



HARIDUS- JA
TEADUSMINISTEERIUM



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks

Tööjõuvajaduse seire- ja prognoosisüsteem OSKA

Tulevikuvaade tööjõu- ja oskuste vajadusele: tervishoid

Uuringu terviktekst

Tallinn 2017

SA Kutsekoda

Koostajad: Urve Mets, Vootele Veldre, SA Kutsekoda

Retsensendid: Ivi Lillepuu, Haridus- ja Teadusministeerium; Anneli Taal, Sotsiaalministeerium; Marek Vink, Eesti Hambaarstide Liit; Anneli Kannus, Eesti Õdede Liit; Kristiina Sepp, Eesti Apteekide Ühendus; Kaja Elstein, Eesti Taastusarstide Selts

Akadeemiline toimetaja: Olav Aarna, SA Kutsekoda

Keeletoimetaja: Marianne Liiv, Kerge Sulg OÜ

Täname valdkonna eksperdikogu liikmeid:

Lembi Aug, Eesti Arstide Liit; Priit Eelmäe, Eesti Haiglate Liit; Ruth Kalda, Eesti Perearstide Selts; Andres Lehtmets, Eesti Psühhiaatrie Selts; Anneli Kannus, Eesti Õdede Liit; Marek Vink, Eesti Hambaarstide Liit; Andrus Remmelgas, Põhja-Eesti Regionaalhaigla; Tiina Freimann, Tartu Ülikooli Kliinikum; Kristiina Sepp, Eesti Apteekide Ühendus; Raul-Allan Kiivet, Tartu Ülikool; Ülle Ernits, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool; Kersti Viitkar, Tartu Tervishoiu Kõrgkool; Kristjan Port, Tallinna Ülikool; Ivi Lillepuu, Haridus- ja Teadusministeerium; Külli All, Haridus- ja Teadusministeerium; Heli Paluste, Sotsiaalministeerium; Maarja Kerner, Sotsiaalministeerium

Rakendusüriing on valminud „Ühtekuuluvuspoliitika fondide rakenduskava 2014–2020“ prioriteetse suuna „Prioriteetne suund 1: ühiskonna vajadustele vastav haridus ja hea ettevalmistus osalemaks tööturul“ ELi vahendite kasutamise eesmärgi 5: „Õpe kutse- ja kõrghariduses on suuremas vastavuses tööturu vajadustega“ meetme „Õppe seostamine tööturu vajadustega“ tegevuse „Tööjõuvajaduse seire- ja prognoosisüsteemi loomine“ ehk OSKuste Arendamise koordinatsioonisüsteemi loomine (edaspidi OSKA) eesmärkide elluviimiseks ja tulemuste saavutamiseks.

Väljaandja: SA Kutsekoda

Autoriõigus: koostajad, SA Kutsekoda, 2017

Eessõna

Õeldakse, et varem või hiljem kõik muutub. Tuleb vaid oodata. Aga meil ei ole aega. Kõike tarkust pole võimalik ära oodata, mistõttu oleme sunnitud ennustama. Ennustused sünnivad varasemast kogemusest, ehk sisuliselt kirjeldatakse tulevikku mugandatud minevikuna. Mõnikord sisaldab edukaks osutunud strateegia paratamatuid ka vigu, kuna rajaneb ekslikul eeldusel muutumatust maailmast. Jooksvas olukorras otsustaja peab seega arvestama, et tegutseb tõe ja eksimuse vahel. Mis omakorda sunnib otsima tasakaalu meelekindluse ning kahtluse vahel. Valiku raskusaste sõltub teemast. Tervishoiu vajaduste, võimaluste ning sündivate riskide temaatika on kindlasti üks raskemaid.



Iga haigus on lugu. See algab diagnoosiga, mille arst kujundab patsiendi kõne sisu, esituse viisi ja väljanägemise alusel. Lõplik otsus sünnib reaalseste signaalidega arvestava algoritmilise tegutsemise tulemusena. Teoorias saaks samaga hakkama ka arvutiga ühendatud andurite süsteem. Erinevalt inimesest paneks masin diagnoose väsimatult, igal pool ja igal kellaajal. Järelikult on võimalik, et tehnoloogia asub arsti asemele. Masinad on juba hiilinud tema kõrvale, pakkudes abi, sealhulgas mõnikord ka otsustusabi. Oluline osa signaalidest, mida kasutatakse diagnoosis ja ravi juhtimisel, sünnib arsti kasutuses oleva tehnoloogia abil. Seni on otsustamisel vajatud ja hinnatud kogemustega inimese rolli. Aga kui kauaks?

Mitmed hinnatud kogemustega eksperdid ennustavad järgmise tosina aasta jooksul suure osa täna oluliste ametite puhul inimeste asendumist tööks piisavalt tarkade masinatega. Sündiv töötuse või vaba aja kasv muudab inimeseks olemise väärtuseid ja viise. Selle kaudu muutuvad nõudmised kehale. Kes teab, mis suunas see muutub? Samas on kindel, et kui inimesed jäävad alles, siis jäävad alles ka kehalised probleemid. Ka need muutuvad. Koos inimeste arvu ja demograafiliste muutustega suureneb tervishoiuteenuste nõudlus. Nõudlust suurendavad ka uued tehnoloogiad ning nendest sündivad teenused. Lahtiseks jääb küsimus, milline roll jääb tervishoiutöötajate ja milline masinate kanda? Ning millise osa vastutusest oma tervise eest peab enda kanda võtma nn tavaline inimene?

Kas täna arvestatakse tervishoiutöötajate koolitamisel nende karjääriga 10-15 aasta pärast? Kui jah, siis ei tasu käesolevat raportit lugeda. Piisama peaks pilguheidust õppekavadele. Kui uskuda teiste tööstusharude kogemust, peaks siiski olema tänase meelekindluse suhtes ettevaatlik. Maailm muutub plaane trotsides ja otsustajate meeltes varitsevad ärevad küsimused. Näiteks, mis stimuleeriks majandust? Kuidas leida tee majanduslikult stabiilsema tuleviku poole?

Kui ajaloost on midagi õppida, siis seda, et majanduskasv sünnib majandussektorite ülesest innovatsioonist. Sajand tagasi käivitunud autotööstuse kasv oli võimalik vaid koos teede- ja linnaehituse, naftatööstuse ja suure hulga seotud teenuste arendamisega bensiinijaamadest ja söögi-kohtadest remonditeenusteni. Üllatava kõrvalefektina hakkas arenema organite siirdamine, mille planeerimatuteks doonoriteks osutusid liikluses hukkunud. Sajandi keskel käivitunud tootva tööstuse automatiseerimine edenes koostöös uuendustega tehnoloogias, keemias, energeetikas, transpordis

ja toiduainete tööstuses. Leiutati uusi ravimeid ja haiglate personali suutlikkus kasvas keeruliste seadmete abil. Veerand sajandi eest alanud kõrgtehnoloogiline ja interneti keskne arenguhüpe korreleerub oluliste muutustega panganduses, inimeste vahelises suhtluses, turunduses, ajakirjanduses ja meelelahutustööstuses. Inimest males võitnud IBM'i arvuti Watson leiab rakendust keeruliste haiguste diagnoosimisel.

Tagasi vaadates on autod, telefon, uued ravimid, arvutid ja internet vaieldamatult mõjutanud tervishoiu erinevaid tahke. Kuid tervishoiusüsteem tööstusharuna on märgatavalt vähem muutnud võrreldes tööga vabrikutes, pankades, transpordis või meediaettevõtetes. Õhus on märgid, et alanud värskem tehnoloogiline hüpe muudes sektorites kisub sedapuhku kaasa end konservatiivsusega tagasi hoidnud tervishoiusüsteemi.

Neid, kes kirjeldavad, milliseks see muutub, ei tasu kuigi palju uskuda. Mõningase diagnostilise kindlusega võib oletada, et veel mõnda aega soovivad patsiendid suhelda tervishoiuteenust pakkuva inimese, mitte robotiga. Patsientide arv kasvab täna elava populatsiooni vananemise tõttu. Samas keegi ei tea, milliseks kujuneb elanikkonna suhe surma tulevikus. Seni terveks peetud kodanikud saavad läbi uute diagnostiliste võimaluste teada oma riskiteguritest. Aga lahtiseks jääb, kas nad on sellest hetkest haiged ja vajaks ravi või mõnd tervishoiuteenust? Küll aga kasvab vajadus tervishoiu-alase teabe osas. Raske on mitte märgata, millist rolli igapäevaelus mängivad Google või Facebook, ning majanduslikus mõttes, kui suure ettevõtlusega on tegemist. Oluliselt vähem arvestatakse, millist rolli need kaasaega iseloomustavad ettevõtlushiiud omavad riikide sisemajanduse kogutoodangus. Võrreldes tervishoiutööstusega on nende mõju kümneid kordi väiksem. Järelikult võib kindla peale väita, et tervishoid on ja jääb veel tükiks ajaks väga suureks tegijaks. Loodetavasti mitte dinosauruse rollis!

Kristjan Port

Spordibioloogia dotsent

Loodus- ja terviseteaduste instituut

Tallinna Ülikool

Sisukord

Eessõna	3
Sisukord	5
Lühendid	7
Uuringu tulemuste lühikokkuvõte	8
Sissejuhatus	11
Metoodika	13
1. Valdkond ja kutsealad	16
1.1. Seadusega reguleeritud kutsealad	19
1.2. Seadusega reguleerimata kutsealad, millega seondub tasemehariduses konkreetne õppekava	21
1.3. Konkreetse õppekava seosega reguleerimata kutsealad	29
2. Valdkonna tööjõu- ja oskuste vajadust mõjutavad trendid ja poliitilised valikud	34
2.1. Demograafilised muutused: eluea pikenemine ja rahvastiku vananemine	34
2.2. Tehnoloogilised arengud	35
2.3. Siseriiklikud arengud ja poliitilised valikud	37
3. Valdkonna majanduslik seisund Eestis	41
3.1. Tööjõud	41
3.2. Tervishoiukulud ja rahastamine	42
3.3. Kokkuvõte	48
4. Põhikutsealade tööjõu- ja oskuste vajadus	49
4.1. Õed	49
4.2. Arstid	53
4.3. Hambaarstid	57
4.4. Proviisorid	60
4.5. Farmatseudid	63
4.6. Ämmaemandad	64
4.7. Hooldustöötajad	66
4.8. Bioanalüütikud	68
4.9. Psühholoogid ja psühhoterapeudid	70
4.10. Füsioterapeudid	72
4.11. Radioloogiatehnikud	75
4.12. Erakorralise meditsiini tehnikud	76
4.13. Kokkuvõte	78
5. Tervishoiualane koolituspakkumine	80
5.1. Õppekavad	80
5.2. Õppurid tasemeõppes	83
5.3. Õppe kvaliteet ja arenguvajadused	89
5.4. Valdkonna õppe kvaliteet	93
5.5. Olulisemad järeldused	97
6. Valdkonna tööjõunõudluse ja -pakkumise võrdlus	99
7. Tööjõuvajaduse koondkäsitlus. Ettepanekud tööjõu- ja koolitusvajaduse rahuldamiseks	106

Kasutatud allikad	109
Lisa 1. OSKA põhimõisted	112
Lisa 2. Intervjueeritute nimekiri	115
Lisa 3. Ekspertintervjuu kava	116
Lisa 4. MKMi tööjõuvajaduse prognoos OSKA tervishoiu valdkonnas	118
Lisa 5. MKMi tööjõuvajaduse prognoosi metoodika lühikirjeldus	121
Lisa 6 Residentuuri lõpetanute arvud (2006-2015)	124
Lisa 7. Tööjõu- ja oskuste vajadus fookusvaldkondades	126
7.1. Peremeditiinikeskne üldarstiabi	126
7.2. Suutervise valdkond	140
7.3. Apteegiteenus	144
7.4. Erakorraline meditsiin	149
7.5. Taastusravi	154
7.6. Vaimse tervise valdkond	158

Lühendid

EHIS	Eesti Hariduse Infosüsteem
EKKA	Eesti Kõrg- ja Kutsehariduse Kvaliteediagentuur
EKR	Eesti kvalifikatsiooniraamistik
EL	Euroopa Liit
EM	erakorraline meditsiin
EMO	erakorralise meditsiini osakond
ETU	Eesti tööjõu-uuring
HTM	Haridus- ja Teadusministeerium
IKT	Info- ja kommunikatsioonitehnoloogia, kasutatud ka samatähenduslikult IT-ga
ISCO	<i>International Standard Classification of Occupations</i> (ametite klassifikaator)
MKM	Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium
OECD	<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i> (Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon)
OSKA	tööjõuturu seire- ja prognoosisüsteem
REL2011	rahva- ja eluruumide loendus 2011
RTA	Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020
SOM	Sotsiaalministeerium
TA	Terviseamet
TAI	Tervise Arengu Instituut
TLÜ	Tallinna Ülikool
TÜ	Tartu Ülikool
VEK	valdkonna eksperdikogu
ÕKG	õppekavagrupp
ÕKR	õppekavarühm

Uuringu tulemuste lühikokkuvõte

OSKA **tervishoiu** valdkonna rakendus-uuringu aruanne sisaldab infot tööjõu nõudluse ja potentsiaalse pakkumise kohta tervishoius. Uuring otsib lahendust probleemile, **kuidas vastata tervishoiu valdkonna tööjõu- ja oskuste vajadusele lähema 10 aasta vaates ning kuidas peaks selleks muutma koolituspakkumist**. Uuringu raames analüüsiti valdkonna võimalikke tulevikuarenguid, hinnati, milline on selles perspektiivis põhikutsealade tööjõuvajadus ning kuidas peab muutuma õppe sisu, et tööjõu oskused vastaksid tööturu vajadustele.

Valdkonna arengut mõjutavad lähitulevikus nii demograafilised muutused, sotsiaalsed ja poliitilised faktorid kui ka tehnoloogia areng ning innovatsioon teenuse pakkumises. Pidevad edasimineked ravis võimaldavad parandada inimeste eluiga ja heaolu. Eluea pikenedes ja elanikkonna vananedes kasvab vajadus raviteenuste järele. Kasvav surve ravikindlustuse eelarvele sunnib järjest enam püüdlema ressursside parema kasutamise poole.

Tulenevalt suurenevast nõudlusest ja ressursside nappusest iseloomustab järgmist kümnet aastat valdkonnas ilmselt pidev diskussioon rahastamise jätkusuutlikkuse ja rahastatava teenusepaketi piisavuse üle ning sellega kaasneb ebakindlus tuleviku osas. Kuigi üksikute tervishoiu valdkonnas tegutsevate asutuste vaates ebakindlus tuleviku osas tõenäoliselt suureneb, jätkub valdkonnas hõive kasv ning tööjõuvajadus tervishoiu valdkonna põhikutsealadel kasvab sel perioodil vähemalt kümnendiku võrra.

Tervishoiu valdkonna töötajate ettevalmistus on väga ressursimahukas. Ligi kaks kolmandikku valdkonna töötajatest liigituvad tippspetsialistide hulka, kelle üldharidusjärgne ettevalmistus kestab 3,5–11 aastat. Kui piisava pädevusega töötajaid valmistatakse ette liiga väikesel arvul, seab see ohtu teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse. Liiga paljude töötajate ettevalmistamine võib aga riigi vaatenurgast olla ressursi raiskamine, kui omandatud oskused jäävad kasutamata või asub töötaja end realiseerima teises riigis.

Tervishoid on pikalt olnud tavakäsitluses samatähenduslik *arstiabi*, st arsti osutatava abiga. Nagu teisteski riikides, kus elanike ravikulu on survestamas eelarveid, on ka Eestis teadvustatud vajadust häälestada tervishoiusüsteem ümber edendama elanikkonna tervist ja ennetama tervisehädaid, et inimesest saaks arsti abi vajav patsient võimalikult hilja.

Tervishoiusüsteem vajab tõhusaks toimimiseks tänasega võrreldes erinevat tööjõustruktuuri.

Edendus- ja ennetustöö saab edukalt toimuda üksnes piisava personali olemasolul. Diagnostika- ja ravi tippspetsialistidest arstide kõrvale on juurde vaja teisi (tipp)spetsialiste – õdesid, füsioterapeute, psühholooge jt – kelle tegevuse eesmärk on inimeste süsteemne nõustamine, konsulteerimine ja õpetamine, et aidata suurendada teadlikkust oma tervislikust olukorrast või kutsuda esile muutust käitumises. Olulised arengud on juba toimunud või toimumas esmatasandi tugevdamise käigus – teise pereõe lisandumise kõrval tulevad lähitulevikus esmatasandile juurde ämmaemandad ja füsioterapeudid. Perearstiabi ühendatakse tihedamalt ka koduõendusteenusega. Õdede ja füsioterapeutide arvu kasv esmatasandil ei kahanda samas vajadust nende kutsealade järele haiglates ja mujal eriarstias.

Kõrvutades tööjõuvajadust prognoositava koolituspakkumisega ilmneb, et kavandatud või senisega samaväärne lõpetajate hulk suudab pakkuda enamiku kutsealade puhul nii asendust tööturult

lahkujatele kui ka kasvatada nimetatud muutuse tagamiseks kutseala esindajate arvu. Vaid õe kutseala puhul tuleb tõdeda, et **juhul, kui sooviks on kasvatada** õdede arvu määrani **9 õde 1000 elaniku kohta, siis prognoositava lõpetajate hulga korral pole see 2025. aastaks saavutatav.**

Teiseks oluliseks tööjõu ettevalmistusega seotud probleemkohaks on ebapiisav apteegitöötajate koolituspakkumine. Proviisoriõppe lõpetanute seniste arvudega jätkates ei saa pakkuda piisaval määral asendust tööturult lahkujatele. Kui eeldada farmatseutide kasvuvajadust vähemalt viiendiku võrra, pole haridussüsteemil võimalik tänaste lõpetajate arvudega jätkates seatud sihtideni jõuda. Arvestades apteegiteenuse potentsiaali abivajajate nõustamisel, on apteekide personalivajaduse teenindamine äärmiselt oluline. Selmet suurendada mõlemal õppekaval lihtsalt vastuvõttu, on soovitatav kõrgkoolidel esmalt püüelda **farmatseudi ja proviisori ühendõppekava loomise poole**, jagades senise integreeritud 5-aastase proviisorite õppe 3+2 (ühis)õppekaval baseeruvaks õppeks – 3-aastase õppe läbimise järel omandatakse farmatseudi kutse ning jätkates õpinguid magistriõppes, on võimalik saada proviisori kutse. Ühisosa otsimine ja killustatuse vältimine sarnase suunitlusega kutsealade õpiteede vahel on kahaneva õppurkonna ja tööjõu kontekstis igati loomulik.

Tööturg vajab haridussüsteemilt lisaks olemasolevale ka täiendavate teadmiste ja oskustega töötajaid. Nii haiglad kui ka perearstikeskused vajavad **meditsiinilase väljaõppega sekretäre ja assistente**, kes orienteeruksid tervishoiu terminoloogias ja saaksid arste vastuvõttudel assisteerida, aidates säästa tehnilist laadi ülesannete arvelt arstide ja õdede (kes vahel täidavad arsti assistendi rolli) tööaega. Hambaraviasutused vajavad teenuse kvaliteedi tagamiseks **kvalifitseeritud hambaravi assistente** – tänapäeval täidavad assistendi rolli nii õe haridusega inimesed, kes on tavahambaravis ülekvalifitseeritud, kui ka ilma igasuguse erihariduseta töötajad.

Tippspetsialistide tasandil on ootus tasemehariduse järgse spetsialiseerumise läbinud töötajate järele haiglaapteekides ja laborimeditiinis. Esimeses vajatakse **kliinilisi proviisoreid**, teises kliinilise töö kogemusega **meditsiinilabori spetsialiste**. Haiglate ootuseks on, et spetsialiseerumine korraldataks sarnaselt, nagu toimub praegu eriarsti residentuur või eriõdede spetsialiseerumine.

Tervishoiu valdkonnas töötamine eeldab lisaks õppes pakutavale ka teiste vajalike oskuste olemasolu. Selles valdkonnas töötamise esmaseks eelduseks on heal tasemel erialased teadmised ja oskused, kuid lisaks neile on ekspertide hinnangul kõigi põhikutsealade töötajatel vaja häid üldoskusi. Neist olulisimad on suhtlemisoskus (nii patsientide kui teiste tervishoiuspetsialistidega), tehnoloogia kasutamisoskus ning juhtimis- ja koostööoskus (sh rahvusvahelistes meeskondades). Selliste oskuste omandamise eelduseks on eriala- ja üldainete integreeritus õppekavades. Kõrvuti erialaste oskustega tuleb õppe käigus pakkuda võimalust saada lisateadmisi tulemusliku meeskonnatöö, suhtlemise ja juhtimise kohta.

Tervishoius töötavate inimeste paremaks rakendumiseks peavad sidusrühmad jõudma omavaheliste kokkulepeteni. Olukorras, kus täies ulatuses on rakendamata proviisorite väljaõppe potentsiaal esmatasandil, on ootuspärane, et sidusrühmad lepivad peatselt kokku, kas ja millises ulatuses peavad muutuma apteegitöötajate õigused ja vastutus. Parem informeeritus kliendi tervisest ja koostöö perearstikeskustega võimaldab apteekritel pakkuda kliendile kvaliteetsemat teenust, mislubi on võimalik vähendada kergematest terviseprobleemidest tingitud pöördumisi perearstile või erakorralise meditsiini osakondadesse.

Vajalik on ka kliiniliste psühholoogide ja logopeedide erialase väljaõppega seonduvate kokkulepeteni jõudmine. Diskussioonide keskmes on, kas tuua kutseaastana tähistatava tasemehariduse järgse

spetsialiseerumise korraldus Tartu Ülikooli vastutusse või töötada välja eraldiseisvad magistriõppekavad tasemehariduses. Vaimse tervise valdkonnas on teenuse kasutajate ja rahastajate silmis oluliseks probleemkohaks ka psühholoogilise abi reguleerimatus. Kuigi kutsestandardite toel on paigas kliiniliste psühholoogide ja koolipsühholoogide kompetentsuse piirid, puuduvad siduvad kokkulepped (sh regulatsioonid), mis sätestaks, milline kompetents peaks olema väljaspool kliinilist- või koolimaailma tegutseval psühholoogilisel nõustajal või end psühhoterapeudina defineerival töötajal.

Pädevuspiiride hajususega seotud probleemkohti töid välja teistegi kutsealade esindajad. Kvaliteedi ja ressursitõhususe tagamiseks on vajalik sätestada pädevuspiirid õe ja eriõe, õe ja hooldustöötaja, arsti ja õe ning farmatseudi, proviisori ja õe vahel.

Tööjõu planeerimisel ja tööturuvajaduste teenindamisel on oluline arvestada, et **mitmed tervishoiu tööjõuga seotud olulised probleemkohad tulenevad tervishoiu korraldusest ja rahastamisest**. Nii on tervishoiutöötajate, eriti õdede valdkonnast väljumise või riigist lahkumise motivatsioon otseselt seotud töö tasustamisega. Tervishoiu alarahastamisest tingitud töötasu muutumatus või töötingimuste halvenemine võivad väga kiiresti kasvatada valdkonnast/riigist lahkumist. Samuti ei ole võimalik töö tasustamisega tegelemata tõsta näiteks hooldustöötajate kutseala prestiiži.

Selleks, et haiglad saaksid planeerida piisavas mahus personali, vajavad nad teadmist ja kindlust teenuste rahastamise mahtude osas tulevikus – haiglatöötajate ülekoormus on osalt tingitud tööandjate ebakindlusest palgata täiendavat personali. Otsest mõju võib avaldada ka sotsiaalvaldkonna korraldus – juhtumikorralduse laialdane ja piisavas mahus rakendamine sotsiaaltöös võib pakkuda olulist tööaja säästu nii esmatasandil kui ka haiglates. Ka viis, kuidas riik pakub tervisekaoga abivajajatele rahalisi hüvitisi (nt töövõime- või puudetoetusi) võib mõjutada kutsealade (nt perearstide) tööjõuvajadust.

Sissejuhatus

Vabariigi Valitsus kiitis 2014. aasta veebruaris heaks tööturu vajaduste ja koolituspakkumise paremaks sidumiseks loodava tööturu seire ja prognoosi ning oskuste arendamise koordinatsioonisüsteemi kontseptsiooni. Seda on lühidalt hakatud nimetama OSKA süsteemiks ehk lihtsalt OSKA-ks¹. OSKA arendamist koordineerib SA Kutsekoda.

OSKA eesmärk on tööturul toimuvate muutuste ja ühiskonna vajaduste võimalikult kiire kajastumine koolituspakkumises. OSKA raames toimuv tegevus aitab siduda erinevate tööturu osapoolte ekspert-teadmised haridus- ja koolitusteenuste struktuuri, mahu ja sisu planeerimist toetavaks süsteemiks ning toetada tööandjate ja õppeasutuste koostööd õppekavade arendamisel. Lisaks toetab OSKA ajakohase tööturu info jõudmist karjääriteenustesse.

Nende eesmärkide täitmiseks tehakse OSKA raames detailsemaid tööjõu- ja oskuste vajadust käsitlevaid uuringuid keskeltläbi viie majandusvaldkonna kohta aastas. Uuringute abil kogutakse teadmisi muutuste kohta valdkonna tööjõu- ja oskuste vajaduses ning täiendatakse olemasolevat Majandus- ja Kommunikatsiooniministeeriumi (edaspidi MKM) tööjõuvajaduse prognoosi (vt Lisa 4 ja 5) detailsema infoga valdkonna tööjõuvajaduse täpsustamiseks.

OSKA programmi raames koostatakse viie aasta jooksul tööjõu- ja oskuste vajaduse prognoosid kõikidele majandusvaldkondadele. Uuritavad majandusvaldkonnad nimetab igaks aastaks OSKA koordinatsioonikogu. Käesolev uuringuaruanne esitab OSKA raames läbiviidud **tervishoiu** valdkonna (edaspidi ka *TH* või *valdkond*) rakendusuringu tulemused. Uuring otsib lahendust probleemile, **kuidas kohandada koolituspakkumist, et vastata OSKA tervishoiu valdkonna tööjõu- ja oskuste vajadusele lähema 10-15 aasta vaates**. Teistest valdkondadest pikem periood on valitud kahel põhjusel. Esiteks on eriarstide ettevalmistusaeg tavapärase tasemeõppe kestusest oluliselt pikem (varieerudes 9–11 aastani), mistõttu ei oma lühema prognoosiperspektiivi kasutamine selle kutseala puhul sisulist väärtust, kuna reageerimisaeg kohandamiseks sel juhul sisuliselt puudub. Teiseks on tervishoiu valdkond teistest majandusvaldkondadest stabiilsem, strateegiliselt juhitav ning seetõttu on ka tööjõuvajadus usaldusväärsemalt hinnatav. Oluline on siinkohal ka märkida, et selle **rakendusuringu näol ei ole tegu püüuga ennustada lähitulevikus asetleidvaid arenguid tööjõu vallas, vaid ekspertide hinnanguid vahendava nägemusega soovitud tulevikuseisundist**. Seega on rakendusuring tugi otsustamisel, mille abil poliitikakujundajad saavad tulevikku juhtida, mitte ära arvata.

Analüüsi läbiviimisel tugineti esmalt Riigikantselei tellitud metoodilisele kontseptsioonile², mida arendati 2015–2016 OSKA raames uuritud valdkondade ning teiste riikide kogemuse alusel edasi ning loodi OSKA valdkondliku tööjõu- ja oskuste vajaduse analüüsamise metoodika. Selle kogemuspõhine täiustamine kestab aga jätkuvalt, sh käesoleva uuringu kogemustele tuginedes. Valdkonna eripäradest tulenevalt on metoodikat mõnedes aspektides oluliselt kohandatud, et pakkuda paremat tuge otsustamiseks. Näiteks on MKMi 2011. aasta rahvastiku ja eluruumide loendusandmetel (edaspidi REL 2011) baseeruvate prognoosiandmete asemel kasutatud oluliselt ajakohasemaid allikaid: seadusega

¹ Raportis kasutatud OSKA põhimõisted koos seletustega on toodud lisas 1.

² Järve, J., Lepik, K.-L., Märgi, A. (2014). Kvantitatiivse tööjõuvajaduse prognoosi andmestiku ja kvalitatiivse tööturu seire ühitamise metoodika väljatöötamine ja piloteerimine. Metoodikaraport. Eesti Rakendusuringute Keskus Centar, InterAct Projektid & Koolitus OÜ. Tellija: Riigikantselei.

reguleeritud kutsealade puhul Terviseameti hallatava tervishoiutöötajate registri andmeid (2017. aasta alguse seis) ning enamiku teiste kutsealade puhul Tervise Arengu Instituudi (edaspidi TAI) kogutavat tervishoiustatistikat (2015. aasta novembri seis). Ka valdkonna eksperdikogu roll oli selles rakendusuuringus eelkõige uurimismeeskonna analüütilise tulemi valideerimine ja mitte niivõrd esmaste hinnangute andmine.

Uringuaruande esimeses peatükis määratletakse uuritav valdkond ning kirjeldatakse selle kutsealad ja kutsealade õpi- ja karjääriteed. Teises peatükis kirjeldatakse lähitulevikus valdkonnas tööjõu- ja oskuste vajadust tõenäoliselt mõjutavaid suundumusi ja trende sh valdkonna arengukavades käsitletut. Uringuaruande kolmandas peatükis peegeldatakse valdkonda selle majandusliku seisundi võtmes. Neljandas peatükis prognoositakse hõive ja oskuste vajadust hetkel ja aastal 2025. Viiendas peatükis analüüsitakse koolituspakkumist valdkonnaga seotud õppekavadel. Kuuendas peatükis võrreldakse tööjõu nõudluse ja pakkumise tasakaalu tervishoiu valdkonnas. Seitsmendas peatükis esitatakse eelnevast tulenevad ettepanekud prognoositud tööjõu- ja oskuste vajaduse täitmiseks.

Kutsekoda tänab suure panuse eest valdkonna eksperdikogu liikmeid, intervjuueerituid, retsensente jt valdkonna esindajaid, kes OSKA tervishoiu valdkonna analüüsi valmimisele kaasa aitasid.

Metoodika

Käesolev rakendusuurimise otsis lahendust probleemile, **kuidas muuta koolituspakkumist, et vastata tervishoiu valdkonna tööjõu- ja oskuste vajadusele lähema 10–15 aasta vaates.**

Püstitatud uurimisprobleemi analüüsiti järgmiste uurimisküsimuste toel:

- Mis on valdkonna põhikutsealad?
- Milline oli valdkonna arengudünaamika lähiminevikus ja milline on selle majanduslik- ning hõiveseisund täna?
- Millisena nähakse valdkonna arenguid lähema 10–15 aasta vaates? Trendid, arengudokumentid, eksperthinnangud.
- Kui palju vajatakse põhikutsealadel tööjõudu lähema 10–15 aasta vaates?
- Milliste oskustega töötajaid vajatakse lähema 10–15 aasta vaates?
- Milline on valdkonna tänane koolituspakkumine?
- Kuidas vastab koolituspakkumine prognoositavale tööjõuvajadusele?
- Mida muuta õppekavade arenduses (erialade struktuur ja sisu, vajalike oskuste arendamine), koolituskohtade arvus ning täiendus- ja ümberõppes, et täita valdkonna koolitusvajadust lähema 10–15 aasta vaates?

Uurimisprobleemi lahendamiseks kombineeriti erinevaid meetodeid:

1) Statistiliste andmete kvantitatiivse analüüsi raames otsiti vastuseid järgmistele küsimustele:

- Millised on kahaneva ja kasvava nõudlusega ametid ja ametirühmad?
- Kui palju inimesi ja mis ametialal tervishoiu valdkonnas töötab?
- Milline on valdkonna koolituspakkumine?

Valdkonna kutsealade kirjeldamisel kasutati peamiste allikatena Terviseameti registriandmeid ja TAI avaldatavat riiklikku statistikat. Üksikutele juhtudel oli aluseks ka MKMi koostatud hõiveprognoos, mis lähtus REL 2011 loendusandmetest ning mida on kaasajastatud tööjõu-uuringust (ETU) pärinevate kolme aasta keskmiste näitajatega. Valdkonna koolituspakkumisega seotud andmete analüüsil tugineb Eesti Hariduse Infosüsteemi (edaspidi EHIS) andmetele.

2) Strateegiliste dokumentide (eelkõige siseriiklike arengukavade, õigusaktide ja nende eelnõude seletuskirjade) **analüüsi** toel otsiti vastuseid järgmistele küsimustele:

- Millised on tegevusvaldkonna toimimiseks olulise tähtsusega kutsealad?
- Millised lähiminevikus toimunud poliitikamuudatused on avaldanud mõju tööjõuvajadusele tervishoius?
- Millised poliitikamuudatused on valdkonnas ettevalmistamisel ja kavandamisel, mis võivad avaldada mõju tööjõuvajadusele tervishoius? Milline on nende muutuste planeeritud ning võimalik mitteootuspärane mõju valdkonna tööjõu- ja oskuste vajadusele?

3) Tervishoiu valdkondlike uuringute ja prognooside analüüsiga koguti infot valdkonna üldiste arengutrendide ja strateegilistes dokumentides kavandatud arengute võimaliku mõju kohta. Vaatluse all olevate materjalide seas olid nii siseriiklikud analüüsid kui ka välisriikide ja rahvusvaheliste organisatsioonide (OECD, EL) koostatud analüüsid ja prognoosid, arstlike erialade ja

õendusvaldkonna arengukavad ja rakendusühtlused. Analüüs otsis vastuseid järgmistele küsimustele:

- Millised on tervishoiu valdkonda mõjutavad ülemaailmsed ja siseriiklikud trendid?
- Milline on nende trendide realiseerumise määr Eestis 10–15 aastases perspektiivis?
- Milline on nende trendide tõenäoline mõju?
- Millised on tervishoiu valdkonna kui majandussektori arenguvõimalused ja kitsaskohad?

4) Ekspertintervjuudega koguti täiendavat infot ja testiti dokumentide analüüsi pinnalt koorunud esmaseid hüpoteese. Ekspertintervjuud (nii grupi- kui individuaalintervjuud) viidi läbi ajavahemikul juunist 2016 jaanuarini 2017, kokku intervjueriti 62 tervishoiu valdkonna eksperti³. Vastuseid otsiti järgmistele küsimustele:

- Millised on tegevusvaldkonna toimimiseks olulise tähtsusega kutsealad?
- Milliste kutsealade esindajaid on tööturul piisavalt, milliseid napib? Milliste kutsealade esindajate järele vajadus 10–15 aasta perspektiivis oluliselt muutub?
- Millised on oskused, mis on igal vaadeldaval põhikutsealal tegutsemiseks täna ja 10–15 aasta perspektiivis eriti olulised? Millised oskused on tänapäeval töötajaskonnas ebapiisavad?
- Millised kutsestandardid vajavad täiendamist ja milliste kutsestandardite väljatöötamine on vaja algatada?

Analüüsi põhitulemuste baasil koostati valdkonna tööjõuvajaduse prognoos põhikutsealade lõikes aastani 2025/30. Valdkonna tööjõuvajaduse prognoosimisel võeti aluseks alamvaldkondade põhised visioonid tervishoiupersonali ootuspärasest jaotusest ja arvukusest põhikutsealade lõikes. Seda toetati muude valdkonna kutsealade puhul MKMi koostatud tööhõiveprognoosi andmetega.

Uurimistulemusi valideeriti samm-sammult valdkonna eksperdikogus ja teiste kaasatud ekspertidega. Protsess oli kahe-suunaline:

- ühelt poolt vaatasid eksperdid üle vahetulemused ja andsid neile oma heakskiidu;
- samas lindistati ja transkribeeriti eksperdikogus toimunud arutelud ning seda teavet käsitleti osana kogutavast empiirilisest materjalist, st tõlgendati ja analüüsiti paralleelselt ekspertintervjuudega, võttes arvesse konkreetse teema konteksti ja selle kohta kogutud taustamaterjale.

Valdkonna eksperdikogus valideeriti ka analüüsi põhijäreldused. Eelneva põhjal valminud järelduste alusel **sõnastati ettepanekud** vajalike muutuste ellu kutsumiseks, et vastata valdkonna tööjõu- ja oskuste vajadusele 2025/30 perspektiivis.

³ Intervjueritute nimekiri ja intervjuude kavad on toodud lisades 2 ja 3.

Kutsekoja juurde moodustatud OSKA tervishoiu valdkonna eksperdikogu (VEK) ⁴ hõlmas valdkonna kutseliitude, tööandjate, õppeasutuste ja avaliku sektori esindajaid. VEK liikmed olid:

Tööandjate, liitude, seltside ja ühenduste esindajad:

Lembi Aug, Eesti Arstide Liit

Priit Eelmäe, Eesti Haiglate Liit

Ruth Kalda, Eesti Perearstide Selts

Andres Lehtmets, Eesti Psühhiaatrite Selts

Anneli Kannus, Eesti Õdede Liit

Marek Vink, Eesti Hambaarstide Liit

Andrus Remmelgas, Põhja-Eesti Regionaalhaigla

Tiina Freimann, Tartu Ülikooli Kliinikum

Kristiina Sepp, Eesti Apteekide Ühendus

Raul-Allan Kiivet, Tartu Ülikool

Ülle Ernits, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

Kersti Viitkar, Tartu Tervishoiu Kõrgkool

Kristjan Port, Tallinna Ülikool

Avaliku sektori esindajad:

Ivi Lillepuu, Haridus- ja Teadusministeerium

Külli All, Haridus- ja Teadusministeerium

Maarja Kerner, Sotsiaalministeerium

Perioodil juuni 2016 – märts 2017 toimus neli valdkonna eksperdikogu koosolekut:

1) I koosolek (17.06.2016)

sihiseade: ülevaade OSKA protsessist ja metoodikast; fookusvaldkondade ja põhikutsealade määratlemine; eksperdikogu tegevuskava kinnitamine;

2) II koosolek (30.09.2016)

valdkonna tööjõu- ja oskuste vajadus fookusvaldkondades: valdkonna tööjõu- ja oskuste vajaduse hindamine aastani 2025;

3) III koosolek (19.12.2016)

valdkonna koolituspakkumine ja koolitusvajadus: kvalitatiivse ja kvantitatiivse analüüsi tulemused ja parendusettepanekud fookusega kutsealade tööjõuvajadusel;

4) IV koosolek (02.03.2017)

soovituste arutelu, kokkuvõtte tervishoiu OSKA analüüsist ja tagasiside uuringu-aruandele.

⁴ Valdkonna eksperdikogu on moodustatud Kutsekoja juhatuse korraldusega 28.06.2016 nr 1.1-2/22/O.

1. Valdkond ja kutsealad

Tervishoiusektor on vaadeldav tööjõumahuka majandusharuna, mis kõikide oma tarne- ja teenuseahelate ning seotud teenuste võrgustikega (logistika, toitlustus, finantsteenused) võib hõlmata kuni viiendikku majandusest⁵. Sektori toimimisel on majandusele väga oluline mõju, kuna sellest sõltub riigi tööjõu füüsilise ja vaimse tervise hoidmine ja taastamine. Sektori töötajaskonna ettevalmistus on samas väga ressursimahukas. Nii seda kui ka töötajate universaalseid oskuseid arvestades – omandatud oskusi on piisava keeleoskuse korral võimalik rakendada kõikjal maailmas – on riigi tööjõu optimaalne planeerimine ülioluline. Kui piisava pädevusega töötajaid valmistatakse ette liiga väikesel arvul, seab see ohtu teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse. Liiga paljude töötajate ettevalmistamine on aga riigi vaatenurgast ressursside raiskamine, kui omandatud oskused jäävad kasutamata või töötaja asub end realiseerima teises riigis.

Tervishoiu valdkond on käesolevas töös defineeritud kui elanikkonnale suunatud teenused ja tegevused haiguste, vigastuste ja mürgistuste ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks. Tervishoiupoliitika kontekstis ja meditsiini ringkondades tähistatakse mõistega *tervishoid* peamiselt ravikindlustuse vahenditest rahastatavate teenuste pakkumist ja toodete vahendamist. OSKA käsitluses on aga tervishoiu valdkond laiem – tööjõu planeerimist ei saa siduda poliitiliste otsustega ühe või teise teenuse rahastamiseks ravikindlustusest.

Seega on valdkonda ühelt poolt hõlmatud tervikuna kõik EMTAKi järgi Q86 ehk „Tervishoid“ alla liigituvad ettevõtted ja asutused. Teisalt kuuluvad siia kõik tervishoiu valdkonna kutsealade esindajatena käsitletavad töötajad, kes teevad teistes valdkondades erialast tööd. Arvestuslikult töötavad valdkonna kutsealade esindajad Eestis kokku ligi paaris tuhandes ettevõttes. 1378 asutusel on õigus osutada tervishoiuteenuseid tervishoiuteenuste korraldamise seaduse mõistes, neist 464 osutavad perearstiabi, 462 hambaravi ja 279 eriarstiabi. Haiglaid on Eestis 54. Üldapteekide on meil 490, haiglaapteekide 24. Erakorralist abi on osutamas 102 kiirabibrigaadi. Ent nagu öeldud, teevad tervishoiu valdkonna kutsealade esindajad erialast tööd ka sadades teistes ettevõtetes ja asutustes. Näiteks mõõdavad optometristid või ka silmaarstid nägemisteravust ja aitavad selle langust korrigeerida kümnetes optikakauplustes. Psühholoogid pakuvad psühholoogilist abi ja vaimset tervist toetavaid teenuseid lisaks tervishoiuasutustele mitmesajal üldhariduskoolis. Füsioterapeudid nõustavad kliente või nende lähedasi liigutusliku tegevusvõime säilitamiseks või parandamiseks haiglate taastusraviosakondade kõrval ka spaades ja spordiklubides.

Valdkonda ei ole samas hõlmatud näiteks ravimitööstuses tegutsejad (hõlmatud keemiatööstuse käsitluse all) ega ka tervishoiu juhtimisega tegelevaid ametnikke ja avalik-õiguslike asutuste töötajaid (hõlmatakse avalikku halduse käsitluse alla). Samuti leiavad käsitlemist vaid need kutsealad, mida saab pidada valdkonna seisukohalt keskseteks – tervisevaldkonna organisatsioonides on küll väga olulised ka raamatupidajad, IT-töötajad, toitlustusteenuste pakkujad jt, kuid nemad leiavad käsitlemist teistes OSKA valdkondlikes analüüsides. Selles analüüsis ei puudutata ka kutsealasid, mis tänases käsitluses liigituvad alternatiiv- või täiendmeditsiini alla (nt erinevad loodus(ravi)terapeudid, homöopaatid, kirop praktikud jt), kuna riigi perspektiivist puudub argumentatsioon nende vajaduse hindamiseks.

⁵ Eesti Arengufond. 2014. Nutika spetsialiseerumise tervisetehnoloogiate kasvuala raport

Tabel 1. Tervishoiu valdkonna kutsealad

Liigitus	Kutseala	AK-08 ametirühm	Arv	Arvu allikas ja aeg
Seadusega reguleeritud kutsealad	Õed	2221, 3221	9002	TA, 2017.02, autorite arvutused
	Arstid	2211, 2212	4722	TA, 2017.02
	Hambaarstid	2261	1348	TA, 2017.02
	Proviisorid	2262	942	TA, 2017.02
	Farmatseudid	3213	777	TA, 2017.02
	Ämmaemandid	2222	451	TA, 2017.02
Reguleerimata kutsealad, millega seondub tasemehariduses konkreetne õppekava	Hooldustöötajad	5321	3668	TAI, 2015
	Bioanalüütikud	3212	658	TAI, 2015
	Füsioterapeudid, liikumisravi spetsialistid ja -terapeudid	2264	560	TAI 2015, autorite arvutused
	Erakorralise meditsiini tehnikud	3258, 2240	553	TAI, 2015
	Psühholoogid, psühhoterapeudid, psühholoogilised nõustajad	osa 2634-st	550	TAI, 2015; MKM, 2013–2015; autorite arvutused
	Radioloogiatehnikud	osa 3211-st	382	TAI, 2015
	Optometristid	3254	230	MKM, 2013–2015
	Massöörid	osa 3255-st	223	TAI, 2015
	Hambatehnikud	osa 3214-st	128	TAI, 2015
	Meditsiiniliste abivahendite tehnikud/spetsialistid	osa 3214-st	72	MKM, 2013–2015; TAI, 2015; autorite arvutused
	Kliinilised logopeedid	osa 2266-st	70	eksperthinnang 2016.12
	Tegevusterapeudid	osa 2269-st	56	TAI, 2015
	Loovterapeudid	osa 2269-st	18	TAI, 2015
	Paikkondlikud tervisedendajad	3253	Teadmata	
	Tööhügieenikud, ergonoomid	osa 2263-st	Teadmata	
	Sterilisatsioonitehnikud	osa 5329-st	Teadmata	
Konkreetses õppekavas seoseta reguleerimata kutsealad	Hambaravi assistendid	osa 3251-st, osa 3259-st	1016	TAI, 2015; autorite arvutused
	Meditsiini valdkonna sekretärid ja assistendid	3343	475	MKM, 2012–2014; autorite arvutused
	Juhid	1342	343	TAI, 2015
	Meditsiinilabori spetsialistid	osa 2269-st	87	Eesti Laborimeditsiini arengukava 2011–2020“, 2012
	Suuhügienistid	osa 3251-st	27	TAI, 2015

	Audioloogid	2266	18	TAI, 2015; autorite arvutused
	Toitumisinõustajad, terapeudid	- 2265	Teadmata	

Allikas: autorite koostatud

Märkus: Tabel ei paku kõikehõlmavat ülevaadet tervishoiu valdkonna tööjõust, näiteks ei sisaldu selles õppuritele suunatud abiarstide, abiõdede jt õppurite jaoks loodud ametikohtade arvud ega ka statistikas eristamata harvaesinevad ametigrupid.

Tervishoiuasutuste (EMTAK Q86) kõikide töötajate ja teistes valdkondades erialast tööd tegevate tervishoiu valdkonna kutsealade esindajate arvestuslik koguarv on 31 500. Sellest ca 5300 on tervishoiuasutustes töötavad teiste valdkondade esindajad (raamatupidajad, IT-töötajad jt). Seega on tervishoiu valdkonna kutsealade esindajaid arvestuslikult 26 200. Kuna mitmetele tervishoiu kutsealadele (nt füsioterapeudid, psühholoogid) on omane jagada enda tööaega erinevate sektorite vahel, ei ole püütud rakendusuringus eristada üksnes tervishoiuasutustes töötavaid inimesi teistes sektorites töötajast. Asjakohasusel on kutsealade erisusi ja kattuvusi kirjeldatud alapeatükkides, kus kutseala detailsemalt käsitletakse.

Tervishoiu valdkonnas on kasutusel üle saja ametinimetuse, mis on liigitatavad mitmekümneks kutsealaks. **Tulenevalt OSKA metoodikast prognoositakse rakendusuringu raames tööjõu- ja oskuste vajadust üksnes valdkonna põhikutsealadel**, s.o kutsealadel, mille esindajate hulk moodustab vähemalt 1% valdkonna töötajatest, ning mille õppekavadel on riiklik rahastus. Selles peatükis on valdkonna mitmekesisuse avamiseks kirjeldatud ka neid kutsealasid, mille esindajate hulk on tagasihoidlik.

Kutsealade käsitlemisel on need jagatud kolme rühma (vt Tabel 1):

- seadusega reguleeritud kutsealad;
- seadusega reguleerimata kutsealad, mille esindajate ettevalmistamiseks on tasemehariduses konkreetne õppekava;
- seadusega reguleerimata kutsealad, mille esindajate ettevalmistamisel puuduvad kesksed õpiteed.

Tabelis on toodud parim teadmine kutsealade esindajate arvudest. Uuringuaruande koostajad teadvustavad, et loetelu ei ole täielik ning mõned arvud ei pruugi enam olla ajakohased. Kutseala kirjeldus on toodud üksnes juhul, kui kutseala oli võimalik õppekava, kutsestandardi, ametite klassifikaatori ISCO-08 (edaspidi ka AK-08) või muude allikate toel selgelt piiritleda. Toodud arvude ajaline mõõde varieerub oluliselt – tulenevalt sellest, et OSKA fookus on põhikutsealade tuleviku-vajadustel, pole oleviku võimalikult täpse peegeldamise poole püüeldud. Küll on erinevaid ajalisi lähtekohti arvestatud nii prognoosimisel kui ka koolituspakkumisega võrdlemisel.

Peatüki järgnevas osas on antud ülevaade kutsealadest järgmistes lõigetes:

- töö sisu, peamised ametinimetused ja vastavus AK-08 ametialadele;
- kutseala esindajad arvudes;
- enamlevinud õpiteed;
- seos kutsesüsteemiga, kui asjakohane.

Kutsealade järjestamisel on aluseks võetud nende esindajate teadaolev arv.

1.1. Seadusega reguleeritud kutsealad

Kuue tervishoiu valdkonna kutseala, s.o arstide, hambaarstide, õdede, ämmaemandate, proviisorite ja farmatseutide tegevust reguleerivad Eestis seadused. Vaid nende kutsealade esindajad on *tervishoiutöötajad* tervishoiuteenuste korraldamise seaduse⁶ tähenduses ning tohivad praktiseerida kutseala esindajana – seda juhul, kui nad on registreeritud Terviseameti asjakohastes registrites. Selline reguleeritus on tervishoiu valdkonnas olemuslikult vajalik selleks, et tagada tervishoiuteenuste piisav kvaliteet ja maandada oskamatused ja teadmatusest tuleneda võivaid riske elanikkonnale.⁷

1.1.1. Õed

Õde (kõnekeelses ka meditsiiniõde) on tervishoiuspetsialist, kes osaleb haigestunud või vigastatud inimeste ravis, tegeleb tervisedenduse ja haiguste ennetamisega, patsientide õpetamise ja nõustamisega. Ametite klassifikaatoris vastavad kutsealale ametirühmad *õenduse tippspetsialistid* (2221) ja *õenduse keskastme spetsialistid* (3221).

Terviseameti andmetel töötas Eestis 2017. aasta veebruari keskpaigas õena 9092 inimest. TAI andmetel oli töötavate õdede arv 2015. aastal veel üle tuhande võrra väiksem ehk 7906. Käesolevas analüüsis arvestatakse õdesid lähtuvalt õdede arvust Terviseameti registris. Sellest on maha arvatud radioloogiaõdede arv (198; vt täpsemat selgitust radioloogiatehnikute käsitluse alt) ja lisatud ämmaemanda kutsega inimeste arv, kes eelduslikult töötavad õena (108; vt täpsemat selgitust ämmaemandate käsitluse alt). Seega on õdede arvestuslik alusarv käesolevas töös 9002.

Õeks on võimalik õppida Tartu ja Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis rakenduskõrgharidusõppes kestusega kolm ja pool aastat. Tartu ja Tallinna kõrval toimub õdede õpe ka väljaspool koolide asukohalinnu. Põhiõppe lõpetamise ja töökogemuse omandamise järel on õel võimalik tervishoiukõrgkoolis läbida aastane erialakoolitus ühel neljast õenduse erialast – intensiivõendus, kliiniline õendus, terviseõendus ja vaimse tervise õendus. Tartu Ülikoolis on võimalik omandada ka magistrikraad õendusteaduses.

1.1.2. Arstid

Arstid on tervishoiu valdkonna tippspetsialistid, kes diagnoosivad, ravivad ja ennetavad haigusi, vigastusi ja muid inimeste kehalisi ja vaimseid vaegusi nüüdisaegse meditsiini põhimõtete ja protseduuride kasutamise abil. Nad juhivad, kavandavad, suunavad ja hindavad ravikavade täitmist. Ametite klassifikaatoris vastavad antud kutsealale rühmad *üldarstid* (2211) ja *eriarstid* (2212)⁸. Arstid

⁶ Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Vastu võetud 09.05.2001, RT I 2001, 50, 284. Redaktsioon jõustunud 01.01.2017, RT I, 27.12.2016, 23.

⁷ WHO, 2013, Transforming and scaling up health professionals' education and training. World Health Organization guidelines 2013.

⁸ Kuigi ametite klassifikaator eristab üldarste (2211) ja eriarste (2212), liigitab klassifikaator esimeste hulka nii arstiõppe põhiõppe lõpetanud ja residentuuri mitteastunud üldarstid kui ka perearstid. Kuna aga Eestis on perearstid eriarstid (perearstiks saamine eeldab 3-aastase residentuuri läbimist), ei oma Eestis nende kahe koodi eristamine sisulist väärtust, vaid külvaks hoopis segadust, kuna vastavalt tavapraktikale hõlmab termin üldarst üksnes spetsialiseerumata arste ning perearst liigitub eriarstide hulka.

saavad Eestis tegutseda nii üldarstina, kui ka spetsialiseeruda 38 erialale⁹. Hõivatute arv erialadel varieerub kahest (vaskulaarkirurgia) 939-ni (peremeditsiin).

Terviseameti andmetel töötas 2017. aasta veebruaris Eesti tervishoiusüsteemis 4722 arsti (sh arst-residendid). TAI statistilist eristust võimaldavatel andmetel oli arste 2015. aasta novembris 4502, neist 3734 omandatud erialal töötavat arsti, 544 arst-residenti ning 224 tegemas erialase spetsialiseerumiseta arsti tööd. Käesolevas uuringus on arstide alusarvuks nende arv Terviseameti registris, mis on kõige ajakohasem.

Eestis on võimalik arstiks õppida, läbides Tartu Ülikoolis 6-aastase kestusega integreeritud bakalaureuse- ja magistriõppe. Eriarstiks saamiseks on lisaks vajalik 3–5-aastase kestusega eriala-residentuuri läbimine.

1.1.3. *Hambaarstid*

Hambaarstid diagnoosivad, ravivad ja ennetavad hammaste, suu, lõualuude ja nendega seotud kudede haigusi, vigastusi ja väärarenguid tänapäevase hambaarstiteaduse põhimõtete ja protseduuride kasutamise abil. Nad kasutavad mitmesuguseid spetsiaalseid diagnostilisi, kirurgilisi ja muid meetodeid suu tervise parandamiseks ja taastamiseks. Ametite klassifikaatoris liigituvad hambaarstid samanimelisse rühma (2261).

Terviseameti andmetel töötas 2017. aasta veebruaris Eestis 1348 hambaarsti. TAI andmetel oli hambaarste 2015. aasta novembris 1239. Käesolevas uuringus on aluseks hambaarstide arv Terviseameti registris, mis on kõige ajakohasem.

Eestis saab hambaarstiks õppida Tartu Ülikoolis, läbides 5-aastase kestusega integreeritud bakalaureuse- ja magistriõppe. Põhiõppe järel on võimalik spetsialiseeruda suu-, näo- ja lõualuukirurgia, ortodontia või restauratiivsele hambaravi erialale.

1.1.4. *Proviisorid*

Proviisor on apteegitöötaja, kes väljastab (ja valmistab apteegikeskkonnas) ravimeid ning annab nõu ravimite õige kasutamise ja kõrvaltoimete kohta. Samuti võib ta juhtida apteeke. Ametite klassifikaatoris liigituvad proviisorid rühma *apteekrid* (2261).

Terviseameti andmetel töötas Eestis 2017. aasta veebruaris 942 proviisorit. TAI andmetel oli proviisoreid 2015. aasta novembris 952. Uuringus on aluseks proviisorite arv Terviseameti registris, mis on kõige ajakohasem.

Proviisoriks saab Eestis õppida Tartu Ülikoolis proviisoriõppe 5-aastaselt integreeritud bakalaureuse- ja magistriõppekaval. Tasemeõppe järgne spetsialiseerumine pole Eestis võimalik. Mitmed haigla-proviisorid on saanud kliinilise proviisori väljaõppe välisriikides.

2016. aasta lõpus kinnitati proviisori kutsestandard (tase 7), mis on kehtiva õppekava aluseks. Kutseid 2017. aasta veebruari seisuga väljastatud ei ole.

⁹ Sotsiaalministri 28.11.2001 määrus nr 110 „Eriarstiabi erialade loetelu“. Redaktsioon jõustunud 01.03.2016. RT I, 26.01.2016, 10.

1.1.5. Farmatseudid

Farmatseut on apteegitöötaja, kes tegeleb apteegis ravimite valmistamise ja väljastamisega ning nõustab kliente ravimite osas. Ametite klassifikaatoris ISCO-08 vastab ametile rühm 3213 *abiapteekrid*. Terviseameti andmetel töötas 2017. aasta veebruaris Eesti apteekides 777 farmatseudi haridusega inimest. TAI andmetel oli farmatseute 2015. aasta novembris 752. Uuringus on aluseks farmatseutide arv Terviseameti registris, mis on kõige ajakohasem.

Eestis saab farmatseudiks õppida Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis rakenduskõrgharidusõppes, õppeaeg on 3 aastat. 2016. aasta lõpus töötati välja ja kinnitati farmatseudi kutsestandard (tase 6), mis on ka kehtiva õppekava aluseks. Kutseid 2017. aasta veebruari seisuga väljastatud ei ole.

1.1.6. Ämmaemandad

Ämmaemand juhendab, jälgib, hooldab ja nõustab naisi raseduse ja sünnituse ajal, sünnitusjärgsel perioodil ning günekoloogiliste probleemide lahendamisel. Lisaks hooldab ja jälgib ta vastsündinuid ning imikuid. Ta osaleb tervisekasvatuses ja pereplaneerimises üksikisiku, perekonna ja ühiskonna tasandil. Ametite klassifikaator liigitab ämmaemandad samanimelisse rühma (2222).

Terviseameti andmetel töötas Eesti tervishoiuasutustes 2017. aasta veebruaris 559 registris ämmaemandana registreeritud inimest. TAI andmetel oli 2015. aastal ämmaemandana töötavate inimeste arv enam kui 100 võrra väiksem ehk 451. Käesolevas analüüsis võetakse aluseks viimane ehk TAI statistikal põhinev ämmaemandate arv. Teadaolevalt ei tööta kõik ämmaemandad ämmaemandana, osa neist töötab õe pädevust nõudval ametikohal (nt üld- või pereõena). Uuringus käsitletakse õdedena töötavate ämmaemandate arvuna TA registriandmete ja TAI arvu vahet (108) – sama arvu võrra on suurendatud õdedena töötavate inimeste arvu.

Ämmaemandaks on võimalik õppida Tartu ja Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis rakenduskõrgharidusõppes, mis kestab neli ja pool aastat. Kõik ämmaemandad saavad Eestis ka õe kutse, mis tähendab, et nad saavad töötada üldõena (sh ka pereõena). Välja on töötatud ämmaemanda kutsestandard, (tase 6 ja 7), kutse andjaks on Eesti Ämmaemandate Ühing. 2017. aasta veebruari alguses oli kehtivaid tasemele 7 vastavaid kutseid väljastatud 12, tasemele 6 vastavaid kutseid 11.

1.2. Seadusega reguleerimata kutsealad, millega seondub tasemehariduses konkreetne õppekava

Seadusega reguleeritud kutsealade esindajate kõrval töötab tervishoiu valdkonnas hulganisti ka teisi tippspetsialiste ja keskastmespetsialiste ametialadel, millel on vahetu seos tasemeharidussüsteemiga ehk ametialal töötamise eelduseks on vastava õppekava läbimine. Järgnevalt on põhjalikumalt avatud põhikutsealasid ning põgusamalt väiksema esindatusega kutsealasid.

1.2.1. Hooldustöötajad

Tervishoiuasutuste hooldustöötajad osutavad otsese isikuhoolduse teenuseid ja abistavad patsiente igapäevatoimingute tegemisel. Üldiselt töötavad nad kehtestatud hoolduskavade alusel ning enamasti õe või ämmaemanda otsese juhendamise all. Nad abistavad patsiente näiteks isikliku hügieeni, söömise, riietumise, liikumise ja treenimise, suhtlemise, suukaudsete ravimite võtmise ja sidemete vahetamise juures ning hoiavad patsiendi keskkonna hügieeni, sh koristavad patsiendi ruumi ja

vahetavad voodipesu. Kuigi haiglates on ametinimetusteks sageli *hooldaja* või ka *põetaja*, kasutatakse OSKA raames VEKi soovitusel läbivalt terminit *hooldustöötaja*.

Ametite klassifikaator eristab ametite gruppi *hooldustöötajad tervishoius* (532), mis omakorda jaotub kolmeks alarühmaks: *hooldajad tervishoiuasutustes* (5321), *hooldustöötajad kodus* (5322) ning *mujal liigitamata hooldustöötajad tervishoius* (5329). Siinse ametigrupi puhul on käsitletud asjakohasena üksnes esimest gruppi ehk *hooldajad tervishoiuasutustes* (5321). *Hooldustöötajad kodus* (5322) leidis käsitlemist sotsiaaltöö valdkonnas ning *mujal liigitamata hooldustöötajad tervishoius* (5329) hõlmab eelduslikult tervishoiuasutustes rutiinseid tugiteenuseid osutavaid töötajaid nagu sterilisatsioonitehnikud jt sarnased tugitöötajad. TAI andmetel töötas 2015. aasta novembris tervishoiusüsteemis hooldajana 3668 inimest. Kuigi on võimalik, et osa isikuhooldusega seotud töötajast on arvatud statistikas ka gruppi *hooldustöötaja meditsiinasutustes (abitöötaja)* (kokku 692 töötajat), võetakse analüüsis aluseks hooldustöötajate üldnimetatud arv 3668.

Hooldustöötajaks saab õppida nii Tallinna kui ka Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis, aga ka mitmes kutsekoolis nii põhi- kui keskharidusel baseerual kutseõppekaval kestusega kaks aastat. Ekspertide sõnul on tervishoiusüsteemi hooldustöötajast läbinud tasemehariduses erialase ettevalmistuse vaid kuni viiendik. Valdav enamik hooldustöötajatest asub tervishoiusüsteemis tööle ilma erialase ettevalmistuseta, läbides üksnes tööandja pakutud esmase lühikoolituse. Tasemeharidusse jõuavad enamasti juba hooldustöötajana töötavad inimesed, kes soovivad end erialaselt täiendada ja omandada tasemehariduses kvalifikatsiooni. Siiski on ka täna juba mitmeid kliinikuid ja üksikuid haiglaid, kus kõik või valdav enamus hooldustöötajast on tasemeõppe läbinud.

Välja on töötatud hooldustöötaja (tase 3 ja 4) kutsestandard. Kehtivaid hooldustöötajate kutseid on Eestis väljastatud 1159, eelduslikult töötab enamik kutse omandanuist sotsiaaltöö vallas.

1.2.2. Bioanalüütikud

Bioanalüütik töötab laborites, tema ülesandeks on uurida koeproove, kehavedelikke, teha kindlaks organismi tervislik seisund ja monitoorida patsiendi ravi kulgu.¹⁰ Ametite klassifikaatoris liigituvad bioanalüütikud gruppi *meditsiini- ja patoloogialaborite tehnikud* (3212). Haiglates on bioanalüütiku ametinimetusega sageli samatähenduslik 'laborant'. TAI andmetel töötas bioanalüütikuna 2015. aasta lõpus 643 ning meditsiini- ja patoloogialaborite tehnikuna 15 inimest. Analüüsis käsitletakse viimatinimetatuid samaväärsetena bioanalüütikutega, seega on bioanalüütikute arvestuslik koguarv nimetatud arvude summa – 658.

Bioanalüütikuks saab õppida Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis rakenduskõrgharidusõppe õppekaval, õppe kestus on 3,5 aastat. Koostöös nelja haiglaga toimub perioodil 2017–2022 bioanalüütikute õpe ka Tallinnas haiglateskonnas. Välja on töötatud bioanalüütiku (tase 6) kutsestandard, kutse andja on Eesti Bioanalüütikute Ühing. 2017. aasta veebruaris on bioanalüütiku kutse selle alusel antud 12-le inimesele.

¹⁰ <https://www.nooruse.ee/est/sisseastumine/oppekavad/rakenduskorgharidus/bioanalutik/>

1.2.3. Füsioterapeudid, liikumisravi spetsialistid ja terapeudid

Füsioterapeut on spetsialist, kes taastab, säilitab ja arendab patsientide ja klientide liikumis- ja tegevusvõimet ning tema osalust igapäevaelus. Füsioterapeut kasutab oma töös patsientide ja klientidega erinevaid sekkumisviise (nt kehalised harjutused ja funktsionaalne treening, manuaalsed tehnikad, erinevaid füüsilise ravi meetodeid jt). Samuti kohandab füsioterapeut abivahendeid ja nõustab patsiente ja kliente või nende lähedasi liigutusliku tegevusvõime säilitamisel või parandamisel. Ametite klassifikaatoris liigituvad füsioterapeudid samanimelisse rühma (2264).

TAI statistika kohaselt töötas tervishoiuasutustes 2015. aasta novembris 430 füsioterapeuti. Lisaks neile töötas tervishoiuasutustes ka 18 liikumisravi spetsialisti ning 6 liikumisraviterapeuti (AK-08 järgi rühmas 2269 ehk *mujal liigitamata tervishoiu tippspetsialistid*). Kuna Eesti Füsioterapeutide Liit käsitleb liikumisravi ettevalmistusega spetsialiste füsioterapeutidega¹¹ samaväärsetena, on nimetatud spetsialistid hõlmatud samuti füsioterapeutide arvu hulka. Arvestuslikult töötab tervishoiuasutustes seega 454 füsioterapeuti. Ekspertide sõnul teeb arvestatav hulk füsioterapeute erialast tööd ka spordiklubides ja spaades, mis ei ole tervishoiuasutused, seejuures töötatakse sageli samaaegselt mõlemas sektoris osakoormusega. 2011. aasta rahvaloenduse andmetel töötas tervishoiu tegevusalaga asutustes 81% kõikidest töötavatest füsioterapeutidest (AK-08 2264). Lähtudes eeldusest, et tervishoiuasutuste ja teiste sektorite suhe ei ole muutunud ja füsioterapeutide arv on kasvanud väljaspool tervishoiuasutusi samaväärselt, on töötavate füsioterapeutide arvestuslikuks arvuks uuringus 560.

Füsioterapeudiks saab õppida Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis rakenduskõrgharidusõppe 3-aastaselt õppekaval ning Tartu Ülikooli meditsiiniteaduste valdkonnas füsioteraapia bakalaureuse- ja magistriõppe õppekaval. Tartu Tervishoiu Kõrgkooli lõpetajad saavad õpinguid jätkata Tartu Ülikooli füsioteraapia magistriõppes.

Välja on töötatud füsioterapeudi kutsestandard (tase 6 ja 7), kutse andjateks on Tartu Tervishoiu Kõrgkool (tase 6), Tartu Ülikool (tase 6 ja 7) ning Eesti Füsioterapeutide Liit (tase 7). 2017. aasta veebruari alguses oli tasemele 7 vastavaid kehtivaid kutseid väljastatud 141, tasemele 6 vastavaid 16.

1.2.4. Psühholoogid ja psühhoterapeudid

Tervishoiu valdkonnas tegutsevad psühholoogid osalevad sõltuvalt kompetentsusest psüühika- ja käitumishäirete diagnoosimisel ja ravis, teevad psühhoteraapiat, pakuvad nõustamist ja kriisiabi ning osalevad laste ja noorte arengu toetamises. Ametite klassifikaator ei erista tervise valdkonnas tegutsevaid psühholooge teistest psühholoogidest (reklaamipsühholoogid, sotsiaalpsühholoogid jt), hõlmates nad kõik gruppi *psühholoogid* (2634). Selles uuringus kasutatav tervishoiu valdkonna definitsioon hõlmab valdkonda kõik need psühholoogid, kelle tegevuse fookuses on elanikkonna vaimse tervise toetamine või parandamine ning kes on seejuures vahetus kontaktis patsientide/ klientidega.

Kutsestandardite toel eristuvad kutsealal kaks selgepiirilist alagruppi: kliinilised psühholoogid ja koolipsühholoogid. **Kliinilised psühholoogid** tegelevad inimeste psühholoogiliste probleemide, psüühika- ja käitumishäirete ning tervist ohustava käitumise hindamise, ravimise ja ärahoidmisega. Nad töötavad haiglates ja polikliinikutes ning erapraksistes, kas iseseisvalt või ravimeeskonna

¹¹ vt <http://www.fysiot.ee/fusioterapeudid/>

liikmena, koos psühhiaatri, neuroloogi, perearsti või mõne teise eriarstiga. TAI statistika kohaselt töötas 2015. aasta novembris Eesti tervishoiuasutustes 118 kliinilist psühholoog. Kehtiv kliinilise psühholoogi kutse oli 2017. aasta veebruaris 157 inimesel. Ravikindlustusest rahastatuna saab kliiniline psühholoog tegutseda üksnes tingimusel, et talle on omistatud kliinilise psühholoogi kutse (tase 7 või 8), kutse andjaks on Eesti Psühholoogide Liit. Kutse taotlemise eelduseks on erialase magistriõppe (sh piisavas hulgas kliiniliste ainete) edukas läbimine koos kutseaastaga, mis sisaldab spetsialiseerumise kursuseid ja juhendatud praktikat. Psühholoogia magistriõpet pakuvad Tallinna ja Tartu Ülikool. Nn kutseaastat on võimalik läbida erinevates psühhiaatrilist abi osutavates tervishoiuasutustes. Väljaspool kutsestandardit ei ole kutseaasta läbimine reguleeritud, selle läbimist ja läbiviimist riiklikult ei rahastata. Kliinilised psühholoogid saavad kutsestandardite kohaselt spetsialiseeruda kliiniliseks lapsepsühholoogiks, kliiniliseks psühholoogiks-psühhoterapeudiks, kliiniliseks kohtu- ja korrektsioonipsühholoogiks ning neuropsühholoogiks.

Koolipsühholoogide töö fookuses on haridusasutustes õppivate laste arengu toetamine koostöös lapsevanemate ja haridustöötajatega. Nad annavad ka esmast abi vaimse tervise traumade ja psüühika- ning käitumishäirete avaldumisel, suunates abivajaja vajadusel ravimeeskonna poole. Kui ettevalmistus lubab, võib koolipsühholoog viia läbi koolitusi haridusasutuse personalile ja lapsevanematele. Koolipsühholoogi ettevalmistus eeldab magistriastme haridust ning kutsealase täiendkoolituse läbimist. Samas töötab Eestis ca 220 koolipsühholoog, kellel on erinev hariduslik taust. Kehtiv koolipsühholoogi kutse on väljastatud vaid 68-le inimesele, mis viitab, et enamik koolipsühholoogina töötavaid inimesi ei vasta kutsestandardis eeldatud kvalifikatsioonile.

Lisaks ülalnimetatuile töötab Eestis ekspertide hinnangul vähemalt 100–200 inimest, kel on psühholoogia-alane ettevalmistus, kuid kes samas ei ole arstid, kliinilised psühholoogid ega koolipsühholoogid. Nad pakuvad samuti vaimset tervist toetavaid teenuseid ja tähistavad end psühholoogi, psühholoogilise nõustaja või psühhoterapeudina. TAI andmetel töötas näiteks 2015. aastal tervishoiuasutustes 92 inimest, kes liigitusid kategooriasse *muud psühholoogid*. Psühholoogid tegutsevad väljaspool tervishoiuasutusi ka nt tööturuteenuste ja ohvriabi süsteemis. Kuna psühhoteraapia ega psühholoogiline nõustamine pole õiguslikult reguleeritud ega vastavaid kutsestandardeid kehtestatud, on antud grupi arvuline piiritlemine keeruline. Käesolevas töös kasutatakse tervishoiu valdkonnas töötavate psühholoogide arvestusliku koguarvuna arvu 550. Hinnang tööjõuvajadusele antakse üksnes kliiniliste ja koolipsühholoogide osas.

1.2.5. Erakorralise meditsiini tehnikud

Erakorralise meditsiini tehnik on spetsialist, kelle tegevuse eesmärk on osutada abi õnnetustes vigastatule ja/või erakorralist meditsiiniabi vajavale patsiendile. Enamasti töötavad erakorralise meditsiini tehnikud kiirabis, kuid neid rakendatakse mõnedes haiglates ka erakorralise meditsiini osakondades (EMO) assisteerivate spetsialistidena. Kiirabis võivad erakorralise meditsiini tehnikud olla õe asemel brigaadi teiseks või kolmandaks liikmeks.

Ametite klassifikaatoris liigituvad erakorralise meditsiini tehnikud gruppi *kiirabitehnikud* (3258). TAI andmetel töötas 2015. aasta lõpus tervishoiuasutustes 553 kiirabitehnikut. Selles uuringus käsitletakse termineid *kiirabitehnik* ja *erakorralise meditsiini tehnik* samaväärsetena ja nimetatud arv on erakorralise meditsiini tehnikute tulevikuvajaduste hindamisel alusarvuks.

Erakorralise meditsiini tehnikuks saab õppida Tallinna ja Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis kutseõppe õppekaval kestusega üks aasta. Välja on töötatud erakorralise meditsiini tehniku (tase 4) kutsestandard, kuid kutsete väljastamist selle alusel veel ei toimu. Praktikas on vaid osa kiirabitehniku ametikohal töötavatest inimestest omandanud erialase kutsehariduse. Nii töötab kiirabibrigaadi teise liikmena ka kaitseväes parameedikuna väljaõppe läbinuid. Kiirabibrigaadide kolmandaks liikmeks on kiirabitehnikud-autojuhid, kes on läbinud 400-tunnise väljaõppe või erakorralise meditsiini tehnikud, kes on läbinud alarmsõidukijuhi koolituse.

1.2.6. Radioloogiatehnikud

Radioloogiatehnikud on tervishoiuspetsialistid, kelle põhiülesanne on teha radiodiagnostilisi ja radio-terapeutilisi protseduure (sh nt kiiritusravi) ning tagada nende ajal ohutus ja turvalisus. Radioloogia- tehnikud võivad töötada iga tasandi tervishoiuasutuse radioloogiateenistuses. Ametite klassifikaator ISCO-08 ei erista radioloogiatehnikuid eraldi kutsealana, vaid hõlmab nad gruppi *meditsiiniliste kuvamis- ja raviseadmete tehnikud* (3211).

TAI statistika kohaselt töötas 2015. aasta novembris tervishoiuasutustes 382 radioloogiatehnikut, sh ka radioloogiaõed. Kuni 2002. aastani, mil radioloogiatehnikuid eraldi kutsealana veel ette ei valmistatud, said õed spetsialiseeruda radioloogiaõenduse erialale. Radioloogiaõed jätkavad oma ametikohtadel töötamist ka radioloogiatehniku õppekava juurutamise järel. Kuna radioloogiaõdede töö iseloom ei erine radioloogiatehnikute tööst, käsitletakse neid üheskoos viimatimainitutega ja lahus õe kutseala esindajaist. Terviseameti andmetel töötas Eestis 2017. aasta veebruari keskpaigas 198 õde, kellel oli märke radioloogiaõe spetsialiseerumise kohta. Nimetatud arvu võrra on kahandatud seega õdede arvestuslikku arvu.

Radioloogiatehnikuks on võimalik õppida Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis 3,5-aastaselt rakenduskõrg- haridusõppe õppekaval. Koostöös Läti ja Leeduga on käivitamisel radioloogia magistriõpe, millele on kavas vastuvõtte alustada 2017. aasta sügisel. Välja on töötatud radioloogiatehniku (tase 6 ja 7) ja juhtivradioloogiatehniku (tase 7) kutsestandardid, kutse andja on Eesti Radioloogiatehnikute Ühing. 2017. aasta veebruari alguses oli kehtiv radioloogiatehniku kutse väljastatud 69 inimesele, neist 2 vastasid radioloogiatehniku tasemele 7 ja 2 juhtivradioloogiatehniku tasemele.

1.2.7. Teised õppekavaseosega kutsealad

1.2.7.1. Optometristid (ja oftalmoloogia optikud)

Optometrist on spetsialist, kelle põhiülesanneteks on inimeste nägemisfunktsiooni uurimine ja korrigeerimine, prillide, kontaktläätsede ja teiste optiliste abivahendite sobitamine, valmistamine ja pisiremont. Optometristi igapäevaülesannete hulka kuulub ka nägemise abivahendeid vajava kliendi nõustamine ja vajadusel silmaarsti uuringule suunamine. Optometrist tegutseb eksperdina, kes lahendab nägemisprobleeme, mis tulenevad keskkonnast ja nõuavad valguse-, värvi- ning vormitaju- alaseid teadmisi. Optometristi elukutse on tihedalt põimunud optiku ja optikamüüja ametiga. Vaid suuremates optikakauplustes ja silmakliinikutes on need ametid lahus. Optikud on spetsialistid, kes tunnevad põhjalikult prillide valmistamise ja remontimise tööd ning selleks vajalikke seadmeid ja instrumente. Optiku põhitöö on prillide valmistamine, remont ja kliendi juhendamine nägemist korrigeerivate abivahendite kasutamisel. Ametite klassifikaatoris liigituvad optometristid ja optikud samanimelisse ametigruppi (3254).

TAI statistika kohaselt töötas tervishoiuasutustes 2015. aasta novembris 41 optometristi. Samas töötab enamik optometriste jaemüügisektoris optikapoodides. 2011. aasta rahvaloenduse andmetele toetuva MKMi prognoosi kohaselt töötas Eestis 2013–2015 arvestuslikult 230 optometristi ja optikut. Suurusjärk on kooskõlas Eesti Optometristide Seltsi avaldatud andmetega, mille kohaselt on perioodil 2002–2017 omandanud optometristi hariduse Eestis või lähiriikides 253 eestimaalast.¹²

Eestis saab optometristiks õppida Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli rakenduskõrgharidusõppe õppekaval kestusega 3,5 aastat. Välja on töötatud optometristi (tase 6) kutsestandard, kuid kutseid 2017. aasta veebruari seisuga väljastatud ei ole.

1.2.7.2. Massöörid

Massööri töö on kliendi masseerimine tema füüsilise ja vaimse suutlikkuse taastamiseks, tervisehäirete ennetamiseks, organismi üldise vastupanuvõime tugevdamiseks ja hea enesetunde saavutamiseks. Massöör nõustab ja juhendab kliente ning vajadusel soovitab pöörduda tervishoiu-spetsialisti poole. Ametite klassifikaator ISCO-08 ei erista massööre eraldi kutsealana, vaid hõlmab nad gruppi *abifüsioterapeudid* (3255).

TAI andmetel töötas 2015. aasta lõpus tervishoiuasutustes 223 massööri. 2011. aasta rahvaloenduse andmetele toetuva MKMi prognoosi kohaselt töötas Eestis 2013–2015 tervishoiu tegevusalal 420 abifüsioterapeudiks liigituvat töötajat. Kokku oli ametialal hõivatuid majanduses 1200. Kuna piiri tõmbamine ravi osana ja/või ravi eesmärgil tehtava massaaži ja heaoluteenusena pakutava massaaži vahel on äärmiselt keeruline, käsitletakse uuringus tervishoiu valdkonda liigituvatena vaid tervishoiuasutustes töötavaid massööre.

Tasemeõppes saab massööriks õppida Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis ning Eesti Massaaži- ja Teraapia-koolis tasulistel kutseõppekavadel. Väljaspool tasemeharidust pakutakse väga erinevaid tasulisi massaažikoolitusi. Välja on töötatud massööri (tase 5) ja lümfimassööri (tase 5) kutsestandardid. Kutse andjad on Eesti Massööride Liit ja Eesti Massaaži- ja Teraapiakool. 2017. aasta veebruari alguse seisuga oli massööridele väljastatud kehtivaid kutseid 566. Pole teada, kui paljudele tervishoiuasutustes töötavatele massööridele on antud kutse.

1.2.7.3. Hambatehnikud

Hambatehnik kavandab ja valmistab suuõõnde paigaldatavaid hammaste täis- ja poolproteese, hambakaitseid, kroone, metallklambreid, panuseid, silu ja muide abivahendeid ning ortodontilisi raviaparaate. Ametite klassifikaator ei erista hambatehnikuid teistest meditsiiniliste proteeside tehnikutest, liigitades nad ühte gruppi *meditsiiniliste ja hambaproteeside tehnikud* (3214).

TAI statistika kohaselt oli Eestis *hambaproteeside tehnikuid* 2015. aastal 128. Eelduslikult on antud tähistus samatähenduslik tähistusega hambatehnik. Hambatehnikuks saab õppida Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis rakenduskõrgharidusõppe õppekaval kestusega 3,5 aastat. Välja on töötatud hamba-tehniku (tase 6 ja tase 7) kutsestandard, mis on õppekava aluseks. Kutseid 2017. aasta veebruari seisuga väljastatud ei ole.

¹² <http://www.optomeetria.eu/Eesti-optometristid>

1.2.7.4. Meditsiiniliste abivahendite tehnikud ja spetsialistid

Meditsiiniliste abivahendite tehnikud ja spetsialistid töötavad välja, paigaldavad, hooldavad ja parandavad meditsiinilisi abivahendeid (sh nt proteesid ja korrigeerivad vahendid) vastavalt tervishoiu tippspetsialisti juhistele. Nad nõustavad patsiente või nende lähedasi abivahendite kasutamisel ja hooldamisel. Abivahendite spetsialistid liigituvad ametite klassifikaatoris gruppi *meditsiiniliste ja hambaproteeside tehnikud* (3214). 2011. aasta rahvaloenduse andmetele toetuva MKMi prognoosi kohaselt töötas Eestis 2013–2015 arvestuslikult 200 selle ametigrupi esindajat, ametialal hõivatuid oli majanduses kokku 310. Lahutades tervishoiu tegevusalal tegutsejate arvust maha hambaproteeside tehnikute arvestusliku arvu (128), saame meditsiiniliste abivahendite tehnikute/spetsialistide arvestuslikuks arvuks 72.

Välja on töötatud abivahendi spetsialisti kutsestandard (tase 4 ja 5). Tasemel 5 oli märtsis 2017 väljastatud 11 kehtivat kutset, neist 5 liikumise, 3 ortopeedilise ja 3 kuulmisvaldkonna abivahendi spetsialistidele. Kutsealaga seondub hariduses vaid üks õppekava – Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis saab kutseõppekaval kestusega 1 aasta omandada abivahendispetsialisti (tase 4) kvalifikatsiooni.

1.2.7.5. Kliinilised logopeedid

Logopeed on kõne- ja keeleteraapia valdkonnaga tegelev spetsialist. Logopeedi töö eesmärk on kommunikatsioonivõime, suulise ja kirjaliku kõneloome ja mõistmisoskuse ning mitteverbaalse suhtlemise parandamine ja arendamine. Tervishoiu valdkonnas, peaaesjalikult taastusravis, tegutsevad kliinilised logopeedid, kes lisaks kõne- ja keelehäiretele tegelevad ka hääle- ja neelamishäirete diagnoosimise ja teraapiaga. Lastele suunatud arendusravi kontekstis töötavad kliinilised logopeedid sageli lastepsühhiaatrilistes meeskondades. Ametite klassifikaator ei erista kliinilisi logopeede teistest logopeedidest ega audioloogidest, hõlmates nad ühte gruppi *audioloogid ja logopeedid* (2266).

Tervishoiu valdkonnas tegutses 2011. aasta rahvaloenduse andmetel vaid kolmandik logopeedidest – enamik neist tegutseb haridus- ja sotsiaalhoolekandesüsteemis. Riiklik tervishoiutöötajate statistika käsitleb logopeede vaid üheskoos audioloogidega – 2015. aastal oli mõlema kutseala esindajate koguarv 88. Ekspertide hinnangul tegutseb tervishoiu valdkonnas käesolevalt ca 70 logopeedi. 2017. aasta veebruari alguse seisuga oli kliinilise logopeedi spetsialiseerumisega logopeedi kutse väljastatud 40 inimesele.

Kliiniliseks logopeediks saamine eeldab magistritasemel erialase kõrghariduse omandamist – see on võimalik vaid Tartu Ülikoolis eripedagoogika ja logopeedia magistriõppekaval – ning töökogemust kliinilises keskkonnas. Välja on töötatud logopeedi (tase 7 ja 8) kutsestandardid, mis mõlemad eristavad spetsialiseerumist kliinilisele logopeediale.

1.2.7.6. Tegevusterapeudid

Tegevusterapeut tegeleb inimese tegevusvõimet mõjutavate tegurite väljaselgitamise ning igapäeva-tegevustes osaluse parandamisega. Ta hindab erinevate tegevuste (nt riietumine, söömine, toidu valmistamine, erinevad käelised tegevused, seadmete kasutamine jms) läbiviimise oskust ja taset, suutmatuse põhjust. Samuti kavandab ta ravi, et eesmärgipäraselt valitud tegevuste kaudu parandada toimetuleku taset igapäevaelus vajalike toimingute sooritamisel. Lisaks nõustab tegevusterapeut ratsionaalsete ja funktsioonisäästvate soorituste ning abivahendite alal. Ametite klassifikaatoris liigituvad tegevusterapeudid gruppi *mujal liigitamata tervishoiu tippspetsialistid* (2269). TAI andmetel

töötas 2015. aastal tervishoiuasutustes 56 tegevusterapeuti. Teisalt töötab arvestatav hulk tegevusterapeute ka väljaspool tervishoiuasutusi (nt erihoolde- ja rehabilitatsiooniteenuseid pakkuvates asutustes) ning tõenäoliselt ületab nende arv tervishoiuasutustes töötavate tegevusterapeutide arvu.

Eestis koolitatakse tegevusterapeute Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis rakenduskõrghariduse õppekaval, õpe kestab neli aastat. Välja on töötatud tegevusterapeudi kutsestandard (tase 6), kutset väljastab Eesti Tegevusterapeutide Liit. 2017. aasta alguses oli kehtiv kutse antud 18 inimesele.

1.2.7.7. *Loovterapeudid*

Loovterapeut on psühhoterapeutilise ravi ja rehabilitatsiooni spetsialist, kes rakendab loomingulisi vahendeid ja kunstimeid kliendi tervislikust seisundist lähtuvate eesmärkide saavutamiseks. See võib toimuda psühhoteraapilise sekkumisena, spetsiifilise vaimse, füüsilise, emotsionaalse või käitumusliku funktsiooni arendamiseks, toetamiseks või taastamiseks, palliatiivse tegevusena, kui ravisekkumine on lõpetatud, diagnostilise vahendina tervisliku seisundi või elusituatsiooni kvalitatiivseks hindamiseks või ka rekreatiivselt, tervisedenduslikuna, heaolu ja loovuse arendamiseks. Loovteraapia hõlmab nelja spetsialiseerumissuunda: visuaalkunstiteraapia, muusikateraapia, draamateraapia ning tantsu- ja liikumisteraapia. Ametite klassifikaatoris liigituvad loovterapeudid gruppi *mujal liigitamata tervishoiu tippspetsialistid* (2269). TAI andmetel töötas 2015. aastal tervishoiuasutustes 18 loovterapeuti, neist 5 muusikaterapeuti.

Eestis on tasemehariduses võimalik õppida loovterapeudiks Tallinna Ülikoolis kunstiteraapiate magistriõppekaval (muusikateraapia ja visuaalkunstiteraapia suunal). Välja on töötatud loovterapeudi (tase 7) ja muusikaterapeudi (tase 6 ja 7) kutsestandardid. Kutse andja on esimese puhul Eesti Loovteraapiate Ühing ning teisel Eesti Muusikateraapia Ühing. Veebruaris 2017 oli loovterapeudi kehtiv kutse väljastatud 11 inimesele, muusikaterapeudi kutset väljastatud ei ole.

1.2.7.8. *Paikkondlikud tervisedendajad*

Paikkondlik tervisedendaja on kõrghariduse ja erialase ettevalmistusega spetsialist, kelle kutsealane tegevus on suunatud elanikkonna tervise ja elukvaliteedi arendamisele paikkonnas nii indiviidi, elanikkonna, grupi- kui ka organisatsiooni tasandil. Riiklikul tasandil tervisedendusega tegelevad ametnikud ja teenistujad liigituvad poliitikakujundajatena avaliku halduse valdkonda ja jäävad seega selle uuringu fookusest välja. Paikkondlikud tervisedendajad (st KOV, linnaosa või maakondlikul tasandil tegutsejad) on aga valdkonna definitsioonist tulenevalt valdkonda hõlmatud – nad on paikkonna elanikega enamasti vahetus kokkupuutes ning nende nõustava iseloomuga tegevus on kohati samaväärne tervishoiutöötajate tervisedenduslike tegevustega. Ametite klassifikaatoris liigituvad paikkondlikud tervisedendajad enamasti gruppi *kohalike omavalitsuste tervishoiutöötajad* (3253). Paikkonnas võivad põhitööna tegeleda tervisedendusega ka kolmanda sektori esindajad (nt kodanikuinitsiatiivil loodud MTÜ-de töötajad), mistõttu võivad statistikas liigituda osad tervisedendajad ka gruppi *tervishoiu alal töötavad mujal liigitamata keskastme spetsialistid* (3259).

Inimeste arv, kelle tööks põhitegevuseks on paikkondlik tervisedendus, ei ole teada. Kehtiv tervisedendaja kutse oli 2017. aasta veebruaris 12 inimesel. Eeldades, et paikkondlik tervisedendaja on olemas kõikide maavalitsuste, suuremate linnade ja Tallinna linnaosade tasandil, on nende arv ilmselt mõnekümne ringis, kuid neile tuleks lisada kolmanda sektori paikkondlikud tervisedendajad.

Tervisedendajaks saab õppida rakenduskõrghariduse astmel Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli tervisedenduse õppekaval ning Tallinna Ülikooli Haapsalu Kolledži tervisejuhi õppekaval. Mõlemal juhul on nominaalne õppeaeg 3 aastat. Välja on töötatud tervisedendaja (tase 6) kutsestandard, kutse andjaks on Eesti Tervisedenduse Ühing.

1.2.7.9. Töökeskkonna spetsialistid (tööhügieenikud, ergonoomid)

Töökeskkonna spetsialistide töö eesmärk on ennetada tööga seotud haigestumisi ja tööõnnetusi ning säilitada ja edendada töötajate tervist ja töövõimet, tagada töötaja heaolu ning tõsta töö tõhusust. Kutseala esindaja aitab kaasa tervisliku ja ohutu töökeskkonna loomisele, tuvastades töökeskkonna ohutegurid ja mõõtes ise või korraldades ohutegurite parameetrite mõõtmised. Ta hindab töökeskkonna ohutegurite võimalikku mõju töötajate tervisele ning nõustab tööandjaid ja töötajaid tervist säästvate töötingimuste loomises.

Ametite klassifikaatoris liigitub antud ametirühm gruppi *tervisekaitse-, töötervishoiu- ja tööhügieeni tippspetsialistid* (2263). 2011. aasta rahvaloenduse andmetele toetuva MKMi prognoosi kohaselt töötas Eestis 2013–2015 arvestuslikult 334 ametigrupi esindajat, kuid nende hulka liigitus ka teadmata arv avaliku halduse valdkonda kuuluvaid tervisekaitseametnikke ja inspektoreid.

Eestis on võimalik kutsealane ettevalmistus Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis kolmeaastase kestusega tervisekaitse spetsialisti rakenduskõrghariduslikul õppekaval ning Maaülikoolis ergonoomika magistriõppekaval. Välja on töötatud tööhügieeniku ja ergonoomi kutsestandardid (mõlemad tasemel 7). 2017. aasta alguse seisuga ei olnud kutseid väljastatud.

1.2.7.10. Sterilisatsioonitehnikud

Sterilisatsioonitehnikud tegelevad tervishoiuasutustes meditsiiniliste instrumentide ja seadmete steriliseerimisega. Ametite klassifikaator sterilisatsioonitehnikuid eraldi kutsealana ei erista ning kutseala liigitub gruppi *mujal liigitamata hooldustöötajad tervishoius* (5329). Ka TAI tervishoiu-töötajate statistikas sterilisatsioonitehnikuid ei eristata, kuid nad võivad sisalduda gruppides *hooldustöötaja meditsiinasutustes (abitöötaja)* (692 töötajat) ja *tervishoiualal töötav mujal liigitamata abispetsialist* (63). Võimalik on, et osa sterilisatsioonitehniku tööülesandeid täitvaist töötajast kajastub ka grupis *hooldajad*. Seega on sterilisatsioonitehnikute tänane täpne arv teadmata.

Sterilisatsioonitehnikuks on võimalik õppida Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis keskkaridusel baseeruvast kutseõppes kestusega üks aasta. Välja on töötatud sterilisatsioonitehniku kutsestandard (tase 4), millest nimetatud õppekava lähtub. 2017. aasta alguse seisuga sterilisatsioonitehniku kutseid väljastatud ei olnud.

1.3. Konkreetse õppekava seoseta reguleerimata kutsealad

Lisaks eelpool kirjeldatud kutsealadele on ka mitmeid teisi kutsealasid, millel on tervishoiu valdkonnas oluline roll, kuid millel puuduvad kesksed õpiteed.

1.3.1. Hambaravi assistendid

Hambaravi assistendid assisteerivad hambaarste patsientide vastuvõtul, nende ülesanne on ka töövahendite korrashoid, sh steriliseerimine. Ametite klassifikaatoris vastab hambaravi assistentidele grupp *hambaraviõed ja hambaravi keskastmespetsialistid* (3251). Hambaravi abitöötajad võivad olla

hõlmatud ka gruppi mujal liigitamata hooldustöötajad tervishoius (5329). TAI andmetel töötas Eestis 2015. aastal 934 hambaravi assistenti ja -õde. Kuna hambaarstide arv on 2017. aastal võrreldes 2015. aastaga suurem, võib eeldada, et kasvanud on ka hambaravi assistentide arv. Eeldades, et assistentide proportsioon on jäänud 2015. aastaga samaväärseks (s.o 0,75 assistenti ühe hambaarsti kohta) on hambaravi assistente 2017. aastal arvestuslikult 1016.

Kui eelmistel kümnenditel rakendati hambaravis assistentidena hambaravile spetsialiseerunud õdesid, siis käesolevalt hambaraviõdesid enam ei koolitata ning nn tavahambaravis puudub assisteerimisel vajadus õe pädevuse järele (küll on õe kompetents vajalik suu-, näo- ja lõualuukirurgias). Seega varieeruvad hambaravis assisteeriva personali õpiteed märkimisväärselt, ulatudes varasema tervishoiualase kokkupuuteta üldharidusega inimestest, kellele tööandja pakub täiendkoolitust, eriväljaõppega õdedeni. Hambaarstide Liidu juhatus on välja käinud idee töötada välja hambaravi assistendi kutseõppekava (võimalusega omandada profülaktika assistendi lisapädevus). Selleks on alustatud läbirääkimisi Tallinna Tervishoiu Kõrgkooliga, eesmärgiga alustada vastuvõtte 2018. aasta sügisel.

1.3.2. *Meditšiinalal töötavad sekretärid ja assistendid*

Tervishoiu valdkonnas töötavad sekretärid ja assistendid, kes abistavad peamiselt tervishoiu tippspetsialiste, täites küll tavapäraseid sekretäritöö ülesandeid (sh mitmesugused suhtlemise, dokumenteerimise, arhiveerimise, halduse ja sisemise koordineerimise ülesandeid), kuid mille tõhusaks täitmiseks on vaja eriteadmisi meditsiiniterminoloogiast ja tervishoiuteenuste osutamise korrast. Ametirühma *meditsiinalal töötavad sekretärid* (3344) eristab ka ametite klassifikaator. Näiteks võivad kutseala esindajate tööülesanneteks olla:

- arstide, õdede jt tippspetsialistide vastuvõttude ajaline planeerimine ja kinnitamine ning sõnumite edastamine meditsiinipersonalile ja patsientidele/klientidele;
- vastuvõttude assisteerimine märkmete tegemisega;
- tippspetsialisti audiomärkmete transkribeerimine;
- klientide/patsientide küsitlemine vormide, dokumentide ja haiguslugude täitmiseks;
- meditsiinigraafikute, aruannete, dokumentide ja kirjade koostamine, registreerimine ja läbi vaatamine;
- kindlustus- ja muude nõudevormide täitmine;
- meditsiinitoimikute, registrite ja tehnilise raamatukogu haldamine;
- finantsaruannete ja arvelduskordade koostamine;
- abi osutamine eelarvete koostamisel, lepingute ning ostu- või hanketellimuste koostamisel;
- kontori lihtametnike ja muu kontoripersonali töö juhendamine.

2011. aasta rahvaloenduse andmete alusel koostatud MKMi prognoosi kohaselt oli perioodil 2013–2015 tervishoiu tegevusalaga ettevõtteis meditsiinalal töötavaid sekretäre keskmiselt 950. Toetudes ekspertide infole on põhjust eeldada, et vaid kuni pool neist on täitmas tööülesandeid, mis eeldavad meditsiinilisi või laiemaid tervishoiu valdkonna eriteadmisi. Näiteks puudub selline vajadus hambaraviasutustes töötavatel vastuvõtusekretäridel. Eelnevast tulenevalt arvestatakse valdkonnas asjakohastena vaid 475 töötajat.

Eesti haridussüsteem spetsiifiliselt meditsiinivaldkonnas tegutsemiseks pädevaid sekretäre ette ei valmista ning tööandjad toetavad valdkonnaspetsiifiliste teadmiste omandamist töö käigus. Teisalt on tervishoiu sidusgrupid väljendanud vajadust selliste spetsialistide ettevalmistamiseks.

1.3.3. Juhid

MKMi 2011. aasta rahvaloendusel baseeruva prognoosi andmetel töötas perioodil 2013–2015 ametirühmas *juhid tervishoiuteenustes* (ISCO 1342) keskmiselt 1280 töötajat. TAI andmetel töötas 2015. aastal tervishoiu 343 inimest, kes olid tervishoiu kutseala esindajana ka ühtlasi juhid (st arvus ei sisaldu need, kelle kutseala ei kuulu tervishoiu kutsealade hulka – nt haldusjuhid, personalijuhid jne). Kuna tervishoiu valdkonnas on enamik juhupositsioonil olevaist tervishoiutöötajatest (nt ülemarstid, ülemõed, õendusjuhid, ravijuhid, talituste juhatajad, juhtivad vanemlaborandid jne) – jätkuvalt ka oma professioni esindajad, kes teevad igapäevaselt erialast tööd, ei pöörata erinevalt teistest OSKA uuringutest selles uuringus juhtide ametialale eraldi tähelepanu. Oletuslikult kajastuvad kõik reguleeritud kutsealade esindajatest, kes on juhupositsioonil, ka oma kutseala esindajate arvudes (kuna nad sisalduvad Terviseameti hallatavas tervishoiutöötajate registris).

1.3.4. Teised õppekavaseoseta kutsealad

1.3.4.1. Suuhügienistid

Suuhügienist tegeleb peamiselt suuhaiguste ennetamisega ja järelraviga, teeb hammaste fluoro-teraapiat, viib läbi hammaste puhastust, mõõdab ja kaardistab igemetaskuid. Ametite klassifikaator hõlmab suuhügienistid gruppi *hambaraviõed ja hambaravi keskastme spetsialistid* (3251). TAI andmetel töötas suuhügienistina 2015. aasta lõpus 27 inimest¹³.

Eestis tegutsevad suuhügienistid on omandanud pädevuse kas tänaseks suletud erakõrgkooli suuhügienisti õppekaval või välisriikides. Kuigi korduvalt on räägitud suuhügienisti õppekava välja-töötamisest ja rakendamisest Eestis¹⁴, ei ole selleni jõutud Välja töötatud suuhügienisti kutsestandard aegus 2016. aasta lõpus – selle alusel anti välja 4 kutset.

1.3.4.2. Audioloogid

Audioloog on spetsialist, kes osaleb kuulmishäirete diagnoosimises, ravis ja rehabilitatsioonis. Audioloog teeb multidistsiplinaarset koostööd kõrva-nina-kurguarstide, psühholoogide, logopeedide ja teiste erialade spetsialistidega. Ametite klassifikaator käsitleb audiolooge ühisel ametigrupis logopeedidega (*audioloogid ja logopeedid*, 2266).

Audioloogide arvu määramine Eestis on problemaatiline. Audioloogi erialast õpet Eestis ei ole, küll on audioloogiale spetsialiseerunud kõrva-nina-kurguarste, õdesid, logopeede ja ka näiteks insener-tehniliste erialade esindajaid. TAI kogutav statistika liigitab käesolevalt kõik erialale spetsialiseerunud arstid ja õed nende kutsealade esindajate hulka. Audiolooge – eelduslikult teised tippspetsialistid (nt eripedagoogid), kes on välisriigis läbinud audioloogi magistriastme väljaõppe – käsitletakse üksnes koos logopeedidega. Audioloogide arvestusliku arvuna saab käsitleda TAI avaldatava audioloogide ja

¹³ <http://www.hambaarst.ee/register/suuhygienistid/> andmetel on 2017. a alguse seisuga hambaraviasutustega seotud 30 suuhügienisti.

¹⁴ <http://tervis.postimees.ee/v2/2978985/arstiteaduskond-voib-hakata-suuhuegieniste-koolitama>

logopeedide koguarvu (88) ja eksperthinnangu kohaselt tervishoiuasutustes töötavate logopeedide arvu (70) vahet – see on 18. Nagu eelpool öeldud, ei hõlma see arv erialale spetsialiseerunud arste ja õdesid. Eesti Audioloogide Seltsi hinnangul on kuulmisuurimisega tegelevaid spetsialiste Eestis umbes 10. Kliiniliste uuringute valik on tänapäeval oluliselt laienenud, kuid vastava kompetentsiga spetsialiste on Eestis vaid 2-3.

Nagu viidatud ülal, saab praegu omandada audioloogiaalast väljaõpet vaid välisriikides (magistriõppe programmides), piiratud ulatuses on sellist õpet toetanud näiteks ka sotsiaalministeeriumi tellimisel SA Archimedes.¹⁵ MTÜ Audiore 2014. aasta stipendiumile on tingimuste järgi olnud ligipääs nt arstiõppe läbinuil, Tartu Ülikooli ja Tallinna Ülikooli sotsiaal- ja haridusteaduskonna eripedagoogika ja psühholoogia osakonna ja Tallinna Tehnikaülikooli matemaatika-loodusteaduskonna biomeditsiini-tehnika ja meditsiinifüüsika 3. kursuse üliõpilastel ning vastavatel erialadel bakalaureuse kraadi omandanuil.

Sidusrühmad on väljendanud vajadust hakata audiolooge ka Eestis välja õpetama. Alustatud on ettevalmistusi audioloogi kutsestandardi (tase 6) koostamiseks. Selle valmimise järel on võimalik kavandada õppekava väljatöötamist, valikutena on välja käidud bakalaureuse- või rakendus-kõrgharidusõppe õppekava väljatöötamist ja rakendamist Tartu Ülikoolis või ühes tervishoiu-kõrgkoolis. Hinnanguliselt on Eestis vajadus kuni saja tase 6 audioloogi järele.

1.3.4.3. Meditsiinilabori spetsialistid

Meditsiinilabori spetsialisti töö eesmärk on meditsiinilabori tööprotsesside korraldamine ja haldamine. Olulisel kohal on meeskonnatöö teiste laboritöötajatega ning uute tööprotsesside ja -meetodite juurutamine. Meditsiinilabori spetsialist teeb eriteadmisi nõudvaid laboriuuringuid, otsustab laboris kasutatavate meetodite otstarbekuse üle, korraldab meditsiinilabori kvaliteedialast tegevust ja osaleb labori arengusuundade väljatöötamises. Ta tõlgendab laboriuuringute tulemusi (va arstlik tegevus, näit diagnoosimine, soovitusel raviskeemi osas jm) ning koolitab ja nõustab labori- ja tervishoiutöötajaid oma vastutusvaldkonnas. Enamlevinud ametinimetuseks on laborispetsialist. Ametite klassifikaator ei sisalda üks-ühele vastet, võimalik on, et meditsiinilabori spetsialistid on hõlmatud nii gruppi *juhid tervishoiuteenustes* (ISCO 1342; juhul kui nad on juhtiva vanemlaborandi või ülemlaborandi staatuses), muud tervishoiuspetsialistid (2269), või ka ekslikult meditsiini- ja patoloogialaborite tehnikute (3212) hulka, mis sisaldab ametinimetusi laborant, laborispetsialist, vastutav laborant. Magistriastme väljaõppega spetsialistid tuleb liigitada tippspetsialistide hulka.

Eesti Laborimeditiini arengukava 2011–2020 andmetel oli 2012. aastal meditsiinilabori spetsialiste 87. Välja on töötatud meditsiinilabori spetsialisti kutsestandard (tase 7), kuid selle alusel ei ole kutseid väljastatud.

Meditsiinilabori spetsialistiks saamiseks puudub ühtne õpitee. Vastavalt kutsestandardile peaks spetsialist olema läbinud magistriastmele vastava bioloogia, biomeditsiini, keemia, proviisori, geeni-tehnoloogia, tervishoiutehnoloogia või mõne muu meditsiiniga seonduva loodusteaduse valdkonna õppekava. Laboriarstide seltsi juhatuse hinnangul oleks spetsialistide ühtlase ja piisava pädevuse tagamiseks ootuspärane, et nimetatud haridusliku ettevalmistusega spetsialistid läbivad taseme-hariduse järgselt spetsialiseerumise kliinilises töökeskkonnas.

¹⁵<http://www.audiere.ee/et/projektid/2016/>, <http://www.audiere.ee/et/projektid/2014/>

1.3.4.4. *Toitumisinõustajad ja -terapeudid*

Toitumisinõustajad ja -terapeudid nõustavad inimesi tervisliku ja terviseriske vähendava toitumise osas. Kliinilises keskkonnas võivad nad konsulteerida teisi tervishoiu tippspetsialiste ja hooldajaid patsientide dieedi ja toitumise suunamiseks. Ametite klassifikaator liigitab kutseala esindajad gruppi *dieedi ja toitumise tippspetsialistid* (2265). 2011. aasta rahvaloenduse andmetel oli Eestis 40 dieedi ja toitumise tippspetsialisti. TAI andmetel töötas 2015. aastal tervishoiuasutustes 5 dieedi ja toitumise tippspetsialisti.

Välja on töötatud kutsestandardid toitumisinõustaja, tase 5 ja toitumisterapeut, tase 6. 2017. aasta alguses oli kummagi standardi alusel kehtiv kutse vaid ühel inimesel.

2. Valdkonna tööjõu- ja oskuste vajadust mõjutavad trendid ja poliitilised valikud

Tervishoiu valdkonnas tööjõu- ja oskuste vajadust mõjutavate trendide ja mõjurite tuvastamiseks analüüsiti uuringu raames nii üldiseid tulevikutööd käsitlevaid väljaandeid kui ka kitsamaid, spetsiifiliselt tervishoiu valdkonnale keskenduval analüütilisi kirjutusi, visioone ja sidusgruppide ootuseid käsitlevaid dokumente. Fookuses olid järgmised uurimisküsimused:

- Millised on olulisemad trendid, mis mõjutavad lähitulevikus tervishoiu valdkonda?
- Milline on nende trendide mõju valdkonna tööjõuvajadusele?
- Milliste uute oskuste järele tekib vajadus kirjeldatud arengute kontekstis?

Selles peatükis esitatud ülevaate loomisel on kasutatud eelkõige järgmisi allikaid:

- OSKA programmi raames valminud kogumik „Töö ja oskused 2025“¹⁶;
- Phoenix'i Ülikooli Tuleviku-uuringute Instituudi uuringuaruanne „Future Work Skills 2020“¹⁷;
- Maailma majandusfoorumi aruanne „The Future of Jobs – Employment, Skills and Workforce Strategy for the Fourth Industrial Revolution“¹⁸;
- Tervishoiu valdkonna tööjõu tulevikuoskuste vajaduse prognoos „Future skills and competences of the health workforce in Europe, Report for the Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting“¹⁹;
- Sotsiaalministeeriumi tellimisel valminud „Ülevaade arstlike erialade arengukavadest“²⁰;
- Rahvastiku tervise arengukava 2020.

Ekspertintervjuude toel täiendati ja täpsustati kaardistatut, täpsustades näiteks välistrendide mõju Eesti kontekstis ja arvestades töös olevaid või kavandatavaid poliitikamuudatusi.

2.1. Demograafilised muutused: eluea pikenemine ja rahvastiku vananemine

Eluea pikenemise, elanikkonna vananemise, rahvastiku vähenemise ja väljarändega muutub elanikkonna demograafiline struktuur. Kui sisseränne Eestisse ei suurene, kahaneb kümne aasta perspektiivis Eesti rahvaarv, väheneb noorte ja keskealiste osakaal ning suureneb vanemate inimeste

¹⁶ Pärna, O., 2016. Töö ja oskused 2025. Ülevaade olulisematest trendidest ja nende mõjust Eesti tööturule kümne aasta vaates. SA Kutsekoda.

¹⁷ Institute for the Future for the University of Phoenix Research Institute, 2011. „Future Work Skills 2020“

¹⁸ WEF. The Future of Jobs – Employment, Skills and Workforce Strategy for the Fourth Industrial Revolution

¹⁹ Fellows, J. and Edwards, M., 2016, Future skills and competences of the health workforce in Europe, Report for the Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting. www.healthworkforce.eu

²⁰ Praxis, 2013. Ülevaade arstlike erialade arengukavadest

osakaal. Tööea pikenedes töötavad organisatsioonides koos erinevad põlvkonnad (inimesed vanuses 20-80 aastat) oma erinevate suhtlemisstiilide, tugevuste ja nõrkustega.²¹

Inimeste eluea pikenedes suureneb haigena või haigustega elatud aastate arv, samaaegselt suureneb mitut haigust põdevate inimeste osakaal. Sellega kaasneb vajadus suurema integreerituse järele abi osutamisel, oluline on koostöö parandamine erinevate tervishoiu tasandite vahel.²²

Demograafilistest teguritest tulenevalt teenusevajadus üha kasvab. Näiteks prognoosisid arstide erialaühendused erialade arengukavade uuendamise protsessi raames aastaks 2020 kasvu kardioloogia, laborimediitsini, nefroloogia, onkoloogia, peremediitsini²³, psühhiaatria, reumatoloogia, suu-, näo- ja lõualuukirurgia, südamekirurgia, taastusravi ja füsiaatria, töötervishoiu ja uroloogia erialal. Ka hambaravi, neuroloogia, sisehaiguste ja üldkirurgia puhul eeldati, et teenusevajadus kindlasti ei vähene ja pigem kasvab.

Rahvastiku kahanemise tõttu on ravijuhtude mahu kahanemist ette nähtud üksnes sünnitusabi ja günekoloogia erialal. Statistikaameti prognoosi kohaselt väheneb 15-45 aastaste naiste arv Eestis 2020. aastaks 8% võrra ja aastaks 2025 juba 13% võrra, mistõttu võib prognoosida ka sünnituste arvu samaväärset kahanemist. Seevastu laste arv (s.o eagrupp 0–18) kasvab lähitulevikus eelduslikult mõne protsendi võrra ja näiteks pediaatrias ravivajaduse langust samas perspektiivis ette näha ei ole.

2.2. Tehnoloogilised arengud

Tervishoiusüsteemi suureks väljakutseks on tehnoloogiavõimaluste kasutamine ja vanadest mudelitest väljumine. IKT-sektor on toonud suuri muutusi paljudes valdkondades, kuid tervishoid on aeglaselt muutuv valdkond ning suuremad muutused on ilmselt alles ees.²⁴ Tervishoiuteenuste pakkumisel on teinud revolutsiooni mitmed tehnoloogiad, mille algne eesmärk ei ole olnud otseselt tervishoiuga seotud – mobiilsed seadmed, internet, suurandmed (*big data*) ja analüütika. Esile saab tõsta tehnoloogia kasvavat mõju kliinilises otsustus- ja raviprotsessis. Nutikate IKT-lahenduste toel võib arstil olla võimalik jõuda kiiremini ja täpsema diagnoosini, kui see oleks võimalik üksnes traditsiooniliste meetoditega.²⁵

Tervisetehnoloogiate valdkonnas näitavad suunda eri tehnoloogiate kombineeritud lahendused. Potentsiaali nähakse mobiilsetes multifunktsionaalsetes diagnostika-, prognostika- ja seireseadmetes, mis kasutavad bio-, sensor- ja nanotehnoloogiat ja nende kombinatsioone. Julgemad prognoosid

²¹ Pärna, O., 2016. Töö ja oskused 2025. Ülevaade olulisematest trendidest ja nende mõjust Eesti tööturule kümne aasta vaates. SA Kutsekoda.

²² Praxis, 2013. Ülevaade arstlike erialade arengukavadest

²³ Peremediitsinis sõltub erialase teenuse vajadus suuresti perearstidele pandavate kohustuste hulgast.

²⁴ Arengufond, 2014. Nutika spetsialiseerumise tervisetehnoloogiate kasvuala raport

²⁵ European Commission 2016, ICT for work: Digital skills in the workplace – SMART 2014/0048, intermediate report.

ennustavad tehisintellekti osakaalu suurenemist – pakutakse isegi, et lähiajal saab 80% arstide tööst delegeerida mitmesugusele tark- ja riistvarale²⁶.

Tehnoloogia roll ja tähendus varieeruvad erialade ja alamvaldkondade lõikes. Diagnostikas on arenduste fookus nihkunud uuringute informatiivsuse ja spetsiifilisuse suurendamisele (erinevate diagnostikavaldkondade integratsioon, ekspertsüsteemide kasutamine, personaliseeritud meditsiin, molekulaardiagnostika). Nii on näiteks radioloogias muutunud diagnostiline aparatuur järjest täpsemaks. Laborimeditiini valdkonnas on tehnoloogia areng keskendunud automatiseerimisele ja erinevate meetodikate integreerimisele. Kirurgilistel erialadel võimaldavad uued instrumendid, tarvikud ja operatsiooni lisavahendid vähemvahiivsete meetodite üha laiemat rakendamist – kasutusel on spetsiaalsed liimid verejooksu efektiivseks sulgemiseks, mitteimmunogeensed ja koeomased täitematerjalid, nanopartiklid kemoterapeutikumi vähirakkudesse viimiseks jmt uudsed lahendused. Kõik see pakub paremaid ravitulemusi ja patsiendisõbralikumaid protseduure ja kahandab invasiivse ja suuremahulise kirurgilise ravi vajadust.²⁷ Operatsioonide senises suuremas mahus tegemine ambulatoorsena või päevaravis on juba tinginud statsionaarse ravi vähenemist ning kahandanud vajadust operatsioone assisteerivate töötajate järele.

Olulisi edasiminekuks on ka medikamentooses ravis. Laialdasem nahaaluselt süstitavate või tableti-vormis ravimite rakendamine spetsialiseeritud eriarstiasutustes võimaldab ravi läbi viia kas ambulatoorselt päevaravi osakondades või patsiendi kodus.

Tehnoloogia vahetu rakendamise vorm tervishoius on ka telemeditsiin, lihtsustatult tähendab see IKT võimaluste kasutamist terviseteenuste osutamisel distantsilt. Telemeditsiini on potentsiaal parandada tervishoiusüsteemi toimivust ja toetada süsteemi põhieesmärkide – kvaliteedi, kättesaadavuse ja efektiivsuse – saavutamist.²⁸ Eesti praktikast saab telemeditsiini lahendustest esile tõsta näiteks kiirabibrigaadidele loodud võimalust konsulteerida regionaalhaigla arstiga, kes näeb haiget ja tema tervisenäitajaid ekraanil²⁹. Võrdlemisi laialdaselt on tänaseks rakendunud asünkroonseks konsulteerimiseks loodud e-konsultatsioon tervise infosüsteemi vahendusel³⁰. Üle kümnekonna aasta on kasutusel olnud veebipõhised psühholoogilise abi osutamise platvormid³¹.

On avaldatud arvamust, et positiivsete tulemuste kõrval võib kasvav sõltuvus tehnoloogiast ja vähenev personaalne kontakt tervishoiutöötajatega kahjustada ravisuhet, mida niigi ohustab tervishoiu fragmenteeritus. Osa elanikkonnast väärtustab just personaalset, silmast-silma toimuvat patsiendi ja arsti (vm tervishoiutöötaja) suhet. Samuti leidsid mitmed eksperdid, et enne, kui tehnoloogia hakkab tulu tootma ja lisandväärtust suurendama, tuleb sellesse ulatuslikult investeerida ning pigem on

²⁶ Arengufond, 2014. Nutika spetsialiseerumise tervistehnoloogiate kasvuala raport

²⁷ Praxis, 2013. Ülevaade arstlike erialade arengukavadest.

²⁸ Kruus, P., Ross, P., Hallik, R., Ermel, R., Aaviksoo, A. 2014. Telemeditsiini laialdasem rakendamine Eestis. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

²⁹ <http://www.regionaalhaigla.ee/et/kiirabikeskus>

³⁰ <https://www.haigekassa.ee/et/partnerile/raviasutusele/perearstile/e-konsultatsioon>

³¹ nt www.lahendus.net

pärast investeeringuid ja struktuurseid muudatusi võimalik kulutuste kasvu tulevikus paremini ohjata.³² Silmas tuleb pidada, et tehnoloogia on abistavas rollis ega asenda (veel) spetsialisti. Mitmed eksperdid märkisid, et on oht kõrgtehnoloogilisi uuringuid ületähtsustada ja eriaparatuuri liigkasutada.

Oluliste tehnoloogiliste uuenduste rakendamisel kasvab surve ravikindlustuse eelarvele. Suure tõenäosusega ei asenda uued meetodid suures mahus olemasolevat teenusevajadust vaid lisanduvad olemasolevatele ja prognoositud ravijuhtudele, pakkudes võimalusi ka haigematele ja seni ravita jäänud inimestele.³³ Olgu tegemist seadmete või ravimitega, tihti on probleemiks uute meditsiinitehnoloogiate lülitamine ravikindlustusest rahastatavate teenuste või hüvitatavate ravimite nimekirja. Seda eelkõige nende kalli hinna ja nimekirja lülitamise protsessi pika viiteaja tõttu. Seega toimub pidev tasakaalu otsimine meditsiinitehnoloogiliste arenduste juurutamise ulatuse ja solidaarse ravikindlustuse rahaliste võimaluste vahel. Olulised arengud on võimalikud üksnes juhul, kui eriarstid ja teised valdkonna töötajad on uutest tehnoloogiatest, nende kasutuselevõttust ja kasutegureist teadlikud ja ravimeeskonnad on omandanud oskused uusi võimalusi tulemuslikult kasutada.

Uute tervishoiu ärimudelite otsinguil on enamus riike, kus loodetakse lahendusi tehnoloogiate oskuslikust rakendamisest (e-tervis ja suurandmete analüüsimisega seotud teenused), kaasanud täiendavat erakapitali ja inimese enese panustamist eelkõige ennetustegevusse.³⁴ Eestil on arendajana raske maailmaturul konkureerida, aga on reaalne olla uute kõrge lisandväärtusega ravivõtete juurutajaks ning otsida võimalusi teenuste ekspordiks (patsientide impordiga). Tervise- tehnoloogiate kasvualaks Eestis on e-tervis, mille arengut mõjutavad globaalsete trendide kõrval kohalikud võimalused. Olemasoleva e-tervise arendamisel ja kombinatsioonis uute tehnoloogia- võimalustega (asjade internet, telemeditsiin, e-tervis, sensortehnoloogiad jt) oleks Eesti teiste arenenud riikide tervishoiusüsteemidele testmodeliks tänu oma IKT-taristu eeldustele (ID-kaart, X-tee, e-tervise süsteem).³⁵

2.3. Siseriiklikud arengud ja poliitilised valikud

Dokumendis „Eesti tervishoiu arengusuunad 2020“³⁶ on välja toodud, et Eesti tervishoiusüsteemi arengut mõjutab järgmine taust ja trendid:

- uute, spetsiifilisi kompetentse nõudvate, kuid samas efektiivsete ja patsienti säästvate meditsiinitehnoloogiate areng, sh uued seadmed, ravimid ja ravimeetodid;
- keerulise ja kõrgtehnoloogilise aktiivravi koondumine kompetentsikeskustesse;
- statsionaarse ravi vähenemine ja lühenemine ning ambulatoorse- ja päevaravi osakaalu kasv;
- esmatasandi tervishoiu sh õendusabi rolli tähtsustumine.

³² Arengufond, 2014. Nutika spetsialiseerumise tervisetehnoloogiate kasvuala raport

³³ Praxis, 2013. Ülevaade arstlike erialade arengukavadest

³⁴ Arengufond, 2014. Nutika spetsialiseerumise tervisetehnoloogiate kasvuala raport

³⁵ Arengufond, 2014. Nutika spetsialiseerumise tervisetehnoloogiate kasvuala raport

³⁶ Eesti tervishoiu arengusuunad 2020

Kõigil neil muutustel on Eesti tervishoiu valdkonna jaoks oluline mõju nii avanevate võimaluste kui ka riskide ja ohukohtadena, mida on oluline arvesse võtta nii valdkonna arengut kui ka sellest tulenevat oskuste vajadust prognoosides.

Aastatel 2007–2008 koostati Sotsiaalministeeriumi juhtimisel „**Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020**“ (edaspidi RTA), millest oodati tervise valdkonna kesksemat planeerimisdokumenti. Arengukava koondas vertikaalsed tervise valdkonna arengukavad ja strateegiad ning ühendas juba toimivad või loomisel olnud strateegilised dokumendid teistest valdkondadest. RTA-s püstitati alaeesmärgid (strateegilised eesmärgid) rahvastiku tervise hoidmiseks ja jätkuvaks parandamiseks.

Tervishoiusüsteemi probleemkohtadena on arengukavas välja toodud, et tervishoiuteenuste osutajate inimressursid on piiratud ja tervishoiutöötajate pädevuse hindamine on ebapiisavalt koordineeritud. Samas nähakse ette, et kõigile inimestele on kvaliteetne tervishoiuteenus tagatud ja kättesaadav ning selleni aitab jõuda ressursside optimaalne kasutus. Selle eesmärgi saavutamiseks on arengukavas sätestatud tervishoiu valdkonna töötajate ja nende oskuste ning pädevuste vastavuse tagamiseks järgmised tegevused:

- korraldada, hinnata ja toetada tervishoiutöötajate täiendusõpet;
- korraldada regulaarselt pädevushindamist;
- tõhustada koostööd Tartu Ülikooli ja tervishoiukõrgkoolidega personali planeerimiseks, koolitamiseks ja tööle värbamiseks.

Aastaks 2020 soovitakse näha õdede arvu suurenemist 2011. aastaga võrreldes 50% võrra (640-lt 900 õeni 100 000 elaniku kohta), arstide arvus olulisi muutusi ei eeldata (vt Tabel 2).

Tabel 2. Tervishoiutöötajate sihtarvudega seotud indikaatorid RTA-s

Indikaator	Baastase 2006	Täitmine 2011	Sihttase 2012	Sihttase 2016	Sihttase 2020
Arstide arv 100 000 elaniku kohta.	322	323	320	320	320
Õendusala töötajate arv 100 000 elaniku kohta.	680	640	761	830	900

Allikas: RTA

Dokument „**Eesti tervishoiu arengusuunad 2020**“³⁷ sõnastab RTA viienda alaeesmärgi – „Tervishoiusüsteemi areng“ – täitmiseks suunad **esmatasandi tervishoiu, haiglavõrgus ja kiirabis**.

Esmatasandi tervishoiu tegevussuunad aastani 2020

Kindlustamaks kogu elanikkonnale kvaliteetsemate tervishoiuteenuste kättesaadavust, on võetud suund esmatasandi tervishoiu osatähtsuse kasvule, et tagada inimestele esmavajalikud teenused võimalikult elukohale lähedal – seda nii demograafilisi trende kui jätkusuutlikku ressursikasutust arvestades.

Esmatasandi tervishoid nüüdisaegses tähenduses hõlmab mitmekesiseid teenuseid:

- perearsti ja -õe teenused,
- koduõendusteenus,

³⁷ Eesti tervishoiu arengusuunad 2020

- füsioteraapiateenus,
- ämmaemandusabi teenus,
- koolitervishoiuteenus,
- apteegiteenus,
- töötervishoiuteenus,
- hambaraviteenus,
- psühholoogi või vaimse tervise õe teenus,
- tervise teenused (sh nende teenuste osutamine perearsti ja -õe poolt),
- sotsiaaltöötaja teenused.

Esmatasandi tervishoiuteenuseid võiksid seostatult ja koordineeritult osutada eelkõige esmatasandi tervisekeskused. Vananevas ühiskonnas ja krooniliste haigete osatähtsuse kasvuga seoses on võtme-tähtsusega esmatasandi tervishoiu tugevdamine, et tagada selle tõhusam toimimine. Enamiku terviseprobleemide korral saab inimene lahenduse just perearsti meeskonnalt. Esmatasandi praksiste koondumine tervisekeskustesse võimaldab optimaalselt kasutada uuringu- ja ravivõimalusi. Samuti loob see võimaluse suurendada esmatasandi meeskonda teiste spetsialistidega ja tagada piisav teenuste valik, sh ämmaemandad, koduõed, füsioterapeudid jt. Alates 2013. aastast rahastatakse perearstipraksistes teise pereõe töölevõtmist eeldusel, et tal on iseseisva vastuvõtu tegemiseks eraldi tööruum. Teine pereõe efektiivistab perearstisüsteemi ja kogu tervisesüsteemi tööd, sest õed saavad teha ennetavat ja nõustavat tööd, anda nõu kergemate terviseprobleemide korral, vähendades sellega arstide töökoormust ja teenuse kulusid.

Haiglavõrgu arengusuunad aastani 2020

Ressursside piiratusest tulenevalt on eriarstiabi koondumas üha rohkem suurematesse kompetentsi-keskustesse (üle 80% eriarstiabist osutatakse kesk- ja piirkondlikes haiglates). Piirkondlike haiglate tasandil on kõikidel arstlikel erialadel vaja välja arendada pädevuskeskuste võrk. Aktiivses koostöös esmatasandi tervise teenuste osutajatega tagab pädevuskeskuste võrk jätkusuutliku ning kvaliteetse eriarstiabi osutamise kogu elanikkonnale. Selle võrgustiku rollijaotus ja koostöökorraldus tugineb dokumendil „Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020“.

Kiirabi arengusuunad aastani 2020

Kiirabi valdkonna arendamisel on esmatähtis lähtuda kiirabi korralduses optimaalse suurusega teenuseosutajate põhimõttest, kindlustades kiirabiteenuse ühetaolise ajalise kättesaadavuse ja sisulise kvaliteedi.

„Eesti 2020“ eesmärkide täitmist toetav „**Eesti ettevõtluse kasvustrateegia 2014-2020**“³⁸ seab eesmärgi jõuda selleni, et Eesti ettevõtjad teeniksid rohkem tulu kõrge lisandväärtusega toodete ja teenuste eest. Kasvustrateegia fookuses on suure potentsiaaliga tegevusalad ja ettevõtete grupid. Siia kuuluvad nutika spetsialiseerumise fookusest tulenevad kasvuvaldkonnad, teiste hulgas ka tervisetehnoloogiad ja -teenused. Kasvualadest lähtuva poliitikakujundamise eesmärk on keskenduda suurima kasvupotentsiaaliga valdkondade eelisarendamisele.

³⁸ Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium, 2014. *Eesti ettevõtluse kasvustrateegia 2014-2020*.

Sama arengut toetab ka Eesti teadus- ja arendustegevuse ning innovatsiooni strateegia „**Teadmiste-põhine Eesti 2014-2020**”³⁹. Strateegia seab ettevõtjate ja teadusasutuste koostöös tehtud analüüsi⁴⁰ põhjal Eesti majanduse kasvuvaldkondadeks muuhulgas tervisetehnoloogiad ja -teenused. Analüüsis leitakse, et nõudlus tervise teenuste järele on globaalselt koos elanikkonna vananemisega kasvamas ning Eesti potentsiaal on kõige suurem biotehnoloogias (tugev teaduslik baas) ja e-mediitsinis (IT kasutamine mediitsiniteenuste ja -toodete arendamiseks).

Ülalkäsitletud arengut toetab ka „Nutika spetsialiseerumise tervisetehnoloogiate kasvuala raport”, kus tervisetehnoloogiate kasvualaks Eestis peetakse e-tervist. Eesti avatud e-tervise infosüsteem võiks olla osa e-riigi müügiportfelligist. See annaks võimenduseks uusi teenuseid nii e-residendi komplekti kui võimaluse olla atraktiivne katseplatvorm välisettevõtetele. Avatud teenuste turu piloteerimine annab kõige kiiremaid tulemusi esmatasandi avatud perearstisüsteemi platvormi väljaarendamisel. Selleks tuleb valdkonnas seada järgmised eesmärgid⁴¹:

- avada e-tervise infosüsteem inimesele ja erakapitalile;
- kaasata inimene aktiivselt enda tervise säilitamisse ja haiguste ennetusse;
- tehnoloogiate abil vabastada arstidele ja õdedele aega, vähendada eksimusi ja mittevajalikke uuringuid ning viia teenused inimestele ligemale (parandada kättesaadavust);
- rakendada ja eksportida rohkem skaleeritavaid tervishoiuteenuseid (patsientide import ja teenuste ning toodete eksport).

³⁹ Eesti teadus- ja arendustegevuse ning innovatsiooni strateegia 2014-2020 „Teadmistepõhine Eesti”

⁴⁰ Eesti Arengufond, 2013. Nutikas spetsialiseerumine.

⁴¹ Eesti Arengufond, 2014. Nutika spetsialiseerumise tervisetehnoloogiate kasvuala raport

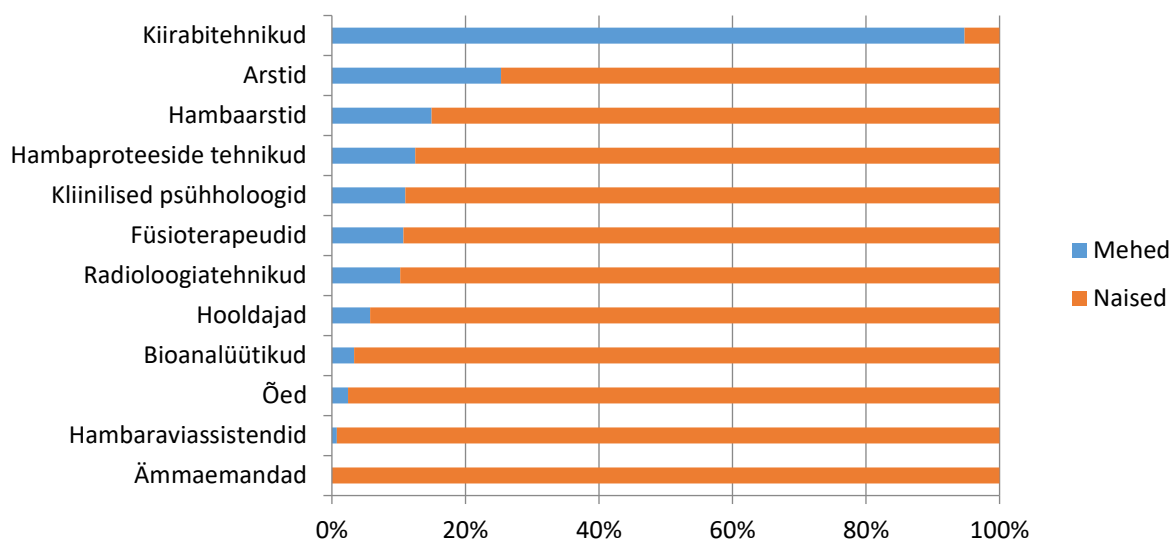
3. Valdkonna majanduslik seisund Eestis

3.1. Töäjõud

Eestis tegutseb tervishoiu valdkonnas ligi paar tuhat ettevõtet, kellest osa tegutsevad Terviseameti, Ravimiameti ja/või Haigekassa valvsa pilgu all, kuid osa täielikult vabaturu tingimustes. 1378 asutusel on õigus osutada tervishoiuteenuseid tervishoiuteenuste korraldamise seaduse mõistes, neist 464 osutavad perearstiabi, 462 hambaravi ja 279 eriarstiabi. Haiglaid on Eestis 54, kõige enam (29) on üldhaiglaid ning õendushaiglaid (11). Üldapteekide on 490, haiglaapteekide 24. Erakorralist abi on osutamas 102 kiirabibrigaadi. Lisaks tegutsevad sajad ettevõtted ja asutused, kes pakuvad psühholoogilist abi ja vaimset tervist toetavaid teenuseid või ka näiteks füsioterapeutilist abi. Samuti on valdkonda hõlmavad kümned optikapoed, kus optometristid või ka silmaarstid nägemisteravust mõõdavad ning selle langust korrigeerida aitavad.

Valdkonnas töötab arvestuslikult ligi 31 500 töötajat, kellest ca 5300 on tervishoiuasutustes töötavad teiste valdkondade töötajad (raamatupidajad, IT-töötajad jt). Valdkonna töäjõud on eripärane: selles domineerivad naised (tervishoiuasutustes on see määr 88,7%, vt joonis 1), töäjõud on tööealise elanikkonna keskmisega võrreldes oluliselt kõrgemini haritud (üle 70% töötajatest on kõrgharidusega), vanuseline struktuur on kaldu vanemaalaste poole. Kui Eestis on hõivatuid **50-aastaseid** või vanemaid 32%, siis **TH valdkonnas 45%** (vt ka joonis 2). Kuni 30-aastaseid töötajaid on kogu töäjõus keskmiselt 20%, siis TH-s on neid 13%. **Töäjõu vananemine suurendab ühelt poolt töäjõu asendusvajadust**, kuid nagu näitab statistika, ei tähenda pensioniea saabumine alati kohest tööturult lahkumist.

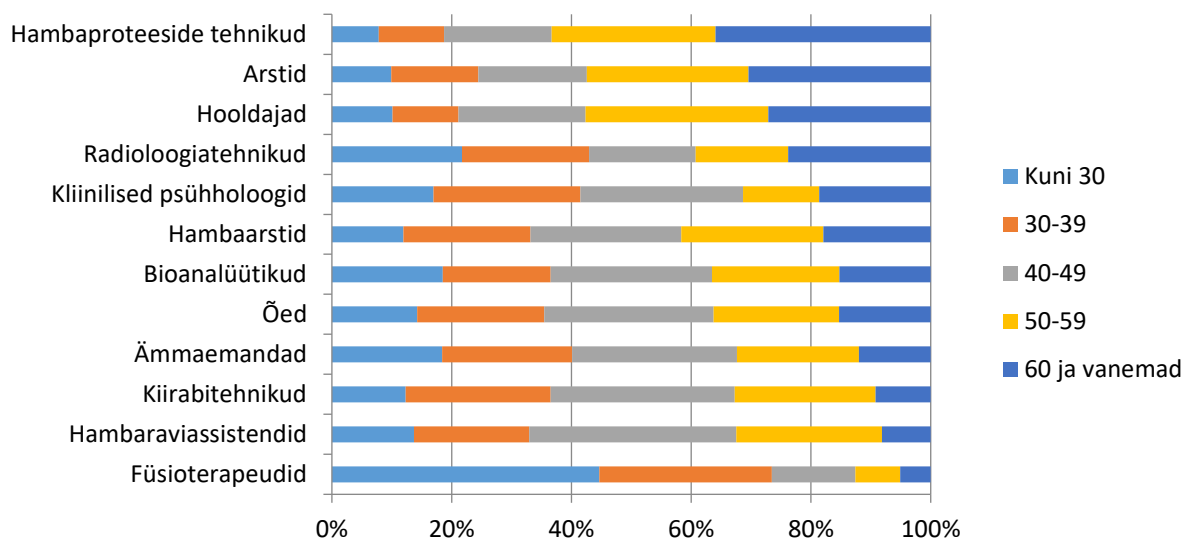
Joonis 1. Hõivatute sooline jaotus tervishoiu valdkonna kutsealadel, 2015



Allikas: TAI THT002

Märkus: Kasutatud on TAI tähistusi

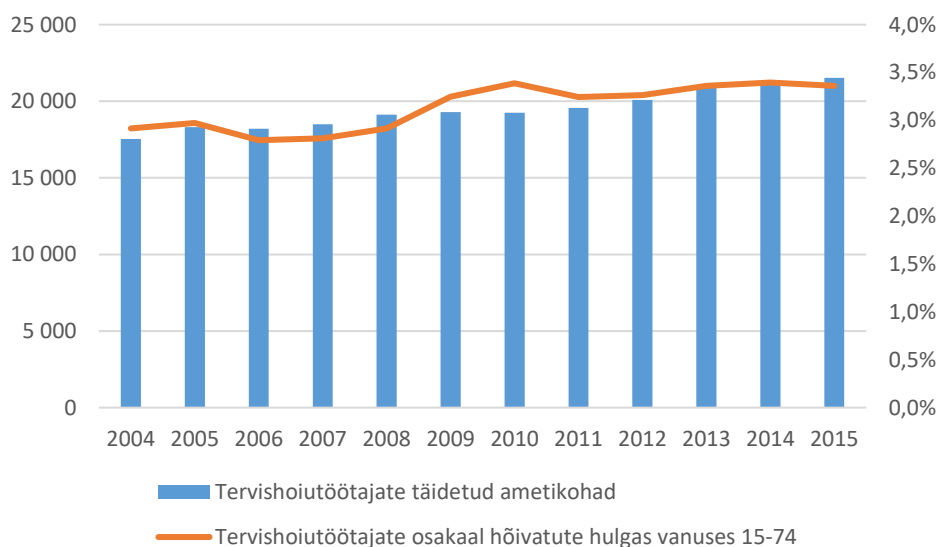
Joonis 2. Hõivatute vanuseline jaotus tervishoiu valdkonna kutsealadel, 2015



Allikas: TAI, THT002

Arvukaimad kutsealad on õed (2017. a veebruaris 9002), arstid (2017. a veebruaris 4722) ja hooldustöötajad (2015. a novembris 3668). Samas on sektori hõive spekter väga lai, sektor on tihedalt seotud teiste sektoritega nagu IT, arvestusala, transport, isikuteenindus jt. Tervishoiu valdkonna kutselade tööjõud on viimasel kümnendil kasvanud nii mõõdetuna töötajates kui ka suhtena hõivatutesse (vt joonis 3). Majanduslanguse perioodil on tervishoiu valdkond olnud võrdluses teiste sektoritega stabiilsem.

Joonis 3. Tervishoiutöötajate arv ja osakaal Eesti hõivatute hulgas



Allikas: TAI, Statistikaamet, autorite arvutused.

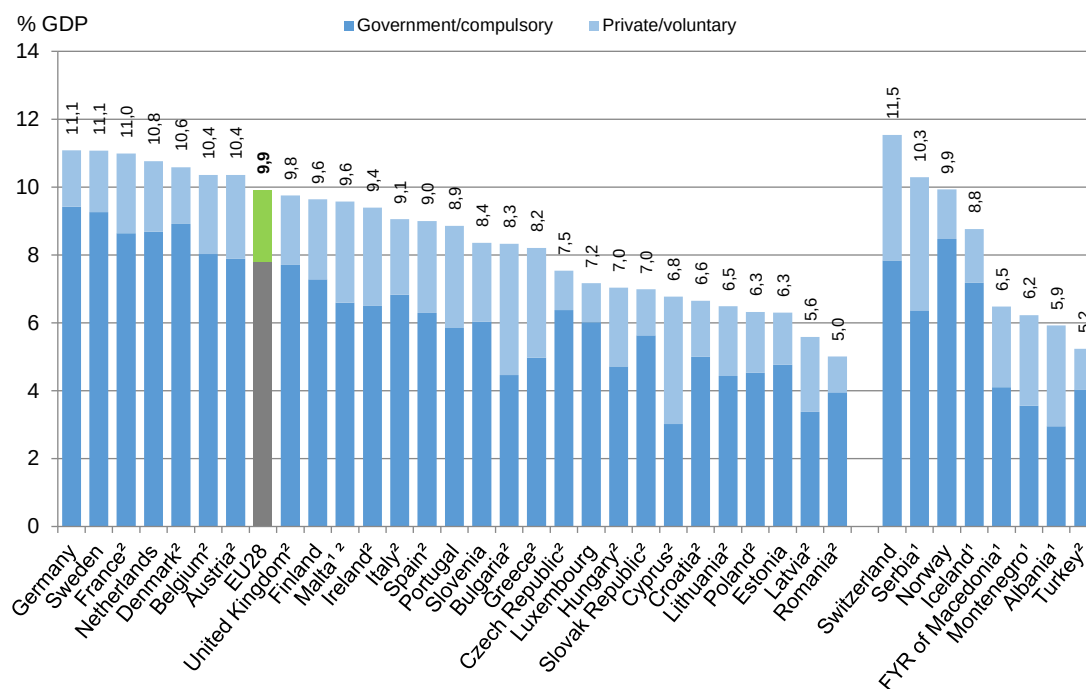
3.2. Tervishoiukulud ja rahastamine

Tervishoiukulusid mõjutab tervishoiu rahastamise ja korraldamise süsteem, ent ka sotsiaalsed ja majanduslikud mõjutegurid. Tugev seos on üldise sissetulekute taseme ja selle vahel, kui palju kulutab

riik tervishoiuteenustele.⁴² Prognooside kohaselt suureneb lähiaastatel kõikides riikides tervishoiukulude suhe SKPse, seda peamiselt elanikkonna vananemise ning uute diagnostika- ja ravitehnoloogiate leviku tõttu. Samuti kasvab surve valitsustele, et tulla toime suureneva vajadusega pikaajalise hoolduse järele.⁴³

Eesti tervishoiukulude kogumaht jooksevhindades oli 2015. aastal 1,321 miljardit eurot. Tervishoiukulud moodustasid sisemajanduse koguproduktist 6,3%, samal ajal kui ELi keskmine oli 9,9% (vt joonis 3). Eestis on võrdluses teiste Euroopa Liidu riikidega tervishoiukulude osatähtsus SKPst üks madalamaid, olenemata sellest, kas võrdleme ennast uute või vanade ELi liikmesriikidega. Ühest küljest iseloomustab see Eesti tervishoiusüsteemi toimimise efektiivsust, teisalt aga seda, et enamikus teistes riikides rahastatakse suuremas valikus ja ulatuses vajalikke tervishoiuteenuseid. Tervishoiukulude osatähtsus SKPst tõusis hüppeliselt majanduslanguse aastatel 2008–2009 ning langes aastatel 2010–2011. Alates 2013. aastast on see näitaja mõõdukas tõusujoones. Üsna sarnane trend leidis aset ka ülejäänud Euroopa Liidu riikides. Kuigi tervishoiukulud on järjepidevalt tõusnud, on kulude osatähtsus SKPst sõltuvalt SKP muutustest liikunud 2009–2011 vastupidiselt (vt joonis 4).

Joonis 4 Tervishoiukulude osatähtsus SKPst, 2015



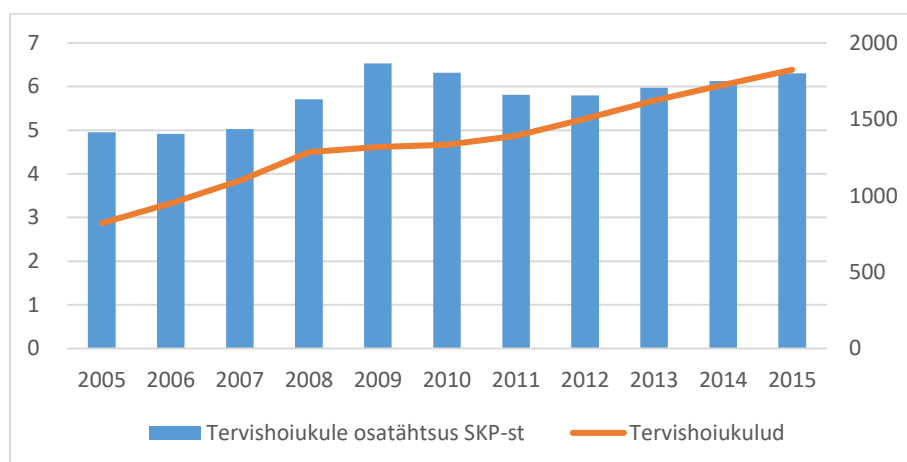
Allikas: OECD, Health at a Glance Europe

Märkus: 1 sisaldab investeeringuid. 2 OECD prognoos.

⁴² TAI, 2016. Eesti tervishoiukulud 2015

⁴³ Health at a Glance: Europe 2016 State of Health in the EU Cycle, 2016.

Joonis 5. Tervishoiukulude osatähtsus SKPst võrdluses tervishoiukuludega, 2005-2015



Allikas: OECD Health Statistics 2016

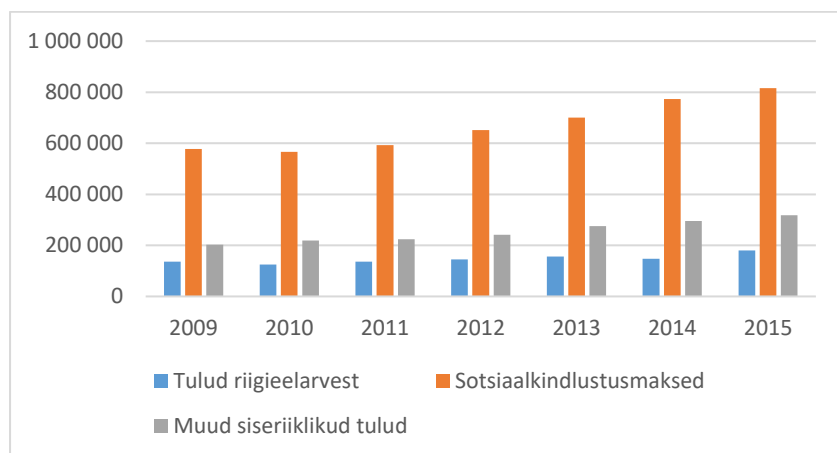
Eesti tervishoiu rahastamiseks kogutakse vahendeid kolme peamise allika kaudu (vt joonis 5):

- sotsiaalkindlustusmaksed – 2015. aastal 62%; tööandja poolt makstav sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa (13% töötaja palgast);
- muud siseriiklikud tulud – leibkondade ja eraettevõtete tulud (24%); inimeste omaosalus tervishoiukuludes ja ettevõtete kulud tervishoiuteenustele (sh töötervishoiule);
- riigieelarve tulud (14%).

Aastal 2015 olid tervishoiukulud kokku 1,32 miljardit eurot, mis on aasta varasemaga võrreldes ligi 100 miljoni euro võrra ehk 8% enam. Üldplaanis ei ole Eesti tervishoiusüsteemi rahastamises toimunud viimaste aastate jooksul märkimisväärsed muutusi.

Töötavate inimeste osakaal ravikindlustatute seas moodustas 2015. aastal 49,7% kindlustatute koguarvust⁴⁴. Statistikaameti andmete kohaselt oli 2015. aasta tööhõive määr 65,2%. Mõlemad suhtarvud on viimaste aastate kõrgeimate seas.

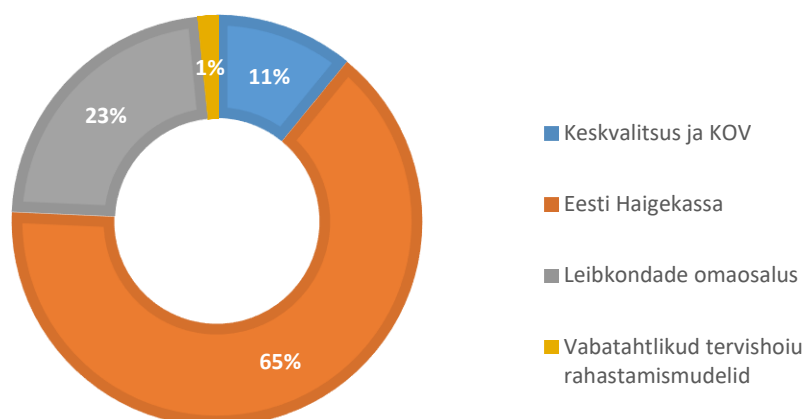
Joonis 6. Tervishoiu peamised rahastamisallikad, 2009-2015, tuhat eurot



Allikas: Tervise Arengu Instituut

⁴⁴ Haigekassa aastaraamat 2015

Joonis 7. Tervishoiu peamised rahastamisallikad, 2015



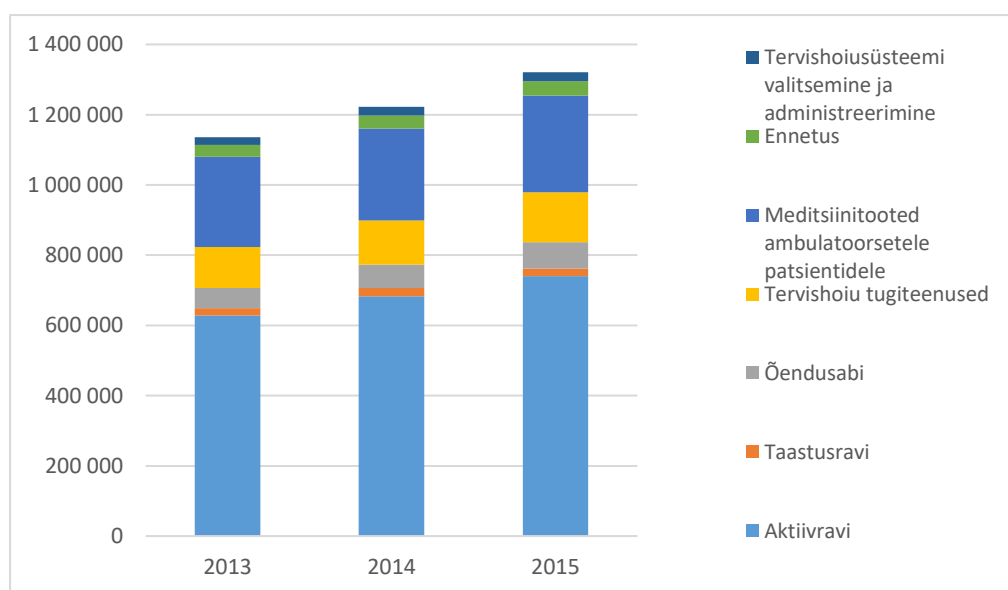
Allikas: Tervise Arengu Instituut

Eesti tervishoidu rahastatakse kolme peamise rahastamismudeli kaudu (vt joonis 7). Need on:

- riiklik ravikindlustus ehk Eesti Haigekassa – 2015. aastal 855,6 miljonit eurot;
- leibkonnad – 300,3 miljonit eurot;
- keskvalitsus ja kohalik omavalitsus – 144,2 miljonit eurot.

Peaaegu kaks kolmandikku tervishoiukuludest katab Eesti Haigekassa (EHK). EHK tervishoiukulud kasvasid 2015. aastal võrreldes eelneva aastaga 53 miljonit eurot ehk 6,6%. 2014. aastal oli kasv võrreldes eelneva aastaga 9,1%. Üle viiendiku tervishoiukulude kattest – summas 300 miljonit eurot – tuleb leibkondade omaosalusest. 2015. aastal kasvasid võrreldes 2014. aastaga ka leibkondade tervishoiukulutused, kokku 22,6 miljonit eurot ehk 8,2%, mis oli 0,4 protsendipunkti suurem üldisest tervishoiukulude kasvust.

Joonis 8. Tervishoiukulude jagunemine teenusegruppide lõikes



Allikas: Tervise Arengu Instituut

Leibkondade kuludest kõige suurem osa on läbi aastate olnud ravimitel ja meditsiinitoodetel ning aktiivraviteenustel, mis sisaldavad leibkondade puhul peamiselt hambaravi ja ambulatoorse eriarstiabi kulusid. Tervishoiukuludest tervikuna moodustasid kõige olulisema osa kulutused aktiivravile (56%) ja ravimitele (21%).

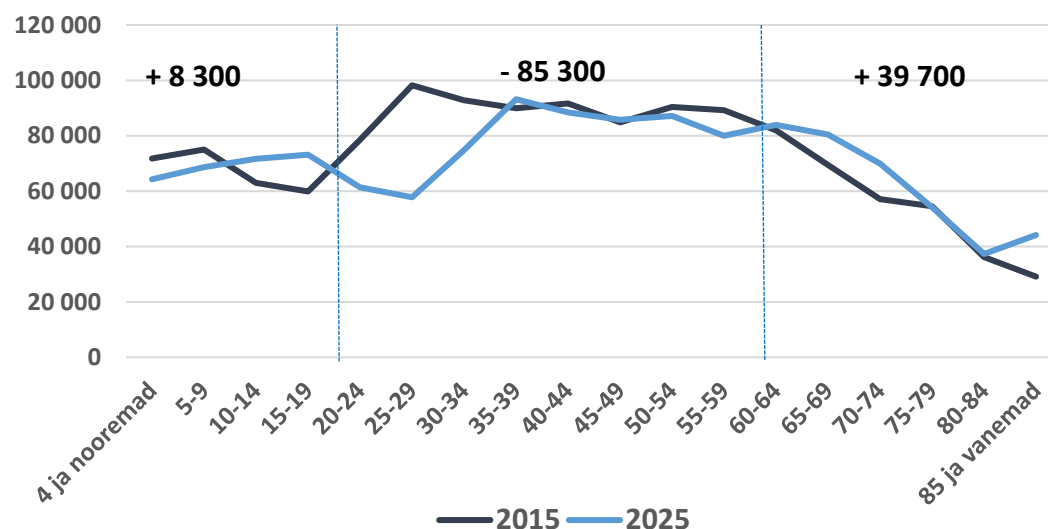
2015. aastal kasvas tervishoiuteenuste rahastamine võrreldes eelmise aastaga 48,6 miljoni euro võrra – sh eriarstiabi rahastamine 32,5 miljonit eurot, üldarstiabi rahastamine 10,2 miljonit eurot, õendusabi rahastamine 3,9 miljonit eurot, hambaravi rahastamine 1,9 miljonit eurot ja haiguste ennetamise rahastamine 59 tuhat eurot.⁴⁵

Nagu eelpool öeldud, tuleb Eestis 2/3 kogu tervishoiu rahastamisest sihtotstarbelisest tööjõu maksustamisest läbi sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa. Seniste trendide jätkudes kahaneb 20–64 aastaste inimeste arv 2025. aastaks võrreldes 2015. aastaga ligi 85 000 võrra, samal ajal kui 65-aastaste ja vanemate arv kasvab ligi 40 000 võrra (vt joonis 9). Olukorras, kus tervishoiu rahastamine sõltub tööealise elanikkonna maksupanusest, satub ohtu tervishoiu jätkusuutlik rahastamine.

RTAs sedastatuna võivad jätkuv linnastumine, rahvastiku vananemine ning muud kaasnevad tegurid tulevikus kaasa tuua probleeme tervishoiuteenuste kättesaadavusega. Seda eriti maapiirkondades ja majanduslikult vähekindlustatud inimeste seas. Patsientide omaosaluse suhteliselt kõrge määr tervishoiuteenuste ja ravimite eest tasumisel ohustab ennekõike madalama sissetulekuga (vanemaelisi) inimesi, kellel on kroonilised haigused.

Tervishoiukulude jaotusest teenuse pakkujate järgi annab ülevaate joonis 10, teenuserühmade järgi joonis 11. Kõige mahukama teenuserühma tervishoiukuludest moodustavad aktiivravi teenused (haiglaravi, päevaravi ja ambulatoorne ravi), kokku 56,1%. Nende teenuste osakaal on jõuliselt kasvanud nii absoluutväärtusena kui ka osakaaluna teenuste seas.

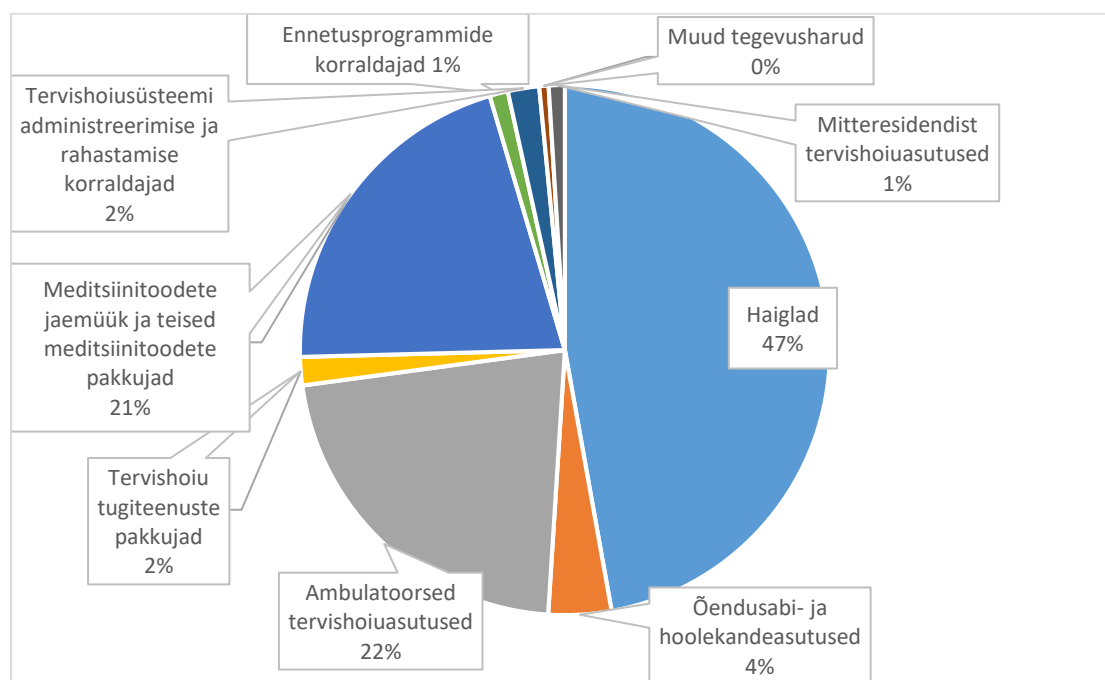
Joonis 9. Erinevate vanusegruppide osakaalu võrdlus aastatel 2015 ja 2025.



Allikas: Statistikaamet RV021 ja RV092

⁴⁵ Eesti Haigekassa Aastaraamat, 2015.

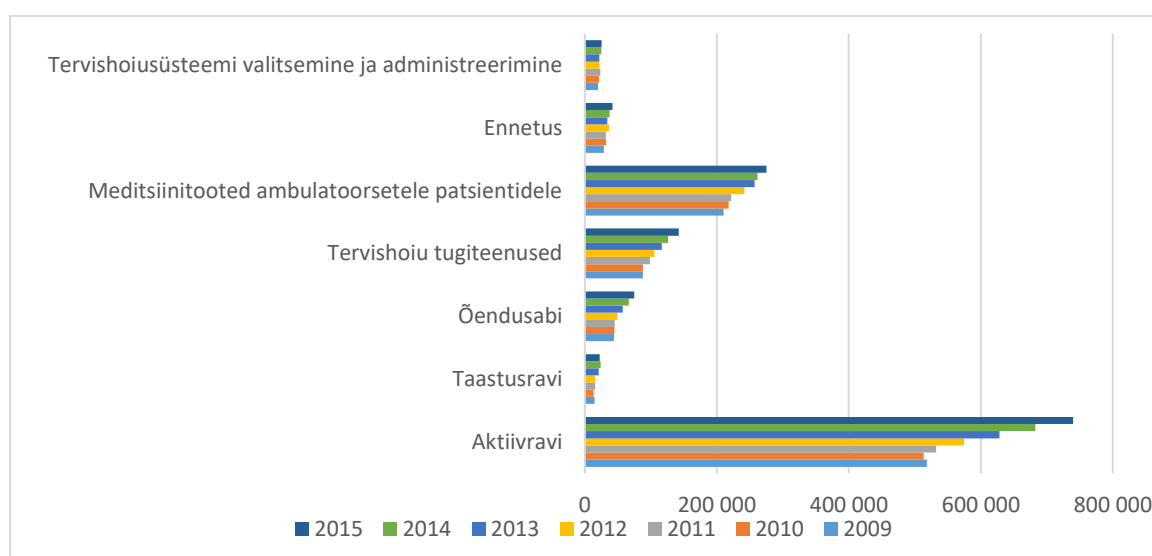
Joonis 10. Tervishoiukulude jagunemine teenuse pakkujate järgi, 2015



Allikas: Tervise Arengu Instituut

Meditsiinitooted ambulatoorsetele patsientidele (ravimid, meditsiinilised mittekestvuskauad, meditsiiniseadmed ja muud kestvuskauad) moodustavad teise suurema rühma, mis hõlmab 21% tervishoiukuludest. Kolmas peamine teenuserühm — tervishoiu tugiteenused — koondab labori ja radioloogilisi uuringuid ning kiirabiteenuseid ja nende osatähtsus tervishoiukuludes oli 11%. Alates 2012. aastast on tervishoiukulud kõigis teenuserühmades valdavalt kasvanud (vt joonis 10). 2015. aastal vähenesid taastusravi kulud, kõigi teiste teenuserühmade kulud kasvasid. Proportsionaalselt enim kasvasid kulutused tervishoiu tugiteenustele (13%), õendusabile (12%) ja ennetusele (12%).

Joonis 11. Tervishoiuteenuste kulu, 2009-2015



Allikas: Tervise Arengu Instituut

3.3. Kokkuvõte

Eestis tegutseb tervishoiu valdkonnas ligi paar tuhat ettevõtet, millest 1378 asutusel on õigus osutada tervishoiuteenuseid, neist 464 osutavad perearstiabi, 462 hambaravi ja 279 eriarstiabi. Haiglaid on Eestis 54, apteeke 514, erakorralist abi on osutamas 102 kiirabi brigaadi. Lisaks tegutsevad sajad ettevõtted ja asutused, kes pakuvad psühholoogilist abi ja vaimset tervist toetavaid teenuseid.

Arvukaimad kutsealad tervishoiuasutustes on õed, arstid ja hooldustöötajad. Töõjõud tervishoiu valdkonnas on eripärane:

- domineerivad naised;
- vanuseline struktuur on kaldu vanemaealiste poole;
- valdkonna tööjõud on tööealise elanikkonna keskmisega võrreldes oluliselt kõrgemini haritud.

2015. aastal kasvas tervishoiuteenuste rahastamine võrreldes eelmise aastaga 48,6 miljoni euro võrra, sh eriarstiabi rahastamine kasvas 32,5 miljonit eurot, üldarstiabi rahastamine 10,2 miljonit eurot, õendusabi rahastamine 3,9 miljonit eurot, hambaravi rahastamine 1,9 miljonit eurot ja haiguste ennetamise rahastamine 59 tuhat eurot.

Tervishoiukulusid mõjutab tervishoiu rahastamise ja korraldamise süsteem, aga ka sotsiaalsed ja majanduslikud mõjutegurid. Prognooside kohaselt suurenevad tervishoiukulutused tulenevalt elanikkonna vananemisest ja uutest diagnostika- ja ravitehnoloogiatest. Olukorras, kus tööjõu osakaal rahvastikust väheneb ja tervishoiu rahastamine sõltub tööealise elanikkonna maksupanusest, satub ohtu tervishoiuteenuste taseme säilimine.

Patsientide omaosaluse suhteliselt kõrge määr tervishoiuteenuste ja ravimite eest tasumisel ohustab ennekõike krooniliste haiguste ja madalama sissetulekuga (vanemaealisi) inimesi. Üle viiendiku tervishoiukulude katkest tuleb leibkondade omaosalusest, kuludest kõige suurem osa on läbi aastate olnud ravimitel ja meditsiinitoodetel ning hambaravi ja eriarstiabi kuludel.

Jätkuv linnastumine, rahvastiku vananemine ning muud kaasnevad tegurid tulevikus võivad kaasa tuua probleeme tervishoiuteenuste kättesaadavusega, eriti maapiirkondades ja majanduslikult vähemkindlustatud inimeste seas.

4. Põhikutsealade tööjõu- ja oskuste vajadus

Selles peatükis on hinnatud tööjõu- ja oskuste vajaduse muutust põhikutsealadel perspektiiviga kuni aastani 2025 (valitud kutsealadel ka 2030). Peatükis käsitletakse hõivatute arvu oodatavat muutust põhikutsealadel lähima kümne aasta jooksul (esimesel viiel kutsealal ka perspektiiviga 2030). Põhikutsealadeks valiti 12 kutseala, mis vastavad järgmistele tingimustele:

- kutseala esindajaid on tervishoiu valdkonna kutsealade esindajate seas vähemalt 1% (s.o vähemalt 260);
- kutseala esindajate ettevalmistamiseks on Eesti tasemehariduses õppekava(d);
- õppimine tasemehariduslikul õppekaval on riiklikult rahastatud.

Hinnangute kujundamisel ja soovitud tulevikuseisundi visandamisel on lähtutud järgmisest: põhikutsealade hõive ja selle piisavus täna, strateegilistes dokumentides, arengukavades ja prognoosides toodud sihtarvud ja seotud argumentatsioon, valdkonna arengutrendid, rakendusüüringu raames intervjueritud eksperdid ning VEKi hinnangud. Ülevaatlik tabel on esitatud peatüki kokkuvõttes osas.

Prognoosi koostamisel on lähtutud järgmistest eeldustest:

- ravikindlustusest rahastatavate teenuste komplekt ei muutu oluliselt;
- valdkonda mõjutavad otsused, mis on juba langetatud, jõustatakse tähtaegselt ning neid ei muudeta (sh esmatasandi tervisekeskuste ja nn proviisoriapteekide kontseptsiooni juurutamine);
- tervishoiuteenuste kättesaadavus riigiüleselt ei halvene ning valdkondades, kus tööjõu puudumisest on tingitud katmata teenusevajadus, toimub kättesaadavuse paranemine;
- ravikindlustuse rahastamise jätkusuutlikkuse küsimus lahendatakse viisil, mis ei kahanda solidaarsusmäära ega elanikkonna kaetust teenustega.

Soovitud tulevikuseisundi visandamise kõrval hinnati, kui palju on iga kutseala esindajaid tööturule vaja, et jõuda soovitu tasemeni. Võimaliku kasvuvajaduse kõrval arvestati nii nende töötajate asendusvajadust, kes lahkuvad vanuse tõttu tööturult, kui ka nende töötajate asendusvajadust, kes lahkuvad sektorist või riigist.

4.1. Õed

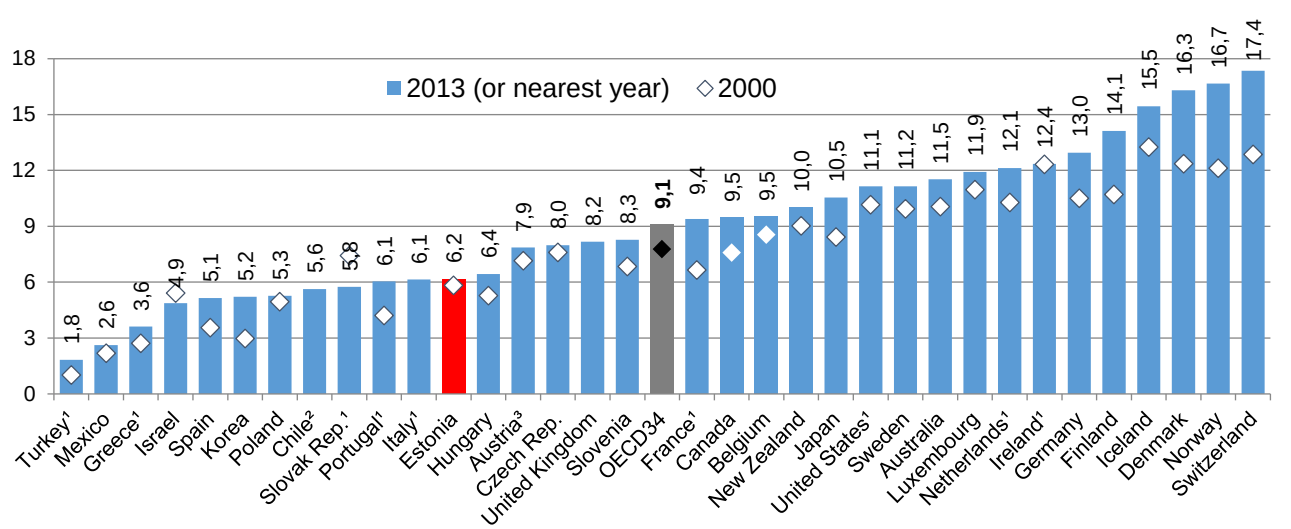
4.1.1. Hetkeolukord ja trendid

Õena töötab Eesti tervishoiuasutustes arvestuslikult 9002 inimest. Õdede suhe elanike arvu on Eestis võrreldes teiste arenenud riikidega väiksem (vt joonis 12). Samas on suhtarv 1000 elaniku kohta viimasel kolmel aastal jõudsalt kasvanud ning see on 2017. aasta alguses arvestuslikult 6,7. Õdedest 98,1% on naised, töötavate õdede keskmine vanus on 45,1 aastat, vanemaid kui 60 aastat on 15% õdedest (vt joonis 13).

Õdede ressursi on viimastel aastatel vabastanud sekretäri ettevalmistusega inimeste palkamine arstide assistentidena ning kvalifitseeritud hooldustöötajate ning tehnikute laialdasem rakendamine. Toetudes Terviseameti väljastatud kutsekvalifikatsiooni tõendite statistikale, saab väita, et õdede siirdumine välisriikidesse on viimastel aastatel kahanenud (vt joonis 14). Ekspertide sõnul on oluline

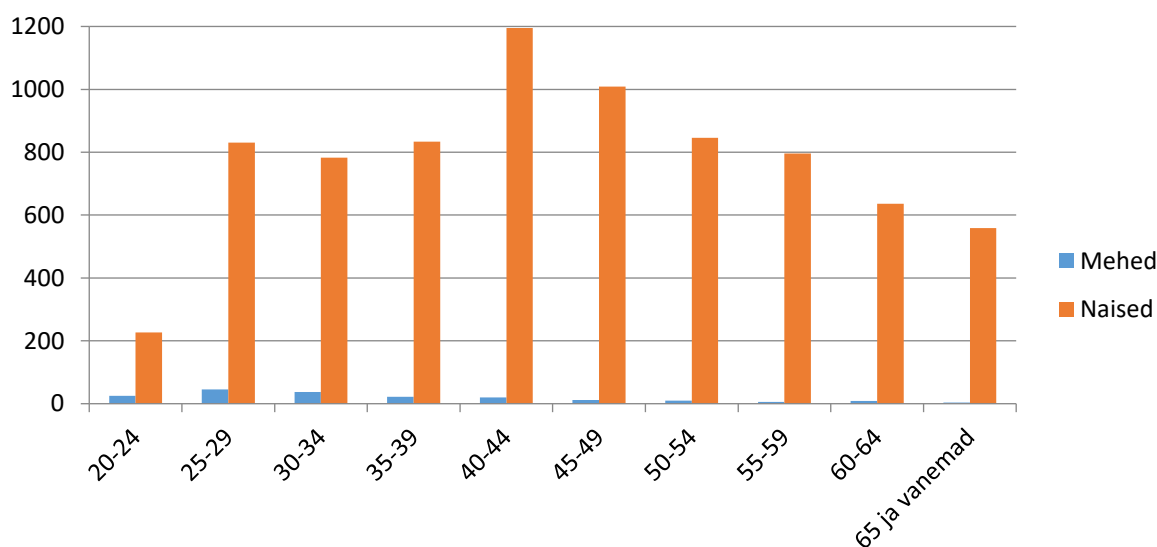
hoida trendi säilitamiseks töötasu taset Eesti keskmise palgakasvuga korrelatsioonis – palgapositsiooni halvenemine võib väljumist sektorist ja riigist lühikese viiteajaga oluliselt mõjutada.

Joonis 12. Õendustöötajate arv 1000 elaniku kohta OECD riikides, 2000 ja 2013



Allikas: OECD Health Statistics 2015

Joonis 13. Õed soo ja vanuse järgi, 2015



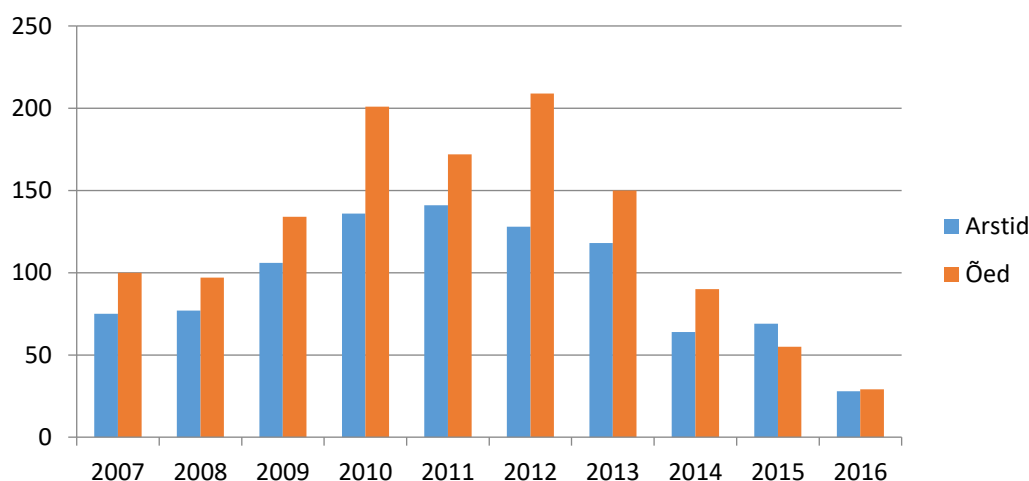
Allikas: TAI, THT002

Ekspert hinnangute kohaselt ei peegelda nimetatud tõendite statistika siiski kogu pilti. Vahetult õpingute lõpetamise järel Euroopa Liidu riiki siirdudes piisab kvalifikatsiooni tõendamiseks ingliskeelsest lõputunnistusest. Vajadus Terviseameti tõendi järele tekib üksnes juhul, kui soovitakse tõendada oma senist töötamist tervishoiutöötajana.

Ekspertide konsensuslik hinnang on, et õdede arv Eestis on hetkel ebapiisav. Teisalt on äärmiselt keeruline öelda, kui palju õdesid tervishoius täpselt puudu on. Võttes aluseks TAI 2015. aasta statistika ametlike ületundide kohta, on puudu 265 õde. TAI statistika kohaselt töötas 2014. aastal koormusega

1,01–1,5 kokku 555 öde ning enam kui 1,5 koormusega 297 öde (seega ligi kümnendik õdedest). Enamasti koguneb ülekoormus korraga mitme tööandja juures töötamisest (vt tabel 3).

Joonis 14. Välismaal töötamiseks kutsequalifikatsiooni tõendi saanud tervishoiutöötajad



Allikas: TAI, Terviseamet

Teisalt ei peegelda ekspertide hinnangul seegi statistika tegelikkust piisavalt hästi ning praktikas juurdunud mitteametlike skeemide tõttu on tööaja norme ületav koormus oluliselt laialdasem probleem. Õdede ületöö võib mõneti olla tingitud ka kvalifitseeritud hooldustöötajate nappusest tervishoiuasutustes. Kvalifikatsioonita hooldustöötajad eeldavad õelt sagedamat juhendamist, hooldustöötajate puudumisel peavad õed täitma ülesandeid, mida tavaolukorras täidaks hooldustöötaja.

RTA-s⁴⁶ püstitatud eesmärk oli saavutada 2016. aastaks 8,3 õendusala töötajat 1000 elaniku kohta. Kui eeldada, et see suhe oleks saavutatud 2017. aasta alguseks, peaks õdesid koos ämmaemandatega olema 10 938. Pidades ämmaemanda kutsega inimeste arvu piisavaks, on puudu 1483 öde. Olukorras, kus need õed töötaksid kõik ravikindlustusest rahastavas tervishoius, oleks see tähendanud ravikindlustusele viimase aasta vältel täiendavalt ligi 25 miljoni euro suurust kulu, kui piirduda üksnes töötasude arvestusega.⁴⁷

Arvestama peab, et õdede arvu sellisel määral suurendamise eeltingimuseks on just ennetustegevuste oluliselt suurem rahastamine, seda nii esmase, teise kui ka kolmandase ennetuse võtmes. On samas valdkondi, kus rahastus on põhimõtteliselt olemas, kui oleks piisavalt tööjõudu. Näiteks Hooldusravivõrgu arengukava 2015⁴⁸ kohaselt on hinnatud Eesti koduõendusteenuste vajaduseks aastas 500 000 koduviiti. 2015. aastal finantseeris haigekassa 262 339 koduviiti. Puudujääk on seega 237 661 öe koduviiti aastas. Arvestades öe koduviidi keskmiseks kestuseks 90 minutit (so haigekassa teenusekirjelduse alusel optimaalne öe aja kulu koduviidi kohta) ja produktiivsete

⁴⁶ Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 (täiendatud 2012. aastal)

⁴⁷ Eelduseks on võetud, et õed said 2016. aastal keskmist brutopalka 1046 eurot kuus, millega kaasnes tööandjale palgakulu 16 800 eurot kalendriaastas iga öe kohta.

⁴⁸ Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2004–2015

töötundide arvuks ühe öe kohta aastas 1840 tundi, on koduõendusteenuste vajaduse katmiseks vaja täiendavalt 194 öde.

Tabel 3. Õed ja ämmaemandad tööandjate arvu järgi

	Isikute arv	Üks tööandja	Kaks tööandjat	Kolm või enam tööandjat
Õed	7 551	6 717	790	44
Ämmaemandad	442	412	29	1

Allikas: TAI, 2014

Intervjueeritute sõnul on õdede puudus üldhaiglates ja kohalikes haiglates (ent ka Tallinna keskhaiglates) osalt tingitud (vähemalt uuringu teostamise hetkel) sellest, et haiglate juhid ei julge personalile planeeritud eelarvemahte suurendada – põhjuseks ebakindlus Haigekassa ravirahastamise lepingute osas (mis omakorda on seotud kehtiva haiglavõrgu arengukava puudumisega). Mitmed haiglad palkaksid õdesid juurde ja tõstaksid ka töötasusid, kui teenuste rahastamise lepingute osas oleks seis etteennustatav ja stabiilsem. Õdede vajadust erinevates piirkondades mõjutab oluliselt tasemeõpet võimaldava tervishoiukõrgkooli filiaali olemasolu. Näiteks kui haigla piirkonnas on õdede väljaõppekeskus, on tööjõuprobleem kohe väiksem (v.a Tallinn).

4.1.2. Tööjõu tulevikuvajadus

Õdede tööjõuvajadust on ettenähtavas tulevikus mõjutamas eelkõige järgmised arengud:

- esmatasandi tervisekeskuste rakendumine ja teise pereõe kaasamine perearsti-praksistes suurendab vajadust terviseõe spetsialiseerumisega õdede järele;
- iseseisva õendusabi pakkumine on jõudsalt kasvamas, mahtude edasine suurendamine suurendab ka vajadust (spetsialiseerunud) õdede järele.

Kuigi RTAs oodatakse 2020. aastaks õendusala töötajate ootuspäraseks suhtarvuks 900 õendusala töötajat 100 000 elaniku kohta, ei ole see siht ilmselgelt enam saavutatav. Küll on põhimõtteliselt võimalik jõuda soovitud suhtarvuni 2025. aastaks. Õdede ootuspäraseks arvuks (eeldades, et ämmaemanda kutsega inimeste arv ei muutu) oleks 2025. aastal seega 11 042⁴⁹ ehk 2146 öde tänasest enam. Nagu eelpool öeldud, peab esmalt arvestatavalt muutuma ravikindlustusest ostetavate tervishoiuteenuste struktuur. Alles seejärel saab põhjamaade eeskujul õdede arv jõuliselt suureneada. Loomulik on, et õendustöötajate arvu olulise suurendamisega kasvab ennetustegevuste osakaal, seda nii esmase, teise kui ka kolmandase ennetuse võtmes. Täna on tervishoius ennetustegevused raviteenuste kõrval selgelt teisejärgulised.

Õdede pensionile minekust tulenev asendusvajadus on perioodil 2017–2025 arvestatav. Toetudes TAI esitatavale õdede vanusjaotuse andmetele 2015. aasta kohta, saab eeldada, et aastaks 2025 tuleb pensionile mineku tõttu asendust pakkuda 2/3-le õdedest, kes on vähemalt 55-aastased. Tööjõust väljub 10 aasta vältel pensionile mineku tõttu 1340 öde. Perioodil 2025–2030 lisandub neile veel 810

⁴⁹ Aluseks on võetud Statistikaameti 2012. aasta rahvaarvu alusel prognoositav rahvaarv 2025. aastaks (1 289 044; variant 2 ehk positiivne stsenaarium). Sihtarvu on kahandatud ämmaemandate arvu võrra.

õde. Seega vajame perioodil 2016–2025 vanuse tõttu tööelust lahkuvate inimeste asendamiseks keskmiselt 134 õde aastas ning sealt edasi 2030. aastani 160 õde aastas.

Õdede väljaränne on sarnaselt teistegi kutsealadega oluliselt kahanenud, kuid arvata võib, et lahkumine jätkub ka tulevikus. Eeldades, et püsib viimase kolme aasta keskmine lahkumismäär (s.o aastas lahkub keskmiselt 58 töötavat õde) ja neile lisandub 5% lõpetanutest vahetult pärast põhiõppe lõpetamist (20 õde), ent teisalt naaseb iga nelja lahkuja kohta aastas Eesti tervishoiusektorisse tagasi (või teistest riikidest asendusena) üks õde, tuleb perioodil 2017–2025 pakkuda asendust 78,8-le õele aastas. Lisaks arvestavad autorid, et teistesse sektoritesse liigub varem või hiljem samuti 5% igast lennust ehk keskmiselt 20 õde aastas. Kuigi Kiiveti jt (2013)⁵⁰ kohaselt ei töötanud õena 18% alla 65-aastastest Terviseametis registreeritud õdedest, ei kinnitanud intervjuueeritud nõnda mastaapset kõrvalejäämist sektorist värskest õpingud lõpetanud õdede puhul – eelnevatel aastatel toimunud palgakasv on õdede lahkumist sektorist (ja ka väljarännet) oluliselt kahandanud. Sektorist välja liigutakse enamasti ilu- ja heaoluteenuste sektorisse, tervishoiu valdkonna sees on siirdutud hambaravi assistendiks.

Kokkuvõttes vajab tervishoiusektor perioodil 2017–2025 arvestuslikult juurde 3947 õde, st keskmiselt 439 õde aastas.

4.1.3. Oskuste vajadus

Intervjuueeritud tööandjate esindajate sõnul ollakse **õdede väljaõppega väga rahul**. Kuigi intervjuueeritud märkisid, et lõpetanutel on tagasihoidlikud praktilised oskused, nenditi, et need saavadki areneda just töökeskkonnas. Oodatakse, et kasvab suutlikkus tulla toime vaimse tervise häiretega ja geriaatriliste patsientidega. Arendamist vajavad infoturbealased teadmised. Ühelt poolt leiti, et õpe võiks sisaldada e-tervise infosüsteemi kasutamist. Teisalt toodi välja, et IT-lahenduste kasutamine õpetamine õppe käigus on problemaatiline, kuna infosüsteemid ja kasutaja töölaud on haiglates märkimisväärselt erinevad. Märgiti ära ka puudulik keeleoskus – vene emakeelega õdedel napib eesti keele oskust ning eesti emakeelega õdedel vene keele oskust.

Tööandjate arvates võiks enam olla spetsialiseerunud õdesid, kuid tööjõu nappuse tingimustes on neid keeruline pikka aega kestmisse täiendkoolitusse lubada. Ka tervishoiukõrgkoolide esindajate hinnangu kohaselt ei täitu kavandatud spetsialiseerumise koolitusgrupid hoolimata tööandjate ja õdede huvist. Tööandjate hinnangul on neli spetsialiseerumise suunda piisav, õdede üldõpe on piisavalt lai ning võimaldab edukalt töötada erinevates valdkondades. Leiti, et õiguslikult on vaja selgemalt defineerida, millistel juhtudel on eriõde pädevus vajalik ja peaks olema nõutav. Eelnevaga seoses väljendati ka arvamusi, et reguleeritud kutsealadel, sh õe kutsealal, tuleks välja töötada ja juurutada kutsestandardid, mille toel oleks samuti võimalik eriõde pädevuse piire eristada.

4.2. Arstid

4.2.1. Hetkeolukord ja trendid

Eesti tervishoiuasutustes töötas 2017. aasta veebruaris 4727 arsti, kõige enam on neist perearste, anesteziolooge ning günekolooge (vt Tabel 4Error! Reference source not found.). Arstide arv on

⁵⁰ Kiivet, R-A.; Visk, H. Raag, M., 2013. Õdede arvu prognoos aastaks 2032

viimase 10 aasta jooksul kasvanud paari protsendi võrra. TAI statistika kohaselt on suur hulk arstidest vanemaealised, keskmine vanus on 50,9 eluaastat, üle 30% arstidest on vanemad kui 60 aastat. 75% Eesti arstidest on naised (vt joonis 15). Võrreldes teiste Euroopa riikidega on Eesti oma arstide arvu suhtega riigi elanike arvu keskmiste seas (vt joonis 16).

Tabel 4. Arvukamate arstierialade esindajad, kes töötasid 2017. aasta veebruaris Eesti tervishoiuasutustes

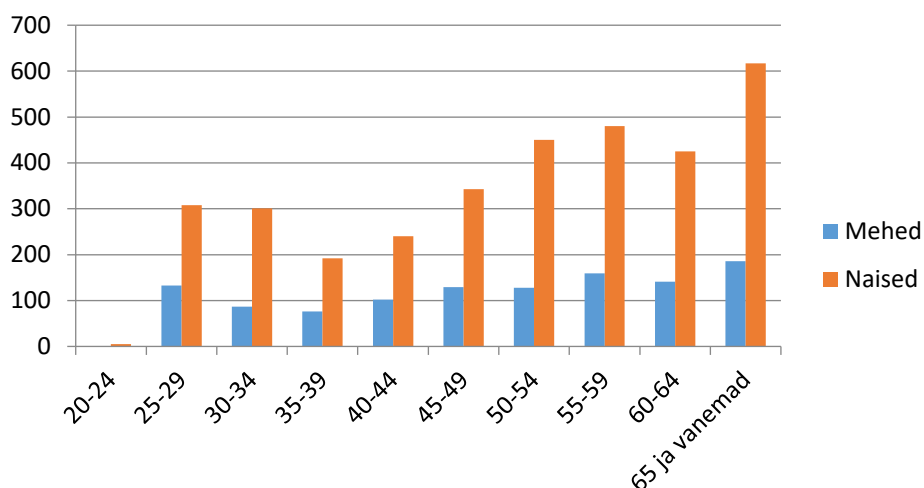
Arstlik eriala	Arstide arv	Osakaal kogu arstkonnast
Peremeditsiin	940	19,9%
Anestesioloogia	274	5,8%
Sünnitusabi ja günekoloogia	270	5,7%
Psühhiaatria	210	4,4%
Üldkirurgia	191	4%
Radioloogia	188	4%
Erakorraline meditsiin	187	4%

Allikas: Terviseamet, tervishoiutöötajate register 2017 veebruar

RTAs on seatud sihttasemeks, et Eestis oleks 2020. aastaks 3,2 arsti 1000 elaniku kohta (s.o EL- ja OECD-riikide keskmine RTA koostamise hetkel). Praktika on näidanud, et toonaseid trende alahinnati ja sarnaselt enamiku teiste riikidega ületab arstide arv täna nimetatud taset arvestatavalt. Autorite arvutuste kohaselt on Eestis saavutatud arstide määr 2017. aasta alguses juba 110% seatud sihist. Ekspertide hinnangul on seeläbi saavutatud enamikus tervishoiuasutustes hulgal erialadel nn võimsus teenindada oluliselt suuremaid ravimahte, kui suudetakse ravikindlustusest rahastada. Siiski varieerub olukord erialati ja regionaalselt märkimisväärselt.

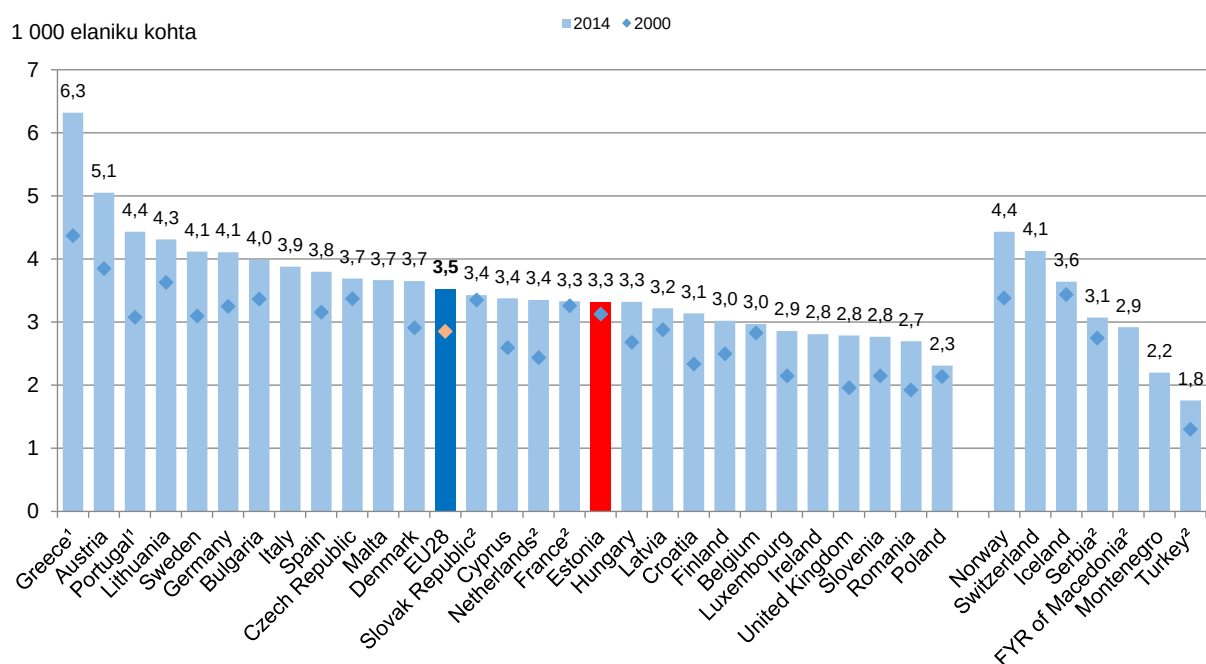
Tööjõuturul on terav puudus patoloogidest, psühhiaatritest, üldsisehaiguste arstidest, erakorraliste meditsiini arstidest, väljaspool keskuseid ka perearstidest. Mõne eriarsti lahkumine maakonnakeskusest võib oluliselt kahandada võimekust pakkuda piirkonnas antud erialal tervishoiuteenuseid. Samas on ka erialasid, mille residendid on väljendanud kõhklust, kas neil õnnestub residentuuri lõpetamisel leida meelepärast tööd – nimetatud on günekoloogiat, radioloogiat ja ortopeediat. Teadaolevalt ei jää praktikas Eestis erialast tööd soovivad arstid vahetult pärast residentuuri lõpetamist siiski töötuks – seda küll tingimusel, et tehakse kompromisse abi osutamise tasandi, geograafilise asukoha ja koormuse osas.

Joonis 15. Arstid soo ja vanuse järgi, 2015



Allikas TAI, THT002

Joonis 16. Arstide arv Eestis 1000 elaniku kohta võrdluses OECD riikidega, 2000 ja 2014



Allikas: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

Regionaalselt on arstide nappus kõige teravam Ida-Virumaal, kus haiglad on sunnitud teenuste osutamiseks tegelema välisriikidest tööjõu sissetoomisega. Olulisi tööjõuprobleeme on pea kõigil üldhaiglatel. Sotsiaalministeeriumi koostatud üldhaiglate olukorda käsitleva analüüsi kohaselt on nüüdisaegse hariduse omandanud erakorralise meditsiini arste vaid üksikutes üldhaiglates ning sisehaiguste valveringi kaetakse enam kui pooltes üldhaiglates sisehaiguste arstide puuduse tõttu kitsamate erialade arstidega (nt kardioloogid, neuroloogid, pulmonoloogid) ja üldarstidega.

Nagu nähtub RTAs on seatud sihttasemeks, et Eestis oleks 2020. aastaks 3,2 arsti 1000 elaniku kohta (s.o EL- ja OECD-riikide keskmine RTA koostamise hetkel). Praktika on näidanud, et toonaseid trende

alahinnati ja sarnaselt enamiku teiste riikidega ületab arstide arv täna nimetatud taset arvestatavalt. Autorite arvutuste kohaselt on Eestis saavutatud arstide määr 2017. aasta alguses juba 110% seatud sihist. Ekspertide hinnangul on seeläbi saavutatud enamikus tervishoiuasutustes hulgal erialadel nn võimsus teenindada oluliselt suuremaid ravimahte, kui suudetakse ravikindlustusest rahastada. Siiski varieerub olukord erialati ja regionaalselt märkimisväärselt.

Tööjõuturul on terav puudus patoloogidest, psühhiaatritest, üldsisehaiguste arstidest, erakorraliste meditsiini arstidest, väljaspool keskuseid ka perearstidest. Mõne eriarsti lahkumine maakonna-keskusest võib oluliselt kahandada võimekust pakkuda piirkonnas antud erialal tervishoiuteenuseid. Samas on ka erialasid, mille residendid on väljendanud kõhklust, kas neil õnnestub residentuuri lõpetamisel leida meelepärast tööd – nimetatud on günekoloogiat, radioloogiat ja ortopeediat. Teadaolevalt ei jää praktikas Eestis erialast tööd soovivad arstid vahetult pärast residentuuri lõpetamist siiski töötuks – seda küll tingimusel, et tehakse kompromisse abi osutamise tasandi, geograafilise asukoha ja koormuse osas.

Joonis 15, on arstikond tugevalt kaldu vanemaealiste poole. Sellega kaasneb juba täna terav vajadus pakkuda pensionile minevatele arstidele asendust. Lähitulevikus võimendub see veelgi. Kuigi ühelt poolt, arvestades pensionieas töötavate arstide hulka, saab pensionieas töötamist lugeda normaalsuseks, ning tööjõu planeerimisel tuleb seda arvestada. Teisalt jätkavad mitmete erialade esindajate sõnul osad pensioniealised eriarstid tööd missioonitundest, kuni asutus otsib asendajat.

Kuigi mitmete erialade (nt laborimeditiin, patoloogia, oftalmoloogia, psühhiaatria) esindajate sõnul on arstide liikumine välismaale jätkuvalt probleem, saab Terviseameti väljastatavate kutse-kvalifikatsiooni tõendite statistika põhjal väita, et eriarstide välisriikidesse tööle siirdumise trend on aeglustumas (vt Ekspert hinnangute kohaselt ei peegelda nimetatud tõendite statistika siiski kogu pilti. Vahetult õpingute lõpetamise järel Euroopa Liidu riiki siirdudes piisab kvalifikatsiooni tõendamiseks ingliskeelsest lõputunnistusest. Vajadus Terviseameti tõendi järele tekib üksnes juhul, kui soovitakse tõendada oma senist töötamist tervishoiutöötajana.

Ekspertide konsensuslik hinnang on, et õdede arv Eestis on hetkel ebapiisav. Teisalt on äärmiselt keeruline öelda, kui palju õdesid tervishoius täpselt puudu on. Võttes aluseks TAI 2015. aasta statistika ametlike ületundide kohta, on puudu 265 õde. TAI statistika kohaselt töötas 2014. aastal koormusega 1,01–1,5 kokku 555 õde ning enam kui 1,5 koormusega 297 õde (seega ligi kümnendik õdedest). Enamasti koguneb ülekoormus korraga mitme tööandja juures töötamisest (vt tabel 3).

Joonis 14). Teisalt ei pruugi asjatundjate hinnangul Terviseameti andmed kajastada kõiki lahkujaid. Näiteks ei pruugi Tartu Ülikooli värskest lõpetanud arstil olla vajadust Terviseameti tõendi järele, kuna ülikoolist saadav ingliskeelne lõputunnistus ühes asjakohaste õienditega on Euroopa Liidu riikides hariduse tõendamiseks piisav. Terviseameti tõend on vajalik erialase spetsialiseerumise ja töökogemuse tõendamisel – siin on statistika ilmselt täpne. Ekspertide hinnangul siirdub enne residentuuri astumist või selle ajal välisriikidesse (peamiselt Soome) ca kümnendik õppureist, kes Terviseameti tõendite statistikas ei kajastu. Teisalt toimub intervjuueeritute väitel ka arvestatav tervishoiutöötajate tagasiränne, mida on kohane samuti tööjõu planeerimisel arvestada. Osa lahkujatest ja naasjatest töötavad osalise tööajaga välismaal ning osaajaga Eestis.

Tervishoiu valdkonnaga konkureerib teistest sektoritest eelkõige avalik haldus – meditsiinilist haridust eeldatakse mitmetel poliitikakujundamisega seotud töökohtadel (nt Sotsiaalministeeriumis ja Haigekassas). Meditsiinilist haridust oodatakse ka järelevalveametnikelt (Terviseamet, ka Raviamet) ning töövõimetusega seotud ekspert hinnangute langetamiseks (Töötukassa). Teiste sektorite tõmme on pigem juhuslik. Eelduslikult väljub tervishoiusektorist teistesse sektoritesse vaid kuni paar arsti aastas.

4.2.2. Tööjõu tulevikuvajadus

Hinnates arstide tulevikuvajadust lähtutakse arstide tööjõuvajaduse hindamisel aastaks 2025 tänaseks saavutatud suhtarvust 3,5 arsti 1000 elaniku kohta. Siingi on oht sarnaselt RTAs seatud indikaatorile alahinnata tegelikke trende. Samas on eeldused suhtarvu paikapidamiseks paremad, eriti kui õdede potentsiaali edenduses ja ennetuses jõulisemalt rakendada (sh eriarstiabi tasandil), ning kui esmatasand üha pingelisemate eelarvetingimuste tõttu tugevneb.

Arstide ootuspäraseks arvuks 2025. aastal on seega 4512 arsti⁵¹ ehk 215 arsti tänasest vähem. Samas peab arvestama, et arstide arvu langus 4,5% ei kehti universaalselt kõikide erialade lõikes. 2025 perspektiiviga on sidusrühmad tõstnud esile psühhiaatrite, erakorralise meditsiini, sisehaiguste ja perearstide kasvuvajadust (vt perearstide kasvuvajaduse käsitlust ka Lisas 7).

Arstide kõrge vanusest tulenevalt on märkimisväärne pensionile minekust tingitud asendusvajadus. Toetudes TAI esitatavaile arstide vanusjaotuse andmetele 2015. aasta kohta, eeldatakse prognoosis, et aastaks 2025 tuleb pensionile mineku tõttu asendust pakkuda 2/3-le arstidele, kes on vähemalt 55-aastased. Tööjõust väljub 10 aasta vältel pensionile mineku tõttu 1339 arsti. Perioodil 2025–2030 lisandub neile veel 601 arsti. Seega vajame perioodil 2016–2025 vanuse tõttu tööelust lahkuvate inimeste asendamiseks keskmiselt 133,9 arsti aastas ning sealt edasi 2030. aastani 120,2 arsti aastas.

On alust eeldada, et ka lähitulevikus on arstide kutseala oluliselt väljarändest mõjutatud. Eeldades, et püsib viimase kolme aasta keskmine lahkumismäär (s.o aastas lahkub keskmiselt 54,3 töötavat arsti) ja neile lisandub 10% lõpetanutest vahetult pärast põhiõppe lõpetamist (14,2 arsti), ent teisalt naaseb iga kahe lahkuja kohta aastas Eesti tervishoiusektorisse tagasi või teistest riikidest asendusena üks arst, tuleb perioodil 2017-2025 pakkuda asendust 34,3 arstile aastas. Lisaks lahkub eelduslikult teistesse sektoritesse ligi kaks arsti aastas.

Seega peab haridussüsteem kahaneva sihteesmärgi tingimustes, arvestades perioodil 2017-2025 pensionile minevaid arste (-1205), väljarännet (-617) ja tagasirännet (308), pakkuma kokku asendust 1299-le arstile, s.o keskmiselt 144,3-le arstile aastas.

Autorid teadvustavad siinkohal, et ülaltoodud kutsealaülene ning suhtarvudel põhinev lähenemine on vaid üks võimalikest viisidest prognoosida, milline on vajadus arstide järele tulevikus. Nii intervjueeritud eksperdid kui ka varasemad tööjõuvajadust käsitlevad analüüsid on rõhutanud, et arstide vajadus peab lähtuma tervishoiu korralduslikust tervikpildist (s.o teenusevajadusest konkreetsetel erialadel, teenuste osutamise korraldusest, haiglavõrgu arengutest, ambulatoorse abi ja päevaravi mahtudest, ennetusest ja paljudest muudest teguritest).

4.2.3. Oskuste vajadus

Intervjueeritud tööandjad hindasid täna haridussüsteemist tulevate **arstide erialaseid oskusi väga heaks**. Seda näitab nende sõnul ka välisriikidesse siirduvate arstide suutlikkus leida kõrgetasemelistes haiglates erialast tööd.

Tervishoiu valdkonna töötajad peavad lisaks erialastele oskustele omama ka häid üldoskusi. Valdkonnas töötamise esmaseks eelduseks on heal tasemel erialased teadmised ja oskused, kuid lisaks neile on ekspertide hinnangul kõigi põhikutsealade töötajatel vaja häid üldoskusi. Neist olulisimad on suhtlemisoskus (nii patsientide kui teiste tervishoiuspetsialistidega) ning juhtimis- ja koostööoskus (sh rahvusvahelistes meeskondades). Selliste oskuste omandamise eelduseks on eriala- ja üldoskuste integreeritus õppekavades. Kõrvuti erialaste oskustega tuleb pakkuda võimalust saada õppeprotsessis lisateadmisi tulemusliku meeskonnatöö, suhtlemise ja juhtimise kohta. Samuti rõhutati vajadust arendada ettevõtlus- ja IKT-oskusi. Nagu ödedegi puhul, leiti, et õpe võiks sisaldada e-tervise

⁵¹ Aluseks on võetud Statistikaameti 2012. aasta rahvaarvu alusel prognoositav rahvaarv 2025. aastaks (1 289 044; variant 2 ehk positiivne stsenaarium)

infosüsteemi kasutamist. Teisalt oli ka arvamusi, et IT-lahenduste kasutamise õpetamine õppe käigus on problemaatiline, kuna haiglate infosüsteemid ja kasutaja töölaud erinevad oluliselt.

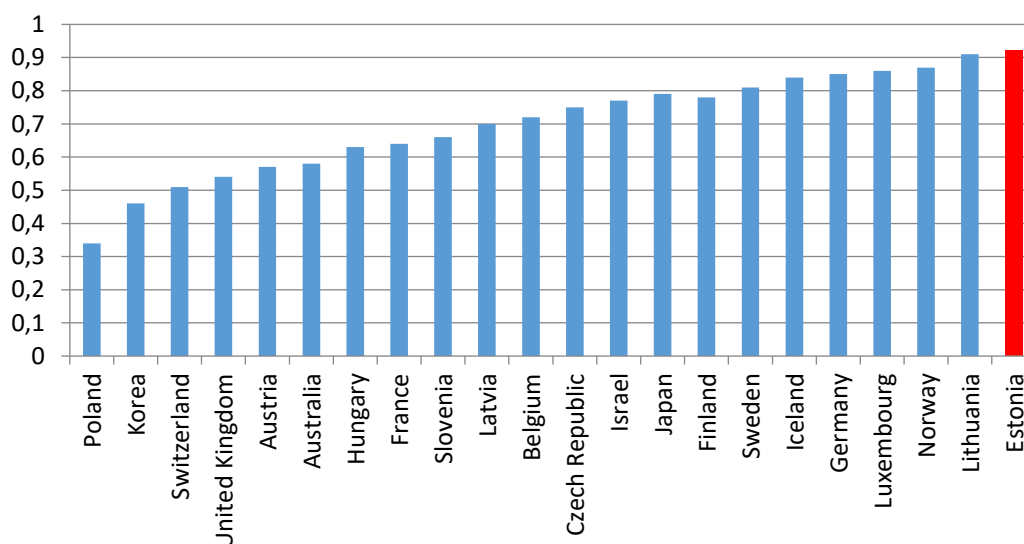
Residentuuri tasandil toodi välja vajadus pöörata tähelepanu residentide juhendamise kvaliteedile – selleks on vaja planeerida ja eraldada ajaline ressurss. Samuti rõhutati vajadust, et kõik residendid saaksid ka maakonnahaigla kogemuse. See võiks ühelt poolt soodustada tasandite-ülest koostööd ning teisalt aidata leida üldhaiglatesse personali.

4.3. Hambaarstid

4.3.1. Hetkeolukord ja trendid

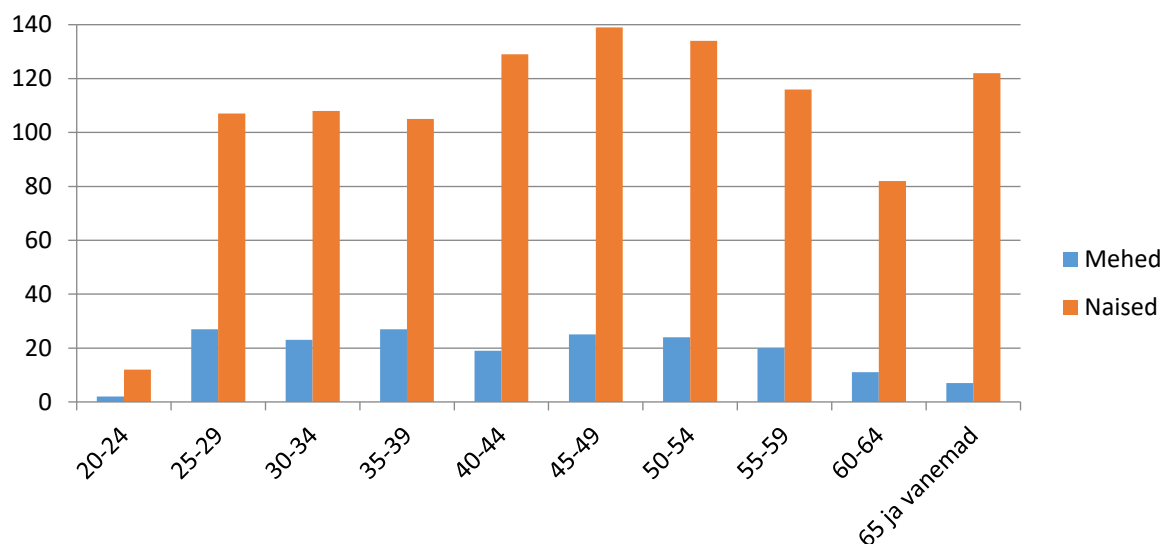
Terviseameti andmetel töötab Eesti tervishoiuasutustes 1348 hambaarsti, nende arv on viimastel aastatel pidevalt sujuvalt kasvanud. Hambaarstide suhtarv oli 2014. aastal võrreldes muu arenenud maailmaga üks kõrgemaid, ulatudes 0,92 arstini 1000 elaniku kohta (vt joonis 17). Autorite arvutuste kohaselt on suhtarvu väärtus jõudnud 2017. aastal 1,02-ni.

Joonis 17. Hambaarstide suhtarv 1000 elaniku kohta OECD riikides, 2014



Allikas: OECD – <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30177>

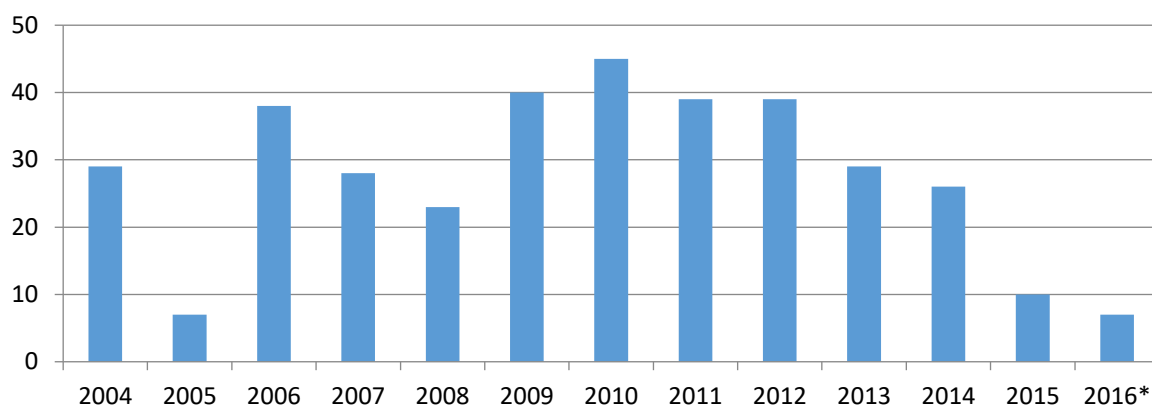
Joonis 18. Hambaarstide sooline ja vanuseline jaotus, 2015



Allikas: TAI 2014 nov

Hambaarstide vanuseline struktuur on võrreldes teiste arstlike erialadega hea. Hambaarstide keskmine vanus on 47, vanemaid kui 60-aastasi on alla 20%. Toetudes Terviseameti väljastatud kutsequalifikatsiooni tõendite statistikale, on sarnaselt teiste arstlike erialade esindajatega kahanenud viimastel aastatel ka hambaarstide väljaränne (vt joonis 19). Samuti on valdkonna esindajate sõnul osa arstidest pöördunud tagasi. On mitmeid hambaarste, kes töötavad osaliselt Eestis ja osaliselt välisriigis (enamasti Soomes). Hambaarstide liikumine Eesti siseselt teistesse sektoritesse on juhuslik ja harv.

Joonis 19. Hambaarstidele Terviseameti väljastatud kutsekvalifikatsiooni tõendid, 2004-2016



Allikas: Terviseamet

4.3.1. Tööjõu tulevikuvajadus

Hambaarstide Liidu esindajate hinnangul on hambaarstide arv Eestis praegu piisav ning 2025 perspektiivis on põhjendatud tänase arvu hoidmine. Ootuspärane on samas, et enam hambaarste spetsialiseeruvad. 2012. aastal, s.o vahetult majanduslanguse järel seadis Hambaarstide Liit veel sihiks hambaarstide suhtarvu vähendamise – siis nähti, et ülikooli lõpetanud hambaarstidel napib kliinilist tööd ning nende lahkumine välismaale on tingitud osalt just sellest. Hambaarstide “töö puudumist” põhjustas peamiselt rahva väike ostujõud – enamikel juhtudest on hambaraviteenuste eest tasumisel 100% omaosalus. Tänapäevaks on majanduslik olukord muutunud ning seetõttu on loomulik ka hinnangu muutumine.

Toetudes ekspertide hinnangule on uuringus seega 2025. aastaks hambaarstide oodatavaks arvuks 1348, sealjuures tuleb arvestada järgmist:

- majanduskeskkonna halvenedes ja elanikkonna ostujõu kahanedes võib kohe väheneda ka hambaravi turumaht ning töö nappimisel võib suureneda surve otsida piisavas mahus tasustatavat tööd välisriikidest;
- arvestades aastate jooksul kuhjunud katmata ravivajadust, pole ekspertide hinnangul elanikkonna ostujõu püsimisel ja kasvamisel lähikümnendil tööpuudust karta;
- Eestile iseloomulikes väikestes hambaarstipraksistes hõlmab hambaarstide töö vahel tegevusi, mida võib käsitleda allpool hambaarsti pädevustaset olevaks (hambatehnika töö, profülaktiline nõustamine, hammaste puhastamine).

Toetudes TAI esitatavatele hambaarstide vanusjaotuse andmetele 2015. aasta kohta, eeldatakse uuringus, et aastaks 2025 tuleb pensionile mineku tõttu asendust pakkuda 95%-le hambaarstidest, kes on vähemalt 55-aastased. Erinevalt arstidest on hambaarstide puhul pensionieas töötamine harv, näiteks töötas TAI andmetel 2015. aastal vaid 12 hambaarsti, kes olid 65-aastased või vanemad. Seega on alust eeldada, et tööjõust väljub 10 aasta vältel pensionile mineku tõttu 229 hambaarsti. Perioodil 2025–2030 lisandub neile veel 158 hambaarsti. Seega vajab perioodil 2016–2025 vanuse tõttu asendamist keskmiselt 22,9 hambaarsti aastas ning sealt edasi 2030. aastani 31,6 hambaarsti aastas.

Eeldades, et viimase kolme aasta keskmine lahkumismäär püsib (s.o aastas lahkub keskmiselt 14,3 töötavat hambaarsti) ja neile lisandub 10% lõpetanutest vahetult põhiõppe lõpetamise järel (2,6), ent

teisalt naaseb iga kahe lahkuja kohta aastas Eestis valdkonda tagasi 1 hambaarst, tuleb perioodil 2017-2025 pakkuda asendust 8,4-le hambaarstile aastas.

Seega peab haridussüsteem seadma sihi sellele, et absoluutväärtus jääb tänasega võrreldes samaks, arvestades perioodil 2017-2025 pensionile minevaid hambaarste (-206), väljarännet (-152) ja tagasirännet (+76). Kokkuvõttes peab haridussüsteem pakkuma asendust 282-le hambaarstile, s.o keskmiselt 31,3-le arstile aastas.

4.3.2. Oskuste vajadus

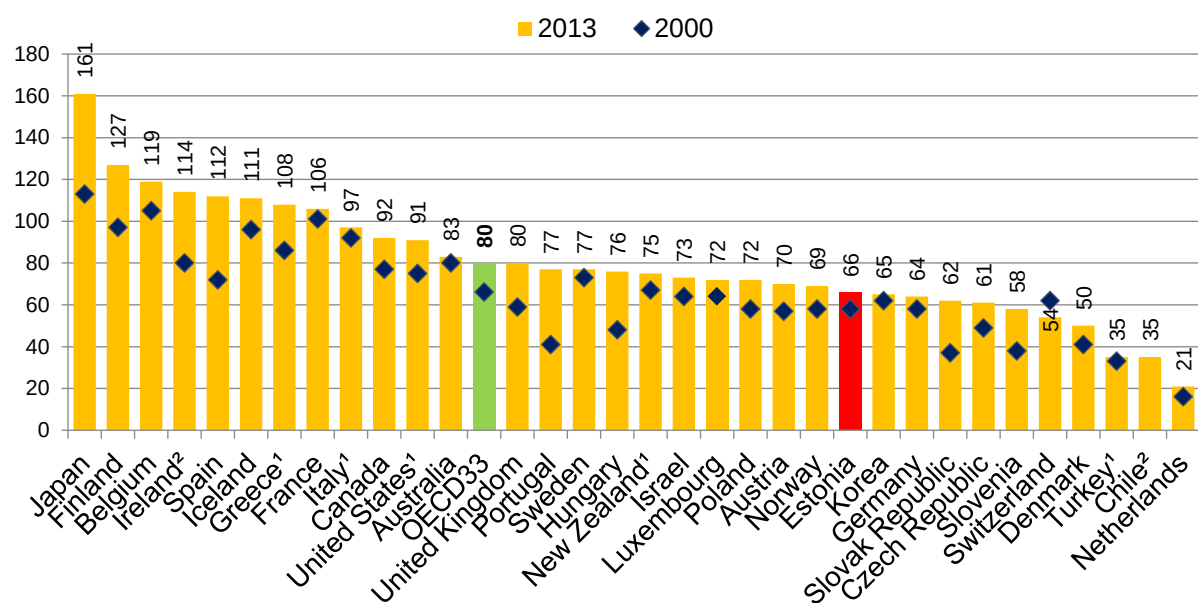
Intervjueeritud tööandjate esindajate hinnangul vastab hambaarstide õpe Euroopa üldisele tasemele – sedagi kinnitab hambaarstide edukas siirdumine Skandinaaviasse jt arenenud riikidesse. Soovitati väljaõppekeskkonna järjepidevat arendamist – tänane õppekeskkond jääb tegelikust tasemest maha. Täiendamist vajavad hambaarstide ettevõtlusoskused.

4.4. Proviisorid

4.4.1. Hetkeolukord ja trendid

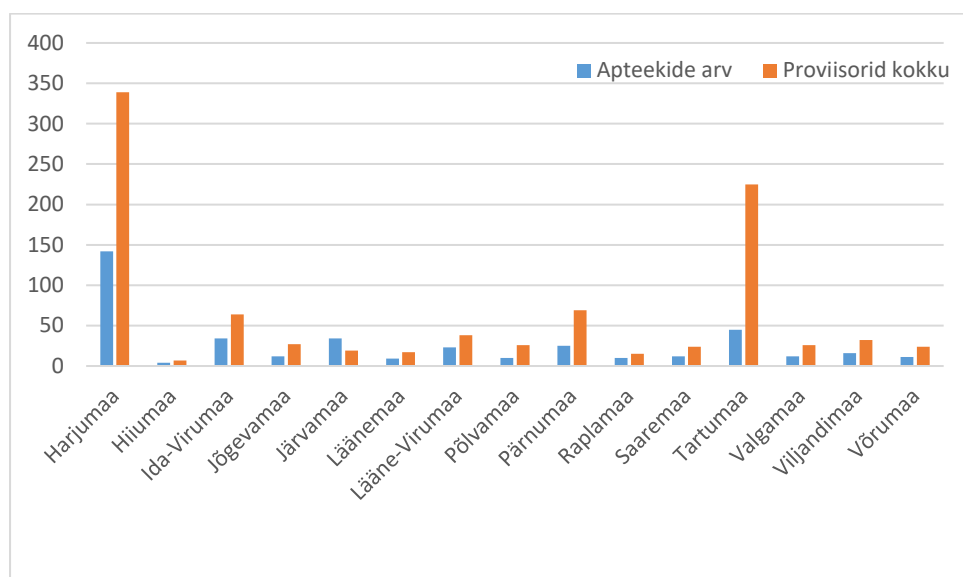
Terviseameti andmetel töötas Eestis 2017. aasta veebruaris 942 proviisorit. Kuigi perioodil 2011–2015 on töötavate proviisorite arv kasvanud 12,9%, on kasv viimastel aastatel peatunud. OECD riikides oli 2013. aastal keskmine proviisorite arv 100 000 elaniku kohta 80, Eestis 66. (vt joonis 20).

Joonis 20. Proviisoreid 100 000 elaniku kohta OECD riikides



Allikas: OECD

Joonis 21. Apteekide arv võrdluses proviisorite arvuga maakondades



Allikas:

2017. aasta alguses on antud suhtarv autorite arvutuste kohaselt 71,5. Toetudes nimetatud suhtarvule ja arvestades apteekide kõrget suhtarvu (vt joonis 21) saab järeldada, et Eestis on võrreldes teiste riikidega enam 1–2 proviisoriga apteek. Teisalt, nagu nähtub tabelist 3, töötab 24% proviisoritest osaajaga. Ligikaudu 29% kõigist üldapteekides töötavatest proviisoritest töötab Tallinna üldapteekides. Seevastu on kõige suurem proviisorite osakaal üldapteekide töötajatest Tartu üldapteekides, moodustades 72%.⁵² 2013. aasta lõpus oli töötavate proviisorite vanuse mediaan 50 aastat. Registriandmete analüüsi kohaselt ei tööta apteegis 1950–60-ndatel sündinud proviisoritest 17% ning 1970–1980-ndatel sündinutest 39%.⁵³ Ekspertide sõnul rakendub neist arvestatav hulk ravimiuuringutega tegelevates firmades, ravimitootjate juures ning erinevates riigiasutustes (nt Raviamet).

2015. aastal oli valdkonda esindavate ekspertide hinnanguil puudu 100–150 farmatseuti ja proviisorit.⁵⁴ Kuna proviisorite absoluutarv on jäänud samaks, kuid üldapteekide arv on kasvanud, on tööjõupuudus pigem suurenenud. Kui töötavate proviisorite arv Eestis oleks samaväärne OECD riikide keskmisega, peaks meil olema 1054 proviisorit ehk 110 proviisorit enam kui täna.

4.4.1. Tööjõu tulevikuvajadus

Proviisorite vajadust aastal 2025 mõjutab kõige enam nn proviisoriapteekide reform. Ravimiseaduses toodust lähtuvalt peab apteegi omanik olema 2020. aasta aprillist proviisor. Täpsemalt peab eraõigusliku juriidilise isiku korral enam kui 50% selle eraõigusliku juriidilise isiku osadest või aktsiatest ja valitsev mõju kuuluma proviisorile. Füüsilisest isikust ettevõtja peab olema proviisor ja töötama

⁵² http://raviamet.ee/sites/default/files/ametijuhendid/ylevaade_apteekide_tegevusest_2015.pdf

⁵³ Apteegitöötajate arvu prognoosimudelid. Tervishoiu kvaliteedisüsteemi arendamine. Vahearuanne 15. detsember 2014. Tartu Ülikool, tervishoiuinstituut.

⁵⁴ <http://www.easp.ee/teated7.php>

vähemalt ühes temale väljastatud tegevusloa alusel tegutsevas üldapteegis juhatajana. Üks proviisor võib olla seotud kuni nelja üldapteegiga 4000 või enama elanikuga asulas.

On väljendatud arvamusi, et kõik tänased töövõtjatest proviisorid, ei pruugi olla huvitatud omaniku rollist ja kaasnevast vastutusest. Eesti apteekide ühenduse andmetel on ligi 60% proviisoritest üle 50-aastased ning paljud neist ei pruugi vahetult pensionile siirdumise eel ettevõtja rolli valida. Takistuseks võib olla ka ebapiisav finantsiline võimekus apteekide (enamusosaluse) väljaostmisel. Uue õigusliku korra jõustumisel võivad probleemina esile kerkida puudulikud juhtimisalased teadmised ja oskused. Kui muud tingimused jäävad samaks, võib uuenev õiguslik keskkond oluliselt vähendada apteekide arvu. Seda eelkõige konkurentsitihedates piirkondades nn ketiapteekide arvelt, kuna proviisorid ei ole valmis omandama potentsiaalselt kahjumlikke apteeke.

Kokkuvõttes suurendab kavandamisel olev proviisoriapteekide reform määramatust tööjõuvajaduse hindamisel. Sellises seisus ei pruugi olla otstarbekaks tõsta tänase olukorraga võrreldes proviisorite sihtarvu – reform võib tänaste tingimuste jätkumisel eeldatava ligi 12%-lise kasvuvajaduse nullida. Tuleviku tööjõuvajaduse täpsemaks hindamiseks peaks olema enam infot tänaste proviisorite meelestatuse kohta muutuda töövõtjast ettevõtjaks. Nii on põhjendatud kaaluda proviisorite tulevikuplaane käsitleva küsitluse läbiviimist⁵⁵, mille raames saab uurida proviisorite valmidust hakata töövõtjast ettevõtjaks ning selgitada vajadust täiendavate meetmete järele, mis motiveeriks enam ettevõtlusriski võtma jne.

Toetudes TÜ analüüsi⁵⁶ vanusjaotuse andmetele, mille kohaselt olid 40% proviisoritest vanusegrupis 55+, ning eeldades, et sama osakaal on omane ka 2017. aastal, ning võttes aluseks 2017. aasta proviisorite arvu 942, ning eeldades, et tööjõust lahkub perioodil 2017–2025 2/3 selle vanusegrupi esindajatest, järeldub, et sel perioodil on pensionile mineku tõttu vaja pakkuda asendust 251-le proviisorile ehk 27,9-le proviisorile aastas. Uuringus eeldatakse, et igal aastal jääb keskmiselt 1 töötaja uue lennu kohta apteegitööst eemale.

Seega vajab tööjõuturg perioodil 2017–2025 kokku 260 lisanduvat proviisorit, s.o 28,9 proviisorit aastas.

4.4.2. Oskuste vajadus

Proviisorite tasemeõpet hinnatakse üldjoontes heaks. On indikeeritud, et õppes võiks enam olla ravimikasutamise analüüsi ning kliinilist õpet, et suurendada patsiendikeskset lähenemist ja optimeerida ravimikasutust. Selle aluseks on laiapõhjalised teadmised haigustest, erinevate organsüsteemide funktsioneerimisest. Sellest lähtuvalt saab proviisor korraldada patsiendile kindlate kaasuvate haiguste korral ravimikasutust õiges annuses ja õiges ravimvormis. Proviisor on muutumas ravimikesksest spetsialistist patsiendikesksemaks ning rõhuasetus õppes peaks olema enam farmakoteraapial, kus keskmes on inimene ja parim võimalik ravimikasutus. Eriala esindajate

⁵⁵ Näiteks viidi mõneti samalaadne küsitlus läbi Euroopa Liiduga liitumise eel arstide hulgas uurides nende motivatsiooni siirduda liitumise järel Eestist ära välisriikidesse. vt https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Tervisevaldkond/thtuuring.pdf

⁵⁶ Apteegitöötajate arvu prognoosimudelid. Tervishoiu kvaliteedisüsteemi arendamine. Vahearuanne 15. detsember 2014. Tartu Ülikool, tervishoiuinstituut.

hinnangul on proviisorid haridusliku ettevalmistuse poolest juba täna alakasutatud – proviisorite väljaõpe lubaks oluliselt enam olla patsientide esmane nõustaja, suunaja aga ka tervisenäitajate määraja. Õpet on viimastel aastatel muudetud enam patsiendikesksemaks.

Ekspertide käsitluses on probleemkohaks ka see, et Eesti haridussüsteem ei suuda pakkuda personali kogu vajalikus ulatuses. Nimelt vajavad haiglaapteegid nn kliinilisi proviisoreid, kelle kliinilised teadmised ja oskused ületavad 5-aastases proviisoriõppes pakutavat. Tänapäeval käivad haigla-proviisorid kliinilise proviisori kvalifikatsiooni omandamas välisriikides, kuid ekspertide sõnul võiks Eestis võimaldada põhiõppe järel kliinilise proviisori spetsialiseerumise õpet, mis sarnaselt arstide residentuuriga võimaldaks pädevust tõsta Eesti õppejõudude juhendamisel haiglakeskkonnas.

4.5. Farmatseudid

4.5.1. Hetkeolukord ja trendid

Terviseameti andmetel töötas 2017. aasta alguses apteegivaldkonnas 777 farmatseuti. TAI andmetel on farmatseutide arvud alates aastast 2011 ühtlaselt (3–4% aastas) kasvanud. Kui 1950–60ndatel sündinutest ei töötanud apteegis 12% farmatseutidest, siis 1970–1980ndatel sündinutest on see arv juba 23%. 2013. a lõpus oli töötavate farmatseutide vanuse mediaan 46 eluaastat. 23% farmatseutidest töötas 2015. aastal osalise koormusega.

Kuna apteegitöös on farmatseutide ja proviisorite tegevuses oluline kattuvus, on raske öelda, kui palju oleks Eestis farmatseute vaja. Intervjuude käigus käidi välja, et mõnedes Euroopa riikides on ühe proviisori kohta 3 assisteerivat töötajat (ingl *pharmacy assistant*) ja Eesti võiks liikuda samas suunas. Samas ei saa välisriikides apteekides töötavat assisteerivat personali käsitleda samaväärsena Eesti farmatseutidega (kes on rakenduskõrgharidusega spetsialist).

4.5.2. Tööjõu tulevikuvajadus

Prognoosides aastaks 2025 farmatseutide tööjõuvajadust, lähtutakse eeldusest, et apteekides töötavate farmatseutide hulk võiks esmalt muutuda samaväärseks proviisorite arvuga, st ühe proviisori kohta võiks apteegis olla vähemalt üks farmatseut. Seega peaks farmatseutide hulk kasvama 2025. aastaks 21% ehk 942-le. Oodatav kasvuvajadus on seega 165 ehk keskmiselt 18,3 farmatseuti aastas. Nagu käsitletud eespool proviisori kutseala all, suurendab kavandamisel olev proviisoriapteekide reform määramatust ning reformi tagajärjel võib apteekide arv oluliselt kahaneda. Seega võib kahaneda ka tööjõuvajadus. Teisalt on farmatseutide näol olemas piisav hulk pädevat assisteerivat personali. See võib pakkuda reformi jõustumise perioodil vajalikeks ümberkorraldusteks piisavalt paindlikkust ning sellest võib sõltuda mitmete apteekide allesjäämine või kadumine.

Toetudes TÜ analüüsi⁵⁷ vanusjaotuse andmetele, mille kohaselt olid 33,9% farmatseutidest vanusegrupis 55+, ning eeldades, et sama osakaal on omane ka 2017. aastal, ning võttes aluseks 2017. aasta farmatseutide koguarvu 777, ning eeldades, et tööjõust lahkub perioodil 2017–2025 2/3 selle vanusegrupi esindajatest, järeldub, et sel perioodil on pensionile mineku tõttu vaja asendust pakkuda 156-le farmatseudile ehk 17,3-le farmatseudile aastas.

⁵⁷ Apteegitöötajate arvu prognoosimudelid. Tervishoiu kvaliteedisüsteemi arendamine. Vahearuanne 15. detsember 2014. Tartu Ülikool, tervishoiuinstituut.

Viidatud analüüsi kohaselt ei töötanud 1970–1980ndatel sündinud farmatseutidest apteekides 23%. Samas näitas andmete analüüs, et analüüsiperioodil oli naasmine mujalt apteeki ja vastupidine liikumine ligilähedaselt võrdne. Uuringus lähtutakse eeldusest, et igal aastal jääb keskmiselt üks farmatseut iga uue lennu kohta apteegitööst eemale.

Seega vajab töøjõuturg perioodil 2017–2025 kokku 330 lisanduvat farmatseuti, s.o 36,7 farmatseuti aastas.

4.5.3. Oskuste vajadus

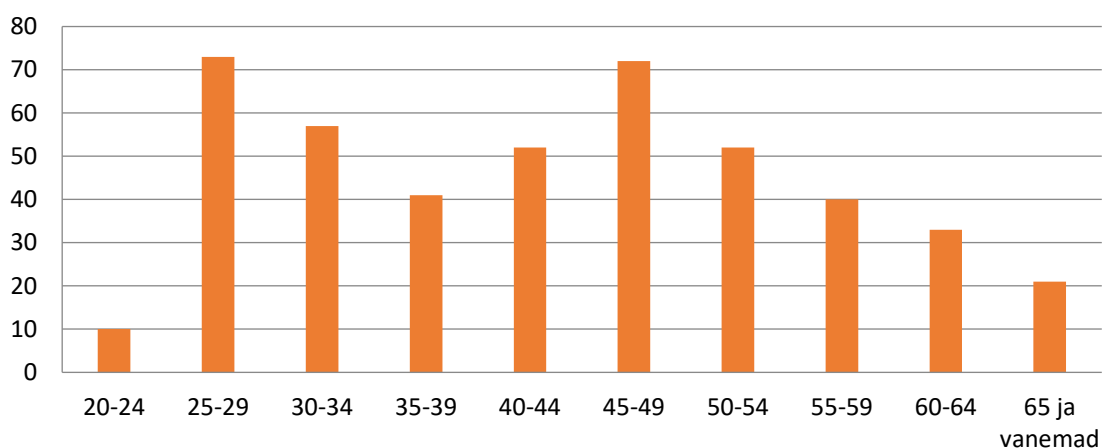
Tööandjad on pakutava tööjõu oskustega rahul, intervjuudes ei toodud välja ühtegi kitsaskohta seoses farmatseutide oskustega.

4.6. Ämmaemandad

4.6.1. Hetkeolukord ja trendid

TAI andmetel töötas 2015. aastal tervishoius 451 ämmaemandat. Kuigi Terviseameti andmetel töötas 2017. aasta alguses tervishoiuasutustes 559 ämmaemandat, ei tööta nad kõik ämmaemanda kutset eeldatavatel ametikohtadel. Paljud ämmaemandad leiavad rakendust ka nt üld- või pereõdedena. Ühelt poolt saab selle põhjal järeldada, et kõikidele haridussüsteemist tulevatele ämmaemandatele ei ole võimalik pakkuda erialast tööd. Teisalt saab aga hoopiski väita, et riiklik tervishoiusüsteem ei ole suutnud sammu käia Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel välja töötatud kavadega (vt Õendusala erialade arengukavad)⁵⁸ ning ämmaemandate tegelik potentsiaal jääb rakendamata hoopiski sel põhjusel. Oluline on ka arvestada, et hulk ämmaemanda kutsega inimestest töötab pereõnena ning seega on neil head võimalused rakendada igapäevatoos oma kutsealaseid oskuseid.

Joonis 22. Ämmaemandate vanusjaotus, 2015



Allikas TAI

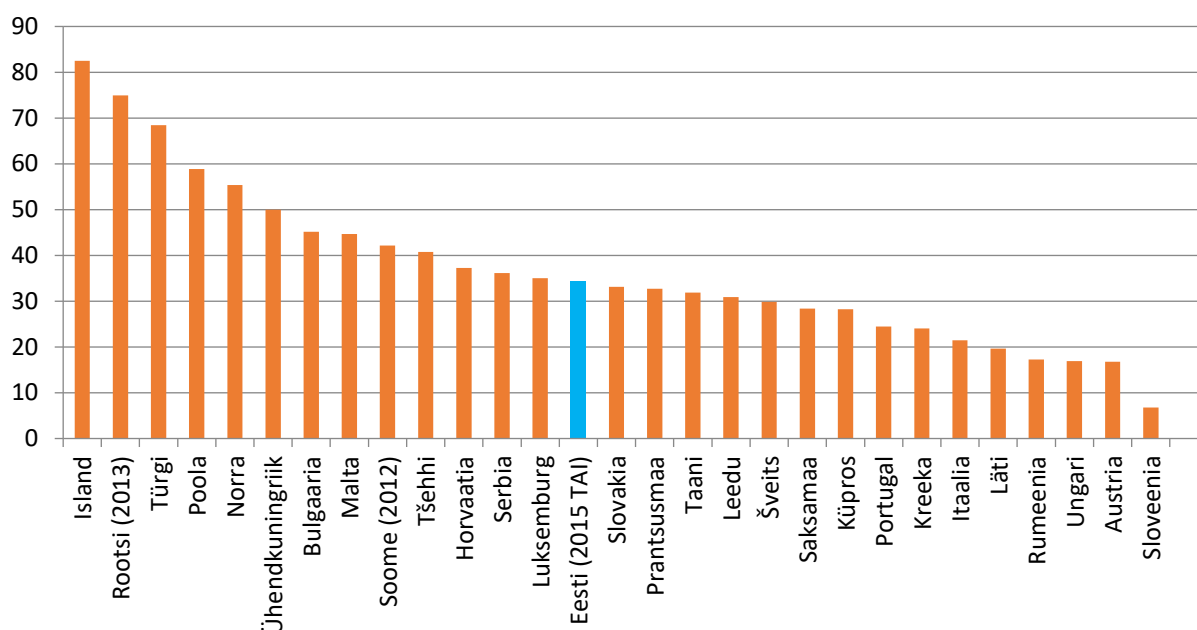
Võrreldes töötavate ämmaemandate suhtarve teiste Euroopa riikidega, ilmneb, et Eesti on keskmiste seas (vt joonis 23), jäädes maha enamikust põhjamaadest, kelle ennetus- ja edenduspraktikat soovitakse järgida. Võrreldes 10–15 aasta taguse ajaga on ämmaemandate rollis toimunud muutus

⁵⁸ <https://www.riigiteataja.ee/akt/614434>

suurema iseseisvuse ja vastutuse poole, jõuliselt on suurenenud ämmaemandate iseseisvad statsionaarsed ja ambulatoorsed vastuvõtud. TAI 2015. aasta andmetel olid kõik ämmaemandad Eestis naised, ämmaemandate keskmine vanus oli 43,5 aastat.

Ämmaemandate väljaränne on Terviseameti väljastatud kutsekvalifikatsiooni tõendite arvule toetudes viimasel viiel aastal püsinud ühtlaselt samal tasemel, keskmiselt võtab igal aastal kutsekvalifikatsiooni tõendi välja 9 ämmaemandat. Samas ei pruugi see statistika kajastada tegelikkust, kuna EL kontekstis piisab värsketel lõpetanutel kvalifikatsiooni tõendamiseks ingliskeelsest lõputunnistusest ja seega vajadus Terviseameti tõendi järele puudub.

Joonis 23. Ämmaemandaid 100 000 elaniku kohta Euroopa riikides, 2014 (või viidatud aasta)



Allikas: Eurostat, 2016

4.6.2. Tööjõu tulevikuvajadus

Tavakäsitluses võib tunduda loomulik seostada ämmaemandaid eelkõige raseduse jälgimise ja sünnitusabi pakkumisega. Seega võib arvata, et sünnituseas naiste arvu kahanemisega kahaneb vajadus ka ämmaemandate järele. Ometi on see ekspertide sõnutsi väärkäsitlus. Ämmaemandusabi tuleks vaadata oluliselt laiemalt kui üksnes või eelkõige tegevusi, mis on seotud raseduse jälgimise ja sünnitusabi osutamisega. Ämmaemandate tööjõuvajadust tuleks käsitleda inimese reproduktiivtervise kontekstis, tagades abi ja nõustamise kogu inimese elukaare vältel, piiritlemata sealjuures abistatavaid vaid naistega. Seega ei ole korrektne siduda ämmaemandate vajadust sünnituseas naiste arvuga. Viimastest on mõjutatud küll haiglate sünnitusosakondade optimaalne arv, kuid mitte niivõrd ämmaemandate arv.

On alust eeldada, et trend ämmaemandate suurema iseseisvuse ja vastutuse poole on jätkumas ka lähitulevikus. Juurutamisel olev uus esmatasandi kontseptisoon näeb ette, et oluline osa ämmaemandaist liigub eriarstiasendist esmatasandile. Eeldades, et esmatasandil tegutsedes on ämmaemanda funktsioon mõneti laiem, kui eriarstiasendis tegutsedes, võib järeldada tööjõuvajaduse kasvamist.

Sidusgruppide hinnangute toel eeldatakse, et ämmaemanda tööd tegevate inimeste arv peaks aastaks 2025 kasvama samaväärseks täna tervishoiusüsteemis tegutsevate ämmaemanda kvalifikatsiooniga inimeste arvuga ehk ämmaemanda tööd tegevate inimeste arv peaks suurenema 451-lt 559-ni. Nagu öeldud, on ämmaemandaks õppinute arvu poolest vajalik ressurss süsteemis teoreetiliselt küll olemas. Hetkel töötab tervishoiuasutustes 559 ämmaemanda haridusega töötajat. Samas on äärmiselt tähtis arvestada, et oluline osa neist ei ole täitnud aastaid ämmaemanda rolli, mistõttu ei saa neid käsitleda ämmaemanda tööks pädevana. Eesti Ämmaemandate Ühing on seoses ämmaemandate toomisega esmasasandile pöördunud Terviseameti poole, et algatada arutelu ämmaemandate kutsepädevuse hindamise vajaduse üle.⁵⁹

Analüüsides ämmaemandana töötavate inimeste vanuselist jaotust ilmneb, et pensionile minekust tulenev asendusvajadus jääb lähitulevikus võrdlemisi tagasihoidlikuks. Toetudes TAI esitatavale ämmaemandate vanusjaotuse andmetele 2015. aasta kohta, eeldatakse uuringus, et aastaks 2025 tuleb pensionile mineku tõttu asendust pakkuda 2/3-le ämmaemandatele, kes on vähemalt 55-aastased. Seega väljub tööjõust väljub 10 aasta vältel pensionile mineku tõttu arvestuslikult 83 ämmaemandat. Perioodil 2025–2030 lisandub neile veel 64 ämmaemandat. Seega vajame perioodil 2016–2025 vanuse tõttu tööelust lahkuvate ämmaemandate asendamiseks keskmiselt 8,3 ämmaemandat aastas ning sealt edasi 2030. aastani 12,9 ämmaemandat aastas.

Kui ämmaemandad jätkavad Eestist lahkumist ning püsib viimase kolme aasta keskmine lahkumismäär (s.o aastas lahkub 6,7 ämmaemandat) ja neile lisandub 5% lõpetanutest vahetult pärast põhiõppe lõpetamist (2,1 ämmaemandat), ent teisalt naaseb iga nelja lahkuja kohta aastas Eesti tervishoiusektorisse tagasi üks ämmaemand, tuleb perioodil 2017-2025 pakkuda asendust 8,7 ämmaemandale aastas. Lisaks arvestatakse uuringus, et teistesse sektoritesse liigub samuti varem või hiljem 2 ämmaemandat lennu kohta (keskmiselt 5% igast lennust).

Seega on aastaks 2025 vaja pakkuda asendust kokku 157 ämmaemandale ehk 17,4 ämmaemandale aastas.

4.6.3. Oskuste vajadus

Intervjueeritud tööandjate esindajate sõnul ollakse **ämmaemandate väljaõppega rahul**. Ootused üldoskuste osas ei erine ootustest õdedele.

4.7. Hooldustöötajad

4.7.1. Hetkeolukord ja trendid

Hooldustöötajate arv on viimasel kümnel aastal pidevalt kasvanud, 2015. aastal oli neid 3668. TAI andmetel on 94% hooldustöötajatest naised, nende vanuse mediaan on 50 aastat. 30% hooldustöötajatest on vanemad kui 60 aastat.

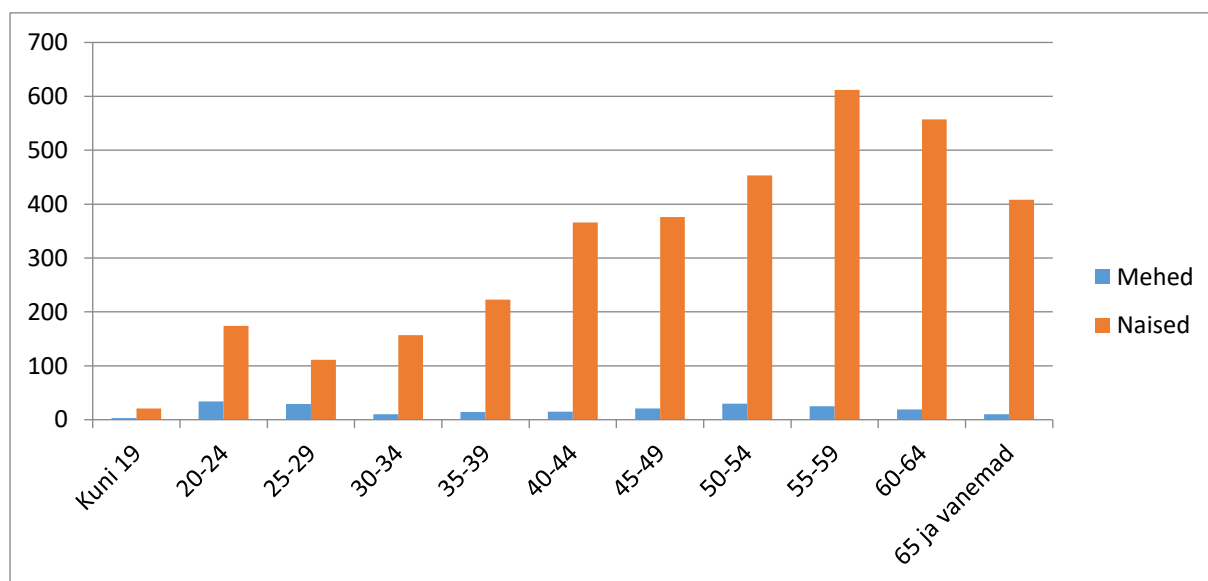
Intervjueeritud valdkonnaekspertide sõnul on hooldustöötajatest puudus pea kõikides piirkondades, puudust põhjustab suuresti nende pidev voolavus. Viimane on otseselt seotud hooldustöötajate tasustamisega. Kui näiteks õed liiguvad enamasti sektori sees (sh välisriiki tervishoiusektorisse), konkureerivad hooldustööd tegevate inimeste pärast ka teised sektorid (teenused, kaubandus jne).

⁵⁹ <http://www.mu.ee/uudised/2017/02/20/tervisekeskuste-loomine-toob-lauale-spetsialistide-padevuse>

Kvalifitseeritud hooldustöötajate töötasu ei ole vastavuses ettevalmistuse taseme ja kestuse ning oodatava rolli ja vastutusega.

Peamine sisenemistee hooldustöötaja kutsealale on asumine hooldaja ametikohale varasema erialase ettevalmistusega – suur osa haiglatest pakub erialase ettevalmistusega inimestele ise hooldustöötaja lühikoolitusi. Tasemehariduses osalevad enamasti inimesed, kes juba töötavad tervishoiusüsteemis ja soovivad oma kvalifikatsiooni tõsta – vaid kuni 1/3 tuleb õppima üldhariduse omandamise järel. Kuigi on juba üksikuid väikehaiglaid ja kliinikuid, kus enamik hooldustöötajaid on erialase väljaõppega, omab tervishoius töötavatest hooldustöötajatest kvalifikatsiooni hinnanguliselt vaid viiendik tööjõust.

Joonis 24. Hooldustöötajad soo ja vanuse järgi, 2015



Allikas: TAI

4.7.2. Tööjõu tulevikuvajadus

Hooldajate ootuspärase arvu määratlemine on keeruline. Nagu ülal öeldud, põhjustab hooldajate puudust eelkõige voolavus, mistõttu võib puudus tunduda tegelikust teravam. Toetudes TAI statistikale oli 3668 hooldaja täidetavate töökohtade hulk täistööajale taandatuna 3417, ületunde tehti 136 ametikoha ulatuses. Olukorras, kus haiglad aktsepteerivad hooldustöötajatena kvalifitseerimata tööjõudu, ei ole ülaltoodud puudus tingitud haridussüsteemi suutmatusest pakkuda tööjõudu. Asi on pigem selles, et napib sobivate isikuomadustega tööjõudu, kes oleks valmis pakutavate töötingimustega pikaajaliselt tervishoiusüsteemis hooldustöötajana töötama.

Teine küsimusekoht on seotud sellega, milline peaks olema kvalifitseeritud tervishoiutöötajate proportsioon tervishoius. Ekspertide hinnangud läksid selles küsimuses lahku – oli neid, kes leidsid, et tervishoiuteenuste kvaliteedi tõstmiseks peaksid kõik tervishoius osalevad töötajad olema tasemehariduses väljaõppe saanud. Tasemeõppe läbimine võimaldab hooldustöötajal õelt osa kohustusi üle võtta ning paljudes haiglates ja kliinikutes see nii ka juba toimib. Kvalifitseerimata hooldustöötajate roll on tagasihoidlikum, mis tähendab, et teistel tervishoiuspetsialistidel on vaja neid rohkem juhendada. Teisalt leidis ka arvamusi, mille kohaselt peaks kahaneva tööjõu tingimustes olema aktsepteeritav, et oluline osa hooldustöötajast on läbinud vaid tööandja pakutava koolituse –

kvalifitseeritud hooldustöötajate väga laialdane rakendamine võib tõsta tervishoiuteenuste hinda määral, mis hakkab mõjutama teenuste kättesaadavust.

Seega on kvalifitseeritud hooldustöötajate kasutamine tervishoius osalt poliitiline otsustuskoht. Aktsepteerides tervishoiuteenuste pakkumisel kvalifitseerimata tööjõu kasutamist, ei saagi eeldada, et kvalifitseerimata tööjõud asendub kvalifitseerituga, kuna pingelistes eelarvetingimustes võib kvalifitseerimata tööjõu rakendamine osutuda haiglatele odavamaks. Kui aga langetatakse otsus, et teatud tähtjaks peavad kõik tervishoiuteenuste osutamisel osalevad hooldajad olema kvalifitseeritud, on vältimatult vajalik pakkuda kvalifitseeritud hooldustöötajatele ka senisest kõrgemat töötasu. See küsimus on aga otseselt seotud tervishoiuteenuste jätkusuutlikkuse aspektiga.

Arvestades hooldustöötajate vanuselist jaotust 2015. aastal ja eeldades, et perioodil 2016–2025 väljub tööjõuturult 2/3 vähemalt 55-aastastest, järeldub, et sel perioodil vajab pensionile mineku tõttu asendamist 30% hooldustöötajatest (keskmiselt 187 hooldustöötajat aastas). Toetudes ekspertide hinnanguile tööealiste inimeste volavusest, vajab üldnimetatud perioodil asendamist ilmselt vähemalt pool hooldustöötajatest. Kuna puudub igasugune usaldusväärne indikatsioon, kui palju tänasest tööjõust on kvalifitseeritud, milline on mujale siirduvate inimeste kvalifikatsioon, milline on kvalifitseeritud töötajate osakaal erinevates vanuserühmades, ning milline on seeläbi vajadus asendada kvalifitseeritud tööjõudu, pole võimalik anda usaldusväärseid pidepunkte koolitusvajaduse planeerimiseks.

4.7.3. Oskusete vajadus

Tervishoiuasutuste esindajad väljendasid **rahulolu nii tervishoiukõrgkoolide kui ka kutsekoolide pakutava kutseõppe tasemega**. Kui varasematel aastatel oli kvaliteet ebaühtlasem, on viimase viie aasta jooksul toimunud kvaliteedi ühtlustumine. Hooldustöötajate ja kõrgkoolide esindajad leidsid, et hooldustöötajate kvalifikatsioon on kõrgem, kui eeldab nende igapäevatöö. Leiti, et tasemeõppe läbinud hooldustöötajate oskuseid tuleks tervishoius ulatuslikumalt rakendada, samuti tuleks palgakkulepetes eristada hooldustöötajaid lähtuvalt nende kvalifikatsioonist – eelduslikult aitaks see kaasa enamate hooldustöötajate kvalifikatsiooni tõstmisele. Väljendati soovi arenguvõimalusena töötada välja kutsestandard hooldustöötaja, tase 5.

4.8. Bioanalüütikud

4.8.1. Hetkeolukord ja trendid

Bioanalüütikute arvestuslik koguarv oli 2015. aastal 658. Toetudes TAI tervishoiutöötajate ametikohtade andmetele, on bioanalüütikute hulk perioodil 2006–2015 kasvanud 8%. Ekspertide hinnangutele tuginedes on nõudlus erialase kõrgharidusega bioanalüütikute järele haiglates jätkuvalt suur. Kvalifitseeritud tööjõu nappus on tinginud olukorra, kus enam kui pooltel laborantidel puudub erialane ettevalmistus.⁶⁰ Ametlike ületundide kohaselt oli valdkonnas puudu 17 bioanalüütikut.

Toetudes ekspertide hinnangutele ja haiglate tööjõuotsingu taustainfole, saab järeldada, et kutseala ametikohtade kasvuvajadus on iseenesest tagasihoidlik, piirdudes kuni kümnendikuga tänasest tööjõust. Peamiseks ootuseks haridussüsteemile on saada piisavalt tööjõudu, et täita kõikjal Eestis

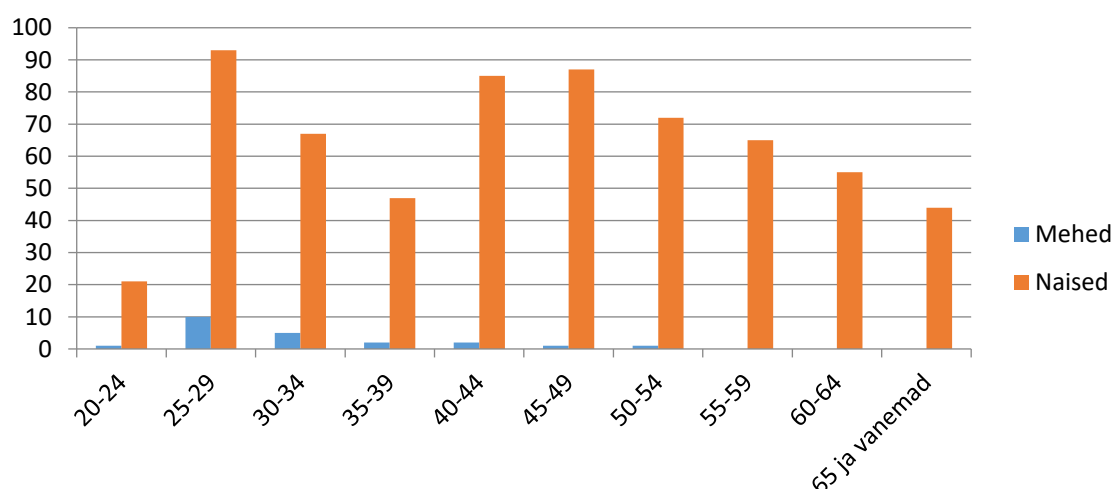
⁶⁰ <http://opleht.ee/2016/10/bioanalutikute-ope-kolib-vieks-aastaks-tallinnasse/>

bioanalüütiku haridust eeldavad laborandikohad kvalifitseeritud tööjõuga. Sellest vajadusest lähtuvalt avab Tartu Tervishoiu Kõrgkool 2017. aasta sügisest koostöös Tallinna keskhaiglate ja regionaalhaiglaga bioanalüütiku õppe Tallinnas.⁶¹ Eelduslikult leevendab see samm bioanalüütikute nappust pealinnas.

4.8.1. Tööjõu tulevikuvajadus

Kui välja arvata ligi 10%-se tööjõupuuduse leevendamise vajadus, ei ole täiendavat kasvuvajadust lähitulevikus ette näha. Kuigi ühelt poolt on laienenud bioanalüütikute roll ja kasvanud analüüside maht, toimub järjepidevalt lihtsamate analüüside automatiseerimine, mis tööjõuvajadust teisalt vähendavad.

Joonis 25. Bioanalüütikud soo ja vanusegrupi järgi, 2015



Allikas: TAI 2015

Arvestades bioanalüütikute vanusjaotust 2015. aastal – veerand bioanalüütikutest on vähemalt 55-aastased – ja eeldades, et perioodil 2016–2025 väljub vanuse tõttu tööjõuturult 2/3 vähemalt 55-aastastest bioanalüütikutest, järeldub, et sel perioodil vajab pensionile minekust tulenevalt kalendriaastas asendamist keskmiselt 10,9 töötajat. Tööelust väljumise kohta puuduvad usaldusväärsed arvanded, uuringus kasutatud eeldusena jääb erialasest tööst tervishoiu valdkonnas kõrvale 1 bioanalüütiku haridusega inimene iga lennu kohta.

4.8.2. Oskuste vajadus

Tööandjad on bioanalüütikute tasemeõppega igati rahul, õppekava täiendamiseks ettepanekuid ei tehtud. Arvestama peab, et tehnoloogia pidev areng eeldab bioanalüütiku baasoskuste omandamise järel pidevalt uute erialateadmiste ja oskuste omandamist.

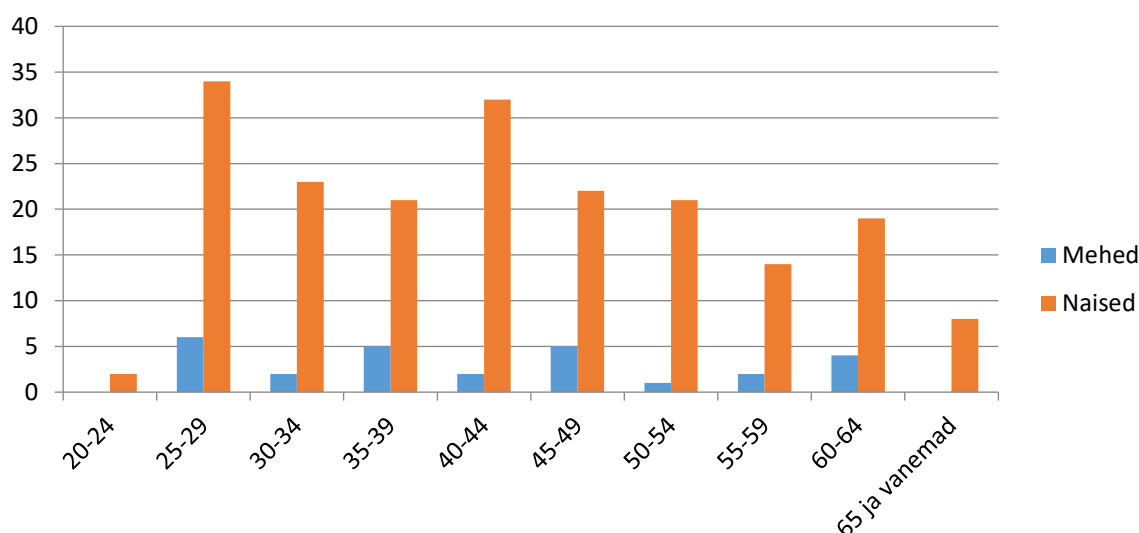
⁶¹ <https://www.nooruse.ee/est/sisseastumine/oppekavad/rakenduskorgharidus/bioanalutik/>

4.9. Psühholoogid ja psühhoterapeudid

4.9.1. Hetkeolukord ja trendid

Tervishoiu valdkonnas töötavate psühholoogide arvestuslik koguarv on 550, neist 153-le on antud kliinilise psühholoogi kutse ning ca 220 inimest töötab koolipsühholoogidena. Usaldusväärne statistika on olemas üksnes tervishoiuasutustes töötavate psühholoogide (kokku 223) kohta, nende hulgas on nii kliinilised psühholoogid, aga ka need, kel vastav kutse puudub. Nagu paljude teistegi kutsealade puhul, domineerivad sellelgi kutsealal naised (87,9%). Samas on enam kui 2/3 tervishoiuasutustes töötavatest psühholoogidest nooremad kui 50 aastat. Tervishoiuasutustes töötavate kliiniliste psühholoogide hulk on perioodil 2013–2015 kasvanud 16,5% (115-lt 131-le). Teisalt on kõikide kliinilise psühholoogi kutsetunnistust omavate psühholoogide hulk perioodil 2011–2017 kahekordistunud.

Joonis 26. Tervishoiuasutustes töötavad psühholoogid soo ja vanuse järgi



Allikas: TAI, THT002

Märkus: hõlmatud on järgmised grupid: kliiniline psühholoog, psühhoterapeut (kliinilise psühholoogi haridust eeldav), muud psühholoogid

Psühholoogide ja psühhoterapeutide tööjõu piisavuse hindamine on komplitseeritud. Ühelt poolt on psühhiaatrilist abi pakkuvate tervishoiuasutuste ja ka taastusraviasutuste esindajad leidnud, et tervishoiusüsteemis peaks kliinilisi psühholooge, sh eriti psühhoterapeute olema rohkem. Teisalt oli TAI statistika kohaselt tervishoiuasutuste kliiniliste psühholoogide nn ametlike ületundide arv vaid 0,4. Sellest võib järeldada, et kuigi tervishoiuasutuste ootuseks on, et kliinilisi psühholooge oleks neis asutustes enam, ei ole probleem mitte niivõrd tööjõu puudumises kuivõrd psühhiaatrilise ravi rahastamise piiratud mahtudes.

Koolipsühholoogidega seonduv problemaatika on mõneti teine. Kuigi õigusaktid kohustavad kohalikke omavalitsusi tagama koolipsühholoogi teenuste kättesaadavuse omavalitsuse üldhariduskoolides, ei ole see praktikas alati nii. Regulatsioonide kohaselt peaks iga 600 õpilase kohta olema üks koolipsühholoogi ametikoht, arvestuslikult peaks Eestis töötama seega 240 koolipsühholoogi,

eksperthinnangute kohaselt on see number praktikas aga vähemalt kümnendiku võrra väiksem, s.o kuni 220.

Peamise koolipsühholoogidega seotud probleemkohana on nimetatud, et töö vastutuse määr ja omavalitsuse pakutav töötasu ei ole sageli proportsioonis, mis põhjustab tööjõu voolavust. Tööjõupuudus võimaldab koolipsühholoogina tööle asuda ka neil, kel puudub selleks vajalik kvalifikatsioon. Valdaval enamikul koolipsühholoogina töötavatest inimestest ei ole koolipsühholoogi kutset. Selline kontekst ei soosi õpilastele pidevat nõustamisteenuse pakkumist ega süsteemset edendus- ja ennetustööd, teenuse ebaühtlase kvaliteedi kõrval on oht töötajate läbipõlemiseks. Eeldades õpilaste arvu kasvu aastaks 2025, peab koolipsühholoogide arv kasvama 260-ni. Seegi tähendab, et vajaduse teenindamiseks tuleb kordades suurendada koolipsühholoogi kvalifikatsioonini jõudvate inimeste arvu.

Nagu kirjeldatud peatükis 1.2.4, liigituvad valdkonda ka teised psühholoogia-alase ettevalmistusega inimesed, kes pakuvad inimestele nõustamist või psühhoterapeutilisi sekkumisi, olemata seejuures kliinilised psühholoogid või koolipsühholoogid. Siia kuuluvad pereterapeudid, kriisinõustajad, ohvriabi nõustajad, erinevate koolkondade psühhoterapeudid jt. Kuna psühholoogilise abi osutamine ei ole õiguslikult reguleeritud, võib kutseala nimetuse kasutajate hariduslik ettevalmistus varieeruda. Kuigi Eestis on aastate vältel proovitud välja töötada psühhoterapeudi kutsestandardit, ei ole see hoolimata korduvatest katsetest õnnestunud. Senise, konservatiivsena käsitletava lähenemise kohaselt peaks psühhoterapeudi kutse omandamine olema võimalik alles arstiks või kliiniliseks psühholoogiks saamise järel. Kutsestandardi viimase kavandi kohaselt peaks aga lisaks psühholoogidele olema võimalik psühhoterapeudi kutset omandada ka teiste valdkondade magistrikraadi omanikel – sotsiaaltöötajatel, hingehoidjatel, õdedel jt. Seega on diskussiooni objektiks, kas psühhoteraapia on üksnes tõenduspõhine ravimeetod ning peab jääma kliinilise maailma ja ravisüsteemi keskseks või on seda võimalik käsitleda laiemalt eesmärgipärase ja süstemaatilise tegutsemisviisina, mille eesmärk on leevendada või kõrvaldada väljakujunenud psühholoogilisi sümptomeid, muuta häirunud käitumis- ja mõtteviise, edendada patsiendi küpsust, arengut, vaimset tervist ja heaolu ning leevendada emotsionaalset ja psühholoogilist distressi.⁶² Konservatiivse käsitluse järgi saab psühhoterapeudiks nimetada sadakonda inimest, laiema käsitluse järgi on psühhoterapeute koos kliinilise maailma esindajatega kokku kuni 300.

Nii abivajajate kui ka abi osutajaid palkavate asutuste vaatevinklist on pädevuspiiride sätestamine äärmiselt vajalik, et pakkuda nimetatud osapooltele heuristikut otsustamiseks inimese kvalifikatsiooni üle. Piiride sätestamine eeldab osapooltelt ilmselt valmidust kompromissideks. Kui kutsestandard saab liialt nõudlik, pääseb selleni üksnes piiratud hulk inimesi. Nii jäävad kõrvale ka need, kellel on potentsiaal osutada oma pädevuspiirides kvaliteetset abi, kuid kes kõrge lävendi tõttu ei suuda miinimumnõudeid täita. Kui standardi nõuete lävend saab liialt madal, võib teenuste kvaliteet oluliselt varieeruda, madala kvaliteediga abi pakkumine võib kahjustada kutsealade esindajate mainet ning pädevuspiiride sätestamine kaotab oma ootuspärase tähenduse. 2017. aasta alguses on sidusgrupid alustanud taas diskussioone psühhoterapeudi kutse väljatöötamiseks ja kinnitamiseks.

Seni kuni sidusgrupid ei ole psühhoterapeudi, psühholoogilise nõustaja jt psühholoogilise abi osutajate pädevuspiire kokku leppinud, on nende hetkearvu piiritlemine ja tulevikuvajaduse

⁶² vt nt <http://xn--psuhhoteraapia-xob.ee/tere-tulemast/psuhhoteraapiast/>

määratlemine äärmiselt spekulatiivne. Sellest tulenevalt hinnatakse käesolevas **rakendusuurings** üksnes kliiniliste psühholoogide ja koolipsühholoogide tööjõuvajadust.

4.9.2. Tööjõu tulevikuvajadus

Kliiniliste psühholoogide arv peaks ekspertide hinnangul tulevikus kindlasti kasvama. On alust arvata, et perearsti suunamisel toimuvate kliiniliste psühholoogide vastuvõttude laialdasel rakendumisel võib oodata ebapiisava tööjõu tingimustes teravat konkurentsi psühhiaatriaiglate, taastusravikeskuste ja kliiniliste psühholoogide erapraksiste vahel. Kirjeldatud riski maandamiseks tuleks lähitulevikus soodustada seda, et psühholoogia eriala magistriastmel omandanud jõuaksid psühhoterapeudi eripädevusega kliinilise psühholoogi kutseni.

Tartu Ülikooli psühholoogia instituudi vahendatud hinnangu kohaselt vastaks tööturuvajadustele iga kahe aasta järel 12–16 kliinilise psühholoogi lisandumine.⁶³ Arvestades pensionile minekust tulenevat arvestuslikku asendusvajadust (1,9 aastas) ja eeldamata kutse omandanute lahkumist välisriikidesse, võimaldaks see arv suurendada kliinilise psühholoogi kutsega inimeste arvu 2025. aastaks 200-le. Nimetatud sihttaseme käsitletakse selleski töös kliiniliste psühholoogide ootuspärase arvuna. Koolipsühholoogide ootuspärane arv aastal 2025 on üldhariduskoolide õpilaste prognoositavast arvust tulenevalt 260.

Praxise värske rahvastikutervise arengukava vahehindamise tervishoiu tööjõu valdkonna raportis sedastatakse⁶⁴, et tervishoiusüsteem ei tohiks seada teenuste ostmisel tingimuseks sellise kvalifikatsiooni olemasolu, milleks ettevalmistust riik kogu ulatuses ei võimalda. Seetõttu on põhjendatud kliiniliste psühholoogide väljaõppega seotud kitsaskoha kõrvaldamine või teenuseostu reeglite leevendamine. Olukorras, kus viimane võib kaas tuua teenuse kvaliteedi languse, on ootuspärane neist esimese rakendamine.

4.9.3. Oskuste vajadus

Kliiniliste psühholoogide ja koolipsühholoogide oskuste osas ettepanekuid ei tehtud. See tähendab, et juhendatud praktika toel kutseni jõudnud psühholoogid vastavad alati seatud miinimumnõuetele.

4.10. Füsioterapeudid

4.10.1. Hetkeolukord ja trendid

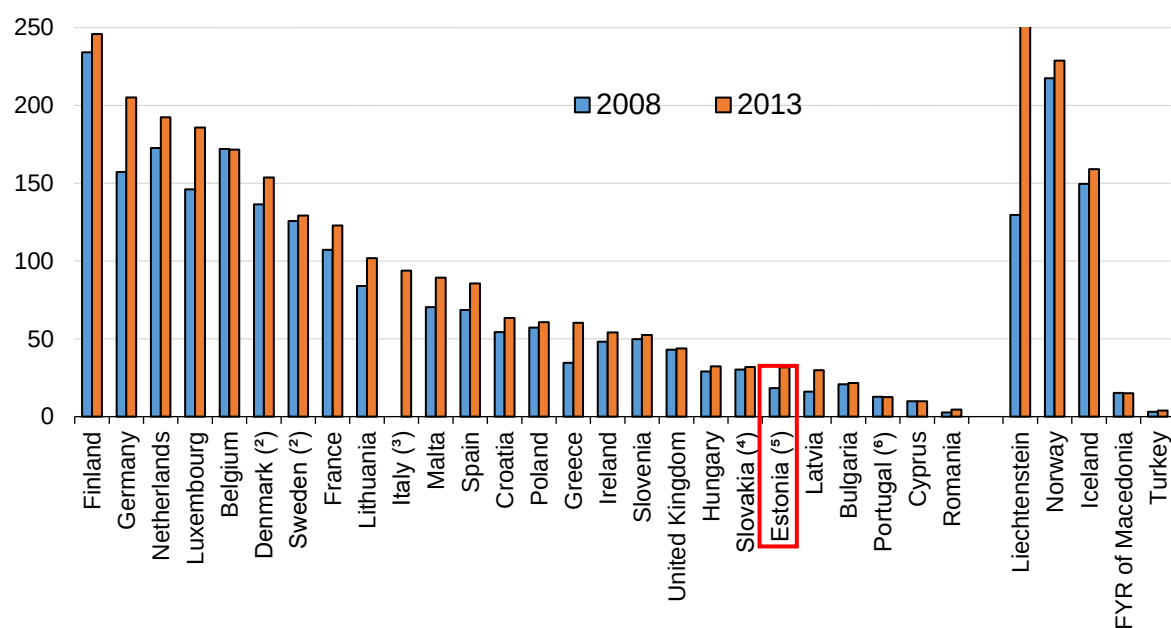
Viimastel aastatel on füsioterapeutide arv jõudsalt kasvanud ja erialast tööd tegevate füsioterapeutide arv ulatub arvestuslikult 560-ni. Lisaks tervishoiuasutustele teeb arvestatav hulk füsioterapeute erialast tööd ka spordiklubides ja spaades. Tervishoiuasutustes töötavatest füsioterapeutidest on 85% nooremad kui 45 aastat, 89,3% füsioterapeutidest on naised. Kuigi tervishoiuasutustes töötavate füsioterapeutide arv 100 000 elaniku kohta on Eestis alates aastast 2008 (18/100 000) viie aastaga pea kahekordistunud (32/100 000), jääb see teiste Euroopa riikidele oluliselt alla (vt joonis 27).

⁶³ [http://dokumendihaldus.sm.ee/Letters/2015/Kliiniliste_psuhholoogide_kutseaasta_kiri_\(Tu\).bdoc](http://dokumendihaldus.sm.ee/Letters/2015/Kliiniliste_psuhholoogide_kutseaasta_kiri_(Tu).bdoc)

⁶⁴ Veldre, V. (2017) Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine. Tervishoiu tööjõu valdkonna aruanne. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

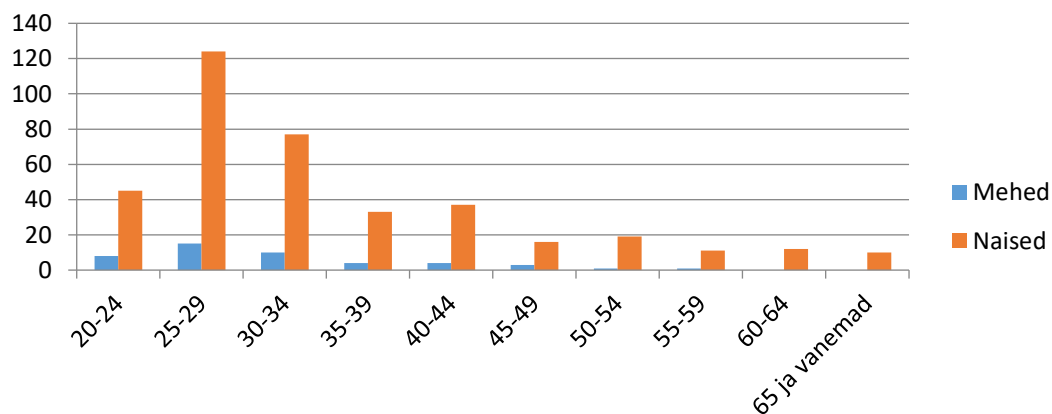
Ekspertide sõnul on eriala noorte hulgas populaarne ja haridussüsteem valmistab füsioterapeute ette arvuliselt piisavalt, võimaldades kutseala esindajate arvu järjepidevalt kasvatada (vt tabel 6). Samas on probleemkohaks see, et paljud lõpetanuist ei jõua taastusraviasutustesse tööle. Samuti jätkab vaid osa väljaspool tervishoiusektorit tegutsejaid põhitööna füsioterapeudi tööd, esile on toodud näiteks töötamist massööridena spaades või treeneritena spordiklubides, kus töötingimused on soodsamad, kuid kutsealaste teadmiste rakendamine piiratud ja juhuslik. Füsioterapeutide nappus taastusravi valdkonnas on intervjuueeritute sõnul seotud taastusravi teenuste alarahastamisega, seda nii mahtude kui ka teenuste hinnastamise mõistes. Hinnanguliselt on küll kasvanud patsientide 100%-se omaosalusega konsultatsioonid ja sekkumised füsioterapeutide juures. Tõenäoliselt täidavad kliendi initsiatiivil ja finantseerimisel toimunud konsultatsioonid ja sekkumised eelkõige tervisedenduslikku rolli ning süsteemse ravi alla liigituvad tegevused on harvad.

Joonis 27. Füsioterapeute 100 000 elaniku kohta Euroopa riikides 2008 ja 2013



Allikas: Eurostat 2016

Joonis 28. Füsioterapeudid soo ja vanuse järgi



Allikas: TAI, THT002

Tabel 5. Füsioterapeutide õpe õppeaastatel 2013/14 kuni 2016/17.

Õppekava nimetus	Õppeasutus	ÕPE (EHIS)	Vastuvõtt			Lõpetajad		
			14/15	15/16	16/17	13/14	14/15	15/16
Füsioteraapia	Tartu Ülikool	BA	31	43	44	39	28	21
Füsioterapeut	Tartu Tervis- hoiu Kõrgkool	RAK	30	29	28	19	26	25
Füsioteraapia	Tartu Ülikool	MA	21	22	23	16	20	18

Allikas: EHIS

4.10.2. Tööjõu tulevikuvajadus

Füsioterapeudi kutseala puudutavaks olulisemaks arenguks lähitulevikus on vanemaealise elanikkonna kasv, mis peaks jõudsalt suurendama teenusevajadust. Samuti avaldab olulist mõju füsioteraapiateenuse toomine esmatasandile. Füsioterapeutide iseseisvate vastuvõttude juurutamine võib oluliselt parandada teenuse kodulähedast kättesaadavust puhkudel, kus puudub vajadus multi-professionaalse meeskonna rakendamise järele. Ohukohaks on, et füsioterapeutide tulek esmatasandile võib tuua kaasa nende nappuse eriarstiabikeskuses taastusravis – füsioterapeutide vajadus taastusravis esmatasandi võimestamisel tõenäoliselt ei kahane.

Toetudes ekspertide väljendatud arvamustele ja riikide võrdlusele, võiks perspektiiviga 2025 erialast tööd tegevaid füsioterapeute olla vähemalt kolmandiku võrra enam, arvestuslikult 750 ehk 190 võrra enam kui 2015. aastal. Sellise olulise kasvu taga on taastusravimeeskondade vajadus täiendavate füsioterapeutide järele, füsioterapeutide lisandumine esmatasandile ning vabaturu tingimustes tegutsevate füsioterapeutide arvu eeldatav kasv.

Analüüsides TAI andmete toel vanusjaotust, ilmneb, et vanusegrupis 55+ oli 2015. aastal vaid 60 füsioterapeuti. Eeldades, et 2/3 vanusegrupist väljub 2025. aastaks tööturult, vajab seega pensionile mineku tõttu sel perioodil asendamist 40 inimest. Nagu eelpool öeldud, on volavus teistesse sektoritesse arvestatav. Kõrvutades füsioterapeudi haridusega inimeste koguarvu (1015)⁶⁵ füsioterapeutide prognoositava arvuga aastal 2017 (590), järeldub, et tervishoiu valdkonnas töötab vaid kuni 3/5 kõigist, kellel füsioterapeudi ettevalmistus. Täpsema info puudumise tõttu on sama osakaalu kasutatud värske lende puhul nn kao arvestamisel, st eelduslikult siirdub 2/5 koheselt lõpetamise järel või viivitusega teistesse sektoritesse või välisriikidesse. Seega on pensionile minekust tulenev asendusvajadus marginaalne ning perioodil 2017–2025 tuleb vanuse tõttu tööturult lahkumise tõttu pakkuda asendust vaid keskmiselt 4-le füsioterapeudile aastas. Teistesse sektoritesse siirdumisega seotud aspekte on avatud peatükis 6.

Kuigi taastusravi valdkonnas mängib üha suuremat rolli tehnoloogia, see 2025 perspektiiviga füsioterapeutide tööjõuvajadust suure tõenäosustega ei kahanda. Pigem seab see täiendavaid ootusi, et taastusravi meeskonnas tegutsevad füsioterapeudid oskaksid (tipp)tehnoloogiat (nt kõnnirobotid jmt seadmed) maksimaalselt oma töös rakendada.

⁶⁵ Aluseks Eesti Füsioterapeutide Liidu kodulehel (<http://www.fysiot.ee/fysiotregister/>) sisalduv nimekiri.

4.10.3. Oskuste vajadus

Tööandjate tagasiside füsioterapeutide suunal oli üldiselt positiivne. Siiski väljendasid intervjuueeritavad arvamust, et füsioterapeutide õpe võiks olla selgemalt kliinilisele tööle orienteeritud, seda nii ülikoolis kui ka tervishoiukõrgkoolis. Selleks peaks õppes olema kliinilise praktika osakaal suurem. Ühe eksperdi sõnul võiks õpe füsioterapeudi kõrgema pädevuse tagamiseks olla 4 aastat ning seejärel magistrantuur 1 aasta. Samuti võiks õppekava võimaldada paralleelselt töötamist ja õppimist. Nagu eelmises lõigus viidatud, tingivad tehnoloogia arengust tulenevad uudsed ravivõimalused ja laialdasem robotika kasutamine vajaduse pakkuda personalile regulaarseid täienduskoolitusi uueneva seadmepargiga opereerimiseks. Tasemeõppe kontekstis selliste praktiliste oskuste andmine ei ole ilmselt võimalik ega põhjendatud, kuna enamik füsioterapeutidest oma igapäevatöös sellise kõrgtehnoloogiaga kokku ei puutu.

Kutseala esindajate silmis on oluliseks probleemkohaks see, et füsioterapeut ei pääse ta ligi patsiendi haigusloole ega näe tema varasemaid ravijuhte (nt luumurrud jm). See aga võib kahjustada teenuse kvaliteeti.

4.11. Radioloogiatehnikud

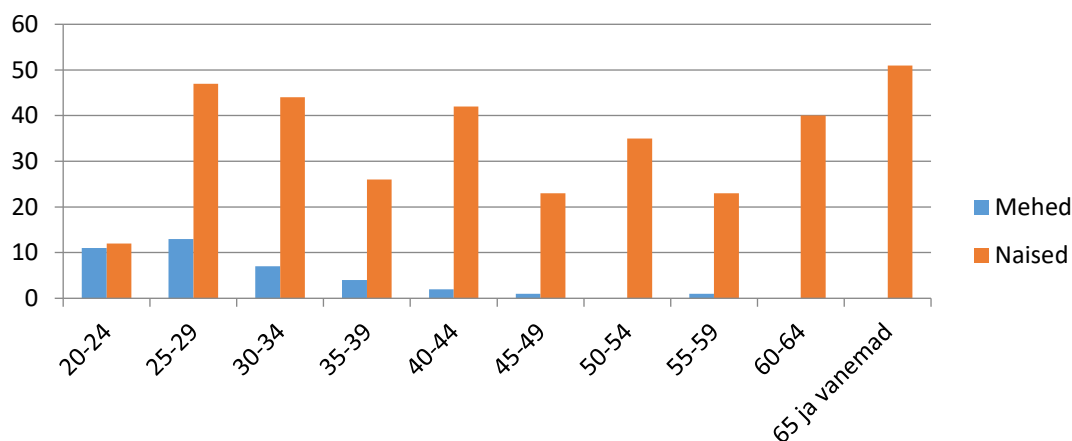
4.11.1. Hetkeolukord ja trendid

Radioloogiatehnikute (sh radioloogiaõed) arv on TAI statistika kohaselt perioodil 2013–2015 tõusnud 8% võrra, 2015. aasta novembris töötas radioloogiatehnikuna (sh radioloogiaõed) 382 inimest. 90% radioloogiatehnikutena töötajast olid naised. Radioloogiatehnikute keskmine vanus on viimastel aastatel noorenenud, kutseala keskmine vanus oli 44,6 aastat.

4.11.2. Tööjõu tulevikuvajadus

Ekspertid on viidanud vajadusele radiograafia-spetsialistide järele kiiritusravis, nukleaarmeditsiinis, kompuutertomograafias ja ultrahelis. Seda eelkõige seoses radioloogide vähesuse, uuringute ja ravivajaduse suurenemise ning EL nõuete muutmise. Sellele vajadusele vastamiseks on Tartu Tervishoiu Kõrgkool koostöös teiste Balti riikidega kavandamas radioloogiatehniku magistriõppe (ühis)õppekava avamist 2017 sügisel.

Joonis 29. Radioloogiatehnikud soo ja vanuse järgi, 2015



Allikas: TAI

Rakendusuurimus on lähtunud eeldusest, et kutsealal on mõõdukas kasvuvajadus, ning perioodil 2016–2025 peaks eriala esindajate arv kasvama 15% ehk 440-ni. Kuigi radioloogia 2001–2015 arengukavas viidati, et radioloogide ja radioloogiaõdede optimaalne suhe on 1:3–1:4, siis uuenenud arengukava sellist viidet enam ei sisalda. Seetõttu saab järeldada, et nüüdisaegse tehnoloogia kontekstis ei ole selline suhtarv enam põhjendatud. 2015 oli suhtarv 1:2. TAI statistika kohaselt oli nn ametlike ületundide kohaselt täiendav töötajate vajadus 2015. aastal 6,5.

Analüüsid TAI andmete toel vanuselist jaotust, ilmneb, et vanusegrupis 55+ oli 2015. aastal 115 radioloogiatehnikut. Eeldades, et 2/3 vanusegrupist väljub 2025. aastaks tööturult, vajab seega pensionile mineku tõttu sel perioodil iga-aastaselt asendamist 7,7 inimest. Juba töötavate radioloogiatehnikute sektorist väljavoolu kohta andmed puuduvad, eelduslikult on see marginaalne. Tartu Tervishoiu Kõrgkooli andmetel asub 90-95% radioloogiatehniku õppe lõpetanutest erialasele tööle.

4.11.3. Oskusete vajadus

Radioloogia eriala arengukavas sedastatuna on vaja soodustada radioloogiatehnikute kitsamat spetsialiseerumist ja pidevat täiendusõpet. Seda eelkõige arvestades uuringumeetodite mitmekesisust, tehnilist keerukust ja uute uuringuprotokollide pidevat lisandumist. Intervjueeritud tööandjate esindajad radioloogiatehnikute haridusliku ettevalmistamise osas ettepanekuid ei teinud.

4.12. Erakorralise meditsiini tehnikud

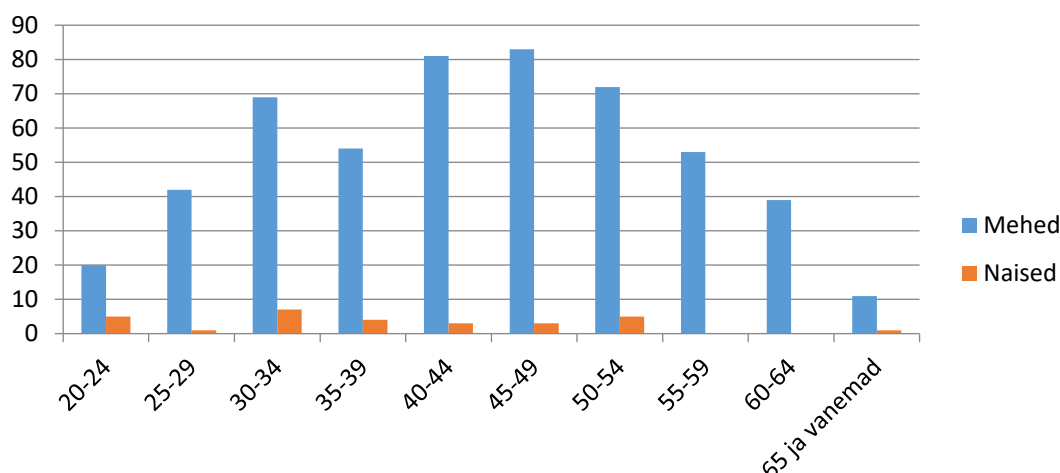
4.12.1. Hetkeolukord ja trendid

Statistika kohaselt on erakorralise meditsiini tehnikute hulk viimastel aastatel jõuliselt kasvanud, 2013. ja 2015. aasta võrdluses 22,9%. Enamasti rakenduvad erakorralise meditsiini tehnikud kiirabis, olles brigaadi teiseks või kolmandaks liikmeks, kuid neid rakendatakse ka EMO-des assisteerivate spetsialistidena. Kuigi raportis kasutatakse läbivalt terminit *erakorralise meditsiini tehnik*, hõlmab see erineva haridusliku ettevalmistusega inimesi. Teiseks liikmeks võivad olla nii erialase kõrghariduse omandanud, kui ka nt kaitseväes parameedikuna väljaõppe läbinud inimesed. Kiirabibrigaadide kolmandaks liikmeks on kiirabitehnik-autojuht, kes on läbinud 400-tunnise väljaõppe või erakorralise meditsiini tehnik, kes läbinud alarmsõidukijuhi koolituse.

Intervjueeritute hinnangul iseloomustab valdkonna tööjõudu normkoormust ületav tööaeg ja töötajate nn ristikasutus, kus ühel töötajal on mitu töökohta, sh ka väljaspool meditsiinisüsteemi. Statistika järgi oli nn ametlike ületundide kohaselt täiendav erakorralise meditsiini tehnikute vajadus 25,6. Intervjueeritute hinnangul ei peegelda see tegelikkust.

Kiirabitehnikutest 95% on mehed. Ligi 20% kiirabitehnikutest on vanemad kui 55 aastat. Kutsealale on iseloomulik keskmisest suurem voolavus, ühe asutuse näitele toetudes on kiirabis töötamise keskmine aeg 7 aastat. Erakorralise meditsiini tehnikute puhul toimub liikumine teiste sektorite vahel (nt ehitus, tööstus, teenindussektor).

Joonis 30. Kiirabitehnikud soo ja vanuse järgi, 2015



Allikas: TAI 2016, Tabel THT002

Märkus: Kasutatud TAI tähistust.

Tabel 6. Kiirabitehnikud EM-is ja kiirabis

Kiirabitehnikud	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Erakorralises meditsiinis				450	455	553
...sh kiirabis	366	393	392	416	410	

Allikas: TAI 2016, Tabel THT001, Tabel THT020

Märkus: novembrikuu seisuga. Kasutatud on TAI tähistusi.

4.12.2. Tööjõu tulevikuvajadus

Erakorralise abi osutamise mahud ja seega ka tööjõuvajadus on viimasel kümnel aastal pidevalt kasvanud. Selle põhjustena on nimetatud elanikkonna vananemisest tulenevat tervisehäirete sagenemist koosmõjus rahuldamata ravivajadusega esmatasandil ja eriarstiabi piiratud kättesaadavusega. Ravikindlustusest rahastatavate tervishoiuteenuste eelarve pingestumisel kasvab vajadus erakorralise meditsiini järele. Teistes valdkondades on võimalik ravimahte sõltuvalt rahastusest ja tööjõust ajas hajutada, näiteks ravijärjekordade abil. EM peab aga tegelema kõikide erakorralisena kvalifitseeruvate juhtumitega.

EM tehnikute tööjõuvajadus 2025 perspektiivis on tugevas sõltuvuses tervishoiu muudes valdkondades toimuvatest arengutest:

- Võimalik tööjõupuudus perearstiabi tasandil võib jätkuvalt koormata erakorralist meditsiini juhtumitega, mis erakorralist abi ei vaja.
- Ravikindlustuse jätkusuutmatust rahastusest tuleneva eriarstiabi kättesaadavuse piiratuse süvenemisel võib erakorraliste ravijuhtude hulk järjepidevalt kasvada, mistõttu kasvab vajadus tuua erakorralisse meditsiini enam tööjõudu.
- Kiirabiteenuse pakkujate valmidus asendada teise ja kolmanda liikmena töötavaid õdesid erakorralise meditsiini tehnikutega.

Teisalt on eeldatud, et kiirabis säilib *status quo* ehk jätkatakse kolmeliikmeliste brigaadidega ning brigaadide hulk on samaväärne 2015. aastaga, st 102 brigaadi. Sellele lisandub võimalus rakendada projektipõhiseid ja ajutisi nn parameedikutaseme esmaabi üksuseid.

Intervjuudes märgiti ära ka teoreetiline võimalus muuta osad või enamus brigaadidest kahe-liikmelisteks ning asendada õebrigaadid järkjärgult nn parameditsiinilisega (st erakorralise meditsiini tehnikute juhitud üksustega, mida vajadusel konsulteerib telemeditsiiniliste vahendite toel arst). Siiski puudub praegu poliitilisel tasandil indikatsioon vastavasuunalisest initsiatiivist. Samuti nenditi, et selline areng ei ole vaid aastase kestusega kutseõppe korral võimalik ning muutuse võimaldamiseks tuleks erakorralise meditsiini tehnikuid hakata ette valmistama rakenduskõrghariduse astmel.

Rakendusuuringus on tööjõuvajaduse hindamisel võetud eelduseks, et aastaks 2025 on täidetud järgmised tingimused:

- kõikide brigaadide kolmandad liikmed on erakorralise meditsiini tehnikud, kes töötavad normkoormusega; sellest tuleneb tööjõuvajadus $4,5 \times 102$ ehk 459 erakorralise meditsiini tehnikut
- pooltes brigaadides on teiseks liikmeks erakorralise meditsiini tehnik, kes töötab normkoormusega; sellest tuleneb tööjõuvajadus $4,5 \times 51$ ehk 230 erakorralise meditsiini tehnikut

Seega oleks erakorralise meditsiinitehnikute ootuspärane sihtarv 689. Võrreldes 2015. aastaga on kasvuvajadus kokku 136.

Analüüsid TAI andmete toel vanuselist jaotust, ilmneb, et vanusegruppi 55+ kuulus 2015. aastal 115 radioloogiatehnikut. Eeldades, et 90% vanusegrupist väljub 2025. aastaks tööturult (pensionieas erakorralise meditsiini tehnikuna töötamine on harv), vajab seega pensionile mineku tõttu sel perioodil asendamist 9,4 inimest aastas. Pensionile minekust olulisem on tööealiste tehnikute tööjõuvoolavusest tulenev asendusvajadus. Kuigi ühelt poolt lahutakse, tullakse ka tagasi. Intervjueeritute väitel toimus arvestatav erakorralise meditsiini tehnikute tagasivool majanduskriisi haripunktis. Voolavusest tingitud asendusvajaduse võimalikku mõju avatakse peatükis 6.

4.13. Kokkuvõte

Paljude tervisevaldkonna kutsealade (arstid, õed, hambaarstid, hooldustöötajad) puhul on kõige kriitilisem probleem lähitulevikus asendusvajadusele vastamine. Teisalt on ka kutsealasid, kus tööjõud on nooremapiolne ning vanusest tingitud asendusvajadus hetkel veel marginaalne (nt füsioterapeudid). Tööjõu hulk tervishoiu valdkonna põhikutsealadel suureneb arvestuslikult 11%.

On võimalik väita, et tänane tööjõupuudus õdede seas ja mitmetel arstlikel erialadel on suuresti tingitud just kutseala esindajate väljarändest – näiteks on viimasel kümnel aastal kutsevalifikatsiooni tõendi võtnud õdede hulk ligilähedases suurusjärgus arvestusliku õdede puudujäägiga 2016. aastal.

Järgnevalt on esitatud kokkuvõtlik ülevaade eelnevates peatükkides esitatud tööjõuvajaduse hinnangutest valdkonnas (erinevalt suunatud nooltena). Hinnangu kujundamisel on kasutatud järgmisi tingimärke:

↑↑ - jõuline kasv (üle 20% 10 aasta jooksul)

↑ - kasv (10..20% 10 aasta jooksul)

↗ - mõõdukas kasv (kuni 10% 10 aasta jooksul)

→ - püsib stabiilsena

↘ - mõõdukas langus (kuni -10% 10 aasta jooksul)

Loomaks seost haridussüsteemiga, on tabelis 8 esitatud põhikutsealale vastav haridus- ja Eesti kvalifikatsiooniraamistiku (EKR) tase.

Tabel 7. Oodatav muutus valdkonna põhikutsealade hõives.

Liigitus	Kutseala	Eeldatav haridustase ja EKR tase	Hõivatud 2017	Hõivatute arvu muutus
Seadusega reguleeritud kutsealad	Arstid	7-8, (MA)	4722	↘
	Hambaarstid	7-8, (MA)	1348	→
	Proviisorid	7-8, (MA)	942	→
	Õed	6 (RAK; MA)	8894	↑↑
	Farmatseudid	6 (RAK)	777	↑↑
	Ämmaemandad	6 (RAK)	559	↑↑
Reguleerimata kutsealad, millega seondub tasemehariduses konkreetne õppekava	Bioanalüütikud	6 (RAK)	658	↑
	Erakorralise meditsiini tehnikud	4 (kutseharidus)	553	↑↑
	Füsioterapeudid	6-7 (RAK; BA; MA)	560	↑↑
	Hooldustöötajad	3-4 (kutseharidus)	3668	↗
	Kliinilised ja koolipsühholoogid	7-8 (MA)	370	↑↑
	Radioloogiatehnikud	6 (RAK)	382	↑

5. Tervishoiualane koolituspakkumine

Tasemeõppe ülevaade on koostatud Eesti Hariduse Infosüsteemi (EHIS) andmete põhjal 2016/17 õppeaasta seisuga. Valdkonna õppena käsitletakse kõiki neid õppekavasid, millel on otsene seos valdkonna kutsealadega (vt tabel 1), st nii valdkonnakeskse orientatsiooniga õppekavad (nt arsti- ja hambaarstiõpe, erakorralise meditsiini tehnik) aga ka need õppekavad, mille puhul tervishoid on lõpetanutel vaid üks paljudest võimalikest valdkondadest tööturul. Näiteks on hooldustöötajate õppekava lõpetanute ettevalmistus sobiv tööks nii sotsiaalhoolekandes, avahoolduses ja tervishoiuasutuses. Biomeditsiini ja psühholoogia lõpetanuist jõuab tervishoiu valdkonda vaid väiksem osa lõpetanuist.

Jättes kõrvale tasemehariduse nõudeta assisteerivad ja lihttööliste ametikohad, varieerub valdkonna kutsealadel töötamiseks vajalik haridus kutseharidusest kuni magistriharidusele järgneva tasemeharidusjärgse spetsialiseerumiseni. Viiel kutsealal on võimalik panustada arendus- ja teadustöösse doktorantuuris.

5.1. Õppekavad

Kõrghariduses on OSKA TH valdkonnaga 2016/17 õppeaastal seotud 36 õppekava, kutsehariduses 12 õppekava. Õppekavade analüüsiprotsessis vaadeldi vaid neid õppekavasid, kus EHISe andmetel toimus vastuvõtt või oli registreeritud vähemalt 1 õppija.

Järgnevas loetelus on välja toodud õppekavarühmad, kuhu liigituse 2013v1 (ISCED-F 2013⁶⁶) järgi kuulusid analüüsitud TH õppekavad.

Kõrghariduse õppekavarühmad:

Õppekavagrupp	Õppekavarühm
Meditsiin	Hambaravi Meditsiin Farmaatsia
Tervishoid	Õendus ja ämmaemandus Meditsiiniagnostika- ja ravitehnoloogia Teraapia ja taastusravi Tervis, mujal liigitamata
Bio- ja keskkonnateadused	Bioloogia (Biomeditsiini õppekava)
Psühholoogia	Psühholoogia
Õpetajakoolitus ja kasvatusteadus	Klassiõpetaja koolitus (Eripedagoogika ja logopeedia õppekava)

⁶⁶ http://metaweb.stat.ee/view_xml.htm?id=4072699&siteLanguage=ee

Tehnika, tootmine ja tehnoloogia	Elektroonika ja automaatika (Biomeditsiinitehnika ja meditsiinifüüsika õppekava)
Sotsiaalteenused	Sotsiaaltöö ja nõustamine Heaolu, mujal liigitamata

Tabel 8. Tervishoiualast kõrgharidust pakuvad õppeasutused õppetasemeti

Õppeasutus/õpe	Vastuvõtuga õppekavade arv 2016/17	Õppekavad	Õppe kestus aastates
Tartu Ülikool	16		
bakalaureuseõpe	2	füsioteraapia, psühholoogia	3
magistriõpe	6	eripedagoogika ja logopeedia, biomeditsiin, psühholoogia, füsioteraapia, rahvatervishoid, õendusteadus	2
bakalaureuse- ja magistriõppe integreeritud õpe	2	arstiteadus (eesti- ja inglisekeelne õppekava)	6
	2	hambaarstiteadus, proviisor	5
doktoriõpe	4	arstiteadus, neuroteadused, farmaatsia, psühholoogia	4
Tallinna Ülikool	6		
rakenduskõrgharidusõpe	1	tervisejuht (TLÜ Haapsalu Kolledž)	3
bakalaureuseõpe	1	psühholoogia	3
magistriõpe	2	kunstiteraapiad, psühholoogia	2
doktoriõpe	2	tervisekäitumine ja heaolu, psühholoogia	4
Tallinna Tehnikaülikool ja Tartu Ülikool	1		
magistriõpe	1	biomeditsiinitehnika ja meditsiinifüüsika	
Tallinna Tervishoiu Kõrgkool	7		
rakenduskõrgharidusõpe	3	õde, hambatehnik, optometrist	3,5
	1	ämmaemand	4,5
	1	tegevusterapeut	4
	2	farmatseut, tervisedendus	3
Tartu Tervishoiu Kõrgkool	6		
rakenduskõrgharidusõpe	3	õde, bioanalüütik, radioloogiatehnik	3,5

	1	ämmaemand	4,5
	2	füsioterapeut, tervisekaitse spetsialist	3

Allikas: HTM, autorite arvutused

Kutsehariduse õppekavarühmad⁶⁷:

Tervise õppesuunal:	Meditsiinidiagnostika- ja ravitehnoloogia Teraapia ja taastusravi
Heaolu õppesuunal:	Sotsiaaltöö ja nõustamine

Valdkonna kutsealadel töötamiseks vajalikku kõrgharidust **bakalaureuse-, magistri- ja doktoriõppe** astmel pakuvad Tartu Ülikool (TÜ) ja Tallinna Ülikool (TLÜ) kokku 22 õppekaval (vt tabel 9). Aastast 2013/14 on Tartu Ülikoolis võimalus õppida ka ingliskeelsel arstiteaduste bakalaureuse- ja magistriõppe integreeritud 6-aastasel õppekaval.

Rakenduskõrgharidust saab tervishoiu valdkonna õppekavadel omandada Tallinna ja Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis ning TLÜ Haapsalu Kolledžis. Tervishoiukõrgkoolides on võimalik õppida kolmeteistkümnel valdkonnaga seotud rakenduskõrghariduslikul õppekaval: õe (2 õppekava), ämmaemanda (2 õppekava), bioanalüütiku, tegevusterapeudi, tervisekaitse spetsialisti, füsioterapeudi, radioloogiatehniku, optometristi, farmatseudi, tervisedenduse ja hambatehniku õppekaval. Rakenduskõrghariduse omandamine kestab sõltuvalt erialast kolm kuni neli ja pool aastat. TLÜ Haapsalu Kolledžis saab õppida kolmeaastase kestusega tervisejuhi õppekaval.

Tervishoiukõrgkoolid pakuvad ka keskhariduse baasil kutsehariduse tasemeõpet hooldustöötaja, erakorralise meditsiini tehnika ja sterilisatsioonitehnika erialal. Neist esimese õppe kestus on kaks aastat, teistel üks aasta. Soovijatel on võimalik asuda õppima ka tasulises õppes kaheaastase kestusega massööri (ravimassaaži) õppekaval.

Kutseharidust eeldavate valdkonnaga seotud ametite tasuta õpet pakuvad kõrvuti tervishoiu- kõrgkoolidega veel Lääne-Viru Rakenduskõrgkool ja 5 kutseõppeasutust. Kõige laialdasemalt levinud tervishoiu valdkonnaga seotud kutsehariduse eriala (nii kesk- kui põhihariduse baasil) on hooldustöötaja. Hooldustöötajaks saab õppida Tallinna- ja Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis, Haapsalu-, Pärnu- ja Järvamaa Kutsehariduskeskuses, Kuressaare Ametikoolis, Valgamaa Kutseõppekeskuses ning Lääne-Viru Rakenduskõrgkoolis.

⁶⁷ Kutseõppe tasemeõppe õppekavade õppesuundadesse ja õppekavarühmadesse liigitamisel on võetud aluseks rahvusvaheline haridus- ja kooolitusvaldkondade liigitus *International Standard Classification of Education Fields of Education and Training* (ISCED-F 2013)".

5.2. Õppurid tasemeõppes

5.2.1. Kutseharidus

Viimasel viiel õppeaastal (2011/12-2015/16) lõpetas kutsehariduse tervishoiu valdkonnaga haakuvatel õppekavadel⁶⁸ keskmiselt 197 inimest aastas, neist 162 lõpetasid hooldustöötaja erialal. Erakorralise meditsiini tehniku erialal oli lõpetajaid aastas oluliselt vähem, keskmiselt 32.

Üle poole kutseõppes õppijatest on vanemad kui 40 aastat. Seevastu näiteks rakenduskõrghariduse omandajatest on vähemalt 40-aastased napilt üle 10%. Suuresti tuleneb see sellest, et kutseõppesse astuvad keskealised juba töötavad hooldustöötajad, kes soovivad oma kvalifikatsiooni tõsta. Vastuvõetute ja lõpetajate arv on TH kutsehariduse erialadel viimase viie aasta jooksul oluliselt kasvanud. Näiteks lõpetas viimasel õppeaastal võrdluses eelnevaga ligi 20% enam, kasv on tingitud hooldustöötaja erialale sisseastunute ja lõpetajate arvudest. Arvestama peab, et hooldustöötajate õppekaval õppijatest on ca 2/3 juba valdkonnas (sh sotsiaalhoolekandes) töötavad inimesed, mistõttu ei too kirjeldatud trend kaasa uue tööjõu pakkumise kasvu TH valdkonnas, vaid tõstab eelkõige olemasoleva tööjõu kvalifikatsiooni. Konkurss hooldustöötaja erialale Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis oli 1,8 soovijat ühele kohale, Tartus vastavalt 1,25. Teiste koolide hooldustöötaja õppekaval õppida soovijate hulk on paraku väiksem.

Kui kutsehariduse üldine katkestamise määr on 21%⁶⁹, siis tervishoiu valdkonna erialadel oli see viimase kolme õppeaasta keskmisena märgatavalt madalam, s.o 10%. Kutseõppeasutustes oli hooldustöötajate õppe katkestamise määr kõrgem kui tervishoiukõrgkoolides, ulatudes 14%-ni.

Tabel 9. Tervishoiualast kutseharidust pakkuvad õppeasutused

Õppeasutus/õpe	Vastuvõetuga õppekavade arv 2016/17	Õppekavad	Õppe kestus aastates
Tallinna Tervishoiu Kõrgkool	3		
kutseõpe	1	hooldustöötaja	2
	2	erakorralise meditsiini tehnik, sterilisatsioonitehnik	1
Tartu Tervishoiu Kõrgkool	3		
kutseõpe	2	hooldustöötaja, massöör	2
	1	erakorralise meditsiini tehnik	1
Haapsalu-, Pärnu- ja Järvamaa Kutsehariduskeskused, Kuressaare Ametikool, Valgamaa Kutseõppekeskus, Lääne-Viru Rakenduskõrgkool	6		

⁶⁸ Hõlmatud erialad: hooldustöötaja, erakorralise meditsiini tehnik, massöör.

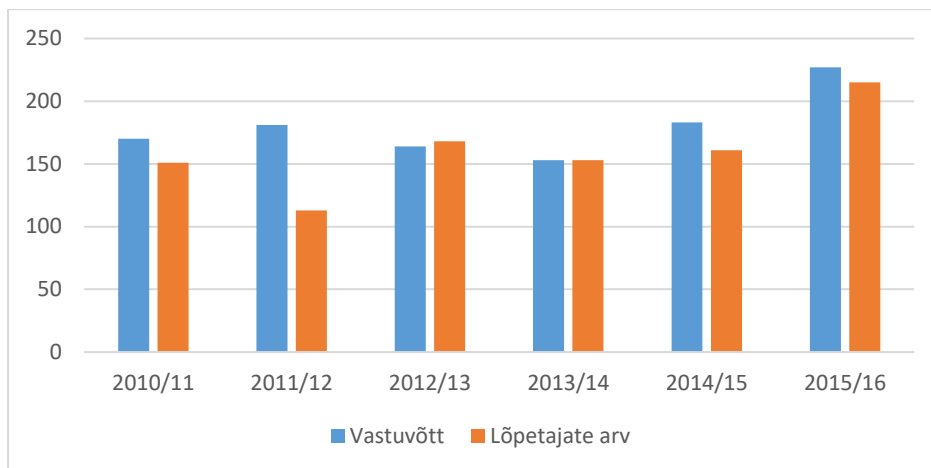
⁶⁹ <http://www.haridussilm.ee>

Kutseõpe		hooldustöötaja	2
----------	--	----------------	---

Allikas: HTM, autorite arvutused

Märkus: tabelis ei sisaldu Eesti Massaaži- ja Teraapiakool, mis pakub massööri ja füsioterapeudi assistendi tasulist kutseõpet.

Joonis 31. Vastuvõtt ja lõpetajad hooldustöötaja õppekaval.



Allikas: HTM, autorite arvutused

5.2.2. Kõrgharidus

Vastuvõtt

Sisseastujate arv valdkonnaga seotud **rakenduskõrgharidusõppe** õppekavadel on viimase viie õppeaasta jooksul varieerunud. 2011/12 aastal asus õppima 922 tudengit, aastal 2016/2017 150 tudengi võrra vähem. Suurim vastuvõtuarvude vähenemine toimus õppeaastal 2013/14, mil võeti õppesse vastu 665 õppijat. Languse üheks oluliseks teguriks oli see, et õe põhiõppes lõpetati tasuline vastuvõtt. Viimasel kolmel õppeaastal on vastuvõetute arvud pidevalt kasvanud.

Tabel 10 Vastuvõtt rakenduskõrghariduse õppesse 2011/2012-2016/2017

	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17
Vastuvõtt rakenduskõrghariduse õppekavadel kokku	922	801	665	691	722	768
sh õe põhiõpe	508	503	379	400	404	405
sh ämmaemand	87	70	45	46	46	47

Allikas: HTM

Nii õe kui ka ämmaemanda õppesse on vastuvõtukonkursid olnud kõrged, nt 2016/17 oli õe põhiõppesse Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis 3,7 soovijat kohale ja Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis 2,67 kohale. Ämmaemanda õppesse oli konkurss vastavalt 8,6 ja 5,96 ühele kohale⁷⁰. Eriti populaarsed

⁷⁰ Koolide esitatud andmed

erialad olid füsioterapeut (19,5), hambatehnik (18,4), optometrist (9,4), bioanalüütik (7,4) ja radioloogiatehnik (7,4).

2016. aasta lõpus leppisid tervishoiukõrgkoolid, HTM, SOM ja Eesti Haiglate Liit kokku õdede ja ämmaemandate kõrghariduse esimese astme õppekohtades aastateks 2017–2020 (vt tabel 11). Leppe eesmärk on kindlustada tervishoiuteenuste osutamise jätkusuutlikkus, mille tagab õdede ja ämmaemandate õppekohtade piisav arv.

Tabel 11. Õdede ja ämmaemandate kõrghariduse esimese astme õppekohtade vajadus aastatel 2017–2020

Õppekava	2017	2018	2019	2020
Õe põhiõpe (3,5 aastat)	462	501	501	517
Ämmaemand (4,5 aastat)	53	55	55	55

Allikas: tervishoiukõrgkoolide, HTMi, SOMi ja Eesti Haiglate Liidu vahel sõlmitud konsensuslepe

Bakalaureuseõppes on õppijate arv seoses noorte arvu kahanemisega viimase viie aasta jooksul pidevalt vähenenud. Mõju on avaldanud kunstiteraapia vastuvõtu lõpetamine aastast 2013/14 kõrghariduse esimesel tasemel. Bakalaureuseõppes oli kõige kõrgem konkurss analoogselt rakendus- kõrgharidusõppe vastuvõtuga füsioterapia erialale: 8,6 soovijat ühele õppekohale⁷¹.

Tabel 12. Vastuvõtt integreeritud õppesse 2011/2012–2016/2017

	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17
Arstiteadus	160	158	142	155	168	173
Arstiteadus ingl.k.			23	24	23	23
Hambaarstiteadus	32	31	31	30	32	29
Proviisor	42	34	36	34	34	35

Allikas: EHIS

Arstiõppes on vastuvõetute arv aastast 2011/12 kasvanud 160-st õppijast käesoleval õppeaastal 196-ni. Kasvanud on vastuvõtt eestikeelsesesse õppesse, kasvu on positiivselt mõjutanud ka 2013/14 aastal avatud vastuvõtt tasulisele ingliskeelsele õppekavale. Konkurss arstiks õppida on jätkuvalt kõrge – 4,0 ja ingliskeelses õppes 3,5 soovijat kohale. Nii proviisori kui ka hambaarsti õppesse sisseastujate arv ei ole viimase viie aasta jooksul märgatavalt muutunud. Integreeritud õppekaval on kõige tõsisem konkurss (7,6) hambaarstiteadustes.

Õppeaastal 2017/18 planeeritud õppekohtade arvus eelneva aastaga võrreldes vastuvõtunumbrite osas muudatusi ei toimu⁷².

⁷¹ Tartu Ülikooli andmed

⁷² Aluseks Sotsiaalministeeriumis dets. 2016.a toimud koolituskomisjoni vastavasisulised kokkulepped.

Magistriõppesse vastuvõetute arv on samuti pisut kasvanud, olulisim mõjutaja oli 2013/14 avatud Tartu Ülikooli ja Tallinna Tehnikaülikooli biomeditsiinitehnika ja meditsiinifüüsika ühisõppekava.

Valdkonna doktoriõppesse vastuvõetute arv ei ole viimastel aastatel muutunud, kõige enam on **doktorante arstiteaduste** õppekaval, keskmine vastuvõtt iga-aastaselt on 23 uut doktoranti.

Lõpetamine

Üldtrendidena võib viimaste aastate TH erialade lõpetamise statistika põhjal välja tuua rakendus- kõrgharidusõppe lõpetajate arvu kahanemise ning integreeritud- ja magistriõppe lõpetajate arvude suhtelise stabiilsuse.

Arstiõppes hariduse omandanute arv on viimase viie õppeaasta jooksul (2011/12-2015/16) olnud aastati kõikum, 136-145 lõpetajat aastas. Proportsionaalselt kõige suurem lõpetajate arvu vähenemine on toimunud **proviisori** õppes, kus 2015/16 lõpetas 22 proviisorit, mida on 10 võrra vähem kui 2011/12. Proviisorite puhul on peamiseks põhjuseks väga kõrge katkestamise määr.

Tabel 13 Lõpetajate arvud integreeritud õppes 2011/2012-2015/2016

	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16
Arstiteadus	136	128	139	133	145
Hambaarstiteadus	23	28	25	28	25
Proviisor	32	27	24	25	22

Allikas: HTM

Rakenduskõrgharidusõppe suurim langus on **õe põhiõppe** lõpetajate arvus, kus viimase viie aasta trendis on lõpetajate arv vähenenud 40 õppi võrra (2011/12 – 396, 2015/16 – 354). See ei vasta ootusele suurendada jõuliselt personali arvu õe kutsealal. Kui võrrelda lõpetajate arve vastuvõtnumbritega, siis lõpetajate arv võiks taas hakata kasvama paari aasta pärast. Langus lõpetajate arvus veel kestab, vastuvõtt õe ja ämmaemanda õppekavadele aastal 2013/14 vähenes 25% võrra. Farmatseutide lõpetajate arv langes 2015/16 kümne võrra võrreldes eelnevate aastatega – see on põhjustatud vastuvõtu samaväärsest vähendamisest.

Tabel 14 Lõpetajate arvud rakenduskõrghariduse õppes 2011/2012-2015/2016

	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16
Rakenduskõrgharidusõppe lõpetajad kokku	681	723	686	649	615
sh õe põhiõppe	396	419	400	379	354
sh ämmaemand	38	72	58	55	32

Allikas: HTM

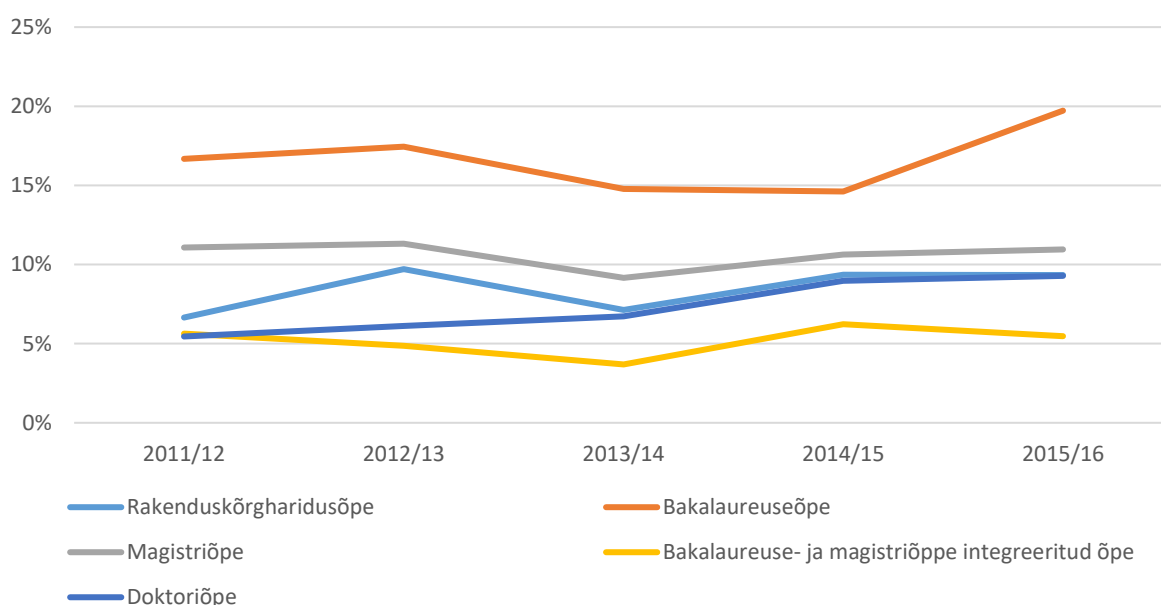
Magistriõppe lõpetajaid on viimase viie õppeaasta jooksul keskmiselt 90, erandiks on aasta 2013/14, kus lõpetajate arv kasvas üle 20%. Suurima kasvuga olid Tartu Ülikooli psühholoogia ja Tallinna Ülikooli kunstiteraapia õppekavad.

Doktoriõppe lõpetajaid on TH õppekavadel olnud viimase viie õppeaasta jooksul suhteliselt palju, keskmiselt 18 aastas. Doktoriõpet soosib valdkonna tööandjate toetav suhtumine töötajate doktorikraadi omandamisse, mis üldjuhul seondub ka sisulise tööga. Tööandjate hinnangul võiks doktoriõppes õppijaid olla isegi enam.

Õpingute katkestamine

Katkestamise määr⁷³ on tervishoiuga seotud kõrghariduses viimase viie õppeaasta lõikes püsinud suhteliselt stabiilsena. Kogu Eesti kõrghariduses on katkestamise määr viimase kolme aasta keskmisena 17%⁷⁴. OSKA TH valdkonna kõrgharidust pakkuvatel õppekavadel on vastav näitaja 9%, st katkestajate osakaal on oluliselt madalam kui kõrghariduses tervikuna. Õppeastmete võrdluses on suhteliselt enim katkestajaid bakalaureuseõppes, ulatudes keskmiselt 17%-ni, mis on Eesti keskmisega võrreldes vaid mõnevõrra vähem.

Joonis 32. Katkestamise määr TH valdkonna kõrghariduse õppekavadel.



Allikas: HTM, autorite arvutused

Eriti positiivsena paistavad silma arstiteaduste ja hambaarstiteaduste õppekaval õppijad, viimase viie aasta keskmine katkestamise määr on 4%, samas proviisori õppes on vastav näitaja 13%. Õe põhiõppe viimase viie aasta katkestamise määr on 7%.

5.2.3. Tasemeharidusjärgne spetsialiseerumine

Tervishoiu valdkonnale on eripärane see, et kvalifikatsiooni omandamisel on oluline roll tasemeharidusjärgsel töökeskkonnas toimuval spetsialiseerumisel. Kõige tavapärasem näide sellest on eriarsti ja hambaarsti residentuur, mille kestus varieerub Eestis kolmest viie aastani. Residentuuri korraldab Tartu Ülikool ning seda rahastatakse SOMi kaudu riigieelarvest. Spetsialiseerumine on omane ka õdedele, psühholoogidele ja logopeedidele. Õdede spetsialiseerumine on võimalik neljal

⁷³ Katkestamise määr – katkestamissündmuste suhe õppijate arvu õppeaastas.

⁷⁴ <http://www.haridussilm.ee>

suunal: terviseõendus, intensiivõendus, vaimse tervise õendus ja kliiniline õendus. Eriõe õpet korraldavad mõlemad tervishoiukõrgkoolid ja korraldust rahastab Haridus- ja Teadusministeerium. Õpe nõuab eelnevat õendusala rakenduskõrgharidust, õppe kestus on kõikide suundade puhul üks aasta. Psühholoogidelt ja logopeedidelt eeldatakse kliinilises maailmas tegutsemiseks juhendatud kutseasta läbimist kliinilises keskkonnas. See õppevorm ei ole väljaspool kliinilise psühholoogi kehtivaid kutsestandardeid reguleeritud ning korraldus on tööandjate ja kutseasta läbijate kokkulepete küsimus.

Tasemeharidusjärgse õppe järele on OSKA raames väljendatud vajadust ka proviisorite ja meditsiinilabori spetsialistide puhul. Mõlema kutseala puhul on ootuspärane, et enne haiglas täisvastutusega töö alustamist läbitakse kliiniline spetsialiseerumine. Eesti haiglaproviisorid on käinud kliinilise proviisori pädevust omandamas välisriikide magistriprogrammides.⁷⁵ Sarnaselt on väljendatud ootusi, et haigla meditsiinilabori spetsialist, kes oleks suuteline korraldama haigla laboritöö valdkonda ja juurutama uusi laborimeetodeid, omandaks haiglates keskkonnas vajaliku ettevalmistuse. Vastavalt meditsiinilabori spetsialisti kutsestandardile (tase 7)⁷⁶ võib spetsialist olla läbinud magistriastmele vastava bioloogia, biomeditsiini, keemia, proviisori, geenitehnoloogia, tervishoiutehnoloogia või mõne muu meditsiiniga seonduva loodusteaduse valdkonna õppekava. See tähendab, et lõpetanute ettevalmistus on võrdlemisi eripalgeline ning piisava kestusega spetsialiseerumine haiglas kliinilises keskkonnas võimaldaks pädevusi ühtlustada. Mõlema kutseala esindajate vajadus Eestis on samas mõõdetav kümnetega, mistõttu on tasemeharidusliku õppekava väljatöötamine kirjeldatud vajaduse teenindamiseks küsitav.

Usaldusväärne statistika on Eestis kättesaadav üksnes arstide ja hambaarstide residentuuri kohta.

Tartu Ülikool pakub ainsana Eestis lisaks arstiõppele 38-⁷⁷ erialal residentuuriõpet. Residentuur on arsti- või hambaarstiõppele järgnev praktiline ja teoreetiline koolitus ühel arsti või hambaarsti erialal. Residentuuri käigus viiakse residendi teadmised ja oskused iseseisva eriarsti tasemele. Residentuur viiakse läbi kinnitatud programmide alusel Eesti juhtivates ravisutustes sõltuvalt erialast kolme kuni viie aasta jooksul. Tartu Ülikooli vilistlased moodustavad 99% Eesti arstikonnast, hambaarstidest ja proviisoritest ning enamuse liikumis- ja sporditeadlastest ja füsioterapeutidest.⁷⁸

Residentuuri vastuvõtt on viimastel aastatel jäänud alla planeeritud kohtade arvu (vt **Tabel 15**). 2016. aastal kandideeris arsti põhiõppe 145-st lõpetanust (sh. 21 välismaalast) residentuuri kohtadele 107, õppima pääses 88. Aasta varem olid näitajad vastavalt 133 lõpetajat (15 välismaalast), kellest kandideeris 97 ja õppima asus 83. Hambaarstiteaduse 2016. aasta 25-st lõpetajast kandideeris 6 ja sai sisse 3. 2016. aasta septembris oli Tartu Ülikooli korraldatavas residentuuris õppimas 502 resident, mida on aasta varasemaga võrreldes 3 koha võrra vähem.

⁷⁵ vt nt www.kliinikum.ee/leht/persoon/1146-kliinilised-proviisorid-jana-lass-ja-marika-saar

⁷⁶ Meditsiinilabori spetsialisti kutsestandard, tase 7

⁷⁷ Residentuuri lõpetanute arvud õppekavade lõikes on esitatud lisas 6

⁷⁸ <http://meditsiiniteadused.ut.ee/et/residentuur>

Tabel 15. Residentuuri vastuvõtt 2013–2016

Aasta	Planeeritud kohtade arv	Põhikonkursiga täidetud kohtade arv	Järelkonkursiga täidetud kohtade arv
2013	155	132	148
2014	155	118	130
2015	155	132	142
2016	145	127	140

Allikas: Tartu Ülikool

Residentuuri lõpetajate arv on vahemikul 2005–2015 olnud aastati kõikuv, kõige enam lõpetajaid sel perioodil oli 2011. aastal (113) ning kõige vähem 2015. aastal (89). 2015. aastal oli kõige arvukamalt lõpetajaid peremeditsiini õppekaval (23), samas on viie suurema lõpetajate arvuga erialade seas ka ortopeedia (8) ning sünnitusabi ja günekoloogia (6). Just kahe viimase eriala lõpetanud on avaldanud kahtlust leida lõpetamise järel erialal meelepärast tööd. Aastatel 2005–2015 residentuuri lõpetajate arvud õppekavade lõikes on esitatud lisas 6.

5.3. Õppe kvaliteet ja arenguvajadused

5.3.1. Täiendus- ja ümberõppe võimalused ja vajadused

Täiskasvanute täiendusõppe võimaldab erialaste teadmiste ja oskuste omandamist või täiendamist ja uute oskuste omandamist. Koolituse läbimist tõendab tunnistus⁷⁹ või tõend. Ümberõppe on pigem suunatud karjääritee alustamisele uues valdkonnas, sh erialase kvalifikatsiooni omandamisele.

Sotsiaalministri 15.12.2004 määruse nr 128 Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded § 8 lg 2⁸⁰ kohaselt on tervishoiuteenuse osutaja kohustus tagada tervishoiutöötajate arendamiseks ja pädevuse tõstmiseks töötajatele iga-aastane koolitus. Nimetatud sätte kohaselt peab tervishoiuteenuse osutaja koostama tervishoiutöötajate koolitusplaani iga kalendriaasta kohta. Koolitusplaanis peab tervishoiuteenuse osutaja tagama igale tervishoiutöötajale erialase koolituse vähemalt 60 tunni ulatuses ja hooldajale kutsealase koolituse vähemalt 16 tunni ulatuses.

Eestis korraldavad valdkonnaspetsiifilisi ja üldoskuste arendamisele suunatud täienduskoolitusi erialade seltsid, liidud ja ühendused, TÜ meditsiiniteaduste valdkonna kliinilise meditsiini instituudi täienduskeskus⁸¹ ja tervishoiukõrgkoolid (Tallinn⁸², Tartu⁸³). Haiglatel on eraldi struktuuriüksused, mis pakuvad koolitusi nii oma töötajatele kui inimestele väljapoolt oma haiglat (nt spetsiifilised taastusravi

⁷⁹ Täiendusõppe tunnistus antakse, kui koolitus lõpeb hindamisega.

⁸⁰ <https://www.riigiteataja.ee/akt/106112013006>

⁸¹ <http://meditsiiniteadused.ut.ee/et/taiendusope>

⁸² <http://ttk.ee/et/plaanilised-kursused>

⁸³ <https://www.nooruse.ee/est/koolitused-ja-teenused/taienduskoolitus/>

valdkonna tervishoiutöötajatele suunatud koolitused Haapsalu Rehabilitatsioonikeskuses). Lisaks pakub koolitusi eriarstidele ka Eesti Haigekassa⁸⁴, seda eelkõige vastavalt vajadusele ja lähtuvalt uuendustest tervishoiusüsteemi korralduses. Valdkonnaspetsiifilise täiendusõppe valikul on eksperdid rõhutanud vajadust olla kriitiline koolituse kvaliteedi hindamisel.

Probleemiks peeti seda, et täiendkoolituse süsteemi finantseerimine vajaks lisaks tööandja panusele ka riiklikku toetust. Peale raha toodi välja täiendusõppeks kuluv aeg. Näiteks ei ole võimalik viimaste aastate töökoormuse suurenemise valguses isegi ettenähtud koolituspäevi kasutada. Eriti kriitiline on intervjueeritud ekspertide hinnangul täienduskoolituseks sh spetsialiseerumiseks vajaliku aja leidmine õdedel.

Täiendusõppe vajadus valdkonnas töötajatele

Ekspertide sõnul on **probleem spetsiifilistel teemadel koolitustega, mille pakkujaid ei ole võimalik leida Eestist** ja vahel ka mitte Euroopast. Sellisel juhul kasutatakse võimalust ja tellitakse erialaliidu kaudu koolitaja Eestisse või saadetakse soovija koolitusele väljapoole Eestit, millega käib kaasas tingimus, et koolitusjärgselt peab koolitusel osalenu omandatud teadmisi jagama teiste liidu liikmetega.

Ekspertide hinnangul võib ühe olulise teemana esile tuua **tehnoloogiaalaste koolituste pakkumise**. Tehnoloogia ja teadusarendus on muutunud tootjapõhiseks ja koolitust on võimalik tellida seoses kindla tehnoloogia soetamisega. Ühekordsete spetsiifiliste koolituste korraldamisel võib tellija jaoks takistuseks kujuneda hind, seetõttu eelistatakse selliste koolituste korraldamisel koostööd erialaliitude ja -seltsidega.

Valdkonnale on omane keskmisest kõrgema vanusega töötajaskond, see tähendab, et kiire ja pidev tehnoloogia areng toob kaasa vajaduse pakkuda **IKT-alast täienduskoolitust**. Nooremale töötajaskonnale on IT-lahenduste kasutamine lihtsam ja omasem, sest see on olnud osa nende igapäevasest elust ja õppetööst. Arvestades, et arstikond on keskmisest vanem, võib tehnoloogiliste muutustega kohanemine keerulisemaks osutuda⁸⁵.

Valdkonnaspetsiifilistest IKT-oskustest vajavad arendamist e-tervisega seotud teemad, aga kindlasti ka valdkonna **küberturvalisuse tagamisega seotud oskused**. Eeldatavasti on need vajadused lähiaastatel täpsustumas, kuid nii tasemeõppe kui ka täienduskoolituse pakkujatel on oluline juba täna selliste oskuste õpetamise vajadust analüüsida ning õpetamiseks valmistuda.

Pärast residentuuri lõpetamist on esimestel tööaastatel vaja jätkata ja süvendada erialase spetsialiseerumisega seotud kompetentsi arendamist (täienduskursused, osavõtt vastava eriala kliinilistest konverentsidest ja konsiiliumidest, teadustöö tegemine koostöös kliiniliste partneritega). Olulisel kohal on teadmiste ja kogemuste omandamine välisriikides, töö erialase kirjandusega, erialastel seminaridel osalemine, välismaiste lektorite kuulamine jne ning selle kõige regulaarsus. Tööandjal tuleb arvestada nii aega kui raha, mis kulub infotehnoloogiliste vahendite ja -teenuste (sh e-tervis, e-saatekiri) rakendamiseks vajalikule väljaõppele.

⁸⁴ <https://www.haigekassa.ee/et/uudised/koolitused-arstidele---digitaal>

⁸⁵ European Commission, 2016. The impact of ICT on job quality: evidence from 12 job profiles.

Valdkonda sisenemise võimalused täiendus- ja ümberõppe teel

Tervishoiu valdkonda sisenetakse reeglina läbi tasemeõppe, pea ainsateks eranditeks on hooldustöötajad ja sekretärid, kes asuvad sageli tööle peale tööandja pakutava lühikese täienduskoolituse läbimist.

Hooldustöötajate jaoks on täienduskoolitusel väga oluline roll, sest sageli on tegemist nn teise või kolmanda karjääri inimestega, täiskasvanutega, kelle jaoks tasemeõpe pole sobivaim. Lisaks tasemeõppele pakuvad koolid hooldustöötajatele ka täienduskoolitusi. Koolituse käigus antakse baasteadmisi neile, kes ei ole läbinud tasemeõpet, või kel puuduvad eelnevad erialased teadmised. Sihtrühmaks on juba erialal töötavad inimesed. Lühemad täienduskoolituse kursused on nt 40 akadeemilist tundi.

Intervjuudest tööandjate esindajatega aga ka varasematest uuringutest joonistus eriti tervalt välja **vajadus kliiniliste sekretäride** järele, kes on varasemalt omandanud tasemeõppes sekretäritööks vajalikud teadmised ja oskused, ning kel on olemas esmased teadmised tervishoiu valdkonnast. Nende rakendamist nähti väga olulisena nii haiglates, aga ka eriarstide vastuvõttudel, nt perearsti, günekoloogi, hambaarsti jt vastuvõttudel. Ekspertide hinnangul võiks meditsiinilise jätkuõppe pikkus sekretärile või assistendile olla orienteeruvalt aasta. Sobivate täienduskoolituse pakkujatena nähti tervishoiukõrgkooli.

5.3.2. Eriarstide pädevuse hindamise kriteeriumid ja süsteem

Arstlike erialade pädevuse hindamise süsteemi kirjeldab tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 56 lõike 1 punkti 7 alusel vastu võetud sotsiaalministri 15.12.2004 määrus nr 128 „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded”⁸⁶. Määruse § 4 lg 1 kohaselt töötavad tervishoiutöötaja pädevuse nõuded välja kutse- ja erialaühendused ning lg 2 kohaselt hindavad tervishoiutöötajate pädevust kutse- ja erialaühenduste poolt moodustatud pädevuskomisjonid. § 4 lg 3 täpsustab, et tervishoiuteenuste osutaja, Eesti Haigekassa ja Terviseamet võivad oma tööülesannete täitmiseks taotleda pädevuskomisjonilt tervishoiutöötaja pädevuse hindamist.

Sõltumata sellest, kas arstliku eriala esindaja on läbinud pädevuse hindamise või mitte, võib eriarst osutada tervishoiuteenuseid, kui ta on registreeritud Terviseameti tervishoiutöötajate registris. Kannet tervishoiutöötajate registrisse ei ole vaja perioodiliselt uuendada. Seega on Eestis eriarstide pädevuse hindamise süsteem vabatahtlikkuse printsiibil toimiv. Ravikvaliteedi säilitamise ja tõstmise seisukohast on tegemist vaieldamatult ühe olulisema komponendiga tervishoiusüsteemis, kuid puuduvad üldised kriteeriumid pädevuse hindamiseks. Samuti pole üheselt selge, missuguse eriala esindajate pädevust üks või teine ühendus või erialaselts peaks hindama või missugustel printsiipidel peaks oleks moodustatud pädevust hindavad komisjonid.⁸⁷

Pädevuse hindamine toimub perioodiliselt, valdavalt hinnatakse pädevust viieaastase tsükliga. Enamik erialaühendusi, mis tegelevad pädevuse hindamisega, on välja töötanud pädevuse hindamise

⁸⁶ <https://www.riigiteataja.ee/akt/106112013006>

⁸⁷ Praxis, 2013. Ülevaade arstlike erialade arengukavadest

protseduuri, kriteeriumid/indikaatorid ja olemas on pädevuse hindamise komisjonid. Hindamiskomisjon moodustatakse tähtajaliselt, valdavalt viieks aastaks (radioloogidel kolmeks aastaks). Mõned erialad on välja töötanud ka nõuded kõrvalerialade pädevuse hindamiseks (kardioloogia). Enamasti toimub pädevuse hindamine dokumentide alusel. Hinnatakse erialast kompetentsust, töökogemust ja täienduskoolitusel osalemist. Hindamiseks kasutatakse erinevaid skaalasid ja punktisüsteeme (oftalmoloogia, peremeditsiin).⁸⁸

2011. kevadel moodustati eriarstide pädevuse hindamise kriteeriumide väljatöötamiseks töörühm. Nii selle töörühma ettepanekute kui erialaseltside ja -komisjonide liikmete arvamuste kohaselt peaks arsti pädevuse hindamisel arvestama praktilist töökogemust, töö tulemuslikkust ja erialast enesetäiendust. Arst peaks pädevuse hindamise komisjonile esitama viimase viie aasta töö kirjelduse/ tegevuse aruande ning võimalusel tuleks kasutada töö mahu ja kvaliteedi hindamiseks objektiivseid näitajaid (näiteks töötundide arv, lõikustundide arv, teostatud protseduuride arv, punktisüsteem jne). Aruandes peaksid kajastuma ka muud arsti professionaalsust iseloomustavaid tegevused, nagu näiteks uute diagnostiliste või ravivõtete rakendamine, osalemine asutusesisestes tegevusjuhiseid ja standardeid koostavates töörühmades ja ravikvaliteedi komiteedes jne. Vajadusel kinnitab arsti tegevuse aruande tööandja või otsene ülemus. Kui arst ei ole oma erialal töötanud rohkem kui viis aastat, võib erialase pädevuse taastamiseks nõuda eksami sooritamist. Lisaks praktilisele töökogemusele on oluline hinnata ka arsti erialaseid enesetäiendusi.

Pädevuse hindamisel tuleb kasutada mõlemat kriteeriumit ning kui pädevuse hindamist taotleb arst ei vasta esitatud standarditele, ei saa pädevuskomisjon ka vastavat otsust teha. Erialaseltidel on õigus muuta pädevuse hindamise kriteeriumeid rangemaks, kui selleks on põhjendatud vajadus, näiteks nõuda teoreetilise või praktilise eksami sooritamist arstilt, kes ei ole praktiseerinud 5 aastat või kauem erialal, millel ta taotleb enda pädevuse hindamist.

5.3.3. Õdede/ämmaemandate pädevuse hindamise kriteeriumid ja süsteem

Pädevuse nõuded ning hindamise korraldus on ka õdede ja ämmaemandate puhul reguleeritud vastavalt sotsiaalministri 15.12.2004 määrusele nr 128 „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“. Määrus sätestab kutse- ja erialaühendustele kohustuse välja töötada nõuded pädevuse hindamiseks ja moodustada hindamise läbiviimiseks komisjon. 2017. aasta 1. veebruarist hakkas kehtima uus mõningaste muudatustega pädevuse hindamise kord.

Pädevuse hindamise perioodi pikkuseks on viis aastat. Selleks, et pädevuse hindamist taotleda, peab õde või ämmaemand pädevuse hindamisele eelneva viie aasta jooksul töötama täiskoormusega vähemalt kaks aastat (või osalise koormusega mahu, mis vastab 2 aasta täiskoormusega töötundide arvule). Maksimaalne mittepraktiseerimise aeg pädevuse hindamisele eelneva viie aasta jooksul võib olla 3 aastat. Kõrgemat pädevuse taset võib taotleda enne viie aasta möödumist eelmise taseme määramisest, kui kõik kõrgemale pädevuse tasemele vastavad nõuded on täidetud.

Õdede ja ämmaemandate pädevuse hindamisel kasutatakse järgmisi kriteeriume:

- praktiline töökogemus ja tööanalüüs – töökirjeldus, mille käigus pädevuse hindamist taotleb isik analüüsib oma tööalaseid tegevusi ja enesearengut etteantud skeemi kohaselt;

⁸⁸ Praxis, 2013. Ülevaade arstlike erialade arengukavadest

- kutsealane enesetäiendus;
- vajadusel pädevuseksam või -test, juhul kui inimese praktiline töökogemus ja/või kutsealane enesetäiendus ei vasta nõuetele.

Kuni 2010. aastani võisid pädevuse hindamist taotleda nii kutsekesk- kui kutsekõrgharidusega õed ja ämmaemandad, kuid alates 2010. aastast on õdedel pädevuse hindamise eelduseks kutsekõrg- või rakenduskõrghariduse olemasolu.

5.4. Valdkonna õppe kvaliteet

Eestis pakutava kutse- ja kõrghariduse kvaliteedi hindamist korraldab Eesti Kõrg- ja Kutsehariduse Kvaliteediagentuur (EKKA). Kvaliteedi hindamises osalevad sõltumatud eksperdid, nende seas valdkonna tööandjad, kõrghariduses ka väliseksperdid ja üliõpilased. Alapeatükkides 5.4.1 ja 5.4.2 on toodud kokkuvõtte EKKA ekspertide koostatud hindamisaruannetest TH valdkonna õpet pakkuvas koolides toimunud hindamistest ning kõrvutatud neid OSKA rakendusuuringu osalenud ekspertide hinnangutega.

Nõuded õppele on kehtestatud vastavate seaduste ja standarditega. Kõrghariduses on keskne ülikooliseadus⁸⁹, TÜ tööd reguleerib Tartu Ülikooli seadus ja rakenduskõrgkoolide tööd rakendus- kõrgkooli seadus⁹⁰. Nõuded õppekavadele on reguleeritud kõrgharidusstandardiga⁹¹, millele eelnevad seadused omakorda viitavad. Kutseõppe nõuded on kehtestatud kutseõppeasutuse seadusega⁹², mis omakorda viitab kutseharidusstandardile⁹³. Õppekava koostamise aluseks on reeglina riiklikud õppekavad ja kutsestandardid.

Kõrghariduse kvaliteedi hindamine toimub kahes vormis: institutsionaalne akrediteerimine ja õppekavagrupi kvaliteedi hindamine. Esimeses hinnatakse iga 7 aasta järel õppeasutuse tegevuse vastavust õigusaktidele ning kooli eesmärkidele ja arengukavale. Täisakrediteering antakse 7 aastaks, komisjon võib ka teha otsuse akrediteerida 3 aastaks.

Kutseõppes on seni toimunud akrediteerimine õppekavarühmade vaates, täisakrediteering antakse 6 aastaks.

5.4.1. Kõrgharidus

TÜ meditsiini ja tervishoiu õppekavagrupi (ÕKG) õppekavade rahvusvahelisel hindamisel on EKKA hindamisaruannetes välja toodud tugevused ja parendusvaldkonnad.

Meditsiini ÕKG: arstiteadused, hambaarstiteadused ja proviisori integreeritud õppe õppekavad

Õppekavagrupi õppekavade hindamisel toodud **soovitused**.

⁸⁹ <https://www.riigiteataja.ee/akt/110072012028?leiaKehtiv>

⁹⁰ <https://www.riigiteataja.ee/akt/103032011023?leiaKehtiv>

⁹¹ <https://www.riigiteataja.ee/akt/13255227?leiaKehtiv>

⁹² <https://www.riigiteataja.ee/akt/102072013001?leiaKehtiv>

⁹³ <https://www.riigiteataja.ee/akt/128082013013?leiaKehtiv>

Arstiteadused

- sisseastumisel hinnata ka mitte-erialaseid teadmisi, nt kutsesobivust;
- kaardistada õppekava vastavus saavutatavate õpiväljunditega;
- kaasata üliõpilasi ja residente õppeprogrammide parendustegevustesse;
- keskenduda õppes ka pehmete oskuste nagu suhtlemis-, meeskonnatöö- ja juhtimisoskuste saavutamisele;
- kasutada õppes enam erinevaid aktiivõppe meetodeid;
- suurendada õppejõudude omavahelist koostööd ainete suuremaks integratsiooniks, ühtlasi vähendada kattuvusi õppeainete vahel;
- hinnata kõrvuti teadmistega ka saavutatud oskusi ja hoiakuid;
- valida sobivad õppemeetodid kliiniliste teemade õpetamiseks ja hindamiseks;
- kliiniline õpe peaks toimuma kõrvuti Tartu Ülikooli Kliinikumiga ka teistes tervishoiuasutustes.

Proviisor

- keskenduda õppes enam proviisori kui apteegitöötaja väljaõppele;
- vähendada faktiõppe osakaalu proviisori õppes;
- tagada praktika toimumine erinevate piirkondade haiglates ja apteekides;
- arendada tudengite suhtlemisoskust eesmärgiga saavutada parem kommunikatsioon nii patsientide kui teiste tervishoiutöötajatega;
- tagada nüüdisaegse sisustusega õppelaborite olemasolu;
- suurendada rahvusvahelist teadus- ja arendustööd.

Hambaarstiteadus

- suurendada kliinilise õppe osakaalu kohe õppe algusest;
- arendada välja doktoriõppe programm hambaarstiteaduses;
- tagada jätkusuutlik õpikeskkonna kaasajastamine;
- arendada vene rahvusest tudengite eesti keele oskust.

Tervishoiu ÕKG: füsioteraapia (bakalaureuse- ja magistriõpe), rahvatervishoiu (magistriõpe) ja õendusteaduse (magistriõpe) õppekavad

Õppekavagrupi õppekavade hindamisel esile toodud **tugevused**:

- õppekeskkond on tänapäevane ja atraktiivne, nüüdisaegse sisseseadega simulatsioonitehnika ja laborid pakuvad suurepäraseid võimalusi praktiliste oskuste arendamiseks;
- õppematerjalid on suurepärasel tasemel, raamatukogu pakub laialdast valikut tänapäevasest õppe- ja teaduskirjandusest;
- õppe läbiviimist toetab rahvusvaheline teadusalane koostöö. Õppejõud osalevad siseriiklikes ja rahvusvahelistes teadusprojektides, millesse kaasatakse ka üliõpilasi. Õppejõud avaldavad kõrgetasemelisi publikatsioone;
- üliõpilaste nõustamine toimib hästi;
- koostööpartnerid on rahul õppekavade sisu ja lõpetanute erialase kompetentsiga;
- kõigi õppekavade üliõpilaste jaoks on tagatud väga head kliinilised praktikakohad koos sobiva juhendamissüsteemiga;
- õppetöö läbiviimist toetavad heal tasemel IT-lahendused.

Õppekavagrupi õppekavade hindamisel toodud **soovitused**:

- üliõpilaste võrdse kohtlemise ning neile võimalikult kvaliteetse tagasiside andmise huvides nende akadeemilise ja kliinilise edasijõudmise kohta, tuleks üliõpilaste hindamisprotsessi kaasata välishindajaid;
- õppekavad tuleks üle vaadata, et vähendada kattuvusi õppeainete vahel;
- kaaluda võiks ämmaemanda magistrikava väljatöötamist ja rakendamist;
- soovitatav on laiendada kliinilise praktika võimalusi üliõpilastele ning koolitada välja enam praktikajuhendajaid;
- tarvitusele tuleks võtta meetmed üliõpilaste mobiilsuse suurendamiseks ja väljalangevuse vähendamiseks;
- enam tuleks pöörata tähelepanu õppejõudude järelkasvu tagamisele. Senine edutamissüsteem oleks vaja üle vaadata ning luua õppejõududele selged karjääri võimalused;
- tagada, et õppejõudude töökoormuse jaotus võimaldaks neil õppetöö kõrvalt pühendada piisavalt aega ka doktorikraadi omandamisele ja teadustööle. Doktorikraadiga õppejõude peaks olema rohkem.

Tervishoiukõrgkoolid tervishoiu ja meditsiini ÖKG

Õppekavagruppide õppekavade hindamisel esile toodud **tugevused**:

- õppekeskkond on igati tänapäevane ja atraktiivne;
- simulatsioonitehnika ning hästisisustatud laborid pakuvad suurepäraseid võimalusi praktiliste oskuste arendamiseks;
- õppematerjalid on suurepärasel tasemel, raamatukogu pakub laialdast valikut tänapäevasest õppe- ja teaduskirjandusest;
- õppe läbiviimist toetab rahvusvaheline teadusalane koostöö;
- üliõpilaste nõustamine toimib hästi;
- koostööpartnerid on rahul õppekavade sisu ja lõpetanute kompetentsiga;
- kõigi õppekavade üliõpilaste jaoks on tagatud väga head kliinilised praktikakohad koos sobiva juhendamissüsteemiga;
- õppetöö läbiviimist toetavad heal tasemel IT-lahendused (ÕIS, Moodle, vaba ligipääsuga elektroonilised andmebaasid).

Õppekavagruppide õppekavade hindamisel toodud **soovitused**:

- õppekavad tuleks üle vaadata, et vähendada kattuvusi õppeainete vahel;
- enam tuleks pöörata tähelepanu õppejõudude järelkasvu tagamisele. Senine edutamissüsteem oleks vaja üle vaadata ning luua õppejõududele selged karjääri võimalused;
- tuleb tagada, et õppejõudude töökoormuse jaotus võimaldaks neil õppetöö kõrvalt pühendada piisavalt aega ka doktorikraadi omandamisele ja teadustööle. Doktorikraadiga õppejõude peaks olema rohkem;
- võttes arvesse eesti tööturu vajadusi, tuleks uurida võimalusi lõpetajate arvu suurendamiseks kõrgkooli õppekavadel;
- õppetöösse tuleks kaasata enam välisõppejõude;
- õppekavade praeguse ülesehituse tõttu on üliõpilastel keeruline osaleda rahvusvahelises mobiilsuses. Õppekavu tuleks modifitseerida nii, et nende ülesehitus soodustaks üliõpilaste välismobiilsust ja aitaks tõsta mobiilsuses osalevate üliõpilaste arvu.

Lisaks EKKA aruannetele on õppe kvaliteedi kohta oma **hinnanguid andnud ka uuringu läbiviimise käigus intervjueritud tööandjate esindajad**. Nende antud hinnangud kattuvad mitmes punktis EKKA aruannetes tooduga. Samu probleemkohti toodi välja Eesti Nooremärstide Ühenduse temaatilise arutelu-seminari käigus. Tööandjate esindajad on esile toonud õppe **tugevustena**:

- kõrghariduse erinevate tasemete ja kutsehariduse koolilõpetajate häid erialaseid oskuseid;
- koolide ja tööandjate üha tihenevat koostööd – tööandjaid kaasatakse lisaks õppeprotsessis osalemisele ka õppekavade arendamisse.

Võimalike arengutena toodi intervjuudes välja järgmist:

- pöörata suuremat rõhku õppijate praktiliste oskuste arendamisele;
- farmatseudi ja proviisori õppe suuremaks integreerimiseks jagada senine integreeritud 5-aastane proviisorite õpe 3 + 2 (ühis)õppekaval baseeruvaks õppeks. 3-aastase kõrgharidustasemel õppe läbimisel omandavad õppijad farmatseudi kutse ning jätkates õpinguid magistriõppes on võimalik saada proviisori kutse;
- kaaluda Tartu Ülikoolis arstiõppe residentuuri analoogina tasemeharidusjärgselt kliinilise proviisori spetsialiseerumise võimalust;
- tugevdada õppijate psühholoogiaalast ettevalmistust;
- kaaluda Tartu Ülikoolis füsioterapeudi ühisõppekava loomist ja/või õppetöö ühitamist kõrghariduse esimesel astmel Tartu Tervishoiu Kõrgkooliga;
- arendada tudengite suhtlemisoskust eesmärgiga saavutada parem kommunikatsioon nii patsientide kui teiste tervishoiutöötajatega.

5.4.2. Kutseharidus

Tervishoiukõrgkoolide **tervishoiu ja sotsiaalteenuste** õppekavarühm (ÕKR)

Õppekavarühmade hindamisel esile toodud **võtmetugevused**:

- ÕKRI paiknemine kõrgkoolis annab olulise lisaväärtuse õppetöö kvaliteedile – oskus ja kompetents rakendada ning kasutada kooli kõrghariduse siduserialade õpetamise taset õppekavarühma kvaliteedi tagamisel;
- õppekavade eesmärkide saavutamist ja õppija arengut toetavad läbimõeldud tegevused – õppekavade loogiline ning sisuline ülesehitus, praktikakorraldus, erialaspetsialistide kaasatus, nüüdisaegne õpikeskkond, teooria ja praktilise töö tihe seostamine, paindlik õppetöö korraldus;
- hooldustöötaja ning erakorralise meditsiini tehnika erialadel hästi korraldatud praktika, mis toimub regiooni suurtes haiglates ja hooldusasutustes ning tänapäevaste õppevahendite rakendamine õppetöös sh praktilises õppes – see kõik tagab erialaste oskuste omandamise õppetöös ja praktika ajal ning seeläbi tööjõuturul konkurentsivõimelise töötaja väljaõppe, millest annab tunnistust kõrge konkurss õppekohtadele ning kõigile hooldustöötaja eriala lõpetanutele kutse andmine;
- vilistlaste ning praktikaettevõtete positiivne tagasiside õppetöö korraldusele ja õppijate konkurentsivõimele;
- õppijate teadlik valik ning valmisolek valdkonnas rakenduda;
- kvalifitseeritud ning motiveeritud personali olemasolu;

- järjepidev koostöö tööandjatega, tööandjad on kaasatud nii õppetöösse kui ka arendustegevustesse.

Peamised arenguvaldkonnad:

- viienda taseme erakorralise meditsiini tehniku õppe vajaduse analüüs ning ettevalmistus õppe avamiseks;
- olemasolevate õppekavade (nt erakorralise meditsiini tehniku eriala õppekava) laialdasem regionaalne (erinevad struktuuriüksused) rakendamine;
- innovaatiliste õpikeskkondade ja e-õppe laialdasem kasutamine õppeprotsessis.

Uuringu läbiviimise käigus intervjuueeritud tööandjate esindajate antud hinnangud kattuvad EKKA aruannetes tooduga ka kutsehariduse puhul. Tööandjate esindajad tõid esile tihedat koostööd koolidega õppekavade arendamisel, praktikakohtade pakkumisel ja praktika läbiviimisel, samuti täiendusõppe pakkumisel. Kiideti ka koolilõpetajate häid erialaseid teadmisi ning praktilisi oskusi. Uuringu käigus esile tõstetud positiivsed näited koolide suutlikkusest töömaailma vajadustele vastata seostuvad töökohapõhise õppe koolitustega haiglates töötavatele ilma erialase õppeta hooldustöötajatele.

5.5. Olulisemad järeldused

Arstiõppe viimase viie õppeaasta jooksul on hariduse omandanute arv olnud aastati kõikumine 135 lõpetajat aastas. Lähimal paaril aastal on oodata lõpetajate arvu väikest langust, kuna sisseastujate arvud veidi vähenesid. Hambaarstide ja proviisorite õppe lõpetajate arvudes ei ole vastuvõttust tingituna muudatusi ette näha. OSKA TH valdkonnaga seotud kõrghariduse õppekavadel on katkestajate osakaal oluliselt madalam kui kõrghariduses tervikuna. Väga madal katkestamise määr on arstiõppes õppijatel, viimase viie aasta keskmine katkestamise määr on 4%, samas proviisori õppes on vastav näitaja 13%.

Rakenduskõrgharidusõppe suurim langus on õe põhiõppe lõpetajate arvus, mis on tingitud vahepealsest vastuvõttuarvude vähenemisest. Aastast 2017/2018 on oodata lõpetajate arvu olulist kasvu, kuna sisseastujate arv on suurenenud. Farmatseutide lõpetajate arvu langes 2015/16 kümne võrra eelnevate aastatega võrreldes, see on põhjustatud vastuvõtu samaväärsusest vähendamisest.

Doktoriõppe lõpetajaid on TH õppekavadel olnud viimase viie õppeaasta jooksul keskmiselt 18 aastas. Doktoriõpet soosib valdkonna tööandjate toetav suhtumine töötajate doktorikraadi omandamisse, mis üldjuhul seondub ka kutsetööga.

Eesti kutse- ja kõrghariduse välishindamist teostava EKKA ekspertide ning uuringu käigus küsitletud ekspertide hinnangud tervishoiu valdkonnas pakutava hariduse kvaliteedile ja parendusvaldkondadele kattuvad olulistel punktides. Nt on esile toodud lõpetajate väga häid erialaseid teadmisi ja oskusi ning tihedat koostööd tööandjate ja koolide vahel. Samuti on viidatud vajadusele tõsta arstlike erialade (psühhiaatria, erakorraline meditsiin ja peremeditsiin) ning hooldustöötajate eriala atraktiivsust. Oluliseks on peetud ka katkestamise määra vähendamist proviisori õppes, praktilisemaid oskusi tagavate õppemeetodite rakendamist ning üldoskuste arendamist.

Tervishoiutöötajate arendamiseks ja kompetentside tõstmiseks vajalik iga-aastane täienduskoolituse kohustus on määrusega sätestatud. Koolituse korraldamise vastutus on tervishoiuteenuse osutajal, kes peab tagama igale tervishoiutöötajale erialase koolituse vähemalt 60 tunni ulatuses ja hooldajale

kutsealase koolituse vähemalt 16 tunni ulatuses aastas. Peamised erialaste täienduskoolituste korraldajad on erialaliidud, kes koondavad teadmise liidu liikmetele vajalike koolitusteemade kohta. Ekspertide sõnul on probleem koolitustega spetsiifilistel teemadel, mille pakkujaid ei ole võimalik Eestist leida. Sellisel juhul kasutatakse võimalust ja tellitakse koolitaja Eestisse või saadetakse töötaja koolitustele väljapoole Eestit koos kohustusega koolituse järgselt oma teadmisi jagada. Lisaks erialaliitudele pakuvad ka kõrg- ja ülikoolid õpet nii erialaste- kui üldoskuste täiendamiseks.

Valdkonna olulisim täienduskoolituse vajadus lähiaastatel tuleneb tehnoloogia kiiretest muutustest. IT kasutamise koolitus võib osutuda vajalikuks eelkõige valdkonna keskmisest vanemale tööjõule. Valdkonnaspetsiifiliste IT-oskuste osas hindasid eksperdid, et järjest enam on vaja omandada küberturvalisuse tagamisega seotud oskusi.

Tervishoiu valdkonda sisenemiseks on reeglina eelduseks erialase hariduse olemasolu, kuid valdkonna tööjõunõudluse rahuldamiseks on hooldustöötaja kutsealale võimalik siseneda ka täiendus- või ümberõppe läbinutel.

Tervishoiu valdkonna töötajaskonna ettevalmistus on väga ressursimahukas. Ligi kolmveerand valdkonna töötajatest liigituvad tippspetsialistide hulka, kelle keskhariduse järgne ettevalmistus kestab 3,5–11 aastat. Kui piisavate teadmiste ja oskustega töötajaid valmistatakse ette liiga väikesel arvul, seab ohtu teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse. Liiga paljude töötajate ettevalmistamine võib aga riigi vaatenurgast olla ressursi raiskamine, kui omandatud oskused jäävad kasutamata või töötaja asub end realiseerima teises riigis.

6. Valdkonna tööjõunõudluse ja -pakkumise võrdlus

Nagu näha tabelis 16, on lähitulevikus kõige probleemsem õdede ja farmatseutide kutseala kasvuvajaduse teenindamine ning proviisorite asendusvajaduse katmine. Olukorda võib lugeda heaks bioanalüütikute, erakorralise meditsiini tehnikute, füsioterapeutide, radioloogiatehnikute, hooldustöötajate ja psühholoogide tasemeõppega. Kaalutluskohaks on vastuvõtuarvud arstide, hambaarstide ja ämmaemandate väljaõppes.

Valdkonna vajadus uue tööjõu järele sõltub peamiselt kahest tegurist – vanuse tõttu tööturult lahkuvate töötajate asendamine ning hõivatute arvu kasv või kahanemine valdkonna kutsealadel ja põhikutsealadel. Teisalt on ka kutsealasid, kus olulisel kohal on väljaränne. Kutsealade lõikes on olulisi erinevusi.

Kõrvutades **õdede** tööjõuvajadust prognoositava hariduspakkumisega ilmneb, et tänane lõpetajate arv suudab pakkuda küll asendust tööturult lahkujatele, kuid ei suuda piisaval määral teenindada kasvuvajadust. Planeeritud vastuvõtuarvuga jätkates jääb arvestuslikult puudu kokku 467 õde. Seega tuleb soovitud tasemeni jõudmiseks tõsta õdede vastuvõtuarv vähemalt 580-le. Kiiveti, Viski ja Raagi 2013. aastal koostatud⁹⁴ õdede arvu prognoosis jõuti järelduseni, et soovides aastaks 2032 saavutada Eestis Euroopa Liidu ja OECD riikide keskmine tase – kolm õde ühe arsti kohta – peab vastuvõtt õe õppesse kasvama ligi 800-ni. Ometi puudub nii jõulise tõusu järele vajadus, kuna väljaränne on oluliselt vähenenud.

Arstide põhiõpe, tingimusel, et suudetakse jätkata senise lõpetamismääraga, suudab üldjoontes teenindada tuleviku tööjõuvajadust. Autorite arvutuste kohaselt jääb perioodil 2017-2025 keskmiselt vastamata 2 arsti asendusvajadusele aastas. Arvestades, et kõik prognoosi eeldused põhinevad kas minevikutrendidel või eksperthinnanguil, saab kõrvalekallet lugeda ühelt poolt nõ lubatuks. Kui väheneb katkestamine, väheneb väljaränne ja suureneb tagasiränne, siis nimetatud puudujääki ei teki. Teisalt peab aga arvestama seda, et jätkusuutmatu ravikindlustuse süsteemi kontekstis võivad halveneda töötingimused (sh palgatingimused), mis omakorda võib väljarännet kiiresti suurendada. Samas ei suuda haridussüsteem vastata kiiresti muutuvale olukorrale – arsti põhiõppe kestus on 6 aastat ning väljarände hoogustumisel võib tekkida tööjõupuudus. Seega on teiselt poolt põhjendatud riskide maandamiseks arstide vastuvõtuarve suurendada.

Minnes tasemehariduse järgse spetsialiseerumise kontekstis üksikute erialade tasandile (vt valdkonnapõhist käsitlust lisas 7), on pilt oluliselt probleemsem. Perioodil 2017–2025 vajab vanuse tõttu asendamist keskmiselt 33,7 perearsti aastas ning sealt edasi 2030. aastani 30,2 perearsti aastas. Sellele lisandub veel võimalik väljaränne (2,5). Seega tuleb nentida, et senise peremeditsiini residentuuri vastuvõtuarvuga ei suudeta asendusvajadust teenindada ja igal aastal jääb keskmiselt 9 perearsti puudu. Ja seda olukorras, kus perearstide ülekoormuse kahandamiseks oleks oodatav, et lisaks asendusvajaduse katmisele kasvatatakse perearstide arvu aastas 4 võrra.

Enne, kui kujundada lõplik hinnang arstiõppe vastuvõtuarvude piisavusele, väärrib põhjalikumat analüüsi pensioniealiste arstide motivatsioon töötamist jätkata. Kui saab toetust hüpotees, et arvestatava hulga pensionieas arstide puhul on tööelus jätkamise peamiseks põhjuseks noorte arstide puudus piirkonnas ning asendustööjõu saabumisel kahandatakse tõenäoliselt koormust või lahkutakse

⁹⁴ Kiivet, R.-A.; Visk, H.; Raag, M. (2013). Õdede arvu prognoos aastaks 2032. Eesti Arst, 92 (11), 616–626.

tööjõust, peab haridussüsteem pakkuma kavandatust oluliselt enam lõpetajaid, kes oleks seejuures valmis ka keskustest eemal tööle asuma. Sellega seondub aga järgmine võimalik probleemkoht – intervjueeritute sõnul domineerivad arstiõppesse vastuvõetute seas Tallinna ja Tartu nn eliitkoolide lõpetanud, kes on väga häid riigieksamite tulemusi arvestades teiste koolidega võrreldes eelisseisundis. Enamasti soovivad nende koolide lõpetanud jääda ka tööle emba-kumba linna, mistõttu ei paku nad leevendust maakondlike üldhaiglate ja perearstipraksiste tööjõupuudusele. Seega on põhjendatud analüüsida õppurite valmidust siirduda tööle keskustest eemale ja seda valmidust mõjutavaid tegureid. Samuti vajavad sügavamalt analüüsimist rändega seotud aspektid – nii väljarännet kui ka naasmist mõjutavad tegurid. Negatiivset saldot võib tulemuslikult aidata leevendada programm „Arstid tagasi tervishoidu“ ja selle edasiarendustega jätkamine. Seega võib olla ratsionaalne selle meetme rakendamine vastuvõtuarvu edasise tõstmise asemel või kõrval.

Hambaarstiõppes ei suudeta viimaste aastate vastuvõtu- ja lõpetamismääraga pakkuda vajalikul arvul asendust lahkujatele – arvestuslikult jääb puudu ligi 52 hambaarsti, ehk keskmiselt 5,8 hambaarsti aastas. Kuigi nende arvutuste baasilt oleks loomulik eeldada vastuvõtuarvu suurendamist, tuleks enne nende otsuste langetamist analüüsida esmalt kahte aspekti.

- Kuivõrd on hambaarstide väljaränne olnud tingitud hambaravi eriala arengukavas märgitud hambaarstide kõrgest suhtarvust ja sellega seotult töö ebapiisavusest? Kui seda hüpoteesi toetavad reaalelulised näited, ei pruugi tööjõupakkumise suurendamine olla põhjendatud – majanduse tsüklilisust arvestades on järjekordsed tagasilöögid vältimatud, mistõttu võib riik kaotada järjekordse majanduslanguse tingimustes arvukalt hambaarste. Ratsionaalsem võib olla püüdlus tuua Eestist lahkunuid siinsele tööturule tagasi, asjakohane meetmestik vajab täiendavat analüüsi.
- Kuivõrd on võimalik tõsta hambaarstide lõpetamise määra? Olukorras, kus hambaarstide 5-aastases õppes jõuab lõputunnistuseni keskmiselt 82% alustanuist, on ratsionaalne püüda kahandada õppijate kadu, näiteks muuta sisseastumistingimusi või kohandada õppekorraldust.

Tööjõuturg vajab perioodil 2017-2025 kokku 260 **proviisori** asendamist, s.o 28,9 proviisorit aastas. Haridussüsteem aga suudab kokku pakkuda vaid arvestuslikult 56% soovitud arvust ehk 145 proviisorit, s.o aastas 12,8 proviisorit vähem, kui on vajalik. Sellises olukorras oleks küll loomulik soovitada esmajoonel vastuvõtuarvude tõstmist vajaliku määrani, kuid enne selle sammu astumist tuleks ilmselt otsida võimalusi kahandamiseks proviisorite kadusid õppes. Nimelt on proviisorite eduka lõpetamise määr lennu kohta tervishoiu valdkonna kutsealade seas üks madalamaid – lõputunnistuseni jõuab vaid 55% alustanuist. Seega on kriitiline tegeleda proviisoriõppe lõpetamise määra parandamisega. Nii TÜ analüüsi kui ka VEKi soovitudele tuginedes tuleks püüelda farmatseudi ja proviisori ühendõppekava loomise poole, jagades senise integreeritud 5-aastase proviisorite õppe 3+2 (ühis)õppekaval baseeruvaks õppeks. 3-aastase kõrgharidustasemel õppe läbimisel omandavad õppijad farmatseudi kutse ning jätkates õpinguid magistriõppes, on võimalik omandada proviisori kutse. Nii võivad proviisoriks õppijad teha kolmeaastase õppeperioodi järel õpingutes pausi, olles samas tööturul teretulnud. Ja ka vastupidi – farmatseudiks õppinutel on apteegis töötamise alustamise järel võimalik jätkata karjääriteed. Sel moel on paremini juhitavad ka turunõudlusest tulenevad riskid – proviisorite suurema vajaduse korral on võimalik vastata nõudlusele vaid kaheaastase viiteajaga, suurendades vajadusel oluliselt magistriõppekohtade arvu. Ja ka vastupidi – turunõudluse olulisel kahanemisel saab proviisorite õppekohti vastavalt kahandada.

Teiseks – arvestades määramatust selles osas, kuidas mõjutab proviisoriapteekide reform apteegivõrku, on ratsionaalne seda määramatust vähendada, tehes näiteks asjakohase küsitluse proviisorite hulgas⁹⁵, mille raames uuritakse proviisorite valmidust hakata töövõtjast ettevõtjaks, selgitada vajadust täiendavate meetmete järele, mis motiveeriks enam ettevõtlusriski võtma jne. Lisaks on põhjust analüüsida, miks on nii palju (39%) 1970–1980ndatel sündinud proviisorikutsega inimesi jäänud apteegitööst kõrvale, ning kas proviisoriapteekide kontseptsiooni juurutamisel võib kasvada nende huvi naasta apteegitööle.

Kui senise apteegivõrgu säilimisel on üheselt põhjendatud proviisorite oluliselt arvukam ettevalmistamine (vt nt Visk, Themas & Kiivet, 2014), ei pruugi see tulevikus enam nii olla. Tuleb arvestada, et kui 2017. aastast suurendada oluliselt proviisorite vastuvõttu, lõpetab esimene suurearvuline lend õppe alles 2022. aastal. Sel ajal kehtib põhimõtteliselt uus olukord – reformi tagajärjel võib apteekide arv oluliselt kahaneda ja seeläbi võib kahaneda ka tööjõuvajadus ning kõigile ei pruugi enam apteegisektoris väljaõppele vastavat tööd jätkuda.

Eeldades, et **farmatseutide** arv peaks perioodil 2017-2025 viiendiku võrra kasvama, peaks haridussüsteem kasvu- ja asendusvajaduse katmiseks pakkuma 330 lisanduvat farmatseuti, s.o 36,7 farmatseuti aastas. Autorite arvutuste kohaselt jääb soovitud tasemest tänaste vastuvõtu- ja lõpetamistrendide korral puudu 94 farmatseuti, s.o keskmiselt 10,4 farmatseuti aastas. Seega on põhjendatud suurendada soovitud taseme saavutamiseks vastuvõtuarve farmatseudi õppekaval vähemalt 12 võrra. Sellele lisaks, nagu käsitletud proviisori kutseala all, on põhjendatud püüelda farmatseudi ja proviisori ühendõppekava loomise poole, jagades senise integreeritud 5-aastase proviisorite õppe 3+2 (ühis)õppekaval baseeruvaks õppeks. Seega on kõigil vähemalt 3 aastat proviisoriks õppinuil võimalik ka õppe katkestamise korral leida tööturul koheselt rakendust. Samuti ei ole farmatseudi elukutse enam nn hariduslik tupiktee ning farmatseutidel, kes soovivad seniselt positsioonilt edasi liikuda, on võimalik teha seda valdkonna sees magistriõpingute toel proviisori kutse omandamise järel. Täiendavat analüüsi vajab ravimitööstuse mahuga seotud suurenev ootus tööjõule, millega võib kaasneda vajadus suurendada nii farmatseutide kui ka proviisorite pakkumist⁹⁶. Sellegi võimaliku kasvava vajaduse teenindamiseks on ühisõppekava kehtivast lahendusest potentsiaalikum.

Arvutused näitavad, et aastaks 2025 on vaja pakkuda asendust kokku 157 **ämmaemandale** ehk 17,4 ämmaemandale aastas. Arvestuslik 24% kasvuvajadus on tervishoiusüsteemis sisuliselt juba kaetud nende ämmaemandatega, kes ei tee ämmaemanda tööd. Samas peab arvestama, et osa ämmaemandaist, kes on aastaid olnud õe rollis, on kaotanud oma pädevuse ämmaemandana. Ilma täiendava koolitusega ei saa nad asuda ämmaemanda tööülesandeid täitma. Kui eeldada, et täna õena töötavad ämmaemandad ei rakenda oma täielikku pädevust, ja nad jätkavad õena töötamist, ning haridussüsteem jätkab senisega samal hulgal ämmaemandate pakkumist, siis ületab arvutuslikult uute ämmaemandate arv seatud sihti 123 võrra. Seega saab siit ühelt poolt järeldada, et ämmaemandate koolituspakkumine ületab oluliselt nõudlust. Teisalt, arvestades analüüsi aluseks olevaid robustseid eeldusi, on enne lõplike otsuste langetamist vaja olukorda täiendavalt analüüsida. Esiteks vajab

⁹⁵ Näiteks viidi mõneti samalaadne küsitlus läbi Euroopa Liiduga liitumise eel arstide hulgas uurides nende motivatsiooni siirduda liitumise järel Eestist ära välisriikidesse. vt https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Tervisevaldkond/thtuuring.pdf

⁹⁶ vt nt <https://www.med24.ee/farmaatsia/aid-40301/bravo-grupp-ehitab-juri-alevikku-ravimitehase>

hindamist, kas teatud ametikohtadel – nt pere- või kooliõena – töötamine tähendab, et ämmaemand teeb erialast või õe tööd. Mõlemal äsja nimetatud ametikohal võib ämmaemanda pädevus anda üldõe pädevusega võrreldes olulise eelise. Sidusgruppide hinnangul on vägagi ootuspärane ämmaemanda pädevusega töötajate laialdasem rakendamine reproduktiivtervisealases (sh kontratseptsioonialases) nõustamises, koolinoorte seksuaaltervisealases nõustamises ning veelgi laiemalt imetamise ning väikelapse hooldamisega seotud küsimustes. Arvestades õdede nappust tervishoius saavad just ämmaemandad pakkuda teatud ametikohtadel olulist tööjõuleevendust. Seotult vajab vastamist küsimus, kuidas peaksid esmatasandi tervisekeskuste kontseptsioonis rakenduma seni pereõe rollis olnud ämmaemandad. Kas eelistatum on nn puhas ämmaemanda roll või on võimalik pereõe ja ämmaemanda rolli jätkuvalt ühendada? Neist esimese valiku eelistamine suurendab ka ämmaemandate tööjõuvajadust.

Tulevikuvajaduste teenindamisel on kohane täiendav analüüs, millises ulatuses ja millistel tingimustel on võimalik seni pikalt õe rollis olnud ämmaemandaid hõlmata ämmaemandate kasvu- ja asendusvajaduse rahuldamisse. Näiteks ei pruugi aastaid õena töötanud vanemaealised ämmaemandad olla motiveeritud täienduskoolitusi läbima ning nende arvelt on kasvuvajaduse teenindamiseks värsked lõpetanud igati teretulnud. Kui aga analüüs näitab, et oluline hulk ämmaemandaid sooviks end erialaselt teostada, ja õe rollis olemine on olnud sunnitud valik, võib ressursside otstarbekaks rakendamiseks olla põhjendatud uute ämmaemandate juurdevoolu mõneti kahandada ja suunata see ressurss pigem õdede väljaõppesse. Igal juhul vajab ämmaemandate koolituspakkumise ja tööjõuvajaduse vastavuse osas lõpliku hinnangu kujundamine täiendavate diskussioonide ja analüüside toel põhjalikku kaalutlemist.

Hooldustöötajate puhul on tööjõuvajaduse ja koolituspakkumise võrdlus problemaatiline. Nagu käsitletud peatükis 4.7, vajavad perioodil 2016–2025 tõenäoliselt pooled aastal 2015 hooldustöötajana töötanuist asendamist – osa vanuse tõttu ja osa sektorist välja või teistele kutsealadele siirdumise tõttu. Kui hooldustöötaja tasemeõppes jätkatakse seniste lõpetamismääradega, omandab perioodil 2017–2025 hooldustöötaja kvalifikatsiooni orienteeruvalt 1750 inimest. Neist oluline osa siirdub tööle sotsiaalhoolekandesse ning arvestuslikult saab tervishoiu valdkond arvestada sel perioodil 1140 kvalifikatsioonini jõudva hooldustöötajaga. Tuleb tähele panna, et enamik kvalifikatsiooni omandajatest juba töötab, olles enamasti sisenenud süsteemi kvalifikatsioonita hooldustöötajana. Eeldades, et vanuse tõttu lahkujate seas on kvalifikatsiooni omajaid vähem ja uued kvalifikatsiooni omandajad on keskmisest nooremad, saab järeldada, et sel perioodil toimub järjepidev tööjõu kvalifikatsiooni tõstmine ning haridussüsteem suudab üldjoontes teenindada tööturu ootusi. Teisalt on ka 2025 perspektiivis tervishoiusüsteemis koht ilma kvalifikatsioonita hooldustöötajatele.

Kõrvutades prognoositavat **bioanalüütikute** keskmist lõpetajate arvu (21,9 kalendriaastas) kutseala aastase kasvuvajaduse (7,3 aastast), pensionile minekust tuleneva asendusvajaduse (10,9) ja arvestusliku erialaselt töölt kõrvale jääjatega (1 aastast), ilmneb, et senise lõpetajate arvuga suudab tasemeharidussüsteem tööturu vajadusi teenindada. Pakkumine ületab perioodil arvestuslikku nõudlust 24 bioanalüütiku võrra (s.o 2,6 aastast). Samas peab siinkohal arvestama, et olukorras, kus oluline hulk meditsiinilabori spetsialistidest ei ole bioanalüütiku erialase haridusega, võib tööjõuvajadus olla oluliselt suurem. Teisalt ei tähenda see, et kõik need teistsuguse haridusliku ettevalmistusega inimesed, kes on laborandina tööle asunud, vajaksid tulevikus asendamist – enamasti nõuab nende rakendamine meditsiinilabori töös esmalt tööandjailt ajamahukamat koolitamist ja juhendamist, mille järel on nad suutelised töötama samaväärselt bioanalüütiku

haridusega inimestega. Oluline on, et tasemeharidussüsteem suudab pakkuda piisavalt töötajaid vabanevatele ja uutele ametikohtadele.

Püüdes hinnata, kuidas suudab haridussüsteem teenindada **koolipsühholoogide** ja **kliiniliste psühholoogide** arvu kasvuvajadust, tuleb arvestada, et magistriastme haridus on akadeemilise baasharidusena vaid eeltingimus nimetatud kutsemi jõudmisele. Kutsemi jõudmine peab toimuma tasemehariduse järel juhendatud praktika toel. Eeldades, et lähitulevikus püsib psühholoogias magistrihariduse omandamine senisega samal tasemel, st keskmiselt lõpetab 43,7 inimest aastas, saab järeldada, et kui ka vaid pooled neist lõpetanuist püüdleksid kliiniliseks psühholoogiks või koolipsühholoogiks, oleks võimalik teenindada mõlema kutseala kasvuvajadust ja pakkuda asendust pensionile mineku tõttu tööelust eemale jääjatele. Koolipsühholoogide puhul tekitab hinnanguliselt aga oluliselt suuremat asendusvajadust psühholoogide edasiliikumine teistele ametikohtadele. Sellele probleemkohale vastamine ei peaks olema aga tasemeharidussüsteemi ülesanne, on tähtis esmalt luua töötingimused, mis väärtustaks tööd koolipsühholoogina.

Kliiniliste psühholoogide ettevalmistamiseks soovitud mahus võib olla vajalik juurutada korralduslik lahendus, mis sarnaselt arsti- ja õpetajakoolitusega tagaks juhendatud praktiseerimise kuni vajaliku pädevuse saavutamiseni. Kuigi ka praegu läbivad psühholoogid kliinilise psühholoogi kutse omandamiseks juhendatud kutseasta kliinilises keskkonnas, ei ole see väljaspool kutsestandardit reguleeritud. Sedastatuna Praxise teostatud Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamise Tervishoiu tööjõu valdkonna raportis⁹⁷ – olukorras, kus valitsuse tasandil kinnitatakse Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu seab mitmete teenuste osutamisel tingimuseks kliinilise psühholoogi kvalifikatsiooni olemasolu, oleks ootuspärane, et riiklikult on tagatud ka vajaliku kvalifikatsioonini jõudmine.

Võttes ühelt poolt arvesse prognoositavat **füsioterapeutide** keskmist lõpetajate hulka kalendriaastas (56,6) ja teisalt kutseala aastast kasvuvajadust (21), pensionile minekust tulenevat asendusvajadust (4) ja suhteliselt suurt erialaselt töölt varem või hiljem kõrvale jäänute osakaalu (22,7 aastas), ilmneb, et seniste lõpetajate arvudega suudab tasemeharidussüsteem teenindada tööturu vajadusi suurepäraselt. Pakkumine ületab arvestuslikku nõudlust 81 füsioterapeudi võrra (s.o 9 füsioterapeuti aastas). Selles kontekstis on lähiaastatel soovitatav jätkata füsioterapeutide koolituspakkumist samaväärses mahus – eelduslikult saab sel moel luua võimalused füsioteraapiateenuse edukaks rakendamiseks esmasjärgel kõigides Eesti piirkondades, ilma et seeläbi oleks oluliselt mõjutatud füsioteraapia pakkumine eriarstiabis.

Kõrvutades prognoositavat **radioloogiatehnikute** keskmist lõpetajate arvu (17,6 kalendriaastas) kutseala aastase kasvuvajaduse (6,4 aastas), pensionile minekust tuleneva asendusvajadusega (7,7) ja arvestusliku erialaselt töölt kõrvale jääjatega (1,5 aastas – Tartu Tervishoiu Kõrgkooli andmetel asub radioloogiatehniku õppe lõpetanutest erialasele tööle 90-95%), ilmneb, et senise lõpetajate arvuga jätkates suudab tasemeharidussüsteem tööturu vajadusi teenindada. Pakkumine ületab perioodil arvestuslikku nõudlust 18 radioloogiatehniku võrra (s.o 2 aastas).

⁹⁷ <http://www.praxis.ee/tood/rahvastiku-tervise-arengukava-ja-eesti-riikliku-hiv-ja-aidsi-strateegia-hindamine/>

Tabel 16. Tööjõu nõudluse ja pakkumise võrdlus

Kutseala	Hõivatud	Hõive muutus 2017–2025	Arvuline hinnang vajadusele 2025	Nõudlus: uue tööjõu vajadus (aastas)							Pakkumise ja nõudluse vahe aastaks 2025	Prognoositav taseme-hariduse pakkumine
				Kasv	Vajadus kokku aastaks 2025	Vajadus aastas kokku	sh asendus-vajadus seoses pensionile minekuga	sh asendus-vajadus seoses välja-rändega	sh asendusvajadus seoses teistesse sektoritesse tööle minemisega	sh kasvu-vajadus		
Arstid	4722	↘	4512	-4%	1 321	146,8	133,9	34,3	2	-23,4	-34	1287
Perearstid	941		975	4%	360	40	33,7	2,5	hõlmatud eelmises	3,8	-114	246
Hambaarstid	1348	→	1348	0%	282	31,3	22,9	8,4		0	-52	230
Proviisorid	942	→	942	0%	260	28,9	27,9		1	0	-115	145
Õed	9002	↑↑	11033	23%	3947	438,5	134	58,6	20,2	237,7	-419	3 635
Farmatseudid	777	↑↑	942	21%	330	36,7	17,3		1	18,3	-94	236
Ämmaemandad	559	↑↑	564	1%	157	17,3	8,3	6,6	2	0	226	383
Bioanalüütikud	658	↑	724	10%	173	19,2	10,9		1	7,3	24	197
Erakorralise meditsiini tehnikud	553	↑↑	689	25%	374	41,5	9,4		17,0	15,1	0	374
Füsioterapeudid	560	↑↑	750	34%	430	47,7	4	hõlmatud järgmises	22,7	21,1	80	510
Hooldustöötajad	3668	↗	3850	5%								1138
Kliinilised ja koolipsühholoogid	370	↑↑	460	24%	-							395
Radioloogiatehnikud	382	↑	440	15%	141	15,6	7,7		1,5	6,4	18	158

Allikas: autorite arvutused

Haridussüsteem suudab tänase lõpetamise määraga jätkates pakkuda keskmiselt 41 **erakorralise meditsiini tehnikut** aastas. Arvestades pensionile minekust tulenevat aastast vajadust (9,4) ja arvestuslikku kasvuvajadust (15,1 aastas), on tulemuseks kuni 17-inimeseline negatiivne väljavoolusaldo aastas. Toetudes intervjuudele, saab eeldada, et see maht oluliselt suurem, mistõttu ei suudeta kasvuvajadust teenindada. Arvestades EM-tehnikute olulist ülekoormust, on igal juhul põhjendatud suurendada erakorralise meditsiini tehnikute vastuvõtuarve.

7. Tööjõuvajaduse koondkäsitlus. Ettepanekud tööjõu- ja koolitusvajaduse rahuldamiseks

Tervishoiu valdkonna vajadusi on võimalik avada kolme keskse probleemkoha ja nendega seonduvate lahenduste abil.

Tervishoiusüsteem vajab tõhusaks toimimiseks tänasega võrreldes erinevat tööjõustruktuuri.

- Esmatasandi praksiste koondumisega tervisekeskustesse kaasneb esmatasandi meeskonna täiendamine teiste spetsialistidega – ämmaemandate, koduõdede, füsioterapeutidega.
- Teise pereõde lisandumine perearstipraksistesse võimaldab edendus- ja ennetustegevuste osakaalu oluliselt kasvatada (sh pakkuda nõustamisteenuseid, mis on suunatud riskikäitumise ennetamisele või sellest loobumisele, sõltuvushäirete varasele avastamisele ja neile asjakohaste sekkumiste organiseerimisele).
- Teine pereõde perearstipraksises vähendab arsti töökoormust ja teenuse kulusid. Pereõde saab teha ennetavat- ja nõustamistööd, anda nõu kergemate terviseprobleemide ja krooniliste haiguste korral.
- Õendus- ja ämmaemandusabis iseseisvate vastuvõtude laiendamine võimaldab vabastada arstide tööaega eriarsti pädevust eeldatavate ravijuhtudega tegelemiseks.
- Kvalifitseeritud hooldustöötajate osakaalu suurenemine tähendab, et teised tervishoiuspetsialistid ei pea neid nii palju juhendama. Samuti on võimalik suurendada nende tööülesannete hulka ja vastutuse ulatust.
- Kliinilise sekretäri väljaõppega töötajate olemasolu aitab oluliselt kokku hoida teiste tervishoiuspetsialistide tööaega.
- Vajadus vaimset tervist toetavate teenuste järele kasvab märgatavalt. Psühhoterapeutidest kliiniliste psühholoogide laialdasem rakendamine võimaldab leevendada psühhiaatrie töökoormust.

Ettepanekud tegevusteks, mille eesmärk on tervishoiusüsteemi tõhusam toimimine tööjõustruktuuri muutuste toel.

- Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel koostöös Haridus- ja Teadusministeeriumi, tervishoiu- kõrgkoolide ja Eesti Haiglate Liiduga vaadata üle konsensusleppega fikseeritud õdede vastuvõtunumbrid, et kindlustada rahvastiku tervise arengukavas püstitatud eesmärk 9 õde 1000 elaniku kohta. Jätkata ämmaemandate vastuvõttu senises mahus üksnes tingimusel, et ämmaemandatele tuleb juurde reproduktiivtervisega seonduvaid tegevusi ning tervist säilitavaid ja edendavaid ning haigusi ennetavaid tegevusi.
- Tervishoiukõrgkoolide eestvedamisel leida lahendused, et pakkuda ämmaemandate õpet vajadusest lähtuvalt regionaalselt erinevates piirkondades.
- Sotsiaalministeeriumil koostöös Õdedel Liidu ja Hooldustöötajate seltsinguga leida viise hooldustöötaja kutseala prestiiži ning kvalifitseeritud hooldustöötajate osakaalu tõstmiseks hooldustöötajate hulgas.
- Eesti Töötukassal leida võimalusi, et suunata enam sobivate hoiakutega töötajaid hooldustöötajate ümberõppesse.
- Kõrgkoolide eestvedamisel koostöös tööandjate esindajatega koostada täiendusõppekava sekretäridele tööks tervishoiuasutustes ja -keskustes.

- Haridus- ja Teadusministeeriumil koostöös Tartu Ülikooli ja Sotsiaalministeeriumiga töötada välja lahendused kliinilise psühholoogi ja logopeedi kvalifikatsiooni omandamiseks.
- Erialaseltsidel koostöös ülikoolidega leida võimalused üliõpilaste spetsialiseerumisvalikute suunamiseks alatäituvatele arstlikele erialadele.

Tervishoiu valdkonnas töötamine nõuab lisaks tänases õppes pakutavale ka teiste vajalike oskuste olemasolu

- Tervishoiutöötajatelt ja -spetsialistidelt eeldatakse lisaks erialastele teadmistele ja oskustele enam üldiste kompetentside olemasolu, nt suhtlemisoskus, meeskonnatööoskus, tehnoloogia kasutamise oskus (sh e-tervise infosüsteem).
- Kliinilise õppe osakaalu suurendamine proviisori õppes toetab proviisori igapäevatoos vajalikku oskust analüüsida ravimite kasutamist.
- Haigla patsientidele parema raviteenuse osutamiseks peab haiglas töötav proviisor omama kliinilise proviisori spetsialiseerumist. Hetkel Eestis väljaõppe võimalus puudub.
- Eesti tervishoiusüsteemi areng on üha suuremas sõltuvuses uuest meditsiinitehnoloogiast, mis nõuavad spetsiifilist kompetentsi, kuid samas on efektiivsed ja patsienti säästvad. Siia kuulub nii uute kõrgtehnoloogiliste seadmete, ravimite kui ravimeetodite kasutamine. Uute ravimeetodite ja tehnoloogiate kasutamine nõuab ulatuslikumat teadus- ja arendustegevust.
- Täna hambaarsti assistendid on ilma erialase ettevalmistuseta. Ennetustöö ja suutervise alase nõustamise teenuse kvaliteet on ebaühtlane ja sageli puudulik.

Ettepanekud tegevusteks, mille eesmärk on teiste vajalike oskuste omandamine

- Tartu Ülikoolil analüüsida arstiõppe õppekavu ja õpetamise meetodeid üldiste kompetentside arendamise fookusest ning otsida senisest enam võimalusi üldoskuste arendamiseks.
- Ülikoolil anda arstide residentuuriprogrammis õppijatele ka maakonnahaigla kogemus, sh peremeditsiini residentidele võimalus praktiseerida väljaspool suuremaid tõmbekeskusi.
- Sotsiaalministeeriumil koostöös ülikoolil ja haiglatega leida võimalused kliinilise proviisori (haiglaproviisori) spetsialiseerumise võimaldamiseks.
- Ülikoolil suurendada proviisoriõppes kliinilise õppe osakaalu.
- Ülikoolil muuta arstide doktoriõppe ja residentuur paindlikumaks, võimaldades samaaegselt töötamist või residentuuris õppimist.
- Eesti Hambaarstide Liidul ja tervishoiukõrgkoolidel töötada välja hambaravi assistendi õppekava.

Tervishoius töötavate inimeste paremaks rakendumiseks peavad sidusrühmad jõudma omavaheliste kokkulepeteni

- Proviisorid ei oma piisavat infot, et nõustada kliente ulatuses, milleks nad on välja õppinud. Nõustamiskvaliteedi tõstmiseks vajavad proviisorid ligipääsu enamale infole.
- Farmatseutide ja proviisorite lahus ja ühtlustamata väljaõpe ei ole mõistlik ressursikasutus.
- Psühhoteraapia ja psühholoogilise nõustamise sisu ei ole defineeritud. See on nii abivajajate kui ka abi osutajaid palkavate asutuste vaatevinklist probleem – ei ole võimalik üheselt otsustada abi osutaja kvalifikatsiooni üle.
- Tõhusam töökorraldus eeldab erinevate kutsealade pädevuspiiride ümberkujundamist.
- Õppekorraldus residentuuris ja doktoriõppes ei vasta õppurite ootustele. On näiteid, kus eelistatakse õppimist korralduslikest tingimustest lähtuvalt väljaspool Eestit.

Ettepanekud tegevusteks, et töötajad saaksid omandatud teadmisi ja oskusi maksimaalselt kasutada

- Sotsiaalministeeriumil koostöös Eesti Apteekide Ühenduse ja Proviisorite Kojaga leida lahendus õigusruumi korrigeerimiseks, et proviisorid saaksid rakendada õppes omandatud kompetentsust, nt kaaluda ligipääsu loomist inimese väljaostetud ravimite infole, digiloole.
- Sotsiaalministeeriumil koostöös erialaliitudega sõlmida kokkulepped, mis puudutavad psühholoogilise abi erinevaid vorme. Seejärel käivitada vajalike kutsestandardite väljatöötamine.
- Erialaliitudel koostöös Sotsiaalministeeriumiga leppida kutsealade üleselt kokku pädevuspiirid arsti ja õe, õe ja hooldustöötaja, eriõe ja õe ning farmatseudi, proviisori ja õe vahel.
- Tartu Ülikoolil koostöös tervishoiukõrgkooli ja erialaliitudega otsida võimalusi proviisorite ja farmatseutide väljaõppe ühendamiseks, jagades senise integreeritud 5-aastase proviisorite õppe 3+2 (ühis)õppekaval baseeruvaks õppeks. Kõrghariduse esimese astme (bakalaureuse ja rakenduskõrghariduse) õppe läbimisel omandavad õppijad farmatseudi kutse ning jätkates õpinguid magistriõppes on võimalik omandada proviisori kutse.
- Tartu Ülikoolil koostöös tööandjatega soodustada paindliku õppe- ja töökorraldusega residentuuri ja doktoriõppe läbimist Eestis, sh võimaldada osakoormusega õpet.

Kasutatud allikad

Ametite klassifikaator (International Standard Classification of Occupations 2008).

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_172572.pdf

Eesti Akadeemilise Farmaatsia Selts, www.easp.ee

Eesti Arengufond. 2013. Nutikas spetsialiseerumine - Kvalitatiivne analüüs.

http://www.arengufond.ee/upload/Editor/Publikatsioonid/Nutikas%20spetsialiseerumine%2020_02_2013.pdf

Eesti Arengufond. 2014. Nutika spetsialiseerumise tervisetehnoloogiate kasvuala raport,

<http://ns.arengufond.ee/med-raport>

Eesti Füsioterapeutide Liit. <http://www.fysiot.ee/fysiotregister/>

Eesti Hambaarstide Liit. 2016. <http://www.hambaarst.ee/register/suuhygienistid/>

Eesti Haigekassa Aastaraamat. 2015.

https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud_aruanded/haigekassa_aastaraamat_2015_web.pdf

Eesti Hariduse Infosüsteem. <http://www.ehis.ee/>

Eesti Kõrg- ja Kutsehariduse Kvaliteediagentuuri koduleht.

<http://ekka.archimedes.ee/kutsekoolile/kutseoppe-oppekavaruhmade-akrediteerimine/hindamistulemused/>

Eesti Psühhoteraapia Assotsiatsioon. <http://xn--pshhoteraapia-xob.ee/tere-tulemast/psuhhoteraapiast/>

European Commission. 2016. The impact of ICT on job quality: evidence from 12 job profiles.

http://ec.europa.eu/newsroom/dae/document.cfm?action=display&doc_id=16160

European Commission. 2016. ICT for work: Digital skills in the workplace – SMART

2014/0048, intermediate report, <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/study-ict-work-digital-skills-workplace-%E2%80%94-smart-20140048>

Fellows, J. and Edwards, M.. 2016. Future skills and competences of the health workforce in Europe, Report for the Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting. www.healthworkforce.eu

Greenspun, Harry, ja Natasha Elsner. 2016. „Technology-enabled home health. Are consumers ready?“ Washington: Deloitte Center for Health Solutions.

<http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-dchs-technology-enabled-health.pdf>.

HTM, MKM. 2014. Eesti teadus- ja arendustegevuse ning innovatsiooni strateegia 2014-2020

„Teadmistepõhine Eesti“.

https://www.hm.ee/sites/default/files/59705_teadmistepohine_eesti_est.pdf

Haridussilm. <http://qlikview->

pub.hm.ee/QvAJAXZfc/opensdoc_hm.htm?document=htm_avalik.qvw&host=QVS%40qlikview-pub&anonymous=true

Institute for the Future for the University of Phoenix Research Institute. 2011. “Future Work Skills

2020” http://www.iftf.org/uploads/media/SR-1382A_UPRI_future_work_skills_sm.pdf

Joint publication of the OECD and the European Commission, 2016. Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle. <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-at-a-Glance-Europe-2016-CHARTSET.pdf>

Järve, J., Lepik, K.-L., Märgi, A. (2014). Kvantitatiivse tööjõuvajaduse prognoosi andmestiku ja kvalitatiivse tööturu seire ühitamise metoodika väljatöötamine ja piloteerimine. Metoodikaraport. Eesti Rakendusuuringu Keskus Centar, InterAct Projektid & Koolitus OÜ. Tellija: Riigikantselei.

Kutsekoda. 2016. Tööturu koolitusvajaduse seire ja prognoosi metoodika

Kutsekoda. 2017. Ülevaade Eesti tööturu olukorrast, tulevikuarengutest, tööjõuvajadusest ning sellest tulenevast koolitusvajadusest. OSKA üldraport

Kutsekoda. 2017. <http://kutsekoda.ee/et/kutseregister/tutvustus>

Kutsekoja koduleht. <http://kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/otsing>

Kiivet, R-A, Visk. H, Raag. M. 2013. Õdede arvu prognoos aastaks 2032. <http://eestiarst.ee/odede-arvu-prognoos-aastaks-2032/>

MKM. 2014. Eesti ettevõtluse kasvustrateegia 2014-2020. <http://kasvustrateegia.mkm.ee/pdf/Eesti%20ettevotluse%20kasvustrateegia%202014-2020.pdf>

MKM. Tööjõuvajaduse prognoosi koostamise metoodika. https://www.mkm.ee/sites/default/files/toojouprognoos_2022_lyhikirjeldus.pdf

Med24, artikkel. 2017. <https://www.med24.ee/farmaatsia/aid-40301/bravo-grupp-ehitab-juri-alevikku-ravimitehase>

Niezen, Maartje G. H., ja Jolanda J. P. Mathijssen. 2014. „Reframing Professional Boundaries in Healthcare: A Systematic Review of Facilitators and Barriers to Task Reallocation from the Domain of Medicine to the Nursing Domain“. Health Policy (Amsterdam, Netherlands) 117 (2): 151–69. doi:10.1016/j.healthpol.2014.04.016.

OECD. 2016. „Health at a Glance: Europe 2016 State of Health in the EU Cycle“. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/ce9c0f84-t.pdf?expires=1486134415&id=id&accname=guest&checksum=6F0CD2D4378E1F0B9F00B913AA8C9A70>

Oliver, David, Catherine Foot, ja Richard Humphries. 2014. Making our health and care systems fit for an ageing population. London: The King's Fund. http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf.

Peremeditiini arengukava 2012–2020. 2014. http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2015/03/Arengukavade_%C3%BClevaade.pdf

Postimees. <http://tervis.postimees.ee/v2/2978985/arstiteaduskond-voib-hakata-suuhuegieniste-koolitama>

Praxis, 2013. Ülevaade arstlike erialade arengukavadest. http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2015/03/Arengukavade_%C3%BClevaade.pdf

Praxis. 2016. Rahvastiku tervise arengukava ja Eesti riikliku HIV ja aidsi strateegia hindamine. <http://www.praxis.ee/tood/rahvastiku-tervise-arengukava-ja-eesti-riikliku-hiv-ja-aidsi-strateegia-hindamine/>

Pärna, O., 2016. Töö ja oskused 2025. Ülevaade olulisematest trendidest ja nende mõjust Eesti tööturule kümne aasta vaates. SA Kutsekoda.

Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020. 2012. http://sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/2012_rta_pohitekst_ok_5.pdf

Ravimiamet.

http://ravimiamet.ee/sites/default/files/ametijuhendid/ylevaade_apteekide_tegevusest_2015.pdf

Sotsiaalministri 28.11.2001 määrus nr 110 „Eriarstiabi erialade loetelu“. Redaktsioon jõustunud 01.03.2016. RT I, 26.01.2016, 10.

Sotsiaalministeerium, „Eesti tervishoiu arengusuunad 2020“.

https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/tervishoiu_arengusuunad_2020.pdf

Statistikaameti andmebaas. <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Majandus/databasetree.asp>

TAI andmebaas, <http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/pxweb/et/04THressursid>

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. <http://www.ttk.ee/et>

Tallinna Ülikool. <http://www.tlu.ee/et/opingud/oppimisvoimalused/magistriope/Kunstiteraapiad>

Tartu Tervishoiu Kõrgkool. <https://www.nooruse.ee/est/>

Tartu Ülikool Meditsiiniteaduste valdkond. <http://meditsiiniteadused.ut.ee/et>

Terviseameti registrid. www.terviseamet.ee

Tervise Arengu Instituut. 2016. Eesti tervishoiukulud 2015,

https://intra.tai.ee//images/prints/documents/148308526145_Eesti_tervishoiukulud_2015.pdf

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Vastu võetud 09.05.2001, RT I 2001, 50, 284. Redaktsioon jõustunud 01.01.2017, RT I, 27.12.2016, 23.

Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded. Vastu võetud 15.12.2004 nr 128, RTL 2004, 158, 2376, jõustumine 31.12.2004

WEF.The Future of Jobs - Employment, Skills and Workforce Strategy for the Fourth Industrial Revolution:

WHO. 2013. Transforming and scaling up health professionals' education and training. World Health Organization guidelines 2013.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93635/1/9789241506502_eng.pdf

Õendusala erialade arengukavad. Vastu võetud 16.07.2002 nr 99, RTL 2002, 85, 1336 jõustumine 05.08.2002

Õpetajate Leht. <http://opleht.ee/2016/10/bioanalutikute-ope-kolib-viieks-aastaks-tallinnasse/>

Lisa 1. OSKA põhimõisted

OSKA süsteemis kasutatavate mõistete allikad:

- a) kehtivad õigusaktid (nt Kutseseadus);
- b) rahvusvahelised kokkulepped (nt klassifikaatorid);
- c) oskuste rakkerühma eestvedamisel ekspertide ühistööna sõnastatud kokkulepped (sh Emakeele Seltsi keeletoimkond);
- d) OSKA nõunike kogus sõnastatud kokkulepped.

AK ISCO on ametite klassifikaator, käesolevas töös viidatakse selle lühendiga klassifikaatori 2008. aasta versioonile 1.5b.

Amet, ametikoht *Occupation / Job* on tööülesannete kogum, mida isik täidab oma töökohal ja mille eest ta saab tasu. Ametinimetused ja kutsenimetused võivad kokku langeda.

Ametiala *Occupation* on sarnaste ametite kogum.

Ametirühm *Group of occupations* on sarnaste ametialade kogum ametite klassifikaatoris (AK).

EHIS on Eesti Hariduse Infosüsteem.

EKR on Eesti kvalifikatsiooniraamistik, raamistiku lühikirjeldus on leitav Kutsekoja veebis.

EMTAK NACE on Eesti majanduse tegevusalade klassifikaator, käesolevas töös kasutatakse klassifikaatori 2008. aasta versiooni.

Eriala *Speciality* on teaduse, tehnika, kunsti vms kitsam, suhteliselt kindlamini piiritletud ala; spetsiaalaala. Eriala seostub eelkõige õppimise ja õppekavaga, vahel spetsialiseerumisalaga õppekavas. Eriala nimetusena kasutatakse tegevusala nimetust (mitte tegijanime nagu kutse puhul).

Kompetentsus *Competence* on edukaks kutsetegevuseks vajalike kompetentside kogum (asjatundlikkus).

Kompetentsistandard *Competency standard* on kutsestandard, mis sisaldab ühte kompetentsi.

Koordinatsioonikogu *Future Skills Council* põhiülesandeks on tööturu koolitustellimuse formeerimise protsessi juhtimine ja tasakaalu leidmine kutsetegevuse valdkondade vajaduste vahel. Koordinatsioonikogu moodustab vastutav minister seaduse alusel⁹⁸.

Kutsestandard *Occupational standard* on dokument, milles kirjeldatakse kutsetegevust ning kutsealaseid kompetentsusnõudeid.

Kutseala *Profession* on samalaadset kompetentsust eeldav tegevusvaldkond. Sarnastel tegevustel põhinev, eri tasemel kompetentse eeldavate kutsete kogum. (Näide 1. Kutseala – kokandus; kutsed – abikokk, kokk, meisterkokk. Näide 2. Kutseala – müürsepatöö; kutsed – müürsepp, tase 3, müürsepp, tase 4). Kutseala kujuneb lähedaste ametite analüüsimise tulemusena.

⁹⁸ Koordinatsioonikogusse kuuluvad HTM, MKM, SOM, RM, ETKL, ETKK, TALO, EAK, Töötukassa, EAS, Innove esindajad. Vastavalt ministri korraldusele on Koordinatsioonikogu esimees Haridus- ja Teadusministeeriumi asekancler. Eristumise eesmärgil võib Koordinatsioonikogu edaspidi kasutusele võtta kaubamärgi, nt Tulevikuoskuste Nõukogu vms.

Kutsespetsiifilised kompetentsid *Specific hard skills* on tööosade ja tööülesannetega otseselt seotud kompetentsid. Need kompetentsid on madala ülekantavusega.

Kvalifikatsioon *Qualification* on hindamise ametliku tulemusena tunnustatud kompetentsus. Kvalifikatsioonid jagunevad järgmiselt: hariduslikud kvalifikatsioonid *Educational qualifications* ja kutsekvalifikatsioonid *Occupational qualifications*.

Hariduskvalifikatsioon *Educational qualification* on õppeasutuse poolt antud diplom, tunnistus või kraad, millega tõendatakse (või mis kinnitab) õppekavaga kehtestatud õpiväljundite saavutamist. Hariduskvalifikatsioonid jagunevad üldharidus-, kutseharidus- ja kõrghariduskvalifikatsioonideks.

Kutsekvalifikatsioon *Occupational qualification* on kvalifikatsioon, mis saadakse kutseeksami sooritamisel ja mille tase on määratud asjakohases kutsestandardis.

Kompetents *Competency* on tegevuses väljenduv teadmiste, oskuste ja hoiakute kogum, mis on eelduseks teatava tööosa täitmisel. Kompetentsid jagunevad üldisteks ja kutsespetsiifilisteks kompetentsideks.

Üldised kompetentsid sisaldavad suures ulatuses kõikidele kvalifikatsioonidele ülekantavaid käitumuslikke kompetentse, mis on seotud hoiakutega ja inimese võimega oma oskusi rakendada (nt: suhtlemine, kohanemine ja toimetulek). Samuti kuuluvad üldiste kompetentside hulka keskmise ja suure ülekantavusega teadmistel ja oskustel põhinevad kompetentsid (nt IKT-, õigus-, majandusalane ja keskkonnateadlikkus).

Kutsespetsiifilised kompetentsid *Specific hard skills* on tööosade ja tööülesannetega otseselt seotud kompetentsid. Need kompetentsid on madala ülekantavusega.

OSKA *System for monitoring and anticipating labour market training needs* on tööjõu- ja oskuste vajaduse seire- ja prognoosisüsteem.

OSKA tuumikinfo *OSKA core information* on erinevate registrite, uuringute ja muude infoallikate andmete ning eksperthinnangute alusel koostatud i) üldraport – ülevaade Eesti tööturu olukorrast, tulevikuarengutest, tööjõuvajadusest ning sellest tulenevast koolitusvajadusest; ii) valdkonna raport – ülevaade valdkonna tööturu olukorrast ja trendidest, koolituspakkumisest ning tööjõu- ja oskuste vajadusest lähema 10 aasta vaates.

OSKA valdkond *Sector for labour market training needs monitoring and forecasting* on sarnaste majandustegevus- või kutsealade kogum, mille ulatuses koostatakse valdkonna tööturu koolitusvajadus ja tegutseb eksperdikogu.

Oskuste vajadus *Skills anticipation* on teave valdkonnas edukaks hakkamasaamiseks vajalikest olulistest kompetentsidest ning nende puudujääkidest töötajatel; kahaneva ja kasvava vajadusega kompetentsidest; tulevikuoskustest; kompetentsiprofiilide kirjeldamise vajadusest (ka kutsestandardite olemasolust).

RÜHL *ISCED* on rahvusvaheline ühtne hariduse liigitus, käesolevas töös kasutatakse klassifikaatori versiooni, mis on kättesaadav (kuni aastani 2016 1997. aasta versioon).

OSKA väljundinfo *OSKA outcomes* moodustavad nii OSKA tuumikinfo kui ka selle alusel erinevatele sihtgruppidele erineva andmestruktuuri, vormi, stiili ja sõnastusega koostatud infopaketid.

Tööjõuvajaduse prognoos *Labour demand forecast* on võimalikke tööturu arenguid arvestav ja töötajate vajadust kirjeldav arvuline hinnang – kui palju võiks olla vaja täiendavaid töötajaid erinevates OSKA valdkondades, ametirühmades ning haridustasemetel.

Tööjõuvajaduse seire *Monitoring of labour demand* on majanduses rakendatud tööjõu ning OSKA valdkondades esineva tööjõuvajaduse kohta andmete kogumine, analüüsimine ja avaldamine nii tervikuna kui ametirühmade, valdkondade ja haridustasemete kaupa, kasutades nii kvantitatiivseid kui kvalitatiivseid meetodeid.

Tööturu koolitusvajadus *Labour market training needs and the number of commissioned study places* on tööjõuvajaduse prognoosist ja oskuste vajadusest lähtuv OSKA valdkondade põhine ettepanekute ja soovitude kogum koolituskohtade planeerimiseks ja õppesisu arendamiseks erinevate haridusliikide ja -tasemete ning õppevaldkondade lõikes.

Varjatud takistus tööjõu järelkasvu tagamisel *Market failure in the context of OSKA* on olukord, kus vaatamata koolituskohtade olemasolule ja koolitustegevuse näilisele vastavusele koolitusvajadusele on valdkonnas tööjõu ja/või vajalike kompetentside puudus.

Valdkonna eksperdikogu *Sectoral skills council* on ekspertidest moodustatud komisjon, mille ülesandeks on OSKA valdkonnas tööturu koolitusvajaduse väljaselgitamine ja täitmise seire. Valdkonna eksperdikogu võib oma töö paremaks korraldamiseks (näiteks alavaldkonna koolitusvajaduse väljaselgitamiseks) moodustada töörühmi, kaasates sinna ka eksperdikogu väliseid liikmeid.

Valdkonna põhikutseala *Main professions of a sector* on valdkonna toimimiseks olulise tähtsusega valdkonnaspetsiifilisi kompetentse eeldav kutseala.

Õppekavagrupp on kõrgharidusstandardis kehtestatud liigitus, mis hõlmab õppesuundi või õppekavade rühmi ja mille alusel saab õppeasutus taotleda ja Vabariigi Valitsus anda õppeasutusele õiguse viia läbi kõrgharidustaseme õpet ning väljastada vastavaid akadeemilisi kraade ja diplomeid.

Õppekavarühm on õppekavagrupi analoog kutsehariduses.

Õppekavade rühm (ÕKR) *ISCED detailed field* on ISCED-i õppekavade liigituse peeneim tase.

Lisa 2. Intervjueeritute nimekiri

Ettevõtted ja erialaliidud

Ülle Rohi, Ingrid Raudvere, Ida-Tallinna Keskhaigla
Andrus Remmelgas, Põhja-Eesti Regionaalhaigla
Urmas Siigur, Tiina Freimann, Tartu Ülikooli Kliinikum
Andres Müürsepp, Järvamaa Haigla
Urmas Sule, Jaana Kikas, Pärnu Haigla
Priit Eelmäe, Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus
Eveli Petrovits, Ida-Viru Keskhaigla
Ruth Kalda, Eesti Perearstide Selts
Andres Lehtmets, Eesti Psühhiaatrie Selts
Kaja Elstein, Eesti Taastusarstide Selts
Marek Vink, Eesti Hambaarstide Liidu juhatus, Eesti Hambaarstide Liit
Vassili Novak, Põhja-Eesti Regionaalhaigla Erakorraline Meditsiini Keskus
Karel Tomberg, Eesti Laborimeditiini Ühing
Kristiina Sepp, Eesti Apteekide Ühendus
Anneli Kannus, Gerli Liivet, Linda Jürisson, Eesti Õdede Liit
Madeann Alamets, Hooldustöötajate Seltsing
Eesti Nooremarstide Ühendus
Eesti Ämmaemandate Ühing

Koolid:

Raul-Allan Kiivet, Tartu Ülikool
Ülle Ernits, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool
Kersti Viitkar, Saima Hinno, Tiina Uusmaa, Anna-Liisa Tamm, Zinaida Läänelaid, Tartu Tervishoiu Kõrgkool
Kristjan Port, Sirje Vaask, Eha Rüütel, Ruth Shimmo, Saima Kuu, Kadri Herde, Tallinna Ülikool

Ministeeriumid:

Anneli Taal, Maarja Kerner, Sotsiaalministeerium
Ivi Lillepuu, Külli All Haridus- ja Teadusministeerium

Lisa 3. Ekspertintervjuu kava

Intervjueeritavad: valdkonna eksperdid. Intervjuu kestus 1,5h

Intervjuu eesmärk:

- kirjeldada alavaldkonna arengutrende;
- kinnitada põhikutsealade jaotus;
- välja selgitada vajalik haridustase põhikutsealati. Kirjeldada võimalikud õpited.
- välja selgitada tööjõu- ja oskuste vajadus põhikutsealade lõikes.

Näidis: Töötajate- ja oskuste vajadus haigla vaates

1. **Mineviku arengute tuvastamine.** Mis on haiglas tervishoiuteenuste pakkumisel kõige olulisemad arengud viimase 5 aasta jooksul? Mis neist arenguist on ootuspärased ja strateegiliselt juhitud ning mis juhuslikud? Mis on jäänud muutumata, mida te lootsite, et muutub?
2. **Ootused-sihid tuleviku konteksti tabamiseks.** Mis on olulisemad arengud, mis ettenähtavas tulevikus (3-5 aastat) suure tõenäosusega juhtuvad? Mida te tahate täiendavalt, et juhtuks? Mis selleks tegema peab, et need muutused aset leiaks?
3. Mis on **haigla strateegiliselt juhtimisel suurimad ohukohad**? Kui ootuspärane on haigla poolt vaadates Haigekassa poolt aetav lepingupoliitika? Põhjustab see aeg-ajalt kataklüsme või pigem toetab haigla rahumeelset strateegilist juhtimist?
4. **Mis on haigla personalipoliitikas hetkel kõige suuremad probleemkohad?**
5. **Tööjõuvajadus põhikutsealade lõikes**

i. Arstid

1. Haiglas töötab xxx arsti, kellele lisaks ka xxx arst-residenti. Kas saate öelda, et Teie haigla arstikond on täielikult komplekteeritud või mõnel erialal neid siiski napib? Kas mõnel erialal on ka võimsust üle?
2. Kuidas mõjutab arstide migratsioon?
3. Mis roll on haiglas spetsialiseerumata üldarstidel? On nad ajutine kompromisslahendus või on neil väärtus ja funktsioon?
4. Kuivõrd vastab tänane arstiõpe teie arusaamale ideaalsest arstiks kasvamise protsessist? Kas ja mida tuleks teie meelest muuta? Kas tänane arstiõpe toetab nii erialaste kui ka üldpädevuste saavutamist?
5. Mis on tänase residentuuri korralduse suurimad plussid ja kitsaskohad, kui neid on?
6. Missugune on teie meelest ühe haiglas täistööajaga töötava arsti jaoks ideaalne täiendusõppe süsteem? Kas riik saaks/peaks seda kuidagi toetama?
7. Missugused ettenähtavad muutused toimuvad lähima 5–10 aasta perspektiivis arstide vastutusvaldkonnas? Kas ja kuidas peaks sellele reageerima haridussüsteem?

ii. Õendustöötajad

1. Haiglas töötab xxx õendusala töötajat. Suhestades neid arstide arvuga, peegeldub, et neid on arsti kohta rohkem, kui Eestis keskmiselt. Kas õdesid oleks Teie haiglas juurde vaja?
2. Kuivõrd on haigla ootuseks saada üldõdesid ja kui palju spetsialiseerunud õdesid? On trend spetsialiseerumise suurenemise poole või on kuskil optimaalne piir vastas?
3. Kuivõrd on arstkond rahul õdede väljaõppega? Õpe ja vastutusvaldkond on jõuliselt muutunud – kas ja mida peaks õppes täiendavalt muutma?

iii. Teised spetsialistid ja assistendid

1. Milline on olukord teiste tippspetsialistidega? Nt füsioterapeudid, kliinilised psühholoogid, hooldustöötajad?
2. Milline on haigla vajadus mittemeditsiinilise haridusega assisteeriva personali järele?
6. Kas tehnoloogiliste vahenditega arsti aega annab säästa?
7. Mis on olulisemad välistrendid, mis võivad lähitulevikus mõjutada haigla personalivajadust eelkõige tööjõuvajaduse ja oskuste poolest?
8. Mida sooviksite veel omalt poolt täiendada, mida seni ei ole käsitletud, kuid mis on oluline ära mainida.

Lisa 4. MKMi töøjõuvajaduse prognoos OSKA tervishoiu valdkonnas

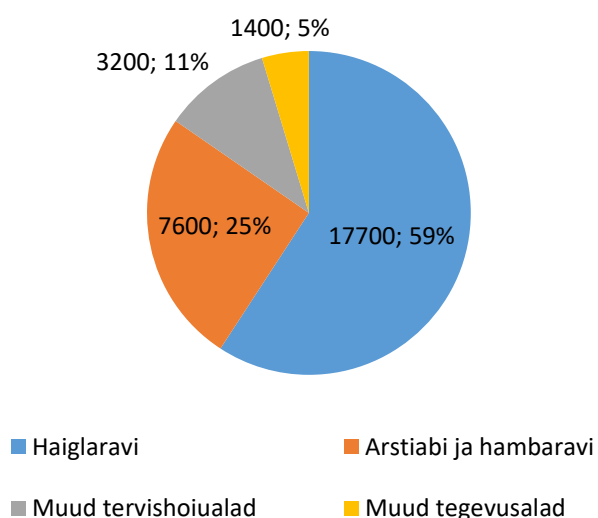
Tervishoiu valdkond on defineeritud tegevusala *Q86 Tervishoid* ning järgmiste ametialade kaudu: apteekrid (ISCO 2262), abiapteekrid (3213), optometristid ja optikud (3254).

Tervishoiu valdkonnas oli hõivatud umbes 30 000 inimest ehk 5% kõigist hõivatutest. Hõivatute arv on vähesel määral suurenenud, kuid võrreldes arenenud riikidega on Eestis sektori osatähtsus tunduvalt madalam. Sektori suurim allharu on haiglaravi, kus on hõivatud ligi 60% töötajatest. Veerand hõivatutest töötab üldarstiabi, eriarstiabi või hambaravi tegevusalal. Muud tervishoiualad (kümnenendik valdkonna hõivatutest) hõlmab näiteks kiirabi, ämmaemandate tegevust, sanatooriumide tegevust ning diagnostikakabinette jmt. Muudel tegevusaladel töötajad (eelkõige apteekrid, abiapteekrid ja optometristid ning optikud) on peamiselt jaekaubanduse valdkonnas (apteekide tegevus, prillide jm optikakaupade jaemüük, meditsiini- ja ortopeediakaupade jaemüük).

Tulenevalt rahvastiku vananemisest ning elatustaseme tõusust on prognoositud tervishoiuteenuste pakkumise suurenemist ning hõivatute arvu kasvu. Koos valdkonna hõive suurenemisega on oodata eelkõige spetsialistide arvu kasvu, samuti tõuseb teenindajate arv. Samas on oodata, et teenuste tarbimisel hakkab suuremat rolli mängima elanike omaosalus, sest teenuste kasutajate arv suureneb enam kui inimeste arv, kelle töøjõumaksude abil teenuseid valdavalt finantseeritakse.

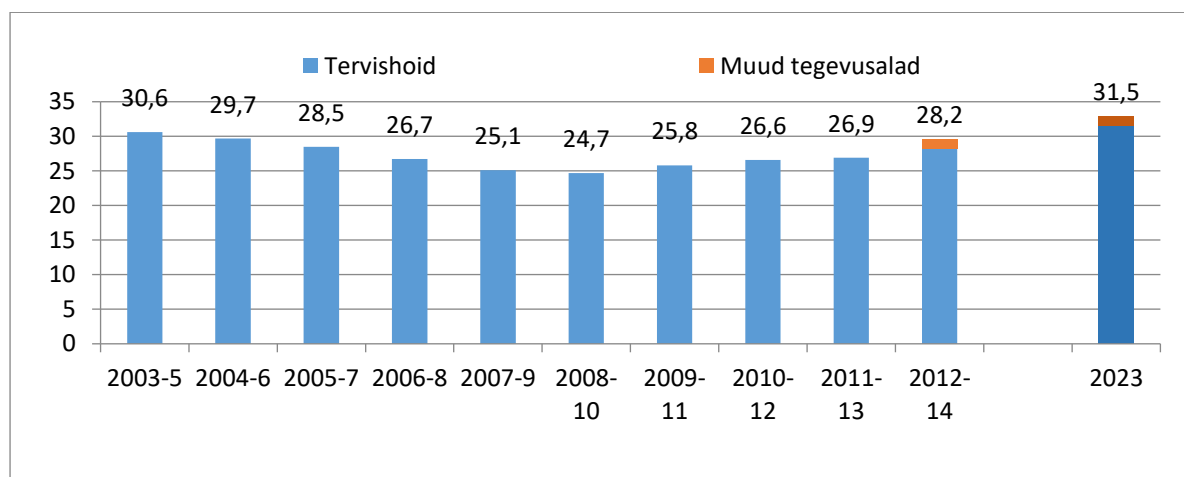
Tervishoiu töötajatest moodustavad suurema osa spetsialistid – õenduse spetsialistid, eriarstid, üldarstid, sotsiaaltöötajad, hambaarstid jpt. Õenduse keskastme spetsialistid (abiõed, hooldusõed) on peamiselt kas rakenduskõrghariduse või kutseharidusega (õenduse õppekavarühm), tippspetsialistidel on valdavalt kõrgharidus. Teised tervishoiu tippspetsialistid on praktiliselt kõik kõrgharidusega, suhteliselt palju on ka doktorikraadiga töötajaid. Paljude ametialade puhul viitab prognoos võimalikule lõpetajate puudujäägile tulevikus.

Joonis 33. Hõivatute arvu jagunemine tervishoiu valdkonnas tegevusalati, 2012–2014.



Allikas: Statistikaamet, Eesti töøjõu-uuring, REL2011.

Joonis 34. Hõivatute arv tervishoiu valdkonnas (kolme aasta keskmine, tuhandetes).



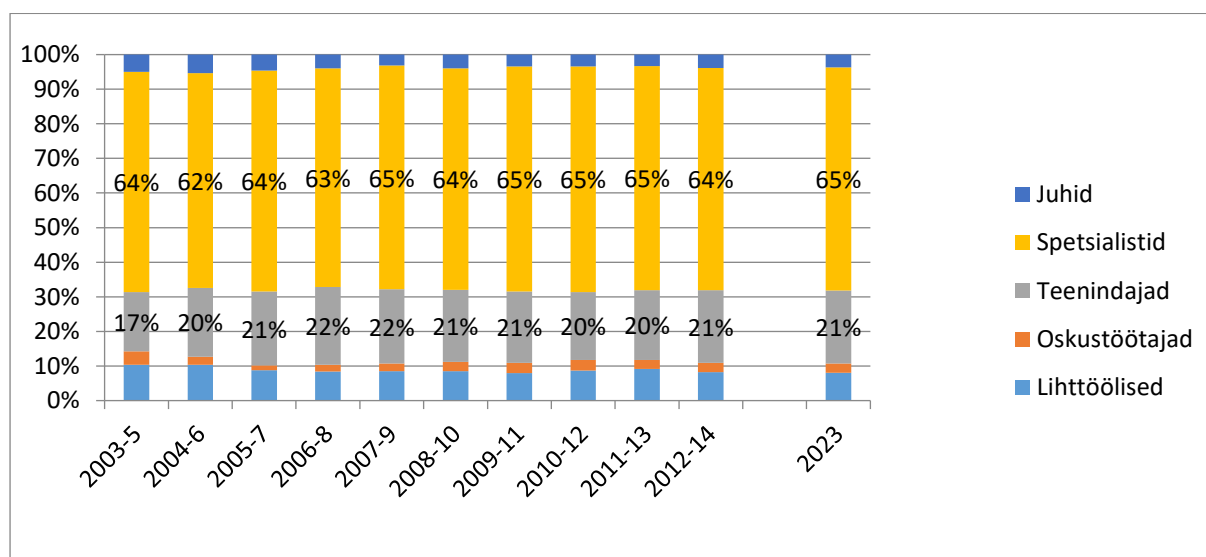
Allikas: Statistikaamet, ETU; MKM, Tööjõuvajaduse ja -pakkumise prognoos (tervishoiu ja sotsiaaltöö prognoosi põhjal).

Märkus: Joonisel esitatud arvud näitavad tervishoiu tegevusalal hõivatud inimeste arvu, ei sisalda muudel tegevusaladel töötavaid inimesi.

Märkus: Prognoosis on eeldatud, et tervishoiu valdkonna osatähtsus tervishoius ja sotsiaalhoolekandes on sama suur kui perioodil 2012–2014.

Oskustöötajatest moodustavad suure osa hooldajad/hooldustöötajad. Ka nende puhul viitab analüüs võimalikule puudujäägile. Töötajaid on üsna võrdsest nii kutse-, üldkesk- kui kõrgharidusega (peamised õppekavarühmad sotsiaaltöö ja nõustamine, õendus).

Joonis 35. Hõivatute jagunemine tervishoiu tegevusalal ametialagruppide lõikes (kolme aasta keskmine, %)

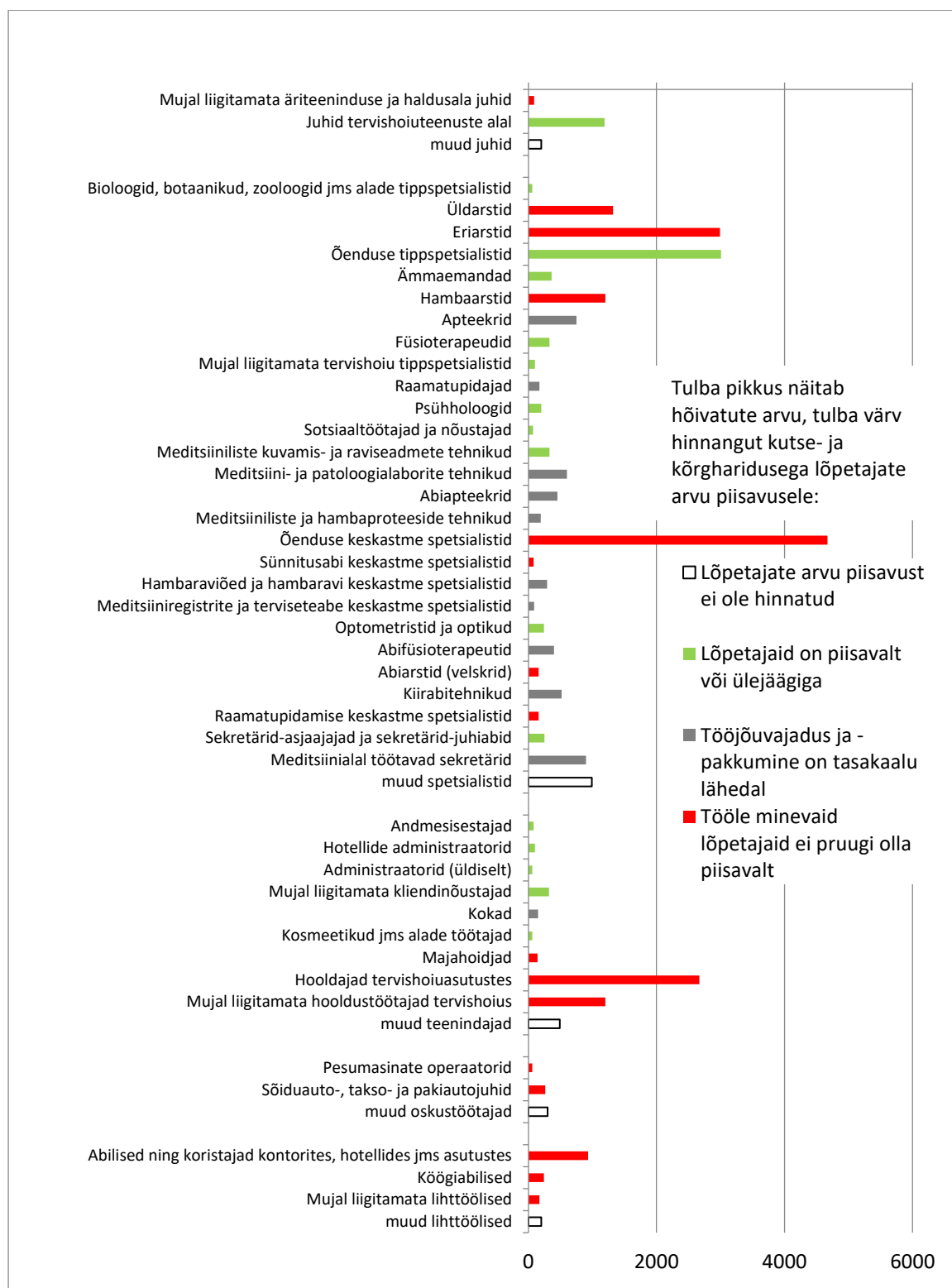


Allikas: Statistikaamet, ETU; MKM, Tööjõuvajaduse ja -pakkumise prognoos (tervishoiu ja sotsiaaltöö prognoosi põhjal).

Märkus: ei kajasta muudel tegevusaladel töötavaid tervishoiu ametialasid

Märkus: Eeldatakse, et tervishoiu valdkonnas toimuvad ametialade muutused järgivad tervishoiu ja sotsiaalhoolekandes prognoositud muutusi.

Joonis 36. Peamised ametialad tervishoiu valdkonnas 2012–2014 (hõivatute arv).



Allikas: Statistikaamet, Eesti tööjõu-uuring, Rahvaloendus 2011; MKM arvutused (puuduva tegevusala jm mittetäielike andmete korrigeerimine, kaetuse indikaator).

Märkus: tasakaalu lähedaseks on hinnatud olukorda, kui kutse- ja kõrghariduse lõpetajatest ametialale jõudvate inimeste prognoositud arv aastani 2023 erineb hinnangulisest ametiala tööjõuvajadusest kuni 20%. Suuremat lahknevust on joonistel tähistatud võimaliku puudujäägina või lõpetajate arvu piisavusena.

Lisa 5. MKMi tööjõuvajaduse prognoosi metoodika lühikirjeldus

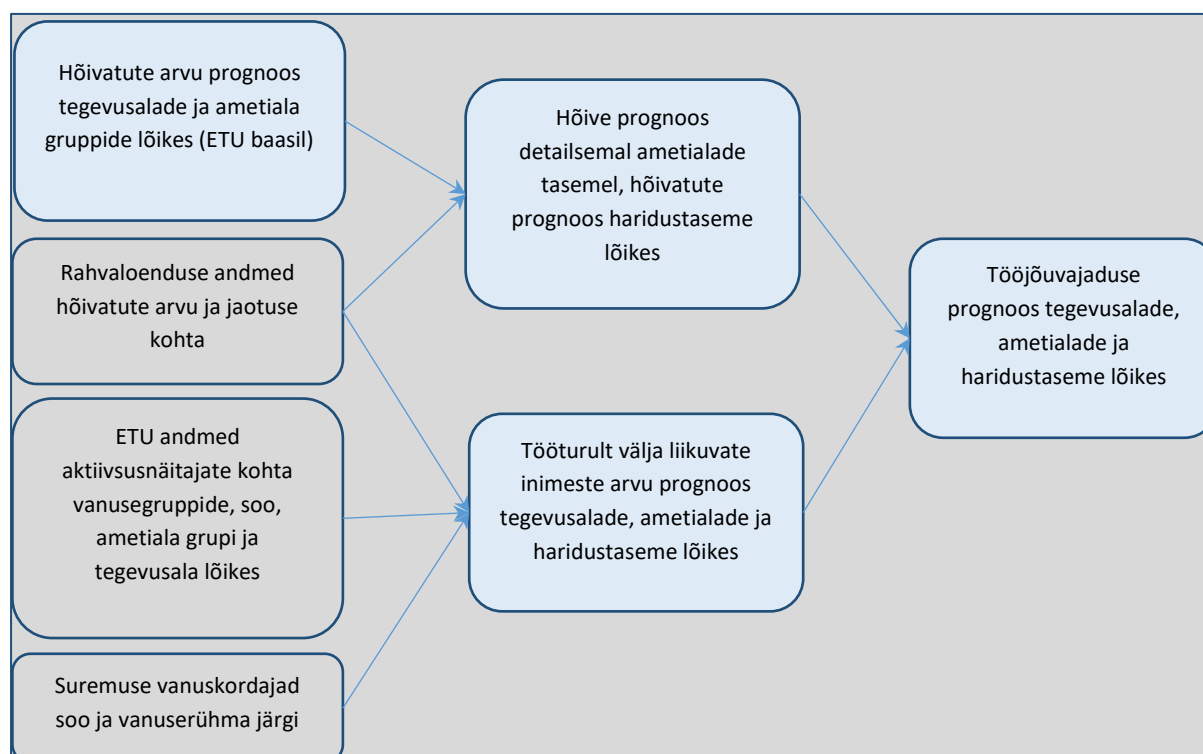
Mario Lambing

Prognoosi aluseks on peamiselt Eesti tööjõu-uuringu (ETU) andmed ning 2011. aasta rahvaloenduse tulemused. Hõivatute arv sisaldab ka välismaal töötajaid. Prognoosi põhimõtteline skeem on esitatud joonisel 1. ETU põhjal on prognoositud hõive muutusi tegevusalade ning viie ametiala grupi lõikes, sisend tuleb peamiselt MKMi sektorianalüütikutelt. Prognoosi koostamisel on kasutatud minevikutrende, teiste (arenenud) riikide võrdlusandmeid, arengukavasid, sektori ja teiste riikide majandusandmeid, sektoriuuringuid, eksperthinnanguid jmt infot, mis analüütikute hinnangul võib olla abiks hõive prognoosimisel.

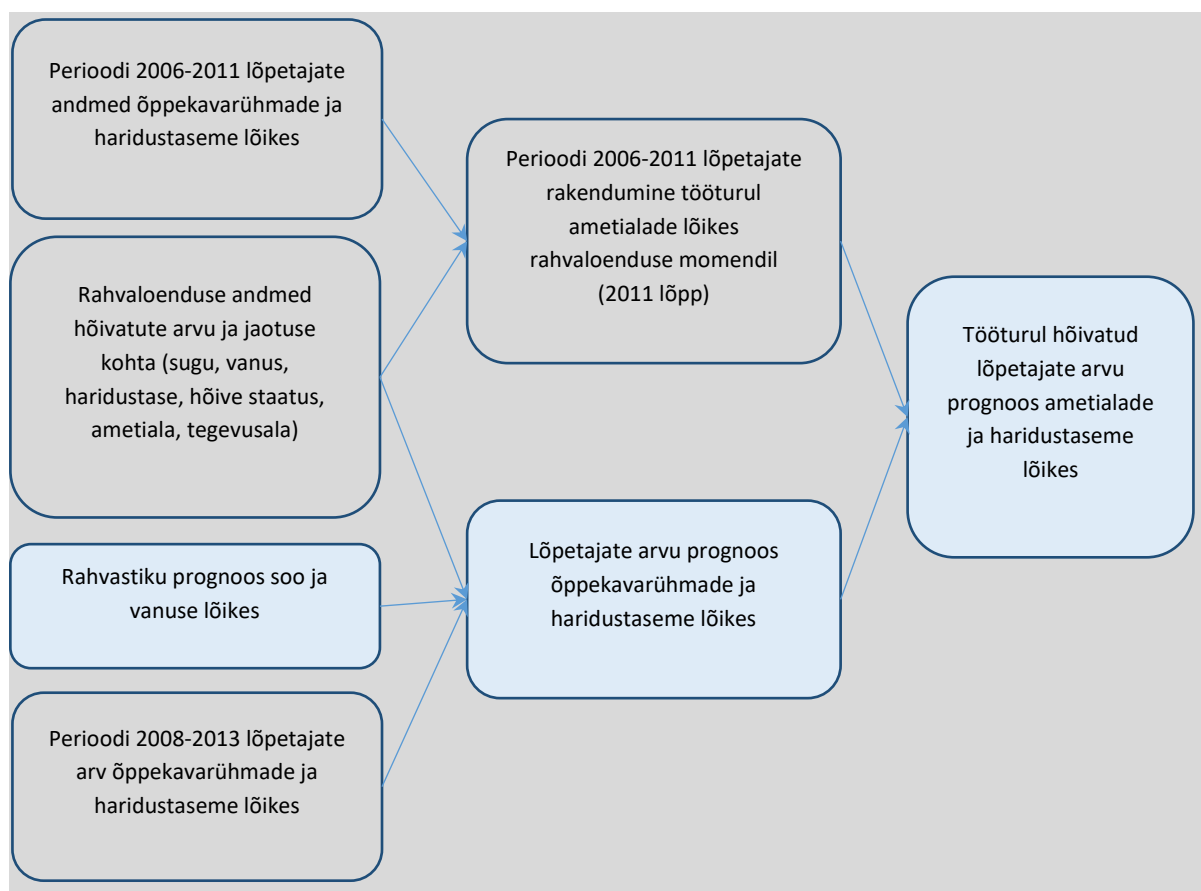
Kuna ETU on valimiuuring, kus kitsamates lõigetes on valim väike, siis seetõttu on hinnangute usalduspiirid üsna laiad, seda eriti väiksemate tegevusalade puhul. Andmete silumiseks on kasutatud kolme aasta libisevaid keskmisi näitajaid.

Tegevusalade ja viie ametiala grupi kohta tehtud hõive muutuse prognoosi on rakendatud rahvaloenduse detailsematel andmetel. Eeldatud kasvu- või kahanemist on üle kantud rahvaloenduse detailsemale ametialade struktuurile. Kui tegevusala hõivatute arvu puhul on aluseks ETU andmed, siis ametialade struktuuris on eeldatud, et rahvaloendusega saadud andmed on adekvaatsemad ja on lähtutud neist. ETU andmeid on kasutatud ametialade gruppide tasandil toimunud mineviku trendide ja üldise tulevikuprognoosi koostamiseks.

Joonis 37 Tööjõuvajaduse prognoosi põhimõtteline skeem



Joonis 38 Kutse- ja kõrgharidusega töötajate pakkumise prognoosi põhimõtteline skeem



Allikas: MKMi tööjõu vajaduse prognoos.

Tööturult väljaliikuvate inimeste asendusvajaduse hindamise aluseks on rahvaloenduse põhjal leitud hõivatute sooline ja vanuseline struktuur ning ETU andmetele tuginevad elanike majandusliku aktiivsuse näitajad soo, vanuserühma ja ametiala grupi lõikes tegevusalati ning suremuse vanuskordajad soo ja vanuserühma lõikes. Mineviku andmetele tuginedes on hinnatud, kui palju suureneb koos vanusega püsivalt tööturult eemal olemise tõenäosus. Selleks vaadatakse, kui suur osa inimesi mingis vanusegrupis konkreetse ametiala grupis mingil tegevusalal soo lõikes on jäädavalt lahkunud hõivest (mitteaktiivsetel aluseks viimane töökoht), põhjuseks siis kas pensionile jäämine, haigus, vigastus või puue, kui suur on suremuse tõenäosus vanusegrupiti ja soo lõikes ning kuidas muutub tulevikus pensioniiga.

Eeldatud on suremuse jätkuvat langust ning arvestatud on pensioniea tõstmisega. Suremuse languse puhul on üldiselt aluseks võetud kaks korda aeglasem olukorra paranemine kui minevikus, välja arvatud juhtudel, kus Eesti suremuse näitajad on juba lähedal või saavutamas Soome taset. Siis on kasutatud aeglasema muutuse eeldusi. Pensioniea tõstmisel on aluseks võetud praeguseks vastu võetud otsused, mille kohaselt tõuseb vanaduspensioni iga järk-järguliselt aastaks 2026 65 aastani.

Tööturule sisenevate noorte arvu hinnangu aluseks on Statistikaameti viimane rahvastikuprognoos (26.02.2014, variant 1). Rahvaloenduse põhjal on hinnatud noorte haridusteed haridustasemete lõikes. Noorte hõive ja aktiivsuse määrad vanusegrupiti ja sooti pärinevad ETUst (ja teiste riikide vastavatest uuringutest), mida on rakendatud rahvastikuprognoosile.

Lõpetajate tööturul rakendumise hindamiseks ühildati viie aasta (2006–2011) kutse- ja kõrghariduse lõpetajate haridusandmed rahvaloenduse tulemustega (vt joonis 2). Ühildatud andmestik annab ülevaate, millise kõrgeima haridusega (haridustase, õppekavarühm) lõpetajad ja kui suur osa neist töötas konkreetsel ametialal 2011. aasta lõpu seisuga. Lisaks võeti arvesse võimalikke muutusi tulenevalt lõpetajate üldarvu vähenemisest ning hinnati, kui hästi katab kutse- ja kõrgharidusega lõpetajate arv vajadust kutse- ja kõrgharidusega töötajate järele tulevikus. Viimaste aastate kutse- ja kõrghariduse lõpetanute jagunemise põhjal ametialati hinnati, milline võiks olla tulevaste lõpetajate liikumine konkreetsetele ametialadele erinevatelt õppekavarühmadelt ja haridustasemetelt, kasutades nende hõive määra ja ametialadele liikumise proportsioonide paikajäämise eeldusi. Lõpetajate arv langeb prognoosi kohaselt tulenevalt nooremate vanusegruppide vähenemisest. Prognoositud liikumist ametialadele võrreldi ametialade tööjõuvajadusega kutse- ja kõrgharidusega töötajate järele. See tugineb peamiselt praegusele hariduslikule struktuurile, arvestamata seda, kas antud haridustase on ametialal nõutav või mitte. Haridustaset korrigeeriti juhtide, spetsialistide ja lihttöölise ametialadel. Juhtide ja spetsialistide puhul eeldati, et alg- ja põhiharidusega töötajate asendamisel nõutakse kõrgemat haridustaset, lihttöölistel aga piirduti kõrgharidusega töötajate asendamisel madalama haridustaseme nõudega. Võimaliku üle- või puudujäägi hindamisel on vaadeldud vaid ametialasid, tegevusala mõõde on kõrvale jäetud (ei vaadelda ametiala tegevusalaspetsiifilisust).

Oluline on silmas pidada, et prognoosis on kasutatud **mitmeid kitsendavaid eeldusi**, mida tuleb tulemuste tõlgendamisel arvestada. Paljudel juhtudel on aluseks võetud tänane struktuur – ametialad, haridustasemed, lõpetajate liikumine tööturule. Sisuliselt eeldatakse, et näiteks minevikus toimunud lõpetajate liikumine tööturule konkreetses majandussituatsioonis kandub edasi ka tulevikku, mis võib lõpetajate ette seada hoopis teisi võimalusi. Ka ei pruugi tänane töötajate formaalne haridusstruktuur vastata töökohal nõutavale, arvesse pole võetud ettevalmistust töökohal, täiend- ega ümberõpet.

Üldisi trende (näiteks ametiala gruppide lõikes) on laiendatud ühteviisi teatud andmete lõigetele (kõigile mingi tegevusala ametiala gruppi kuuluvatele ametialadele). Arvesse pole võetud töötajate liikumist töökohtade vahel, tööturult väljaliikumine tegevus- ja ametialati on seetõttu kallutatud viimase töökoha suunas, mis võib olla seotud vanusega.

Lisa 6 Residentuuri lõpetanute arvud (2006-2015)

Õppekava	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Kokku 2006- 2015
Anestesioloogia ja intensiivravi	3	6	8	7	4	6	7	4	8	3	56
Dermatoveneroloogia		2			1	1				1	5
Endokrinoloogia	2		2	1		1	1	6		1	14
Erakorraline meditsiin	6	1	9	2	2	2	2		2	4	30
Füsiatria ja taastusravi	8	6	5	4	3	3	2	2		1	34
Gastroenteroloogia	1	1		2		1	4	2		2	13
Hematoloogia		1		3	1	1	1	1	1		9
Infektsioonhaigused		3	3	2	3		2	2	1	1	17
Kardiokirurgia										1	1
Kardioloogia	1	3	4	1	6	4	1	2	2	1	25
Kardiovaskulaarkirurgia	2	1	1	1	1	1		1	1		9
Kohtuarstiteadus										1	1
Laboratoorne meditsiin (sh kliiniline mikro- bioloogia)	2	5	1	1	1	2	2				14
Lastekirurgia		1	1	1		1			1		5
Meditsiinigeneetika						1			1	1	3
Nefroloogia	1	2	1	1			1			1	7
Neurokirurgia					1	2					3
Neuroloogia	2	2	2	1			3	1	4	2	17
Oftalmoloogia	3	3	3	4	3	3	2	4	5	2	32
Onkoloogia	2	1	2		2	2	2	3	3	2	19
Ortodontia	4	3	1	2	4	2	2	3			21
Ortopeedia	3	2	2	4	7	3	4	3	3	8	39
Otorinolarüngoloogia		1	1	4	1	1	1	1	2	1	13
Patoloogia ja kohtuarstiteadus	1	4	4	2		3	1	4	3	2	24
Pediaatria	2	6	4	5	2	4	4	5	4	1	37
Peremeditsiin	16	10	19	16	13	22	16	16	23	23	174

Plastika ja rekonstruktiiv-kirurgia	1		1			1			2		5
Psühhiaatria	6	6	3	8	9	7	7	6	7	7	66
Pulmonoloogia	3	2	4	2		1	3		3	1	19
Radioloogia	3	7	6	8	5	6	7	8	8		58
Restauratiivne hambaravi	3	2	3	1	8	4	3	2	4	3	33
Reumatoloogia	2	1	1			3	2	1	1		11
Sisehaigused	1	2	2	4	4	4	5	2	5	7	36
Suu- ja näolõualuukirurgia	2	1	1	1		2		2			9
Sünnitusabi ja günekoloogia	3	4	7	10	7	8	7	5	7	6	64
Torakaalkirurgia				1		1	1		1		4
Töötervishoid	2	2	1	4	1	1	2	2	2	2	19
Uroloogia			2		1	4	1	2		2	12
Üldkirurgia	4	4	1	4	3	5	4	3	1	2	31
Kokku	89	95	105	107	93	113	100	93	105	89	

Märkus: Lõpetanu on isik, kes on läbinud residentuuri õppe ja sooritanud lõpueksami (sh eksternina lõpetanud). Vastava aasta lõpetanute arv kajastab isikuid, kes on õpingud lõpetanud eelmise kalendriaasta 1. oktoobrist kuni sama kalendriaasta 30. septembrini.

Lisa 7. Tööjõu- ja oskuste vajadus fookusvaldkondades

Kooskõlastatult VEKiga valiti fookusvaldkonnad, mille raames vaadeldi põhjalikumalt kutsealade omavahelist suhestumist ja vastastikust mõju seoses tööjõu- ja oskuste vajadusega. Fookusvaldkondade valiku aluseks oli vajadus analüüsida põhjalikumalt antud alavaldkonnas toimuvaid arenguid, et hinnata usaldusväärselt tööjõu- ja oskuste vajadust valdkonnas. Selline vajadus ilmnes näiteks juhul, kui toimumas või kavandamisel olid olulised muutused, millel on potentsiaal mõjutada kutsealade vahelisi proportsioone valdkonnas (nt peremeditsiinikeskne üldarstiabi), olemas oli info nn uuemate kutsealade soovist siseneda jõuliselt valdkonda (suuhügienistid ja suutervis) või oli teada, et alavaldkonnas on puudu kesksete kutsealade esindajatest (nt vaimse tervise valdkond).

Järgnevalt on käsitletud kuut valdkonda:

- 1) peremeditsiinikeskne üldarstiabi,
- 2) suutervise valdkond,
- 3) apteegiteenus,
- 4) erakorraline meditsiin,
- 5) taastusravi,
- 6) vaimse tervise valdkond.

7.1. Peremeditsiinikeskne üldarstiabi

Peremeditsiinikeskne üldarstiabi⁹⁹ on käesolevas uuringus osa esmatasandi tervishoiust, mille peamiseks ülesandeks on olla esmaseks kontaktpunktiks tervishoiusüsteemiga kõigile elanikele nende vanusest ja soost olenemata. Sel tasandil tagatakse abi enamuse patsiendi seisundite korral ning vajadusel toimub eesmärgistatud edasisuunamine eriarstiabi süsteemi. Valdkonnas on kesksel kohal tervise edendamine ja haiguste ennetamine, abi koordineerimine ja erinevate teenuste seostamine.

7.1.1. Hetkeolukord ja trendid

Terviseameti andmetel oli 2017. a veebruaris 797 perearstinimistuga seotud 2551 tervishoiutöötajat (vt tabel 17), kuid nendele lisandub nn mittemeditsiinilise haridusega assisteeriv personal. Peremeditsiinikeskne üldarstiabi on vahetult seotud viie eespool käsitletud tervishoiu valdkonna põhikutsealaga – arstid, õed, kliinilised assistendid, füsioterapeudid ja ämmaemandad.

Arstid

Valdkonnas on keskne roll **perearstidel** ning spetsialiseerumata, **üldarsti pädevusega arstidel**. **Perearst** on peremeditsiini erialal spetsialiseerumise läbinud arst, kellele on oma nimistu (st teenindamisele kuuluvate isikute nimekiri), või kes tegutseb nimistuta eriarstina (st pakkudes tasulist perearstiteenust). Eestis on võimalik perearstiks saada, kui läbida Tartu Ülikoolis arsti põhiõpe, millele järgneb erialaõpe Tartu Ülikooli korraldatavas 3-aastases residentuuris peremeditsiini erialal. Perearstid võivad tegutseda füüsilisest isikust ettevõtjana või üldarstiabi osutava äriühingu kaudu. Kehtiva õiguse kohaselt saab igal perearstil olla vaid üks nimistu, mille piirsuuruseks on 1200–2000 või

⁹⁹ Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu kohaselt hõlmab üldarstiabi ka koolitervishoiuteenust, mistõttu on seotus peremeditsiiniga siin eraldi välja toodud.

2001–2400 isikut – viimasel juhul peab perearstiga koos töötama veel üks arst, kes võib olla üldarsti kvalifikatsiooniga tervishoiutöötaja.

Tabel 17. Perearstinimistutesse kantud tervishoiutöötajate arv 2017 alguses

Tervishoiutöötaja	Arv
Üldarsti tegevuslubade arv	464
Perearstinimistute arv	797
Nimistut omavate perearstide arv	774
Töötajate arv	2551
Arsti kutsega töötajate arv	1198
Õe kutsega töötajate arv	1353

Allikas Terviseamet, 2017.02.09.

Tabel 18. Perearstinimistute jaotus täituvuse järgi, 2017 jaanuar

Täituvus	Nimistuid
kuni 1200	86
1201-2000	602
2001-2400	94
üle 2400	15

Allikas: Terviseamet 2017

Peremeditsiini erialaga arste töötas Eesti tervishoiusüsteemis 2017. aasta alguses 939, neist 774-l oli oma nimistu Ülejäänud töötasid kas asendusarstina või täiendava arstina suurte nimistutega perearstide juures ja mitme nimistuga perearstikeskustes. Enamik perearstidest töötab nn soolopraksises (st üks arst praksise kohta), grupipraksiseid on kõikidest praksistest vaid 26%. Perearstidest 90% on naised, vaid 40–50-aastaste perearstide hulgas on keskmiselt 15% mehi.

Erialase spetsialiseerumiseta üldarstid tegutsevad peremeditsiinikeskuses üldarstiabis asendusarstidena või täiendava arstina suurte nimistutega perearstide juures ja mitme nimistuga perearstikeskustes. Üldarsti pädevusega töötajate arv valdkonnas ei ole teada, kuid oletuslikult on neid kõige enam töötamas just peremeditsiinikeskuses üldarstiabis. Nimelt võttes aluseks arsti kutsega töötajate arvu valdkonnas (1198) ning arvates sellest maha kõik peremeditsiini erialaga arstid (939) ja töötavad peremeditsiini residendid (30), jääb järele 229 arsti, kelle erialase tausta kohta info puudub. Kuigi perearstiabis töötab täiendava või asendusarstina ka mitmete teiste erialade arste, on enamik toodud arvust tõenäoliselt just üldarstid.

Õed

Terviseameti hallatava tervishoiutöötajate registri andmetel töötas 2017. aasta veebruaris Eestis perearstide juures 1353 õe kutsega töötajat, mis on 15% õdede üldarvust ehk 102,7 õde 100 000 elaniku kohta. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse¹⁰⁰ § 7 lõike 4 järgi on pereõde koos

¹⁰⁰ Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Vastu võetud 09.05.2001, RT I 2001, 50, 284. Redaktstioon jõustunud 01.01.2017, RT I, 27.12.2016, 23.

perearstiga töötav õde või ämmaemand, kes osutab tervishoiuteenust perearsti nimistusse kuuluvatele isikutele kooskõlas seadusega. Sellest tulenevalt käsitletaksegi uuringus pereõdede arvuna Terviseameti vahendatavat ülaltoodud arvu. TAI andmetel töötas veel 2015. aastal pereõdedena vaid 1110 õde, pereõdede keskmine vanus oli 47 aastat, 33% töötavatest pereõdedest olid vanemad kui 55 eluaastat. Vaid 4 pereõde olid mehed.

Pereõena võib töötada üldõe kvalifikatsiooniga õde, kuid ekspertide sõnul on ootuspärane, et iseseisvate vastuvõttude tegemiseks on pereõde läbinud peremeditsiinialase(d) täiendkoolituse(d) või on vähemalt paariaastase töökogemuse järel läbinud tervishoiukõrgkoolis spetsialiseerumise terviseõe erialal. Terviseameti 2017. aasta andmetel töötab tervishoius 599 õde, kes on läbinud pereõenduse spetsialiseerumise¹⁰¹, enamik neist töötab ka perearstiabi pakkuvas asutustes. Terviseõenduse eriala kohta on märke samas registris vaid 90 õel, kellest suur osa ei tööta peremeditsiinis. Seega on oodatava väljaõppe läbinud vähem kui pooled pereõdedest.

Tulevikuvaates seonduvad valdkonnaga ka koduõed. Praegu on üksikuid perearstikeskusi, kus õed pakuvad nõu keskuse alt koduõeteenust. Samuti on pereõdesid, kes pakuvad iseseisvalt koduõendusteenust. Tõenäoliselt sisalduvad kõik perearstipraksistega seotud koduõed ülaltoodud õdede arvus.

On leitud, et viimasel kümnendil on tervishoius toimunud muutused vähendanud perearstide töökoormust ja esmatasandi arstiabi kättesaadavust. Paranenud on üldarstiabi osutamisel pereõe iseseisva vastuvõtu kvaliteet ja terviklikumaks on muutunud krooniliste haigete jälgimine ja tervisealane nõustamine¹⁰².

Ämmaemandad

Mitmetes perearstikeskustes töötavad pereõena ämmaemandad, kes ühtlasi osutavad ka iseseisvat ämmaemandusabi (sh nt normaalse raseduse jälgimine ja nimistusse kuuluvate väikelapsevanemate nõustamine). Esmatasandi tervisekeskuste kontseptsioonis saab ämmaemandusabist kohustuslik põhiteenus. Käesolevalt ei ole teada, kui paljudes perearstikeskustes on ämmaemandate pädevus juba olemas. Eelduslikult sisalduvad nende arvud juba eelpool toodud pereõdede arvudes.

Füsioterapeudid

Esmatasandi tervisekeskuste kontseptsioonis saab füsioteraapiateenusest esmatasandi kohustuslik põhiteenus. Hetkel toimub füsioterapeutide erialane töö perearstipraksistega seotult üksnes üksikutes suuremates tervisekeskustes (tasulise teenusena). Eelduslikult sisalduvad kõik sellised füsioterapeudid taastusravi valdkonna all.

Meditsiinialal töötavad sekretärid ja assistendid

Peremeditsiini arengukavas 2012–2020 sedastatuna on perearstiabi efektiivsuse säilitamiseks vajalik perearsti meeskonna täiendamine lisaõe kõrval ka kliinilise assistendiga. Perearsti praksises on töid, mis ei nõua arsti ega õe kvalifikatsiooni. Nende tööde puhul piisaks kliinilisest assistendist, kes võtaks vastu telefonikõnesid, korrastaks dokumentatsiooni, koostaks lihtsamat aruandlust või näiteks

¹⁰¹ Nüüdisajal pereõenduse eriala omandada pole võimalik.

¹⁰² Lai T, Habicht T, Kahur K, Reinap M, Kiivet R, van Ginneken E. (2014). Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. Tervisesüsteemid muutustes, 2013; 15(6).

sisestaks diktofoni loetud sissekannete teksti arvutisse. Kui üksik- ja väikepraksises täidab vastuvõtu-sekretäri rolli enamasti pereõde, on mitmetes suuremates (mitme nimistuga) perearstikeskustes vastuvõtuassistendina tööl inimesed, kel meditsiinilist haridust ei ole. Eeldades, et assistente soolopraksistes ei rakendata, ning need on olemas vaid kuni kolmandikus grupipraksistes, töötab valdkonnas arvestuslikult 40 kliinilist assistenti.

Uuringu raames intervjueritud ekspertide sõnutsi on ootuspärane, et haridussüsteem pakuks sekretäri väljaõppega inimesi, kes on täiendava mooduli või täiendkoolituse raames omandanud baasteadmised näiteks meditsiiniterminoloogias ning terviseandmete töötlemise vallas. Hetkel peavad asjakohast eriväljaõpet pakkuma tööandjad ise.

+++

Perearstisüsteemiga on vahetus kokkupuutes ka sotsiaaltöö valdkonda liigituv juhtumikorraldaja kutseala, kellel võib olla võtmeroll patsiendi sotsiaalsete probleemidega tegelemisel (sh nt patsiendi transpordi organiseerimine, saatja organiseerimine eriarstile minekul vms). Juhtumikorraldust on käsitletud sotsiaaltöö valdkonna raportis.¹⁰³

7.1.2. Tööjõu tulevikuvajadus

Peremeditsiinikeskset üldarstiabi on järgneval kümnendil mõjutamas järgmised arengud, mis avaldavad olulist mõju tööjõuvajadusele valdkonnas:

- 1) Alustatud on üleminekut esmatasandi tervisekeskuste mudelile. Lähtudes RAKE (2015)¹⁰⁴ mudelist peaks 57 teenuspiirkonnas tekkima 89 esmatasandi tervisekeskust, mis pakuvad perearstiteenuse kõrval veel kolme esmatasandi põhiteenust: koduõendusabi, füsioteraapia ja ämmaemandusabi. Uue kontseptsiooni laiaulatuslik realiseerumine praktikas võiks kaasa tuua mitmeid positiivseid arenguid, kuna eelduslikult on suuremas keskuses:
 - koostöö personali vahel tihedam ja asendused kergemini korraldatavad, mis loob võimalusi avardada perearstiabi ajalist kättesaadavust;
 - keskuses teostatavate protseduuride arv saab olla oluliselt laiem kui üksikpraksises;
 - on võimalik leida paremat erialalist tuge kolleegidelt;
 - on võimalik kasutada ruume tõhusamalt, vähendada halduskulusid jmt.
- 2) Kavandamisel on saatekirjanõude laiendamine, mis suurendab perearsti nn väravavahi rolli ja seeläbi ka perearstipraksiste koormust. Perearsti pädevuspiiride laiendamine tingib ka vajaduse kohandada perearstide väljaõpet, et teadmised ja oskused oleksid suureneva vastutusega kooskõlas.
- 3) Iseseisva õendusabi laiem rakendamine valdkonnas eeldab õdedelt senisest laiemat vastutuse-võtmist ning täiendkoolitusi (nt retseptiõiguse saamiseks).

¹⁰³ <http://oska.kutsekoda.ee/field/sotsiaalto/>

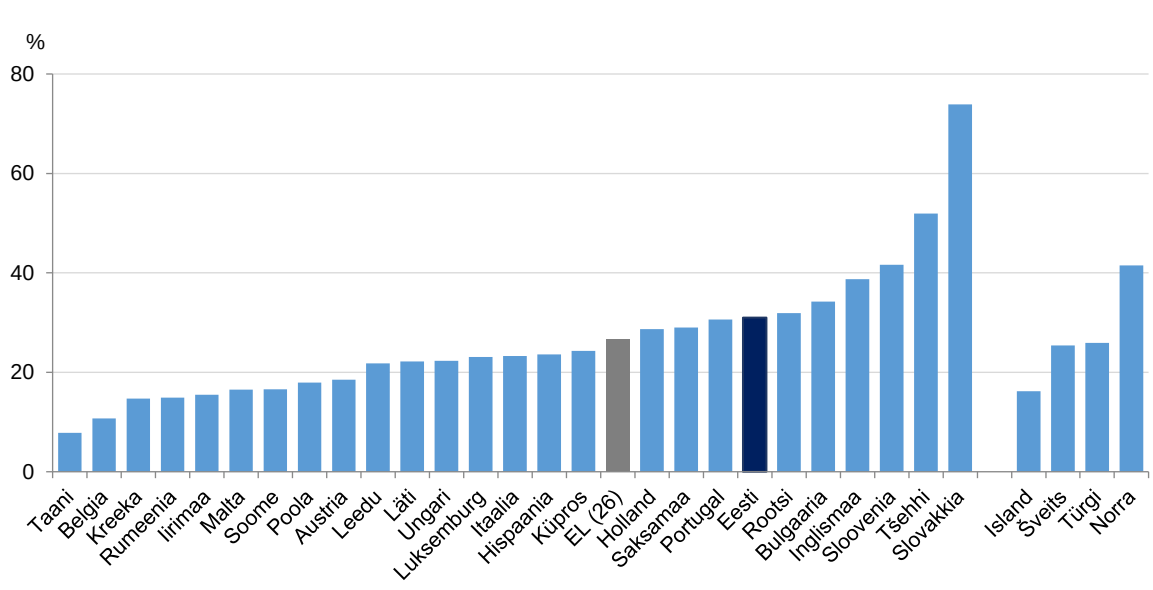
¹⁰⁴ Saar, P., Humal, K., Sepp, V., Lees, K. (2015). Uuring – esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine. Osaraport 3. Esmatasandi tervisekeskuste võrgustik Eestis. Tartu: Tartu Ülikool.

- 4) E-konsultatsiooni laialdasem rakendamine eeldab perearstidelt senisest tavapärasest lähenemisest enam dokumenteerimistööd. Teisalt võimaldab digisüsteemide täiendamine läbiva otsingumootoriga perearsti ja -õe vastuvõtuaega oluliselt kokku hoida.
- 5) Esmatasandi võimestamine kahandab eelduslikult vajadust, et patsiendid peavad liikuma eriarstiabi tasandile. See vähendab eriarstiabi koormust ja säästab patsiendi aega, suurendades samas esmatasandi meeskonna koormust.

Juba esmatasandi tervishoiu arengukavas aastateks 2009–2015 sisaldasid suundumused nagu soolo-praksistelt grupipraksistele (tervisekeskused) üleminek, perearsti muutumine ettevõtjast töövõtjaks ja infrastruktuuri funktsionaalne areng tervisekeskustes¹⁰⁵. Praktikas on need muutused aset leidnud vaid piiratud ulatuses ning ilmselt realiseeruvad eesootaval kümnendil.

Valdkonna töötajate hulk on viimasel kümnendil kasvanud seoses teise pereõe lisandumisega meeskonda. Kasv iseloomustab tõenäoliselt ka järgnevat kümnendit, mil jätkub pereõdede lisandumine. Lisaks tuuakse esmatasandile juurde ka teiste tippspetsialistide – ämmaemandate ja füsioterapeutide – pakutav abi.

Joonis 39. Patsiendid, kes külastasid erakorralise meditsiini osakonda seetõttu, et perearst ei olnud kättesaadav, 2011-2013



Allikas: OECD (2016) Health at Glance: Europe 2016, QUALICOPC study

Esmatasandi tervisekeskuste kontseptsioon on seni olnud taristukeskne ja toimimismudel ei ole õiguslikult veel lõpuni sisustatud, ent tänaseks sätestatu pakub olulisi pidepunkte tööjõu planeerimiseks peremeditsiinikeskuses arstiabis. Kontseptsiooni väljatöötamisel on olnud olulisel kohal mitmed tööjõuga vahetult seotud probleemkohad nagu ajutiste asendamiste korraldamise problemaatika perearsti ja -õe puhkuste, haigestumiste, koolituste jms korral ning sellega seotult probleemne kättesaadavus. Kuigi ühelt poolt on elanikkonna rahulolu perearstisüsteemiga suur

¹⁰⁵ Maaros, H.I. (2009) Peremeditsiini tulevikuperspektiivid Eesti esmatasandi tervishoiu arengukavas. Eesti Arst 2009; 88(1):40–43.

kõikides Eesti piirkondades,¹⁰⁶ on nii erinevates meediatekstides kui ka selle töö raames läbi viidud intervjuudes korduvalt nimetatud perearstiabi probleemset kättesaadavust mõnedes piirkondades (või nimistutes), mis tõstab koormust nii erakorralise meditsiini osakondades (vt joonis 39) kui ka eriarstiabi tasandil üldiselt. Intervjuudes nimetati probleemide põhjustena suuri nimistuid, perearsti töötamist Eestis vaid osalise koormusega ning soolopraksistes perearsti eemalejäämist töölt näiteks ajutise töövõimetuse tõttu, kus talle pole õnnestunud pakkuda (piisavalt kiiresti) asendust.

Perearstipraksiste koormus on piirkonniti erinev (vt tabel 19) – suurte nimistute osakaalu poolest paistavad silma Valga-, Rapla- ja Saaremaa. Eelduslikult on neis piirkondades suurte nimistute põhjuseks perearstide puudus, mistõttu on perearstide pensionile jäämisel pidanud olemasolevad perearstid üle võtma perearstita nimistute patsientide teenindamise.

Tabel 19. Perearstiabi maakondade lõikes statistilises peegelduses

Maakond	Elanikke 2016.01.01 (SA)	Nimistuid 02.03.2016	Keskmine elanike arv nimistu kohta	Pereõed perearstiabi- asutustes (TAI) 2015.11)	Pereõdesid nimistu kohta
Harju maakond	576 265	340	1695	366	1,4
..Tallinn	423 420	267	1586	118	1,6
Hiiu maakond	9348	7	1335	5	0,7
Ida-Viru maakond	146 506	96	1526	122	1,3
Jõgeva maakond	31 298	19	1647	31	1,6
Järva maakond	30 709	23	1335	27	1,2
Lääne maakond	24 580	14	1756	17	1,2
Lääne-Viru maakond	59 467	38	1565	58	1,5
Põlva maakond	28 218	18	1568	28	1,6
Pärnu maakond	82 997	51	1627	66	1,3
Rapla maakond	34 148	18	1897	29	1,6
Saare maakond	33 481	18	1860	26	1,4
Tartu maakond	145 003	94	1543	28	0,9
..Tartu linn	93 687	64	1464	99	1,5
Valga maakond	30 524	16	1908	18	1,1
Viljandi maakond	47 853	31	1544	36	1,2
Võru maakond	33 973	21	1618	28	1,3
Maakond teadmata	1574				
Kokku	1 315 944	804	1637	1102	1,4

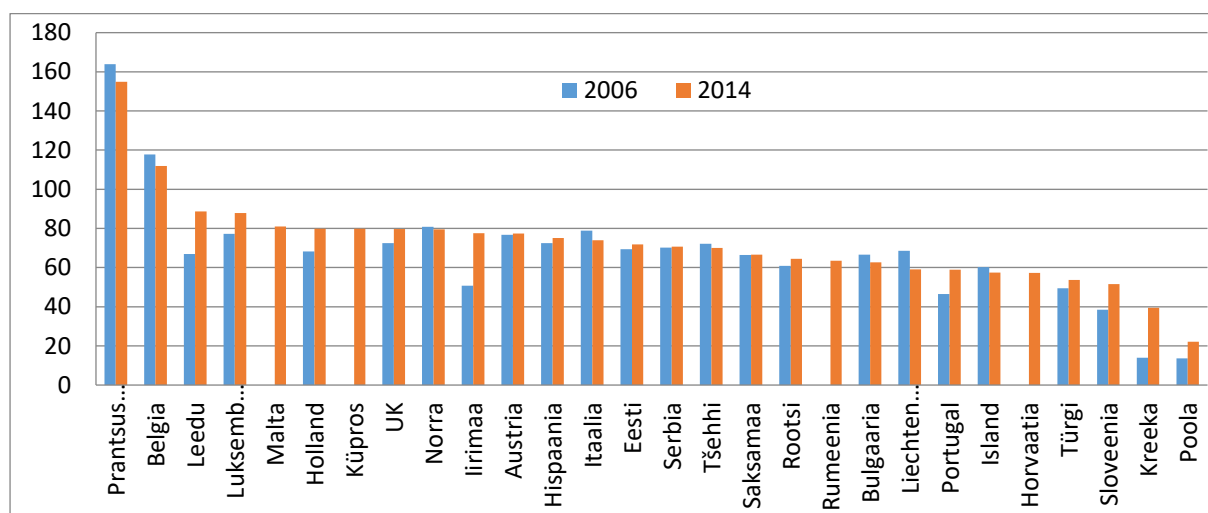
Allikas: Terviseamet, Tervise Arengu Instituut, Rahvastikuregister ja autori arvutused

¹⁰⁶ TNS Emor (2016) Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2015.

Perearstid

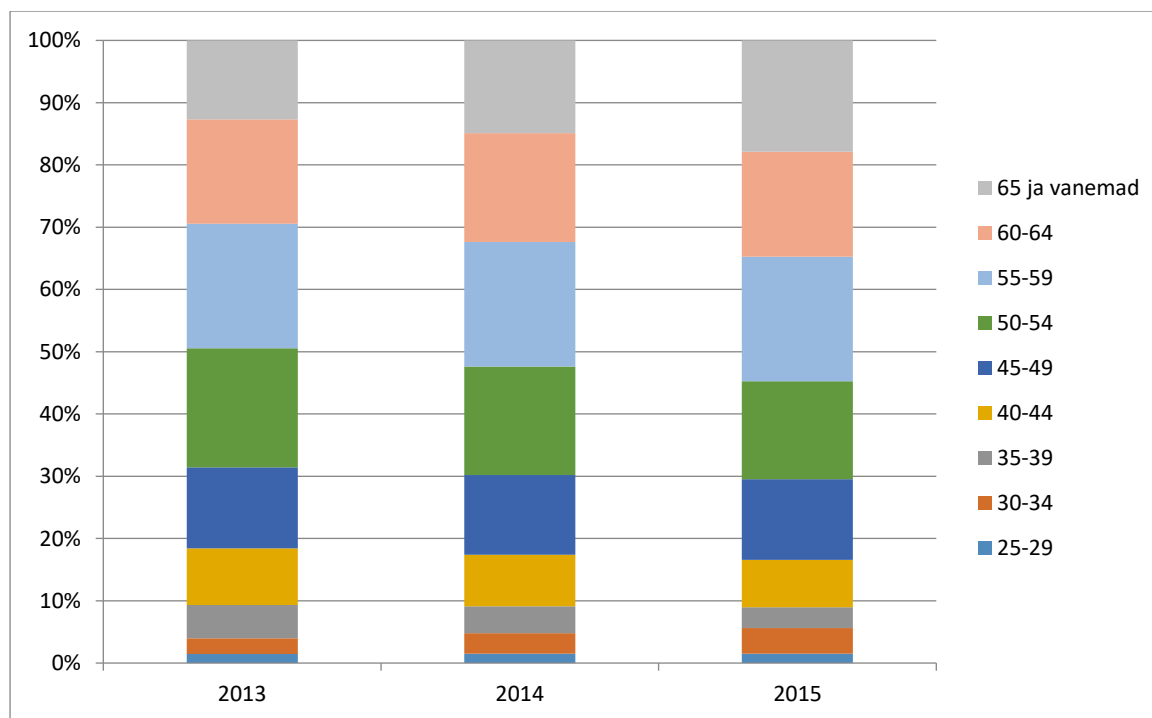
TAI andmetel töötas perearstina 2015. aastal 924 inimest, kelle koormus täistööajaga töökohtadele taandatuna oli 833,3. Perearstide ületunde arvestades oli täiendavalt vaja juurde 7,2 ametikohta. Võrreldes Eesti perearstide arvu muu arenenud maailmaga, ilmneb, et Eesti on keskmiste seas. Eestis oli 2014. aastal 71,89 perearsti 100 000 elaniku kohta, enamikus Euroopa Liidu riikides jääb suhtarv 60 ja 80 vahele (vt joonis 38).

Joonis 40. Perearste (ingl *general practitioners*) 100 000 elaniku kohta Euroopa Liidu riikides.



Allikas: Eurostat 2016, hlth_rs_spec

Joonis 41. Perearstide vanusjaotus Eestis 2013–2015.



Allikas: TAI 2016, THT002

Samas iseloomustab Eesti perearste kõrge vanus – nagu nähtub jooniselt 39, on üle 70% perearstidest üle 50-aastased. Perearstide probleemse vanusjaotuse põhjustena on välja toodud järgmist:

perearstide hoogne väljaränne vahetult EL-ga liitumise järel ja majanduskriisi perioodil, peremeditsiini residentuurikohtade väike arv ja eriala suhteline ebapopulaarsus möödunud kümnendil (vt tabel 20). Samuti on valdkonna esindajad toonud näiteid juhtumitest, kus keskustest eemal olevates perearstikeskustes jätkavad pensioniealised perearstid missioonitundest töötamist seetõttu, et puudub perearst, kes oleks nõus piirkonda tööle tulema ja nimistu üle võtma. Juurutamisel olev esmatasandi tervisekeskuste mudel on suunatud ka selle probleemkoha leevendamiseks.

Toetudes Terviseameti väljastatud kutsekvalifikatsiooni tõendite statistikale, järeldub, et perearstide väljaränne on viimastel aastatel oluliselt kahanenud (vt joonis 42), samuti on valdkonna esindajate sõnul osa arstidest pöördunud tagasi. Teisalt on mitmeid perearste, kes töötavad osaliselt Eestis ja osaliselt välisriigis.

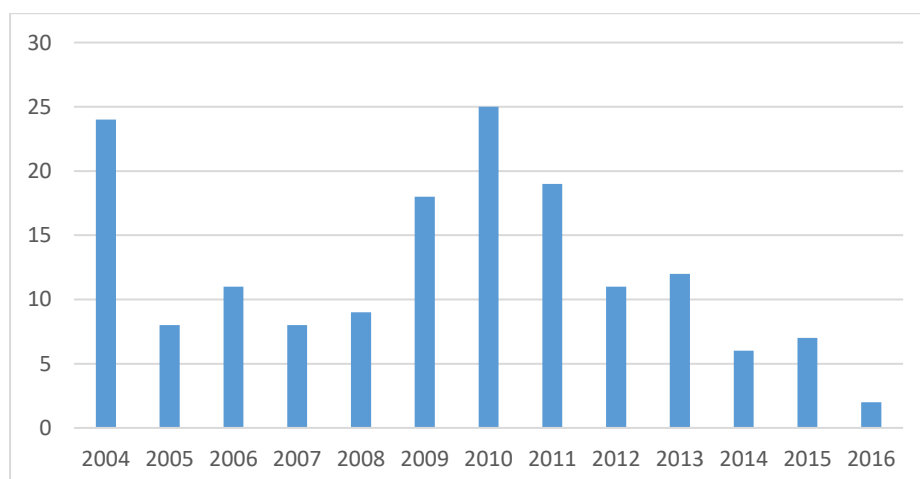
Residentuuris on peremeditsiini õppekohtade arv viimastel aastatel kasvanud. Õppekohtade kavandamisel käsitlevad sidusgrupid peremeditsiini koos sisehaiguste, erakorralise meditsiini ja psühhiaatriaga prioriteetse erialana. Samuti on eriala muutunud arsti põhiõppe lõpetanute silmis populaarsemaks. Sedastatuna 2016. aastal toimunud residentuuri vastuvõtukohtade koosoleku memos¹⁰⁷ peaks perearstide piisava arvu tagamiseks tulevikus iga-aastane residentuurikohtade arv olema 40, kuid „selleni jõudmiseks on vajalik tervikuna tegeleda noorte valmisoleku ja motivatsiooni suurendamisega valida peremeditsiini eriala“ ning „vajalik on edastada selge sõnum, milline on meie tervishoiusüsteemi arenguid arvestades ootus residentuuri tellimusele“.

Tabel 20. Peremeditsiini residentuuri vastuvõtt ja lõpetamine

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Residentuurikohad					30	31	32	32	25	28
Vastuvõetud	16	21	21	25	29	24	31	20	17	27
Lõpetanud	16	10	19	16	13	22	16	16	23	23

Allikas: TÜ, TÜ Meditsiiniteaduste valdkonna üliõpilaskogu

Joonis 42. Peremeditsiini eriala arstid, kellele Terviseamet on väljastanud kutsekvalifikatsiooni tõendi



Allikas: Terviseamet

¹⁰⁷ <https://arstideliit.ee/wp-content/uploads/2016/05/MEMO-Residentuuri-kohtade-koosolek-28.04.16.pdf>

Töõjõus osalevate perearstide ootuspärase arvuna on uuringus käsitletud nn normaalsuurusega nimistute arvu ja 1,21 korrutist¹⁰⁸. Viimastel aastatel on nimistute arv langenud, kuigi riigi elanike arv on arvestuslikult 2,8 normaalsuurusega nimistu võrra hoopiski kasvanud. Seetõttu on 2017. aastal Eestis keskmiselt 1653 inimest nimistu kohta. Perearstisüsteemi väljatöötamise hetkel arvestati, et nimistus on keskmiselt 1600 inimest. Kuna nimistute suuruse kasv on enamasti olnud sunnitud, tööjõupuudusest tingitud käik, ei ole tööjõuvajaduse planeerimisel korrektne normaliseerida tänast sundolukorda. Kohasem on lähtuda perearstisüsteemi kujundamisel algselt planeeritud nn normaalsuurusega nimistutest. Võttes aluseks Eesti rahvaarvu 2017. aasta alguses (1 317 797), peaks nimistuid olema Eestis 823. See on 26 nimistu võrra tänasest enam. Töõjõus osalevate perearsti kvalifikatsiooniga arstide arvestuslik arv peaks seega olema 996. Peremeditsiini eriala omandanud töötavate arstide arv on praegu 939.

Seega saab ühelt poolt väita, et tööjõust on arvestuslikult puudu 57 perearsti. Teisalt – nagu eespool öeldud – lubab kehtiv õigus perearsti ajutiselt asendada ka üldarsti pädevusega arstil ja teiste erialade esindajatel. Perearstiabis tegutseb täiendavalt ligi 200 spetsialiseerumata või teiste eriarsti. Perearstide asendusvajadus on seega olemuslikult kaetud, ent ootuspärane on, et perearstiabis tegutsevad erialase spetsialiseerumise läbinud arstid.

RAKE (2015)¹⁰⁹ analüüsi põhistsenaariumi kohaselt on Eestis vaja 2020. aastaks 867 perearsti töökohta ning 2030. aastaks 866 perearsti töökohta. Selle tulemusena väheneb võrreldes 2014. aastaga töökohtade vajadus 2030. aastaks 63 võrra. Perearstide asendusnõudlus on selle analüüsi järgi perioodil 2015–2030 eelkõige pensionile minevate perearstide tõttu 410. 2014. aastal kõiki esmatasandil töötanud arste nende vanust, tööturult lahkumise prognoose ning tulevikus vajaminevaid töökohti arvesse võttes on kogunõudluse täitmiseks 2020. aastani vaja täita 33 perearsti töökohta ja 2030. aastani 347 töökohta. See teeb aastaks vastavalt 11 ja 33 töökohta. Eeldusel, et 80% lõpetajatest alustab tööd esmatasandil, teeb see aastaseks koolitusvajaduseks kuni 2020. aastani 15 perearsti. Perioodil 2020–2030 on vaja vastu võtta aastaks 45 peremeditsiini arst-residenti.

OSKA rakendusuuringus kasutatud eelduste kohaselt on täiendavalt vaja arvesse võtta vajadust kahandada vananeva rahvastiku tingimustes nimistute suurust. See aitaks adekvaatsemalt vastata elanikkonna tänasele ja potentsiaalselt kasvavale ravivajadusele ning laiendada esmatasandi senist rolli edenduses ja ennetuses. Sellest lähtudes on põhjendatud seada strateegiliseks sihiks, et aastaks 2025. oleks Eestis arvestuslikult 1,21 tööjõus osalevat perearsti iga 1600 elaniku kohta. Võttes aluseks Statistikaameti 2012. aasta rahvaarvu alusel prognoositava rahvaarvu 2025. aastaks (1 289 044; variant 2 ehk positiivne stsenaarium), peaks Eestis olema 2025. aastal 805 normaalsuurusega nimistut ja seega 975 tööjõus osalevat perearsti. 2030. aastal peaks olema 796 nimistut ja 963 tööjõus osalevat perearsti. Seega on perioodil 2017–2025 kasvuvajaduseks 36 perearsti ehk 4 arsti aastas. Arvestades regionaalseid probleeme on ootuspärane, et kasvuvajadus realiseeritakse võimalikult kiiresti.

¹⁰⁸ Koefitsient sisaldab endas järgmisi asendusvajaduse komponente: puhkused (1/12), koolitustel osalemine (1,5/52), haiguspuhkuste asendus (1/52) ja vanemapuhkuste asendus (3,2/40).

¹⁰⁹ Saar, P., Humal, K., Sepp, V., Lees, K. (2015). *Uuring – esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine. Osaraport 4. Esmatasandi põhiteenuste personalivajaduse prognoos aastateks 2020 ja 2030. Tartu: Tartu Ülikool.*

Siinkohal on siiski oluline märkida, et kuigi analüüsis on pidepunktina kasutatud nimistute suurust, kaotavad nimistud esmatasandi tervisekeskuste laialdasemal rakendumisel osa oma senisest tähendusest. Keskuste loomise üks eesmärk ongi jaotada perearstide vahel koormust senisest optimaalsemalt. Olukorras, kus keskuste teenindatavate inimeste hulk ületab optimaalset määra, on keskusel oluliselt lihtsamalt võimalik palgata täiendavat tööjõudu. Teisalt on jätkuvalt kohane kasutada perearstide töökoormuse alusena elanike arvu. Ekspertide hinnangul on ka tugevneva meeskonnaga perearstiabis kohane kasutada orienteeruva koormusena 1600 inimest iga perearsti ametikoha kohta. Vananeva rahvastikuga riigis, kus strateegiliseks sihiks on hoida enamik kroonilise häirega patsientidest esmatasandil, ei tohiks seda arvu tõsta. Nimelt on avalikkuse ees toimuvais diskussioonides esitatud argumente, et osalt on EMODE koormuse ja eriarstiabi järjekordade pikkuse taga just perearstide tänane koormatus. Sellest võib järeldada, et tänane suhtarv, 1653 inimest nimistu kohta, ületab optimaalset määra. Kasutatud argumentatsiooni kohaselt pöörduakse EMOSse sageli seetõttu, et perearst ei ole kättesaadav (vt ka Joonis 39) ning perearstid suunavad eriarstiabi süsteemi ka patsiente, kes võiks jääda esmatasandile, kuid kelle ravi juhtimine esmatasandil võib olla keskmisest ajamahukam.

Seega sisaldub perearstide vajaduses perioodil 2017–2025 nii pensionile minekust tulenev asendusvajadus, väljarändest tulenev asendusvajadus kui kasvuvajadus. Toetudes TAI esitatavate perearstide vanusjaotuse andmetele 2015. aasta kohta, eeldatakse uuringus, et aastaks 2025 tuleb pensionile mineku tõttu asendust pakkuda 2/3-le perearstidele, kes on vähemalt 55-aastased. Tööjõust väljub 10 aasta vältel pensionile mineku tõttu 337 perearsti. Perioodil 2025–2030 lisandub neile veel 151 perearsti. Seega vajab perioodil 2016–2025 vanuse tõttu asendamist keskmiselt 33,7 perearsti aastas ning sealt edasi 2030. aastani 30,2 perearsti aastas.

Kuigi mõnedes analüüsides ja ekspertide käsitlustes opereeritakse tervishoiu tööjõu arvestustes eelkõige või üksnes alla 65-aastaste perearstidega, tuleks siiski arvestada, et täistööajaga jätkatakse töötamist ka pensioniea saabudes ning teatud osakaal pensioniealisi töötajaid esmatasandi tervisekeskustes on loomulik ning jätkuv trend ka tulevikus.

Perearstide piisavust mõjutab oluliselt väljaränne – võttes aluseks viimasel kolmel aastal Terviseameti väljastatud kutsekvalifikatsiooni tõendeid ja eeldades, et väljaränne ei suurene (vt joonis 42), peab arvestama keskmiselt 5 perearsti lahkumisega aastas. Eeldades, et iga kahe lahkuja kohta tuleb tagasi üks perearst, kaotab Eesti välisriikidesse 2–3 perearsti aastas. Perearstid võivad lahkuda Eesti-sisest teistessegi sektoritesse, nt tööle riigi- või avalik-õiguslikesse asutustesse, kuid siin on tegu pigem juhuslike siirdumistega ning seda käesolevas prognoosis ei arvestata. Samuti puudub usaldusväärne info perearstide liikumise kohta tervishoiu valdkonna sees peremeditsiinist mujale – kuigi siingi on üksikjuhtumeid, ei saa seda käsitleda süsteemsena, mistõttu ka seda tööjõuvajaduse prognoosimisel ei arvestata.

Seega peab haridussüsteem suutma pakkuda perioodil 2017–2025 tööjõuturule keskmiselt 40,2 perearsti ettevalmistusega arsti aastas. Tänapäevane lähtepunkt on järgmine: 2016. aastal võeti peremeditsiini erialale vastu 27 residentit, residentuur kestab kolm aastat ning järele on jäänud lühike periood muutuste tegemiseks. Seega ei ole soovitu ilmselt saavutatav. Praktikas peab arvestama, et residentuurikohtade järsk suurendamine ei pruugi tagada nende täitumist, samuti ei pruugi residentide arvu jõuliseks kasvuks olla piisava juhendamissuutlikkusega praktikabaase. Järsk õppekohtade arvu muutus võib seetõttu suurendada õppe ebaühtlust. Kaalumist väärib see, kui seada strateegiliseks ülesandeks jõuda tasakaalustatud tööjõupakkumiseni aastaks 2030, jätkates seni

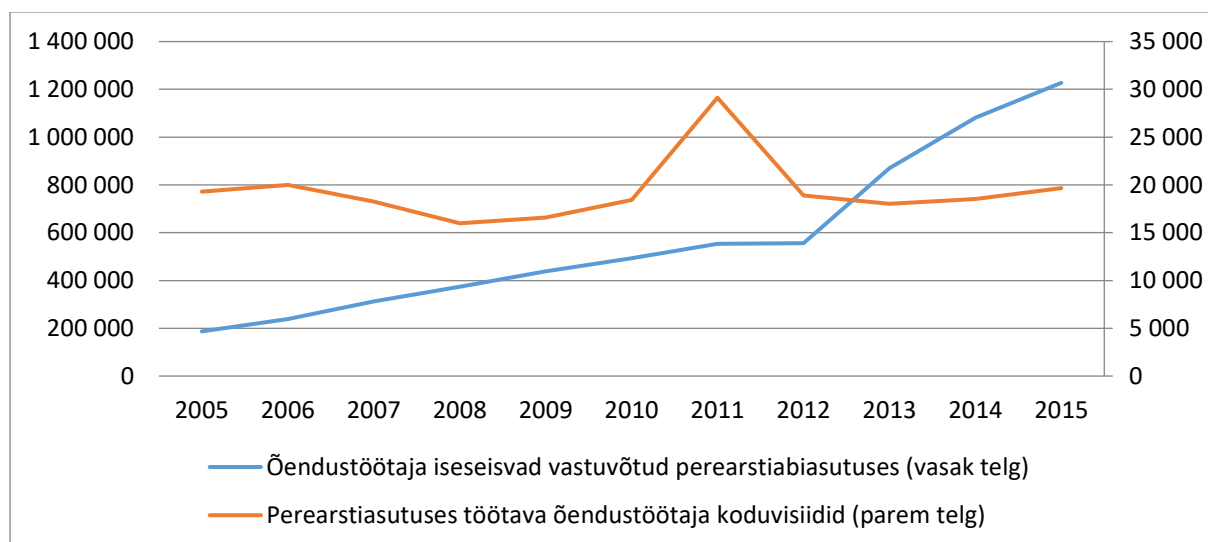
peremeditsiini eriala residentuurikohtade arvu järk-järgulise suurendamisega. Seni saavad perearstiabi osutamist toetada üldarsti kvalifikatsiooniga ja teiste erialade arstid.

Pereõed

Terviseameti hallatava tervishoiutöötajate registri andmetel töötas 2017. aasta veebruaris Eestis perearstide juures 1353 õe kutsega töötajat. Ühe nimistu kohta töötab valdkonnas keskmiselt 1,7 õde. Veel peremeditsiini arengukava koostamise hetkel oli pereõdesid 0,8 ühe nimistu kohta. Kui vastavalt rahastamisreeglitele töötaks iga nimistu kohta kaks pereõde, tähendaks see, et kokku peaks pereõdesid olema 1594. Seega on praegune õdede arv vähemalt 241 võrra ootuspärasest väiksem.

Pereõdede roll on viimasel kümnendil oluliselt muutunud. Alates 2010. aastast said pereõed õiguse nõustada iseseisvalt kroonilisi haigeid, rasedaid ja tervete vastsündinute vanemaid. Ravikindlustusest rahastatakse alates 2013. aastast perearstiasutuste kulusid alates teisest pereõdest, kui õe iseseisvaks tööks on olemas eraldi kabinet. Perearstiasutustes tõusis 2013–2015 õdede iseseisvate ambulatoorsete vastuvõttude arv võrreldes 2005–2012 aastaga 2,7 korda¹¹⁰ (vt joonis 43).

Joonis 43. Pereõdede iseseisvad vastuvõttud ja koduvisiidid, 2005–2015



Allikas TAI 2016

RAKE (2015)¹¹¹ analüüsi kohaselt peaks pereõdede ametikohtade arv perioodil 2015–2030 kasvama 300 võrra ehk 1370-ni. Käesolevas uuringus eeldatakse, et Eestis on 2025. aastal 805 normaal-suurusega nimistut, mis tähendab 1610 täistööajaga pereõe ametikohta. Nagu eelpool öeldud, on ekspertide hinnangul ka tugevneva meeskonnaga perearstiasutustes kohane kasutada orienteeruva koormusena 1600 inimest iga perearsti ametikoha kohta. Seega peaks hiljemalt aastaks 2025 olema iga perearsti kohta kaks pereõena töötavat õe kutsega töötajat. Regionaalseid ebakõlasid, kus ühes teeninduspiirkonnas on üks pereõde ja teistes kaks, tuleks teenuse pakkumisel ilmselt vältida. Võttes

¹¹⁰ Anderson, E. (2016) Õdede iseseisvad ambulatoorsed visiidid 2005–2015. TAI

¹¹¹ Saar, P., Humal, K., Sepp, V., Lees, K. (2015). Uuring – esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine. Osaraport 4. Esmatasandi põhiteenuste personalivajaduse prognoos aastateks 2020 ja 2030. Tartu: Tartu Ülikool.

arvesse pereõdede vanemapuhkustest tingitud asendusvajadust,¹¹² on arvestuslikult vaja 1723 tööjõus osalevat pereõde. Seega peab haridussüsteem perioodil 2017–2025 pakkuma vajaliku pereõdede arvu saavutamiseks 364 pereõde ehk 40,4 pereõde aastas. Teisalt on oluline arvestada, et nii nagu praegu, võib ka 2025. aastal olla veel väikepraksiseid, kus võib olla ratsionaalne, et teise pereõde rolli täidab ämmaemanda kutsega töötaja, kes ühtlasi osutab ka üldarstiabi raames ämmaemandusteenuseid. Seda aspekti arvestades võib oodatav kasvuvajadus olla mõneti väiksem.

Toetudes TAI esitatavate pereõdede andmetele 2015. aasta kohta, eeldatakse uuringus, et aastaks 2025 tuleb pensionile mineku tõttu asendust pakkuda 2/3-le pereõdedest, kes on vähemalt 55-aastaselt. Tööjõust väljub 10 aasta vältel vanuse tõttu 333 pereõde. Seega vajab perioodil 2016–2025 vanuse tõttu asendamist keskmiselt 33,3 pereõde aastas.

Pereõdede väljarände täpne määr ei ole teada. Eeldades, et nende lahkumise määr ei erine õdede üldisest lahkumise määrast, ning võttes aluseks viimase kolme aasta lahkumise, saame arvestuslikuks pereõdede lahkumisest tingitud asendusvajaduseks 8,7 pereõde aastas. Arvestades pereõdede vanuselist jaotust on tõenäoliselt tegu selle arvu ülehindamisega. Eeldades, et iga nelja väljarändaja kohta naaseb üks senisele tööle, on väljarände saldo seega -6,5. Pereõdede liikumine tervishoiusüsteemist välja on pigem juhuslik ja seda prognoosis ei arvestata – see komponent sisaldub ilmselt osaliselt vanusega seotud lahkumiste komponendis. Liikumisi tervishoiu valdkonna sees samuti arvesse ei võtud.

Seega on pereõdede vajadus perioodil 2017–2025 arvestades asendus- (39,8) ja kasvuvajadust (40,2) kokku 80 pereõde aastas. Arvestades pereõdede arvu jõulist kasvu viimastel aastatel, on ootuspärane, et kasv jätkub hoolimata arvestatavast asendusvajadusest ka lähiaastatel, ning siht saavutatakse. OSKA raames intervjuueeritud ekspertide sõnul on senine kasv toimunud suuresti haiglapersonali arvelt, kuna haiglad ei ole suutnud konkureerida peremeditsiinis pakutava töötasu ja töötingimuste kombinatsiooniga (st töötunnid tavapärasel tööajal). Seega kui haiglad saavad asendustööjõudu haridussüsteemist, toetub perearstikeskne esmatasandi arstiabi suuresti tervishoiusüsteemis juba tegutsevatele õdedele. RAKE (2015)¹¹³ kohaselt asus perioodil 2010–2014 õe põhiõppe lõpetamise järel pereõnena tööle vaid 5% õdedest. Intervjuueeritute sõnul on pereõeks siirdunute seas tavapäraselt kesk- ja vanemaealisi haiglatöötajad, kes soovivad senisest stabiilsema korraldusega, nt nn 8–17 tööd. Selline soov on omane ka alaealiste laste vanematele. Tervishoiusektori sees horisontaalselt liikudes siirdutakse pereõeks ka veel pensionieelsel eluperioodil. Selles kontekstis ei ole korrektne tõlgendada probleemina seda, et pereõdede keskmine vanus erineb õdede keskmisest vanusest. Sobivaks kohandatud koormuse ja teiste töötingimuste korral võib pereõde ametikoht olla jõukohane ka kõrges vanuses.

Seega on tervishoiu valdkonnas peremeditsiinikeskne üldarstiabi õdede vajaduse katmisel soodsamas olukorras, kui näiteks haiglavõrgu arengukava haiglad. Hoolimata sellest, et koolipingist siirdub

¹¹² Pereõdede puhul on kasutatud perearstide omast oluliselt väiksemat koefitsienti 1,07, mis hõlmab üksnes vanemapuhkustest tingitud asendusvajadust (3,2/44). Erinevalt perearstist on lühematest puhkustest (st haiguspuhkus ja korraline puhkus) ja koolitustest tingitud eemalolekute korral võimalik kahel pereõel teineteist asendada.

¹¹³ Saar, P., Humal, K., Sepp, V., Lees, K. (2015). *Uuring – esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine. Osaraport 4. Esmatasandi põhiteenuste personalivajaduse prognoos aastateks 2020 ja 2030. Tartu: Tartu Ülikool.*

pereõeks vaid tagasihoidlik arv õdesid, tuleb õe kutseala esindajate arvu planeerimisel arvestada otseselt pereõdede asendus- ja kasvuvajadust, kuna see mõjutab otseselt teisi tervishoiu valdkondi – peremeditsiinikeskse üldarstiabi tööjõu kasvatamine ei tohiks toimuda teisi tervishoiu valdkondi nõrgestades.

Ämmaemandad

Rakendamisel olev uus esmatasandi mudel näeb ette, et esmatasandi meeskonnaga liitub käesolevast aastast ämmaemand. Nagu aga eelpool öeldud, töötavad teadaolevalt ka juba praegu mitmetes perearstikeskustes ja -praksistes ämmaemanda kutsega inimesed. Nad on enamasti pereõe tavapärasel rollis, kuid võivad täita ka ämmaemanda ülesandeid (sh normaalse raseduse jälgimine ja nimistusse kuuluvate väikelastevanemate nõustamine).

RAKE (2015)¹¹⁴ põhistsenaariumi ehk iseseisva ämmaemandusabi mudeli kohaselt oleks 2011. aasta teenusevajadusele vastanud 172 ämmaemanda töökohta esmatasandil. Arvestuste järgi saaks 131,5 töökohta kohe esmatasandile ümber paigutada – sel juhul asuks esmatasandil 44% kõigist ämmaemanda töökohtadest. Tulenevalt sündimuse prognoositavast vähenemisest on RAKE käsitluses langustrendis ka vajatavate ämmaemandate arv ning teenuse mahtudest tulenevalt oleks 2020. aastal esmatasandil vaja 158 ning 2030. aastal 140 ämmaemanda töökohta.

Tuginedes ekspertintervjuudele lähtub OSKA rakendusuuring seisukohast, et tööjõuvajaduse hindamisel ei ole korrektne seostada ämmaemandusabi üksnes või eelkõige raseduse jälgimise ja sünnitusabi osutamisega. Ämmaemanda rolli tuleks käsitleda oluliselt laiemalt ning vaadata seda kogu reproduktiivtervise kontekstis. Seega on ämmaemandail roll kogu inimese elukaare vältel ning nõustatavad ei pea olema piiritletud üksnes naistega. Ekspertide hinnangul on ämmaemandate potentsiaal edendus- ja ennetustegevustes täna rakendamata. Nende süsteemne kasutamine esmatasandil võimaldaks hetkel puudulikku ennetus- ja edendustegevust reproduktiivtervise vallas oluliselt laiendada.

Kuigi ühelt poolt on ootuspärane seada esmatasandil paikneva tööjõu osas strateegilised sihid (nt ämmaemand nelja nimistu kohta vmt), see võimaldaks pakkuda esmatasandil kohaseid ämmaemandusteenuseid (sh reproduktiivtervise alane nõustamine) ühtlaselt üle kogu Eesti. Teisalt ei pruugi olla vajalik tuua ämmaemandaid vahetult perearstikeskuse meeskonda, seda eriti linnades, kus on piisaval hulgal ämmaemandusteenuse pakkujaid. Sel juhul on võimalik nii raseduste jälgimist kui ka edendus- ja ennetustegevust teha koostöös teiste (sh eriarstiabi) pakkuvate asutustega. Esmatasandi tervisekeskuste kontseptsiooni juurutamisel liigub ämmaemandusabi osutamine seega küll tervisekeskustesse, kuid organisatoorselt võib see jääda jätkuvalt lahutatuks perearsti-kesksest üldarstiabist. Alahinnata ei saa ka naise õigust valida endale meelepärane ämmaemand, mistõttu ei saa eeldada, et tervisekeskusega seotud nimistutesse kuulujaist on kõik seotud vaid ühe-kahe tervisekeskuses töötava ämmaemandaga. Eelnevast lähtudes selles uuringus esmatasandil tegutsevate ämmaemandate arvu ei prognoosita. Ämmaemandate tulevikuvajadust käsitletakse kõigi tasandite üleselt peatükis 4.6

Füsioterapeudid

Kuigi mõnedes suuremates keskustes (nt Medicum) on perearstiabiga seostatud nii eriarstiabi kui ka teiste tippspetsialistide (füsioterapeutide, kliiniliste psühholoogide) pakutavad teenused, on tegu

¹¹⁴ Saar, P., Humal, K., Sepp, V., Lees, K. (2015). Uuring – esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine. Osaraport 4. Esmatasandi põhiteenuste personalivajaduse prognoos aastateks 2020 ja 2030. Tartu Ülikool.

erandiga ning füsioterapeudid on seni pakkunud abi esmatasandist lahus. Rakendamisel olev uus esmatasandi mudel näeb ette, et esmatasandi tervisekeskus peab pakkuma põhiteenusena füsioteraapiateenust. Seega liituvad esmatasandi tervisekeskuse meeskonnaga järgnevatel aastatel ka füsioterapeudid. Teisalt ei võimalda olemasolevad pidepunktid anda sisukaid hinnanguid füsioterapeutide arvilisele vajadusele esmatasandil. On alust eeldada, et sarnaselt praegusele olukorrale jätkavad paljud füsioterapeudid töötamist nii tervisekeskustes kui ka mujal, mistõttu on piiride tõmbamine keeruline. Seega piirdub füsioterapeutide käsitlus koondkäsitlusega alapeatükis 4.10

Kliinilised assistendid

Nagu eelpool öeldud, puudub info peremeditsiinikeskses esmatasandi tervishoius töötavate kliiniliste assistentide kohta. On alust arvata, et vähemalt kolme perearsti ja teisi spetsialiste koondavates esmatasandi tervisekeskustes kasutatakse tulevikus alati vähemalt ühte assistenti ülesannetes, mis meditsiinilist haridust ei nõua. Kui väikestes perearstipraksistes täidab vastuvõtusekretäri ja dokumendihalduse korraldaja rolli pereõde, siis suuremates, mitut nimistut teenindavates keskustes koguneb mittemeditsiinilist tööd ilmselt määral, mis võimaldab luua vähemalt ühe sekretäri või assistendi töökoha. Väljaõppe ja juhiste olemasolul tuleb assistent toime ka patsientide selekteerimisega kas pereõde või perearsti vastuvõtule. Sellisel viisil jagatud tööülesanded tagaksid ka perearsti- ja pereõde-teenuse parema kättesaadavuse, kuna nad on vabastatud tööst, milleks pole vaja arsti ja õe haridustaset.

Kui aastaks 2025 realiseerub RAKE (2015) esitatud esmatasandi tervisekeskuste (ETTK) mudel ning tekib 89 esmatasandi tervisekeskust, tähendab see, et valdkonda on vaja ligi 100 kliinilist assistenti. Siin on arvestatud ka vajadust pakkuda asendusi. Käsitledes valdkonnas tegutsevate kliiniliste assistentide tänase arvuna 40, on nende arvu vaja seega suurendada ca 60 võrra.

Just peremeditsiini valdkonnaga seotult tõsteti esmalt esile vajadust, et haridussüsteem pakuks nn kliinilisi assistente. Praegu puudub veel kliinilise assistendi kutsestandard ning koolituskava, kuid seda oleks otstarbekas planeerida, kuna arstide ja õdede puudus ning pikk koolitusaeg vajavad tööjõuressursi väga otstarbekalt kasutamist. Kuna selliste spetsialistide järele väljendasid vajadust ka haiglate esindajad, võib järeldada, et tööturul on vajadus vastavate oskustega töötajate järele sadades. Ekspertidele toetudes soovivad autorid sidusgruppide ja tervishoiukõrgkoolide koostöös töötada välja keskharidusel baseeruv kutseõppekava või selle täiendkoolitusmoodul, mis võimaldab tasemeharidussüsteemil pakkuda tervishoiusüsteemile sobivaid sekretäre ja juhiabisid. Sellele eelnevalt on põhjendatud välja töötada kliinilise assistendi kutsestandard, mille alusel on võimalik luua asjakohane koolituskava.

7.1.3. Kokkuvõte

Kui kõik käsitletud eeldused peavad paika, kasvab perearstikeskse üldarstiabi valdkonna töötajate arv aastaks 2025 enam kui veerandi võrra ehk ca 2600-lt töötajalt ligi 3300 töötajani. Ligi pool sellest on tingitud pereõdede lisandumisest, kuid lisanduvad ka ämmaemandad, füsioterapeudid ning kliinilised assistendid. Valdkonna tööjõu seisukohalt on kõige olulisemateks ülesanneteks lähima kümne aasta perspektiivis pakkuda perearstidele asendust ning töötada välja ja rakendada kliiniliste assistentide tasemeõpe, et perearstid ja pereõded saaksid oma tööaega otstarbekalt kasutada.

7.2. Suutervise valdkond

Suutervise valdkond hõlmab nende kutsealade tegevust, mille esindajate vastutusalas on hamba- ja igemehaiguste ravi ning suutervisega seotud ennetus ja edendus. Valdkonnas töötab ligikaudu 2500 tervishoiu valdkonna kutsealade esindajat: hambaarstid, hambaravi assistendid, hambatehnikud ja suuhügienistid. Kõiki neid kutsealasid on kirjeldatud peatükis 1.1. Kuigi ka hambaravipraksistes tegutsevad vastuvõtusekretärid, on valdkonna esindajate sõnul nende töös vajadus meditsiiniliste ja tervishoiusüsteemi teadmiste järele marginaalne. Seetõttu ei saa neid käsitleda samaväärselt peremeditsiinis tegutsevate assistentidega.

7.2.1. Hetkeolukord ja trendid

Hambaarstina tegutsemine ja hambaravi osutamine on seadusega reguleeritud, kuid muus osas toimib valdkond vabaturu printsiibil järgmiste eranditega (vt ka 9):

- alla 19-aastaste hambaravi rahastatakse ravikindlustusest ja seega on sellele sihtrühmale suunatud teenuste hinnapoliitika Haigekassa mõju all;
- ravikindlustusest kaetavatel täiskasvanute rahalistel hüvitistel võib olla mõningane positiivne mõju teenuseturule.

Valdkonna tööjõuvajadus on oluliselt sõltuv elanikkonna ostujõust – see on viimastel aastatel märgatavalt kasvanud. Kuigi Eestis käivad hambaid ravimas ka välisriikide elanikud, on nende osakaal oluline vaid piiratud arvul Tallinna ja Tartu kesklinna piirkonnas asuvates hambaravipraksistes. Piirkonniti erineb patsiendistruktuur ja töökoormus oluliselt. Hambaraviasutused on kontsentreerunud suurematesse linnadesse, Tallinn ja Tartu on tihedalt kaetud (vt tabel 21).

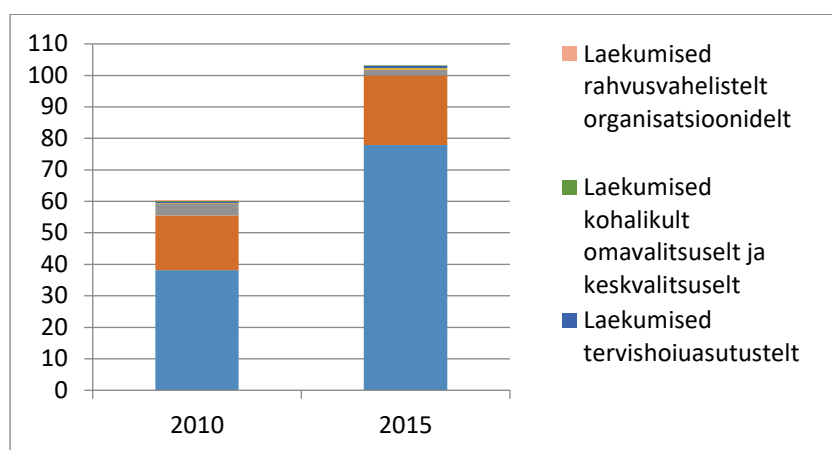
Tabel 21. Hambaraviasutused ja nende allüksused Eestis 2000, 2005–2015

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Eesti	457	497	497	495	509	504	512	512	511	523	518	519
..Tallinn	123	188	195	192	203	202	202	208	210	216	218	218
..Tartu	48	49	47	48	47	49	49	49	49	53	52	52

Allikas: TAI, Tabel TTO40

Väljaspool keskuseid, kus napib ostujõulisi kliente, on ravikindlustusest finantseeritavate teenuste osakaal võrreldes keskustega oluliselt suurem. Mitmed keskustest eemal asuvad hambaravikabinetid on hambaarsti pensionile siirdumise tõttu lõpetanud tegevuse, mistõttu on hambaraviteenuse kättesaadavuse keskustest eemal halvenenud. Intervjueeritud on toonud näiteid, et tingituna praksiste väiksusest ja teiste spetsialistide puudusest teevad mõned hambaarstid tööd, mis jääb allapoole nende väljaõppe taset (sh nt hambatehniku töö, profülaktiline töö: ennetustöö, nõustamine, puhastamine jmt).

Joonis 44. Hambaraviasutuste tulud 2015. aastal tulude liikide lõikes, miljonit eurot



Allikas: TAI, TK111

7.2.2. Tööjõu tulevikuvajadus

Suutervise valdkonna tööjõuvajadust mõjutavad lähitulevikus mitmed arengud ja valikukohad. Esiteks on ekspertide sõnul hambaravi senine piiratud kättesaadavus kasvatanud oluliselt ravivajadust, mis ostujõu suurenedes on realiseerunud ka suurenenud teenusetarbimisena. Katmata ravivajadus on ekspertide sõnul veel märkimisväärne. Ostujõu kasvades on suurenenud ka kallimate ja tööjõumahukate teenuste maht (hammaste lõualuude proteesimine, endodontia, parodontoloogia, implantoloogia ja ortodontia).

Riigi otsused seoses elanike omaosaluse vähendamisega hambaravis on potentsiaalselt suure mõjuga, kuid selliste otsuste langetamine lähitulevikus on pigem ebatõenäoline. Kuigi vastu on võetud otsus, mis peaks kahandama inimeste omaosalust, ei pruugi juurutatud lahendus Eesti Hambaarstide Liidu hinnangul seatud eesmärki täita ning suure tõenäosusega sel turgu elavdavat mõju ei ole.

Esmatasandi tervisekeskuste kontseptsiooni juurutamine võib soodustada hambaravikabinettide taasavamist mõnedes keskustest eemal asuvates piirkondades. Suuri investeeringuid nõudva valdkonnana on see mõju aga ilmselt väga tagasihoidlik.

Järgnevalt on antud hinnang suuhügienistide, hambaravi assistentide ja hambatehnikute tööjõuvajadusele 2025 perspektiiviga – hambaarstide tööjõuvajadust käsitleti detailselt peatükis 4.3.

Suuhügienistid

Eesti hambaraviasutustes tegutses 2015. aastal 27 suuhügienisti. Kuigi korduvalt on räägitud suuhügienisti õppekava väljatöötamisest ja rakendamisest Eestis¹¹⁵, ei ole selleni jõutud. Kõik Eestis täna tegutsevad suuhügienistid on omandanud pädevuse kas Dentese tervishoiukoolis lühiajaliselt toimunud suuhügienisti õppes või välisriikides.

Eesti Hambaarstide Liidu juhatuse hinnangul puudub hetkel vajadus õpetada tasemeharidussüsteemis välja suuhügienisti kutsestandardis sätestatud pädevusega spetsialiste. Põhjamaadele iseloomuliku lahenduse ehk iseseisvate suutervise spetsialistide järele tekiks arvestatav nõudlus üksnes juhul, kui

¹¹⁵ <http://tervis.postimees.ee/v2/2978985/arstiteaduskond-voib-hakata-suuhuegieniste-koolitama>

riik rahastaks suutervise valdkonda, sh ennetusvaldkonda oluliselt enam. Lähima 5–7 aasta perspektiivis on see tervishoiu rahastamise ebakindlust arvestades ebatõenäoline.

Suuresti turumajanduse printsiipidel tegutsevas suutervise valdkonnas on hetkel nõudlus suuhügienisti pädevusega spetsialistide järele ühelt poolt selgelt olemas. Teadaolevalt on kõik tasemehariduses või välisriikides pädevuse omandanud suuhügienistid leidnud töökoha (enamasti suuremates hambaraviettevõtetes). On alust arvata, et elanikkonna ostujõu püsites ja kasvades oleks turul ilmselt ruumi veel kümnetele suuhügienistidele. Ilma ravikindlustuse täiendava rahastuseta ei ole vajadus tõenäoliselt nii suur, mis õigustaks eraldi õppekava väljatöötamist riiklikus kõrgharidussüsteemis.

Toetudes varasemale kasvule eeldatakse rakendusüringus, et perioodil 2016–2025 kasvab suuhügienistide arv 50% võrra ehk 40-le. Vanusest ja teistesse sektoritesse liikumisest tulenev asendusvajadus olemasolevate andmete valguses puudub.

Hambaravi assistendid

Nagu peatükis 1.3 käsitletud, on hambaravi assistentide arvestuslik arv 2017. aastal 1016, s.t eelduslikult on nende arv otseselt sõltuv hambaarstide arvust (0,75 assistenti 1 hambaarsti kohta nagu 2015. aastal). Assistentidega seonduva suurima probleemkohana on välja toodud, et nende ettevalmistus erineb märkimisväärselt, varieerudes keskharidusega inimestest tänavalt, kes on saanud hambaraviasutuses lühikese väljaõppe, õharidusega inimesteni (viimased on seega selgelt üleharitud nende tööülesannete jaoks).

Fookusvaldkonna esindajate hinnangul on põhjendatud, et teenuse kvaliteedi tõstmiseks (ühtlustamiseks) hakkab tasemeharidussüsteem pakkuma assistentidele baaskoolitust. 2017. aasta alguse seisuga on Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli ja Eesti Hambaarstide Liidu eestvedamisel toimumas ettevalmistused, et välja töötada ja alates 2018 rakendada keskharidusel baseeruv *hambaravi assistendi* kutseõppekava. Teadaolevalt on kaalumisel järgmine mudel:

- tervishoiukõrgkooli kureerimisel toimub 1,5–2-aastane töökohapõhine **hambaravi assistendi kutseõpe** (keskhariduse baasil);
- soovijad saavad seejärel täiendavalt läbida ca pooleaastase kestusega töökohapõhise õppe ning spetsialiseeruda **profülaktika assistendiks**, kelle ülesandeks on ennetus ja klientide suutervise alane nõustamine (seega osalt suuhügienisti tavapärased ülesanded);
- mõlema kutse esindajad töötavad hambaarsti juhendamisel.

Eeldades, et aastaks 2025 jääb hambaarstide arv senisega samaks, saab ka oodata, et hambaravi assistentide arv on ligilähedane tänase arvuga. Kui realiseerub ülalkirjeldatud plaan, omandab oluline hulk hambaravi assistente tasemehariduses kvalifikatsiooni. Nimetatud õppekava rakendumisel 2018 jõuaksid esimesed õppurid hambaravi assistendi kutse omandamiseni 2020. aastal ning samal või järgmisel aastal lisanduvad neile esimesed profülaktika assistendid. Aastaks 2025 võib ligi kümnendik hambaravi assistentidest olla asjakohase erialase haridusega.

Aastani 2025 lahkub tööjõust arvestuslikult 16 hambaravi assistenti aastas. Võimalik on hambaravi assistentide liikumine teistesse sektoritesse, kuid selle määr ei ole teada. Kuni assistentidel puudub selge haridusliku ettevalmistuse nõue, on see ka teisejärguline, kuna lahkujaid on võimalik tööjõuturul kergesti asendada. Nagu eelpool käsitletud, on hambaravi assistentide seas nii meditsiinilise hariduseta inimesi aga ka näiteks õdesid, kes on otsinud meelepärasemate töötingimustega tööd.

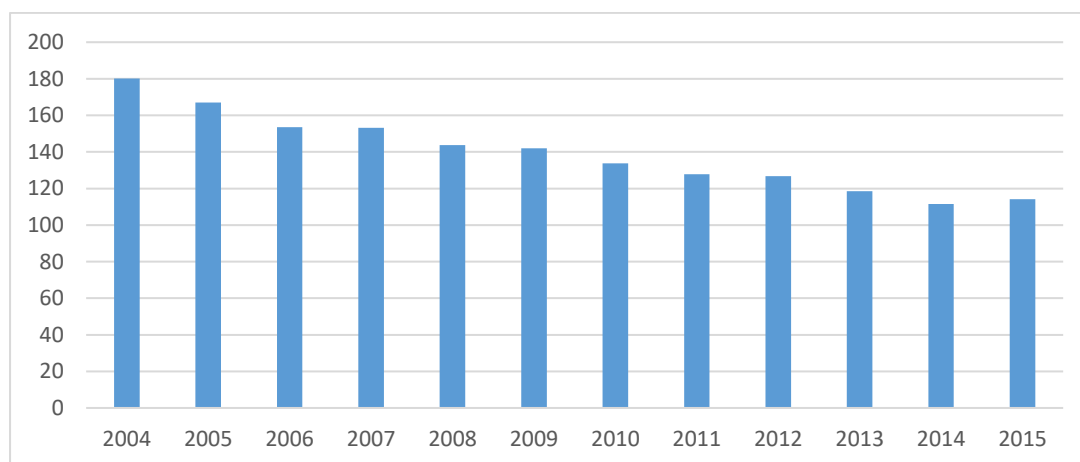
Hambatehnikud

TAI andmetel oli hambaproteeside tehnikuid 2015. aasta novembris 128, tehnikute arv on aasta-aastalt kahanenud. Esialgsel andmetel on 2014–2015 toimunud tehnikute arvu stabiliseerumine (vt joonis 45). Hambatehniku keskmine vanus oli 2015. aastal 52 aastat (36% on vanemad kui 60 aastat), neist kolmandik on mehed.

Intervjueeritud valdkonna esindajate hinnangul võiks hambatehnikuid olla mõneti rohkem – eelduslikuks kasvuvajaduseks on 15% tänasest arvust ehk 147. See on hambatehnikute ootuspärane arv ka aastal 2025. Pikemas perspektiivis võivad arengud tehnoloogias ja materjaliteadustes (nt proteeside 3D printimine) vähendada käsitsi tehtava töö mahtu ja seega ka tööjõuvajadust. Nimetatud arengu realiseerumist mõjutab ilmselt hambatehnikute töötasu kasv ning tehnoloogia ja automatiseerimist võimaldavate materjalide odavnemine. Tõenäoliselt jõuavad mujal maailmas juba eksisteerivad lahendused mingil kujul aastaks 2025 ka Eestisse. Teisalt säilib ekspertide hinnangul esialgu ka käsitöö järele jätkuvalt oluline vajadus (nt seniste hambaproteeside parandamise näol) ja tööjõuvajaduse vähenemine võib toimuda järk-järgult.

Arvestades vanemaeliste hulka hambatehnikute seas, mõjutab kutseala lähitulevikus märkimisväärselt pensionile minekust tulenev asendusvajadus. Eelduslikult lahkub aastaks 2025 tööjõust kolmandik (44) neist, kes 2015 veel töötasid. Seega on vaja, et haridussüsteem pakuks keskmiselt 4,4 töötajat aastas asemele. Võimalik on ka hambatehnikute siirdumine välisriikidesse ja sektorist välja, kuid asjakohase taustinfo puudumise tõttu sellega ei arvestata. Kokkuvõttes peaks haridussüsteem pakkuma vähemalt 6,5 hambatehnikut aastas, et katta asendusvajadust ja võimaldada kutsealal pisut kasvada. Võttes arvesse hambatehnikute senist lõpetanute määra 12,35 uut hambatehnikut kalendriaastas, suudab haridussüsteem tööturu ootusi ligi kahekordse ülejäägiga teenindada. On alust uskuda, et lühemas perspektiivis suudab senise lõpetajate arvuga jätkamine leevendada kiiresti spetsialistide puudust tööjõuturul. Mõneti pikemas perspektiivis väärib tööturu olukord pidevat seiramist ning selle muutumisel (käsitööd jõuliselt kahandava tehnoloogia pealetung, majanduskeskkonna halvenemine, küllastumine spetsialistidest) võib olla vajalik kiiresti reageerida. Võib tekkida olukord, kus seniste lõpetanute arvudega jätkamine ei ole enam vajalik, ning ühel hetkel võib olla põhjendatud vastuvõttude vähendamine näiteks korrale kahe aasta jooksul.

Joonis 45. Hambatehnikute täidetud ametikohad lepingulise koormuse järgi, 2004-2015



Allikas: TAI, THT002

7.2.3. Kokkuvõte

Kuigi hambaarstide arv on Eestis praegu piisav, võib lähiaastatel osutuda probleemiks pensioniikka jõudnud hambaarstide samaaegne lahkumine tööturult. Võib juhtuda, et uute lõpetajate arvud ei suuda lahkujate hulka katta. Esmahinnangul põhjustab see hambaraviteenuse kättesaadavuse halvenemist eelkõige keskustest eemal, kuid teisalt ei pruugi värske tööjõu suunamine keskustest kaugemale olla kuigi tulemusrikas.

Tööandjate vaatevinklist peaks tasemeharidussüsteem pakkuma õpet nii hambaravi assistentidele kui ka suutervise spetsialistidele. Sellele vajadusele vastamiseks on EHL ja Tallinna Tervishoiu Kõrgkool alustanud koostööd, et välja töötada tervishoiukõrgkooli kureeritav õppekava kutseõppe baasil hambaravi assistentide ja profülaktika assistentide koolitamiseks.

Hambatehnikute väljaõppes on võimalik jätkata mõnda aega seniste õppemahtudega, kuid ühel hetkel, peatses lähitulevikus, võib olla vajalik vastuvõttu kärpida.

Toetudes ekspertide esitatud hinnangutele, võib vabaturu printsiibil tegutsevas suutervise valdkonnas olla ruumi veel kümnetele suuhügienistidele, kuid sellise tasemeni on võimalik jõuda ilma selleta, et riiklikus kõrgharidussüsteemis töötataks välja riiklik õppekava. Sel juhul toimub koolitus inimeste enda initsiatiivil välisriigis. Põhjamaadele iseloomuliku iseseisvate suutervise spetsialistide järele tekiks arvestatav vajadus üksnes juhul, kui riik rahastaks suutervise valdkonda, sh ennetusvaldkonda oluliselt enam. Käesolevalt puuduvad arengud, mis lubaks ennustada sellise stsenaariumi rakendumist lähitulevikus.

7.3. Apteegiteenus

Apteegiteenus on ravimite jaemüük või muul viisil väljastamine koos sellega kaasneva nõustamisega ravimite sihipäraseks ja ratsionaalseks kasutamiseks. Teenus sisaldab ka kasutaja teavitamist, kuidas ravimit õigesti ja ohutult kasutada ja säilitada ning ravimite kohapeal valmistamist ja pakenditesse jaotamist. Apteegiteenuse osutamine on lubatud ainult sellekohase tegevusloaga apteegis ja selle struktuuriüksuses. Samuti tuleb arvestada eri liiki apteekidele kehtestatud piiranguid.

Apteegid jagunevad üldapteekideks, veterinaarapteekideks ja haiglaapteekideks. Tervishoiu valdkonna uuring hõlmab tööjõuvajadust üld- ja haiglaapteekides. Ravimiameti andmetel oli Eestis 2017. aasta alguses 514 apteeki (lisaks 4 veterinaarapteeki).

Ravimiseaduse järgi võivad apteegiteenust apteegis ja apteegi struktuuriüksuses osutada ainult Terviseametis registreeritud proviisor ja farmatseut. Teisalt töötab apteekides ka mitteerialase haridusega assisteeriv või tugiteenuseid pakkuv personal, kellest osa on palgatud leevendama kvalifitseeritud tööjõu puudust. Need töötajad täidavad ülesandeid, mis on õiguslikult võimalikud. Proviisori ja farmatseudi kutseala on detailselt analüüsitud alapeatükkides 4.4 ja 4.5.

7.3.1. Hetkeolukord ja trendid

Tervise Arengu Instituudi ja Ravimiameti andmetel töötas 2015. aasta lõpus valdkonnas 2267 inimest, kellest 42% olid proviisorid, 33,2% farmatseudid ja 24,8% muud töötajad. Apteegiteenuse osutamiseks on Ravimiameti andmetel tegevusluba hetkel 362 asutusel ja ettevõttel. Tegevusluba omavaid apteeke oli 01.01.2016 seisuga Eestis 517 (vt tabel 22) (lisaks 4 veterinaarapteeki).

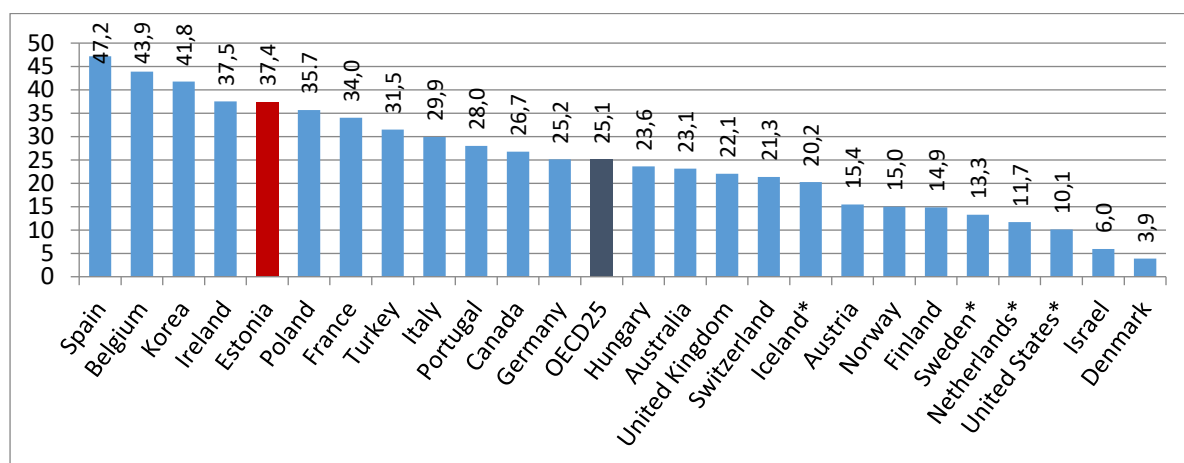
Tabel 22. Apteekide arv seisuga 01.01.2016

	Põhiapteegid	Haruapteegid
Üldapteegid	330	163
Haiglaapteegid	23	1

Allikas: Ravimiamet

Hetkel on Eestis 37,5 apteeki 100 000 elaniku kohta, mis on OECD riikide seas suhteliselt kõrge suhtarv (vt joonis 46). Teisiti on Eestis üks üldapteek 2669 elaniku kohta, Euroopas on see näitaja 5000–7000.

Joonis 46. Apteekide (*community pharmacies*) OECD riikides 100 000 elaniku kohta, 2015



Allikas: OECD (<http://dx.doi.org/10.1787/888933281337>), Eesti andmed: Statistikaamet, Ravimiamet, autorite arvutused

2015. aastal toimus apteegiturul mitmeid muutusi – mitmed põhi- ja haruapteegid suleti, samas avati veel enam uusi põhiapteekide. Samuti vahetasid mitmed apteegid nime ja asukohta. 2015. aasta jooksul suurenes üldapteekide arv kokkuvõttes 17 võrra. Kõigi aasta jooksul tegutsenud apteekide ja nende haruapteekide kogukäive oli 2015. aastal 413 miljonit eurot. Sellest oli üldapteekide käive 316 miljonit eurot (77% kogukäibest), haiglaapteekide käive 96 miljonit eurot (23%) ja veterinaarapteekide käive 0,7 miljonit eurot (0,2%). Apteekide kogukäive on aasta-aastalt kasvanud, veel aastal 2008 oli apteekide kogukäive 291 miljonit eurot. Sama trendiga on kasvanud kulutused ravimitele ühe elaniku kohta, kui aastal 2008 jäi kulutuse suurus 166 euro piirimaile, siis 2015 oli vastav kulutus 229 eurot. Eesti 493-st üldapteegist on ca 200 nn proviisoriaapteegid, ülejäänud kuuluvad erinevate ettevõtete (sh ravimite hulgimüüjad) kaudu isikutele, kes ei ole erialase haridusega.¹¹⁶

Tabel 23. Tegevusluba omavate apteekide koguarv 2008-2016

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Üldapteegid	506	496	486	477	469	475	478	476	493
Haiglaapteegid	29	28	26	26	24	25	24	24	24

Allikas: Ravimiamet

¹¹⁶ Õiguskantsleri arvamus ravimiseaduse, riigilõivuseaduse ja tervishoiuteenuste korraldamise seadusemuutmise seaduse eelnõu nr 615 SE kohta. Indrek Teder 09.04.2014 nr 18-1/140474/1401603.

Geograafiliselt on kõige enam apteeke Harjumaal, järgnevad Tartumaa ja võrdse apteekide arvuga Järvamaa ning Ida-Virumaa. Ligi 40% apteekidest paiknevad Tallinnas ja Tartus. Võrdluses perearstinimistutega paistab erineva trendiga silma Järvamaa, kus 23 perearsti nimistu kohta on 34 apteeki.

2015. aasta lõpul töötas ühes üldapteegis, st põhiapteegis või haruapteegis, enamasti 2–5 inimest. Arvuliselt on kõige rohkem enam kui 10 töötajaga üldapteek Tallinnas ja ühe töötajaga üldapteek Tartumaal.

Toetudes sidusgruppide esindajate hinnangutele, saab valdkonda iseloomustada järgmise kaudu:

- Täna apteegivõrgus napib nii proviisoreid kui ka farmatseute.
- Kvalifitseeritud töötajate nappus survestab tõstma palgatöötajatest proviisorite ja farmatseutide töötasusid, millega kaasneb valdkonnasisene voolavus.
- Apteekide arvukus koos kasvanud palgakuludega on vähendanud apteekide kasumlikkust.

7.3.2. Tööjõu tulevikuvajadus

Apteegiteenuse valdkonnas on lähitulevikus kõige enam tööjõuvajadust mõjutamas ilmselt kavandamisel olev proviisoriapteekide reform ja apteekide potentsiaalne tihedam integreerimine esmasandiga. Ravimiseaduses¹¹⁷ sätestatust lähtuvalt peab apteegi (enamuse) omanik 2020. aasta aprillist olema proviisor. On väljendatud arvamusi, et reformi jõustumise järel kaasneb apteekide arvu kahanemine, kuna nende proviisorite osakaal, kes on valmis võtma ettevõtlusriski, ei pruugi tänasega võrreldes kasvada. Teisalt on ka arvamusi, et reform ei kahanda oluliselt apteekide arvu. Proviisorid võivad omada ka rohkem apteeke (vähemalt 4000 elanikuga asulais on apteekide hulk piiratud küll neljaga), nii on võimalik, et ettevõtlikum osa proviisoreist rakendab seda võimalust ning alles jäävad ka mitmed sellised apteegid, kus tänased (nt pensioniealised) proviisorid soovivad jääda palgatööle ja omanikuks mitte hakata.

Seega suurendab 2020. aastal eelduslikult täielikult rakenduv nn proviisoriapteekide reform määramatust tööjõuvajaduse hindamisel, elujõuliseks võib osutuda kasvustsenaarium, kuid võimalik on ka tööjõuvajadust oluliselt kahandava variandi realiseerumine. Arvestades, et tänases turusituatsioonis valitseb proviisorite ja farmatseutide tööjõupuudus, oleks senise apteegivõrgu säilimisel kindlasti põhjendatud farmatseutide ja proviisorite arvukam ettevalmistamine. Visk, Themas & Kiiveti (2014) kohaselt tagab selle stsenaariumi korral tööeas proviisorite arvu hoidmise nende koolitusarvu suurendamine veerandi võrra. Kuna aga reformi tagajärjel võib apteekide arv ka oluliselt kahaneda ja seeläbi kahaneda ka tööjõuvajadus, ei pruugi kvalifitseeritud töötajate arvukamal hulgal ettevalmistamine olla põhjendatud. Keskpikas perspektiivis ei pruugi neile kõigile olla apteegisektoris väljaõppele vastavat tööd.

Mitmed sidusgrupid on seisukohal, et arvestades proviisorite ettevalmistuse põhjalikkust, on põhjendatud integreerida apteegiteenus senisest oluliselt tihedamalt esmasandi tervishoiuga. Minimaalseks sammuks selles suunas astumisel on luua eeldused infovahetuse ja koostöö suurendamiseks arsti ja apteekri vahel. Kuid võimalik on laiendada oluliselt ka apteegiteenuse definitsiooni ning anda apteekidele õigus osutada apteegis tervishoiuteenuseid. 2016. aasta detsembris Sotsiaalministeeriumis toimunud kohtumisel olid arutluse all järgmiste teenuseliikide toomine apteekidesse – haiguste ennetus, diagnostika, nõustamisteenus ja krooniliste haiguste jälgimine:

¹¹⁷ <https://www.riigiteataja.ee/akt/104052016005>

- elustiilialane- ja toitumisnõustamine südamehaiguste ennetamiseks (kaasates nt toitumisterapeute),
- osteoporoosi sõeluuringud ja ennetav nõustamine,
- vähi sõeluuringud ja ennetav nõustamine,
- nägemiskontroll (kaasates optometriste),
- vaktsineerimine,
- sünnimärkide kontrollimine naha patoloogiate diagnoosimiseks ja pahaloomuliste haiguste varaseks avastamiseks,
- kiirtestide tegemine (HIV, allergiad, laktoos, gluteen),
- ravimite koostoimete ja kõrvaltoimete süsteemsem hindamine,
- nõustamine suitsetamisest ja muudest sõltuvusainetest loobumiseks,
- sünnitusjärgne nõustamine,
- seksuaaltervise alane nõustamine,
- reisimeditasiini alane nõustamine,
- suutervise alane nõustamine,
- külmetushaiguste ravi alane nõustamine,
- riikliku tervishoiuprogrammi ravimite (nt metadoon, ARV-ravimid jt) jaotamine ning muud programmi teenused (nt süstlavahetusteenus),
- diabeedi ravi jälgimine,
- krooniliste obstruktiivsete kopsuhaiguste ravi jälgimine (PEF-meetria, spirograafia),
- hüpertensiooni jälgimine (vererõhu mõõtmine),
- antikoagulantravi (INR).

Eeltoodud teenuste laialdane rakendamine apteegitasandil tähendab, et apteekritel peab olema ligipääs terviseinfosüsteemile, sh diagnoosidele, et tuvastada ja ära hoida koos- ning kõrvaltoimete tekkimist. Mitmete teenuste puhul on vajalik apteegimeeskondasid süsteemselt koolitada, kas täiendkoolitustena, seda tasemehariduse juba omandanud töötajate puhul, või ka kohandades formaalhariduse õppekavasid. Mitmete teenuste puhul on võimalik täiendavate spetsialistide (toitumisterapeudid, optometristid, õed, ämmaemandad jt) rakendamine apteegimeeskonnas. Teadaolevalt pole üldtoodud teenuste komplekti laiendamise osas siduvaid otsuseid veel langetatud.

Ülalkirjeldatud määramatuse konteksti arvestades lähtutakse selles rakendusüuringus tööjõuvajaduse prognoosimisel eeldusest, et apteekide arvu kasv peatub kõrgete tööjõukulude ja vähese kasumlikkuse koosmõjul. Lisaks toimub mõningane, kuid mitte drastiline kahanemine 2020. aastal eelduslikult täielikult rakenduva nn proviisoriapteekide reformi mõjul. Selles kontekstis on sobivaks sihiks 2025. aastaks proviisorite arvu säilitamine ning farmatseutide arvu kasvatamine proviisorite arvuga samaväärseks. Täiendavate spetsialistide lisandumist apteegimeeskonda ette ei ole nähtud – see ilmselt toimub, kuid piiratud ulatuses ega ole iseloomulik valdkonnale tervikuna.

7.3.3. Kokkuvõte

Kokkuvõttes suurendab kavandamisel olev proviisoriapteekide reform määramatust tööjõuvajaduse hindamisel. Täna ses turusituatsioonis valitseb üheselt proviisorite ja farmatseutide tööjõupuudus ning senise apteegivõrgu säilimisel on põhjendatud farmatseutide ja proviisorite arvukam ettevalmistamine. Visk, Themas & Kiiveti (2014) kohaselt tagab selle stsenaariumi korral tööeas proviisorite arvu hoidmise nende koolitusarvu suurendamine veerandi võrra. Kuna aga reformi tagajärjel võib apteekide arv ka oluliselt kahaneda, ja seeläbi kahaneda ka tööjõuvajadus, ei pruugi

kvalifitseeritud töötajate arvukamal hulgal ettevalmistamine olla põhjendatud. Keskpikas perspektiivis ei pruugi neile kõigile olla apteegisektoris väljaõppele vastavat tööd.

Mitmete täiendavate teenuste toomine apteegitasandile eeldab apteekrite ligipääsu terviseinfosüsteemile, sh diagnoosidele, et tuvastada ja ära hoida koos- ning kõrvaltoimete tekkimist. Mitmete teenuste puhul on vajalik apteegimeeskondasid süsteemselt koolitada, kas täiendkoolitustena, seda tasemehariduse juba omandanud töötajate puhul, või ka kohandades formaalhariduse õppekavasid. Mitmete teenuste puhul on võimalik täiendavate spetsialistide (toitumisterapeutid, optometristid, õed, ämmaemandad jt) rakendamine apteegimeeskonnas. Teadaolevalt pole ühegi eelpool nimetatud arengu puhul otsuseid veel langetatud, mistõttu ei ole võimalik arvestada kirjeldatud tööjõuvajaduse prognoosimisel.

Võttes ühelt poolt arvesse kirjeldatud määramatust, kuid teisalt ka proviisoriõppes alustanute madalat lõpetamise määra, pole põhjendatud proviisoriõppes vastuvõtuarve suurendada. Esmalt on kriitiline tegeleda proviisoriõppe lõpetamise määra parandamisega. Nii TÜ analüüsi kui ka VEKi soovitudele tuginedes tuleks püüelda farmatseudi ja proviisori ühendõppekava loomise poole, jagades senise integreeritud 5-aastase proviisorite õppe 3+2 (ühis)õppekaval baseeruvaks õppeks. 3-aastase kõrgharidustasemel õppe läbimisel omandavad õppijad farmatseudi kutse ning jätkates õpinguid magistriõppes, on võimalik omandada proviisori kutse. Sel moel on tagatud, et proviisoriks õppida soovijad saavad kolmeaastase õppeperioodi järel teha õpingutes pausi, olles samas tööturul teretulnud. Ja ka vastupidi – farmatseudiks õppinutel on peale apteegis töötamist võimalik jätkata õpinguid ja karjääriteed. Sel moel on paremini juhitud ka turunõudlusest tulenevad riskid – proviisorite suurema vajaduse korral on võimalik vastata nõudlusele vaid kahe-aastase viiteajaga, suurendades vajadusel oluliselt magistriõppekohtade arvu. Ja ka vastupidi – turunõudluse olulisel kahanemisel saab proviisorite õppekohti vastavalt kahandada. Üldkirjeldatu pakub ka hea võimaluse kasvatada mõõdukalt farmatseutide arvu. Autorite arvutuste kohaselt jääb farmatseutide soovitud tasemest tänaste vastuvõtu- ja lõpetamistrendide korral puudu 94 farmatseuti, s.o keskmiselt 10,4 farmatseuti aastas. Seega on põhjendatud suurendada soovitud taseme saavutamiseks vastuvõtuarve farmatseudi õppekaval vähemalt 12 võrra.

Toetudes Visk, Thomas & Kiiveti (2014) analüüsile on oluline arvestada, et praegune proviisorite ja farmatseutide koolitamine kahes eraldiseisvas õppeasutuses teineteisest isoleeritud õppekavadel ei ole mõistlik, kuna pärsib koolituse kvaliteedi arengut ja kahandab koolitusmahtude jätkusuutlikkust. Igapäevatöös on farmatseutide ja proviisorite tööülesannetes oluline kattuvus (v.a proviisoritest apteekide juhatajad), samas erineb väljaõpe oluliselt nii sisult kui mahult. Farmaatsia eriala omandanu, kes soovib saada proviisoriks, peab alustama 5-aastast proviisoriõpet algusest peale. Proviisoriks õppija, kes ei soovi kolme aasta järel õpinguid jätkata, ei saa aga asuda tööle farmatseudina.

Selleks, et pakkuda haiglaapteekidele pädevaid töötajaid, on põhjendatud kaaluda Tartu Ülikoolis arstiõppe residentuuri analoogina tasemeharidusjärgselt haigla proviisori spetsialiseerumise võimalust. Hetkel läbivad spetsialiseeruvad proviisorid riigi toetusel asjakohase koolituse välisriikides. Piisava hulga kvalifitseeritud tippspetsialistide olemasolul saab sellist spetsialiseerumise õpet rakendada ka Eestis.

Et proviisorid saaksid rakendada kogu pädevust, mis nad on tasemehariduses ja igapäevatöös omandanud, on põhjendatud kohandada korralduslikku ja õiguslikku raami:

- anda apteegitöötajatele ligipääs andmetele, mis on vajalik koos- ja kõrvaltoimete ärahoidmiseks, tuvastamiseks ning patsientide ravisoostumuse soodustamiseks;
- arendada apteekide rolli patsientide esmase nõustamise ja suunamise pakkujana;
- soodustada apteekide kvaliteedijuhises¹¹⁸ kirjeldatud tervisenäitajate määramist apteekides (vererõhu mõõtmine, veresuhkru ja üldkolesterooli sisalduse mõõtmine veres, teiste tervisenäitajate jälgimine apteegis, näiteks kehakaal/kehamassiindeks).

Suurendamaks täna juba töötavate ettevõtlike proviisorite võimekust tulla toime uue rolliga, on kohane pakkuda täiendusõppena riiklikult toetatud juhtimisalast koolitust.

7.4. Erakorraline meditsiin

Erakorraline meditsiin (EM) on tervishoiu alamvaldkond, mis on suunatud erakorraliste tervise-seisundite esmasele diagnoosimisele ja ravile. Valdkond hõlmab nii haiglavälises kiirabis kui ka haigla erakorralise meditsiini osakonnas (EMOs) tegutsevat tööjõudu. Kiirabi osutab erakorralist meditsiini-abi sündmuskohal ning vajadusel transpordib patsiendi kas lähimasse või vajaliku võimekusega haiglasse. Samuti teostab kiirabi haigete erakorralist haiglate vahelist meditsiinilist transporti.

Valdkonna käsitluses on fookuses neli kutseala: erakorralise meditsiini arstid, õed, erakorralise meditsiini tehnikud ning hooldajad. Kuigi EMOs on roll kanda ka klienditeenindajatel ja turvatöötajatel,¹¹⁹ ei ole kumbki ametirühm käsitletav tervishoiu ametialana, mistõttu neid selles töös ka ei vaadelda.

7.4.1. Hetkeolukord ja trendid

EM teenuste osutamiseks on tegevusluba 22 asutusel. 2015. aasta seisuga oli Eestis 11 kiirabiteenuse osutajal 102 (+2 projektipõhist) 3-liikmelist brigaadi. Need paiknesid 54 geograafilises punktis, neist 6 olid reanimobiilibrigaadid, 14 arstibrigaadid ja 82 õebrigadid. Lisaks on PERHil väikesaartel (Kihnu, Ruhnu ja Vormsi) aastaringelt tööle rakendatud esmaste abistajate kaheliikmelised mobiilsed brigaadid. Samuti töötab PERHis ööpäevaringselt õebrigade ja väikesaarte esmaseid abistajaid konsulteeriv arst. Karell Kiirabi koosseisus alustas 2015. aastal tööd kaheliikmeline kiirabi õebrigad asukohaga lisakus.

Valdkonna mahud, ja seega ka tööjõuvajadus, on viimasel kümnel aastal pidevalt kasvanud. Selle põhjustena on nimetatud elanikkonna vananemisest tulenevat tervisehäirete sagenemist koosmõjus rahuldamata ravivajadusega esmatasandil ja eriarstiabi piiratud kättesaadavusega. Sotsiaal-ministeeriumi 2016. aastal koostatud ülevaates üldhaiglate külastusest on märgitud, et perearsti profiiliga vastuvõtte on EMOs 30-40%. Ravikindlustusest rahastatava tervishoiuteenuste eelarve pingestumisel vajadus erakorralise meditsiini järele üha kasvab. Kui teistes valdkondades on võimalik ravimahte sõltuvalt rahastusest ja tööjõust ajas ravijärjekordade abil hajutada, siis EM peab tegelema kõikide erakorralisena kvalifitseeruvate juhtumitega.

Erakorraline meditsiin (sh kiirabi) on tehnoloogiamahukas valdkond, milles rakendatakse järjepidevalt uudseid tehnoloogilisi lahendusi. Lähimineviku ja hetkearengud on seotud IKT ja telemeditsiiniga. Nii on juba praegu konsulteerival arstil võimalik telemeditsiini seadmete vahendusel näha patsiendi infot

¹¹⁸ <http://efs.ee/wp-content/uploads/Kvaliteedijuhise-l%C3%B5ppversioon1.pdf>

¹¹⁹ vt erakorralise meditsiini arengukava.

(EKG, videopilt) ja pakkuda sellele toetudes kohapealsele brigaadile kvaliteetset tuge. Tehnoloogilised arengud tõstavad lühikoolituste vajadust valdkonnas.

Teadmine valdkonnas tegutsevatest tööjõust on fragmenteeritud (vt tabel 24-tabel 27). Statistikale ja konservatiivsetele hinnangutele toetudes saab väita, et valdkonnas tegutseb vähemalt ca 2000 tervishoiu valdkonna kutsealade esindajat (sh hooldustöötajad). Teisalt peab arvestama, et valdkonnas on laialt levinud töötajate riskasutus ehk ühel töötajal on mitu töökohta, Seetõttu võib töötajate arv olla ka väiksem. Intervjueeritute hinnangul iseloomustab valdkonna tööjõudu normkoormust ületav tööaeg, töötajate nn riskasutus ja keskmisest suurem voolavus. Ühe asutuse näitele toetudes on kiirabis töötamise keskmine aeg 7 aastat, millega peab tööjõu koolitusmahtude planeerimisel arvestama.

Tabel 24. Erakorralises meditsiinis töötavad tervishoiutöötajad 2013-2015

	2013	2014	2015
Erakorralise meditsiini arst	177	166	187
Erakorralise meditsiini õde	756	769	788
Kiirabitehnik	450	455	553

Allikas: TAI 2016, Tabel THT001

Märkus: novembrikuu seisuga. Kasutatud on TAI tähistusi

Tabel 25. Erakorralises meditsiinis töötamisega seostatavad kutsealad tervishoiuasutustes, 2016 lõpp

	2016
Erakorralise meditsiini erialaga arstid	111
Erakorralise meditsiini õendus	543
Intensiivõendus	155

Allikas: Terviseamet 2016

Tabel 26. Kiirabi töötajad 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Asutuse juhtkond	26	33	33	36	30
Arstid	69	69	63	51	43
Õendustöötajad	556	553	583	586	599
Kiirabitehnikud	366	393	392	416	410
Muud tervisetöötajad	46	12	8	11	41
Muud töötajad	81	80	79	79	82
Kiirabitöötajad kokku	1144	1140	1158	1179	1205

Allikas: TAI 2016, Tabel THT020

Märkus: novembrikuu seisuga. Kasutatud on TAI tähistusi

Tabel 27. Erakorralises meditsiinis töötavate tervishoiutöötajate töökoormus 2015

	Töötavad isikud	Täidetud ametikohad lepingulise koormuse järgi	Tegelikult täidetud ametikohad	Ületundidest tulenev täiendav täidetud ametikohtade arv
Erakorralise meditsiini arst	187	150,29	140,92	8,44
Erakorralise meditsiini õde	788	717,48	645,04	43,81
Kiirabitehnik	553	519,66	488,14	25,65

Allikas: TAI 2016, Tabel THT001

Märkus: novembrikuu seisuga. Kasutatud on TAI tähistusi

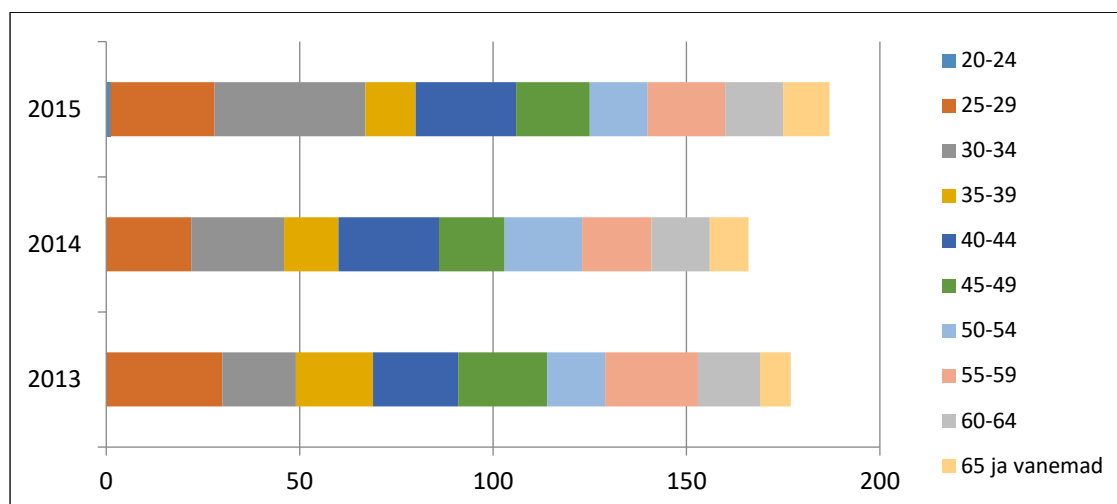
Arstid

TAI andmetel töötas 2015. aastal EMO- või kiirabiarsstina 187 arsti. Kiirabis töötavate arstide hulk on kiirabireformist tulenevalt viimasel kümnendil oluliselt kahanenud, 2014. aastal oli neid 43. Terviseameti andmetel oli 2016. aasta detsembris erakorralise meditsiini eriala omandanud arste 113. Valdkonnas töötavad veel ka anesthesioloogid, erakorralise meditsiini residentuuris või mõnel teisel erialal õppijad (kel on küll arsti kutse, kuid kes ei ole omandanud arstlikku eriala), põhiõppe läbinud nn üldarstid, kes ei ole residentuuri siirdunud, ning ka erinevate arstlike erialade esindajad, kes oma erialal ei tööta. Näiteks võib Eestis reanimobiilibrigaadi (Eestis 6) juhtida intensiivravikogemust omav erakorralise meditsiini arst või anesthesioloog. Kiirabibrigaadi (Eestis 14) juhib arst, kes on läbinud vähemalt 40-tunnise erakorralise meditsiini koolituse. Haiglates on valves ka paljude teiste erialade arstid, kes rakenduvad (sh konsulteerides) erakorralistel juhtudel.

Erakorralise meditsiini valdkonnas töötavate arstide keskmine vanus on erialadest üks madalamaid – 43,4. See tuleneb osalt tõsiasjast, et erakorralise meditsiini arstiks spetsialiseerumise võimalus tekkis alles 90ndate lõpus (algelt kiirabi residentuuri nime all¹²⁰). Suhtena on erakorralises meditsiinis alla 35-aastaseid arste üle kolmandiku, arstide hulgas tervikuna on samas vanusegrupis vaid veerand kõigist arstidest. Üle 65-aastaseid arste töötab erakorralises meditsiinis vaid 6%. Kui mehi on arstide hulgas keskmiselt 25%, siis erakorralises meditsiinis on mehi arstide hulgas pea 40%.

¹²⁰ <http://www.eemas.ee/wordpress/wp-content/uploads/2015/05/ERAKORRALISE-MEDITSIIINI-RESIDENTUURI-LPETANUD-ARSTID.pdf>

Joonis 47. Erakorralises meditsiinis töötavate arstide vanusjaotus 2013–2015



Allikas: TAI 2016, Tabel THT002

Märkus: novembrikuu seisuga.

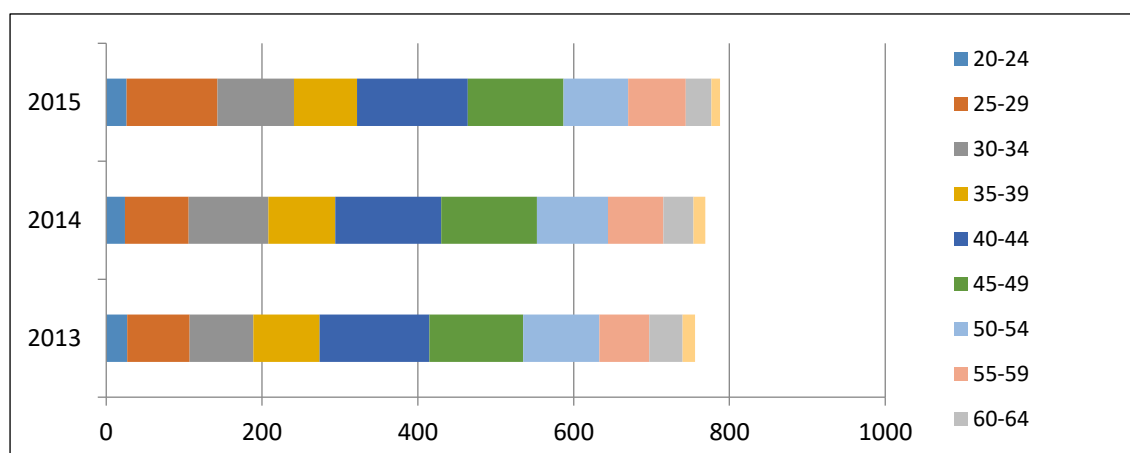
Alates ELga liitumisest on erakorralise meditsiini arstidest võtnud Terviseametist tõendi välisriiki siirdumiseks 12 arsti.

Õed

Erakorralise meditsiini valdkonnas töötab vähemalt 788 õde, neist 599 töötab kiirabis (sh osa nii EMOs kui ka kiirabis). Eestis juhivad erakorralise meditsiini õed 82 kiirabibrigaadi, neist osa on läbinud tervishoiukõrgkoolis spetsialiseerumise intensiivõenduse erialal. Õe kutseala esindaja võib olla brigaadi teiseks liikmeks, kuid teine liige võib olla ka erakorralise meditsiini tehnik.

Erakorralises meditsiinis töötavatest õdedest moodustasid mehed aastal 2015 ligi 12%, mida on pea kahe protsendipunkti võrra rohkem kui aastal 2014. Erakorralise meditsiini õe vanuseline struktuur on võrreldes kõigi kutseala esindajatega hea, keskmine vanus on 43 aastat. Suhtena on erakorralises meditsiinis alla 35-aastaseid õdesid üle kolmandiku. Üle 60-aastaseid õdesid töötab erakorralises meditsiinis napilt 6%.

Joonis 48. Erakorralises meditsiinis töötavate õdede vanusjaotus 2013–2015



Allikas: TAI 2016, Tabel THT002

Märkus: novembrikuu seisuga.

Erakorralise meditsiini tehnikud

Põhikutsealana on erakorralise meditsiini tehnikute hetkeolukorda ja tööjõuvajadust on käsitletud detailselt alapeatükis 4.12.

Hooldajad

EMOdes töötavate hooldajate arv on teadmata. Eelduslikult ei erine nende tööjõuvajadus kutseala keskmisest vajadusest.

7.4.2. Tööjõu tulevikuvajadus

Valdkonna tööjõuvajadus 2025/2030 perspektiivis on tugevas sõltuvuses tervishoiu muudes valdkondades toimuvatest arengutest:

- Võimalik tööjõupuudus perearstiabi tasandil võib jätkuvalt koormata erakorralist meditsiini juhtumitega, mis erakorralist abi ei vaja.
- Ravikindlustuse jätkusuutmatust rahastusest tuleneva eriarstiabi kättesaadavuse piiratuse süvenemisel võib erakorraliste ravijuhtude hulk järjepidevalt kasvada, mistõttu kasvab vajadus tuua erakorralisse meditsiini enam tööjõudu.

Tööjõuvajadust võivad mõjutada ka poliitilised otsused kiirabi korralduses. OSKA raames on baasstsenaariumiks *status quo* säilitamine ehk jätkamine kolmeliikmeliste brigaadidega. See tähendab, et brigaadide hulk on samaväärne 2015. aastaga ning töötab 102 brigaadi võimalusega rakendada projektipõhiseid ja ajutisi nn parameedikutaseme esmaabi üksuseid. Eelduslikult domineerivad õebrigaadid ning arstide juhitavate brigaadide hulk jääb piiratuks.

Intervjuudes märgiti ka teoreetilist võimalust muuta osa või enamus brigaade kaheliikmelisteks ning asendada õebrigaadid järk-järgult nn parameditsiinilistega (st erakorralise meditsiini tehnikute juhitavate üksustega, mida vajadusel konsulteerib telemeditsiiniliste vahendite toel arst). Kuna aga praegu puudub tervishoiupoliitilisel tasandil indikatsioon sellisest arengust, siis neid variante OSKA raames ei analüüsitud. Ekspertide hinnangul eeldaks nn parameditsiinilisele kiirabile üleminek õppekava asendamist rakenduskõrghariduslikuga, mistõttu ei ole need sammud lähima kümnendi jooksul teostatavad.

Toetudes intervjuudele on alust arvata, et telemeditsiini lahendused ei avalda erakorralises meditsiinis mõju tööjõu arvulisele vajadusele – potentsiaalsed aega säästvad lahendused on pigem teenuse kvaliteeti tõstva mõjuga. Nenditi, et kiirabitöötajatel on operatiivjuhtimise oskused täna ebaühtlased – lisaks meditsiinilistele teadmistele ja oskustele on keeruliste sündmuste puhul vaja olla politseile ja päästeametnikele partneriks ning juhtida meeskonna tegutsemist sündmuskohal, kuid erialane ettevalmistus selliseid oskusi praegu kiirabitöötajatele ei anna.

Soodustamaks EM valdkonnas töötajate pädevuse pidevat tõstmist ja professionaalset arengut, on vaja luua mehhanism, mis annab töötajatele jooksvat ja regulaarset tagasisidet abistatud ja ravitud patsientide kohta. Lisaks oma kogemustest õppimisele aitab tagasiside tõsta töötajate motivatsiooni, võimaldades anda positiivset tagasisidet õigesti ravitud ja abistatud patsientide ning päästetud patsientide kohta.

7.4.3. Kokkuvõte

Terav vajadus on kiirabiõdede järele, puudus on ka erakorralise meditsiini arstidest ja erakorralise meditsiini tehnikutest. Seda peegeldavad ka TAI andmed – juba üksnes nn ametlike ületundide kohaselt (vt tabel 27) on valdkonnas puudu 44 õde, 26 erakorralise meditsiini tehnikut ja 9 erakorralise meditsiini arsti. Teadaolevalt ei peegelda statistika olukordi, kus töötaja töötab mitmes erinevas asutuses kokku suurema koormusega kui 1,0. Intervjueeritute väitel on see eriti iseloomulik just EM töötajatest õdede ja erakorralise meditsiini tehnikute seas.

Õe kutsealal on liikuvus eelkõige sektorisisene (nt liigutakse perekondlikel põhjustel päevasele või stressivabamale tööle ambulatoorses arstiabis). Erakorralise meditsiini tehnikute ja hooldustöötajate puhul toimub liikumine teiste sektorite vahel (nt ehitus, tööstus, teenindussektor). Töötajate nn riskasutusega kaasneb suur risk töötajate läbipõlemiseks, kuna paljud töötavad rohkem kui täiskoormusega.

Regionaalhaigla tasandi erakorralise meditsiini osakondades on personaliprobleem väikesem kui kesk- ja üldhaiglates.

7.5. Taastusravi

Taastusravi valdkond on füsiatria ja taastusravi teenuste kompleks, mis on suunatud vigastuse või haiguse tõttu häirunud funktsioonide taastamisele, funktsioonijäägi säilitamisele või puudega kohanemisele. Meditsiiniliste ja kehaliste aspektide kõrval on olulisel kohal psüühilised ja sotsiaalsed aspektid. Valdkond hõlmab ka arendusravi, mis on laste taastusravi nüüdisaegne kontseptsioon.

Taastusravi eripära võrreldes paljude muude arsti erialadega on see, et patsiendid ei ole rühmitatud ealise tunnuse või organspetsiifilise patoloogia alusel. Taastusravihaiged on imikust raugani ning väga erinevate haigusseisunditega.

Kuigi teistes riikides on taastusravi ja rehabilitatsioon sageli hõlmatud ühe termini alla, on need Eestis täiesti erinevad mõisted. Rehabilitatsioon liigitub Eestis sotsiaaltöö valdkonda. Taastusravi valdkond hõlmab vaid neid tegevusi, mis on seotud kas vahetu meditsiinilise sekkumisega, raviga või ravile vahetult järgneva uue olukorraga harjumise toetamisega kas tervishoiuasutuses või tervishoiu valdkonna töötaja koordineerimisel.

Taastusravi valdkonna tööjõud hõlmab väga erinevaid kutsealasid. Sageli tegutsevad kutsealade esindajad üheskoos multidistsiplinaarse taastusravi-meeskonnana, kuhu kuuluvad enamasti taastusarst, füsioterapeut, psühholoog, tegevusterapeut, taastusravi õde, hooldustöötajad ning tervishoiu sotsiaaltöötaja. Tulenevalt patsiendi spetsiifilistest vajadustest võib meeskonda lisanduda teise eriala arst (nt neuroloog, valuraviarst ning teiste erialade esindajad) ning logopeed, protesist, eripedagoog jt kutsete esindajad. Hulgikahjustusega patsiendi ravimeeskond on multiprofessionaalsem, ühe-kahe funktsioonihäirega juhtudel haaratakse vastavalt väiksem erispetsialistide hulk.

7.5.1. Hetkeolukord ja trendid

Valdkonnas töötavate inimeste täpne arv ei ole teada, robustsetel hinnangutel on see 800–900 inimest. Valdkonnas valitseb arvestatav personalipuudujääk, seda nii arstide, õdede kui ka teiste tippspetsialistide tasandil.

Eestis on tiptasemel aparatuuriga haiglaid nii diagnostiliste kui terapeutiliste protsesside käsitlemiseks. Väljatöötamisel on lahendus, mis võimaldaks juurutada füsioteraapiateenust esmatasandil.

Arstid

Kuigi valdkonnaga on kaudselt seotud erinevate erialade esindajad, on valdkonnas keskseks taastus(ravi)arstid. Taastusarst on füsiaatria ja taastusravi erialale spetsialiseerunud arst, kes tegeleb haiguse või vigastuse tõttu häirunud funktsioonidega patsientide diagnostika ja raviga. Tavapäraselt juhib taastusarst taastusravimeeskonna tegevust.

Terviseameti andmetel töötas 2017. aasta jaanuaris Eesti tervishoiusüsteemis 141 taastusravi ja füsiaatria erialaga arsti, TAI andmetel oli neid 2015. a novembris 135.¹²¹ Ekspertide hinnangul ületab taastusarstide nõudlus turul tööjõupakkumist. Erialaseltsi juhatuse hinnangul ei tööta kõik eriala omandanud oma valdkonnas ning realselt taastusarstina praktiseerivaid arste on oluliselt väiksem. Erialaseltsi kuulub 105 taastusarsti.

Sarnaselt mitmetele teistele arstlikele erialadele, on suur hulk taastusarstidest vanemaealised, keskmine vanus on üle 55 eluaasta. Üle 40% taastusarstidest on vanemad kui 60 aastat. Statistika kohaselt on 85% taastusarstidest naised.

Taastusarstiks spetsialiseerumine eeldab arsti põhiõppe järel füsiaatria ja taastusravi residentuuri läbimist, mille kestus on 3 aastat. Erialaseltsi esindajad on korduvalt väljendanud vajadust pikendada residentuuri kestust vähemalt aasta võrra¹²². Aastal 2015/2016 võeti residentuuri 5 arsti ning aastal 2016/2017 oli vastuvõetuid 4. Ekspertide sõnul on residentuurikohtade täitmine olnud mõneti probleemne. Seda võiks aidata parandada taastusravi põhjalikum käsitus põhiõppes ning taastusravi tsükli lisamine põhiõppe viimasesse, nn praktika-aastasse. Kvalifikatsiooni hoidmiseks peavad taastusarstid iga viie aasta järel läbima pädevushindamise, seda korraldab Eesti Taastusarstide Selts.

Kutsekvalifikatsiooni tunnustamise tõendi väljastamise statistika kohaselt on taastusarstide väljaränne viimastel aastatel pea olematu. Lähitulevikus on kriitiliseks ülesandeks pensionile jäävatest arstidest tingitud asendusvajadusele vastamine.

Õed

Taastusravi alavaldkonnas töötavad enamasti nn üldõed, kes tegelevad oma pädevuse piires hindamis-, nõustamis- jt õendustegevustega. Nende ettevalmistuse tase on ekspertide hinnangul sobiv ning taastusravi valdkonnas töötamiseks vajalikud erialased oskused omandatakse praktilise tegevuse käigus.

Info taastusravi valdkonnas töötavate õdede kohta on vastuoluline. Terviseameti andmetel töötas 2017. aasta jaanuaris tervishoiusüsteemis 330 õde, kelle erialaks on registris taastusraviõendus. TAI

¹²¹ Märgituna füsiaatria ja taastusravi arengukavas – tuleb arvestada, et Eestis kuuluvad taastusarstide hulka ka nõelraviarstid, manuaalterapeudid ja muude alternatiivsete ravimeetodite valdkonnas töötavad arstid. Perioodil 1996-2010 omandas Eestis taastusarsti eriala (sh eksternina) vaid 41 taastusarsti.

¹²² vt nt <http://tervis.postimees.ee/3455453/uelikool-tahaks-pikendada-residentuuri-kuuel-erialal> ning <https://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/download/10884/6069>

andmetel töötas 2015. aasta novembris samas vaid 167 taastusraviõde.¹²³ Intervjueeritute sõnul on selleski valdkonnas õdede puudus, eelduslikult on õdede tööjõunõudluse ja -pakkumise suhe sarnane kutseala üldise tasemega.

Füsioterapeudid

Põhikutsealana on füsioterapeudi kutseala käsitletud detailselt peatükis 4.10.

Kliinilised psühholoogid

Kliinilise psühholoogi põhiliseks tööülesandeks taastusravi valdkonnas on inimese isiksuseomaduste, psüühiliste protsesside ja probleemide hindamine ja mõõtmine juhul, kui inimesel on kehalised või psüühilised haigused ning tema psühhosotsiaalne funktsioneerimine on raskendatud. Samuti osaleb kliiniline psühholoog psüühika- ja käitumishäirete diagnoosimisel ning pakub psühhoteraapiat, nõustab või konsulteerib. Taastusravi valdkonnas on keskel kohal neuropsühholoogiale spetsialiseerunud kliinilised psühholoogid, kelle fookuses on käitumise ja psüühiliste protsesside häirumise ning taastumise seos muutustega aju struktuurides ja funktsionaalsetes süsteemides.

Tervishoiuasutuse taastusravimeeskonnas saab psühholoog ravikindlustusest rahastatuna tegutseda üksnes juhul, kui talle on omistatud kliinilise psühholoogi kutse (tase 7 või 8), kutse andjaks on Eesti Psühholoogide Liit. Kutse taotlemise eelduseks on erialase magistriõppe läbimine ja sellele järgnev kutseasta, mis sisaldab spetsialiseerumiskursuseid ja juhendatud praktikat. Taastusrstide erialaselt on teinud ettepaneku tunnustada taastusravimeeskonda kuuluva psühholoogina ka neid, kellel on läbitud kliinilise psühholoogi kutse kvalifikatsiooni taotlemise eelduseks olev erialane õpe, kuid puudub erialane töökogemus kutse kvalifikatsiooni taotlemise eeldusele vastavas mahus.

Taastusravi valdkonnas töötavate kliiniliste psühholoogide arv ei ole teada. Ekspertide hinnangute kohaselt on vajadus nende järele kaks korda suurem praegu töötavast personalist.

Kliiniliste psühholoogide tööjõuvajadust kogu tervishoiusüsteemis on käsitletud detailselt peatükis 4.9

Kliinilised logopeedid

Logopeed on kõne ja keele teraapia valdkonnaga tegelev spetsialist. Logopeedi töö eesmärk on kommunikatsioonivõime – suulise ja kirjaliku kõneloome ja mõistmisoskuse ning mitteverbaalse suhtlemise parandamine ja/või arendamine. Tervishoiuteenust osutav logopeed spetsialiseerub kliiniliseks logopeediks, kes tegeleb lisaks kõne- ja keelehäiretele ka hääle- ja neelamishäirete diagnoosimise ja teraapiaga. Lastele suunatud arendusravi kontekstis töötavad logopeedid sageli lastepsühhiaatrilistes meeskondades.

Sarnaselt kliinilistele psühholoogidele, on kliiniliste logopeedide puhul probleemiks kutse kvalifikatsioonini jõudmine – spetsialiseerumiseks on vaja erialase kõrghariduse omandamise järel läbida nn kutseasta tervishoiuasutuses, kuid olukorras, kus ravikindlustusest kvalifikatsioonita logopeedi tegevust ei rahastata, saab spetsialiseerumine toimuda vaid tööandja kulul või (adekvaatse) töötasuta.

Statistika tervishoiu valdkonnas töötavaid logopeede ei erista, TAI käsitleb logopeede koos audioloogidega, 2015. aastal oli mõlema kutseala esindajate koguarv 88. Ekspertide hinnangul

¹²³ Taastusravi arengukava andmetel peab taastusraviõde läbima taastusravialased täienduskursused. 2012. a seisuga on Terviseameti tervishoiutöötajate registrisse kantud 574 taastusraviõenduse eriala õde. Et vastava erialaga õdede arv on langustrendis, järeldeb siit, et praktikas selline täiendkoolituste süsteem ei toimi.

tegutseb tervishoiu valdkonnas käesolevalt ca 70 logopeedi. Samas tuleb arvestada, et 2017. a veebruari alguse seisuga oli kliinilise logopeedi spetsialiseerumisega logopeedi kutse väljastatud vaid 40 inimesele – eelduslikult täidab seega ca 30 logopeedi selliseid ülesandeid, mille täitmiseks vajalik pädevus on formaalselt tuvastamata (osa neist on läbimas kutseaastat).

Laste- ja noorukitepsühhiaatria kõrvaleriala arengukavas sedastatuna on lapsepsühhiaatrilises meeskonnas piisav arv 45 kliinilist logopeedi (kes osutavad olemuslikult arendusravi). Täiskasvanutel põhjustavad kõne- ja neelamishäireid mitmed ajukahjustused, nt kesknärvisüsteemi traumad, ajukasvaja, insult. Kliiniliste logopeedide ootuspärast arvu taastusravi eriala arengukava ei sedasta.

Kliiniliste logopeedide kutseala puhul on probleemiks osutunud tervishoiuteenuste loetelus sätestatud ülipikk patsiendiga tegelemise aeg 1,5 h – kõikidel juhtudel ei ole see vajalik. Täna sisse ehitatud süsteemis, arvestades spetsialistide arvu ja teenuse vajadust, ei ole 1,5 tunnine aeg patsiendi kohta põhjendatud, kuna see tõstab oluliselt järjekordade pikkust. Samuti on probleemiks kutseala erinev käsitus tervishoius ja hariduses – tervishoiu valdkonnas tegutsemine eeldab ajaliselt pikemat ettevalmistust ning töö on vastutusrikkam ja psühholoogiliselt keerukam, samas on ravikindlustuse pakutav töötasu madalam, kui haridussüsteemis pakutav. Töötingimusi võrdsustamata puudub logopeedidel motivatsioon asuda tööle tervishoiusektoris.

Tegevusterapeudid

Tegevusterapeut on erialase kõrgharidusega tegevuse ja tegevusvõime spetsialist. Tegevusterapeut hindab erinevate tegevuste (nt riietumine, söömine, toidu valmistamine, erinevad käelised tegevused, seadmete kasutamine jms) läbiviimise oskust ja taset ning suutmatuse põhjust. Ta kavandab ravi eesmärgipäraselt valitud tegevuste kaudu, et parandada toimetuleku taset igapäevaelus vajalike toimingute sooritamisel. Samuti nõustab tegevusterapeut ratsionaalsete ja/või funktsioonsäästvate soorituste ja abivahendite alal.

TAI andmetel töötas 2015. aastal tervishoiuasutustes 56 tegevusterapeuti. Ekspertide hinnangul ei asu umbes pooled lõpetajatest erialasele tööle ning valdkonda neid piisavalt juurde ei tule. Intervjuu eritute hinnangul vajab tegevusterapeutide õppekava korrastamist, kuna praktika ja õpe ei ole omavahel kooskõlas. Soovitatud on üle vaadata vastuvõtutingimused, et hinnata sisseastujate motivatsiooni asuda erialasele tööle. Samuti on soovitatud avada õppekava ka Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis.

Eestis koolitatakse tegevusterapeute Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis alates 2000. aastast, õppeaeg on 4 aastat. Eriala lõpetaja saab rakenduskõrgharidust tõendava diplomi. Tegevusterapeudi tööd reguleerib tegevusterapeudi kutsestandard, kutset väljastab Eesti Tegevusterapeutide Liit. 2017. alguses oli kehtivaid väljastatud kutseid 18.

Tabel 28. Õpe tegevusterapeudi õppekaval Tallinna Tervishoiu kõrgkoolis

Vastuvõtt			Lõpetajad			
2014/15	2015/16	2016/17	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16
12	12	15	0	13	9	14

Allikas: EHIS

Tervishoiu sotsiaaltöötajad

Kliendi vajadustest lähtuvalt tuleb tervishoiuasutusel teha koostööd patsiendiga seotud võrgustiku liikmetega. See aitab toetada inimese terviseprobleemide taustal tekkinud või teravnenud psühhosotsiaalsete ja sotsiaalmajanduslike probleemidega toimetuleku võimet. Samuti on selle kaudu võimalik tõsta ravi efektiivsust ning hoida kokku otseseid ravikulusid.

Tervishoiu sotsiaaltöötaja annab infot patsiendile ja teistele juhtumiga seotud osapooltele sotsiaalhoolekandelasel seadusandluse, riigi, kohalike omavalitsuste ja eraorganisatsioonide poolt pakutavate toetuste (peretoetused, pensionid, puuetega inimeste toetused jne) ja teenuste ning nende taotlemise korra kohta. Samuti hooldusteenuste ja puuetega inimeste rehabilitatsiooniga seonduva kohta. Ta võib nõustada patsienti ja/või tema lähedasi/võrgustikuliikmeid haiguse ja/või puudega seotud raskuste korral ning muudel teemadel. Lisaks korraldab ja koordineerib ta patsiendi lahkumist haiglast.

Taastusravi arengukavas sedastatuna on optimaalne tervishoiu sotsiaaltöötajate suhtarv taastusravimeeskondades aastaks 2015 järgmine:

- 30 taastusravi voodikohta = 1 sotsiaaltöötaja (statsionaar)
- 1 taastusarst = 0,5 sotsiaaltöötajat (ambulaatorne)
- 1 füsioterapeut = 0,5 sotsiaaltöötajat (koduteenus)

Hooldustöötajad

Sarnaselt teistele alavaldkondadele on ka taastusravis hõlmatud hooldustöötajaid. Valdkonnas tegutsevate hooldustöötajate arv ei ole teada.

7.5.2. Tööjõu tulevikuvajadus

Ekspertide hinnangul ei vasta taastusravi rahastamise mahud kaugeltki elanikkonna tegelikule ravivajadusele. Taastusravi täiendav rahastamine on tervishoiupoliitiline küsimus. Positiivsed arengud teenuste hinnastamisel ja mahtude suurendamisel aitavad ilmselt kõige enam leevendada nn mittetervishoiutöötajatest tööjõu, sh füsioterapeutide puudust tervishoiuasutustes. Oluline areng lähitulevikus on füsioteraapiateenuse toomine esmasasandile ning füsioterapeutide iseseisvate vastuvõttude juurutamine. See võib oluliselt parandada teenuse kättesaadavust puhkudel, kus puudub vajadus multiprofessionaalse meeskonna rakendamise järele.

Vanemaealise elanikkonna arvuline kasv suurendab jõudsalt vajadust taastusravi teenuste järele. Hinnanguliselt on kasvavas trendis patsientide 100% omaosalusega konsultatsioonid ja sekkumised füsioterapeutide juures. Tõenäoliselt täidavad kliendi initsiatiivil toimunud konsultatsioonid ja sekkumised eelkõige tervisedenduslikku rolli ning süsteemse ravi alla liigituvad tegevused on harvad.

Tehnoloogia arengust tulenevalt tingivad uudsed ravivõimalused ja laialdasem robotika kasutamine vajaduse pakkuda personalile täiendkoolitusi seadmetega opereerimiseks. Keskpikas perspektiivis tehnoloogia rakendamine tööjõuvajadust valdkonnas ei kahanda. Potentsiaalikas on erinevate ravikeskuste täiendav spetsialiseerumine ja suurem koostöö keskuste vahel.

7.6. Vaimse tervise valdkond

Vaimse tervise valdkonna töötajate fookuses on patsiendi vaimse tervisega seotud abi osutamine. Valdkond hõlmab nii tervishoiuteenuseid osutavaid psühhiaatreid ja kliinilisi psühholooge,

sotsiaalhoolekandes abi osutavaid psühholooge, loov- ja tegevusterapeute, haridusvaldkonnas ja töökeskkonnas edendustööga tegelevaid või nõustavaid kooli- ja tööpsühholooge ning vabaturutingimustes tegutsevaid psühhoterapeute, psühholooge jt vaimse tervise spetsialiste.

Valdkonnas töötab ligi 1350 inimest, kellest ligi tuhat töötavad asutustes, mis osutavad psühhiaatrilist abi (vt Tabel 29). Valdkonda iseloomustab hetkel järgmine:

- Ravikindlustusest rahastatavas tervishoius valitseb arvestatav töötajate nappus. Psühhiaatriahaiglates on puudu nii psühhiaatreid, kliinilisi psühholooge, (vaimse tervise) õdesid kui ka hooldustöötajaid.
- Kliiniliste psühholoogide pakutava abi rakendamine esmatasandi kaudu (perearsti suunamisel) ei ole edukalt käivitunud. Kuna teraapiafondi finantsmudel jätab ravivajaduse potentsiaalse alahindamise korral finantsriski perearsti õlgadele, on senini kasutatud teraapiafondi suhteliselt tagasihoidlikult.
- Kuigi Vabariigi Valitsuse kinnitatav haigekassa tervishoiuteenuste loetelu seab teatud teenuste puhul tingimuseks, et teatud rahastatavaid teenuseid saab osutada vaid kliiniline psühholoog, ei toeta haridussüsteem kliinilise psühholoogi kvalifikatsiooni omandamist.
- Nii abivajajate kui ka abivajajaid abistavate riigiasutuste vaatevinklist on probleemiks psühholoogilise abi reguleerimatus. Alates 2012. aastast on Kutsekoja koordineerimisel ja erialaühenduste koostöös püütud välja töötada ja kinnitada psühhoterapeudi kutsestandardit, ometi ei ole sidusrühmad suutnud miinimumnõuetes kokku leppida. 2017. aastal alustati taas konsultatsioone psühhoterapeudi tase 6 kutsestandardi väljatöötamiseks.

Tabel 29. Psühhiaatriateenuse osutamisega seotud tervisevaldkonna töötajad 2014

	Töötavad isikud	Põhikohaga töötajad	Täidetud ametikohad
Psühhiaatrid	234	227	213,0
Kliinilised psühholoogid	87	80	58,7
Psühholoogid	51	46	26,6
Õed	330	307	309,9
Logopeedid	10	9	4,4
Sotsiaaltöötajad	9	9	6,8
Tegevusterapeudid	7	6	6,1
Hooldajad	340	335	319,9
Kokku	1057	1019	945,4

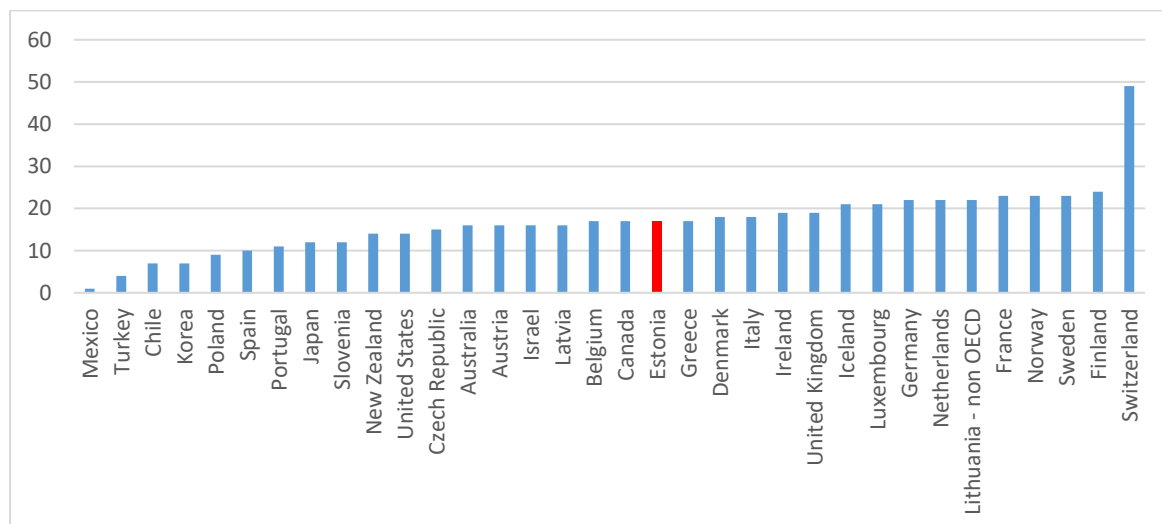
Allikas Tervise Arengu Instituut, tabel THT11

Arstid

Kuigi vaimse tervise häirete diagnoosimise ja raviga tegelevad esmatasandil ka perearstid, on valdkonnas kesksel kohal psühhiaater – psühhiaatria erialale spetsialiseerunud arst, kes tegeleb psüühikahäirete diagnostika ja raviga. Terviseameti andmetel töötas jaanuaris 2017 Eesti tervishoiuasutustes 211 psühhiaatrit. TAI tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasi andmed ei ole üheselt mõistetavad. Andmetabeli THT11 kohaselt töötas 2014. aastal psühhiaatriateenust

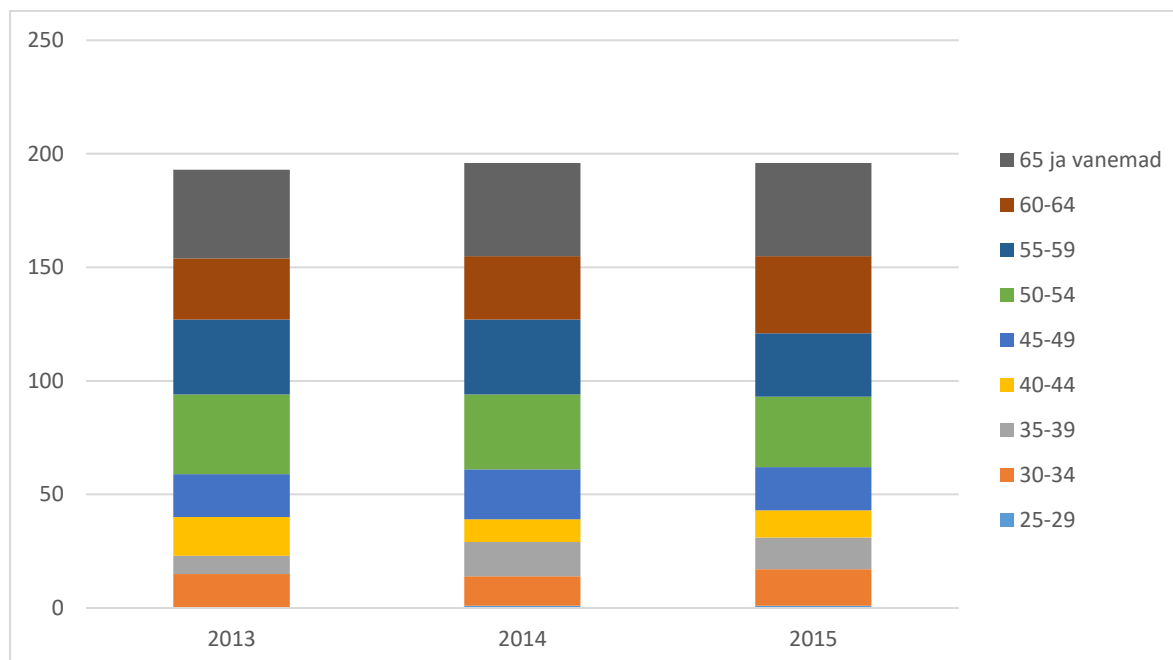
osutavates asutustes 234 psühhiaatrit¹²⁴, kusjuures põhikohaga töötas neist 227, täidetud ametikohti oli 213. Seevastu andmetabelite THT001 ja THT002 andmetel töötas nii 2014. kui ka 2015. aastal Eestis 196 psühhiaatrit. 2015. aastal töötasid psühhiaatrid kokku 170 ametikohal – täistööajaga ametikohtadeks konverteerituna oli ametikohti 155,1, ületundidest lähtuv arvestuslik täiendav ametikohtade vajadus oli 5. Psühhiaatria eriala arengukavas sedastatuna on ootuspärane psühhiaatrite arv 260 (seda nii 2015. kui ka 2020. aastal).

Joonis 49 Psühhiaatrite arv 100 000 elaniku kohta OECD riikides 2013



Allikas: OECD Indicators, Health at a Glance 2015

Joonis 50. Psühhiaatrite vanusjaotus Eestis 2013–2015.

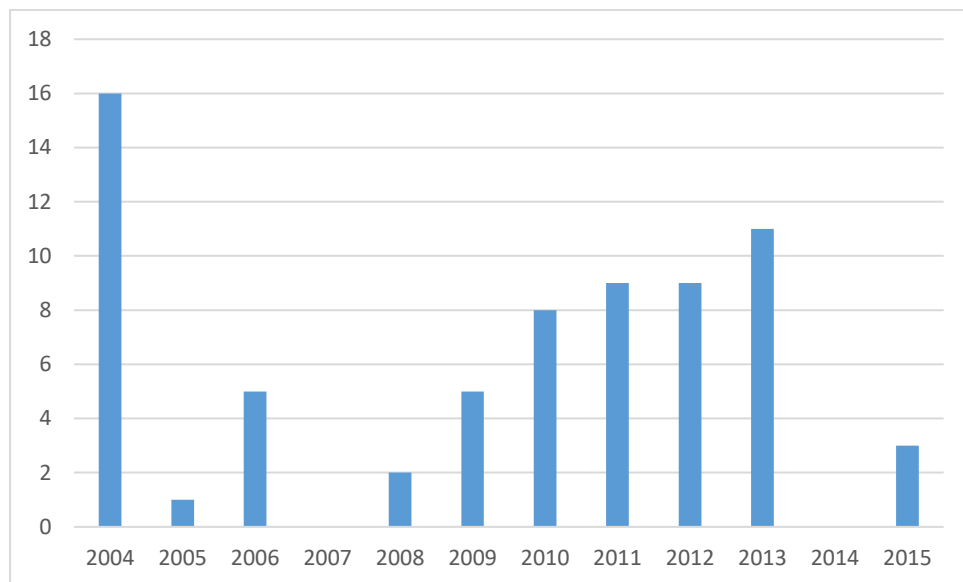


Allikas: TAI 2016, THT002

¹²⁴ Oletuslik hõlmab see suhtarv ka psühhiaatria residente, mis tabeleis THT001 ja THT002 on hõlmatud residentide hulka.

Sõltuvalt andmete allikast on ka psühhiaatrite arvu suhe elanikkonda erinev, olles kas 14,9 (THT001) või 17,8 (THT11). Mõlemad suhtarvud jäävad siiski arenenud maailmaga võrreldes keskmiste sekka – enamikus riikides on suhtarv 14 ja 24 vahel (vt joonis 49).

Joonis 51. Psühhiaatria eriala arstid, kellele Terviseamet on väljastanud kutsekvalifikatsiooni tõendi



Allikas: Terviseamet

72% psühhiaatritest on naised. Tasakaalule kõige lähemal on sooline tasakaal vanusegrupis 60+ (39/61). Eesti psühhiaatreid iseloomustab kõrge keskmine vanus – 54,7 aastat, mis on oluliselt kõrgem kõikide arstide keskmisest (50,9). Ligi 70% psühhiaatritest on vanemad kui 50, vanemad kui 55 aastat on 53% psühhiaatritest (vt joonis 50). Psühhiaatrite vananemine tingib vajaduse pakkuda asendust vanuse tõttu pensionile minevatele arstidele – kui veel aastal 2011 oli üle 65-aastaste töötavate psühhiaatrite osakaal vaid 12%, on see nüüd ligi viiendik kõikidest psühhiaatritest.

Psühhiaatrite vanuselise jaotuse probleemsus on oluliselt tingitud noorte ja keskealiste psühhiaatrite väljarändest Euroopa Liiduga liitumise järgselt, peamine sihtriik oli Soome. Toetudes Terviseameti väljastatavate kutsekvalifikatsiooni tõendite statistikale, on psühhiaatrite väljaränne viimastel aastatel oluliselt aeglustunud (vt joonis 51).¹²⁵

Eestis on psühhiaatriks võimalik saada peale arsti üldväljaõpet toimuva psühhiaatria eriala residentuuri läbimise järel. Residentuuri korraldab Tartu Ülikool, residentuuri kestus on 4 aastat. Residentuuri õppekohtade kavandamisel käsitletakse psühhiaatriat (peremeditsiini, sisehaiguste ja erakorralise meditsiini kõrval) prioriteetse erialana. Sedastatuna 2016. aastal toimunud residentuuri vastuvõtukohtade koosoleku memos¹²⁶, peaks psühhiaatrite piisava arvu tagamiseks residentuuri-kohtade arv olema 11, „kuna psühhiaatritest on puudus ja tulevikus pigem nende vajadus kasvab“.

¹²⁵ Oluline on arvestada, et kõik tõendi võtnud ei ole tingimata Eestist lahkunud. Välisriikidesse siirdunuist töötab arvestatav hulk (täpne arv teadmata) osajaga nii välisriigis kui ka Eestis. Viimastel aastatel on erialaliidu andmeil märgata ka väljarändele vastupidist trendi.

¹²⁶ <https://arstideliit.ee/wp-content/uploads/2016/05/MEMO-Residentuuri-kohtade-koosolek-28.04.16.pdf>

Paraku ei ole psühhiaatri eriala viimastel aastatel populaarne ning residentuurikohtade täitmisega on olnud probleeme.

Kui aastani 2021. suudetakse tagada psühhiaatria residentuurikohtade arvu täitumine 11-le, nagu soovitud 2016. aastal toimunud residentuuri vastuvõtukohtade koosolekul, ning arstide väljaränne püsib viimase kahe aasta tasemel, suudaks haridussüsteem vastata pensionile minevatest psühhiaatritest tingitud asendusvajadusele ja piiratud ulatuses ka psühhiaatrite arvu kasvatada. Arvestades aga psühhiaatrite kõrget keskmist vanust ning kroonilist residentuurikohtade alataitumist (2016. aastal asus kavandatud 11 asemel õppima 4 resident, sh 2 laste- ja noorukitepsühhiaatria kõrvalerialal), võib psühhiaatrite arv tulevikus (2025/2030) kavandatud kasvu asemel hoopis langeda.

Seega on ühelt poolt vaja kindlasti otsida võimalusi psühhiaatria eriala populariseerimiseks arstitudengite seas. Teiselt poolt on kriitiline toetada psühhiaatreid personaliga, kes saavad täita tööülesandeid, mis ilmtingimata arsti haridust ei nõua – st psühhoteraapia pädevusega kliinilisi psühholooge ning vaimse tervise õdesid.

Õed

TAI (THT11) andmetel töötas 2014. aastal psühhiaatriateenust osutavates asutustes 330 õde. Toetudes tervishoiutöötajate registri andmetele, on pisut üle poole neist läbinud erialase täiendkoolituse või spetsialiseerumise. Eesti tervishoiuasutustes töötab 148 psühhiaatriaõde ning 40 vaimse tervise õenduse eriala õde¹²⁷, st ülejäänud on üldõde või muu pädevusega. Psühhiaatriaõe eriala oli võimalik saada enne vaimse tervise õenduse õppe juurutamist, läbides piisavas mahus täiendkoolitusi. Tänapäeval on võimalik saada valdkonnaspetsiifiline haridus üksnes õe põhiõppe ning vähemalt kaheaastase töökogemuse järel aastase kestusega vaimse tervise õenduse erialase õppe läbimisel. Spetsialiseerumine on võimalik nii Tallinna kui ka Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis. Vaimse tervise õde osutab õendusabi kas iseseisvalt või koos eriarstiga, teeb koostööd teiste tervishoiumeeskonna liikmetega ning vajaduse korral ka sotsiaalabiasutustega. Haigekassa hinnakirja kontekstis käsitletakse vaimse tervise õdesid ja psühhiaatriaõdesid kuni 2018. aasta lõpuni samaväärsetena.¹²⁸

Tabel 30. Psühhiaatriateenuse osutamisega seotud õed ja nende täidetud ametikohad

	2010	2011	2012	2013	2014
Töötavad õed kokku	..	..	..	..	330
Põhikohaga töötavad õed	250	264	275	345	307
....neist psühhiaatriaõe ja vaimse tervise õe haridusega	..	122	99	117	..
Täidetud ametikohad	242	256	266	334	310
....neist psühhiaatriaõe ja vaimse tervise õe haridusega õdede täidetud ametikohad	..	120	100	118	..

Allikas Tervise Arengu Instituut

¹²⁷ Osadel õdedest on registreeris märke nii vaimse tervise õe kui ka psühhiaatria õena, seega kajastub osa spetsialiseerunud/erialase täiendkoolituse läbinud õdedest topelt.

¹²⁸ TTL teenuste sisukirjeldused - psühhiaatria 2015.

Sarnaselt psühhiaatriatele on ka õdede arvudes TAI andmetabeleis mõningane vastuolu. Nimelt töötas tabelite THT001/THT002 andmetel 2015. aastal psühhiaatriaõena 264 õde. See arv on suurem kui spetsialiseerumise läbinud õdede arv Terviseameti andmetel (ca 180), kuid väiksem, kui andmetabelis THT11 toodud psühhiaatriateenuse osutamisega seotud õdede arv. On tõenäoline, et andmetabelite THT001/THT002 aluseks olevates aruannetes liigitatakse osa valdkonnas töötavatest üldõdedest psühhiaatriaõdedeks ning osa jääb üldõdede kategooriasse. Seni kuni vaimse tervise õed esmatasandil teenust ei osuta, kirjeldab ülaltoodud arv 330 ilmselt kõige täpsemalt õdede arvu vaimse tervise valdkonnas.

Võttes alternatiivsete allikate puudumise tõttu aluseks andmetabeli THT002, nähtub, et õdede vanuseline jaotus on rahuldav, keskmine vanus on ligi 47 eluaastat, 23,5% õdedest on vanemad kui 60 eluaastat.

Ekspertide hinnangul ei vasta vaimse tervise õdede puhul olemasolevate spetsialistide arv vajadustele. See jääb oluliselt alla Euroopa keskmisele vaimse tervise õdede suhtarvule elanikkonna kohta. Jätkuvalt on probleemiks õdede väljaränne põhjamaadesse, mis takistab ka õdede rolli suurendamist psühhiaatrilises abis.

Esmatasandi tervisekeskuste mudeli väljatöötamisel on regulaarselt räägitud, et vaimse tervise õed on vaja tuua esmatasandile.¹²⁹ 2017. aasta alguse seisuga puudub selge nägemus, millises ajaplaanis ja millistel tingimustel see juhtub.

Kliinilised psühholoogid

Kutseala on käsitletud detailsemalt peatükis 4.9.

Psühhoterapeudid

Eestis tegutseb hinnanguliselt üle 200 inimese, keda saab defineerida psühhoterapeudina, kuid kes samas ei ole arstid ega kliinilised psühholoogid, ent pakuvad samuti vaimset tervist toetavaid teenuseid. Teisalt ei ole Eestis psühhoterapia sisu õiguslikult defineeritud ning psühhoterapeudi kutsestandardit ei ole hoolimata korduvatest katsetest kinnitatud. Seetõttu võib ülaltoodud arv sisaldada ka neid, keda ekspertide hinnangul ei tohiks psühhoterapeudiks nimetada.

2017. aasta alguses on sidusgrupid alustanud taas diskussioone psühhoterapeudi kutse välja-töötamiseks ja kinnitamiseks. Konservatiivses käsitluses peaks psühhoterapeudi kompetentsi omandamine olema võimalik alles arstiks või kliiniliseks psühholoogiks saamise järel. Alternatiivse lähenemise kohaselt võiksid psühhoterapeudi väljaõppenõuded olla leebemad ning psühhoterapiat tähistatavate sekkumismeetodite ring avaram. Nii abivajajate kui ka abi osutajaid palkavate asutuste vaatevinklist on standardi või muu regulatiivse instrumendi kehtestamine vajalik, et luua usaldusväärset alust otsustamiseks psühhoterapeudi kvalifikatsiooni üle.

Koolipsühholoogid

Vaimse tervise valdkonda liigituvad ka koolipsühholoogid. Nende töö fookuses on laste arengu toetamine koostöös lapsevanemate ja haridustöötajatega. Teisalt annavad nad esmast abi vaimse tervise traumade ja psüühika- ning käitumishäirete avaldumisel, suunates abivajaja vajadusel ravimeeskonna poole. Sedagi kutseala on põhjalikumalt käsitletud alapeatükis 4.9.

¹²⁹ vt nt Esmatasandi arengukava 2009-2015.pdf

Teised psühholoogid/terapeudid

Vaimse tervise valdkonnaga on tihedalt seotud ka teised psühholoogid, kes pakuvad psühholoogilist nõustamist või osalevad rehabilitatsiooniteenuste osutamises ning ennetus- ja edendustöös vaimse tervise valdkonnas. TAI andmetel töötas tervishoiuasutustes 2015. aastal 92 psühholoogi, kes ei olnud kliinilised psühholoogid (st muud psühholoogid). Psühholooge ja psühholoogilisi nõustajaid tegutseb Rajaleidja keskustes, rehabilitatsiooni- ja ohvriabi süsteemis ning vabaturu tingimustes. Hinnanguliselt varieerub nende hariduslik ettevalmistus oluliselt.

Hooldustöötajad

TAI andmetel töötas psühhiaatrilist abi osutavates asutustes (üksustes) 2014. aastal 340 hooldustöötajat. Sarnaselt teiste valdkondadega napib ka psühhiaatriaiglates kvalifitseeritud hooldustöötajaid, tööjõu puudust võib võimendada psüühika- ja käitumishäiretega seotud stigma.