

## Töötajate migratsioon – väljakutse töökeskkonna ja tervishoiu üldisele korraldusele

Ain Aaviksoo (RiTo 14), Poliitikauuringute Keskuse PRAXIS tervisepoliitika programmi direktor

**Töajõu äravoolu välismaale on kirjeldatud kui Eesti tervishoiu suurimat probleemi. Tegelikult on välismaale minna soovijate arv pärast Eesti ühinemist Euroopa Liiduga pidevalt vähenenud.**

*Töajõu vaba liikumine on Euroopa Liidu põhialuseid. Eesti tervishoiusüsteemi puhul on töajõu lahkumisest välisriikidesse maaltunud tont. Peamiselt on meedikud ise, agara meedia kaasabil ennustanud katastroofi. "See on Eesti meditsiini hääbumine. Suurem lahkumine on aga veel ees," hoiatas Eesti Kirurgide Assotsiatsiooni president 25. novembril 2004 Eesti Ekspressis (<http://www.ekspress.ee/viewdoc/A0028BA3E0FD9B65C2256F5600369952>).*

Aasta hiljem väitis SL Õhtuleht 31. detsembri juhtkirjas, et "Eestist [lahkuvad] järjekindlalt ja pöördumatu vooluna arstid, õed, ehitajad ja muude elualade töötajad" (<http://www.sloleht.ee/2005/12/31/juhtkiri/188773/>).

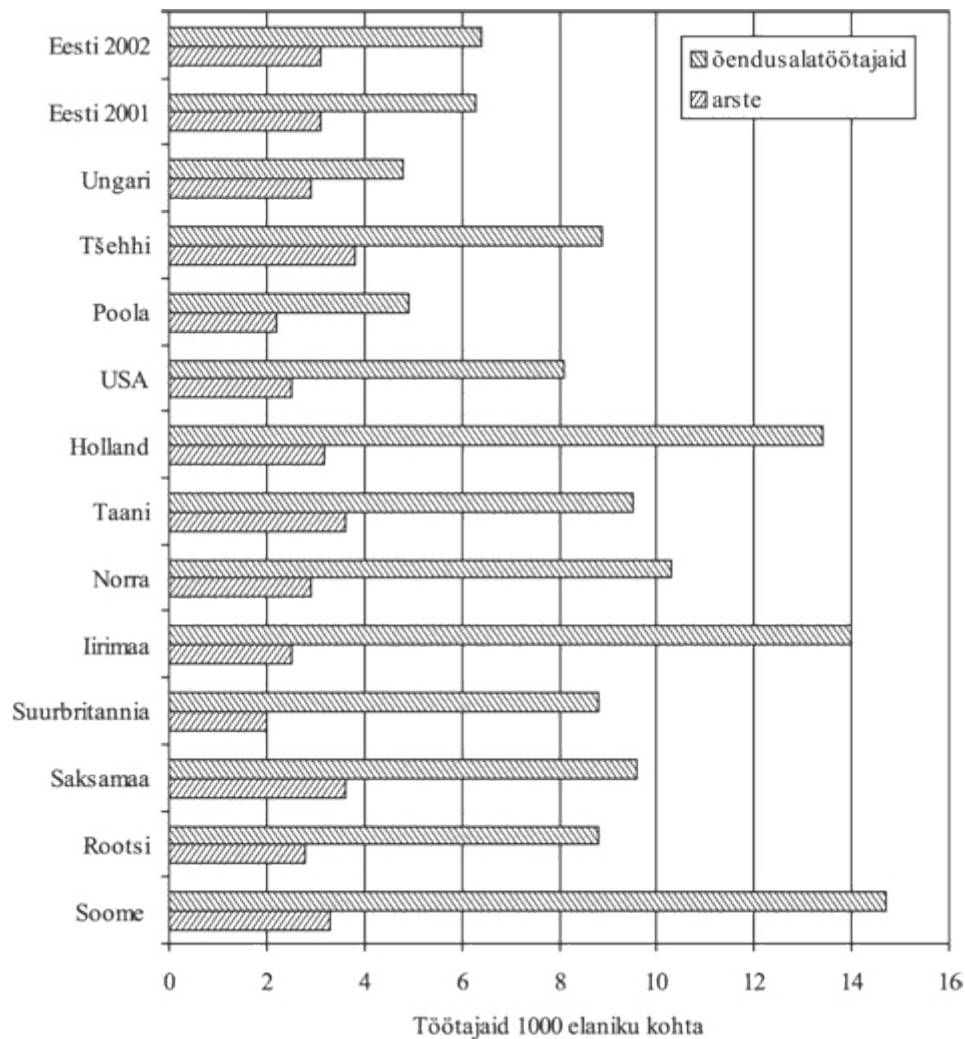
Tegelik olukord on märksa rahulikum, kuigi tõmme teistesse riikidesse tööle minna pole kadunud. Alustuseks tuleb märkida, Eesti mure õdede–arstide lahkumise pärast on osa ülemaailmsest tervishoiutöötajate puuduse probleemist, mida põhjalikult käsitleb ka Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) 2006. aasta raport "Working together for Health" (WHO 2006). WHO tagasihoidliku hinnangu järgi on maailmas kokku ligikaudu 60 miljonit tervishoiutöötajat ning lähiaastail on puudu umbes 4,3 miljonit tervishoiutöötajat (neist 2,4 miljonit arsti), seda eeskätt kõige vaesemates Aafrika ja Aasia riikides (*ibid*). Kuid tervishoiutöötajast tunnevad puudust ka arenenud riigid. Ühelt poolt vajab arenenud tervishoiusüsteem rohkem töajõudu, sest rahvastiku vananemisega kaasnevate krooniliste haiguste ravi on töajõumahukam. Teiselt poolt on vähenenud töajõupakkumine, mille on kaasa toonud ühiskonna heaolu kasv ja väiksem sündimus ning naiste osa suurenemine tervishoiutöötajate hulgas. Arstide–õdede universaalsete teadmiste ja oskuste tõttu ei ole vahet, millises riigis nad töötavad, kuigi praktikas esineb mitmesuguseid takistusi. Pealegi ei ole õieti ühelgi riigil õnnestunud tervishoiutöötajate arvu planeerida (Bach 2003).

### Tõusev trend

Maalt linna ja vaesematest riikidest rikkamatesse on kogu aeg liigutud, kuid viimaseil aastail on see paljude riikide jaoks kriitilise piiri ületanud. Osalt peetakse selle põhjuseks asjaolu, et tööga rahulolu on vähenenud ja tervishoiutöötaja sotsiaalne seisund on halvenenud (Marchal, Kegels 2003, 89–101). Siit tulevikuväljakutse arenenud riikidele – uute tervishoiutöötajate värbamine väheneva rahvastiku tingimustes on otseselt seotud elukutse mainega. Üldiselt peetakse tervishoiutöötajate liikumist arenenumatesse riikidesse üleilmsest kasvavaks trendiks. Näiteks USA-s prognoositakse, et 2010. aastal on neil puudu 265 000 ning 2020. aastal isegi 808 000 õde ([www.modernhealthcare.com](http://www.modernhealthcare.com)). Suurimad sihtriigid (USA, Austraalia, Ühendkuningriik) on aastaid teadlikult praktiseerinud poliitikat, mille kohaselt suur osa tervishoiutöötajast tuleb teistest riikidest.

Tervishoiutööturu analüüsimisel on tähtis jälgida elu kutsete jagunemist – klassikalist arstide ja õendusala töötajate ning arstide-õdede ja elanike arvu suhet. Kui Eesti arstide arvu saab üldjuhul teiste arenenud riikidega võrrelda, siis õdesid on meil palju vähem. Eesti Õdede Liidu hinnangul on tänapäeva nõudmistele vastava tervishoiuteenuse osutamiseks Eestis puudu 4000 õde (Eesti Õdede Liit, 11.05.2006).

**Joonis 1. Õendusala töötajate ja arstide suhtarv**



ALLIKAD: arstid – Eurostat Yearbook 2003, 102, Statistical Yearbook on Candidate Countries 2003, 51; õendusala töötajad – Docteur, Oxley 2003, 68–69; Sotsiaalministeerium 2003.

Sama tähtis on tervishoiusüsteemi rahastamine ja rahastamissüsteemi jätkusuutlikkus. Eesti tervishoiukulud on Euroopa madalaimad – 2004. aastal 5,3% SKT-st (Sotsiaalministeerium 2006). Tulevikus seab peamiselt tööjõu maksustamisel põhinev tervishoiu finantseerimine tervishoiuteenuste taseme säilitamise surve alla, sest elanikkond vananeb ja tööjõu osakaal väheneb. Jätkusuutlikkuse tagamiseks tuleb tervishoidu praeguse süsteemiga võrreldes laiemalt finantseerida (Vörk *et al* 2005).

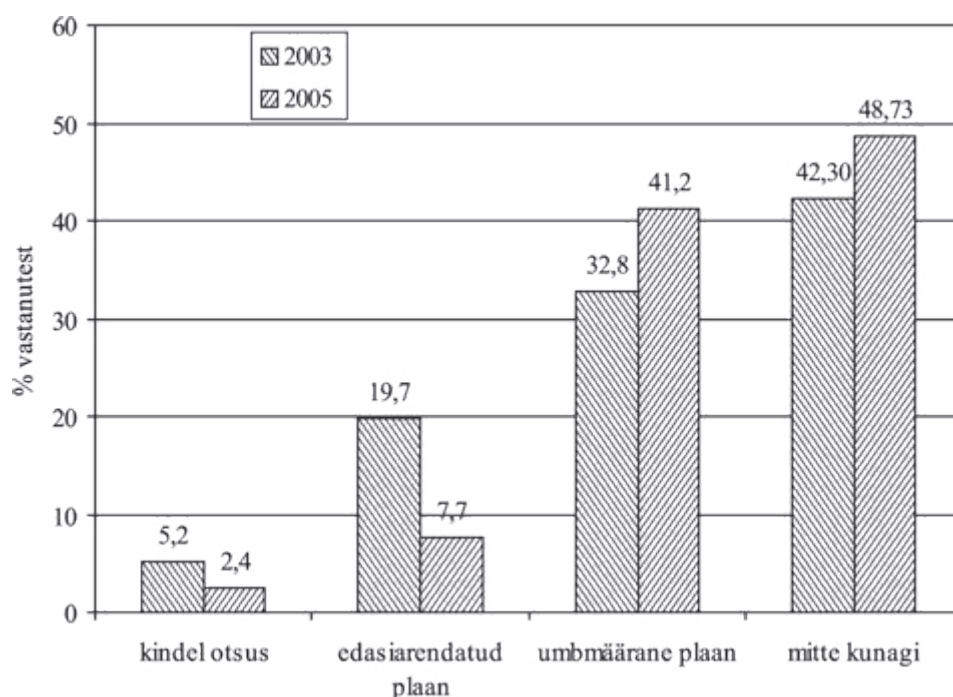
## Esimene lahkumistuhin möödas

Eesti tervishoiutöötajate siirdumine välismaale ei ole uus nähtus. Esimene laine oli vahetult pärast Eesti taasiseseisvumist. Kahjuks ei ole täpseid andmeid, kui palju lahkunuist on tagasi tulnud või kui suures ulatuses ränne toimus. 2004. aastal analüüsis PRAXIS, milliseks võib Eesti tervishoiutöötajate väljaränne lähiaastail kujuneda ning milline võiks selle mõju tervishoiutöötajate puudu- või ülejäägile olla (Vörk *et al*/2004). Toona oli peamine järeldus: "... migratsiooniprognosis näitab, et lähema viie aasta jooksul plaanib kindlasti välismaale suunduda umbes 5% tervishoiutöötajast ja valdavalt on tegemist nooremate inimestega." Lahkumise peapõhjustena toodi välja palk, paremad töötingimused ning sinne [negatiivne] suhtumine tervishoiutöötajatesse.

2005. aastal korraldas PRAXIS uuringu õdede hulgas rahvusvahelise meetodika alusel, et välja selgitada õdede töökeskkonnaga seotud motivatsioonitegureid (Aaviksoo *et al*/2006). Nimetatud uuringus olid ka küsimused migratsiooniplaanide kohta; need võimaldavad kahte perioodi omavahel võrrelda.

Kui kasutada välismaal töötamise soovi kui väga olulist töömotivatsiooni indikaatorit, võib väita, et Eestis on vähemalt õdede hulgas kõik välismaale siirdumise soovi aspektid – õdede hulk, plaani kindlus ja viibimise kestus – kahe viimase aasta jooksul märgatavalt vähenenud. Kui 2006. aasta uuringust (Aaviksoo *et al*/2006; andmed kogutud 2005–2006) selgus, et ligi pooled (49%) õdedest ei planeeri välismaale tööle minna ning kindel otsus lahkuda on ainult 2,4%-l ja edasiarendatud plaan 7,7%-l õdedest, oli kaks aastat varem (Vörk *et al* 2004; andmed kogutud 2003. aastal) kindla otsusega ning edasiarendatud plaaniga õdesid küsitletute hulgas üle kahe korra rohkem (joonis 2).

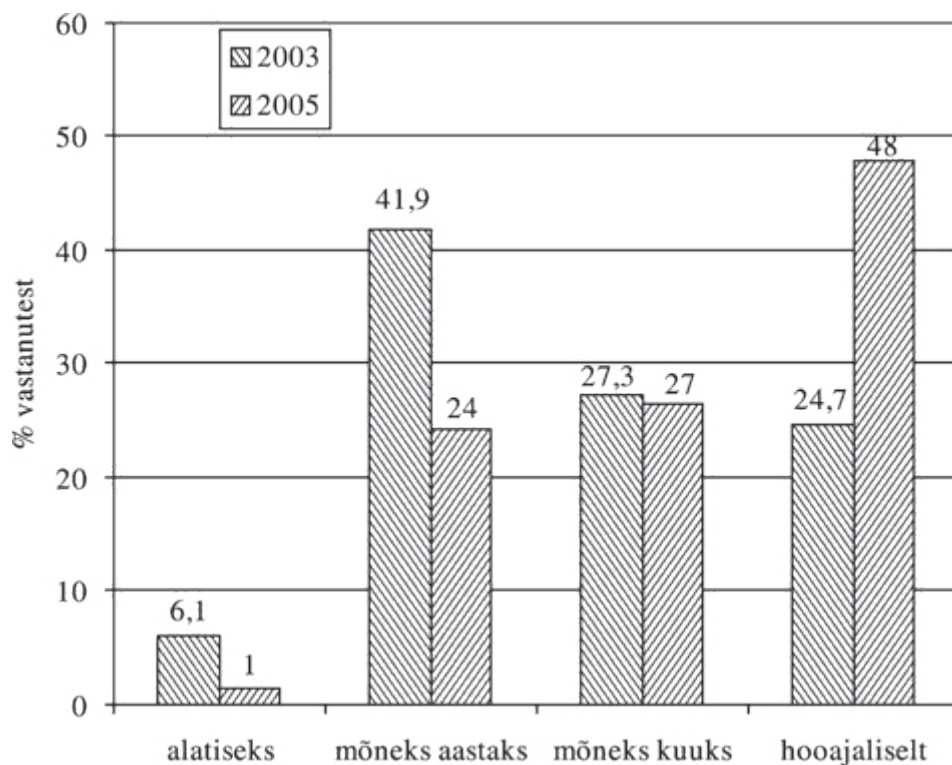
**Joonis 2. Välismaale tööle siirdumise plaan õdede hulgas 2003. ja 2005. aastal**



ALLIKAD: Vörk *et al* 2004; Aaviksoo *et al* 2006.

Ka mujal töötamise soovi kestus on märkimisväärselt muutunud: viimati taheti kõige sagedamini (47,9%) minna välismaale hooajaliselt, 2003. aasta uuringus sooviti enamasti minna mõneks aastaks (joonis 3).

**Joonis 3. Õdede valmisolek välismaal töötamiseks**



ALLIKAD: Vörk *et al* 2004; Aaviksoo *et al* 2006.

Tuleb märkida, et nooremate töötajate valmisolek ja soov välismaale siirduda on jätkuvalt suurem. Põhjustest on endiselt esikohal rahulolematuse palgaga, kuid vähenenud on pettumus Eesti tervishoiusüsteemis ning suurenenud enesetäienduse tähtsus välismaale siirdumise põhjusena.

Tervishoiuvaldkond on kõikides riikides tugevasti reguleeritud. Et arsti või õena töötada, tuleb asjaomases riigis end registreerida, vajalikud alusdokumendid väljastab töötaja päritolumaal vastav asutus (Eestis tervishoiuamet). Väljavõetud alusdokumentide arv ja küsitlusuuringud on peamised näitajad, kui palju siirdub Eesti tervishoiuvaldkonna inimesi tööle välismaale. Sellest selgub, et äraminekusoov on vähenenud – pooled dokumendid välja võtnud töötajaist tegid seda Euroopa Liiduga ühinemise aastal (tabel 1).

**Tabel 1. Välismaal töötamiseks tõendi väljavõtmise aeg (kõik tervishoiutöötajad, oktoober 2006)**

Dokumentide vormistamise aeg	Tervishoiutöötajate arv	Osakaal
2004	443	50,74%
2005	277	31,73%
2006 (10 kuud)	153	17,53%
Kokku	873	

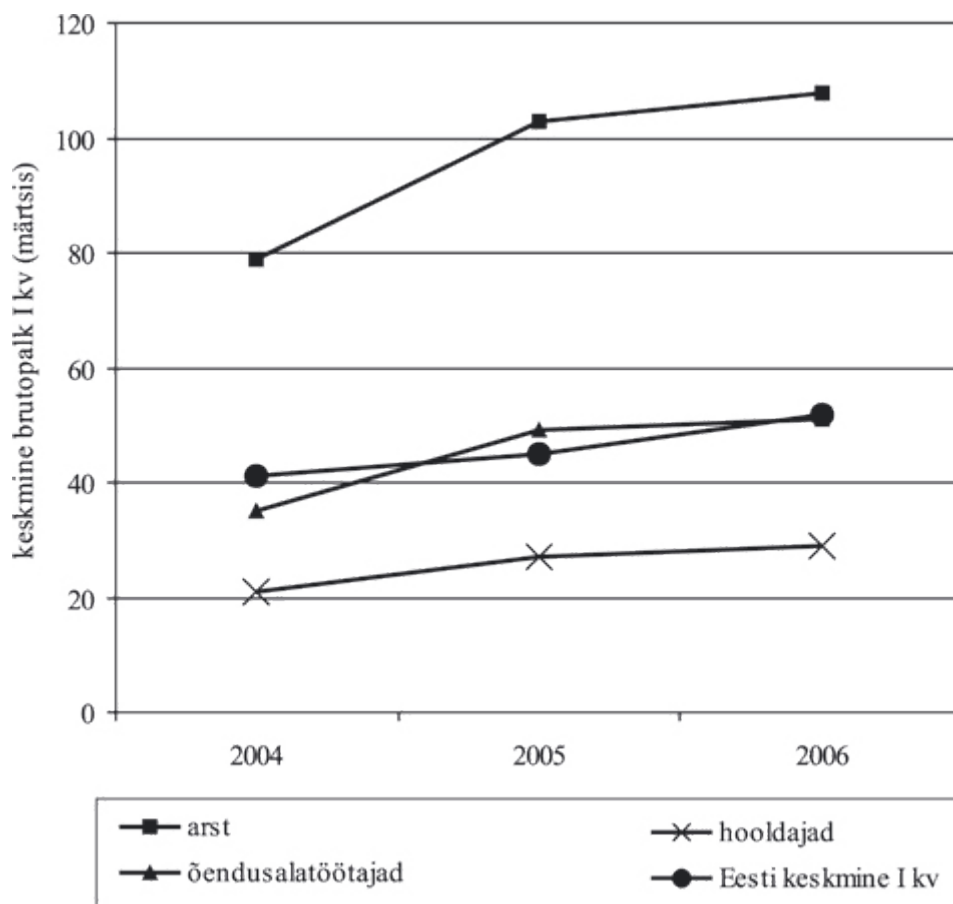
ALLIKAS: Tervishoiuamet.

Paberid vormistanud 873 tervishoiutöötajat moodustavad kõigest 5% Eestis registreeritud tervishoiutöötajast, õdede puhul on see näitaja ligikaudu 3% ning mõnel arstierialal kuni 23% (Tervishoiuamet 2006). Üldnäitaja on võrreldav kaks aastat varem PRAXIS–e uuringus ennustatud hulgaga. Siinkohal tuleb lisada, et kõik, kes on dokumendid välja võtnud, ei ole välismaale tööle läinud ning paljud kasutavad võimalust töötada teistes Euroopa Liidu riikides ajutiselt ja periooditi.

#### **Palgamurele lisaks töökeskkonna probleemid**

Tähtsaimaid välismaale siirdumise põhjendusi on madal palk Eestis. Tervishoiutöötajate surve tagajärjel 2004. aastal, kui ähvardati ka streigiga, suurenesid tervishoiutöötajate palgad 2005. aastaks märkimisväärselt – õdedel keskmiselt 40% ja arstidel 30% 2004. aastaga võrreldes (Sotsiaalministeerium 2004, 2005 ja 2006). Selline palgakasv oli ainult ühekordne: 2006. aastal suurenesid tervishoiutöötajate palgad ainult 4–7%, samal ajal kui riigi keskmine palgatõus oli esimese kvartali võrdluses 16% (joonis 4).

Joonis 4. Tervishoiutöötajate ja Eesti keskmise brutotunnipalga muutus



ALLIKAD: Sotsiaalministeerium; statistikaamet; autori arvutused.

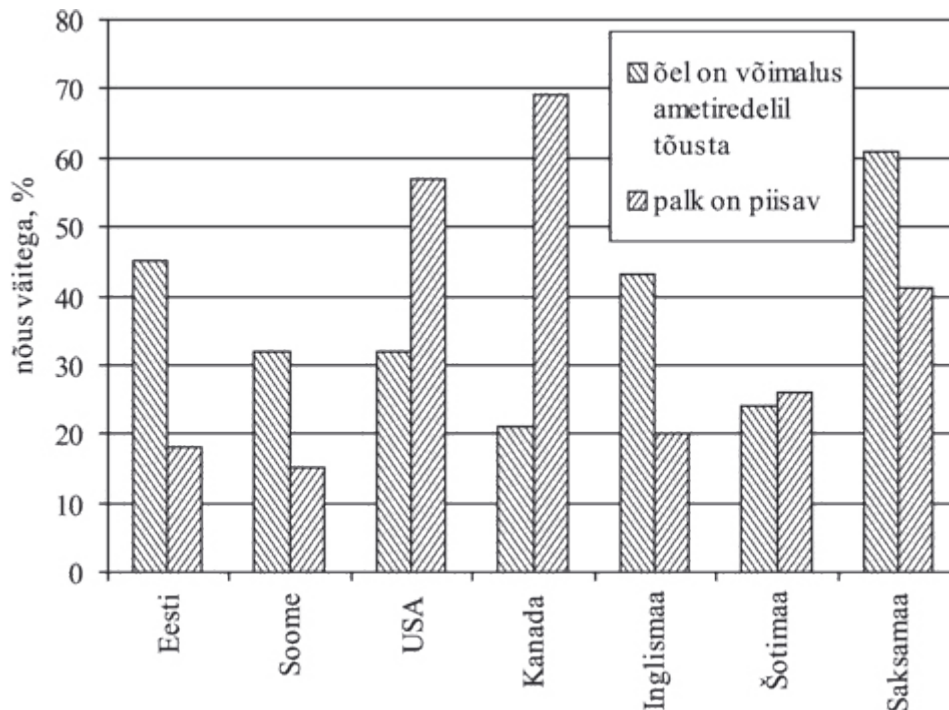
Kuigi palk oli ka viimase õdede uuringu põhjal jätkuvalt kõige tähtsam välismaale siirdumise põhjus, on raha osatähtsus siiski vähenenud. Samuti on vähenenud õdede pettumus tervishoiusüsteemis, ning kõrvuti ajutise välismaale siirdumise soovi kasvuga on tähtsaks saanud töökogemuse hankimine. Arstide kohta selliseid võrreldavaid andmeid ei ole.

Üldiselt on Eesti õed tööga, eriti oma elukutsega rahul. PRAXIS–e 2005. aasta uuringu põhjal oli oma tööga üsna või väga rahul 75% vastanuist ning õe elukutsega 88% (Aaviksoo *et al* 2006). Ka töökeskkonda hinnatakse üldjoontes positiivselt. Uuringus kasutati *Nursing Work Index*’it (NWI–R) – vastajate hinnangud skaalal neljast (*nõustun väga*) kuni üheni (*olen tugevalt vastu*) (Aiken, Patrician 2000). Selle järgi oli enamik koondskaalasid (õetöö autonoomia, kontroll tegevuse üle, koostöö ning organisatsiooni toetus) positiivsed (>2,5).

Rahvusvahelises võrdluses hindavad Eesti õed oma võimalusi ametiredelil tõusta suhteliselt heaks, kuid palgaga rahulolu on madalamaid (joonis 5). Tähelepanuväärne on, et Soome ja Ühendkuningriigi, Eesti tervishoiutöötajate peamiste sihtmaade õed on oma töötingimuste suhtes kõige kriitilisemad. Näiteks on Eesti õed nii nagu Inglismaa õed üldiselt sagedamini nõus (vastavalt 45% ja 43%) väitega, et neil on võimalus ametiredelil tõusta, kuid oma palka hinnatakse piisavaks teistest harvemini (18% Eesti ja 20% Inglismaa). Seevastu Soome õdede

hinnangud on mõlema näitaja puhul veelgi madalamad – vastavalt 32% ning 15% (Aaviksoo *et al* 2006).

**Joonis 5. Karjäärivõimaluste ja palgaga rahulolu rahvusvaheline võrdlus**



ALLIKAS: Aaviksoo *et al* 2006.

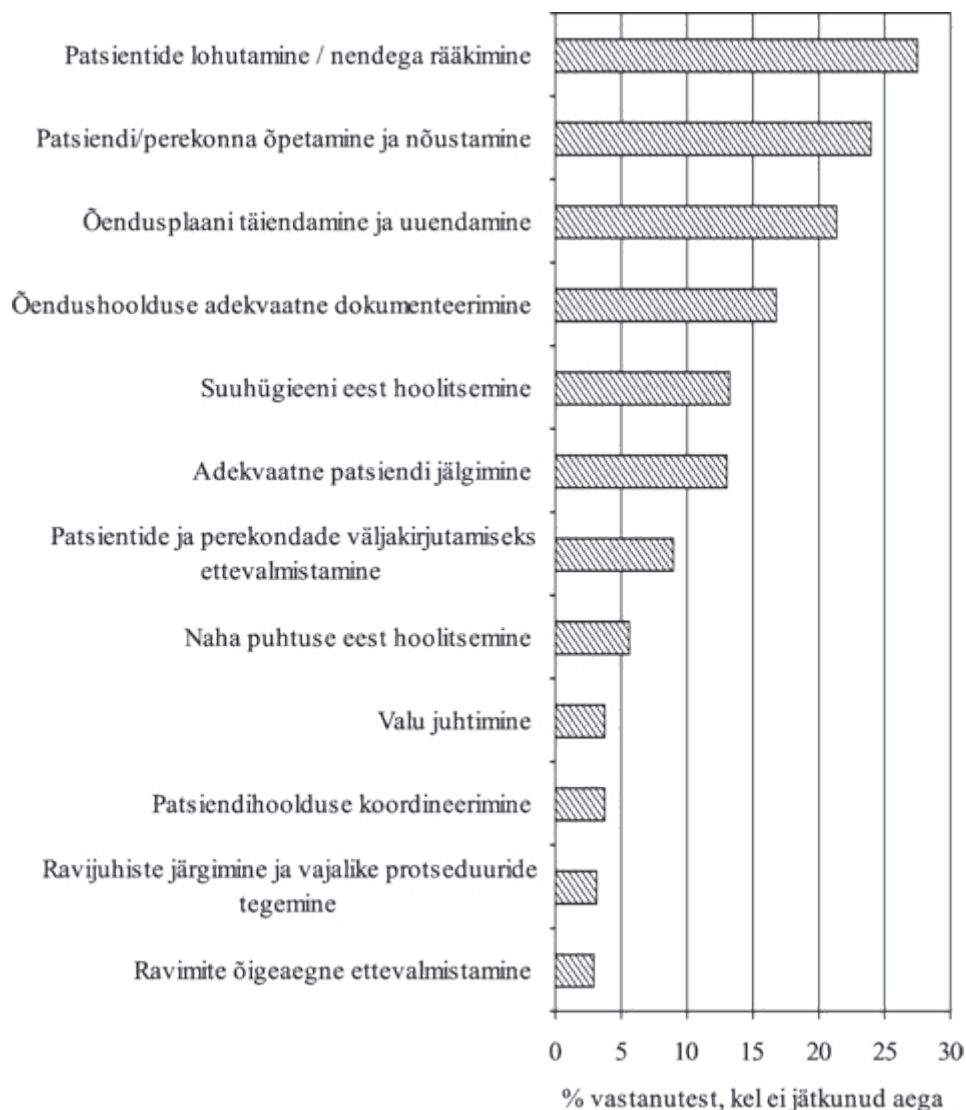
Kuigi kõige rohkem on palgaga rahul Kanadas töötavad õed (69%), hindavad nad võimalusi ametiredelil tõusta kriitilisemalt. Rahulolematust töötamisvõimalustega on olnud ka viimaseil aastail peamisi Kanada õdede USA-sse tööle siirdumise põhjusi (Eager, Blythe 2003).

### **Oluline töö jääb tegemata**

Kõige negatiivsemad on Eesti õdede hinnangud palga, organisatsiooni juhtimisse kaasatuse, tunnustuse ning karjääri edendamise võimaluste kohta. See on kooskõlas varasemate Eestis tehtud uuringutega (Känd, Rekor 2005). Samal ajal nõustus valdav osa (80%) sellega, et õdedel on olemas professionaalse arengu võimalused ja täiendusõppe programmid ning neid toetatakse kõrgema hariduse omandamisel (59%) (Aaviksoo *et al* 2006).

Töökeskonnaga on kõige vähem rahul ja kriitilisemad nooremad ning suurtes haiglates töötavad õed. Siiani tõsiselt käsitlemata probleemina selgub samast õdede töökeskonna uuringust, et õdedel ei jätku sageli aega patsientidega suhtlemiseks (28% õdedest) ning patsiendi ja tema perekonna nõustamiseks (24%) (joonis 6). Suure hulga küsitlute hinnangul ei ole neil piisavalt aega ka vajalikuks paberitööks – õendusplaani uuendamiseks (21%) ning õendushoolduse dokumenteerimiseks (17%).

**Joonis 6. Haiglaõdede (n=447) hinnang ajapuudusel täitmata jäänud ülesannetele**



### **Suur osa jääb tööturule tulemata**

Praktiseerivate tervishoiutöötajate välismaale siirdumisest märksa vähem on Eestis uuritud õendus- ja arstiõppest väljalangemist enne tööle asumist. Ometi on ekspertarvamuste ja üksikute aastate väljavõtete kohaselt õdede iga-aastane kadu *ca*25% ning näiteks 2005. aastal ei jätkanud 40% arsti põhiõppe lõpetanuist Eestis õpinguid residentuuris (Volke 2005). Tervishoiukõrgkoolidel on õe põhiõppekohtade täitmisega probleeme, sest kohtade arvu on suurendatud.

Andmeid on vähe ka tervishoiutöötajate, eeskätt arstide liikumise kohta väiksematest haiglatest suurematesse keskustesse. Peamiselt selgub üksikute haiglajuhtide intervjuudest, et väiksemates asulates on haiglaisse töötajate leidmine palju keerukam kui näiteks Tallinnas või Tartus (Habicht *et al* 2006). 2006. aastal on täitmata öekohti kõigis haiglais.

### **Vale kuvand**



Tõenäoliselt jääb palgaerinevus ka edaspidi tähtsaimaks tervishoiutöötajate migratsiooni tõmbe- ja tõukejõuks. Just nooremate õdede puhul on palk tähtis tegur. Selle taustal tekitab muret, et 2005. aasta suurele palgatõusule järgnes aasta, kui tervishoiutöötajate palga kasv jäi suuresti alla Eesti üldisele palga kasvule. See võib lähitulevikus uuesti pingeid tõsta.

Kõigest hoolimata on soov välismaale tööle siirduda vähenenud. Seda kinnitab asjaolu, et mujal Euroopa Liidus töötamiseks vajalikke dokumente vormistatakse järjest vähem. Seega ei saa nõustuda tervishoiutöötajate ja meedia loodud kuvandiga Eesti tervishoiu katastroofilisest olukorrast töötajate massilise lahkumise tõttu. Siiski tuleb silmas pidada, et välismaale mineku soov on suurem nooremate tervishoiutöötajate ning vahetult õpingud lõpetanute hulgas (enne kui nad tervishoiutööturule suunduvad) ning et mõne eriala puhul küünib võimalik lahkujate arv üle 20%.

Õed on oma elukutse ja töökohaga enamasti väga rahul. Kuigi rahulolu on seotud töökeskkonna ja muude väliste teguritega, on siin oma osa õe elukutse valinute nn eelseleksioonil – olukord tervishoiuasutustes ei erine palju inimeste ootustest. Seega muutub olukorras, kus Eestil tuleb lähiaastail värvata uusi spetsialiste mitte ainult pensionile minevate ja välismaale lahkuvate tervishoiutöötajate asendamiseks, vaid suurendada tunduvalt ka tervishoiutöötajate, eriti õdede arvu, väga tähtsaks tervishoiusektori ja –ametite maine.

Just selle mitterahalise “sotsiaalse kapitali” kadumist peetakse ülemaailmse suurenenud migratsiooni üheks põhjuseks. Kui soovime rahvastiku väheneva juurdekasvu tingimustes motiveerida noori valima muude võimaluste kõrval tervishoiutöötaja elukutset, peame pöörama tervishoiutöötaja maine kujundamisele rohkem tähelepanu.

Kuigi enamik õdesid nõustus väitega, et neil on piisavalt arenguvõimalusi ja täiendusõppe programme, ei olnud nad nõus, et on olemas karjääri arendamise ja kliinilise edutamise võimalused. See on seletatav asjaoluga, et haiglatöö üldine korraldus võimaldab töötajal professionaalselt areneda, kuid ei taga laia ja pikaajalist individuaalset arengut. See tähendab, et organisatsioonides, eriti tervishoiusüsteemis tervikuna, saab rakendada uusi teadmisi ja oskusi oma töö paremaks sooritamiseks, kuid puuduvad karjääri edendamise võimalused.

### **Süsteemi puudujäägid**

Tervishoiusüsteemi tõhustamisel kasvavad nõudmised ka töötajaile. Neid nõudeid suudavad adekvaatselt täita ainult sobivate individuaalsete eeldustega töötajad vastavate töötingimuste korral. Kuigi uuringu tulemused näitavad praegu suhteliselt soodsat seisut, saab rahvusvahelise kogemuse põhjal eeldada, et olukord võib kiiresti muutuda.

Süsteemi puudujääkidele viitab ka eelnimetatud tõik, et õdedel ei jätku piisavalt aega patsientidega suhtlemiseks ning patsientide ja nende perekondade nõustamiseks. Ravikvaliteedi komisjoni hinnangul on enamik patsientide kaebustest puuduliku suhtlemise tulemus. Niisamuti on süsteemi (ja mitte üksiku teenuseosutaja) ulatuses oluline asjaolu, et tervishoiutöötajail ei jätku aega vajalikuks paberitööks, mis on vajalik teenuse kvaliteedi osa,

eeskätt selle juhtimise seisukohalt. Eelneva taustal on ootamatu, et Eesti õdede hinnangul on personali piisavalt, samal ajal kui kolleegid arenenud välisriikidest leiavad, et õdesid on liialt vähe.

Vähe on uuritud õdede väljaõppe suurendamisega seotud probleeme ning arsti- ja õendusüliõpilaste lahkumist enne tervishoiutööturule jõudmist. Tulevikku silmas pidades on just need kriitilised momendid piisava arvu tervishoiutöötajate tagamiseks Eestis, seda enam, et ka sotsiaalministeeriumi väljatöötatud strategiadokumendid kirjeldavad lähitulevikus vajadust suurendada tublisti õdede arvu.

Töötajate riigisisese liikumise kohta on vähe informatsiooni. Selle järele on suur vajadus, sest tööjõupuudus on jaotunud erinevalt. Tervishoiureformid, mis on suunatud tõhususele ja kvaliteedi parandamisele, koondavad paratamatult spetsialiseeritud tervishoiuteenused. Sellest sünnivad väiksemis haiglais pinged, mida võimendatakse põhjendamatu personalipuudusega, samal ajal kui pragmaatiline lähenemine eeldaks teenuseosutaja ümberprofileerimist lihtsamat teenust osutavaks hooldushaiglaks.

Kõigis rahvusvahelistes soovitusetes märgitakse, et on vaja pikaajalist tegevuskava, millest tuleb kinni pidada, eeskätt rahastamisotsuste tegemisel (WHO 2006). Palk, tervishoiuinvesteeringud, rahastamissüsteemi jätkusuutlikkuse küsitavus pikema aja jooksul on ammu teada probleemid. Nüüd on vaja kiiresti pikaajalisi kokkuleppeid eri poolte vahel.

### **Võimalikud poliitikavalikud**

Tervishoiutöötajate planeerimine peab hõlmama koolitavate arvule (mille kohta pole lõplikku valemist leidnud ükski riik) lisaks koolituse arendamist pidevalt muutuva tööjõuturu vajaduste kohaselt. Põhjalik meetmete loetelu on WHO 2006. aasta maailma terviseraportis (WHO 2006). Järgnevalt Eesti võimalikest spetsiifilistest poliitikavalikutest.

Nii valitsuse kui ka tervishoiusüsteemi kõigi osaliste huvides pole ühekordsed streigiähvarduste saatel kulgevad lühiajalised järeleandmised, vaid praegustele ja tulevastele tervishoiutöötajatele stabiilsuse loomine. Vajadus tervishoiuteenuste järele kasvab pidevalt. Võttes arvesse, et nõudluse rahuldamiseks on vaja suurendada tervishoiutöötajate, eeskätt õendusala töötajate arvu ning et palgakulude osakaal tervishoiukuludes on suhteliselt suur, on väljakutsele vastamise eeltingimus tervishoiukulutuste suurendamine.

Palgaläbirääkimiste osaks peavad olema seosed muude töökeskkonna mõjutajatega, kohustused ja vastutus peavad olema nii riigil kui ka tööandjatel, organisatsioonidel ja haridusasutustel. Et riik ei saa töötajate palgatingimusi ja töökeskkonda otse mõjutada, on tööandjate vastutus täiendavate eelarvevahendite kasutamise eest kriitiline.

Töökeskkonnal on õdede tööol püsimisel tähtis osa, seda mõjutavad otse tööandjad – tervishoiuasutused. Soodsad töötingimused on konkurentsieelis teiste teenuseosutajate ees. Süsteemi pikaajalist jätkusuutlikkust silmas pidades on kõigi teenuseosutajate huvides luua võimalike öekandidaatide seas positiivne ja rahuldust pakkuv õe elukutse kuvand. See peab sisaldama soodsat töökeskkonda ja rahuldust pakkuvaid eneseteostusvõimalusi.

Juba varasemais uuringuis on märgitud nn positiivse diskrimineerimise vajadust palgatingimuste parandamisel, see tähendab eeskätt madala palga (mitte keskmise palga) ja nooremate töötajate sissetuleku suurendamist. Töötingimusi (tööajarežiimi, füüsilist keskkonda, töökorraldust jms) tuleb käsitleda koos palgavahendite probleemi lahendamisega, et üht ei lahendataks teise arvel. Arendada tuleb töökeskkonna juhtimise süsteemi.

Riigivõimu ülesanne on juhtida tervishoiusüsteemi osapoolte (töötajate, teenuseosutajate ja patsientide) huve arvestavat tulemuslikku ja tasakaalustatud diskussiooni.

### **Rohkem koostööd teiste riikidega**

Valitsusel lasub kohustus teha koostööd nende Euroopa Liidu liikmesriikidega, kuhu Eesti tervishoiutöötajad siirduvad, et välja töötada tööjõu planeerimise eetilised põhimõtted, sealhulgas aktiivse värbamise poliitika. Pragmaatiline oleks käsitleda diskussiooniteemasid riiklikult koordineeritud töövahetusega riikides. Võimalik on nn pehme koordinatsioon ehk informatsiooni vahendamine ning tsentraalne juhtimine kahepoolsete riiklike lepingute ja koostöö vahendusagentuuride abil. Eeskätt tuleb arvestada enamiku tervishoiutöötajate soovi töötada välismaal ainult hooajaliselt ning töökogemuse põhjendatuse osakaalu.

Migratsioonikavatsuste märkimisväärne vähenemine näitab, et nii eeltingimused kui ka töötajate suhtumine võivad kiiresti muutuda. Edaspidi on otstarbekas kasutada mitmesuguseid lahendusviise, sest töömotivatsiooni suurendamine ja migratsioonisoovi vähendamine ainult töötajate palgatingimusi muutes ei ole tulemuslik. Pealegi võib see pikema aja jooksul vähendada tervishoiuteenuste kättesaadavust ning süsteemi üldist stabiilsust.

Tõenäoliselt ei ole võimalik muutunud tööjõuturu olukorras migratsioonisoovi kaotada. Seetõttu tuleb edaspidi jälgida migratsioonikavatsuste ja –põhjuste muutust, et välja töötada paindlikke lahendusi, näiteks rahuldada hooajalise, peamiselt enesetäiendamisele suunatud välismaal töötamise soovi riigi või tööandja koordineeritud vahetusprogrammide kaudu. Tööjõu üldine ja üha suurenev mobiilsus, tööjõupuudus mitmes valdkonnas, Euroopa–sisene migratsioon ning suurenenud tööstress tõhususele orienteeritud organisatsioonides viitavad vajadusele tegelda eeskätt nooremate ja suuremate haiglate õdede probleemidega.

Käesolev poliitikaanalüüs püüdis senist tervishoiutöötajate lahkumisele orienteeritud diskursust laiendada töökeskkonna ja tervishoiu üldise korraldusega. Uuringu autori arvates on elanike ootustele vastava tervishoiutöötajate arvu ja kvaliteedi tagamisel viimased tegurid tähtsamad kui töötajate lahkumine välismaale.

### **Kasutatud kirjandus**

**Aviksoo, A., Läänelaid, S., Hinno, S. (2006).** Eesti õdede töökeskkond ja motivatsioonitegurid: mõju tervishoiutöötajate töömotivatsioonile, tulemuslikkusele, migratsioonile ning võimalikud poliitikalikud. Poliitikauuringute Keskus PRAXIS. – [http://www.praxis.ee/data/Oed\\_2005\\_luhianaluus.pdf](http://www.praxis.ee/data/Oed_2005_luhianaluus.pdf) (31.10.2006).

**Aiken, L. H., Patrician, P. A. (2000).** Measuring Organizational Traits of Hospitals. The Revised Nursing Work Index". – Nursing Research, Vol 49, No 3, pp 146–153.

**Bach, S. (2003).** International Migration of Health Workers. Labour and Social Issues Working Paper. ILO, Geneva.

**Docteur, E., Oxley, H. (2003).** Health–Care Systems: Lessons from the Reform Experience. OECD Economic Department Working Papers, No 374, ECO/WKP(2003)28.

**Eager, K., Blythe, J. (2003).** Canadian Nurse Migration to the United States of America. McMaster University & University of Toronto. December 2003.

Eesti Õdede Liit. Pressiteade 11.05.2006.

– <http://www.ena.ee/uudised.php?submenuID=8&artID=79> (31.10.2006).

Eurostat Yearbook 2003. The Statistical Guide to Europe. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. –

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1334\\_49092079,1334\\_49092421&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL\(1.11.2006\)](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1334_49092079,1334_49092421&_dad=portal&_schema=PORTAL(1.11.2006)).

**Habicht, T., Reinap, M., Koppel, A., Aaviksoo, A. (2006).** Eesti tervishoiureformide mõju haigla juhtimisele. Eesti ja Bulgaaria võrdlus. PRAXIS. [Uuring avaldatakse 2006. a detsembris PRAXIS–e veebilehel.]

**Känd, M., Rekor, M. (2005).** Rõõmsama homse nimel. Eesti õdede rahulolu uuring 2005. Stockholmi Majanduskool Riias (*SSE Riga*), Eesti Õdede Liit, AS Resta.

**Marchal, B., Kegels, G. (2003).** Health Workforce Imbalances in Times of Globalization: Brain Drain or Professional Mobility? – International Journal of Health Planning and Management 2003; Vol 18 (Supplement), pp 89–101.

Sotsiaalministeerium. – <http://www.sm.ee> (19.10.2006).

Sotsiaalministeerium. Tervishoiutöötajate tunnipalga analüüs 2004, 2005 ja 2006. –

<http://www.sm.ee/est/pages/goproweb1207> (31.10.2006).

Statistical Yearbook on Candidate Countries, Data 1997–2001. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

Tervishoiuamet. Tervishoiutöötajate migratsioon (veebuar 2004 – oktoober 2006). –

[http://www.tervishoiuamet.ee/public/files/minejad\\_okt2006.xls](http://www.tervishoiuamet.ee/public/files/minejad_okt2006.xls).(31.10.2006

WHO (2006). World Health Organization. The World Health Report 2006: Working together for Health. – <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html> (31.10.2006).

**Volke, V. (2005).** Noorte arstide lahkumine jätkub. – Eesti Arst, nr 11.

**Võrk, A., Jesse, M., Roostalu, I., Jüristo, T. (2005).** Eesti tervishoiu rahastamissüsteemi jätkusuutlikkuse analüüs. PRAXISE Toimetised 21. –  
[http://www.praxis.ee/data/toimetised\\_2005\\_21\\_TH\\_rahastamine\\_2.pdf](http://www.praxis.ee/data/toimetised_2005_21_TH_rahastamine_2.pdf)

**Võrk, A., Priinits, M., Kallaste, E. (2004).** Tervishoiutöötajate migratsioon Eestist: migratsiooni potentsiaalne suurus, mõju tervishoiutöötajate vajadusele ja poliitikavalikud. PRAXISE Toimetised, nr 18. –  
[http://www.praxis.ee/data/toimetised\\_18\\_2004.pdf](http://www.praxis.ee/data/toimetised_18_2004.pdf) (31.10.2006).