

EV SOTSIAALMINISTEERIUM
EESTI TERVISHOIUPROJEKT 2015

Projekti

TERVISHOIUTÖÖTAJATE TÄIEND-
JA ÜMBERÕPE

Lõppraport

MTÜ TERVISHOIUSELTS
2002

SISUKORD

1. Kokkuvõte	2
2. Projekti eesmärk ja tulemused	4
3. Metoodika	4
4. Tegevuste ajakava	5
5. Projekti teostajad ja tööjaotus	5
6. Tervishoiutöötajate toimunud täiendõppe kaardistus	7
6.1 Täiendõppe korraldus Eestis aastani 2001	7
6.2 Tartu Ülikooli arstiteaduskonna täienduskeskus	11
6.3 Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus	17
6.4 Õendusalatöötajate koolitus	21
6.5 Kokkuvõte toimunud ja toimuvast täiendõppest	25
7. Ülevaade tervishoiutöötajate ressursist	26
7.1 Arstid	26
7.2 Õendusalatöötajad	32
7.3 Vanglate tervishoiutöötajad	35
7.4 Taastusravikeskuste ja sanatooriumide tervishoiutöötajad	37
7.5 Hoolekandesüsteemi tervishoiutöötajad	37
7.6 Kokkuvõte tervishoiutöötajate ressursist	38
8. Tervishoiutöötajate arvamused seoses täiendus ja ümberõppekoolitusega	44
8.1 Koolitusvajadused erialade arengukavadest	44
8.2 Tervishoiujuhtide küsitlus	47
8.3 Arstide küsitlus	50
8.4 Õendusalatöötajate küsitlus	53
9. Tulemused ja arutelu	55
9.1 Tervishoiutöötajate arvust ja põhikoolitusest	55
9.2 Tervishoiureform tervishoiutöötaja pilgu läbi	58
9.3 Tervishoiutöötajate täiendkoolitustel osalemine	59
9.4 Ümberõpe	64
10. Järeldused	69
11. Soovitused koolitustellimuseks tervishoiutöötajate põhiõppes	67
12. Ettepanekud täiend- ja ümberõppe planeerimiseks ja korraldamiseks	77

LISAD

I Tervishoiujuhtide küsitlus	(61 lk)
II Arstide küsitlus	(56 lk)
III Õendusalatöötajate küsitlus	(28 lk)

1. KOKKUVÕTE

Käesoleva uuring viidi läbi Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Tervishoiuprojekt 2015 tellimusel ning selle eesmärgiks oli saada ülevaade tervishoiutöötajate ressursist Eestis, hinnata nende koolitusvajadusi ja -võimalusi ning suhtumist, vajadust ja valmisolekut võimalikuks ümberõppeks seoses käimasoleva tervishoiureformiga.

Uuringu läbiviimisel analüüsiti täiendkoolitustest osavõttu Tartu Ülikooli arstiteaduskonna täienduskeskuses ning Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskuses 1999-2001.a.; intervjueriti 97 tervishoiujuhti; küsitleti 234 arsti, 70 hambaarsti ja 1053 õendusalatöötajat; töötati läbi erialade arengukavad ning koguti ja analüüsiti informatsiooni tervishoiutöötajate arvu kohta Sotsiaalministeeriumi arstide registrist, meditsiinistatistika büroost, Justiitsministeeriumi vanglate osakonnast, Statistikaametist, ning Sotsiaalministeeriumi statistika ja analüüsi osakonnast.

2001.a. oktoobri seisuga oli Sotsiaalministeeriumi arstide registris 4771 arsti ja 1089 hambaarsti. 6,3% töötavatest arstidest ja 6,8% hambaarstidest on pensionieas. Töötavate arstide arv aasta-aastalt väheneb. Suurim arstide puudujääk on erakorralise meditsiini, peremeditsiini, psühhiaatria ja töötervishoiu erialadel. Ühtset arvestust Eestis õendusalatöötajate kohta ei peeta. Sotsiaalministeeriumi meditsiinistatistika büroo andmetel oli Eestis 2000.a. lõpul 8661 õendusalatöötajat. Lisaks tervishoiusüsteemile töötas vanglates, sanatooriumites ja taastusravikeskustes ning hoolekandesüsteemis veel 562 õendusalatöötajat. Eestis on õendusalatöötajate arv, arvatuna kas elanikkonna kohta või arstide arvu suhtes, kaks korda madalam kui Euroopas keskmiselt. Ainult 15% hoolduspersonalist, keda on kokku ligi 3000 inimest, omab eelnevat süstemaatilist erialast ettevalmistust, enamasti on nad välja õppinud kohapeal töö käigus.

Tervishoiureformist on hästi või rahuldavalt informeeritud kolm neljandikku arstidest, kaks kolmandikku tervishoiujuhtidest, ligi pooled õendusalatöötajad ja kolmandik hambaarstidest. Reformide vajalikkust tunnetab valdav enamus tervishoiujuhtidest ja arstidest ning kaks kolmandikku õendusala juhtidest. Reformi tulemusena oodatakse ressurside ökonoomsemat kasutamist, tervishoiuasutuste struktuuri korrastamist, ravikvaliteedi tõusu, tervishoiutöötajate paremat tasustamist, paremaid koolitustingimusi, õendusala arengut ja erialast iseseisvumist. Suurimate puuduste ja ohtudena reformi läbiviimisel nimetati tervishoiuteenuste kättesaadavuse halvenemist patsiendi jaoks, informatsiooni puudust konkreetsete muutuste kohta, ebapädevust ja kiirustamist muudatuste läbiviimisel, sotsiaalsfääri puudulikku arengut ja paljudele tervishoiutöötajatele töö kaotust. Kaks kolmandikku arste ja kolmandik õendusalatöötajaid on suures mures oma töökoha võimaliku kaotuse pärast reformi käigus. Ebakindlus ja teadmatus tuleviku suhtes põhjustab stressi, alandab töötajate töövõimet, suurendab läbipõlemist ja samuti kahandab töötajate valmisolekut reformi läbiviimisele kaasa aidata.

Kõige sagedamini osalevad täienduskoolitusel eriarstid, seejärel juhtkond, õendusala töötajad ja kõige harvemini hoolduspersonal. Haigla juhtide poolt hinnati täienduskoolituseks vajalikuks summaks ühes aastas iga juhtivtöötaja kohta 12 tuhat krooni, eriarsti kohta 9-10 tuhat krooni, õendusala töötaja kohta 4-5 tuhat krooni ja hooldustöötaja kohta 1-2 tuhat krooni. Nende arvude põhjal oleks vaja kõigi Eesti tervishoiutöötajate täienduskoolitusteks kulutada 90-100 miljonit krooni aastas, 2000.a.

kasutati vaid 18,5 miljonit krooni ehk 5 korda vähem. Arstid kulutavad aastas täiendustel osalemisele keskmiselt 1000 krooni isiklikku raha.

Kindlasti on vaja välja töötada kaasaegne tervishoiutöötajate pädevuse hindamise süsteem, mis asendaks senist kohustuslikku atesteerimist ja võtaks sellest üle positiivse. Vaja on kehtestada ühtsed universaalsed printsiibid mis kehtivad kõikidele arstidele koos teatud nüanssidega erialade lõikes, mis vastaksid rahvusvahelistele soovitudele. Pädevusnõuded tuleb kehtestada ka õendusalatöötajatele ja tervishoiujuhtidele.

Peamine täiendkoolitus arstidele toimub TÜ arstiteaduskonna täienduskeskuses, kus täiendab end igal aastal ligi pool arstkonnast osaledes kokku umbes 3500 korda erinevatel kursustel. Avaramad tingimused arstide täiendõppeks Eestis on perearstidel, samas on neil koolitustel osalemise suurimaks takistuseks ajapuudus ja asendusarsti puudumine. Viimane vajab täpsemat seadusandlikku regulatsiooni.

Õenduslal on viimastel aastatel põhitähelepanu pööratud tasemeõppe korraldamisele ja õendusalatöötajate pädevuse ühtlustamisele. Eesmärgiks on võetud, et hiljemalt aastaks 2015 oleks kõikidel õendusalatöötajatel üldõe standardile vastav kutsekõrgharidus. Välja on vaja töötada konkreetne ja detailne õenduslase hariduse arengukava vähemalt 10-15 aastaks. Selleks on vaja informatsiooni personalipoliitika kohta tervishoius ja sotsiaalsüsteemis tervikuna.

Tervishoiureformi tulemusena muutuvad paljude erialade ja ametite senised proportsioonid. Juhtivpersonali ja erialaarstide arv väheneb, õdede ja hoolduspersonali arv tõuseb.

Kõige suurem spetsialistide puudujääk on erakorralise meditsiini, peremeditsiini, psühhiaatria ja töötervishoiu erialadel. Piisava pädeva kaadri tagamiseks on peremeditsiinis käivitunud 3-aastased ümberspetsialiseerumiskursused. Erakorralise meditsiini erialal soovitakse ajutiste 6-kuuliste ümberõppekursuste käivitamist kiirabiarstidele ja anestezioloogidele. Vajadus ümberõppekursuste järele on tuntav ka töötervishoiu, taastus- ja hooldusravi erialadel.

Valmisolek täiend- ja ümberõppeks on arstide seas olemas. Enamus täna töötavatest arstidest tunnetab, et nende põhiõpe ega senine kogemus pole piisav valdkondades, mille tähtsus tervishoiureformi käigus suureneb – vanuritega töötamine, rehabilitatsioon, koduse ravi korraldus, terminaalised seisundid ja koostöö sotsiaalsfääri ning omavalitsustega.

Esmajoones tuleb tõsta õendusalatöötajate pädevus vajalikule tasemele seoses üleminekuga kutsekõrgharidusnõudele õenduses. Tasemeõpet õendustöötajate taseme ühtlustamiseks vajab aastani 2015 vähemalt 5300 õendusalatöötajat, kes on lõpetanud meditsiinikooli enne 2000.a.

Hoolduspersonal Eesti tervishoius on valdavas enamuses ilma erialase ettevalmistuseta. Olemasolevale hoolduspersonalile, kel piisav töökogemus, pole tasemeõppe korraldamine otstarbekas. Seevastu tulevane hoolduspersonal, kelle järele lähitulevikus vajadus mitmekordistub, vajab kvaliteetse tervishoiuteenuse tagamiseks süsteemset erialast ettevalmistust.

2. PROJEKTI EESMÄRK JA TULEMUSED

Käesoleva uuring viidi läbi Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Tervishoiuprojekt 2015 tellimisel ning selle eesmärgiks oli saada ülevaade tervishoiutöötajate ressursist Eestis, hinnata nende koolitusvajadusi ja -võimalusi ning suhtumist, vajadust ja valmisolekut võimalikuks ümberõppeks seoses käimasoleva tervishoiureformiga.

Uuringu tulemusena kaardistati tervishoiutöötajate koolitusvajadused ja -võimalused, koostati nende vajaduse prognoos arvuliselt ja kutsete lõikes ning sõnastati ettepanekud põhi-, täiend- ja ümberõppe sisu, mahtude, rahastamise ja vormide osas.

3. METOODIKA

Tervishoiutöötajate koolitusvajaduste ja võimaluste hindamisel läheneti probleemile komplekselt silmas pidades kõikide osapoolte arvamusi.

Esmalt, pakkujapoolse situatsiooni kaardistamiseks moodustati kahes peamises tervishoiutöötajatele täiendkoolitust pakkuvast koolitusasutuses – Tartu Ülikooli arstiteaduskonna täienduskeskuses ning Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskuses 1999-2001.a. toimunud täienduskursustel osalemise andmebaas, seejärel analüüsiti osalenute struktuuri detailsemalt ja uuriti läbiviidud koolitustega seostunud küsimusi.

Teise vaatenurgana kasutati intervjuusid tervishoiujuhtidega, kes kirjeldasid enda, oma raviasutuse arstide, õendusala- ning hooldustöötajate täiend- ja ümberõppevajadusi ning võimalusi ja nendega seotud positiivseid ning negatiivseid külgi, andsid hinnanguid kasutatud koolitajatele ning oma asutuse aastasele koolituse mahule. 100-st valimisse kuulunud tervishoiujuhist õnnestus intervjuu läbi viia 97-ga.

Kolmanda osapoolena koguti ankeetküsitluse teel arstidelt, hambaarstidelt ja õendusalatöötajatelt informatsiooni nende poolt viimase kolme aasta jooksul läbitud täiendkoolituse mahtudest, vormidest ja valdkondadest, selgitati välja läbitud täiendkoolituste positiivsed küljed ja enam meelehärmi põhjustanud aspektid ning uuriti arstide tunnetatud vajadusi täiendõppe mahtude ja valdkondade osas. Ankeedid saadeti 422 arstile, 110 hambaarstile ja 1918 õendusalatöötajale, vastused laekusid 234 arstilt (55,5%), 70 hambaarstilt (63,6%) ja 1053 õendusalatöötajalt (54,9%).

Samade intervjuude ja küsitluste käigus saadi ülevaade ka tervishoiutöötajate informeeritusest ja suhtumisest tervishoiureformi, nende valmisolekust ja suhtumisest võimalikuks ümberõppeks ning eelistatud ümberõppe vormidest ja valdkondadest.

Neljandaks töötati läbi erialade arengukavad ja võeti arvesse erialaseltside poolt antud soovitusi erialaspetsialistide tulevases vajadusest, arstide pädevuse hindamisest ning vajalikuks peetavast täiend- ja ümberõppest.

Tervishoiutöötajate ressursist ülevaade saamisel koguti ja analüüsiti informatsiooni tervishoiutöötajate arvu kohta Sotsiaalministeeriumi arstide registrist (arstid ja hambaarstid erialade, vanuste ja maakondade kaupa), meditsiinistatistika büroost (tervishoiusüsteemis töötavad arstid, hambaarstid, õendusalatöötajad ja muud tervishoiutöötajad),

Justiitsministeeriumi vanglate osakonnast (vanglates töötavad arstid, hambaarstid ja õendusalatöötajad), Statistikaametist (taastusravikeskustes ja sanatooriumites töötavad arstid, hambaarstid ja õendusalatöötajad) ning Sotsiaalministeeriumi statistika ja analüüsi osakonnast (hoolekandesüsteemis töötavad arstid, õendusalatöötajad, sotsiaalhooldusõed).

4. TEGEVUSTE AJAKAVA

Mai-juuli

- Tervishoiutöötajate täiendkoolituse olukord Eestis – suuremate ravi- ja koolitusasutuste telefoniküsitlus;
- Uuringu detailplaneering.

August-november

- Tartu Ülikooli arstiteaduskonna ja Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskuses toimunud täiend- ja ümberõppe kaardistamine olemasoleva dokumentatsiooni alusel, st kellele ja mida on õpetatud, mis mahtudes, vormides, osavõtjate kirjeldus;
- Ülevaade tervishoiutöötajate ressursist – andmekogumine Sotsiaalministeeriumi meditsiinistatistika büroost, arstide registrist, statistika ja analüüsi osakonnast, Justiitsministeeriumi vanglate osakonnast, Statistikaametist;
- Intervjuu vormide ning arstide ja õendusalatöötajate küsimustike koostamine;
- Kokkuvõtte erialade arengukavadest arstide arvu ja täiend- ning ümberõppevajaduse hindamiseks;
- Intervjueerijate koolitus, intervjuude läbiviimine, vastuste töötlus;
- Arstidele ja õendusalatöötajatele küsimustike saatmine, kokkukogumine, andmete sisestamine.

Detsember – jaanuar

- Ankeetküsitluste andmeanalüüs;
- Koolitusvajaduste hindamine, prioriteetsete õppesuundade defineerimine;
- Ettepanekute koostamine põhi-, täiend- ja ümberõppeks, lähtudes tervishoiutöötajate erialadest, kutsetöö kogemustest ning uute töökohtade nõuetest;
- Ettepanekute koostamine õendusala töötajate ning tervisekaitse ja töötervishoiu spetsialistide erialase koolituse (põhiõppe) läbiviimiseks aastani 2010, soovitud õppevormide valikuks ning riikliku koolitustellimuse kujundamiseks;

5. PROJEKTI TEOSTAJAD JA TÖÖJAOTUS

Tervishoiutöötajatele toimunud täiend- ja ümberõppe kaardistuse (raportis peatükk 6) viisid läbi Kristina Allikmets Tartu Ülikooli arstiteaduskonna täienduskeskusest (6.2), Piret Tamme Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskusest (6.3) ja Doris Bärenson Eesti Õdede Ühingust (6.4).

Ülevaade tervishoiutöötajate ressursist (ptk. 7) koostasid Liis Nirk Tartu Ülikooli tervishoiu instituudist (7.1-7.6) ja Doris Bärenson Eesti Õdede Ühingust (7.2).

Tervishoiutöötajate arvamusi seoses täiendus ja ümberõppekoolitusega (ptk.8) hindasid Liis Nirk Tartu Ülikooli tervishoiu instituudist (8.1, 8.3, 8.4, Lisa II ja Lisa III), Auni

Tamm ES Turu-Uuringute AS (8.2 ja Lisa I) ning Doris Bärenson Eesti Õdede Ühingust (8.4 ja Lisa III).

Projekti tulemuste hindamisel ja järelduste tegemisel, soovitude formuleerimisel tervishoiutöötajate põhiõppes ning ettepanekute esitamisel täiend- ja ümberõppe planeerimiseks ning korraldamiseks (ptk. 9-12) osales lisaks eelpool nimetatud isikutele Raul Kiivet Tartu Ülikooli tervishoiu instituudist .

6. TERVISHOIUTÖÖTAJATE TOIMUNUD TÄIENDÕPPE KAARDISTUS

6.1 Täiendõppe korraldus Eestis aastani 2001

6.1.1 Mõisted

Tööalane koolitus võimaldab kutse-, ameti- ja/ või erialaste teadmiste, oskuste ja vilumuste omandamist ja täiendamist, samuti ümberõpet kas töökohas või koolitusasutuses (*Täiskasvanute koolituse seadus*).

Täiendkoolitus on kutse-, eri- ja ametialaste teadmiste ja oskuste täiendamine omandatud kutse-, eri- või ametialal (*Rakenduskõrgkooli seadus*).

Ametikoolitus on teadmiste, oskuste ja kogemuste omandamine asjatundlikuks otsustamiseks ja otsuste täitmiseks juhtimises, valitsemises, haldamises ja sidustamises (*Ülikooliseadus*).

Tasemekoolitus võimaldab õhtuses, kaugõppe õppevormis või eksternina omandada põhi- või keskkharidust, kaugõppe õppevormis või eksternina kõrgharidust, samuti taotleda akadeemilist kraadi.

6.1.2 Arstide täiendkoolitust reguleeriv seadusandlus

Kuni 2001.a. lõpuni oli ainus arstide täiendkoolitust reguleeriv seadusakt Eesti Vabariigi Tervishoiuministeeriumi käskkiri nr. 115-k 14.06.1991.a.-st ("Arstide ettevalmistamise, täienduskoolituse ja atesteerimise põhimäärus"). Selles dokumendis on toodud täienduse mahud ning kvalifikatsioonikategooriate taotlemise kord. Vastavalt määrusele omistati igale arstile atestatsioonikomisjoni poolt kategooria, mille määramisel võeti arvesse eeskätt viimase 5 aasta täienduskoolituse mahtu.

Vastavalt sellele Tervishoiuministeeriumi käskkirjale loetakse täienduseks:

- osavõtt spetsiaalselt selleks organiseeritud kursustest
- osavõtt vabariiklikest jt. konverentsidest
- kaitsmisega lõppenud dissertatsioon
- teaduspublikatsioonid
- stažeerimine

Täienduskoolituse mahtusid arvutatakse vastavalt punktisüsteemile. Igale kvalifikatsiooni tasemele vastab kindel arv punkte, mida arst peab atesteerimisele eelneva 5 aasta jooksul koguma. Erinevad täiendusvormid annavad punkte järgnevalt:

- | | |
|-------------------------|--------------|
| - kursus 1 nädal | - 1 punkt |
| - konverentsist osavõtt | - 0,5 punkti |
| - teadusartikkel | - 2 punkti |

- teaduslikud teesid - 1 punkt
- stažeerimise 1 nädal - 0,5 punkti
- monograafia - 5 punkti

Kvalifikatsioonipunktide vajadus 5 aasta jooksul vastavalt taotletavale kvalifikatsioonikategoriale oli alljärgnev:

- kategooriata arst - 15 punkti (neist 10 kursustelt)
- II kategooria arst - 10 punkti (neist 5 kursustelt)
- I kategooria arst - 7 punkti (neist 3 kursustelt)
- kõrgema kategooria spetsialist - 5 punkti (neist 1 kursustelt)

Vastavalt Eesti Vabariigi kehtivale korrale on arstikutse saamisel eelduseks riiklikult tunnustatud põhiõppe õppekava järgi omandatud meditsiiniline kõrgharidus ning residentuuri (eriarsti koolituse) läbimine. Omandatud kvalifikatsiooni hoidmiseks ning tõstmiseks pidevalt arenevas ja muutuv meditsiinis on vajalik arstide regulaarne täiendõpe.

Pidev enesetäiendus on arsti moraalne kohus, mis on selliselt sätestatud Euroopa Liidu direktiivis 93/16/EEC ning mis on kooskõlas arstide professionaalse autonoomia ja eneseregulatsiooni printsiipidega (Maaailma Arstide Liidu Madridi deklaratsioon, 1987). Lisaks arsti moraalsele vastutustundele on täienduskoolitusest osavõtt olnud objektiivselt vajalik kvalifikatsioonikategooria taotlemisel ja tõstmisel atestatsioonikomisjonis.

6.1.3 Täiendõppe korraldus

Ajavahemikus mai – juuli 2001 kaardistati telefoniintervjuude ja olemasoleva dokumentatsiooni abil tervishoiutöötajate täiendkoolituse olukord Eestis. Küsitleti kõiki Eesti suuremaid raviasutusi ning teadaolevaid koolitusasutusi. Infot saadi telefoniraamatutest, internetist või koolituskeskuse enda andmebaasist (Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskuses käinud osalejad). Telefonivestluse käigus püüti välja selgitada kui palju ja millist koolitust antud asutus on korraldanud või tellinud viimase kahe aasta jooksul. Intervjuu toimus vestluse vormis tuginedes 6 etteantud küsimusele:

1. Kes Teie asutuses tegeleb koolitusega?
2. Kas Teil on dokumentatsioon viimase kahe aasta jooksul toimunud koolitustest?
3. Kas korraldate ise koolitusi või tellite väljast?
4. Milliseid koolitusfirmasid eelistate?
5. Kui palju ja kes on käinud koolitustel?
6. Milliseid koolitusi on töötajad saanud?

Saime teada, et tervishoiutöötajate täiendkoolitusega tegelevad:

1. Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus
2. Eesti Meremeeste Haigla
3. Mustamäe Haigla
4. Rakvere Haigla
5. Rapla Haigla
6. Tallinna Järve Haigla

7. Tallinna Keskhaigla
8. Jõgeva Haigla
9. Keila Haigla
10. Tapa Haigla
11. Viljandi Haigla
12. Kuressaare Haigla
13. Põlva Haigla
14. Tallinna Magdaleena Haigla
15. Tallinna Merimetsa Haigla
16. Annely Sootsi Koolituskeskus
17. Eesti Õdede Ühing
18. Tartu Meditsiinikool
19. Kohtla-Järve Meditsiinikool
20. Erialaseltsid ja -liidud
21. TÜ arstiteaduskonna täienduskeskus
22. Ravimfirmad

Antud nimekiri ei ole lõplik, kuna mõned asutused ei andnud infot, mõnes puudus ülevaade koolituse toimumisest ja polnud määratud täiendkoolituse eest vastutavat töötajat. Saadud info on suhteliselt hinnanguline, kuna täpset arvestust koolituste kohta üldjuhul ei peetud.

Üldistades telefoniintervjuude tulemusi ja dokumentatsiooni, mida saatsid TÜ Kliinikum, Rakvere Haigla, Tallinna Keskhaigla koolitusosakond võib teha järgmised järeldused:

1. Koolitusplaanid puuduvad;
2. Vajadus asutusesiselt on määratlemata;
3. Dokumentatsioon kursuste korraldamisest enamasti puudub – paremal juhul on olemas nimekiri koolitusel osalejatest, kuid puuduvad maht, teemad, eesmärk ja tihti ei mäletata ka koolitajat/ lektorit;
4. Puudub ülevaade läbitud teemadest ja mahust;
5. Enamus koolitusest on erialane koolitus;
6. Koolituse alla liigitatakse tavaliselt ka ravimifirmade presentatsioonid ja haiguslugude arutelud;
7. Suurim sihtgrupp on õed;
8. Levinumaks koolituse vormiks on asutusesisene koolitus, kus ka koolitaja on asutuse enda töötaja.

Kokkuvõtteks võib öelda, et Eestis puudub tervishoiutöötajatele ühtne järjepidev elukestvat õpet järgiv täiendkoolituse süsteem. Toimivad koolitused on harvad ja peamiselt erialased. Ametikoolituste puudumise üheks põhjuseks võib olla ka ametlikult aktsepteeritud ametinõuete ja kriteeriumide puudumine. Koolitajate valikul on lähtutud ennekõike erialasest pädevusest ja kõrvale on jäetud koolitaja õpetamis- ja andragoogilised (täiskasvanupedagoogilised) oskused.

Juhtide ametikoolitust tervishoiutöötajatele pakub ainult Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus. Üksikute kursustena on veel kasutatud Invicta, Mercelons ja EMI koolitusi, seda kas siis linnakoolitusena (ühest asutusest osaleb avalikul koolitusel üks või kaks osalejat) või grupikoolitusena (koolitaja kutsutakse asutusse suuremale grupile koolitust läbi viima).

Asutusesisese koolitusena (kus koolitajad on oma asutuse spetsialistid) juhtimisalast koolitust ei pakuta.

6.2 Tartu Ülikooli arstiteaduskonna täienduskeskus

Siin peatükis esitatakse ülevaade TÜ arstiteaduskonna täienduskeskuses aastatel 1999 ja 2000 tehtud tööst.

6.2.1 TÜ arstiteaduskonna täienduskeskuse töö eesmärgid

TÜ arstiteaduskonna juures tegutseb aastast 1963 arstide ja proviisorite täiendõpet korraldav allüksus, algselt täiendusteaduskonnana, hilisematel aastatel täienduskeskusena.

TÜ arstiteaduskonna täienduskeskuse töö eesmärgiks on pakkuda kõikide erialade arstidele *kõrgetasemelist ja kvaliteetset* täiendõpet. Iga kursus peab antud konkreetse teema osas andma arstile informatsiooni, mis on parimal kaasaegsel teaduslikul tasemel, rakendusliku väärtusega, kompetentne ning usaldusväärne kliinilise meditsiini seisukohalt.

Täienduskeskuse **põhiülesanne** on arstide teadmiste ja oskuste viimine tasemele, mis:

- võimaldab neil edukalt täita igapäevaseid tööülesandeid,
- võimaldab neil olla kursis kaasaegsete arengutega meditsiiniteaduses ja -praktikas nii omal erialal kui ka laiemas, üldmeditsiinilises plaanis,
- võimaldab neil olla konkurentsivõimeline tööturul.

Täienduskoolituse korraldamise **eeldused**:

- ülikooli õppejõudude valmisolek ja nende osalus koolituse läbiviimisel,
- asjatundjate kaasamine nii kodu- kui välismaalt koolituse läbiviimisel,
- täienduskoolituses osalevate arstide motiveeritus, nende valmisolek täienduseks.

6.2.2 TÜ arstiteaduskonna täienduskeskuse töö praktiline korraldus

Täienduskeskuse tööd juhib täienduskeskuse juhataja ning koordineerib 7-liikmeline **Täiendusnõukogu**, kuhu kuuluvad TÜ kliinikute juhtivad professorid.

TÜ arstiteaduskonna täienduskeskus koostab täiendkoolituse programmi kalendriaastaks ning vastutab täiendkoolituse korraldusliku külje, tehnilise teeninduse ja koordineerimise eest. Täiendkursuste teemade ja sisulise külje eest vastutavad TÜ erialakliinikute juhatajad ja õppejõud. Lektoritena on haaratud üle vabariigi tunnustatud spetsialiste antud erialal, eelkõige Tallinna kliinikutest. Kursuste põhitemaatika peaks olema kooskõlas vastava eriala arengukontseptsiooniga, seetõttu püüab täienduskeskus plaani koostamisel konsulteerida ka erialaseltsidega. Lisaks kitsalt erialastele kursustele korraldab täienduskeskus ka interdistsiplinaarseid kursuseid (geneetika, meditsiini juriidilised aspektid, meditsiinipsühholoogia jms).

Täienduskursuse mahuks alates 2001.a. jaanuarist, mis annab 1 täienduspunkti, on 3-päevane kursus, mis sisaldab soovitatavalt 20 tundi auditoorset õppetööd (loengud) + 20 tundi iseseisvat tööd (paljundatud materjalid, töö kirjandusega jne). Korraldatakse ka lühemaid kursuseid (2 päeva – 0,7 täienduspunkti) ning vajadusel pikemaid, 5-päevaseid kursuseid (1,3 täienduspunkti). Võrreldes varasemate aastatega on pikkade, 5-päevaste, kursuste osakaal õppeplaanis oluliselt vähenenud. Kursuste lühendamise peamiseks

põhjuseks on asjaolu, et arstidel on järjest keerulisem olla terve nädal põhitöökohalt ära. Seetõttu on lühendatud kursusi ning muudetud need intensiivsemaks.

Lisaks plaanilistele täienduskursustele korraldab keskus **individuaaltäiendust** vastavas erialakliinikus eriprogrammi alusel. Valdavalt on tegemist ühenädalaste kursustega (n.ö. väljaõpe töökohal), kuid on taotletud ka pikemaid õppeperioode (kuni 3 kuud).

Täienduskeskuse kaudu viiakse läbi ka **perearstide spetsialiseerumiskursuseid**.

Kord aastas korraldab täienduskeskus **ühenädalase täienduskonverentsi “Kliinik”**, mille kavas on ettekanded erinevatel teemadel ning erinevate erialade spetsialistidelt.

Kuni 2001.a. alguseni registreeriti TÜ arstiteaduskonna täienduskeskuses ka teiste korraldajate poolt (ravimifirmad, eriaseltsid jne.) organiseeritud täiendusloenguid ning kursuseid. Nendele üritustele omistati täienduspunkte vastavalt loengute mahule. Ürituse korraldajad esitasid vastava taotluse koos ürituse programmiga täienduskeskusele, mis väljastas siis tõendi täienduspunktide andmise kohta. Kõik taotlused on täienduskeskuses registreeritud. Nii näiteks anti 2000.a. täienduspunkte 179 erineva mahuga üritusele. Alates 01. jaanuarist 2001 on selline praktika lõpetatud ning täienduskeskus enam mujal toimuvaid üritusi ei registreeri. Põhjuseks on siin eelkõige asjaolu, et puudub võimalus kontrollida erinevate ürituste sisu ja kvaliteeti ning täienduspunktide väljastamine selliselt devalveerib täienduspunkti tähendust. See loomulikult ei tähenda, et mujal korraldatud täiendusüritused ei võiks olla arstile sobivaks täienduseks. Täienduskeskus on soovitanud kõikidel ürituste korraldajatel väljastada igale üritusel osalejale sertifikaat, kus on ära näidatud ürituse programm ja maht (loengutundides). Pädeva otsuse iga konkreetse ürituse kaalukusest saab anda seejärel selle eriala atestatsioonikomisjon.

6.2.3 TÜ arstiteaduskonna täienduskeskuse töö mahud aastatel 1999 ja 2000

Tabel 6-1. TÜ arstiteaduskonna täienduskeskuses korraldatud kursuste arv aastatel 1999 ja 2000

	1999	2000
Kursuseid kokku	206	219
2-päevaseid	10	15
3-päevaseid	22	58
5-päevaseid	174	146
Osalejaid kokku	3218	3649
Perearstide kursuseid	64	68
Osalejaid perearstikursustel	2299	2346
Individuaaltäiendusi	25	17

6.2.4 TÜ arstiteaduskonna täienduskeskuse korraldatud kursustel osalenud arstide arv aastatel 1999 ja 2000

Aastal 1999 korraldas täienduskeskus 206 kursust, osaleti kokku **3218** korral, s.h. **473** korral osalesid stomatoloogid. Aastal 2000 korraldati 219 kursust, millel osaleti kokku **3649** korral, s.h. **766** korral osalesid stomatoloogid. See osalejate arv ei peegelda päris

täpselt realselt kursustest osa võtnud arstide arvu, sest osa arste on aasta vältel võtnud osa mitmest kursusest (Tabel 6-2).

Tabel 6-2. Korduvad osalemised (isikute arv) täienduskursustel aastatel 1999 ja 2000

	1 kord	2 korda	3 korda	4 korda	5 korda	6 korda	7 korda	9 korda	14 korda	Isikuid kokku
1999	1727	555	82	18	10	1	1			2394
2000	1788	598	152	29	9	3	1	1	1	2582

Seega võib järeldada, et kaks kolmandikku täienduskursustel käinud arstidest osalevad aasta jooksul ühel kursusel (1999.aastal 72,1% osalejatest; 2000.aastal 69,2% osalejatest). Kahel kursusel käis 1999. aasta vältel 23,2% osalejatest ja 2000. aastal 23,1% osalejatest. Rohkem arv kordi külastab täienduskursuseid väike osa arste (näiteks kolm korda ainult 3,4% arstidest 1999.a.-l ja 5,9% arstidest 2000.a.-l).

EV Sotsiaalministeeriumi andmetel oli Eestis 1999.a. registreeritud 4426 arsti ja 1012 hambaarsti (s.t. kokku 5438 arsti ja hambaarsti). Täienduskeskuse kursustel osales sel aastal 2394 arsti ja hambaarsti, mis moodustab **44%** arstidest Eestis. Aastal 2000 oli vastavalt osaluse protsent **47,6%** (registreeritud arstide + hambaarstide arv 2000.a. oli 5429). Arvestades arstide üldarvuga Eestis saab TÜ täienduskeskuse poolt korraldatavaid kursuseid pidada populaarseteks, kuna ligi pooled Eesti arstidest külastavad kursuseid vähemalt ühel korral aasta vältel.

6.2.5 TÜ arstiteaduskonna täienduskeskuse korraldatud kursustel aastatel 1999 ja 2000 osalenud arstide vanuseline jaotus

Analüüsisime osavõttu täienduskursustest sõltuvalt arstide vanusest, võttes aluseks ülikooli lõpetamise aasta. Tulemused on esitatud Tabelis 6-3.

Tabel 6-3. Täienduskursustel osalemiste arv ülikooli lõpetamise aasta järgi. Esitatud on andmed arstide ja hambaarstide kohta koos; sulgudes protsent selle aasta osalemiste üldarvust.

Lõpetamise aeg	Täienduskursustel osalemiste arv	
	1999. aastal	2000. aastal
2000.a.	-	2
1990-1999	675 (21%)	823 (22,6%)
1980-1989	922 (28,7%)	1122 (30,7%)
1970-1979	914 (28,4%)	1008 (27,6%)
1960-1969	531 (16,5%)	580 (15,9%)
1950-1959	103 (3,2%)	92 (2,5%)
1940-1949	1	1
Varasematel aastatel lõpetanud	-	1
Lõpetamise aasta teadmata	72	20

Toodud andmete põhjal võib järeldada, et kõige aktiivsemalt külastavad kursusi arstid, kas on lõpetanud aastatel 1970-1989, s.t. kellel ülikooli lõpetamisest on möödas 10-30 aastat. Kuni 60% osalejatest kuulub sellesse kategooriasse. Need arstid on hetkel 35-55.a.

vanused. Eestis on vanusegrupis 35-55.a. arstide arv suhteliselt kõige suurem. Seisuga novembri lõpp 2001.a. on Eesti arstide registris olevatest arstidest 15,1% kuni 34.a.v.; 28,9% 35-44.a.; 27,9% 45-54.a.; 21,8% 55-64.a. ja 6,3% vanemad kui 65.a. Hambaarste on vastavates eagruppides: 27%; 27,3%; 18,5%; 20,4% ning 6,8%. Seega vastab osalejate vanuseline jaotus Eesti arstide vanuselisele koosseisule vanusrühmas 35-55. Nooremad ja vanemad arstid käivad täienduskeskuses harvem.

6.2.6 TÜ arstiteaduskonna täienduskeskuse korraldatud kursustel aastatel 1999 ja 2000 osalenud arstid vastavalt erialale

Täienduskursustele registreerimisel kogutakse andmeid ka arstide eriala kohta (andmed arsti enda antuna). Tabelis 6-4 on need andmed esitatud võrdluses Sotsiaalministeeriumi andmetega vastava eriala arstide üldarvu kohta Eestis. Esitatud on arvukamalt esindatud erialad, mitte erialade täisnimekiri.

Tabel 6-4. Täiendustel osalemiste arv erialade lõikes (sulgudes protsent selle eriala arstide üldarvust) ning vastava eriala arstide üldarv Eestis 1999.a. ja 2000.a. Sotsiaalministeeriumi meditsiinistatistika büroo andmetel.

Eriala	1999. aastal		2000. aastal	
	Kokku regist-reeritud	Kursusel osalemiste arv	Kokku regist-reeritud	Kursusel osalemiste arv
Üldarst	739	537 (73%)	757	476 (104%)
Perearst	370	321 (87%)	448	434 (97%)
Anestesioloog	234	132 (56%)	230	97 (42%)
Dermatoloog	69	68 (99%)	76	97 (128%)
Endokrinoloog	33	13 (39%)	33	15 (45%)
Ftisiaater	27	-	25	4 (16%)
Gastroenteroloog	30	15 (50%)	30	28 (93%)
Hematoloog	22	6 (27%)	20	6 (30%)
Infektsionist	30	12 (40%)	24	12 (50%)
Kardioloog	125	81 (65%)	121	59 (49%)
Kirurg	243	115 (47%)	237	122 (51%)
Laboriarst	135	47 (35%)	112	48 (43%)
KNK arst	106	56 (53%)	97	80 (86%)
Naistearst	275	328 (119%)	270	394 (146%)
Nefroloog	11	1 (9%)	10	5 (50%)
Neuroloog	147	124 (84%)	144	140 (97%)
Onkoloog	33	3 (9%)	30	11 (37%)
Pediaater	446	247 (55%)	411	219 (53,2%)
Psühhiaater	163	30 (18%)	169	44 (26%)
Pulmonoloog	27	43 (159%)	32	36 (113%)
Radioloog	187	71 (38%)	178	35 (20%)
Reumatoloog	29	29 (100%)	31	39 (125%)
Silmaarst	118	25 (21%)	112	34 (30%)
Taastusraviarst	75	33 (44%)	83	37 (45%)
Traumatoloog-ortopeed	105	32 (30%)	105	39 (37%)

Uroloog	44	2 (5%)	41	10 (24%)
HAMBAARSTID	1012	473 (47%)	1015	766 (75%)

Analüüsidest arstide osavõttu täienduskursustest erialade lõikes on näha, et väga aktiivsed osalema on üld- ja perearstid, dermato-veneroloogid, naistearstid, kopsuarstid, neuroloogid ja reumatoloogid. Antud andmebaas ei kajasta siiski mitmeid kordi osalevate isikute arvu, mistõttu tuleb arvesse võtta ühe arsti osalemist mitmel kursusel aasta vältel. Keskmiselt osaleb arst 1,3-1,4 kursusel aastas.

Vähese osavõetuga erialana (osavõtjaid alla 20% registreeritud spetsialistidest) võiks välja tuua psühhiaatria, ka silmaarstid, uroloogid ja radioloogid on suhteliselt tagasihoidlikult esindatud. Need spetsialistid osalevad peamiselt vaid erialastel kursusel, üksikud täiendavad end ka naabererialadel. Tõenäoliselt toimub neil erialadel ka suhteliselt rohkem täiendust erialaseltside poolt korraldatuna (näiteks radioloogia valdkonnas nagu selgus arstide küsitluse tulemusena). Teistest sagedamini täiendavad end lisaks põhierialale ka naabererialadel üldarstid, perearstid, pediatrid, kirurgid, anestezioloogid, kardioloogid, neuroloogid ja günekoloogid. See ehk seletab ka nende sagedasemat osalemist mitmel kursusel aasta jooksul.

Suurema osalejate arvu ja erinevate erialade spetsialistide suurema osalemisega on olnud anestezioloogia ja intensiivravi, erakorralise meditsiini, dermato-veneroloogia, kardioloogia, neuroloogia, sisemeditsiini ja kliinilise immunoloogia valdkondades toimunud koolitused. Võib järeldada, et populaarsete erialade täiendusprogrammid on koostatud paremini ja pakuvad spetsialistidele enam huvi.

6.2.7 Osalemine TÜ arstiteaduskonna täienduskeskuse korraldatud kursustel 1999 ja 2000 vastavalt maakondadele

Analüüsidest osavõttu täienduskursustest maakondade lõikes (Tabel 6-5) võib järeldada, et üldjoontes on enamusest maakondadest osalejate arv suurem, kui maakonnas Sotsiaalministeeriumi andmatel registreeritud arstide arv, mis näitab rohkem kui ühe kursuse (keskmiselt 1,3-1,4) külastamist aasta jooksul.

Tabel 6-5. Täienduskursustel osalemiste arv maakondade lõikes (sulgudes protsent selle eriala arstide üldarvust maakonnas).

Maakond	Registreeritud arstide arv		Kursustel osalemiste arv	
	1999	2000	1999	2000
Harjumaa	207	209	224(108%)	176 (84%)
Tallinn	1787	1815	1096 (61%)	1372 (76%)
Hiiumaa	19	20	15 (79%)	31 (155%)
Ida-Virumaa	525	510	262 (50%)	317 (62%)
Jõgevamaa	82	80	86 (105%)	95 (118%)
Järvamaa	75	69	61 (81%)	70 (101%)
Läänemaa	63	57	68 (108%)	57 (100%)
Lääne-Virumaa	123	121	132 (107%)	153 (126%)
Põlvamaa	71	70	63 (89%)	81 (116%)
Pärnumaa	229	221	169 (74%)	212 (96%)
Raplamaa	61	60	41 (67%)	61 (102%)

Saaremaa	85	79	65 (76%)	76 (96%)
Tartumaa	76	68	76 (100%)	75 (110%)
Tartu	730	746	568 (78%)	555 (74%)
Valgamaa	86	83	65 (76%)	71 (86%)
Viljandimaa	130	132	110 (85%)	129 (98%)
Võrumaa	77	74	94 (122%)	106 (143%)
maakond teadmata			23	12

Teistest suhteliselt vähem osalemisi oli Ida-Virumaal töötavate arstide poolt (1999.a. keskmiselt 0,5 ja 2000.a. 0,62 osalemist 1 registreeritud arsti kohta), mida kindlasti osaliselt seletab keeleprobleem. Täienduskeskus on püüdnud igal aastal korraldada ka venekeelseid kursuseid Ida-Virumaal ja ka Tallinnas, kuid ilmselt oleks selliste kursuste järele nõudmine suurem.

6.2.8 Järeldused

- 1) TÜ AT täienduskeskuse poolt pakutavad kursused on arstide hulgas populaarsed. Sellele viitab aktiivne osalemine kursustel.
- 2) Kaks kolmandikku kursusi külastanud arstidest osalevad aasta jooksul ühel kursusel, kahel kursusel käib aasta vältel ligi 23% arstidest. Rohkem kui kaks korda külastab täienduskursuseid väike osa arste (näiteks kolm korda 3,4-5,9% arstidest).
- 3) Kõige aktiivsemalt külastavad kursusi arstid, kas on lõpetanud aastatel 1970-1989, s.t. kellel ülikooli lõpetamisest on möödas 10-30 aastat. Kuni 60% osalejatest kuulub sellesse kategooriasse. Nooremad ja vanemad arstid osalevad kursustel harvem.
- 4) Erialade lõikes võrrelduna on väga aktiivsed osalejad üld- ja perearstid, dermatoveneroloogid, kopsuarstid, naistearstid, neuroloogid ja reumatoloogid. Vähesese osavõetuga erialadena (osalemisi alla 20% registreeritud spetsialistide arvust) võiks välja tuua psühhiaatria, uroloogia, oftalmoloogia ja ka radioloogia.
- 5) Teistest sagedamini täiendavad end lisaks põhierialale ka naabererialadel üldarstid, perearstid, pediatrid, kirurgid, anestezioloogid, kardioloogid, neuroloogid ja günekoloogid.
- 6) Suurema osalejate arvu ja erinevate erialade spetsialistide suurema osalemisega on olnud anestezioloogia ja intensiivravi, erakorralise meditsiini, dermatoveneroloogia, kardioloogia, neuroloogia, sisemeditsiini ja kliinilise immunoloogia valdkondades toimunud koolitused.
- 7) Maakondade lõikes on suhteliselt vähem aktiivsed osalema Ida-Virumaal töötavad arstid, mida osaliselt saab seletada keeleprobleemiga.

6.3 Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus

6.3.1 Sissejuhatus

Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus viis läbi tervishoiujuhtide täiendkoolituse kaardistamise ametikoolituse osas.

Kuna Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskuse missiooniks on elukestva õppe tutvustamine ja edendamine, siis ka käesolevas raportis on kõik ettepanekud, probleemid, väited lähtunud ennekõike elukestva õppe põhimõtetest ja filosoofiast.

6.3.2 Rahvatervise- ja Sotsiaalkoolituse Keskuse koolituste kaardistus

Ajavahemikus 01. jaanuarist 2000 15. novembrini 2001.a. osales Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskuse koolitustel **1323** inimest **1516** korral (tabel 6-6).

Tabel 6-6. Rahvatervise- ja Sotsiaalkoolituse Keskuse koolitustel osalemine 2000-2001

Kursuse teema	Tippjuht	Keskastmejuht	Arst	Õendusala töötaja	Spetsialist	Teadur	Kokku
Juhtimine	10	60	13		5		88
Finantsjuhtimine	24	6		2	6	1	39
Rahvatervis	14	8	33	22	68	2	147
Kvaliteet tervishoius	8	3	2	2	3		18
Inimressursid	5	7		7	5		24
Nakkushaiguste epidemioloogia	7	5	65	118	29	18	242
Suhtlemisalane	7	9	16	73	51		156
Arvuti	23	23	64	12	12	8	142
Eneseregulatsioon	4	1	4	67	15		91
Eetika		4	2	6			12
Erialane koolitus (laps ja toit, kõhuvalud)		4	6	53			63
Terviseõendus				14			14
Inglise keel	3	8	5	6	1		23
Kokku osalemisi	105	138	210	382	195	29	1059

Tippjuhtide hulka on arvestatud organisatsioonide juhid, pearstid, pearaamatupidajad, peaökonomistid, majandusjuhatajad, ülemõed ja maakonnaarstid.

Keskastmejuhtide hulka on arvestatud osakondade ja kliinikute ning erinevate struktuuriüksuste juhatajad ja vanemõed.

Arstide hulka on arvestatud kõikide erialade arstid, kes 2000 ja 2001 aastal osalesid koolitustel, kui nad ei olnud ennast määratlenud juhtidena.

Õendusalatöötajate hulka on arvatud nii õed kui ämmaemandad.

Spetsialistide hulka on arvestatud ülejäänud tervishoiu ja sotsiaalasutuste spetsialistid, ka sekretärid ja personalijuhid.

Sotsiaaltöötajatele viidi läbi kolm kursust (erinevad meetodid sotsiaaltöötaja töös). Kokku osales 105 koolitavat.

200 tegevusjuhendajat osales tegevusjuhendajate koolitusel.

157 osalejat, peamiselt **lasteaia kasvatajad/ õpetajad**, osalesid erinevatel üksik kursustel - esmaabi, tervisedendus lasteaia, tervisedendus koolis, hüperaktiivne laps kollektiivis, seksuaalkasvatus.

Osalejate analüüsist on välja jäetud inimesed, kes pole tervishoiu või sotsiaalsfääriga seotud (töötud, ehituse, kaubanduse jne. valdkondadest). Välja on jäetud ka mõned koolitused, mis ei ole seotud tööalase täiendkoolitusega (näiteks praktiline harjutuste koolitus "Liikumine ja rüht", samuti mõned üldharivad kursused).

Juhid, nii keskastme kui ka tippjuhid tervishoius on osalenud juhtimise, finantsjuhtimise, kvaliteedi ja osaliselt ka inimressursi juhtimise koolitustel. Samas on eneseregulatsioonikoolitus, mis samuti kuulub juhtimiskoolituse programmidesse jäänud tahaplaanile. 2000 ja 2001 aastal Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskuses läbi viidud 114 kursusel osales 1323 osaleja hulgas 102 tippjuhti ja 122 keskastmejuhti. Juhtimisalast koolitust on kõige rohkem saanud keskastmejuhid – 88 osalejast on 60 olnud keskastmejuhid. Tippjuhid on enam osalenud finantsjuhtimise ja kvaliteedi juhtimise alastel koolitustel, vastavalt 24 tippjuhti ja 8 tippjuhti.

Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus on täiendkoolitust pakkunud alates 1996 aastast. Koolitusprogrammide väljatöötamise aluseks on läbiviidud ankeetküsitlused. Viimane küsitlus viidi läbi 1999 aastal. Tervishoiuasutustesse saadeti 300 ankeeti, tagasi saadi 117. Paar kuud hiljem saadeti vastav ankeet sotsiaaltöötajatele (hooldekodud, päevakeskused, tugikeskused jne.). Kokku saadeti ankeet 120 asutusele ja tagasi saadi 45. Lisaks eelnimetatud ankeedile viiakse iga kursuse lõpus läbi hindamine, kus koolitav saab avaldada arvamust koolituse kohta ja pakkuda välja uusi teemasid, mis samuti võetakse aluseks koolitusprogrammide väljatöötamisel. Veel arvestatakse Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskuses koolituste välja töötamisel olemasolevaid koolitusprogramme välismaal (Nuffield Institute, Tampere Ülikool jne) ja Eesti koolitusprogramme teistes valdkondades, eeldades, et juhi põhifunktsioonid on sarnased olenemata valdkonnast. Paraku puuduvad tervishoiu pädevusnõuded tervishoiujuhtidele, mis oleks loogiline alus koolitusprogrammide väljatöötamiseks.

6.3.3 Kaardistuse tulemused

Juhtimise täiendkoolituses ei osaleta programmi vaid üksikute moodulite kaupa – mooduli valik sõltub osaleja huvist ja koolitaja isikust. Elukestva Õppimise Memorandum määratleb elukestva õppimise kui eesmärgistatud õppetegevuse, millega tegeletakse pidevalt eesmärgiga täiendada teadmisi, oskusi ja kompetentsi. Elukestev õppimine ei

kujuta enam pelgalt üht hariduse ja koolituse aspekti, vaid peab kujunema alusprintsipi ettevalmistuses ja osalemises kogu elu läbivas õppeprotsessis. Siit tulenevalt saab väita, et täiskasvanute koolituses (kaasa arvatud tervishoiujuhtide täiendkoolituses) tuleb osaleda pidevalt ja süsteemselt, mis nõuab programmide olemasolu. Koolitusprogrammid peavad vastama ametikohale esitatud nõuetele. Nõuded peavad seega oleme eelnevalt välja töötatud ja kõigile teada kas kutsestandardite, ametijuhendite või pädevuskriteeriumitena.

Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskuses esitati igale osalejale üks avatud küsimus tema eesmärgi/märkide kohta. Küsitleti 43 koolitatavat.

Kursusele tuleku eesmärgid Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskuses:

- Saada uut informatsiooni (37);
- Kohata vanu kolleege ning tutvuda uutega (22);
- Vahetada tööalast informatsiooni ja kogemusi (28);
- Ülemuse ettepanek (14);
- Puhkus tööst (13);
- Teema ja koolitaja huvitasid (1).

Peamisteks probleemideks kursuste läbiviimisel Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskuses:

1. Osalustasu, transpordi ja ööbimise eest tasumine on arstide, õdede, spetsialistide ja mingil määral ka keskastmejuhtide korral tihti takistuseks.
2. Koolitusel osaleb tavaliselt üks või kaks osalejat samast asutusest ja koolituse mõju asutuse tegevusele ei pruugi ilmned, kuna koolituse tulemusi ei rakendata efektiivselt ja kinnistamine puudub. Koolituse mõju püsib, vastavalt erinevatele uuringutele, maksimaalselt 6 kuud. Kui koolitusel on osalenud ainult üks töötaja, siis tema uued ideed ja ettepanekud peagi vaibuvad, kuna kolleegid ei lähe uute mõtetega kaasa.
3. Vähene motivatsioon koolitustel osalemiseks. Tervishoius toimuvad täna suured muudatused ja viiakse läbi mitmeid reforme. Vastupidiselt tunnetatud vajadusele end täiendada, ollakse praegu tuleviku suhtes äraootaval seisukohal ja koolitus ei tundu hetkel primaarne. Samuti ei ole koolitusel osalemine otseselt seotud palgatõusu ega karjääriga. Probleemi oleks võimalik lahendada tunnustatud sertifikaadi või tunnistuse abil. Täna sellist tunnistust veel ei ole. Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus annab igale osalejale välja küll tunnistuse, kus on ära märgitud läbitud tundide arv ja neid tunde arvestatakse täienduspunktidenä. Mõnel ametikohal töötamise (näiteks juhi) korral peaks eeltingimuseks olemagi antud programmi läbimine või vastava eksami sooritamise / projekti koostamine.
4. Koolitusel omandatud teadmisi peetakse jäädavaks. Andragoogide poolt soovituslikult välja pakutud osalemise intervalli, milleks on kaks aastat, ei tunnistata. See tähendab, et kui näiteks viis aastat tagasi osaleti ühel koolitusel, siis sama valdkonna koolitusele enam ei minda.
5. Puuduvad juhtide pädevusnõuded. Pädevusnõuded on vajalikuks aluseks täiendkoolituste väljatöötamisel.

Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskuses on olemas:

1. Koolitusprogramm koos põhjalike moodulitega tervishoiujuhtidele, mis lõpeb eksamiga. Programm valmis koostöös Eesti Tervishoiujuhtide Kolleegiumiga.
2. Ette on valmistatud 4 moodulist (juhtimine, inimressursid, finants- ja kvaliteedijuhtimine) koosnev koolitusprogramm keskastmejuhtidele.
3. Tippjuhtidele on olemas 6 moodulist koosnev programm, kus lisaks eelmainitud moodulitele on veel kommunikatsiooni moodul (hõlmab presentatsiooni ja PR) ning eneseregulatsiooni moodul.
4. Valminud on koolitusprogramm keskastmejuhtidele koostöös Projektiga "Hope". Programm on mõeldud keskastmejuhtidele, kes peavad läbima 4 moodulit – juhtimine, finantsjuhtimine, kvaliteedijuhtimine ja inimressursside juhtimine. Kursuse lõpus peavad meeskonnad (3-liikmelised, soovitatavalt samast asutusest) ette kandma oma lõputöö.

6.3.4 Ettepanekud

1. Töötada välja ametijuhendid nii keskastmejuhtidele kui ka tippjuhtidele. Tihti on ametijuhendi välja töötanud töötaja ise, mis personalijuhtimise põhimõtete järgi on vale. Ametijuhendi peab välja töötama otsene ülemus koostöös tippjuhi, personalijuhi, või selle funktsioone täitva isikuga ja töötajaga. Juhtide korral peab selleks olema vastav ekspertide grupp, kes töötab välja standardametijuhendi tervishoiujuhile, mida vastavalt iga juhi korral kohandatakse.
2. Sotsiaalministeeriumi poolt kinnitatud ametijuhendite abil välja pakkuda täiendkoolitusprogrammid nii keskastmejuhtidele kui ka tippjuhtidele.

Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskuse ettepanekud juhtimisalase täiendkoolitusprogrammi koostamiseks

1. Programm koosneb moodulitest: juhtimine (nii strateegiline kui ka organisatsiooni juhtimine), finantsjuhtimine, personalijuhtimine, kvaliteedijuhtimine, kommunikatsioon.
2. Programm on koostatud ühe aasta peale.
3. Programmi lõpetamise tingimuseks on projektitöö.
4. Üks moodul koosneb ühest või kahest kursusest. Üks kursus kestab kolm õppepäeva.
5. Koolitust läbiviivad koolitajad osalevad eelnevalt meetoodilisel koolitusel.
6. Koolitusprogrammide läbiviimisel arvestatakse meetodite valikut ja täiskasvanud õppija eripära.

6.4 Õendusalatöötajate koolitus

6.4.1 Sissejuhatus

Eesti õendustegevus tugineb oma arengus riiklikult ja rahvusvaheliselt tunnustatud põhimõtetele, mis kajastuvad “**Õenduse ja ämmaemanduse riikliku arengustrategia**” dokumendis (Sotsiaalministeerium 1999):

- Õenduslane koolitus vastab Euroopa Nõukogu Direktiividele 77/453/EEC ja 77/452/EEC.
- Seoses üleminekuga kõrgharidusele õenduses 1996. aastast luuakse tasemeõppe võimalus neile, kes on omandanud õe kvalifikatsiooni enne 2000-ndat aastat ja seda finantseeritakse riigieelarvest.
- Spetsialiseerumine järgneb õe põhiõppele ja see toimub vastavalt kehtestatud erialade loetelule Sotsiaalministeeriumi poolt riikliku tellimusega.
- Õe koolituse korraldajad ning kutse- ja erialaõppejõud on erialase akadeemilise kõrgharidusega ja praktilist töökogemust omavad õed.
- Praktikajuhendaja on vähemalt kutsekõrgharidusega vastava kutseala spetsialist.
- On loodud võimalused elukestvaks ja järjepidevaks õppimiseks.

6.4.2 Õenduslane koolitus Eestis täna

Õenduse põhiõpe toimub pärast keskkooli. 1996. aastast on õenduslase õppe kestvuseks 3,5 aastat, mahuks 140 AP ja omandatud haridus **kutsekõrgharidus**, mis annab õiguse töötada **üldõena**. Lõpetajad võivad jätkata kraadiõppes Tartu Ülikooli õendusteaduse osakonnas. Õenduslase põhiõpet pakutakse regionaalselt kolmes meditsiiniõppes (Tartu, Tallinn, Kohtla-Järve).

2000.a. veebruaris lõpetas esimene lend õdesid kutsekõrgharidusliku õppekava järgi, mis ühtlasi vastab ka EL nõuetele. Enne seda teostati kõigi kolme kooli inspeksioon, mille tulemusena selgus, et veel ei olda päris valmis katma õppekavasid pädevate pedagoogidega, seda eriti just põhiaine - õenduse osas. Seoses sellega, et anda aega pedagoogide kaadrit paremini ette valmistada, sai vähendatud riikliku kutsenõukogu otsusega koolitustellimust 2000/2001 õenduse erialal 30 õppekoha ulatuses igast koolist. Samal põhjusel tegi Sotsiaalministeerium ettepaneku jätta ka järgmisel 2001/2002 õppeaastal tellimus samaks. Seega on esmatähtis tagada juba olemasolevatele õppejõududele nõutav õenduslane kõrgharidus ja koolitada juurde täiendavat pädevat pedagoogide kaadrit.

Õdedele, kes on lõpetanud meditsiiniõppes enne 2000.a. korraldatakse kutsekõrghariduse saamiseks Tallinna ja Tartu meditsiiniõppes diplomiõppena kutsealast **tasemeõpet** (80 AP). Kuni 1999. aastani võeti ka Tartu Ülikooli vastu õdesid diplomiõppesse.

Tänaseks on õenduse eriala lõpetanud kutsekõrgharidusliku õppekava järgi:

Tallinna Meditsiinkoolis	põhiõppes 285	+ tasulises tasemeõppes 28 õde
Tartu Meditsiinkoolis	põhiõppes 142	+ tasulises tasemeõppes 22 õde
Kohtla-Järvel	põhiõppes 52 õde	

Tartu Ülikoolis on lõpetanud	diplomiõppe	92 õde
	bakalaureuseõppe	27 õde
	magistriõppe	4 õde (lisaks 3 Kuopios)

Täna õpivad:

Tallinna Meditsiinkoolis	põhiõppes 713	+ tasemeõppes 106 õde
Tartu Meditsiinkoolis	põhiõppes 618	+ tasemeõppes 120 õde
Tartu Ülikooli avatud ülikooli raames		tasemeõppes 79 õde
TÜ bakalaureuseõppes		50 õde
TÜ magistriõppes		9 õde
Doktorantuuris Kuopios		4 õde

Õenduslase kõrgharidusega (põhikohaga) õpetajaid on Tallinnas 6, Tartus 9 ja Kohtla-Järvel 0.

6.4.3 Õenduslatoötajate tööalased spetsialiseerumised

Õdede tööalane spetsialiseerumine on toimunud kursustena, kestvusega paarist nädalast poole aastani. Seega ei ole välja kujunenud üheselt tõlgendatavat õendusala spetsialisti koolitust.

Lühemaajalisi spetsialiseerumiskursusi toimus kuni aastani 2000, mil Sotsiaalministeerium otsustas taolisi kursusi enam mitte rahastada. Seetõttu on otstarbekas selliste kursuste vajadus tõsiselt ümber vaadata. EÜ direktiivide kohaselt nõuab erialane spetsialiseerumine 40 AP läbimist.

Välja on töötatud **üldõe kutsestandard**, mis on aluseks õppekava koostamisel ja tasemeõppe läbiviimisel. Põhitähelepanu ongi viimasel ajal pööratud **tasemeõppe korraldamisele** ja seega õendusala töötajate **pädevuse ühtlustamisele**.

Esmatasandil töötavatele õdedele on ülemineku hõlbustamiseks korraldatud ja korraldatakse lühemaajalisi kursusi, mis aitavad neil paremini orienteeruda perekeskse õendusabi osutamisele. Sellised kursused ei ole siiski piisavad. Valdav osa esmatasandil töötavatest õdedest ei oma kaasaegset õendusala haridust ja seetõttu on Sotsiaalministeerium teinud ettepaneku lisaks Tartu Ülikoolile avada õenduslase õpe ka Tallinna Pedagoogilises Ülikoolis kestvusega 3 aastat (120 AP), mis sisaldaks endas nii puuduva tasemeõppe kui ka integreeritud perekeskse **terviseõenduse**, eesmärgiga saada pädevaid töötajaid nii perearsti meeskonda kui ka koolidesse ja lasteasutustesse.

6.4.4 Õendusalatöötajate koolitus erinevatel astmetel

Õendusalas arengus on eesmärgiks, et hiljemalt **aastaks 2015** oleks saavutatud **kõikidel õendusalatöötajatel üldõe standardile vastav e. kõrghariduslik** erialane haridustase, mis seoses muutustega hariduskorralduses võrdsustatakse **bakalaureuseõppe tasemega**.

Õenduslane tasemeõpe kõrghariduse omandamiseks

Sellise koolituse käivitamine riikliku tellimusena kannab kahte eesmärki:

- 1) Saavutada EL nõuetele vastav haridustase kõigi, ka vana koolitusega õdede seas.
- 2) Tagada uue õppekava kvaliteetne elluviimine. Kuna 50% õendusalasest õppetööst viiakse läbi praktikabaasides ja töötavad õed on sisuliselt kohustatud olema juhendajad-pedagoogid, siis on oluline, et nende haridustase oleks vähemalt võrdne õppuritega.

Tasemeõppe vajaduse prognoos:

Õdede arv seisuga 2000 oli 8661. Tänapäevaks on kutsekõrgharidusliku tasemega lõpetanud või alustanud õpet 874 (Kohtla-Järve puudub) õde, seega 7787 õde ei oma standardile vastavat haridust. Kui võtta arvesse, et tasemeõpe saab toimuma 10 aasta jooksul, siis võib potentsiaalselt maha arvata isikud alates 50. eluaastast e. statistika järgi 28% üldarvust (2425). Seega **reaalset tasemeõpet vajab 5300** töötavat õde.

Tasemeõpet on võimalik korraldada kolmes õppeasutuses: Tallinna ja Tartu Meditsiini- ja farmatseuutikoolides ning Tartu Ülikoolis vastavalt erialaste pädevate õppejõudude lisandumisega.

Seoses muutustega hariduse regulatsioonis ja **üldise üleminekuga 3+2+4 õppekavadele**, muutub ka õenduslane koolitus:

- **Põhiõpe** meditsiini- ja farmatseuutikoolides 3,5 a. e. 140AP - võrdsustatakse **bakalaureuseõppe** tasemega.
- Põhiõppele järgneb **spetsialistikoolitus** ülikoolides **magistriõppena** 2 aastat.

Spetsialistikoolitus jaguneb kolmeks suuremaks valdkonnaks:

- 1) terviseõendus - hõlmab endas pereõendust, koolitervishoidu, töötervishoidu
- 2) kliiniline e. intensiivõendus - hõlmab endas erinevaid kitsamaid suundi
- 3) vaimse tervise e. psühhiaatriaõendus - hõlmab endas ka geriaatria suunda

Eraldi küsimus on operatsiooniõdede väljaõpe, mis juhul kui see sisaldab endas eeskätt assisteerimist operatsioonidel, korraldatakse selleks otstarbeks spetsialiseeritud haiglate baasil.

Spetsialistikoolituse vajaduse prognoos on esialgu alljärgnev:

Terviseõde - 840+400+400, kokku 1640

Kliiniline õde - vähemalt 1400
Vaimse tervise õde - minimaalselt 800

- Õendusosalase **doktoriõppe** vajadus tõuseb haridussüsteemi muutustega oluliselt, kuna põhiõppes on juba lähiaastatel oluliselt suurem vajadus doktorikraadiga õpetajate järgi, keda peab olema pool õppekavaga seotud õppejõududest.

6.4.5 Õendusalatöötajate atesteerimine

Õendusalatöötajaid on atesteeritud kuni 2001.a. lõpuni vastavalt Tervishoiuministri käskkirjale nr. 130-k 19.07.1991.a. Atesteerimine oli jagatud kahte suurde regiooni – Tallinna ja Tartusse, kus vastavalt toimisid erialati erinevad komisjonid. Komisjonid loodi vastava tervishoiuasutuse juhi käskkirjaga ja atesteerimine toimus kaks korda aastas. Kategooriad jagunesid vastavalt II, I ja kõrgem, kusjuures tingimused olid tänase päeva nõudeid järgides vananenud ja atestatsioon kujunes pigem tööandjale mugavaks vahendiks palgaastmete kinnitamisel. Eriti ebamugavaks kujunes atestatsioon õendusosalase põhiõppe pideva muutumisega ja erinevate vastavate tasemete erinevusega, mis ei kajastunud enam atestatsiooni reeglites. Uue tervishoiuteenuse korraldamise seaduse (RT I 2001, 50, 284) jõustumisega 01. jaanuarist 2002.a. kaotas eelpool nimetatud käskkiri kehtivuse ja atesteerimist sellisel moel enam ei toimu.

6.5 Kokkuvõte toimunud ja toimuvast täiendõppest

1. Kuni 2001. a. lõpuni toimus arstide ja õdede täiendkoolitus ning atesteerimine vastavalt Eesti Vabariigi Tervishoiuministeeriumi 1991.a. käskkirjadele. Atesteerimise tulemusena omistati tervishoiutöötajatele vastavalt kas II, I või kõrgem kategooria. Uue tervishoiuteenuste korraldamise seaduse jõustumisega alates 01. jaanuarist 2002.a. kaotas selline kord kehtivuse.
2. Vastavalt kehtinud korrale on arstide täienduseks siiani loetud täienduskursustel ja konverentsidel osalemist, dissertatsioonide kaitsmist, teaduspublikatsioonide avaldamist ning teises tervishoiuasutuses stažeerimist.
3. Peamine täiendkoolitus arstidele toimub TÜ arstiteaduskonna täienduskeskuses, kus täiendab aastas end ligi pool arstkonnast. Erialane täiendkoolitus toimub tihti ka erialaseltside kaudu.
4. Õendusosalal on viimasel ajal põhitähelepanu pööratud tasemeõppe korraldamisele ja õendusosalatöötajate pädevuse ühtlustamisele. Eesmärgiks on, et hiljemalt aastaks 2015 oleks saavutatud kõikidel õendusosalatöötajatel üldõe standardile vastav kutsekõrgharidus.
5. Tervishoiujuhtide täiendkoolitust pakub ainsana Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus. Peamisteks probleemideks on madal motivatsioon koolitustel osalemiseks ja juhtide pädevusnõuete puudumine, mis oleks aluseks täiendkoolituste väljatöötamisel.
6. Paljudes tervishoiuasutustes on levinud koolitusvormiks ka asutusesisene koolitus. Kahjuks on enamasti koolitusvajadus asutusesiselt määratlemata, puuduvad reaalsed koolitusplaanid, ülevaade läbitud teemadest ning mahtudest. Koolituste alla liigitatakse tavaliselt ka ravimifirmade presentatsioonid ja haiguslugude arutelud.

7. ÜLEVAADE TERVISHOIUTÖÖTAJATE RESSURSIST

7.1 Arstid

7.1.1 Arstide arv Eestis

Arstide arvu üle peetakse Eestis arvestust Sotsiaalministeeriumi meditsiinistatistika büroos ja arstide registris. Kuna kasutatakse erinevaid meetodikaid, siis tulemused on erinevad.

Arstide erialane jaotumine ei ole neis andmebaasides kooskõlas kehtiva erialade nimekirjaga vaid tuleneb eeskätt arsti enda määratlusest.

Sotsiaalministeeriumi meditsiinistatistika büroo peab arvestust aastaaruannete alusel ainult **tervishoiusüsteemis** töötavate arstide üle ja nende andmetel oli Eestis 2000.a. lõpu seisuga **4414** arsti ja **1015** hambaarsti. Võrreldes 1999.aastaga arstide koguarv vähenes 12 võrra. Seoses perearstireformiga on kahanenud pediatrite ja sisearstide arv ning suurenenud pere- ja üldarstide arv. Kahanenud on ka tervisekaitse- ja laboriarstide arv ning tõusnud kiirabiarstide arv (Tabel 7-1.).

Arstidest 2090 (47%) töötab põhikohaga haiglas. See arv oli aasta varem 30 võrra väiksem, seega ka siin olulist muutust pole olnud (Tabel 7-1.). Siiski on täheldatav osadel erialadel (endokrinoloogid, ftisiaatrid, günekoloogid, taastusarstid ja üldarstid) mõningane tendents arstide suuremaks seotuseks statsionaariga, mis on ju ka tervishoiureformi üheks eesmärgiks. Seevastu traumatoloogidel-ortopeedidel on ilmnenud just vastupidine tendents.

Sotsiaalministeeriumi arstide register töötab litsentsibüroo juures ja peab arvestust **kõigi** Eestis töötavate arstide kohta. Andmeid esitatakse sinna seoses litsentsi taotlemisega ja pahatihti hiljem (andmete muutudes) raviastutus ega arst oma andmete parandamise vastu huvi ei tunne. Siiski on arstide register ainuke andmebaas, kust saab andmeid arstide vanuselise koosseisu kohta. Registris saab andmeid konkreetse päringu teostamise kuupäeva seisuga. 11. 10. 2001.a. seisuga oli arstide registris arvel **4771** arsti ja **1089** hambaarsti.

7.1.2 Arstide sooline koosseis erialati

Kaks kolmandikku Eesti arstkonnast moodustavad naisarstid. Hambaarstide hulgas on naiste osakaal veelgi suurem, 87 protsenti.

Ülevaade arstide soolisest koosseisust erialade lõikes on esitatud tabelis 7-1. Suurima naisarstide osakaaluga on pediatrid, hematoloogid ja infektsionistid, seevastu kirurgilistel erialadel on tegu valdavalt meesarstidega.

Tabel 7-1. Arstide arv Eestis 1999-2000 meditsiinistatistika büroo andmetel

	1999					2000				
	Arste kokku	haigla	%	nais- arste	%	Arste kokku	haigla	%	nais- arste	%
Administratiivarst	90	47	52	42	47	99	48	48	45	45
Üldarst *	739	312	42	573	78	757	374	49	553	73
Perearst	370	1	0	327	88	448		0	391	87
Sisearst	224	130	58	186	83	203	132	65	162	80
Hematoloog	12	11	92	9	75	10	10	100	8	80
Südamearst	125	81	65	91	73	121	81	67	85	70
Gastroenteroloog	30	14	47	22	73	30	15	50	22	73
Endokrinoloog	33	9	27	30	91	33	16	48	28	85
Nefroloog	11	10	91	9	82	10	10	100	8	80
Pulmonoloog	27	18	67	21	78	32	16	50	28	88
Reumatoloog	29	13	45	23	79	31	15	48	23	74
Infektsionist	30	26	87	28	93	24	23	96	22	92
Ftisiaater	27	12	44	20	74	25	18	72	17	68
Geneetik	4	2	50	3	75	5		0	4	80
Anestesioloog	234	229	98	136	58	230	226	98	136	59
Üldkirurg	177	129	73	52	29	171	126	74	47	27
Neurokirurg	14	12	86	2	14	14	12	86	1	7
Uroloog	44	32	73	11	25	41	29	71	8	20
Traumatoloog - ortopeed	105	77	73	40	38	105	69	66	39	37
Lastekirurg	16	14	88	8	50	17	16	94	8	47
Näo- lõualuukirurg	8	8	100	3	38	7	7	100	3	43
Plastikakirurg	3	0	0	1	33	3		0	1	33
Rindkerekirurg	5	5	100	0	0	4	4	100	0	0
Kardiovaskulaar- kirurg	20	20	100	0	0	21	21	100	0	0
Onkoloog	33	28	85	7	21	30	26	87	10	33
Radioloog	187	131	70	114	61	178	123	69	109	61
Hematoloog- transfusioloog	22	5	23	20	91	20	5	25	18	90
Günekoloog	275	111	40	247	90	270	122	45	240	89
Pediaater	446	142	32	433	97	411	148	36	395	96
Neuroloog	147	81	55	120	82	144	85	59	122	85
Oftalmoloog	118	28	24	104	88	112	30	27	93	83
Otorinolarüngo- loog	106	33	31	88	83	97	28	29	78	80
Psühhiaater	163	93	57	98	60	169	94	56	97	57
Naha- ja suguhaigustearst	69	14	20	59	86	76	15	20	64	84

Taastusarst	75	36	48	66	88	83	48	58	69	83
Spordiarst	23	2	9	16	70	16	1	6	12	75
Kiirabiarst	44	4	9	25	57	57	1	2	37	65
Tervisekaitsearst	117	1	1	92	79	99	1	1	73	74
Töötervishoiuarst	10	1	10	9	90	10	2	20	8	80
Mikrobioloog	28	9	32	24	86	33	8	24	28	85
Laboriarst	135	96	71	125	93	112	53	47	100	89
Kohtuarst	18	0	0	9	50	24	0	0	13	54
Patoloog	33	33	100	14	42	32	32	100	14	44
ARSTID KOKKU *	4 426	2 060	47	3 307	75	4 414	2 090	47	3 219	73
INTERNID	78	74	95	59	76	63	12	19	50	79
HAMBAARSTID	1 012	8	1	871	86	1 015	11	1	883	87

7.1.3 Arstide vanuseline koosseis erialati

Sotsiaalministeeriumi arstide registri põhjal koostatud ülevaade Eesti arstide ja hambaarstide vanuselise struktuurist erialade lõikes on esitatud tabelis 7-2. Eestis arstide keskmiseks vanuseks on 47,2±11,5 ja hambaarstidel 44,7±12,9 aastat.

Näeme, et 59% registreeritud arstidest ja 65% hambaarstidest on hetkel kuni 49 aastased; 6,3% töötavatest arstidest ja 6,8% hambaarstidest on pensionärid (65 a. ja vanemad) ning 34,7% arste ja 28,5% hambaarste on vanuses 50-64, st jõuavad pensioniikka aastaks 2015.

Noori vanuses kuni 34 a. on 15% arstidest ja 29% hambaarstidest, valdavalt on nad residendid või äsja residentuuri lõpetanud noored spetsialistid. Internatuuris õpib momendil 138 noort arsti (neist kolmandik hambaarstid). Tartu Ülikooli arstiteaduskonna põhiõppes õpib hetkel 600 arsti- ja 180 hambaarstitudengit. Eeldusel, et vastuvõtt ülikooli püsib samal tasemel, kõik eriala omandavad isikud ka tööle asuvad ning juba töötavad spetsialistid jätkavad tööd, on meil aastaks 2015 tööeas 4000 arsti ja 1100 hambaarsti, seega 730 arsti vähem kui praegu. Arvestades, et nominaalse õppeajaga lõpetab ülikooli vaid 60-80% tudengitest, kõik neist ei astu residentuuri ega asu hiljem erialasele tööle ning ka mitmed juba töötavad arstid viibivad ajutiselt eemal kutsetööst (lapsepuhkus jne), siirduvad tööle välisriikidesse või lahkuvad hoopis erialalt, on tööeas arstide arv 2015.a. veelgi väiksem.

Erialal praktiseerivatest arstidest on suurim protsent pensionäre onkoloogide seas (21,2%). Järgnevad patoloogid (20,6%), pulmonoloogid (18,2%), kohtumedikud (16,7%), plastikakirurgid (16,7%) ja uroloogid (16,7%).

Erialade lõikes on kuni 49 a. vanuste spetsialistide osakaal üle keskmise (59%) anestezioloogidel, endokrinoloogidel, hematoloogidel, kardiovaskulaarkirurgidel, neurokirurgidel, perearstidel, plastikakirurgidel, torakaalkirurgidel ja hambaarstidel. Kuni 49 a. vanuste spetsialistide osakaal on alla 45% onkoloogias, patoloogias, sisemeditsiinis, taastusravis ja töötervishoius. Valdavalt on need erialad korrigeerimas oma spetsialistide vanuskoosseisu, suurendades residentide arvu. Kuid taastusravis ja töötervishoius, kus

eriala arengukavades nähakse ette spetsialistide arvu tõusu ja spetsialistide koolituse ühtlustamise vajadust, on seis kõige kriitilisem.

7.1.4 Arstide vanuseline koosseis maakonniti

Tabel 7-3 kirjeldab arstide ja hambaarstide vanuselist struktuuri maakonniti. Suurim töötavate pensionäride protsent arstide seas on Hiiumaal (10,0%) ja Raplamaal (9,5%), hambaarstidest Võrumaal (15,4%), Harjumaal (13,6%), Läänemaal (13,3%), Ida-Virumaal (10,1%) ja Viljandimaal (10,0%).

Pensionieas töötamine on iseenesest teretulnud, sest võimaldab kasutada aastakümnete jooksul kogunenud kogemusi. Samas pole võimalik prognoosida pensionieas töötajate aktiivse töötamise kestust ja arvestada nende panusega pikemas perspektiivis.

7.2 Õendusalatöötajad

7.2.1 Õendusalatöötajate kaardistamine

Ühtset ja üldist arvestust Eestis õendusalatöötajate kohta ei peeta. Õendusalatöötajate kaardistamisel hankisime informatsiooni õdede arvu ja vanuselise struktuuri kohta järgmistest allikatest:

- **Eesti Õdede Ühingu**, liikmeskond hõlmab umbes ühe kolmandiku Eesti õdedest. Kahjuks ei pea ühing täpset statistikat oma liikmete kohta. Neil on olemas liikmemaksu tasumise nimekirjad raviasutuste kaupa paberkandjatel, kuid selle alusel õendusala töötajaid iseloomustada pole võimalik.
- **Eesti Keskastme Tervishoiutöötajate Kutseliitu** kuulub umbes kolmandik eesti õdesid, liikmeskond osaliselt kattub Eesti Õdede Ühingu liikmeskonnaga.
- **Õdede atestatsioonikomisjonides** olevad andmed ei võimalda saada ülevaadet õdede vanuselise koosseisu kohta, sest nad on laiali erinevates tervishoiuasutustes ja eraldi toimikutes.
- Püüdsime õendusala töötajate kaardistamiseks kasutada ka **rahvaloenduse** andmeid. 2000.a. rahva- ja eluruumide loenduse väljundtabelite hulgas on tabelid, kust selgub töötajate jagunemine nii tegevusalade kui ametite järgi. On ka tabel, kus iga ametiala töötajad on esitatud soo ja vanuse järgi maakonniti. Vastavalt esialgsetele plaanidele valmib Statistikaameti vastav kogumik alles 2002.a. teisel poolel, seega varem seda informatsiooni kasutada ei ole võimalik.
- **Sotsiaalministeeriumi meditsiinistatistika büroo** on ainsaks andmeallikaks õendusala töötajate ressursi suhtes **tervishoiusüsteemis** (erialad, paiknemine). Paraku ei sisaldu siin andmed õendusalatöötajate vanuse kohta.
- **Vanglasüsteemis** töötavate tervishoiutöötajate (sh. õendusalatöötajate) üle peab arvestust **Justiitsministeerium**. Seal töötava 75 õendusalatöötaja kohta saime täpsed andmed nii maakondade lõikes, vanuseliselt kui erialaselt. Täpsem analüüs on toodud peatükis Vanglate tervishoiutöötajad (7.3).
- **Hoolekandesüsteemis** töötavate tervishoiutöötajate (sh. õendusalatöötajad) kohta saime andmeid **Sotsiaalministeeriumi statistika- ja analüüsi osakonnast** töötajate kohta maakonniti ja ka nende vanuse kohta. Täpsem analüüs peatükis Hoolekandesüsteemi tervishoiutöötajad (7.5).
- **Taastusravikeskustes ja sanatooriumites** töötava personali kohta peab arvestust **Statistikaamet**. Saime andmed töötajate arvu kohta maakonniti. Lähemalt vt. peatükk Taastusravikeskuste ja sanatooriumite tervishoiutöötajad (7.4).

Täpse ülevaate saamiseks Eestis töötavate õendusalatöötajate arvust, vanuselisest struktuurist ja ettevalmistusest, mis on eelduseks õdede reaalse koolitusvajaduse planeerimisel, on vajalik õendusalatöötajate registri loomine Sotsiaalministeeriumi haldusalas vastloodud Tervishoiuameti juures. Käesolev nõue tuleneb ka Euroopa Liidu

töõjõu vaba liikumise, diplomite jt. ametlikke kvalifikatsiooni tõendavate dokumentide vastastikuse tunnustamise direktiividest.

Sotsiaalministeeriumi meditsiinistatistika büroo andmetel on Eesti tervishoiusüsteemis õendusalatöötajate (õed, velskrid, ämmaemandad) arv aasta-aastalt vähenenud: 1998.a. – 9088, 1999.a. – 8887, ja 2000.a. – 8661 õendusalatöötajat. Kaks kolmandikku neist töötab haiglates, vastavalt 5281, 5127 ja 5071 õendusalatöötajat.

1998.a. teostatud “Õendusalatöötajate tööturu uuring Tallinna haiglates ja polikliinikutes” (D.Bärenson, diplomitöö) põhjal, oli õdede jaotus ealiselt alljärgnev:

- kuni 30 aastat - 31%
- 31 - 40 a. - 22%
- 41 - 50 a. - 19%
- 51 - 59 a. - 14%
- 60 - 65 a. - 10%
- üle 65 a. - 4%

Kuna uuring hõlmas ligi neljandikku kogu vabariigi õendusalatöötajate mahust, võib uuringu tulemusi suure tõenäosusega üldistada kogu Eestile. Näeme, et üle poole töötavatest õdedest on kuni 40 a. vanused, kolmandik vanuses 41-59a. ja 14 % vanemad kui 60. a.

7.2.2 Õendusalatöötajate vajadus

2000.a. detsembris töötas Eestis tervishoiusüsteemis 4414 arsti ja 8661 õendusalatöötajat, seega oli arsti-õendusalatöötaja arvuline suhe 1:2. WHO andmetel on vastav suhe Soomes 1:7; Iirimaa 1:7,5; Norras 1:4,5; Rootsis 1: 2,6 ja Taanis 1:2,5. Eesti on oma raportis WHO-le toonud eesmärgiks jõuda vähemalt suhteni 1:4. Esitades õdede arvukust suhtena elanikesse võib väita, et Euroopa keskmine on 1 õde saja elaniku kohta.

Lähtudes eelpool toodud arvudest, siis näitab lihtne arvutus, et kui soovime oma eesmärgi (suhe 1:4) täita, vajame õendusalatöötajaid kaks korda rohkem, seega vähemalt 17 300.

Koolitusvajaduse hinnang lähtuvalt haiglate arengukavast

Kuna tänaseks ei ole veel selge haiglareformi tulemus ja tulevane haiglate profiilide jaotus, siis saame siinkohal anda üldistatud õendusalatöötajate vajaduse, välja toomata spetsiifilisi erialasid. Samas on õendusalatöötajad kindlasti vajalikud lisaks aktiivravihaiglatele ka õendus-hoolduskodudes.

Voodifondi prognoositakse kokku 10 500. Jagades selle keskmise osakonna suurusega (30) on tulemuseks 350 osakonda. Arvestusega, et ühes osakonnas (aluseks on võetud käesoleva aja arvestuslik keskmine) töötaks ööpäevaringselt 4 töötajat ja päevasel ajal veel 4 (sh. vanemõde), kujuneb ühe osakonna personalivajaduseks 25 õendusalatöötajat. Seega oleks juba ainult statsionaarse tervishoiu vajadusteks minimaalselt tarvilik 8750 õendusalatöötajat, tänase päeva seisuga on õdesid 5071.

Esmatasandi tervishoiu ligikaudne vajadus õendusala spetsialistide järele:

- perearstikeskused 840
- koolid, lasteasutused 800
- koduõenduskeskused 800
- koolitus (õde-õpetaja) 130

Esmatasandil kokku seega 2500 õde. Siia lisanduvad õendusalatöötajad, kes töötavad eriarstiabi andvate tervishoiuasutuste ambulatoorses osas ja nende arv on hinnanguliselt 800-1000.

Seega on kogu õendusalatöötajate minimaalne vajadus tervishoiusüsteemi jaoks kokku vähemalt 12 000. Kui aga arvesse võtta, et õendusalatöötajad on valdavalt naised, kes oma karjääri vältel on mitu aastat tööst eemal seoses sünnitus- ja lapsehoolduspuhkusega ning ametist lahkumine pole harv, siis on õendusalatöötajate vajadus veelgi suurem. Arvestada tuleb ka seda, et meditsiinikooli lõpetanud noortest õdedest viiendik ei asu erialasele tööle.

Eestis praegu töötavatest õendusalatöötajatest 28% on 50.a. või vanemad ja on aastaks 2015 pensioniealised. See tähendab, et nende asendamiseks (olemasoleva arvu taastootmiseks) peab 15. a. jooksul tööle asuma 2500 noort õde. Et jõuda aastaks 2015 õendusalatöötajate suhtarvuni 1 õendusalatöötaja 100 elaniku kohta, on vaja koolitada täiendavalt veel 4000-5000 õendusalatöötajat. Kokku seega aastatel 2002-2015 vähemalt 7000 õendusalatöötajat, e. 500 õendusalatöötajat aastas.

7.3 Vanglate tervishoiutöötajad

Andmed vanglate meditsiinipersonali kohta ei sisaldu ametlikus Statistikaameti ja Sotsiaalministeeriumi meditsiinistatistikabüroo poolt avaldatavas tervishoiutöötajaid puudutavas statistikas, küll aga kajastuvad vanglaarstid Sotsiaalministeeriumi arstide registris. Justiitsministeeriumi vanglate osakonna vahendusel korraldati kõikne ankeetküsitlus vanglates töötavate tervishoiutöötajate hulgas.

7.3.1 Vanglaarstid

Vanglate süsteemis töötab kokku 55 arsti, neist 25 (45,5%) on mehed ja 30 (55,5%) naised. Vanglaarstide keskmiseks vanuseks on 52,4±8,1 (mediaan 52,5), mis on kõrgem kui Eesti arstide keskmine (47,2±11,5 arstidel ja 44,7±12,9 hambaarstidel).

Ülevaade vanglaarstide jaotuvusest vanusrühmadesse annab tabel 7-4. Töötavaid pensionäre on 10,9% ja nooremate vanusrühmade esindatus on väga madal. 15 aasta pärast on neist tööealisi veel vaid 31%.

Tabel 7-4. Vanglaarstide vanuseline jaotus

Vanusrühm	Arstide arv	Protsent
≤ 39	3	5,5
40-44	3	5,5
45-49	11	20,0
50-54	17	30,9
55-59	7	12,7
60-64	6	10,9
65-69	5	9,1
≥ 70	1	1,8
Vanus teadmata	3	5,5

Tartu Ülikooli on lõpetanud 22 (40,0%) ja meditsiinilise kõrgkooli Venemaal 33 (60,0%) arsti. 35 (63,6%) arsti on lõpetanud ravi, 8 (14,5%) sanitaararsti, 7 (12,7%) stomatoloogia, 3 (5,5%) pediatraia ja 2 (3,6%) keskeriharidusega stomatoloogi eriala.

Vanglate tervishoiutöötajaid ankeeterides õnnestus koguda andmeid ka täiendkoolitustel käimise kohta. Viimase 3 aasta jooksul on täienduskoolitustel osalenud 42 arsti (76,4%). Enam on end täiendatud intensiivravi ja erakorralise meditsiini valdkonnas (18 arsti), aga ka kitsamalt erialaselt (12 arsti), HIV/AIDS-i (11 arsti), nahahaiguste (10 arsti), sisehaiguste (10 arsti), tuberkuloosi (9 arsti) ja narkomaania (8 arsti) vallas.

Tulevaste soovitatavate täienduskoolituste kohta väljendas oma soovi 49 arsti (89,1%). Sagedamini sooviti täiendada end kitsamalt oma erialal (22 arsti), sisehaiguste (9 arsti), nahahaiguste ja löövete (6 arsti), nakkushaiguste sh. HIV/AIDS (5 arsti) ja psühhiaatria (5 arsti) vallas.

7.3.2 Vangla õenduslatöötajad

Õenduslatöötajaid töötas vanglates kokku 75. Neist 3 (4,0%) on mehed ja 72 (96,0%) naised. Keskmiseks vanuseks on 46,8±9,4 (mediaan 48) aastat. Ülevaate vanglate õenduslatöötajate vanuselise koosseisu kohta annab tabel 7-5. Sarnaselt arstidele on ka vanglate õenduspersonal vanem kui tervishoiusüsteemis oma. Pensioniealisi (üle 65 a.) õenduslatöötajaid vanglates ei ole, ka on nooremate vanusrühmade esindatus mõnevõrra suurem, nii et aastaks 2015 peaks neist tööealisi olema veel 56%. Seega on vanuseline jaotus parem kui vanglaarstidel (31%).

Tabel 7-5. Vanglate õenduslatöötajate vanuseline jaotus

Vanusrühm	Õenduslatöötajate arv	Protsent
≤29	3	4,1
30-34	9	12,0
35-39	5	6,7
40-44	8	10,7
45-49	15	20,0
50-54	21	28,0
55-59	4	5,3
60-64	8	10,7
Vanus teadmata	2	2,7

34 õenduslatöötajat (38,6%) on saanud oma hariduse Eesti ja 41 (54,7%) Venemaa meditsiinkoolidest. 42 töötajat (56%) on lõpetanud meditsiiniõde, 22 (9,3%) velskri, 8 (10,7%) ämmaemanda ja 3 (4%) velsker-laborandi eriala. Õenduslast kutsekõrgharidust omab 1 õde.

Viimase 3 aasta jooksul on täienduskoolitustel käinud 36 õenduslatöötajat (48%). Valdkonnad, milles end sagedamini täiendati olid tuberkuloos (20), HIV/AIDS (13), intensiivravi, erakorraline meditsiin ja elustamine (12), kitsam erialane (5) ning tervise- ja pereõendus (3).

Täienduskoolituseks avaldas soovi 73 õenduslatöötajat (97,3%) järgmistes valdkondades: õenduslane (44), intensiivravi ja erakorraline meditsiin (17), nahahaigused (7), kitsam erialane (7) ja nakkushaigused (3).

7.3.3 Kokkuvõte

Vanglate tervishoiupersonal on vanem kui mujal tervishoiusüsteemis töötav. Üle poole personalist on omandanud oma eriala väljaspool Eestit, mis annab põhjust oletada, et nende edasitöötamine võib keelenõuete karmistamise tõttu muutuda problemaatiliseks.

Kolmveerand vanglaarstidest ja pool õenduslatöötajatest on osalenud täienduskoolitustel viimase 3 aasta jooksul. Olulisemateks koolitusvaldkondadeks nii arstide kui õdede jaoks on olnud intensiivravi, erakorraline meditsiin ja elustamine, HIV/AIDS ja tuberkuloos, need on ka probleemid, mis vanglates viimastel aastatel eriti teravalt päevakorda on kerkinud. Edaspidi soovitakse end täiendada peamiselt erialaselt, õenduslatöötajad lisaks ka intensiivravi ja erakorralise meditsiini alal.

7.4 Taastusravikeskuste ja sanatooriumide tervishoiutöötajad

Taastusravikeskustes ja sanatooriumites töötavate tervishoiutöötajate arvu kohta peab arvestust Statistikaamet. Need andmed ei sisaldu avaldatavas tervishoiutöötajaid puudutavas statistikas, küll on aga taastusravikeskustes ja sanatooriumites töötavad arstid registreeritud arstide registris. Selles vallas töötas 2000.a. lõpu seisuga 50 arsti, 7 hambaarsti ja 157 õendusalatöötajat, kelle jagunemine maakondade lõikes on toodud arstide, hambaarstide ja õendusalatöötajate koondtabelites 7-7, 7-8 ja 7-9. Vanuselise struktuuri üle arvet ei peeta.

7.5 Hoolekandesüsteemi tervishoiutöötajad

Koguti ja analüüsi Sotsiaalministeeriumi statistika ja analüüsi osakonnast saabunud andmeid hoolekandeesutustes töötavate tervishoiutöötajate kohta. Need andmed ei sisaldu avaldatavas tervishoiutöötajaid puudutavas statistikas. Hoolekandeesutustes töötas 2000.a. lõpu seisuga 27 arsti, 301 õendusalatöötajat ning 1134 sotsiaalhooldusõde ja sotsiaaltöötajat., kelle jagunemine maakondade lõikes on toodud arstide, õendusalatöötajate ja muude tervishoiutöötajate koondtabelites 7-7, 7-9 ja 7-10.

Statistika ja analüüsi osakond kogub regulaarselt informatsiooni ka hoolekandesüsteemis töötavate isikute vanuselise koosseisu kohta. Tabelis 7-6 on kirjeldatud kogu hoolekandesüsteemis (lisaks hoolekandeesutustele ka varjupaikades ja rehabilitatsioonikeskustes) töötavate tervishoiutöötajate vanuseline struktuur.

Arstide vanuseline koosseis ei erine oluliselt tervishoiusüsteemi omast, küll on aga hoolekandesüsteemi õendusalatöötajad tunduvalt vanemad. Kaks kolmandikku arstidest ja sotsiaalhooldusõdedest ning alla poole õendusalatöötajatest on nooremad kui 50 aastat.

Tabel 7-6. Hoolekandesüsteemis töötavate tervishoiutöötajate vanuseline struktuur

	Arstid		Õendusalatöötajad		Sotsiaalhooldusõded ja sotsiaalhooldajad	
	arv	protsent	arv	protsent	arv	protsent
kuni 29	4	13,3	19	5,8	110	9,5
30-39	5	16,7	47	14,2	233	20,2
40-49	9	30,0	91	27,6	354	30,7
50-59	9	30,0	78	23,6	337	29,3
üle 60	3	10,0	95	28,8	118	10,2
Kokku	30		330		1152	

7.6 Kokkuvõte tervishoiutöötajate ressursist

Käesoleva uuringu käigus Sotsiaalministeeriumi statistika ja analüüsi osakonnast, arstide registrist, Justiitsministeeriumi vanglate osakonna kaudu Eesti vanglatest ja Statistikaametist kogutud andmed kogu Eesti territooriumil töötavate tervishoiutöötajate kohta on toodud tabelites 7-7, 7-8, 7-9 ja 7-10.

7.6.1 Arstid

Kokkuvõte Eestis töötavatest arstidest on toodud tabelis 7-7.

Tervishoiusüsteemis töötab 4414 arsti keskmiselt 1,04 koormusega. Suurema koormusega töötavad Raplamaa (1,2) ja Lääne-Virumaa (1,14) arstid.

Lisaks tervishoiusüsteemile töötab vangla- ja hoolekandesüsteemis ning sanatooriumites ja taastusravikeskustes veel 126 arsti, seega kokku 4540 arsti. Arstide registris aga, kus on ka kõik muudes institutsioonides töötavad arstid arvel, oli 2001.a. lõpul registreeritud 231 arsti rohkem (ilma internideta 4771). Seega 95% arstide registrisse kantud isikute töötamise kohta saab kinnitust ka teistest allikatest. Suurim vahe arstide arvus registri ja kõigi institutsioonide kohta esitatud koondandmete vahel on Tartu- ja Võrumaal. Kas sisaldab arstide register vananenud andmeid ja paljude töötamise lõpetanud arstide kohta on informatsioon edastamata jäetud või ei esita tõeseid andmeid oma tervishoiupersonali kohta kõik raviasutused, vajaks edasist täpsustamist.

7.6.2 Hambaarstid

Kokkuvõte Eestis töötavatest hambaarstidest on esitatud tabelis 7-8.

Tervishoiusüsteemis töötab 1015 hambaarsti keskmiselt 1,07 koormusega. Suurima koormusega töötavad Läänemaa (1,6) hambaarstid. Seoses uue töö- ja puhkeaja seaduse rakendamisega nii suure koormusega aga enam töötada ei tohi, seega võib oodata arstide koormuse ühtlustumist selle aasta jooksul.

Lisaks tervishoiusüsteemile töötab vanglasüsteemis ning taastusravikeskustes ja sanatooriumites veel 16 hambaarsti, seega kokku 1031 hambaarsti, vahe arstide registriga on 58 hambaarsti (registris 1089), mis moodustab samuti 95% nagu arstidelgi. Sarnaselt arstidega on suurim vahe registri arvu ja hambaarstide koondarvu vahel Tartumaal, lisaks veel ka Läänemaal. Samas vahe täidetud ametkohtadega ja registriga nii suur ei ole. Võimalikuks seletuseks on, et arst töötab osalise töötajaga korraga mitmes raviasutuses, kes ükski ei loe teda põhikohaga töötajaks ja tema kohta aruandlust meditsiinistatistika büroole ei esita.

7.6.3 Õendusalatöötajad

Kokkuvõte Eestis töötavatest õendusalatöötajatest on esitatud tabelis 7-9.

Tervishoiusüsteemis töötas 2000.a. lõpus 8661 õendusalatöötajat keskmiselt 0,99 koormusega. Sarnaselt arstide ja hambaarstidega töötavad ka õendusalatöötajad suurema koormusega Läänemaal (1,1). Madalama koormusega töötavad Jõgeva- ja Saaremaa õendusalatöötajad.

Lisaks tervishoiusüsteemile töötab muudes asutustes veel 562 õendusalatöötajat, seega kokku töötab neid 9223. Õendusalatöötajate kvalifikatsiooni ühtlustamisel ja tulevasi koolitusvajadusi kavandades tuleb kindlasti arvesse võtta ka neid 562, lisaks veel meditsiinkoolide õppejõude, mis muudab koolitusvajaduse veelgi suuremaks.

Seega on vaja välja töötada konkreetne ja detailne õenduslase hariduse arengukava vähemalt 10-15 aastaks, milleks on vaja informatsiooni personalipoliitika kohta tervishoius ja sotsiaalsüsteemis tervikuna. Tänapäeva seisuga seda informatsiooni veel ei ole.

7.6.4 Muud tervishoiutöötajad

Kokkuvõtte Eestis töötavatest muudest tervishoiutöötajatest on esitatud tabelis 7-10.

Teiste meditsiinkooli erialaga töötajate hulka loetakse laborandid, hambatehnikud, hooldusõed, dentistid, meditsiinistatistikud ja sotsiaalhooldusõed.

Käesoleva uuringu seisukohast huvitas meid hooldusõdede ja sanitaride arv. Hooldusõdesid töötas Eestis 2000.a. lõpus 249, samas oli nende poolt täidetud tunduvalt rohkem ametkohti (482), mis teeb keskmiseks töökoormuseks 1,9. Arvestades hooldusõdede madalaid tunnitasisid ei ole selline suur töökoormus üllatav, kuid seoses uue töö- ja puhkeaja seadusega pole see enam lubatud. Seega on hooldusõdesid hädasti juurde vaja koolitada. Sageli teevad tervishoiuasutustes sama tööd nii sanitarid kui hooldusõed, ainsaks vaheks vaid, et hooldusõdedel on läbitud eelnev väljaõpe. Hooldusõdede ja sanitaride (3402 ametkohta) omavaheline suhe oli 1:7, mis näitab, et meie hoolduspersonal on valdavalt erialase ettevalmistuseta. Kui eeldame, et ka sanitarid on siiani töötanud sama suure koormusega kui hooldusõed (saame 1790 sanitari), siis vajadus täiendava kvalifitseeritud hoolduspersonali järgi tänapäeva seisuga on vähemalt 1845 (482+3402-249-1790) inimest. Paraku täpseid andmeid hoolduspersonali arvu ja struktuuri kohta praegu ei ole. Hoolduspersonali süsteemset koolitust kinnitatud õppekava järgi pakuvad praegu Tallinna Diakooniakool ja Kohtla-Järve Meditsiinkool, varasematel aastatel on sellega tegelenud ka teised meditsiinkoolid. Kindlasti tuleb aga hoolduspersonali koolitusi planeerides arvestada ka sotsiaalsfääris töötava personaliga, kelle arvukuse kohta informatsioon praegu puudub.

Veel üks grupp tervishoiutöötajaid, kelle arvu, struktuuri ja erialase ettevalmistuse kohta tõepärane informatsioon puudub, on hambaarstiabilised.

8. TERVISHOIUTÖÖTAJATE ARVAMUSED SEoses TÄIENDUS JA ÜMBERÕPPEKOOLITUSEGA

8.1 Koolitusvajadused erialade arengukavadest

8.1.1 Eriarstide arvu vajadus

Ülevaade erialade arengukavadest toodud eriarstide arvu vajaduse prognoosist 10 000 elaniku kohta võrrelduna olemasolevate arstide arvuga on esitatud tabelis 8-1.

Tabel 8-1. Eriarstide arvu vajadus erialade arengukavadest

Eriala	Vajadus / 10000 el.	Abs. arv (1,4 miljonile)	Registris 2001.a. nov.	Praegu sellest üle/puudu
anestesioloogia ja intensiivravi	1,4	196	245	49
dermatoveneroloogia	0,43	60	84	24
endokrinoloogia		18	37	19
erakorraline meditsiin	1,3	182	64	-118
gastroenteroloogia	0,2	28	33	5
hematoloogia	0,18	25	16	-9
hematoloogia-transfusioloogia	0,19	27	13	-14
infektsioonhaigused	0,45	65	34	-31
kardioloogia	0,6	84	138	54
kardiovaskulaarkirurgia		30	24	-6
kohtumeditiin	0,2	30	18	-12
laboratoorne meditsiin	0,8	112	104	-8
lastekirurgia	0,15	21	17	-4
meditsiiniline mikrobioloogia		25	34	9
nefroloogia	0,12	17	11	-6
neurokirurgia		18	15	-3
neuroloogia	0,57	80	161	81
oftalmoloogia	0,7	98	120	22
onkoloogia		38	33	-5
ortopeedia	0,78	109	113	4
otorinolarüngoloogia	0,36	50	108	58
patoloogia	0,4	40	34	-6
pediaatria	1,7	238	428	190
peremeditsiin	6,7	938	532	-406
plastika- ja rekonstruktiivkirurgia	0,1	14	6	-8
psühhiaatria	2	300	188	-112
pulmonoloogia	0,4	56	66	10
radioloogia	1,3	182	184	2
reumatoloogia	0,37	52	36	-16
sisehaigused	2	280	270	-10
sünnitusabi ja günekoloogia	1,2	168	286	118
füsiaatria ja taastusravi	0,9	126	116	-10

torakaalkirurgia		8	7	-1
töotervishoid	1,6	215	16	-199
uroloogia	0,2	31	42	11
üldkirurgia	1	140	185	45
üldmeditsiin (sh. residendid)			738	
KOKKU		4101	4556	455

Enamikul erialadel oli välja toodud arstide vajaduse suhtarv 10 000 elaniku kohta, mõned töid välja vajaliku arstide absoluutarvu, mida sel juhul analüüsis ka arvesse võeti. Näeme, et aastaks 2015 prognoositav eriarstide arv on 4101, olles 455 võrra väiksem kui arstide registris 2001.a novembris olevate arstide arv. Suurim puudujääk on erakorralise meditsiini, peremeditsiini, psühhiaatria ja töotervishoiu erialadel. Perearstidel on käivitatud 3- aastased spetsialiseerumiskursused pediaatrite, üld- ja sisearstidele, mis peaksid lõppema aastal 2003 seoses piisava arvu spetsialistide saavutamise. Erakorralise meditsiini erialal soovitakse olukorra leevendamiseks korraldada ajutisi 6- kuulisi kursuseid kiirabiartidele ja anestezioloogidele, ka töotervishoius peetakse vajalikuks eriprogrammiga spetsialiseerumiskursuseid. Ülejäänud erialad korrigeerivad oma puudujääki piisava arvu residentide ettevalmistamisega. Tulevasest vajadusest tunduvalt rohkem on meil günekolooge, pediaatreid, neurolooge, otorinolarüngolooge, kardiolooge ja endokrinolooge.

Taastusravi erialal peeti esmatähtsaks tasandus-täiendus-koolitusprogrammide vajaduse loomist, et tagada kvalifikatsiooni ühtlustamiseks ümberõppesüsteem praegu väga erineva ettevalmistusega taastusarstidele (koondnimetuse taastusarst alla kuuluvad taastusarstid kitsamas mõttes, nõelravispetsialistid ja spordiarstid), kuna praegu selle eriala arstid üksteist asendada ei saa. Sama koolitusprogrammi saab kasutada ka sanatooriumites töötavate arstide (ettevalmistuselt sise- või üldarstid) ja teiste erialade spetsialistide (eeskätt neuroloogide, traumatoloog-ortopeedide ja pediaatrite) ümberspetsialiseerumisel tervishoiureformi käigus.

Erialajuhid pöörasid tähelepanu tehnika ja meetodika arenedes järjest suurema meeskonnatöö tähtsuse ja mittemeditsiinilise erialaga spetsialistide vajaduse tõusule tervishoius, nii näiteks toonitati laboratoorse meditsiini arengukavas keemia, bioloogia ja farmaatsia spetsialistide kaasamist, kellele oleks vajalik eriõppe sisseseadmine kliinilise keemia alal.

8.1.2 Erialase pädevuse tagamine

Erialade arengukavasid analüüsid selgus, et valdav enamus erialaseltse peab vajalikuks arstide erialase pädevuse perioodilist hindamist 5-aastaste intervallidega ühtsete kriteeriumite alusel erialaselti poolt. Enamasti sooviti pädevuse hindamisel aluseks võtta tööaruanne ja täienduspunktide süsteem (analoogia siiani kehtinud süsteemiga). Üksikud erialad pidasid vajalikuks ka testide täitmist. Tähelepanu juhiti ka sellele, et Euroopa Liiduga ühinedes peab meie täiendkoolituste ja pädevuse hindamise süsteem olema kooskõlas UEMS (*European Union of Medical Specialists*) CME (*Continuing Medical Education*) süsteemiga, mis on vajalik tööjõu vaba liikumise seisukohast.

Pädevuse seisukohast peetakse oluliseks ka tööandjapoolse optimaalse töömahu tagamist, mis võimaldaks oskuste säilimist ja arengut, kuid samas jätaks piisavalt aega ka iseseisvaks

töoks kirjandusega ning koolitustel osalemiseks. Kitsamate erialade spetsialistid vajavad kindlasti täiendamise võimalusi välismaal sealsete erialakeskuste juures.

Kvalifikatsioonikategooriate säilitamist üldjuhul ei pooldata, kuna see ei anna mingeid eeliseid töökoha saamisel ega palga määramisel, mis on tööandja otsustada. Küll aga peetakse oluliseks ka tööandjate vastutuse tõusu tööjõu kvaliteedi kontrollimisel ja tagamisel. Väga oluliseks peeti ka värsket erialakirjanduse ja internetipõhiste täiendusmaterjalide kättesaadavust ning ise täiendõppe läbiviimist.

Seega on kindlasti vaja välja töötada kaasaegne tervishoiutöötajate pädevuse hindamise süsteem, mis asendaks senist kohustuslikku atesteerimist ja võtaks sellest üle positiivse. Vaja on kehtestada ühtsed universaalsed printsiibid mis kehtivad kõikidele arstidele koos teatud nüanssidega erialade lõikes, mis vastaksid rahvusvahelistele soovitudele.

8.2 Tervishoiujuhtide küsitlus, vt. Lisa I

ES Turu-uuringute AS viis 15.-30. oktoobrini 2001.a. läbi uuringu Eesti erinevate piirkondade ja eri tüüpi haiglate juhtivtöötajate seas.

Uuringu eesmärgiks oli saada ülevaade sellest, kuidas tajutakse kohapeal tervishoiureformiga seotud küsimusi ning millisena nähakse reformi kontekstis oma personali täiendus- ja ümberõpet. Eraldi teemana vaadeldi haiglate seniseid täienduskoolituse kogemusi juhtivpersonali, eriarstide, õendusalatöötajate ja hoolduspersonali puhul eesmärgiga hinnata erinevate koolitajate valmisolekut pakkuda tervishoiupersonalile täiendus- ja ümberõppekoolitust.

Küsitlus toimus personaalintervjuu vormis osaliselt formaliseeritud ankeedi abil, mis sisaldas 67 küsimust. Valimisse kuulus 100 haiglajuhti, kokku intervjueriti 10 küsitlaja poolt 97 juhtivtöötajat: 56 haiglajuhti/peearsti, 39 õendusala juhti ja 2 koolitusjuhti. Keskmine vastamise pikkus oli 1 tund. Vastamisest keeldus 2 haiglajuhti ja üks õendusala juht.

Haiglajuhtide ja õendusala juhtide seas oktoobris 2001 läbi viidud küsitlusest selgus:

1. Pooled haiglajuhtid ja 28% küsitluses osalenud õendusala juhtidest peab tervishoiureformi kindlasti vajalikuks. Samal ajal on sellest väga hästi informeeritud alla veerandi haiglajuhtidest ja 5% õendusala juhtidest. Nagu näitasid hilisemad vastused ja lisakommentaarid, on teadaolev info seotud eeskätt reformi läbiviimise üldiste põhimõtetega.
2. Reformi positiivse poolega seostatakse kõige sagedamini ressursside ökonoomsemat kasutamist (55%), meditsiini struktuuri korrastamist ja tänapäeva vajadustega vastavusseviimist (45%) ning ravikvaliteedi tõusu keskustes (36%) kui need juba funktsioneerivad.
3. Reformi negatiivsete külgede puhul torkab silma reformiga kaasnevate konkreetsete probleemide lahtirääkimatus haiglajuhtide ja õendusala juhtide jaoks. Kõige sagedamini toodi reformi ohutegurina esile patsientide jaoks meditsiiniteenuse halvenemist (81%), puudusi seoses reformi läbiviimise (61%) ja ka sisulise poolega (40%). See tähendab, et esmatähtsana ei toodud esile mitte ebakindlust oma haigla ja personali seisukohalt, vaid patsientide probleeme – ka reformi korralduslikku ja sisulist poolt puudutavad küsimused seonduvad kas otseselt või kaudselt patsientidega.
4. Personali osas toodi seoses reformiga esile nii positiivseid ootusi - kvalifikatsiooni tõusu, koolitusvõimaluste avardamist, kui ka negatiivset poolt – töökohtade kaotamise näol.
5. Hinnates oma personali praegusi koolitusvõimalusi, siis kõige sagedamini osalevad täienduskoolitusel eriarstid, siis juhtkond, õendusala töötajad ja kõige harvemini hoolduspersonal. Ühelt poolt on see seotud arstide suurema aktiivsusega endale koolitusvõimaluste otsimisel ja selleks rahaliste ressursside leidmisel. Hoolduspersonali harva osalemist täienduskoolitusel põhjendati asjaoluga, et kaader on tihti vahetuv ja ka väljaõpe töökohal on võimalik. Samas pidasid vastanud väga oluliseks, et hoolduspersonalil oleks juba eelnev väljaõpe olemas. Praegu see valdavalt

puudub ja erialase kompetentsuse hetkeseisu hinnati just selle grupi puhul kõige madalamalt.

6. Juhtivpersonali täienduskoolituseks kasutatakse kõige sagedamini kursustel osalemist (92% hinnangul), samuti täiendusõpet väljaspool Eestit (57%). Koolitajatest on ülekaalukalt enam kasutatud ja ka eelistatud TÜ Arstiteaduskonna Täienduskeskus ja Rahvatervise- ja Sotsiaalkoolituse Keskus. Seda nii meditsiinilise orientatsiooni kui hinnataseme tõttu. Kallite kursuste kasutamist pigem välditakse nende kõrge hinnataseme ja mõnikord ka liialt üldiste käsitluste tõttu.
7. Eriarstide jaoks on eelistatud koolitusvõimalusteks haiglajuhtide hinnangul TÜ Arstiteaduskonna Täienduskeskus (82%), erialaliitude ja –seltside poolt pakutav koolitus (68%), osalemine konverentsidel (57%) ja stažeerimine välismaal (54%). Ka haiglasisene koolitus, seda eriti suuremates haiglates, on levinud. Põhiliselt puudutatakse haiglasisesel koolitusel konkreetsete erialadega seotud teemasid (52%), ravimite kasutamist (16%) ja üldisemaid teemasid nagu töö organiseerimine haiglas, kvaliteediküsimused, sotsiaalsete probleemidega seotud haigused, psühholoogia ning suhtlemine.
8. Õendusala töötajate jaoks on eelistatumateks koolitusvõimalusteks Annely Sootsi Koolituskeskus (72%), Mustamäe Haigla koolituskeskus (56%) ja Keskhaigla Koolituskeskus (49%) ning asutusesisene koolitus kas oma lektorite või väljastpoolt kutsutud lektoritega (kokku 77%). Asutusesisese koolituse puhul olid enamkäsitletud teemad õendus ja õendusdokumentatsioon, klienditeenindus ja kutse-eeetika, psühholoogia, hügieen ja erialane koolitus (vastavalt 41%-31%).
9. Hoolduspersonalile täienduskoolituse pakkumisel on valdavalt sagedamini kasutatud asutusesisest koolitust kas oma jõudude või väljastpoolt kutsutud lektoritega esmajoones selle koolitusviisi odavuse tõttu. Pooled õendusala juhtidest eelistaksid edaspidi kasutada Annely Sootsi Koolituskeskust, kelle koolituste puhul nii õendusala töötajatele kui hoolduspersonalile on kasutajate ja eelistajate hulk kõige lähedasem, mis näitab osalejate rahulolu koolitajaga.
10. Täienduskoolituse valikul on oluline lisaks koolituse kvaliteedile (teemade aktuaalsus, head programmid ja lektorid, praktilise olukorra tundmine arvestades osalejaid ja sellega seoses vastuvõetavate lahenduste / teadmiste pakkumine, aktiivtöö vormid, mis võimaldavad pakutut aktiivselt omandada) ka koolituse hind. Mitmed vastajad isegi mainisid, et sageli valitakse koolitaja lähtudes hinnatasemest, siis vaadatakse teemat ja alles seejärel koolitajat.
11. Haiglajuhtide poolt hinnati täienduskoolituseks vajalikuks summaks ühes aastas iga juhtivtöötaja kohta 11 725 krooni, eriarsti kohta 9 365 krooni, õendusala töötaja kohta 4519 krooni ja hooldustöötaja kohta 1 321 krooni. Kokku hinnati küsitluses osalenud haiglajuhtide poolt kuluvat täienduskoolituseks kokku ligikaudu 34 miljonit krooni, mis on keskmiselt 600 000 krooni haigla kohta.
12. Rääkides personali rakendatusest seoses reformikavaga, oli nende haiglajuhtide hulk, kes oskasid teha konkreetseid prognoose, suhteliselt väike. Üldiselt hinnati juhtivpersonali ja eriarstide arvu vähenevat, õdede ja hoolduspersonali arvu aga suurenevat. Viimaste arvu suurenemine ei ole seotud üksnes reformikavaga, vaid ka uuest aastast kehtima hakkava töö- ja puhkeaja seadusega.
13. Selgus oma haigla edasisest tegevuskavast on madal, eriti maapiirkondades ja maakonnakeskustes. Selline teadmatuse tuleviku suhtes nii omandivormi, tegutsemismahu kui pakutavate teenuste suhtes ei võimalda teha ka konkreetseid

prognoose ümberõppevaldkondade ja mahtude osas. Siiski nägid enam kui pooled juhtidest ette personali ümberõppevajadust. Kahel kolmandikul juhtudest puudutas see olemasolevat personali, kolmandikul juhtudest juurdetulevat personali.

14. Ümberõppekoolitust takistavate teguritena mainiti piiratud ressursse. Hetkel puudub selleks kate täiesti. 15 haigla juhi hinnangul võib nende haiglates kokku kuluda ümberõppeks ligikaudu 4 miljonit krooni. See vastab 30%-le Eesti haiglatöötajatest. Teise olulise takistusena ümberõppe puhul nähti edasiste töövõimaluste ebaselgust. Seega enne kui saab hinnata vajalikke ümberõppe mahtusid nii töötajate arvu kui rahalise katte osas, peaks olema selgus, millised haiglad, milliste teenuste ja mahuga jäävad tegutsema. Antud informatsioon kohtadel oktoobrikuu seisuga puudus.

8.3 Arstide küsitlus, vt. Lisa II

Käesolev uuringu eesmärgiks oli koguda andmeid Eestis praktiseerivate arstide ja hambaarstide arvamustest viimase 3 aasta jooksul läbitud täiendõppe kohta ning uurida nende suhtumist ja valmisolekut võimalikuks ümberõppeks seoses käimasoleva tervishoiureformiga.

Uuring viidi läbi novembris 2001.a. postiküsitlusena. Ankeet koosnes 28 küsimusest, mis sisaldasid nii valikvastuseid kui avatud küsimusi. Küsitluses osalenud arstid leiti juhuvalimina arstide registrist, valimisse kuulus 422 arsti ja 110 hambaarsti, kes esindasid 10% arstkonnast. Ankeete saadeti arstidele kahel korral, vastustena saadi tagasi 304 (57,1%) täidetud ankeeti, sh. arstidelt 234 (55,5%) ja hambaarstidelt 70 (63,6%). Vastanute struktuur oli ühtlane ja seega uuringutulemused üldistatavad kogu Eesti arstkonnale.

Arstide ja hambaarstide küsitluse tulemusena selgus:

1. Tervishoiureformist on hästi või rahuldavalt informeeritud kolm neljandikku arstidest ja kolmandik hambaarstidest. Reformi vajalikkust tunnetab valdav enamus arstidest, kuigi paljud arstid täpsustasid, et ei soovi seda praegu läbiviidaval kujul. Reformi hindas mittevajalikuks kümme protsenti vastanutest.
2. Peamiselt loodavad arstid tervishoiureformi tulemusena ressursside ökonoomsemat kasutamist, süsteemi korrastamist ja arstiabi kvaliteedi tõusu. Ülekaalukalt kerkib esile mure arstiabi kättesaadavuse vähenemise pärast patsientidele, seda nii kauguse, rahaliste vahendite kui ka kasvavate järjekordade mõttes. Sageli on arstidele jäänud reformide sisu ja eesmärgid ebaselgeks.
3. Omandatud ja praegu praktiseeritav eriala kattuvad kirurgidel ja hambaarstidel. Pere-üld- ja abiteenistuse arstina töötab rohkem arste, kui on vastavat eriala omavaid isikuid ning see toimub laste- ja sisehaiguste eriala omavate isikute arvel. Selline vahe on tingitud peamiselt esmatasandi reformist ja peaks lähiaastatel seoses perearstide spetsialiseerumiskursuste läbimisega suuresti kaduma.
4. Kaks kolmandikku arstidest ja pooled hambaarstid on mures oma töökoha võimaliku kaotuse pärast reformi käigus, seejuures töökoha kaotuses on kindlad 7% arstidest. Mure töökoha võimaliku kaotuse pärast kasvab koos vanusega ja on arvatavasti üks põhjus reformi mittevajalikuks pidamisel.
5. Kaks kolmandikku arstidest ja kolm neljandikku hambaarstidest on oma praeguse töökohaga rahul. Mida vähem on arst rahul oma praeguse tööga, seda suurem on tema mure selle töö võimaliku kaotamise pärast. Võimalik selgitus on, et need arstid on sunnitud tegema juba praegu mitte meelepärast tööd mingi varasema koondamise või ümberstruktureerimise tõttu ja nüüd ei ole neil mitte lihtsalt oht kaotada oma praegust töökohta, vaid palju suurem hirm jääda arstina töötamise jätkamise võimalusest üldse ilma.
6. Oma erialast kompetentsust 10-pallisel skaalal hindasid arstid 7,5 palliga. 20-29 aastase erialase staažiga tohtrid hindasid oma kompetentsust kõige kõrgemalt – 8,0 palliga.

7. Erialase kompetentsi tipptasemel püsimiseks vajaliku täiendkoolituste mahuks aastas peeti keskmiselt 17,4 päeva, mediaan oli mõnevõrra väiksem, 14 päeva. Suuremat koolitusvajadust tunnetasid laste- ja üldarstid, seega valdavalt need, kes soovivad omandada perearsti eriala.
8. Enamus arste osaleb erialakonverentsidel Eestis, TÜ arstiteaduskonna täienduskeskuse ning erialaliitude ja –seltside poolt organiseeritud koolitustel. Kolmandik vastanuist oli osalenud välismaa spetsialisti koolitusel Eestis või erialakonverentsidel välismaal. Kümnendikul arstidest oli õnnestunud stažeerida välismaal. Kordade arvu järgi osaletakse sagedamini asutusesisestel, erialaliitude ja –seltside poolt korraldatavatel koolitustel.
9. Valdavalt täiendasid arstid end kitsamalt oma erialal (85,5% vastanutest) või lähedastel kliinilistel erialadel (54,4%). 15,5% arstidest olid õppinud suhtlemist patsiendiga ja meditsiinieetikat ning 8,2% taastusravi. Muude valdkondadena nimetati sagedamini veel arvutiõpet ja informaatikat, psühholoogiat ning juhtimist. Patsiendiga suhtlemise ning meditsiinieetika alastel koolitustel osalevad teistest sagedamini erapraksises töötavad arstid.
10. Ainult 13 arsti väitis, et on saanud täiendkoolitustel osaleda neile vajalikus mahus. Peamiseks koolitustel osalemist takistavaks teguriks on rahapuudus, seda nii tervishoiuasutustel kui arstidel endal. Rahapuudus takistas vähem pere- ja hambaarste, samuti erapraksises töötajaid, kellele omakorda oli suurimaks takistuseks ajapuudus. Eestis puuduvad koolitusvõimalusi mainisid teistest vähem perearstid, kes see-eest toonitasid ajapuudust ja asendusarsti leidmise raskust.
11. Keskmiselt kulutas arst täiendustele oma raha 1000 krooni aastas, kuid lisaks kursuste maksumusele tuleb veel tasuda ka transpordi ja ööbimiskulud, millise kulu suurust hinnata ei osatud. Suurimaks probleemiks on raha leidmine konverentsidel osalemiseks välismaal, selleks sponsorite otsimisele kulutavad arstid tihti palju energiat.
12. Arstid tunnetavad praktilist vajadust ja moraalselt kohustust enda pidevaks täiendamiseks, seega motivatsioon täiendkoolitustel osalemiseks on piisav. Olulisemad eesmärgid koolitustel osalemiseks on erialateadmiste täiendamine, kogemuste vahetamine kolleegidega ja uute praktiliste töövõtete omandamine ning olemasolevate täiustamine. Samas soovitakse, et täiendkoolitusel omandatud saaks ka igapäevasesse praktikasse rakendada ja et see oleks realselt seotud palgatõusu ja karjääriga.
13. Kaks kolmandikku arstidest ja hambaarstidest soovivad end täiendada oma erialal, pooled lähedasel kliinilisel erialal ning veerand psühholoogias, eetikas ja patsiendiga suhtlemisel.
14. Perearstid tunnevad suurimat vajadust oma teadmiste täiendamiseks lastehaigustes ja kirurgias-traumatoloogias (34.6% vastanutest), rohkem soovitakse täiendusi ka kardioloogia (26.9%), psühhiaatria (23.1%) ja dermatoloogia (19.2%) alal.
15. Kaks kolmandikku arstidest on vajadusel nõus mõne uue eriala omandamise või ümberõppega. Enamasti eelistaks nad jätkata töötamist oma endisel erialal, kuid esmatähtis on siiski mistahes arstina edasise töötamisvõimaluse olemasolu. Suurim on

valmisolek teise kliinilise eriala, taastusravi, peremeditsiini ja tervishoiu juhtimise omandamiseks. Eelistatumaks koolitusviisiks peetakse osalemist lühiaegsetel kursustel vahepealse iseseisva tööga. Nooremad arstid eelistavad statsionaarsetel pikemaegsetel kursustel osalemist ja kaaluvad ka residentuuri läbimist.

8.4 Õendusalatöötajate küsitlus, vt Lisa III

Käesoleva uuringu eesmärgiks oli saada informatsiooni Eestis praktiseerivate õendusalatöötajate läbitud täiendkoolituste kohta ning suhtumist ja valmisolekut jätkukoolituseks seoses tervishoiureformiga.

Uuring teostati novembris 2001.a. ankeetküsitluse vormis. Ankeet sisaldas 20 küsimust vastajate vanuse, töökoha, erialase ettevalmistuse, läbitud täiendkoolituste, edaspidise koolituse vajaduste ja valikute kohta. Lisaks paluti uuritavatel hinnata oma keeleoskust, kuna väga suur osa õendusalasest kirjandusest on praegu veel kättesaadav ainult inglise ja soome keeles. Valim moodustati põhimõttel, et oleksid esindatud tervishoiureformi käigus erinevaid tulevikustsenaariume omavad tervishoiuasutused. Valimisse kuulunud tervishoiuasutustes (Mustamäe Haigla, Tallinna Psühhiaatriaigla, Järva Haigla, Valga haigla, SA TÜ Kliinikumi koosseisus olevad Maarjamõisa ja Psühhiaatriaigla) ning esmatasandil viidi läbi kõikne uuring. Valim koosnes 1176 haiglas töötavast ja 742 esmatasandi õendusalatöötajast, mis moodustab 22,1% Eesti õendusalatöötajatest. Esmatasandil töötavate õendusalatöötajate andmed saadi Sotsiaalministeeriumi litsentsibüroos asuvatest litsentsitaotlustest. Haiglates toimetati ankeedid õendusalatöötajateni ülemõdede abil koos suletava vastusümbrikuga. Esmatasandil töötavatele õdedele saadeti ankeet posti teel koos margistatud vastusümbrikuga. Täidetud ankeete saadi tagasi 1153 (54,9%), sh. haiglatest 845 (71,9%) ja esmatasandilt 208 (28,0%).

Õendusalatöötajate küsitluse tulemusena selgus:

1. 29,0% vastanutest kuulus vanusrühma kuni 29.a.; 28,9% 30-39.a.; 19,8% 40-49.a.; 14,6% 50-59.a. ja 7,6% olid vanemad kui 60.a.
2. Kutsekõrgharidust omas 9,4% vastanutest (99); 10,0% (105) on seda omandamas; 39,0% (411) avaldas valmisolekut tasemeõppes osalemiseks ja 26,4% (278) ei pea kõrghariduse omandamist enda jaoks oluliseks. Viimased on teistest õendusalatöötajatest oluliselt vanemad (keskmine vanus 46,4 vs 38,9 aastat). Magistriõppes sooviks oma õpinguid jätkata 11,7% (123) vastanutest. Seega on õdedel jätkuv vajadus ja valmidus edasiõppimiseks.
3. Jätkuõppes osalemiseks eelistab 47,3% (497) vastanut Tallinna; 27,6% (290) Tartut ja 12,1% (127) jaoks ei ole kooli geograafilisel asukohal tähtsust. Seega on selgelt väljendunud vajadus Tallinnas tasemeõppe laiendamiseks ja õenduslalase magistriõppe avamiseks.
4. Läbitud täiendkoolituse vormidest oli esikohal asutusesisesel koolitusel osalemine, millele järgnes meditsiinikoolide poolt korraldatav ja erialaühingute poolt pakutav. 6,4% vastanutest ei olnud viimase 3 aasta jooksul osalenud ühelgi täiendkoolitusel.
5. Sagedamini on õendusalatöötajad täiendanud end pereõenduse, suhtlemise, psühholoogia, esmaabi ja elustamise alal ning kitsamates kliinilistes valdkondades. Täiendõpet sooviti edaspidi enam suhtlemise vallas (51,1%), kitsamal kliinilisel alal (35,9%), õenduse teoreetilistes alustes (23,9%) ja juhtimises (19,3%). Teistest rohkem esitasid soovi end täiendada nooremad ja kutsekõrgharidust omavad õed.

6. Ligi pool vastanutest oli tervishoiureformist hästi või rahuldavalt informeeritud. Informeeritus oli kõrgem perearstikeskustes ja polikliinikutes ning madalam statsionaaris töötavate õdede hulgas. Informeeritus suurenes koos vanusega.
7. Tervishoiureformi positiivseks küljeks loeti õenduslase hariduse väärtustamist, õendusala arengut ja erialast iseseisvumist, rahvusvahelise liikumise võimalust. Samuti loodetakse arstiabi kvaliteedi ja kättesaadavuse paranemist, rahaliste ressursside kokkuvõidu, hooldussüsteemi ja taastusravi võimaluste avardumist. Reformi peamiste puudustena toodi esile tervishoiu üldist korraldamatust, arstiabi kättesaadavuse halvenemist, probleeme perearstisüsteemiga, informatsiooni vähesust ja õenduslatöötajate madalat palgataset.
8. 35,8% vastanutest kardab oma töökoha kaotust reformi tulemusena. Informatsioon reformi käigus kasvavast õenduslatöötajate vajadusest ei ole töötajateni jõudnud ja nad ei tunnetata seda. Seega on informatsiooni laialdasem jagamine tervishoiureformi kulu ja tulevase personalipoliitika kohta hädavajalik ning aitaks ära hoida põhjendamatu stressi.

9. TULEMUSED JA ARUTELU

Eesti Tervishoiuprojekt 2015 üheks põhieesmärgiks on kvaliteetne, õppiv ning oma töötajate arenemist motiveeriv tervishoiusüsteem. Uute kaasaegsete tervishoiuasutuste kujundamisel ja kõrgtehnoloogia soetamisel on mõtet ainult siis, kui neis töötab ja neid kasutab optimaalne arv hea väljaõppe ja kõrge kvalifikatsiooniga vastutustundlikke tervishoiutöötajaid ning kui töökorraldus lähtub haige huvidest.

Eesmärgiks on Eesti tervishoiusüsteemi tasakaalustatud ja stabiilne areng. Elanikele vajalike tervishoiuteenuste osutamise ning tervishoiusektori jätkusuutliku arengu eelduseks on erialaselt pädevate tervishoiutöötajate olemasolu. Tervishoiutöötajate õpe on kutseõpe – vastaval erialal ei tohi patsientide elu ja tervise huvides töötada isikud, kes pole vastavat kutset omandanud. Ajakohase ja kõrgel tasemel koolituse tagavad pädevad koolitajad ning adekvaatse koolitussüsteemi kujundamine ja säilitamine vajab rahastamise stabiilsust. Kuna tervishoiutöötajad tegutsevad valdavalt avalikes huvides, tagab nende õpetuse rahastamine avalikest vahenditest parima tulemuse nii töötajate valiku kui nende kvalifikatsiooni osas. Konkreetsed soovitusel tervishoiutöötajate koolitustellimuseks põhiõppes on ära toodud ptk.11.

9.1 Tervishoiutöötajate arvust ja põhikoolitusest

9.1.1 Arstid ja hambaarstid

Arstide arvu üle peetakse Eestis arvestust Sotsiaalministeeriumi meditsiinistatistika büroos ja arstide registris. Kuna kasutatakse erinevaid meetodikaid, siis tulemused on erinevad. Nii oli 2000.a. lõpus meditsiinistatistika büroo andmetel Eestis 4414 arsti ja 1015 hambaarsti ning 11.10.2001.a. seisuga arstide registris 4771 arsti ja 1089 hambaarsti. 6,3% töötavatest arstidest ja 6,8% hambaarstidest on pensionieas. 59% arstidest on hetkel kuni 49 aastased, st. tööealised aastani 2015. Töötavate arstide arv aasta-aastalt väheneb.

Vastavalt Eesti Vabariigi kehtivale korrale on arstikutse saamisel eelduseks riiklikult tunnustatud põhiõppe õppekava järgi omandatud meditsiiniline kõrgharidus ning residentuuri (eriarsti koolituse) läbimine.

Vastuvõtt Tartu Ülikooli arstiteaduskonna erialadele on viimasel seitsmel aastal olnud oluliselt väiksem kui eelneval aastakümnel ja selle tulemusena väheneb lähitulevikus järsult arsti, stomatoloogi, proviisori ja õeteaduse erialadel tööealiste spetsialistide arv Eestis. Et mitte tekitada püsivat puudust kõrgharidusega tervishoiutöötajate järele, on 1999.a. saavutatud konsensus sotsiaalministri, Eesti Arstide Liidu ja TÜ arstiteaduskonna vahel ja riikliku tellimuse taotlemine arstide koolituseks on viimastel aastatel toimunud nende poolt koostatud konsensusdokumentide alusel tasemel, mis suudab säilitada arstide, hambaarstide ja proviisorite üldarvu praegusest veidi madalamal tasemel.

Ära ei tohi unustada, et nii Eesti elanikkonna vananemine kui teaduse ja meditsiinitehnoloogia areng suurendavad vajadust spetsialistide järele tervishoius ning üliõpilaste arvu tuleb edaspidi regulaarselt korrigeerida.

Erialajuhid pööravad suurt tähelepanu meeskonnatöö tähtsusele ning tehnika ja meetodika arenedes järjest suurema mittemeditsiinilise erialaga spetsialistide vajaduse tõusule tervishoius. Näiteks toonitati laboratoorse meditsiini arengukavas keemia, bioloogia ja farmaatsia spetsialistide kaasamist, kellele oleks vajalik eriõppe sisseseadmine kliinilise keemia alal.

Lisaks põhikoolituse mahtudele tuleb rohkem tähelepanu pöörata ka õppe sisulise külje pidevale kaasajastamisele, millele juhtisid tähelepanu ka mitmed erialajuhid oma erialade arengukavades.

TÜ tervishoiu instituudi poolt viidi 2000-2001.a. läbi postiküsitlus "Noor arst 2000" Tartu Ülikooli arstiteaduskonna aastatel 1982-1996.a. lõpetanute hulgas (esialgsed tulemused, seni publitseerimata andmed). Uuringu üheks eesmärgiks oli hinnata arstide rahulolu diplomieelse koolitusega. Küsitleti 487 arsti. Vastanutest 7,3% ei töötanud arstina, peamiste põhjustena toodi välja lapsepuhkusel viibimist (30,8%) ja seda et arstipalk ei võimalda perekonna ülalpidamist (25,0%).

Diplomieelselt saadud haiglatöö õpetusega olid rahul 55,2% vastanutest ja rahulolematuid oli 13,7%. Seevastu diplomieelse koolituse vastavusega esmatasandil töötava arsti ülesannetele oli rahul vaid 15,4% ja rahulolematuid 35,1% vastanutest.

Enam tunnetasid arstid diplomieelses koolituses saadud teadmiste puudulikkust järgnevates valdkondades:

1. Kliinilistes oskustes - rehabilitatsioonis (71,5%), terminaalsete seisundite ravis (58,8%);
2. Organisatoorsetes oskustes - töös eraarstina (97,3%), administratiivsetes oskustes (95,9%), tervishoiu ökonomikas (91,8%), koostöös sotsiaalsfääriga (90,3%) ja koostöös omavalitsustega (90,2%);
3. Patsiendiga suheldes - tervise edenduses (68,8%), koduse ravi korraldamises ja töös vanuritega (65,8%).

Uuringutulemuste põhjal saab järeldada, et diplomieelne õpe on enne 1996.a. olnud väga aktiivravi ja just haiglaravi keskne. Viimase 5 aasta jooksul on arstide diplomieelse õppe õppekava oluliselt muudetud ja valdaval enamusel ülalloetletud valdkondadest on õpetuse mahtu järsult suurendatud. Haiglareformi tulemusena peab arenema taastusravi ja hooldusravi. Eestis töötavad arstid tunnetavad, et neil puudub piisav ettevalmistus rehabilitatsiooni ja vanuritega töötamise vallas. See on veelkordne kinnitus sellest, et praegu töötavatele tohtritele tuleb täiend- ja ümberõpet tagada just neis valdkondades.

9.1.2 Õendusalatöötajad

Ühtset ja üldist arvestust Eestis õendusalatöötajate kohta ei peeta. Sotsiaalministeeriumi meditsiinistatistika büroo andmetel oli Eestis 2000.a. lõpul 8661 õendusalatöötajat. Lisaks tervishoiusüsteemile töötab vanglates, sanatooriumites ja taastusravikeskustes ning hoolekandesüsteemis veel 562 õendusalatöötajat.

Eestis on õendusalatöötajate arv, arvatuna kas elanikkonna kohta või arstide arvu suhtes, kaks korda madalam kui Euroopas keskmiselt. Alustatud haiglate reform suurendab

hooldusravi ja iseseisva õendusabi osatähtsust, mis aitab parandada haigete ja teiste abivajajate toimetulekut oma tervisehädadega. Sellest tulenevalt pole kahtlust, et tulevikus peab olema Eestis senisest rohkem ja parema ettevalmistusega õendusala töötajaid ja erialase ettevalmistusega hooldusõdesid.

Välja on vaja töötada konkreetne ja detailne õenduslase hariduse arengukava vähemalt 10-15 aastaks, milleks on omakorda vaja informatsiooni personalipoliitika kohta tervishoius ja sotsiaalsüsteemis tervikuna.

Täpse ülevaate saamiseks Eestis töötavate õenduslatoötajate arvust, vanuselisest struktuurist ja ettevalmistusest, mis on eelduseks reaalse koolitusvajaduse planeerimisel saab olema õenduslatoötajate registri loomine Tervishoiuameti juures.

Seoses sooviga saavutada kõrgharidus kõigile õenduslatoötajatele, on selle järsult suurenenud koolitusvajaduse rahuldamisel kõige suuremaks probleemiks pädeva pedagoogide kaadri puudumine, kuna kõik õppejõud ise ei oma veel akadeemilist kõrgharidust. Seega tuleb esmajoones tagada tasemeõppe võimalus meditsiinkoolide õppejõududele, õppetöösse kaasata spetsialiste välismaalt ja võimalikult kiiresti suurendada riiklikku tellimust vastuvõtul õendusõppesse.

9.1.3 Hoolduspersonal

Eesti tervishoius töötaval hoolduspersonalil puudub eelnev süstemaatiline erialane ettevalmistus ja seda tuleb pidada oluliseks takistuseks tervishoiuteenuste kvaliteedi arengus. Keskmiselt 55% hooldustöötajatest on välja õppinud töö käigus, 30% on saanud asutusesisest koolitust mingi kindla programmi alusel ja ainult 15% on saanud eelnevalt süstemaatilist koolitust. Süsteemse koolituse osakaal on kõrgem Virumaal, kus enam kui kolmandikul hooldustöötajatest on tervishoiujuhtide sõnul olemas eelnev erialane ettevalmistus. Üheks põhjuseks on see, et Ida-Virumaal töötavad hooldustöötajatena ka õed, teiseks aga, et Kohtla-Järve Meditsiinkoolis toimub abiõdede ettevalmistamine.

Tervishoiujuhid pidasid hooldustöötajate eelnevat süstemaatilist koolitust väga oluliseks, sest vastasel korral peavad nad ise pidevalt investeerima hoolduspersonali koolitusse ja kuna tegu on väga voolava kaadriga, on kulud suured. Eelnev erialane ettevalmistus tagaks suurema tõenäosusega ka kaadrivoolavuse vähenemise ja sel juhul on lähtuvalt haigla spetsiifikast võimalik investeerida ka hooldustöötajate täiendkoolitusse.

Käigusoleva tervishoiureformi, sh. haiglate töö ümberkorraldamise tulemusena suureneb oluliselt hooldusravi osatähtsus, mistõttu nõudlus pädevate hooldustöötajate järgi kasvab. Praegu tegelevad hooldustöötajate ettevalmistamisega ainult Tallinna Diakooniakool ja Kohtla-Järve Meditsiinkool, mis mõlemad on pälvinud negatiivseid hinnanguid – esimene oma meditsiinivälisuse ja teine õpetuse kvaliteedi tõttu. Kaaluda tuleb hooldusõdede ettevalmistuse laiendamist, ühe võimalusena õppe taasavamist Tallinna ja Tartu Meditsiinkoolide juures.

9.2 Tervishoiureform tervishoiutöötajate pilgu läbi

Et küsitluse käigus suurendada tervishoiutöötajate huvi ning valmisolekut vastata täiend- ja ümberõpet puudutavatele küsimustele, uurisime nende arvamusi tervishoiureformi kohta.

Käesoleva uuringu tulemusena selgus, et tervishoiureformist on hästi või rahuldavalt informeeritud kolm neljandikku arstidest, kaks kolmandikku tervishoiujuhtidest, ligi pooled õendusalatöötajad ja kolmandik hambaarstidest.

Tervishoiutöötajate ja eriti tervishoiujuhtide suhtumine tervishoiureformi mõjutab reformi läbiviimise edukust. Teisalt annab tervishoiutöötajate nägemus reformi positiivsete külgede ja võimalike ohtude kohta võimaluse nendega arvestamiseks.

Reformide vajalikkust tunnetab valdav enamus tervishoiujuhtidest ja arstidest ning kaks kolmandikku õenduslajuhtidest. Reformi tulemusena oodatakse ressursside ökonoomsemat kasutamist, tervishoiuasutuste struktuuri korrastamist, ravikvaliteedi tõusu, tervishoiutöötajate paremat tasustamist, paremaid koolitustingimusi, õendusala arengut ja erialast iseseisvumist. Suurimate puuduste ja ohtudena reformi läbiviimisel nimetati tervishoiuteenuste kättesaadavuse halvenemist patsiendi jaoks, informatsiooni puudust konkreetsete muutuste kohta, ebapädevust ja kiirustamist muudatuste läbiviimisel, sotsiaalsfääri puudulikkude arengut ja paljudele tervishoiutöötajatele töö kaotust. Kaks kolmandikku arste ja kolmandik õendusalatöötajaid on suures mures oma töökoha võimaliku kaotuse pärast reformi käigus. Ebakindlus ja teadmatus tuleviku suhtes põhjustab stressi, alandab töötajate töövõimet, suurendab läbipõlemist ja samuti kahandab töötajate valmisolekut reformi läbiviimisele kaasa aidata.

Seega tuleks enne suuri muutusi ja muutuste käigus kõigile asjaosalistele selgeks teha nende uus staatus, ülesanded ja tööjaotus uuendatud süsteemis. See on eelduseks personali valmisolekule uute rollide vastuvõtmisel ja omandamisel. Maksimaalselt tuleb ära kasutada tervishoiutöötajate senised teadmised ja kogemused ning pakkuda neile võimalusi täiendavate oskuste omandamiseks.

Lähemalt vaata tervishoiujuhtide hinnanguid tervishoiureformide peatükist 8.2 ja Lisast I, arstide hinnanguid peatükist 8.3 ja Lisast II ning õdede hinnanguid peatükist 8.4 ja Lisast III.

9.3 Tervishoiutöötajate täiendkoolitustel osalemine

Täna puudub Eestis tervishoiutöötajatele ühtne järjepidev elukestvat õpet järgiv täiendkoolituse süsteem ja puuduvad konkreetsed koolitusplaanid. Koolitustel osalemine sõltub suuresti tervishoiutöötajate isiklikust initsiatiivist ja materiaalsetest võimalustest. Kuigi tervishoius toimuvad suured muudatused ja seega enesetäiendamise vajadus peaks olema kõrge, on tervishoiutöötajad valdavalt äraootaval seisukohal, mis edasi toimub ja koolitus ei ole neile primaarne.

Hinnates tervishoiutöötajate osalemist koolitustel, siis kõige sagedamini osalevad täienduskoolitusel eriarstid, seejärel juhtkond, õendusala töötajad ja kõige harvemini hoolduspersonal. Võimalikud põhjused on, et ühelt poolt on arstid ise aktiivsemad endale koolitusvõimaluste otsimisel ja selleks rahaliste ressursside (sponsorite) leidmisel, teisalt aga eelistatakse raviasutuse rahaliste vahendite nappuse korral just arste, sest nende täienduskursustel osalemine on olnud nõutavaks eelduseks atesteerimistel, samuti on nende traditsioonid koolitustel osalemiseks kõige vanemad. Hoolduspersonali harva osalemist täiendkoolitustel põhjustab tihe kaadri vahetumine ja selle ebavajalikuks pidamine.

Täienduskoolituse valikul on oluline lisaks koolituse kvaliteedile (teemade aktuaalsus, head programmid ja lektorid, praktilise olukorra tundmine arvestades osalejaid ja sellega seoses vastuvõetavate lahenduste/teadmiste pakkumine, aktiivtöö vormid, mis võimaldavad pakutut aktiivselt omandada) ka koolituse hind. Sageli valitaksegi koolitaja lähtuvalt hinnatasemest, alles seejärel vaadatakse teemat ja koolitajat.

Haiglajuhtide poolt hinnati täienduskoolituseks vajalikuks summaks ühes aastas iga juhtivtöötaja kohta 12 tuhat krooni, eriarsti kohta 9-10 tuhat krooni, õendusala töötaja kohta 4-5 tuhat krooni ja hooldustöötaja kohta 1-2 tuhat krooni. Kõige tagasihoidlikumate arvutuste järgi [316 tervishoiujuhti (1 igast haiglast ja ambulatoorse ravi asutusest va. perearsti ja hambaraviasutused), 4414 arsti, 1015 hambaarsti, 8661 õendusalatöötajat ja 2039 hooldustöötajat] järelikult oleks vaja kõigi tervishoiutöötajate täiendkoolitusteks kulutada 90-100 miljonit krooni aastas. Sotsiaalministeeriumi statistika- ja analüüsi osakonna andmetel kulus 2000.a. kõigis Eesti tervishoiuasutustes koolitustele vaid 18,55 miljonit krooni (0,5 % kogu tegevuskuludest) ehk 5 korda vähem. Kuna tervishoiuasutuste eelarve on väga pingeline, ei ole lähiajal ilma välise sunni ja täiendavate vahenditeta oodata nende eelarves koolituskulude osakaalu tõusu. Arstide küsitluse tulemusena selgus, et nad kulutasid aastas täiendustele keskmiselt 1000 krooni, kogu Eesti kohta teeb see 5,4 miljonit. Praeguste palkade juures pole ka selle rahaallika suurenemine tõenäoline. Eeldades, et ka tervishoiujuhid ja õendusalatöötajad kulutavad koolitusteks isiklikku raha, jääb soovitud vajadusest puudu 65-80 miljonit krooni, mis tuleb leida muudest allikatest (näit. riigieelarve, tervishoiuprojekt).

9.3.1 Tervishoiujuhtide täiendkoolitus

Tervishoiureformiga kaasnevate muutuste elluviimise efektiivsus sõltub oluliselt inimeste oskustest ja väljaõppest. Seetõttu on oluline paralleelselt süsteemi ümberkorraldamisega valmistada tervishoiujuhte ette muutuste elluviimiseks.

Tervishoiuasutuste juhtivpersonal on täienduskoolituseks kasutanud peamiselt Eestis toimunud kursustel osalemist ja vahel ka täiendusõpet välismaal. Täiendkoolitust

tervishoiujuhtide pakub Eestis ainsana Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus. Tervishoiujuhid eelistavad seda võimalust kallite juhtimiskoolitusfirmade koolitustele just meditsiinilise orientatsiooni ja hinnataseme tõttu. Koolitust on enam saadud juhtimise, seadusandluse, personali-, kvaliteedi- ja finantsjuhtimise vallas. Kuna enamused tervishoiujuhte omab ka kliinilist eriala, siis jätkatakse sageli ka enda täiendamist kliiniliste oskuste vallas.

Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskuses on olemas:

1. Koolitusprogramm koos põhjalike moodulitega tervishoiujuhtidele, mis lõpeb eksamiga. Programm valmis koostöös Eesti Tervishoiujuhtide Kolleegiumiga.
2. Ette on valmistatud 4 moodulist (juhtimine, inimressursid, finants- ja kvaliteedijuhtimine) koosnev koolitusprogramm keskastmejuhtidele.
3. Tippjuhtidele on olemas 6 moodulist koosnev programm, kus lisaks eelmainitud moodulitele on veel kommunikatsiooni moodul (hõlmab presentatsiooni ja PR) ning eneseregulatsiooni moodul.
4. Valminud on koolitusprogramm keskastmejuhtidele koostöös Projektiga "Hope". Programm on mõeldud keskastmejuhtidele, kes peavad läbima 4 moodulit – juhtimine, finantsjuhtimine, kvaliteedijuhtimine ja inimressursside juhtimine. Kursuse lõpus peavad meeskonnad (3-liikmelised, soovitatavalt samast asutusest) ette kandma oma lõputöö.

Peamisteks probleemideks tervishoiujuhtide koolitustel osalemisel on motivatsiooni puudumine, kuna puuduvad konkreetsed pädevusnõuded nii tipp- kui keskastme tervishoiujuhtidele ja koolitustel osalemine ei mõjuta otseselt töökoha saamist ega karjäärivõimalusi. Pädevusnõuete kehtestamine oleks samas heaks aluseks täiendkoolituste väljatöötamisele.

9.3.2 Arstide koolitus

Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel on üheks võtmeküsimuseks pädeva kliinilise personali olemasolu. Ainuüksi arstikutse ja eriala omamine ning erialal töötamine ei garanteeri arstidele ja hambaarstidele vajalike oskuste püsimist ega arengut. Seoses arstiteaduse arengu ja uute ravimeetodite kasutuselevõtmisega on pidevalt vaja tegeleda enesetäiendamisega.

Kuni 2001.a. lõpuni toimus arstide ja õdede täiendkoolitus ning atesteerimine vastavalt Eesti Vabariigi Tervishoiuministeeriumi 1991.a. käskkirjadele. Atesteerimise tulemusena omistati tervishoiutöötajatele vastavalt kas II, I või kõrgem kategooria. Uue tervishoiuteenuste korraldamise seaduse jõustumisega alates 01. jaanuarist 2002.a. kaotas selline kord kehtivuse. Praegusel hetkel on ainsana tervishoiutöötajatest enesetäienduse nõue kehtestatud perearstidele, kes vastavalt perearsti tööjuhendile peab osalema erialastel kursustel, seminaridel, konverentsidel, kursustel, seminaridel ja muul koolitusel vähemalt 60 tundi aastas.

Vastavalt kehtinud korrale on arstide täienduseks siiani loetud täienduskursustel ja konverentsidel osalemist, dissertatsioonide kaitsmist, teaduspublikatsioonide avaldamist ning teises tervishoiuasutuses stažeerimist.

Erialade arengukavasid analüüsid selgus, et valdav enamus erialaseltse peab vajalikuks arstide erialase pädevuse perioodilist hindamist 5-aastaste intervallidega ühtsete kriteeriumite alusel erialaseltsi poolt. Enamasti sooviti pädevuse hindamisel aluseks võtta tööaruanne ja täienduspunktide süsteem (analoogia siiani kehtinud süsteemiga). Üksikud erialad pidasid vajalikuks ka testide täitmist. Tähelepanu juhiti ka sellele, et Euroopa Liiduga ühinedes peab meie täiendkoolituste ja pädevuse hindamise süsteem olema kooskõlas UEMS (*European Union of Medical Specialists*) CME (*Continuing Medical Education*) süsteemiga, mis on vajalik tööjõu vaba liikumise seisukohast.

Pädevuse seisukohast peetakse oluliseks ka töandjapoolse optimaalse töomahu tagamist, mis võimaldaks oskuste säilimist ja arengut, kuid samas jätkaks piisavalt aega ka iseseisvaks tööks kirjandusega ning koolitustel osalemiseks. Kitsamate erialade spetsialistid vajavad kindlasti täiendamise võimalusi välismaal sealsete erialakeskuste juures.

Kvalifikatsioonikategooriate säilitamist üldjuhul ei pooldata, kuna see ei anna mingeid eeliseid töökoha saamisel ega palga määramisel, mis on töandja otsustada. Kategooriate ebavajalikkust rõhutab ka nende omistamise formaalsus, mis sõltub eeskätt töökogemuse kestvusest ja kajastub tööaruannetes niigi. Küll aga peetakse oluliseks ka töandjate vastutuse tõusu tööjõu kvaliteedi kontrollimisel ja tagamisel. Väga oluliseks peeti ka värske erialakirjanduse ja internetipõhiste täiendusmaterjalide kättesaadavust

Rahvusvaheliselt varieeruvad arstide pädevuse hindamise konkreetsed nüansid riigiti, kuid üldpõhimõtted on sageli sarnased. Valdavalt on tegu tundidel põhineva punktisüsteemiga, enamasti on ta kohustuslik ja toimub 5- aastaste intervallidega. Vajalikuks täienduste mahuks peetakse 250-500 tundi 5 aasta jooksul, erinevate täiendkoolituse alla kuuluvate tegevuste soovitatud/vajalikud proportsioonid erinevad riigiti ja erialati. Täienduseks loetakse kursustel, konverentsidel, kaugkoolitusprogrammides, magistri- ja doktoriõppes, mitmesugustes uuringutes, standardite väljatöötamisel ja auditites osalemist, personaalseid treeninguid-stažeerimisi, publikatsioone, ettekannete pidamist, õpetamist, teadustööd, oma töö analüüsi, iseseisvat tööd meditsiinikirjanduse ja –ajakirjanduse lugemisel. Meditsiinikirjanduse lugemise soodustamiseks pakuvad mitmed rahvusvahelised eelretsenseeritavad ajakirjad (näiteks JAMA) oma lugejatele võimalust koguda täienduspunkte vastates ajakirjas avaldatud konkreetseid artikleid puudutavatele küsimustele teatud kindla ajavahemiku jooksul.

Peamine täiendkoolitus arstidele toimub Eestis TÜ arstiteaduskonna täienduskeskuses, kus täiendab end igal aastal ligi pool arstkonnast, osaledes kokku umbes 3500 korda erinevatel kursustel. Valdavalt täiendatakse end oma erialal, pooled arstid teevad seda ka siduserialal. Avaramad tingimused arstide täiendõppeks Eestis on perearstidel, samas on neil koolitustel osalemise suurimaks takistuseks ajapuudus ja asendusarsti puudumine. Küllalt palju erialast täiendkoolitust toimub ka erialaseltside ja –liitude kaudu. Suuremates haiglates on levinud haiglasine koolitus, kus käsitletakse lisaks kitsamatele erialastele probleemidele ka üldisemaid teemasid nagu töö organiseerimine haiglas, kvaliteediküsimused, sotsiaalsete probleemidega seotud haigused, psühholoogia ning suhtlemine. Kolmandik arstidest on osalenud erialakonverentsidel ja stažeerinud välismaal. Välismaal stažeerinud

arstide hulgas on rohkem kirurgiliste erialade esindajaid. Välismaa spetsialiste kutsuvad Eestisse koolitusi läbi viima sagedamini hambaarstid.

Arstid tunnetavad praktilist vajadust ja ka moraalset kohustust enda pidevaks täiendamiseks, seega motivatsioon täiendkoolitustel osalemiseks on piisav. Samas soovitakse, et täiendkoolitustel omandatud saaks ka igapäevasesse praktikasse rakendada ja et see oleks reaalselt seotud palgatõusu ja karjääriga. Lisaks erialaste teadmiste täiendamisele pakuvad täiendkoolitused arstile ka võimalust kogemuste vahetamiseks kolleegidega, aitab neil hinnata oma igapäevatööd.

Optimaalseks enesetäienduse mahuks, mis tagab erialase kvalifikatsiooni säilimise ja arengu peetakse 14-17 päeva aastas.

Peamiseks koolitust takistavaks faktoriks on rahapuudus, seda nii tervishoiuasutustel kui arstidel endal. Kitsamate erialateadmiste tõstmiseks suudetakse veel kuidagi vahendeid leida, kuid arstitööks vajalike muude teadmiste omandamiseks enam mitte. Nii on näiteks siduserialal end täiendada suutnud ainult pooled arstid, patsiendiga suhtlemise, meditsiinieetika ja taastusravi vallas aga ainult 10% ja needki valdavalt erapraksises töötavate arstide seas. Keskmiselt kulutas arsti täiendustele oma raha 1000 krooni aastas, kuid lisaks kursuste maksumusele tuleb veel tasuda ka transpordi- ja ööbimiskulud. Suurimaks probleemiks on raha leidmine konverentsidel osalemiseks välismaal, selleks otstarbeks sponsorite otsimisel kulutavad arstid tihti palju energiat. Valdavalt leitakse sponsorid ravim- ja meditsiinitehnika firmade hulgast, kes rahastamist seostavad oma toodete laiema kasutamisega.

Seega on Eestis kindlasti vaja välja töötada kaasaegne tervishoiutöötajate pädevuse hindamise süsteem, mis asendaks senist kohustuslikku atesteerimist ja võtaks sellest üle positiivse. Vaja on kehtestada ühtsed universaalsed printsiibid, mis kehtivad kõikidele arstidele koos teatud nüanssidega erialade lõikes.

Ühtsed pädevusnõuded peavad kehtima kõigile Eesti territooriumil töötavatele tervishoiutöötajatele – ka neile, kes töötavad väljaspool ravikindlustusvahenditest rahastatavat tervishoiusüsteemi (vanglad, taastusravikeskused ja sanatooriumid, hoolekandeadasutused, päästeamet, kaitsevägi).

9.3.3 Õendusalatöötajate koolitus

Õenduslalal on viimastel aastatel põhitähelepanu pööratud tasemeõppe korraldamisele ja õendusalatöötajate pädevuse ühtlustamisele. Eesmärgiks on võetud, et hiljemalt aastaks 2015 oleks kõikidel õendusalatöötajatel üldõe kutsestandardile vastav kutsekõrgharidus.

Täiendkoolituse seisukohast osalevad õendusalatöötajad peamiselt asutusesisestel koolitustel kas oma või väljastpoolt kutsutud lektoritega, järgnevad meditsiini- ja õendusala koolide poolt korraldatavad ja erialaühingute poolt pakutavad kursused. Eelistatumateks koolitusvõimalusteks on Annely Sootsi Koolituskeskus, Mustamäe Haigla Koolituskeskus ja Keskhaiгла Koolituskeskus.

Sagedamini on õendusalatöötajad täiendanud end pereõenduse, suhtlemise, psühholoogia, esmaabi ja elustamise ning kitsamates kliinilistes valdkondades, asutusesisestel koolitustel

on lisaks eelnevatele käsitletud veel õendust ja õendusdokumentatsiooni, kutse-eetikat, klienditeenindust ja hügieeni. Enam soovivad õendusalatöötajad suhtlemisalast koolitust ja täiendamist mõnes kitsamas kliinilises valdkonnas.

Tööalane täiendõpe peakski esialgu jääma töökohtadele raviasutustes arvestades konkreetse töö iseärasusi, st koolituse dikteerijaks ei oleks meditsiinikoolid ja muud koolitusfirmad, vaid et pakkumine tuleks vastusena nõudlusele. Edaspidi, õendusalatöötajate taseme ühtlustades, on vaja välja töötada kriteeriumid ametkohtadele, lisaks üldõele ka erioed, sh vanem-ja ülemõed. Samuti ka nõuded täiendõppele ning lähtuvalt sellest planeerida koolitusi.

Esmatähtis on käivitada võimalikult suures mahus põhiõppe tasemeõpe enne 2000. aastat lõpetanud õdedele Tallinna ja Tartu meditsiinikoolides, Tartu Ülikoolis ning Tallinna Pedagoogikaülikoolis. Samuti magistriõpe erialati, alustades õenduspedagoogika suuna, õendusjuhtimise ja terviseõendusega. Selle eelduseks on piisava arvu pädevate õppejõudude olemasolu, sh. võimalus kasutada koolitajaid välismaalt. Vajalik on läbi viia ka õendusala põhiõppe õppekava rahvusvaheline akrediteerimine kõigis kolmes Eesti meditsiinikoolis.

Õendusalast põhi-, taseme- ja magistriõpet tuleb finantseerida riiklikest vahenditest olenemata õppevormist. Lähtuvalt tööturu vajadusest tuleb tasemeõppes ilmselt eelistada õppimist töö kõrvalt. Õpingute toetamist vajavad välismaal õendusalast doktorantuuri läbivad Eesti õppejõud, kes seda praegu teevad põhitöö kõrvalt.

Välja on vaja töötada konkreetne ja detailne õenduslase hariduse arengukava vähemalt 10-15 aastaks. Selleks on vaja informatsiooni personalipoliitika kohta tervishoius ja sotsiaalsüsteemis tervikuna, kuid tänase päeva seisuga seda informatsiooni kogutud ja süstematiseeritud veel ei ole.

9.3.4 Hoolduspersonal

Valdaval osal Eesti tervishoius töötavast hoolduspersonalist puudub erialane väljaõpe. Peamiselt toimub väljaõpe töö käigus vastavalt konkreetsetele võimalustele ja vajadustele. Ravikvaliteedi tagamiseks on aga pädeva hoolduspersonali erialane ettevalmistus hädavajalik.

Hoolduspersonalile täienduskoolituse pakkumisel kasutatakse Eestis seni sagedamini asutusesisest koolitust kas oma jõududega või väljastpoolt kutsutud lektoritega. Seda koolitusviisi kasutatakse esmajoones odavuse tõttu. Koolitusfirmadest eelistatakse kasutada Annely Sootsi Koolituskeskust.

9.4 Ümberõpe

Kuna käesoleva uuringu käigus on erinevad osapooled tõstatanud kommunikatsiooniprobleemi reformi läbiviijate ja tervishoiutöötajate vahel, ebaselgust ning teadmatust reformi sisulistest eesmärkidest ja läbiviimises, siis on tervishoiujuhtide ja tervishoiutöötajate ettekujutus oma raviasutuse ja iseenda tulevaste funktsioonide suhtes sageli ebaselge.

Arusaamine oma haigla edasisest tegevuskavast puudub sagedamini maapiirkondades ja maakonnakeskustes. Selline teadmatust tuleviku suhtes nii omandivormi, tegutsemismahu kui pakutavate teenuste suhtes ei võimalda teha ka konkreetseid prognoose ümberõppevaldkondade ja mahtude osas. Siiski nägid enam kui pooled tervishoiujuhtidest ette personali ümberõppevajadust. Kahel kolmandikul juhtudest puudutas see olemasolevat personali, kolmandikul juhtudest juurdetulevat personali.

Üldiselt arvati juhtivpersonali ja eriarstide arvu vähenevat, õdede ja hoolduspersonali arvu aga suurenevat. Viimaste arvu suurenemine ei ole seotud üksnes reformikavaga, vaid ka 2002.aastast kehtiva töö- ja puhkeaja seadusega. Keskmisest sagedamini hindasid juhtivtöötajaid vähenevat tulevase regionaalhaigla ja keskhaigla koosseisu kuuluvate tervishoiuasutuste juhid. Seevastu eriarstide arvu vähenemist prognoosisid pigem haiglavõrgu arengukava järgi teise tasandi haiglate juhid ja need, kelle staatus pole reformikava alusel veel selge.

Kuna haiglad hakkavad täitma uusi funktsioone, siis pidasid tervishoiujuhid ümberõppevajadust oluliseks pea kõigi töötajate gruppide puhul. Rohkem tõsteti esile õendusalatöötajate vajadust taastusravi, geriaatria, kodu- ja pereõenduse vallas. Tõstatus ka liikumisravi spetsialistide ja tegevusterapeutide vähesuse probleem Eestis.

Ümberõppes eelistavad nii tervishoiujuhid kui ka tervishoiutöötajad ise selliseid õppevorme, mis ei katkestaks pikemaks perioodiks töösuhet haiglaga ja tagaks parima kvaliteedi nii teoreetiliste kui esmajoonel just praktiliste oskuste osas. Seega üks sobivamaid ümberõppevorme on kindlasti tsükliõpe – lühiajaline kursustel viibimine koos vahepealse iseseisva tööga, mis on end perearstide koolituse juures juba õigustanud. Eriarstide ja spetsialistide ümberõppeks või kõrvaleriala omandamiseks eelistatakse teooria ja praktika ühildamist, mille tagab paremini stažeerimine teises raviasutuses / osakonnas või teatud erialade puhul ka välismaal. Suuremates asutustes on võimalik teostada ka asutusesisest õpet, seda peamiselt õendus- ja hooldustöötajate puhul.

Ümberõppekoolitust takistavate teguritena mainiti piiratud ressursse. Hetkel selleks kate puudub. 15 haiglajuhi hinnangul võib nende haiglas kuluda ümberõppeks kokku ligikaudu 4 miljonit krooni. Teise olulise takistusena ümberõppe puhul nähti edasiste töövõimaluste ebaselgust. Seega, enne kui saab hinnata ümberõppe mahtusid nii töötajate arvu kui rahalise katte osas, peaks olema selgus, millised haiglad, milliste teenuste ja mahtudega jäävad tegutsema. Antud informatsioon tervishoiujuhtidel 2001.a. oktoobrikuu seisuga puudus.

Arstide valmisolek ümberõppeks on olemas. Loomulikult eelistaks nad jätkata töötamist oma endisel erialal, kuid enamasti on peatähtis siiski mingisugusegi edasise töötamisvõimaluse olemasolu. Suurim on valmisolek teise kliinilise eriala, taastusravi,

peremeditsiini ja tervishoiujuhtimise eriala omandamiseks. Eelistatumaks koolitusviisiks peetakse osalemist lühiaegsetel kursustel vahepealse iseseisva tööga.

Suurim puudujääk pädevate eriarstide arvus praegusel momendil ja ka tulevasi arengustsenaariume silmas pidades on erakorralise meditsiini, peremeditsiini, psühhiaatria ja tervishoiu erialadel.

Puudujäägi likvideerimiseks on peremeditsiini erialal käivitatud 3-aastased spetsialiseerumiskursused pediatritele, üld- ja sisearstidele, mis peaksid lõppema aastal 2003 seoses spetsialistide piisava arvu saavutamiseks. Erakorralise meditsiini erialal soovitakse olukorra leevendamiseks korraldada ajutisi 6-kuulisi kursuseid kiirabiarstidele ja anestezioloogidele, ka tervishoiu peetakse vajalikuks eriprogrammiga spetsialiseerumiskursuseid.

Taastusravi erialal peeti esmatähtsaks tasandus-täiendus-koolitusprogrammide vajaduse loomist, et tagada praegu väga erineva ettevalmistusega taastusarstidele (koondnimetuse taastusarst alla kuuluvad taastusarstid kitsamas mõttes, nõelravispetsialistid ja spordiarstid) kvalifikatsiooni ühtlustamiseks ümberõppesüsteem, kuna praegu selle eriala arstid üksteist asendada ei saa. Sama koolitusprogrammi saab kasutada ka sanatooriumites töötavate arstide (ettevalmistuselt sise- või üldarstid) ja teiste erialade spetsialistide (eeskätt neuroloogide, traumatoloog-ortopeedide ja pediatrite) ümberspetsialiseerumisel tervishoiureformi käigus.

Õendusalatöötajatel massiline ümberõppevajadus puudub, kuna selle probleemi loodetavasti lahendab tasemeõppe läbimine, kus omandatakse muuhulgas ka tervisenõustamise, koduõenduse jmt. alused. Kitsam täiendamine sõltuvalt uue töö iseloomust ja uutest tööülesannetest on siiski vajalik.

Raha tervishoiutöötajate ümberõppeks seoses tervishoiureformidega tuleb leida riigieelarvest või tervishoiuprojektist. Paratamatu on ka teatud tööandja ja tervishoiutöötajate poolne omavastutus, seda peamiselt just transpordi- ja elamiskulude näol.

10. JÄRELDUSED

1. Eesti elanikele vajalike tervishoiuteenuste osutamise ning tervishoiusektori jätkusuutliku arengu eelduseks on erialaselt pädevate tervishoiutöötajate olemasolu. Tervishoiutöötajad tegutsevad avalikes huvides ja nende õpetuse tagamine avalikest vahenditest on seega ainuvõimalik.
2. Tervishoiureformiga kaasnevate muutuste elluviimine sõltub töötajate oskustest ja väljaõppest. Seetõttu on oluline paralleelselt süsteemi ümberkorraldamisega valmistada tervishoiujuhte ja tervishoiutöötajaid ette muutunud olukorras toimetulekuks.
3. Enne suuri muutusi ja muutuste käigus tuleb kõigile asjaosalistele selgeks teha nende uus staatus, ülesanded ja tööjaotus uuendatud süsteemis. See on eelduseks personali valmisolekule uute rollide vastuvõtmisel ja omandamisel. Maksimaalselt tuleb ära kasutada tervishoiutöötajate senised teadmised ja kogemused ning pakkuda neile võimalusi täiendavate oskuste omandamiseks.
4. Ajakohase ja kõrgel tasemel koolituse tagavad pädevad koolitajad ning adekvaatse koolitussüsteemi kujundamine ja säilitamine vajab rahastamise stabiilsust.
5. Kuni 2001. a. lõpuni toimus arstide ja õdede täiendkoolitus ning atesteerimine vastavalt Eesti Vabariigi Tervishoiuministeeriumi 1991. a. käskkirjadele. Atesteerimise tulemusena omistati tervishoiutöötajatele vastavalt kas II, I või kõrgem kategooria. Uue tervishoiuteenuste korraldamise seaduse jõustumisega alates 01. jaanuarist 2002. a. kaotas selline kord kehtivuse.
6. Praegusel hetkel on ainsana tervishoiutöötajatest enesetäienduse nõue kehtestatud perearstidele, kes vastavalt perearsti tööjuhendile peab osalema erialastel kursustel, seminaridel, konverentsidel, kursustel, seminaridel ja muul koolitusel vähemalt 60 tundi aastas.
7. Vastavalt kujunenud tavale saavad täiendkoolitust kõige enam arstid ja juhid, õendusametajad vähem ja hoolduspersonal peaaegu üldse mitte.
8. Tervishoiujuhtide täiendkoolitust pakub ainsana Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus. Peamisteks probleemideks on tervishoiujuhtide madal motivatsioon koolitustel osalemiseks ja juhtide pädevusnõuete puudumine, mis oleks aluseks täiendkoolituste väljatöötamisel.
9. Peamine täiendkoolitus arstidele toimub TÜ arstiteaduskonna täienduskeskuses. Erialane täiendkoolitus toimub tihti ka erialaseltside kaudu. Valdavalt täiendatakse end kitsamalt oma erialal või lähedastel kliinilistel erialadel, tunduvalt harvemini patsiendiga suhtlemises, psühholoogias, meditsiinieetikas, taastusravis ja rahvatervises.
10. Optimaalseks enesetäienduse mahuks, mis tagab arstidel erialase kvalifikatsiooni säilimise ja arengu, peetakse 14-17 päeva aastas.
11. Eestis on avaramad tingimused täiendõppeks perearstidel, samas on nende suurimaks takistuseks koolitustel osalemiseks ajapuudus ja asendusarsti puudumine. Viimane vajab täpsemat seadusandlikku regulatsiooni.

12. Õenduslal on viimasel ajal põhitähelepanu pööratud tasemeõppe korraldamisele ja õenduslatöötajate pädevuse ühtlustamisele. Eesmärgiks on, et hiljemalt aastaks 2015 oleks saavutatud kõikidel õenduslatöötajatel üldõe standardile vastav kutsekõrgharidus. Vajalik on alustada (Tartu Ülikoolis) õenduslase magistriõppega õenduspedagoogidele, õendusjuhtidele ja terviseõdedele. Õenduslane õpe, sh tasemeõpe tuleb finantseerida riiklikest vahenditest olenemata õppevormist. Lähtuvalt tööturu vajadusest tuleb tasemeõppes eelistada õppimist töö kõrvalt.
13. Õenduslatöötajatel on läbitud täiendkoolituse vormidest esikohal asutusesisestel koolitustel osalemine, millele järgnev meditsiinikoolide poolt korraldatav ja erialaühingute poolt pakutav. Sagedamini on täiendatud end pereõenduse, suhtlemise, psühholoogia, esmaabi ja elustamise alal ning kitsamates kliinilistes valdkondades.
14. Valdaval osal hoolduspersonalist puudub erialane väljaõpe. Peamiselt toimub õpe töökohtadel vastavalt konkreetsetele võimalustele. Ravikvaliteedi tagamiseks on aga pädeva hoolduspersonali süsteemne erialane ettevalmistus hädavajalik.
15. Täienduskoolituse valikul on seni olnud oluline lisaks koolituse kvaliteedile ka koolituse hind. Sageli valitakse koolitaja lähtudes hinnatasemest, alles seejärel vaadatakse teemat ja koolitajat.
16. Peamine täiendkoolitust takistav faktor on raviasutuste ja personali rahapuudus. Lisaks osavõtumaksule tuleb tasuda ka transpordi- ja ööbimiskulud. Keskmiselt kulutas arsti täiendustele isiklikku raha 1000 aastas.
17. Toimuva täiendkoolituse rahastajana on olulisel kohal ravimi- ja meditsiinitehnika tootjad, kes vastutasuks ootavad oma ravimite ja toodangu eelistamist. See rõhutab täiendkoolituse rahastamise olulisust riiklikest vahenditest, et tagada õpetuse suurem sõltumatus.
18. Haigla juhtide poolt hinnati täienduskoolituseks vajalikuks summaks ühes aastas iga juhtivtöötaja kohta 12 tuhat krooni, eriarsti kohta 9-10 tuhat krooni, õenduslala töötaja kohta 4-5 tuhat krooni ja hooldustöötaja kohta 1-2 tuhat krooni. Nende hinnangute alusel oleks aastas vaja kõigi Eesti tervishoiutöötajate täiendkoolitusteks kulutada 90-100 miljonit krooni. 2000.a. kasutati täiendkoolitusteks 18,5 miljonit ehk 5 korda soovitudust vähem.
19. Tervishoiutöötajate motivatsioon täiendkoolitustel osalemiseks on piisav, kuid soovatakse, et täiendkoolitusel omandatud saaks ka igapäevasesse praktikasse rakendada ja et see oleks reaalselt seotud ka palgatõusu ja karjääriga. Olulisemad eesmärgid koolitustel osalemiseks on erialateadmiste täiendamine, kogemuste vahetamine kolleegidega ja uute praktiliste tövõtete omandamine ning olemasolevate täiustamine.
20. Vajalik on kehtestada ühtsed pädevusnõuded kõigile Eesti territooriumil töötavatele tervishoiutöötajatele sh. ka väljaspool ravikindlustusvahenditest rahastatavat tervishoiusüsteemi töötavatele (vanglad, taastusravikeskused ja sanatooriumid, hoolekandeesutused, päästeamet, kaitsevägi).

21. Vaja on välja töötada kaasaegne ühtne tervishoiutöötajate pädevuse hindamise süsteem, mis asendaks senist kohustuslikku atesteerimist.
22. Suurenema peab tööandjate vastutus tööjõu pädevuse tagamisel ja arendamisel.
23. Tervishoiureformi tulemusena võib väheneda juhtivpersonali ja eriarstide arv, vajadus õdede ja hoolduspersonali järele suureneb kindlasti. Viimane on tingitud ka uue töö- ja puhkeaja seaduse rakendumisest.
24. Valmisolek täiend- ja ümberõppeks on arstide seas olemas. Enamus täna töötavatest arstidest tunnetab, et nende põhiõpe ega senine kogemus pole piisav valdkondades, mille tähtsus tervishoiureformi käigus suureneb – vanuritega töötamine, rehabilitatsioon, koduse ravi korraldus, terminaalsed seisundid ja koostöö sotsiaalsfääri ning omavalitsustega. Suurim on valmisolek teise kliinilise eriala, taastusravi, peremeditsiini ja tervishoiu juhtimise omandamiseks.
25. Raha tervishoiutöötajate ümberõppeks seoses tervishoiureformidega tuleb leida riigieelarvest. Paratamatu on ka teatud tööandja ja tervishoiutöötajate poolne omavastutus, seda peamiselt just transpordi- ja elamiskulude näol.

11. SOOVITUSED TERVISHOIUTÖÖTAJATE KOOLITUSTELLIMUSEKS PÕHIÕPPES

11.1 Põhimõtted ja lähtekohad

Valdav osa tervishoiu- ja raviteenustest osutatakse tänasel päeval ning tulevikus avalikes huvides ning neid rahastatakse riiklike maksude abil. Üldistes huvides on tagada, et tervishoiuteenused oleks eesti elanikele kättesaadavad ja nende kvaliteet maksimaalne. Tervishoiuteenuste kättesaadavus ja kvaliteet põhinevad piisava arvu tervishoiutöötajate asjatundlikul koolitusel. Sotsiaalministeeriumi vastutada on tervishoiusektori areng Eestis ja sellest lähtuvalt on käesolevas dokumendis esitatud pikaajaline prognoos tervishoiutöötajate erinevate kategooriate riikliku koolitustellimuse formuleerimiseks.

Tervishoiutöötajate koolitustellimuse koostamise lähtekohad:

- Sotsiaalministeeriumil on ülevaade tervishoiutöötajate erinevate kategooriate vanuselisest struktuurist ja planeeritavatest ümberkorraldustest tervishoius, mille alusel hinnata vajadust tervishoiutöötajate järele tulevikus;
- viimase aastakümne heitlik koolitustellimuse planeerimine on tekitanud püsiva puuduse erialase ettevalmistusega tervishoiutöötajate osas lähimateks aastakümneteks;
- tervishoiutöötajate õpe on kutseõpe – vastaval erialal ei tohi patsientide tervise ja elu huvides töötada isikud, kes pole vastavat kutset omandanud, s.t erinevalt enamusest elukutsetest ei saa loota vabade arsti või õe ametikohtade täitumisele ilma vastavat põhikoolitust korraldamata;
- ajakohase ja kõrgel tasemel koolituse tagavad pädevad koolitajad ning adekvaatse koolitussüsteemi kujundamine ja säilitamine vajab rahastamise stabiilsust.

Siinkohal esitatud arvud lähtuvad Eestis töötavate tervishoiu- ja arstiteaduse erialade spetsialistide vanuselisest koosseisust, arengutest Euroopa riikides ning on kooskõlas vastavate erialaliitude ja -ühingute ning vastavate koolitusasutuste hinnangutega erialas. On loomulik, et erialaorganisatsioonide sooviks on vähendada uute erialaspetsialistide lisandumist ning koolitusasutuste sooviks on suurendada koolitustellimust. Seetõttu on käesolev dokument koostatud konsensuse alusel, kus vastandlikud huvid teineteist tasakaalustavad ning eesmärgiks on Eesti tervishoiusüsteemi stabiilse arengu tagamine.

Eesti elanikele vajalike tervishoiu- ja raviteenuste osutamise ning tervishoiusektori jätkusuutliku arengu eelduseks on erialaselt pädevate tervishoiutöötajate olemasolu. Vastavalt saavutatud konsensusele on tabelites 11-2 ja 11-3 esitatud Sotsiaalministeeriumi ettepanekud riikliku koolitustellimuse planeerimiseks kõrgkoolidele alates 2002.a.

Sotsiaalministeerium ei näe võimalust tervishoiutöötajate riikliku koolitustellimuse kasvõi osaliseks asendamiseks tasulise õppega. Õpetus on teistest elukutsetest oluliselt kallim ja sel juhul oleks eriala omandamine rahaliselt võimalik ainult rikastele leibkondadele, keda on Eesti peredest mitte enam kui 5%. Teistele oleks ainsaks võimaluseks hiiglaslik pangalaen, mille tagasimaksmiseks pole Eesti tervishoiutöötajate palgatase ka tulevikus piisav. Tervishoiutöötajad tegutsevad avalikes huvides ja nende õpetuse tagamine avalikest vahenditest tagab parima tulemuse nii töötajate valiku kui nende kvalifikatsiooni osas.

11.2 Põhiõpe Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas

Vastuvõtt Tartu Ülikooli arstiteaduskonna erialadele on viimasel seitsmel aastal olnud oluliselt väiksem kui eelneval aastakümnel ja selle tulemusena väheneb lähitulevikus järsult arsti, stomatoloogi, proviisori ja õpetaduse erialadel tööaliste spetsialistide arv Eestis.

Et mitte tekitada püsivat puudust kõrgharidusega tervishoiutöötajate järele, on saavutatud konsensus Eestile vajalikus arstide, hambaarstide ja proviisorite üldarvus lähemaks 10 aastaks, mis põhineb praegu töötavate spetsialistide vanuselisel jaotusel. Konsensusdokument allkirjastati 21.jaanuaril 1999.a. sotsiaalministri, Arstide Liidu presidendi ja TÜ arstiteaduskonna dekaani poolt 1999.a. üliõpilaste riikliku tellimuse esitamiseks haridusministeeriumile ning 20.detsembril 1999.a. vastava tellimuse esitamiseks 2000.aastaks. Neis dokumentides taotletakse arstiteaduskonna üliõpilaste riiklike õppekohtade arvu suurendamist tasemele, mis suudaks säilitada arstide, hambaarstide ja proviisorite üldarvu praegusest veidi madalamal tasemel.

11.2.1 Arsti põhiõpe

Arste arvati Eestis 1990-te alguses olevat liiga palju ja selle mõtte najal otsustati vähendada arstiüliõpilaste vastuvõttu ühe kolmandikuni 80ndate aastate tasemest. Hiljem siiski selgus, et otsus oli liiga järsk ning vastavalt arstide vanuselisele koosseisule on 2010. aastaks Eestis tööelisi arste vähemalt 500 võrra vähem kui praegu (4600). Ja kui arstiüliõpilaste arvu kiiresti ja järsult ei suurendata, jätkub arstide arvu edasine vähenemine ning kahekümne aasta pärast on Eestis maksimaalselt 3500 arsti. Et Eesti arstidest 75% on naised, ei tööta nad kogu oma karjääri vältel pidevalt, mistõttu tegevarstide arv on veelgi väiksem. Arstiteaduste areng on suurendanud arstiabi võimalusi ning elanikkonna vananemine on suurendanud vajadust arstiabi järele. Seetõttu on Euroopa riikides viimase kahekümne aasta jooksul arstide suhtarv elanikesse kahekordistunud ja pole mingit alust arvata, et see suund tulevikus pöördub või saaks Eestis olla vastupidine.

Seega on Eestis arstide arvu säilitamiseks vajalik aastane juurdekasv 100-110 arsti, s.t. residentuuri lõpetanud inimest. Et residentuuri (3-5 aastat) lõpetaks 100 inimest, peab ülikooli edukalt lõpetama 120-130 ning ülikooli arsti erialale astuma vähemalt 150-170 üliõpilast.

11.2.2 Hambaarstiteaduse põhiõpe

Hambaarste tegutseb Eestis käesoleval ajal ligi 1000 ja selle arvu säilitamiseks on vaja, et aastas lisanduks 35-40 väljaõppinud spetsialisti. Selle arvu suudaks tagada iga-aastane riiklik tellimus 40 üliõpilaskohale. Vajadus kitsamate stomatoloogia erialade järele on väiksem – 1/3 kõigist stomatoloogia põhiõppe lõpetanutest (~10 inimest) peavad jätkama residentuuris.

11.2.3 Proviisori põhiõpe

Farmaatsia-alase kõrgharidusega spetsialiste tegutseb Eestis ligi 800. Samaselt hambaarstidele võib seda arvu pidada optimaalseks ja iga-aastane üliõpilaste vastuvõtt peaks seetõttu olema sama suur kui stomatoloogias. Põhjuseks seejuures, et vahepealsete aastate väiksem vastuvõtt farmaatsia erialale on viinud selleni, et paaril lähiaastal lõpetab proviisorina 10-15 inimest aastas, ning sellest mõõnast tuleb kiiresti üle saada.

11.2.4 Õendusteadus

Ülikooliharidusega õdesid on Eestis sadakond, neist viiendikul on bakalaureuse- või magistrikraad. Kui viia Eestis töötavate õdede haridustase vastavusse arenenud riikidega, oleks Eestile vaja kokku 2000-2500 bakalaureusekraadiga õde, kes töötaksid õendusala juhtide (ülem- ja vanemõed), koolitusõde, intensiivraviõde ja meditsiinikoolide õpetajate ametikohtadel. Nende ametikohtade järkjärguline täitmine kõrgharitud ning pädevate spetsialistidega vajab iga-aastast juurdekasvu 50-75 inimese võrra.

11.2.5 Koolitustellimuse täitmise efektiivsus TÜ arstiteaduskonnas

Alljärgnev tabel näitab arstiteaduskonna lõpetajate arvu ja õppe kestust. Nominaalajaga lõpetajad on siinkohal ainult need kes lõpetasid arstiõppe 6 aastat pärast sisseastumist ja hambaarsti või proviisoriõppe 5 aasta jooksul, s.t ilma õpinguid kordagi katkestamata. Nominaalae + 1 aasta sisaldab ka neid, kes olid olnud akadeemilisel puhkusel ühe aasta, sh sünnituse ja lapsehoolduse tõttu.

Tabel 11-1. Koolitustellimuse täitmise efektiivsus TÜ arstiteaduskonnas

Lõpetamise aasta	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Arstiteadus						
vastuvõtuarv (sisseastumisaasta)	198 (1990)	145 (1991)	127 (1992)	90 (1993)	80 (1994)	70 (1995)
Lõpetas 7 aastaga, s.t nominaalae + 1 a	109 (55%)	111 (76%)	91 (72%)	54 (60%)	55 (69%)	77 (86%)
Lõpetajaid kokku	133	130	116	61	63	89
Hambaarstiteadus						
vastuvõtuarv (sisseastumisaasta)	40 (1991)	35 (1992)	23 (1993)	30 (1994)	35 (1995)	40 (1996)
Lõpetas 6 aastaga, s.t nominaalae + 1 a	30 (75%)	25 (71%)	21 (91%)	33 (110%)	27 (77%)	24 (60%)
Lõpetajaid kokku	33	37	27	34	33	30
Proviisoriõpe						
vastuvõtuarv (sisseastumisaasta)	40 (1991)	22 (1992)	17 (1993)	25 (1994)	25 (1995)	25 (1996)
Lõpetas 6 aastaga, s.t nominaalae + 1 a	24 (60%)	13 (59%)	12 (71%)	11 (44%)	21 (84%)	21 (84%)
Lõpetajaid kokku	25	18	15	11	23	25

Tabel 11-1 kajastab lõpetajaid, kes olid õppima asunud enne 1996.a., seega ammu enne riikliku koolitustellimuse kujunemist. Kokkuvõttes on viimasel aastakümnel väljalangevus nii arstiteaduse, hambaarstiteaduse kui ka proviisoriõppes olnud 20-30%.

Lisaks riiklikule tellimusele on arstiteaduskonda pidevalt vastu võetud ka riigieelarvevälistele õppekohtadele, kus õppemaks on olnud veerand kuni kolmandik riikliku õppekoha maksumusest. Vastavalt väljalangemisele on riigieelarveväliseid üliõpilasi viidud üle riiklikele õppekohtadele. Seega, arvestades üldist väljalangevust ja praegu õppes olevate üliõpilaste arvu, saab arstiteaduse põhiõppe lõpetajate riiklik koolitustellimus lähemal viiel aastal olema täidetud keskmiselt 110%, hambaarstiteaduse ja proviisori põhiõppe osas vähemalt 100%.

Esitatud arvud üliõpilaste vastuvõtu riikliku tellimuse suurendamiseks arstiteaduskonda suudavad asjaolude soodsal kokkulangemisel pelgalt säilitada nimetatud tervishoiuerialade spetsialistide arvu tasemel, mida käesoleval ajal võib pidada optimaalseks. On täiesti kindel, et nii Eesti elanikkonna vananemine kui teaduse ja meditsiinitehnoloogia areng suurendavad vajadust spetsialistide järele tervishoius ning üliõpilaste arvu tuleb edaspidi regulaarselt korrigeerida.

11.3 Kraadiõpe ja kutseõpe

11.3.1 Doktoriõpe arstiteadustes

Arstiteaduse, hambaarstiteaduse ja farmaatsia põhiõppele järgnev kraadiõpe – 4-aastane doktoriõpe arstiteadustes – annab teadmisi, oskusi ja kogemust teadustööks, mis on vajalikud eeskätt tulevastele õppejõududele ja arstiteadlastele. Arstiteaduste erinevate erialade õpetamisega tegeleb Eestis ligi 300 inimest ja teist niipalju on vaja teadusuuringute läbiviimiseks. Seega ideaalis oleks iga-aastane tulem 20-25 doktorikraadi arstiteadustes, sh hambaarstiteadus ja farmaatsia.

11.3.2 Magistriõpe rahvatervises

Rahvatervisealase koolituse arengukava koostas sotsiaalministri 4.oktoobri 1999.a käskkirjaga nr 238 moodustatud komisjon 1.märtsiks 2000.a. ning siinkohal käsitletakse ainult seda osa arengukavast, mis puudutab tervishoiujuhtide koolitust vastavalt Tartu Ülikoolis kinnitatud kaheaastase kutsemagistri õppekavale. Kutsemagistrite (tervishoiujuhtimise suunal) tulevasteks töökohtadeks oleks spetsialisti või juhi ametid tervishoiuasutustes, riigi või omavalitsuse struktuuris.

11.3.3 Eriarstide kutseõpe

Seoses uuele õppekavale üleminekuga arstiteaduse ja hambaarstiteaduse põhiõppes inkorporeeritakse internatuur osaliselt põhiõppesse ning alates 2002.a ei toimu internõpe hambaarstiteadustes ja alates 2003.a arstiteadustes. See tekitab olukorra, kus 2003.a. juunis lõpetavad samaaegselt internatuuri 90 vana õppekava alusel õppinud arsti ning arstiteaduse põhiõppe lõpetab 100 uue õppekava alusel õppinud arsti. Et luua neile võimalused edasiõppimiseks, tuleb kahel aastal (2003 ja 2004) riiklikele õppekohtadele vastu võtta 140 arst-residenti. Vajab rõhutamist, et tegemist pole siinjuures mitte lisakuludega arstide väljaõppes vaid õpetuskulude kokkuhoiuga, sest alates 2003.a. internõpet enam ei toimu, selle jaoks pole vaja riigieelarves vahendeid ette näha ning eriarstiõppe kogukestus lüheneb kokkuvõttes ühe aasta võrra.

11.4 Kutsekõrgharidus

Eestis on õendusalatöötajate arv, arvatuna kas elanikkonna kohta või arstide arvu suhtes, kaks korda madalam kui Euroopas keskmiselt. Alustatud haiglate reform suurendab hooldusravi ja iseseisva õendusabi osatähtsust, mis aitab parandada haigete ja teiste abivajajate toimetulekut oma tervisehädadega. Sellest tulenevalt pole kahtlust, et tulevikus peab olema Eestis senisest rohkem ja parema ettevalmistusega õendusala töötajaid ja erialase ettevalmistusega hooldusõdesid ning vastavat koolitustellimust peab järsult suurendama, vähemalt kaks-kolm korda. Vastasel korral on kindel, et kümne aasta pärast on meil õdesid sama palju kui arste, st. tuleb hakata kvalifitseeritud tööjõudu Eestisse sisse tooma.

Probleemiks on, et suurenenud koolitusvajadust ei suuda olemasolev õendusala õppejõudude ja õpetajate koosseis rahuldada oma praeguse koosseisu piiratud arvukuse ja osaliselt ka vajaliku ettevalmistuse puudumise tõttu. Seetõttu on paralleelselt koolitustellimuse suurendamisega vaja panna rõhku esmajoones õendusala õppejõudude ja õpetajate täiendkoolitusele ning uute õpetajate väljaõppele erialadel, kus Eestis seni pädevust napib.

Õppejõudude ja õpetajate erialase ja kõrgkoolipedagoogika alase koolituse vajadus käib kõige enam nende erialade kohta, mida Eestis seni veel ei ole süsteemselt ja täies mahus õpetatud vastavalt Euroopa standarditele, sh bioanalüütikud ja keskkonnatervise (tervisekaitse) spetsialistid. Selle vajaduse rahuldamiseks tuleb kasutada lisaks Eesti asjatundjatele kindlasti õppejõude välismaalt ning rahastada seda lähiaastatel Eesti Tervishoiuprojekti vahenditest.

Vaatamata sellele, et õpetamise taseme suhtes Meditsiinkoolides on esitatud (osaliselt põhjendatud) kriitikat, on vajalik suurendada vastuvõttu juba 2002.aastast ja paralleelselt välja töötada ning käivitada Meditsiinkoolide õppejõudude ja õpetajate täiendõpe. Paar aastat ootamist tähendaks selget ajakaotust ning õendusalatöötajate defitsiidi süvendamist tulevikus.

Tabel 11-2. Ettepanek riiklikuks koolitustellimuseks ülikoolidele

	2002	<i>Ettepanek 2002-2010</i>			<i>HM (riiklik tellimus)</i>			<i>SM ettepanek 2002.a-ks</i>
		2003	2004	2005-2010	1999	2000	2001	
Tartu Ülikool								
Põhiõpe								
arsti 6-a. põhiõpe	120	120	120	120	100	110	100	110
hambaarsti 5-a põhiõpe	40	40	40	40	35	30	30	30
proviisori 5-a. põhiõpe	40	40	40	40	35	30	30	30
Kutseõpe								
internatuur, 1-a. üldarstiõpe	110	20	10	--	130	120	110	90
arst-residendid, 3-5-a. (sh. hambaarstid)	100	140	140	100	90	90	90	100
Bakalaureuseõpe (3+)								
õendusteadus, 1-2.a.	20	--	--	--	10	30	30	--
füsioteraapia, 3-a.	15	15	15	15	15	15	15	15
Magistriõpe (+2)								
biomeditsiin, 2-a. teadusmagistriõpe	3	3	3	--	3	3	3	--
õendusteadus, 2-a. teadusmagistriõpe	20	20	20	20	2	3	3	20
rahvatervis, 2-a. kutsemagistriõpe	20	20	20	20	--	10	7	15
rahvatervis, 2-a. teadusmagistriõpe	5	5	5	--	--	3	3	5
Doktoriõpe								
arstiteadused, 4-a. (sh neuroteadused, hambaarstiteadus, farmaatsia,)	25	25	25	25	27	30	20	25
Tallinna Pedagoogiline Ülikool								
õendusteadus, 3.a. bakal.õpe	??				--	--	--	--
Tallinna Tehnikaülikool								
biomeditsiinitehnika, 4-a. diplomiõpe	??							10

Tabel 11-3. Ettepanek riiklikuks koolitustellimuseks meditsiinkoolidele, sh uued erialad kutsekõrghariduse tasemel

	2002	<i>Ettepanek 2002-2010</i>			<i>HM (riiklik tellimus)</i>			<i>SM ettepanek 2002.a-ks</i>
		2003	2004	2005-2010	1999	2000	2001	
Tallinna Meditsiinkool								
õendus – 3,5 a.	180	210	240	240	180	150	150	120
ämmaemandus – 4,5 a.	15	15	15	15	--	30	20	15
optometrist – 3,5 a.	16	??			16	16	16	16
farmatseut – 3,5 a.	30	??			30	30	30	30
tegevusterapeut – 3,5 a	30	??			--	20	30	--
hambatehnik – 3 a.	12	??			12	12	12	12
Tartu Meditsiinkool								
õendus – 3,5 a.	90	120	150	150	90	90	90	90
bioanalüütik – 3,5 a.	30	30	30	30	30	30	30	25
radioloogiatehnik – 3,5 a.	20	20	20	20	30	20	20	20
ämmaemandus – 4,5 a.	15	15	15	15	30	--	30	15
füsioterapeut – 3,5 a.	--	--	--	--	--	--	30	--
keskkonnatervis – 3-4 a.	--	20	20	20	--	--	--	15
Kohtla-Järve Meditsiinkool								
õendus – 3,5 a.	60	60	90	90	60	30	30	30
hooldusõde – 2 a.	30	30	60	90	--	60	--	40
Teised koolid								
Tallinna Diakooniakool								
hooldusõde – 2 a.	40	60	60	90				

12. ETTEPANEKUD TÄIEND- JA ÜMBERÕPPE PLANEERIMISEKS JA KORRALDAMISEKS

12.1 Tervishoiujuhid ja -korraldajad

Tervishoiu juhtimise kõrgematel tasemetel suureneb vajadus juhtimise, tervishoiu organiseerimise ja rahvatervise üldteadmiste järele ning väheneb meditsiiniliste erialateadmiste osa. Seetõttu on vajalik paindlik lähenemine – osakonnajuhataja tasemel raviasutuses piisab mõnenädalastest juhtimiskursustest, suuremad juhtimisülesanded nõuavad teisesisulist ja -mahulist õpetust. Juhtimisteadmisi on kõige otstarbekam anda isikutele, kes on alustanud juhirollis. Samaaegse töötamise tõttu võiks peamiseks õppevormiks kujuneda tsükliline täiendõpe (2-3 päeva), mis toimub 1-2 korda kuus vastavate õppekavade järgi. Seega on peamiseks õppevormiks selles tervishoiu lõigus täiendõpe ja magistri tasemel õpetuse iga-aastaseks koolitusvajaduseks on 3-5 inimest.

Koolituse eesmärk on arendada professionaalseid administratiivseid oskusi järgmistel ametikohtadel töötajatel: paarstid, ülemõed, tervishoiuasutuste ökonomistid, raamatupidajad, direktorid, personalijuhid, allüksuste juhatajad. Organisatsioonide ring, millele töötajad oleksid haaratud koolitusega: raviasutused, hooldekodud, lastekodud, taastusravikeskused, haigekassad. Juhul kui tegevusala on seotud tervishoiu ja hoolekandega: valitsusasutused, kohaliku omavalitsuse ametiasutused, Ülikoolid ja muud õppeasutused. Organisatsioonide arv Eestis, mis mahuvad eelpooltoodud skaalasse, on ca 500.

Orienteeruv täiendõppe sihtgrupi suurus võiks eksperthinnangul olla ca 1000 inimest (sh osakonnajuhataja tase), kellest valdav enamus on kõrgema meditsiinilise, keskmeditsiinilise või majandusliku taustharidusega. Sellele lisandub juhtimisalane koolitus erasektorile tervishoius, näiteks töötervishoiu või hambaravi valdkondades. Et peamiseks tervishoiujuhtide tööandjaks on avalikke huve täitvad tervishoiu- või haldusasutused, on oluline riikliku koolitustellimuse kujundamine täiendõppele järjepidevuse tagamiseks, näiteks Eesti Tervishoiuprojekti abil.

Tervishoiujuhtide täiendkoolituste programmi väljatöötamise aluseks peavad olema tervishoiujuhtide pädevusnõuded, mis praeguse seisuga puuduvad. Seega tuleb lähiajal alustada standardametijuhendi väljatöötamist nii tervishoiu keskastmejuhtidele kui tippjuhtidele.

Tervishoiujuhtide magistriõpe on käivitatud 2000.a. Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas. Tervishoiujuhtide täiendkoolitust pakutakse Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskuses 2-3 päevaste tsüklite kaupa (maksumus vahemikus 800-1300 krooni). Koolitajatena kasutatakse spetsialiste üle Eesti ja välismaalt. Ette on valmistatud on 4-moodulilised koolitusprogrammid keskastmejuhtidele ja 6-moodulilised tervishoiu tippjuhtidele. Probleemiks on siinkohal piisava arvu pädevate koolitajate ja stabiilse koolitussüsteemi puudumine.

12.2 Arstid ja hambaarstid

12.2.1 Täiendõpe

Kuni 2001.a. lõpuni toimus arstide ja hambaarstide pädevuse hindamine atesteerimiste näol, mis kohustas arste koguma koolituspunkte täiendkoolitustel osalemisega. Uue tervishoiuteenuste korraldamise seaduse jõustumisega 2002.a. kaotas senine kord kehtivuse.

Kindlasti on vaja välja töötada uus kaasaegne tervishoiutöötajate pädevuse hindamise süsteem, mis asendaks senist kohustuslikku atesteerimist ja võtaks sellest üle positiivse. Eesti eelnevat ja rahvusvahelist kogemust arvestades peab pädevuse hindamine olema kohustuslik ja perioodiline, soovitatavalt 5-aastaste intervallidega. Kohustuslikkus garanteerib arstide motivatsiooni täiendustel osalemiseks ja annab tööandjatele aluse võimaldada töötajatele nõutavas mahus enesetäiendamist. Vaja on kehtestada ühtsed printsiibid, mis kehtivad kõikidele arstidele koos teatud nüanssidega erialade lõikes, mis vastaksid rahvusvahelistele UEMS (*European Union of Medical Specialists*) CME (*Continuing Medical Education*) soovitudele.

Soovitus arstide ja hambaarstide pädevuse hindamiseks 5-aastase intervalliga:

Pädevuse hindamisel tuleb kirjalikult esitada oma viimase 5 aasta ravitöö analüüs ja dokumentaalselt tõendada oma osalemine erialases enesetäienduses sama perioodi jooksul.

Piisavaks enesetäienduse mahuks 5 aasta jooksul täita kolm viiest tingimusest:

1. täiendkursuste läbimine vähemalt 400 tunni ulatuses, sh. 40 tunni ulatuses patsiendiga suhtlemist, psühholoogiat, meditsiinieetikat, tervise edendamist, haiguste ennetust, koostööd sotsiaalsfääriga jms.
2. osalemine 5 erialakonverentsil
3. eriarstidel (va. perearst ja hambaarst) 2 nädalat stažeerimist juhtivas erialakliinikus
4. üks järgnevatest alternatiividest:
 - 2 erialase ettekande pidamine arstidele konverentsil või erialaseltsi koosolekul
 - elanikkonnale suunatud 5 haigusi ennetavat loengut (koolides jms.) või artiklit ajakirjanduses (sobivaim pere- ja hambaarstidele)
 - teadusartikkel eelretsenseeritavas ajakirjas
5. üks järgnevatest alternatiividest:
 - osalemine teaduslikes uuringutes
 - osalemine standardeid välja töötavates töögruppides
 - kliinilistes auditites osalemine
 - töö retsensendina ajakirja juures
 - iseseisev töö kirjandusega, mille tõenduseks testide täitmine erialaseltsi või -ajakirja juures.

Ühtsed pädevusnõuded peavad kehtima kõigile Eesti territooriumil töötavatele arstidele - ka neile, kes töötavad väljaspool ravikindlustusvahenditest rahastatavat tervishoiusüsteemi (vanglad, taastusravikeskused ja sanatooriumid, hoolekandeesutused, päästeamet, kaitseväge jne).

Arstide ja hambaarstide pädevuse hindamiseks, kes mingil põhjusel viimase 5 aasta jooksul oma erialal või üldse arstina töötanud ei ole, on vajalik sooritada teoreetiliste teadmiste ja praktiliste oskuste tõendamine eksamil. Luua tuleb ka võimalused sellele eksamile eelnevaks teadmiste-oskuste uuendamiseks.

Valdav enamus arstide ja hambaarstide täiendkoolitusest toimub Tartu Ülikooli arstiteaduskonna täienduskeskuse kaudu, mis pakub aastas 200 erinevat kursust 3500-le osalejale. 3-päevase kursuse hind on vahemikus 1000-1800 krooni. Teemade valik on laiem üld- ja perearstidele ning siduserialadel ka eriarstidele ja väiksem kitsamatel erialadel, kus pädevuse tagamiseks on otstarbekam täiendada end välismaal stažeerides. Märkimisväärset ja üha olulisemat tööd täiendusvõimaluste avardamisel teevad erialaseltsid.

Lahendamist vajab täiendkoolituseks vajalike täiendavate finantsallikate leidmise probleem, kuna tervishoiuasutused ja tervishoiutöötajad ise piisavas mahus ressursse ei oma ja pidev sponsorite otsimine ravim- ja meditsiinitehnika firmade hulgast soodustab nende toodete-teenuste valikulist kasutuselevõttu, mis aga omakorda tervishoiusüsteemi efektiivsele ressursikasutusele soodsalt ei mõju. Täiendavate ressursside eraldamine riigivõi ravikindlustuseelarvest kindla regulatsioonimehhanismi alusel on kahtlemata parimaks ja lõppkokkuvõttes odavamaks lahenduseks.

12.2.2 Ümberõpe

Tervishoiureformi eduka läbiviimise tagamiseks tuleb enne suuri muutusi ja ka hiljem muutuste käigus kõigile asjaosalistele selgeks teha nende uus staatus, ülesanded ja tööjaotus uuendatud süsteemis. See on eelduseks personali valmisolekule uute rollide vastuvõtmisel ja omandamisel. Maksimaalselt tuleb ära kasutada tervishoiutöötajate senised teadmised ja kogemused ning pakkuda neile võimalusi täiendavate oskuste omandamiseks.

Arvestades Eesti tervishoiusüsteemi arengusuundi lähema 10-15 aasta jooksul, on meil suurim puudujääk pere-, erakorralise meditsiini-, töötervishoiuarstidest ja psühhiaatritest. Psühhiaatrid suudavad oma vajaliku arvu saavutada residentuurikohtade suurendamise näol.

Perearstide arvu suurendamiseks on käivitatud riigi toel 3-aastased spetsialiseerumiskursused pediatritele, üld- ja sisearstidele. Sellised kursused kavandatakse lõpetada aastal 2003 seoses piisava spetsialistide arvu saavutamisega.

Erakorralise meditsiini erialal on vajalik piisava arvu spetsialistide saavutamiseks korraldada 6-kuulisi ümberõppekursuseid kiirabiarstidele ja anestesioloogidele, keda on vaja uuendatud tervishoiusüsteemis praegusest vähem ja kelle olemasolev teadmiste-kogemustepagas sel viisil kõige paremini ära kasutatud saab.

Välja tuleb töötada ajutiste tervishoiualaste spetsialiseerumiskursuste formaat, kuna pelgalt residentuuri vastuvõtu korrigeerimisega pädevate arstide vajalikku hulka ei saavutata.

Haiglareformi tulemusena tõuseb märgatavalt taastus- ja hooldussüsteemi osakaal. Seega vajavad arstid enam ümberõpet just neis valdkondades.

Taastusravi erialal on oluline juba praegu sel erialal töötavatele väga erineva ettevalmistusega taastusarstidele (koondnimetuse taastusarst alla kuuluvad taastusraviarstid kitsamas mõttes, nõelravispetsialistid ja spordiarstid) täiendus-ümberõppesüsteemi sisseadmine, et tagada kvalifikatsiooni ühtlustamine, kuna praegu selle eriala arstide pädevus pole võrreldav ja nad üksteist asendada ei saa. Sarnast ümberõppeprogrammi saab kasutada edaspidi ka sanatooriumites töötavate sise- või üldarstide ja teiste erialade spetsialistide (eeskätt neuroloogide, traumatoloog-ortopeedide ja pediaatrite) ümberspetsialiseerumiseks tervishoiureformi käigus.

Tervishoiureformi üks prioriteet on piisava ja pädeva hooldusravisüsteemi loomine. Kuna rahvastiku vananedes suureneb pidevalt vanurite osakaal, siis on ilmne et teatud osa arstkonnast jätkab oma karjääri just selles valdkonnas multidistsiplinaarse meeskonna liikmena. Hädavajalik on töötada välja õppekava ja alustada ümberõpet ka neile. Õppekava peab sisaldama geriaatriat, vanuritega töötamise iseärasusi, koostööd sotsiaalsfääriga, meeskonnatöö oskust jne. Õppevõimalus tuleb käivitada koheselt, sest need on valdkonnad, kus valdav enamus Eesti arstkonnast pole kunagi süstemaatilist õpetust saanud. Kuna Eestis selle eriala õpetamise pädevus ja kogemus seni puudub, on esialgu vajalik välismaa spetsialistide kaasamine ja meie spetsialistidele välismaal stažeerimise võimaluste loomine.

Soovitavad ümberõppe mahud aastateks 2002-2005:

Erakorraline meditsiin kiirabiarstidele	80 arsti
Tervishoiuarstiks spetsialiseerumine	60 arsti
Taastusravis töötavate arstide tasemeõpe	80-120 arsti
Taastusarstiks spetsialiseerumine	40 arsti
Hooldusraviarstiks spetsialiseerumine	100-120 arsti

1-nädalased (3-5 päeva) õppetsükliid 1-2 korda kuus poole aasta jooksul on optimaalne õppevorm kõigile nimetatud valdkondadele.

Kogu tervishoiureformi tulemusena läbiviidav ümberõpe peab arvestama personali samaaegse töötamise võimalusega e. toimuma tsükliõppena koos vahepealse iseseisva tööga ja tuleb tagada riiklikest vahenditest, kuna tervishoiuasutuste ja –personali omavahendeid selleks ei jätku. Investeering täna tagab kokkuhoiu tulevikus.

12.3 Õendusalatöötajad

Sarnaselt arstidele toimus aastani 2001. pädevuse hindamine atesteerimiste näol ka õendusalatöötajatele. Kindlasti on vaja välja töötada pädevusnõuded õendusalatöötajatele ja nende regulaarne hindamine 5-aastaste intervallidega. Erialase pädevuse tagamiseks on vajalik regulaarne enesetäiendamine vähemalt 80 tunni ulatuses 5 aasta jooksul. Kuna õenduslane täiendõpe on suuresti praktikakeskne, siis eelistatakse selle läbiviimist suuremate haiglate juures asuvates koolituskeskustes, kus 40-tunnise koolitustsükli hind on seni olnud orienteeruvalt 1000 krooni.

Õendusalatöötajate pädevus tuleb tõsta vajalikule tasemele seoses üleminekuga kutsekõrgharidusnõudele õenduses. Tasemeõpet õendustöötajate hariduse ühtlustamiseks vajab aastani 2015 vähemalt 5300 õendusalatöötajat, kes on lõpetanud meditsiinikooli enne 2000.a.

Suuremahulise tasemeõppe saab käivitada piisava arvu kõrgharidust omavate õenduspedagoogide ressursi saavutamisel. Seni tuleb kasutada väliskoolitajate abi. Vajalik on alustada Tartu Ülikoolis õenduslase magistriõppega õenduspedagoogidele, õendusjuhtidele ja terviseõdedele.

Tasemeõppe läbimine lahendab sisuliselt õendusalatöötajate ümberõppe vajaduse, kuna tasemeõppekavas on kursused õendusprotsessist, tervisenõustamisest, tööst vanuritega, koduõendusest jne. Selle ajani, kui enamus õdesid tasemeõpet veel läbinud ei ole, tuleb neile pakkuda täiend-ümberõpet just neis valdkondades.

12.4 Hooldustöötajad

Hooldustöötajatest enamik ei oma erialast ettevalmistust. Hädavajalikud oskused omandavad nad töö käigus töökohal. Ka täiendkoolitust viiakse neile läbi valdavalt töökohal ja vastavalt võimalustele osaletakse kursustel suuremate haiglate (Mustamäe haigla, Keskhaigla) juures asuvates koolituskeskuses, kus 40 tunnise kursuse läbimine maksab 800-1000 krooni. Seda tüüpi täiendõppe jätkamine senisest oluliselt suuremas mahus on optimaalne lahendus praeguse hoolduspersonali täiendõppes.

Kuna hoolduspersonal on oluline lüli tervishoiusüsteemis vajab nende pädevus senisest suuremat tähelepanu. Olemasolevale ja juba piisavat töökogemust omavale personalile süsteemset põhikoolitust anda pole enam ilmselt otstarbekas, kuid seoses õendus-hooldus ravi süsteemi käivitamisega tõuseb oluliselt vajadus uute hooldustöötajate järele. Ei saa võtta ettevalmistuseta inimest, panna teda suhtlema haigega ja kasutama kaasaegseid hooldusvahendeid ilma eelneva väljaõppeta. Analoogia võib tuua hotellinduse ja sanatooriumitega, kus on juba ammu aru saadud toateenijate väljaõppe vajadusest. Hooldustöötajad ei tegele aga koristamisega vaid töötavad ja suhtlevad inimestega, seega nende toimetulek oma tööga iseenese tarkusest või oma vigadest õppides ei ole vastuvõetav. Täpne koolitusvajadus selgub hooldusravi arengukava loomise käigus.