

SOTSIAALMINISTEERIUM  
EESTI ARSTIDE LIIT

Alar Sepp

# Eesti arstide tööga rahulolu

Arst 2011

Ankeetküsitlus 1997–2006 diplomeeritud arstidele

**TTÜ**  
KIRJASTUS

Tallinn 2012

*Alar Sepp, 2012*

Autoriõigus: Alar Sepp, 2012

ISBN 978-9949-23-230-7

Tallinna Raamatutrükikoda

Trükiarv 3000 eksemplari

## **AUTOR**

### ***Alar Sepp***

Alar Sepp has worked as Lecturer of Chair of Pharmacy of Tallinn Health Care Colleges since winter 2008. Before becoming lecturer he worked as Managing Director of Balu Healthcare Services OÜ (2006-2007). He graduated as physician in 1992 from University of Tartu. He is well known lecturer in different health care fields as history of medicine, medical sociology, public health, occupational health, healthy organizations, healthcare management, healthcare systems and politics; he graduated as MA (organizational behavior) from Tallinn Pedagogical University (Tallinn University) in 2004. He has worked as specialist in public health field and head of healthcare unit in Board of Border Guard and head of health care policy unit in Ministry of Social Affairs. He is PhD student of University of Tampere and Turku University. He is a co-worker of the Finnish Junior Physician research group.

## EESSÕNA

Elus on väga palju asju, mis on tähtsad ja olulised vaid vähestele. Samas on vähe asju, mis lähevad korda kõigile. Üks nendest on tervis. Elu saab olla täisväärtuslik ja nauditav ainult juhul, kui tervisehädad ei sea sellele piiranguid. Karm reaalsus on see, et ainult väiksem osa meist saab ütelda, et nad on täiesti terved ega ole juba aastaid arstiabi vajanud.

Ilmselt on igaüks kuulnud sellest, et meil ei jätku kõikjale ja kõigile erialadele arste, et olemasolevadki arstid suunduvad tööle mujale. Midagi peaks muutuma, kuid mis ja kuidas?

On asju, mida on raske täna ja kohe oluliselt muuta. Näiteks on küsitav see, kas me saaksime kohe arstide palku tõsta tasemele, kus see on riikides, mille elatustase on tunduvalt kõrgem kui Eestis. Võib-olla isegi saaksime, kuid mis hinnaga ja kas see oleks ülejäänud ühiskonna jaoks õiglane? Teine asi, millega ei saa oodata, on see, et kas me suudame kohe ja kõikjal väga heale tasemele viia töötingimused. Haiglad on välisabi, aga ka omanike ja annetajate toel järjekindlalt parandanud oma hooneid ning soetanud uusi seadmeid, kuid selleni, et kõigil arstidel oleks kasutada kaasaegsed ruumid ja seadmed, on veel pikk maa minna.

Seda olulisem on, et me tahaks ja suudaks muuta seda, mis ei vaja suuri investeeringuid ega kõrgtasemel otsuseid. Ma ei tea, kas on tehtud statistikat, selle kohta, kui palju ilmub meedias artikleid, mis räägivad arstiabiga seotud probleemidest või tublidest ja tarkadest arstidest. Kindlasti räägitakse probleemidest rohkem kui arstidest. Samas on tegelikus elus just vastupidi – enamik inimesi saab oma haigustest jagu tänu heale ja asjatundlikule arstiabile ning on olukordi, kus võib julgelt ütelda, et arstid teevad inimestele päästmiseks lausa imesid.

Tahan soovida Eesti inimestele julgemalt tunnustada arste, kes oma tööd teevad professionaalselt ja südamega. Samuti oskust näha probleemidest rääkimisel mitte ainult süüdlaste karistamist, vaid ka võimalust vigadest õppimiseks. Samas on ka oluline, et arstid ei unustaks tehniliselt täiuslikult sooritatud raviprotseduuride taga inimest ja mõistaksid, et tervenemisel on oluline osa arsti poolt antud sõbralikel selgitustel. Selliseid väikseid asju arvestades saab igaüks kaasa aidata sellele, et inimesed tahaksid oma muredega arsti juurde minna ja Eesti arstid tahaksid Eesti inimesi aidata.

Marelle Erlenheim  
Sotsiaalministeeriumi  
kantsler

## **RESÜMEE**

Alar Sepp

Eesti arstide tööga rahulolu aastal 2011

Eesti tervishoiusüsteemis toimunud muutused on mõjutanud arstide tööd ja sotsiaalmajanduslikke tingimusi. Arst 2011 uuring selgitas Eesti noorarstide psühhosotsiaalset tausta, hinnanguid saadud koolituse kohta, tööolusid, tööga rahulolu, väärtushinnanguid ning professionaalset ja sotsiaalset identiteeti.

Arst 2011 uuringu populatsiooniks olid aastatel 1977–2006 diplomeeritud arstid (N=4682). Noorarstide tööga rahulolu selgitavasse valimisse võeti pooled aastatel 1997–2006 diplomeeritud arstid (N=445). Nendest saadi 330-le arstile täpsed aadressandmed. Uurimus viidi läbi veebiküsitlusena. Vastuseid saadi 213 (64,5%). Küsimustik oli Eesti oludele kohandatud tõlge Soomes läbiviidud Lääkäri 2008 uuringu ankeedist.

Eesti arstikond on võrreldes muude Euroopa maadega feminiseerunud. Vastanutest oli naise 74%.

Arstide keskmine vanus oli 34,8 aastat. Enam kui kaks kolmest arstist (67,1 %) olid abielus või vabaabielus.

Töötingimused mõjutasid varasemast enam noorte arstide karjäärivalikut. Vastanutest umbes 90% oleksid praegugi pürginud arstiks, kui nad oleksid õpinguid nüüd alustanud. Suuremal osal arstidest (62,9%) oli tähtajatu tööleping. Ainult väiksem osa (11,7%) tegeles erapraksisega. Enam kui iga neljas (25,9%) oli töötanud arstina välismaal ja enam kui iga kolmas (37,4%) soovis välismaale tööle minna, peamiselt Soome, Rootsi ja Saksamaale. Enamik arstidest (83%) töötas haigla- ja perearstina.

Ligikaudu pooled (50%) arstidest töötasid mitmel kohal (üle 1,0 koormusega). Arstid olid endi arvates hästi varustatud infotehnoloogiliste vahenditega.

Umbes 81% arstidest olid oma tööga rahul. Arstide tööga rahulolu põhjustasid huvi tehtava töö vastu, hea töökollektiiv, head suhted patsientidega, töörõõmu kogemine, arenguvõimalused, nähtavad töötulemused, täienduskoolituse võimalused, spetsialiseerumise võimalus, patsientide tänu ning ametialase arengu võimalused. Rahulolematuse põhjustena toodi esile vaimselt pingeline töö, palju kirjalikke töid ja liiga suur töökoormus.

Töoga ning õpingutega toimetulek ja tervis olid noorte arstide elu kõige tähtsamateks väärtusteks, tähtsamateks kui mh pereelu. Suurem osa arstidest tundis, et nad kuuluvad üsna või väga tugevalt kokku oma perega, sõpradega, Eestiga, oma suguvõsaga, töökollektiivi ja Euroopaga.

Käesolev uurimus annab hea ülevaate Eesti arstide psühhosotsiaalsest taustast, rahulolust tööga, seda mõjutavatest teguritest, arstide professionaalsest ja sotsiaalsest identiteedist ja väärtustest. Tervishoiu tegevusstrateegiade arendamise alus ja peamine arvestatav tegur on arstikond oma hinnangute ja väärtustega. Arst 2011 uuringu tulemused annavad baastadmisi arstkonnas toimuvate muutuste monitooringuks.

Võtmesõnad: arstid, uuring, veebiküsitlus, rahulolu tööga, töö

## TIIVISTELMÄ

Alar Sepp

Virolaisten lääkärien työtyytyväisyys vuonna 2011

Muutokset Viron terveydenhuollonjärjestelmässä ovat vaikuttaneet lääkärien työhön ja heidän sosiaalisiin ja taloudellisiin olosuhteisiinsa. Arst 2011-tutkimus selvitti Viron nuorten lääkärien psykososiaalista taustaa, arviota saamastaan koulutuksesta, työoloja, työtyytyväisyyttä, arvomaailmaa sekä ammatti- ja yhteisöidentiteettiä.

Arst 2011-tutkimuksen perusjoukko oli vuonna 2011 Virossa työskentelevät ja vuosina 1977–2006 valmistuneet lääkärit (N=4682). Nuorten lääkärien työtyytyväisyyttä selvittävään otokseen otettiin puolet vuosina 1997–2006 valmistuneista lääkäreistä (N=445). Heistä saatiin 330 lääkärin postiosoite selvitettyä. Tutkimus toteutettiin verkkokyselynä. Vastauksia saatiin 213 (64,5%). Kyselylomake oli Viron olosuhteisiin sovellettu käänös Suomessa toteutetun Lääkäri 2008 tutkimuksen lomakkeesta.

Viron lääkärikunta on naisvaltaisempi kuin muissa Euroopan valtioissa. Vastanneistakin naisia oli 74%. Lääkäreiden keskimääräinen ikä on 34,8 vuotta. Enemmän kuin kaksi kolmesta lääkäristä (67,1%) eli avio- tai avoliitossa.

Työolosuhteet vaikuttivat aiempaa enemmän nuorten lääkärien uravalintoihin. Vastaaajista 90% olisi ryhtynyt edelleen lääkäriksi, mikäli olisi nyt aloittamassa opintojaan. Suurimmalla osalla (62,9%) lääkäreistä oli pysyvä työsopimus. Vain muutamat (11,7%) toimivat yksityisellä sektorilla. Enemmän kuin joka neljäs (25,9%) oli työskennellyt lääkärinä ulkomailla ja enemmän kuin joka kolmas (37,4%) ilmoitti aikovansa mennä töihin ulkomaille, lähinnä Suomeen, Ruotsiin tai Saksaan. Noin 83% lääkäreistä työskenteli joko sairaala- tai perhelääkärinä.

Noin puolet lääkäreistä (50%) työskentelivät monella työpaikalla (yli kokopäiväisinä). Lääkäreillä oli mielestään hyvin käytössä ATK-välineistöä.

Noin 81% ilmoitti olevansa tyytyväisiä työhönsä. Tehtävien kiinnostavuus, hyvä työyhteisö, hyvät potilassuhteet, työn ilon kokeminen, etenemismahdollisuudet, näkyvät työtulokset, mahdollisuudet täydennyskoulutukseen, mahdollisuus erikoistumiseen, potilaiden kiitollisuus ja mahdollisuudet kehittyä ammatillisesti olivat yhteydessä lääkärien työtyytyväisyyteen. Tyytymättömyyden aiheina tuotiin esille työn henkinen rasittavuus, runsas paperityö ja kohtuuton työmäärä.

Suoriutuminen työssä ja opiskelussa ja terveys olivat nuorten lääkärien elämän tärkeimmät asiat, tärkeämmät kuin mm perhe-elämä. Suurin osa lääkäreistä tunsu kuuluvansa melko tai hyvin kiinteästi omaan perheeseen, kaveriporukkaan, Viroom, omaan sukuun, työyhteisöön ja Eurooppaan.

Tämä tutkimus antaa yleiskuvan virolaisten lääkärien psykososiaalisesta taustasta, työtyytyväisyydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä, lääkärien ammatti- sekä yhteisöidentiteetistä ja arvoista. Terveydenhuollon toimintastrategioita kehitettäessä lääkärikunta mielipiteinen ja arvoineen on keskeisen huomioon otettava tekijä. Arst 2011-tutkimuksen tulokset antavat pohjatiedot lääkärikunnassa tapahtuvan muutoksen seuraamiseen.

Avainsanat: lääkärit, tutkimus, verkkokysely, työtyytyväisyys, työ

## **SUMMARY**

Alar Sepp

Job satisfaction of Estonian physicians in 2011

Changes in Estonian health care organization have had an effect upon the doctors' work and their social and economical conditions. Arst 2011-study found out Estonian young doctors' psychosocial background, opinions on their medical education, working conditions, job satisfaction, values and professional and community identity.

The basic population of Arst 2011-study consisted of physicians who were working in Estonia in 2011 and who had graduated in 1977–2006 (N=4682). The sample for the study on young doctors' job satisfaction consisted of one half of those who had graduated in 1997–2006 (N=445). Of them the address of 330 physicians could be identified. The study was implemented as a web-survey. Responses were received from 213 (64,5%). The questionnaire was a translation from the Finnish Physician 2008 Study questionnaire adapted to Estonian conditions.

The proportion of women among physicians in Estonia is bigger than in other European countries. 74% of respondents were women. The main age of physicians was 34,8 years. More than 2/3 (67,1%) of physicians were married or co-habiting.

Working conditions have more impact than before on young doctors' career choices. Around 90 per cent of the respondents would still become doctors if they were to start their studies now. Majority (62,9%) of physicians had a permanent employment contract. Only a few (11,7%) were working in the private sector. More than one fourth (25,9%) of respondents had been working as physician abroad and more than one third (37,4%) informed planning to work abroad, mainly in Finland, Sweden or Germany. Around 83 per cent of the respondents worked either as hospital physicians or family doctors.

Around 50 per cent of young doctors worked more than full time. Physicians thought they were well equipped with ADB equipments.

Around 81 per cent were satisfied with their work. Interesting tasks, a good work community, a good relationship with patients, a joy of work, a possibility to develop, a visible results of work, a possibility to continuing education, a possibility for specialization, a gratitude of patients and a possibility to develop professionally correlated with physicians' job satisfaction. As reasons to non-satisfaction were mentioned mental strain at work, substantial amount of paperwork and too much work to do.

Success at work and health were most important issues in young physicians' life, more important than e.g. family life.

This study gives a general picture of Estonian physicians' psychosocial background, job satisfaction and issues connected with it, physicians' professional and community identity and values. When the strategies of health care are developed the physicians with their opinions and values have to be taken into account as one central factor. The results of Arst 2011-study give basic data for the follow-up of changes taking place in medical profession.

Key words: physicians, research, web-survey, job satisfaction, work

## **SAATEKS**

Meditsiin areneb ja muutub kiiresti, kuid arstiabi põhiolemus on ikka sama, nagu sõna isegi ütleb – haigete aitamine. Patsiendiga suhtlemine, tema probleemidesse süvenemine ja neile lahenduse leidmine nõuab keskendumist ja pühendumist. Mida vähem on arstil selle juures häirivaid tegureid, seda paremini diagnoosimine ja ravi õnnestuvad.

Seega on arsti tööga rahulolu üks ravi tulemusi mõjutav oluline asjaolu. Väga oluline on ka see, kuidas arstide tööd hindavad patsiendid ja ühiskond tervikuna.

Arstide rahulolu uuringu tulemused on arstide liidule üheks suunanäitajaks arstide töötingimuste parandamisel ja arstiameti väärtustamisel. Oma töö ja eluga rahuloleval arstil on kiiremini paranevad patsiendid – see vana tõde peaks huvitama ka meie tervishoiu juhtijaid ja korraldajaid.

Andres Kork  
Eesti Arstide Liit  
president



## **SISUKORD**

SISSEJUHATUS .....	11	
TEOREETILINE KONTEKST:		
MOTIVATSIOON JA TÖÖGA RAHULOLU .....	15	
Töömotivatsioon .....	19	
Motivatsiooniteooriad .....	20	
Protsessiteooriad .....	21	
Ootuste teooria .....	21	
Võrdsusteooria .....	22	
Eesmärgiteooria .....	22	
Atributsiooniteooria .....	23	
Sisuteooriad .....	23	
Maslow' mõju tervishoius .....	23	
Alderferi ERG teooria .....	24	
McClellandi saavutusvajaduse teooria .....	25	
Herzbergi kahe faktori teooria .....	25	
Tööga rahulolu: kahe faktori teooria .....	28	
Tööga rahulolu aspektid .....	28	
Tööga rahulolu mõjud .....	30	
Teised tööga seotud hoiakud .....	31	
Motiveerimine juhtimisteooriate alusel .....	32	
Maslow' teooria praktikas .....	32	
McClellandi teooria praktikas .....	32	
Osalev juhtimine .....	33	
Töö rikastamise ja laiendamise teooria .....	34	
ARSTIDE UURIMISE TEOREETILINE TAUST .....		35
Psühho-sotsiaal-majanduslik taust .....	35	
Arstide tööga rahulolu .....	42	
Arstide väärtused, identiteet ja tööga rahulolu .....	46	
Karjäärivalik meditsiinis .....	50	
Arst ja sugupool .....	53	
UURINGU ARST 2011 EMPIIRILINE OSA .....		55
Töö eesmärgid ja hüpoteesid .....	56	
Meetod ja valim .....	56	
Sotsiaalsed taustategurid .....	57	
Küsimustik .....	58	
Tulemused .....	59	
Tööolud .....	59	

Tööhõive .....	59
Töökohad .....	60
Töökoha valikut mõjutavad tegurid .....	60
Rahulolu ametiga ja elukutsega .....	62
Töökoormus .....	62
Töötasu .....	63
Infotehnoloogia kasutamine .....	64
Töötamine ja täiendamine välismaal .....	64
Üldine tööga rahulolu .....	65
Töös realiseeruvad rahulolu tegurid .....	65
Töös esinevad ebameeldivad tegurid .....	67
Kes hindavad arstide tööd? .....	68
Mida arstid elus väärtustavad ja milline on nende identiteet .....	69
ARUTELU .....	71
Praktilised soovitused .....	73
Järeldused .....	76
Kokkuvõte .....	76
Tänud .....	77
Kirjandusviited .....	78
LISAD	
Lisa 1. Võtmemõisted .....	83
Lisa 2. Kasutatud lühendid .....	85
Lisa 3. Noor Arst'95, Arst 2000, Arst 2005 ja Arst 2011 uuringute materjalide alusel avaldatud publikatsioonid .....	86
Lisa 4. Arst 2011 – küsimustik noortele arstidele .....	91

## SISSEJUHATUS

“Kahjuks ei olnud mul suhteid ühegi Tartu raviasutusega töökoha saamiseks. Kohtadele suunamise praktika tõestas, et kõik üliõpilased, kes mistahes kliinikus või raviasutuses, mingilgi erialal olid töötanud, said ka arstina sinna ametisse jääda. Välja arvatud sisehaiguste kliinikus! / ... / Ambulatooriumi valgekclubjatud seintega ruum oli kolme aknaga. Toa keskel asus arsti töölaud, akna all günekoloogiline tool, ahju lähedal kušett, lisaks mitu lauda protseduuride tarbeks, ravimite ja instrumentide kapid. Tundus, et ambulatooriumis oli hädavajalik sisustus olemas. Algaja arstina ei osanud ma enam soovida. / ... / Nooruslikus entusiasmis, võimalusega arstina tööle asuda tundusid tingimused Mäksal ootamatult meeldivatena. Senine vastumeelsus maa-arsti praktilise suhtes pöördus sooviks asja oma käega proovida. Tähtsaima eelisena tundus võimalus mootorrattaga Tartu linnast kergesti tööle pääseda.” (Maramaa<sup>1</sup>, 2004).

Arsti töö on spetsiifiline tegevus, mis arsti ja haige kõrval eeldab ka muude oluliste teguritega arvestamist. Arsti töö aluseks on meditsiiniteaduse põhimõtted. Head arstid teevad head tööd. Arsti töö teeb paremaks ja seda kergendab oluliselt usaldusliku suhte saavutamine haigega ja temaga efektiivne suhtlemine. Häid arste on võrreldud heade treeneritega, kes jäävad mängust välja ega torma mänguväljakule. Hea arstitöö tunnuseks on see, et sellega on rahul nii arst ise kui ka haige. Haige tervise taastamise ja tema paranemise kõrval on arstil ülesanne haige elukvaliteedi parandamine või säilitamine (Salupere, 1997). Arsti kutsetööd kui tervishoiuteenust kasutatakse, selle eest makstakse, seda uuritakse. Arstide töö peab vastama teatud kindlatele eetilistele reeglitele (Helsingi eetikadeklaratsioon, Hippokratese vanne), normidele ja tagama arstile sotsiaal-majanduslikult kindlustatud elu. Arstiamet on olnud ja jäänud populaarseks. Arstide elust ja tööst on huvitatud nii teadlased kui ka kogu ühiskond.

Psühhosotsiaalses plaanis peaks arstide kutsetöö täitma mitmeid tööga rahulolu kriteeriume, kuna see on mitmekülgne, vaimset pinget pakkuv ja uusi situatsioone esile toov. Samas töötab osa arste nagu liinitöölised.

---

<sup>1</sup> Sulev Maramaa (sündinud 1925) on meditsiinikandidaat (1966), meditsiinidoktor (1973), dotsendi kohusetäitja (1974). Avaldanud raamatuid „Kardioloogia I“ (1975) kaasautor, „Südamelihase haigused“ (1978), „Nefroloogia“ (1985) ja „Farmakoteraapia“ (1991) kaasautor, „Südame rütmihäired“ (1991), „Haigusjuhu analüüs sisehaiguste kliinikus“ (1992) ja „Arteriaalne hüpertensioon“ (1995). Temalt on ilmunud 10 õpikut ja 69 teaduspublikatsiooni (Merila-Lattik, 2000:826-7).

Patsientide jaoks jääb väga vähe aega, suur osa ajast kulub bürookraatlike reeglite ja ettekirjutuste täitmisele. Kuid tööga rahuloluks vajatakse tänapäeval enamat, seetõttu pööratakse tähelepanu arstide väärtustele.

Väärtused nagu pere, töö ja lapsed on tähtsad kõigile inimestele. Arstide väärtused ei erine oluliselt teiste professionide (*professio*) esindajate väärtustest. Arstid saavad ise mõjutada oma kutsetöoga seotud küsimuste lahendamist erinevate organisatsioonide kaudu. Muuhulgas töötavad arstide huve esindavate organisatsioonidena Eesti Arstide Liit (EAL), Tervishoiutöötajate ametiühing ja mitmed erialaseltsid. Need organisatsioonid jälgivad, et arstkond püsiks professionina ja säiliks arstide professionaalne identiteet.

Identiteedi küsimused on tänapäeva psühholoogias väga tähtis valdkond ja see on seotud kogu maailmas toimuvate muutustega. Muutumine on edu aluseks ja identiteedi muutumine on üks võimalus muutumiseks. Samas on traditsiooniliselt arstide professionaalne ja sotsiaalne identiteet olnud tihedalt seotud arstide kutsetöoga. Viimane on muutunud, kuid muutus on seotud rohkem arstide koolituse sisu ja meditsiinitehnika, sealhulgas nano- ja geenitehnoloogia arenguga.

Arsti kutsetööle annavad enamasti hinnangu tervishoiuteenuse kasutajad, kelle nõudmised on Eestis viimasel kümnel aastal kasvanud. Patsiendi positsiooni ja õigusi on suurendanud seadused, mis asetavad uusi nõudmisi arstile. Arstide tööle esitatakse uusi kvaliteedi- ja efektiivsuse nõudeid. Tervishoiusüsteemis kasutatakse järjest sagedamini ökonomikat, optimeerimist, prioriteetide seadmist ja tulu-kulu analüüsil põhinevat strateegilist juhtimist.

Eesti arstide kontaktide arv muu maailma arstidega on kasvanud ja see omakorda on tõstnud arstide tegevusvalmidust, valmisolekut muutusteks ja uue tehnika kasutamiseks. Meie ühiskond erineb sellest, mis see oli viisteist aastat tagasi, mil puudusid vajalikud ressursid ja tühine osa arstidest oli pääsenud tutvuma meditsiiniga mujal maailmas. Täna loovad uusi eetilisi probleeme prioriteetide seadmine patsientide ravimisele, uued tehnoloogiad, näiteks geenitehnoloogia, mille üle ühiskonna liikmed saavad vabalt diskuteerida. Eetiliste probleemide lisandumisega on keerulisemaks muutunud ka arstide kutsetöö. Arstidelt nõutakse tänapäeval valmisolekut latusaks lävimiseks meediaga, meditsiinilistest terminitest kubiseva keelekasutuse kõrvaleheitmist ja probleemide lahtiseletamist kõigile mõistetavas keeles.

Viimane nõuab arstide koolituse sisulist ülevaatamist ja senisele biomeditsiinilis-tehnoloogilisele mudelile põhinevale diplomieelsele koolitusele lisaks ka psühhosotsiaalsete koolitusmudelite kasutamist, mis mõnikord sobivad paremini tervise ja haiguse põhjuste lahtiseletamiseks tänapäeva ühiskonnas.

Teadusuuringud, sellised nagu käesolev töö, mis käsitleb arstide rahulolu kutsetöoga, pakuvad hea võimaluse arstide arvamuste arvestamise kaudu nende tööhõive, töökeskkonna, töötingimuste ja töövõime parandamiseks. Viimane on oluline vananevasse Euroopa Liitu (edaspidi EL) kuulavas Eestis, kes vajab arstide entusiasmi ja optimismi säilimist, kuna frustratsioon võib olla aluseks mitterahulolemisele kutsetöoga. Viimane on omakorda ohtlik arstkonna rahvusvahelisust silmas pidades, sest Eesti arstide paremik võib lahkuda sotsiaal-majanduslikus mõttes kindlmaid tingimusi pakkuvatesse EL liikmesriikidesse. Viimane võiks meil tekitada olukorra, kus teatud eriarstidest oleks puudus ja peaksime hakkama neid sisse tooma. Nii teevad näiteks mitmed Põhjamaad, sealhulgas Soome.

Kui palju Eesti tegelikult arste vajab, see on Sotsiaalministeeriumi, Haridusministeeriumi, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna, EALi ning erialaseltside strateegiliste ja statistiliste analüüside alusel prognoositav (Maaroo, 1998). Osaliselt aitab prognoosida ka käesolev uurimus, Arst 2005, Arst 2000 ja sellele eelnenud Noor arst '95 uurimused. Arstide uurimusi on tehtud ka mujal maailmas näiteks Soomes (Nuori lääkäri 88, Lääkäri 93, Lääkäri 98, Lääkäri 2003, Lääkäri 2008). Need uurimustrahvustid tekitasid tugevat arstide koolituspoliitilist diskussiooni Soomes ja panid tervishoiujuhid suuremat tähelepanu pöörama arstide tööga rahulolu küsimustele.

Metatasandil analüüs pakkus hea võimaluse käesoleva töö tulemuste võrdlemiseks arstide tööga rahulolu uuringute tulemustega mujal maailmas, sealhulgas Soome arstide analoogiliste, ulatuslike ja katvate küsitlusuurimuste sarjaga aastatel 1988, 1993, 1998, 2003, 2008 (Kataja, 1989; Virjo, 1995; Hyppölä, 2000; Vänska et al., 2005; Heikkilä et al., 2009).

Käesolev uurimus sai alguse 1993. a. prof. Taie Kaasiku kontaktidest Kuopios Soome Lääkäri 93 uurimusrühma liikme Liisa Neittaanmäkiga ajal, millal Alar Sepp töötas veel Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis. Esimene uurimus viidi läbi 1995. a. ja kokku vastas 483 arsti. Jätkuuurimus viidi läbi 2000. a. ja sellele vastas 482 arsti. Mõlemat uurimust toetati Eesti Teadusfondi grantiga (ETF grant 1053 ja 4430). Kolmanda uurimuse ajal 2005.aastal töötas autor Sotsiaalministeeriumis ja uuringut toetati riigi eelarvest. Seni viimane uurimus viidi läbi 2011. aasta suvel. Käesoleva töö jaoks on kasutatud valimit 1997-2006 diplomeeritud arstid, kellele saadeti interneti teel küsimustik, millele vastas 213 arsti (64,5%).

Uurimusega selgitati Eesti arstide rahulolu kutsetöoga ja seda mõjutavaid tegureid. Lisaks uuriti arstide väärtusi, nende kogemusi teiste poolset väärtustamisest ning sotsiaalset ja professionaalset identiteeti. Samas selgitati ka arstide pühendumist oma kutsetööle ja frustratsiooni kogunud arstide osakaalu, mida võrreldi arstide kogemustega mujal maailmas.

*Alar Sepp, 2012*

Selles raamatus ei keskenduta oma motivatsiooniteooria loomisele, vaid tutvustatakse olemasolevaid. Teooria pole oletus, arvamus, hoiak ega käsitlus, vaid aastakümnete jooksul saadud uurimistulemuste koond ja üldistus. Kahjuks mitmetes tekstides kasutatakse sõna *teooria* väga pealiskaudselt (Keltikangas-Järvinen, 2009:30). Sellise seisukohaga võib nõustuda.

## TEOREETILINE KONTEKST: MOTIVATSIOON JA TÖÖGA RAHULOLU

Üha sagedasemad on olukorrad, kus töötavad inimesed tunnevad, et töötegemine ei ole enam rõõmuallikas. Töölt soovitakse lahkuda pensionile ja/või usutakse isegi, et ei suudeta jätkata oma praeguses töös kuni pensionile jäämiseni. Tööelu muutumine on seotud töö nõudlikkuse kasvuga ja selle haldamise probleemiga. Üks tuntumatest töö kahjulikkust kirjeldav mudel on kujundatud 1970-ndate lõpul Robert Karaseki poolt (*Job Demand-Control model, JDC model*; Karasek, 1979; Karasek, Theorell, 1990). Töö haldamises sisalduvad töötaja võimalused mõjutada tööolusid ja töö sisu, osalemisvõimalused oma tööd puudutavates otsustes ning töö mitmekülsuse võimalused. Töö nõudlikkuse all mõistetakse näiteks töö mahulises mõttes ülekoormust, töö ajalises mõttes survet ja rollikonflikte. JDC-mudeli järgi saame töid jagada nelja liiki, mis on esitatud joonisel 1. Mudel sisaldab kaks tööheaolu selgitavat hüpoteesi, *koormushüpotees* (A) ja *arenemishüpotees* (B). Koormushüpoteesi järgi koormavat tööd kirjeldavad töö kõrge nõudlikkus ja väikesed haldamisvõimalused. Selline töö muudab töötaja vastuvõtlikuks erinevatele tööga seotud haigustele, nt südame- ja veresoonkonna haigustele. Töid, kus nõudlikkus on vähene ja haldamisvõimalused suured, nimetatakse vähekoormavaks tööks. Sellisele tööle on iseloomulik, et harva tekib tööga seotud haigusi (Kinnunen, Feldt 2005, 18).

	Töö nõudmised väikesed	Töö nõudmised suured	(A) Ülekoormus, stress ja haigused
Töö haldamise võimalused väikesed	Passiveeriv töö	Paljukoormav töö	
Töö haldamise võimalused suured	Vähekoormav töö	Aktiveeriv töö	(B) Arenemine töös, motivatsioon, õppimine

A – koormushüpotees  
B – arenemishüpotees

**Joonis 1.** Karaseki töö nõudlikkuse ja haldamise mudel (JDC-mudel). Allikas: Kinnunen, Feldt 2005: 19 (kohandatud).

JDC-mudeli arenemisehüpoteesi järgi võib olla töö aktiveeriv või passiveeriv. Aktiveerivat tööd iseloomustavad suured töö nõudmised ja suured töö haldamise võimalused. Töötaja peab pingutama töös, kuid samal ajal tal on võimalused mõjutada oma töö sisu ja olla kuuldav töökollektiivis. Aktiveeriv töö loob parimad eeldused töötaja arenemisele, töömotivatsioonile ja õppimisele. Selline töö on nagu hea stress, mille kohta kasutatakse nimetust eustress (Selye, 1956). Vastandiks aktiveerivale tööle on passiveeriv töö. Sellisel tööel on töötajal väikesed nõudmised ja tal on väikesed töö haldamise võimalused. Nimetusele vastavalt passiveeriv töö muudab töötaja passiivseks. Selle tagajärjel töötaja arenemine aeglustub, töömotivatsioon väheneb ja tööst õppimine muutub raskeks (Kinnunen, Feldt 2005: 19).

JDC-mudelit kritiseeriti ilmumise järel liigse lihtsuse pärast. Kriitikas toodi esile asjaolu, et mudel ei arvesta töökoha sotsiaalsete suhete mõju töötaja heaolule. Mudelisse lisati 1980-ndatel sotsiaalse toetuse mõõde (nt juhi ja töökaaslaste hindamine ja toetus). Laiendatud mudelit nimetatakse JDCS-mudeliks (*Job Demand-Control-Support model*; Karasek, Theorell, 1990). Selles laiendatud mudelis koormus- ja arenemisehüpotees jagatakse omakorda kaheks liigiks saadud sotsiaalse toetuse alusel. Näiteks võib olla koormav töö (suured nõudmised töös ja väikesed töö haldamise võimalused) kollektiivne, mille puhul töötaja saab tööd tehes palju sotsiaalset toetust, või isoleeritud, mille puhul sotsiaalne tugi on väike. Koormav töö on eriti kahjulik inimese heaolule siis, kui ta ei saa oma töös sotsiaalset tuge. JDCS-mudelil aktiveeriv töö jaotatakse ka kollektiivseks (suur sotsiaalne toetus) ja isoleeritud (väike sotsiaalne toetus) tööks. Töötaja arenemine, motivatsioon ja õppimine on kõige paremini tagatud töös, mis on kollektiivne ja aktiveeriv (Kinnunen, Feldt, 2005: 20).

Peter Warr esitles 1987. aastal nn vitamiinimudeli, mille abil saab määrata erinevate töö joonte ja heaolu vahelisi seoseid. Mudeli oletuseks on, et need seosed on mittelineaarsed (kõverakujulised, mitte sirgjoonelised). Oma nägemuse ilmestamiseks võrdleb Warr töö jooni vitamiinidega. Alguses on vitamiinidest kasu, kuid teatud kogusest alates mõju väheneb või hoopis muutub negatiivseks. Oletus töö joonte ja heaolu välistest mittelineaarsetest seostest erineb paljudest varasematest nägemustest, mis põhinevad oletusele lineaarsest (sirgjoonelisest) seosest. Näiteks Karaseki mudeli kohaselt mida suuremad on töö haldamisvõimalused (mh mõjutamisvõimalused), seda parem on töötaja tööheaolu (Kinnunen, Feldt, 2005: 24).

Vitamiinimudeli järgi on olemas kahte tüüpi töö jooni. Esiteks töö võib olla pidev mõju. See tähendab seda, et töö suurendab heaolu teatud tasemeni, seejärel töö enam heaolu ei suurenda. Warr võrdleb siin tööd C- ja E-vitamiinidega.



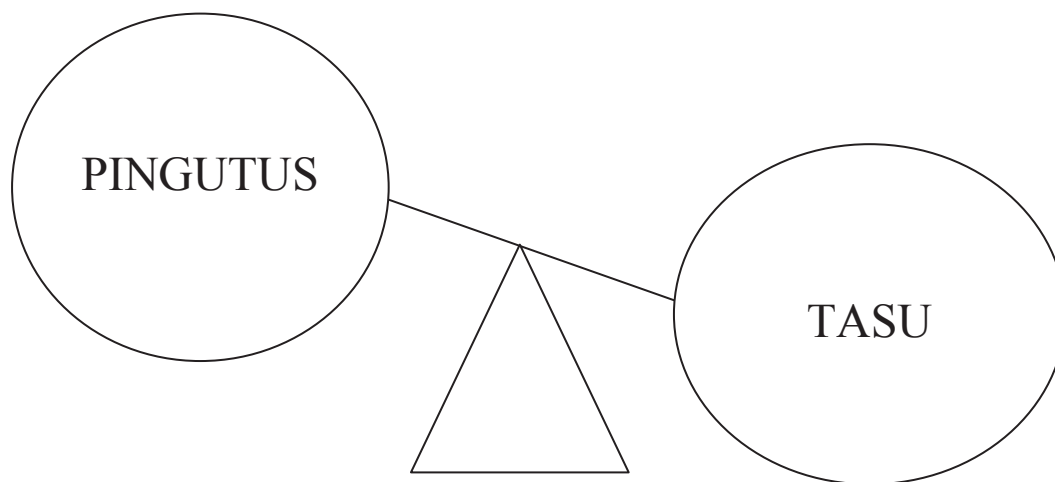
Teiseks võib tööl olla positiivne mõju heaolule, kuid teatud tasemest alates võib mõju tööheaolule olla negatiivne. Warr võrdleb siin tööd A- ja D-vitamiinidega, mis on suurtes annustes mürgised. Ta leidis tööheaolu jaoks kümme olulist tegurit. Neist kuuel – iseseisev töö, töö nõudmised, sotsiaalne toetus, oskuste kasutamine, mitmekülgsed tööülesanded ja tagasiside tööst – on vitamiinimudeli oletuse kohaselt teatud tasemest alates heaolule negatiivne mõju. Näiteks iseseisva töö vähesus on kahjulik heaolule ja seetõttu iseseisva töö suurendamine suurendab inimese heaolu. Samas kui suurendada iseseisva töö osakaalu, siis see muutub mõjult negatiivseks, kuna toob kaasa otsustamise raskused, vastutuse ja need võivad omakorda vähendada heaolu. Samas neli tegurit – töötasu, turvalisus, väärtustamine ja hiljem mudelisse lisatud juhi toetus – mõjuvad nii, et nende suurenemine ei mõju heaolule negatiivselt, kuid kui töötasu ületab teatud taseme, siis sellel ei ole enam heaolu suurendavat mõju – samas suurem palk ei vähenda heaolu (Warr, 2002; Kinnunen, Feldt, 2005: 25).

Johannes Siegrist esitas pingutustele ja nende eest saadud tasudele põhineva mudeli 1986. aastal (*Effort-Reward Imbalance, ERI, model*). Mudel põhineb sotsiaalse vahetuse teooriale, mis juhib inimeste vahelist käitumist. Tööelus tähendab see seda, et töötaja pingutab (kulutab aega ja energiat) tööd tehes ja ootab vastet tehtud töö eest. Kui töötaja tunneb, et ta pingutab rohkem kui vastu saab, siis võivad tagajärjeks olla tugevad negatiivsed tunded ja heaolu vähenemine. See omakorda võib aktiveerida inimese autonoomse närvisüsteemi, mille pikaajaline aktivatsioon võib viia haigestumiseni (Siegrist, 2004). Töö eest saadud tasud on seotud palgale lisaks enesehinnanguga, turvalisusega ja arenguvõimalustega. Näiteks olukord, kus töötaja pingutab tööd tehes ja seda ei väärtustata, kirjeldab sellist kahjulikku tasakaaluhäiret. Kuigi inimene proovib liikuda pingutuste ja tasude vahelise tasakaalu suunas võib Siegristi (1996) järgi olla selliseid olukordi, kus tasakaaluhäire jätkub pikka aega. Esiteks on selline olukord, et tööturul ei ole vabu töökohti. Teiseks on töötaja otsustanud jätkata tööd strateegilistel kaalutlustel (ootab tasu tulevikus). Kolmandaks võib olla töötaja tööga väga tugevalt hõivatud. Väga tugev hõivatus on seotud isiksusega, kelles ühinevad motivatsioon, kognitiivsed ja emotsionaalsed A-tüüpi<sup>2</sup> käitumismudeli elemendid (Kinnunen, Feldt, 2005: 29).

---

<sup>2</sup> Inimese käitumist organisatsioonis kirjeldab A-tüüpi käitumismudel ehk mikromotivatsioon. Ühiskonna tasandil on B-tüüpi käitumismudel ehk makromotivatsioon. Makromotivatsiooni puhul osutuvad määravaks ühiskonnas valitsevad väärtused, tõekspidamised, moraal, tasustamissüsteem ja majanduspoliitika. Makromotivatsioonil on tagasiulatav mõju töötajate moraalile, tõekspidamistele ja väärtustele ning vastupidi (Cherrington 1994).

Siegristi mudeli põhimõtteid esitab joonis 2. Mudelis mõjutavad nõudmised, kohustused ja motivatsioon (tööga hõivatuse puhul) pingutuste sooritamist. Tasu sisaldab palgale lisaks väärtustamist, turvalisust, arenemisvõimalusi ja motivatsiooni (tööga hõivatuse puhul). Tasu ja pingutus ei ole tasakaalus kui puuduvad valikuvõimalused, esineb tööga hõivatus või töötaja teeb oma tulevikule mõeldes strateegilise otsuse tasakaaluhäiret taluda.



**Joonis 2.** Siegristi (1996) pingutuste ja tasude mudel. Allikas: *Kinnunen, Feldt 2005: 30* (kohandatud).

Eelpool toodud mudelid kirjeldavad nn hea töö omadusi ja neid võib kasutada lähtekohana muuhulgas töö parendamisel. Nende alusel on võimalik koostada erinevaid tööheaolu programme, millega proovitakse ennetada tööst tingitud haigestumisi. Sonnentag ja Frese (2003) eristavad nelja eesmärkide poolest erinevat programmi: esiteks tööstressi vähendamine, teiseks jõuvarude suurendamine, kolmandaks stressireaktsioonide vähendamine ja neljandaks eluviisi muutmine. Kõiki mudeleid saab kasutada inimese ja/või organisatsiooni tasemel. Inimestele õpetatakse lõdvestusharjutusi või erinevaid stressikäsitlemise võtteid. Organisatsioonidelt oodatakse töö õiget planeerimist, nagu ka sobiva pikkusega vaheaegade kasutamine tööpäeva jooksul. Jõuvarude suurendamine võib toimuda organisatsiooni tasemel nii, et tööd korraldatakse ümber ja suurendatakse töötajate mõjutamis- ja otsustamisprotsessis osalemise võimalusi. Inimeste koolitamisega suurendatakse nende oskusi ja pakutakse uusi võtteid tööheaolu suurendamiseks. Tööheaolu halvenemine, mis kestab pikka aega võib põhjustada südame – ja veresoonekonna haigusi. Sellisel juhul on ebapiisav taastumine peamiseks tööheaolu vähendavaks riskiteguriks.

Töötajad vajavad puhkust tööpäeva jooksul ja tööpäeva järel, et taastada oma jõuvarusid uuteks pingutusteks. Otsustavaks teguriks ennetamise vaatenurgast on see, kui hästi töötaja suudab psühholoogilises mõttes irduda tööst vabal ajal ja puhkusel olles oma igapäevase tööstressi kahjulikest tagajärgedest (Kinnunen, Feldt, 2005:35).

## **Töömotivatsioon**

Töömotivatsiooni erinevaid teooriad käsitlema asudes peaksime enne täpsustama, milline on motiveeritud ja demotiveeritud töötaja. Motiveeritud töötajaks peetakse sellist inimest, kes saavutab töös pidevalt häid tulemusi ja demonstreerib töötades oma energiat ning entusiasmi. Demotiveeritud töötaja aga tundub apaatsena ja kaldub kerkivaid takistusi ja probleeme pidama lahendamatuks. Ilmselt on meile selge, et need organisatsioonid suudavad paremini funktsioneerida ja tulemuslikumalt tegutseda, kes suudavad oma töötajaid motiveerida (Brooks, 2008:64).

Motivatsioon katab inimese käitumist juhtivat ja kontrollivat mehhanismidekogumit ja see on tahteotsuste aluseks. Tahet kujundavat motivatsiooniprotsessi iseloomustab kolm komponenti.

1. *Motivatsioon kui aktiivsuse allikas* (miks aktiivsus tekkis ja millele see on suunatud).
2. *Motivatsioon kui aktiivsuse suund* (miks valitakse just need tegevused).
3. *Motivatsioon kui eneseregulatsiooni vahend* (millisele isiksusele omased emotsioonid, huvid, väärtused stimuleerivad/pärsivad motivatsiooni).

Tahtelises tegevuses on need kolm komponenti esindatud ja saame öelda, et tahe eesmärgistab inimese tegevust (Bachmann, Maruste, 2011: 102-110).

Motiveerimise kui protsessi suunamise kohta valitseb juhtide seas kaks kardinaalselt erinevat lähenemist:

- 1) inimesed ei ole sihipäraselt motiveeritavad või on seda piiratud ulatuses (suunda esindab nn kaosjuhtimine). Töötajatele tuleb anda täielik valikuvabadus ning neid motiveerivad juhtkonna poolt loodud arenemise ja tegutsemisvõimalused, mis on ainsaks liikumapanevaks jõuks;
- 2) motiveerimine on võimalik ja vajalik, kuid palju jõudu tuleb kulutada töötajate vajaduste tundmaõppimiseks ning motivatsioonitehnikate valikuks.

Esimese arvamuse kasuks räägib tunnustatud asjaolu juhtimise piiratud võimalustest, tõdemine, et juhtimisel on piirid. Teise arvamuse kasuks räägib asjaolu, et kui juhtkond tegeleb töö motiveerimisega, siis paranevad nii tootlikkus, efektiivsus kui ka töötajate rahulolu. Ühe või teise suuna eelistamine sõltub vastusest küsimusele, kuivõrd juhid tahavad ja on

võimelised alluvaid mõistma. Kui vastus on eitav, ei ole võimalik ka juhtida (Kamdron, 2003:16-17).

## Motivatsiooniteooriad

Motivatsiooniteooriaid võib jagada kahte liiki: esiteks sisuteooriad ja teiseks protsessiteooriad. Esimesed püüavad selgitada, mis ajendavad inimest alustama, säilitama ja lõpetama sihikindlat tegevust. Teised püüavad defineerida tegureid, mis selgitavad motiveeritud käitumist. Käitumine lükatakse liikvele vajadusest, sellel on omad eesmärgid ja suund teatud kindla(te) lõpptulemus(te) saavutamiseks. Suund on tunnustuse poole ja eemale karistusest.

Klassikalise teooria näitena esitatakse üsna sageli Frederick Winslow Taylori (1911) töö organiseerimise revolutsioonilise uuendamise ja viimasest tingitud produktiivsuse kasvu mudelit. Taylori otsekohest uuendust saab kokku võtta kahe sammuna: esiteks keeruliste tööprotseduuride jagamine lihtsateks tööülesanneteks ja teiseks analüüsides iga ülesannet, tuleks leida üks parim viis selle teostamiseks.

Motivatsiooni käsitletakse kui inimese pingutuste püsivust ja eesmärki. Motivatsiooni on enim uuritud Ameerika Ühendriikides, kus vastavate empiiriliste uurimistulemuste alusel on välja töötatud hulgaliselt erinevaid motivatsiooniteooriaid. Uurimistööga tegelevad teadlastegrupid on lahknunud erinevateks koolkondadeks: üks pöörab peamise tähelepanu käitumisele ja teine kognitiivsusele. Tabel 1 annab lihtsustatud motivatsiooniteooriate klassifikatsiooni. Neid saab laias laastus jaotada sisu- ja protsessiteooriateks (Brooks, 2008:66).

**Tabel 1.** Motivatsiooniteooriate klassifikatsioon. Allikas: *Brooks, 2008:66* (kohandatud).

<b>Protsessiteooriad</b>	<b>Sisuteooriad</b>
Ootuste teooria (Vroom, Porter ja Lawler)	Vajaduste hierarhia (Maslow, Alderfer)
Võrdsusteooria (Adams)	Saavutusvajaduse teooria (McClelland)
Eesmärgiteooria (Locke)	Kahefaktoriteooria (Herzberg)
Atributsiooniteooria (Heider, Kelly)	

## Protsessiteooriad

Protsessidest lähtuvad teooriad on kognitiivsed, toetudes inimese uskumustele, seletustele, maailma mõtestamisele. Eeldatakse, et käitumine on eesmärgipärane ja teadlik. Põhimõtteline erinevus biheiviorismist seisneb selles, et kognitiivsed teooriad ei ole ajaloolised. Minevik ei mängi suurt osa käitumisel, rõhk on suunatud tulevikule.

## Ootuste teooria

Ootuste teooria sai alguse 1930. aastatest vastukaaluna biheivioristlikule motivatsioonikäsitlusele. Vroom arenda esialgset ootuste teooriat edasi süstemaatiliseks töömotivatsiooniteooriaks. Vroomi arvates suunab inimkäitumist ootus, et tema tegevus viib soovitud tulemusele ja see tulemus on töötaja jaoks atraktiivne. Lihtne valem töötaja ootuse arvutamiseks on järgmine:

Motivatsioon (M) = ootus (E) x valents (V)

V – *valents (valency)* – emotsionaalne reaktsioon, eelistus tasu suhtes. Kõigub piirides –1 kuni +1 (täiesti ebasoovitav tasust kuni soovitud tasuni),

E – *ootus (expectancy)* – subjektiivne tõenäosus, et teatud käitumine viib teatud tagajärjeni.

Väidetakse, et inimese motivatsioonitase tuleneb tema teadlikust otsustamisprotsessist ning ratsionaalsest hinnangust, milline on tema käitumise tõenäoline tagajärg.

Huvitaval töö on oma tasu, igav töö tuleb muuta huvitavaks. Igava töö väljakannatamises on erinevused: intelligentsed inimesed pole sellega reeglina rahul, introverdid kannatavad seda rohkem välja kui ekstraverdid (Brooks, 2008:66-68).

Porter ja Lawler täiendasid ootuste mudelit, väites, et töösooritus ei sõltu ainult pingutusest, vaid ka töötaja võimetest ja isikuomadustest ning tema rollitajust.

Töösoorituse eest saab kahte liiki tasu. Sisemiste tasude alla kuuluvad nt saavutus- või edutunne, tunnustamine ja kõrgenenud vastutustunne. Väliste tasude all mõeldakse palka ja töötingimusi. Väidetakse, et sisemiste tasude ja töösoorituse vahel on otsesem ja vahetum seos kui töösoorituse ja selle eest saadava välise tasu vahel. Lawleri järgi on sisemised tasud olulisemad motivaatorid kui palgatõus või ametikõrgendus (Brooks, 2008:69).

## Võrdsusteooria

Adams pakkus väga lihtsa käsitlese tasude ning nendest saadava rahulolu seoste kohta. Rahulolutaset ning tasu saamisest tekkivat motivatsiooni peab vaatlema koos kolleegidele osaks saava kohtlemisega ja tasudega. Inimesi motiveerib see, kui nad saavad oma pingutuste eest õiglast tasu.

Adamsi mudelis on kolm olulist osa:

1. sisendid (inimese pingutused);
2. väljundid (sisemised ja välimised tasud organisatsioonis töötamise eest);
3. võrdsus teistega.

Sisend ja väljund vastavad Vroomi ootuste mudeli pingutusele ja tasule. Peamine erinevus võrreldes ootuste mudeliga on see, et hinnates oma tasu väärtust võrdleb inimene ennast kolleegidega (Brooks, 2008:81).

Kui inimene tunneb, et vastutasuks sisendile (nt kvalifikatsioon, saavutused ja töötunnid) on organisatsioonist saadav väljund (nt tunnustus, soodustused ja palk) väiksem võrreldes sellega, mida saavad kolleegid samas organisatsioonis või muudes sarnastes ettevõtetes, siis viitab olukord alatasustusele ja ebavõrdsusele ning inimene tunneb motivatsiooni ebavõrdsust vähendada (sisendi vähendamine). Ebavõrdsusest tekkivad suhtlemisraskused juhtkonna ja töötajate vahel, kui töötajad tunnevad, et neid ei kohelda võrdselt. Seega on võrdsusteooria heaks abivahendiks juhtidele, personali- ja palgaspetsialistidele, kuna selle praktikas kehtivus on tõestatud (Brooks, 2008:81).

## Eesmärgiteooria

Locke pakkus välja lihtsa ja intuiitselt hästi haaratava motivatsiooniteooria, mis sarnaneb teatud osas ootuste teooriaga. Eesmärgiteooria järgi on nii motivatsioon kui sooritus parimad, kui inimene on endale seadnud kindlad eesmärgid, mis on väljakutseid esitavad, kuid siiski saavutatavad, ning soorituse kohta saab tagasisidet. Locke jt täpsustasid neli viisi, kuidas eesmärgid muudavad käitumist. Eesmärgistamine:

1. suunab tähelepanu;
2. mobiliseerib pingutama;
3. suurendab visadust;
4. hõlbustab strateegilist planeerimist.

Väidetakse, et eesmärkide taustal on olulised ka enesehinnang ning eneseseire. Uuringud on näidanud, et eesmärkide hierarhia on tähtis, sest see annab võimaluse eneseregulatsiooniks ning lubab täita pikemaajalisi sihte. Eesmärgistamine ongi tänapäeva organisatsioonides tähtis tehnika (Brooks, 2008:68).

## **Atributsiooniteooria**

Inimesed konstrueerivad ning omistavad sündmustele (nt töökaaslase ametikõrgendus või preemia) seletusi, mis sageli ei vasta tõele. Heider ja Kelly on põhilised atributsiooniteooria loojad ja arendajad. Neli peamist seletust edule on pingutus, võimekus, õnnelik juhus ning ülesande keerukus. Kui inimene arvab, et ta saavutas edu pingutusega, siis on ta ilmselt edaspidigi hästi motiveeritud. Tugeva seesmise kontrollkeskmeega inimene arvab, et ta suudab asjade käiku kontrollida. Atributsiooniteooria alusel on inimesed erinevad ning töötajate motiveerimine võib osaliselt sõltuda sellest, millisenä ta tajub edu põhjusi ehk milline on tema tajutud või tõeline kontrollkese (Brooks, 2008:87).

## **Sisuteooriad**

### **Maslow' mõju tervishoius**

Maslow arendas vajaduste hierarhiale põhineva motivatsiooniteooria. Tema vajaduste hierarhias on (1) eneseteostus, (2) lugupidamine, (3) kuuluvus ja armastus, (4) turvalisus ja kaitstus ning (5) füsioloogia. Kui vajaduste hierarhias madalamal astmel olevad vajadused on täidetud, siis muutuvad aktuaalseks kõrgemal astmel olevad vajadused.

Maslow' mõju tervishoius on olnud peamiselt kahetine. Esiteks hakati tema inimese viieastmelist vajaduste hierarhiat kasutama toimivate meditsiiniautustate puhul ja teiseks seati meid silmitsi holistliku tervise perspektiiviga (Maslow 2007:448). Ta väitis, et kui inimene rahuldab turvalisuse vajadused, siis tekitab see parimal juhul vabanemise ja lõdvestuse tunde. Samal ajal tekitab kõrgemate vajaduste rahuldamine õnnelikkust, meelerahu ja seemise elu rikkustunnet. Vajadused kasvavad ja kõrgemate vajaduste püüdlemine ning rahuldamine esindavad suundumust tervise poole. (Maslow 2007:141-142).

Holistlik meditsiin rõhutab patsiendi geneetilist, bioloogilist ja psühhosotsiaalset individuaalsust ning iga inimese vajadustele vastavalt kohandatud ravi tähtsust (Maslow 2007:449).

Maslow' leidis, et tema teooriat saab rakendada organisatsiooni juhtimisel. Ta avastas, et inimesed saavutavad optimaalse toimimise taseme siis, kui organisatsioonid kujundavad välja tavad, mis võtavad omaks inimeste holistliku olemuse. Ta uskus, et inimlik, valgustatud, inimpotentsiaalile keskendunud ja edukas juhtimisstrateegia, mis baseerub inimväärtustele, osutub ka rahaliselt kasulikuks (Maslow 2007: 445-447).

## Alderferi ERG teooria

Alderfer kohandas Maslow' käsitlust nii, et see sobiks töötajate vajaduste hindamiseks ja jaotas vajadused kolme kategooriasse:

1. eksistents – (*existence*) – **E**
2. seotus – (*relatedness*) – **R**
3. kasv – (*growth*) – **G**

Alderferi järgi võivad vajadused aktualiseeruda samal ajal, erinevalt Maslow' rangest hierarhisest vajaduste järgnevusest. Näiteks võib inimest samaaegselt motiveerida raha (E), sõprus (R) ja võimalus õppida uusi oskusi (G). Alderfer väitis, et kui inimese kõrgemad vajadused ei ole rahuldatud, ei tegele ta enam täiel määral madalamate vajadustega. Seda nimetatakse frustratsiooni-regressiooniefektiks (Brooks 2008:74). ERG mudel on paindlikum ja kirjeldab enam käitumist kui Maslow' oma ning kuigi autorid ei ole ühel meelel vajaduste arvu suhtes, tunnistavad mõlemad teooriad vajaduste osatähtsust motiveerimisel.



## Eesti arstide tööga rahulolu

Maslow', Alderferi ja Lawler & Suttle vajaduste hierarhiaid on võrreldud omavahel ja rühmadesse jaotatuna näeks võrdlus välja nagu tabelis 2, millisena seda on esitanud Brooks (2008).

**Tabel 2.** Vajaduste hierarhiad. Allikas: *Brooks, 2008:72* (kohandatud).

<i>Maslow</i>	<i>Alderfer</i>	<i>Lawler ja Suttle</i>
Füsioloogilised vajadused	Eksistents	Füsioloogilised vajadused
Julgeolek ja turvalisus		
Kiindumused ja sotsiaalne aktiivsus	Seotus	
Lugupidamine ja positsioon	Kasv	Kõrgemad vajadused
Eneseteostus		

## McClellandi saavutusvajaduse teooria

Juhte ja teadlasi abistab töömotivatsiooni mõistmisel McClellandi teooria. McClellandi saavutusvajaduse teooria järgi on inimesel kolm põhilist vajadust, mida ta püüab elu jooksul rahuldada:

1. saavutusvajadus (*achievement*) – **nAch**
2. ühtekuuluvusvajadus (*affiliation*) – **nAff**
3. võimuvajadus (*power*) – **nPow**

Inimesel tekib aja jooksul kalduvus tähtsustada ühte kolmest vajadusest. Näiteks kõrge saavutusvajadusega inimene otsib selliseid olukordi, kus tal oleks isiklik vastutus probleemide lahendamisel, projektide ja tegevuste juhtimisel. Sellisele inimesele meeldib, et tagasiside on selge ja kiire ning tööülesanne mõõdukalt keeruline, väljakutseid pakkuv ja vajab uuendusmeelsust. Organisatsiooni edu seisukohast peetakse olulisemaks kõrge saavutusvajadusega töötajaid. Madalama saavutusvajadusega töötajate enesehinnangut tuleb muuta ja julgustada neid arvama endast paremini (Brooks 2008:74-76).

## Herzbergi kahe faktori teooria

1950-ndate lõpul arendas Herzberg tööga rahulolu kahe faktori teooria, mida nimetatakse motivaatorhügieeni teooriaks. Herzbergi kahe faktori teooria järgi on inimestel kahte liiki vajadusi (Herzberg, Mausner, Snyderman, 1959). Esiteks vajadus vältida valu ja teiseks inimlik vajadus areneda ning kasvada psühholoogiliselt.

Tema käsitluse alusel arenes dualistlik motivatsiooniteooria. Herzbergi (1966) järgi rahuldus tööst koosneb kahest erinevast ja sõltumatust dimensioonist. Viimase kinnituseks intervjueris ta gruppi töötajaid, et leida mis tegi nad rahulolevaks ja rahulolematuks. Ta küsis töötajatelt lihtsalt kahest küsimusest koosneva sarja:

1. Mõttele sellele ajale, kui sa tundsid, et töö on eriti hea. Miks sa niimoodi mõtlesid?
2. Mõttele sellele ajale, kui sa tundsid, et töö on eriti halb. Miks sa niimoodi mõtlesid?

Nende intervjuude alusel hakkas Herzberg arendama oma tööga rahulolu kahe faktori teooriat. Tööga rahulolul on kaks dimensiooni, see sõltub motiveerivatest ja “hügieeni” faktoritest.

Herzbergi teooria keskendub sisemistele ja välimistele motivatsiooniteguritele ning annab palju lisainfot töömotivatsiooni olemuse kohta (tabel 3).

**Tabel 3.** Herzbergi rahulolu ja rahulolematust tekitavad faktorid. Allikas: *Sepp, Virjo, Mattila 2007:27* ja seal mainitud originaalallikad; *Brooks 2008:77*.

---

Frederick Herzberg teoretiseeris, et töötaja tööga rahulolu sõltub kahest rühmast faktoritest: “hügieeni” ja motiveerivatest. Esimeste täitumisel loovad motiveerivad faktorid töötajate tööga rahulolu.

**Hügieeni- ehk taustafaktorid (Maintenance or hygiene factors)**

**Välised tasud**

- Järelevalve (Supervision)
- Kompanii poliitika ja juhtimine (Company policy and administration)
- Töötingimused (Working conditions)
- Personaalsed suhted (Interpersonal relations)
- Staatus (Status)
- Tööohutus (Job security)
- Töötasu (Salary)
- Isiklik elu (Personal life)

**Motivaatorid ehk sisufaktorid (Motivators)**

**Sisemised tasud**

- Saavutus (Achievement)
  - Tunnustus saavutuse eest (Recognition for achievement)
  - Töö ise (Work itself)
  - Vastutus (Responsibility)
  - Edutamine (Advancement)
  - Võimalus kasvada (Possibility of growth)
-

### *Eesti arstide tööga rahulolu*

Herzbergi järgi hügieeni faktorid ei motiveeri töötajat, kuid võivad rahulolematust minimeerida, kui neid õigesti kasutada. Teiste sõnadega need faktorid võivad vaid rahulolematust tekitada, kui need puuduvad või on valesti kasutatud. Hügieeni faktorite hulka kuuluvad asutuse poliitika ja juhtimine, järelevalve, töötasu, personaalsed suhted ja töötingimused. Need faktorid on seotud töötaja töökeskkonnaga. Motiveerivad faktorid loovad rahulolu, kuna töötaja vajadused täituvad ja ta saab areneda-kasvada ning tunda enda tähtsust.

Motiveerivaid faktoreid võib jagada kahte rühma: esiteks tööga seotud faktorid ja teiseks töökeskkonnaga seotud faktorid. Motiveerivate faktoritega (*Saavutus, Tunnustus saavutuse eest, Töö ise, Vastutus, Edutamine, Võimalus kasvada*) on seotud positiivsete tunnete kujunemine. Motiveerivad faktorid on seotud peamiselt töö sisuga (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:26).

Herzberg tõstis esile viis faktorit, mis tugevalt kujundavad tööga rahulolu. Need on:

1. saavutus;
2. tunnustus;
3. töö ise;
4. vastutus;
5. edutamine.

Motiveerivate faktorite loetelust kolm viimast (*töö ise, vastutus, edutamine*) on suurema tähtsusega, mõjutades püsiva hoiakute muutusega. Need faktorid on peamiselt unipolaarsed, see tähendab, et mõjutavad väga vähe tööga rahulolematust ja vastupidi tööga rahulolematuse tegurid (kompanii poliitika ja juhtimine, järelevalve, personaalsed suhted, töötingimused ja töötasu) mõjutavad väga vähe tööga rahulolu.

On arvatud, et Herzbergi teooria selgitab tööga rahulolu, kuid mitte töömotivatsiooni olemust. Samuti eeldas ta, et on olemas seos rahulolu ja produktiivsuse vahel. Paljud uurijad on aga jõudnud järeldusele, et see seos on väga nõrk. Herzbergil õnnestus süiski pöörata juhtide tähelepanu rohkem sisemisele motivatsioonile ning tema teooria on endiselt juhtide hulgas populaarne.

## **Tööga rahulolu: kahe faktori teooria**

Kahe faktori teooria autor Herzberg selgitab tööga rahulolu ühelt poolt rahuloluga väliste faktorite (palk, töötingimused) ja teiselt poolt sisemiste faktoritega (nt vastutus, saavutus).

Sisuliselt samastab ta motivatsioonitaseme rahuloluga, sest Herzbergi arvates on tööga rahulolu ja selle täitmise vahel tugev seos. Enamik rahulolu-uurijaid seda seost leidnud ei ole (Kamdron 2003:41).

## **Tööga rahulolu aspektid**

Töö ise on üks peamisi rahulolu põhjuseid ja on tuntud kui sisemine rahulolu. Hackman ja Oldham töid välja viis määravat töö aspekti. Nende saadud korrelatsioon kogu tööga rahuloluga on 0,5 ja 0,88. Kõige kõrgem korrelatsioon ilmneb inimestel, kel on kõrge kasvuvajadus. Töö omadustena on välja toodud veel töö poolt esitatud väljakutset, töö spetsialiseeritust ja standardiseeritust ning rolli selgust (Kamdron 2003:43).

Elukutse puhul on leitud mõnedes uurimustes, et enam on tööga rahul ülikooli õppejõud, teadlased, ametnikud ja sotsiaaltöötajad. Oletatakse, et põhjuseks on Hackmani poolt esitatud töö omadused, millele nimetatud elukutsete töö rohkem vastab.

Palga kohta on kahetisi uurimustulemusi. Osade uurijate arvates kuulub palk enamasti kolme esimese tööga rahulolu põhjuse hulka. See kuulub enam rahulolematuse kui rahulolu faktorite hulka. Mõnede allikate alusel on 80% töötajatest rahulolematud palgaga. Kamdroni (2003, 2005) töös oli palk peamisi tegureid, mis määras kogu töörahulolu. Teiste uurijate arvates on rahvusvaheliselt leitud korrelatsioonid palgataseme ja tööga rahulolu vahel väikesed. Palk on staatuse sümboleid. Ka minimaalseid palgavaheid tajuvad inimesed valulikult. Relatiivne palk on parem tööga rahulolu ennustaja kui absoluutne (vt võrdlusteooria), sest oluline on õigluse tajus. Juhul, kui töötaja pole rahul töötasu õiglusega, väheneb tema rahulolu töö ja organisatsiooniga. Peagi langeb töömotivatsioon, mis omakorda vähendab töö tõhusust.

Edutamine on tavaliselt näitajana üldises rahulolus esimesel või teisel kohal. Kui töötajad seda ootavad, kuid ei saavuta, on nad rahulolematud. Edutamise võimaluste ja töötajate ootuste vahel ilmneb vastuolu (inimesed hindavad oma võimalusi alati suuremateks). Juhtivatele töötajatele on edutamine alati tähtsam kui näiteks kvalifitseerimata töötajatele. Teiselt poolt – juhid on vähem rahul, sest nende töö põhjustab enam stressi.

Kolleegide ja töögrupi puhul on olulisteks näitajateks grupi kokkukuuluvus, populaarsus, suurus ja suhtlemise võimalused. Omades sõbralikke, toetavaid kolleege, on inimeste töörahulolu suurem.

Juhtkonda hinnatakse tavaliselt vähem tähtsaks kui kolleege. Ometi oleneb just neist edutamine, palgatõus ja töökeskkonna mikrokliima. Juhtkonna võimuses on kiita, julgustada, aidata, vähendada stressi.

## Eesti arstide tööga rahulolu

Juhtkonnapoolne tähelepanu ja hoolitsus on peamisi rahulolu tegureid.

Organisatsiooni tunnused, mis tööga rahulolu mõjutavad on järgmised:

1. suurus – väikestes organisatsioonides on rahulolu suurem,
2. juhtimistasandite arv – mida madalam hierarhia, seda suurem rahulolu,
3. osalemine otsustamisel – kui töötaja osaleb tema tööd puudutavate otsuste tegemisel, on rahulolu suurem (Kamdron 2003:43-44).

Temperamendi erinevuste puhul on leitud, et ekstraverdid on rahulolevamad kui introverdid. Neurotismi all kannatavad inimesed on rahulolematumad. Kui isiksuse profiil ja töö profiil langevad kokku, on töötajad rahulolevamad, sest nad on tõenäoliselt ka edukamad. Internalsed inimesed on tööga rahulolevamad kui eksternaalsed. Negatiivse afektiivsusega isikud on rahulolematumad kui positiivse afektiivsusega. Kõrge enesehinnanguga inimeste tööga rahulolu, motivatsioon ja produktiivsus on kõrgemad kui madala enesehinnanguga inimestel. Myers-Briggsi temperamendi neli baasdihhotoomiat on esitatud tabelis 4.

**Tabel 4.** Myers-Briggsi temperamendi neli baasdihhotoomiat. Allikas: Nicodemus, 2012:14.

Introvertsus-Ekstravertsus <i>Introversiõn-Extraversiõn (I or E)</i> <i>Kust ammutatakse energiast, sisemusest või väljastpoolt?</i> Introvertsus = fookuses ideedemaailm Ekstravertsus = fookuses välismaailm aktiivsel moel	Mõtlemine-Tundmine <i>Thinking-Feeling (T or F)</i> <i>Kuidas otsuseid teha?</i> Mõtlemine = objektiivsus Tundmine = subjektiivsus
Sensoorsus-Intuiitsus <i>Sensing-Intuition (S or N)</i> <i>Kuidas informatsiooni kogutakse?</i> Sensoorsus = vajab täpset informatsiooni Intuiitsus = kausaalne lähenemine informatsioonile	Otsustamine-Kohanemine <i>Judging-Perceiving (J or P)</i> <i>Kuidas tulla toime igapäevase eluga?</i> Otsustamine = vajab hoolikat planeerimist Kohanemine = spontaanne lähenemine

Iga dihhotoomia esindab teatud isikupärast stiili, mille indiviid on enda jaoks kohandanud isiksuse arengu käigus. Üks osa inimesi on enam introvertsed või ekstravertsed kui teised. Kui kõiki neid dihhotoomiaid arvestada, siis saame kokku 16 erinevat tüüpi. Myers-Briggsi tüübi indikaatoriga (MBTI) selgitatakse, milline kombinatsioon erinevatest dihhotoomiatest on omane indiviidile nelja kategooria alusel. On avaldatud arvamust, et tööga rahulolu on üks isiksuse dispositsioone ja püsiv omadus.

Mõned uuringud on näidanud, et tööga rahuolu jääb aastate jooksul samaks, isegi juhul, kui inimene vahetab selle aja jooksul töökohta.

Vanuse kohta on uurimused näidanud, et vanus ja tööga rahuolu on omavahel seotud. Mõned uurijad on leidnud kõverjoonelise, teised lineaarse seose. Kõik uurijad on üsnagi üksmeelsed selles, et tööga rahuolu tõuseb koos eaga. Selle selgitamiseks on esitatud kaks hüpoteesi:

1. vanemad töötajad aktsepteerivad enam autoriteete ning ootavad töölt vähem,
2. neil on noorest enam oskusi ning nad on saavutanud paremad positsioonid.

Esimene väide rõhutab hoiakute muutust ajas – need on realistlikumad ja vanemas eas on inimesed õnnelikumad väiksemate asjade üle. Teine rõhutab asjaolu, et inimesed on investeerinud töösse palju ja hakkavad seda nüüd tagasi saama.

Sugupoole ja tööga rahuolu vahel pole leitud erinevusi, kuigi naised on tavaliselt madalamatel ametikohtadel ning neile makstakse vähem. Ka siin on kaks selgitust: naised ootavad töölt vähem ja rahulduvad vähemaga või neil on teistsugused väärtused. On leitud, et naistel on meestest erinev võrdsuse taju. See viib järelduseni, et naised tajuvad õiglasemana väiksemaid tasusid kui mehed.

Kultuuriliste erinevuste kohta on tüüpiline Ameerika rahuolu mudel järgmine: kõige rohkem ollakse rahul kaastöötajatega, seejärel tööga, ülemustega ning rahulolematud ollakse palga ja karjääriga. Aasia maades (nt Hongkongis ja Singapuris) ollakse enam rahul palga ja karjääriga ja vähem töö, kolleegide ning juhtkonnaga. Uurimused on näidanud, et ajas on vähenenud rahuolu palga, karjääri, tunnustuse ja kindlusetundega (Kamdron, 2003:44).

## Tööga rahuolu mõjud

Töö produktiivsuse puhul on küsimus, kas rahulolevad töötajad töötavad paremini, on psühholooge huvitanud pikka aega. Uurimused on näidanud, et seos on olemas, kuid see on madal ja on lähtunud peamiselt uurijate soovidest. Kõrgeim leitud korrelatsioon on 0,35, kuid tingimuseks oli vabatahtlik töö. Tavaliselt kõiguvad leitud korrelatsioonid 0,1–0,15-ni. Põhjuslik side pole siiani selge. Ühelt poolt võiks arvata, et hea töö, millele järgneb õiglane tasu, tõstab rahuolu, samas on tõenäoline, et õiglane tasu tõstab töö tulemuslikkust ja rahuolu (Kamdron, 2003:45).

Kindlasti muudavad pilti individuaalsed erinevused, sest on inimesi, kes töötavad hästi, sest on rahulolevad ja neid, kes töötavad palju, et unustada oma muresid. Siiski on uurimused näidanud, et rahulolu ja produktiivsuse vahelised seosed on tugevamad kõrget professionaalsust ja juhtimisoskust nõudvatel töödel.

Mõnede uurijate arvates on tööga rahulolu ja produktiivsuse seos vahendatud erinevate muutujate poolt. Iaffaldo ja Muchinsky on pööranud tähelepanu juhtkonna käitumisele. Kui juhtkond tasustab head tööd enam, on seos tööga rahulolu ja töö produktiivsuse vahel kõrgem (Kamdron, 2003:45).

Tervise ja tööga rahulolu seosed on ilmsed ja selged. Madal tööga rahulolu seostub psühhosomaatiliste, psüühiliste ja somaatiliste haigustega. Tööga rahulolu ja eluea pikkuse vaheline korrelatsioon on 0,26, mis on kõrgem kui seos füüsiliste elamistingimustega.

Läbipõlemise (*burn-out*) sündroomi uurijad on leidnud, et see ähvardab eelkõige töötajaid, kelle töö seisneb inimeste eest hoolitsemises. Läbipõlemine korreleerub tööga rahuloluga (emotsionaalse kurnatuse ja tööga rahulolu vaheline seos on  $-0,50$ , depersonaliseerumisega  $-0,33$  ja tööalaste võimetega  $0,28$ ).

Rahulolu eluga on tööga rahulolu üks tegureid, kuigi seosed abielu ja perekonnaeluga on kõrgemad. Tööga rahulolu ei ole vältimatu, kuid sageli esinev eeltingimus õnnetundeks (Kamdron, 2003:45).

Töölt puudumise mõistet kasutatakse tavaliselt tunnipalgaliste töötajate kohta. Vahet tehakse põhjendatud puudumise (enamasti enese või mõne pereliikme haigus) ja põhjendamatu puudumise vahel. Korrelatsioon tööga rahulolu ja põhjendamatu puudumise vahel on küllalt madal, sest paljud inimesed ei puudu töölt üldse ja see vähendab seose tugevust. On leitud, et tööga rahulolu ennustab ette sedalaadi käitumist, kusjuures tugevamad seosed on leitud palga ja edutamise rahuloluga.

Töölt lahkumise puhul on kõrgeimad korrelatsioonid  $0,2$  ja  $0,3$  vahel. Arvatakse, et tööga rahulolu ennustab ette ka hilisemat töölt lahkumist. Tugevam seos on leitud rahuloluga töö sisu ja töölt lahkumise vahel (Kamdron, 2003:46).

## Teised tööga seotud hoiakud

Seotus tööga (*job involvement*) termin on võetud kasutusele alles üsna hiljuti. Seotus tööga mõõdab astet, milleni isik end samastab psühholoogiliselt oma tööga, kuivõrd täitmise tase on tähtis tema enesehinnangule. Seotus tööga on üks väärtussüsteemi koostisosi. Kõrge seotus tööga seostub enam töölt puudumise ja lahkumisega kui tööga rahuloluga (Kamdron, 2003:46).

Seotus organisatsiooniga (*organizational commitment*) termin mõõdab astet, milleni isik seostab end konkreetse organisatsiooni eesmärkidega, kuivõrd on ta huvitatud selle liikmeks olekust. Nagu eelnevagi nähtuse puhul on tegemist afektiivse suhtumisega. Analoogiliselt eelnevaga võtab organisatsiooniga seotud inimene oma tööd väga tõsiselt. Organisatsiooniga seotusega liialdamise korral esineb oht töötaja identiteedi kaotamiseks. Ka selles osas on leitud, et nähtus seostub enam töölt puudumise ja lahkumisega kui tööga rahuloluga. Tööga rahulolu ja seotus organisatsiooniga on siiski vastastikustes suhetes. Arvatakse, et rahulolu mõju seotusele on tugevam (Kamdron, 2003:46).

## Motiveerimine juhtimisteooriate alusel

### Maslow' teooria praktikas

Suureks probleemiks juhile on töötajate vajaduste taseme tunnetamine. Alluvaid vaadeldes tehakse seda fragmentaarselt. Neid nähakse töötamas erinevate jõudude mõju all. Isegi inimest hästi tundes võib eksida. Kõik täidavad rolle ja varjavad oma tegelikke tundeid. Juhina tuleb siiski püüda mõista alluvate vajaduste taset ja astet (Kamdron 2003:46).

Miinimumina vajab töötaja enese kohtlemist väärrikuse ja respektiga. Miski ei tapa töötaja eetikat rohkem kui organisatsiooni ja tema juhtide ükskõiksus tema heaolu suhtes.

### McClellandi teooria praktikas

Ergutusvahendid, mida võib kasutada saavutusvajadusega inimeste motiveerimiseks:

- anda konkreetseid piisava riskiga ja ajas mõõdetavaid ülesandeid,
- muuta need ülesanded aeg-ajalt keerukamaks,
- delegeerida otsustusõigust ja vastutust küllalt komplekssete ülesannete raamides,
- anda neile pidevalt analüütilist teavet, mis aitaks iseseisvalt oma tegevust hinnata,
- võimaldada juurdepääs infole, ressurssidele,
- kaitsta takistuste eest, mis võivad segada isiklikku arengut (Kamdron, 2003:47).



### *Eesti arstide tööga rahulolu*

Põhilised ergutusvahendid, mida võib kasutada suhetemotiiviga inimeste motiveerimiseks:

- võimaldada osa võtta kõigist meeskonnatöö ja töövälisest nõupidamistest,
- innustada ja ergutada edusammude puhul, kuid hoiduda kriitikast ja karistusest ebaõnnestumistel,
- mõjutamisel toetuda pigem kollektiivsele kui individuaalsele survele,
- kasutada aeg-ajalt horisontaalset ümberpaigutamist.

Ergutusvahenditena võimutomotiiviga inimeste motiveerimiseks kasutada järgnevat meetmeid:

- võimalda osa võtta strateegia ja eesmärkide aruteludest,
- võimalda tegutseda mingi projekti juhina,
- tunnustada nähtavate sümbolitega,
- haarata neid eriti tähtsate asjade loomisse ja otsustamisse.

McClellandi teooriast tulenevad järeldused:

- palga kindlaksmääramisel, tunnustuse avaldamisel jne peab määravaks olema inimese kompetentsus,
- töötajatele tuleb võimaldada töös maksimaalset iseseisvust,
- eelistatud on demokraatlik juhtimisstiil,
- võimaluse korral anda töötajatele ülesandeid, mis võimaldaksid rahuldada nende domineerivaid vajadusi (Kamdron 2003:47).

## **Osalev juhtimine**

Osaleva juhtimise motiveerivaks teguriks on vastutus, sest alluvad võtavad osa otsuste tegemisest koos vahetute ülemustega. Tingimusteks on aja olemasolu, otsuste tähtsus alluva huvide seisukohalt ning tema oskused ja võimed. Organisatsioonikultuur peab toetama töötajate osalemist otsuste tegemisel. Osalemine otsuste tegemisel seob alluvad enam otsuste endiga. Viimane ei tähenda siiski töö kvaliteedi paranemist.

Üks osaleva otsustamise vorme on kvaliteediringid. Neil on vastutus lahendada kvaliteedi parandamisega seotud probleeme. Tüüpiliselt vaatab otsuste lahendusvariandid üle juhtkond, kel on ka finantskontroll. Osaks kvaliteediringide tööst on suhtlemisoskuste, kvaliteedistrateegiate ja probleemide lahendusstrateegia õppimine (Kamdron, 2003:48).

## **Töö rikastamise ja laiendamise teooria**

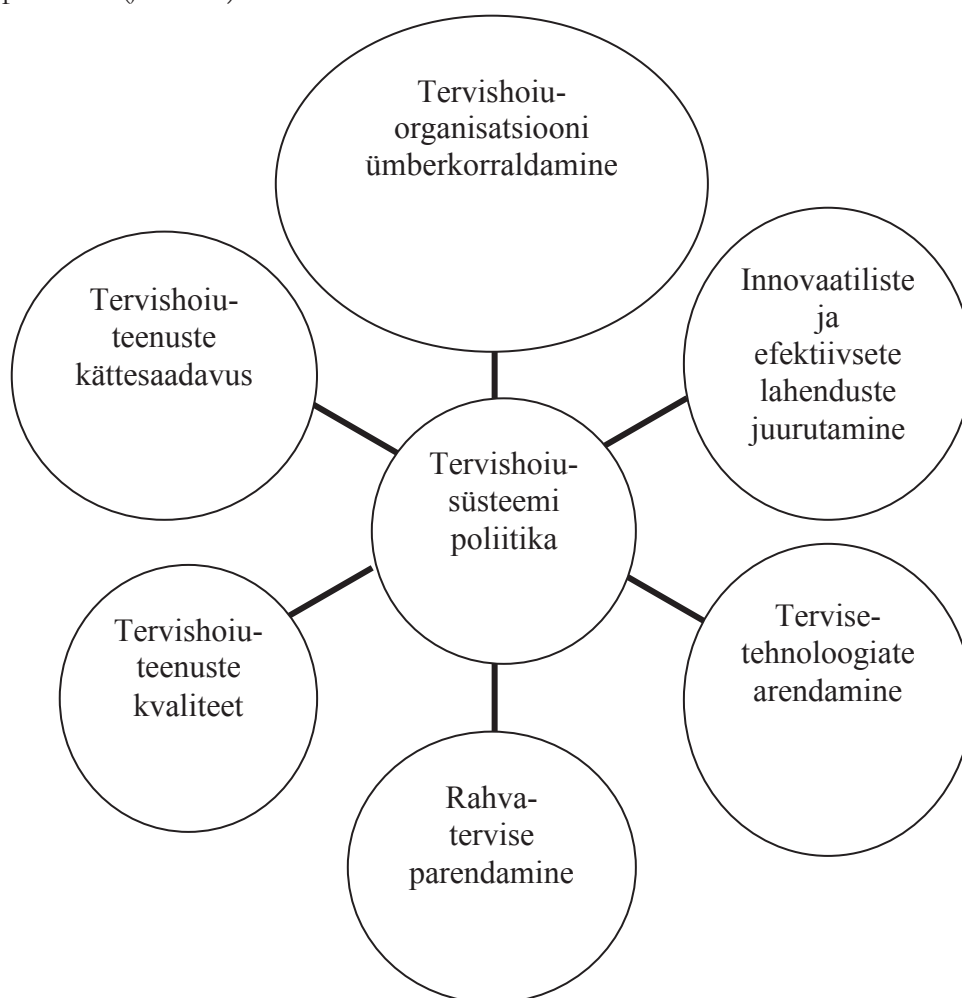
Hackman ja Oldham esitasid 1976 ilmunud artiklis motivatsiooni läbi töö rikastamise ja laiendamise. Nad väitsid, et tulemuslikkust väljendab eelkõige suhete kvaliteet inimeste ja nende töö vahel. Tehnoloogia ja automatiseerimise võidukäik suurendab hüppeliselt standardiseeritud, spetsialiseeritud, rutiinsete töökohtade arvu. Inimesed soovivad haridustaseme kasvu tõttu teha vähem rutiinset ja monotoonset tööd. Konflikt töö ja töötajate vahel väljendub tööst võõrandumises ja organisatsioonide efektiivsuse vähenemises. Rutiinne töö ei ole efektiivne ega ka inimlik. Seevastu mitmed uurimused on näidanud, et huvitav töö on esikohal valgekraedel, sinikraedel on aga esikohal hea palk. Hackman ja Oldham on leidnud, et töö sisu osas on määravad:

1. töö mitmekesisus – kombineerida ülesandeid,
2. töö terviklikkus,
3. töö tähtsus,
4. iseseisvus,
5. tagasiside tööst,
6. tagasiside inimestelt,
7. suhtlemise määr (Kamdron, 2003:48).

## ARSTIDE UURIMISE TEOREETILINE TAUST

### Psühho-sotsiaal-majanduslik taust

Eesti jaoks oli 2011. a eriline ja meeldejääv, kuna saadi nende 17-ne EL-u liikmesriigi hulka, kus maksevahendina kehtib euro. Samas tabas kogu Euroopat ja globaalselt kogu maailma majanduskriis, mille väljenduseks oli see, et aktsiaturud reageerisid langusega ja pikaajalistes majandusprognosides ennustatakse jätkuvaid raskeid aegu kuni aastani 2015. Mida see tähendab Eesti tervishoiu jaoks, mis on oodanud juba pikemat aega paremat rahastust? Tervishoiusüsteemi poliitikast lähtudes on meil peamised järgmised valdkonnad, millele peavad poliitikud tähelepanu pöörama (joonis 3).



**Joonis 3.** Tervishoiu võtmevaldkonnad avaliku poliitika vaatevinklist.  
Allikas: *Urman, Ebrenfeld 2012:148* (kohandatud).

Eesti tervishoiujuhtide ees seisavad juba pikemat aega järgmised lahendamist vajavad probleemid: tervishoiuteenuste kättesaadavus, tervishoiuteenuste kvaliteet, rahvatervise parendamine, tervisetehnoloogiate arendamine, innovaatiliste ja efektiivsete lahenduste juurutamine ja tervishoiu-organisatsiooni ümberkorraldamine.

Tervishoiuteenuste kättesaadavus ei ole ainult ravijärjekordade kontrollimine vaid hoopis globaalsemalt vaadates kogukonna ja EL tasandil initsiatiivid tervisevaldkonna arendamiseks (nt globaalse tervise teenuste turu avamine Eestis ja EL-s). See on piiridest loobumine ja teenuste liikumine koos kliendi/patsiendiga. Tervisealases teadlikkuses vajame uut taset ja täpsustusi, et inimesed teaksid varakult, kes peavad kiiresti saama teenindatud, kelle seisund on stabiilne ja kiiret reageerimist mittevajav.

Kvaliteet on see maagiline termin, mida me väga sageli kuuleme. Mida me sellega tahame öelda? Tervise asjatundja jaoks on see enamasti kliiniliste juhendite järgimine ja nende ajakohastamine. Eestis ei ole seni suudetud täpsustada, kes peavad saama teenuseid ja millises järjekorras. Sellise juhendi on välja töötanud soomlased ja nende poolt loodud tervik peaks huvi pakkuma ka meie tervishoiujuhtidele. Kvaliteet on muidugi suures osas tervishoiuteenuste pakkujate pärusmaa ja haiglates ongi tehtud pikad sammud edasi ning juurutatud kvaliteedi käsiraamatud, tööle pandud kvaliteedijuhid jne. See töö kannab juba praegu head vilja.

Rahvatervise parendamiseks on Eestis veel arenguruumi. Seadusandlus on jäänud toppama ja valdkond kaotanud tähtsust, kuna vastavaid spetsialiste koolitatakse vähe ning neil on vähe potentsiaali interventsiooniprogrammide käivitamiseks. Valdkond ootab endiselt eelisarendamist ja rahva tervis väga täpset arendamist. Selleks vajame me täpseid andmeid, reaalsusest lähtuvaid ettepanekuid eriala spetsialistidelt ja stabiilset rahastamist. Epidemioloogilised uuringud peavad saama rohelise tule ja need peavad olema väga hea kvaliteediga, sealhulgas vastama rahvusvahelistele täpsuse ja uurimistöo kriteeriumitele. Arstide koolituses peaks rohkem tähelepanu pöörama rahvatervise teemadele ja uurimistöodes kasutama väljundist lähtuvaid probleemiasetusi. Selles valdkonna on veel palju ära teha.

Tervisetehnoloogiate arendamisel vajame barjäärivaba koostööd Eestis ja Euroopas. Peame teadma millised tehnoloogiad on efektiivsemad ja selleks vajame võrdlevaid kulu-tulu efektiivsusuuringuid. Tervisetehnoloogiate arendamisele aitab kaasa Tallinna Tehnikaülikooli Tehnomeedikum, mis loodi 2006. a, mille tegevus teadus-, õppe- ja arendusasutusena laieneb ja see omakorda aitab kaasa arstide diplomijärgse koolituse parendamisele.

### *Eesti arstide tööga rahulolu*

Innovaatiliste ja efektiivsete lahenduste juurutamisele aitab kaasa terviseeadusandluse täiendamine ja uute seaduste väljatöötamine. Seadusandlike aktide loomine peaks oluliselt kiirenema ja koostöö tervise valdkonnas olema barjääridevaba.

Tervishoiuorganisatsioonis peab järjest rohkem arvestama universaalse planeeringuga, linnade, sealhulgas Tallinna planeerimisega ja kogu valdkonna inimesekeskse korraldusega. Meil on ikka veel liiga palju barjääre ja ametkondlikku kitsarinnalisust. Inimese jaoks ei ole oluline mitu asutust ta peab läbi käima, et tervisealast abi saada vaid see, et ta vajaduse tekkimisel saab kiiresti, efektiivselt ja paindlikult vajaliku abi kätte. Terviseorganisatsioon vajab paindlikku ja toimivat koostööd sotsiaalvaldkonna organisatsioonidega ja seda ikka inimesekeskselt. Arst ei ole sotsiaaltöötaja ja selleks ta kunagi ei saagi. Arstide koolitus on pikk ja kallis. Diplomieelsest koolitusest alates läbi diplomijärgse koolituse ja kliinilise praktika saab esmakursuslasest arenenud, kompetentne, efektiivne terviseekspert, kes oma tööd teeb meistritasemel. Sellist kasvab meister aastakümnetega. Riik peab sellele kasvamisele kaasa aitama seadusandluse paindlikkusega ja tervishoiuorganisatsiooni piisava rahastamisega. Haiglad peavad tegema pidevat tööd, et sellidest kasvaksid meistrid ja neile selle eest ka heal tasemel töötasu makstakse. Selles raamatus räägitakse sellidest meistriteks kasvamisest ja sellega kaasnevatest probleemidest. Enne aga tervishoiupoliitikat laiemalt.

Meil on riiklik tervishoiu juhtimine detsentraliseeritud. Tervishoiu juhtimine ja planeerimine on Sotsiaalministeeriumi pädevuses (Jesse et al, 2005). Arstiabi on korraldatud vastavalt Eesti riigi halduskorraldusele ja põhiliselt riiklikul tasandil. Arstiabi finantseeritakse põhiliselt riikliku kohustusliku tervisekindlustuse kaudu, mille eest vastutab Eesti Haigekassa oma nelja kahte kuni kuut maakonda hõlmava piirkondliku osakonna kaudu. Eesti Haigekassa peamised ülesanded on puulida (st kokku koguda) rahalised vahendid, maksta tervishoiuteenuste eest (kaasa arvatud ravimid) ja maksta välja teatavad haigus- ja sünnitushüvitised. Arstiabi iseloomustab kasutatavate ressursside piiratus. Ressursside piiratus seab arstid valiku ette: tuleb otsustada (prioriteedid), milliste vajadustega ja missuguses järjekorras tuleb abivajajatele teenuseid osutada, et kõik oleksid rahul.

Reformid Eesti tervishoius ja meditsiinitehnika kiire areng on endaga kaasa toonud uuendused ja loonud arstidele varasemast erinevaid töösituatsioone. Lõppenud on üleminek perearsti süsteemile. Eesti riigil on probleeme tervishoiuteenuste rahastamisega ja see on oluliselt mõjutanud noorarstide psühhosotsiaalmajanduslikke tingimusi. Samas on arstide ettevalmistus, töö sisu ja töökeskkond viimasel aastakümnel märgatavalt muutunud kõikjal maailmas. Jätakuvalt toimub arstide spetsialiseerumine üha kitsamatele erialadele. Arsti kutsetöö nõuab vastavalt olukorrale rohkem rühmatööd, majandamis- ja juhtimisoskusi.

Parsonsi (1937, 1951) järgi hinnatakse professiooni esindajat, nagu arsti eelkõige tema tegevuse tulemuslikkuse järgi. Niisiis kui oled arst, siis pead inimesi terveks ravima. Arstiamet on üks professionidest (ld. *professio* – tunnistus nime, omandi, oskuse või avaliku tegevuse kohta), mille all mõistetakse kutsumusega seotud kutset.

Ameti professioniks muutumine tähistab tööjaotuse tekkimist, hierarhia kujunemist ja bürokratiseerumist.

Professionid esindavad diferentseeritud tegevusi ja nendega on seotud ühiskonna poolt hinnatud omadused, näiteks arsti ametiga on seotud tervis. Professioni reguleerivad mitmed ametialased eetilised eeskirjad ja ametis tegutsemine nõuab luba. Vaid professioni liikmetel on õigus anda hinnangut teise ametivenna tööle. Ameti liikmete vahelised suhted on kollegiaalsed (ld. *collegium* – ameti või elukutsega seotud isikute kogu, *collega* – ametivend, kutsekaaslane). Professionid on majanduslikult ja sotsiaalselt kõrgelt hinnatud. Arstiamet on säilitanud oma populaarsuse ja arstide arv on kasvanud kogu maailmas, välja arvatud Eestis. Arstid professioni liikmetena kuuluvad peaaegu alati ühiskonna kõrgklassi.

Arstide professionaalne identiteet hakkab tekkima alles pärast diplomeerimist koolituse käigus kogutud teadmiste ja oskuste alusel. Näiteks ei tegutse noored arstid oma ametivendade vastu, kuna nende residentuur ja ametialane karjäär sõltuvad professioni liikmete poolt antud soovitudest. Profession pakub noorele arstile kaitset, mis aitab kaasa sellele, et noviitsil areneb vastupanuvõime välisele survele. Professioni poolt pakutav solidaarsus ja professionaalne identiteet on noorele arstile võimsaks toeks.

Arsti professionaalsus väljendub jätkuvas pürgimises kõrgete kutsealaste teadmiste, ametialaste oskuste ja professionaalse autonoomia poole (Tabel 5). Viimane võib olla muut või eluliselt vajalik areng, mis kaitseb patsiente võõranduda võivate arstide korporatsiooni eest. Meedia teeb arsti(teadlase)st sangari, kuid võib esitada tema kohta ka kriitikat. Kutsetöö tekitab arstidele ilma meedia tähelepanutagi palju vaimset pinget ja stressi. Noortel ja naisarstidel on suurem risk kogeda stressi, psühhosotsiaalseid probleeme ja neil on oluliselt kõrgem suremus võrreldes meesarstidega.

**Tabel 5.** Mitteprofessionaali-professionaali eristavate valdkondade võrdlus.  
Allikas: *Sepp, Virjo, Mattila, 2007:13 ja seal toodud originaalallikas.*

<i>Dimensioon</i>	<i>Mitteprofessionaal</i>	<i>Professionaal</i>
1. Teooria, intellektuaalne tehnika	Puudub	Olemas
2. Sotsiaalsete väärtuste vastavus	Ei vasta	Vastab
3. Koolituse kestus	Lühike	Pikk
4. Spetsialiseerumine	Mittespetsialiseerunud	Spetsialiseerunud
5. Seotus	Seotud asjadega	Seotud sümbolitega
6. Subkultuurid	Subkultuurid ebaolulised	Subkultuurid olulised
7. Motivatsioon	Isiklik huvi	Teenistuslik huvi
8. Autonoomia	Puudub	Olemas
9. Pühendumine	Lühiajaline	Pikaajaline
10. Paikkonna tunnetus	Nõrk	Tugev
11. Eetikakoodeks	Arenemata	Arenenud

Arstid ei esinda enam otsustamise suhtes vaba ameti praktiseerijaid, nendest on üha sagedamini saanud töötajad suurtes tervishoiuteenuseid pakkuvates meditsiinitööstustes. Arstikond võib olla ka proletariseerumas, mis tähendab, et profession on arenemas tehase liinitöö taoliseks süsteemiks. Arstidest räägitakse sellisel juhul kui elanikkonnale teenuseid pakkuvate organisatsioonide liikmetest, kes on kaotanud oma autonoomia ja oskused. Olgu reformid millised tahes, on selge, et tähtsaimaks tervishoiusüsteemi osaks jääb alati kvalifitseeritud personal, ilma kellela suured haiglad hakkaksid veelgi enam meenutama tehaseid, kus poltide ja mutrite tootmise asemel tegeletakse inimeste tervistamisega.

Arvatakse, et oluline on ka see, mis soost on tervishoiuteenuse osutaja. Cooke ja Hutchinson (2001) leidsid, et 70% üldarstideks spetsialiseerujatest olid naised ja 80% kirurgideks spetsialiseerujatest mehed. Pearingstidest,

kellest suurem enamus on naised ja kes töötavad iseseisvate ettevõtjatena, oodatakse lisaks kõrgetele ametialastele oskustele ja teadmistele ka häid suhtlemisoskusi. Perearstide motivatsiooni peeti otsustava tähtsusega teguriks perearstisüsteemi heale toimima hakkamisele postkommunistlikus Eestis (Lember, 1998).

Laialt on levinud Rokeach'i definitsiooni (1973) kasutamine inimese väärtuste kohta, mille järgi need on soovitatavad eesmärgid, mis varieeruvad tähtsuse poolest ja juhivad inimesi nende elus. Väärtussüsteem jaotatakse kahte kategooriasse: instrumentaalsed, mis viitab käitumisele ja terminaalsed, mis sellistena tulenevad eksistentsiga seotud lõppolukorrast. Näiteks instrumentaalsed väärtused võivad olla seotud kompetentsuse ja eneseteostusega (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:14).

Moraalseid väärtusi, millel on isikutevaheline kese, võib klassifitseerida instrumentaalseteks. Terminaalsed väärtused võivad olla nii isikukesksed kui ka sotsiaalsed. Isikukeskseks väärtuse näiteks on meelerahu või päästmine ja sotsiaalne väärtus võib sisaldada sellist eesmärki nagu maailmarahu ja vendlus (Tabel 6).

**Tabel 6.** Valik Rokeach'i väärtuste kirjeldusi. Allikas: *Sepp, Virjo, Mattila, 2007:15 ja seal toodud originaalallikas.*

<i>Terminaalsed väärtused</i>	<i>Instrumentaalsed väärtused</i>
1. Tõeline sõprus	1. Edasipüüdlikkus ja kõva töö
2. Perekonna turvalisus	2. Julgus ja vaprus
3. Mugav ja jõukas elu	3. Ausus ja siirus
4. Täiuslikkuse taotlus ja enesetäiendamine	4. Abivalmidus
5. Tarkus ja küpsus mõista elu	5. Viisakus ja head kombed
6. Põnev ja erutav elu	6. Enesekontroll
7. Sotsiaalne tunnustus	7. Pädevus, võimed ja tõhusus
8. Võrdsed võimalused kõigile	8. Korralikkus ja puhtus



Kultuurilised väärtused näitavad, kuidas erinevad ühiskonnad on arenenud ja kuidas neis reguleeritakse inimeste tegevust ning individuaalset sotsialiseerumist. Sotsiaalsed väärtused determineerivad ka sotsiaalse kontrolli meetodid, mida inividid kogevad oma väärtuste taotlemisel.

Kuna asutuste struktuur peab vastama indiviidide psühholoogilistele nõudmistele, siis kultuuriliste ja individuaalsete väärtuste tase on omavahel kontseptuaalselt seotud. Muud tegurid, mis võivad mõjutada indiviidi personaalsete väärtuste süsteemi on profession, haridus, sugupool, vanus, religioon, sotsiaalne klass ja poliitiline kuuluvus. Arstide väärtused võivad olla sotsiaalsed, mis seotud nende kui professioni esindajate rolliga ja personaalsed, mis seotud kõigi ühiskonna liikmetega sarnaselt individuaalse rolliga.

Lääkärri 2008-uurimuses leiti, et pereelu on arstide jaoks tähtsaim väärtus sugupoolest sõltumata. Seda peaksid arvestama tööandjad tööplaane, töötingimusi ja palgakorraldust plaanides. Teises sama töörühma uurimuses selgus, et usk Jumalasse on vähenemas noorte arstide hulgas tähtsama asjana. Usk oli asjade paneelis neljandaks tähtsamaks asjaks, kuid alles seitsmes kolme tähtsama asja nimekirja. Pere on selgesti asendamas idealismi ja usku noorte arstide väärtuste maailmas (Heikkilä et al., 2009:73). Samas on leitud, et seosed väärtuste, hinnangute ja käitumise vahel ei väljendu kuigi tugevalt. Väärtused peegeldavad üksikisiku omavahel seotud motiivide kogumit (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:15).

Arstid, kes on suundunud praktilisele kutsetöölle (ld. *medicus practicus*), peavad oma tööga ja ülesannete delegerimisega muutma kõrgeid eesmärgid praktiliseks kasuks nii üksikisiku kui ka ühiskonna tarbeks. Arstid peavad kasutama oma meditsiinilist *know-how*'d ja olema elukestva õppimise, pideva täienduse tulemusel hästi ettevalmistatud igapäevaseks praktilise töö tegemiseks (Calman, 1994).

Praktilisest kutsetööst peaksid arstid saama tööga rahulolu, milles peegelduks nende emotsionaalne ja psühhosotsiaalne heaolu. Tööga rahulolu on kirjeldatud üldise tundena töö suhtes või seisukohana, mis seotud töö erinevate aspektide ja külgedega. Ühest küljest võib töö põhjustada rahulolu ja teisest küljest rahulolematust. Tööga rahulolu suurenemine on oluline ennetava meditsiini ja tervishoiu seisukohast vaadates, kuna sellest võib olla praktilist kasu töötajate stressitaseme langetamiseks (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:15).

## Arstide tööga rahulolu

Arstide tööga rahulolu on mitmetahuline, kergesti uuritav asi, kui kasutatakse lühikesi arstide endi poolt täidetavaid küsimustikke. Arstide tööga rahulolu on seotud nende töö kvaliteediga ja patsientide rahuloluga. Tööga rahulolu on seotud ka arstide vaimse pingega ja heaoluga. Mitmete uurimustega on selgitatud, et madal tööga rahulolu ja frustratsioon mõjutavad arste nii, et nad määravad rohkem ravimeid, mida pole patsiendile vaja. Samas võib arsti võtta kui "ravimit", mis rahuloleva arsti puhul on tugevama mõjuga, kuna ta suudab oma patsiente ravides kasutada oma võimeid paremini kui rahulolematu kolleeg (Sepp, Virjo, Mattila, 2007).

Soomes 45-65aastaste arstide uurimisel selgus, et vähene kontroll tehtava töö üle ja ebaõiglus organisatsioonis võivad mõjutada kehvema tervisega arste pensionile jääma. Samas edendades arstide kontrolli tehtava töö üle ja vähendades organisatsioonis valitsevat ebaõiglus on võimalik vähendada nende enneaegset pensionile jäämist (Heponiemi et al., 2008).

Arstide tööga rahulolu mõjutab tugevalt seegi, et arst ei saa oma töö eest palka, mida ta soovib saada. Nende arstide hulgas, kes nii tundsid, oli 33% rahulolematuid arste. Rahulolematuid oli märgatavalt vähem (10%) nende arstide hulgas, kes said sellist palka, mida nad saada soovisid. Arstide madal üldine tööga rahulolu on tugevaim töölt lahkumise kavatsust ette ennustav näitaja, kuid peab meeles pidama, et meditsiinist lahkumine on ebatavaline ja äärmuslik arstide poolne vastus tööga mitterahulolule (Sepp, Virjo, Mattila, 2007). USA-s intervjueriti 16681 arsti, et selgitada nende otsust lahkuda meditsiinist või vähendada praksises veedetud töötunde. Kui võrreldi rahulolevaid arste ja rahulolematuid arste, siis rahulolematud arstid olid 2-3 korda sagedamini valmis lahkuma meditsiinist (Landon et al., 2006). Samas oli töötamist jätkavate arstide rahulolu töötingimustega madalam võrreldes nendega, kes otsustasid lahkuda erialaselt töölt muudele aladele (nt kõrgtehnoloogia, uurimistöö ja meditsiinifirmad) (Van Dijk et al., 2011).

Arstide tööga rahulolu on seotud nende praksise struktuuri, eriala ja sugupoolega. Näiteks olid naisüldarstid oma tööga rahulolevamad kui meesüldarstid. Perearstide tööd uurides selgitati, et nende arstipraksise korraldus (kolleegide olemasolu, lepingute süsteem, ülesannete delegeerimine) pakkus võimaluse töökoormusega toimetulekuks, mis oli hüpoteetiliselt seotud töökoormuse ja tööga rahuloluga (Sepp, Virjo, Mattila, 2007: 15-16).

Üleminekuühiskonnas võib perearstide suhteline tööga rahuolu olla seotud stabiilsete töötingimustega, vaba- ja tööaja planeerimise võimalustega ja isikliku vastutusega (Mrduljas-Dujic et al., 2010).

Hollandi arstide kohortide tööga rahulolu longituuduuringus selgus, et arstide tööga rahulolu ei olnud vähenenud aastal 2009 võrreldes aastaga 2000. Üheksa aastaga oli tööga rahulolu püsinud stabiilsena ja isegi veidi kasvanud. Arstide endi poolt kontrollitavate muutujatega, nagu suhted patsientidega ja kolleegidega, rahulolu oli kõrge. See oli madalam selliste muutujate puhul, millele arstidel oli väike mõju, nagu organisatsiooni või juhtimisega seotud aspektid (Jongbloed et al., 2010).

Rootsis läbi viidud arstide ja õdede tööga rahulolu longituuduuringuga selgus, et sotsiaalne toetus, kontroll tehtava töö üle, rollikonfliktid, rolli selgus ja töös esinevad kvalitatiivsed nõudmised ennustasid kõige paremini arstide ja õdede tööga rahulolu 2002.a ja 2009.a. Tööga rahulolu tegurid olid selle uuringu alusel ajalises ja professionaalses mõttes üsna võrreldavad nii arstidel kui õdedel (Jönsson, 2011).

Oluline on ka see, millise töökoormusega arstid töötavad. Osalise koormusega töötavad üldarstid olid oma tööga rahulolevamad kui täiskoormusega töötavad. Viimaste hulgas olid meesüldarstid madalama tööga rahuloluga. Vastupidised tulemused saadi haiglaarstide kohta, kes olid rahulolevamad oma tööga võrreldes üldarstidega. Arstide tööga rahulolu on oluline tegurite kompleks, kui seda vaadelda tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse ja arstide personaliga kindlustamise seisukohast. Rahulolematud arstid otsivad endale kergemini uue töö.

Noortel arstidel oli madalam üldine tööga rahulolu, vähem kliinilist autonoomiat, kuid nad olid sagedamini rahul tööajaga. Tööga rahulolu muutumise prediktorid olid muutunud kliiniline autonoomia, tööaja pikenemine ja arstide võimekus oma patsiente teenindada. Arvatakse, et erinevad tervishoiupoliitikad, -strateegiad võivad erinevalt mõjutada arstide rahulolu. Viimasega peaksid arvestama tervishoiusüsteemi reformimist ettevalmistavad strateegilised tippjuhid.

Soome arstide uurimisel selgitati, et kõige enam olid arstid rahul patsientide ja kolleegidega suhtlemisega, tööga üldiselt, selle mitmetahulisusega ja töö käigus õppimisega ning võimalusega osaleda täienduskursustel. Teiste juhtimine peaks teoreetiliselt pakkuma tööga rahulolu. Kuid arstide puhul see ilmingimata nii ei ole, kuna näiteks administratiivarstidest olid tööga rahulolevamad need, kes jätkasid juhitöö kõrvalt patsientide ravimist (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:16-17).

Perearstide tööga rahuolu oleneb mitmetest erinevatest aspektidest: kliinilistest, psühhosotsiaalsetest ja administratiivsetest. Olulise mõjuga olid ebakindlus ja turvalisuse puudumine tööl, isolatsioon, nõrk seotus teiste arstidega. Tähtsat rolli mängis ka jätkukoolitus. Töö erinevatest aspektidest rahulolu leidmine, positiivne töökeskkond ja kontaktid patsientidega olid samuti olulised (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:17).

Noorte arstide uurimuses selgus, et nende elus võis stressi tekitavaks olla perekonna-töö vaheline konflikt ja liiga vähe aega pere tarbeks. Viimane tulemus sarnanes kliinilise psühholoogia erialale spetsialiseerujate olukorraga. Briti üldarstide küsitlusuuringuga selgitati arstide üldist tööga rahulolu ja tööga seotust, mis oli noorematel kõrgem kui vanematel kolleegidel.

Iseseisvate ettevõtjatena töötavad perearstid olid rahulolevamad oma tööga võrreldes kolleegidega kliinikus, kus vähem iseseisvust ja palju bürokraatiat. Sarnased tulemused saadi ka Eesti perearstide uuringus. Kui võrreldi iseseisva ettevõtjana ja lepingu alusel töötavaid perearste, siis selgus, et esimeste rahulolu sissetulekuga oli 7 korda kõrgem, rahulolu iseseisvate töömeetodite valikuga 5 korda kõrgem ja rahulolu võimalusega kasutada oma oskusi 3 korda kõrgem (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:17).

Lõuna-Aafrika Vabariigis olid erasektoris töötavad arstid rahulolematud oma töö ja karjääriga. Olulised arstide madala tööga rahulolu prediktorid olid naissugu, töö suurtes grupipraksistes, tööstaaž 20 aastat ja enam, suure hulga kindlustatud patsientidega nimistu omamine ja ressursside sunnitud kokkuhoid. Kliiniline vabadus, töö väikestes grupipraksistes, positiivne ettekujutus juhitud teenuste strateegiatest ja töö *fee-for-service* alusel olid suurema üldise rahulolu prediktorid (Pillay, 2008).

Soomes uuriti unikaalse 1988-2003 kogutud andmebaasi alusel arstide tööga rahulolu ja nende soovi lahkuda avalikust sektorist tööle erasektoris. Soomes saavad avalikes haiglates ja tervisekeskustes töötavad arstid omada erapraksist. Selgus, et erapraksise omamine tõstis oluliselt arstide valmisolekut erasektoris minekuks 1998.a ja 2003. aastal. Tööga rahulolu vähendas arstide valmisolekut sektori vahetamiseks (Kankaanranta et al., 2007).

Singapuris era- ja avalikus sektoris töötavad arstid olid üsna rahul oma kliinilise autonoomiaga, arst-patsient suhtega, kuid üsna rahulolematud oma vaba ajaga, arengu- ja karjäärivõimalustega. Perearstid olid teiste eriarstidega võrreldes enam rahul ajamääraga iga patsiendi jaoks, muudatusettepanekute tegemise võimalustega oma praksises ja töös ning harmooniliste suhetega kolleegide ja personaliga (Qian, Lim, 2008). Kanadas viidi 2000-ndate alguses läbi 19762 perearsti tööga rahulolu uuring. Vastanutest ligi iga kuues oli rahulolematu oma tööga. Regressioonanalüüsiga selgitati muutujad, mis olid oluliselt seotud tööga rahuloluga. Selgus tõik, et mida rohkem oli perearstil

### *Eesti arstide tööga rahulolu*

pakkuda protseduure (10 või enam), seda rahulolevam ta oli (Rivet, Ryan, Stewart, 2007).

Arsti professionaalset tööga rahulolu mõjutavad ka töölt vabade päevade saamise võimalus, noor või pensionieelne iga ja heas tervislikus seisundis olemine (Sweet, 2011).

Noored arstid töötavad oma vanemate kolleegidega võrreldes harvemini erapraksises ja ettevõtjana. Tavaliselt alustatakse kellegi juhendamisel või arstide kollektiivis, alles hiljem liigutakse karjääriredelil ülespoole ja luuakse oma erapraksis. Erapraksise loomise üheks eelduseks on eriarstiks spetsialiseerumine ja vastava residentuuri läbimine. Meesarstid spetsialiseeruvad oma naiskolleegidest kiiremini. Viimaste spetsialiseerumist segavad lapse saamine, abielu ja perekond, mis lükkavad edasi naiste eriarstiks saamist.

Käesoleva aja trendide kohaselt toimub tervishoiusüsteemi areng suunas, kus peatselt suurem osa arstidest on töövõtjad. 1994. a. töötasid üle kolmandiku arstidest arstide kollektiivis. Uurijad arvavad, et arstide töö organisatsioon muutub käesoleval ajal evolutsiooniliselt. Suurenevad arstide töökollektiivid ja tervishoiuasutused muutuvad organisatsioonidena multidistsiplinaarseteks meditsiinitööstusteks. Samas tabavad kõiki arste kliinilise autonoomia vähenemisest tingitud pinged (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:17-18). Arstid töötavad juba praegu mitmel pool maailmas ja ka meil pideva ülekoormusega ja teadmise, et nad peavad tegema ära rohkem tööd väiksema palgaga. Selline olukord tähendab töötingimuste halvenemist, mis toob endaga kaasa (Herzbergi teooriat kasutades) arstide rahulolematuse kutsetööga. Samas ei ole raha ainuke motivaator, mida tööandjad kipuvad ikka ja jälle ära unustama (Dalton, 2010).

Võrreldes saksa arstide tööga rahulolu ja tasu norra arstide omaga selgus, et norra arstide tööga rahulolu ja tasu olid oluliselt kõrgemad kui saksa arstidel. Sarnane tulemus saadi ka kahe maa haiglaarstide rahulolu võrreldes. Seda tulemust saab seletada sellega, et norra arstidel on vastuvõetavam töötasu, töökoormus ja kontroll kliinilise töö üle. Norra arstidega võrreldes peaaegu kolm korda suurem osa saksa arstidest olid tööstressis (Vollmer et al., 2011; Rosta, Nylenna, Aasland, 2009).

Saksa arstid olid ka vähem rahulolevad kui USA arstid. Tööga rahulolu mõjutasid mõlemal maal patsientide ja kolleegidega suhtlemiseks jääva aja nappus, vajadus suurendada rahastamist, arstide soov osaleda pakutavate teenuste parendamises ja otsustes, mis mõjutavad patsientide ravi (Janus et al., 2008).

Delhi haiglaarstide uuringust selgus, et ligi pooled küsitletud arstidest olid rahulolematud liiga pikkade tööpäevade ja liiga paljude igakuiste öövalvetega. Ligi poolte vastanud arstide arvates oli nende töötasu kehv, nii vastasid oluliselt sagedamini vallalised, internid ja 8 ja enam öövalvet kuus tegevad arstid. Enam kui pooled arstidest olid rahulolematud oma professiooni valikuga (Kaur et al., 2009).

Arstide jaoks on tavaline, et nad peavad käima valves, nende töö on pingeline, tempokas ja seda on palju. Samas ei vasta arstide arvates nende palk vastutuse määraga ja see on omakorda seotud rahuloluga. Sissetuleku klass on seotud rahuloluga ja sissetulekuga mitterahulolu on omakorda seotud suurenenud tõenäosusega, et arstid lahkuvad töölt 2 aasta jooksul (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:18).

### **Arstide väärtused, identiteet ja tööga rahulolu**

Inimeste, sealhulgas arstide, väärtused on seotud vanuse, sugupoole, sissetuleku, usutunnistuse ja sotsiaal-poliitiliste uskumuste ja kultuuriliste erinevustega jms. Arstide töökogemus võib mõjutada nende väärtusi. Arstidel võivad olla spetsiifilised iseloomujooned, väärtused ja lootused, näiteks selle kohta, miks nad otsustasid valida meditsiini oma kutsetöök. Pere ja lapsed ei ole ainsad asjad, millele arstid soovivad töö kõrvalt aega kulutada. Lääkäri 2008 uurimuses oli kümne aastaga kasvanud arstide osakaal, kelle jaoks elus tähtis väärtus oli võimalus harrastusteks ja enese teostamiseks (Heikkilä et al., 2009:72).

Olukorras, kus Soomes naisarstid moodustasid veidi üle poole arstide üldarvust, püsis endiselt sooline stratifitseerimine, mis tähendas seda, et väiksem osa naistest oli kõrgema staatusega arstierialadel. Näiteks olid nad alaesindatud arstiteaduskondade õppejõudude, teadlaste ja tervishoiuasutuste juhtide hulgas. Naisarstide respektseerimine kutsetööl ei ole ilmtingimata sama kõrgel tasemel kui muude elukutsete esindajate poolt neile antav hinnang. Viimaste hulgas olid naisarstid kõrgelt hinnatud.

### *Eesti arstide tööga rahulolu*

Puohiniemi (1995) leidis, et suurem osa altruistidest (tema uurimuses oli altruiste 30%) olid naised, mitte mehed. Altruistid on omakasupüüdmatud isikud, kes valmis ohverdama isiklikud huvid teiste heaolu nimel. Näiteks võivad nad tunda muret heade lähisuhete säilitamise, loodusressursside ja muude universaalsete väärtushinnangute pärast. Arstid, kes ravivad oma haigeid patsiente on aitajad, mitte altruistid.

Ametialane või professionaalne identiteet vastab professioni esindajate oma kontseptsioonile või oma ettekujutusele enda kohta. Professionaalne identiteet areneb koolituse käigus ja seda mõjutab töökeskkond. Arstide ametialase sotsialiseerumise puhul on tegemist protsessiga, mille käigus isikust saab professioni võrdväärne liige. Koolituse ajal saadakse ettekujutus oma tulevase ametist, õpitakse ametis vajalikud teadmised ja oskused (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:18-19).

Omandatakse ameti liikmeskonna tegevusstandardid ja normid, sotsialiseerutakse pikkamööda ametkonda ja harjutakse esimese töökoha organisatsioonikultuuri, traditsioonidega, mõtlemis- ja suhtlemistavadega. Professionaalse identiteedi ehitumise keskel käib mina määratlemine ja sotsiaalses kontekstis ootustega kokkusobitamine. Noor arstitudeng võib mõelda, milline inimene ta on ja milline võiks temast saada arstina.

Tööga rahulolu on oluliseks teguriks lähtudes arstide spetsialiseerumise, residentuuri läbimise, eduka tööle asumise ja kompetentseks arstiks saamise seisukohast. Selgus, et nende arstide tööga rahulolu oli kõrgem, kelle eriarstiks spetsialiseerumisel põhines koolitusprogramm paikkonnale, mitte ülikoolile.

Eesti perearstide ja Soome üldarstide professionaalse identiteedi võrdlemisel leiti, et jaoskonnaarstide kitsale tagapõhjale vaatamata olid Eesti perearstid Soome üldarstidele sarnaselt eelkõige esmatasandi arstid. Mõlema maa arstide minapilt oli enamjaolt sarnane ja vastas üldarsti tööle ja rollile.

USA naisarstidest oli 84% rahul oma karjääriga, mis oli kõrgem arstide üldisest karjääriga rahulolust (80%). Viimane on omakorda seotud kliinilise autonoomiaga, mille kujunemisel on olnud peamise tähtsusega dokumendiks Flexneri raport (1910) diplomieelse koolituse standardiseerimise kohta (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:19). Landon (2004) leidis, et ka esmatasandi arstid ja eriarstid, kellel oli raskusi heal tasemel ambulatoorse ja statsionaarse ravi teenuse pakkumisega, olid oma karjääriga vähem rahul.



Kui veel Eesti Vabariigis enne sõda oli arsti elukutse prestiižikas ja tasuv, siis olukord muutus kardinaalselt Eesti okupeerimisega. Nõukogude Liidus oli arsti kutsetöö tsentraalselt juhitud, bürookraatlik, madala prestiižiga ja madalalt tasustatud, kuna tegemist oli nn mitteproduktiivset teenust pakkuva tööga. Sellistes tingimustes kaotasid arstid oma traditsiooniliselt kõrge sotsiaalse prestiiži ja profession korporatiivse identiteedi. Arstide profession muutus nii, et neil oli patsientide diagnooside ja ravi küsimustes suur otsustusõigus. Samas oli nende otsustusõigus väike tervishoiu-politilistes küsimustes ning näiteks sanitaar- ja epidemioloogiasteenistuse arstidest 1/3 ei olnud oma tööga rahul. Nõukogude meditsiin toetus esmatasandil polikliinikutele, kus oli traditsiooniliselt suur naisarstide (umbes 3/4 arstidest) osakaal. Nõukogude tervishoiusüsteemi reformi hakati Venemaal ellu viima, kus muutustega kaasa minemiseks pidas tervishoiuministerium 1995. a. kõige tähtsamaks tervishoiureformi elemendiks üldarsti süsteemi sisseviimist. Viimase eeskujuks sooviti juba 1993. a. võtta Kanada peremeditsiini mudelit, kus 40% arstidest olid perearstid (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:19-20).

Paari aasta tagusest (2009) artiklist selgub, et Venemaal on meesarstid rahulolevamad oma naiskolleegidest, polikliinikuarstid rahulolevamad kui haiglaarstid. Naised on meestest enam rahul oma suhetega patsientide ja kolleegidega ja enamus arstidest on rahulolematud juhtimise ja ajasurvega. Autorid leidsid, et sellised tööd iseloomustavad muutujad, nagu kliiniline autonoomia, ressursid, ajasurve ja juhtimine kujundavad arstide tööga rahulolu Venemaal just nii nagu ka mujal maailmas (O'Leary, Wharton, Quinlan, 2009).

Tartu Ülikooli audoktor Mauri Isokoski kirjutas 1998. a. ilmunud raamatus "Peremeditsiin", et Soome õppejõudude osa Eesti perearstide koolituses keskendus perearsti identiteedi tugevdamisele, eneseväärikuse tõstmisele, vastutustunde lisamisele ja õpimotivatsiooni säilitamisele. Põhiprobleemiks oli perearsti asendi määratlemine tervishoiusüsteemis ja palgataseme kehtestamine. Noore perearsti tulud pidid Isokoski arvates olema vähemalt samal tasemel kui pika staažiga haiglaarstil.

Eesti taasisesivsuse järel on täpsustatud arstide arvu ja selgitatud arstide erialasid, kus enamuses olid naised (peremeditsiin, pediaatria, günekoloogia) ja mehed (kirurgia, radioloogia, militaarmeditsiin). Eesti statistika sarnanes Ühendkuningriigi statistikale. Viimase andmetel töötasid naised meestest sagedamini üldarstina, samas töötasid mehed sagedamini kirurgina. Kirurgidest ongi protsentuaalselt suurim osa mehi. Soome tööalistest üldkirurgidest oli 2003. aasta alguses mehi 83% (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:19-20).



### *Eesti arstide tööga rahulolu*

Mehhiko uurimusest selgus, et naisarstide osakaal on viimasel kümnendil kasvanud. Leiti, et naisarstid on truud oma asutusele ja tööpiirkonnale. Iisraeli olukord on unikaalne kogu maailma kontekstis, kuna nende arstidest on enamus immigrandid ja naised. Eesti meditsiinis on naisarstide ülekaal püsinud juba pikemat aega ja see lähenes 1990-ndate alguses juba 80%-le, mis autori arvates vähemalt hüpoteetiliselt pidi mõjutama Eesti arstide kutsetööga rahulolu (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:20).

Mitmete uuringutega on selgitatud, et tervishoiusüsteemis töötavate mees- ja naisarstide identiteet on erinevad. Naisarstid olid meesarstidest sagedamini huvitatud “pehmetest” väärtustest meditsiinis, nagu teiste aitamine ja töötamine inimestega. Kui meesarstid identifitseerisid ennast sagedamini tehnikute, parandajate, ettevõtjate, teadlaste ja juhatajatena, siis naisarstide hulgas oli rohkem neid, kes identifitseerisid ennast kutsumusega arstidena, humanistidena, tervisekasvatajatena, lohutajatena, kuulajatena ja sotsiaaltöö tegijatenä. Nagu juba eelpool selgus, töötavad naisarstid sagedamini esmatasandil (üldarstid, perearstid), kuhu tänapäeval on olnud probleemiks arstide tööle värbamine ja arstide nappusest tingitud suur töökoormus (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:20).

Calnan (1988) jaotas oma uuringu alusel üldarstid (perearstid) kahte gruppi: need, kes rõhutasid meditsiinis sotsiaalseid aspekte (sotsiaalselt suundunud) ja need, kes keskendusid patsiendi haigustele (meditsiiniliselt suundunud). Sotsiaalselt suundunud arstid olid sagedamini naised ja nooremad kui 35 aastat. Maal töötavad arstid olid sotsiaalselt suundunud ja linnades töötavad arstid olid meditsiiniliselt suundunud. Tööga rahulolu oli suurem nende arstide hulgas, kes olid sotsiaalselt suundunud võrreldes nendega, kes olid meditsiiniliselt suundunud.

Professionaalse identiteedi selgitamisel nii haigla- kui ka üldarstid tundsid ennast eelkõige töörühma liikmete, abistajate ja kuulajatena. Lisaks selgus üldarstide ja haiglaarstide võrdlemisel, et esimesed identifitseerisid ennast sagedamini humanistide ja bürokraatidena (*carers*), samas kui haiglaarstid pidasid ennast sagedamini tervendajateks, teadlasteks ja tehnikuteks (*curers*). Neid tulemusi pidasid soomlased kaudseks vihjeks ja tegevusülesandeks tervishoiuorganisaatoritele ja meditsiinitöötajatele. Sama uurimusega selgitas Kumpusalo (2002), et Soome üldarstidest vaid 10% pidasid iseseisva ettevõtja identiteeti vastavaks oma professionaalsele identiteedile. Soome arstid on oma professionaalselt identiteedilt rohkem patsiendi- kui organisatsioonikesksed, rohkem töörühma liikmed kui eraettevõtjad ja rohkem kuulajad kui juhatajad. Soome esmatasandi arstid on oma professionaalselt identiteedilt tugevalt perearstid. Viimane tulemus oli sarnane Eesti arstide uurimuse tulemustega (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:20-21).

## Karjäärivalik meditsiinis

Arstide karjäärivaliku ja sellega rahulolu uuringud keskenduvad enamasti sissetulekutele, erialale, sugupoolele, töökoormusele, autonoomiale, tööpingele patsientidega, eluviiside valikule, töökeskkonnale ja kindlustustingimustele. Muudele koolituse, isiksuse ja professionaalsetele faktoritele on uuringutes vähem tähelepanu pööratud.

Küsitlusuuringuga 2006. aastal, mis käsitles 3170 (59%) USA arsti vastuseid, selgitati, et sellised faktorid nagu rahulolu arstiõppega, arsti-teaduskonna koht tippõppeasutuste nimekirjas, kliinilise kompetentsuse hindamine, õpetamine ja uurimistöödega tegelemine, elukestvale õppele suundumine ja professionaalne mitmekülgus võivad pakkuda sügavamad arusaamist arstide karjääriga rahulolu kohta (Hojat et al., 2010).

Selgitamaks meditsiinilise personali olukorda Euroopas viis *Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors* 1991.a läbi laiahaardelise uurimuse. Selgus, et Euroopas oli üks miljon ja 158 000 arsti (1994), mis andis 314 patsienti ühe arsti kohta (erinevates riikides 231–610 patsienti). Naisarste oli 34%. Prognoositi, et aastal 2010 on Euroopa arstikond kiiresti vananev ja arstide karjäärivalikut hakkab ilmselt olulisel määral mõjutama sugupoolele lisaks ka sugupõlv.

Selle kohta, millises suunas Eesti arstide ametialane karjäär võiks eelolevatel kümnenditel arenema hakata, saab ettekujutuse USA ja EL teadlaste uurimustest. Üheks muutuste suunaks on see, et arstide erialane tegevus on üha suuremal määral seotud organisatsioonidega, mida omakorda piiritlevad ametialased juriidilised raamdokumendid. Samas hakkavad kustuma absoluutselt selged ja kohati kunstlikud erialased piirid, kuna kliinilises töös peetakse teatud valdkondade kattumist loomulikuks (näiteks kliiniline psühholoogia). Arsti töö on edaspidi üha rohkem multidistsiplinaarne tiimitöö, kus pole vaja kaitsta oma territooriumi, vaid saab efektiivselt kasutada oma oskusi ja teadmisi patsiendi ja enda hüvanguks.

Nuori lääkäri 88 küsitlusuuringu alusel selgitati Soomes esimest korda nais- ja meesarstide hinnanguid oma karjäärivalikule. Naised vastasid meestest sagedamini, et nende karjäärivalikut meditsiinis olid mõjutanud kutsumus, hea keskkooli lõputunnistus ja huvi inimese vastu. Heapalgaline amet, hinnatud amet ja perekonnas või suguvõsas arst olid omakorda mõjutanud mehi naistest sagedamini.

Meditsiini valimine kutsetööks oli ka USA meesarstidel sagedamini kui naisarstidel seotud selliste valikukriteeriumitega nagu hea sissetulek ja ameti kõrge prestiiž. Selgus seegi, et kord tehtud valik oli paljude arstide jaoks osutunud valeks ja seda pärast keskmiselt 7 aastat tööd tervishoiusüsteemi erinevates sektorites (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:21-22).

### *Eesti arstide tööga rahulolu*

USA-s ei valiks üks kolmandik naisarstidest meditsiini oma erialaseks kutsetöökseks ega hakkaks uuesti arstiks pürgima. Eestis oli selliste arstide osakaal veelgi suurem. 1995. a. uurimuse alusel ei pürgiks Eestis uuesti arstiks ligi 40 protsenti 1982–1991 diplomeeritud arstidest. Olukord ei olnud parem Ühendkuningriigis, kus 30% arstidest kahetsesid oma valikut arstiks pürgida. Soomes arvasid 22% arstidest, et nad mõtleksid mõnele muule professionile, kui nad nüüd alustaksid oma ülikooliõpinguid.

Arstide kutsetöö on mitmekülgne ja vaheldusrikas. Nende töö nõuab kohtumisi ja koostööd paljude erinevate inimestega. Arst saab ennast tunda vajalikuna ja edendada inimeste tervist. Tema töö on iseseisev, kliiniliselt autonoomne ja huvitav. Kuid arstide sotsiaalne tagapõhi on erinev ja see võib mõjutada nende tööga rahulolu (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:22).

Arstid ei ole immuunsed monotoonse mittestimuleeriva töö suhtes, mis pakub vähe spetsialiseerumise ja arenguvõimalusi ega arvesta arstide oskuste, huvide ega võimetega. Osa arste vastustab monotoonsust lahkumisega uurimistööle, tööle ravimfirmadesse ja teistesse ettevõtetesse (Lazarus, 2011). Infotehnoloogia (IT) kasutamine teiste arstidega suhtlemiseks ja e-posti saatmine patsientidele olid positiivselt seotud arstide karjääriga rahuloluga. Selgus, et viie kuni kuue ja seitsme kuni üheksa IT vahendi kasutamine ennustas positiivses mõttes enim arstide olemist väga rahul oma karjääriga (Elder et al., 2010). Arstide professionaalsuse, teenuste kvaliteedi ja patsientidega vastutuse jagamisega on seotud IT, digilugu, haiguste haldamise moodsad mudelid ja tuleviku e-terviseteenused (Mechanic, 2008).

Milline on tuleviku esmatasandil töötav perearst? S. Junnila (1993) arvas, et:

1) ta on terminaalsete teenuste osutaja, kes leevendab valu, vähendab kannatusi ja omab preestri, psühhiaatri ja anestezioloogi koolitust;

2) ta on säästja, kes vähenevate tervishoiuressursside ja personali tõttu lõpetab marginaalse ravi ning omab eetilist, majanduslikku ja juriidilist koolitust;

3) ta on välismaa arst, kes toob kaasa oma kultuuri, sotsiaalse keskkonna eripärad ja omab sotsioloogilist ja epidemioloogilist koolitust;

4) ta on kasvuhoone arst, kes globaalsete ilmastikumuutuste, elatustaseme languse tõttu muutub ja omab keskkonnabioloogia ja nakkushaiguste arsti koolitust. Ta on sitke perearst, kes jääb ellu kui eriarstiabi ülalpidamiskulud osutuvad kogu maailmas liiga kalliks. Tema edu saladuseks on suhtlemisoskused, tiimitöö ja muutumine koos uuenemisega, mis lisaks soliidsetele erialastele oskustele on vajalikud tuleviku üldarstile pärast aastat 2020 (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:22).

Handysides (1994) näeb üldarstides paikkondlikke epidemiolooge, ettevõtjaid, võrgustikus töötajaid, perearste, kes pakuvad kaitset ja “tõmbavad” esmatasandi arstiabi voolusängi haiglate patsiendid koos haigekassa rahadega. Üldarstidel on tervishoiusüsteemis valitsevas tihedas konkurentsiasendis teatud eelised, mis väljenduvad selles, et nad on enamjaolt kõik kunagi töötanud haiglates, kuid osa haiglaarste ei ole kunagi töötanud esmatasandil (Sepp, Virjo, Mattila, 2007: 22-23).

USA-s 1990-ndate lõpul ja 2000-ndate keskel teostatud läbilõikeline uurimus 12474 (2002) ja 6590 (2009) arsti kohta näitasid, et kutsetöoga rahulolu varieerus 33 (2002) ja 42 (2009) arstieriala lõikes ja olenes eelkõige arstide sissetulekutest. Muude arstierialade hulgas oli teistest suuremaks spetsialiseerunud arstide arvu poolest perearstindus. Uuringu kokkuvõttes esitati seisukoht, et kuna erialati on arstide rahulolu erinev, siis sellega peavad arvestama residentuuri korraldusega tegelevad juhid, poliitikud, arstid ja arstiüliõpilased, et teha oma isiklike, erialaseid ja poliitilisi valikuid (Leigh, Tancredi, Kravitz, 2009; Sepp, Virjo, Mattila, 2007:23).

Austraalias 2008. a läbiviidud 5193 arsti uuringuga selgus, et kõrge tööga rahulolu oli arstidel seotud hea toetusvõrgustikuga, realistlike ootustega patsientidega ja võimalusega saada töölt vabapäevi. Üldarstidega võrreldes langetas valvetes töötamine haiglaarstide tööga rahulolu. Neid esimesi rahvuslikke arstide tööga rahulolu tulemusi pidasid uurijad olulisteks tuleviku tervishoiureformide ja poliitika suunamuutuste mõjutajateks (Joyce et al., 2011).

Norras vastasid 2008. aastal tööga rahulolu uuringule 1072 (65%) arsti. Tulemustest selgus, et arstide tööga rahulolu kasvas nende vanuse kasvades. Eraarstide tööga rahulolu oli kõrgem kui üldarstidel ja haiglaarstidel. Kõige madalam oli tööga rahulolu kirurgilistel erialadel töötavatel arstidel. Arstide tööga rahulolu oli negatiivses korrelatsioonis pikkade tööpäevadega ja positiivses korrelatsioonis nägemusega enda professionaalsest ettevalmistusest ning sellega, et arstid omasid lisaks tavatööle osa-ajalisi töösuhteid. Teine Norras läbiviidud uuring näitas, et tervishoiureformidel ei olnud mingit olulist mõju arstide aastatega kasvanud tööga rahulolule (Aasland, Rosta, Nylenna, 2010; Nylenna, Aasland, 2010).

Soomes uuriti 1092 noore arsti hinnanguid heaoluriigile. Tulemustest selgus, et noored arstid on kriitilisemad pakutava sotsiaalkaitse suhtes võrreldes oma vanemate kolleegide ja kogu populatsiooniga. Noored arstid sooviksid vanematest arstidest enam anda suurema vastutuse erasektorile. Samas ei ole noored arstid eriti kriitilised tervishoiusüsteemi funktsionaalsuse suhtes. Noorte arstide hinnangud heaoluriigi kohta ei ole eriti radikaalsed.

Tulemused näitavad meile, et arstide hinnangud heaoluriigi kohta ei muutu tulevikus dramaatiliselt. Noorte arstide hinnangud sotsiaalkaitse, tervishoiusüsteemi funktsionaalsuse ja erasektori rolli kohta korreleeruvad hästi üldise poliitilise orientatsiooniga ja nendega on oluline arvestada, kuna tuleviku teenused struktureeritakse nende jaoks (Saarinen, 2009).

## **Arst ja sugupool**

Meditsiiniprofessioon, tööjaotus tervishoiusüsteemis, arstide kutsetöö ja karjäär on USA-s ning mujal leidnud enamasti käsitlemist meesarstide seisukohast lähtudes, mis tähendab üldkokkuvõtteks seda, et mehed teevad läbi aeglasema või kiirema tõusu ametiredelil. Naisarstide puhul peab arvestama sellega, et nende karjääri katkestavad sünitused ja lapsehoolduspuhkused. Naisarstid jäävad professionaalses arengus maha ja hierarhilises tervishoiusüsteemis vähemprestiižikatele erialadele ja madalamatele ametiastmetele. Samas on näiteks funktsionaalse suuna tuntuim esindaja Talcott Parsons uskunud, et arsti rolli sotsialiseerumine muudab varasemaid käsitlusi nende sugupoolest ja rollidest. Arstide puhul tähendaks see seda, et neil ei oleks arstirolli täites sugupoolt ega nende personaalsed väärtused ja normid ei seostuks nende kutsetöoga (Löytyniemi, 2004).

Davies (1996) väidab, et sugupoolt on professiooni uurimise puhul käsitletud kolmest erinevast, kuid mitte vastanduvast vaatenurgast, mis kõik võimaldavad erinevaid küsimuseasetusi ja vastuseid.

1. *Naised probleemina*: naiste kutsetöoga mitterahulolu või nende liiga väike või suur osakaal professiooni esindajatest.
2. *Sugupool personaalse määratlejana*: sugupoolt uuritakse empiirilisel käsitledes erinevusi meeste ja naiste ametialastest seisukohtadest ja tegevustest lähtudes. Sugupoolt ei problematiseerita; meeste ja naiste vahelised erinevused on piisavad selgitajad.
3. *Sugupool suhtena ja sotsiaalse konstruktsiona*: Professiooniuurimuse “*new turn to gender*” eemaldub sugupoole fenomeni iseenesestmõistetavusest. Sugupoole mõistmine suhtena tähendab selle vaatlemist keeles ja sotsiaalses praktikas rakenduvana. Meeste ja naiste asemel on huvi keskpunktis kultuur ja selles sisalduvad maskuliinsetena või feminiinsetena mõistetavad vormid. Neid sugupoole kirjeldusi nähakse ressurssidena, millest rakendatakse personaalsed identiteedid, institutsionaalsed ja professionaalsed käitumisvormid. Maskuliinse ja feminiinse suhtena sündiv sugupool ei ole kunagi valmis ja lõplik, vaid seda peab kogu aeg toetama toimiva praktilise struktuuriga. Selline valmisolek muutumiseks võimaldab sugupoole – ja samas ka professiooni – teadlikult küsitavaks muutmist (Sepp, Virjo, Mattila, 2007: 23-24).

Eestis jõudsid esimesed naised akadeemilise hariduseni peamiselt meditsiiniõpingute kaudu. Paljud meditsiinstuudiumi varem alustanud omandasid arstidiplomi alles Eesti Vabariigi Tartu Ülikoolis (Kivimäe, 1999:142-163). Seejärel kasvas naisarstide osakaal läbi kogu 20. sajandi, kuna nad pääsesid arstiteaduskonda varasemast suuremal arvul meeste asemel õppima. Taasiseseisvunud Eestis vähenes esimese kümne aastaga naisarstide arv 4140-lt (1991) 2970 arstini (2002). Eesti arstide üldarv vähenes sama ajaga 5500-lt (1991) 4200-ni (2002). Teise kümne aastaga kasvas registreeritud naisarstide arv 2970-lt (2002) 4362-ni (2011). Samas ajal kasvas registreeritud eesti arstide koguarv 4200-lt (2002) 5884<sup>3</sup> (2011). Enamik arstidest on saanud oma hariduse ja arstikutse Tartu Ülikoolist. Meesarstide arv on viimase kümnendi jooksul veidi kasvanud (tabel 7).

**Tabel 7.** Arstide arv 1921–2012. Allikas: *Sepp, Virjo, Mattila 2007 ja seal toodud originaalallikatele; www.terviseamet.ee.*

Aasta	Mehed	Naised	Naiste %
1921	346	24	7
1927	685	122	15
1933	723	182	20
1937	733	199	21
...	...	...	...
1991	1380	4140	75
1995	1146	3439	75
1999	1119	3307	75
2000	1195	3219	73
2001	1152	3123	73
2002	1220	2970	71
...	...	...	...
2011	1522	4362	74

Käesoleval ajal on Eestis töötavatest arstidest naisi veidi üle 70% ja perearstidest on kümnest üheksa naised. Ajakirjas *Medical Student JAMA* prognoosib Jodi Elgart Paik (2000), et aastaks 2010 on USA-s 1/3 töötavatest arstidest naised.

Kui ajalooliselt asusid naised meeste poolt vabaks jäetud erialastele ametikohtadele ja alguses said nad ravida vaid naisi ja lapsi, siis järjest sagedamini töötab naisi ka maskuliinsetel arsti erialadel, sealhulgas kirurgidena.

<sup>3</sup> Vabariigi Valitsuse 09.10.2008 määrusega nr 148 „Tervishoiutöötajate riikliku registri põhimäärus“ paragrahv 16 lõige 1 alusel säilitatakse registri digitaalsesse andmebaasi kantud andmed alaliselt. Seega ei tähenda arstide arv 5884 (31.12.2011) seda, et Eestis on töötavaid arste piisavalt. Registris on arstide andmed kuni isiku surmani.

### *Eesti arstide tööga rahulolu*

Briti naisarstide karjääri uurimuse alusel selgus Isobel Allen'il (1988) vajadus muuta kõikide arstide karjäärisüsteemi, mis sellisena oli ajast ja arust, traditsiooniliselt jäik ja ei võimaldanud kaasaegset karjääriplaneerimist ega personaalset karjäärivalikut (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:24).

Muutuste puhul pidas ta eesmärgiks seda, et arstide individuaalsed kohustused ja karjäär ei oleks sirgjoonelised, vaid võimaldaksid erialavalikut (üldarst) ja jäämist väljaspoole haiglasüsteemi. Viimast seletas Isobel Allen (1988) nende sooviga olla sõltumatud ja vältida sattumist võistlevasse ja hierarhilisse haiglamaailma (Sepp, Virjo, Mattila, 2007: 24-25).

Naisarstide karjääriplaneerimine ongi keerukas, kuna neile kuulub sündinud laste eest hoolitsemine. Briti naisarstid jätavad kõikide ühiskonnannormide kohaselt oma töö ja karjääri pooleli ja hakkavad kodus sündinud last hoidma, mis juhib neid erialastele ametikohtadele, kus tööaja reguleerimine on paindlik ja karjäärivõimalused koos prestiižiga olematud võrreldes traditsioonilise (ja britilikult jäiga) haiglaarsti karjääriga. Chambers, Wall ja Campbell (1996) selgitasid briti mees- ja naisüldarstide tööga rahulolu ja tööga seotust. Küsitluse alusel said naised meestest enam tööst rahulolu patsientidega suhtlemisest ja töötasid vähem tunde, kuna laste eest hoolitsemine peres oli nende õlgadel (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:25). Jaapani arstide uuringust selgus, et meeste tööga rahulolu oli seotud haigla ressursidega ja naistel heade suhetega oma patsientidega (Wada et al., 2009).



## UURINGU ARST 2011 EMPIIRILINE OSA

### Töö eesmärgid ja hüpoteesid

Peamiseks eesmärgiks on vaadelda Eesti arstide tööga rahulolu ja seda mõjutavaid tegureid. Selgitame arstide väärtusi, professionaalset ja sotsiaalset identiteeti. Seejärel katsume leida Eesti arstide tööga rahulolu näitajatest Herzbergi motivatsiooniteooriast tuntud motiveerivaid ja hügieeni faktoreid. Lõpuks pakume praktilisi soovitusi, millele tuginedes arstid, Sotsiaalministeerium ja Tartu Ülikooli arstiteaduskond võiksid optimeerida oma tegevust arstide tööga rahulolu valdkonnas.

Motivaatoriteks on saavutus, tunnustus, töö ise, vastutus ja edutamine. Kui hügieenilistele faktoritele on vastatud, ütles Herzberg, siis motivaatorid edendavad tööga rahulolu ja julgustavad produktivsele tööle. Sepp, Virjo ja Mattila (2007) uurimistulemustele toetudes esitame neli hüpoteesi.

Hüpotees 1: Eesti arstide tööga rahulolu kujundavad Herzbergi motiveerivad tegurid.

Hüpotees 2: Enamik (75–80%) Eesti arstidest on oma tööga rahul.

Hüpotees 3: Arstide väärtuste hulgas on kümne aastaga kasvanud personaalsete väärtuste (pereelu, tervis, puhkus jms) osakaal.

Hüpotees 4: Arstide identiteedis on kümne aastaga kasvanud kokku kuulumine Eesti, Põhjamaade ja Euroopaga.

### Meetod ja valim

Uuriti aastail 1997–2006 diplomeeritud ja Eestis töötavaid arste (N=891). Uurimus viidi läbi veebiküsitlusena 2011. aastal ja küsimustik saadeti 330 arstile.

Uurimus teostati Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis ja Tampere ülikoolis ning Eesti Arstide Liidu koordineerimisel. Uuritavaks populatsiooniks valiti aastatel 1997–2006 Eestis või mujal (välismaal) diplomeeritud ja aastal 2011 Eestis töötanud arstid.

Analoogne uuring Arst 2000 viidi läbi 2000. aastal ja selle andmete laekumist võrdlevalt uuringuga Arst 2011 iseloomustab tabel 8.



<b>Arst 2000</b> 1987-1996 diplomeeritud arstid (N=1214)	<b>Arst 2011</b> 1997-2006 diplomeeritud arstid (N=891)
Valim n=669	Valim n=445
Aadress puudus n=240	Aadress puudus n=115
Küsimustik saadeti n=429	Küsimustik saadeti n=330
<b>Vastuseid saadi n=283</b>	<b>Vastuseid saadi n=213</b>

**Tabel 8.** Arst 2000 ja Arst 2011 andmete kogumine.

Uuritavate arstide nimistu koostamisel võtsime aluseks Tartu Ülikooli arstiteaduskonna andmed ja Sotsiaalministeeriumi terviseameti arstide registri (SoTAR).

Uurimuse materjal koguti veebiküsitlusega, mida peetakse selliste uuringute puhul sobivaks meetodiks (Ruskoaho et al., 2010). 2011. a. saadeti küsimustik pooltele aastatel 1997–2006 Eestis ja mujal arstidiplomi saanud ning Sotsiaalministeeriumi arstide registrisse kuuluvale isikule, kelle kohta olid olemas täpsed aadressandmed (n=330). Nende arstide arv, kes vastasid ja keda käesolevas uuringus kasutatakse, on 213.

Andmete analüüsimeetodite ja tulemuste esitamise puhul peab ütleva, et andmed sisestati Excel-failidena ja statistiline töötlus toimus programmiga *IBM SPSS 19.0*. Andmete analüüs põhines sagedustabelitel.

## Sotsiaalsed taustategurid

Arstid jagunesid sugupoole järgi järgmiselt: *naisi* oli 101 (73,7%) ja *mehi* oli 36 (26,3%). Varasemates uurimustes (Arst 2000 uuring) aastal 2000 oli naisi 378 (78,9%) ja mehi oli 101 (21,1%) ja (Noor Arst' 95 uuring) aastal 1995 oli naisi 80,3% ja mehi 19,7%. Seega on Eesti tervishoiusüsteemis naisarstide osakaal sarnane Soomele – 73% (Heikkilä et al., 2009).

Arstide keskmine vanus oli 34,8.

Abielus või vabaabielus oli 67,1% arstidest, lahutatud või perekonnast eraldi elas 3,6% ja leski oli 0,7%. Vallalisi oli 27,7%. Meesarstid olid suhteliselt vähem vabaabielus või abielus ja lahutatud ning naisarstid suhteliselt rohkem vallalised ja lesed.

Võrreldes Noor Arst'95 ja Arst 2000 oli käesolevas töös vallaliste osakaal suurem ja lahutatud eraldi elavate arstide osakaal väiksem (Saava, & Sepp, 2003). Soome arstide jaotus perekonnaseisu järgi oli erinev meie arstide omast (Heikkilä et al., 2009), abielus või vabaabielus arste oli Soomes rohkem (86%, meil 67,1%) ja vallalisi vähem (12%, meil 27,7%).

Lapsi oli 64,3% arstidest ja neid ei olnud või nende arvu ei avaldanud 35,7% arstidest. Kõige sagedamini oli arstide peres 2 last (42,8%), 25,8%-l oli üks laps. Kolm või enam last oli 10,9% arstidest. Suurim laste arv oli 5. Võrreldes Noor Arst'95 ja Arst 2000 uuringutega oli käesolevas töös suurem nende arstide osakaal, kellel ei olnud lapsi või kes ei avaldanud laste arvu (Saava, & Sepp, 2003). Soome arstidel oli peres lapsi oluliselt vähem: üks 21%, kaks last 29%, lapsi ei olnud või nende arvu ei märkinud 32% arstidest (Heikkilä et al., 2009).

Abielus ja vabaabielus olnud arstidest oli nüüd enam kui neljandikul abikaasagi arst või muu meditsiinilise haridusega. Võrreldes kümme aastat varasema uuringuga on see arv kasvanud (Saava, & Sepp, 2003). Soome arstide hulgas on see arv veelgi suurem. Seal oli 27%-l abikaasagi arst ja 9% muu tervishoiutöötaja (Heikkilä et al., 2009).

## Küsimustik

Uurimismeetodiks valiti anonüümne veebiküsitlus, mida taoliste uuringute korral on kasutatud. Küsimustiku koostamisel võeti aluseks Soome uurimisrühma "Lääkäri 2008" ankeet (Heikkilä et al., 2009), mida kohandati Eesti oludele. Ankeeti tehti mõned muudatused ja täiendused lähtudes toimunud muutustest meie tervishoiusüsteemis ja arstide tegevuses. Käesolev töö on osa Arst 2011 uuringust, mille ankeedis oli 82 küsimust või küsimuste rühma kokku 394 muutujaga, mis sisaldasid ka küsimusi tööga rahulolu ja erinevate positiivselt mõjuvate ning ebameeldivate tegurite kohta töökeskkonnas.

**Küsimused:** Arstide üldist tööga rahulolu selgitasin *küsimusega "Kui rahul üldiselt olete oma tööga?"* Vastusevariante oli viis, *väga rahulolematu kuni väga rahul*. Tööga rahulolu positiivselt mõjutavaid tegureid hindasid arstid vastates küsimusele *"Kui hästi järgmised tööga rahulolu mõjutavad tegurid realiseeruvad Teie praeguses töös?"* Ette oli antud 20 vastusevarianti. Vastusevariante oli viis, *väga halvasti kuni väga hästi*. Lõpuks uurisin tööga seotud ebameeldivate tegurite esinemissagedust küsimusega *"Kui tihti tunnete võimalike tööga seotud tegurite kahjulikkust oma praeguses töös?"* Ette oli antud 22 vastusevarianti. Kasutasin viieballilist hindamisskaalat: *mitte kunagi, harva, mõnikord, üsna sageli ja pidevalt*.

## **Tulemused**

Tulemuste osas esitame esmalt üldise ülevaate käesoleva uuringu tulemustest. Seejärel võrdleme saadud tulemusi Arst 2000 uuringu tulemustega. Lõpuks on lisatud võrdlusandmed Soomes läbiviidud taoliste uuringutega (peamiselt Lääkäri 2008 tulemused).

Käesoleva uurimuse tulemused põhinevad 213 arsti vastustele. Enamik vastanutest töötasid arstina ja neil oli põhitöökoht. Vähem kui kolmandik töötasid tähtajalise töölepingu alusel ja veidi alla kahe kolmandiku töötasid tähtajatu töölepingu alusel. Kui enamik arste töötas töölepinguga, siis enam kui pooled neist töötasid mitmel kohal (üle 1,0 koormusega). Täis tööajaga töötas rohkem kui iga kolmas ametis olev arst. Tulemused annavad üsna ülevaatliku pildi Eesti arstide kutsetööga rahulolust. Küsitlus hõlmas iga teist aastatel 1997–2006 diplomeeritud arsti, kellest selgelt üle poole vastasid küsitlusele.

## **Tööolud**

Arstide tööoludest uuriti nende tööhõivet, tööandjaid, tegelemist erapraksisega, ameteid, rahulolu valitud ametiga, töökohti, nende valikut mõjutanud tegureid ja töökoormust, varustatust infotehnoloogia vahenditega, töötamist ja enesetäiendamist välismaal, Eestist lahkumise põhjusi.

## **Tööhõive**

Arstide tööhõivet uuriti järgmiste küsimustega “*Kas Te olete praegusel hetkel ametis?*” ja “*Kes on praeguses ametis tööandja?*”.

Enamik vastanutest (98,2%) töötas arstina, nendest peaaegu kaks kolmandikku (62,9%) töötas tähtajatu töölepinguga. Tähtajalise töölepinguga töötas enam kui kolmandik (34,7%). Asendajana töötas ainult üks vastanud arst. Arstitööst oli eemal kaks (0,9%) vastanut.

Võrreldes Arst 2000 uuringuga oli sagenenud tähtajalise lepinguga töötavate arstide osakaal (34,7 vs 30,7%). Sarnane trend oli nähtav ka tähtajatu lepinguga töötavate arstide osakaalus (62,9 vs 57,7%).

Suurele enamusele arstidest oli tööandjaks avalik sektor (88,3%). Erasektoris töötas 11,7% vastanutest. Erasektoris töötavate arstide osakaal on jäänud viimase üheteistkümne aasta jooksul muutumatuks.

Soomes oli arstide tööhõive määr meie omast veidi madalam - 90,0%, arstina ei töötanud 10,0% vastanutest.

Tähtajatu lepinguga töötas seal 28,0% arstidest, kuid üllatavalt palju arste (53,0%) töötas tähtajalise töölepinguga. Sagedaseim (85,0%) arstide tööandja Soomes oli avalik sektor (enamuses vald või maakond ja 7%-l vastanutest riik). Erasektoris töötas 15,0% arstidest (Heikkilä et al., 2009).

## Töökohad

Arstide töökohti/tegevusvaldkondi uuriti küsimusega *“Teie töökoht/tegevusvaldkond?”*. Ette oli antud 12 vastusevarianti, mille alusel jaotati vastanud ravimeditšiinis, teadus/õppeasutustes ja mujal töötavateks.

Enamus vastanutest (87,3%) töötas ravimeditšiinis, 12,7% pidas arstiametit mujal, sealhulgas 9,4% töötas teadus- ja õppeasutustes ning 3,3% oli tegev riigiasutuses või ametis. Ravimeditšiini arstidest töötas haiglas 88,8% ja 6,1% olid perearstid.

Võrreldes Arst 2000 uuringuga on oluliselt kasvanud haiglaarstide osakaal (50,7 vs 88,8%) ja kahanenud perearstide osakaal (49,3 vs 6,1%) ravimeditšiinis, mis on 1990-ndate lõpus ja 2000-ndate alguses teostunud perearstireformi rakendumise tulemus. Kasvanud on töötamine ülikoolis/kõrgkoolis (2,0 vs 9,4%).

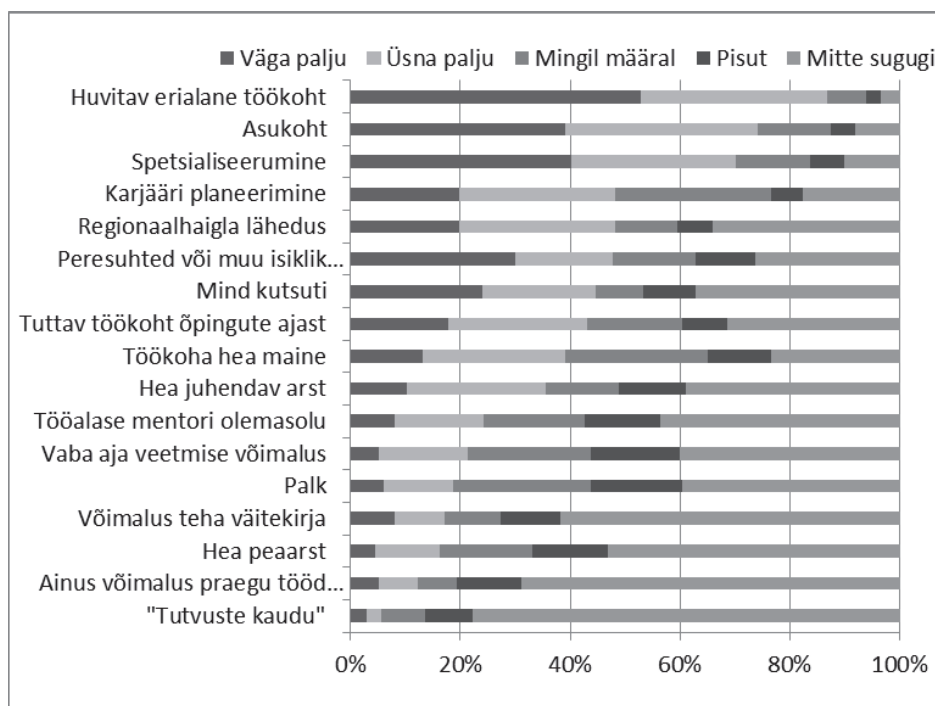
Soomes töötas kõikidest arstidest 59,0% haiglas (meil 77,0%), 19,0% tervisekeskustes (meil perearste 6,1%), 4% ülikoolis (meil 9,4%), 5,0% töötervishoius (meil 0,5%) ja 13% mujal (meil 7,0%) (Heikkilä et al., 2009).

Haiglas töötavatest arstidest töötasid pooled haigla ambulatoorses osas ja statsionaaris (50,0%). Ainult haigla statsionaaris töötas enam kui kolmandik vastanutest (36,4%) ja ainult haigla ambulatoorses osas töötas 13,6% vastanud arstidest.

Eestis soovisid suurem osa arstidest teha meelsamini haiglaarsti (66,7%) ja eraarsti (16,0%) tööd. Väiksem osa soovisid teha meelsamini perearsti, teaduri, õppejõu või administratiivarsti tööd. Aastal 2016 teevad arstid enda arvates haiglaarsti (69,1%) ja eraarsti tööd (11,4%).

## Töökoha valikut mõjutavad tegurid

Töökoha valikut mõjutanud tegureid uuriti küsimusega *“Millisel määral mõjutasid järgmised tegurid Teie praeguse töökoha valikut?”*. Ette oli antud 17 tegurit. Vastata tuli viiepalli skaalas alates mitte sugugi kuni väga palju.



**Joonis 4.** "Kui hästi järgmised tööga rahulolu mõjutavad tegurid realiseeruvad Teie praeguses töös?" Aastatel 1997–2006 diplomeeritud arstide vastuste (n=197) jaotus.

Jooniselt 4 selgub, et kõige sagedamini oli väga ja üsna palju töökoha valikut mõjutanud huvitav erialane töö (86,8%), järgnesid töökoha asukoht (74,1%) ja spetsialiseerumine (70,0%). Küllalt sageli oli mõjutanud töökoha valikut ka karjääri planeerimine (48,2%), regionaalhaigla lähedus (48,2%), peresuhted (47,7%), tööle kutsumine (44,7%), tuttav töökoht õpingute ajast (43,2%) ja töökoha hea maine (39,1%).

Võrdlus Arst 2000 uuringuga näitas, et oluliselt sagedamini märgiti Arst 2011 uuringus töökoha valikut väga või üsna palju mõjutanud teguritena spetsialiseerumist (70,0 vs 49,6%), karjääri planeerimist (48,2 vs 18,0%) ja tuttav koht õpingute ajast (43,2 vs 18,1%).

Soomes järjestusid töökoha valikut väga või üsna palju mõjutanud tegurid sageduse järgi sarnaselt meie uuringu tulemustega järgmiselt: huvitav erialane töö (80,0%), asukoht (77,0%), spetsialiseerumine (63,0%) ja peresuhted või muud isiklikud asjad (62,0%). Sageduselt viimastel kohadel olid neil võimalus teha väitekirja (10,0%, meil 17,2%), töökoha saamine „tutvuste kaudu“ (5,0%, meil 5,5%) ja ainus võimalus tööd saada (4,0%, meil 12,2%) (Heikkilä et al., 2009).

## Rahulolu ametiga ja elukutsega

Rahulolu valitud ametiga uuriti küsimusega *“Kas olete rahul valitud ametiga?”*. Vastata sai viiepalli skaalas alates väga rahulolematu kuni väga rahulolev. Oma ametiga väga või üsna rahulolevaid oli 92,0% vastanutest, väga või üsna rahulolematuid 1,4% ja vastuse raske öelda andis 6,6%. Võrreldes Arst 2000 uuringuga oli Arst 2011 vastanute hulgas oluliselt rohkem oma ametiga väga või üsna rahulolevaid (92,0 vs 84,5%) ja vähem neid, kes vastasid väga või üsna rahulolematu (1,4 vs 5,4%).

Rahulolu valitud elukutsega uuriti küsimustega *“Kui nüüd alustaksite õpinguid, kas ikekagi pürgiksite arstiks?”*. Arstiks pürgimise küsimusele olid vastusevariandid jah või ei. Neid kes vastasid ei võib pidada elukutses pettunud arstideks.

Uuringus Arst 2000 oli nn. pettunud arste 32,1 % (Noor Arst'95 uuringus isegi 38,6%), siis Arst 2011 vastanutest oli pettunute osakaal oluliselt kahanenud (10,3%). Seega oli meil aastaks 2011 nn. pettunud arstide osakaal võrreldes 1995. aastaga oluliselt vähenenud (38,6 vs 10,3%).

Soomes oli nn. pettunud arstide osakaal 1993.a. 22%, 1998.a. 25%, 2003.a. 22% ja 2008.a. 17% (Heikkilä et al., 2009).

## Töökoormus

Töökoormust uuriti küsimusega *„Kas Te patsientidega täiskoormusega töötades hindate oma töökoormust?”*. Ette oli antud kolm vastusevarianti, mille alusel jaotusid vastanud liiga suure töökoormusega, paraja töökoormusega ja liiga väikse töökoormusega töötavateks arstideks.

Veidi üle poole vastanud arstidest pidas enda töökoormust parajaks (51,9%), liiga suureks pidas töökoormust koguni 47,5% vastanutest ja liiga väikeseks ainult üks vastanud arst!

Teiseks uuriti arste küsimusega *„Kas Te olete ametis?”* ja ette oli antud kolm vastusevarianti, mille alusel jaotusid vastanud üle 1,0 koormusega töötavateks, täis tööajaga töötavateks ja osalise tööajaga töötavateks arstideks. Üle poole vastanud arstidest (50,2%) töötas küsitluse hetkel suvel 2011 mitmel kohal (üle 1,0 koormusega). Täis tööajaga töötasid 38% ja osalise tööajaga 11,8% vastanud arstidest.

Võrreldes Arst 2000 uuringuga oli mitmel kohal (üle 1,0 koormusega) töötavate arstide osakaal oluliselt tõusnud.

## Töötasu

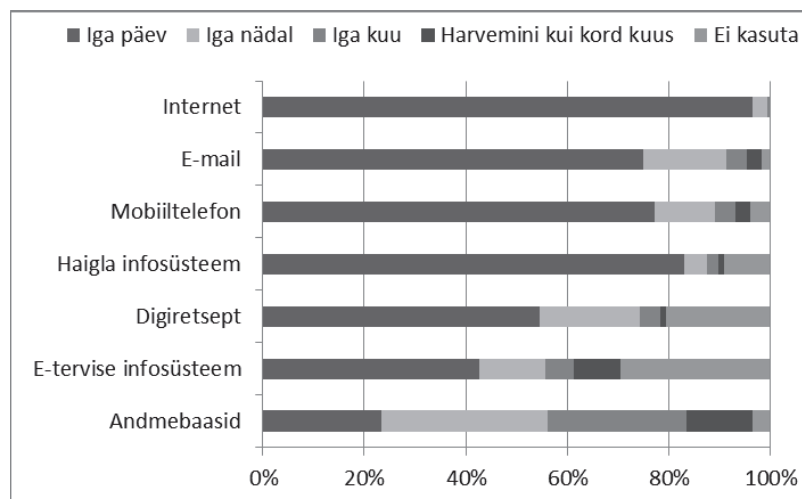
Töötasu muutumist uurisime küsimusega „Kas viimase kahe aasta jooksul Teie töötasu?“ ja ette oli antud kolm vastusevarianti, mille alusel jaotusid vastanud arstideks, kelle töötasu suurenes, jäi samaks ja vähenes. Vähem kui pooltel vastanutel oli palk jäänud samaks (44,1%) ja veidi enam kui kolmandikul vähenenud (34,0%). Palk oli viimase kahe aasta jooksul suurenenud enam kui igal viiendal vastanud arstil (21,8%).

Töötasu vähenemist täpsustati küsimusega „Kui Teie töötasu vähenes, siis mille arvel?“ Umbes  $\frac{3}{4}$  vastanutest oli töötasu vähenenud lisatasude vähenemise/kadumise arvel (76,1%). Ligikaudu  $\frac{1}{3}$ -l vastanutest olid töötasu vähendamiseks kasutusele võetud nn Masupäevad ehk nad olid pidanud kasutama palgata puhkust (34,3%). Põhipalka vähendati umbes neljandikul vastanud arstidest (23,9%).

Rahulolu töötasuga uuriti küsimusega „Kas Te olete oma töötasuga rahul?“. Sellele küsimusele olid vastusevariandid viiepalli skaalal väga rahul kuni väga rahulolematu. Oma töötasuga väga või üsna rahulolevaid oli 34,6% vastanutest, väga või üsna rahulolematuid 53,2% ja vastuse ei oska öelda andis 12,2%.

## Infotehnoloogia kasutamine

Arstide varustatust infotehnoloogia (IT) vahenditega uuriti küsimusega „Kui sageli Te kasutate oma töös järgmisi vahendeid?“. Ette olid antud olulisemad IT vahendid ja vastata tuli nende kasutamise sageduse kohta. Tulemused on esitatud joonisel 5.



Joonis 5. „Kui sageli Te kasutate oma töös järgmisi vahendeid?“. Aastatel 1997–2006 diplomeeritud arstide vastuste (n=176) jaotus.



Võrreldes Arst 2000 uuringule vastanutega kasutasid Arst 2011 uuringule vastanud arstid vähemalt kord nädalas (s.o. iga nädal + iga päev) oluliselt sagedamini internetti (99,4 vs 74,3%), e-maili (91,5 vs 63,1%) ja mobiiltelefoni (89,2 vs 78,2%). Publikatsioonide andmebaaside kasutamises ei olnud toimunud olulisi muutusi.

Uute IT vahenditena oli vastanud arstidel 2011 vaja iga päev kasutada haigla infosüsteemi (kasutas iga päev 83%), digiretsepti (54,5%) ja e-tervise infosüsteemi (42,6%) vastanutest.

Rahulolu digiretsepti ja e-tervise infosüsteemi kasutamisega uuriti küsimusega „Kui Te kasutate oma töös sageli digiretsepti ja e-tervise infosüsteemi, siis kui rahul te nendega olete?“. Sellele küsimusele olid vastusevariandid viiepalli skaalal väga rahul kuni väga rahulolematu. E-tervise infosüsteemi kasutamisega väga või üsna rahulolevaid oli 38,6% vastanutest, väga või üsna rahulolematuid 13,1% ja vastuse ei oska öelda andis 48,3%.

Digiretsepti kasutamisega väga või üsna rahulolevaid oli 69,9% vastanutest, väga või üsna rahulolematuid 8,5% ja vastuse ei oska öelda andis 21,6%.

## Töötamine ja täiendamine välismaal

Arstide töötamist ja täiendamist välismaal uuriti järgmiste küsimustega: „Kas Te olete töötanud arstina välismaal (kliinilisel töö, teaduslikul töö, koostööprojektides vms., millises riigis ja kui kaua) viimase 10 aasta jooksul?“, „Kas Teil on plaanis lähitulevikus töötada arstina välismaal?“, „Kas Te kavatsete minna lähema kahe aasta jooksul tööle arstina välismaale (kliinilisele tööle, teaduslikule tööle, koostööprojektidesse vms., millisesse riiki ja kui kauaks)?“, „Kui Te kavatsete minna lähema kahe aasta jooksul tööle arstina välismaale, siis mis on Teil selle otsuse peamiseks põhjuseks?“, „Kas Te olete osalenud rahvusvahelistel kongressidel viimase viie aasta jooksul?“ ja „Kas Te olete osalenud vähemalt nädala pikkusel täiendusel välismaal (kursus jms.) viie viimase aasta jooksul?“

Iga neljas e 25,9% vastanutest oli töötanud arstina välismaal (Arst 2000, oli see arv iga kuues e 16,7%) ja selgelt enam kui iga kolmas (37,4%) kavatses seda teha. Arst 2000 uuringus oli see arv iga kümnes (10,8%).

Välismaale mineku peamiseks põhjuseks oli suurel enamusel arstidest palk (79,1%) ja töötingimused (57,1%). Enam kui viiendikule arstidest olid oluliste peamiste põhjuste hulgas veel Eesti tervishoiu rahastamine (29,7%), patsientide suhtumine (24,2%) ja ajakirjanduse suhtumine (20,9%). Enam kui iga kümnes vastanud arst (12,1%) tõi peamise põhjusena, et neil ei ole Eestis töökohta ja nad kavatsavad seepärast välismaale lahkuda.

Kui Arst 2000 uuringu vastanutest olid *rahvusvahelistel kongressidel käinud* üle poole, siis Arst 2011 vastanutest oli seda teinud  $\frac{3}{4}$  (54,6 vs 76,1%). *Täiendusel käinud* arstide osakaal vähenes üheteistkümnelt aastal jooksul poolelt enam kui kolmandikule (49,9 vs 37,7%).



## Üldine tööga rahulolu

Arstidest veidi üle nelja viiendiku e 81,3% olid oma tööga väga või üsna rahul (*hüüpotees 2*). Rahulolematuid oli 8,6%. Iga kümnes e 10,1% andis vastuse raske öelda (tabel 9).

**Tabel 9.** Tööga väga või üsna rahul olevate arstide osakaal (%). *Tabeli koostamisel osaliselt aluseks Sepp, Virjo, Mattila, 2007.*

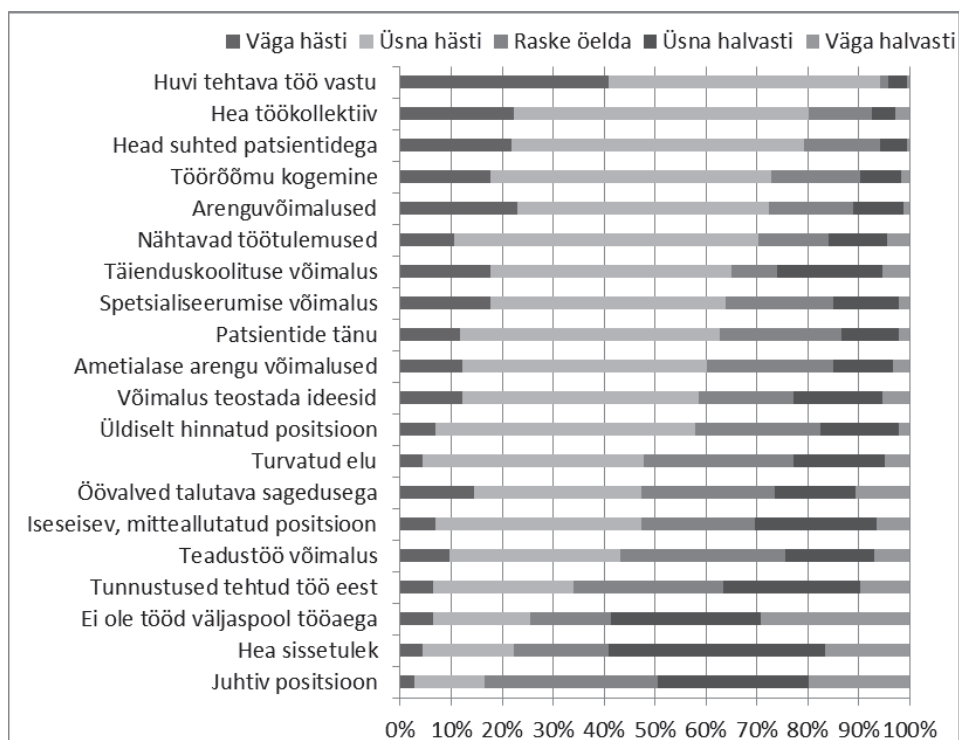
Vastanud	Arst 2000 1987–1996		Arst 2011 1997–2006	
	N	%	N	%
Arstid	211	75,7	176	81,3

Võrdlus Arst 2000 uuringuga näitas, et tööga väga või üsna rahul olevate arstide osakaal oli mõnevõrra suurenenud (tabel 9).

Käesoleva uurimusega üsna sarnaselt oli Soomes oma tööga rahul 78% arstidest. Soomes oli tööga väga rahul olevate arstide osakaal oluliselt kasvanud võrreldes kümme aastat varasema uurimusega (Hyppölä, 2000, Heikkilä et al., 2009).

## Töös realiseeruvad rahulolu tegurid

Tööga rahulolu positiivselt mõjutavaid tegureid hindasid arstid vastates küsimusele „*Kui hästi järgmised tööga rahulolu mõjutavad tegurid realiseeruvad Teie praeguses töös?*”. Ette oli antud 20 vastusevarianti. Tulemused on esitatud joonisel 6.



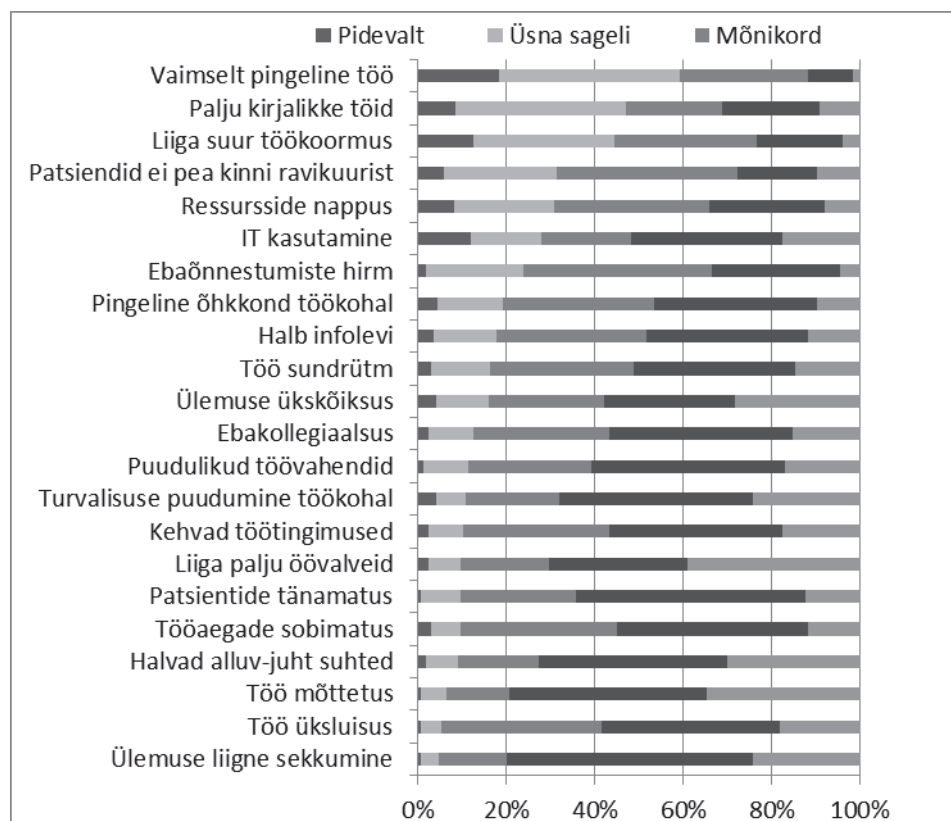
**Joonis 6.** "Kui hästi järgmised tööga rahulolu mõjutavad tegurid realiseeruvad Teie praeguses töös?". Aastatel 1997–2006 diplomeeritud arstide vastuste (n=188) jaotus.

Kõige sagedamini märgiti töös väga ja üsna hästi realiseeruvateks teguriteks *huvi tehtava töö vastu* (94,2%), järgnesid *hea töökollektiiv* (80,3%), *head suhted patsientidega* (79,2%), *töörõõmu kogemine* (72,9%), *arenguvõimalused*, (72,4%), *nähtavad töötulemused* (70,2%), *täienduskoolituse võimalused* (64,9%), *spetsialiseerumise võimalus* (63,9%), *patsientide tänu* (62,8%) ning *ametialase arengu võimalused* (60,1%).

Samas väga ja üsna halvasti realiseerusid töös sellised tegurid nagu *hea sissetulek võrreldes töö hulgaga* (59,1% vastanutel), *ei ole tööd väljaspool tööaega* (58,6%), *juhtiv positsioon* (49,5%) ja *tunnustused tehtud töö eest* (36,7%).

## Töös esinevad ebameeldivad tegurid

Töoga seotud ebameeldivate tegurite esinemissagedust hindasid arstid vastates küsimusele "Kui tihti tunnete võimalike tööga seotud tegurite kahjulikkust oma praeguses töös?" Ette oli antud 22 vastusevarianti. Tulemused on joonisel 7.



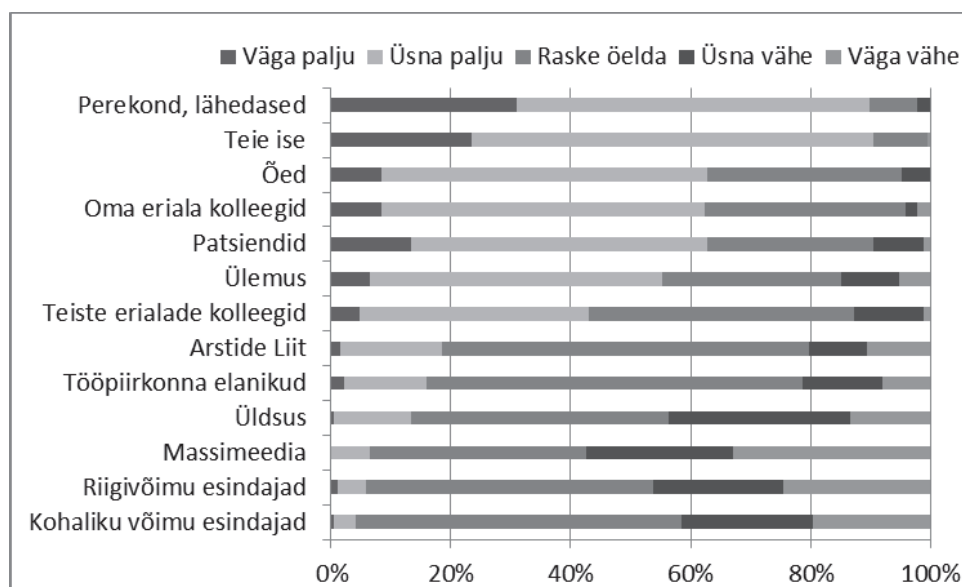
**Joonis 7.** "Kui tihti tunnete võimalike tööga seotud tegurite kahjulikkust oma praeguses töös?". Aastatel 1997–2006 diplomeeritud arstide vastuste (n=176) jaotus.

Pidevalt või üsna sageli töös esinevate ebameeldivate teguritena märgiti kõige sagedamini *vaimselt pingelist tööd* (59,1%), *palju kirjalikke töid* (47,1%), *liiga suur töökoormus* (44,3%). Ligikaudu kolmandiku vastajate jaoks olid töös pidevalt või üsna sageli ebameeldivateks teguriteks *patsiendid ei pea kinni ravikuurist* (31,3%) ja *ressursside nappus* (30,7%).

Suur osa vastanuist tundis harva või mitte kunagi oma töös selliseid ebameeldivaid tegureid nagu *ülemuse lüigne töösse sekkumine* (80,1%), *töö mõttetus* (79,6%) ja *halvad alluv-juhit subted* (72,7%). Harva või mitte kunagi esinevate ebameeldivate teguritena mainiti sagedamini ka *liiga palju öövalveid* (70,5%), *turvalisuse puudumine töökohal* (68,2%) ja *patsientide tänamatust* (64,2%).

## Kes hindavad arstide tööd?

Selgitamaks arstide arvamust selle kohta kuivõrd erinevad ringkonnad hindavad nende tööd, esitati järgmine küsimus "Kuidas Teie arvates hindavad Teie tööd järgmised ringkonnad?". Ette oli antud 13 ringkonda. Tulemused on esitatud joonisel 8.



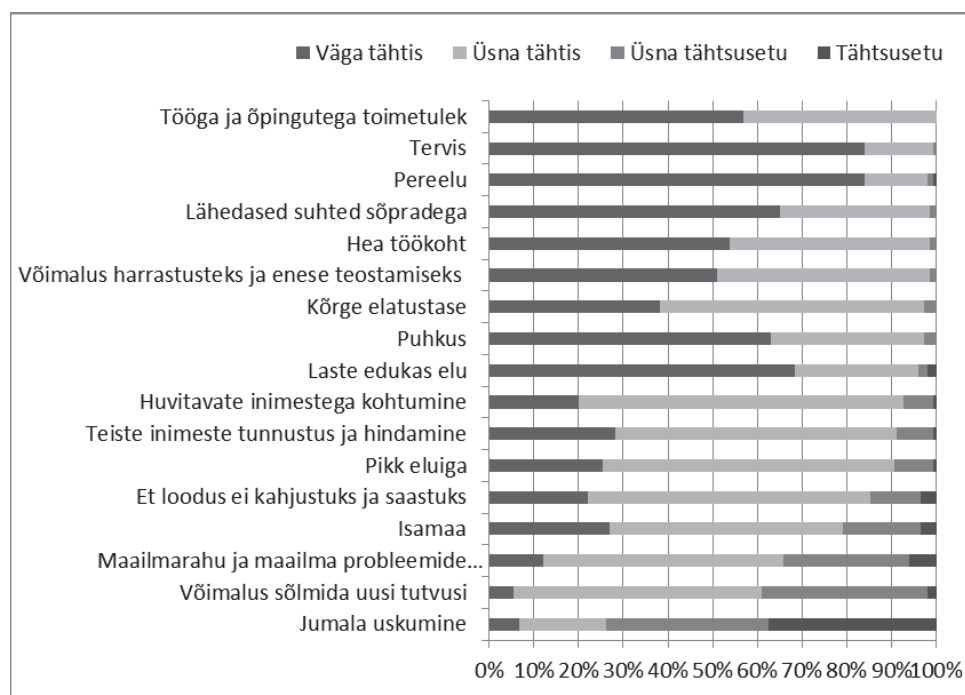
**Joonis 8.** "Kuidas Teie arvates hindavad Teie tööd järgmised ringkonnad?". Aastatel 1997–2006 diplomeeritud arstide vastuste jaotus (%), n=188).

Vastanute arvates hindasid nende tööd väga ja üsna palju kõige sagedamini nende *perekond, lähedased* (89,9%), *nad ise* (90,4%) ja järgnesid *õed* (62,8%), *patsiendid* (62,8%) ja *oma eriala kolleegid* (62,2%). Samas arstide tööd väga ja üsna vähe hindavaks pidasid vastanud kõige sagedamini *massimeediat* (57,5%), *riigivõimu esindajaid* (46,3%), *üldsust* (43,6%) ja *kohaliku võimu esindajaid* (41,5%).

## Mida arstid elus väärtustavad ja milline on nende identiteet

Tööga ja õpingutega toimetulek on eesti arstidele esmatähtsaks asjaks elus. Kõik vastanud arstid peavad seda eriti või üsna tähtsaks. Kui mõni erand välja jätta, siis ütlesid kõik arstid, et tervis, lähedased suhted sõpradega, puhkus ning võimalus harrastusteks ja enese teostamiseks on nende jaoks eriti või üsna tähtsad. Ligi 91% soovisid, et nad saaksid elada pika elu. Arstide väärtuste arengus on toimunud väikesed muutused viimase kümne aasta jooksul. Looduse ja isamaa tähtsus on kasvanud võrreldes kümne aasta taguse ajaga. Need on tõusnud selliste püsiväärtuste nagu perekond, oma laste edukas elu ja muud sõprussuhted kõrvale olles arstide jaoks selgelt tähtsamad asjad kui suured kogu maailma puudutavad asjad. Umbes kaks kolmandikku arstidest kannavad hoolt maailmarahu ja maailma probleemide lahendamise eest. Religioon on väga tähtis vaid umbes igale neljandale vastanud arstile (joonis 9).

Mõned arstid peavad tegema kompromisse, et kokku sobitada karjääri ja pereelu. Paaegu kõik peavad tähtsaks tööülesannetega toimetulekut ja teiste hinnangut. Hea elu juurde kuulub enamusel arstidest ka kõrge elatustase.



**Joonis 9.** "Mis on Teie jaoks elus tähtis?". Aastatel 1997–2006 diplomeeritud arstide vastuste struktuur (% , n=149).

Üle poole arstide identiteet vastas humanistist professionaalile: aitaja, kutsumusega arst, kuulaja, töörühma liige, tervise asjatundja, ravimite määraja ja lohutaja. Arstide jaoks on tähtsamad väärtused elus: tervis, pereelu, tööga ja õpingutega toimetulek, hea töökoht, lähedased suhted sõpradega, puhkus ja laste edukas elu. Arstide väärtuste hulgas on kümne aastaga kasvanud personaalsete väärtuste (pereelu, tervis, puhkus jms) osakaal (*hüpotees 3*). Viimane mõjutab omakorda sotsiaalset identiteeti, kus esikohal oma pere, sõbrad, Eesti, oma suguvõsa, töökollektiiv ja Euroopa. Arstide identiteedis olid kõrgel kohal ka arstkond ja Põhjamaad. Arstide identiteedis on kümne aastaga kasvanud kokku kuulumine Eesti, Põhjamaade ja Euroopaga (*hüpotees 4*).

## ARUTELU

Eesti arstid olid üsna või väga rahul oma tööga. Kuigi varasemad uurimused on näidanud, et naised võivad olla rahulolevamad oma tööga kui mehed, leidis käesoleva uurimuse autor koos kolleegidega Arst 2000 uuringu tulemusi analüüsides vastupidise tulemuse (Sepp, Virjo, Mattila, 2007:41). Käesoleva uurimusega selgitatud põhilised tööga rahulolu mõjutavad tegurid on sarnased varasemate uuringutega. Huvi tehtava töö vastu, ametis arenemise võimalused, üldised arenguvõimalused ja täienduskoolituse võimalused olid peamised tööga rahulolu mõjutanud tegurid (*hüpotees 1*).

Tööga rahulolematust põhjustasid vaimselt pingeline töö, palju kirjalikke töid ja liiga suur töökoormus. Käesolevas uurimuses 59,1% arstidest tundsid oma töös pidevalt või üsna sageli esineva ebameeldiva tegurina vaimselt pingelist tööd. Soomes tundsid analoogilises uurimuses vaimselt pingelist tööd ebameeldiva tegurina 32% arstidest. See on suhteline ja oleneb kontekstist ja sellest, millise maa arstidega Eesti arstide olukorda võrdleme. Soomes töötavad Eestist läinud arstid on kirjeldanud sealset arstitööd rahulikuma tööna.

Palju kirjalikke töid pidasid töös pidevalt või üsna sageli ebameeldivaks teguriks 47,1% Eesti arstidest ja 39% Soome arstidest. Kirjalike tööde hulk on kasvanud viimase viie aastaga mõlemal maal. Uurimuse tulemused arstide töö headest ja halbade külgedest on põhimõtteliselt sarnased nendele, mida on leitud uurides tööga seotud ebameeldivaid tegureid üldiselt. Töötegijaid häirivad vaimselt ja füüsiliselt pingeline töö ning väikesed sissetulekud.

Liiga suurt töökoormust pidasid oma töös pidevalt või üsna sageli ebameeldivaks teguriks 44,3% arstidest Eestis ja ainult 23% arstidest Soomes. Kõik need kolm tööga rahulolematust põhjustavad tegurid on Soomes osakaalult väiksema tähtsusega kui Eestis. Siin on meil veel palju arenguruumi.

Tööga seotud psühhosotsiaalsed uurimused sealhulgas tervise ja efektiivsuse uuringud nõuavad oma kompleksisusest tingituna multidistsiplinaarset lähenemist. Karasek ja Theorell (1990) kirjeldasid kõrgetest tööalastest nõudmistest ja madalast tööalastest otsustuse ulatusest tingitud vaimset pinget. Nad leidsid, et võimalik pinget on kolme võrdlemisi iseseisva teguri: psühholoogilised nõudmised, stressitasemed (kohustused) ja kolleegide toetus töösituatsioonis koosmõju tulemus.

Tööga rahulolu sõltub mitmetest teguritest ja see on muutuv. Arstide kutsetööga rahulolu on oluline, kuna tööga rahulolevate arstide töö on kvaliteetsem. Tööga rahuloleva arsti patsiendid on samuti rahulolevad.

Arstide palkade tõstmine, tööstressi ja kirjalike tööde hulga ning liiga suure töökoormuse vähendamine on tähtsad, kuid ka massimeedia, riigivõimu esindajad, kohaliku võimu esindajad, üldsus ja tervishoiusüsteemi sealhulgas haiglate juhid peavad hakkama arstide tööd rohkem hindama.

Enamik (81,3%) Eesti arstidest on oma tööga rahul, kuid arsti kutsetöös on halvasti realiseerunud hea sissetulek võrreldes töö hulgaga enam kui pooltel arstidel (59,1%) ja ei ole tööd väljaspool tööaega (58,6%). Siingi on meil arenguruumi. Enam kui igal kümnendal arstil ei olnud Eestis töökohta ja nad kavatsesid seepärast välismaale lahkuda. Enam kui  $\frac{3}{4}$  (77,7%) arstide arvates ei vasta nende töötasu töökoormusele/tööraskusele ja saadav töötasu on liiga väike. Kuna enam kui neljandiku (27%) arstide abikaasa ametiala on samuti seotud tervishoiuga, siis on arstidel probleeme perekonna ülalpidamisega ja nad on sunnitud otsima tasuvamat tööd välismaal (nt Soomes).

Käesolev uurimus on oluline riigi järjepidevuse seisukohast, kuna arstid töötavad ühiskonna heaolu alustaladeks peetavates põhiteenuseid pakkuvates organisatsioonides (tervishoiu- ja haridussüsteemis). Viimaste lagunemise järel halveneks Eesti rahva tervis ja järgneks kriis ühiskonnas.



## **Praktilised soovitud**

Käesolev uurimus arstidest näitas, et arstid on üsna rahulolevad oma tööga. Tulemuste alusel saab anda soovitusi selle kohta, mida riigivõimu esindajad ja haiglate juhid peaksid ette võtma, et noored arstid – ja tõenäoliselt ka vanemad arstid – kutsetööl ennast paremini tunneksid.

Arstide üldiselt negatiivsena tuntud teguriks oli vaimselt pingeline töö koos liiga suure töökoormusega ja madala sissetulekuga. Tegemist on tööorganisatsiooni ja iseenesest laiemalt kogu Eesti ühiskonda puudutava probleemiga. Arstidel oli ka palju kirjalikke töid. Neid probleeme saab lahendada riiklikult ja kohe, siis kui neid tõeliselt reguleerida soovitakse. Arstidele peaks võimaldama paindlikumad tööajad, erapraksiste laialdasemat kasutamist, mis oleksid vaid mõned võimalikud lahendused. Arstide töö organiseerimisele aitaks kaasa elektrooniline tööaja planeerimine. Töö organiseerimisel mentorite kasutamine võimaldaks saada professionaalset tuge kolleegidelt ja annaks suuremad võimalused paindlikumaks töö organiseerimiseks.

Noorte kolleegide kasvamine arstiks oleks paremini tagatud kollektiivis ja sotsiaalses võrgustikus. Töölaste nõudmiste ja nõustamise tähtsus on oluliselt kasvanud, kuna see võimaldab vähendada arstide kutsetöö vaimset pinget. Arstide kutsealane jätkukoolitus vajab selgemat läbimõtet, sest viimasega peab olema võimalik tagada arstidele pideva täienduskoolituse saamine nende töökohal ja väljaspool seda.

Vaatamata perearstisüsteemi õnnestunud rakendumisele Eestis 1990-ndate teisel poolel on seda vaja parendada. Seoses haiglate optimeerimisega peaks lähiaastatel lisanduma eraarstid (sealhulgas perearstid). Ka perearstide koolituse süsteem vajab arendamist. Kuna tervishoiusüsteemis viiakse ellu optimeerimisega seotud muudatusi (haiglareform), siis peaks jätkama andmete kogumist käesolevale uuringule sarnaste uurimustöödega. Viimane pakub hea ja odava võimaluse kvaliteedi hindamiseks tervishoiusüsteemis, mida arstide kõrge tööga rahulolu tähendab, kuna see on seotud ka patsientide rahuloluga tervishoius pakutavate teenustega.

Kuigi arstide sissetulekud on viimase kümne aasta jooksul kasvanud, on need endiselt oluliselt madalamad kui eraarstidel ja näiteks Põhjamaade kolleegidel, sealhulgas Soome arstidel. Soome arstiks minemine ongi arstidele, kes töökoha vahetust planeerivad selgelt külgetõmbavamaks võimaluseks. Osa arstidest sooviks tööle EL-i muudesse riikidesse (Rootsi, Saksamaale, Ühendkuningriikidesse), USA-sse ja Norrasse. Samas on ootamatu, et raha mõjutab oodatust vähem, kuna palga tähtsust töökoha valikul rõhutasid vähem kui kuuendik arstidest. See grupp on selgelt väiksem kui kümme aastat varem. Siis ütlesid umbes viiendik arstidest, et saadava palga suurus oli palju mõjutanud töökoha valikut.

Oluline on, et käesoleva uurimuse puhul tõusid arstide vastuste alusel esile sarnased tegurid, mida on leitud oluliste mõjuritena ka mujal maailmas. Nüüsiis on tegemist üldiste nn metatasandil käsitletavate probleemidega. Herzbergi kahe faktoriga motivatsiooniteooriast tuntud motiveerivaid ja hügieeni faktoreid laenates leidis veelgi kinnitust tõik, et arstide uurimuses pädevad samad tegurid, mis muudegi professionide puhul.

Käesolev uurimus tõi esile kolm Herzbergi motiveerivat faktorit: *töö ise, vastutus ja edutamine*. *Töö ise* pakub arstide motiveerimiseks kõige rohkem võimalusi.

Tööandjal tuleb panna arstid uskuma, et töö mida nad teevad on tähtis ja nende tööülesanded olulised.

Määravaks peaks pidama seda, et arstid mõistaksid kutsetööl pühendumise positiivset mõju nende praktilise tulemuslikkusele ja patsientide tervise paranemisele.

Haigla juhtidel on hea teada, et jagatud õnnestumised muudavad patsientide elu ja loovad aluse paranemisprotsesside edenemisele. Muidugi on haigla arstide töö üks ahel ravitöö ketist, mille tulemuslikkus sõltub kõige nõrgemast lülist ja motiveerimist vajavad ka teised tervishoiutöötajad (õed, ämmaemandad jt.). Kõik peavad nägema oma tööd tähtsana ja huvitavana. Arstide rahulolu kutsetöoga mõjutavad mitmed erialaselt ebaolulised tegevused (nn bürookraatlik “paberimajandus”), millele kulub suur osa tegelikult huvitavast ravitööl mõeldud ajast. Seda osa tööst peaksid seaduse- ja tööandjad proovima arstide tööga rahulolu eesmärgil vähendada, kuna selle tagajärjel tõuseb ka töö efektiivsus.

Teiseks oluliseks motiveerivaks faktoriks on *vastutus*. Arstid teevad oma tööd hästi ja on motiveeritud, juhul kui nad oma töö eest vastutavad. Erapraktises töötaval arstidel on rohkem kliinilist autonoomiat ja nad vastutavad oma ravitöö eest. Eraarstid saavad oma patsiente ravides tunda, et on ravitöö “omanikud”. Noorte arstide puhul peab arvestama, et nende professionaalse identiteedi kujunemine, eriarstideks kasvamine ja “headeks” arstideks saamine võtab aastaid aega ning toimub vanemate kolleegide juhendamisel. Selle aja jooksul kasvavad noorte arstide ravitöö kogemused koos vastutusega ja neist saavad professioni täisväärtuslikud liikmed.

Tööandjad peaksid olema ettevaatlikud, et nad ei lisaks noortele arstidel ainult töökoormust (hetkel on arstidel liiga suur töökoormus) ja ei unustaks lisada kliinilist autonoomiat. Koos noorte arstide töömahu kasvuga peaks kasvama ka uute ja oluliste ülesannete arv, kuna koos kliinilise autonoomia kasvuga kaasneb ka arstide prestiiži kasv.

### *Eesti arstide tööga rahulolu*

Kolmanda motiveeriva faktori *edutamine* puhul peab ütleva, et arstid on oma tööandajale ja riigile lojaalsed seni, kuni nende tulemuslikku tööd hinnatakse ja neid edutatakse. Tööandjad peaksid mõtlema ka noorte arstide ametialase karjääri peale. Häid arste peaks edutama. Edutamiseks on mitmeid erinevaid võimalusi, millest olulisemad vertikaalne edutamine ehk ametiredelil tõus või horisontaalne edutamine ehk uue prestiižikama ametinimetuse omistamine. Viimane viitaks saavutatud ametikoha tähtsusele.

Haiglate juhid peaksid toetama noori arste nende karjääri planeerimisel, võimaldades neile erialast jätkukoolitust, millega kasvaks ka arstide kutsetöö lisaväärtus ja neist saaksid väärtuslikumad töötajad. Vähetähtis ei ole tõik, et erialane jätkukoolitus kujundab arstidele vajalikku professionaalset identiteeti ja suurendab nende tööga rahulolu.

Käesoleva uurimuse alusel võib esile tõsta *töötasu* ja *töötingimused*. Need Herzbergi hügieeni faktorid on seotud tööga rahulolematusega. Tööandjad ja Eesti riik peaksid endale aru andma, et EL-i tingimustes kehtivad ka arstide puhul samad värbamispõhimõtted, mis näiteks majandus-, õigus- ja militaar-spetsialistide puhul. Haiglad saavad selliseid spetsialiste, kelle eest nad on valmis maksta. Kuigi raha ei ole teiste töötajate jaoks motivaator (Herzbergi järgi), mõjub arstidele frustrerivalt teadmine ja asjaolud, et sageli ei võimalda nende töötasu perele majanduslikult kindlustatud elu ja kõrget elatustaset. Tähtis on meeles pidada ka seda, et noored arstid, kes ei saa oma töö eest väärilist kompensatsiooni, ravivad oma patsiente ilma tööroõmuta.

Tööandjad peaksid väga täpselt jälgima ja teadma, milline palgatase on antud regioonis teistel spetsialistidel ja vastavalt sellele korrigeerima oma arstide palka. Haiglate juhid peaksid meeles pidama, et ka tervishoius omavad konkurentsieelist need meditsiinasutused, kus on läbipaistev personali-, palga-, lisatasude- ja kompensatsioonide poliitika.

Arstide *töötingimused* ja töökeskkond on olulised tegurid, mis mõjutavad arstide professionaalse identiteedi kujunemist (haiglaarst, perearst). Tööandjad peavad palju investeerima IT-sse, kuna selle kasutamine suurendab arstide tööga rahulolu. Ka meditsiinitehnikasse ning tööruumidesse peab jätkuvalt panustama, et need vastaksid rahvusvahelistele standarditele ja oleksid viidud vähemalt keskmisele kvaliteedi tasemele. Hea disainiga mööbel võib muuta töökeskkonda ja mõjutada arstide psühhosotsiaalseid töötingimusi. Võimaluste piires peaks arstile võimaldama oma kabineti, labori, töötoa, ruumi töölauga. Vastasel juhul ei maksaks üllatuda, et kitsastesse töötingimustes surutud personali hulgas võivad tekkida pinged, mis väljenduvad tööga rahulolematuses.

Käesoleva uurimuse puhul olid vaimselt pingeline töö, palju kirjalikke töid ja liiga suur töökoormus peamised tööga seotud tegurid, mis arstide tööd ebameeldivalt mõjutasid. Riigieelarves ressursside lisamine tervishoiule, töökoormuse ja bürokraatlike kirjalike tööde vähendamine, tervise eest vastutavate professionide väärtustamine ja stressiga toimetuleku koolitused võiksid olla need peamised võimalused, mida riigivõimu esindajad ja tööandjad saaksid kasutada arstide igapäevase kutsetööga rahulolu tõstmiseks.

## **Järeldused**

Käesoleva töö tulemused annavad ülevaate aktiivsemas tööeas olevatest Eesti arstidest, näitavad kuidas nende professionaalne identiteet, personaalsed väärtused on seotud tööga rahuloluga ja viimane omakorda mõjutatud psühhosotsiaalsetest, professionaalsetest, organisatsioonilistest ja majanduslikest teguritest.

Arstide kutsetööga rahulolu on seotud emotsionaalse, majandusliku, poliitilise, sotsiaalse, kultuurilise ja professionaalse küljega nende elus. Samas on kutsetöö kvaliteet seotud tööga rahuloluga. Arstide kutsetöö muutumine nõuab, et rakendataks erinevaid tervishoiupoliitikaid ja strateegiaid, millega saaks mõjutada arstide kutsetööga rahulolu. Eesti tervishoiupoliitika ja poliitikud ei ole täitnud paljude arstide lootusi.

Kuna enamik Eesti arstidest on naised, siis vajame ka nende uurimiseks teistsuguste teoreetiliste mudelite kasutamist. Kahjuks on käesoleva ajani suurema osa arstide kohta tehtud järelduste aluseks peamiselt meesarstide enamusega uuringute tulemused.

## **Kokkuvõte**

Käesolev uurimus pakub olulist informatsiooni Eesti tervishoiujuhtidele tervishoiusüsteemi ja arstide tööhõive parendamiseks tulevikus. Uurimusega kaardistati tähtsa professioni olukorda ja esitati selle arendamisvõimalusi Eestis. Kuna uurimus on arstide poolt hästi vastu võetud, siis on loota sellele jätkuurimust ja rahvusvahelist võrdlevat analüüsi. Vastamisprotsendid on olnud kõrged ja see omakorda mõjutab uurimustulemuste usaldusväärsust ja väärtust. See kinnitab seisukohta, et arstikond on tunnetanud selle uurimuse tähtsust. Tulemustel on praktiline väärtus, kuna neid saavad kasutada riigivõimu esindajad, haiglate juhid ja tervishoiusüsteemi reformide üle otsustajad, tervishoiujuhid, keda huvitavad arstide tööhõive küsimused ning laiemalt muidugi kõik tervishoiuteenuste kasutajad. Kuna plaanis on käesoleva uurimuse alusel jätkata uue uurimusega, siis on võimalus jälgida tervishoiusüsteemi reformide tagajärgi ja muutuste mõjusuundi.

## **Tänu**

Täname EAL-u presidenti Andres Korki, endist presidenti Andrus Mäesalu ja peasekretäri Katrin Rehemaad ja EAL-u, kes aitasid täpsustada arstide aadressandmeid ja võimaldasid sellega kõrgema vastamisprotsendi saamist. Täname Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli, kus käesolev uurimus aset leidis. Uurimusi on toetanud Eesti Teadusfond, Eesti Vabariigi sotsiaalministeerium ja EAL, mille eest soovime samuti tänada. Täname küsitlusele vastanud arste, kes tööpingele vaatamata leidsid aega vastamiseks. Täname neid, kes on aastate jooksul teinud koostööd, kommenteerinud ja aidanud kaasa uurimuse parendamisele. Südamlik tänu abikaasale Helenale, kes kommenteeris käsikirja.

Käesoleva töö aluseks on Alar Sepa, Irma Virjo ja Kari Mattila poolt 2007. aastal avaldatud monograafia "Eesti arstide tööga rahulolu. Arst 2000: Ankeetküsitlus 1987-1996 diplomeeritud arstidele", mis avaldati TTÜ Kirjastuse poolt ja trükiti trükikojas OÜ INFOTRÜKK. Alar Sepp asus käesolevat uuringut ette valmistama juba 2008. aastal, mil ta kutsuti Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli rektori Ülle Ernitsa poolt tööle arendus- ja rahvusvaheliste suhete osakonda arendusspetsialistiks ja ta sai alustada uuringu ARST 2011 läbiviimise ettevalmistamist. Käesolevat tööd on täiendatud, trükiks kohandatud ja selle väljaandmist toetanud Eesti Vabariigi sotsiaalministeerium ja EAL, mille eest soovin esitada erilised tänu.

## KIRJANDUSVIITED

- Aasland, O. G., Rosta, J., Nylenna, M. (2010). Healthcare reforms and job satisfaction among doctors in Norway. *Scand J Public Health*, 38(3):253-8.
- Allen, I. (1988). *Doctors and their careers*. London: Policy Studies Institute.
- Bachmann, T., Maruste, R. (2011). *Psühholoogia alused* 3.trükk. Tallinn: TEA® Kirjastus.
- Blane, D. (1997). Health profession. In G. Scambler (Ed.), *Sociology as applied to medicine* (pp. 212-217). London: W. B. Saunders Company Ltd.
- Brooks, I. (2008). *Organisatsioonikäitumine. Üksikisik, rühm ja organisatsioon*. Tallinn: Tänapäev, Tallinna Raamatutrükikoda.
- Calman, K. (1994). The profession of medicine. *BMJ*, 309, 1140-1143.
- Calnan, M. (1988). Images of general practice: the perceptions of the doctor. *Social Science & Medicine*, 27, 579-586.
- Chambers, R., Wall, D., & Campbell, I. (1996). Stresses, coping mechanisms and jobs satisfaction in general practitioner registrars. *British Journal of General Practice*, 46, 343-348.
- Cherrington, D. (1994). *Organizational Behavior: the Management of Individual and Organizational Performance*. Boston.
- Cooke, L., Hutchinson, M. (2001). Doctors' professional values: results from a cohort study of United Kingdom medical graduates. *Med Educ.*, 35(8):735-42.
- Dalton, S. (2010). Motivating medicine: Why money is not enough. *J Paediatr Child Health*, 46(4):142-3.
- Davies, C. (1996). The sociology of professions and the profession of gender. *Sociology*, 30:661-678.
- Elder, K. T., Wiltshire, J. C., Rooks, R. N., Belue, R., Gary, L. C. (2010). Health information technology and physician career satisfaction. *Perspect Health Inf Manag.*, Sep 1;7. pii: 1d.
- Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement and teaching*. Bulletin No 4. Boston: Updyke.
- Hackman, J. R., Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, 250-279.
- Handysides, S. (1994). New roles for general practitioners. *BMJ*, 308, 513-516.
- Hayes, N. (2002). *Sotsiaalsühholoogia alused*. Tallinn: OÜ Külim.
- Heikkilä, T., Vänska, J., Hyppölä, H., Halila, H., Virjo, I., Mattila, K., Kujala, S., Isokoski, M. (2009). *Lääkäri 2008. Kyselytutkimus vuosina 1997-2006 valmistuneille lääkäreille*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2009:19.
- Heponiemi, T., Kouvonen, A., Vänskä, J., Halila, H., Sinervo, T., Kivimäki, M., Elovainio, M. (2008). Health, psychosocial factors and retirement intentions among Finnish physicians. *Occup Med (Lond)*, 58(6):406-12.
- Herzberg, F., Mausner, B., Snyderman, B. (1959). *The motivation to work*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Herzberg, F. (1966). *Work and the Nature of Man*. New York: New American Library.

## Eesti arstide tööga rahulolu

- Hojat, M., Kowitt, B., Doria, C., Gonnella, J. S. (2010). Career satisfaction and professional accomplishments. *Med Educ*, 44(10):969-76.
- Hyppölä, H. (toim.) (2000). *Lääkäri 98. Raportti kyselytutkimuksesta vuosina 1987-1996 valmistuneille lääkäreille ja vertailu tilanteeseen kymmenen ja viisi vuotta aiemmin*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2000:10.
- Jaffaldano, M.T., Muchinsky, P.M. (1985). Job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 97:251-273.
- Isokoski, M. (1998). Saateks. In H.-I. Maaros & M. Lember (Toim.), *Peremeditsiin* (lk. 5-7). Tartu:
- Janus, K., Amelung, V.E., Baker, L.C., Gaitanides, M., Schwartz, F.W., Rundall, T.G. (2008). Job satisfaction and motivation among physicians in academic medical centers: insights from a cross-national study. *J Health Polit Policy Law*, 33(6):1133-67.
- Jesse, M., Habicht, J., Aaviksoo, A., Koppel, A., Irs, A., & Thomson, S. (2005). *Tervishoiusüsteem muutustes: Eesti*. Tallinn: Euroopa Tervisesüsteemide ja –poliitika Vaatluskeskuse nimel WHO Euroopa Regionaalbüroo.
- Joyce, C. M., Schurer, S., Scott, A., Humphreys, J., Kalb, G. (2011). Australian doctors' satisfaction with their work: results from the MABEL longitudinal survey of doctors. *Med J Aust*, 194(1):30-3.
- Junnila, S. (1993). Millainen on tulevaisuuden yleislääkäri? *Kunnallislääkäri*, 9(5), 27-30.
- Jongbloed, L. J., Borleffs, J. C., van Lohuizen, M. T., Cohen-Schotanus, J. (2010). Job satisfaction among physicians during their career. *Ned Tijdschr Geneesk.*, 154:A1691.
- Jönsson, S. (2011). Psychosocial work environment and prediction of job satisfaction among Swedish registered nurses and physicians - a follow-up study. *Scand J Caring Sci* Sep 19.
- Kamdron, T. (2003). *Work Motivation and Job Satisfaction of Estonian Higher Officials*. Tallinn Technical University. Thesis on Humanities and Social Sciences 12. Tallinn: TTU Press.
- Kamdron, T. (2005). Work Motivation and Job Satisfaction of Estonian Higher Officials. *International Journal of Public Administration*, 28, 1211-1240.
- Kankaanranta, T., Nummi, T., Väinölä, J., Halila, H., Hyppölä, H., Iokoski, M., Kujala, S., Kumpusalo, E., Mattila, K., Virjo, I., Vänska, J., Rissanen P. (2007). The role of job satisfaction, job dissatisfaction and demographic factors on physicians' intentions to switch work sector from public to private. *Health Policy*, 83(1):50-64.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kataja, V. (toim.)(1989). *Nuori lääkäri 88. Kyselytutkimus vv. 1977-1986 Suomessa laillistetuille lääkäreille*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, suunnitteluosasto. Julkaisuja 4:1989.



- Kaur, S., Sharma, R., Talwar, R., Verma, A., Singh, S. (2009). A study of job satisfaction and work environment perception among doctors in a tertiary hospital in Delhi. *Indian J Med Sci*, 63(4):139-44.
- Keltikangas-Järvinen, L. (2009). *Temperament ja kooliedu*. Eesti: Eesti Lastekaitsealiit.
- Kinnunen, U., Feldt, T., Mauno, S. (2005). *Työleipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet*. Keuruu, PS-Kustannus: Otavan Kirjapaino OY.
- Kivimäe, S. (1999). Veel kord esimestest naisarstidest Eestis ja eriti Selma Feldbachist (lk. 142-163). In S. Tamul (Koost.), *Vita Academica, Vita Feminea*. Artiklite kogumik. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Kumpusalo, E., Lääkäri 98 tutkimusryhmä. (2002). Lääkärien ammatti-identiteetistä. *Suomen Lääkärilehti*, 57(35), 3395-3396.
- Landon, B. (2004). Career satisfaction among physicians. *JAMA*, 291(5), 634.
- Landon, B.E., Reschovsky, J.D., Pham, H.H., Blumenthal, D. (2006). Leaving medicine: the consequences of physician dissatisfaction. *Med Care*, 44(3):234-42.
- Lazarus, A. (2011). How can physicians break through job boredom? *J Med Pract Manage*, 26(5):286-8.
- Leimu, P. (1996). Identity, ethnicity, and integration. In J. Kervinen, A. Korhonen, K. Virtanen (Eds.), *Identities in transition – Perspectives on cultural interaction and integration*. Publications of the doctoral program on cultural interaction and integration. Turun yliopisto: Unipaps.
- Leigh, J. P., Tancredi, D. J., Kravitz, R. L. (2009). Physician career satisfaction within specialties. *BMC Health Serv Res*, 9:166.
- Lember, M. (1998). *Implementing modern general practice in Estonia*. Acta Universitatis Tamperensis 603, Tampere: Taju.
- Lepnurm, R., Jacobs, P., Kerem, K., Randveer, M. (1996). *Tervisboinökonoomika alused*. Tartu: Kirjastus Elmatar.
- Löytyniemi, V. (2004). *Auscultatio Medici: Kerrottu identiteetti, neuvoteltu sukupuoli*. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 347, Tampere: Tampere University Press.
- Maaroos, H-I. (1998). Arstide erialakoolitus Eestis aastal 1998: põhimõtted, korraldus, erialad, finantseerimine. *Eesti Arst*, 77(6), 558-563.
- Maramaa, S. (2004). *Arstlik dilemma*. Tartu Ülikooli Kirjastus/Tartu University Press.
- Maslow, A. (2007). *Motivatsioon ja isiksus*. Tallinn: OÜ Mantra Kirjastus.
- Mechanic, D. (2008). Rethinking medical professionalism: the role of information technology and practice innovations. *Milbank Quarterly*, 2008 Jun;86(2):327-58.
- Merila-Lattik, H. (2000). *Eesti arstid 1940-1960*. Tallinn: Tallinna Raamatutrükikoda (lk. 826-827).
- Mrduljas-Dujic, N., Kuzmanic, M., Kardum, G., Rumboldt, M. (2010). Job satisfaction among medical doctors in one of the countries in transition: experience from Croatia. *Coll Antropol*, 34(3):813-8.
- Mälikangas, A., Feldt, T., Kinnunen, U. (2005). Positiivisen psykologian näkökulma työhön ja työhyvinvointiin. In Ulla Kinnunen, Taru Feldt, Saija Mauno (toim.). (2005). *Työleipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet*. Keuruu, PS-Kustannus: Otavan Kirjapaino OY.



## *Eesti arstide tööga rahulolu*

- Nicodemus, M. K. (2012). Personality Type and Job Satisfaction (pp 11-17). In Richard D. Urman, Jesse M. Ehrenfeld (Editors). (2012). *Physicians' Pathways to Non-Traditional Careers and Leadership Opportunities*. New York, London: Springer.
- Nylenna, M., Aasland, O. G. (2010). Job satisfaction among Norwegian doctors. *Tidsskr Nor Laegeforen.*, 130(10):1028-31.
- O'Leary, P., Wharton, N., Quinlan, T. (2009). Job satisfaction of physicians in Russia. *Int J Health Care Qual Assur.*, 22(3):221-31.
- Qian, F., Lim, M.K. (2008). Professional satisfaction among Singapore physicians. *Health Policy*, 85(3):363-71.
- Paik, J. (2000). The feminization of medicine. *Medical Student JAMA*, 283(5), 666.
- Parsons, T. (1937). *The structure of social action*. New York: McGraw-Hill.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: Free Press.
- Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors c/o Danish Medical Association. (1994). *Medical manpower in Europe by the year 2000 – from surplus to deficit*. Denmark: Mohn Offset Aps, DK-Valby.
- Pillay, R. (2008). Work satisfaction of medical doctors in the South African private health sector. *J Health Organ Manag.*, 22(3):254-68.
- Pinder, C. (1998). *Work motivation in organizational behavior*. USA: Prentice-Hall. Inc (pp. 243-262).
- Puohiniemi, M. (1995). Values, consumer attitudes and behavior. An application of Schwartz's value theory to the analysis of consumer behaviour and attitudes in two national samples. Helsinki: Paintmedia & Paintprinting Oy.
- Rivet, C., Ryan, B., Stewart, M. (2007). Hands on: is there an association between doing procedures and job satisfaction? *Can Fam Physician.*, 53(1):92-93.
- Rokeach, M. (1973). *The Nature of Human Values*. New York: Free Press.
- Rosta, J., Nylenna, M., Aasland, O. G. (2009). Job satisfaction among hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. *Scand J Public Health.*, 37(5):503-8.
- Ruskoaho, J., Vänskä, J., Heikkilä, T., Hyppölä, H., Halila, H., Kujala, S., Virjo, I., Mattila, K. (2010). Postitse vai sähköisesti? Näkemyksiä tiedonkeruumenetelmän valintaan Lääkäri 2008-tutkimuksen pohjalta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 47(4):279-285.
- Saarinen, A. (2009). Young physicians and the Finnish welfare state. *Int J Health Care Qual Assur.*, 22(2):135-44.
- Saava, A., Sepp, A. (2003). *Eesti noorarst 2000*. Tartu: Trükk OÜ Paar.
- Salupere, V. (1997). *Arstimise vead*. Tartu, Tartu Ülikool: Tartu Ülikooli Kirjastuse trükikoda.
- Sepp, A., Virjo, I., Mattila, K. (2007). *Eesti arstide tööga rahulolu. Arst 2000: Ankeetküsitlus 1987-1996 diplomeeritud arstidele*. Tallinn: TTÜ Kirjastus.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58, 1483-1499.

- Sonnentag, S., & Frese, M. (2003). Stress in organizations. Teoses W. C. Borman, D. R. Ilgen & R. J. Klimoski (toim.), *Handbook of psychology: Industrial and organizational psychology*, Vol. 12 (lk. 453-491). New York: Wiley.
- Sotsiaalministri 28.12.2001 määrus nr 159 "Arstide erialade arengukavad"(RTL 2002, 8, 79).
- Sotsiaalministri 29.11.2001 määrus nr 113 "Perearstide nimistu piirsuurus, perearsti nimistu moodustamise, muutmise ja võrdlemise alused ja kord"(RTL 2001, 130, 1883).
- Sotsiaalministri 4.06.2001 määrus nr 56 "Residentuuri raamõuded ja residentuuri läbiviimise kord"(RTL 2001, 70, 946).
- Spector, P. (1997). *Job satisfaction: application, assessment, cause, and consequences*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Sweet, M. (2011). Australian doctors report high rates of job satisfaction. *BMJ*, 342:d119.
- Taylor, F. (1911). *The principles of scientific management*. New York: Harper Bros.
- Vabariigi Valitsuse 09.10.2008 määrus nr 148 „Tervishoiutöötajate riikliku registri põhimäärus“. (RT I 2008, 44, 249).
- Vadi, M. (1995). *Organiatsioonikäitumine*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastuse trükikoda (lk. 52-68).
- Van Dijk, D., Schweid, K. H., Bin, N. G., Kushnir, T. (2011). Job satisfaction, intention to leave and leaving the practice of medicine among physicians in Israel: a survey of physicians receiving their licenses in 2000, 2002, 2004, 2006. *Harefuah*, 150(4):310-3.
- Virjo, I. (toim.)(1995). *Lääkäri 93. Raportti Suomessa vuosina 1982-1991 laillistetusta lääkäreistä ja vertailu tilanteeseen viisi vuotta aikaisemmin*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 1995:4.
- Voltmer, E., Rosta, J., Siegrist, J., Aasland, O. G. (2011). Job stress and job satisfaction of physicians in private practice: comparison of German and Norwegian physicians. *Int Arch Occup Environ Health* Dec 11.
- Vännska, J., Hyppölä, H., Halila, H., Virjo, I., Kumpusalo, E., Kujala, S., Isokoski, M., & Mattila, K. (2005). Lääkäri 2003 – uutta tutkimustietoa lääkäreistä. *Suomen Lääkärilehti*, 60(17), 1975-1979.
- Vääri, E., Kleis, R., Silvet, J. (2000). *Võõrsõnade leksikon*. Tallinn: Valgus.
- Wada, K., Arimatsu, M., Higashi, T., Yoshikawa, T., Oda, S., Taniguchi, H., Kawashima, M., Aizawa, Y. (2009). Physician job satisfaction and working conditions in Japan. *J Occup Health*, 51(3):261-6.
- Warr, P. (2002). The study of well-being, behaviour and attitudes. Teoses P. Warr (toim.), *Psychology at work* (lk 1-25). 5 tr. London: Penguin Books.
- [www.terviseamet.ee/tervishoid/registrid](http://www.terviseamet.ee/tervishoid/registrid)
- [www.med.ut.ee/ope/residentuur](http://www.med.ut.ee/ope/residentuur)
- Urman, D. R., Ehrenfeld, M. J. (Editors). (2012). *Physicians' Pathways to Non-Traditional Careers and Leadership Opportunities*. New York, London: Springer.

### Lisa 1. VÕTMEMÕISTED

*Altruism* – tegutsemine teiste inimeste, mitte enda huvides. Altruistlik käitumine on teistele, mitte isikule endale, kes seda käitumist sooritab, soodsat mõju avaldav käitumisakt. Aitamiskäitumine, mis on seoses asjaoludega, mille puhul isik aitab aktiivselt kedagi teist, kes on raskustes. Koostöö, kus sageli kasutusel mängulised situatsioonid erinevate tulemuste saavutamiseks, sõltuvalt osalejate koostöö- või võistlusstrateegia kasutamisest (Hayes, 2002).

*Arstid* – arstiõppe ja residentuuri läbinud isikud, kes on registreeritud, litsentseeritud ja töölepingu alusel või perearstina, eriarstina, eraarstina või ettevõtjana (kes on endale ise tööandjaks) töötavad isikud (Maaroos, 1998).

*Arstiabi* – teenused, mida osutatakse patsientidele raviarstide otsese järelevalve all. Arstiabi teenused vajavad teatud kindlate ressursside kasutamist (Lepnurm, Jacobs, Kerem, Randveer, 1996).

*Autonoomia* – professioni esindajatele, sellistele nagu arstidele võimaldatud üsna suur vabadus korraldada oma tööorganisatsiooni, määratleda praktilise sisu ja arendada oma kutsetööd vastavalt vajadustele (Blane, 1997).

*Frustratsioon* – rusuvate või kurnavate asjaolude või sündmuste tagajärjel tekkinud meeleolu muutus inimesel, kellel on soovitud eesmärgi näiteks turvalise ja mugava elu saavutamine takistatud (Hayes, 2002).

*Identiteet* – samastumine, ühtsustunne mingi rühma või rahvusega; psühholoogias – osa inimese mina-konstrukstist, teadmus endast tegelikes või kujuteldavates sotsiaalsetes olukordades ja suhetes (Vääri, Kleis, Silvet, 2000). Inglise keeles on sõnal identiteet laiem tähendus. “1a: the quality or condition of being a specified person or thing; 1b: individuality, personality; 2: identification or the result of it; 3: the state of being the same in substance, nature, qualities, etc” (Concise Oxford Dictionary, 9<sup>th</sup> edn 1995).

Mõiste identiteet jaotub dihhotoomiselt kollektiivseks ja individuaalseks. Eestis on identiteet kasutusel põhiliselt kollektiivse identiteedi tähenduses. Inglise keeles rõhutab identiteet peamiselt individuaalsust.

Sotsiaalne identiteet muutub aja jooksul ja see kujuneb erineva tähtsusega teguritest, mis kattuvad rühmadel või kahel ja enamal isikul. Kõige tähtsamad sotsiaalse identiteedi vormid on rahvuslik ja territoriaalne identiteet, kuid need võivad olla seotud selliste teguritega nagu vanus, sugu, rass, klass, keel, religioon, ideoloogia ja haridus (Leimu, 1996).

Sotsiaalse identiteedi defineerimine mingi teguri rõhutamise kaudu näitab väärtusi ja seda, mida me oluliseks peame, kuid see ei pea tähendama, et mainitud tegur oleks kõrgelt hinnatud vaadeldavas rühmas (Leimu, 1996).

*Motivatsioon* – inimese tegutsemist suunav või energiaga varustav ajend (Hayes, 2002). Motivatsioon on käitumise põhjendus; huvitatus, motiivide kogum, mis ajendab inimest kindlal viisil toimima (Vääri, Kleis, Silvet, 2000).

*Peremeditsiin* – meditsiinieriala, mis osutab järjepidevat üldarstiabi individile ja perele ning peab olema inimestele kättesaadav, efektiivne ja ökonoomne. Üldarstiabi saajateks on kogu Eesti elanikkond. Perearstid osutavad tervishoiuteenuseid tööjuhendi alusel. Eesti elanikkonnale kvaliteetse perearstiabi tagamiseks tuleks piirata nimistule lubatavat maksimumsuurust. Vastavalt sotsiaalministri 29. novembri 2001 määrusele nr 113 ”Perearsti nimistu piirsuurus,

*perearsti nimistu moodustamise, muutmise ja võrdlemise alused ja kord*” (RTL 2001, 130, 1883) on perearsti nimistu suurus  $1600 \pm 400$  inimest. Sotsiaalministri 28.12.2001 määruses nr 159 “*Arstide erialade arengukavad*” (RTL 2002, 8, 79) oli peremeditsiini eriala esindajate arvates Eestis vaja kuni 840 perearstinimistut. Nimetatud arengukavadega oli sätestatud arstide erialade arengusuunad ning optimaalne arstide vajadus kuni aastani 2015.

*Residentuur* – arstiõppe läbinul on õigus jätkata õpinguid residentuuris, mille lõpetamine annab eriarsti kutse. Residentuuri teoreetiline koolitus toimub ülikoolis ja praktiline koolitus residentuuri baasasutuses, mille määrab Tartu Ülikooli ettepanekul Sotsiaalministeerium. Sotsiaalministri 4.06.2001 määrusega nr 56 „*Residentuuri raam nõuded ja residentuuri läbiviimise kord*“ (RTL 2001, 70, 946) on residentuuri vastu võetud isikutel vaja läbida eriarsti kutse saamiseks kolme- kuni viieaastane residentuur ühel erialal. Arst-residendiga sõlmitakse tähtajaline tööleping Eesti Vabariigi töölepingu seaduse paragrahvi 27 lõike 2 punkti 6 ja Tartu Ülikooli seaduse paragrahvi 7 lõike 5 alusel. Arst-residendi tööülesanneteks on: praktiline arstitöö residentuuri baasasutuses vastavalt residentuuri eriala programmile ja individuaalsele õpingukavale ning juhendaja antud tööülesannete täitmine; osalemine seminaridel, koosolekutel, kliinilistel konverentsidel ja haigusjuhtude analüüsil residentuuri baasasutuses ning iseseisev töö ettevalmistuseks seminarideks, ettekanneteks, arvestusteks ja eksamiteks. Arst-residendi tööaja kestus on 40 tundi nädalas tööaja summeeritud arvestusega. Tööaja üldmahust kuni 20% moodustab teoreetiline koolitus, iseseisev õpe või teadustöö vastavalt kokkuleppele tööandjaga. Vahetustevahelise puhkeaja kestus peab olema vähemalt 11 tundi ja iganädalase katkematu puhkeaja kestus vähemalt 36 tundi. Arst-residendi kuupalgamäär on 966,67 eurot. Arst-residendi kuupalgamäärast peetakse kinni seadusega sätestatud üksikisiku tulumaks ja töötuskindlustusmaks.

*Tööga rahulolu* – inimese sotsiaalse heaolu sealhulgas emotsionaalse heaolu ja psühholoogilise tervise indikaator. Tööga seotud arvamuslim konstrukt, mis on teadlasi enim huvitanud just viimastel aastakümnetel. Tööga rahulolu uuritakse tavaliselt nn üldise tööga rahuloluna, mis kirjeldab töötaja tööst saadavat globaalset tunnet ja hõlmab mitmeid erinevaid tööga seotud aspekte. Üldise tööga rahulolu kõrval uuritakse sageli töötajate rahulolu töö erinevate aspektidega, mis pakub uurijale rohkem informatsiooni, kuna vastajad on sageli üldisest tööga rahulolust hoolimata rahulolematud teatud töö aspektidega (Mäkikangas, Feldt, Kinnunen, 2005; Pinder, 1998; Spector, 1997).

*Väärtused* – üldised tõekspidamised, mis juhivad tegevusi ja otsustusi erinevates situatsioonides. Väärtused on teatud seisundite eelistamine teistele. Väärtused on isiksuse oluline osa ja nende kujunemist mõjutab kultuur. Kultuuri seisukohalt on väärtused kultuuris kesksed tõekspidamised, mille põhjal kujunevad normid (Vadi, 1995).

## **Lisa 2. KASUTATUD LÜHENDID**

a	aasta
A R S T 2 0 0 0	Eesti arstide uuring, 2000. a.
A R S T 2 0 0 5	Eesti arstide uuring, 2005. a.
A R S T 2 0 1 1	Eesti arstide uuring, 2011. a.
B M J	British Medical Journal, ajakiri
E A	Eesti Arst, ajakiri
E A L	Eesti Arstide Liit
E L	Euroopa Liit
E T F	Eesti Teadusfond
H a M	Haridusministeerium
I A 8 8	Isobel Allen'i briti arstide uuring, 1988
IT	infotehnoloogia
J A M A	Journal of American Medical Association, ajakiri
L Ä Ä K Ä R I 9 3	Soome arstide uuring, 1993. a.
L Ä Ä K Ä R I 9 8	Soome arstide uuring, 1998. a.
L Ä Ä K Ä R I 2 0 0 3	Soome arstide uuring, 2003. a.
L Ä Ä K Ä R I 2 0 0 8	Soome arstide uuring, 2008. a.
M B T I	Myers-Briggs'i tüübi indikaator
n	vaadeldud uuritavate arv
N O O R A R S T ' 9 5	Eesti noorarstide uuring, 1995. a.
N U O R I L Ä Ä K Ä R I 8 8	Soome arstide uuring, 1988. a.
P I	professionaalne identiteet
P W G	Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors
R T L	Riigi Teataja Lisa
S I	sotsiaalne identiteet
S A L	Soome Arstide Liit
S o M	Sotsiaalministeerium
S o T A R	Sotsiaalministeeriumi terviseameti arstide register
T R	tööga rahulolu
T Ü arstit.	Tartu Ülikooli arstiteaduskond
W H O	Maailma Terviseorganisatsioon
W O N C A	Üldarstide Maailmaorganisatsioon

**Lisa 3. NOOR ARST'95, ARST 2000, ARST 2005 JA ARST 2011  
UURINGUTE MATERJALIDE ALUSEL AVALDATUD  
PUBLIKATSIOONID**

**1995**

1. Sepp, A. Nuori lääkäri-tutkimus Virossakin. Suomen Lääkärilehti 50:18-19, 2125, 1995.

**1996**

2. Sepp, A. Noor Arst 95-tutkimus: virolaisten lääkärien työ ja elämä. Yhdeksännet yleislääketieteen päivät. 24.-25.10.1996. Lyhennelmät. Suomen yleislääketieteen yhdistyksen julkasuja No 8, Kuopio 1996. Abstraktikirja s. 72.
3. Sepp, A. Job satisfaction of Estonian young physicians. Abstract book of European Society of Health and Medical Sociology. 6th Biennial Conference "Health + Social Change: in the Integration of Europe, August 29-31, 1996. Budapest Hungary, 1996, p. 28.
4. Sepp, A. Ülevaade ankeetuuringu Noor Arst'95 esialgsetest tulemustest. Ettekannete kokkuvõtted; Eesti teadlaste kongress 11.-15. august 1996, Tallinn, 1996, lk. 326.

**1997**

5. Sepp, A., Saava, A. Who appreciates physicians in Estonia? Themes from Finland. Health for all in the Nordic Countries. Abstracts. 14th Nordic Congress on Social Medicine, Helsinki 10.-12.09.1997; Helsinki; National Research and Development Centre for Welfare and Health, Themes 12/1997, p. 86.
6. Saava, A., Sepp, A. NOOR ARST'95 uurimus: Kas arstid on rahul ülikooliõpetusega? Eesti Rohuteadlane, Lisa, 1997, lk. 59-60.
7. Sepp, A., Saava, A. NOOR ARST'95 uuring: Eesti arstide elu ja töö. Eesti Rohuteadlane, Lisa, 1997, lk. 61-62.
8. Sepp, A. Noor arst'95 uuringu esialgseid tulemusi. Eesti Arstide Liidu Teataja; Tartu; Eesti Arstide Liit; 1997; Nr. 4; lk. 19.
9. Sepp, A. Viron nuorten lääkärien arvio peruskoulutuksestaan. X Yleislääketieteen päivät Allmänmedicin. 23.-24.10.1997. Lyhennelmät. Suomen yleislääketieteen yhdistyksen julkasuja No 10, Turku 1997, s. 54.

### *Eesti arstide tööga rahulolu*

10. Sepp, A., Saava, A. Noorte arstide sotsiaal-majanduslikud tingimused Eestis. ETF grant 1053 lõpparuanne. Tartu Ülikool, Tervishoiu Instituut; Tartu 1997, Käsikiri 68 lk.
11. Sepp, A. The social-economical conditions of Estonian young physicians. Tartu: University of Tartu; 1997.

### **1998**

12. Sepp, A. Viron nuorten lääkärien arvio peruskoulutuksestaan. Kunnallislääkäri / Kommunalläkaren; 1998; Nr. 6, s. 31.

### **1999**

13. Sepp, A., Saava, A. Noorte arstide tööga rahulolu ja seda mõjutavad tegurid. IV Välis-Eesti Kongress 29.-30. juunil 1999. a. Tallinnas. Ettekannete kokkuvõtted. Tallinn, 1999, lk. 112-113.
14. Sepp, A., Saava, A. Eesti noorarstide professionaalne identiteet. Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna aastakonverents. Teesid, Tartu Ülikool, Tartu, 1999, lk. 112-113.
15. Sepp, A., Saava, A. Entusiastlikest esmakursuslastest pettunud arstideks. Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna aastakonverents. Teesid, Tartu Ülikool, Tartu, 1999, lk. 114-115.

### **2000**

16. Sepp, A., Saava, A. Eesti noorarst üleminekuperioodil. Eesti Arst, 2000, nr. 1, lk. 21-24.
17. Sepp, A., Saava, A. Kollektiivne identiteet Eesti noorarstidel. Eesti Arst, 2000, nr. 9, lk. 564-565.
18. Sepp, A., Saava, A., Virjo, I., Mattila, K. Eesti noorarstide väärtushinnangud. Eesti Arst, 2000, nr. 9, lk. 565.
19. Saava, A., Sepp, A. Uurimus Arst 2000. Eesti Arst, 2000, nr. 9, lk. 597.

### **2001**

20. Sepp, A., Saava, A. Correspondence of undergraduate medical education to the tasks of Estonian hospital doctor and general practitioner. The 2001 Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine – WONCA Region Europe 3-7 June 2001 Tampere, Finland, p. 54.



21. Sepp, A., Virjo, I., Mattila, K., Saava, A. Tervisekasvataja identiteet on seotud arstide soo ja töökohaga. Üle-Eestiline teaduskonverents "Tervise edendamine V". 21.-22. märts 2001. a. Konverentsi ettekannete teesid. Tartu Ülikool, Tervishoiu Instituut, 2001, lk. 50-51.

## **2002**

22. Saava, A., Sepp, A., Kalda, R., Lember, M. Perearst Eestis aastal 2000. Eesti Arst 2002; 81(8): 462-467.
23. Saava, A., Sepp, A., Mattila, K. Eesti arstide rahvusvahelised kontaktid. Eesti Arst, 2002; 81(9): 585.
24. Kalda, R., Saava, A., Lember, M. Kas esmatasandi arstide hinnang oma rollile arstina on muutunud? Eesti Arst, 2002; 81(9): 565.
25. Sepp, A., Saava, A. Kuivõrd Eesti perearstid määratlevad end tervise edendajana. Üle-Eestiline teaduskonverents "Tervise edendamine VI". 20.-21. märts 2002. a. Konverentsi ettekannete teesid. Tartu Ülikool, Tervishoiu Instituut, 2002, lk. 56-57.
26. Saava, A., Sepp, A. Eesti arstid tervisedendajatena. Tervist Edendavate Haiglate Liikumine Eestis. III konverents. Tervisedendus kaasaegses raviasutuses on ajanõue. 20.09.2002. Tallinn: 2002, lk. 37-38.

## **2003**

27. Sepp, A., Virjo, I., Saava, A., Mattila, K. Job satisfaction of Estonian junior doctors in 1995 and 2000. Third International Symposium of Occupational Health: Qua vadis Estonia? 31.01.-01.02.2003. Tartu. Abstracts. Tartu University, Department of Public Health. 2003, p. 15.
28. Sepp, A., Virjo, I., Saava, A., Mattila, K. Becoming a doctor – was it a wrong career choice? Third International Symposium of Occupational Health: Qua vadis Estonia? 31.01.-01.02.2003. Tartu. Abstracts. Tartu University, Department of Public Health. 2003, p. 18.
29. Sepp, A. Eesti arstide tööga rahulolu. TPÜ psühholoogia osakond 10. Konverents Psühholoogia rakendus ja rakenduspsühholoogia. 2003, lk. 71-72.
30. Saava, A., Sepp, A. Eesti noorarst 2000. Eesti noorarstide psühhosotsiaalne taust, tööolud, rahulolu koolituse ja tööga, väärtushinnangud ning sotsiaalne aktiivsus. Tartu 2003.



**2004**

31. Sepp, A. Arstide tööga rahulolu. IV rahvusvaheline sümposium. Kvaliteet Töötervishoius. Teeside kogumik. 2004, lk 95-96.
32. Sepp, A. Job satisfaction of physicians. 4<sup>th</sup> International Symposium. Quality in Occupational Health. Program & Abstracts. 2004, p. 97-98.
33. Sepp, A. Eesti arstide kutsetööga rahulolu. TPÜ organisatsioonikäitumise magistritöö. 2004, 65 lk.
34. Sepp, A. Eesti arstide kutsetööga rahulolu. Tervishoiufoorum 2004. 09.09.2004 Tallinnas.
35. Sepp, A. Arstide hinnangud töökeskkonna kohta väärivad täit tähelepanu. Meditsiini uudised nr 18; 19. oktoober 2004, lk. 16.
36. Sepp, A. Neljast arstist kolm on oma tööga rahul. Meditsiini uudised nr 18; 19. oktoober 2004, lk. 15.
37. Sepp, A. Rahvusvahelistumise väljakutsed – Eesti arstide kogemused ja plaanid. TÜ Sotsiaalteadlaste konverents 13.11.2004.
38. Sepp, A. Ei nõustu Ain Aaviksoo arvamusega, et IT on probleemiks arstidele. Meditsiini uudised. Detsember 2004.

**2005**

39. Sepp, A. Rahvusvahelistumise väljakutsed – Eesti arstide kogemused ja plaanid. TPÜ sotsiaal- ja kasvatusteaduste doktorikooli konverents 11.04.2005.
40. Sepp, A. Who appreciates doctors work in Estonia? – 5<sup>th</sup> International Symposium on Occupational Health. Occupational Health 21: Collaboration and ethics. Program & Abstracts. 2005, p.107.
41. Sepp, A. Rahvusvahelistumise väljakutsed – Eesti arstide kogemused ja plaanid. Eesti Arst; 2005, 84 (10): 707-709.
42. Sepp, A. Uurimus Arst 2005. Eesti Arst, 2005, 84(8): 583.

**2007**

43. Sepp, A., Virjo, I., Mattila, K. Eesti arstide tööga rahulolu. Arst 2000: Ankeetküsitlus aastatel 1987-1996 diplomeeritud arstidele. Tallinn 2007.
44. Sepp, A. (2007). Kliinik 2007 [Videosalvestis] : Arstide väärtus: Kes Eestis meid väärtustavad? Tartu Ülikool.
45. Suur, S., Sepp, A (juhendaja) (2007). Tervishoiupoliitilised valikud Eestis: arstide tööga rahulolu seosed streigiplaanide ja väljarändega. Bakalaureusetöö. Tallinna Tehnikaülikool.

46. Roht, K., Eamets, R., Sepp, A (kaasjuhendaja) (2007). Tööjõu vaba liikumine ja selle mõju Eesti tervishoiusektorile. Arstide rände põhjused ja palkade võrdlev analüüs: bakalaureusetöö. Tartu Ülikool.
47. Sepp, A. (2007). Kas arstide liikumine mõjub Eesti Vabariigile? *Meditsiini uudised* nr 16 (115); 25. september 2007.

## 2008

48. Sepp, A., Virjo, I., Mattila, K. (2008). Physician Studies in Estonia in 1995, 2000, 2005 . In: *Research and Development in Higher Educational Institutions*: Tallinn, 2008, P. 66.
49. Sepp, A., Virjo, I., Mattila, K. (2008). Job Satisfaction of Estonian Junior Physicians. In: *Research and Development in Higher Educational Institutions*: Tallinn, 2008, P. 65.
50. Sepp, A. (2008). Virolaisten lääkärien työtyytyväisyys vuonna 2005. In: *Yleislääketieteen päivät 2008: Lybennelmät. Tampere, 23.-24.oktoober 2008*. Tampere, 2008, P. 36.

## 2009

51. Sepp, A. (2009). Social Changes in Physician Studies. "From Higher Education Institutions to Community": *Tallinna Tervishoiu Kõrgkool 18-22.mai 2009*. Tallinn: Auratrükk, 2009, P. 45.
52. Sepp, A. (2009). The Limits of Postal Questionnaire Studies. "From Higher Education Institutions to Community": *Tallinna Tervishoiu Kõrgkool 18-22.mai 2009*. Tallinn: Auratrükk, 2009, P. 44.

## 2010

53. Sepp, A., Virjo, I., Mattila, K. (2010). Doctor 2010: Questionnaire Survey to Physicians Qualified in 1997-2006. "Bridging Between the Education and Health Services": *Tallinna Tervishoiu Kõrgkool 17-21.mai 2010*. Tallinn: Auratrükk, 2010, P. 40.

## 2011

54. Sepp, A. (2011). Changing Patient's Role: Doctor's Point of View. "Research and Quality": *Tallinna Tervishoiu Kõrgkool 16-20.mai 2011*. Tallinn: Auratrükk, 2011, P. 51.

## 2012

55. Sepp, A. Eesti arstide tööga rahulolu. Arst 2011: Ankeetküsitlus aastatel 1997-2006 diplomeeritud arstidele. Tallinn 2012.

## Lisa 4. ARST 2011 – KÜSIMUSTIK NOORTELE ARSTIDELE

### ARST 2011 - Noorte arstide küsitlus

#### 1. Sissejuhatus

##### LUGUPEETUD ARST!

Pöördume Teie poole sotsioloogilise uurimusega, mida viiakse läbi Eesti Arstide Liidu ja Soome "Lääkäri 2008" projektis osalevate teadlaste toetusel. Uurimuse eesmärgiks on ajakohase teabe saamine arstide elu- ja töötingimuste kohta ning hinnangu andmine viimastel kümnenditel Eestis toimunud olulistele muutustele arstide ettevalmistuses, nii diplomieelses kui ka diplomijärgses koolituses, aga ka tervishoiukorralduses.

Küsitlus hõlmab Tartu Ülikooli 1977-2006. a lõpetanuid ning me palume Teil leida võimalus vastata käesoleva ankeedi küsimustele, mis puudutavad Teie õpinguid ülikoolis, töö leidmist ning teisi elulisi probleeme. Teie nime saime teada ülikooli lõpetanute nimekirjast ning aadressi Terviseameti registrist.

Käesolev küsitlus on neljas etapp arstide karjääri pikaajalisest uurimisprogrammist, mille käigus tahaksime Teiega mõne aasta pärast uuesti kontakti võtta. Loodame et Te uurimuse huvides nõustute sellisel usaldusel põhineva anonüümsusega, seda enam, et meie küsimused ei puuduta kuigi delikaatseid teemasid. Meie omalt poolt garanteerime, et Teie vastuseid ei avaldata mitte kusagil seoses Teie nimega, vaid ainult statistiliselt üldistatud kujul.

Küsimustik võib esimesel pilgul tunduda pikk ja keeruline, kuid paljude küsimuste puhul nõuab vastamine Teilt ainult mõne sekundi. Vastata on lihtsam, kui Te algul tutvute küsimustiku esimese lehekülje alguses toodud näpunäidetega ja jälgite hoolega küsimuste sisu ning nende juurde kuuluvaid seletusi. Lehekülje vahetamiseks ja järgmisele leheküljele liikumiseks peate vajutame nupule "järgmine". Kui olete vastamisega lõpule jõudnud, palun vajutage nupule "valmis". Oleme tänulikud kui saadaksite oma vastused võimalikult ruttu, sest me ei saa vastuseid analüüsima ja kokkuvõtteid tegema hakata enne kui vajalik hulk vastuseid on meieni jõudnud.

Võimalike küsimuste või raskuste puhul on teretulnud, kui saate võtta meiega kontakti.

Olge sõbralik ja täitke küsimustik võimalikult kohe, kuid hiljemalt: 18.07.2011.a.

Aadress: Alar Sepp, MD, MA (organisatsioonikäitumine), Sütiste tee 19A, 13419 Tallinn  
Telefon: 5645 5937 (A. Sepp).

Uurimisgrupi nimel:

Eesti Arstide Liidu president  
Andrus Mäesalu

Uurimuse vastutav täitja  
lektor Alar Sepp

## ARST 2011 – Noorte arstide küsitlus

2.

**\*1. Mis aastal lõpetasite ülikooli arstidiplomiga?**

**\*2. Mis aastal alustasite arstiteaduse õpinguid?**

**\*3. Missugusest ülikoolist saite arstidiplomi?**

- Tartu (Riiklikust) Ülikoolist
- Õppeasutusest endises Nõukogude Liidus
- Välismaal

Palun täpsusta kooli nimi ja asukoht, kui ei olnud Tartu Ülikool

**\*4. Mil määral mõjutasid järgmised tegurid Teid arstiteadust õppima?**

	Mitte sugugi	Pisut	Mingil määral	Üsna palju	Väga palju
Kutsumus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hinnatud amet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heapalgaline amet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peres või suguvõsas arst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huvi inimese vastu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arste liiga vähe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hea keskkooli lõputunnistus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enda või lähisugulase haigus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kutsesobivus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mitmekülgset töövõimalused	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huvi teadustöö vastu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**\*5. Kui nüüd alustaksite õpinguid, kas ikkagi pürgiksite arstiks?**

- Ei  Jah

## ARST 2011 – Noorte arstide küsitlus

### 3.

#### \*1. Kas Te olete praegusel hetkel ametis?

- Jah, tähtajatu töölepinguga
- Jah, tähtajalise töölepinguga
- Jah, eraarstina
- Jah, asendajana
- Ei

#### \*2. Kes on praeguses ametis tööandja?

- Erasektor
- Avalik sektor

#### \*3. Teie töökoht / tegevusvaldkond

- Ülikooli kliinikum /regionaalhaigla
- Töötervisekeskus
- Muu haigla
- Vaimse tervise üksus
- Perearstikeskus või soolopraksis
- Ülikool / kõrgkool
- Riigiasutus või amet
- Eraarstikeskus / eraarsti praksis
- Sihtasutus / liit või organisatsioon
- Ravimifirmad
- Tööjõudu vahendav / rentiv firma
- Muu eratööandja

## ARST 2011 – Noorte arstide küsitlus

### \*4. Teie ametinimetus praeguse hetkel

- Peaarst, direktor, juhataja, tegevjuht
- Eriarst / haigla osakonna arst
- Spetsialiseeruv arst (resident)
- Perearstikeskuse arst
- Töötervisearst
- Professor
- Dotsent / vanemassistent / lektor
- Teadustöötaja, assistent
- Eraarst
- Muu arsti töö
- Muu töö

Kui valisite "Muu töö", siis palun täpsustage!

### \*5. Kas Te olete ametis?

- Mitmel töökohal (üle 1,0 koormuse)
- Täis tööajaga
- Osalise tööajaga

# ARST 2011 – Noorte arstide küsitlus

## 4.

### 1. Kas Te töötate?

- Haigla statsionaaris  
 Haigla ambulatoorses osas  
 Mõlemas

### \*2. Millisesse maakonda/linna Teie praegune töökoht kuulub?

### \*3. Millisel määral mõjutasid järgmised tegurid Teie praeguse töökohta valikut?

	Mitte sugugi	Pisut	Mingil määral	Üsna palju	Väga palju
Asukoht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regionaalhaigla lähedus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huvitav erialane töökoht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuttav töökoht õpingute ajast	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peresuhted või muu isiklik põhjus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaba aja veetmise võimalused	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ainus võimalus praegu tööd saada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spetsialiseerumine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Karjääri planeerimine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Võimalus teha väitekirja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mind kutsuti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Tutvuste kaudu“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Töökohta hea maine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tööalase mentori olemasolu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hea juhendav arst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hea peaarst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ARST 2011 – Noorte arstide küsitlus

5.

### \*1. Kuidas Teie arvates hindavad Teie tööd järgmised ringkonnad?

	Väga vähe	Üsna vähe	Raske öelda	Üsna palju	Väga palju
Oma eriala kolleegid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teiste erialade kolleegid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsiendid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Õed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ülemus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kohaliku võimu esindajad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Riigivõimu esindajad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arstide Liit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tööpiirkonna elanikud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Üldsus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massimeedia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teie ise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perekond, lähedased	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## ARST 2011 – Noorte arstide küsitlus

### \*2. Kui hästi järgmised tööga rahulolu mõjutavad tegurid realiseeruvad Teie praeguses töös?

	Väga halvasti	Üsna halvasti	Raske öelda	Üsna hästi	Väga hästi
Turvatud elu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hea sissetulek võrreldes töö hulgaga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Üldiselt hinnatud positsioon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Juhtiv positsioon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Iseseisev, mitteallutatud positsioon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Võimalus teostada töös oma ideesid ja nägemusi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ei ole tööd väljaspool tööaega	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Öövalved talitava sagedusega	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nähtavad töötulemused	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnustused tehtud töö eest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huvi tehtava töö vastu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arenguvõimalused	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Täienduskoolituse võimalused	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ametialase arengu võimalused	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spetsialiseerumise võimalus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teadustöö võimalus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hea töökollektiiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Töörõõmu kogemine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Head suhted patsientidega	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsientide tänu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ARST 2011 – Noorte arstide küsitlus

6.

### 1. Kas Te patsientidega täiskoormusega töötades hindate oma töökoormust?

- Liiga suureks                       Parajaks                       Liiga väikeseks

### \*2. Kas viimase kahe aasta jooksul Teie töötasu?

- Suurenes                       Jäi samaks                       Vähenes

### 3. Kui Teie töötasu vähenes, siis mille arvel?

- Põhipalk vähenes  
 Lisatasud vähenesid/kadusid  
 Pidi kasutama palgata puhkust (nn Masupäevad)

### \*4. Kas Te olete oma töötasuga rahul?

- Väga rahul  
 Üsna rahul  
 Ei oska öelda  
 Üsna rahulolematu  
 Väga rahulolematu

### \*5. Kas Teie arvates Teie töötasu vastab töökoormusele/töö raskusele?

- Töötasu on liiga väike                       Töötasu on paras                       Töötasu on liiga suur

## ARST 2011 – Noorte arstide küsitlus

### 7.

#### \*1. Kui palju Te saate mõjutada järgmisi asju oma praeguses töös?

	Üldse mitte	Mingil määral	Üsna palju	Palju
Seda, mis tööülesannete hulka kuulub	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seda, millises järjekorras tööd teed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajakasutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Töörütm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Töömeetodid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seda, kuidas tööd inimeste vahel jaotatakse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seda, kellega koos töötad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aparatuurihanked	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palgatulud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tööpäeva lõpetamise aeg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ARST 2011 – Noorte arstide küsitlus

### \*2. Kui tihti tunnete võimalike tööga seotud tegurite kahjulikkust oma praeguses töös?

	Mitte kunagi	Harva	Mõnikord	Üsna sageli	Pidevalt
Töö üksluisus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Töö sundrütmi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tööaegade sobimatus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Töö mõttetus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ülemuse liigne töösse sekkumine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ülemuse ükskõiksus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ebaõnnestumiste või vigade tegemise hirm töös	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halvad alluv-juht suhted	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ebakollegiaalsus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pingeline õhkkond töökohal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liiga palju öövalveid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsientide tänamatus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaimselt pingeline töö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patsiendid ei pea kinni ravikuurist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Turvalisus puudumine töökohal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ressursside nappus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kehvad töötingimused	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puudulikud töövahendid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halb infolevi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palju kirjalikke töid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liiga suur töökoormus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IT kasutamine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Üksinda töö rabamine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vähe abipersonali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ebaõiglane ülemus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vastuolu eetika ja ressursside nappuse vahel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>