Kliinikumi Leht

SISELEHT nr 47 September 2002

Tartu Ülikooli Kliinikum

• Töötervishoiust kliinikumis • Intervjuu Peep Preega • Palgaleppe projektist

Edvitar Leibur - 65

4. septembril tähistas oma 65. sünnipäeva stomatoloogiakliiniku juhataja professor Edvitar Leibur.

Rääkige veidi endast, oma lapsepõlvest, perekonnast ja haridusteest.

Sündisin Võru linnas, aga pean ennast põliseks tartlaseks. Pärast Tartu 2. keskkooli asusin õppima ülikooli stomatoloogia osakonda, mille lõpetasin 1960. aastal. Seejärel läksin hambaarstina tööle Puhja haiglasse, aga poole kohaga pidin töötama ka pediaatrina ning jaoskonnaarsti asendajana.

1961. aasta augustis kutsuti mind Elva haiglasse hambaarstiks. Sel ajal oli elu väga huvitav, kuna hambaarstid tegid graafiku järgi ka valveid, mis meile väga meeldis, kuna see tõi töösse omajagu põnevust. Lõpuks sai ministeeriumi nõunik teada, et kulutame hambaravi töötunde valvete peale, ja keelas selle ära.

Elva haiglas töötasin stomatoloogiakabineti juhtajana. Lisaks kirurgilisele vastuvõtule tuli tegeleda ka hambaraviga ning hambaproteesimisega. Juba seal alustasin kandidaaditöö planeerimisega, kliinilise materjali kogumisega, laboriuuringutega ning sooritasin vajalikud kandidaadimiinimumi eksamid ülikoolis.

1968. a tekkis mul võimalus minna Indiasse, kuna abikaasa kutsuti sinna kaheks aastaks külalisprofessoriks Banarasi Hindu Ülikooli koos perekonnaga. Sealses meditsiiniinstituudis jätkasin teadus- ja ravitööd. Avanes võimalus praktiseerida suu- ja näolõualuukirurgias. Eestis tagasi olles jätkasin tööd Elva haigla stomatoloogiakabinetis.

1973. aastal kaitsesin oma kandidaaditöö Riia Meditsiiniinstituudis. 1975. aasta sügisel avanes võimalus Tartu ülikooli stomatoloogiakateedrisse assistendina tööle asuda. Järgnesid mitmed 1-3-kuulised täiendused Moskvas: Onkoloogia Keskuses, I Meditsiiniinstituudis, Stomatoloogia Tsentraalses Uurimisinstituudis näo-lõualuukirurgia erialal. 1978. aastal valiti mind dotsendi ametikohale. 1987. aastal kaitsesin Leningradi I Meditsiiniinstituudis doktoritöö ja pärast seda valiti mind juba professori ametikohale. 1992. aastast juhatan stomatoloogiakliinikut.

Kust on pärit teie huvi stomatoloogia vastu?

Minu isal, kes pidi katkestama õpingud arstiteaduskonnas sõja tõttu, oli kindel soov, et minust saaks arst. Kuid mul olid klassis väga head sõbrannad, kellega tegime koos sporti - vettehüppeid. Need sõbrannad astusid stomatoloogiasse. Mõtlesin, et ülikooli aeg on selline tore aeg, kus peab ikka sõpradega koos olema, ning valisingi stomatoloogia raviosakonna asemel. Tol aastal oli stomatoloogiasse palju suurem konkurss: 75 soovijast võeti vastu 25. Tegime sõbrannadega ka ülikooli ajal sporti edasi, käisime võistlustel ja saime palju reisida. See oli väga ilus aeg.

Mul oli ülikooli algusest peale suur huvi kirurgia vastu, tegin isegi üliõpilasena ühe ettekande huulevähist. Kui ülikooli tööle tulin, hakkasin õpetama kirurgilist stomatoloogiat e. näo- lõualuukirurgiat. Ka doktoritöö puudutas kirurgia valdkonda.

Mis on stomatoloogiakliinikus viimastel aastatel muutunud? Millega olete rahul ja missugused on kitsaskohad?

Muutusi on olnud palju. Kliinikumi asutamine oli ainuõige tee ja mul on väga hea meel, et see teostus.

Stomatoloogiakliinik on kliinikumis üks suuremaid. Tänu kliinikumile on nii ülikooli kui ka kliinikumi pool ühtsem ja töötab meeskonnana. Õppetöö on hambaarsti teaduses kindlasti paranenud. Meie eriala on kallis, kuid võrreldes varasemate aastatega on progress olemas.

Meil on hea koostöö Karolinska Instituudi ning Helsingi ja Kuopio ülikooli haiglatega, toimib üliõpilasvahetus ja teadustöö on olnud edukas.

Järg lk 2

Professor Edvitar Leibur peab oma töös kõige olulisemaks teadus-, õppe- ja ravitöö ühendamist.

Ainult üks raha

Arutledes kliinikumist ja rahast, võiks alustuseks küsida eri inimestelt: "Milleks teile kliinikum?" Ilmselt saaksime vastuseks väga suure hulga erinevaid mõtteavaldusi.

Patsientidele on kliinikum ravi ja diagnoosi saamise, sageli ka terveks saamise kohaks, personalile töö tegemise ja raha teenimise kohaks, eneseteostuse kohaks. Ja nii edasi.

Nii ongi, et pole olemas ühtset vastust, kuid ilmselt on olemas ühtne soov, et see kõik nii edasi kestaks. Kas polegi siis kliinikumi põhieesmärk edasi püsida, et võimaldada paljudele soovide täitumist: patsiendid saavad kõrge kvaliteediga arstiabi, personal aga tööd ja eneseteostusvõimaluse?

Samas on aga ka ühine probleem - raha ei jätku. Põhiosas on see probleem taandatav tuludele ja nende jaotamisele kliinikumis ehk siis kulueelarvele. See omakorda on aga tihedas seoses kliinikumi kui asutuse suutlikkusega oma tööd jätkata.

Kuigi kehtiv eelarve tükeldab kulude osas teenitud raha (näiliselt) osadeks, tuleb siiski meeles pidada, et vaatamata eelarvele käitub kliinikumis raha ühendatud anumate printsiibi järgi: ülekulu mingis sektoris (eelarvereal, osakonnas, kliinikus) peab kajastuma teisal vähenemisega. Kui seda ei arvestata, läheb eelarve tasakaalust välja ja see viib kas makseraskusteni või kaugemas perspektiivis pankrotini.

Jaak Nilsoni foto

Seetõttu ongi, võibolla nähtamatult, apteegikulud seotud palgaga, personali hulk tööga ja ravimisel tehtavad otsused kliinikumi suutlikkusega jätkata.

Kes ei sooviks meil palgatõusu, milleks vajaliku raha päritolu üle üldiselt ei juurelda! Kui aga eelarvete täitmist analüüsida, siis on näha, et sageli on see tasakaalust välja viidud just meditsiinilise personali otsustega, mis kaasa toonud suurenenud kulutused põhiliselt ravimite, aga ka nii meditsiiniliste kui muude tarvikute ostmiseks.

Iga tohter võib ju seletada, et kõik on haige huvides. Õige küll. Kuigi samas me teame, et olukorda, kus haigele sobib vaid mingi kindel ravi, esineb harva. Ühendatud anumate printsiipi tuleb aga kindlasti arvestada ning uue eelarve tegemisel püütakse rahuldada ravi vajadused siiski võimaluste piirides ja esmaselt.

Kahjuks pole senine kontroll kulude üle efektiivseks osutunud. Ravimite ja tarvikute kulud on tänavu kokku 40 miljoni krooni võrra suuremad kui 1999. aastal. Seetõttu käivitas juhatus apteegikulude kontrolli, mis tuli kliinikutele suure ja ebameeldiva üllatusena.

Kontrolli esimeses etapis tuli kõik kulud viia ühele alusele ehk läbi apteegi tellimisele, seejärel, teises etapis, ilmus kulude jälgimise süsteem ise. Seda on kliinikumis testitud kahe aasta jooksul ja see toimib ilma haigete ravi kahjustamata.

Ilmselt peab ravi muutuma spetsiifilisemaks ja hakkama väga täpselt vastama haige vajadustele. Paraku tuleb seejuures aga arvestada ka Eesti riigi võimalusi. Sest juba praegu töötab kõigile nähtav skeem: raviarvete pidev kasv viib vaatamata haigekassalepingu mahu suurenemisele voodite arvu vähenemisele ja kaugel sealt siis personali ümberpaigutused enam on.

Personali vähendamine aga hakkab teatavast piirist üleminekul kahjustama ravi efektiivsust. Sest kahjuks pole võimalik kõike head saada, nagu eesti vanasõnagi ütleb.

Kui soovime, et kliinikum ka edaspidi oma edukat tööd jätkaks, siis peame kõiki eelarve ridu tasakaalustatuna arendama.

RAUL TALVIK,
juhatuse liige, ülemarst

Algus lk 1

Kuopio ülikoolis valiti mind 1996. aastal audoktoriks, mis oli minu jaoks suur tunnustus.

Olen rõõmus, et kõik Tartu stomatoloogiatudengid, kes on välismaale siirdunud, et seal hambaarstina tööle asuda, on suurepäraselt hakkama saanud, osaliselt tänu sellele, et meie õpe on rohkem meditsiinilise taustaga. Muide, selle suunas on hakatud liikuma ka Põhjamaades.

Rõõmustav, et meie doktorandid on väga tublid olnud. Kahe doktorandi esitatud artiklid on vastu võetud avaldamiseks retsenseeritavates erialastes ajakirjades. 2003. aasta kevadel lõpetab ka esimene 5-aastase õpiajaga resident suu- ja näolõualuukirurgia erialal.

Murelikuks teeb, et ei sotsiaal- ega ka haridusministeerium ei arvesta piisavalt, et oleme lisaks raviteenuse osutamisele ka õpetav haigla ning vajame selle eripära tõttu lisaraha. Soovime ju kõik, et arstiteaduskonna lõpetanu oma tööd hästi oskaks. Haigekassa nappidest finantsidest tulenevad takistused plaaniliste haigete ravil, tunduvalt on tänavu kasvanud erakorralist ja vältimatut abi vajavate inimeste arv.

Vajaksime rohkem kraadiga õppejõudusid. Tänapäeva meditsiin on tõenduspõhine ning arste on võimalik välja õpetada vaid ravi-, õppe- ja ka teadustööd ühitades.

Mis te arvate, missuguseks õppejõuks peavad teid üliõpilased?

Sain üliõpilaste hinnangu minule ja stomatoloogiakliinikule ning mul oli päris hea seda näha, kuna nad olid kas väga rahul või pigem rahul. Arvan, et olen õpetööga hakkama saanud ning tudengitega hea kontakti saavutanud. Noorte suhtumine on muutunud, nad teavad, et lõpetades ülikooli, peavad nad kohe tööle asuma, ja on seetõttu väga agarad teadmisi omandama.

Mis saab edasi?

Ülikool lõpetab minuga töölepingu 31. jaanuaril. Võimalik, et pärast seda jätkan konsultatiivsete vastuvõttudega. Kui ma saan emeriitprofessori staatuse, siis jätkub kindlasti teadustöö koos kolme doktorandiga. Olen ka Eesti Teadusfondi poolt finantseeritava granti hoidja.

Kas te ei ole plaaninud vaikset pensionipõlve pidada?

Olen väga aktiivne tüüp ja vahel mõtlen, et ma ei oskagi puhata. See on juba algusest peale nii olnud - alustasin ju kandidaadi töö kirjutamist igapäevatöö ja väikeste laste kõrvalt. Istusin hilja õhtul Veski tänava laboris ja kasvatasin hambaalgmeid koekultuuris. See oli väga peen ja põnev töö!

Mul on ka kaheksa lapselast ja igal kevadel teeme plaanid, millal ja missugused lapsed minu juurde Oravale suvekodusse tulevad. Olen tohutu veearmastaja, käin järves nii suvel kui talvel. Tänavu oli ilus suvi. Tööasjad olid mul suvekodus kaasas, kuid neid ma ei puutunudki!

Ma pole veel oma pensionieaga harjunud. Kõige suurem üllatus oli, kui astusin bussi ja läksin bussijuhi juurde piletit ostma. Siis aga lugesin seinalt, et 65-aastased võivad sõita ilma piletita.

MARILIIS VAHE

Miks peab töötajate tervist kontrollima? Ning kus ja kuidas?

Töötervishoiu ja tööohutuse seadus kohustab tööandjat korraldama töötajate tervise kontrollimise ja muude töötervishoiuteenuste osutamise kas ettevõtte töötervishoiuteenistuse kaudu või töötervishoiuarstiga sõlmitud lepingu alusel ning kandma sellega seotud kulud.

Kliinikumis oleme läinud seda teed, et moodustasime oma töötervishoiuteenistuse. Struktuuriüksus kuulub radioloogiateenistusse ja kannab nime **terviseuuringute ja töötervishoiu osakond**, asukohaks on **L. Puusepa 1a I korrus**.

Kõik töötajad, kelle tervist mõjutavad või võivad mõjutada töökeskkonna ohutegurid või töö laad, peavad oma tervist kontrollima seaduses sätestatud korras.

Töötajate tervise kontroll algab enne tööle asumist (eelnev tervisekontroll) ja toimub kogu tööloleku vältel 1-3 aasta järel vastavalt riskianalüüsi tulemustele. Tervisekontrolli ulatus ja sagedus sõltub konkreetsest töökeskkonnast.

Tööandja koostab tervisekontrolli suunatavate töötajate nimekirja, lähtudes töökeskkonna ohutegurite riskianalüüsi tulemustest. Kui riskianalüüsi ei ole (veel) tehtud, peab tööandja ise töökeskkonda hindama. Riskianalüüs tuleb aga kindlasti teha.

Töötervishoiuarst peab enne tervisekontrolli alustamist tutvuma tervisekontrolli suunatud inimeste töötingimustega. Lähtudes töötingimustest ja töö laadist, määrab ta igaühe terviseuuringute mahu ja otsustab, kas on vaja kaasata ka mõni eriarst.

Tervisekontrolli suunatud töötaja täidab tervisekontrolli kaardi, kuhu märgib andmed oma tervise seisundi kohta. Töötervishoiuarst kannab samale kaardile ka tervisekontrolli tulemused.

Töötervishoiuarst peab esitama tööandjale akti tervisekontrolli tulemustest hiljemalt seitsme päeva jooksul pärast kontrolli tegemist. Lähemal ajal saavad kinnitatud nii töötervishoiuteenuste osutamise protseduur kui ka vastavad vormid.

Kliinikumis on riskianalüüs tehtud radioloogiateenistuse 5 osakonnas, sellega saab tutvuda radioloogiateenistuse koduleheküljel. Kopsukliiniku tuberkuloosiosakonnas, operatsiooniteenistuse sterilisatsiooniosakonnas ja psühhiaatriakliinikus on riskianalüüs käimas ja algab õige pea ka nahakliinikus.

KATRE PRUUSAPUU,
töökeskkonnaspetsialist

Töötervishoiuteenus kliinikumis

Tänavu sügisel on käivitunud kliinikumi radioloogiateenistuse tervisekontrolli ja töötervishoiu osakond, mis koostöös ülikooli tervishoiuinstituudiga hakkab pakkuma mitut töötervishoiualast teenust, sh töökeskkonna riskianalüüsi ja töötajate tervisekontrolli.

Töötervishoiu osakonna tegevuse põhirõhk on esialgu suunatud kliinikumi ja ülikooli töötajate teenindamisele ja töökeskkonna riskianalüüsi korraldamisele. Lähiajal on plaanis hakata pakkuma töötervishoiualast teenust ka Lõuna-Eesti regiooni asutustele ja ettevõtetele.

Viimaste aastakümnete jooksul on mõiste "töötervishoid" sisu oluliselt laienenud. Peaeesmärk ei ole enam pelgalt tööõnnetuste ja kutsehaiguste ning tööst põhjustatud haiguste ärahoidmine, vaid kõigi töötajate tervise, töövõime ja sotsiaalse heaolu igakülgne edendamine. Töötervishoiuarsti põhiülesanne on anda tööandjale nõu, kuidas töökeskkonda kujundada, ja teha selleks vajalik töökeskkonna riskianalüüs.

Selgitatakse välja töökeskkonna ohutegurid, millele vastavalt koostatakse kava töötajate tervise kontrolliks ja ennetavaks tegevuseks, hoidmaks ära tervisekahjustusi ja vähendamaks tõenäosust tööõnnetuste ning kutsehaiguste tekkeks.

Tervishoiutöötajaid - arste, õdesid, laborante, sanitare jt - ohustavad mitmesugused spetsiifilised töökeskkonna tegurid. Näiteks radioloogias on olemas kiirgusrisk, nakkusosakondades aga on esikohal oht nakatuda mõnda bakteriaalsesse, viirus- või parasitaarsesse haigusse. Paljude osakondade õdedel ja hooldajatel on probleeme haigete tõstmisega.

Loomulikult on meditsiinis, mille sisuks on ju inimeste teenindamine, omad psühholoogilised ja psühho-sotsiaalsed riskitegurid, mis tekitavad vahel tööstressi ja läbipõlemise tunnet.

Kliinikumi töötervishoiuteenistuse keskseks ülesandeks peab saama kliinikumi ja ülikooli töötajate tervise regulaarne kontroll ja töökoha järelevalve. Lähemalt saab infot telefonil 319 110 ja muidugi võib ka Puusepa 1a ruumi 1147 ise kohale tulla.

HEIKI ANNUK,
töötervishoiuarst

Töötervishoiualasest koolitusest

Töötervishoid on peamiselt ennetusliku iseloomuga tervishoiu valdkond, mis tegeleb kutsehaiguste ja tööst tingitud tervisekahjustuste väljaselgitamise, ravi ja rehabilitatsiooniga.

Töötervishoiumeeskond uurib töötingimuste ja tööprotsessi mõju inimeste tervisele, selgitab välja töökeskkonna keemilised, füüsikalised, bioloogilised, ergonoomilised ja vaimsed terviseriskid ning annab ettevõtte juhtidele nõu, kuidas töökeskkonda parandada. Tegu on klassikalise interdistsiplinaarse meditsiiniteaduse haruga, mille puhul on omavahel seotud mitmed valdkonnad nagu toksikoloogia, füsioloogia, ergonoomia, psühholoogia, keskkonnatervis ja paljud insenertehnilised erialad. Seega annab töötervishoid olulise panuse rahvatervise edendamisse.

Töötervishoiuarst peab:

- kaitsma, kontrollima ja edendama töötajate tervist;
- avastama ja diagnoosima kutsehaigusi;
- andma tööandjale nõu töökeskkonna ja töötingimuste parandamiseks;
- pakkuma töötajaile ettevõtte tasandil töötervishoiuteenust;
- mängima juhtivat osa töötervishoiumeeskonnas.

Töötervishoiuarstil ei ole seega mitte ainult oluline omandada teoreetilisi teadmisi meditsiinist, ennetustegevusest, taastusravist, tervisekasvatusest ja tervise edendamisest ning omada piisavat kliinilist praktikat, tal peab ka olema teatud teadmisi insenertehnilistest aladest. Seda just põhjusel, et töötervishoiuarst on multidistsiplinaarse meeskonna liider, kes peab tegema töökoha riskianalüüsi: ta peab olema pädev meeskonna juht, jälgima ja juhendama nii keskkonnategurite kui ka halvasti korraldatud töö mõju hindamist ja andma soovitusi, kuidas asja parandada.

Ilma töötervishoiuarsti nõustava tegevuseta on raske kutsehaigestumist vähendada ja ära hoida. Ta peab oskama hinnata erinevatest ametitest tulenevaid terviseriske ja diagnoosida neist tingitud kutsehaigusi. Ka peab ta jagama oma teadmisi kutsenõustamise ja esmaabi alal, samuti oskama välja pakkuda taastusravi võimalusi.

Riskianalüüsi tegeva komisjoni juhina peab töötervishoiuarst üht-teist teadma ka personalijuhtimisest ja suhtlemispsühholoogiast. Ta peab tundma tööõigust ja oskama esindada töötajat kohtuprotsessides. Töökeskkonna riske hinnates peab ta saama tugineda teaduslikele teooriatele, valdama epidemioloogia- ja statistika meetodeid ning tegema kaastööd andmebaaside loomisel.

Töötervishoiuarst peab hästi tundma töö iseloomu, töökeskkonda ja sotsiaalelu puudutavat seadustikku. Just tema on võtmeisikuks tervise, ohutu töökeskkonna ja hea juhtimise nimel tegutsevas multidistsiplinaarses meeskonnas, kuhu kuuluvad töötervishoiuõde, füsioterapeut (tööhügieenik), ergonoom, tööpsühholoog, toksikoloog ja ohutusinsener.

Praegu vajab Eesti vähemalt kaks korda rohkem töötervishoiuarste, kui olemas on. Seejuures peavad need inimesed olema võimelised Euroopa Liidu nõuetele vastavaks töötervishoiutegevuseks.

Praegu valmistab töötervishoiuarste ette ülikooli arstiteaduskonna residentuuriõppe osakond. Viimastel aastatel on sel erialal vastu võetud 2-4 residenti õppeajaga 3 aastat. See aga ei kata vajadust ja nii on tulevikus plaanis töötervishoiu residentuuriõppesse võtta 5 inimest aastas. Samuti on plaanis pikendada õpet 4 aastani, mis võimaldaks süvendatult omandada valitud profiil või täiendada oma teadmisi välismaal.

Praegune õppeprogramm on üles ehitatud Maailma Tervishoiuorganisatsiooni põhimõtete järgi. Olulisel kohal on töökeskkonna riskitegurite ja võimalike tervisekahjustuste tundmine, samuti kutsekahjustuste prognoosimine ja kutsehaiguste diferentsiaaldiagnostika. Kliiniline praktika ja töötervishoiuarsti eriteadmised aga saadakse haiglate eri osakondades ja töötervishoiuteenistuste juures.

Nagu juba öeldud, kuuluvad töötervishoiumeeskonda peale arsti ka meditsiiniõed, füüsikud, keemikud ja füsioterapeudid. Kõik need spetsialistid peavad saama vastava väljaõppe. Seda võib pakkuda Tartu Ülikool baasõppe näol eri osakondades, aga ka ülikooli tervishoiu instituut rahvatervise kraadiõppe kaudu (kutse- ja teadusmagister, doktoriõpe).

Lähiülesanneteks ongi koolitustellimuse vormistamine arstiteaduskonna rahvatervise kraadiõppele töötervishoiu alal (magistri-, doktori- ja järeldoktoriõpe), vastavate koolitus- ja täiendõppeprogrammide ning juhendmaterjalide väljatöötamine riskianalüüsi läbiviimiseks töökeskkonnas.

Kliinikumi juures organiseeritud töötervishoiuteenistus loodi selleks, et arst-residentidel ja ka teistel töötervishoiuspetsialistidel oleks olemas kindla suunitlusega tugev praktikabaas, kus juhendajateks on pädevad töötervishoiuspetsialistid. Plaanis on ka luua tervishoiu instituudi baasil töökeskkonna mõõte- ja teaduslaborid. Ja on ka täiesti võimalik, et lähitulevikus hakkab Lõuna-Eesti kutsehaigete ekspertiis ja erialane nõustamine kuuluma tublidest erialaarstidest koosneva komisjoni kompetentsi.

EDA MERISALU,
dotsent keskkonna- ja töötervishoiu alal

Intervjuu nõukogu liikme Peep Preega

Selles Kliinikumi Lehes pakume lugejatele intervjuu kliinikumi nõukogu liikme Peep Preega, keda tutvustasime lühidalt juba ka eelmises numbris. Oleme otsustanud sellise pikema intervjuu oma lehes traditsiooniks muuta.

Sotsiaalminister Siiri Oviir määras teid kliinikumi nõukogu liikmeks selle aasta 16. juulil.

Jah, nii see on. Tegelikult soovisin ma kohe, kliinikumi loomise alguspäevil, nõukogusse kuuluda. Nüüd, sel suvel, määrati mind kliinikumi ühe asutajaliikme, s.o riigi esindajaks nõukogus.

Pea kümme aastat tagasi, kui ma töötasin Maarjamõisa haiglas üldkirurgina, tajusin Tartu haiglate kui ravi-teadusasutuste teatava allakäigu tendentsi. Ma ei saa ega taha olla progressi vastane, kuid leian, et meditsiinis on esikohal eelkõige arst, teisel kohal on õde ja kolmandal kohal aparatuur - kompuutertomograafid jmt.

Kõrvaltvaatajana tundus aga, et siin panustati eeskätt kolmandale, s.t aparatuurile, jättes minu silmis esimesel ja teisel positsioonil asujad tollal valitsenud raskes sotsiaalses situatsioonis piisava tähelepanuta.

Mina tahan võidelda selle eest, et Tartust inimressurss välja ei voolaks, et siia tulijaid ja jääjaid oleks rohkem kui lahkujaid. Arvan, et viimastel aastatel on Tartust lahkunud rohkem, kui siia juurde tulnud on. Ma pean silmas ka andekaid noori ülikooli lõpetajaid, kes kahjuks sageli ei vali oma residentuuri baasiks mitte Tartu, vaid Tallinna raviasutusi.

Peep Pree: "Lisatasu kehtestamine suurendab patsiendi omavastutust"

On kahju, et tagasipöördumatult on möödas laulva revolutsiooni ajad, kus kõik kõiki aitasid. Mina sain plastikakirurgina tuult tiibadesse just neil aegadel, kasutasin siis võimalust enese täiendamiseks mujal.

Praegu on niisugune täienduskohtade leidmine mõneti raskem, sest lähinaabrite juures on mõistetud, et meie arstid ei ole velskri tasemel ja meie õed ei ole pelgalt hooldajad. Enam ei ole kaugele jäänud astumine Euroopa Liitu ja sellest tulenev tööjõu vaba liikumine. Sellest johtuvalt on üha raskem viia noori piiri taha täiendusele. Niisuguste võimaluste leidmine ei ole küll kliinikumi otsene kohustus, kuid samas tuleks siin teha kõik, et eeskätt noored end täiendada saaksid.

Ma ei pea silmas ühe-kahepäevaseid konverentsikülastusi ega ka mitte nädalasi seminare. On ju teada, et umbes kolm kuud kulub võõra raviasutusega tutvumiseks-kohanemiseks. Uute teadmiste omandamiseks peaks kohal olema vähemalt kuus kuud. Mina olen pigem selle poolt, et saata üks tudeng, resident, doktorant või vastselt tööle asunud spetsialist kümneks nädalaks koolitusele ja mitte kümme inimest üheks nädalaks.

Leian, et Tartu peaks taastama meditsiini sellise aura, mis valitses siis, kui mina arstiteaduskonnas õppisin. Minu lapsepõlve eeskuju oli noor arst - kirurg. Tema eeskujul tahtsin saada arstiks ja saingi. Tuletan tänutundega meelde kõiki tollaseid meditsiini suurkujusid - professor Rulli, professor Kõrge, professor Saarma.

Kas miski praeguses meditsiinis häirib teid?

Mind häirib mõne arsti hoolimistunde vähesus. On vastuvõetamatu, kui tegevarst ütleb, et tema ei pea iga päev oma patsiente nägema. Selliste sõnadega tunnistame ju ise, et meie, arstid, ei olegi meditsiinis kõige olulisemad! Me annamegi vabatahtlikult esikoha masinatele ja tablettidele. Kui arstid ise ei kaitse oma mundriau, siis langeb see ju ka teiste ühiskonnakihtide silmis madalale. Arstidelt oodatakse hoolimist, halastust ja tarkust.

Ma ei ole nõus kliinikumi ja haigekassa vahel leitud kompromissiga, et laste plaanilised operatsioonid saavad toimuda kliinikumi sisemiste reservide arvel. Mul on loomulikult hea meel, et osakond saab plaanilist tööd jätkata. Aga ei saa olla nõus, et see tegevus toimub just nende operatsioonide arvel, mille poolest kliinikum erineb Kapa-Kohila ambulatooriumist - mõtlen kalleid ja keerulisi haigusjuhtumeid ning operatsioone. Just keeruliste haigusjuhtumite lahendamine annab kliinikumile osa tema aurast. Haigeassa on andnud küll mitmesuguseid lubadusi, kuid ma ei ole nii naiivne, et lubadustest toituda. Loodan, et ma eksin.

Kas kliinikum vajab uut hoonet?

Mina olen uue maja projekti kindel pooldaja. Uus hoone, uued ja kaasaegsed töö- ja ravitingimused aitavad ravi paremaks muuta. Kvaliteedi tõstmine on hea stiimul kõigile meedikuile. Lausa hämmastav, kuidas muutus suhtumine uue hoone ideesse peale kliinikumi juhtide (kliinikute ja teenistuste juhatajate ja direktorite ja ülemõdede - toim.) visiiti Lulea haiglasse. Need, kes enne ehk suhtusid ideesse skeptiliselt, muutsid oma arvamust kardinaalselt.

Millised on teie lähim ja kaugem soov?

Minu lähim soov on mõjutada jätkuvalt Tartu linna ja ka meditsiini.

Kaugem soov on tunnetada õhus Tartu meditsiini hõngu enam kui praegu. Tahan, et meditsiin tuleks Tartusse tagasi. Olen noor ja loodan seda veel näha ja tunda.

Kliinikum on nagu suur laev, mis on järsult kurssi muutnud. Üheksakümnendate lõpp oli ka selline aeg, mis järsku kursimuutust nõudis. Need, kes reelingust kinni haarata ei jõudnud, kukkusid üle parda.

Peep Pree tahab võidelda selle eest, et noored ülikooli lõpetajad Tartust ei lahkuks.

Sellest on kahju, aga selline see elu on. Nüüd on kurss õige ja inimesed ei tohi kogemata kukkuda või ise üle parda hüpata.

Iga arst, õde ja hooldaja peab suhtluskoolitusel saama teadmise, et ka naeratusest sõltub nende palk ja töökoht. Seda muidugi eeldusel, et nad on ka oma erialaste teadmiste ja oskuste poolest töökohale sobivad.

Erakliinikut suure haiglaga võrreldes on selge, et väikesed erakliinikud ei suuda suurtega sammu pidada. Aga ometi käivad patsiendid ka väikestes erapraksistes. Miks? Aga seepärast, et seal on meedikul aega ja tahtmist igaühega inimlikult tegeleda. Just see on erameditsiini trump.

Siinkohal ei ole mõtet rääkida rahast, sest nii väikesed kui suured raviasutused saavad raha kõikide patsientide ravimise eest. Pole oluline, kas ravimise eest tasub haigekassa või patsient ise.

Oktoobri alguses kehtima hakkav ravikindlustusseadus lubab raviasutustel võtta patsientidelt täiendavat visiiditasu ja voodipäevatasu. Voodipäevatasu kehtestamine on haigla nõukogu pädevuses. Milline on teie seisukoht selles küsimuses?

Mina olen põhimõtteliselt mõlema lisatasu kehtestamise poolt mitmel põhjusel. Esiteks, arstina leian, et lisatasu kehtestamine suurendab patsiendi omavastutust. Inimene hakkab üha rohkem oma tervisest hoolima. Loomulikult seab see ka perearstidele suuremaid nõudmisi - perearst ei tohi lasta patsiendi seisundil halveneda sedavõrd, et inimene haiglaravi vajaks.

Põlise tartlasena tean, et pea igal kaaslinlasel on oma nii-öelda tuttav professor või tuttava tuttavast professor. See juba iseenesest loob olukorra, kus eriarstide vastuvõttudele on tung ülisuur. Loodan, et visiiditasu kehtestamine aitab kaasa sellele, et inimesed saavad lihtsamatele terviseprobleemidele lahenduse juba esmatasandil.

Teine põhjus, mis minu silmis voodipäevatasu kehtestamise poolt räägib, on see, et suureneb patsientide kontroll arstliku tegevuse üle.

Seni, kuni kirurgia erialadel ei ole kehtestatud komplekshindu, kestab olukord, kus esimesed ravipäevad on kallid. Viimased päevad on odavamad, võrreldavad majutusteenuse osutamisega. Kui patsient hakkab haiglas viibimise eest tasu maksma, ei ole ta huvitatud enam niisama voodis olema.

Meditsiinis on raha praegu kõvasti vähem, kui vaja oleks. Igasugune seadustega lubatud lisaraha tuleb tervishoiusektorisse tuua. Toon siinkohal näiteks Tartu linnavalitsuse ligi 400 000 krooni suuruse toetuse kliinikumi hooldusravi voodite rajamiseks. Meie sotsiaalne olukord ei võimalda kahjuks kõigil patsientidel kiiresti koju pöörduda. Tingimata on tarvis arendada taastus-, hooldus- ja järelravi võrgustikku.

Julgen end pidada hooldusravi protsessi taaskäivitamisele kaasaaitajaks Tartu linnavolikogu sotsiaalkomisjoni liikmena. Linnavalitsuse toetusel saab kliinikum katta hooldusravi teenuse arendamisega seotud kulusid, samas on see ka tõhusaks abiks arstiteaduskonna õppebaasi laiendamisel. Ja loomulikult sai Tartu linn tervishoiusektorisse investeerides anda oma panuse tervishoiutöötajate tööhõive tagamisse.

KLIINIKUMI LEHT

Nahakliiniku arst-õppejõudude arvamus palgaastmestikust

Seoses üles kerkinud palgaastmestiku aruteluga ja üllatama paneva valikuga dermatoveneroloogia eriala osas, sooviksin välja tuua mõned seda eriala puudutavad aspektid.

1. Dermatoveneroloogia kui eriala hõlmab tegelikult kahte erinevat eriala: dermatoloogiat ja veneroloogiat, mistõttu töötava arsti tegevusvaldkond on väga lai ja sellised peavad olema ka tema teadmised. On maid, kus neid spetsialiteete käsitletakse eraldi.

2. Dermatoloog ei ole mitte ainult " nahka raviv arst", n-ö salvimäärija. Tegemist on erialaga, mis haakub väga tihedalt piirierialadega: reumatoloogia, sisehaigused, lastehaigused, endokrinoloogia, hematoonkoloogia jt. Järeldus: nahaarstil peab olema tunduvalt laiemaid teadmisi kui ainult dermatoloogia kitsamas mõttes.

3. Dermatoveneroloogia on keeruline eriala, kuna meie käsutuses on suhteliselt vähe diagnoosimeetodeid, millele tugineda. Sageli tuleb õige diagnoosi püstitamisel kasutada silmamälu. Kuigi olen oma tööd teinud 10 aastat, kohtan ikka veel lööbeid, mida pole varem näinud, ja nii saab see olema veel aastaid, kui otsutada nende 4-köiteliste käsiraamatute järgi, mis riiulil ootevalmis seisavad.

4. Kurb on, et arstkonna hulgas kohtab suhtumist, justkui oleks meie erialal tegemist velskerlusega: patsiendid pole reeglina juhitaval hingamisel ja torude külge aheldatud ning liiguvad omal jalal; eluohtlikku seisundit pole, järelikult pole ka raviga mingit probleemi. Patohistoloog on mulle öelnud diferentsiaaldiagnostilise haigusjuhu korral: "Pole vahet, millise diagnoosi nendest kolmest haigele panete, nagunii ravite ühtemoodi!" Mida arvab haige niisugusest lähenemisest? Kliinikumi see patsient enam ei pöördu.

5. Dermatoloogi kui konsultandi väljakutse teiste eriala arstide poolt on alati olnud erakorraline ega kannata reeglina oodata, mis tingib ka vajaduse kiiresti tegutseda.

6. Suurt pühendumist ja professionaalset suhtumist vajab töö veneroloogilise haigega. Sellise patsiendiga pole mõeldav usaldusliku kontakti saavutamine ainult 10 - 15 minuti jooksul. Patsiendi nõustamiseks, diagnoosi panekuks ja raviks kulub nii mõnigi kord rohkem aega kui 30 minutit. See nõuab arstilt kontsentreeritud mõttetegevust, sageli ka täiendavat süvenemist veneroloogiaalasesse kirjandusse.

7. Õpetava kaadri esindajana tean, et nii üliõpilased kui ka täiendkoolitusel viibinud arstid on nahahaiguste arsti tööd keeruliseks pidanud ja seetõttu on erialastel täienduskursustel väga palju osavõtjaid olnud.

Jääb arusaamatuks, miks dermatoveneroloogid on jäetud palgaastmestiku kõige madalamale astmele, kuhu ei mahu ükski teine kliiniline eriala. Mujal riikides (USA) on nad ühed kõrgepalgalisemad arstide seas. **Leian, et Tartu Ülikooli Kliinikumi maine säilitamise ja parandamise eesmärgil tuleks kõikidel erialadel kehtestada ühtsed baaspalgad, millele lisanduksid võimalikud lisatasud. Erialast lähtumata on tegemist siiski meditsiinis kõrgema etapi diagnostika ja raviga, mis peab olema konkurentsivõimeline kogu vabariigi ulatuses.**

Momendi olukorrast lähtuvalt võin järeldada vaid seda, et juhtival tasandil, aga ka arstkonna hulgas valitseb tauniv suhtumine nii naha- kui ka veneroloogilistesse haigustesse, haigetesse ja ka neid haigusi ravivatesse arstidesse. Eriala omapära ja kahe erineva eriala kooseksisteerimist ei ole kahjuks tänaseni mõistetud.

Kliinikumi nahahaiguste kliiniku arst-õppejõudude nimel

MAIRE KARELSON

Tallinna Sadam toetas lootemonitori ostu

Tallinna Sadam toetas Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinikule soetatud lootemonitori ostu 100 000 krooniga.

Lootemonitorid on mõeldud loote seisundi jälgimiseks raseduse ja sünnituse ajal. Säärase monitooringu abil saab varakult avastada loote hapnikupuuduse ehk hüpoksia ilminguid ja sellest põhjustatud sünnikahjustust ära hoida.

Tänu uue monitori soetamisele saame nüüd lisaks loote südametegevusele hinnata teisigi olulisi näitajaid - emakasisest rõhku ja loote vere hapnikuga küllastatust. See aitab kaasa sünnituse optimaalsele juhtimisele.

"Tallinna Sadam ei ole Tallinna linna sadam, Tallinna Sadam on terve Eesti sadam. Kui võimalik, katsume alati aidata," põhjendas Tallinna Sadama juhatuse esimees **Riho Rasmann**, miks toetati just naistekliinikule lootemonitori ostu.

Kliinikumi Leht

Avalik kiri Tartu Arstide Liidule

Keda esindab Tartu Arstide Liit, kui on läbimõtlematult ja ebaeetiliselt asunud vastandama eri erialade arste?

Nõudes töötasu maksmist vastavalt töö intensiivsusele, on Tartu Arstide Liit soovitanud erialad jaotada 4 gruppi. Seejuures ei ole paika pandud kriteeriume, mille alusel töö intensiivsust hinnata. Praegu tundub, et grupeeritud on intuitsiooni alusel, millel puudub side tegeliku olukorraga.

Praeguse ettepaneku järgi on otorinolarüngoloogia paigutatud III gruppi. Jääb arusaamatuks, mille poolest on kõrva-nina-kurgukirurgide töö vähem intensiivne kui teistel kirurgidel. Millest ikkagi selline soov hinnata mõned arstierialad rohkem, mõned vähem intensiivseks?

Kliiniku parema majandamise huvidest lähtuvalt on töö kõrvakliinikus aasta-aastalt muutunud järjest intensiivsemaks. Arstide hulk on vähenenud 2 võrra, seejuures ravitud ja opereeritud haigete arv on aasta-aastalt suurenenud. Kogu töö on organiseeritud patsientide ja ka personali huvides. Peame õigeks, et patsiendid üle Eesti tunnustavad meie tööd ja soovivad end ravida just Tartus. Ka maakondade eri- ja perearstid suunavad patsiendid meelsasti meile. Haigekassadega lepingud on aasta-aastalt suurenenud, sest on mõistetud kõrvakliinikus osutatava ravi efektiivsust.

Muude erialade arstidest puutuvad meie kliinikuga teistest sagedamini kokku anestesioloogid, kellest osa nuriseb liiga pikkade opipäevade ja liiga intensiivse töö üle kõrvakliinikus.

Töö intensiivsust tuleks hinnata üldiste majandusreeglite alusel ja välja töötada selleks kindlad ja üldse mitte mitte emotsionaalsed kriteeriumid.

Vastuseks sellisele tegutsemisele on kõrvakliiniku arstid esitanud avalduse liidust väljaastumiseks.

Kliinikumi kõrvakliiniku arst-õppejõud

Anneli Põld
Helju Mitrofanova
Ene Kivirüüt
Mart Kull
Maris Suurna
Vahur Ristioja
Raivo Ani
Reet Tikk
Toomas Siirde
Katrin Kruustük

Hammas hamba vastu, juhhei!?

Kliinikumi ühendlabori kõrgharidusega töötajate usaldusisikuna tutvusin ma arstide - kliinikumi ja Tartu Arstide Liidu (edaspidises tekstis TAL) poolt ettevalmistatud - palgaleppe projektiga. Seda lugedes tekkis mul rida mõtteid, mida pidasin vajalikuks tutvustada (lisaks ühendlabori direktorile 19.09.02. saadetud kirjale) ka Kliinikumi Lehes.

Seda põhjusel, et siiani pole minu arust palgaläbirääkimise küsimused kummagi läbirääkiva poole poolt vajalikku kajastamist leidnud ja nimetatud projekti lugedes polnud võimalik aru saada, kumb pool on projekti autor või on see ühisprojekt. Nagu selgus mulle 23.09.02. Tartu Postimehes ilmunud artiklist, väidab Tartu Arstide Liit , et "kuna kevadel põhipalgas kokkuleppele ei jõutud, oli erialade rühmitamise ettepanek sundkäik läbirääkimiste jätkamiseks".

Kõnealuses projektis on ette nähtud põhipalkade diferentseerimine erialade kaupa nelja gruppi, kusjuures erinevus palgas oleks gruppide vahel 10%. Grupeerimise aluseks tuuakse projektis töö pingelisus/intensiivsus ja erakorralisus, samuti 2001. a sügisel kliinikumi arstkonna hulgas läbi viidud arvamusküsitlus ja enne sihtasutuse loomist erinevate erialade spetsialistidest koosnenud töögrupi töö tulemused.

Viimase kohta tuleb kohe öelda, et pole avalikustatud, milliste erialade spetsialistidest töögrupp koosnes ning kelle poolt ja mis alusel see loodi, millised olid töö aluseks olevad meetodid ja millised tulemused saadi - **seega ei ole võimalik tulemusi aktsepteerida**.

Arvamusküsitlus **võib olla** aluseks palkade diferentseerimise **kaalumiseks**, kuid **tegelikuks diferentseerimiseks** sellest ei piisa.

Astmestiku koostajad on ära unustanud universaalse reegli, et kui midagi/kedagi mingi tunnuse alusel liigitatakse, peab see tunnus olema üheselt määratletav/defineeritav. Kui tegemist on palkade diferentseerimisega, siis on kõigi palgasaajate jaoks ülimalt oluline, et palga erinevuste kriteerium oleks selgesti määratletav ehk mõõdetav. (Nii näiteks ei suuda ma uskuda, et üldkirurgil oleks võimalik lastekirurgile selgeks teha, et tema töö on pingelisem, intensiivsem või erakorralisem või ka keerukam kui lastekirurgil.)

Arutlusel olev arstierialade jaotus põhipalga gruppidesse ei vasta aga ülaltoodud nõuetele. Jaotuse aluseks olevad mõisted "pingelisus" ja "intensiivsus" pole ju mõõdetavad, mõiste "erakorralisus" kehtib aga pigem patsiendi (pole ravile saabunud plaanilises korras) kui graafikujärgselt tööl oleva (ehkki sageli rasket tööd tegeva) arsti kohta.

Arvan, et on väga ohtlik esimesena rakendada, s.o tinglikult seadustada taoline, **ainuüksi** erialast lähtuv palgaskaala just kliinikumis kui peamises meditsiini õpetavas asutuses. Kindlasti kinnistaks see mõtteviisi meditsiinierialade n-ö "tähtsuse" järgi jaotusest. On ju tänapäeval mõnede diagnostikaerialade arstid sageli otseselt vastutavad konkreetsele haigele langetatud diagnoosi eest või siis lasub neil vastutus kogu uuringute diapasooni ulatuses, rahuldamaks **kõigi erialade** vajadusi diagnoosimiseks ja raviks vajalike uuringute õigsuse kindlustamisel nii plaaniliste kui ka erakorraliste haigete puhul.

Kui juba praegu on kõik erialaspetsialistid arsti, s.o võrdse diplomiga ja (mõningase ajalise nihkega on kõik) saanud spetsialistiks läbi eriala residentuuri, siis algaja on ikka algaja, olgu ta kirurg, neuroloog või laboriarst. Kuidas siis ikkagi neile kohe nende töötee alguses ehk *a priori* erinevat palka maksta? Ka iga eriala tippspetsialistil peaks olema võimalik saada (kasvõi peaaegu) võrdset palka teiste erialade tippspetsialistidega. See oleks aluseks võimekate isikute spetsialiseerumisele kõigile erialadele, mis on ühtlasi eelduseks kogu meditsiini ühtlasele arengule.

Astmestiku koostajad on unustatud, et kui midagi mingi tunnuse alusel liigitatakse, peab see tunnus olema üheselt defineeritav.

Nüüd veel üks, nähtavasti väga oluline aspekt kõne all olevas küsimuses: tundub, et lahendusi otsides on siiani tuginetud peamiselt arvamustele, mitte arvutustele.

Ühendlabori direktorile vastust (minu kui usaldusisiku arvamuse kohta) ette valmistades küsisin kliinikumi personaliteenistuselt lähteandmeid, mida mulle (usaldusisikute kohta käivas seadusandluses ette nähtud korras) ka anti.

Mulle edastatud andmete ja ka nendest lähtuvate arvutuste alusel selgus, et (osakonnajuhatajaid välja jättes):

- kliinikute arstide põhipalk moodustab keskmiselt 62% väljateenitud palgast (äärmused on nahakliinik 92% ja traumatoloogia 41%-ga);
- meditsiinilistes teenistustes moodustab põhipalk teenitud palgast keskmiselt 73% (äärmused apteek 87% ja radioloogia 59%-ga);
- projektis olevast I palgagrupist osutusid üheselt sinnakuuluvateks kliinikute lõikes antud keskmiste palkade tabelis vaid 3 kliinikut (kardiovaskulaar-, anestesioloogia/int.-ravi ja naistekliinik), kuna nt neurokirurgid on tabelis närvikliiniku sees, onkokirurgid hemato-onkokliinikus sees, kirurgiakliinikus on nii I kui II palgaastme arstid jne. Nende 3 kliiniku **keskmine põhipalk** oli 2002. a I poolaastal 7444 krooni;
- projektis olevas IV palgagrupis osutusid kõik (naha-, spordimeditsiin/taastusravi ja labor) üheselt määratletavaks. Nende 3 üksuse **keskmine põhipalk** oli 2002. a I poolaastal 7238 krooni;
- **põhipalkade erinevus** tänavuse I poolaasta seisuga oli I ja IV grupi vahel seega **2,8%**;
- I grupi **keskmine väljateenitud palk** oli 13 110 krooni, IV grupis 8715 krooni, seega oli **erinevus 50%**, vaatamata põhipalga tühisele erinevusele.

Vahemärkusena pean ütlema, et ei mõista PM artiklis avaldatud arusaama, et väljateenitud palkade I poolaasta keskmist pole võimalik arutluse aluseks võtta, kuna selles sisalduvad lisatasud, ületunnitöö ja puhkusetasud. IGAS väljateenitud palgas sisalduvad ju 2 esimest, viimase arvutamisel on aga ju omakorda aluseks eelneva 6 kuu keskmine palk, ehkki puhkusetasu puhul mõningase kahjuga sellesse vahemikku langenud puhkuse- või haiguspäevade arvel.

Tegin ka arvutused lähtuvalt projektist, mis näeb ette I ja IV palgagrupi erinevust põhipalgas 30% võrra. Selgus, et nt kui IV grupi arstide keskmine põhipalk jääks endiseks, s.o 7238 krooni, siis

- I grupil oleks põhipalga keskmine 9409 krooni (130% IV grupi keskmisest) ja kui see moodustaks (nagu praegu) keskmiselt 55% väljateenitud palgast, siis oleks väljateenitud palk selles grupis keskmiselt **17 107 krooni**;
- IV grupi põhipalk 7238 krooni annaks (kui 83% väljateenitust) selle grupi keskmiselt väljateenitud palgaks **8720 krooni**.

Seega oleks tulemuseks keskmise **väljateenitud** palga **erinevus** juba **98%** ehk **ligi kahekordne**, kusjuures **praegune erinevus** väljateenitud palgas on nende gruppide vahel **50%**. Ärgem siiski unustagem, et väljateenitud palk on just see raha, mida inimene saab (loomulikult pärast maksude mahaarvamist) kasutada.

Ehkki Postimehes arvamust avaldanud TAL eestseisuse liikmetele **võib tunduda**, et nad seisavad kogu esindatava arstkonna eest, on nad oma ettepanekut tehes nähtavasti jätnud oma ettepanekutest lähtuvad arvutused tegemata ja selle tegematajätmise valguses ei saa kuidagi tõsiselt võtta nende väidet, et nad hoolitsevad **kogu** arstkonna eest.

Nii kujuneski, et (olen veendunud, et mitte taotluslikult, aga ikka selle üldtuntud reegli järgi, et tahtsime parimat, aga…) lõpptulemusena on nad esindanud vaid eestseisuse liikmete erialade arstide huve ja, enamgi veel, tekitanud selle "sundkäiguga" - kust küll selline "sundus" lähtus? millised olid argumendid sellise "sundkäigu" poolt? - arstkonna vahel suuri pingeid.

Samas nõustun ma TAL väitega, et haigekassa hinnakiri sisaldab vägagi suuri ebaloogilisusi (minu arust isegi mingi laiema eriala piiride **sees**). On kindlasti erialasid, kus kasumi teenimise võimalused on seinast seina erinevad. Minu arust on näiteks võimalik, et kõrvakliiniku kõrged, PM artiklis näitena toodud keskmised palgad on tingitud sellest, et kõrvakliinikus on viimastel aastatel juurutatud palju uusi lõikusi ja suudetud neile haigekassa ees põhjendada reaalsetele kulutustele **suhteliselt** lähedasemad hinnad. Sel juhul oleks ülimalt raske nii kliinikumile kui ammugi veel kõrvakliinikule midagi ette heita. (Võimalik on, et minu oletus ei pea paika, aga mingi imeline faktor *alias* koefitsient peaks siin justkui olema, sest nt hemato/onkokliiniku (sisaldab ka onkokirurge) keskmine palk moodustab kõrvakliiniku arstide keskmisest palgast 60%.

Samas aga on pikemat aega kasutusel olnud uuringute/protseduuride/lõikuste vms hindade arvutused tehtud aastaid tagasi ja võin küllaltki kindlalt väita, et need hinnad on oma kitsama või laiema eriala tookordse (haigekassa esmakordsete hindade kehtestamise aegse) juhtivspetsialistiga üsnagi ühte nägu.

Vaat selliste ajalooliste (subjektiivsete) hindade tõttu tekkinud võimaliku ebavõrdsuse likvideerimine, s. t **kõigi** kehtivate hindade läbivaatamine/korrigeerimine ja - rõhutan, **suhtarvuna** (mitte võrdlemine n-ö maailmaturu vastavate hindadega, mida haigekassa nagunii ei suudaks olemasolevate laekumiste juures maksta), oleks jõukohane vast ainult kliinikumile koostöös TAL-ga.

Samuti oleks nähtavasti mõistlik tutvuda nt Põhjamaades, kogu Euroopa Liidus või ka mujal kehtiva palgaskaala **põhimõtetega**. Ka täna (õigemini seisuga 31.05.02) on kehtivate seaduste alusel kliinikumis rakendatud, vastavalt arstieriala võimaliku tervisekahjustuse astmele peale üldise, s.o 40-tunnise (~447 ametikohta) , ka 35-(~ 57 ametikohta) või 30-tunnine (~22 ametikohta) töönädal, mis ühtlasi kehtestab ka suhteliselt kõrgema tunnitasu, et tervistkahjustaval erialal töötaja saaks palka võrdselt tavalistes tingimustes töötajaga.

Kui on tõepoolest veelgi lisandunud usaldusväärseid statistilisi andmeid arstide kutsekahjustusest, siis peaksid nii kliinikum kui ka TAL hea seisma selle eest, et mujal kehtivad soodustused rakendataks ka Eestis, sh kliinikumis.

Jah, möönan, et minu arustki on arstierialad küllalt erinevad.

Aga kui meil on ravialuse patsiendiga erialade piiril olevaid diferentsiaaldiagnostilisi probleeme või kui meil endal või lähedasel on "mingi viga küljes", kas me siis ei püüa otsida kliinikumist **väga** usaldusväärset spetsialisti, leidmaks tuge ja saamaks nõuannet?

Kas me tõepoolest jäämegi omavahel tülli, näägutades, et tema saab nii palju, aga mina ainult naa palju?

Ene Ora,
laboriarst, ühendlabori kõrgharidusega ja meditsiinihariduseta töötajate usaldusisik, TAL asutajaliige

Kliinikumi Leht

Toimetuse e-mail ja kontaktandmed:
tel. 052 052 79, mariliis@hanza.net

Toimetaja: Mariliis Vahe
Keeleline korrektuur: Krista Leppikson
Kujundus: K30
Kliinikumi leht ilmub 1 kord kuus
Trükk: Lakrito. Trükiarv 1500 eks.