

Lembi Aug: töösuhetes oleme euroopalikust mõttelaadist üsna kaugel

Töösuhetes oleme üsna kaugel euroopalikust mõttelaadist, kus peetakse oluliseks töö- ja eraelu tasakaalu, rääkis arstide liidu president Lembi Aug intervjuus Med24 toimetajale Madis Filippovile.

5.–6. mail toimuvate arstide päevade avaloeng on teemal „Arst – ikkagi inimene”. Miks valiti just selline avateema?

Selline avateema sai valitud seetõttu, et viimasel ajal kiputakse unustama tõsiasja, et arst on samuti inimene, mitte ideaalselt programmeeritud igiliikur. Unustavad eelkõige patsiendid, kuid tihtipeale ka arstid ise. Arst vajab puhkust, tal on pere, hobid ning ka teda vaevavad teinekord tervisehädad ja probleemid. Viiruste perioodil, kui ka arstid haigestusid, tõusis inimeste rahulolematust mitu korda. Inimesed ei suuda teinekord mõista, et parim arst on puhanud ja terve. Läbipõlemise oht on arstkonnas suur ja seda ennetada on lihtsam kui tegeleda tagajärgedega.

Arstide päevad on mõeldud kõigile arstidele erialast sõltumata. Meditsiin on läinud spetsialiseerumise teed, kuid haigel on enamasti mitu haigust ühel ajal. Arstide päevad annavad võimaluse ennast kurssi viia ka teiste erialade uudistega ning seeläbi diagnoosida ja ravida patsiente senisest paremini.

Olete olnud arstide liidu president enam kui aasta. Mis on arstide hinnangul praegu Eesti tervishoius peamised probleemid?

Arstide jaoks on suurim probleem vastuolu patsientide soovide, ministeeriumi ja haigekassa visiooni ning tegeliku olukorra vahel. Tahetakse veelgi efektiivsust suurendada, kontsentreerida arstiabi üksnes suurtesse keskustesse, arvestamata patsientide vajadusi ning tõsiasja, et summa ei muutu liidetavate järjekorrast ning arstide hulk ja ravi kättesaadavus selle tulemusel ei kasva. Arstide töökoormus ja vastutus on kasvanud, kuid aega jääb järjest vähemaks. Oma osa on selles ka arvutisüsteemidel, sest arvutipõhine dokumenteerimine võtab rohkem aega ja patsiendi jaoks jääb selle võrra vähem aega ning see



Lembi Aug

tekkitab neis omakorda rahulolematust. EMOde koormus on hüppeliselt kasvanud, ja kui nüüd hakatakse maakondadest suurematesse keskustesse senisest rohkem patsiente tooma, nagu plaanid ette näevad, siis tähendab see, et koormus suureneb veelgi. Töökoormuse reguleerimata jätmine on probleem, mis võib viia arstide läbipõlemiseni, suurendada eksimuste tõenäosust ning halvendada ravikvaliteeti.

Haigekassa otsustas lähtuda haiglate rahastamisel piirkondliku kättesaadavuse põhimõttest, mis tähendab teatud erialade kadumist väiksematest haiglatest. Kui mõistlikuks seda peate?

Nii patsiendid kui ka arstid peavad seda äärmiselt ebamõistlikuks. Mida rohkem arstiabi kontsentreerida, seda rohkem ja kiiremini tuleb meil patsientidega tegeleda, aga aeg ja aparatuuride võimsus on piiratud. Seega, kui patsient tuleb vastuvõtule, siis enamasti ta uuringuid samal päeval teha ei saa, kuid patsiendi jaoks on oluline vahe, kas ta sõidab näiteks kolm korda Leisi vallast Kuressaarde või kolm korda Tallinnasse. Sõidavad haiged inimesed. See tähendab, et see on neile

füüsiliselt koormav, aeganõudev, rääkimata lisaprobleemidest, kui keegi vajab saatjat. Patsientide omaosalus kasvab oluliselt ja võib teatud juhtudel olla takistavaks asjaoluks arstiabi saamisel.

Ambulatoorne eriarstiabi peaks olema maakonnakeskustes, sest ambulatoorselt saab lahendada küllaltki palju haigusjuhte. See on kindlasti kulutõhusam patsientide koondamisest suurtesse keskustesse, kus järjekorrad seetõttu pikenevad.

Arvestades, et keskustes väljaspool jääb patsiente ja arste vähemaks, siis kas kokkutõmbamine pole paratamatu?

Statsionaarse arstiabi koondumine ilmselt on paratamatu protsess, kuid seda enam tuleks maakondades laiendada ambulatoorset eriarstiabi. Haigekassa leiab, et arstidel pole piisavat koormust, kuid ta lähtub vaid haigekassa rahastatud ravijuhtudest, sõlmitud lepingutest ja mitte tegelikust vajadusest. Ühtegi ravivajadusi määratlevat uuringut ega analüüsi ei ole tehtud ja erialaseltside väljatöötatud arengukavasid eiratakse. Tegelik probleem on paljuski selles, et ei jätku personali ja haigekassa lepinguid kärbitakse aasta-aastalt. Palju töötatakse osalise koormusega, kuna töötavad staažikad pensionieas arstid. Nad saavad osalise koormusega hästi hakkama, kuid eriarstiabi kaotamisel mingis piirkonnas lähevad nad pigem pensionile, kui hakkavad kaugele tööle sõitma. Nii väheneb arstide ja arstiabi kättesaadavus veelgi.

Selleks, et tagada ühetaoline arstiabi kättesaadavus, tuleb leida motivaator, et noored läheksid tööle ka väljapoole suuri keskusi. Praegu pole noorel arstil kindlustunnet, et tema töökoht on ka kahe aasta pärast olemas. Vähetähtis pole elukoha küsimus, sest kui inimesel on kindel elukoht juba olemas, siis on väike tõenäosus, et ta mujale tööle tahab minna. Nõukogude ajal, kui toimus veel töökohtadele suunamine, anti noorele arstile väljaspool Tallinna ja Tartut üldjuhul elukoht. See oli üks motivaator, mis võimaldas iseseisva elu ja kindla tuleviku. Teine motivaator oleks teatud piirkondades kõrgem palgakoefitsient. Sunniviisi kedagi kuhugi saata ei saa, seega tuleks motiveerimisel kiiresti lahendusi leida.

Tervishoiutöötajate ootused järgmise kahe aasta kollektiivlepingu suhtes ületavad haigekassa ja tööandjate võimalusi. Milliseid lahendusi Teie näete?

On olemas lühiaegsed ja pikemaajased lahendused. Pikaajased lahendused saavad tulla ainult riigi tasandilt, sest vajavad üldisi poliitilisi, sh maksupoliitilisi otsuseid. On näha, et ainuüksi sotsiaalmaksust vananeva rahvastiku tingimustes tervishoiule ei jätku. Lühemaks lahenduseks, mis annab ajutist leevendust, oleks haigekassa reservide kasutusele võtmine. Enne valimisi räägiti korduvalt ka ajutise töövõimetuse hüvitise haigekassa eelarvest väljaviimise töötukassa eelarvesse, kuid praeguseks on see kava ilmselt järgmiste valimisteni taas kalevi alla pandud.

Kuidas suhtute sellesse, et tervise- ja tööminister ei ole kollektiivlepingu läbirääkimiste osapool?

See on selge märk, et töösuhted tervishoius ei ole valitsuse tasandil prioriteet, pigem häiriv situatsioon, mis juhib tähelepanu tervishoiu kitsaskohtadele ja alarahastatusele. Tervishoidu ei korralda tööandjad ega peaks korraldama ka haigekassa, vaid see peaks olema sotsiaalministeeriumi pikaajaline tegevuskava.

Läbirääkimiste puhul on alati fookuses töötasu. Mis on aga veel kõige olulisemad punktid, mida soovite?

Eriarsti miinimumtasu peaks erinema arsti miinimumtasust – eriarstiks saamine on aeganõudev ja lisanduv arstlik kogemus teeb arstist arstikunsti valdaja. Teine probleem on, et praegu pole ametlikke koormusnorme. Pidev ülekoormus võib viia ravivigade sagemiseni ja läbipõlemiseni. Kui töötatakse kahe täiskoormusega, siis see pole ju normaalne. Kahjuks oleme töösuhetes euroopalikust mõttelaadist üsna kaugel. Euroopa Liidu direktiivid rõhutavad järjest enam töö- ja eraelu tasakaalu. Meile pole see mõte veel päris hästi kohale jõudnud. Ikka kehtib põhimõte, et kõik töö tuleb ära teha. Kas eraelu on või ei ole, pole seejuures oluline.

Personali puudust on avalikkusele näidatud tegelikust väiksemana varjatud ületundide tõttu. Nii arstid, õed kui ka hooldajad töötavad ühel ajal mitme tööandja juures ja nende koormus kokku ulatub paljudel juhtudel ligi kahe normkoormuseni. Haiglates on väga levinud nn tükivalved, mis tavapärasest tööajagraafikus ei kajastu. Valvejärgsest puhkeajast ei peeta töökohustuste tõttu kinni. Nii polegi ühiskond veel aru saanud sellest, kui suur on tööjõu puudus tegelikult, ega sellest, et efektiivsust ja arstiabi kättesaadavust enam neis tingimustes suurendada ei ole võimalik.