah.”

Oluliseks tõuketeguriks õendustöölt lahkumisel pärast õpinguid hinnati lisaks **praktika ajal kogetud negatiivne suhtumine ja pinged kollektiivis**. Toetuse puudumine takistab kindlustunde teket iseseisvas töös. Probleemi põhjendati nii juhendamise vähese rahalise väärtustamisega tööandja ja riigi poolt kui selle jaoks vajalike oskuste (st pedagoogilisi, psühholoogilisi oskuseid) puudumisega. Juhendamise tarvis aja ja energia leidmist takistab õdede intensiivne töö ja üldine suur töökoormus. Võrreldes teiste töökohustustega ei peeta juhendamist tähtsaks. Lisaks arvati intervjuudes, et on mõned töötajad, kes tajuvad praktikantides ohtu enda töökohale ega soovi seetõttu neid (noori praktikante) toetada. Sarnaselt välismaale lahkunud tervishoiutöötajatele tajuvad endised õendustööajad tervishoiusüsteemis põlvkondadevahelist lõhet.

6.2.2 Töölt lahkumise motiivid

Sarnaselt Eestist välismaale lahkunud tervishoiutöötajate kogemusele on erialaselt töölt lahkumiseni (pärast sellel töötamist) viinud **mitme teguri koosmõju ja asjaolu kokkulangemine** (sh nt rahulolematuse töökoormuse, töötasuga ja atraktiivsemad tööpakkumised; edasiõppimine ja atraktiivsemad tööpakkumised jne). Intervjuude põhjal võib õenduslasele töölt lahkumise põhjused kokku võtta järgnevalt:

- vajadus ja soov kõrgema töötasu järele;
- kehv kollegiaalsus ja tööalased suhted, toetuse puudumine kollektiivis;
- ebasobiv töökoormus (kas liiga väike või liiga suur);
- tervislikud põhjused (sh vaimne pinge, stress, väsimus, allergiad jne);
- perekondlikud põhjused;
- piiratud täiendõppe ja eneseteostuse võimalused;
- teise eriala, uue hariduse omandamine;

- rutiinne, lihtne töö;
- atraktiivsemad pakkumised ja teised väljakutsed tööturul.

Intervjuude tulemused on kooskõlas veebiküsitluses välja tooduga. Lisaks nimetati veebiküsitluses liiga intensiivset tööd, töö kehva mainet, ebasobivat töökorraldust (sh probleeme hierarhiaga) ja laiemalt töötingimusi. **Kõige enam mainiti veebis vastamisel lahkumispõhjusena madalat töötasu (63%),** millele järgnesid eneseteostuslikud põhjused (37%). 29% vastanutest mainis lisaks ühe põhjusena liiga suurt töökoormust, 26% halbu suhteid kolleegidega ja pereelu ühitamatust tööga. Lisaks toodi välja ebameeldiv (liigselt hierarhiline) töökorraldus (14%), liialt intensiivne töö (11%), madal töö maine (9%) ja kehvad töötingimused (6%).

Õenduslaselt töölt lahkumise põhjused võib jaotada kahe kategooria vahel: sunnitud ja eneseteostuslikud põhjused. Uuringus osalenud töid enamasti välja mõlemad põhjused. Intervjuude ja veebiküsitluse analüüsi põhjal ei ole võimalik öelda, milline on kahe nimetatud kategooria omavaheline suhe.

Sunnitud põhjuste alla kuuluvad rahalised, perekondlikud ja tervislikud põhjused. Esimesel puhul **ei vastanud töötasu intervjuueeritavate ootustele** (st arvestades omandatud haridust, pädevust, töökoormust, töö vastutust ja sisu ning töö intensiivsust). Intervjuudes toodi lisaks välja, et mitte alati ei saanud nad teha soovitud hulgal töötunde (sh alahõivatus), mis mõjutas samuti nende töötasu suurust. Lisaraha saamise võimalusena nimetati öö-vahetuste tegemist ja riigipühadel töötamist. Välja toodi, et antud variant sobib vaid osadele töötajatele, kuna see toob kaasa pinged isiklikus elus (nt suhetes lähedastega, sh lastega) ja probleemid töö- ning pereelu ühitamisel. Vajadus suurema sissetuleku järele oli üks olulistest põhjustest, mis ajendas õenduslatöötajaid otsima teisi võimalusi tööturul. Intervjuudes toodi välja, et õenduslane töö on majanduslikus mõttes kättesaadav vaid linnas elavatele inimestele, kuna väike töötasu ei võimalda pikemast vahemaast tulenevaid transpordikulusid katta. Samuti ei pruugi sobivat erialast tööd leida erinevates piirkondades, mistõttu võib elukoha muudatus tuua kaasa eriala vahetuse. Sunnitud põhjuste all võib lisaks välja tuua tervislikud põhjused. **Õendustöö on füüsiliselt koormav** (liialt intensiivne töö ja pidev stress toodi välja pea kõigis intervjuudes) ning töö käigus on keskmisest suurem oht puutuda kokku erinevate haigustekitajatega. **Teatud terviseseisundid ei pruugi lubada enam õenduslast tööd teha** (nt koormustalumatuse või allergiad). Väsimuse, kehvema tervise võib lisaks tingida **suur töökoormus (sh pikad valved)**, mille taga on omakorda soov teenida meelepärast töötasu aga ka töötajate puudus ja töötamine mitme tööandja juures.

Eneseteostuslike põhjuste all toodi enamasti välja **puudulikud eneseteostusvõimalused (sh karjääri edendamisel)** ja **arenguperspektiivi puudumine**. Intervjuudes arvati, et kuigi soov oli osaleda täiendõppekoolitustel ja spetsialiseeruda, siis osalemine **enesetäiendamisel ja koolitustel ei väljendunud** kuidagi **palgas** ning **intensiivse töö kõrvalt oli koolitustel osalemine keeruline**. Lisaks toodi välja, et juba **koolitustele pääsemine oli keeruline** ning sõltus osalt isiklikest suhetest vastutavate isikutega. Õenduslatööd tehes **ei nähta arenguperspektiivi** (eriti nooremad töötajad). Viimasena selgus intervjuude analüüsist, et need, kes hindasid enda oskusi ja teadmisi kõrgemalt, olid avatumad ka teistele tööturul pakutavatele võimalustele.

“Ja üks põhjus, miks ära ei minda, on - ma tean, kõik ütlevad seda - et aga ma ei oska mitte midagi muud. Nii et see on nüüd.. pigem võib-olla tahaks küll, aga ei julge. Üsna suur seltskond on see... Nii räägivad kõik - kus ma lähen, kus ma.. ma ei oska ju midagi. Tallinnas on haiglaid või tervishoiuasutusi ka suht vähe, kaua sa siis kõnnid ühest teise ja.. ja teise valdkonda ikkagi

ei juleta minna. Millegipärast arvatakse, et tervishoid on midagi väga erilist ja midagi väga teistsugust.”

Üks intervjueeritu kirjeldas, kuidas pärast õendusteaduse hariduse omandamist Tartu Ülikoolis (ja lisaks eelnevale õendusharidusele) oli loomulik liikuda juhtivamale kohale ja mitte jätkata töötamist tavaõena. Intervjueeritu jaoks oli see pigem loomulik valik. Teine intervjueeritu kirjeldas, kuidas õena töötamisel ei tundnud ta perspektiivi. Veel üks õendustöötaja tundis, et puudus võimalus kuhugi edasi liikuda ja ambitsioon oli oluliselt suurem. Teine intervjueeritu kirjeldas, kuidas õena töötamisel puudus väljavaade: alternatiiv oli saada vanemõeks, ent siis jääb vähemaks praktilist tööd. Korduvalt nimetati **iseseisvuse ja iseseisva tegutsemise puudust või vähesust**.

Veebiküsitluses osalenutel paluti lisaks hinnata, kui oluliseks nad ette antud töökeskkonnaga seotud tegureid enda lahkumisotsuse langetamisel pidasid. Need on toodud ära korrelatsioonitabelis (tabel 18). Korrelatsioonitabel näitab, et nii kõrge töökoormus kui kõrge töö intensiivsus on omavahel seotud, sarnaselt ka madal töökoormus ja madal töö intensiivsus. Puhke- ja tööaegade korralduse küsimuse vastused olid seejuures tugevas korrelatsioonis üldise töökorralduse rahulolu, töökollektiivi suhete ja pereelu küsimusega. Sellest võib järeldada, et neil, kellel oli probleeme puhkuse- ja tööaegadega, esines samuti probleeme suhetes kolleegidega, pereelu ja tööaja sobitamisega ja üldise töökorraldusega. Samuti vastupidi – kellel selles küsimuses probleeme ei esinenud, ei esinenud ka teistes seotud küsimustes probleeme. Samuti tasub tuua välja tugev seos täiendõppe ja eneseteostuse ja kolleegidega suhete hinnangute vahel. Tähele tasub panna, et tegu pole põhjuslike suhete, vaid koos esinevate vastanute subjektiivsete hinnangutega. Samas on teemad omavahelises loogilises seoses, tugevas ja statistiliselt olulises korrelatsioonis.

Tabel 18. Töökeskkonna ja töökohaga seotud tegurite olulisus õendusalaselt töölt lahkumisel (korrelatsioonikordaja, $p < 0.05^*$) (allikas: erialaselt töölt lahkunud õendusala töötajate veebiküsitlus, autorite arvutused)

(n=25)	Koormus +	Koormus -	Intensiivsus +	Intensiivsus -	Puhkus	Korraldus	Vahendid	Kolleegid	Töötasu	Täiendus	Teostus	Perekond
Koormus +	1.00											
Koormus -	-0.12	1.00										
Intensiivsus +	0.69*	-0.19	1.00									
Intensiivsus -	0.06	0.61*	-0.26	1.00								
Puhkus	0.19	0.05	0.16	0.01	1.00							
Korraldus	0.22	-0.27	0.13	-0.25	0.46*	1.00						
Vahendid	-0.03	0.06	0.02	0.12	0.24	0.13	1.00					
Kolleegid	0.09	-0.22	-0.15	-0.05	0.46*	0.42*	0.49*	1.00				
Töötasu	0.24	-0.14	0.22	0.02	0.36	0.11	0.32	0.22	1.00			
Täiendus	0.18	0.04	0.38	-0.13	0.25	0.38	0.30	0.45*	0.13	1.00		
Teostus	0.02	-0.12	0.21	-0.08	0.30	0.50*	0.24	0.60*	0.13	0.79*	1.00	
Perekond	0.25	0.15	0.09	0.33	0.43*	-0.02	0.59*	0.21	0.40*	0.18	0.13	1.00

Küsimustikus uuriti, millal jõudsid vastanud otsusele lahkuda õenduslaselt töölt. 62% vastanutest tõdes, et tegi seda töötamise ajal. 38% teadis enda otsust juba õppimise ajal. See annab märku, et **suurem osa lahkub töölt tööst tulenevate asjaolude tõttu** ja mitte ette planeeritult. Ka intervjuudes ilmnes, et enamasti jõuti otsusele lahkuda õendustöölt töötamise ajal (sh nt praktika ajal, abiöena töötamise ajal kui põhikohaga töötamise ajal).

Veebiküsitlusele vastanutest 56% oli omandanud lisaks õe erialale ka mõne teise eriala ning 44%-l on ainult õe kutse. Täiendava eriala omandanutest viis inimest oli omandanud oma teise erialase hariduse enne õenduslasest õpet ja üheksa pärast. See ei tähenda siiski, et need, kes olid juba eelnevalt omandanud teise eriala, teadsid suurema tõenäosusega juba meditsiiniõpingute ajal, et ei soovi õenduslasest tööd teha. Ka intervjueritute seas on neid, kes on omandanud lisaeriala enne õendusharidust ja neid, kes on omandanud lisaeriala pärast õendusharidust. Tavaliselt ollakse seisukohal, et omandatud õeharidus on lisapädevus kõigele muule ja võimalik tagavaravariant.

Hilisemate töökohtade jaotuses tuli välja, et mitmed uued töökohad olid seotud tervishoiu või hoolekandega. 20st veebiküsitlusele vastanut, kes märkisid uue eriala, oli seos meditsiiniga või hoolekandega 13 vastanul. Sellest saab järeldada, et pärast õenduslasest tööd lõpetamist soovib suur osa jätkata siiski tervishoiuga seotud valdkonnas. Oma praegusel erialal oli 10 inimest töötanud kuni ühe aasta, 12 inimest 1 kuni 5 aastat, 2 inimest 5–10 aastat ja üks inimene üle 10 aasta. Üheksa vastanut oli märkinud ennast töötuks.

Uuele (st, mitte õenduslasest) töökohale asumist pidas enamik veebiküsitlusele vastanutest lihtsaks või pigem lihtsaks (19 vastanut). Raskeks või pigem raskeks pidas uuele töökohale asumist kaheksa vastanut. Andmete põhjal ei saa paraku kinnitada, et uue töökoha leidmist pidasid lihtsamaks need, kes asusid tööle tervishoiuvaldkonnaga seotud erialale. Intervjuudes arvati, et erialavahetuse keerukus sõltub kättevõtmisest ning muudatused ei ole alguses kunagi lihtsad. Mõni individuaalintervjuus osalenu selgitas, et teine tööpakumine tuli sobival ajal ja seega oli erialavahetus kergem. Samas oli intervjuerituid, kelle jaoks erialavahetus oli keeruline, sest nõudis iseseisvat õppimist ja lisatööd (nt seadusandluse tundmist), kuigi teemavaldkond oli sarnane.

6.3 Töö kuvand ja ootuste realiseerumine

Uuringus osalenutelt küsiti, mis põhjustel sooviti õe/ämmaemanda eriala õppida. Õenduslasest tööd motiveeris intervjueritavaid tegema enamasti missioonitunne, st soov inimesi aidata ja tunda end vajatuna, aga ka lai eriala ja väljakutseid esitav töö.

“Jaa. Ja nii palju, kui ma olen inimestega rääkinud, kes on kaua meditsiinis ikkagi olnud, nad ütlevad, et see vajalikkuse tunne ja see tunne, et sa oled saanud kedagi aidata ja sa tead oma tööd ja sa teed seda hästi, et see on ikkagi üks põhjus, miks töötatakse vaatamata palgale, koormusele, mida iganes.. need on need kutsumusega inimesed.”

Suunavaks jõuks nimetati tihti perekonda (perekonna soovitusel või eeskujul) või isiklike kokkupuuteid tööga tervishoius (nt kogemused haigete abistamisel). Tihti oodati huvitavat ja vaheldusrikast tööd. Just viimase osas tunti tööle asudes pettumustunnet, kuna **töö osutus rutiinseks** („kui konveiermeetod“). Viimase all peeti silmas olukordi, kus tööülesandeks oli ühe konkreetse protseduuri kordamine suure hulga patsientide peal (nt vereanalüüside võtmine). Sellistes olukordades tunti motivatsioonilangust, mis võis

teatud juhtudel viia uue töökohta otsinguteni. Küll nähti vaheldusrikkana ja huvitavana tööd kiirabis, millest tänaseni sageli puudust tuntakse. Lisaks töö rutiinsusele ja lihtsusele kirjeldasid õendustöölt lahkunud, et nad **ei olnud valmis tööga kaasnevaks emotsionaalseks pingeks** (sh toimetulek patsientide surmaga aga ka patsientidepoolne halvustav suhtumine).

Küsimusele “milline on õdede/ämmaemandate kuvand ühiskonnas?” vastates leiti intervjuudes, et kuvand on üldiselt positiivne. Pikema töökogemusega vastajad nägid kuvandi muutumises positiivset trendi.

“Ma arvan, et ta on positiivne. Kui me võrdleme mingit aega tagasi, mingi 10-15 aastat tagasi, siis ma mäletan, et me võitlesime selle eest, et õel oleks iseseisev vastuvõtt ja et õdesid aktsepteeritaks omaette professionina ja nüüd on see täiesti loomulik nähtus ju. Õe vastuvõtt - loomulikult, milles küsimus? Ma arvan, et see positsioon on ikkagi väga positiivselt tõusnud. Et siin on hästi suur töö ära tehtud. Ma ise arvan nii, et on positiivne.”

Intervjuudes tõdeti, et ühiskonnas osatakse üha enam eristada õendustööd arstitööst. **Suhtumine õdedesse on paranenud** – tegu pole tänapäeval vähem kompetentsete arstidega nagu varasemalt on arvatud. Väärtustatakse õe suurenenud rolli patsientide nõustamisel, sh pereõdede tööd ja vastutust, ja enam õetöö märkamist patsientide ja ühiskonna poolt. Lisaks üldisele positiivsele kuvandile leiti, et ühiskond on kaastundlik õdede töökoormuse ja töötasu suhtes. Üks intervjuueeritu kirjeldas, kuidas õe kuvand meedias on inimesest, kes on alamakstud ja ületöötanud. Hoolimata mõningast paranemisest oli ka neid, kes endiselt viitasid õele kui arsti käepikendusele ja et tegelikult „käib ikkagi kõik läbi arsti“ ja „mis see õde ikka teab“. Üks individuaalintervjuus osalenu oli seisukohal, et nt ämmaemandate kuvand on palju positiivsem võrreldes õdedega, sest nemad on seotud tavaliselt rõõmsate sündmustega ja tervete inimestega. Lisaks toodi negatiivses võtmes välja eksimusi ja nende kajastamist meedias. Probleemide tekkimisel esitatakse kaebusi avalikult meediasse, mis muudab tervishoiutöötajate töö stressirohkemaks ja vastutusrikkamaks. Üks individuaalintervjuus osalenu kirjeldas, kuidas praegu on enam õdede/ämmaemandate lugupidamist ja austamist, ent samas ka jälgimist ja üsna kergelt on tulema süüdistused. Aga see on intervjuueeritu arvates levinud ka teistes valdkondades ja mitte vaid tervishoius.

Õendustöötajate kuvand veebiküsitlusele vastajate hulgas on sarnane intervjuudes välja toodule. Umbes pooled vastanutest seostasid kuvandit pigem negatiivsete märksõnadega. Välja toodi, et arstide jaoks on õed käsutäitjad, orjad, abistavad käsilased, otsustusvõimetud sabarakud; patsiendid suhtuvad õdedesse üleolevalt; inimesed ei austa õdede tööd; aru ei saada sellest, et õde/ämmaemand on iseseisev kutse/õde on iseseisev spetsialist; õendustöötajaid peetakse rumalateks ja rumalamaks kui arste; õed on ületöötanud, ebasõbralikud ja väsinud, iseseisva mõtlemisvõimeta; õed ei järgi sageli eetika- ja konfidentsiaalsusnõudeid. Negatiivse kuvandi põhjuseks on vastanute hinnangul madalad töötasud, suur töökoormus ja sellega seotud väsimus, vähe kvaliteetne haridus ja õe kui iseseisva kutse mitte väärtustamine. Üks vastanu kirjeldas, kuidas õendustöötaja tööst räägitakse ühiskonnas vähe ja kui räägitakse, siis negatiivses valguses. Mitmel korral leiti sarnaselt intervjuudes ilmnenule, et ämmaemandate kuvand on parem võrreldes õdedega. Negatiivses võtmes toodi välja, et ämmaemandat nähakse endiselt rohkem arsti kõrval, kuigi tegelikult teeb ta juba kõike ise.

Teise poole vastanute hulgas on nii neid, kes arvavad, et aja jooksul on õdede kuvand ühiskonna ja patsientide silmis tasapisi paremaks läinud („õde ei ole enam pelgalt arsti käsutäitja“) kui neid, kelle hinnangul on kuvand positiivne. Samas leiti, et see sõltub ka institutsioonist, kus õde töötab ja kuidas institutsioon õesse suhtub. Osalt arvati, et õendustöötajatesse suhtuvad paremini vanemad inimesed. Üks

vastanu arvas, et inimesed austavad õendusalatöötajate tööd, kuid seda peetakse raskeks ja vastutusrikkaks. Õelt oodatakse mõistmist, hoolimist ja empaatiat ning ões nähakse abiandjat, kellele võib loota.

Eraldiseisev teema, mida mainiti pea kõigis intervjuudes, oli **rahulolematu õpingute käigus saadavate praktikavõimalustega**. Mitmed intervjuueeritud tõdesid, et nemad või nende kursusekaaslased **ei omandanud õpingute käigus teatud olulisi oskusi soovitud määral**, mis põhjustas hilisemaid probleeme. Probleemid võisid tekkida suhetes teiste töötajatega, juhendajatega ja enesekindlusega tööülesannete täitmisel. Intervjuudes osalenud leidsid, et õpingud (st see, mida koolis õpetatakse ja nõutakse) ning praktiline töö on paljudes aspektides erinevad, mistõttu sageli tunnetati, et **praktiline minnes puudus vajalik ettevalmistus**. Teine negatiivne aspekt praktika sooritamise juures oli **juhendajate hoolimatus ja ajapuudus juhendamisel**, mille **põhjuseks** peeti nende **liigset töökoormust, väsimust ning madalat kompensatsiooni juhendamise eest**. Viimasena mainiti **õendusala üliõpilaste väga suurt varieeruvust tasemes ja huvitatuses**. Tõdeti, et nõrkade õpitulemustega ja madalalt motiveeritud üliõpilased toovad alla kogu õendusala tudengkonna mainet. Nimetatud kolm aspekti vähendavad omakorda juhendajate motivatsiooni juhendavatega tegeleda ja toovad enesega kaasa probleeme koostöös. See pörsib ka noorte õendustöötajate oskuste omandamist ning edaspidist motivatsiooni alal töötada.

“Tohtrid ikkagi ei võta kõik õdesid [tõsiselt], õde on ikkagi ainult personal, mitte kõik aga paljudel ja käitatakse samamoodi, mitte kõik, aga väga palju on sellist, et õdede ja ka ämmaemandate alandamist patsientide ees. Ja õdede peale karjumist ja sellist asja, nii et ma nagu, see ei tekitanud küll praktiliselt olles sellist tunnet, et selle pärast ei tuleks siia tööle.”

Pingeid lisab ühe fookusgrupi intervjuu põhjal seegi, et õenduses on konkurents vähenenud ja võib kõneleda **„ajude väljavoolust“**: vanemad, pikaajalise staažiga töötajad ei tunne väheste noorte tulijate tõttu konkurentsi. See soodustab passiivset suhtumist ning käitumist enesetäiendamisel ja muutuste vastuvõtmisel. Puudu jääb motiveerivast töötasust ja survest ennast tööalasel täiendada.

6.4 Õenduslasele tööle naasmine

Õenduslasele tööle naasmise suhtes jagunesid intervjuudes osalenud kaheks: need, kes tundsid selle vastu aktiivset huvi, sh need, kes liitusid 2015. aasta sügisel „Õed tagasi tervishoidu“ projektiga ja need, kes on naasmise mõttest pigem loobunud ega kaalu seda enam. Seletavaks teguriks võib pidada nende olukorda tööturul, st kuivõrd heas positsioonis nad on ja kuivõrd rahul oma praeguse töökohaga (sh töötasu, huvitavusega, arenguvõimaluste ja iseseisvusega).

“No üks asi on võib-olla jah palk, minu jaoks praegu on med-õe palk nagu miljonäri palk, sest minu palk on väga väike. Aga tegelikult nojah, et võib-olla palk, aga see võib olla ka kuskile mujale elama asumine, siin on mõni selline töökohast nüüd oleneb, mis töökoht lähedal on.”

Kes oli leidnud hea ja eneseteostust pakkuva töökoha, ei tundnud õenduse vastu enam huvi ning vastupidi, kes oli ebakindlamas situatsioonis, otsis võimalusi õenduslasele tööle naasmiseks. Parema tööturu positsiooni tagas seejuures täiendava eriala omandamine. Näiteks olid mitmed intervjuueeritavad pärast õenduslaselt töölt lahkumist omandanud teise kõrghariduse. Nende seas toodi välja tervishoiu valdkonna erialad (nt terviseedendamine, päästekorraldus jne) ja muud erialad (nt filoloogia, organisatsioonijuhtimine jne). Õenduslast haridust siiski väärtustati, kuna selles nähti esiteks üht

lisakompetentsi ja teiseks tagavaravõimalust. Samas võib mitme uuringus osalenu näitel kõneleda **kutsumusest ja soovist teha õendustööd**, mis ei ole eemalolekuga kuhugi kadunud.

Oluline tegur naasmissoovi mõjutamisel oli lisaks möödunud ajahulk viimasest õendusalasest töökogemusest. **Mida rohkem aega oli möödunud, seda ebakindlamad oldi enda kompetentsuse ja naasmise suhtes**. Samuti puudus teadmine, kas on vaja ja kuidas on võimalik enda kvalifikatsiooni tõestada.

“No riigilt oleks küll kena, kui saaks õppimise eest raha. See kergendab ju kõike, sest siin /.../ mandrile minek, et see on ju vägagi kulukas kõik see, et riigilt tahaks küll ja mulle vägagi meeldis see, kui siin küsiti ka, et uudistes või kuskil, et üliõpilased tahavad üle tuhande euro puhtalt kätte, oi siis läheks raudselt kohe õppima.”

Välja toodi, et kui kvalifikatsiooni taastamiseks oleks vaja uuesti kooli minna, siis ei pruugi see materiaalsetel ja elukohast tulenevatel põhjustel võimalik olla.

“Muidugi oleks hea taas neid koolitusi muidugi tuua inimestele lähemale, vot see on ka. Et noh ka mandril võib seda teha aga eriti saartel, sest inimestel ongi majanduslikud olukorrad. Siin ma saaksin kohe aga mandril paneb mõtlema kuidas ja mismoodi ja muidugi õppetootus, see oleks abiks. Kuidas kellelegi, mõnele rohkem, mõnele vähem aga abiks ikkagi.”

Üks individuaalintervjuus osalenu, kes on naasmisvõimalusi uurinud, selgitas, et kahtlusi tekitab naasmise keerukus, eemaloldud pikk aeg ja kompetents. Ta selgitas, et üheaastane tasemeõpe on nt mõeldud praktiseerivatele õdedele (mida ta ei ole) ning ta tegelikult ei tea, kuidas oleks võimalik naasta.

Uuesti õppima minek nõuab investeringuid, mille tasuvus pole garanteeritud. Naasmist kaaluvad intervjuudes osalenud väljendasid soovi saada nõuete ja võimaluste kohta rohkem informatsiooni. Üks intervjuueritu, kes liitus 2015. aasta sügisel alanud „Õed tagasi tervishoidu“ projektiga tunnistas, et ebakindlust põhjustab pärast õpinguid õena töökoha leidmine, sest praegu tundub, et vabu töökohti ei ole, kuigi õdede puudusest räägitakse.

Õendusalasemale tööle naasmist uuriti ka veebiküsitluses. Mitu veebis vastanut tõi välja, et on minevikus proovinud naasta. Üks osa tunnistas, et naasmine on raske, sest konkurss on tihe, töökohti vähe ja kandideerimise edukus sõltub tutvustest. Nt üks aasta emapuhkusel olnu läks pereõe kohalt operatsiooniõe kohale ja leidis, et üleminek oli keeruline, sest suhtumine ja töökeskkond ei olnud toetav – „*inimesele ei taheta võimalust anda*“. Samas teine osa vastanutest oli seisukohal, et naasmine ei ole keeruline ning soovi korral on võimalik tööd leida.

Lisaks küsiti veebis vastanutelt, kas plaanitakse järgneva kahe aasta jooksul (lähitulevikus) õendusalasemale tööle naasta. Ligikaudu **30% vastanuist märkis küsitluses, et plaanib õendusalasemale tööle naasta või tööle asuda**, sama palju ei plaani naasta ja umbes 41% ei osanud öelda. Üksikud plaanivad õendusalasemale tööle naasta välismaal ja üksikud soovivad õendusalasest tööd teha osakoormusega, et mitte kaotada oma kompetentsi. Peamiste kitsaskohtadena (sarnaselt intervjuudele) toodi välja eemaloldud pikka aega, vajadust värskendada enda teadmisi, väikest tötötasu, raskusi töö leidmisel ja tervishoius toimunud muutusi.

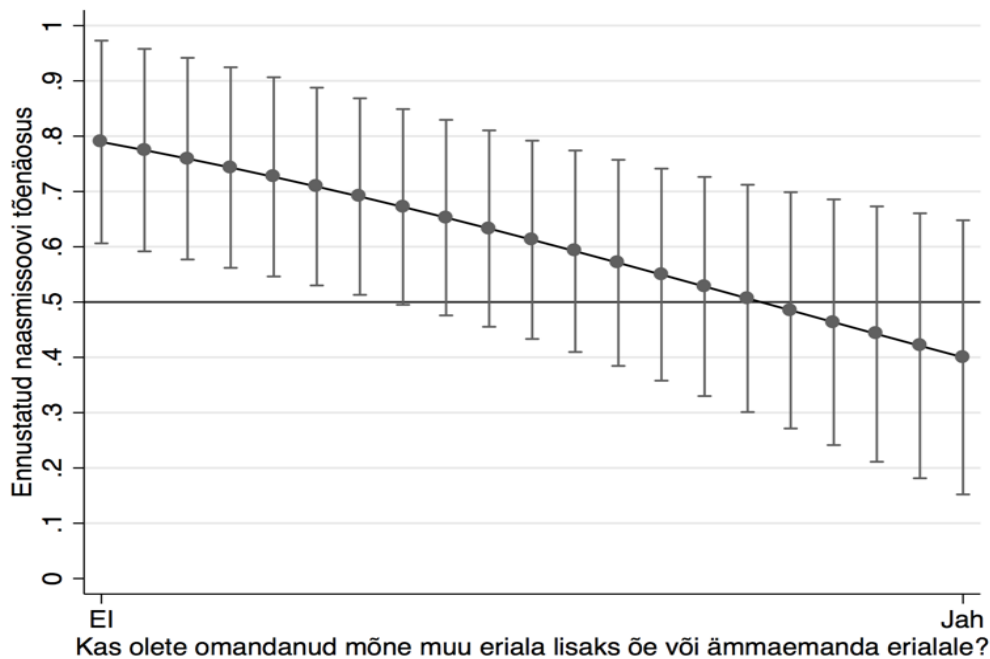
Lisaks testiti analüüsi käigus, millised indikaatorid võiksid naasmissoovi ennustada. Oluliseks osutus uue eriala omandamine, mille puhul oli tegu binaarse tunnusega („Kas olete omandanud mõne muu eriala?“ – „jah/ei“). **Uut eriala mitteomandanutel on 5.6 korda (1/0.178) suurem tõenäosus soovida naasta**

õenduslasele tööle kui uue eriala omandanutel (tabel 19 **Error! Reference source not found.**). Joonis (joonis 71) näitab samuti visuaalselt, et kui inimene ei ole omandanud uut eriala, on tõenäosuslikult ennustatud naasmissoov märgatavalt suurem võrreldes inimesega, kes on omandanud uue eriala. Tulemused olid seejuures statistiliselt olulised ja ennustasid keskmiselt 71% tulemustest korrektselt. Seega võib järeldada, et õenduslasele tööle naasmise soov on otseselt seotud sellega, mil määral on inimene panustanud teistesse huvivaldkondadesse. **Mida suurem on panus uude erialasse, seda väiksem on soov naasta vana juurde.** Samas sõltub soov naasta tugevasti tunnetatavast kutsumusest. Eristada tuleb aga soovi ja soovikohast tegevust. Viimane sõltub juba tingimustest, mida otseselt antud küsitluse käigus uurida polnud võimalik. Indikatiivsed on aga vastanute enda toodud argumendid, mis viitavad juba intervjuudes toodud kategooriatele: palk, kvalifikatsiooni taastamine ja teadmiste värskendamine, töötingimused jne.

Tabel 19. Logistilise regressiooni mudel, soov naasta õenduslasele tööle

Soovi naasta õenduslasele tööle logistiline regressiooni mudel	
	<i>exp(b)</i>
Uue eriala omandamine	.1777778* (.1370671)
Konstant	3.75* (2.110243)
Nagelkerke pseudo-R ²	0.1213
Korrektselt klassifitseeritud	70.59%
Korrektsed positiivsed	71.43%
Korrektsed negatiivsed	69.23%
n	34
p<0.05*	

(allikas: erialaselt töölt lahkunud õenduslasele töötajate veebiküsitlus, autorite arvutused)



Joonis 71. Õenduslasele tööle naasmise soovi tõenäosus

(allikas: erialaselt töölt lahkunud õenduslasele töötajate veebiküsitlus, autorite arvutused)

Lisaks naasmise soovi hindamisele paluti veebiküsitlusele vastanutel selgitada, mis ettevalmistusi on selleks tehtud. Üks vastanu selgitas, et osales „Õed tagasi tervishoidu“ projektis, ent ei osutunud valituks ja soov naasta on alles. Mõned on asunud välisriigi keelt õppima, et minna õenduslasele tööle välismaal. Mõned selgitasid, et on õenduslaseid tööpakkumisi otsinud ja kandideerinud. Vastanutel, kes sooviksid õenduslasele tööle naasta, paluti lisaks täpsustada, mis tegevusi nad vajaksid ja ootavad, et erialasele tööle taas asuda/naasta. Siinjuures toodi välja soovitus võtta teiste riikide eeskju tervishoiusüsteemi korraldamisel nt Soome, Norra; pakkuda sarnaseid kursusi nagu „Õed tagasi tervishoidu“ projekt, kusjuures oluline on anda selle jaoks õppepuhkust (sh et õppida kui praktikat läbida) ja pakkuda stipendiumi; pakkuda erialast täiendõpet või täienduskursusi enne töölenaasmist; maksta töötasu (st väärtustada õdesid), mis vastab töökoormusele ja vastutusele (sh nt vähemalt riigi keskmine palk; tunnitasu vähemalt 10 eurot); suurendada sotsiaalseid garantiisid (nt täiskoormusel töötamisel täispensioniaasta koefitsient sõltumata palgast); võimaldada kõrgharidusega õdedele suuremat palka; pakkuda töökohti; langetada õdede töökoormust; pakkuda rohkem töötajatele soodustusi (sh nt pikem puhkus, keeleõpe, sportimisvõimalused, toitlustus); pakkuda võimalust töötada osalise koormusega; tagada töötaja väärtustamine tööandja poolt. Lisaks oli neid, kes ei osanud täpsustada, mida vaja oleks ja neid, kes leidsid, et mingeid ettevalmistusi naasmiseks ei ole vaja.

6.5 Kokkuvõte ja soovitused

Intervjuude ja veebiküsitluse põhjal võib järeldada, et **õenduslasele tööle suundutakse sageli missioonitundest, kutsumusest ja soovist aidata teisi inimesi**. Oluliseks võib seejuures pidada perekonna suunavat rolli ja teiste oluliste isikute eeskju. Pärast õpingute lõpetamist ei asu aga kõik erialasele tööle. Õenduslane haridus võimaldab töötada ka välismaal või teistes seotud sektorites Eestis, mistõttu on atraktiivseid töövõimalusi mitmeid (nt ravimitööstus, iluteenindus). Lisaks nendele, kes planeerivad juba

eelnevalt tervishoiusektoris mitte tööle asuda, on ka neid, kes leiavad õpingute käigus, et valdkond ja eriala ei sobi neile. Soovist siiski omandada haridustase, viivad nad oma õpingud lõpuni.

Sarnaselt Eestist välismaale lahkunud tervishoiutöötajate kogemusele on erialaselt töölt lahkumiseni (pärast sellel töötamist) viinud **mitme teguri koosmõju ja asjaolu kokkulangemine**. Intervjuude põhjal seletab erialalt lahkumist **rahulolematus töötasuga ja atraktiivsemad tööpakkumised; ebasobiv töökoormus; rahulolematus kollegiaalsete suhetega; eneseteostus ja –täiendusvõimaluste vähesus või puudumine; arenguperspektiivi ja karjäärivõimaluste puudumine**; lihtne ja rutiinne töö; probleemid terviseaga aga ka raskused töö- ja pereelu ühitamisel (sh toimetulek valvetega). **Veebiküsitluse** põhjal on **kõige olulisem põhjus madal töötasu, millele järgnevad eneseteostusega seonduvad põhjused** (vähene karjääri- ja enesetäiendamise võimalus). **Lisaks on töö emotsionaalselt ning füüsiliselt raske**. Nimetatud kolm aspekti võib kokku võtta töö iseloomu, isiklike vajaduste ja väliste võimalustena, mis teatud kombinatsioonis viivad töötaja lahkumiseni tervishoiusektorst.

Kõige olulisemaks peeti õendusala töölt lahkunute hulgas **töötasude tõstmist ja sellele vastavat töökoormust; õendusala töötaja kui iseseisva spetsialisti kutse väärtustamist nii arsti, patsientide kui ühiskonna silmis; enesetäiendamise ja koolitustel osalemise ning spetsialiseerumise väärtustamist ja kajastumist töötasus**.

Kõige rohkem mainiti intervjuudes noorte õendusala töötajate tööturule sisenemisega seotud probleeme. Etteheited olid kahetised: esiteks, **saadud teoreetiline haridus oli ebapiisav** ning teiseks, **praktika edukalt sooritamist pärssisid institutsionaalsed tegurid** (juhendajate madal töötasu, praktikantide varieeruv tase). Intervjuudes mainiti, et koolist saadud teoreetiline haridus ei kata kõiki hilisemas töös vajalikke aspekte, mistõttu ollakse tööle asudes kehvasti ettevalmistatud ja töös ebakindlad. Eraldi toodi välja psühholoogilise enesekaitse tehnikate õpetamise vajadus, et tervishoiutöötajad oskaksid paremini toime tulla emotsionaalse pingega. Ka töötades peaks olema võimalus psühholoogiliseks nõustamiseks. Teiseks on praktika juhendajad ülekoormatud ja alatasustatud, mistõttu nad ei ole motiveeritud praktikantidega sisuliselt tegelema. See soodustab pingeliste töösuhete teket noorte ja staažikamate töötajate seas, mis vähendab nooremate soovi alal töötada ja soodustab erialalt lahkumist. Intervjuude põhjal võib järeldada, et tegu on ühe võtmeteguriga probleemi lahendamisel.

Tähelepanu juhiti ka sellele, et õenduses töötavad pikaajalise staažiga inimesed tunnevad vähest konkurentsi, mistõttu pole nad niivõrd koostööaltid võrreldes näiteks ämmaemandatega. See omakorda soodustab passiivset suhtumist ning käitumist enesetäiendamisel ja muutuste vastuvõtmisel. Puudu jääb motiveerivast töötasust ja survest ennast tööalasel täiendada. Tagades parema teoreetilise ettevalmistuse, osalisi motiveeriva ning toetava praktikasüsteemi on võimalik parandada tervishoiusüsteemi sisenevate noorte motiveeritust vanemate töötajatega konkureerida. Sellel on omakorda positiivne mõju vanemate töötajate motiveeritusele ennast erialaselt täiendada.

Arengu-, karjääri- ja eneseteostusvõimaluste puudumine on üheks oluliseks põhjuseks, miks õenduseriala omandanud erialalt lahkuvad ja sellele ei naase. Teatud osa õendusala töötajaid on ise väga huvitatud spetsialiseerumisest ja enesetäiendamisest, huvilistele peaks seda võimalust pakkuma, sest see on otseselt seotud töö motivatsiooniga. Ühes fookusgrupis käidi välja soovitus diferentseerida õdede töötasu vastavalt pädevusele ja haridusele (sh koolitused, enesetäiendused). See soodustab spetsialiseerumist ja täiendõppe läbimist ning pakub rohkem arengu- ja karjäärivõimalusi.

Teine võimalus muuta uuringus osalenute hinnangul õendusala tööd atraktiivsemaks on **soodustada töötavate inimeste isiklike ambitsioonide täitmist**. Kaks olulisemat intervjuudes välja toodud ootust õendusalatööl olid võimalus aidata ja tegeleda praktilise õendustööga. Paraku aga tõdeti, et **töö oli tihti rutiinise iseloomuga**. Taoline vastuolu ootuste ja töölt saadud kogemuste vahel demotiveeris intervjuudes osalenuid – puudus võimalus konkreetsetesse juhtumitesse süveneda ning töö tulemust näha. Lisaks toodi intervjuudes välja **ahnad täiendõppe võimalused**. Täiendõpet pärsib suur töökoormus ja täiendõppe koolituste toimumine vaid teatud keskustes, mis ei pruugi kõigile kättesaadav olla, samuti võib koolitusele/enesetäiendusele pääsemine sõltuda isiklikest tutvustest. Sooviti, et täiendõppe toimuks töökohale lähemal. Veebiküsitluse analüüsist selgus, et täiendõppe võimalused ja eneseteostus olid omavahel tugevas korrelatsioonis. Seetõttu peaks senisest enam võimaldama õendusalatöötajatele täiendõpet.

Lisaks on võimalus isiklike ambitsioonide täitmist soodustada, tõstes õenduslase töö mainet ühiskonnas. Küsides, mis paneks inimesi kaaluma õenduslasele naasmist, leidsid mitmed uuringus osalenuid, et nad sooviksid tunda end vajatuna. See viitab õendusalatöötajate vähesele väärtustamisele. Kuigi õendusalatöötajate maine on paranenud ühiskonnas üldiselt, siis võib analüüsist järeldada, et teatud asutustes ja osakondades on olukord sama, mis aastate eest, st suhtumine ja käitumine õendusalatöötajatesse ei ole muutunud.

Positiivse arenguna märgiti osades haiglates toimivat eraldi õdede ja arstide vastuvõtuaegade süsteemi. Selle positiivne mõju õenduslasele seisneb võimaluses **näidata õendust iseseisva alana** ning tõsta õdede usaldusväärset ja mainet ühiskonnas ning arstide seas. Lisaks aitab see **paremini jaotada arstide-õdede töökoormust** ning võimaldab õdedel tegeleda meditsiiniprobleemide lahendamise ja mitte vaid sekretäri või arsti käsutäitja rolli täitmisega.

Sektorisse **naasmist soodustaksid uuringus osalenute meelest veel paindlikumad võimalused õena/ämmaemandana töötamiseks**. 2002. aastal loodud tervishoiutöötajate registrist jäi kõrvale teatud osa õendusalatöötajaid, nt need, kes olid sel ajal lapsepuhkusel; need, kes sel ajal õenduslase tööd ei teinud ja kes registri loomisest teadlikud ei olnud või keda eemaloleku tõttu (puudus tööandja) registrisse ei kantud/ei olnud võimalik kohe registrisse kanda (nt õppejõud, koolitajad) jne. Tegelikult ei ole teada, kui palju õendusalatöötajaid registri loomisega kõrvale jäi, ent ka nende hulgas võib olla soovimatult eemale jäänuid, kes mõtlevad naasmisele. Ühes fookusgrupi intervjuus avaldati soovi anda sellistele inimestele võimalus töötada abiõe positsioonil. Kui õenduslane haridus on omandatud, aga erialast tööd pole kaua teinud, oleks abiõe positsioonil töötamine hea võimalus end muutustega kurssi viia ja saada ettekujutus nüüdisaegsest töökeskkonnast ja -võimalustest. Selline võimalus on praegu aga vaid tervishoiutöötajate registris olevatel inimestel, mistõttu oleks taolise nõude leevendamine soodustavaks teguriks õenduslasele tööle naasmisel.

Erialaselt töölt lahkunud endiste õendusalatöötajate seas on ka neid, kes kaaluvad tervishoiusektorisse õena/ämmaemandana naasmist. Peamised probleemid naasmisel on teadmatus, kas ja kuidas on võimalik tervishoiusektorisse naasta, mida selle tarvis tegema peab ja kuhu pöörduma. Naasmist kaaluvate endiste õendusalatöötajate näitel võib naasmisel takistuseks saada täiskoormusel töötamine teises valdkonnas, õpingute kaugus elukohast ja samuti pereelu. Naasmist kaaluvate inimeste eemaloleku periood, erialal töötatud aeg ja säilinud oskused-teadmised on erinevad, seega tuleks neile läheneda erinevalt. Üldjuhul hinnati 2015. aasta sügisel alustatud projekti „Õed tagasi tervishoidu“ heaks eeskujuks, ent kitsaskohtadeks

peetakse seejuures osalejate erinevat taset ja vajadusi (mh ka ootusi õppele), raskusi projektis täisväärtusliku osalemisega põhitöö ja pereelu kõrvalt, teadmatust kas pärast koolitust ja eksami läbimist on võimalik tööd leida, ebakõla õpetatu ja töö juures nõutava vahel (praktika ajal).

7 TÖÖKORRALDUS HAIGLATES JA HOOLEKANDEASUTUSTES

Järgnevad tulemused kirjeldavad tervishoiutöötajate tavapärast töökorraldust ning töö- ja puhkeaja regulatsioonide rakendatavust Eesti haiglate ja hoolekandeesutuste juhtide (asutuste juhid ja personalijuhid/-töötajad) hinnangul.

- a) tervishoiutöötajate lepinguline koormus ja tegelik tööaeg haigla- ja hoolekandeesutustes, tööajakorraldusega seotud probleemide ulatus, seotus ja mõju väljarände või erialaselt töölt lahkumisele;
- b) tööandjate peamised probleemid seoses töö- ja puhkeaja regulatsiooni täitmisega;
- c) tööandjate hinnangud töö- ja puhkeaja tingimustele Eesti haiglates ja suuremates hoolekandeesutustes, sh kuidas on tegelikult korraldatud töö- ja puhkeaeg (arvestades kehtivat töölepingu seaduse regulatsiooni ja piiratud tööjõudu);
- d) võimalikud lahendusvariandid, kuidas tagada lepingulist koormust ja vähendada tööajakorraldusest tulenevat väljarännet ja tervishoiusektorist lahkumist;
- e) tööandjate ettepanekud, kas ja kuidas oleks vaja kehtivat töö- ja puhkeaja regulatsiooni muuta.

7.1 Tervishoiutöötajate piisavus ning täitmata ametikohad

7.1.1 Praegune olukord

Haiglate ja hoolekandeesutuste juhtide intervjuude põhjal on vajadus tervishoiutöötajate järele peamiselt seotud sellega, kus **piirkonnas asutus asub, mis liiki haiglaga või asutusega on tegemist** (st millised on asutuse poolt osutatavad kohustuslikud ja lubatud tervishoiuteenused¹²) ning **asutuse suurusega**. Piirkondlikel ja keskhaiglatel, kellel on kohustus pakkuda tervishoiuteenuseid rohkematel erialadel kui teistel haiglatel või hoolekandeesutustel, on tervishoiutöötajate vajadus oluliselt suurem (sh ka töötajate liikuvusest tulenev asendusvajadus). Kui väiksemate üld-, hooldus- või õendushaiglate juhtide sõnul on neil hetkel puudu mõni konkreetne eriarst ja alla kümne õe või hooldustöötaja asutuse kohta, siis keskhaiglate vajadust tervishoiutöötajate järele hinnati lausa kümnetes või sadades tervishoiutöötajates. Samas on suurtes haiglates ühe eriala või teenusega seotud arste ja õdesid rohkem, mis võimaldab töötaja puudumise korral ajutiselt koormust ümber jagada. Mõne suurema haigla juhi hinnangul on neil asutustes küll täitmata ametikohti, kuid neile kohtadele ei otsita aktiivselt uusi inimesi, sest tööülesanded on ära jaotatud teiste töötajate vahel, mis võimaldab olemasolevatele pisut rohkem maksta. Haiglates, kus kohustusliku tervishoiuteenuse osutamine on seotud ühe eriarstiga, on töötaja lahkumine ja asendaja leidmine aga kriitilise tähtsusega.

„Aga kuna neid erialasid on nii palju, meil on 17 erinevat eriala, ja mahud on väikesed, siis tavaliselt suur hulk erialasid püsibki meil ühe või kahe arsti peal... Ja selge see, et kui mingil

¹² Sotsiaalministri määrus, Haigla liikide nõuded [<https://www.riigiteataja.ee/akt/104032015045>]

põhjusel me selle ühe erialaastiga lepingu kaotame, et siis asendust leida on suhteliselt keeruline.“

Peamiste põhjustena, miks osades haiglates või hoolekandeesutustes on tervishoiutöötajate puudus, nimetati intervjuudes **üldist tervishoiutöötajate puudust, töötajate liikuvust tööandjate vahel** (maapiirkondadest ja väiksematest linnadest pigem Tallinna ja Tartu suunal), **palgaerinevusi** (Eesti tööandjate vahel ning võrreldes välisriikidega), **välismaale** (sh välisriigi töötasu või pensioni saamiseks või enesetäiendamiseks) **või pensionile minekut** ning **vähast spetsialistide ettevalmistust** (sh üksikud residentuurikohad teatud erialadel). Mitmete keskustest väljaspool asuvate haigla juhtide hinnangul on neil keeruline saada oma piirkonda tervishoiutöötajaid, kellest enamused on naised. Kuna kõrgharidusega mehi on piirkonnas vähe ning ka muid meestele mõeldud töökohti napib, siis puudub naistel pikemas perspektiivis pereelu elamise väljavaade. Noored tulevad küll hea meelega piirkonda tööle, aga liiguvad mõne aja pärast jälle edasi.

„Arstide osas on suhteliselt palju täitmata kohti, kuna inimesed on liikumises ja neid [puudu olevate erialade] spetsialiste toodetakse Eestis ka väga vähe peale.“

Intervjuudes nimetasid asutuse juhid sageli puudust õendustöötajast konkreetseid erialasid nimetamata, üksikutel juhtudel nimetati puudust intensiivraviõdedest. Arstide puhul osati täpsemalt nimetada erialasid, mille puhul töötajate puudus on kõige kriitilisem. Nendeks olid: taastusraviarst, günekoloog, endokrinoloog, neuroloog, anestezioloog, kardioloog, patoloog, pediaater, psühhiaater, radioloog, füsioterapeut, kirurg ja nahaarst.

„Õdede puhul intensiivraviõded on liikuvad ilmselt. Väsisvad. Ilmselt on isiksuseomadused sellised, mis on otsivamad. Nad tahavad liikuda.“

Õendus- ja hooldushaiglate juhtide hinnangul tunnevad nemad pigem puudust õdedest ja hooldustöötajatest kui arstidest ning vajadus nende järele on aastate jooksul pigem kasvanud, kuna Haigekassa on täpselt määratlenud õdede ja hooldustöötajate arvu voodikoha kohta. **Kõige keerulisemaks peetakse õdede leidmist** ning seda peamiselt väljaspool Tallinna ja Tartut. **Õdede leidmise muudab keeruliseks vastava kvalifikatsiooniga töötajate puudus piirkonnas, töö sisu ning palgaerinevused piirkondade ja asutuste vahel.** Ühe õendushaigla juhi sõnul ei paku nende haigla õendusalaane töö noortele õdedele piisavalt väljakutseid, mistõttu noored õded on nõus küll praktikale tulema, aga hiljem ei taha nad vanemaealiste patsientidega eriti töötada, samas sobib nende poolt pakutav töökeskkond vanematele ja kogenumatele õdedele (sh ka pensioniealistele õdedele, kes ei soovi aktiivsest tööelust veel kõrvale jääda ja tahavad pensionile lisa teenida), kes mõistavad vanemaealisi patsiente paremini, oskavad teatud sümptomeid ja seisundeid ära tunda ning kes soovivad rahulikumas õhkkonnas töötada.

„Tegelikult on nii, et õdede puudus on suurem, kordades. Selles mõttes, et me ei tekitagi arsti ametikohti, kui meil ei ole sinna võtta arsti, niisama tühja kohta meil ei ole. Aga õdede kohta on meil küll, mida oleks vaja täita valvetega, et seal on personalipuudus kõige teravam.“

„Ja muidugi siis õdede osas ka see liikumine /.../. Aga mida see tähendab, see tähendab seda, et tuleb küll uus õde asemele, aga see, et ta oma töökohal omandaks vajalikud oskused, et ta oleks üksinda suuteline valvama või seda tööd tegema, see võtab aega. Mis tähendab meie jaoks nagu kahte inimest.“

Paari haiglajuhi intervjuust selgus, et õdede puudust haiglates ja hoolekandeesutustes suurendab spetsialiseerunud ja eriväljaõppe saanud õdede liikumine perearstikeskustesse, kus neile pakutakse päevast (8–17ni) ilma valveteta tööd koos vabade nädalavahetustega.

Haiglajuhtide hinnangul on hooldustöötajate leidmine õdedest mõnevõrra lihtsam, kuid erialase ettevalmistuse puudumise tõttu peavad tööandjad ise hooldustöötajaid õpetama ja koolitama. Ühe hooldushaigla juhi sõnul võib hooldajana tööle võtta inimese tänavalt ja ta haiglatöö jaoks välja õpetada, kuid sageli need inimesed ei kujuta ette, kui raske see töö võib olla, mistõttu tuleb mõnest töötajast loobuda ja uue inimese otsimise ja koolitamisega alustada. Kuna sageli selgub hooldustöötaja sobivus tööle alles mõne aja pärast, siis kasutavad mitmed haiglad hooldajate töölevõtmisel katseaja võimalust.

Intervjuudes kirjeldasid asutuste juhid erinevaid viise, kuidas nad töötajate puuduse probleeme on lahendanud. Näiteks on haiglad omavahelises koostöös residentuuri lõpetavale noorele arstile pakkunud osalist koormust mõlemas asutuses. Mõned haiglad investeerivad otse õdede ja hooldustöötajate koolitamisega, lootuses saada endale tulevikus vastavaid töötajaid juurde. Näiteks tõi üks keskhaigla juht intervjuus välja, et haigla investeerib ise õdede koolitamisega, kuigi see ei peaks olema haiglate või tööandjate asi endale töötajaid koolitada, sest õpe kestab üle kolme aasta.

Enamasti püütakse puuduolevaid tervishoiutöötajaid leida tutvuste kaudu, konkreetsete inimestega vahetult suheldes, pöördudes residentide, ülikooli, teiste haiglate poole või erialaga seotud töötajate siseringis infot jagades. Tööpakkumiskuulutusi avaldatakse ka internetis haiglate veebilehtedel. Ühe üldhaigla juhi sõnul on suunatud personaliotsingu põhjuseks see, et neil ei ole puuduolevaid arste võimalik avalikke kanaleid (nt ajalehe kuulutus) kasutades otsida, kuna selline tegevus kahjustab haigla mainet. Haiglajuhi hinnangul teevad tavainimesed arsti otsimisest kummalisi järeldusi, nt et sinna haiglasse pole mõtet minna, sest seal pole arste või noorte arstide otsimisest tehakse järeldus, et haiglas on kõik vanad ja rumalad, hoolimata sellest, et tegelikult on haiglas tööl veel kolm sama eriala arsti. Teisalt ei tule avaliku kuulutuse kaudu sageli sobivaid töötajaid, sest ka arstid ja õed on harjunud, et värbamine käib muid kanaleid kasutades.

Mõned haiglad on proovinud ise välismaalt arste palgata, tagades neile kohanemisperiodi ja keeleõppe, kuid paljude jaoks vajab selline töötajate rakendamine täpsemalt kehtestatud reegleid (sh kvalifikatsiooni hindamine, kohanemisepiiodi pikkus, tööalase vastutus määratlemine ja keelenõuded). Ühe keskhaigla juhi sõnul on nemad võtnud tööle välismaalt tulnud arste, kuid nende koolitamine ja juhendamine on haiglale mitmeid kordi kulukam ettevõtmine kui Eesti arsti palgamine. Nad korraldavad välismaalt tulnud arstidele keeleõpet, pakuvad nelja kuni kuue kuu jooksul juhendaja tuge, kes tutvustab neile arvutisüsteeme, aparatuuri, ravimeetodeid ja ravijuhiseid. Välismaalastest arste, kes sooviksid Eestisse tööle tulla on rohkem, kui meie haiglate valmisolek neid vastu võtta. Siiski on ühe välisarsti väljaõppe Eestis töötamiseks pikaajaline ja kulukas protsess, mis nõuab ka haigla ülejäänud personalilt valmisolekut koolitamisel osaleda. Haiglajuhi hinnangul on välisriigi väljaõppinud arsti ümberõpe Eestile tunduvalt odavam ja lühiajalisem kui ühe kohaliku eriarsti koolitamine.

„Eks me saame [õdesid] niiviisi, et kellel tutvusi on, siis seal kaudu saame ja tegelikult on meil siin kohapeal ka päris palju õdesid, kes küll momendil töötavad mujal, et siis nemad on nagu avaldanud soovi ikkagi oma kodu lähedal käia, et mitte kaugele sõita. Siis see palgavahe natuke ka kompenseerib seda, et asukoht on siin samas.“

„Oluline on reglementeerida ära ka muudest riikidest, ükskõik tuleb ta Soomest, Saksamaalt või Ukrainast, üks ole, nende inimeste siia saabumine ja kuidas nemad saavad meil töötada arstina. Nad peavad selle nagu väga selgelt reglementeerima. Et see, kes nagu tulemas on, et ta täpselt teab mille peale ta tuleb. Meil on reegel 1, reegel 2 ja reegel 3.“

Intervjuuereitute hinnangul on üheks töötajate puuduse põhjuseks ka see, et noored arstid (või õed), kes on õpingute käigus suurema osa aja veetnud Tartus või Tallinnas pole valmis kolima ja väiksemates haiglates tööle asumise. Sageli on õpingute jooksul soetatud eluase, leitud elukaaslane või alustatud pereelu, mille tõttu tööle asumine muus piirkonnas on raskendatud. Mitmete haiglate esindajad on igati valmis noorte arstide ja residentide ümberasumist toetama, sealhulgas pakutakse majutusvõimalusi, aidatakse sobiva elukoha (või lapsehoiukoha) leidmisel, arvestatakse tööajaga jmt.

7.1.2 Järelkasv

Intervjuuereitute arvamusel iga-aastasest arstide ja õdede koolitustellimuse piisavusest on erinevad. Mõne intervjuuereitu hinnangul on praegu koolitatavate arstide hulk piisav, kuid **lõpetanute välismaale mineku piiramiseks tuleks rakendada nõuet teatud aja jooksul Eestis töötamiseks**. Teiste intervjuuereitute hinnangul läheks selliste piirangute seadmine vastuollu Euroopa Liidu tööjõu vaba liikumise põhimõttega ning teisalt ei tohiks noortelt arstidelt ära võtta võimalusi end välismaal täiendada ja proovile panna. Pigem tuleks tänast koolitustellimust suurendada ning otsida lisalahendusi tööjõuprobleemi lahendamiseks.

„Aga kui veel rääkida nende meditsiinitöötajate väljalaskmisest ütleme õppeasutustest, siis ma saan aru, et õdede osas ei ole nagu seda puudust, et neid tuleb kogu aeg peale, et iseasi, kuhu nad lähevad, aga arstide osas mina olen aru saanud ja kuulnud, et ikkagi teatud erialadel ongi väga kitsad lood. No praegu on ka tohutult täitmata neid kohti, et juba residentuuri kohtadele ei ole üldse soovijaid.“

„Teate elu on näidanud, et kui me teeme siin mingid reeglid või korra [kohustus pärast lõpetamist teatud aeg Eestis või konkreetses haiglas töötada], ei lähe kuud aega kui on leitud võimalus sellest kuidagimoodi mööda saada. Ma arvan, et see ei lahenda väga palju midagi.“

Ühe lahendusena pakuti intervjuudes välja **residentide praktikasüsteemi muutmist** (mida Tartu Ülikooli Kliinikum on juba asunud teatud määral rakendama), mis võimaldaks residentide ühtlasemalt erinevate haiglate ja hooldusasutuste vahel jagada. Ühelt poolt võimaldaks see haiglatel tutvustada oma töötingimusi tulevastele noortele arstidele ning teisalt saaksid haiglad kasvõi ajutiselt residentide abil tööjõu probleeme leevendada. Teise lahendusena pakuti välja **haiglate poolt toetatud või kinni makstud residentuurikohti**, mille kaudu haiglad saaksid vastavalt oma vajadustele ja võimalustele endale vajaliku eriala arste juurde koolitada. Kuid selle ettepaneku juures on mitmeid ohukohti, millega peaks arvestama. Näiteks, kuidas jaotada riigi või haiglate poolt tellitud kohad võimalike residentide vahel, kuna osadele rakenduks sel juhul tingimus pärast lõpetamist koha eest maksnud haiglasse tööle asuda. Residentuuriõpingud on pikaajalised ning elu on muutlik, mistõttu on esimesed katsetused näidanud, et varajased kokkulepped residentidega õppe lõppedes teatud haiglas tööle asuda, sageli ei realiseeru. Samuti võivad aja jooksul muutuda haiglate vajadused ja võimalused pakkuda noorele arstile tööd (nt kaob haiglavõrgu ümberkorraldamise käigus haiglal kohustus teatud teenuste pakkumiseks).

„Ei reservi ei ole, et sul kuskil on riulist kedagi võtta või öelda, et keegi kuskil ootab. Sest noh arstidele täna on ikka kõikide haiglate poolt pakkumisi. Ja noored juba täna ka, ega nad ette ennast ära ei luba, näiteks isegi residentuuri, neil ei ole põhjust lubada, sest neil on valikuid.“

Ütlevad, et võtame rahulikult, teeme selle erialaeksami ära siis vaatame. Et teeks nagu diili näiteks pool aastat varem, et noh lepime kokku, et sa tuled, et noh siis ...ei ma ikka ei taha, noh oota, et las ma teen ikka selle eksami ära.“

7.2 Tervishoiutöötajate töö- ja puhkeaja korraldus

Tervishoiutöötajate töö- ja puhkeaja korraldamisel lähtuvad tööandjad töölepinguseadusest. Piirkondlikud ja keskhaiglad, kus töötajaid on palju, kasutavad sageli erinevaid võimalusi tööaja korraldamiseks. Neis asutustes on nii 8-, 12-, 16- kui ka 24-tunniste vahetustega töötajaid ning valvetöötajate puhul kasutatakse summeeritud tööaja arvestust. Töötajate arvu poolest väiksemad üld-, hooldus- ja öendushaiglad kõiki võimalusi ei pruugi kasutada. Sagedamini on levinud 8-, 12- ja 24-tunnised vahetused – arstidel pigem kaheksatunnised tööpäevad ning õdedel ja hooldajatel vastavalt kokkuleppele, kas päevane või vahetustega töö. Igapäevase ja iganädalase töö- ja puhkeaja tagamisega asutuste juhtide arvates enamasti probleeme pole, töögraafikute koostamisel ollakse paindlikud ning arvestatakse **suurel määral töötajate soovide ja võimalustega**. Sageli tehakse järgneva kuu graafikuid töötajate soove arvestades mitu korda ringi ning kui siis kuu alguses keegi haigestub või vajab asendamist, siis on graafikute korrigeerimine taas päevakorral. Mitme haiglajuhi hinnangul annavad töötajad mitmes kohas töötamisega seoses tööandjale pigem teada, et mis aegadel neil on üldse võimalik tööle tulla ning sellest lähtuvalt tehakse ka töögraafikud. Mõned töötajad soovivad vabaks võtta pikema perioodi (nt nädal või kaks), et käia paralleelselt välismaal tööl.

„Selles mõttes, et meil on öötöö. Inimesed käivad graafiku alusel, üritame järgida töö- ja puhkeajaseadust ehk siis nii nagu seadus ette näeb teha. Ütlen ausalt, teinekord see pole võimalik. Et kui on puhkuste aeg või kui tõesti inimesi on puudu, siis läheb natukene nihkesse. Ega meil siin midagi muud erilist selles tööajas ei olegi.“

„Kuna meil on väike asutus ja kõik kõiki tunnevad, siis üritame maksimaalselt kõigile vastu tulla, eelkõige töögraafikute tegemisega. Et siin on osa, kellele sobib näiteks 24 tundi käia ja osad, kes käivad ainult päeval ja on ka selliseid meil, kellele meeldib rohkem öövalvetes olla. Nii et maksimaalselt isiku soove arvestades oleme me saanud enamvähem selle kesktee, et nagu erilisi probleeme meil ei ole olnud sellega.“

„Noh kuidas inimestega kokku lepatakse, sageli kuidas nad ka ise tahavad. Et mida pikem valve, see on popp teatud kohtades, et sul on tegelikult väga palju vaba aega. Et me ei suru seda peale, et sa pead tegema 24 tundi. Nad pigem ise soovivad teha. Ja teine asi, mida inimesed ise soovivad teha, on ületunde. Et harvad on need asjad meil kui ületund on just kui peale sunnitud asi.“

Intervjuudes toodi välja, et valvegraafikute ja ka töötajate tööaja korraldamine on muutunud mõnevõrra paremaks pärast seda, kui lubati kasutada 24-tunnist valveperioodi, mis on vastuvõetavam osadele töötajatele ja tööandjatele. Töötajad on 24-tunnise vahetuse eelisenäärkinud töö- ja puhkeaja paremat tasakaalustamist – paremini on korraldatav transport ja pikem vaba aeg vahetuste vahel. Mitmes haiglas on püütud patsientide ohutust ja ravikvaliteeti silmas pidades 24-tunniste valvete tegemist piirata või oluliselt vähendada, kuid see on viinud osade töötajate vastuseisuni. Kompromissina on töötajatega sõlmitud kokkulepe, mis lubab 24-tunniseid vahetusi teha ainult teatud juhtudel (nt ainult hädavajadusel ja välja arvatud isikutel, kellel on arstlik ettekirjutus või osaline töövõimetus). Haiglajuhid märkisid intervjuudes, et osadele töötajatele on 24-tunniste vahetustega töötamine tööstiiili osa ning nad ei loobu sellest isegi siis, kui palk tõuseb või üldine majanduslik olukord paraneb.

„Ja kuna inimesed käivad kaugel tööl. Tulevad igalt poolt. Nad ühitavad oma töökäike ühe autoga ja nad tahavad teha võimalikult palju tööaega korraga ära, üürivad või elavad siin kusagil ühes korteris. Et talle sobiks 24 tunniseid valveid võimalikult harva teha ja võimalikult vähe kulutada sõitude peale.“

„Aga see on mu arvamus, et osa nendest õdedest, kes praegu käivad 24-tunnistes valvetes, ja kellel ei ole selleks mitte see eesmärk, et ta saaks kuskil viies muus kohas ka töötada, vaid tõesti see, et ta elab kuskil kaugel ja ta mõtleb ka oma pere peale. Siis ma ei välista, et kui see oleks keelatud, siis nad loobuks või läheks meditsiinist ära. Ma arvan, et see on üsna reaalne.“

Peamisteks probleemideks üldise töö- ja puhkeaja korraldamisel on asutuste juhtide sõnul **tööjõu puudus korrektsete tööajagraafikute koostamiseks** (st personali puuduse tõttu ei ole võimalik olemasoleva töötajate koosseisuga koostada seadusega kooskõlas olevat graafikut just valveajaga seoses), **ootamatud olukorrad** (nt töötaja haigestumine, laste haigestumine), mida pole võimalik ette planeerida ning **puhkuste tagamine**. Kuna paljud töötajad töötavad mitmes asutuses, siis ei ole neil füüsiliselt võimalik kolleegi töögraafikuväliselt asendada. Tööjõu puudusest tulenevaid töökorralduslikke probleeme püütakse lahendada olemasolevate töötajatega kokkuleppeid sõlmides või neile ületunnitööd pakkudes. Puhkuste asendamised lahendatakse kokkuleppel oma töötajate või residentide abiga, kelle töökoormus sel perioodil kindlasti suureneb, harvem otsitakse puhkuste ajaks asendajad väljastpoolt, sest neid pole suveperioodil kuskilt võtta.

Tervishoiutöötajate puhkus

Vastavalt töölepingu seadusele on tervishoiutöötajate põhipuhkus 28 kalendripäeva, millele osades intervjueeritud asutustes lisandub täiendav 7-päevane puhkus. Lisapuhkusele on tööandjad sageli seadnud ajalise piirangu ning seda saab kasutada septembrist maini. Kollektiivpuhkust saavad haigla- ja hoolekandeesutused kasutada ainult väiksemates üksustes või osakondades. Üldiselt saavad tervishoiutöötajad puhata vastavalt tööandja võimalustele kahenädalaste perioodide kaupa ning erandjuhtudel ka kuu aega.

„Puhkus on meil 35 kalendripäeva, et tegelikult me ikkagi jälgime seda, et inimesed ikkagi ära puhkaksid, et puhkus ju aegub. Sa pead puhkama, kas siis samal aastal või järgmisel aastal, et siis ta juba nagu aegub. Et tegelikult inimesed võtavad oma puhkused ikka välja ilusti, kõik korralikult. Keegi enam ei hoiu jääki.“

„Meil kõikidele asutuse töötajatele on siis lisaks seadusjärgsele nagu 7 kalendripäeva juures. Et meil on siis 35 päeva, õdedel on 37 ja arstidel on 28 + 14 [suvel+ talvel].“

Puhkuste perioodiga kaasneva töötajate töökoormuse suurenemise ning asendamiste probleemi lahendamiseks on mõned asutused asunud hajutama töötajate puhkusi aastaringselt, kuigi töötajate surve suveperioodil puhkamiseks on suur. Nii püütakse töötajate ja tööandjate vahel leida kompromisse puhkuste võimaldamiseks mõlema poole soove ja vajadusi arvestades. Seaduse kohaselt on teatud gruppidele (nt väikelaste vanematele vmt) ette nähtud puhkuse võimaldamine vastavalt töötaja soovidele, mis seab teised töötajad (nt 40-aastased naised) sundseisu, sest nemad saavad puhata muudel aegadel, mis tööandjale sobivad.

„Noh, nüüd me oleme viimasel aastal teinud niimoodi, et mitte kõikidele lubada suvisel perioodil puhkust, vaid ikkagi aasta algusest, aastaringselt kasutada seda. Ja siis graafiku alusel. Aga samal ajal muidugi, eks me ikkagi peame vastu tulema ka jälle töötaja soovidele.“

Ühe ettepanekuna toodi mitmes intervjuus välja, et kuigi see on tööandjale täiendav kulu ja nõuab töötajate asendamist, siis tervishoiutöötajate puhkus ei ole vastavuses töö sisu ja intensiivsusega ning see võiks olla praeguse 28 päeva asemel, kas 35 või 42 päeva.

7.2.1 Tervishoiutöötajate lepinguline ja tegelik töökoormus

Intervjueeritud juhtide sõnul töötab suurem osa tervishoiutöötajatest töölepingu alusel, kuid on ka töövõtu- ja käsunduslepinguga töötajaid, kusjuures lepinguline töökoormus ühes kuus võib arstidel varieeruda mõnest tunnist kuni täiskoormuseni ning õdedel kaheksast tunnist kuni täiskoormuseni. Erialadel, mille teenust ei pakuta kõikides haiglates, on arstid sunnitud oma koormust jagama mitme tööandja vahel, sest ühes haiglas lihtsalt pole nii palju patsiente ja täiskoormusega eriarsti palkamist ei saa haigla endale lubada.

„Täna tegelikult töäjõu koormust raviasutuses selgelt mõjutab sisend, ehk hinnakirjaline sisend meie poolt ostetavale teenusele. Et kui meie eelarvest moodustab ka siin noh 80 protsenti Haigekassa poolt ostetav teenus või noh meie eelarvest, siis see mõjutab seda, kuidas ma seda töäjõudu saan palgata. Kui Haigekassa annab meile õe rahaks siis selle 5 eurot ja ütleb, et sul peab olema seal hinnakirja mahu järgi arvestades keskmiselt 20 haiget seal postis, siis sa peadki püüdma seda saavutada.“

Samas leidub nii arstide, õdede kui hooldustöötajate hulgas neid, kes lisaks tavapärasele täiskoormusega tööle otsivad lisateenimise võimalusi, töötades mitme tööandja juures. Mõned eriarstid kasutavad selleks erihaiglaid või erakliinikuid, kus endale sobiva lisakoormusega tööd juurde võetakse. Mitte kõik tööandjad ei tea, kas ja kui paljud nende töötajatest töötavad lisaks kusagil mujal. Kui täiendav koormus töötaja töö kvaliteeti ei mõjuta, siis tööandjad ise selles probleemi ei näe, kuna kõik neist on kokku puutunud töäjõu puudusega ning nad kasutavad ka ise osaajaga töötajaid, kes täiskoormusega töötavad kusagil mujal.

„Kunagi oli see seisukoht, et noh mis..mis mõttes teeb teises asutuses tööd?! Et meile teeb siin poole kohaga, seal ta teeb mingi kolmveerand kohta või täiskohaga, et meil ei ole vaja selliseid. Täna me oleme olukorras, et ole hea tule tee meil pool kohta. Hooldajate puhul, ole hea, mul ei ole vahet, et sa töötad seal haiglas ka, me teeme sulle sellise graafiku, et sa saad töötada mõlemas haiglas, aga ole hea, tule tööle meile. Tööta meil, pool kohtagi kasvõi, no kui pool ei saa, tule tee veerandki.“

„No üldiselt enamus inimesed on meil ikka täistööajaga, jah. Aga võimaldame me selles mõttes igasugu tööaegu või seda koormust, poolt kohta ja veerandit kohta ja kuidas täpselt inimestel võimalik on. No eks see teeb muidugi õendusjuhile graafiku tegemise väga keeruliseks, et kui sul inimene saab ainult mingil kindlal päeval nädalas käia, aga noh, kui on töötajaid vaja siis tuleb mõndusi teha.“

„Jah, et sageli on küsimus ka selles rahas. Et kui siin ei ole võimalik teha, siis tehakse mujal, et aga see tendents väheneb, see siin on, see on võibolla hooldajate puhul on täna aktuaalne või aktuaalsem, sest et see tund, kui sa saad 3.50 siis, midagi teha ei ole. Et korrutame selle läbi ja ega väga palju ei jää sulle, et sa pead leidma sellele väljundi, kas omas nagu haiglas või siis sa võtad sinna juurde.“

„Aga ma arvan, et see maailm jääbki täna niimoodi, et ei oldagi enam nii väga ühe tööandja kesksed, et ma saan täiesti aru tegelikult, et noorel arstil ongi huvitav erinevate tööandjate

juures teha. Sest tegelikult need ampluaad ongi natukene erinevad, töökorraldused on erinevad, see keskkond, inimesed, ja tegelikult täitsa motiveerib.“

Olukordi, kus töötaja lepingus märgitud koormus ei vasta tegelikkusele, tuleb tööandjate hinnangul ette pigem erandjuhtudel, kui asendamist vajavad haigestunud töötajad või kui mõni ametikoht on täitmata ja koormus on teiste töötajate vahel ära jagatud. Lepingus märgitud erineva töökoormuse korral on olukorra lahendamiseks kokkuleppel töötajaga lepingulist koormust kas vähendatud või suurendatud.

„Ütleme niimoodi, et kui keegi jääb haigeks, siis ju inimestega kes meil olemas on, lepatakse kokku ja see [töökoormus] võib olla suurem. Reaalne töökoormus võib olla ka väiksem, kui inimene tuleb puhkuselt välja, siis kui ta saab endale uued patsiendid, siis arsti puhul see koormus alguses ei ole täiskoormus. Et seda võib olla nii ja naa. Kuigi pigem kipub olema sedasi, et seal, kus on mõned täitmata ametikohad, on inimeste töökoormus suurem.“

„On ikka tulnud ette olukordi, aga siis on vastavad kokkulepped. Olnud ka nii, et ei jätku töötunde, siis oleme nii-öelda töölepingu ümber teinud. Ja, aegajalt tuleb ka vajadus vastupidi kellelgi tööleping selles suhtes ringi teha, et kui ta on näiteks poole kohaga, et võtab seal tunde juurde. Vormistame talle 0,75 kohta või nii.“

Üks tööandja esindaja tõi intervjuus välja, et kui riik tahaks tõesti teada, kui palju või kui suure koormusega tervishoiutöötajad täna töötavad, siis võiks muuta Terviseametile esitatavate andmete koosseisu ning lisada praegustele andmetele iga töötaja lepingulise töökoormuse. Olukorra, kus tervishoiutöötajad töötavad mitme tööandja juures üle täiskoormuse, saaks sel viisil kiiresti lõpetada, kuid see tooks kaasa nii töövõtjate pahameele kui hulgaliselt vabu töökohti tervishoiusektoris, mida pole võimalik täita, sest haiglate eelarve ei võimalda ületunde 1,5-kordselt tasustada. Teine haiglajuht lootis, et riik kasutab inimeste töökoormusest parema ülevaate saamiseks Maksu- ja tolliameti töötamise registri andmeid, kuid seda ei juhtunud.

„Aga ma arvan küll, et riik peaks siiski tegelikult omama mingisugust paremat ülevaadet selle kohta, kuidas tegelikult töötatakse. Ja kui me oleme püüdnud riigile seda selgitada, no tõesti, siin on ju Tervise Arengu Instituut ja Sotsiaalministeerium ja kõik need, kes on andmete kogujad, siis meie praktika on näidanud seda, et kui me suudame ühtedele juba selgitada, et mis tegelikult toimub ja missuguseid andmeid oleks tegelikult mõtet koguda, siis need inimesed on juba roteerunud, vahetunud, on tulnud järgmine vahetus. Ja nii see käib.“

Mõned tööandjad püüavad töötajate võimalust mitme tööandja juures töötamiseks piirata töölepingus sätestatud konkurentsikeeluga, kuid reaalseid võimalusi selle kontrollimiseks või keelustamiseks pole, sest tööjõu puuduse olukorras need töötajad lihtsalt lahkuvad töölt, aga seda ei saa tööandjad endale lubada.

„Täna on ka töölepingutes ju minu teada see konkurentsikeeld või nõusoleku küsimise kohustus, mujal töötamiseks, aga... ega nad seal seda ei järgi, sest ega neil väga ei ole täna instrumente nagu keelata. Tähendab tegijat sa ei saa keelata, see saadab su pikalt. Ja siis nad on pigem nagu läbi sõrmede juba vaatavad kõiki. Sest siis sa pead ju võrdselt kohtlema kõiki. Sul on ju punkt sees, aga kui sa hakkad ühele keelama, aga siis professoril ei keela, siis see ei toimi.“

Seega tuleb peaaegu igas haiglas või hoolekandeesutuses ette, et töötajad teevad ületunde¹³. Töölepingu seaduse¹⁴ §44 kohaselt hüvitab tööandja ületunnitöö kas vaba ajaga ületunnitöö ajaga võrdses ulatuses või makstes töötajale ületunnitöö eest 1,5-kordset töötasu. Haiglate ja hoolekandeesutuste praktikad ületunnitöö hüvitamisel on erinevad. Piirkondlikes haiglates ja osades keskhaiglates on intervjueritute sõnul arstide ületundide tegemise soov hakanud vähenema ja üha enam väärtustatakse vaba aega ületundide tegemisele või lisa teenimisele. Üha enam soovivad töötajad töötada väiksema koormusega, kasutada eelpensioni võimalusi ning vähendada töökoormust juba enne pensioniea saabumist, mistõttu ei soovi paljud tervishoiutöötajad ületunnitööd teha.

„Täna me oleme hakanud jõudma sellisesse faasi, nagu mina ütlen, et nüüd hea see...ütleme Euroopalik sotsialism, kus kell lööb, pastakas kukub. Ehk siis järjest rohkem hinnatakse vaba aega. Sest et inimesed planeerivad oma puhkusi, oma aega peredega, seda hinnatakse järjest rohkem, mis on iseenesest täiesti õige, et [ületundidest] keeldutakse.“

Mõnes keskhaiglas või piirkondlikus haiglas aga pole ületundide hüvitamine vaba ajaga võimalik, kuna kõigi töötajatega on arvestatud ja keegi peab töö ära tegema, siis ainsa võimalusena hüvitatakse ületunnitööd 1,5-kordse töötasuga. Samas väiksemates hooldus- ja õendushaiglates võib olukord väga erinev olla. Intervjueritud asutuste juhtide sõnul tuleb ületundide tegemise initsiatiiv sageli pigem õdedelt ja hooldustöötajatelt endilt ning selle eesmärk on suurendada tööga seotud sissetulekut. Mõne asutuse eelarve ei võimalda ületunnitöö eest rohkem maksta ja seetõttu hüvitatakse seda ainult vaba ajaga. Samas mõnes teises asutuses ei ole töötajad ületundide vaba ajaga hüvitamisega nõus ning asutusel ei jää muud üle, kui tehtud ületundide eest rohkem maksta või otsida vajalikke töötajaid juurde.

„Näiteks, siin füsio- ja tegevusterapeutide puhul, kes laupäeval väljas on, siis maksame selle vastavalt kehtivale seadusele kinni, kui inimene soovib või siis teine võimalus, anname vaba päeva. Noh vaba päeva muidugi anname selliselt, kuidas see haigla töökorraldus siis võimaldab ja siimaani on inimesed nagu kokkuleppele jõudnud päris hästi.“

„[Hüvitame ületunnitööd] nii nagu seadus ette näeb, siin ei ole üldse küsimust ja kuna seadus ütleb, et eelkõige hüvitatakse vaba aja andmisega, siis noh tegelikult see...kedagi ei huvita see vaba aeg. Et siin küsitakse selgelt „pappi“, et siin ma tegin ületundi, ma tahan saada raha, ma ei taha vaba aega saada.“

„Ei me ikkagi kolme kuu lõikes teeme nii-öelda tasaarveldust, et kui mõni kuu on töötunde rohkem tulnud, siis järgmine kuu üritame seda vaba ajaga kompenseerida. Et me sellist nii-öelda rahaga kompenseerimist ei ole praktiseerinud, kuna meie eelarve on selline, et ei võimalda, siis pigem oleme otsinud aeg-ajalt väljastpoolt töötajaid juurde, kui ei tule muidu välja.“

Töölepingu seaduse (2008) §51 lg 5 kohaselt annab tööandja töötajale, kes töötab 24-tunnise ajavahemiku jooksul rohkem kui 13 tundi, vahetult pärast tööaja lõppu täiendavat vaba aega võrdselt 13 töötundi ületanud tundide arvuga. Kokkulepe, millega 13 tundi ületav töö hüvitatakse rahas, on tühine. Intervjueritud haigla juhtide sõnul järgitakse seda seadusepunkti graafikute koostamisel, kuid esineb ka olukordi, kus töötajate endi soovil (kui soovitakse graafikuid muuta) või asendamise vajadusest lähtuvalt seda punkti rikutakse. Kindlasti püütakse kinni pidada kokkulepitud summaarsest tööajast. Intervjueritud

¹³ Ületunnitöö on kokkulepitud tööaega ületav töö. Summeeritud tööaja arvestuse korral on ületunnitöö kokkulepitud tööaega ületav töö arvestusperioodi lõpul.

¹⁴ Töölepingu seadus (2008), [https://www.riigiteataja.ee/akt/112072014146]

haiglajuhi hinnangul on see seadusepunkt mõistlik lahendus, kuna tervishoiutöötajatel on nii vaimne kui füüsiline koormus suur ja seda täiendavat puhkust on neile vaja. Probleemiks võib olla hoopis see, kuidas töötajad seda lisapuhkeajaga kasutavad, kas tõesti puhates või mõnes teises asutuses lisatööd tehes. Ühe keskhaigla juhi sõnul on töö- ja puhkeaja seaduse rikkumine tervishoiusektoris seotud üldise haiglate töökorraldusega, kus abi ja teenuste kättesaadavus peab olema tagatud 24 tundi päevas seitse päeva nädalas. Kuna arste ja õdesid on vähe ja enamikul on mingi kohustus valveid teha, siis on tööandja sundseisus, kas võimaldada arstile ja õele vastava pikkusega puhkeajaga või jätta patsiendid teenuseta.

„Et meil on ka siin ikka juhtumeid, kus juhid peavad inimesele ütleva, et ta ei peaks ikkagi tuleme nii väsinult tööle. Aga noh, tööle ta on tulnud. Ja meil on tehtud selline süsteem, mis ei ole tegelikult seadusele täiesti vastav, aga me üritame emotsionaalselt inimesi mõjutada, et me küll lubame neil konkurendi juures töötada, aga seal juures ta peaks siis arvestama kõiki puhkeaja nõudeid, et ta peaks vastutama enda puhul nende järgimise eest.“

„Eravestlustes on ka inimesed väitnud, et nad ei anna niikaua [oma töökohta teistes asutustes] ära, kuni tekib mingisugune teatav sund selleks. Ja kui see sund tekib, siis jah, on täiesti arusaadav. Teiseks on see, et kui nad ikkagi töötavad siin 5 tööandja juures, siis on selge, et peaaegu igal pool nad ei täida seda, milles on nendega kokku lepitud.“

Töölepingu seaduse (2008) §48 reguleerib valveaja rakendamist ning selle kohaselt on valveaeg aeg, mil töötaja on tööandjale kättesaadav tööülesannete täitmiseks väljaspool tööaega ning selle eest tuleb töötajale maksta tasu, mis ei või olla väiksem 1/10 kokkulepitud töötasust. Osa valveajast, mil töötaja allub tööandja juhtimisele ja kontrollile loetakse tööajaks. Valveaja rakendamine, kus arstid ja õed on kodus, kuid tööandjale vajadusel kättesaadavad, on kohustuslik ainult osades haiglates (nt piirkondlik haigla, keskhaigla, üldhaigla), mis peavad tagama kindlaks määratud tervishoiuteenuste ööpäevaringse kättesaadavuse. Olulisi probleeme valveaja seadusekohase täitmise ja tagamisega intervjueritud haiglajuhi väljast ei toonud. Pigem leiti, et see on arstidele ja õdedele lisakoormuseks ning probleemid töö- ja puhkeaja tagamisega tekivad siis, kui ühe eriala arste on ainult üks. Töötajate puuduse tõttu ei ole tööandjatel võimalik töögraafikuid paindlikult muuta ning võib juhtuda, et koduvalves olnud töötajal ei ole võimalik pärast valveaega saada ettenähtud vaba aega, vaid ta peab jätkama töötamist, see omakorda võib mõjutada pakutava teenuse kvaliteeti. Probleemi lahendamiseks püütakse töötajaid juurde palgata või pakkuda suuremat koormust või ületunnitööd olemasolevatele töötajatele, kuid osadel erialadel ja keskustest eemalasuvatel asutustel ei ole töötajate leidmine lihtne ning olemasolevate töötajate töökoormus on niigi suur, mistõttu valveajale järgneva puhkeaja tagamisega on sageli probleeme.

7.2.2 Tervishoiutöötajate töötasu

Vastavalt kehtivale tervishoiutöötajate kollektiivlepingule (2014)¹⁵ on 2015. aastal töötasu alammäär arstidele 9 eurot tunnis, õdedele, ämmaemandatele ja tervishoiu tugispetsialistidele 5 eurot tunnis, kiirabitehnikutele 4,25 eurot tunnis, erakorralise meditsiini tehnikutele 4,5 eurot tunnis ning hooldustöötajatele 3 eurot tunnis.

Haigla liigist lähtuvalt tervishoiutöötajate töötasu varieerub, kuid kokkulepitud alamääradest peetakse intervjueritud haiglajuhtide sõnul kinni. Kui hooldushaigla juhtide sõnul maksavad nad arstidele ja õdedele alammääralähedast tasu, siis piisava hulga hooldustöötajate tagamiseks on nende tasu alammäärast pisut

¹⁵ Kollektiivleping (2014)

[https://arstideliit.ee/wp-content/uploads/2014/12/2014_12_19_kollektiivleping_allkirjastatud.pdf]

kõrgem. Õendushaigla juhtide hinnangul maksavad nemad õdede alammäärast rohkem. Haiglad, mis konkureerivad töötajate saamiseks Tallinna või Tartu haiglatega, peavad arvestama ka teiste haiglate võimalustega töötasu maksmisel, sest vastasel juhul ei ole neil võimalik asutust töös hoida. Kokkuvõttes märkisid kõik intervjueeritud, et nad lähtuvad töötasu maksmisel kollektiivlepingust ning võimalusel maksavad töötajatele kokkulepitud alammäärast suuremat tasu.

„Aga seal on see oht, et alumise otsa puhul ehk siis hoolduse puhul on see, et kui teises haiglas on tunnitasu 20 senti kõrgem, siis kas ma lähen sinna haiglasse või ma tõstan seal koormust ja vähendan siin koormust. /.../ Ei saa ka ette heita sellele töötajale, et ta läheb sinna, kus on kõrgem tasu, sest et noh tema jaoks see 50 või 100 eurot on niivõrd suur raha.“

„Meil on siin kõrval kõik suured haiglad. Nende rahalised võimalused on hoopis midagi muud, kui noh maakohtades asuvates haiglates või siis nagu meie, sellised väikesed. Ja nad suudavad palka hoida kõrgel, pidevalt seda tõsta ja meil ei jää ka muud üle kui sabas püsida. Jah, et elus olla, tuleb..tuleb teha valikuid.“

„Kõik nüüd sõltub turusituatsioonist. Ehk siis see spetsialist, keda on turul puudu, siis see ühesõnaga tuleb ja küsib oma hinna. Kuigi see võib sulle tunduda täiesti ebamõistlik. Arstkonnaga on see sama, et suure haiglas, kus on ikkagi konkurents suurem, et ta saab maksta tohtrile väiksemat tasu kui meie. Et siin ei ole ka mitte midagi teha.“

7.2.3 Tervishoiutöötajate töö- ja pereelu ühitamine

Tervishoiutöötajate töö- ja pereelu ühitamise küsimustele vastates jäid intervjueeritud haigla- ja hoolekandeesutuste juhid napolisõnaliseks. Peamiselt seetõttu, et töökoormuse ja töögraafikute koostamisel arvestatakse suurel määral töötajate soovide ja võimalustega ning muud töö- või pereeluga seonduvad probleemid sageli tööandjateni ei jõua. Intervjueeritud tööandjad on tähele pannud, et nooremad tervishoiutöötajad eelistavad pigem päevast tööaega ning valveid soovitakse teha vähem, mis võib olla seotud väikeste laste ja pereelu korraldamisega. Sama tendentsi on märgatud ka vanemate töötajate puhul, kes enam ei soovi pikki vahetusi ega öist töötamist. Ühe näitena toodi välja, et osa õdedest läheb hea meelega haiglast perearstikeskusesse õeks, kuna sealne tööaeg (õhtud ja nädalavahetused vabad) võimaldab väikeste lastega peredel paremini töö- ja pereelu ühitada.

„Küll aga me tuleme vastu graafikute tegemisel. Ja näiteks kui on erisoovid, et kellelgi on plaanitud reis, kellegi lapsel on koolivaheaeg, vaja arsti juurde minna, mis iganes sellised juhud, et me arvestame sellega vägagi palju.“

„Eks ta [töö- ja pereelu ühitamine] ikka on keeruline. Et kaheksast neljani töötajail on ju lihtsam oma pereelu paika panna, aga kui sa oled ikkagi valvetes, õendus ja hooldus ja arstide kliiniline pool, et eks seal ole alati selliseid päevi, kus nagu tahaks olla vaba aga töö ei võimalda lihtsalt olla. Kui sul on veel abikaasal on või elukaaslasel kõrval on regulaarses tavainimese rütmis esmaspäevast reedeni ja kui üks pereliige teeb sul ka nädalavahetustel tööd, siis noh see võib tekitada küll selliseid keerulisi olukordi, et ei saa alati puhata oma pereliikmetega koos. Ei saa alati oma lastega veeta võibolla nii palju vaba aega kui inimene tahaks. Aga kui sa oled valinud selle tee, siis sa pead nagu arvestama sellega.“

Intervjueeritud haiglajuhtide hinnangul pole tervishoiutöötajad oma tööaja tõttu erilises seisus, sest on ka teisi erialasid, kus töö ei ole 8–17ni. Üldiselt sõltub töö- ja pereelu ühitamine suuresti töötajast endast ning haigla arvestab graafikute koostamisel oluliselt töötajate soovidega. Lisaks leiti, et pigem on just

tervishoiutöötajatel võimalik erinevatel eluperioodidel sobivat tööaega valida, kas töötades päevasel ajal või valvetes. Sellist valikut vähem haritutel ja teistel erialadel töötades sageli ei pakuta. Mõnele töötajale sobib pigem 24-tunniste vahetustega töö, millele järgneb pikem puhkeperiood, mis võimaldab vabadel päevadel rohkem endale ja perele pühenduda. Teised eelistavad päevast tööd, et igapäevaseid toimetusi rohkem planeerida.

„Kindlasti mõjutab pereelu, aga meil on siin üks näide, EMO õde hakkas kontoritöötajaks, tema pidi väga palju harjuma sellega, et 8 tundi tööl käia, sest et tema oli harjunud, et ta töötab 24 tundi järjest, tal oli vaba aega tunduvalt rohkem.“

7.2.4 Ettepanekud töö- ja puhkeaja regulatsiooni muutmiseks

Mitme asutuse esindajad olid arvamusel, et praegune töö- ja puhkeaja regulatsioon on täiesti mõistlik, lihtsalt arstide ja õdede puudus ei võimalda seadust alati täita. Täna töö- ja puhkeaja regulatsiooni pidasid nad väga vajalikuks ning leidsid, et tervishoiutöötajad ei peaks tegema 24-tunniseid vahetusi töö pingelisuse ja vastutuse tõttu. Ühe intervjuueeritud asutuse esindaja hinnangul ei anna praeguse seaduse muutmine suurt midagi, sest töö- ja puhkeaja korraldus on Euroopa Liidu tasandil reguleeritud. Teise haigla juhi arvates aitaks täna olukorda muuta pigem haiglavõrgu korrastamine, et töötajad ei käiks teistes asutustes valveid tegemas, sest aeg on näidanud, et niikaua kui see võimalus seaduse tasemel on olemas, töötajad ise sellest ei loobu.

Haigla juhtide hinnangul ei peaks patsientide arv ühe arsti kohta nii järgalt fikseeritud olema ning see võiks pigem tulla töökorraldusest ja sellest, kui palju on arstile tagatud sisulist ja administratiivset abi, mistõttu regulatsioon peaks olema vabam ja tänasega võrreldes paindlikum. Ühe lahendusena märgiti intervjuudes, et arstide ja õdede koormuse vähendamiseks võiks olla võimalus palgata täiendavat personali, näiteks sekretäre, kes võtaksid osa dokumenteerimise koormusest arstidelt ja õdedelt ära, nii et töö ümber korraldamisega saaks teenust rohkem patsiente. Kuna praegu soovivad sekretäri ettevalmistusega inimesed ligikaudu sama suurt palka kui õed, siis ei ole haiglatel ressursse eraldi inimeste palkamiseks ning suure osa administratiivsest ja dokumenteerimise tööst teevad ära õed. Samas ei sobi assistendiks ka ilma meditsiinilise ettevalmistuseta inimene, kellele meditsiini või ravimitega seonduv terminoloogia on võõras. Ettepanek oleks pakkuda täiendavat lühiajalist meditsiinilist koolitust üldharidusega inimestele, kes siis hiljem oleksid valmis arsti ja õde administratiivses töös aitama. Täiendava personali palkamine peaks olema teenuse hinnakirja sisse kirjutatud, sest haiglate endi ressursid seda alati ei võimalda. Samuti pakuti intervjuudes välja ravimeeskondade loomise võimalusi, kus tervishoiu tugispetsialistid saaksid arstide ja õdede koormust oluliselt vähendada (nt lisaks taastusravi arstile ja õele kuuluksid ravimeeskonda füsioterapeut, tegevusterapeut, logopeed jt).

„Et meil oma haiglas on kogemus olemas. Ongi keskkoolipingist tulnud inimene, kes on 10 aastat töötanud, et tal on diagnoosikoodid, väljendid, mingid terminid on juba tuttavad ja ta on võimeline arvutiga töötama. Arst ütleb kaks sõna, tema paneb kolmanda ja neljanda kirja, et see oleks ideaalne sümbioos, sellisest tööst ja siin saab kokku hoida täpselt seda õe tööaega ja arsti tööaega. Ja siis jaguks seda arsti ka nendele puuduolevatele kohtadele mis on.“ (AM6)

„Tuleb odavam võtta sekretär ja kasvõi kaks tükki, peasi, et arst võimalikult vähe peaks nagu tegelema selle kõrvalproduktiga. Et ta saaks pühenduda patsiendile. Et see on selgelt kasvav trend ja siin Eestis haiglad kõik on läinud lõpuks seda teed. Et suuremates haiglates on ta juba põhimõtteliselt igal pool juurutatud. Osakonnas on sekretär, keskustes on ja siis on veel postides ja kus iganes, et see on pigem kasvav trend.“

Ühe ettepanekuna märkisid mitu haiglajuhti oma intervjuudes, et töö- ja puhkaja regulatsiooni võiks muuta, nii et see võimaldaks seadustada tänase olukorra, kus tervishoiutöötajad töötavad mitme tööandja juures, saamata täiskoormust ületavate tundide eest ületunnitasu, ilma lisaressursside vajaduseta. Ettepaneku kohaselt võiks võimaldada tervishoiutöötajatel töötada kokkuleppe alusel ühe tööandja juures täiskoormusest suurema koormusega (nt 1,5-koormusega, kuid ülemine piir tuleks kindlasti seada), ilma et kokkulepitud ületundidele rakenduks 1,5-kordne tasustamise nõue. Kui arsti erialati võib ka tulevikus jääda normiks töötada mitme tööandja juures (sageli ei ole võimalik teenuse mahust sõltuvalt pakkuda arstile täiskoormusega kohta), siis õed ja hooldustöötajad võidaksid uuest korraldusest ja saaksid oma töö- ja puhkeajaga ühe tööandja juures paremini planeerida ning kaoksid mujal töötamisega kaasnevad kulutused transpordile ja majutusele. Kõik asutuste juhid selle ettepanekuga ei nõustunud, osa leidsid, et töö- ja puhkeaja regulatsiooni muudeti just selleks, et ennetada töötajate läbipõlemist ja pakkuda töövõtjatele lisagarantiisid, mis varasema kohakaasluse korral polnud tagatud.

„Ma arvan, et Sotsiaalministeeriumil oleks vaja kokku kutsuda mingisugune selline ekspertgrupp, selline väike, väga tõsine ja löögivõimeline, et seda [töö- ja puhkeaja regulatsiooni rakendamise võimalusi tervishoiusektoris] väga avalikult arutada, noh väga ausalt. Sest praegu on niimoodi, et ega haiglad ise varjavad üksteise ees tegelikku olukorda ja kõike seda. Ja raudselt varjatakse seda ka ametkondade eest.“

Ainult palgatõusuga tervishoiutöötajate puuduse probleeme tööandjate esindajate hinnangul lahendada ei ole võimalik. Kuigi tervishoiutöötajate palgad välisriikides (sh Soomes) on tunduvalt suuremad, siis palgataseme ühtlustamist välisriikidega ei kannataks Eesti tervishoiusektor nagunii välja ning väiksem palgatõus ei pidurdaks oluliselt tervishoiutöötajate migratsiooni. Kindlasti oleks neid tervishoiutöötajaid, kes suuremat tasu saades vähendaksid oma töökoormust (ja jätkaksid töötamist pigem ühe tööandja juures täiskoormusega, kui käiksid mitme tööandja juures), siis hoolimata palgatõusust jätkuks ka neid tervishoiutöötajaid, kes endiselt sooviksid võimalikult palju töötada ja lisaraha teenida.

„See pole kuidagi selles mõttes võimalik, et me peame vaatama, kus on meie palgakonkurent, meie palgakonkurent on üle lahe. Küsimus on see, et mis hetkel me oleme Eestimaal valmis maksma sama raha, no see ei tule nii pea, et see on arusaadav.“

„Puhtalt palgatõus selles mõttes lahendus ei ole. Pigem on see lahendus, ma ütlen jah, et kui töötaja ja tööandja saaksid omavahel kokku leppida [suurema töökoormuse ilma ületunni tasuta]. Ei oleks neid nii palju asutustes kõndimisi ja töötaja oleks rohkem rahul ja tööandja saaks ka tööd palju paremini organiseerida. Aga see, me võime selle palga täna kahekordseks tõsta, ta kohe näeb, et tal on sissetulek suurem, vajadused kohe suurenevad aga ikkagi tahab lisa teenida...“

„See on ohtlik tee, kui me laseme ta [töökoormuse reguleerimise] jälle nagu täiesti kauboi kapitalismi, ehk siis tööandja ja töötaja lepivad kokku. Ma kardan, et seal tekib väga selgelt selline konflikt, et tööandja tahab rohkem kui töötaja. Et siin on nagu mõistlik ikkagi mingisugune riiklik regulatsioon paika jätta.“

„Et noh see [ületunnitöö eest saadava tasu koefitsiendi tõstmine] ei ole lahendus, lahendus on ikkagi see, et meil on täistööajaga töötajaid, nii palju kui meil vaja on, teevad oma tööd ja puhkavad. Ja nad tulevad puhanult tööle.“

Ühe võimalusena võiks haiglajuhtide hinnangul kaaluda ka ületunnitöö eest makstava tasu koefitsiendi alandamist tänaselt 1,5-lt näiteks 1,2-le. See võimaldaks tänaste piiratud ressursside juures tööjõu kasutamist veidi paindlikumaks ja tööandjale taskukohasemaks muuta.

„Ma arvan küll, et see [ületunnitasu maksmise koefitsient] võiks olla väiksem kui 1,5. Siis kohe tekib nagu paindlikkus. Näiteks kui oleks 1,2, siis see on täiesti arvestatav [muutus võrreldes tänasega], kui meil on ikka vaja ja kui võimalus on olemas, ei pea hakkama seal, ma ei tea mingit muud trikki tegema...“

7.2.5 Tervishoiutöötajate sektorist ja Eestist lahkumise põhjused

Tervishoiutöötajate sektorist lahkumisega oli kokkupuuteid vähestel intervjueeritud juhtidel. Pigem leiti, et kuna arstid õpivad väga kaua, siis loobujaid on pigem arstiks õppijate kui tööle asunute hulgas. Perearstide hulgas on olnud sektorist lahkujaid seetõttu, et kõigile ei sobi ettevõtjaks olemine (sh enda ja pereõe töö korraldamine, raamatupidamine ja muud tegevused, millega töölepingu alusel töötavad arstid tegelema ei pea). Kui varem mindi paremate ja lihtsamate teenimisvõimaluste pärast ravimifirmadesse või spaa'desse, siis viimasel ajal on ka see trend aeglustunud. Nii arstide kui õdede hulgas on neid, kes ei tööta praktiseeriva õe või arstina, vaid on muul viisil tervishoiuvaldkonnaga seotud (nt töötavad ravimifirmades, tootmises, õppejõududena, ametnikena vmt). Intervjuudes mainiti, et kui õed tööd vahetavad, siis liiguvad nad pigem tööandjate vahel ning muudavad töökoormust või tööaega, mitte ei lahku tervishoiusektorist.

„Ma siiski arvan, et selles kohas on küll meditsiin eriline koht. Esiteks siia kõik ei sobi, aga see arusaamine võib võtta aega. Kuna meil nii-öelda kutsevalikuid ei toimu. Arstiteaduskonda läheb see, kellel on hea diplom. Aga no hea diplom teatavasti ei maksa elus midagi. Ma arvan, et see on täitsa normaalne protsess.“

Sektorist lahkumise võimalike põhjustena nimetati intervjuudes **tervishoiutöötajate vähest väärtustamist ühiskonnas, töö intensiivsust ning õdede madalat töötasu**, mis ei võimalda täiskoormusega töötades piisavat sissetulekut. Haiglajuhid märkisid sageli, et nii arstide, õdede kui hooldajate töö intensiivsus on viimastel aastatel tõusnud. Haigekassa on seadnud nõuded nii vastuvõetavate patsientide arvule ühes tunnis kui ka õdede ja hooldajate arvule teatud hulga patsientide kohta. Kuna haiglate tasustamine käib etteantud piiride järgi, siis pole haiglatel lisaraha, et intensiivsuse vähendamiseks arste, õdesid ja hooldajaid juurde palgata. Intervjuudes märgiti põhjusena ka üldist tervishoiukorraldust, kus ei ole paika pandud tervishoiutöötajate tegevusi ja vastutusvaldkonda, mis teeb sektoris töötamise keeruliseks. Oluliseks teguriks peeti ka tervishoiutöötajate palka, mis võiks alati suurem olla, kuid mis üksinda ei lahenda sektori tööjõu puudust. Ülejäänud põhjused on pigem isikust lähtuvad ja eraeluga seotud.

„See tuleb ju puhtalt sellest kui palju üks ühik maksab. Kui palju Haigekassa selle eest maksab. Kui üks teenuse osutamine on ette nähtud osutada ütleme 10 minutiga ja sellel on see hind, et see 10 minutit inimene saabki raha selle eest, et vähegi normaalset palka täis teenida, peab ta neid ühikuid tegema päeva jooksul 20 tükki.“

„Töö on läinud väga palju intensiivsemaks. Haigegi oli vanasti, alla 14 päeva, ei olnud ju haiglas keegi. Nüüd on tõesti päev-kolm, väga raskete diagnoosidegagi saadetakse juba koju.“

„Siin neid põhjuseid [tervishoiusektorist lahkumiseks] on tegelikult laialt, meil on rahaline põhjus, on perekondlikud põhjused, vahetatakse töökohta, ja mis ei tähenda üldse seda, et mul on raha vähe või mul on pereasjad, et noh nii nagu elus ikka.“

Töö- ja puhkeaja korraldust ei pidanud intervjuueeritud tööandjad üldiselt sektorist lahkumise põhjuseks, sest väljaõppinud personal (arsti ja õed) on juba õpingute ajal töökorraldusega tutvunud ning eriala valides ollakse teadlikud tööaja eripäradest. Eesti haiglate ja hoolekandeesutuste töökeskkonda hindasid asutuste juhid intervjuudes enamasti heaks või väga heaks. Kindlasti on haiglaid, kus kogu aparatuur või olmetingimused pole kõige uuemad ja värskemad, kuid see ei takista tervishoiutöötajatel areneda ning kaasaegseid võimalusi rakendada. Ühe õendushaigla juhi hinnangul saaks töökeskkonda töötajatele atraktiivsemaks muuta, võttes kasutusele uusi meetodeid (nt supervisioonid, couching jmt). See aitaks töö tegemist rõõmsamaks muuta, et see poleks pelgalt raha pärast tööl käimine, vaid töö ise pakuks nii palju rõõmu ja rahuldust kui võimalik.

„Mingit osa kindlasti ei hoia kinni aga jah, et üks asi on see, et ikkagi see meditsiini kuvand üleüldiselt, teine asi on palgad, kolmas asi on see, et organiseerida töö nii, et keegi ei peaks tundma, et mina olen perifeeria arst, mina olen keskuse arst.“

Eestist lahkumise põhjusena nimetati intervjuudes kõrgemat töötasu ning muid **sotsiaalseid garantiisid** (sh välisriigi pensionit), mille saamiseks välismaale tööle minnakse. Samuti toodi välja, et arstidel ja õdedel on võimalik end **välismaal hinnatud ja väärtustatud** töötajatena tunda. Kui minna lihttöölisena, siis saadud kõrgem palk ei pruugi katta välismaal elamise või Eestis käimise kulusid sel määral, et perest eemalolek seda väärt oleks. Ühe üldhaigla juhi hinnangul minnakse välismaale ka **sotsiaalse surve tagajärjel**, kuna tervishoiutöötajate endi seas levib kuvand, et Eestisse jäävad ainult need, kes mujal hakkama ei saa, kui sa just ei tööta mõnes Eesti suurhaiglas. Haiglajuhtide hinnangul on noorte lahkumine välismaale paratamatu, kuna **soovitakse saada uusi kogemusi**, ennast proovile panna ja täiendada erialadel, mille väljaõpet Eestis võib olla ei pakutagi. Mõned aastad tagasi oli probleemiks ka residentuurikohtade puudus teatud erialade, mistõttu noored läksid edasi õppima välismaale või hoopis mingit muud tööd tegema, kuid viimasel ajal ei ole see enam päevakorral.

Tervishoiutöötajate ja nende töö vähest väärtustamist ühiskonnas pidasid haiglajuhid oluliseks põhjuseks nii sektorist kui ka Eestist lahkumisel. See on üks aspekt, mida kindlasti annaks parandada ja muuta, kuid seda on lihtsam öelda kui teha.

„Mis Eestis on meditsiiniinimestel raske taluda, on see ühiskondlik suhtumine. No ja ilmselt see ei ole ainult meditsiinis. Samamoodi me näeme koolide ja pedagoogide suhtes. See on ilmselt mingi arengufaasi näitaja. Et see meditsiin on läinud nagu inimesele tänavalt, noh ongi teenus, teenuseosutajaks. Ma arvan, et seda annaks kujundada. Mida reaalselt nagu saaks teha? Et inimesele on tema väärtustamine, tema tunnustamine... see on nii oluline. Et kui me oleme rahaliselt piiri peal, siis suhtumine oleks nagu üks faktor, aga noh seda on kerge öelda.“

Kui noored lahkuvad kohe peale residentuuri lõpetamist on suur oht, et nad ei tule enam tagasi, kuna välismaal töötamise korraldus ja pakutavad hüved on piisavalt suured. Kui ka pere luuakse juba välismaal, siis on naasmine veel keerulisem. Lisaks võib tervishoiutöötajate välismaale minek olla seotud **üldise töökorraldusega** (nt täpsemalt defineeritud tööülesanded või vastutus, suurem õdede arv ühe arsti kohta, tugipersonali täiendav kasutamine välismaal). Eestis kasutatakse residente ja noorarste sageli tööjõupuuduse leevendamiseks, nt valves ja administratiivtöö tegemisel. Välismaal, aga väärtustatakse noori arste võrdselt kogenud arstidega. Mitmed intervjuueeritud haiglajuhid märkisid, et nende asutus on residentidele praktikabaasiks ja nad võimaldavad noortel arstidel kogu tööprotsessis kaasa teha ning on seetõttu praktikakohana väga hinnatud, kuid noori arste see Tallinnast ja Tartust mujale tööle siiski ei meelita.

„Millest nagu räägitakse on ju see, et arstid välismaale, sest et palk. Õed välismaale, sest et palk. Jah, see on ka üks põhjus. Kas ta nüüd peamine on, mitte alati. Sellest ei räägita, et võibolla sellel noorel arstil seal välismaal pakutaksegi huvitavamad tööd, talle pakutakse rohkem võimalusi, mis ei ole alati seotud palgaga.“

„Ma olen ka täitsa kindel, et üks osa sellest, kes välismaal töötab, et tõesti ka naudib seda natukene teistsugust töökorraldust ja keskkonda ja patsientuuri. Ja professionaalselt on see täiesti selline teatud väljakutset pakkuv.“

Üldiselt hindavad intervjueritud haigla- ja hooldusasutuste juhid Eesti õdede ja arstide ettevalmistust väga heaks. Eestlaste töökust ja õpivõimelisust arvestades pole midagi imestada, et nad välismaal hästi hakkama saavad ja nad seal oodatud on. Siiski märgiti intervjuudes, et tervishoiutöötajate lahkumine välismaale on viimastel aastatel vähenenud, paralleelselt Eestis ja välismaal töötajaid jätkub endiselt.

Põhjused, miks tervishoiutöötajad Eestisse naasevad on intervjueritud haiglajuhtide arvamusel erinevad, kuid **peamiselt seotud perega** ja tundeaga, et siin ollakse omad. Ühes intervjuus märgiti, et arst tuli välismaalt tagasi, kuna laps jõudis koolimineku ikka ning pere pidi otsustama, kas laps läheb kooli Eestis või välismaal. Teises intervjuus avaldati arvamust, et **välismaal töötamisel on omad nõuded ja tingimused**, mis ei pruugi kõigile sobida. Mujal ollakse ikkagi võõrtöölise staatuses ja need, kes ei suuda **võõras ühiskonnas sulanduda** tulevadki lõpuks tagasi. Oma osa naasmisel võib haiglajuhtide sõnul olla ka soovil **töötada emakeelses keskkonnas**, sest hoolimata võõrkeele oskuse tasemest, on emakeeles lihtsam ja pingevabam töötada.

„Kokkuvõttes on ikkagi see, et igal pool mujal on rohi rohelisem ja elu parem. Noh, mis võib ka niimoodi esmapilgul tunduda. Et aga seal võõrsil, midagi teha ei ole, sa oled võõrsil, sa oled võõras. Mitte midagi teha ei ole. Nad tulevad kõik Eestisse tagasi, aga siis nad tulevad juba välisriigi pensionitega, nad lõpuks ikkagi tulevad siia. Aga nad peavad vastu sageli 15–20 aastat, nad ei jää sinna. Aga meie jaoks on nad kadunud.“

„Ma arvan, et siin ei ole tööga mitte midagi pistmist. Ühel hetkel ma arvan, et inimene saab lihtsalt aru, et kodu on ka tähtis. Aga eks see natukene sõltub ka, et kas minnakse koos perega ja mis vanuses minnakse, kui vanad su lapsed on ja kõik need asjad. Aga just nimelt, see kodumaa, mitte selles härdas mõttes, aga väljas sa saadki aru, et tegelikult on siin üsna hea elada.“

Eestisse naasmisel ja siin uuesti tervishoiusektoris tööle asumisel ei näinud asutuste juhid erilisi takistusi. Pigem võivad takistuseks saada isiklike sõprussidemete katkemine või võõrandumine Eesti ühiskonnast ning uuesti harjumine Eestis pakutava töökoormuse ja palgatasemega. Üks intervjueritud haiglajuht tõi välja, et neil on mitmed õed ja arstid välismaalt tagasi tulnud, kuid nende tagasitulemist ei soosi siinsete kolleegide suhtumine äraolnutesse, kes näevad neis ohtu enda töökohale ja kardavad muutusi, mida välismaalt tulijad võiksid või sooviksid Eestis ellu viia.

Probleeme võib tekkida ka elukoha ja lastele lapsehoiu või koolikoha saamisel, kuid nendes küsimustes on kohalikud haiglad valmis igati naasvaid tervishoiutöötajaid toetama. Alati jäävad alles isiklikud või perekondlikud põhjused, miks Eestisse naastakse või vastupidi, miks siia tagasi ei tulla.

„Tõenäoliselt see lihtne lugu ei ole, et mida kauem on ära oldud, siis seda raskemaks läheb see koju naasmine. Sest et katkevad igasugused sõprussidemed ja muud sidemed. Kui neid uuesti siin hakata looma siis eriti vanemas eas, võib see üsna raskeks osutuda.“

„Et kui me räägime siin Euroopa Liidu piires, siis ju litsentsid ja kõik asjad on ju kehtivad, et ja tagasi ma arvan oodatakse ju kõiki. Sa ei pea uuesti mingit atesteerimist läbi tegema, et kuskile siis kõlblikuks osutada. Et neid on ikka vaja. Ma arvan, et see ei ole üldse raske.“

„Noh peamised takistused on ütleme perekondlikud, et lapsele on lasteaiakohta...aga ma ütlen selles osas meie teeme nii palju kui võimalik ja isegi kolimistoetust oleme maksnud, kui inimene siis tõesti nagu kolib tagasi. /.../Sellised elukorralduslikud asjad võivad olla takistuseks. Aga ma ütlen, et haigla nagu hästi palju toetab ja aitab, et kui keegi tuleb oma jutuga, et mingid asjad on vaja aidata, et siis me kindlasti aitame. Nii rahaliselt kui ka ütleme siis lihtsalt sellise asjaajamislikult, ütleme mingite koolide ja lasteaeade nagu teemal.“

„Selles mõttes jälle raske öelda aga ma arvan, et üks ta mõnes mõttes siiski on keeruline, mitte selles mõttes, et nad ei leiaks rakendust ja tööd, aga kuidas nad on valmis harjuma meie töötingimuste ja meie töötasude ja kõige sellega, et kui inimene on ikka töötanud teistes tingimustes ja teistsuguse töötasu eest, et kuidas ta suudab ennast panna nüüd siin tööle hoopis teiste nii öelda numbrite ja asjadega.“

„Aga et tagasi tulla, noh ...mis peaks olema? Ma peaks olema vähem pettunud Eesti Vabariigis. Sest ma ei ole pettunud oma haiglas, ma olen pettunud, sügavalt pettunud Eesti Vabariigis, kõiges selles jamas, mis siin on. Selles rumaluses, üleüldiselt. Selles, kus omaenese koht on alati tähtsam kui terve riigi poliitika.“

7.2.6 Ettepanekud tervishoiutöötajate migratsiooni pidurdamiseks ja Eestisse naasmise soodustamiseks

Intervjueritud haiglajuhil arvamusel ei aita ükski kampaania, tervishoiusektori prestiiži või palga tõstmine tervishoiutöötajaid Eestisse tagasi tuua, sest Eestisse naasmine on üldjuhul ikkagi inimeste isiklik otsus. Selle asemel peaks keskenduma erinevatele võimalustele, kuidas olemasolevaid või residentuuri lõpetavaid arste Eestis hoida. Samuti ei tohiks välismaale minemisse suhtuda halvustavalt, sest igal ühel on omad põhjused, miks ta on selle valiku teinud.

Haiglajuhid on omavahelistel kohtumistel arutanud võimalikke lahendusi töötajate migratsiooni pidurdamiseks ning selle arutelu käigus jõuti tulemuseni, et suur osa põhjustest, miks töötajad välismaale lähevad, on tööandjast sõltumatud ning vaid teatud küsimustes saab tööandja töötajate välismaale minekut mõjutada. Seetõttu leiti, et kuna tööandjatel ei ole võimalik töötajate lahkumist suurel määral mõjutada, siis on töötajatel vabadus oma tahtmise ja soovide kohaselt tegutseda.

„Ma arvan, et see [tervishoiutöötajate lahkumine välismaale] tuleb üle elada. Ja võib-olla see jääbki nii olema kogu aeg. Ma arvan, et kui see Põhjamaades ongi nii, et liigutakse järjest paremasse kohta, siis võib-olla oleme me lihtsalt üks lüli.... Aga mida peaks nüüd riik tõesti... nüüd on ju kolmandad riigid väga olulised meie jaoks.“

7.3 Kokkuvõte

Haiglate ja hoolekandeesutuste juhtide intervjuude põhjal on tervishoiusüsteemi üheks suuremaks probleemiks **meditsiinitöötajate puudus**. Kui osades asutustes toodi välja üksikud vabad töökohad, siis suuremates asutustes on täitmata ametikohti ja puuduolevaid töötajaid mitmekümnest kuni sajani. Asutustes täitmata ametikohtade ja töötajate puudus on peamiselt seotud sellega, kus **piirkonnas asutus asub, mis liiki haiglaga on tegemist** (st millised on asutuse poolt osutatavad kohustuslikud ja lubatud

tervishoiuteenused) ning asutuse suurusega. Peamiste põhjustena, miks osades haiglates või hoolekandeesutustes on täitmata ametikohti, nimetati intervjuudes **üldist tervishoiutöötajate puudust, töötajate liikuvust töandjate vahel** (maapiirkondadest ja väiksematest linnadest pigem Tallinnasse ja Tartusse), **palgaerinevusi** (Eesti töandjate vahel ning võrreldes välisriikidega), **välismaale** (sh välisriigi töötasu või pensioni saamiseks või enesetäiendamiseks) **või pensionile minekut** ning **vähast spetsialistide ettevalmistust**. Intervjueeritute hinnangul on üheks töötajate puuduse põhjuseks ka see, et noored arstid (või õded), kes on õpingute käigus suurema osa ajast veetnud Tartus või Tallinnas, pole valmis kolima ja väiksemates haiglates tööle asuma. Sageli on õpingute jooksul soetatud eluase, leitud elukaaslane või alustatud pereelu, mille tõttu tööle asumine muus piirkonnas on raskendatud. Mitmete haiglate esindajad on igati valmis noorte arstide ja residentide ümberasumist toetama, sealhulgas pakutakse majutusvõimalusi, aidatakse sobiva elukoha (või lapsehoiukoha) leidmisel, arvestatakse tööajaga jmt.

Kõige keerulisemaks peavad asutuste juhid õdede leidmist ning seda peamiselt väljaspool Tallinna ja Tartut. **Õdede leidmise muudab keeruliseks vastava kvalifikatsiooniga töötajate puudus piirkonnas, töösisu ning palgaerinevused piirkondade ja asutuste vahel**. Haiglajuhtide hinnangul on hooldustöötajate leidmine õdedest mõnevõrra lihtsam, kuid erialase ettevalmistuse puudumise tõttu peavad töandjad ise hooldustöötajaid õpetama ja koolitama. Arstide puudust märgiti seoses konkreetsete erialadega ning haigla pakutavatest tervishoiuteenustest lähtuvalt. Enamasti püütakse puuduolevaid tervishoiutöötajaid leida tutvuste kaudu, konkreetsete inimestega vahetult suheldes, pöördudes residentide, ülikooli, teiste haiglate poole või erialaga seotud töötajate siseringis infot jagades. Tööpakkumiskuulutusi avaldatakse ka internetis haiglate veebilehtedel, kuid muid avalikke kanaleid pigem välditakse.

Töötajate puuduse probleemi lahendamiseks on haiglad rakendanud erinevaid võimalusi, nt pakkunud residentuuri lõpetavale noorele arstile osalist koormust mõlemas haiglas, investeerinud otse õdede ja hooldustöötajate koolitamisse, lootuses saada endale tulevikus vastavaid töötajaid juurde. Mõned haiglad on proovinud ise välismaalt arste palgata, tagades neile kohanemisperioodi ja keeleõppe, kuid paljude jaoks vajab selline töötajate rakendamine täpsemalt kehtestatud reegleid (sh kvalifikatsiooni hindamine, kohanemisperioodi pikkus, tööalase vastutus määratlemine ja keelenõuded). Välismaalastest arste, kes sooviksid Eestisse tööle tulla on rohkem, kui meie haiglate valmisolek neid vastu võtta. Ühe välisarsti väljaõpe Eestis töötamiseks on pikaajaline ja kulukas protsess, mis nõuab ka haigla ülejäänud personalilt valmisolekut koolitamisel ja juhendamisel osaleda. Haiglajuhtide hinnangul on välisriigis väljaõppinud arsti ümberõpe Eestile siiski tunduvalt odavam ja lühiajalisem kui ühe kohaliku eriarsti koolitamine.

Asutuste juhtide hinnangud praegu koolitavate arstide ja õdede hulga piisavuse osas on erinevad. Ühelt poolt tehti ettepanek **lõpetanute välismaale mineku piiramiseks rakendada nõuet teatud aja jooksul Eestis töötada**. Teiste intervjueeritute hinnangul läheks selliste piirangute seadmine vastuollu Euroopa Liidu tööjõu vaba liikumise põhimõttega ning pigem ei tohiks noortelt arstidelt ära võtta võimalusi end välismaal täiendada ja proovile panna. Selle asemel tuleks tänast koolitustellimust suurendada ning otsida lisalahendusi tööjõuprobleemi lahendamiseks.

Töö- ja puhkeaja korraldus

Haiglad kasutavad sageli erinevaid võimalusi tööaja korraldamiseks – on nii 8-, 12-, 16- kui ka 24-tunniste vahetustega töötajaid ning valvetöötajate puhul kasutatakse summeeritud tööaja arvestust. Sagedamini on levinud 8-, 12- ja 24-tunnised vahetused – arstidel pigem kaheksatunnised tööpäevad ning õdedel ja hooldajatel vastavalt kokkuleppele, kas päevane või vahetustega töö. Summeeritud tööaja arvestamine

põhitöökohal on nii arstide kui ka õendusalatöötajate puhul laialt levinud. Õendusalatöötajate töökoormus on mõnevõrra suurem kui arstidel.

Peamisteks probleemideks töö- ja puhkeaja korraldamisel on asutuste juhtide sõnul **tööjõu puudus korrektsete tööajagraafikute koostamiseks** (st personali puuduse tõttu ei ole võimalik olemasoleva töötajate koosseisuga koostada seadusega kooskõlas olevat graafikut just valveajaga seoses), **ootamatud olukorrad** (nt töötaja haigestumine, laste haigestumine), mida pole võimalik ette planeerida ning **puhkuste tagamine**. Kuna paljud töötajad töötavad mitmes asutuses, siis ei ole neil füüsiliselt võimalik kolleegi töögraafikuväliselt asendada.

Vastavalt töölepingu seadusele on tervishoiutöötajate põhipuhkus 28 kalendripäeva, millele osades asutustes lisandub täiendav 7-päevane puhkus. Lisapuhkusele on tööandjad sageli seadnud ajalise piirangu ning seda saab kasutada septembrist maini. Kollektiivpuhkust saavad haigla- ja hoolekandeesutused kasutada ainult väiksemates üksustes või osakondades. Üldiselt saavad tervishoiutöötajad puhata vastavalt tööandja võimalustele kahenädalaste perioodide kaupa ning erandjuhtudel ka kuu aega. Puhkuste perioodiga kaasneva töötajate töökoormuse suurenemise ning asendamiste probleemi lahendamiseks hajutavad mõned asutused töötajate puhkusi aastaringselt, kuigi töötajate surve suveperioodil puhkamiseks on suur. Puhkuste asendamised lahendatakse kokkuleppel oma töötajate või residentide abiga, kelle töökoormus sel perioodil kindlasti suureneb, harvem otsitakse puhkuste ajaks asendajad väljastpoolt, sest neid pole suveperioodil kuskilt võtta.

Mitme asutuse esindajad olid arvamisel, et praegune töö- ja puhkeaja regulatsioon on täiesti mõistlik, lihtsalt arstide ja õdede puudus ei võimalda seadust täita. Täna töö- ja puhkeaja regulatsiooni pidasid nad väga vajalikuks ning leidsid, et tervishoiutöötajad ei peaks tegema 24-tunniseid vahetusi töö pingelisuse ja vastutuse tõttu. Täna olukorda aitaks muuta haiglavõrgu korrastamine, et töötajad ei käiks teistes asutustes valveid tegemas, sest aeg on näidanud, et niikaua kui see võimalus seaduse tasemel on olemas, töötajad ise sellest ei loobu.

Intervjuudes toodi välja, et kui riik tahaks tõesti teada, kui palju või kui suure koormusega tervishoiutöötajad täna tegelikult töötavad, siis võiks muuta Terviseametile esitatavate andmete koosseisu ning kaaluda tuleks praegustele andmetele iga töötaja lepingulise töökoormuse lisamist. Vajalikud võivad olla andmekoosseisude ülevaatamine (arutelud)¹⁶ ja täiendavad analüüsid Terviseameti andmetel. Olukorra, kus tervishoiutöötajad töötavad mitme tööandja juures üle täiskoormuse, saaks sel viisil kiiresti lõpetada, kuid see tooks kaasa nii töövõtjate pahameele kui hulgaliselt vabu töökohti tervishoiusektoris, mida pole võimalik täita, sest haiglate eelarve ei võimalda ületunde 1,5-kordselt tasustada.

Haiglate ja hoolekandeesutuste **praktikad ületunnitöö hüvitamisel on erinevad**. Mõnedes haiglates on intervjueeritute sõnul arstide ületundide tegemise soov hakanud vähenema ja üha enam väärtustatakse vaba aega ületundide tegemisele või lisa teenimisele. Mõnes haiglas aga pole ületundide hüvitamine vabas ajas võimalik, kuna kõigi töötajatega on arvestatud ja keegi peab töö ära tegema. Sellisel juhul hüvitatakse ületunnitööd 1,5-kordse töötasuga. Samas väiksemates haiglates võib olukord väga erinev olla. Mõne asutuse eelarve ei võimalda ületunnitöö eest rohkem maksta ja seetõttu hüvitatakse seda ainult vabas ajas.

¹⁶ Andmekoosseisud kehtestatakse Sotsiaalministri määrusega ning andmekoosseisude muutmisel läbib eelnõu kooskõlastusringi, millesse on kaasatud ka arstide, õdede, haiglate liit jt.

Samas mõnes teises asutuses ei ole töötajad ületundide vabas ajas hüvitamisega nõus ning asutusel ei jää muud üle, kui tehtud ületundide eest rohkem maksta või otsida vajalikke töötajaid juurde.

Töökoormuse ja töö intensiivsuse vähendamiseks ei peaks haigla juhtide hinnangul patsientide arv ühe arsti kohta nii jäigalt fikseeritud olema ning see võiks pigem tulla töökorraldusest ja sellest, kui palju on arstile tagatud sisulist ja administratiivset abi, mistõttu regulatsioon peaks olema vabam ja tänasega võrreldes paindlikum. Ühe lahendusena märgiti intervjuudes, et arstide ja õdede koormuse vähendamiseks võiks olla võimalus palgata täiendavat personali, näiteks sekretäre, kes võtaksid osa dokumenteerimise koormusest arstidelt ja õdedelt ära nii, et töö ümber korraldamisega saaks teenust rohkem patsiente. Kuna praegu soovivad sekretäri ettevalmistusega inimesed ligikaudu sama suurt palka kui õed, siis ei ole haiglatel ressursse eraldi inimeste palkamiseks ning suure osa administratiivsest tööst teevad ära õed. Täiendava personali palkamine peaks olema teenuse hinnakirja sisse kirjutatud, sest haiglate endi ressursid seda alati ei võimalda.

Enamik asutuste juhte märkis intervjuus, et nad lähtuvad **töötasu** maksmisel riiklikust kokkuleppesest ning võimalusel maksavad töötajatele kokkulepitud alammäärast suuremat tasu. Ainult palgatõusuga tervishoiutöötajate puuduse probleeme tööandjate esindajate hinnangul lahendada ei ole võimalik. Kuigi tervishoiutöötajate palgad lähiriikides on tunduvalt suuremad, siis palgataseme ühtlustamist välisriikidega ei kannataks Eesti tervishoiusektor nagunii välja ning väiksem palgatõus ei pidurdaks oluliselt tervishoiutöötajate migratsiooni. Kindlasti oleks neid tervishoiutöötajaid, kes suuremat tasu saades vähendaksid oma töökoormust ja jätkaksid töötamist pigem ühe tööandja juures täiskoormusega, kui käiksid mitme tööandja juures. Hoolimata palgatõusust jätkuks suure tõenäosusega ka neid tervishoiutöötajaid, kes endiselt sooviksid võimalikult palju töötada ja lisaraha teenida.

Tervishoiutöötajate sektorist lahkumisega oli kokkupuuteid vähestel intervjuueeritud juhtidel. Pigem leiti, et kuna arstid õpivad väga kaua, siis loobujaid on pigem arstiks õppijate kui tööle asunute hulgas. Perearstide hulgas on olnud sektorist lahkujaid seetõttu, et kõigile ei sobi ettevõtjaks olemine (sh enda ja pereõe töö korraldamine, raamatupidamine ja muud tegevused, millega töölepingu alusel töötavad arstid tegelema ei pea). Kui varem mindi paremate ja lihtsamate teenimisvõimaluste pärast ravimifirmadesse või spaa'desse, siis viimasel ajal on ka see trend aeglustunud. Sektorist lahkumise võimalike põhjustena nimetati intervjuudes **tervishoiutöötajate vähest väärtustamist ühiskonnas, töö intensiivsust ning õdede madalat töötasu**, mis ei taga täiskoormusega töötades piisavat sissetulekut.

Haigla juhtide arvamusel ei aita ükski kampaania, tervishoiusektori prestiiži või palga tõstmine tervishoiutöötajaid Eestisse tagasi tuua, sest Eestisse naasmine on üldjuhul ikkagi inimeste isiklik otsus. Selle asemel peaks keskendumine erinevatele võimalustele, kuidas olemasolevaid või residentuuri lõpetavaid arste Eestis hoida. Samuti ei tohiks välismaale minemisse suhtuda halvustavalt, sest igal ühel on omad põhjused, miks ta on selle valiku teinud.

8 JÄRELDUSED JA SOOVITUSED

Järgnevalt tuuakse tervishoiutöötajate küsitluse ning arstide, õdede ja haiglajuhtide intervjuude põhjal välja praegused kitsaskohad Eesti tervishoiusüsteemis ning ettepanekud nende leevendamiseks. Ettepanekute sõnastamisel on arvestatud aruteluseminaril osalenute arvamustega. Uuring näitab, et tavaliselt lahkuvad tervishoiutöötajad Eestist või erialalt (sh ei asu pärast õpinguid erialasele tööle) mitme teguri ja asjaolude kokkulangemise koosmõjul. Kuigi antud analüüsis on rõhuasetus tervishoiu erialaspetsiifilistel iseärasustel, ei ole põhjust arvata, et tervishoiutöötajate lahkumine tööle ja elama teistesse riikidesse oleks teistest töötajatest erinev fenomen – lahkutakse sarnases lootuses paremale tulevikule, mida võivad toetada rahulolematuse kas erialase töö, eraelu või muude ühiskondlike oludega lahkumise hetkel. Seetõttu on migratsiooni vähendamisel oluline tegeleda mitme valdkonna (nt töö- ja puhkeaeg, töötasu, töökoormus, tööalased suhted, praktika, juhendamine jne) parendamisega samaaegselt.

Probleem 1: haigla- ja hooldusasutuste juhtide hinnangul on neil täna kõige suurem puudus õdedest, sh spetsialiseerunud õdedest, keda koolitatakse peamiselt välja töökohal või tööandjate algatusel.

Soovitus 1: suurendada nii üldõdede kui spetsialiseerunud õdede riiklikku koolitustellimust, et vähendada tööandjate koormust (sh ka finantsilist) õdede koolitamisel.

Soovitus 2: tuua õendusala haridus lähemale praktilisele tööle, et parandada tööd alustavate noorte õdede ja ämmaemandate ettevalmistust, mis tähendab lisaks, et väga tähtis on koostöö Tervishoiu Kõrgkoolide ja haigla- ning hooldusasutuste vahel. Käärid praktilise töö ja koolis õpetatava vahel võib samuti olla üheks põhjuseks erialalt lahkumisel.

Probleem 2: õendusala töötajate nii Eestist kui erialalt lahkumist (sh pärast õpinguid erialasele tööle mitte asumist) selgitab rahulolematuse juhendamisega praktika ajal. Puudust tuntakse tagasisidest ja toetavast suhtumisest. Probleemi põhjendati nii juhendamise vähesel rahalisel väärtustamisega tööandja ja riigi poolt kui selle jaoks vajalike oskuste (st pedagoogilisi, psühholoogilisi oskuseid) puudumisega, mistõttu ei ole töötajad motiveeritud juhendama. Juhendamise tarvis aja ja energia leidmist takistab õdede intensiivne töö ja üldine suur töökoormus.

Soovitus 3: tasustada kõrgemalt praktikat läbivate õendusüliõpilaste ja värskest tööle asunud noorte õdede juhendamist ning vajadusel pakkuda juurde juhendamisalast koolitust ja nõustamist.

Soovitus 4: arvestada juhendamisele kuluv aeg tööaja sisse ja selle võrra vähendada vajadusel töötaja muid ülesandeid või jagada ülesandeid ringi, et juhendamist soodustada; võimaldada juhendamiseks rohkem aega, et parandada praktika õppetaset ja õendustöötajate omavahelisi töösuhteid.

Probleem 3: õendusala töötajad leiavad, et nende töötasu ei ole vastavuses omandatud hariduse, pädevuse, töökoormuse, töö vastutuse ja sisu ega intensiivsusega. Tuntakse, et suurenenud on nii patsientide arv ühe õe kohta kui administratiivse töö hulk. Õdede töö on täna tasustatud enamasti vastavalt riiklikule palgakokkuleppele (min 5 eurot/tunnis), kuid tööandjatel pole sageli võimalik sõltuvalt õe erialast, töö sisust ning intensiivsusest palku diferentseerida. See on üheks põhjuseks, miks erialal väljaõppinud õded liiguvad vähemhõudlikele ametikohtadele või lahkuvad Eestist ning tööturul on puudus spetsialiseerunud õdedest. Arengu-, karjääri- ja eneseteostusvõimaluste puudumine on üheks oluliseks põhjuseks, miks

õenduseriala omandanud erialalt lahkuvad ja sellele ei naase. Teatud osa õendusalatöötajaid on ise väga huvitatud spetsialiseerumisest ja enesetäiendamisest, huvilistele peaks seda võimalust pakkuma, sest see on otseselt seotud töö motivatsiooniga. Välismaal töötavate õdede hinnangul on spetsialiseerumine sageli soodustatud ja kõrgemalt tasustatud sõltuvalt tööülesannetest, asutusest ja eelnevast töökogemusest.

Soovitus 5: diferentseerida õdede töötasu vastavalt pädevusele, haridusele (sh koolitused, enesetäiendused), eelnevale töökogemusele, vastutusele ja töö intensiivsusele, soodustades seeläbi spetsialiseerumist ja täiendõppe läbimist ning pakkudes rohkem arengu- ja karjäärivõimalusi. Õdede töötasu tõstmine ja diferentseerimine vähendaks juba spetsialiseerunud õdede liikumist vähemhõudlikele ametikohtadele ning leevendaks spetsialiseerunud õdede puudust ja täiendavat koolitusvajadust.

Probleem 4: tervishoiutöötajate hinnangul vähendavad nende rahulolu tööga kehvad kollegiaalsed suhted ning ühiskonnas ja avalikus meedias domineeriv negatiivne suhtumine tervishoiutöötajatesse. Sageli toodi selle näiteks, et pigem nähakse ja kajastatakse avalikkuses üksikuid negatiivseid juhtumeid ning harva positiivseid sündmusi. Juhtumeid lahatakse meedias ilma meedikute vaateta ning lihtsustatult.

Samuti on rahulolematust tööalaste suhetega (st tasanditel arstid vs õed, eriarstid vs perearstid, arstid vs tööandja/juht, noorem põlvkond vs vanem põlvkond, „uued“ vs „vanad“, Eestis töötavad tervishoiutöötajad vs välismaale tööle läinud tervishoiutöötajad) väga oluline tegur tervishoiutöötajate Eestist lahkumisel. Tööalastes suhetes Eestis tajutakse tugevat hierarhiat ja autoritaarset juhtimisstiili.

Soovitus 6: kuna rahulolematust tööalaste suhetega on sedavõrd märgatav ja tajutav, peaksid tööandjad ja töötajad ise kaasa aitama tervishoiutöötajate kollegiaalsete suhete parandamisele (nt arstide, õdede ja hooldustöötajate vahel, eriarstide ning perearstide vahel) ning leidma selle jaoks erinevaid viise ja vahendeid (st teadmiste ja kogemuste vahetust, ühiskohtumisi, võrgustikkoostööd ja võrgustikkoosolekuid).

Soovitus 7: juhtimiskohustustega personali koolitamine, mis puudutab arstide ja õendusalatöötajate kui professionaalsete spetsialistide juhtimist, suhtlemist, planeerimist, töökeskkonna mõjutamist jne.

Soovitus 8: riik ja tööandjad saavad kaasa aidata ühiskonna suhtumise kujundamisele, viies rõhuasetuse erandlike üksikjuhtumite käsitlemiselt tervishoiu valdkonna töötajate igapäevatöö väärtustamisele, selle sisule ja tulemuslikkusele.

Soovitus 9: koostöös riigi ja tööandjatega soodustada teadmiste vahetust ja koostööd välismaal ning Eestis töötavate tervishoiutöötajate vahel (nt ühised konverentsid-seminarid, koostööprojektid, teadmiste vahetus, lühiajalised töövisiidid-õppevisiidid jne), et vähendada nii tajutavat kui tegelikku barjääri Eestis ja välismaal töötavate tervishoiutöötajate vahel.

Probleem 5: õdede hinnangul on neil täna vähe võimalusi erialaselt areneda, kuna sageli peetakse neid arstide poolt pigem abitööjõuks ning kasutatakse administratiivsete ülesannete täitmiseks. Õde ei tunnustata arstkonna ega ka ühiskonna silmis iseseisva, arstist sõltumatu ja kõrgharidusega pädeva spetsialistina.

Soovitus 10: riiklikul tasandil kõiki osapooli arvestades kokku leppida, kuidas (st mis ülesannete ja õigustega) suurendada õdede iseseisvust ja pakkuda neile rohkem iseseisvaid tegutsemisvõimalusi

(st ülesandeid, protseduure, vastutust), et tõsta nende nähtavust iseseisva ja arstist sõltumatu pädeva spetsialistina nii tervishoiutöötajate hulgas kui ühiskonnas.

Probleem 6: osa õenduseriala lõpetajaid ei asu pärast õpingute lõppu erialasele tööle või lahkub erialalt pärast sellel töötamist. Kuna erialalt lahkumise põhjused on väga eriilmelised ja sageli sünnib otsus õendusalaselt töölt lahkuda mitme teguri koosmõjus, siis ei ole võimalik välja pakkuda üht lahendust. Ent kuna arvestatav osa põhjustest on seotud töökeskkonnaga, siis on võimalik lahkumise otsust mingil määral mõjutada. Väga oluliseks teguriks erialaselt töölt lahkumisel on tunne, et õendusala tööd tehes puuduvad karjääri- ja eneseteostusvõimalused. Vähemalt samavõrd oluliseks või isegi olulisemaks võib pidada rahulolematust töötasuga ja atraktiivsemaid tööpakkumisi (nii rahaliselt kui eneseteostuse mõttes) teistes valdkondades. Sõltuvalt osakonnast ja asutusest võib õendustöötajat mõjutada suur töökoormus, tööstress ning vaimne pingeline olukord.

Soovitus 11: paremaks tööalaseks toimetulekuks ja erialasel tööl püsimise soodustamiseks tuleks tööandjatel töötajatega kokku leppida, kuidas toetada mentorlust ja kollegiaalset nõustamist.

Probleem 7: erialaselt töölt lahkunud endiste õendusala töötajate seas on ka neid, kes kaaluvad tervishoiusektorisse õena/ämmaemandana naasmist. Peamised probleemid naasmisel on teadmatus, kas ja kuidas on võimalik tervishoiusektorisse naasta, mida selle tarvis tegema peab ja kuhu pöörduma. Naasmist kaaluvate inimeste eemaloleku periood, erialal töötatud aeg ja säilinud oskused-teadmised on erinevad, seega tuleks neile läheneda erinevalt. Naasmist kaaluvate endiste õendusala töötajate näitel võib naasmisel takistuseks saada täiskoormusel töötamine teises valdkonnas, õpingute kaugus elukohast ja samuti pereelu.

Soovitus 12: erialaselt töölt lahkunud või väljaspool tervishoiuteenust pakkuvaid asutusi (nt lasteaiaid, kõrgkoolid) töötavatele tervishoiutöötajatele jagada personaalselt informatsiooni, mis tingimustel ja kuidas on võimalik tervishoiusektorisse tööle naasta. Eriala omandanud ja tervishoiusektoris töötamise õigusega inimesteni jõudmiseks on võimalik kasutada Terviseameti tervishoiutöötajate registri andmeid, kui need tehakse kättesaadavaks avalikus andmebaasis (st praegu avaldab Terviseamet ainult Eesti tervishoiusektoris töötavate tervishoiutöötajate andmeid).

Soovitus 13: jätkata õendusala tööl naasmiseks vajalike koolituste läbimise toetamist stipendiumide või muu rahalise toe abil (nt sõidukulude kompenseerimine, õppematerjalide kompenseerimine). Ühekordse projektipõhise koolitusprogrammi rahastamine riigilt ei ole piisav, kuna naasta soovijaid on tunduvalt rohkem, kui programm suutis koolitada.

Soovitus 14: võimalusel diferentseerida naasta soovivate endiste õendustöötajate õpe (sh nt selle kestvus) vastavalt osalejate eelnevale tasemele või pakkuda õppes/projektis osalemist suhteliselt sarnaste tunnustega endistele õendustöötajatele (suunatult), et soodustada õpingute lõpetamist ja erialasele tööle asumist.

Soovitus 15: kaaluda kaugemal elavatele või töötavatele õppuritele paindlikumate õppevormide pakkumist (sh nt kaugõpe, videoloengud, e-õppekeskkond jms).

Probleem 8: seoses arstide migratsiooni, vananemisega (st pensionile minekuga) ning residentuurikohtade mittetäituvusega on tervishoiusektoris arstide puudus. Kui noorel arstil ei ole Eestis võimalik õppida

residentuuris teda huvitaval erialal, siis suure tõenäosusega lahkub ta Eestist (nt residentuuri või üldarstiks välismaale).

Soovitus 16: enne riikliku residentuuritellimuse kinnitamist kaardistada tööandjate (mitte ainult suurimate vaid võimalusel enamiku) vajadus eriarstide järele ning suurendada vastuvõttu residentuuri. Parandada ebapopulaarsete residentuurierialade kuvandit arstitudengite hulgas (nt praktika, töövarjuks olemise võimaldamisega), et tagada järjepidev hulk erialaspetsialiste.

Probleem 9: Eesti puhul arvatakse, et tervishoiusüsteem on erimediitsiini ja eriarstide poole „kaldu“. Arvestatava osa tööst oleksid võimelised (st pädevuse, juhtumi raskusastme, ravi-protseduuri keerukuse mõttes) piisava aja ja rahastamise korral ära tegema perearstid ja/või üldarstid. Nii oleks võimalik vähendada patsientide liiga sagedast suunamist eriarsti juurde. Välisriikides töötamise kogemuse näitel väärtustatakse koostööd patsiendi heaolu nimel eri osakondade, meditsiini harude ja valdkondade vahel.

Soovitus 17: võimaldada, soodustada ja väärtustada Eestis üldarstina töötamist, seda ka juhul kui noor Eestis põhiõpingud lõpetanud arst ei saa soovitud erialal residentuuris õpinguid jätkata. See võimaldaks vähendada tänaste töötavate arstide koormust ja noorte arstide väljavoolu Eestist.

Soovitus 18: koostöös riigi, tööandjate, õppeasutuste ja erialaliitudega (uuesti) arutada läbi, mis ülesandeid ja rolli peaks Eestis täitma üldarstid, peremeditsiin ja erimediitsiin, mis muuhulgas võib leevendada teatud eriarstide puudust ja töökoormust. Ülesannete ja rollide muutmiseks peaks kaasnema ka rahastamise põhimõtete ülevaatamine.

Probleem 10: Kõige enam on probleeme valveajale (sh ka koduvalve korral) järgneva puhkeaja võimaldamisega töötajatele seaduses ettenähtud ulatuses. Samas on tegemist probleemiga, mis teatud osa tervishoiutöötajaid tõsiselt mõjutab ja sunnib Eestist lahkuma. Välisriikides töötanud tervishoiutöötajate kogemuse näitel on mujal üldjuhul valvele järgnev päev vaba ning kõik valved on tasustatud lisatasuna ja mitte arvestatud põhitöötasu sisse.

Soovitus 19: kaaluda koduvalveaja mitteamist igapäevase või iganädalase tööaja sisse, vaid sätestada see eraldi arvestusena.

Probleem 11: tervishoiutöötajate ja tööandjate arvamused pikkade valvete ja nende põhjuste suhtes on vastakad. Osalt võib arvata, et 24-tunnised ja sellest pikemad valved on raviasutuste poolt pealesunnitud (töötajate puudus, muid lahendusi ei nähta) ja teisalt võib tõdeda, et need on töötajate endi poolt soovitud lahendus, sest soovitakse töötada mitme tööandja juures ja seeläbi palga suurust mõjutada. Seetõttu tuleks 24-tunnise valveaja võimaldamine tõsiselt läbi mõelda ja paremini reguleerida (st tagada pika valve ajal pausid ja puhkus ning vastav tasu).

Soovitus 20: töötajate töökoormuse paremaks reguleerimiseks, töö- ja pereelu paremaks ühitamiseks ning ravikvaliteedi tõstmiseks võiks kaaluda 24-tunniste (ja pikemate) valvete kasutamist üksnes töötaja nõusolekul; olukordades, kus muud võimalust ei ole ja teatud mahus.

Probleem 12: on ilmne, et tervishoiutöötajate palgataseme märgatav tõstmine võrreldes välisriikidega ei ole Eesti tervishoiusektorile jõukohane. Uuring näitas, Eestist ei lahkuta vaid töötasu pärast, seega ei lahenda vaid töötasu tõstmine kõiki probleeme tervishoiusektoris. Madal töötasu on suurem kitsaskoht õendusalatöötajate hulgas. Olemasolevat arstide ja õdede ressursi tuleks paremini ära kasutada, palgates juurde administratiiv- ja tugipersonali, et arstid ja õed saaksid keskenduda rohkem erialasele tööle. See

aitaks suurendada tervishoiutöötajate motivatsiooni ja tööga rahulolu. Välisriikides töötavate tervishoiutöötajate kogemuse näitel on suur osa administratiivsest tööst usaldatud sekretäridele ning tervishoiutöötajad tegelevad meditsiiniliste küsimustega.

Soovitus 21: vaadata üle Haigekassa poolt rahastatavate teenuste hinnakirjad ja rahastamise alused, et võimaldada mitte tervishoiutöötajatest spetsialistide ja tugipersonali palkamist. See annaks arstidele võimaluse tegeleda enam meditsiiniliste probleemidega ja vähem administratiivsete ülesannetega. Lisaks arstide ja õdede puuduse leevendamisele suurendab see nende tööga rahulolu.

Soovitus 22: soodustada ja suurendada tervishoiutöötajate töös nende vahendite ja võimaluste kasutamist, mis kergendavad ja võtavad vähemaks administratiivseid ülesandeid (nt diktofoniga salvestamine, tahvelarvutite kasutamine, ühtne patsientide ja tervishoiu infosüsteem).

Probleem 13: tervishoiutöötajate koondumine keskustesse ja suurematesse haiglatesse takistab tervishoiuteenuste pakkumist väiksemates haiglates ja äärealadel. Selle üheks põhjuseks on töötajate soovimatus siduda end tööandjatega, kelle tegutsemine lähiaastatel on tervishoiusektori ümberkorraldamise plaanide tõttu ebamäärane.

Soovitus 23: võtta vastu otsused jätkusuutliku tervishoiukorralduse tagamisest ja ümberkorraldamisest ning jagada rohkem infot sektoris tegutsevate tööandjate ja töötajatega.

Soovitus 24: väiksemates ja keskustest kaugemal asuvates asutustes töötamise motiveerimiseks rakendada tervishoiutöötajate tasustamisel kaugusetasu.

Probleem 14: Eestist lahkunud tervishoiutöötajad tunnevad, et neid ei oodata siia tagasi. Inimesi kammitsevad Eestisse naasmast erinevad põhjused, mille hulgas tavapäraselt esineb hirm tagasipöördumise ees, st hirm kuidas neid Eestis vastu ja omaks võetakse ja selle ees, kas neile leidub töökoht Eesti tervishoiusektoris. Kardetakse nii sildistavat kui ebavõrdset kohtlemist tööturul (ja seda on ka kogetud).

Soovitus 25: tervishoiutöötajate puudust on osalt võimalik leevendada, kutsudes (suunatult) välismaal töötavaid arste-õdesid Eestisse tööle. See eeldab, et info vabadest töökohtadest jõuab personaalselt nende tervishoiutöötajateni välismaal, kes on naasmisest huvitatud. Naasmise toetamiseks peavad olema kehtestatud selged reeglid ja nõuded kvalifikatsiooni ja varasema töökogemuse arvestamiseks Eestis töötamiseks.

9 VIIDATUD ALLIKAD

Eesti Nooremarstide Ühendus. (2012) *Arst-residentide töökoormus ja tulevikuplaanid*.
http://www.arstideliit.ee/wp-content/uploads/2012/05/eny_residentide-koormus-2012.pdf

Eesti Nooremarstide Ühendus. (2014) *Residentuuriprobleemid*. Veebiküsitlus. [https://arstideliit.ee/wp-content/uploads/2015/06/residentuuriprobleemid_ENY_mai_2014.pdf]

Kiivet, R-A., Visk, H., Asser, T. (2012) *Eestis töötavate arstide arvu prognoos aastaks 2032*. Eesti Arst 2012; 91(8):403–412.

Kiivet, R-A., Visk, H., Raag, M. (2013) *Õdede arvu prognoos aastaks 2032*. Eesti Arst 2013; 92(11):616–626.

Moss, P.J., Lambert, T.W., Goldacre, M.J., Lee, P. (2004) *Reasons for considering leaving UK medicine: questionnaire study of junior doctors comments*. 2727;329(7477):1263.

Philips, K., Hinnosaar, M., Priinits, M., Võrk, A. (2002). *Euroopa Liiduga ühinemise mõju palkadele ja tööjõu vabale liikumisele*. Tartu: Tartu Ülikool Majandusteaduskond.

Rahvastiku Tervise Arengukava 2009–2020 (2008, täiendatud 2012)
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/2012_rta_pohitekst_ok_5.pdf

Sepp, A. (2012). *Eesti arstide tööga rahulolu*. Tallinna Raamatutrükikoda. Tallinn.

Sharma, A., Lambert, T.W., Goldacre, M.J. (2012) *Why UK-trained doctors leave the UK: cross-sectional survey of doctors in New Zealand*. Journal of the Royal Society of Medicine. 105 (1): 25-34

Stilwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Vujcic, M., Adams, O., Dal Paz, M. (2004.) *Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management*, Bulletin World Health Organization, 82:595–600.

Tarum, H. (2014). *Eesti tööealise rahvastiku väljarändepotentsiaal aastal 2013*. Poliitikaanalüüs. Sotsiaalministeeriumi toimetised, nr 2. Tallinn: Sotsiaalministeerium.

Terviseamet (2015). *Tervishoiutöötajate migratsioon*.
<http://www.terviseamet.ee/tervishoid/tervishoiutoeetaja-registreerimine/tervishoiutoeetajate-migratsioon.html>

UNCTAD-WHO (1998). *International Trade in Health Services: Difficulties and Opportunities for Developing Countries*. In *International Trade in Health Services. A Development Perspective*. Geneva, UNCTAD-WHO Joint Publication.

Veldre, V., Kruus, P., (2013). *Arstiks kasvamine Eestis arstitudengite ja noorarstide vaatenurgast*. Poliitikaanalüüs nr 2 (2013). Tallinn: Poliitikauuringute Keskus PRAXIS
http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Publikatsioonid/Praxis_arstiks_kasvamine.pdf

Võrk, A., Priinits, M., Kallaste, E. (2004). *Tervishoiutöötajate migratsioon Eestist: migratsiooni potentsiaalne suurus, mõju tervishoiutöötajate vajadusele ja poliitikavalikud*. Praxise toimetised, 18. Tallinn: Poliitikauuringute Keskuse PRAXIS.
http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Toimetised/toimetised_18_2004.pdf