

Tartu Ülikool

Sotsiaalteaduste valdkond

Psühholoogia instituut

Krista Valdvee

**ÜLDHAIGLA ERIARSTIDE SUHTUMINE VIDEOVASTUVÕTTUDE LÄBIVIIMISESSE  
NING SEKKUMISE ETTEPANEK VIDEOVASTUVÕTTUDE OSAKAALU SUURENDAMISEKS**

Magistritöö

Õppekava Rakenduslik käitumisteadus (227502)

Magistritöö juhendaja: Riinu Pae, MSc

Kaasjuhendaja: Patrick Pihelgas, MSc

**Tartu 2024**

### Kokkuvõte

**Taust:** Kaug- ja videovastuvõttud on maailmas pärast COVID-19 pandeemiat üha laiemalt levinud trend, mis loob kasu ja mugavust nii tervishoiutöötajatele kui patsientidele. Eestis on Tervisekassa hinnangul videovastuvõttude määr aga väga madal ning puuduvad sellealased kvalitatiivsed uuringud, mille põhjal sekkumist kujundada.

**Meetod:** Selgitamiseks välja eriarstide ning -õdede suhtumist kaugvastuvõttudesse, viidi läbi poolstruktureeritud, avatud küsimustega intervjuud, milles osales kaheksa Viljandi haigla tervishoiutöötajat. Teemaatilise analüüsi ning käitumise mõistmise raamistiku COM-B abil selgitati välja teemad, mille alusel kujundati sekkumine videovastuvõttude osakaalu tõstmiseks. Sekkumise ettepanek loodi haiglatöötajaid ning Tervisekassa esindajat kaasates ning kasutades käitumise muutmise raamistikku (käitumise muutmise ratas).

**Tulemused:** Tervishoiutöötajatele olid kaug- ja videovastuvõttude puhul olulised ligipääsetavus, patsientide ajaline ning rahaline kokkuhoid ning tööaja ja -koha paindlikkus, kuid oldi arvamusel, et füüsilistel kohtumistel saavutatakse patsiendiga parem kontakt ning usalduslikum suhe, mis tagab parema ravikvaliteedi. Uuringust selgus, et kuigi videovastuvõttudel on omad piirangud ning takerdutakse tehniliste lahenduste, koolituste ning infovahetuse puudujääkidesse, on tervishoiutöötajatel valmidus uute töövõtete omandamiseks ning katsetamiseks. Väljapakutud sekkumine - videovastuvõtu patsienditeekonna ümberkujundamine, kutsub läbi eeskju, koolituste, tehnilise toetuse ning kommunikatsiooni tervishoiutöötajaid eelistama kaugvastuvõtu liigina videovastuvõtte.

**Järeldused:** Sarnaselt varasematele uuringutele selgus, et tervishoiutöötajad on valmis kasutama uudseid lahendusi, eeldusel et neil on piisav info, vajalik tehniline tugi ja koolitus. Kuna videovastuvõttud aitavad luua paremat kontakti ja usaldussuhet kui telefonivastuvõttud, mis oli intervjueritud tervishoiutöötajatele oluline, on need heaks võimaluseks muuta tervishoiuteenused ligipääsevamateks, võimaldada patsientidele ajalist ja rahalist kokkuhoidu ning arstidele paindlikumat töökorraldust. Selleks, et Eestis videokonsultatsioonide kasutamist soodustada, on vaja tagada kasutuskindlad tehnilised lahendused, koolitusmaterjalid ning toetus.

**Märksõnad:** kaugvastuvõttud, videovastuvõttud, teemaatiline analüüs, COM-B, käitumise muutmise ratas

### Abstract

**Background:** Telemedicine appointments, including telephone and video consultations, have become increasingly prevalent worldwide after the COVID-19 pandemic, as they are beneficial and convenient for both doctors and patients. However, according to the Health Insurance Fund, the rate of video consultations in Estonia is very low. There are limited studies on telemedicine in Estonia, and in particular, no qualitative studies, to base an intervention on.

**Method:** In order to determine the attitude of specialist doctors and nurses towards remote consultations, semi-structured interviews with open-ended questions were conducted. These involved eight healthcare specialists from Viljandi Hospital and were based on the COM-B behaviour change model. Themes were identified using thematic analysis and were used to inform an intervention to increase the proportion of video consultations. The intervention proposal was created by involving hospital employees and a representative of the Health Insurance Fund and using the Behavior Change Wheel framework.

**Results:** Doctors considered accessibility, time and cost savings for patients, and flexibility in terms of work time and location to be important aspects of telephone and video consultations. However, there was a belief that physical meetings with patients would lead to better contact and a more trusting relationship, potentially ensuring better quality of care. The study revealed that while video consultations have their limitations and are hindered by technical solutions, deficient training and information exchange, healthcare specialists are willing to adopt new practices and try out this new mode of consultation. The proposed intervention - restructuring the patient journey for video consultations - encourage doctors to favor video consultations through examples, training, technical support and communication.

**Conclusions:** Similar to previous studies, we found that healthcare workers are ready to use innovative solutions, provided that they have sufficient information, necessary technical support and training. Remote consultations enable effective communication, but meeting the patient in person can provide valuable additional information for making quality treatment decisions. Therefore, doctors considered video consultations suitable for follow-up visits. Since video appointments help to establish a better contact and trusting relationship than telephone appointments, doctors are ready to consider conducting them as first appointments as well.

*Keywords:* remote consultations, video consultations, thematic analysis, COM-B, Behavior Change Wheel

## Sissejuhatus

Üle maailma seisavad riigid ja tervishoiusüsteemid silmitsi väljakutsetega, mille on kaasa toonud muutuv demograafia, vananev elanikkond ning tervishoiukulude tõus. Inimesed muutuvad järjest teadlikumaks, nõudlikumaks ning üha enam sõltuvaks tehnoloogiast ning otsivad innovaatilisi lähenemisviise ka ravile (Zammit et al., 2024). Tervishoiusüsteemid on uute vajadustega paindlikult kaasa liikunud ning üha enam keskendutakse kaugteenuste osutamisele ning nende arendamisele.

Trend digilahendusi ja kaugteenuseid tervishoius laialdasemalt kasutusele võtta algas juba enne COVID-19 pandeemiat (Kukk, 2022). Viimaste aastate jooksul on need järjest enamates riikides süsteemi tasandil rahastatud ja kasutuselevõtule antakse hoogu toetustega, arendamiseks uusi teenuseosutamise mudeleid ja tehnoloogiaplatforme (Paat-Ahi et al., 2020). 2019. aastal alanud COVID-19 pandeemia andis aga olulise tõuke telemeditsiini arenguks üle maailma. Osa uurijatest toob välja, et tegemist oli paradigma muutusega – kui eelnevalt oli teleteenuseid osutatud patsiendi eelistuse alusel, siis COVID-19 pandeemia ajal olid ambulatoorsed teleteenuste konsultatsioonid kohustuslikud ning hiljem on teenuse liigi valik jäänud pigem arstide otsuseks (Pu et al., 2021).

Maailma Terviseorganisatsiooni poolt on telemeditsiini määratletud kui tervishoiuteenuste osutamist kõigi tervishoiutöötajate poolt, kes kasutavad teabevahetus- ja sidevahendeid kehtivate andmete vahetamiseks haiguste ja vigastuste diagnoosimise, ravi ja ennetamise, uurimistöö ja hindamise ning tervishoiutöötajate pideva hariduse osas, kõik selleks, et edendada inimeste ja nende kogukondade tervist (WHO, 2021). Paralleelselt on kasutusel nii mõisted „telemeditsiin“ kui „teletervis“, sünonüümidega kasutatakse kaug- ja virtuaalteenuseid ning -vastuvõtte. Uurimisöös kasutan edaspidi mõisteid „kaugvastuvõtt“ ja „videovastuvõtt“. Kaugvastuvõtt toimub patsiendi ja tervishoiuspetsialistide vahel distantsilt ja selle läbiviimiseks kasutatakse telefoni-, videokõnet või veebivestlust (Paat-Ahi et al., 2020), seega videovastuvõtt on üks kaugvastuvõtu alaliike. Videovastuvõttude eeldusteks on turvaline tehnoloogiline platvorm, privaatsus ning mõlemal osapoolel piisavad tehnilised vahendid ja oskused (Paat-Ahi et al., 2020).

Digitaalsete konsultatsioonide kvaliteet on sama oluline kui füüsiliste konsultatsioonide oma, sellepärast määratlevad enamik Euroopa süsteeme minimaalsed kvaliteedinõuded, mis ei ole leebemad "klassikaliste" konsultatsioonide juhustest (Staelraeve, 2021).

Kaugkonsultatsioonidel on oluline mõju rahvatervisele, pakkudes mitmeid eeliseid nagu ligipääsetavus ja ravi järjepidevus, võrdsus, efektiivsem ressursside kasutamine ja ravikvaliteedi paranemine (Zammit et al., 2024). Üheks telemeditsiini kasuteguriks peetakse ka nappiva tervishoiupersonali paindlikumat kasutust, vähendades füüsiliste vastuvõttude arvu, võimaldades

arstidel keskenduda keerukatele juhtumitele ning mõjutades nende töö- ja eraelu tasakaalu (Zammit et al., 2024). Ka Riigikontroll toob oma 2022. aastal läbiviidud auditis „Eesti tervishoiu suundumused“ välja, et tervishoiutöötajate vähesus on kujunenud üheks tervishoiu keskseimaks probleemiks ning juba lähitulevikus on kujunemas reaalsuseks, et tervishoiuteenuste kättesaadavus ja/või kvaliteet ei pruugi olla ühtlaselt ootuspärasel tasemel. Ühe lahendusena pakutakse välja panustamist innovatsiooni, mille abil saab vähendada vajadust inimtööjõu järele (Riigikontroll, 2022). Videovastuvõttud aitavad säästlikult kasutada Eestis üha enam nappivat tervishoiutöötajate ressursi, võimaldades spetsialistidel osutada teenust distantsilt ning kasutada aega patsientidega suhtlemiseks, mitte kohalesõitmiseks.

Peetakse oluliseks, et nii arstid kui ka patsiendid on vabad valima kanalit, mille kaudu nad üksteisega ühendust võtavad (Barsom et al., 2020). Patsiendid võivad olla kaugteenusega rahul, kuid võivad keelduda ideest kasutada telemeditsiini näost näkku konsultatsioonide asendamiseks (Mohd et al., 2023) ning tervishoiuspetsialistid rõhutavad, et patsientide füüsiline kohalolek on oluline osa diagnoosipildist ning et videokonsultatsioon hägustab seda (Møller et al., 2024). Erinevad kaug- ja videovastuvõtte käsitlevad teadlased ning uuringutes osalenud tervishoiutöötajad jagavad ühist seisukohta, mille on tabavalt sõnastanud Staelraeve: „Telemeditsiin ei asenda füüsilisi konsultatsioone, vaid on võrdselt väärtuslik kanal, mis pakub arvukaid põnevaid võimalusi tervishoiutöötajatele ja kodanikele, see võimaldab uusi suhteid, uusi tavasid ja väärtuspõhist tervishoidu.“ (Staelraeve, 2021).

Nii tervishoiutöötajate kui patsientide seas on viimastel aastatel üle maailma läbi viidud väga erinevate eesmärkide ning meetodikaga uuringuid, et teada saada, milline on suhtumine uude lähenemisse ning millised on kaug- ja videovastuvõttude boonused ja kitsaskohad. Tervishoiutöötajad väljendavad uuringutes muret oma töö kvaliteedi ja võimekuse pärast teha video kaudu täpseid kliinilisi otsuseid, viidates raskustele usaldussuhte loomisel ja mitteverbaalsete vihjete tuvastamisel, mis füüsilises keskkonnas aitavad kaasa üldise haiguspildi tekkele (Møller et al., 2024). Uue patsiendiga esimesel kontaktil usalduse loomist peetakse videokonsultatsiooni puhul keeruliseks. Meedikud on üldiselt üksmeelsed, et videovastuvõttule peab eelnema füüsiline vastuvõtt, mida peetakse ülioluliseks vastastikuse usaldusliku suhte tekkimisel (Zammit et al., 2024). Näiteks, 2021. aastal Suurbritannia reumatoloogide ja krooniliste reumavaevustega patsientide seas läbiviidud küsitluse põhjal arvas 90% arstidest ning 69% patsientidest, et usaldusväärse suhte loomiseks on näost näkku kohtumine oluliselt tulemuslikum (Sloan et al., 2021). Samuti ei peeta isiklikku kontakti patsiendiga videosilla puhul samaväärseks füüsilise kohtumisega (Møller et al., 2024). Patsientide jaoks oli tervishoiutöötaja mitteverbaalne suhtlus (näiteks silmside, naeratus ja kehaliigutused) usaldusliku suhte loomiseks samuti oluline. Tervishoiutöötajate jaoks olid

patsientide visuaalsed vihjed olulised, et käsitleda patsientide muresid või ebakindlust, mis muidu võinuks jääda märkamata (Nouri et al., 2020; Barsom et al., 2020). Kaug- ja videovastuvõtte peetakse seega sobivaimaks ambulatoorseteks korduvvastuvõttudeks, operatsioonide ning protseduuride järelkontrollideks, raviskeemi sobivuse ülevaatamiseks. Samas tuuakse välja, et videokonsultatsioon võib sobida esmaseks vastuvõtuks teatud diagnoosidega (ärevus, autism) patsientidele, kellele on nii võimalus oma arstiga esimest korda kohtuda turvalises keskkonnas (Møller et al., 2024).

Seepärast viiakse kaug- ja videovastuvõtte läbi eelkõige konsulteerivatel erialadel, kuid ka kirurgilistel erialadel, kui tegemist on järel- või jälgimisvisiitidega. Møller ja kolleegid (2024) on leidnud, et kõige enam kaug- ja videovastuvõtte (30% kõigist vastuvõttudest) tehakse psühhiaatria valdkonnas. Järgnevad sisehaiguste erialad: endokrinoloogia, reumatoloogia, pulmonoloogia, kardioloogia, nefroloogia. Seda, et videokonsultatsioonid ei ole nende erialal võrdväärseks alternatiiviks füüsilistele vastuvõttudele, on väitnud radioloogid, plastikakirurgid, oftalmoloogid ja kõrva-nina-kurguarstid (Kukk, 2022; Møller et al., 2024).

Eri riikide uuringutes leiavad patsiendid kui tervishoiutöötajad, et kaugvastuvõttud on mugavamad ning kättesaadavamad kui füüsilised kohtumised, kuna puudub vajadus kohale sõitmiseks, vastuvõtu ootamiseks ning oht võimalikeks nakatumisteks (Sloan et al., 2021; Mohd et al., 2023). Samuti on vastuvõtul osalemine kodust lahkumata hea võimalus liikumispuudega patsientidele ning ligipääs arsti vastuvõtule on ühtviisi tagatud inimese elukohast olenemata (Andrii & Buyukaksu, 2022). Lisaks ajale peetakse oluliseks ka rahalist kokkuhoidu, kuna krooniliste haigustega patsientide jaoks võivad korduvad arstivisiidid muutuda oluliseks kulutuseks (Andrii & Buyukaksu, 2022). USA uuringus laste uroloogia videovastuvõttude rahulolu kohta toodi välja, et vähendades töölt ja koolist puudumist, kergendati perekondade finantskoormust. Toodi välja, et järelvisiidi puhul võib kuluda 98% ajast arsti juurde sõitmisele ja vastuvõtu ootamisele (Holzman et al., 2021). Lisaks mainiti, et videokonsultatsioon muudab lihtsamaks sugulaste osalemise patsiendi konsultatsioonides erinevatest riigi osadest. Uuringud näitavad ka, et kaug- ja videovastuvõttude kasuks räägib madalam vastuvõttude tühistamise määr (Møller et al., 2024). Võrdne kättesaadavus ja ligipääsetavus võivad osutada ka näilisteks. Videoühenduse raskuste tugevaimaks ennustajaks on madal sotsiaalmajanduslik staatus. Madala sissetuleku ja väiksemate digioskustega inimestel ei pruugi olla piisava kvaliteediga internetiühendust ning tehnilisi vahendeid videovastuvõtul osalemiseks, samuti võib neil olla raskusi võõraste rakenduste kasutamisel (Randhawa et al., 2018; Holzman et al. 2021; Mohd et al., 2023).

Nii teenuseosutajate kui ka patsientide negatiivsed kogemused kaugvastuvõttudega on sageli seotud tehniliste raskustega nagu IT-süsteemi seadistamine ja halb videokvaliteet, seega sõltub

kaugvastuvõttude rakendamine ja vastuvõtmine osalt infrastruktuuri kättesaadavusest kui ka vajalike koolituste ja juhendmaterjalide olemasolust (Mohd et al., 2023; Møller et al., 2024). Näiteks töid uuringus osalenud Malta tervishoiutöötajad välja, et kvaliteetse koolituse, heade juhendmaterjalide ning ladusalt töötavate süsteemide puhul toimuks tehnoloogiate kasutamine vabatahtlikult ja neil ei oleks keeruline kommunikeerida alternatiivse lahenduse eeliseid ja puudusi kolleegidele (Zammit et al., 2024). USA uuringust selgus ka ühe grupi selge eelis - pediatriliste patsientide vanemad olid juba tuttavad Zoomi ja teiste tehnoloogiaplatvormidega virtuaalkoolist, mis oli COVID-19 pandeemia ajal laialdaselt kasutusel (Holzman et al., 2021). Seega on oluline, et patsient või tema lähedane oleks kaasatud videovastuvõtu otsuse tegemisse ning suhtluskanali valikusse.

Ka Eestis kerkis COVID-19 pandeemia ajal üles vajadus tagada patsientidele tervishoiuteenuse kättesaadavus ilma füüsilise kontaktita. Selleks hakkas Tervisekassa tasustama tervishoiutöötajatele kaugvastuvõttu video-, telefoni- või veebivestluse teel, laiendades senist võimalust teha kaugvastuvõttu vaid telefonitsi. Enamus raviasutusi löid videovastuvõtu tarbeks tehnilise võimekuse ja juhendid. Videovastuvõttud on Tervisekassa poolt läbiviidud küsitluste kohaselt patsientide seas populaarsust kogunud ning pandeemia tipp hetkel nägid ka arstid seda hea lahendusena (Vare, 2022). Ühte kindlat keskkonda, mida saaks turvaliselt kasutada nii arstid, spetsialistid kui patsiendid, Eestis veel kasutusel ei ole. Tervishoiuteenuste osutajad kasutavad erinevaid platvorme nagu Skype, Teams ja Zoom (Paat-Ahi et al., 2020), seega on ühelt poolt oluline keskse süsteemi arendamine ning teiselt poolt tervishoiutöötajate informeerimine eri kanalitest, nende võimalustest ning turvalisuse tasemest.

Eestis on kaugvastuvõttude, sh videovastuvõttude osutamist uurinud Tervisekassa, kes viib kvartaalselt läbi rahulolu uuringuid kaugvastuvõttul osalenud patsientide seas (Kukk, 2022) ning kelle analüütika osakond viis 2022. aastal läbi uuringu tervishoiuspetsialistide (eriarstide, õdede ja tugispetsialistide) seas üle Eesti. 2020. aastal koostas Poliitikauuringute Keskus Praxis juhtumianalüüsi „Kaugvastuvõtu rakendamine eriolukorras“, mille käigus küsitleti nii patsiente kui tervishoiutöötajaid (Paat-Ahi et al., 2020). Mõlema tulemused toetasid eelpool väljatoodud teiste riikide kogemusi, kuid erisusena torkab silma, et kui mujal maailmas pigem usutakse patsientide hakkamasaamist uute lahendustega piisava juhendmaterjali olemasolul, siis Eesti tervishoiutöötajatel on vähe usku inimeste võimekusse videolahendust kasutada. Nimelt arvavad enam kui pooled spetsialistid, kellelt tagasisidet küsiti, et nende patsiendid ei saa videovastuvõttuga hakkama tehnilise lahenduse keerukuse tõttu ja seega pole paljudele seda võimalust pakutud (Pihelgas, 2022). Samas Praxise poolt küsitletud patsientidel (kellest vanim oli 71-aastane), olid kõigil vahendid videosilla kasutamiseks olemas (Paat-Ahi et al., 2020), seega võivad teenuseosutajad vajada patsientide-poolset algatust.

## Probleemipüstitus

Videovastuvõttudest on Eestis kujunenud võimalusi pakkuv alternatiiv füüsilisele vastuvõtule, mis võimaldab patsientidel hoida kokku nii aega kui ka raha, teeb tervishoiuteenuse laiemalt kättesaadavaks ja paindlikumaks ning inimesekessemaks. Ka inimeste rahulolu videovastuvõttudega on kõrgem kui telefonivastuvõttudega ning iga viies telefonivastuvõtul käinu oleks eelistanud telefonivastuvõtu asemel videosilda (Vare, 2022).

Riigikantselei rakkerühma poolt koostatud Eesti e-tervise visioon aastaks 2025 ning e-tervise strateegiline arenguplaan aastaks 2020 seadsid olulisteks eesmärkideks, et tervise teenused on alati inimkesksed ja asjakohased ning kasutatavad sõltumata tarbijate asukohast ja tehnoloogiliste oskuste tasemest. Visiooni kohaselt peaks inimene spetsialistiga näost näkku kohtuma ainult tõsisema vajaduse või keerukama küsimuse korral, sest spetsialisti nõuande saamiseks on teenused kättesaadavad kodus või kodulähedaselt. Selleks on loodud või tagatud tingimused e-visitide ja videokonsultatsioonide kasutuselevõtuks võrdväärselt füüsiliste teenustega (Riigikantselei, 2015).

Paraku näitavad Tervisekassa andmed, et videovastuvõttude proportsioon kaugvastuvõttude hulgas on väike, vaid alla 5% kõikidest kaugvastuvõttudest, seega on Tervisekassa võtnud eesmärgiks suurendada videovastuvõttude osakaalu (Kukk, 2022). Oodatav videovastuvõttude arv võiks olla ca 70 000 aastas ehk vähemalt pooled kaugvastuvõttudest võiksid toimuda video teel (Pihelgas, 2022).

Selleks, et kujundada teaduspõhine sekkumine videovastuvõttude osakaalu tõstmiseks, otsustasime läbi viia kvalitatiivse uuringu eriarstide suhtumisest kaug- ja videovastuvõttudesse ning võimalikest lahendustest. Kvalitatiivsete meetoditega ei ole seda teemat veel Eestis uuritud. Kvantitatiivse uuringu viis Tervisekassa analüütikaosakond läbi 2022 aastal, eesmärgiga tõsta videovastuvõttude osakaalu kaugvastuvõttude seas. Väljasaadetud küsimustikule vastas 250 tervishoiutöötajat üle Eesti. Uuringu tulemustest selgus, milliste erialade töötajad eelistavad videovastuvõtte, millised on videovastuvõttude omadused ning milliste etteantud lahenduste puhul eelistaksid vastajad videovastuvõtte. Kõige populaarsemad valikud langesid kokku mujal maailmas läbiviidud uuringute tulemustega: mugavate tehniliste lahenduste võimaldamine, piisavalt koolitusi ning võimalus vajaduse korral patsient ka füüsilisele vastuvõtule kutsuda (Vare, 2022). Sekkumise loomiseks pidasin oluliseks kaasata tervishoiutöötajad ning anda neile võimaluse avaldada oma arvamust ning rääkida oma kogemustest.

Uurimistöö eesmärgid:

- Kaardistada toetavad ja takistavad tegurid üldhaigla eriarstidel kaugvastuvõttude, sealhulgas videovastuvõttude, läbiviimisel.

- Kaardistada sidusrühmade toetavad ja takistavad tegurid kaugvastuvõtude läbiviimisel videosillas.
- Kujundada uurimustöö tulemuste põhjal sekkumine videovastuvõtude soodustamiseks.

Uurimisküsimused:

- Milline on tervishoiutöötajate suhtumine kaugvastuvõttudesse?
- Kuidas teenuseosutajad suhtuvad videovastuvõttudesse?
- Millised on takistused videovastuvõtude teostamisel?
- Mida tervishoiutöötajad näevad võimalustena videovastuvõtude osakaalu suurendamiseks?

### Uurimismetoodika

#### Disain

Tegemist oli kvalitatiivse uuringuga, mille käigus koguti ning analüüsiti osalejate kogemusi, arvamusi, muljeid. Põhiline uurimismeetod oli individuaalintervjuu. Viisin läbi poolstruktureeritud, avatud küsimustega otsevestlused eriarstide, eriõdede ja administratsiooni esindajatega, mille eesmärk oli lasta inimestel oma sõnadega raamida probleemistik ning kirjeldada oma muljeid ning eelistusi kaug- ja videovastuvõtude teemadel.

Teadsaamiseks, mida tervishoiuteenuse osutajad arvavad kaug-, sh videovastuvõttudest ning millised on põhjused, miks nad seda vastuvõtuliiki kasutavad või ei kasuta, viisin perioodil november 2023 kuni aprill 2024 läbi kaheksa intervjuud. Uurimus on kooskõlastatud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteega (protokolli number 379/T-3).

#### Meetodid

Intervjuude põhjal viisin läbi kvalitatiivse temaatilise analüüsi. Temaatiline analüüs on paindlik kvalitatiivne tööriist, mille tuumikus olev tõlgendusprotsess hõlmab püüdu mõista uuritavate seisukohti ning tavaid nende vaatepunktist, rõhutades ka uurija subjektiivuse olulisust analüütilise ressursina ning tema reflektiivset kaasatust teooria, andmete ja tõlgendusega (Braun & Clarke, 2020; Kogen, 2024).

Intervjuude temaatilise analüüsi eesmärk oli leida üles intervjuueeritavate mõtetes leiduvad tähendused ja arusaamad, jälgides mida ja kuidas räägiti. Kasutasin induktiivse ja deduktiivse lähenemise segameetodit. Alustasin induktiivse lähenemisega ning leidsin intervjuudest koodid,

seejärel kategoriseerisin koodid deduktiivse lähenemisega, lähtudes COM-B raamistikust. Analüüsi tegemisel kasutasin avatud kodeerimist, pöörates tähelepanu sellele, mis oli uuritavate seisukohast neile oluline, mida nad pidasid oluliseks rääkida lisaks küsimustes käsitletud teemadele.

Pärast avatud kodeerimist organiseerisin koodid COM-B raamistikust lähtuvalt, kuna uurimistöö eesmärgiks on sobivate lahenduste väljapakkumine.

COM-B meetod on käitumise muutmise raamistik, mis aitab mõista ja analüüsida käitumist ning seda, mis mõjutab käitumise muutmist. COM-B tähistab kolme põhielementi, mis on vajalikud käitumise muutmiseks: capability (võimekus), opportunity (võimalus) ja otivation (motivatsioon). COM-B süsteemi töötasid välja Susan Michie, Maartje M. van Stralen ja Robert West ning see avaldati 2011. aastal ajakirjas "Implementation Science" (Mitchie et al., 2011).

COM-B raamistikus keskendutakse inimese käitumise muutmist planeerides keskenduda inimese ajenditele: võimekusele, võimalustele ja motivatsioonile. Iga neist jaguneb omakorda kaheks – võimekus vaimseks (teadmised) ja füüsiliseks (oskused); võimalus, mis viitab ennekõike väliste teguritele, sotsiaalseks (tavad, reeglid) ja füüsiliseks (vahendid, aeg); motivatsioon sisemiseks (impulss) ja välimiseks (kavatsus). Kõigi ajendite puhul saab eraldi välja tuua nii võimaldajad kui takistused.

## **Valim**

Uurimistöös keskendusin ühele haiglale, kuna eelvestluste käigus selgus, et üldhaiglad on videovastuvõtude läbiviimises väga erinevates arengufaasides. Viljandi haigla sai valituks kui minu töökoht ning innovatsioonile avatud organisatsioon.

Valimisse kaasasin kolm gruppi, kellel on oluline roll või mõju vastuvõtu liigi valiku puhul. Algselt olid uurimistöö sihtrühmaks eriarstid, kes teevad Viljandi haiglas ambulatoorseid vastuvõtte (sh kaugvastuvõtte) ning sidusrühmadeks eriõed, kes eriarstidega koos ning ka iseseisvalt vastuvõtte teevad ning haigla administratsioon (haigla ravijuht ning ambulatoorse ravi kliiniku juht, kui patsiendikeskusest ning ka majanduslikult huvitatud osapooled). Intervjuude analüüsimisel selgus, et eriõed kuuluvad samuti sihtrühma kui olulised osapooled vastuvõtude läbiviimisel. Nende ülesandeks on sageli uuringute läbiviimine ja/või patsiendi nõustamine. Sidusrühmana on haigla ravijuhi ning ambulatoorse ravi kliiniku juhi seisukohad on väga olulised organisatsiooni suundumuste ning suhtumise kujundamisel.

Intervjueeritavate hulka kuulusid kolm ambulatoorseid vastuvõtte tegevat õde, kellel kõigil on vastuvõttud nii arstiga koos kui iseseisvalt; kolm arsti ja kaks juhti. Intervjueeritutest kahel õel ning ühel arstil oli videovastuvõtude tegemise kogemus, kahel arstil oli valmidus videovastuvõtude tegemiseks (kui videolahendus on turvaline ja mugav ning kui patsient seda soovib) ning ühel õel oli

suhtumine videovastuvõttudesse pigem negatiivne, kuna arst, kellega ta vastu võtab, ei soovi neid teha ning patsientuur on pigem eakas ning vähese digivõimekusega.

### **Protseduur**

Magistritööd planeerides rääkisin nii haigla ravijuhi kui ambulatoorse ravi kliiniku juhiga plaanitavatest intervjuudest. Koostasin uuringukutse ning kliiniku juht saatis selle edasi eriarstidele ja -õdedele. Intervjuust huvitatud arstid ja õed vastasid kutsele e-kirjaga ning leppisime kokku intervjuude ajad. Intervjuud toimusid Viljandi haigla kabinettides.

Intervjuude sissejuhatuses tutvustasin vestluse ning magistritöö eesmärki ning küsisin luba salvestamiseks. Kõik osalejad andsid salvestamiseks suulise nõusoleku. Intervjuu käigus küsisin ka osalejate nõusolekut osalemiseks sekkumise kujundamise töötoas. Kõik osalejad andsid ka selleks suulise nõusoleku.

Intervjuude kestus oli erinev, kõige lühem neist kestis 29 ning kõige pikem 61 minutit.

### **Mõõtmisvahendid**

Intervjuude läbiviimise eel panin kokku poolstruktureeritud, avatud küsimustega intervjuude kavad, mis keskendusid tervishoiuteenuse osutajate võimekusele, võimalustele ja motivatsiooni väljaselgitamisele videovastuvõttude osakaalu suurendamiseks. Intervjuukavad on leitavad lisades 1-4.

### **Metoodika ja andmetöötlus**

Intervjuud transkribeerisin Tallinna Tehnikaülikooli veebipõhise lahenduse abil (<https://bark.phon.ioc.ee/webtrans/>). Transkriptsioonide lugemisel selgus, et salvestused olid erineva kvaliteediga, kuid üldjoontes piisavalt head, et tagada selge transkriptsiooni. Mõned intervjuud vajasisid veidi enam ülekuulamist ning paranduste tegemist.

Lugesin intervjuud mitmel korral läbi ning selle põhjal tekkisid esimesed ideed kodeerimiseks. Kodeerimise abivahendina kasutasin kvalitatiivsete andmete analüüsiprogrammi Atlas.ti veebiversiooni. Tööriist võimaldas luua erinevaid koode (sh *in vivo*), siduda need tsitaatidega ning grupeerida kategooriateks ning alamkategooriateks.

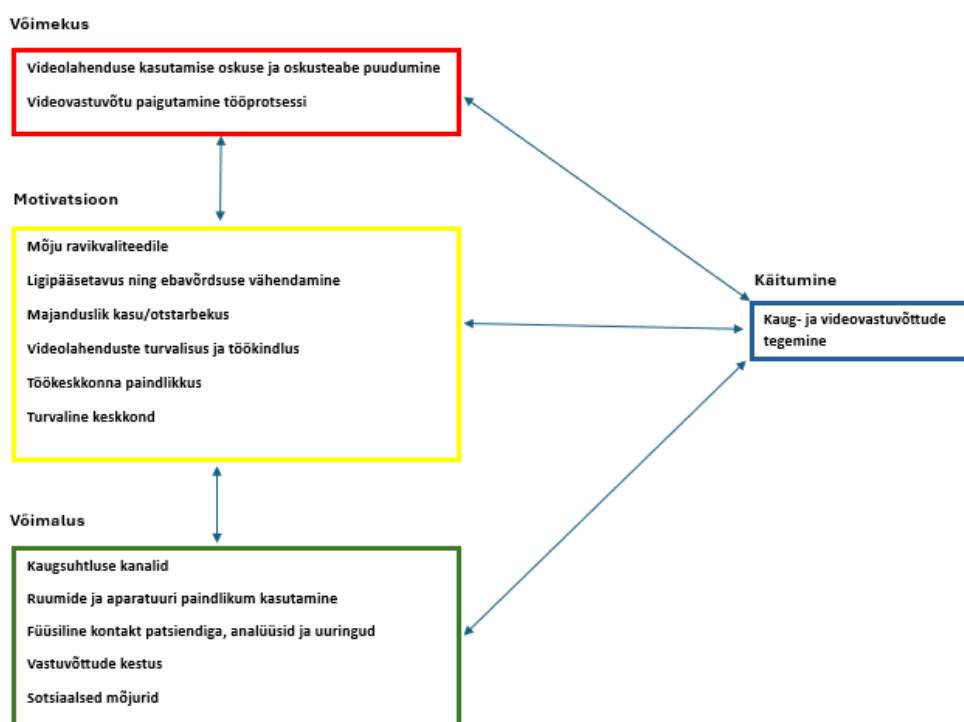
Koodid said nimetused avatud kodeerimise põhimõttel, alamkategooriate ja kategooriate loomisel kasutasin COM-B raamistikku, liikudes üksikult üldisemale tasandile. Kodeerisin kõik teemad, mis seostusid vastuvõttudega.

## Tulemused

### Üldine kontekst

Kaheksast intervjuust tõin välja 79 koodi, mille jagasin 12 alamkategoriasse ning nelja kategooriasse (kategooriapuu on toodud lisas 5). Teemade (joonis 1) arendamisel keskendusin nii takistavatele kui võimaldavatele teguritele. Füüsilise võimekuse teemasid oodatult ei esinenud, kuna inimese kehalistest oskustest ning jõuressurssidest vastuvõtu liikide puhul eriti palju ei olene.

Intervjuudest ilmses, et juhtkonna hinnangul on kaugvastuvõttude osakaal eriarstide ja -õdede vastuvõttude koguhulgast väike, umbes kümnendik, mida kinnitab ka haigla statistika („Kas tuhandest vastuvõtust sada nelikümmend neli umbes, mis on siis minu mäletamist mööda kaugvastuvõttud. Nendest ma arvan, et kaheksakümmend viis, üheksakümmend protsenti on telefoni vastuvõttud.“ – Juhtkond) ja enamus neist teostatakse telefoni teel. Helistamise aja kokkuleppimise variante oli erinevaid – nii seda, et kaugvastuvõttud on osa füüsilise vastuvõtu päevast ning kellaajaliselt paika pandud, kui seda, et arstil on eraldi kaugvastuvõtu päevad, mille jooksul on patsientidele helistamise ajad paindlikud.



Joonis 1. Intervjuude analüüsil välja selgitatud teemad COM-B raamistikus

## **Võimekus**

### ***Videolahenduse kasutamise oskuse ja oskusteabe puudumine***

Intervjuudes tõid nii arstid kui õed esile videolahenduste kasutamise takistustena oskuste puudumise. Teadmine, et videolahendused eksisteerivad ning neid on erinevaid, on olemas, kuid puuduvad oskused nende kasutamiseks, kuna lahendust ei ole spetsiaalselt tutvustatud ega õpetatud. Lahendusena nähakse paremat teavitust õppe võimaluste kohta. Arstid ja õed, kes videolahendusi kasutasid, olid omandanud need oskused kas iseseisvalt või kolleegi juhendamisel.

### ***Videovastuvõtu paigutamine tööprotsessi***

Nii takistuse kui võimaldajana tõid erinevad intervjuueeritavad välja selguse, milline on kaugvastuvõtu koht patsiendi teekonnas. Kui mõnes vestluses tuli välja umbmäärasus, et ei teagi täpselt, millal videovastuvõttu võiks kasutada, siis teistes toodi välja, et kaugvisiidil on oma kindlad tingimused („Sest ega me ei jäta ju väga suuri selliseid arutlusi ka sinna kaugvisiiti, põhiteema ja põhiprobleemid peavad olema lahendatud, need on sellised järelkontrolli teemad rohkem.“ – Õde 1).

## **Võimalus**

### ***Kaugsuhtluse kanalid***

Tervishoiuteenuse osutajatel on kaugvastuvõttude tegemiseks kasutusel erinevad lahendused nii telefoni kui videosildadena, kuid eelistatuim neist on telefon. Kaugkanalite kasutamine võimaldab tervishoiutöötajal vastuvõtu osutamise asukohta valida - nii seda, millises kabinetis patsiendiga suheldakse, kui ka seda, kas viibitakse kodus või haiglaruumides. Telefoni kui kanali toetuseks toodi välja, et reeglina on kõikidel, ka eakatel patsientidel telefoni kasutamise võimalus olemas ning mobiiltelefoni puhul on enamasti paindlik ka aeg, mil patsiendile helistada saab.

Telefoni kui vastuvõtukanali kitsaskohtadena toodi välja, et kuigi vastuvõtt on patsiendiga kokku lepitud, ei võta osa inimestest võõrastelt numbritelt tulevaid kõnesid vastu või salvestavad kabineti/arsti numbri ning helistavad tagasi kokkuleppe välisel ajal ning uute teemadega.

### ***Ruumide ja aparatuuri paindlikum kasutamine***

Kaugvastuvõttude eelisenä toodi välja ruumide ning aparatuuri vabanemist esmaste ning füüsilist käsitlust vajavate kontaktvastuvõttude tarvis.

### ***Füüsiline kontakt patsiendiga, analüüsid ja uuringud***

Eraldi teemana leidsin füüsiliste võimaluste ja takistuste juures vastuvõtude kombineerimise diagnoosimiseks vajalike uuringute ja analüüsidega. Võimalustena toodi nende juures ära uuringute ja analüüside teostamine patsiendile sobival ajal ja kohas, et arstil patsiendiga kaugvastuvõtul kohtudes oleks juba parem võimalus diagnoosimiseks ning ravi kokkuleppimiseks (*„Kes elavad kuskil mujal kaugemas linnas, et nad teevad analüüsid perearsti juures ära, ja siis me näeme digiloos need vastused. Ja siis tohter korrigeerib ravi. Selles suhtes on täiesti paindlik.“ – Õde 1*).

Toodi ka välja, et vahel teostab õde esmase läbivaatuse ning vajadusel ka hilisema patsiendi juhendamise meditsiinitarvikute või ravimi manustamise abivahendite kasutamisel, võimaldades arstil suhelda patsiendiga kaugvastuvõtul, ning arvati, et seda võiks olla rohkem, siis on arsti ja patsiendi kohtumine sisukam ning raviotsus kiirem (*„Tegelikult, kui see patsient esmakordselt tuleb sinna arsti vastuvõtule, siis tegelikult on ta ju piltlikult öeldes tühi leht. Mõnikord on perearsti poolt või teise eriarsti poolt või õe poolt mingid analüüsid ära tehtud, aga järjekord arsti juurde on pikk. Sellest on möödunud mõnikord mitu kuud. Ikkagi mingit asja tuleb uuesti võtta.“ – Õde 3*).

Sageli ei piisa arstil aga õepoolsest käsitlusest, vaid diagnoosimisel on vajadus patsienti katsuda (*„... nahalööbe puhul on vahe, kas see kuumab või ei kuuma ja seda saan käega katsuda. Võiks ju patsiendil paluda katsuda, aga tegelikult ise ta ei hooma seda...“ – Arst 3*) ning jälgida (*„...su vastuvõtt ei hakka mitte sellel hetkel, kui patsient istub maha ja suu lahti teeb, vaid vastuvõtt hakkab siis, kui patsient ilmub xxx-loogi vaatevälja.“ – Arst 2*; märkus: identiteedikaitse huvides on Arst 2 eriala tsitaadis märgistatud xxx-ga).

### **Vastuvõtude kestus**

Väga olulise takistusena toodi välja ühele patsiendile eraldatud vastuvõtuaja nappus. Tervisekassa rahastuses on ette nähtud esmaseks vastuvõtuks 25 ja korduvvastuvõtuks 15 minutit, millesse on keeruline kõiki tegevusi ära mahutada ka tava- ehk füüsilise vastuvõtuna. Intervjuudest jäi kõlama mure, et patsiendid vajavad rohkem ärakuulamist ja juhendamist kui praegune kiire töötempo võimaldab. Videovastuvõtu puhul lisanduvateks kanali kokkuleppimiseks, lingi genereerimiseks ning mõlema osapoole kvaliteetse ühenduse loomiseks arvatakse kuluvat senisest rohkem aega, mida olemasolevates vastuvõttudes aga ei leiduks. Lahendusena pakuti võimalust see osa vastuvõtust delegeerida (*„See oleks lahendatav ainult niimoodi, et siis ta pärast läheb assistendi juurde, kes lepib kokku, kuidas, millal, võib-olla helistab assistent ette enne kaugvastuvõttu. Sellised asjad on nagu see IT-lahendus peab raudpolt töötama, see on eelduseks, ja patsiendi juhendamiseks peab olema keegi teine, kes seda teeb. Ja aitab ka ta sisse ja juhul, kui ta ära ei ühenda, aitab ka*

*ühendada minuga siis, et tuleb nüüd telefoni teel või midagi sellist.“ – Arst 2). Eelnenud tsitaadis tuli välja ka murekoht võimalike tehniliste takerduste tõttu luhtuvatest vastuvõttudest, mille tarvis on taas vaja leida uus ajaline võimalus.*

Toodi välja ka võrdlus tavapärase vastuvõtuga, mil arstil-õel kabinetis koos töötades on välja kujunenud kindel tööjaotus, mis hoiab aega kokku, kuid mida kaugvastuvõtul rakendada on keerulisem (*„Kui ma nüüd kaugvastuvõttu teen, siis on niimoodi, et õde ei kuule, mis ma räägin. Ja siis ma päris paljud asjad teen ise, teen ise retseptid, teen ise saatekirja, ma ise helistan, igale poole uuringud panen ise...“ – Arst 1).*

### **Sotsiaalsed mõjurid**

Uute vastuvõtuvormide kasutuselevõtu takistusena toodi välja teatud erialaseltside ning suurhaiglate kolleegide poolne negatiivne hoiak nii kaug- kui videovastuvõttudes (*„Kui Tervisekassa hakkas seda kaugvastuvõttude asja rääkima, siis seisukoht meie juhatuses mõnede üksikute konkreetsete kogunud kolleegide suust oli, et mitte kunagi ei hakka xxx-arst patsienti nägemata midagi kaugelt tegema.“ – Arst 2; märkus: identiteedikaitse huvides on Arst 2 eriala tsitaadis märgistatud xxx-ga).*

Pea kõik intervjueeritavad tõid aga välja, et korduvvastuvõtt kaugvastuvõtuna on muutumas üha populaarsemaks nii arstide kui patsientide seas ning selle vastuvõtuvormi säästlikkust patsiendile. Väga oluliseks peeti teiste arstide toetust. Toodi välja ka rida konsultatiivseid erialasid, mille puhul on kaugvastuvõtt juba kasutusel.

### **Motivatsioon**

#### **Mõju ravikvaliteedile**

Tervishoiuteenuse osutajatele on väga oluline usalduslik suhe patsiendiga, mis on otseselt seotud ravikvaliteediga. Vaid usalduslikus õhkkonnas julgeb patsient rääkida ka oma kõige delikaatsematest tervisemuredest ning vaid kogu infot omades on arstil võimalik panna õige diagnoos ning määrata sobivaim ravi. Intervjuudes tuli mitmel korral jutuks kaugvastuvõtu võimalik madalam ravikvaliteet ning lausa ravivigade tekkimise oht, kuna teenuseosutajal ei pruugi kaugkanalite vahendusel tekkida patsiendiga piisavalt usalduslik suhe või ei saa ta piisavat ülevaadet patsiendi olukorrast ja olekust.

Suur osa intervjueeritavatest pidas kaugvastuvõtul saadavat kontakti heaks ning piisavaks raviotsuste tegemiseks, aga oli ka kahtlejaid, kes tõid välja, et sõnalisele suhtlusele lisandub hulk

olulist informatsiooni ka patsiendil liikumise ja kehakeele kohta, mida on võimalik saada vaid füüsilisel vastuvõtul patsiendiga samas ruumis viibides (*„Tõesti see, kuidas ta nahk välja näeb ja nii edasi, võib viidata diagnoosile enne, kui ta istub tooli peale. Nii et selles mõttes see kõndimise osa, liikumise, siirdumise, istumise, tõusmise osa jääb kaugvastuvõtul, kui sa seda kohe ekstra ei palu teha, jääb ära. ...ma arvan, et arsti seesama kõhutunne, mis vajab nägemist ja vahetut kontakti, rääkimata päris menetlustest ja tegevustest, mis peavad toimuma patsiendiga.“ – Arst 2*). Lisaks ei pruugi kaugkanalite teel olla võimalus patsiendi olekut jälgides veenduda, kas ta tegelikult oli mõttega visiidil kohal (*„Meil tekib ikkagi vahetul suhtlemisel arusaam, et kuidas patsient tegelikult meist aru saab, eks ole, kas ta ütleb lihtsalt jaa või ta saab tegelikult aru.“ – Õde 1*). Samuti leiti, et usalduse tekkimine vajab aega ja füüsiliselt ühes ruumis viibimist.

### **Ligipääsetavus ning ebavõrdsuse vähendamine**

Kaug- ja videovastuvõttude eelistamine võimaldab patsientidel saada oma tervisemures abi just neile sobivas asukohas, mis vähendab ebavõrdsust teenuse kättesaadavuses nii ääremaa del elavatele kui erivajadustega inimestele (*„...ta võib vähendada piirkondliku kättesaadavuse ebavõrdsust, kindlasti meie piirkonnas on kättesaadavus halvem kui on suurtes linnades. Eriti just võib-olla kõrgema kvalifikatsiooni või spetsiifilisema eriarstiabi puhul.“ – Arst 3*). Teenuseosutajad tõid ka välja, et kaugkanalite kasutus vähendab patsiendi jooksutamist, igaks kontaktiks ei ole vaja tingimata kohale minna.

Samas juhiti tähelepanu sellele, et videolahenduste kasutamiseks vajalike vahendite või oskuste puudumine võib tekitada ebavõrdsust (*„Aga jällegi ma kardan, mis juhtub, on see, et realne võimekus täna kasutada teleteenuseid või telesilla kaudu nendel, kes on kehvemas seisus... Nad on ka selles mõttes kehvemas seisus. Selles sihtgrupis, kus me tahame vähendada ebavõrdsust, ei pruugi see teenus vähendada ebavõrdsust.“ – Arst 2*).

### **Majanduslik kasu/otstarbekus**

Intervjueeritavate arvates toob uute vastuvõtuliikide kasutuselevõtt kaasa majanduslikku kasu, kuid seda pigem patsiendi kui teenuseosutaja vaates.

Majanduslikuks kasuks haigla jaoks toodi välja kohapealsete kulude ning kaugemalt käivate arstide sõidukompensatsioonide vähenemist. Kaug- ning videovastuvõttud ei too endaga kaasa suuremaid raviarveid, kuid viimased võivad teatud erialade puhul tuua kaasa Tervisekassa rahastuses lisakoefitsiendi. Võimaliku kasuna nähti võimalust visiitide toimumiseks ka juhul, kui arstil või patsiendil ei ole võimalik (ootamatult) haiglasse kohale tulla. Samas tunnetati, et uudne ja tehniliste

riskidega vastuvõtuliik teenuseosutajalt enam ajaressurssi, mida ei kompenseerita, ning tekitab tööstressi.

Üldiselt nähti kaugvisiitides enam kasu patsientidel, nii majanduslikus kui mugavuse vaates. Eakamatel ning keskustest kaugemal elavatel inimestel ei teki sõidukulu, tööealistel on vaja aga tunduvalt lühemalt ametipostilt eemal viibida. Oluliseks peeti sealjuures patsiendi soovi ja algatust (*„Kui on vaja ja kui patsient tahab seda rohkem kui mina, siis ma olen nõus.“ – Arst 1*).

Patsiendi kasus joonistus välja ka nooremate inimeste videosuhtluse lembus, võimalus jagada patsiendiga ekraani vahendusel illustreerivaid materjale, lisaks seegi, et videosilla võimalusi on erinevaid ning patsiendil on võimalus valida just endale sobiv. Eelnevas nähti võimalikku positiivset mõju rahulolule ning seeläbi haigla kuvandile ja turuosale. Toodi aga ka välja, et patsientide rahuolu ei ole veel piisavalt uuritud selles vaates, mida võiks kaugvastuvõtude hüppeline suurenemine endaga kaasa tuua. Samuti leiti, et teema oma akuutsuselt jääb alla mitmele põletavamale murele (*„...ta ei ole kindlasti mitte põletav teema, olulisemad on, alates meie arstide olemasolust, lepingu täitmine, kabineti muu sisustus, aparatuur, töökvaliteet, ma arvan, üldine patsiendiga suhtlemine või kuidas patsiendi rahulolu on.“ – Juhtkond*).

### **Videolahenduste turvalisus ja töökindlus**

Uue lahenduse kasutuselevõttu on intervjueeritute sõnul pärssinud videolahenduste küsitav töökindlus, mida on näidanud videokoosolekutel ja -koolitustel osalemine ning aeg-ajalt esinevad tõrked haigla infosüsteemis. Lisaks võivad tõrkuvad süsteemid tuua kaasa ebakindluse ja närvikulu ka patsiendile.

Samuti puudus info ja kindlustunne videolahenduste turvalisuse kohta, mis on tervishoiuteenuse osutamisel ülioluline. Toodi ka välja, et uued infotehnoloogilised lahendused võivad tunduda hirmutavad, eriti vanemate teenuseosutajate ning patsientide seas (*„Ma arvan, et praegu on see lihtsalt selline teadmatus. Ja noh, ma praegu täiesti pakun, aga kui me mõtleme vanemate arstide peale, võib seal olla natuke ka seda hirmu.“ – Õde 3*).

### **Töökeskkonna paindlikkus**

Uute vastuvõtukanalite lisandumine on andnud arstidele võimaluse mugavamaks ja paindlikumaks töökorralduseks (*„Ja kui uuringud on tehtud, analüüsi vastused on olemas, siis arst vaatab neile peale ja siis otsustab, noh, ta enamasti teeb siis kaugvastuvõtu, ta helistab patsiendile ja kui on vaja, siis kutsub füüsiliselt kohale. Kui ei ole vaja, siis kas lepatakse kokku uus kaugvastuvõtu aeg või siis, kui kõik on hästi, lõpetatakse vastuvõtt ära ja rohkem tagasipöördumist ei ole.“ – Õde 3*).

Paindlikkust kirjeldati nii vastuvõtuvormi, aja kui ka koha valikus, mis võimaldab nappivat tervishoiutöötajate ressursi säästlikumalt kasutada. Samuti kirjeldati võimalust videovastuvõttudeks sobiva kabinetikeskkonna loomist ning õe toetavat rolli nii videoühenduse loomisel kui arsti assisteerimisel, kui videosild toimub kabinetis, kus patsient ja õde on kohapeal ning arst viibib eemal. Uus lahendus pakub ka huvi ja põnevust ning võimaldab rutiini vaheldust tuua nii kanali kui tegevuspaigana.

Kaugvastuvõttude positiivset külge, võimaldades arstil säästa väärtuslikku aega vastuvõttudeks, selle asemel, et seda kulutada teise linna kohale sõitmiseks, tõid välja pea kõik intervjueeritavad (*„Seal on nagunii sõidu aeg, see kaks tundi, mis ma tuleks ja läheks, selle ma saan rahulikult tööd teha ja see on päris suur vahe.“ – Arst 1*).

Tööaja väärtuslikumat kasutust toodi välja ka patsientide puhul - nii vältides kohalesõitu maakonna hõreda bussiliiklusega äärealadelt, mis võib inimeselt võtta terve päeva, kui ka võimalust leppida kokku just see ajavahemik, mis on võimalik korraks ametipostilt eemalduda.

Pea kõik intervjueeritavad tõid välja, et lisaks vastuvõttude liigile vajaks uuendamist ka töökorraldus, kuna meie eriõed on üha enam iseseisvad spetsialistid ning väärilised partnerid eriarstidele. Patsiendi teekonnal nähti õde esmase vastuvõtu läbiviijana (mis ühtlasi varustaks arsti informatsiooniga edasiste (kaug)vastuvõttude tarvis) ning rohkem õdede iseseisvaid (kaug)vastuvõtte, kuid ka sel teemal nähti takistusena inimeste pelgu uue süsteemi katsetamisel (*„Eesti inimene ei ole harjunud veel minema enne õe juurde ja siis arsti juurde.“ – Õde 2*).

### **Turvaline keskkond**

Kaugvastuvõttud loovad võimaluse patsientidele tervishoiuteenuse osutamiseks nende turvaliste koduseinte vahel. Mitmed intervjueeritavad tõid välja eriti eakamatel inimestel vastuvõtu eel ning arsti kabinetis kerkiva ärevuse fooni, mis on muu hulgas tingitud murest oma tervise ning diagnoosi pärast, kuid ka võõrast keskkonnast ning (au)kartusest sageli patroneerivalt suhtuvate meedikute ees. Kaugvastuvõtu puhul oma turvalises keskkonnas täheldatakse aga ärevust vähem (*„See arsti poole pöördumine, eks ta esiteks ole mure. Teiseks, sa oled ikkagi võõras keskkonnas, võib olla ärevus on sees, et mis siin tehakse.“ – Õde 1*).

Samas toodi välja takistus, et koduseinte tugi muudab vahel patsiendid liialt familiaarseks (*„Patsiendid kipuvad rohkem lobisema, telefonis ta tunneb ennast vabamalt. Patsiendil kaob ajataju võib-olla ära, ta on üksinda kodus, ta on päev otsa oodanud seda kõnet. Ja siis ta räägibki, tahab ennast kõigest ja kõigist asjadest tühjaks rääkida. Kui sa oled füüsiliselt koha peal, sa tead, et järgmine inimene juba kobistab seal ukse taga. Võib-olla natuke distsiplineeritum on see olukord.“ –*

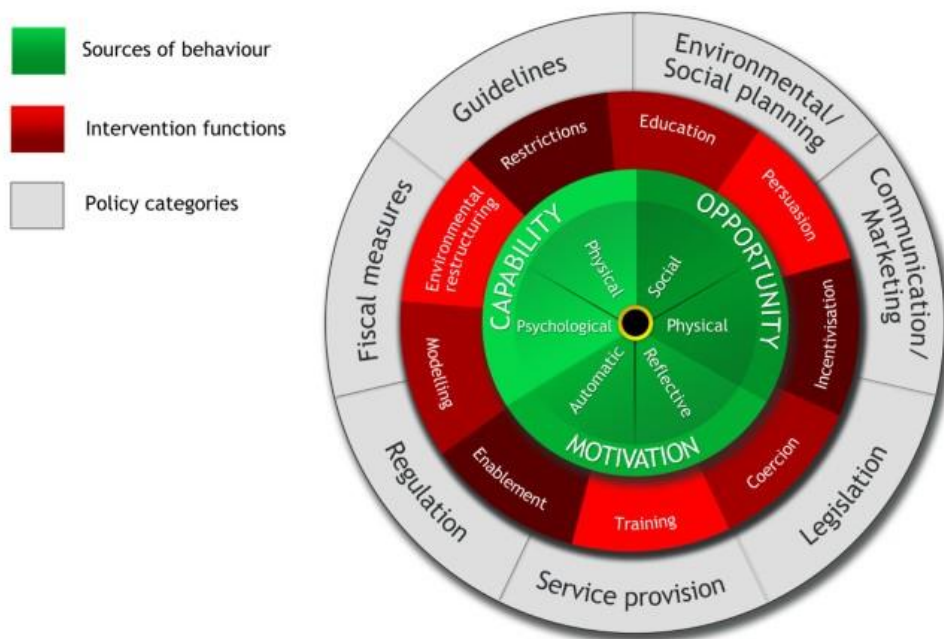
Arst 1). Üks intervjuueeritav tõi aga välja haiglateskkonna eelised juhul, kui patsiendil puudub piisavalt rahulik ning privaatne keskkond (video)kõne pidamiseks.

## Lahendus

### Meetodid

Lahenduste leidmiseks videovastuvõttude kui kaugvastuvõttude liigi eelistamisel tervishoiutöötajate seas kutsusin kokku töörühma, millesse kuulusid üks intervjuueeritud arstidest ja kaks õde ning Tervisekassa-poolne teema esitaja.

Töörühm tugines intervjuude temaatilisele analüüsile ning kasutas raamistikuna käitumise muutmise ratas (*Behavior Change Wheel*), mis on välja töötatud selleks, et mõista, kavandada ja rakendada käitumise muutmise strateegiaid (vaata ka joonis 2). Käitumise muutmise ratas on sekkumise kavandamise tööriist, mis koosneb kolmest üksteist mõjutavast kihist – poliitikad (*policy categories*), sekkumised (*intervention functions*) ning COM-B raamistikul tuginev käitumissüsteem (*sources of behaviour*). See annab võimaluse analüüsida, millist käitumise aspekti on vaja muuta, et saavutada soovitud tulemus, millised sekkumise funktsioonid on tõenäoliselt tõhusad selle muutuse saavutamiseks ning millised poliitikad saavad sekkumiste, mida nad võimaldavad või toetavad, abil käitumist mõjutada (Mitchie et al., 2011).



Joonis 2. Käitumise muutmise ratas ehk *The Behaviour Change Wheel*. Mitchie et al., 2011

Enne kohumist saatsin töörühmas osalejatele tutvumiseks intervjuude põhjal tehtud kategooriapuu (lisa 5). Kohtumise alguses tutvustasin lühidalt COM-B raamistikku ning käitumise muutmise ratta kasutuspõhimõtteid. Seejärel vaatasime töörühmaga läbi intervjuudest leitud kategooriad ja koodid ning iga osaleja sai kuus häält, et valida välja teemad, mille puhul oodatav tulemus saavutada võimalikult väikese pingutuse juures. Oodatava tulemusena leppisime kokku, et konsultatiivsed erialad, kes varem videovastuvõtte teinud ei ole, võtavad uue vastuvõtuliigi kasutusele. Hääletamise eesmärk oli panna töörühmas osalejad kaaluma erinevate teemadega kaasneva kasu ja pingutuse suhet ning selgitada välja, kuivõrd need arvamused kattuvad või erinevad. Võtsime esialgu plaani tegeleda esikolmikuga, kuid kuna eristus vaid nelja häälega esikoht ning ülejäänud järgnesid tasavägiselt, otsustasime, et ei jäta ühtegi häält saanud teemat kõrvale. Töörühmas osalejate antud hääled on näidatud tabelis 1 (kokku on hääli 20, kuna üks osalejatest jättis osa häält välja andmata).

**Tabel 1.** Töörühmas osalenute häälte jagunemine

Alamkategooria ja kood	Kategooria	Hääli
Sisemine motivatsioon - võimaldaja: Kaugvastuvõtt on arstile mugav	Motivatsioon	4
Väline motivatsioon - võimaldaja: Kaug- ja videovastuvõtt vähendab ebavõrdsust	Motivatsioon	2
Väline motivatsioon - võimaldaja: Kaugvastuvõtt on patsiendile mugav	Motivatsioon	2
Füüsiline võimalus - võimaldaja: Kanal lepitakse kokku patsiendile sobiv	Võimalus	2
Füüsiline võimalus - võimaldaja: Olemas kanalid videovastuvõtuks	Võimalus	2
Väline motivatsioon - takistus: Kaug- ja videovastuvõttude osakaal on väike	Motivatsioon	2
Sisemine motivatsioon - takistus: Võõras kanal võib tuua uusi ohte	Motivatsioon	1
Füüsiline võimalus - takistus: Töötempo on kiire	Võimalus	1
Füüsiline võimalus - võimaldaja: Patsiendi füüsilise ettevalmistuse teeb õde	Võimalus	1
Füüsiline võimalus - võimaldaja: Esmavastuvõtt võiks olla õe vastuvõtt	Võimalus	1
Sisemine motivatsioon - võimaldaja: Uuringud ja analüüsid vastuvõtust eraldi	Motivatsioon	1
Sotsiaalne võimalus - võimaldaja: Videovastuvõtt muutub tavapärasemaks	Võimalus	1
















20

Lahenduse loomiseks arutasime, millised sekkumist toetavad poliitikad (*policy categories*) on videovastuvõttude osakaalu suurendamiseks planeeritavate sekkumistega seotult ühe haigla jaoks kättesaadavad. Arutelu käigus leidsime, et valdkonnad, mida haiglas ise mõjutada saame, on teenuse osutamine (*service provision*), juhised (*guidelines*) ning kommunikatsioon (*communication*). Tervishoiutöötajate kogemuste põhjal oleks efektiivne, praktiline ja aktsepteeritav, kui teenuseosutamise puhul fikseerida videovastuvõtu koht patsienditeekonnal, seada eesmärgid, anda juhised, et videovastuvõtt on soositud vastuvõtu liik ning määratleda kommunikatsiooni sihtgrupid, eesmärgid ja kanalid.

Töörühma poolt tehtud valikus tõusid kõige olulisematen esile arsti ja patsiendi mugavuse ning teenuse kättesaadavuse teemad, mis käitumise muutmisel puudutavad sisemist ja välist motivatsiooni. Samuti sobivate kanalite olemasolu ehk füüsiline võimalus. Seega peeti oluliseks hõlbustada arstidel videopildi abil patsientidega suhtlust, et olulised nüansid ei jääks märkamata ning vähendada ravivea tekkimise võimalust, andes piisavalt infot ning juhiseid videokanalite kasutamiseks. Leiti, et tervishoiutöötajate tõrksus uut vastuvõtuliiki katsetada on väiksem, kui pakkuda toetust nii abistavate osapooltena (assistendid, IT-tugi) kui teiste tervishoiutöötajate eeskujuna, kes samuti uut kanalit kasutavad. Ühtlasi sooviti välise motivaatorina tõsta patsientide poolset huvi ning nõudluse kasvu.

Sekkumise kategoorias (*intervention function*), mille abil soovitud käitumise saavutamist mõjutada, kõnetasid töörühmas osalejaid seniste kogemuste baasil enim positiivse eeskujuna näitamine (*modeling*) ning samuti olulistena teenuseosutajate informeerimine ja harimine (*education*) uue kanali kasutuselevõtul. Need kaks sekkumise tüüpi on tõhusad, nagu näitavad erinevates riikides läbiviidud uuringud, samuti on motiveeritud teostajad ning vahendid Viljandi haiglas olemas.

Valitud sekkumistüübid on sobilikud takistuste puhul, millega tegelemist töörühm oluliseks pidas (tabel 1), võttes eeskujuks tabelit selle kohta, kuidas tuvastada käitumise muutmise ratta kõige tõhusamad käitumise muutmise strateegiad, mis tõenäoliselt toetavad soovitud käitumise vastuvõtmist, lähtudes COM-B vaatevinklist (joonis 3) (Brooke, 2022).

COMB - Intervention Functions										
	 Education	 Persuasion	 Incentivisation	 Coercion	 Training	 Restriction	 Environmental restructuring	 Modelling	 Enablement	
 Physical capability					✓				✓	
 Psychological capability	✓				✓				✓	
 Physical opportunity					✓	✓	✓		✓	
 Social opportunity						✓	✓	✓	✓	
 Automatic motivation		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
 Reflective motivation	✓	✓	✓	✓					✓	

Joonis 3. COM-B komponendid, mis on seotud käitumise muutmise ratta sekkumise funktsioonidega. Brooke, 2022

## Töörühma tulemused

Lahendus, mis on seotud teaduskirjanduses välja toodu, temaatilise analüüsi tulemuste ja töörühma järeldestega, ning milles on oluline koht kõigil käitumise muutmise ratta abil kokku lepitud komponentidel, on näidata läbi eeskuju, et videovastuvõttud on toimiv vastuvõtuliik, millel on selge eesmärk ning koht patsienditeekonnal ning mis pakub mugavust kõigile osapooltele.

Elluviimiseks on oluline kahe erineva eriala meeskonna loomine, kes alustavad videovastuvõttude tegemist (eeskuju), koos toetava grupiga tugiteenistustest (piisav toetus), kes koostab juhendmaterjalid, viib läbi koolitused (harimise komponent), vastutab kommunikatsiooni eest (piisav informeeritus) ning on tehniliseks toeks (toimivad lahendused).

Lahenduse piloteerimise meeskonda kuuluvad eriarst ja eriõde, kliiniline assistent ning teenuseosutajaid toetav IT-meeskond, kellega on kokku lepitud, et videovastuvõtu teostajate pöördumised on kõrge prioriteediga.

Idee, et alustama peaks vähemalt kaks paralleelset meeskonda kahel erialal, tugineb ühelt poolt sotsiaalse võimaluse põhimõttel – meeskonnad toetavad üksteist –, teiselt poolt psühholoogilise võimekuse toetamisel, näidates, et videovastuvõttud on võimalikud erinevatel erialadel.

Toetavad tegevused, mis eelnevad piloteeriva meeskonna tööga alustamisele, on juhendmaterjalide loomine nii tervishoiu meeskonnale kui patsientidele, nii kirjalike kui videomaterjalidena tegevus- tegevuse haaval ning kirjeldusega plaani B kohta, juhul kui videosillas on tehnilisi tõrkeid. Juhendmaterjalid peaksid põhinema käitumisteaduste teadmistele: keelekasutus on sihtgrupile mõistetav; tegevuse sammude arv on optimaalne ning sammud on nummerdatud; kasutatakse illustreerivat materjali: jooniseid või videoklippe ja pilte reaalsest tegevusest; koostamise käigus konsulteeritakse tulevaste kasutajatega ning nende vajaduste põhjal tehakse muudatusi.

Samuti on vaja kokku leppida ja kirja panna videovastuvõttude hea tava – milline on nende koht patsiendi teekonnal ning millised kasutamise ja käitumise juhised, et kõik osapooled tunneksid end mugavalt ja turvaliselt (millega arvestada, millal valmis olla, kas salvestatakse jne). Juhendmaterjalid pannakse üles ka haigla kodulehele vastavasse alateemasse.

Teenuse käivitades lisandub üleskutsuv-informatsioon nii teenuseosutajatele kui ka patsientidele. Kommunikatsiooniga alustamise eelduseks on esimeste

edukate videovastuvõtu päevade toimumine, et piloteerivaid meeskondi mitte liialt survestada ning anda osapooltele kindlustunne, et lahendus toimib.

Kommunikatsiooni eesmärk on tervishoiutöötajatele hariv – on loodud uus, tehniliselt toimiv ja selge lahendus, millel on kindel eesmärk ning konkreetne koht patsiendi teekonnas ning tegemist on töötajate ressursi mõistes optimaalne lahendus, mida kasutatakse üha laiemalt.

Patsientidele suunatud kommunikatsioon on informeeriv ja üleskutsuv – olemas on uus tehniline lahendus koos toimimise juhendiga, küsige oma arstilt. Selleks, et kaasata olulist eriarstiabi vajavat sihtrühma, kellele videolahendused võivad olla keerukamad, suunatakse oluline osa kommunikatsioonist eakamatele inimestele suunatud kanalitesse, näiteks ajakiri 60+ ning telesaade „Prillitoos“.

Sekkumise edukaks toimimiseks vajalikud eeldused:

- Eriarstiabi oluline komponent on õe vastuvõtt, kus vajadusel tellitakse ja tehakse analüüsid, et esmasel vastuvõtul oleks arstil juba piisavalt infot patsiendi kohta ning veendumus, et patsient on just õigel teenusel.
- Arsti vastuvõtt ei sõltu ei teenuseosutaja ega patsiendi füüsilisest asukohast.
- Olemas on mugav ja turvaline videolahendus.
- Kokku on lepitud assisteeriv ja tehniline tugi lahenduse kasutamiseks.
- Kättesaadavad on selged ja üksikasjalikud juhendmaterjalid videolahenduse kasutamiseks nii arstile kui patsiendile.
- Kokku on lepitud pilootrühmad, kes teekonna ning juhendmaterjalid läbi katsetavad ning kasutusse võtavad.
- Toimub selge ning intensiivne, eri kanaleid kasutav kommunikatsioon lahenduse eelistest ja võimalustest.
- Aset leiavad läbirääkimised kohalike omavalitsuste ning neile kuuluvate päevakeskuste ja raamatukogudega, loomaks võimalusi eakamatel või sotsiaalselt ebakindlamatel inimestel kasutada digilahendusi kodulähedastes keskustes ning nende töötajate toel.

## **Töörühma väljatöötatud lahendus: patsienditeekond - eriarsti videovastuvõtt**

### **Patsienditeekond**

Teekonna eelduseks on, et Eesti tervishoiusüsteemis on patsiendi tervisemure puhul esimene kontakt tema perearst ning kui perearst näeb vajadust konsulteerida eriarstiga, on selleks loodud lahendusena e-konsultatsioon (pere- või eriarsti võimalus tervise infosüsteemi kaudu konsulteerida eriarstidega oma patsiendi diagnoosi täpsustamiseks ning ravi määramiseks (Tervisekassa, 2024)). E-konsultatsiooni lahenduse valimise eelis on ka see, et Tervisekassa poolt loodud videovastuvõtude rahastuse süsteem näeb ette, et videovastuvõtt saab toimuda kas korduva vastuvõtuna või esmase vastuvõtuna, kui sellele eelneb e-konsultatsioon. Disainitud protsessijoonis on leitav lisas 6.

### ***Samm 1 – ühenduse võtmine perearstipraksisega***

Eriarsti vastuvõttu vajava patsiendi teekond saab alguse ühenduse loomisest pereõega, kellele ta annab kas telefoni või soovitatavalt e-keskkonna kaudu teada oma tervisemurest. Pereõde konsulteerib vajadusel perearstiga, kes kaalub vajadust patsiendi edasi suunamiseks eriarstile.

### ***Samm 2 – e-konsultatsiooni koostamine***

Kui perearst näeb vajadust erialaseks konsultatsiooniks, teeb ta e-konsultatsiooni eriarstile, mis sisaldab patsiendi anamneesi, vajadusel analüüside vastuseid ning hüpoteese/küsimusi, mida ta soovib eriarstiga arutada.

### ***Samm 3 – vastuvõtuliigi ja kanali üle otsustamine***

E-konsultatsiooni põhjal näeb eriarst vajadust patsient oma vastuvõtule kutsuda ning otsustab, kas selleks on esmaselt eriõde või eriarsti vastuvõtt ning kas eelistatud on füüsiline või kaugvastuvõtt. Kirjeldatava teekonna puhul on selleks eelistuseks videovastuvõtt, kuna patsiendi tervisemure väljaselgitamiseks ning ravi kokkuleppimiseks ei vajata füüsilist kontakti.

Eelistatud lahendus oleks e-konsultatsiooni toimumine juba pereõde-eriõde tasandil ning selle kaudu vajadusel pere- ja või eriarsti töölauale suunamine, kuid sellist lahendust Eesti tervishoiusüsteem veel ei võimalda.

### ***Samm 4 – kokkulepe videovastuvõtu toimumiseks***

Eriarst annab oma otsusest perearstile teada e-konsultatsiooni vastuses ning info edasi osakonna kliinilisele assistendile, kes võtab patsiendiga ühendust ning arutab temaga läbi eriarsti ettepaneku videovastuvõtuks. Kui patsiendile lahendus sobib, broneerib assistent haigla

infosüsteemis vastuvõtuoja arsti tunniplaanis avatud sobivale ajale ning genereerib lingi, mille saadab süsteemist e-kirjana patsiendile. Sama link ilmub ka arsti töölauale vastava broneeringu juurde.

#### ***Samm 5 – juhised tehnilise lahenduse kasutamiseks***

Eelnevas telefonivestluses on assistent patsiendiga läbi rääkinud ka tehnilise lahenduse kasutamise ning suunanud ta vajadusel haigla kodulehele infomaterjalidega tutvuma. Suunised lahenduse kasutamiseks ning lingid infomaterjalidele sisalduvad ka patsiendile saadetavas broneeringut kinnitavas e-kirjas.

#### ***Samm 6 – videovastuvõtu algatamine***

Videovastuvõtuks kokkulepitud ajale eelnevalt (ca 5 min) avab assistent videovastuvõtu lingi ning veendub, et lahendus töötab ning patsient on vastuvõtule sisenenud. Vajadusel võtab patsiendiga ühendust ning juhendab vastuvõtule sisenemist, aitab kontrollida mikrofoni ja kaamera toimimist.

#### ***Samm 7 – toimub videovastuvõtt***

Vastuvõtuoja saabudes siseneb arst lingi kaudu ning toimub silmast silma vastuvõtt koos kõikide vajalike toimingutega, mille arst kirjeldab patsiendi haigusloos.

#### ***Samm 8 – järeltegevused***

Pärast videovastuvõtu toimumist koostab assistent arsti märkmete põhjal lühikese memo kokkulepitust ning saadab patsiendile läbi haiga infosüsteemi.

Videovastuvõtu turvalisuse tagab, et iga haigla infosüsteemis videovastuvõtuks loodud link on unikaalne, mis välistab kõrvaliste osapoolte sattumise vestluse juurde ning patsiendi terviseandmed liiguvad ainult haigla infosüsteemis ning riikliku tervise infosüsteemi kaudu.

### **Mõõtmine**

Sekkumise mõju mõõtmiseks pakun välja segameetoditega uuringu:

- Videovastuvõttude osakaalu võrdlus enne ja pärast sekkumist. Võrdluse aluseks oleks, mitmel erialal videovastuvõtte tehakse ning milline on videovastuvõttude osakaal (protsentides) kaugvastuvõttudest sekkumise eel ning aasta pärast sekkumise algust. Üks aasta on perioodiks valitud, kuna hõlmab kõik hooajad, mis aitab välistada hooajalisi

tegureid, mis võivad tulemusi mõjutada (nt puhkuste periood). Samuti on see piisavalt pikk aeg nii teenuseosutajatele kui patsientidele muudatustega kohanemiseks ning tervisetulemustes ning käitumisharjumustes toimunud muutuste hindamiseks. Kuna kõikidel vastuvõtuliikidel on oma kood ning raviarved esitatakse Tervisekassale, on andmete saamiseks võimalus teha päring. Kuna *pre-post* uuringu kitsaskohaks on võimalikud muud mõjurid, mida on keeruline eristada sekkumise mõjust (näiteks üldine digivõimekuse kasv tervishoiutöötajate ja patsientide seas või mõne arvamusiidri kogemuse lai kajastatus), siis võrdlen Viljandi haigla ambulatoorse ravi osakonna (milles on ca 40 töötajat) videovastuvõttude osakaalu kaugvastuvõttudest kahe või kolme teise üldhaigla samade osakondadega, kus sekkumist läbi ei viida, sama perioodi jooksul. Võrdluseks tuleb valida üldhaiglad, kus on umbes sama suur videovastuvõttude osakaal sekkumise alguses ning mis on võrreldavad ka muudes aspektides (üldhaigla, innovatsioonimeelne, sarnane töötajate arv, soovitatav ka sama tehniline lahendus). Haigla väljavalimiseks on olulised Tervisekassa andmed ning võrdluses osalemiseks selle haigla juhtkonna koostöösoov. Oluline on ka info, kas ja mida teise haigla juhtkond tolle aasta jooksul kaug- ja videovastuvõttude osas teeb või teha plaanib. Kitsaskohaks on potentsiaalselt ideaalse võrreldava haigla puudumine Eesti väiksuse tõttu, mis tähendab seda, et kui mõned neist teguritest ei ole võrreldavad, siis kindlus tegeliku mõju nägemiseks väheneb.

- Mõistmiseks, miks (või miks mitte) muutus toimus ning sekkumise kvaliteedi kontrollimiseks/parandamiseks pakun välja kvalitatiivse kasutajakogemuse uuringu. See tugineks tervishoiusekkumiste aktsepteeritavuse raamistikule (*acceptability of healthcare interventions*), selgitamaks välja, kas ja kuidas sekkumine mõjub ning kas see on nii patsientidele kui tervishoiutöötajatele aktsepteeritav. Raamistik aitab mõista, kuidas inimesed tajuvad, kui vastuvõtlikud on ja kuidas reageerivad erinevatele tervisealastele sekkumistele, ning võimaldab seeläbi paremini kohandada ja kujundada sekkumisi vastavalt kasutajate vajadustele ja eelistustele (Sekhon et al., 2017). Uuringu esimene etapp viidaks läbi kaks kuud pärast sekkumise algust monitooringu eesmärgil: kas kokkulepitud protsess vastab nii tervishoiutöötajate kui patsientide vajadustele või on tarvis sisse viia muudatusi. Teine etapp viidaks läbi aasta pärast sekkumise algust, eesmärgiga mõõta mõju ning hinnata protsessi toimivust - kas sekkumine oli aktsepteeritav, milliseid muutusi tervishoiutöötajad nägid/kogesid (kui üldse), kuidas nad erinevatesse sekkumise osadesse suhtusid ning mis oli muutuste vaatepunktist kõige olulisem.

Uuringu meetodiks oleks mõlemas etapis kaks fookusgruupiintervjuud kahe lahendust piloteerinud meeskonna liikmetega ning kuus kuni kaheksa struktureerimata

individuaalintervjuud (vajadusel rohkem, kui intervjuude käigus selgub, et kogemused on väga erinevad) piloteerimise perioodil videovastuvõtul osalenud patsientidega.

Eesmärk on tagasiside ehk uue lahendusega teekonna jooksul saadud kogemuste ning emotsioonide baasil hinnata lahenduse asjakohasust ning viia vajadusel sisse parandused.

Paranduste sisseviimise järel oleks mõttekas läbi viia ka uus kaheetapiline uuring, et selgitada välja muudatuste võimalik mõju.

Kavandatava uuringu piirangud on valimi ebapiisav suurus ja esinduslikkus, et teha üldistusi kogu populatsioonile; puuduv seire kogu sekkumisel kestel, mis võimaldaks pideva tagasiside; uurija või intervjuueeritava võimalik subjektiivsus, ning piiratud perspektiiv, mis keskendudes ainult protsessi osapooltele, jätab välja olulised sidusrühmad (nt poliitikakujundajad ja finantseerijad).

### Arutelu

Uurimistöö eesmärkideks oli kaardistada toetavad ja takistavad tegurid üldhaigla eriarstidel ning sidusrühmadel kaug- ja videovastuvõttude läbiviimisel ning kujundada uurimustöö tulemuste põhjal sekkumine videovastuvõttude soodustamiseks.

Eesmärkide täitmiseks tutvusin uuringutega, mida on varasemalt kaug- ning videovastuvõttude osutajate ning patsientidega läbi viidud ning teostasin intervjuud teenuseosutajatega. Intervjuudes kogutud infot analüüsisin temaatilise analüüsi abil, kasutades käitumise mõistmise raamistikku COM-B. Tuvastatud teemade baasil ning käitumise muutmise sekkumiste abivahendi, käitumise muutmise ratta abiga kirjeldasime tööühmaga, milles osalesid tervishoiutöötajad ning Tervisekassa esindaja, võimaliku lahenduse videolahenduste osakaalu suurendavaks sekkumiseks.

Intervjuueeritavad pidasid videovastuvõtte järjest enam kasutust ning populaarsust leidvaks vastuvõtuliigiks. Nad kas juba kasutasid uudset lahendust või olid valmis kasutamist proovima, kui tehniline ning koolitustugi on olemas. See on kooskõlas eelnevate uuringutega, mis on leidnud, et videovastuvõttude eelduseks ning edukuseks on töötavad tehnilised lahendused, pädevad koolitused ja arusaadav informatsioon nii teenuseosutajatele kui patsientidele (Paat-Ahi et al., 2020; Zammit et al., 2024). Seega on oluline esmalt keskenduda haigla infosüsteemis leiduvale videokohtumiste lahenduse põhjalikumale tutvustamisele tervishoiutöötajatele, juhendmaterjalide loomisele ning koolitustele. Samuti on väga oluline, et arstid, kes lahendust juba kasutavad, räägiksid oma kogemusest ning assisteeriv ning tehniline abi oleksid kokku lepitud (Zammit et al., 2024).

Sarnaselt varasematele uuringutele, töid intervjueeritavad välja, et kaugvastuvõtu teel on keeruline hinnata patsiendi liikumist ja kehakeelt, mis on oluliseks infoallikaks nii diagnoosimisel kui arusaamisel, kas patsient mõistis talle räägitut ning kavatseb kokkulepitut ka täita. Samuti on füüsiliselt ühes ruumis viibides lihtsam saavutada kontakt ning usalduslik suhe. Mõlemad eelnenud komponendid on olulised komponendid tagamaks kvaliteetset ravi. Ka mitmed varasemad uurimused on välja toonud, et kuna videolahendused annavad nii patsiendile kui tervishoiutöötajale rohkem informatsiooni nii häälkontakti kui ka pilkkontakti teel, aitavad videovastuvõttud luua paremat kontakti ning usaldussuhet kui telefonivastuvõttud (Barsom et al., 2020; Mohd et al., 2023). Samas leiti kõikides käsitletud uuringutes, et videokonsultatsioon ei asenda traditsioonilisi füüsilisi vastuvõtte, vaid on sobilik nende täiendamiseks ja asendamiseks, kui füüsiline kohtumine on varasemalt toimunud, seega on sobivad hästi korduvisiitideks ning järelkontrolliks.

Lahenduse tuumaks on eeskuju näitamine ning osapooltele haridusliku, informatsioonilise ning tehnilise toe pakkumine. Välja pakutud sekkumine toetab uuringutes toodud vaba valiku printsiibi olulisust (Staelraeve, 2012; Møller et al., 2024) – tervishoiutöötajatele pakutakse võimalust näha läbi töötava eeskuju, et uudne lahendus on kasutatav ning tagatud on nii tehniline kui koolitustoetus. Eeskuju näitamine ja hariduslik tugi annavad tervishoiutöötajatele vajalikud teadmised ja praktilised kogemused, et teha informeeritud otsuseid uute lahenduste kohta. Tehniline ja informatsiooniline tugi tagavad, et tervishoiutöötajatel on kõik vajalikud vahendid ja tugi, et nad saaksid vabalt otsustada, kas ja kuidas nad uut lahendust rakendavad, ilma sunnita või surveta. Kui tervishoiutöötajatel on juurdepääs koolitustele ja tehnilisele toele, tunnevad nad end toetatuna ja autonoomsena oma töö tegemisel, mis suurendab nende motivatsiooni ja rahulolu. Toetav kommunikatsioon ning patsientide-poolne huvi ja valmisolek aga aitavad ületada kõhkklusbarjääri.

Sellise lahenduse võimalikku sobivust probleemi lahendamiseks toetavad nii käitumise muutmise ratta raamistik kui teiste riikide kogemused (näiteks Mohd et al., 2023; Møller et al., 2024; Zammit et al., 2024) milles toodi välja, et tervishoiutöötajad on põhimõtteliselt valmis kasutama alternatiive traditsioonilistele meetoditele, kui õige infrastruktuur ja tehnoloogia on olemas ning nad mõistavad, mida neilt nõutakse digitaalse konsultatsiooni alustamiseks ja lõpuleviimiseks. Tervishoiuorganisatsioonidel on vajadus tagada infrastruktuuri kättesaadavus ja juurdepääsetavus koos korraliku projektijuhtimise ja koordineerimisega, et suurendada algatuste jätkusuutlikkust. Kirjandusest selgus, et kui arstid tajuvad organisatsiooni, kus nad töötavad, toetavana digitaalsete alternatiivide kasutamisel, toimuks üleminek vabatahtlikult ja neil ei oleks keeruline kommunikeerida selliste alternatiivide eeliseid ja puudusi kolleegidele (Zammit et al., 2024). Uute lahenduste edukas

kasutamine sõltub niisiis tervishoiutöötajate ja ka patsientide informeerimisest, tehnoloogia-alastest koolitusest ja toetusest (Møller et al., 2024).

Uurimus täitis püstitatud eesmärgi teenuseosutajate mõistmise ning selle baasil loodud sekkumise loomisega. Tervishoiutöötajate kaasamine uuringusse ning sekkumise loomisesse oli väga oluline, nagu on näidanud ka varasemad kogemused sekkumiste väljatöötamisel. Teenuseosutajate enda seisukohtade analüüsil põhinevas koosloomes sünnivad lahendused, mis on elluviidavad ning osapooltele aktsepteeritavad.

Sekkumise katsetamine jäi limiteeritud ajaressursi tõttu tulevikku, kuid arvestades töörühmas osalenute innukust ning Viljandi haigla üldist innovatsioonimeelsust, on suur lootus, et seda ka katsetatakse.

Uurimusel on ka omad piirangud ja kitsaskohad: kuigi Viljandi haigla töötaja/juhtkonna liikmena ning meditsiinisüsteemi tundes oli mul eelis teenuseosutajate ning protsessi paremaks mõistmiseks, võis minu seotus ja positsioon kallutada teenuseosutajaid rääkima videovastuvõttude kasuks. Samuti ei saa uuringu tulemusi üldistada kõikide Eesti tervishoiutöötajate suhtumisele ja võimalustele kaug- ja videovastuvõttude tegemiseks, kuna uuringusse kutsuti vaid ühe üldhaigla töötajad. Intervjuud olid aga informatiivsed ning mahukad ja nendest saadud teadmine väga kasulik, kuna Eestis ei ole sellel teemal veel kvalitatiivset uuringut tehtud. Intervjuud ning analüüs olid teooriapõhised, töö fookuseks oli sekkumise kujundamine ning sekkumise kujundamisse kaasati nii tervishoiutöötajad kui ka Tervisekassa esindaja, kellel on sellest teemast laiem arusaam. Sekkumise kujundamise disaini tulemusel valminud patsienditeekonna puhul on tegemist esialgse kirjeldusega. Väljapakutu vääriks läbitöötamist nii teenusedisaini kui patsiendikogemuse tööriistadega, et kõik etapid oleksid sujuvad ning paraneks patseindikogemus ning teenuste kvaliteet.

Tulevikus võiks loodud patsienditeekonda katsetada mõnes teises haiglas (nii üld- kui keskhaiglas), et hinnata sekkumise rakendatavust ning tulemuste baasil otsustada, kas tegemist on lahendusega, mida võiks kasutusele võtta laiemalt või selguvad olulised piirangud, mis teevad selle kohaldatavaks vaid ühes konkreetses ravisutuses. Samuti võiks hinnata, kas loodud teekond sisaldab komponente, mis oleksid väärtuslikud juba kasutuses olevate videovastuvõttude teekondade parendamiseks.

## **Järeldused**

Kokkuvõtlikult selgus uuringust, et kuigi videovastuvõttudel on omad piirangud ning Eestis ei ole see vastuvõtuliik tehniliste lahenduste, koolituste ning infovahetuse puudujääkide tõttu veel nii levinud kui teistes Euroopa riikides, on tervishoiutöötajatel valmidus uute töövõtete omandamiseks

ning uuenduste katsetamiseks. Olulised on seejuures piisav tehniline toetus ja koolitused ning patsientide-poolne huvi ülesnäitamine. Lootust videovastuvõttude osakaalu suurenemisele annab ka tervishoiutöötajatega koostöös kavandatud sekkumine, mis toetudes uuringutes väljatoodule ning käitumise muutmise raamistikele, võiks tuua loodetud muudatuse.

**Kasutatud kirjandus**

- Andrii S, & Buyukaksu, M. (2022). How Does Telemedicine Improve the Patient Experience: 8 Features Any Physician Needs to Know. *Telehealth and Telemedicine*.  
<https://expertbox.io/improving-patient-experience>
- Barsom, E.Z., Van Dalen, A.S.H.M., van Oud-Alblas, M.B., Buskens, C.J., van de Ven, A.W.H., Tanis, P.J., Schijven, M.P., & Bemelman, W.A. (2020). Comparing video consultation and telephone consultation at the outpatient clinic of a tertiary referral centre: Patient and provider benefits. *BMJ Innovations* 2021, 7, 95-102. DOI: [10.1136/bmjinnov-2020-000512](https://doi.org/10.1136/bmjinnov-2020-000512)
- Braun, V. & Clarke, V. (2020). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*. DOI: [10.1080/14780887.2020.1769238](https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238)
- Brooke (2022). Guidance on Identifying Effective Behaviour Change Strategies Based on COM-B Diagnosis. *Communities for Animals: a guide to participatory community-based approaches for changing behaviour to improve animal welfare*.  
<https://communitiesforanimals.thebrooke.org/en/resources/13-guidance-on-identifying-effective-behaviour-change-strategies-based-on-com-b-diagnosis/>
- Holzman, S.A., Davis-Dao, C.A., Khoury, A.E., Fortier, M.A., & Kain, Z.N. (2021). Telemedicine and patient satisfaction during the COVID-19 pandemic: A case-control study of outpatient pediatric urology patients. *Journal of Child Health Care*, 2023, 27(3), 351-359. DOI: [10.1177/13674935211058272](https://doi.org/10.1177/13674935211058272)
- Kogen, L. (2024). Qualitative Thematic Analysis of Transcripts in Social Change Research: Reflections on Common Misconceptions and Recommendations for Reporting Results. *International Journal of Qualitative Methods*, 23(1-11). <https://doi.org/10.1177/16094069231225919>
- Kukk, H. (2022). Liis Kruus: üks video ütleb rohkem kui tuhat sõna. *Eesti Arst*, 2022, 101(3), 139–141.  
<https://eestiartst.ee/liis-kruus-uks-video-utleb-rohkem-kui-tuhat-sona/>
- Michie, S., van Stralen, M.M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Sci*, 2011, 6 (42), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Mohd, I., Syed, A., Jahan, N., Begum, F., Fatima, S., & Aisha, S. (2023). Telemedicine: Patient Satisfaction, Barriers, And Outcomes. *YMER*, 2023, 22 (5), 1146-1160.  
<https://ymerdigital.com/uploads/YMER2205AN.pdf>
- Møller, O.M., Vange, S.S., Børshch, A.S., Dam, T.N., Jensen, A.M.B., & Jervelund, S.S. (2024). Medical specialists' use and opinion of video consultation in Denmark: a survey study. *BMC Health Services Research*, 2024, 24 (516), 1-10. DOI: [10.1186/s12913-024-10868-6](https://doi.org/10.1186/s12913-024-10868-6)
- Nouri, S., Khoong, E.C., Lyles, C.R., & Karliner, L. (2020). Addressing Equity in Telemedicine for Chronic Disease Management During the COVID-19 Pandemic. *NEJM Catalyst*, 04.05.2020.  
<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0123>
- Paat-Ahi, G., Randväli, A., & Purge, P. (2020). Kaugvastuvõtu rakendamine eriolukorras.  
<https://www.praxis.ee/tood/kaugvastuvotu-rakendamine-eriolukorras/>

Pihelgas, P. (2022). Videovastuvõtt on osa kaasaegsest tervishoiust.

<https://www.tervisekassa.ee/blogi/videovastuvott-osa-kaasaegsest-tervishoiust>

Pu, L.Z.C.T, Raval, M., Terbach, R., Singh, G., Rajadurai, A., Vaughan, R.V., Efthymiou, M., & Chandran, S. Video consultations during the coronavirus disease 2019 pandemic are associated with high satisfaction for both doctors and patients. *JGH Open: An open access journal of gastroenterology and hepatology*, 5 (2021), 542–548. DOI: [10.1002/jgh3.12547](https://doi.org/10.1002/jgh3.12547)

Randhawa, R.K., Chandhan, J.S, Thomas, T., & Singh, S. (2018). An exploration of the attitudes and views of general practitioners on the use of video consultations in a primary healthcare setting: a qualitative pilot study. *Primary Health Care Research & Development*, 2018, 20 (e5), 1-7. DOI: [10.1017/S1463423618000361](https://doi.org/10.1017/S1463423618000361)

Riigikantselei, 2015. E-tervise visioon 2025. E-tervise strateegiline arenguplaan 2020.

[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Eesti\\_e\\_tervise\\_strateegia/e-tervise\\_strateegia\\_2020.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Eesti_e_tervise_strateegia/e-tervise_strateegia_2020.pdf)

Riigikontroll, 2022. Eesti tervishoiu suundumused.

<https://www.riigikontroll.ee/Suhtedavalikkusega/Pressiteated/tabid/168/557GetPage/1/557Year/-1/ItemId/2378/amid/557/language/et-EE/Default.aspx>

Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J.J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, (2017), 17 (88), 1-13. DOI: [10.1186/s12913-017-2031-8](https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8)

Sloan, M., Lever, E., Harwood, R., Gordon, C., Wincup, C., Blane, M., Brimicombe, J., Lanyon, P., Howard, P., Sutton, S., D'Cruz, D., Naughton, F. (2021). Telemedicine in rheumatology: a mixed methods study exploring acceptability, preferences and experiences among patients and clinicians. *Rheumatology*, 2021, 00, 1-13. DOI: [10.1093/rheumatology/keab796](https://doi.org/10.1093/rheumatology/keab796)

Staelraeve, S. How is telehealth organised in Europe post-covid? 4 things you should know.

<https://www.dashplus.be/blog/how-is-telehealth-organised-in-europe-post-covid/>

Zammit, D., Tomaselli, G., Garg, L., Buttigieg, S.A.C., & Macassa, G. (2024). Hospital Doctors' Attitudes to the Adoption, Implementation and Utilisation of Digital Virtual Consultations. *Preprints.org*, 23.02.2024, 1-14. DOI: [10.20944/preprints202401.1630.v1](https://doi.org/10.20944/preprints202401.1630.v1)

Tervisekassa kodulehekülg, 2024. <https://tervisekassa.ee/tervisekassa/e-tervise-tooted/e-konsultatsioon>

Vare, P-R. (2022). Videovastuvõtu analüüs. (*Tervisekassa pilv*)

World Health Organization, 2021. Global strategy on digital health 2020-2025.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344249/9789240020924-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## Lisad

### Lisa 1

#### Intervjuuküsimused eriarstidele

Vestleme kaugvastuvõttudest ning eriti videovastuvõttudest, et mõista, millised on eriarstide arvamused nende suhtes ning millised võiksid olla soovitud nende soodustamiseks. Intervjuuks on plaanis 1-1,5 tundi. Julgustan avaldama oma seisukohti, küsima täpsustavaid küsimusi ning soovi korral tooma näiteid.

#### Kliiniline kontekst

- Rääkige palun oma senisest töökogemusest – kui kaua olete eriarstina töötanud, mida Teie töö hõlmab...
  - Milline osakaal Teie vastuvõttudes on protseduuridel?
  - Kuidas sünnib vastuvõtu kokkuleppimisel vastuvõtu vormi valik? Kes teeb ettepaneku vormi valikul?
  - Millest koosneb eriarsti vastuvõtupäev? Kuidas mõjutavad päeva (ülesehitust) erinevad vastuvõtu vormid?
- Kas eri vastuvõtu vormid mõjutavad Teie päeva ka füüsiliselt?

#### Kaugvastuvõttud

- Milline on Teie arvamus kaugvastuvõttude kohta?
  - Kui palju teete patsientidele kaugvastuvõtte?
  - Millisel juhul eelistate neid kasutada?
  - Kui teete kaugvastuvõtte, siis millist kanalit selleks kasutate?
  - Mis on selle kanali (nende kanalite) eelised?
  - Millised on Teie kogemused kaugvastuvõttudega?
  - Kas ja mil määral võiksid need asendada füüsilist kohtumist?
- Kui oluline on Teie jaoks patsiendi käsitlemise puhul:
  - viibimine patsiendiga samas ruumis?
  - patsiendi katsumine/palpeerimine?

- Milline on teie kogemuse põhjal patsientide suhtumine kaugvastuvõttudesse?
  - Milliseid erisusi suhtluses patsientidega olete täheldanud tava- ja kaugvastuvõttude puhul?
- Millised on Teie kogemused videovastuvõttudega?
  - Milline on Teie arvamus videovastuvõttude kohta?
  - Millist platvormi olete kasutanud?
  - Mil määral olete rahul selle lahenduse kasutusmugavusega?
  - Olete Te valmis kaaluma ka teisi platvorme?
- Mis on olnud peamiseks takistuseks videovastuvõttude kasutamisel?
  - Kas olete täheldanud erisusi telefoni- ja videovastuvõttudes?
  - Kas olete valmis videovastuvõttu katsetama?
- Mil määral on teie meeskonnas/kolleegide seas tavaks videovastuvõtte teha?

#### Lahendused videovastuvõttude arvu suurendamiseks

- Mida Teie teeksite selleks, et videovastuvõtte toimuks rohkem?
  - Näiteks protsessid, tehnilised lahendused, patsientide ootuste juhtimine...
- Kas on veel mõni kaugvastuvõttudega seonduv teema, mida soovite puudutada / millest soovite rääkida?
- Vestluste tulemuste põhjal on plaanis luua lahendus/lähenedamine videovastuvõttude osakaalu suurendamise soodustamiseks. Kas võin pöörduda Teie poole ettepanekuga selle loomisel osalemiseks?

**Lisa 2****Intervjuuküsimused õdedele**

- Rääkige palun oma senisest töökogemusest – kui kaua olete kabinetis töötanud, ...
- Kas teie kabinetis tehakse kaugvastuvõtte? ...videovastuvõtte?
- Kuidas vastuvõtu vorm kokku lepatakse?
- Kes tehniliselt vastuvõtu algatab?
- Milliseid erinevusi olete täheldanud arsti-patsiendi-õe suhtluses füüsilise, kaug- ja videovastuvõttude puhul?
- Mida Teie teeksite selleks, et videovastuvõtte toimuks rohkem?
  - Näiteks protsessid, tehnilised lahendused, patsientide ootuste juhtimine.
- Kas on veel mõni kaugvastuvõttudega seonduv teema, mida soovite puudutada / millest soovite rääkida?

**Lisa 3****Intervjuuküsimused kliinikujuhile**

- Rääkige palun oma senisest töökogemusest – kui kaua olete töötanud kliinikujuhina...
- Millisel määral Teie kliinikus tehakse kaugvastuvõtte?
- Milliseid kanaleid kaugvastuvõttudeks kasutatakse?
- Kuidas olete rahul kaugvastuvõttude määraga?
- Kas kaugvastuvõttude osakaal ja liik mõjutab kliiniku majanduslikku toimetulekut?
- Kuidas Teie suhtute kaugvastuvõttude tegemisse?
  - Kuidas vastuvõttude eri vormidesse (telefoni-, video-)?
- Kuidas olete kaugvastuvõttude toimumist soodustanud/takistanud? (sõltub ka majanduslike huvide küsimuse vastusest).
- Mida Teie teeksite selleks, et videovastuvõtte toimuks rohkem?
  - Näiteks protsessid, tehnilised lahendused, patsientide ootuste juhtimine...
- Kas on veel mõni kaugvastuvõttudega seonduv teema, mida soovite puudutada / millest soovite rääkida?

**Lisa 4****Intervjuuküsimused ravijuhile**

- Rääkige palun oma senisest töökogemusest – kui kaua olete töötanud haigla ravijuhina...
- Kuidas Teie suhtute kaugvastuvõttude tegemisse?
  - Kuidas vastuvõttude eri vormidesse (telefoni-, video-)?
- Mil määral on Teie haiglas levinud videovastuvõttude tegemine?
- Milline on Teie arvamus selle osakaalu kohta?
- Milliseid kanaleid kaugvastuvõttudeks kasutatakse?
- Kuidas olete rahul kaugvastuvõttude määraga?
- Kuidas Teie suhtute kaugvastuvõttude tegemisse?
  - Kuidas vastuvõttude eri vormidesse (telefoni-, video-)?
- Kas olete kaugvastuvõttude toimumist soodustanud/takistanud? (sõltub ka eelmisest, majanduslike huvide küsimuse vastusest).
- Kas olete kaug- ja/või videovastuvõttude tegemist soodustanud?
- Millistel tingimustel olete valmis seda tegema?
- Kuidas võiks haigla kuvandile mõjuda kaug- ja videovastuvõttude tegemise osakaal?
- Mida Teie teeksite selleks, et videovastuvõtte toimuks rohkem?
  - Näiteks protsessid, tehnilised lahendused, patsientide ootuste juhtimine...
- Kas on veel mõni kaugvastuvõttudega seonduv teema, mida soovite puudutada / millest soovite rääkida?

## Lisa 5

## Kategoriapuu

Alamkategooria ja kood	Kategooria
<b>Füüsiline võimekus - takistus</b>	Võimekus
<b>Füüsiline võimekus - võimaldaja</b>	Võimekus
<b>Psühholoogiline võimekus - takistus</b>	Võimekus
Psühholoogiline võimekus - takistus: Puudub info toimiva lahenduse kohta	Võimekus
<b>Psühholoogiline võimekus - võimaldaja</b>	Võimekus
Psühholoogiline võimekus - võimaldaja: Kanalit peaks rohkem tutvustama	Võimekus
Psühholoogiline võimekus - võimaldaja: Kaugvastuvõtul on konkreetne eesmärk	Võimekus
Psühholoogiline võimekus - võimaldaja: Teavitustöö vajadus	Võimekus
Psühholoogiline võimekus - võimaldaja: Võimalik teha kaugvastuvõtuna	Võimekus
Psühholoogiline võimekus - võimaldaja: Võimalik teha videovastuvõtuna	Võimekus
<b>Füüsiline võimalus - takistus</b>	Võimalus
Füüsiline võimalus - takistus: Kaugvastuvõtt vajab/võtab rohkem aega	Võimalus
Füüsiline võimalus - takistus: Kaugvastuvõtul segavad faktorid	Võimalus
Füüsiline võimalus - takistus: Puuduvad vahendid videovastuvõtuks	Võimalus
Füüsiline võimalus - takistus: Takistus infosüsteemis	Võimalus
Füüsiline võimalus - takistus: Töötempo on kiire	Võimalus
<b>Füüsiline võimalus - võimaldaja</b>	Võimalus
Füüsiline võimalus - võimaldaja: Esmavastuvõtt võiks olla õe vastuvõtt	Võimalus
Füüsiline võimalus - võimaldaja: Kanal lepitakse kokku patsiendile sobiv	Võimalus
Füüsiline võimalus - võimaldaja: Olemas kanalid videovastuvõtuks	Võimalus
Füüsiline võimalus - võimaldaja: Patsiendi füüsilise ettevalmistuse teeb õde	Võimalus
Füüsiline võimalus - võimaldaja: Patsiente on keeruline telefoni teel kätte saada	Võimalus
Füüsiline võimalus - võimaldaja: Telefoninumber võib muutuda liiga kättesaadavaks	Võimalus
<b>Sotsiaalne võimalus - takistus</b>	Võimalus
Sotsiaalne võimalus - takistus: Erialaseltsid ei toeta	Võimalus
<b>Sotsiaalne võimalus - võimaldaja</b>	Võimalus
Sotsiaalne võimalus - võimaldaja: Kaugvastuvõtu võimalus sõltub erialast	Võimalus
Sotsiaalne võimalus - võimaldaja: Oluline on teiste arstide toetus	Võimalus
Sotsiaalne võimalus - võimaldaja: Videovastuvõtt muutub tavapärasemaks	Võimalus
Sotsiaalne võimalus - võimaldaja: Videovastuvõtu populariseerimine	Võimalus
<b>Sisemine motivatsioon - takistus</b>	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - takistus: Füüsilisel vastuvõtul parem kontakt patsiendiga	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - takistus: Füüsilisel vastuvõtul parem ülevaade patsiendist	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - takistus: kaugvastuvõtt on arstile ebamugav	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - takistus: Kaugvastuvõttud on suur lisanduv töömaht	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - takistus: Kaugvastuvõtul on madalam ravikvaliteet	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - takistus: Kaugvastuvõtul on piirangud	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - takistus: Patsiendi madal digivõimekus	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - takistus: Ravivea tegemise oht suurem	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - takistus: Usalduse tekkimine vajab kontakti	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - takistus: Vahetu kontakt on tõhusam	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - takistus: Vajadus füüsilise läbivaatuse järele	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - takistus: Vajadus näha patsienti	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - takistus: Videopildil ei ole lisaväärtust	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - takistus: Videovastuvõtt ebakindel	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - takistus: Võõras kanal võib tuua uusi ohte	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - takistus: võõras tekitab ärevust	Motivatsioon

Alamkategooria ja kood	Kategooria
<b>Sisemine motivatsioon - võimaldaja</b>	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - võimaldaja: Arsti toetatakse videosilla loomisel	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - võimaldaja: Kaugvastuvõtt on arstile mugav	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - võimaldaja: Kaugvastuvõtt on paindlik	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - võimaldaja: Kaugvastuvõtt sobib päevakavasse	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - võimaldaja: Kaugvastuvõtul saab hea kontakti patsiendiga	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - võimaldaja: Naudingut pakkuv lahendus	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - võimaldaja: Patsiendisuhtluses ei ole kanalil vahet	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - võimaldaja: Telefonivastuvõtul ei näe patsiendi kehakeelt	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - võimaldaja: Uuringud ja analüüsid vastuvõtust eraldi	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - võimaldaja: Uus on huvitav	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - võimaldaja: Uus vastuvõtuvorm toob vaheldust	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - võimaldaja: Videopildil on lisaväärtus	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - võimaldaja: Videovastuvõtt on arstile mugav	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - võimaldaja: Videovastuvõtt sobib nooremale inimesele	Motivatsioon
Sisemine motivatsioon - võimaldaja: Võõras keskkonnas patsiendil ärevus	Motivatsioon
<b>Väline motivatsioon - takistus</b>	Motivatsioon
Väline motivatsioon - takistus: Erinevus otse ja kaugsuhtluses	Motivatsioon
Väline motivatsioon - takistus: Kaug- ja videovastuvõtude osakaal on väike	Motivatsioon
Väline motivatsioon - takistus: Kaugvastuvõtt ei sobi kõigile patsientidele	Motivatsioon
Väline motivatsioon - takistus: Korduvvastuvõtu aega keeruline määrata	Motivatsioon
Väline motivatsioon - takistus: Muudatused on hirmutavad	Motivatsioon
Väline motivatsioon - takistus: Patsient soovib kohale tulla	Motivatsioon
Väline motivatsioon - takistus: Patsientide rahulolu pole piisavalt uuritud	Motivatsioon
Väline motivatsioon - takistus: Teema ei ole akuutne	Motivatsioon
Väline motivatsioon - takistus: Usalduse tekkimine	Motivatsioon
Väline motivatsioon - takistus: Vastuvõtuliikidel ei ole hinnavahet	Motivatsioon
Väline motivatsioon - takistus: Videolahendus ebamugav arstile	Motivatsioon
Väline motivatsioon - takistus: Videolahendus keeruline patsiendile	Motivatsioon
Väline motivatsioon - takistus: Videovastuvõtt ei ole patsiendile mugav	Motivatsioon
Väline motivatsioon - takistus: Videovastuvõtt võib suurendada ebavõrdsust	Motivatsioon
Väline motivatsioon - takistus: Videovastuvõtu turvalisus	Motivatsioon
<b>Väline motivatsioon - võimaldaja</b>	Motivatsioon
Väline motivatsioon - võimaldaja: Kaug- ja videovastuvõtt vähendab ebavõrdsust	Motivatsioon
Väline motivatsioon - võimaldaja: Kaugvastuvõtt on majanduslikult kasulik	Motivatsioon
Väline motivatsioon - võimaldaja: Kaugvastuvõtt on patsiendile soodsam	Motivatsioon
Väline motivatsioon - võimaldaja: Kaugvastuvõtte võiks olla rohkem	Motivatsioon
Väline motivatsioon - võimaldaja: Positiivne tagasiside videovastuvõtule	Motivatsioon
Väline motivatsioon - võimaldaja: Vajadus patsiendi nägemiseks, kui kohale tulla ei saa	Motivatsioon
Väline motivatsioon - võimaldaja: Videovastuvõtt on patsiendi soov	Motivatsioon
Väline motivatsioon - võimaldaja: Kaugvastuvõtt on patsiendile mugav	Motivatsioon
Väline motivatsioon - võimaldaja: Võib olla positiivne mõju kuvandile ja turuosale	Motivatsioon
Väline motivatsioon - võimaldaja: Võimalik rahaline väärtustamine	Motivatsioon

Lisa 6

Eriarsti videovastuvõtu protsessijoonis



IT-spetsialist tagab, et tehnika on töökorras ja ühendus toimib  
 Kvaliteedispetsialist tagab, et juhendid on ajakohased  
 Koolitusspetsialist tagab vajalikud koolitused  
 Kommunikatsioonispetsialist jagab infot

**Lisa 7**

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Krista Valdvee,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose  
ÜLDHAIGLA ERIARSTIDE SUHTUMINE VIDEOVASTUVÕTTUDE LÄBIVIIMISESSE  
NING SEKKUMISE ETTEPANEK VIDEOVASTUVÕTTUDE OSAKAALU SUURENDAMISEKS,

mille juhendaja on Riinu Pae, kaasjuhendaja Patrick Pihelgas, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

*Krista Valdvee*

27.05.2024