

Tartu Ülikool  
Meditsiiniteaduse valdkond  
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut  
Õendusteaduse õppetool

**Kaisa Kullas**

**KODUHAIGLA TEENUSEL OLNUD PATSIENTIDE LÄHEDASTE JA TEENUSELE  
SUUNANUD ARSTIDE KOGEMUSED – KVALITATIIVNE UURIMISTÖÖ**

Magistritöö

Tartu 2026

**Juhendajad:**

Mariliis Põld, PhD (arstiteadus)

Kadri Oras, MA (organisatsioonijuhtimine tervishoiuasutuses)

**Retsensent:** Merle Varik , PhD (filosoofia)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega 06. mai 2026. Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

## LIHTLITSENTS MAGISTRITÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

Mina, **Kaisa Kullas**,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „**Koduhaigla teenusel olnud patsientide lähedaste ja teenusele suunanud arstide kogemused – kvalitatiivne uurimistöö**“, mille juhendajad on Mariliis Põld ja Kadri Oras, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada seda Tartu Ülikooli digitaalarhiivi kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;
2. annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi kaudu Creative Commonsi 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.

Kaisa Kullas

13. mai 2026

## TÄNUSÕNAD

Soovin tänada kõiki inimesi, kes uurimistöösse on panustanud. Tänan oma pere, kes mind töö koostamisel aitasid. Eriline tänu minu juhendajatele: Mariliis Põld ja Kadri Oras, kes juhendasid ning panustasid töö valmimisprotsessi ja Viljandi Haiglale. Siiras tänu kõigile uurimistöös osalenutele, kes leidsid aega oma kogemust jagada.

## KOKKUVÕTE

### **Koduhaigla teenusel olnud patsientide lähedaste ja teenusele suunanud arstide kogemused – kvalitatiivne uurimistöö**

Käesoleva magistritöö eesmärk oli anda ülevaade SA Viljandi Haigla koduhaigla teenusele suunanud arstide ja teenust saanud patsientide lähedaste kogemusest. Tegemist on kvalitatiivse uurimistööga, mille andmed koguti 2025. aasta kevadel ja suvel poolstruktureeritud intervjuude abil. Uuringus osales 25 patsientide lähedast ja 10 teenusele suunanud arsti. Andmete analüüsiks kasutati induktiivset kvalitatiivset sisuanalüüsi.

Uurimistulemused näitasid, et koduhaigla teenust hinnati mõlema sihtrühma poolt valdavalt positiivselt ning seda peeti vajalikuks ja patsiendikeskseks ravivormiks. Patsientide lähedased väärtustasid võimalust saada statsionaarse haiglaraviga samaväärset ravi koduses ja patsiendile tuttavas keskkonnas, mis aitas vähendada stressi ning logistilist koormust. Samas ilmnis teenuse algusfaasis ebakindlust, mis oli seotud piiratud kirjaliku informatsiooni, ebaselgete rolliootuste ja tajutud vastutuse suurenemisega. Lähedased tõid esile vajaduse paremini struktureeritud infomaterjalide ja selgema toe järele.

Teenusele suunanud arstid pidasid koduhaiglat perspektiivikaks lahenduseks, mis aitab vähendada statsionaarse ravi koormust ja toetab tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkust. Suunamisotsust kirjeldati enamasti lihtsana, kuid probleemidena toodi välja juhendmaterjalide halb leitavus ning raskused teenuse selgitamisel patsientidele ja nende lähedastele. Arstid rõhutasid ühtsete ja kergesti kättesaadavate juhendite olulisust.

Uurimistöö kinnitab, et koduhaigla teenuse edukus sõltub lisaks kliinilisele toimivusele ka selgest kommunikatsioonist, järjepideva informatsiooni olemasolust ning osapoolte rollide üheselt mõistetavast määratlemisest. Tulemused pakuvad väärtuslikku sisendit koduhaigla teenuse edasiseks arendamiseks Eestis.

**Märksõnad:** koduhaigla, patsientide lähedaste kogemused, suunavate arstide kogemused

## **SUMMARY**

### ***Experiences of Family Members of Patients Receiving Home Hospital Care and Physicians Referring Patients to the Service – A Qualitative Study***

*The aim of this master's thesis was to describe and analyze the experiences of physicians referring patients to the home hospital service of Viljandi Hospital and the experiences of family members of patients who received this service. The study was conducted as qualitative research. Data were collected through semi-structured interviews in the spring and summer of 2025. The study sample consisted of 25 family members of patients and 10 physicians referring patients to the home hospital service. The data were analyzed using inductive qualitative content analysis.*

*The findings showed that the home hospital service was evaluated predominantly positively by both target groups and was perceived as a necessary and patient-centered form of care. Family members valued the opportunity to receive care equivalent to inpatient treatment in a familiar home environment, which helped reduce stress and logistical burden. However, uncertainty was experienced particularly during the initial phase of the service, mainly due to limited written information, unclear role expectations, and an increased sense of responsibility. Family members expressed a need for more structured informational materials and clearer support.*

*Physicians referring patients considered the home hospital service a promising solution that helps reduce the burden of inpatient care and supports the sustainability of the healthcare system. The referral process was generally described as straightforward; however, difficulties were identified regarding the accessibility of guidelines and explaining the service to patients and their family members. Physicians emphasized the importance of having unified and easily accessible guidance materials.*

*The study confirms that the successful implementation of the home hospital service depends not only on clinical effectiveness but also on clear communication, consistent availability of information, and clearly defined roles of all parties involved. The results provide valuable input for the further development of home hospital services in Estonia.*

**Keywords:** *home hospital care, experiences of family members, experiences of referring physicians*

## SISUKORD

<b>KOKKUVÕTE</b> .....	<b>1</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>2</b>
<b>1. SISSEJUHATUS</b> .....	<b>5</b>
<b>2. UURIMISTÖÖ TEADUSLIK TAUST</b> .....	<b>7</b>
2.1. Mis on koduhaigla? .....	7
2.2. Koduhaigla teenuse olulisus.....	8
2.3. Kogemused koduhaigla teenusega .....	9
2.4. Koduhaigla teenus Eestis .....	11
2.5. Teaduskirjanduse kokkuvõte .....	13
<b>3. METOODIKA</b> .....	<b>14</b>
3.1. Metoodilised lähtepunktid .....	14
3.2. Uurimises osalejad ja valimi koostamine .....	14
3.3. Andmete kogumine .....	16
3.4. Andmete analüüs .....	17
3.5. Andmete säilitamine ja kaitse .....	17
3.6. Uurimistöõ usaldusväärsus ja eetilised aspektid .....	18
<b>4. TULEMUSED</b> .....	<b>20</b>
4.1. Patsientide lähedaste kogemused koduhaigla teenusega .....	20
4.1.1. Patsientide lähedaste kogemused teenuse kasutamise alustamisel .....	20
4.1.2. Patsientide lähedaste kogemuse teenuse kasutamisel .....	23
4.2. Suunanud arstide kogemused koduhaigla teenusega .....	24
4.1.2. Patsientide suunamine teenusele .....	25
4.1.2. Teenuse jätkusuutlikkus .....	27
<b>5. ARUTELU</b> .....	<b>29</b>
5.1. Teenusele jõudmise keerukus ja info kättesaadavus .....	29
5.2. Lähedaste roll ja selle varieeruvus koduhaigla mudelis .....	30
5.3. Koduse ja haiglakeskkonna võrdlus .....	31
5.4. Suunamisprotsessi selgus .....	32
5.5. Süsteemne potentsiaal ja praktilised piirangud .....	32
5.6. Patsiendikesksus, lähedaste roll ja eetilised pingekohad koduhaigla teenuses	<b>Tõrge!</b>
<b>Järjehoidjat pole määratletud</b> .....	<b>33</b>
5.7. Uurimistöõ kitsaskohad .....	34
5.8. Uurimistöõ praktiline väärtus ja soovitusel uurimistöõ teema arendamiseks .....	35

<b>6. JÄRELDUSED .....</b>	<b>37</b>
<b>KASUTATUD KIRJANDUS .....</b>	<b>38</b>
<b>LISAD .....</b>	<b>43</b>
Lisa 1. Koduhaigla uurimistööd tutvustav brošüür .....	43
Lisa 2. Kutse uurimises osalemiseks lähedasele .....	45
Lisa 3. Nõusoleku vorm lähedasele .....	47
Lisa 4. Kutse uurimises osalemiseks arstile .....	50
Lisa 5. Nõusoleku vorm arstile .....	52
Lisa 6. Intervjuu kava lähedasele .....	55
Lisa 7. Intervjuu kava arstile .....	57
Lisa 8. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee otsus.....	59
Lisa 9. Näide tehisintellekti kasutamisest .....	61
Lisa 10. Patsientide lähedaste intervjuudest kujunenud substantiivsete koodide ja kategoriate seosed .....	62

## 1. SISSEJUHATUS

**Koduhaigla** on tervishoiuteenus, mille puhul pakutakse patsiendile statsionaarse ehk haiglaseinte vahel osutatava raviga võrreldavat ravi tema koduses keskkonnas olukordades, mis vajaksid statsionaarset haiglaravi (Cheng jt, 2009; Kanagala jt, 2023; Põld jt, 2023; Sultani jt, 2024). Eestis on koduhaigla teenuse arendamise ja osutamise eestvedajaks SA Viljandi Haigla, kes alustas teenuse pakkumist 1. aprillil 2020 (Hunt, 2023). Esimese teenusepakkujana Eestis on koduhaigla kontseptsiooni kujundamisel lähtunud rahvusvahelisest teaduskirjandusest ning välja töötatud teenuse osutamist reguleerivad kirjeldused ja juhendmaterjalid (Hunt, 2023).

Koduhaigla teenusele suunamise otsuse teeb raviarst, kes peab eelnevalt hindama teenuse sobivust patsiendi kliinilise seisundi ja elukorralduslike tingimustega. Teenusele sobivuse määravad eeskätt patsiendi tervisliku seisundi stabiilsus — sealhulgas asjaolu, et patsient ei vaja intensiivravi — ning vajaliku ravi iseloom. Olulist rolli mängivad ka patsiendi kodune ja sotsiaalne olukord, sealhulgas elukoha kaugus haiglast ning toimiva tugivõrgustiku olemasolu. Soovitavalt osaleb patsiendil ravi vältel teenusel lähedane või muu usaldusväärne isik, kes saab vajaduse korral pakkuda igapäevast tuge ja abi. (Hunt, 2023; Põld jt, 2023).

Koduhaigla teenus on Eestis veel arengujärgus ning laiemale avalikkusele ja tervishoiusüsteemi tasandil osapooltele osaliselt vähetuntud. Teenus ei ole riiklikult standardiseeritud ega ühtselt käsitletud tavapärase ravivormina, mistõttu on selle rakendamine ja korraldus valdavalt üksikute teenuseosutajate algatusel kujunemisejärgus. Käesoleva uurimistöö läbiviimise ajal osutab koduhaigla teenust Eestis üksnes SA Viljandi Haigla. Sellest hoolimata on teenusel märkimisväärne potentsiaal suurendada tervishoiuteenuste patsiendikesksust ning samaaegselt optimeerida haiglaravi ressursside kasutamist, võimaldades suunata personalimahu ja voodi kapatsiteedi suurema ravivajadusega patsientide käsitlemiseks. Teenuse laiendasemaks ja süsteemsemaks rakendamiseks on vajalik koguda ning analüüsida tõenduspõhiseid andmeid nii teenuse korraldusliku toimivuse kui ka erinevate osapoolte kogemuste kohta.

Rahvusvahelises teaduskirjanduses on koduhaigla teenusega seotud rahulolu ja kogemust käsitletud patsientide, tervishoiutöötajate ning patsientide lähedaste vaatenurgast (Cheng jt, 2009; Shepperd jt, 2009; Sabetfakhri, 2023). Eestis on senistes uuringutes keskendunud koduhaigla teenusega rahulolu hindamisel üksnes patsientide vaatepunktile (Põld jt, 2023). Terviklikuma ja mitmetahulisema ülevaate saamiseks ning rahvusvaheliste uurimistulemustega võrdlemiseks on vajalik kaasata ka teised teenusega seotud osapooled.

Uurimistöö eesmärk on anda ülevaade SA Viljandi Haigla koduhaigla teenusele suunanud arstide ja teenust saanud patsientide lähedaste kogemusest. Magistritöös otsitakse vastuseid järgmistele uurimisküsimustele:

- Milline on koduhaigla teenusele patsiente suunanud arstide ja koduhaigla teenust saanud patsientide lähedaste kogemus teenusega?
- Millised on nende ootused, vajadused ja ettepanekud koduhaigla teenuse parendamiseks?

## 2. UURIMISTÖÖ TEADUSLIK TAUST

### 2.1. Mis on koduhaigla?

Koduhaigla teenus (ingl *hospital at home*) on viimastel aastatel kujunenud oluliseks tervishoiuinnovatsiooniks, mille eesmärk on pakkuda statsionaarsele ehk haiglaseinte vahel teostatavale ravile alternatiivset tervishoiuteenust patsiendi kodukeskkonnas (Cheng jt, 2009; Pericàs jt, 2020; Pöld jt, 2023; Sriskandarajah jt, 2018). Teenus on suunatud patsientidele, kes vajaksid aktiivravi haiglas ja kelle kliiniline seisund, sotsiaalne olukord ja kodune keskkond võimaldavad ravi ohutut ning kvaliteetset läbiviimist kodus (Cheng jt, 2009; Kanagala jt, 2023; Pöld jt, 2023; Sultani jt, 2024). Rahvusvahelisel tasandil on koduhaigla mudel laialdaselt kasutusel ning pälvinud positiivset vastukaja nii patsientide, tervishoiutöötajate kui ka poliitikakujundajate seas (Cheng jt, 2009).

Maailmas puudub seni ühtne ja universaalne koduhaigla definitsioon. Mõistet kasutatakse erinevates riikides ja tervishoiusüsteemides varieeruvalt, hõlmates nii õe põhiseid koduse jälgimise mudeleid kui ka multidistsiplinaarseid, arsti juhitud aktiivravi teenuseid (Cheng jt, 2009; Tran & McD Taylor, 2009). Selline terminoloogiline ja sisuline mitmekesisus muudab koduhaigla teenuse analüüsimise keerukaks ning raskendab teenuse efektiivsuse, kvaliteedi ja kulutõhususe võrdlemist nii riikide vahel kui ka ühe tervishoiusüsteemi sees (Sriskandarajah jt, 2018; Wong jt, 2025).

Oluline on selgelt eristada koduhaiglat teistest kodus läbi viidavatest tervishoiuteenustest, nagu koduõendus või kodune hooldus. Koduõendus pakub õe abi krooniliste ja stabiilsete seisundite puhul (Tervisekassa, n.d.). Koduhaigla hõlmab kliiniliselt juhitud aktiivravi. See võib sisaldada diagnostikat, ravimite manustamist, sealhulgas parenteraalset ravi, regulaarseid arsti- ja õendusvisiite ning patsiendi seisundi süstemaatilist monitooringut (Cheng jt, 2009; Marsteller jt, 2009). Cheng jt (2009) käsitluse kohaselt on koduhaigla kliiniline tegevus, mis võimaldab peamiselt ägedate haiguste ravi kodukeskkonnas patsientidel, kes vajaksid aktiivravi haiglas.

Rahvusvahelises teaduskirjanduses kirjeldatakse koduhaiglat sageli erinevate rakendusmodelite spektrina, mis eristuvad nii ravi alustamise hetke, teenuse ulatuse kui ka patsiendiprofiili poolest. Üheks levinumaks lähenemiseks on varase väljakirjutamisega seotud koduhaigla mudel (ingl *early discharge hospital at home*), mille eesmärk on lühendada haiglas statsionaarse ravi kestust, võimaldades patsiendil pärast haiglaravi algfaasi jätkata ravi kodus keskkonnas. Seda on enim uuritud eakate ja piiratud liikumis funktsiooniga patsientide hulgas. Cochrane'i süstemaatiline

ülevaade osutab, et selline lähenemine võib sobival juhul lühendada haiglaravi kestust ilma kliinilisi tulemusi halvendamata (Shepperd jt, 2009). Teistes mudelites toimub kogu raviprotsess algusest lõpuni patsiendi kodus, ilma eelneva hospitaliseerimiseta. Mudelite sisulised erinevused mõjutavad teenuse korraldust, patsientide kogemust ning kliinilisi ja majanduslikke tulemusi, mistõttu on võrreldavuse tagamiseks oluline nende selge eristamine. (Sultani jt, 2024.)

Uuringud näitavad, et kuigi tervishoiutöötajad, patsiendid ja lähedased võivad koduhaigla mõistet sõnastada erinevalt, kattuvad definitsioonide kesksed komponendid. Iisraelis läbiviidud uuringus leiti, et sõltumata käsitluste erisustest rõhutati alati kahte põhielementi: äge haigus ning koduhaigla kui alternatiiv statsionaarsele haiglaravile (Harel & Magnezi, 2024). Ka Eesti koduhaigla teenuse käsitluses on rõhk ägeda haiguse ravi osutamisel kodukeskkonnas statsionaarse ravi alternatiivina (Pöld jt, 2023).

Koduhaigla mitmetähenduslikkus teaduskirjanduses on toonud esile vajaduse standardite ja kvaliteedikriteeriumide arendamiseks. Ilma selge piiritlemiseta esineb oht, et sama nimetuse all osutatakse sisuliselt väga erinevaid teenuseid, mis omakorda raskendab teaduspõhiste järelduste tegemist, teenuse tulemuslikkuse võrdlemist ning süsteemset arendamist (Sriskandarajah jt, 2018; Sultani jt, 2024). Seetõttu on koduhaigla mõiste täpne ja üheselt mõistetav määratlemine keskse tähtsusega nii teadusuuringute kui ka praktilise ravikorralduse seisukohast.

## **2.2. Koduhaigla teenuse olulisus**

Koduhaigla teenuse laiem rakendamine muutus eriti aktuaalseks COVID-19 pandeemia ajal, mil haiglate ülekoormatus tõi esile vajaduse alternatiivsete ravivormide järele, mis säilitaksid ravi kvaliteedi ja ohutuse ning toetaksid tervishoiusüsteemi toimimisvõimet. Pandeemiaaegne kogemus näitas, et koduhaigla ei ole üksnes kriisiaegne lahendus, vaid potentsiaalne pikaajaline ravimudel tervishoiusüsteemi paindlikkuse ja jätkusuutlikkuse suurendamiseks. (Pericàs jt, 2020.)

Teaduskirjandus osutab järjekindlalt, et koduhaigla mudel võib pakkuda statsionaarse raviga võrreldavaid ning mitmel juhul ka paremaid kliinilisi tulemusi (Kanagala jt, 2023). Kodune ravikeskkond võimaldab vähendada haiglaraviga seotud riske, sealhulgas haiglainfektsioonide, deliiriumi ja funktsionaalse võimekuse languse esinemist, mis on eriti olulised eakate patsientide puhul (Sriskandarajah jt, 2018; Marsteller jt, 2009). Süstemaatilised ülevaated näitavad, et rehospitaleerimise ja suremuse risk ei ole koduhaigla teenuse puhul kõrgem ning mitmete patsientide puhul on täheldatud ka väiksemat tüsistuste esinemissagedust (Sriskandarajah jt, 2018;

Sultani jt, 2024). Kodukeskkond toetab patsiendi igapäevast toimetulekut ning aitab säilitada autonoomiat, vähendades samal ajal hospitaliseerimisega kaasnevat stressi ja desorientatsiooni.

Empiirilised uuringud näitavad, et koduhaigla patsiendid on sageli ravil lühema perioodi, kui haiglas statsionaarset ravi saavad patsiendid. Koduhaigla teenusel olevatel patsientidel kirjeldatakse ka madalamat rehospitalseerimise määra võrreldes statsionaarse raviga haiglateskkonnas (Sriskandarajah jt, 2018; Marsteller jt, 2009). Samuti on täheldatud väiksemat tuisistuste esinemissagedust, eelkõige infektsioonidega seotud kõrvaltoimete osas (Sriskandarajah jt, 2018; Kanagala jt, 2023; Marsteller jt 2009). Kanadas krooniliste hingamisteede haigustega patsientidega läbiviidud uuringu tulemused on kirjeldanud, et kodune keskkond võimaldab paremat sümptomite kontrolli, suuremat ravisoostumust ning järjepidevamat kliinilist jälgimist (Schumacher jt, 2021).

Majanduslikust vaatenurgast on koduhaigla teenuse kulutõhusust hinnatud mitmetes ülevaate- ja empiirilistes uuringutes. Kaasaegsed analüüsid viitavad, et koduhaigla võib olla statsionaarsest ravist kulusaastlikum või vähemalt kulude poolest võrreldav, eeskätt haiglavoodite vajaduse vähenemise ja lühema hospitaliseerimise tõttu (Sultani jt, 2024). Eesti kontekstis läbi viidud tervisetehnoloogia hindamise raport osutab, et koduhaigla teenus võib valitud patsientide ja teenusemudelite puhul olla statsionaarse raviga võrreldes kulude poolest soodsam või kuluneutraalsem, eeskätt seoses haiglaravi vajaduse vähenemisega (Pöld jt, 2023). Samuti on rahvusvahelised uuringud, sh COVID-19 patsientide ravikäsitlusi analüüsinud tööd, kinnitanud koduhaigla potentsiaali haiglate koormuse ja ravikulude vähendamisel (Pericàs jt, 2020).

Samas tuleb rõhutada, et koduhaigla otsesed kulud ei pruugi alati olla märkimisväärselt väiksemad kui statsionaarse ravi puhul. Covid-19 patsientide ravi kosta tehtud kulutõhususe uuringu tulemused näitasid, et koduhaigla oli haiglaravist odavam, jättes samal ajal haiglate intensiivravi kohad vabaks raskemate patsientide jaoks. (Pericàs jt 202). Kuigi kulud varieeruvad sõltuvalt mudelist ja patsiendiprofiilist, võivad mitmed koduhaigla mudelid olla statsionaarsest ravist kulutõhusamad (Shepperd jt 2009).

### **2.3. Kogemused koduhaigla teenusega**

Lisaks kliinilistele ja majanduslikele tulemustele on teaduskirjanduses üha enam tähelepanu pööratud koduhaigla teenuse mõjule patsientide, nende lähedaste ning tervishoiutöötajate kogemusele. Süstemaatilised ülevaated näitavad, et patsientide rahulolu koduhaigla teenusega on

üldjuhul kõrge ning ravi kodukeskkonnas hinnatakse mugavaks ja patsiendikeskseks (Wang jt, 2023). Kuna koduhaigla teenuse edukus sõltub suurel määral erinevate osapoolte koostööst ja vastastikusest usaldusest, on nimetatud vaatenurkade käsitlemine keskse tähtsusega. (Cheng jt, 2009; Wang jt, 2023.)

Kuigi koduhaigla puhul on sageli rõhutatud võimalikku suuremat komplikatsioonide riski, ei kinnita empiirilised uuringud seda üheselt. Mitmed uurimused viitavad hoopis sellele, et rehospitalseerimise ja suremuse määrad võivad olla võrreldavad või isegi madalamad kui statsionaarses ravis ning patsientide funktsionaalne taastumine parem (Tran & McD Taylor, 2009; Sriskandarajah jt, 2018). Samas osutavad need uuringud ka sellele, et kodune ravi ei ole riskivaba – esineda võivad konkreetsete raviga seotud tüsistused, eeskätt venoosse ligipääsuga seotud probleemid (nt infektsioon, tromboos ja flebiit) ning ravimite kõrvaltoimed –, mistõttu sõltub ravi ohutus suurel määral patsiendi valikust, jälgimisest ja koduse toe olemasolust. (Sriskandarajah jt, 2018.)

Uuringud toovad välja, et patsientide jaoks on oluline mugavus turvalisus ja patsiendikeskus. Aktiivravi toimub patsiendile tuttavas koduses keskkonnas, mis võib soodustada paranemist ning vähendada hospitaliseerimisega seotud stressi ja desorientatsiooni (Marsteller jt, 2009; Sabetfakhri, 2023; Wang jt 2023). Samas on mitmes kvalitatiivses uuringus kirjeldatud, et koduhaigla teenuse algfaasis võivad patsiendid kogeda ebakindlust ja ärevust. Kanadas läbiviidud uuring tõi esile, et eriti tugevat ebakindlust põhjustasid patsiendi jaoks hingamisraskustega seotud sümptomid ning teadmatus selle kohta, millal on vajalik ise sekkuda ja millal pöörduda tervishoiutöötajate poole (Schumacher jt, 2021). Samuti väljendasid patsiendid muret võimaliku koormuse tekitamise pärast oma lähedastele. Aja jooksul kohanesid patsiendid siiski koduse raviga, õppisid paremini oma haigust tundma ning arendasid uusi toimetulekustrateegiaid. Oluliseks peeti selget, järjepidevat ja rahulikku teabe edastamist, mis suurendas turvatunnet ning usaldust teenuse vastu (Schumacher jt, 2021).

Lähedaste roll koduhaigla teenuses on keskne, kuid samas mitmetahuline. Uuringud näitavad, et kuigi lähedaste kaasamine võib tugevdada patsiendi sotsiaalset võrgustikku ning parandada ravitulemusi, kaasneb sellega sageli lähedaste märkimisväärne emotsionaalne ja füüsiline koormus (Mason jt, 2022; Karlsen jt, 2023; Bertelsen & Loft, 2025). Mitmete uuringute, sealhulgas Karlsen jt (2023) ja Bertelsen & Loft (2025) põhjal on lähedaste kaasatus koduhaiglas ühtaegu nii ressurss kui ka potentsiaalne koormus. Lähedaste kaasamine tugevdab patsiendi sotsiaalset toetust ja võib parandada ravi tulemusi, kuid samas võib see põhjustada emotsionaalset ja füüsilist stressi.

Lähedased võivad kogeda stressi seoses vastutusega meditsiinitehniliste vahendite kasutamisel, näiteks hapnikuseadmete või jälgimisseadmete käsitsemisel, eriti juhul, kui neil puuduvad piisavad teadmised või oskused (Marsteller jt, 2009). Kuigi koduhaigla on lähedastele üldiselt vastuvõetav, võib see tekitada muret, eriti kui puudub võrdselt jaotatud töökoormus ning vajalikud teadmised (Harel & Magnezi 2024). Seetõttu on mitmed autorid rõhutanud vajadust süsteemsete tugimeetmete järele, sealhulgas lähedaste koolitamise ja nõustamise järele, et vähendada hoolduskoormust ning vältida läbipõlemist (Mason jt, 2022; Pöld jt, 2023; Harel & Magnezi, 2024). Mitmetes riikides on kasutusele võetud lähedaste toetusprogrammid, mis on suunatud nende teadmiste suurendamisele ja stressi vähendamisele. (Harel & Magnezi, 2024.)

Tervishoiutöötajad on koduhaiglat kirjeldanud nii võimaluste kui ka väljakutsete allikana. Ühelt poolt pakub kodukeskkonnas töötamine suuremat tööalast autonoomiat ning võimalust pakkuda individuaalsemat ja patsiendikesksemat ravi (Anwar jt, 2024; Wong jt 2025). Teisalt seab selline töökorraldus kõrgemad nõudmised. Koduhaigla õde peab olema suuteline iseseisvalt aega planeerima, otsuseid langetama ning olema oma töös paindlik. Koduhaigla teenus toob kaasa täiendavaid logistilisi ja organisatsioonilisi väljakutseid. (Anwar jt, 2024; Wong jt 2025.) Tervishoiutöötajad on väljendanud ka muret lähedaste liigse koormamise pärast ning rõhutanud vajadust selgete rollijaotuste ja vastutuse piiride järele (Harel & Magnezi, 2024). Samas viitavad mitmed uuringud, et õigesti korraldatud koduhaigla teenus võib suurendada tööga rahulolu ning parandada koostööd patsientide ja nende pereliikmetega (Harel & Magnezi, 2024; Schumacher jt, 2021).

## **2.4. Koduhaigla teenus Eestis**

Eestis on koduhaigla teenus uus tervishoiuteenus, mida on arendatud alates 2020. aastast, SA Viljandi Haigla eestvedamisel (Hunt, 2023). Koduhaigla teenus on eriarsti juhitud aktiivravi vorm, mille puhul osutatakse patsiendi kodus ravi selliste seisundite korral, mis muidu eeldaksid statsionaarset haiglaravi (Pöld jt 2023). Teenus eeldab sobivat patsientide valikut ning selgelt määratletud raviprotsesse, et tagada ravi ohutus ja kvaliteet (Pöld jt 2023). Teenus on suunatud patsientidele, kellel on toimiv tugivõrgustik ning kelle kliiniline seisund ja ravivajadused võimaldavad ravi ohutut ja kvaliteetsset läbiviimist koduses keskkonnas (Viljandi Haigla, 2026.)

Pöld jt (2023) kirjeldavad koduhaigla teenuse korraldust multiprofessionaalse meeskonnatöona, kus koduõel on keskne roll patsiendi seisundi jälgimisel ja õenduslike sekkumiste läbiviimisel ning eriarstil raviotsuste tegemisel ja meditsiinilise vastutuse kandmisel. Raportis tuuakse esile ka

digilahenduste ja kaugkonsultatsioonide rolli teenuse toimimisel. Igapäevaseks esmaseks kontaktisikuks on koduõde, kes külastab patsienti vastavalt raviplaanile, teostab vajalikud õenduslikud protseduurid ning jälgib patsiendi seisundit (Hunt, 2023). Meditsiiniline vastutus ning raviotsuste tegemine kuulub eriarstile, kes konsulteerib patsienti ja koduõde peamiselt digilahenduste ja telesilla kaudu. Selline töökorraldus võimaldab ühendada vahetu koduse abi eriarsti kompetentsiga ning tagada ravi järjepidevuse väljaspool haiglakeskkonda. Vajaduse korral kaasatakse raviprotsessi ka teisi spetsialiste, näiteks sotsiaaltöötajaid või taastusravi spetsialiste, lähtudes patsiendi individuaalsetest vajadustest. (Pöld jt, 2023.)

Teenuse geograafiline kättesaadavus on aja jooksul laienenud. Kui algusaastatel osutati koduhaigla teenust eeskätt haigla vahetus läheduses, siis praeguseks on teenus laienenud kogu Viljandi maakonna ulatuses. Raportis kirjeldatud rakenduskogemus ja teenuse kasutamise analüüs viitavad, et koduhaigla teenuse laiendamine on olnud seotud nii teenuse praktilise teostatavuse kui ka tervishoiusüsteemi üldiste ressursipiirangutega. Tervishoiuteenuse arendamise kontekstis käsitletakse koduhaiglat ühe võimaliku lahendusena statsionaarse ravi koormuse vähendamiseks (Pöld jt, 2023).

Teenuse rakendamist ja mõju on käsitletud Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervise instituudi tervisetehnoloogia hindamise raportis, milles analüüsiti koduhaigla efektiivsust, kulutõhusust ja korralduslikke aspekte. Analüüsi tulemused viitavad, et koduhaigla teenus on Eesti tingimustes kulutõhus eeskätt tänu haiglakohtade vajaduse vähenemisele ja sellega seotud kulude kokkuhoiule. Raportis käsitletakse koduhaigla teenust Eesti tervishoiusüsteemi kontekstis, analüüsides selle rakendamise võimalikkust, potentsiaalseid eeliseid ja piiranguid. Tulemuste põhjal järeldavad autorid, et koduhaigla teenust on võimalik integreerida olemasolevasse süsteemi tingimusel, et on tagatud selged vastutusosalad, sobiv patsientide valik ning piisavad ressursid teenuse osutamiseks (Pöld jt, 2023).

Tervisetehnoloogia hindamise raportis on kirjeldatud ka teenuse rakendamise käigus kogutud patsiendikogemuse tagasisidet, mida autorid kasutavad teenuse toimimise illustreerimiseks, mitte teadusliku tõendusena. Tagasiside põhjal tuuakse esile koduse ravikeskkonna tajutav turvalisus ja personaalsemat lähenemist, kuid rõhutatakse, et tulemusi ei saa üldistada (Pöld jt, 2023).

Koduhaigla kohta Eestis on koostatud ka teoreetiline kirjanduse ülevaade. Lõputööna valminud ülevaade kõrvutab kirjandust Eesti kogemusega analüüsides teenuse tervisekasu. Töös leiti, et

Eestis piloteeritud teenus on oma omadustelt sarnane paljude välismaa teenusemudelitega. (Hunt, 2023.)

## **2.5. Teaduskirjanduse kokkuvõte**

Teaduskirjandus väidab, et koduhaigla teenus on kliiniliselt tõhus, patsiendikeskne ning tervishoiusüsteemi jaoks perspektiivikas alternatiiv statsionaarsele ravile haiglakeskkonnas. Teenus võimaldab vähendada hospitaliseerimisega seotud riske, säilitada või parandada ravitulemusi ning toetada tervishoiusüsteemi kohanemist kasvava ja mitmekesise ravivajadusega. (Sultani jt 2024; Wong jt 2025.)

Koduhaigla teenus on üldjoontes positiivselt hinnatud nii patsientide, lähedaste kui ka tervishoiutöötajate poolt. Teenuse kvaliteedi ja jätkusuutlikkuse tagamiseks on siiski oluline pöörata senisest enam tähelepanu selgele kommunikatsioonile, lähedaste süsteemsele toetamisele ning tervishoiutöötajate töötingimuste ja vastutuse tasakaalustamisele. Kuigi koduhaigla teenus on Eestis alles arengujärgus ning selle kohta avaldatud teaduskirjandus on seni piiratud, viitavad olemasolevad analüüsid ja praktilised põhinevad kogemused teenuse märkimisväärsele potentsiaalile. Koduhaigla teenus võib toetada patsiendikesksema ravikorralduse arengut ning aidata kaasa tervishoiusüsteemi ressursitõhususe suurendamisele.

### 3. METOODIKA

#### 3.1. Metoodilised lähtepunktid

Uurimistöös kasutatakse **kvalitatiivse sisuanalüüsi meetodit**. Kvalitatiivne sisuanalüüs on õendusteaduses laialdaselt kasutatav ja pika ajaloo uurimismeetod, mille abil analüüsitakse nii kirjalikult kui ka verbaalselt edastatud andmeid eesmärgiga kirjeldada ja analüüsida uuritavat fenomeni (Elo & Kyngäs, 2008; Moser & Kostjens, 2018). Koduhaigla teenus on Eestis seni vähe uuritud ning uurimistöö üheks eesmärgiks on teenuse teaduspõhise arendamise toetamine Eesti tervishoiusüsteemis. Sellest lähtuvalt rakendati andmete analüüsimisel induktiivset sisuanalüüsi. Fenomenoloogiline lähenemine sobib olukordades, kus uuritava nähtuse kohta on varasemaid teadmisi vähe, sest see võimaldab koguda ja tõlgendada inimeste kogemusi (Wojnar & Swanson, 2007). Kuigi uurimistöös kasutatakse andmete analüüsimisel kvalitatiivset induktiivset sisuanalüüsi, toetub uurimuse epistemoloogiline lähtekoht fenomenoloogilisele käsitlusele. See tähendab, et uurimistöö keskendub osalejate kogemuste kirjeldamisele ja tähenduste mõistmisele nende enda vaatenurgast. Fenomenoloogiline lähenemine suunab andmete tõlgendamist, kuid analüüs viiakse läbi sisuanalüüsi etappide ja loogika kohaselt.

Intervjuu on üks enimkasutatavaid andmekogumismeetodeid kvalitatiivses uurimuses ning **poolstruktureeritud intervjuu** on tervishoiualastes uuringutes laialt levinud (Kallio jt, 2016). Poolstruktureeritud intervjuu sobib hästi teemade uurimiseks, mida on varasemalt vähe uuritud (Elo & Kyngäs, 2008). Poolstruktureeritud intervjuude kasutamine toetab uurimisprotsessi fokuseeritust, suunates andmekogumist uuritava fenomeni käsitlemisele ja vähendades ebaolulise teabe kuhjumist (Moser & Kostjens, 2018). Uurimismeetodi valikul arvestati ka varasemate rahvusvaheliste koduhaigla teemaliste kvalitatiivsete uuringutega, kus poolstruktureeritud intervjuu oli enim kasutatud meetod.

#### 3.2. Uurimises osalejad ja valimi koostamine

Uurimistöös on **kaks valimit**: patsientide lähedased ja suunanud arstid. Valimite kujunemisel lähtuti põhimõttest, et valim peab olema uuritava fenomeni kirjeldamiseks piisav, kuid mitte liialt suur (Moser & Kostjens, 2018).

**Patsientide lähedased** on isikud, kes viibivad teenuse ajal patsientide juures abistades neid igapäevaste toimingutega. Uurimistöösse kaasati perioodil 01.01.2025 – 30.06.2025 koduhaigla teenusel olnud patsientide lähedased. Lähedaste kaasamis- ja väljaarvamiskriteeriumid on toodud

tabelis 1. Lähedaste arv ei olnud piiritletud patsientide arvuga ning uurimistöö valimisse kaasati kõik patsienti abistavad lähedased, sealhulgas mitu ühe patsiendiga tegelevat lähedast. Patsientide lähedaste osalemine ei olnud piiratud geograafilise asukohaga. Kuigi teenust osutati Viljandi maakonna piires, võimaldas videosilla kasutamine saada kontakti ka väljaspool maakonda elavate lähedastega.

**Tabel 1. Lähedaste kaasamis- ja väljaarvamiskriteeriumid**

Kaasamiskriteeriumid	Väljaarvamiskriteeriumid
Osalet uurimisperioodi ajal koduhaigla teenusel oleva patsiendi hooldamisel ja/või abistamisel	Palgaline töötaja (näiteks sotsiaaltöötaja)
Oskab eesti keelt suhtlustasemel	
Täisealine	

Patsiendi lähedasega loodud esmane kontakt uuringusse kaasamise eesmärgil toimus koduhaigla õe poolt koduvisiidi käigus. Koduhaigla õde tutvustas lähedastele läbiviidavat uurimistööd toetudes uurimistööd tutvustavale brošüürile (Lisa 1). Uurimuses osalemisest huvitatud lähedastelt koguti kontaktandmed, mida hoiti Viljandi Haigla serveris. Lähedastega kontakteerus uurimistöö läbiviija telefoni teel ning lepiti kokku intervjuu läbiviimise aeg ja vorm. Vajaduse korral saadeti lähedasele e-maili aadressile nõusolekuvorm ja uuringukutse (Lisa 2). Lähedase soovil oli võimalik nõusolekuvorm edastada ka paber kandjal (Lisa 3). Paber kandjal allkirjastatud nõusolekud edastati läbi koduhaigla koordinaatori uurimistöö läbiviijale, kes need digitaliseeris ning salvestas Tartu Ülikooli kaitstud *Microsoft OneDrive*'i serverisse. Paber kandjal originaalid hävitati digitaliseerimise järgselt.

Lähedaste minimaalseks osalejate arvuks määrati 20 ning ülemist piiri ei seatud. Uurimistöö käigus loodi kontakt 28 lähedasega, kellest kaks ei soovinud uurimistöös osaleda. Seega viidi läbi 26 intervjuud. Uurimistööst arvati välja üks intervjuu, sest lähedane oli igapäevase ravitegevuse juures viibinud väga vähe ning ei osanud intervjuu küsimustele vastata.

**Teenusele suunanud arstideks** loeti arstid, kes töötasid mõnes Eesti haiglas või Viljandi maakonna perearstikeskuses ning suunasid uurimisperioodi vältel vähemalt ühe patsiendi koduhaigla teenusele. Arste teavitati uurimise läbiviimisest haigla siseveebis. Lisaks edastati patsiente teenusele suunanud arstide kontaktandmed uurimistöö läbiviijale koduhaigla koordinaatori poolt. Arstidele saadeti e-maili teel uurimiskutse (Lisa 4) ja nõusoleku vorm (Lisa 5). Kui arst ei vastanud kutsele, võttis läbiviija arstiga ühendust telefoni teel või edastas uuringukutse vahetu kontakti käigus.

Uurimisperioodil teenusele patsiente suunanud arstidest püüti kontakti saada 30 arstiga. Uuringus osalemisega nõustus kümme arsti, mis ületas eelnevalt määratud miinimumi (kaheksa). Uurimistöös olid esindatud kahe haigla, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi ja SA Viljandi Haigla arstid, ning perearstid. Osalevad arstid olid erinevatelt erialadelt, sealhulgas erakorralisest meditsiinist, sisehaigustest, kirurgiast, peremeditsiinist ja psühhiaatriast.

### **3.3. Andmete kogumine**

Intervjuud viidi läbi uuritavate poolt eelistatud vormis, milleks olid videointervjuud ja telefonikõned või näost näkku intervjuud. Intervjuude läbiviimiseks koostati kaks eraldi intervjuukava (Lisa 6 ja Lisa 7), mis olid suunatud vastavalt patsientide lähedastele ja arstidele. Intervjuukavade koostamisel lähtuti Eestis varem patsientide seas läbiviidud uuringust (Põld jt, 2023) ning Kallio jt (2016) poolt esitatud poolstruktureeritud intervjuu koostamise etappidest.

Intervjuud toimusid privaatsetes ja neutraalsetes tingimustes, vältimaks segavaid tegureid ja tagamaks osalejate anonüümsuse. Video- ja telefoniintervjuusid salvestati *Microsoft Teamsi* vahendusel. Näost näkku intervjuude salvestamiseks kasutati diktofoni. Intervjuu lõppedes laeti helifailid üles *Microsoft Teamsi* keskkonda, kus toimus ka esmane transkribeerimine. Transkribeerimise järel anonümiseeriti kogu andmestik. Selle käigus eemaldati intervjuudest patsienti ja haigusjuhtu tuvastavad detailid ning igale intervjuule omistati unikaalne kood. Helifailide kustutamise järel ei olnud enam võimalik vastajat tuvastada. Koodivõtme abil oli sisuanalüüsi käigus võimalik seostada transkribeeritud andmeid vastavate intervjuudega, kuid mitte tuvastada osalejaid helimaterjali abil.

Kogu intervjuu vältel oli osalejatel võimalus intervjuu katkestada ja uurimistöös osalemisest loobuda. Uurimistöös osalejatel oli võimalus uurimistöös osalemisest loobuda kuni viis nädalapäeva peale intervjuu lõppemist. Intervjuu alguses koguti vastajate kirjeldamiseks taustaandmeid, sealhulgas vanus, sugu ja tegevusala, ning küsiti patsiendi seisundi kohta. Intervjuukavade sobivuse hindamiseks viidi 2025. aasta veebruari alguses läbi kaks prooviintervjuud, kokku neli intervjuud. Prooviintervjuusid uurimistöös andmestikku ei kaasatud, sest need viidi läbi uurimisperioodi väliste ja uurimiskriteeriumitele mittevastavate isikutega.

### 3.4. Andmete analüüs

Andmete analüüsimisel rakendati induktiivset sisuanalüüsi, mis koosneb kolmest põhietapist: avatud kodeerimine, grupeerimine ja kategoriseerimine (Elo & Kyngäs, 2008; Mayring, 2000; Moser & Kostjens, 2018). Avatud kodeerimise käigus loeti transkribeeritud andmeid korduvalt ning tuletati korduvatest teemadest ja fraasidest substantiivsed koodid. Seejärel koondati sisuliselt sarnased koodid esmalt alamkategoriateks ning struktureeriti edasi keskkategoriateks ja ülakategoriateks, liikudes seeläbi andmelähedaselt kirjelduselt suurema abstraktsioonitasemeni (Graneheim & Lundman, 2004; Elo & Kyngäs, 2008). Selline hierarhiline lähenemine võimaldas muuta analüüsiprotsessi läbipaistvaks ning näidata, kuidas üksikute kogemuskirjelduste põhjal kujunesid laiemad analüütilised tervikud. Analüüsi tulemusi kirjeldati saadud kategoriate alusel üldistavalt (Moser & Kostjens, 2018).

*Tabel 2. Näide koodide ja kategoriate moodustamisest*

Korrastatud tähendusüksus	Substantiivne kood	Alamkategoria	Keskkategoria	Ülakategoria
Me oleme juba ühe korra seda teenust proovinud ja küsisin siis seekord ka ise.	Lähedase soov teenust kasutada	Soov teenust kasutada	Teenusele tulemine	Teenuse kasutamisega alustamine
Ta [patsient] oli kunagi sellel teenusel ja nüüd tahtis siis uuesti.	Patsiendi soov kasutada koduhaigla teenust			
Ega tal [patsiendil] ei ole seal haiglad kunagi hea olnud, seega otsisime mingit muud võimalust.	Patsiendi ebamugavustunne haiglaravil	Uue teenuse proovimine		
Ta [patsient] ei tahtnud sinna teise linna üksi jääda.	Patsiendi hirm viibida teises haiglas või teises linnas			

### 3.5. Andmete säilitamine ja kaitse

Lähedaste kontaktandmed kogus ning sisestas Viljandi Haigla serverisse koduhaigla õde. Uurimistöö läbiviija sai uuritavate kontaktid koduhaigla koordinaatorilt. Saadud kontaktandmed hoiustati TÜ serveris koondavas failis. Faili abil kontrolliti kellega on juba kontakteerunud ning millistest osakondadest arstid on uurimises osalenud. Kontaktandmeid hoiustati uurimisperioodi lõpuni, mille järgselt andmed kustutati.

Kõik intervjuud transkribeeriti ning anonümiseeriti. Transkribeerimise ja selle mitmekordse kontrollimise järel kustutati salvestatud intervjuu helifailid serverist. Andmete salvestuskohana kasutati TÜ serverit, mis on kaitstud ülikooli kasutajatunnustega. Samasse keskkonnas hoiustati ka digiallkirjastatud ja digitaliseeritud paberandjal allkirjastatud nõusoleku vorme. Pärast nõusolekute üleslaadimist kustutati nende koopiad uurimistöö läbiviija e-posti kontolt. Kogu uurimistöö suhtlus toimus Tartu Ülikooli e-posti aadressi kaudu.

Uurimistöö käigus kogutud andmed ja dokumendid säilitatakse Tartu Ülikooli serveris ning kustutatakse hiljemalt 2029. aasta jaanuaris. Andmete vastutav töötleja on Tartu Ülikool. Andmehaldus põhineb teaduseetika põhimõtetel (Hea Teadustava, 2017) ning Isikuandmete Kaitse seadusel (2023).

### **3.6. Uurimistöö usaldusvärsus ja eetilised aspektid**

Teadustöös hõlmab eetika muuhulgas andmete haldamist, ressursside kasutamist, inimõiguste tagamist, ausust, terviklike teadustulemuste avaldamist. Teaduseetika keskseks põhimõtteks on, et teaduse arendamine ei tohi toimuda ühiskonna ega isiku heaolu arvelt. (Miteu, 2024). Uurimistöö usaldusvärsuse tagamiseks kindlustati vastajatele anonüümsus ning kirjeldati täpselt andmete analüüsi protsessi. See võimaldab uurimistööd tulevikus korrata ja saadud tulemusi omavahel võrrelda (Elo & Kyngäs, 2008.). Usaldusvärsuse suurendamiseks illustreeriti väiteid erinevate näidetega kogutud andmestikust (Granheim & Lundman, 2004). Uurimisprotsessi läbipaistvuse tagamiseks esitatakse ja analüüsitakse töö lõpus nii uurimise läbiviimise kui ka analüüsi protsessi ajal nähtavale tulnud kitsaskohad ning võimalikud mõjutused.

Uurimistöö läbiviimiseks taotleti kooskõlastus SA Viljandi Haiglalt. Uurimistöö käigus koguti võimalikult vähe isikut tuvastavat informatsiooni, tagamaks osalejatele anonüümsus. Andmete esitamisel jälgitakse Isikuandmete kaitse seadust. Uuriija on teadlik, et intervjuudest saadud informatsioon võib olla kallutatud kajastades vastajate subjektiivseid kogemusi ning ei pruugi anda täielikku pilti uurimisteamast. Sellest hoolimata võimaldab valitud metoodika saada sisuka ülevaate koduhaigla teenuse kasutamise kogemustest. Uurimistöö läbiviimiseks taotleti Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee kooskõlastus **397/T-16** (30.01.2025) (Lisa 8).

Magistritöö koostamisel kasutati abistava töövahendina *M365 Copilotit* (Microsoft, 2024). Tehisintellekti rakendati töö koostamisel ideede struktureerimiseks ja sõnastamise selguse

parandamiseks, õigekirja kontrollimiseks, tõlkeabina (Lisa 9) ning APA 7 stiilis viitamise vormistusliku abi saamiseks. Tehisintellekti ei kasutatud uurimisandmete kogumiseks, analüüsimiseks ega tulemuste tõlgendamiseks. Uurimistöo sisu, analüüs ja järeldused on täielikult autori vastutusel. Tehisintellekti poolt antud vasteid hinnati kriitiliselt ning kasutati vajaduspõhiselt. Magistritöö koostamisel ei ole kasutatud tehisintellekti poolt genereeritud teksti. Tehisintellektil põhinevate tööriistade kasutamisel lähtuti Tartu Ülikooli suunistest.

## 4. TULEMUSED

### 4.1. Patsientide lähedaste kogemused koduhaigla teenusega

Analüüsi tulemusena kujunes patsientide lähedaste kogemuste kirjeldamiseks kaks ülakategoriat: teenuse kasutamisega alustamine ja teenuse kasutamine. Need hõlmasid kokku nelja keskkategoriat ja mitmeid alamkategoriaid (Tabel 3), mis kirjeldavad koduhaigla teenusega seotud kogemuste kujunemist ajas – alates teenuse kohta esmase kuulmise hetkest kuni teenuse kasutamisele tagasi vaatamiseni. Patsientide lähedaste intervjuude substantiivsete koodide kokkuvõtte koos kategooriatega on esitatud Lisas 10. Tulemused põhinevad 25 patsientide lähedase intervjuul ning kajastavad nende subjektiivseid kogemusi, tajusid ja hinnanguid koduhaigla teenuse korralduse, sisu ja mõjude kohta. Intervjuude keskmine kestus oli 20 minutit (pikim 38 minutit ja lühim 12 minutit).

*Tabel 3. Patsientide lähedaste intervjuude põhjal kujunenud analüütilised kategooriad*

Alamkategoriad	Keskkategoriad	Ülakategoriad
<ul style="list-style-type: none"><li>• Soov teenust kasutada</li><li>• Uue teenuse proovimine</li><li>• Ei soovinud teenust</li></ul>	Teenusele tulemine	Teenuse kasutamisega alustamine
<ul style="list-style-type: none"><li>• Teenuse kohta informatsiooni saamine haiglate poolt</li><li>• Info saamine väljastpoolt haigla personali</li><li>• Teenuse kohta saadav informatsioon väljaspool</li></ul>	Informatsiooni leidmine	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Soovitus laiendada informatsiooni jagamist</li></ul>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Segadus ravimeeskonna rollides</li><li>• Suhtlus lähedastega teenuse vältel</li><li>• Soovitus toetada lähedase rolli ravimeeskonnas</li></ul>	Lähedaste toetamine	Teenuse kasutamine
<ul style="list-style-type: none"><li>• Patsiendi kliiniline kontroll teenusel viibides</li><li>• Kogemuse võrdlus haiglas ja kodus viibimise vahel</li><li>• Soovitab teenust ka teistele</li></ul>	Kogemus teenuse kasutamisel	

#### 4.1.1. Patsientide lähedaste kogemused teenuse kasutamise alustamisel

Teenusele tulemise kogemust kirjeldasid lähedased valdavalt protsessina, mitte ühekordse või hetkelise otsusena. Selline kirjeldus viitab, et teenusele tulek ei olnud lähedaste jaoks pelgalt meditsiiniline otsus, vaid emotsionaalselt ja suhtluslikult kujunev protsess, milles osalesid nii

patsient, lähedased kui ka tervishoiutöötajad. Kuigi formaalselt toimus teenusele suunamine sageli haigla algatusel (n = 6), tajusid lähedased, et otsus kujunes mitme teguri koosmõjul, sh patsiendi soovide, varasema haiglas viibimise kogemuse, lähedase enda valmisoleku ning tervishoiutöötajate antud selgituste usaldusväärseuse põhjal. See eristus suunamise ja kogemusliku otsustamisprotsessi vahel näitab, et lähedaste jaoks ei määranud otsust üksnes tervishoiusüsteemi struktuursed sammud, vaid kujunes konkreetse olukorra ja suhete koostöös.

Enamiku lähedaste (n = 22) kirjeldustes oli keskne patsiendi soov viibida koduses keskkonnas. Patsiendi soovi kesksele rollile osutamine viitab, et teenusele tuleku otsuses peeti oluliseks patsiendi subjektiivset heaolu ning eelistusi, mitte üksnes meditsiinilist otstarbekust. Kodu seostati rahu, turvatunde ja parema enesetundega ning vastandati haiglapalatiiga, mida kirjeldati väsitava, stressirohke või ebainimlikuna. Selline vastandus rõhutab koduse keskkonna tähendust mitte ainult ravipaigana, vaid ka emotsionaalse turvatunde allikana.

*„Ta ei olnud just suures vaimustuses seal haiglas olla. Tahtis pigem koju minna.“ (L4)*

Sellistes olukordades tajusid lähedased koduhaigla teenust võimalusena patsiendi soove arvestada. Samal ajal kaasnes otsusega ka sisemine pingeseisund: ühelt poolt soov patsienti toetada, teiselt poolt hirm vastutuse suurenemise ees. See näitab, et teenusele tulemise otsus hõlmas samaaegselt nii patsiendi soovidega arvestamist kui ka lähedaste enda toimetuleku ja vastutuse kaalumist. Eriti ilmekalt avaldus see pinge nende lähedaste kirjeldustes, kellel puudus varasem kogemus koduse ravi või hooldusolukordadega. Esialgne hirm ja ebakindlus olid seotud teadmatuses tulenevate kahtlustega, kuid teenuse kasutamise käigus mured ja küsimused enamasti leevenesid.

*„Kui ma esimene kord seda nime [koduhaigla teenus] kuulsin, ei osanud ma sellest midagi arvata. /.../ Aga kui nad selle ilusti ära seletasid, siis oli kõik minu arvates arusaadav.“ (L9)*

*„Ega ma alguses ei kujutanud seda kodus ravimist ette. /.../ Kui aga me kodus lõpuks asjad käima saime, siis oli kõik väga lihtsaks tehtud.“ (L17)*

Kuuel juhul tugines teenusele tuleku otsus varasemale positiivsele kogemusele. Need lähedased kirjeldasid teenusele suunamist enesestmõistetava ja ootuspärase valikuna. Teenuse kasutamist ei tajutud riskina, vaid tuttava ja juba varem toimivaks osutunud ravivõimalusena.

*„Me oleme seda teenust juba varem kasutanud, seekord küsisime ise, et kas oleks võimalik.“ (L6)*

*„Iga kord, kui me seda [koduhaiglat] kasutame, läheb see järjest mugavamaks. Need toredad tüdrukud seal [koduteenuste õed] on alati nii vastutulelikud ja hoolitsevad.“ (L2)*

Väike osa lähedasi kirjeldas, et nende hoiak teenuse suhtes oli alguses pigem negatiivne. Kodune ravi seostus nende jaoks suure vastutustundega, teadmatuses tuleneva ärevuse ning hirmuga võimalike tüsistuste ees. Nendes kirjeldustes ilmnis selgelt, et otsus sündis pigem kompromissina.

*„Ma tegelikult ei olnud sellest väga vaimustuses. Mis mõttes on ta kodus, hoidke haiglas pigem.“ (L18)*

Informatsioonil oli teenuse alustamisel keskne roll. Kõik lähedased rõhutasid, et esmane teadmine koduhaigla teenusest pärines haiglast, enamasti raviarstilt. Arsti antud selgitused võimaldasid teenust üldjoontes mõista ning löid aluse otsuse tegemiseks. Samas ilmnis intervjuudest, et suuline teave ei olnud alati piisav, eriti emotsionaalselt pingelises olukorras, kus lähedase tähelepanu oli suunatud patsiendi seisundile. Üle poole lähedastest kirjeldas, et püüdis hiljem iseseisvalt teenuse kohta lisainfot otsida, kuid koges seejuures raskusi.

*„Ma korra proovisin selle [koduhaigla] kohta midagi natuke juurde lugeda, aga ma ei leidnud mitte kui midagi.“ (L5)*

Informatsiooni nappus ei tekitanud üksnes praktilisi küsimusi, vaid suurendas ka emotsionaalset ebakindlust. Mitmed lähedased tõid esile, et kirjaliku või visuaalse ülevaate puudumine raskendas nii oma rolli mõistmist kui ka teenuse ulatuse tajumist. Internetist leitavat informatsiooni kirjeldati lühikesena ning välismaised allikad tekitasid segadust teenuse korraldusest arusaamisel.

*„Olime sellest teenusest kaudselt varem midagi kuulnud. /.../ Ma proovisin siis ise midagi netist leida, aga seal oli väga vähe informatsiooni. Kodulehel oli ka tekst nii väike.“ (L9)*

Kuus lähedast märkisid, et teenus ei olnud tuntud väljaspool Viljandi haiglat. Nimetatud tähelepanekud põhinesid varasematel arstivisiitidel teistes linnades või vestlustel tuttavatega, mis kinnitas nende arusaama teenuse vähesest nähtavusest. Lahendusena pakkusid üheksa lähedast välja kirjalike infomaterjalide loomise ning kodulehe edasiarendamise.

*„Neil võiks olla mingi lehvik või voldik. Väga lihtne oleks neid laiali jagada igale poole.“ (L4)*

#### 4.1.2. Patsientide lähedaste kogemuse teenuse kasutamisel

Teenuse kasutamise kogemus kujunes lähedaste hinnangul ajas. Kuigi enamik osalejatest hindas teenust tervikuna positiivselt, ei olnud selline kogemus alati kohene. Intervjuudest ilmses, et turvatunne tekkis sageli järk-järgult, paralleelselt teenuse rutiinide ning regulaarsete kontaktide kujunemisega. See viitab, et turvatunne ei ole teenuse kasutamise alguses automaatselt olemas, vaid kujuneb usaldussuhte tekkimise ja teenuse toimimise kogemise kaudu. Oluliseks turvatunnet toetavaks teguriks peeti regulaarset meditsiinilist järelevalvet. Õdede koduviisidid ja telefonikontaktid aitasid vähendada tunnet, et vastutus lasub üksnes lähedasel.

*„Õed käivad kogu aeg kontrollimas. Kui nad ise ei tule, siis helistavad ja küsivad, kuidas on.“*  
(L12)

Kodune keskkond võimaldas paljude lähedaste hinnangul inimlikumat ja paindlikumat ravi. Üle poolte osalejatest tõi esile, et kodus viibimine vähendas igapäevast logistilist koormust ning võimaldas keskenduda rohkem patsiendile kui raviprotseduuridele. See näitab, et teenuse väärtus avaldus lähedaste jaoks lisaks meditsiinilisele ravile ka praktilise ja igapäevase elukorralduse lihtsustumises.

*„Minu jaoks on kodus palju mõnusam ja inimlikum nii minul kui ka haigel inimesel.“* (L10)

*„Minu jaoks on selle asja [koduhaigla] suureks plussiks see, et ma ei pea muretsema, kuidas me haiglasse saame, kui vaja on. /.../ Ma ei pea ise ka muretsema, kuidas ma teda [patsienti] vaatama saan minna – ta on mul siinsamas.“* (L7)

Samas kirjeldasid seitse lähedast, et kodune ravi tõi kaasa märkimisväärselt suurema emotsionaalse koormuse. Eriti keerulisena kogeti vastutuse tunnet öisel ajal, mil professionaalne abi ei olnud vahetult kättesaadav. Need kirjeldused osutavad, et teenuse positiivse kogemuse kõrval eksisteerib ka varjatud emotsionaalne töö, mis jääb suurel määral lähedaste kanda. Need kogemused tõid esile teenuse varjatud poole – emotsionaalse töö, mida lähedased teenuse käigus teevad.

*„Tead, tagantjärele olen mõelnud, et tegelikult mulle ei meeldinud, et ta siin kodus oli.“* (L23)

Lähedaste roll raviprotsessis kujunes mitmetähenduslikuks. Ligikaudu pooled lähedased kirjeldasid, et teenuse alguses jäi neile ebaselgeks, millised ootused nende rolliga kaasnesid. Rolli ebamäärasus tekitas ebakindlust ning tunnet, et vastutus ei ole selgelt jaotatud. See viitab, et

rolliselgus on lähedaste turvatunde ja toimetuleku seisukohalt keskne tegur teenuse kasutamise kogemuses. Kuigi õdede professionaalsust ja head suhtlemisoskust hinnati kõrgelt, tajusid mitmed lähedased, et teenus oli eeskätt patsiendikeskne, jättes lähedase vajadused tagaplaanile. Lähedased soovisid rohkem kaasamist, täpsemaid selgitusi ning osal juhtudel ka emotsionaalset toetust. Selline tajumus osutab, et lähedaste toetamine ei olnud alati teenuse struktuurne osa, vaid sõltus konkreetsetest situatsioonidest ja individuaalsest suhtlusest.

*„Ega ma päris täpselt lõpuks aru ei saanudki, mida mult oodati.“ (L13)*

*„Ma tundsin, et ma oleks tahtnud saada natuke rohkem tuge.“ (L1)*

Kaks lähedast töid konkreetsete näidetena esile vajaduse täiendava spetsialisti toe järele, näiteks psühholoogilise nõustamise või füsioterapeudi kaasamise näol. Need ettepanekud viitavad vajadusele käsitleda koduhaiglat mitte ainult patsiendi raviteenusena, vaid ka peresüsteemi mõjutava protsessina.

#### **4.2. Suunanud arstide kogemused koduhaigla teenusega**

Uurimistöös osales kümme koduhaigla teenusele patsiente suunanud arsti. Esindatud oli viis eriala: erakorraline meditsiin, sisehaigused, kirurgia, psühhiaatria ja peremeditsiin. Uurimistöös osalevad arstid töötasid kahes erinevas haiglas ning nende vanus jäi vahemikku 28–66 aastat. Intervjuude põhjal kogutud andmestiku analüüsi tulemusena kujunes kolm ülakategooriat: teenuse kogemus suunanud arstidel, patsientide suunamine ja teenuse jätkusuutlikkus (Tabel 4). Üldjoontes kirjeldasid arstid oma kogemusi koduhaigla teenusega positiivsena ning pidasid teenust vajalikuks osaks tänapäevasest tervishoiusüsteemist. Teenust käsitleti paindliku ja patsiendikeskse lahendusena, mis täiendab olemasolevaid ravivõimalusi. See näitab, et arstid tajuvad koduhaigla teenust ennekõike süsteemi toetava ja lünki täitva lahendusena.

Positiivse hinnangu kõrval toodi intervjuudes esile ka mitmeid murekohti ning arendamist vajavaid aspekte. Mis viitab omakorda arstide pragmaatilisele hoiakule, kus teenuse väärtust nähakse koos selle praktiliste piirangutega igapäevatoos.

*„Üldiselt arvan, et tegemist on vajaliku teenusega.“ (A1)*

*„Minu arvates on tegemist vajaliku ja hea teenusega.“ (A4)*

**Tabel 4. Suunavate arstide intervjuudest tekkinud substantiivsed koodid ja kategooriad**

Substantiivsed koodid	Alamkategooriad	Ülakategooria
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vajalik teenus</li> <li>Positiivne kogemus</li> </ul>	Positiivne kogemus	Teenuse kogemus suunanud arstidel
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vajab arendamist</li> </ul>	Arendamise vajadus	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informatsiooni leidmine on raske</li> <li>Ei mäleta enam hästi, kust infot saab</li> <li>Segadus informatsiooni leidmises</li> <li>Kontrollnimekirja kättesaadavus</li> </ul>	Informatsiooni leidmine	Patsientide suunamine
<ul style="list-style-type: none"> <li>Raskused informatsiooni selgitamisega</li> <li>Kerge ja loogiline seletamine</li> </ul>	Informatsiooni seletamine	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kerge otsustada</li> <li>Keeruline otsustada</li> </ul>	Teenusele suunamise otsuse tegemine	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vanemad patsiendid</li> <li>Raskused tervishoiuteenus kättesaadavuses</li> </ul>	Vananev ühiskond	Teenuse jätkusuutlikkus
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kohtade vähesus haiglas</li> <li>Töötajate ülekoormatus</li> </ul>	Ülekoormus	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Töötajate puudus</li> <li>Töötajate vananemine</li> </ul>	Vanemate töötajate kasutamine	

Üle pooled arstid tõid esile, et koduhaigla teenus võimaldab pakkuda kvaliteetset ravi olukordades, kus statsionaarset haiglaravi ei ole võimalik vältida. Teenust kirjeldati sageli kui loogilist või loomulikku jätku olemasolevatele tervishoiuteenustele.

*„Minu jaoks on koduhaigla teenus loogiline jätk perearstisüsteemile.“ (A3)*

Samas tõid mõned arstid esile, et kuigi teenus on sisuliselt väga väärtuslik, võiks selle kasutamine olla arstide jaoks igapäevatöös lihtsam. Arendamisvajadusi seostati eelkõige infokorralduse ja töövoogudega.

*„Kuigi see teenus on hea, võiks ta olla natuke lihtsamini kasutatav.“ (A10)*

#### 4.2.1. Patsientide suunamine teenusele

Informatsiooni leidmisega seotud raskusi tõi esile enamus intervjueritud arstidest. Kuigi juhendmaterjalide olemasolust oldi üldiselt teadlikud, kirjeldati, et vajalik ja spetsiifiline teave ei olnud igapäevatöös piisavalt kiiresti ja hõlpsasti leitav. See osutab, et teenuse suunamise barjäärid

ei seisne mitte teadmiste puudumises, vaid informatsiooni kättesaadavuses ja tööprotsesside sobivuses arstide igapäevapraktikaga. Probleemina nimetati eelkõige juhendmaterjalide paiknemist erinevates e-kirjades ning info killustatust.

*„Ma tean, et meil tegelikult on olemas mingisugused dokumendid, et mida teha ja kuidas, aga ma ei leia seda väga tihti üles.“ (A6)*

*„E-kirju on liiga palju ja need lihtsalt kaovad ära.“ (A3)*

Rohkem kui pooled arstid märkisid, et nad ei mäleta sageli täpselt, kust juhendeid otsida, mistõttu muutub suunamisotsuse tegemine ajamahukamaks. Neli arsti tõid esile vajaduse selge ja kiiresti kasutatava kontrollnimekirja järele. Olulise toetava tegurina nimetati võimalust konsulteerida koduhaigla meeskonnaga, mida mainis enam kui pool intervjuueeritutest. Otsesuhtlus aitas kompenseerida info kehva leitavust ning suurendas arstide otsusekindlust.

*„Vajan kiiret ja selget kontrollnimekirja.“ (A9)*

*„See kontrollnimekiri või materjal võiks olla paremini kättesaadav kui meili teel.“ (A10)*

*„Mulle väga meeldib, et kui ma hätta jään, siis ma saan alati helistada neile ja küsida.“ (A1)*

Teenuse tutvustamist patsientidele pidas enamik arste keeruliseks. Peamise väljakutsena kirjeldati koduhaigla teenuse eristamist teistest kodustest teenustest, eeskätt koduõendusest ja koduhooldusest. See näitab, et teenuse kontseptuaalne ebaselgus ei mõjuta üksnes patsiente, vaid ka arstide suutlikkust teenust üheselt ja veenvalt selgitada. Arstide hinnangul tekitab see patsientide ja nende lähedaste seas sageli segadust.

*„Patsiendid ajavad omavahel segi koduõenduse, koduhoolduse ja koduhaigla.“ (A8)*

*„Mul endal ei ole alati sõnu, et teenust lihtsalt lahti seletada.“ (A4)*

Teenuse seletamise keerukus sõltus arstide hinnangul patsiendi vanusest ja hoiakutest. Vanemate patsientide puhul mainiti sagedamini hirme ravi kvaliteedi languse ees (n = 5), samas kui noorematele patsientidele oli teenust üldjuhul lihtsam tutvustada. Arstid märkisid, et suurema kogemuse lisandudes muutub ka teenuse selgitamine ladusamaks ning kujunevad välja isiklikud ja efektiivsemad selgitamisviisid.

*„Vanemad patsiendid kardavad, et nad jäävad ravist ilma.“ (A3)*

*„Olen neid nii palju juba suunanud, et minul tulevad kõik seletamised ludinal.“ (A7)*

Kõik arstid rõhutasid vajadust patsiendile suunatud lihtsate ja visuaalsete infomaterjalide järele, mis toetaksid teenuse tutvustamist ning vähendaksid individuaalsete selgituste koormust. Enamik arste hindas patsientide koduhaigla teenusele suunamise otsuse tegemist pigem lihtsaks, eriti juhul, kui patsiendi seisund oli kergesti hinnatav ning suunamiskriteeriumid selged.

*„Suunamisotsuse tegemine on üldiselt lihtne, eriti kui kriteeriumid on selged.“ (A1)*

Samas kirjeldati olukordi, kus otsustamine muutus keerulisemaks juhtudel, mil patsiendi seisund võis kiiresti muutuda või puudus piisav kindlus teenuse sobivuses. Ka sellistes olukordades osutus oluliseks koostöö koduhaigla meeskonnaga, mis toetas otsustusprotsessi ning aitas riske maandada.

*„Otsus on vahel keeruline, eriti kui patsiendi seisund võib kiiresti muutuda.“ (A4)*

#### 4.2.2. Teenuse jätkusuutlikkus

Teenuse jätkusuutlikkuse teema tõstatus kõigi arstidega läbiviidud intervjuude käigus. Arstid rõhutasid, et tervishoiusüsteem on tugeva surve all ning vajab paindlikke ja ressursitõhusaid lahendusi. Koduhaigla teenust käsitleti vahendina, mis aitab vähendada statsionaarse ravi vajadust ning vabastada haiglavoodeid patsientidele, kes vajavad intensiivsemat ravi ja suuremat tervishoiuspetsialisti jälgimist. See näitab, et arstid tajuvad koduhaigla teenust süsteemse lahendusena, mille olulisus ületab üksikjuhtumite tasandi ja seostub tervishoiu laiemate struktuursete väljakutsetega.

Otseselt toodi esile, et koduhaigla teenus aitab vältida tarbetuid hospitaliseerimisi, võimaldades patsientidel jääda ravile kodus keskkonnas. Rõhutati et selline lähenemine toetab ka töökoormuse ümberjaotumist haigla ja koduse ravi vahel ning aitab leevendada haiglapõhist ülekoormust. Teenuse jätkusuutlikkust nähakse arstide hinnangul eelkõige selle võimes tasakaalustada ressursside kasutust ning toetada tervishoiusüsteemi toimimist piiratud tingimustes.

*„Koduhaigla aitab meil voodikohti vabastada.“ (A6)*

*„Kui me saaksime osa inimesi kodus ravida, siis saaksime koormust haiglas alandada.“ (A7)*

Lisaks toodi esile koduhaigla teenuse potentsiaal vanemate ja kogenud tervishoiutöötajate rakendamisel. Koduhaigla arsti rolli kirjeldati kui füüsiliselt vähem koormavat, kuid samas sisuliselt tähenduslikku töövormi, mis võimaldab kasutada väärtuslikku kogemust olukorras, kus pikad valved või intensiivne osakonnatöö ei ole enam jõukohased. Need kirjeldused osutavad, et teenuse jätkusuutlikkust seostatakse ka personali vaatenurgaga, sh võimalusega pikendada tervishoiutöötajate tööelu ning säilitada süsteemis kriitilise tähtsusega kogemust.

*„Oleks ju väga hea, kui me saaksime neid vanu tarku arste ja õdesid ära kasutada. Mis siis, et nad enam pikki valveid teha ei saa ...“ (A5)*

Arstide hinnangul võiks koduhaigla teenus tulevikus täita olulist rolli vananeva ühiskonna ja suureneva ravivajaduse kontekstis. Samas rõhutati, et teenuse jätkusuutlikkuse tagamiseks on vajalik süsteemne planeerimine, sealhulgas piisava personali olemasolu, selge töökorraldus ning tõhus koostöö haiglate ja esmatasandi arstiabi vahel. See näitab, et kuigi teenust peetakse perspektiivikaks, nähakse selle edasist arengut sõltuvana strateegilistest ja organisatsioonilistest otsustest tervishoiusüsteemi tasandil. Koduhaigla teenuse edasist arengut nähti osana laiemast tervishoiusüsteemi muutumisest, kus rõhk liigub järjest enam haiglapõhiselt ravilt patsiendikesksetele ja kogukonnapõhistele lahendustele.

## 5. ARUTELU

### 5.1. Teenusele jõudmise keerukus ja info kättesaadavus

Käesoleva magistr töö eesmärk oli anda ülevaade SA Viljandi Haigla koduhaigla teenusele suunanud arstide ja teenust saanud patsientide lähedaste kogemusest. Uuringutulemustes toodi välja mitmeid positiivseid aspekte. Samas ilmnis mitmeid teenuse rakendamise ja mõtestamisega seotud väljakutseid. Keskseteks teemadeks kujunesid teenusele jõudmise ja sellega seotud informatsiooni kättesaadavus, lähedaste rolli mõistmine raviprotsessis ning koduse ja haiglakeskkonna kogemuse võrdlus.

Uurimistöö tulemused näitasid, et koduhaigla teenusele jõudmine ei ole patsientide lähedaste jaoks pelgalt administratiivne suunamisotsus, vaid mitmetahuline otsustusprotsess, milles põimuvad kliinilised selgitused, varasemad kogemused, emotsionaalne valmisolek ning usaldus tervishoiusüsteemi vastu. Kuigi suunamise algatus oli sageli ravimeeskonnalt, kujunes lõplik otsus lähedaste kirjelduste põhjal dialoogis patsiendi soovide ja lähedase isiklike piiridega.

See leid on kooskõlas rahvusvaheliste uuringutega, kus koduhaigla teenust kirjeldatakse kui ravivormi, mille vastuvõtmine eeldab nii patsiendi kui ka tema sotsiaalse võrgustiku aktiivset kaasatust ja mõtestamist (Shepperd jt., 2009; Schumacher jt., 2021). Erinevalt statsionaarsest ravist, kus vastutus ja otsustusruum on selgelt institutsionaalselt raamitud, toimub koduhaigla puhul ravi patsiendi isiklikus elukeskkonnas, mis muudab otsustusprotsessi subjektiivsemaks ja situatsioonipõhisemaks.

Uuringutulemused näitasid, et nii patsientide lähedaste kui ka teenusele suunavate arstide jaoks on koduhaigla teenusega seotud informatsiooni kättesaadavus piiratud. Tulemuste põhjal ei saa väita, et lähedased oleksid teenusele jõudmisel kogunud informatsiooni täielikku puudumist. Pigem ilmnis, et suuline info oli olemas ja valdavalt mõistetav, kuid selle hilisem meenutamine ja kontrollimine osutus keeruliseks. Lähedased kirjeldasid, et kuigi teenust selgitati haiglas vahetu kontakti käigus üldjuhul arusaadavalt, oli teenuse kohta täiendava kirjaliku või veebipõhise informatsiooni leidmine keeruline. Segadust tekitas ka internetis olevate välismaiste materjalide erinevus Eesti teenusega.

Sarnaseid tähelepanekuid on toodud välja ka varasemates rahvusvahelistes uuringutes, kus koduhaigla teenuse killustatud käsitlus ja ebahühtlane defineerimine on põhjustanud patsientide ja nende lähedaste ebakindlust (Wang jt., 2023; Wong jt., 2025). See viitab olukorrale, kus

informatsioon oli küll teenusele suunamise hetkel kättesaadav, kuid mitte hilisemates situatsioonides. Kirjanduses on sellist nähtust kirjeldatud kui „ajalist informatsioonilünka“, kus emotsionaalselt koormavas olukorras saadud info ei pruugi pikaajaliselt kinnistuda (Wang jt., 2023).

Oluline on rõhutada, et siinse uurimistöö tulemuste põhjal ei väljendanud lähedased otseselt rahulolematust arstide poolse suulise selgituse kvaliteediga. Ebakindlus tekkis pigem olukordades, kus teenusega seotud info tuli hiljem iseseisvalt taas läbi mõelda või selgitada teistele pereliikmetele. Kirjalike ja struktureeritud infomaterjalide puudumine raskendas teenuse mõtestamist, eriti emotsionaalselt pingelises ravisituatsioonis.

Sarnane probleem ilmnes ka arstide vaates. Arstid kirjeldasid raskusi vajalike juhendmaterjalide leidmisel ning teenuse tingimuste meenutamisel igapäevatöö kontekstis. Selline olukord ei viita individuaalsele ebapädevusele, vaid pigem süsteemsele korralduslikule väljakutsele. Varasemad uuringud on näidanud, et tervishoiuteenuste rakendamisel mõjutavad info killustatus ja ebaselged protsessid otseselt teenuste kasutamise sujuvust ja usaldusväärset (Kokorelias jt, 2025). Eesti kontekstis süvendab seda olukorda asjaolu, et koduhaigla teenus ei ole riiklikult defineeritud ega standardiseeritud.

## **5.2. Lähedaste roll ja selle varieeruvus koduhaigla mudelis**

Uurimistöö üks leidudest puudutab lähedaste rolli koduhaigla teenuses. Mitmed lähedased kirjeldasid ebakindlust seoses sellega, mida neilt oodatakse ning kus kulgeb piir nende toetava rolli ja tervishoiutöötajate vastutuse vahel. Lähedaste seas esines selgelt tajutud vastutuse suurenemist, eriti teenuse algfaasis ja ebakindlates olukordades. See rollide eristamine on arutelu kriitilise tähtsusega. Koduhaigla kontseptsiooni aluseks on, et kogu ravivastutus jääb tervishoiutöötajatele ning lähedase roll piirdub toetamise ja igapäevase elukorralduse abiga. Kui lähedased tajuvad end siiski „vastutavatena“ näitab see kommunikatiivset ja psühhosotsiaalset lõhet teenuse kavandatud ja kogetud toimimise vahel.

Sarnaseid tulemusi on kirjeldatud ka Norra kvalitatiivses uuringus, kus lähedased tundsid koduhaigla teenuse esimestel päevadel suuremat ebakindlust ning vajadust tihedama juhendamise järele (Karlsen jt, 2023). Rahvusvaheline kirjandus kinnitab, et koduhaigla teenuse kontekstis kipuvad lähedased sageli võtma enda kanda emotsionaalset vastutust patsiendi seisundi eest, isegi olukordades, kus nende roll on ametlikult piiratud (Karlsen jt., 2023; Mason jt., 2022). See

„emotsionaalne vastutus“ ei ole mõõdetav ravitegevuse kaudu, kuid mõjutab oluliselt lähedaste kogemust ja heaolu. Kirjandus rõhutab, et koduhaigla teenuse edukas rakendamine eeldab lähedaste rolli selget ja järjepidevat selgitamist. Kui rolli piirid jäävad ebaselgeks, võib see suurendada hoolduskoormuse tunnet ja emotsionaalset stressi, kuigi tegelik vastutus ei ole lähedastele üle antud (Mason jt, 2022).

Uurimistöö tulemused näitavad, et ebakindlus ei tulenenud niivõrd konkreetsetest ülesannetest, vaid pigem teadmatusest, kuidas kriitilises olukorras käituda ja millal abi otsida. Need leiud viitavad vajadusele tugevama rolliselgituse ja emotsionaalse toe järele, eriti teenuse algusfaasis. Toetavate meetmetena on kirjanduses kirjeldatud lähedastele suunatud juhendeid, kontaktisikuid ning võimalust psühholoogiliseks nõustamiseks, mis aitavad vähendada ebakindlust ja suurendada turvatunnet (Dalstrom jt, 2025). Selline leid viitab vajadusele rolliselgituse kõrval ka realistlike stsenaariumide läbimõtlemiseks ja lähedastele mõeldud toetavate mehhanismide loomiseks, eriti ravi algfaasis.

### **5.3. Koduse ja haiglateskkonna võrdlus**

Lähedaste kogemuste analüüs näitab, et kodune ravikeskkond pakub mitmeid eeliseid võrreldes statsionaarse haiglaraviga, eelkõige privaatsuse, paindlikkuse ja logistikaga seotud koormuse vähenemise osas. Eriti toodi esile logistiliste takistuste vähenemist, sest kodune ravi vähendab vajadust transpordi järele, kõrvaldab piirangud külastusaegadele ning aitab vältida haiglateskkonnaga seotud stressi. Need tähelepanekud kajastusid ka tulemustes ning olid kooskõlas rahvusvaheliste uuringutega, mille kohaselt kodune ravikeskkond võib toetada nii patsiendi kui ka lähedaste heaolu. Samad aspektid tugevdavad peresüsteemi autonoomiat ja võimaldavad ravi integreerimist igapäevaelu, mis on koduhaigla mudeli üks keskseid eesmärke. (Wong jt., 2025.)

Kodune keskkond võimaldas lähedaste hinnangul hoida patsiendi igapäevast rütmi ning pakkus suuremat privaatsust ja rahu. Samas toob kodune keskkond kaasa ka uued pinged. Haiglateskkonna struktuur, personali pidev kättesaadavus ja institutsionaalne raamistik loovad turvatunde, mis koduses keskkonnas peab kujunema muude mehhanismide kaudu. Uurimistöö tulemused viitavad, et see turvatunne ei ole automaatne, vaid tekib järk-järgult regulaarsete kontaktide, selgete rutiinide ja positiivsete kogemuste kaudu. Mitme lähedase kirjeldustes ilmnis paralleelselt mugavusega ka suurenenud vastutustunne, eriti öiste perioodide ja ärevate sümptomite korral. See kaksikmõju on kirjanduses hästi dokumenteeritud ning kinnitab, et

koduhaigla ei ole universaalselt stressivaba lahendus, vaid vajab individuaalset kohandamist (Sriskandarajah jt, 2018). Koduhaigla teenuse puhul ei tulene lähedaste turvatunne enam peamiselt tervishoiuasutusest, vaid kujuneb eelkõige inimestevaheliste suhete ja toimiva suhtluse kaudu. Kui koostöö ja info liikumine toimivad hästi, kogetakse kodust ravi sageli haiglaraviga võrreldava või isegi parema alternatiivina, samas kui puudulik suhtlus ja ebaselged rollid võivad suurendada ebakindlust.

#### **5.4. Suunamisprotsessi selgus**

Arstide kogemuste analüüs näitab, et koduhaigla teenust käsitletakse eeskätt süsteemse lahendusena, millel on potentsiaal leevendada haigla ülekoormust ja vastata vananeva ühiskonna vajadustele. Arstid hindasid koduhaigla teenust vajaliku ja perspektiivika ravivormina, mis võimaldab vähendada statsionaarse ravi koormust ning pakkuda patsiendikesksemat ravi. Samas töid arstid esile praktilisi raskusi, mis on seotud juhendmaterjalide kättesaadavuse ja teenuse nähtavusega igapäevatoos.

Oluline analüütiline aspekt on, et arstide poolt kirjeldatud raskused ei ole seotud niivõrd meditsiiniliste otsustega, vaid organisatsiooniliste ja informatsiooniliste protsessidega. See kinnitab, et koduhaigla kui teenuse edasine areng ei sõltu üksnes kliinilistest tõenditest (paranemise- ja rehospitalseerimise määrad jne), vaid eelkõige teenuse süsteemsest integreerimisest tervishoiukorraldusse. Need leiud kattuvad varasemate uuringutega, kus on rõhutatud, et koduhaigla teenuse edukus sõltub tugevalt süsteemsest korraldusest ja selgest töövoost (Sultani jt, 2024).

#### **5.5. Süsteemne potentsiaal ja praktilised piirangud**

Arstid käsitlesid koduhaiglat ka potentsiaalse lahendusena tööjõupuudusele ja haiglate ülekoormusele. Siiski ei tähenda koduhaigla nende hinnangul lihtsamat või vähem vastutusrikast tööd, vaid pigem teistsugust töökorraldust, mis nõuab samaväärset erialast pädevust, valmisolekut kiireks otsustamiseks ning tihedat koostööd õenduspersonaliga. Seda käsitlust toetab ka varasem kirjandus, mille kohaselt koduhaigla arstid peavad omama kõrget autonoomiat ja laiendatud kliinilist kompetentsi (Mason jt, 2022). Koduhaigla teenus toimib Eestis hetkel pigem „praktikapõhise innovatsioonina“, mitte formaliseeritud tervishoiuteenuse osana. See selgitab nii arstide kui ka lähedaste kogetud ebakindlust ja rõhutab vajadust strateegilise ning normatiivse raamistiku järele.

Teoreetilises plaanis ei viita siinse uurimistöö tulemused vajadusele koduhaigla kontseptsiooni ümbermõtestamiseks, vaid pigem selle sotsiaalsete ja psühhosotsiaalsete komponentide tugevdamiseks. Koduhaigla teenuse jätkusuutlikkus sõltub mitte ainult kliinilisest tõhususest, vaid ka sellest, kui hästi suudetakse toetada patsientide lähedasi nende uues ja sageli emotsionaalselt nõudlikus rollis.

## **5.6. Patsiendikesksus, lähedaste roll ja eetilised pingekohad koduhaigla teenuses**

Käesoleva uurimistöö tulemused toovad esile mitmeid kogemusi, mis võimaldavad käsitleda koduhaigla teenust patsiendikeskse ravivormina, kuid samal ajal osutavad ka eetilistele pingekohtadele teenuse rakendamisel. Patsientide lähedaste kirjelduste põhjal ilmnes, et kodune ravikeskkond võimaldas paremini arvestada patsiendi soovidega ning toetas nende tajutud heaolu, mis on kooskõlas patsiendikeskse ravi põhimõtetega (Cheng jt, 2009; Wong jt, 2025). Seejuures ei tähenda patsiendikesksus, et autonoomia või privaatsus oleks haiglakeskkonnas puudulik, vaid pigem seda, et kodune keskkond võimaldas osade patsientide ja perede jaoks kogeda suuremat igapäevase elu järjepidevust ja rahu.

Kuigi ravivastutus jäi formaalselt tervishoiutöötajatele, kogesid lähedased sageli subjektiivset vastutust patsiendi seisundi jälgimise ja võimalike muutuste märkamisel. Sarnast rollitaju muutust on kirjeldatud ka rahvusvahelises koduhaigla ja koduravi kirjanduses (Karlsen jt, 2023; Harel & Magnezi, 2024). Selline vastutustunde suurenemine on käsitletav eetilise pingekohana mittekahjustamise põhimõtte vaatepunktist. Uurimistöö tulemused osutavad, et lähedaste emotsionaalne koormus avaldus eelkõige ärevuse ja ebakindlusena ning oli kõige tugevam teenuse algusperioodil. Tegemist ei ole otsese kahju tekitamisega, vaid psühhosotsiaalse mõjuga isikutele, kes on ravist kaudselt mõjutatud. Varasemad uuringud on näidanud, et sellist subjektiivset hoolduskoormust kogevad lähedased sageli olukordades, kus kodune ravi nõuab pidevat valvsust ja kohanemist (Mason jt, 2022; Bertelsen & Loft, 2025).

Lisaks ilmnes uuringu tulemustes eetiline aspekt seoses informeeritud osaluse ulatusega. Lähedased kirjeldasid, et kuigi teenuse kohta anti suulist teavet, ei olnud see alati piisavalt struktureeritud ega hiljem kergesti meenutatav. Informatsiooni nappus muutus problemaatiliseks olukordades, kus lähedased pidid iseseisvalt otsustama, millal abi otsida või kuidas patsiendi seisundit tõlgendada. Eetilisest vaatepunktist tähendab see, et informeeritus ei piirdu üksnes ravi alustamise hetkega, vaid hõlmab pidevat ja arusaadavat teavet kogu teenuse vältel, eriti nende isikute jaoks, kes osalevad raviprotsessis igapäevaselt (Cheng jt, 2009; Sriskandarajah jt, 2018).

Käesoleva uurimistöö tulemused osutavad vajadusele käsitleda koduhaiglat süsteemina, mis mõjutab lisaks patsiendile ka tema lähedasi. Eetilised pingekohad ilmnesid eeskätt seoses rolliselguse, informatsiooni kättesaadavuse ja teenuse algusfaasis pakutava toe piisavusega. Nende aspektide teadlik arvestamine ja arendamine on oluline, et koduhaigla teenus toetaks patsiendi heaolu ilma ebaproportsionaalselt koormamata tema lähedasi (Mason jt, 2022; Wong jt, 2025).

## **5.7. Uurimistöö kitsaskohad**

Käesoleva uurimistöö tulemuste tõlgendamisel tuleb arvestada mitmete piirangutega, mis on iseloomulikud kvalitatiivsele uurimusele ning tulenevad nii valitud meetodikast kui ka uurimiskontekstist. Kitsaskohtade käsitlemine ei vähenda uurimistöö väärtust, vaid aitab selgemalt piiritleda tehtud järelduste üldistatavust.

Esiteks mõjutab tulemuste tõlgendamist asjaolu, et patsientide lähedaste roll ja kaasatuse aste varieerus valimis märkimisväärselt. Mõnel juhul viibis lähedane patsiendi juures pidevalt, teistel juhtudel osales raviprotsessis pigem kaudselt või episoodiliselt. Kuigi selline varieeruvus peegeldab realistlikult koduhaigla teenuse mitmekesisist rakendumist, võib see mõjutada kogemuste võrdlust ja üldistamist. Uurimistöö ei seadnud eesmärgiks lähedaste rollide süstemaatilist eristamist ega võrdlemist, mistõttu ei saa teha järeldusi selle kohta, millised kaasatuse vormid on seotud suurema või väiksema koormusega.

Teiseks tuleb rõhutada, et uuring viidi läbi eesti keeles ning kaasamiskriteeriumiks oli osalejate eesti keele oskus. Sellest tulenevalt kajastavad uurimistulemused üksnes eestikeelsete osalejate kogemusi. See ei tähenda, et muukeelsete patsientide või nende lähedaste kogemused oleksid olemuslikult erinevad, kuid tulemusi ei saa automaatselt laiendada teistele keelelistele või kultuurilistele rühmadele ilma täiendavate uuringuteta.

Metodoloogilisest vaatenurgast tuleb arvestada, et tegemist on kvalitatiivse uurimistööga, mille eesmärk ei olnud statistiline üldistatavas, vaid kogemuste sisuline mõistmine. Patsientide lähedaste intervjuudes ilmnes temade kordumine ning informatsiooniline küllastumine suhteliselt varajases andmekogumise etapis, mis kinnitab valimi piisavust uurimisküsimustele vastamiseks. Samas tähendab kvalitatiivne lähenemine, et tulemused peegeldavad uuritavate subjektiivseid kogemusi ning võivad olla mõjutatud nii emotsionaalsest olukorrast intervjuu hetkel kui ka retrospektiivsest tõlgendusest.

Kuna intervjuud viidi läbi pärast teenuse kasutamist, võib vastuseid mõjutada sotsiaalne soovitus. Hoolimata anonüümsuse tagamisest ei saa täielikult välistada kalduvust rõhutada positiivseid kogemusi ning pehmedada kriitilisi hinnanguid. Uurimistöös osalejate vastused võivad olla ka vastupidiselt kallutatud. Lähedased võisid uurimistöös osaledes olla liigselt kriitilised. Nendest piirangutest hoolimata pakub uurimistöö usaldusväärset ja sisukat ülevaadet koduhaigla teenuse kasutamise kogemustest patsientide lähedaste ja suunavate arstide vaatenurgast ning loob tugeva aluse edasisteks, laiema ulatusega uuringuteks.

### **5.8. Uurimistöö praktiline väärtus ja soovitused uurimistöö teema arendamiseks**

Käesoleval uurimistööl on selge praktiline väärtus nii koduhaigla teenuse arendamise, hindamise kui ka laiemalt patsiendikeskse tervishoiu kujundamise seisukohast Eesti kontekstis. Uuring pakub ülevaate kogemustest, mida senised koduhaigla teenust käsitlevad uuringud Eestis ei ole hõlmanud, keskendudes patsientide lähedaste ja teenusele suunavate arstide vaatenurkadele.

Uurimistöö tulemused on vahetult rakendatavad koduhaigla teenuse igapäevase korralduse parandamisel. Lähedaste ja arstide poolt kirjeldatud kogemused toovad esile konkreetset arendusvajadused, eeskätt informatsiooni kättesaadavuse, rolliselguse ning teenuse algusfaasis pakutava toe osas. Neid tulemusi saab kasutada sisendina infomaterjalide väljatöötamisel, sh selgete ja sihtrühmapõhiste juhendite loomisel patsientidele, lähedastele ja tervishoiutöötajatele. Struktureeritud ja ühtne infovahendus võib aidata vähendada ebakindlust, parandada teenuse mõistetavust ning toetada teenuse järjepidevat kasutamist.

Uurimistöö annab väärtuslikku sisendit lähedaste kaasamise ja toetamise põhimõtete täpsustamiseks koduhaigla teenuses. Uurimistöö praktiline väärtus seisneb siin võimaluses suunata tähelepanu lähedaste psühhosotsiaalsele toetamisele, näiteks läbi parema rolliselgituse, regulaarse tagasiside ja vajadusel tugispetsialistide (nt psühholoog, sotsiaaltöötaja) kaasamise. Selline lähenemine toetab teenuse eetilist ja jätkusuutlikku rakendamist.

Tulemused on olulised tervishoiutöötajate ja tervishoiukorralduslikust vaatenurgast. Arstide kogemused tõid esile, et koduhaigla teenus on hinnatud ja vajalik ravivorm, kuid selle kasutamist piiravad sageli organisatsioonilised ja informatsiooni puudumisega seotud tegurid. Uurimistöö annab aluse aruteluks suunamisprotsessi toetavate lahenduste, näiteks selgemate juhendite, kontrollnimekirjade või digitaalsete tööriistade arendamiseks. Samuti pakub töö praktilist sisendit

inimressursi planeerimisel, tuues esile koduhaigla kui võimaliku töövormi kogenud tervishoiutöötajatele.

Käesoleval uurimistööl on praktiline väärtus ka tervishoiupoliitilisel tasandil. Kuna koduhaigla teenus ei ole Eestis riiklikult üheselt defineeritud ega lisatud tervishoiuteenuste loetellu, pakub siinne uurimus toimiva teenusmudeli kogemuslikku analüüsi, mida saab kasutada edasiste otsuste ja strateegiate kujundamisel. Uurimistöö tulemused aitavad kaasa arutelule selle üle, kuidas koduhaigla teenust süsteemselt integreerida Eesti tervishoiukorraldusse, arvestades nii patsientide, lähedaste kui ka tervishoiutöötajate vajadusi.

Lisaks loob uurimistöö aluse edasisteks teadusuuringuteks. Töö tulemusi saab kasutada lähtepunktina longituud- või võrdlusuuringute kavandamisel, näiteks hinnates teenuse arenduste mõju patsientide ja lähedaste kogemusele või võrreldes erinevaid teenusmudeleid. Samuti võimaldab käesolev uurimus siduda kvalitatiivseid kogemusi kvantitatiivsete näitajatega, toetades terviklikuma koduhaigla teenuse mudeli kujundamist Eestis.

## 6. JÄRELDUSED

Käesoleva magistritöö eesmärk oli anda ülevaade SA Viljandi Haigla koduhaigla teenusele suunanud arstide ja teenust saanud patsientide lähedaste kogemusest. Uurimistöö tulemused näitavad, et koduhaigla teenust hinnatakse mõlema sihtrühma poolt kõrgelt ning seda peetakse vajalikuks ja patsiendikeskseks ravivormiks. Samas ilmnisid mitmed teenuse rakendamiseiga seotud kitsaskohad, mis viitavad süsteemsele sihipärasele arendusvajadusele.

Magistritöö tulemused osutavad, et patsientide lähedaste kogemus koduhaigla teenusega on valdavalt positiivne, kuid kujuneb ajas ning eeldab kohanemist. Lähedased hindasid kõrgelt teenuse loogilist ülesehitust, ravi toimumist koduses ja patsiendile tuttavas keskkonnas ning ravimeeskonna professionaalsust ja suhtlusvalmidust. Kodune ravikeskkond lõi paljudele turvatunde ning vähendas haiglaraviga seotud stressi ja logistilist koormust. Samas koges osa lähedasi teenuse algusfaasis ebakindlust, mis oli seotud piiratud informatsiooni, ebaselgete rolliootuste ning vastutuse tajumisega. Lähedaste selgelt väljendatud vajaduseks oli paremini kättesaadav, kirjalik ja struktureeritud info koduhaigla teenuse kohta ning parem arusaam nende rollist ja vastutuse piiridest raviprotsessis. Lähedased viitasid vajadusele täiendava psühholoogilise või sotsiaalse toe järele, eriti emotsionaalselt koormavates situatsioonides.

Teenusele suunavate arstide kogemused olid samuti üldjoontes positiivsed. Arstid pidasid koduhaigla teenust vajalikuks ja perspektiivikaks lahenduseks, mis aitab vähendada statsionaarse ravi koormust ning toetab patsiendikeskset ravikorraldust. Suunamisotsust kirjeldati enamasti lihtsana, eriti juhtudel, kus patsiendi seisund oli stabiilne ja suunamiskriteeriumid selged. Samas ilmnisid arstide kogemustes raskused teenusega seotud informatsiooni leidmisel ja juhendmaterjalide kättesaamisel. Teenuse eristamine teistest kodustest raviteenustest ning selle selgitamine patsientidele ja lähedastele nõudis arstide hinnangul sageli täiendavat aega ja pingutust. Arstid nägid vajadust ühtsete, hästi leitavate ja praktiliste juhendite ning kontrollnimekirjade järele, mis toetaksid suunamisotsuste tegemist ning teenuse tutvustamist.

Käesolev uurimistöö pakub olulist lisateadmist Eesti kontekstis, tuues esmakordselt kokku koduhaigla teenusele suunanud arstide ja patsientide lähedaste vaatenurgad. Tulemused loovad aluse praktilisteks arendusotsusteks nii teenuse igapäevases korralduses, organisatsioonilisel tasandil kui ka laiemalt koduhaigla teenuse süsteemsemal käsitlemisel tulevikus. Edasised uuringud, mis kaasavad ka patsientide enda kogemused aitaksid veelgi süvendada arusaama koduhaigla teenuse mõjust ja arenguvõimalustest Eesti tervishoiusüsteemis.

## KASUTATUD KIRJANDUS

- Anwar, M.M., Shamaz, H., Li, N., Crosbie, H., Mcgeachy, C., Harding, a., Ho, A., Thacher-Plant, E., Armstrong., Munang, L., Degnan, A., & Anand, A. (2024). The future of hospital at home: a qualitative interview study of healthcare staff. *Eur Geriatr Med* 15, 1001–1005. <https://doi.org/10.1007/s41999-024-00982-3>
- Bertelsen, K. B., & Loft, M. I. (2025). When the home becomes the setting for hospital treatment: A qualitative study of relatives' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 82(1), 567–579.  
<https://doi.org/10.1111/jan.16955>
- Cheng, J., Montalto, M., & Leff, B. (2009). Hospital at Home. *Clinics in Geriatric Medicine*, 25(1), 79–91. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2008.10.002>
- Dalstrom, M. D., Klein, C. J., Rothrock-Magana, M., & Cooling, M. (2025). Patient-centered care: A qualitative analysis of patient and caregiver experiences in a Hospital at Home program. *Journal of Patient Experience*, 12, 1–7.  
<https://doi.org/10.1177/23743735251347706>
- Determeijer, J. J., van Waard, J. D., Leopold, S. J., Spijker, R., Agyemang, C., & van Vugt, M. (2024). The barriers and facilitators family caregivers experience when participating in resource-limited hospital care: A qualitative systematic review. *BMJ Global Health*, 9(11).  
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-015956>
- Elo S. & Kyngäs H. (2008.) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Gonçalves-Bradley, D. C., Iliffe, S., Doll, H. A., Broad, J., Gladman, J., Langhorne, P., Richards, S. H., & Shepperd, S. (2017). *Early discharge hospital at home*. Cochrane Database of

- Systematic Reviews, (6), CD000356. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000356.pub4>
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Harel, N., & Magnezi, R. (2024). A SWOT Analysis of Hospitals' and HMO Representatives' Opinions regarding Hospital at Home in Israel. *Health & Social Care in the Community*, 2024, 1–7.  
<https://doi.org/10.1155/2024/8825224>
- Hea teadustava. (2017). Tartu Ülikooli eetikakeskus. Vaadatud 06.08.2025.  
<https://eetika.ee/et/sisu/hea-teadustava>
- Hunt, K. (2023). *Koduhaigla olemus ja tervisekasu* [Lõputöö, Tartu Tervishoiu Kõrgkool].
- Isikuandmete kaitse seadus. (2023). RT I, 11.03.2023, 11.  
<https://www.riigiteataja.ee/akt/104012019011?leiaKehtiv>
- Kallio, H., Pietilä, A.–M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954– 2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Kanagala, S. G., Gupta, V., Kumawat, S., Anamika, F., McGlen, B., & Jain, R. (2023). Hospital at home: Emergence of a high value model of care delivery. *The Egyptian Journal of Internal Medicine*, 35, 21. <https://doi.org/10.1186/s43162-023-00206-3>
- Karlsen, L., Mjølstad, B. P., Løfaldli, B. B., & Helvik, A.-S. (2023). Family caregiver involvement and role in hospital at home for adults: The patients' and family caregivers' perspective – A Norwegian qualitative study. *BMC Health Services Research*, 23, 499.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-023-09531-3>
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(2).
- Marsteller, J. A., Burton, L., Mader, S. L., Naughton, B., Burl, J., Guido, S., Greenough, W.

- B., Steinwachs, D., Clark, R., & Leff, B. (2009). Health Care Provider Evaluation of a Substitutive Model of Hospital at Home. *Medical Care*, 47(9), 979–985.  
<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819c93fc>
- Mason, D. J., Naylor, M., & Reinhard, S. (2022). Considering caregivers' needs in Hospital at Home programs. *JAMA Health Forum*, 3(8), e223467.  
<https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.3467>
- Microsoft. (2024). M365 Copilot [suur keelemudel]. Microsoft Corporation.  
<https://www.microsoft.com>
- Miteu, G.,D. (2024) Ethics in scientific research: a lens into its importance, history, and future. *Annals of medicine and surgery*, 86(5), 2395–2398.  
<https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000001959>
- Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*, 24(1), 9-18.  
<https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>
- Pericàs, J. M., Cucchiari, D., Torrallardona-Murphy, O., Calvo, J., Serralabós, J., & Alvé, E. (2020). Hospital at home for the management of COVID-19: preliminary experience with 63 patients. *Infection*, 49(2), 327–332. <https://doi.org/10.1007/s15010-020-01527-z>
- Põld, M., Lutsar, K., Oras, K., Hinno, S., Kull, M., Lasn, A., & Jürisson, M., (2023). *Aktiivravi patsiendi kodus ehk koduhaigla: efektiivsus, kulud ja korraldus*. (Tervisetehnoloogia hindamise raport TTH64). Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervise instituut.  
<https://dspace.ut.ee/items/ca11e01b-d427-4cda-8c9c-129a93cc3f30>
- Sabetfakhri, N. N. (2023). Homebound Older Adult, Caregiver, and Provider Perspectives on the Benefits of Home-Based Primary Care: A Narrative Review. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 10(4), 239–246.  
<https://doi.org/10.17294/2330-0698.2048>

- Shepperd, S., Doll, H., Broad, J., Gladman, J., Iliffe, S., Langhorne, P., Richards, S., Martin, F., & Harris, R. (2009). Hospital at home early discharge. *The Cochrane Collaboration (Toim), Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000356.pub3>
- Schumacher, C., Dash, D., Mowbray, F., Klea, L., & Costa, A. (2021). A qualitative study of home care client and caregiver experiences with a complex cardio-respiratory management model. *BMC Geriatrics*, 21(1), 295. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02251-5>
- Sriskandarajah, S., Hobbs, J., Roughead, E., Ryan, M., & Reynolds, K. (2018). Safety and effectiveness of ‘hospital in the home’ and ‘outpatient parenteral antimicrobial therapy’ in different age groups: A systematic review of observational studies. *International Journal of Clinical Practice*, 72(8). <https://doi.org/10.1111/ijcp.13216>
- Sultani, K., Smeulers, M., de Vries, R., Zonderhuis, B. M., & Nanayakkara, P. W. B. (2024). *Transforming acute care: A scoping review on the effectiveness, safety and implementation challenges of Hospital-at-Home models*. *BMJ Open*, 15(8).  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-098411>
- Tervisekassa. (n.d.). *Õendusabi*.  
<https://tervisekassa.ee/oendusabi>
- Tran, A., & McD Taylor, D. (2009). Medical model for hospital in the home: Effects on patient management. *Australian Health Review*, 33(3), 494.  
<https://doi.org/10.1071/AH090494>
- Viljandi Haigla. (19.04.2026). *Koduhaigla teenus*. Viljandi Haigla.  
<https://www.viljandihaiгла.ee/koduhaiгла-teenus/>
- Wang, X., Stewart, C., & Lee, G. (2023). *Patients’ and caregivers’ perceptions of the quality of hospital-at-home service: A scoping review*. *Journal of Clinical Nursing*.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.16906>

Wojnar, D. M., & Swanson, K. M. (2007). Phenomenology An Exploration. *Journal of Holistic Nursing*, 25(3), 172-180.

<https://doi.org/10.1177/0898010106295172>

Wong, A., Cooper, C., Evans, C. J., Rawle, M. J., Walters, K., Conroy, S. P., & Davies, N.

(2025). Supporting older people through Hospital at Home care: A systematic review of patient, carer and healthcare professionals' perspectives. *Age and Ageing*, 54(2).

<https://doi.org/10.1093/ageing/afaf033>

## LISAD

### Lisa 1. Koduhaigla uurimistööd tutvustav brošüür

#### Mida saate Teie?



Jagada oma kogemust



Panustada koduhaigla teenuse arendamisse

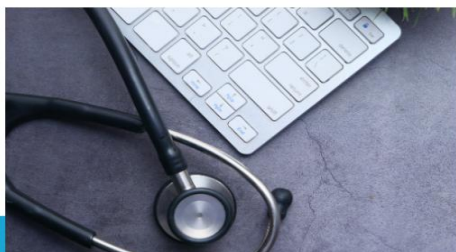
#### Mida saame meie?



Tagasisidet koduhaigla teenuse kohta läbi lähedaste kogemuse



Panustada koduhaigla teenuse arengusse



#### Uurimismeeskonna kontaktid

##### Kaisa Kullas

magistrant /  
uurimistöö teostaja  
5340 5737  
kaisa.kullas@ut.ee



##### Mariliis Pöld

magistritöö juhendaja  
mariliis.pold@ut.ee

##### Kardi Oras

magistritöö juhendaja  
kadri.oras@vmh.ee



Uurimistöös osalemine on vabatahtlik.  
Uurimistöös osalemine ei ole tasustatud.  
Uurimistöö raames kogutud andmeid esitatakse anonüümsed.

## Kogemused koduhaigla teenusega



(järgneb)



## Millega on tegu ?

- ✓ Uurimistöö mille raames koostatakse magistritöö
- ✓ Kogemusuuring

## Mida uuritakse?

- ✓ Lähedaste kogemus koduhaigla teenusega

## Kuidas uuritakse ?

- ✓ Poolstruktureeritud intervjuud
- ✓ Kestab ~20 min
- ✓ Näost näkku või video vahendusel

## VIDEO INTERVJUU

- ✓ Microsoft Teamsi vahendusel
- ✓ Toimumisaeg kokkuleppel
- ✓ Vajalik töötav mikrofoni, kaamera ei pea töötama
- ✓ Salvestatakse Microsoft Teamsi

## NÄOST NÄKKU INTERVJUU



- ✓ SA Viljandi Haiglas koduteenuste osakonnas
- ✓ Toimumisaeg kokkuleppel
- ✓ Vajalik haiglasse kohapeale tulla
- ✓ Salvestatakse diktofoniga

## Lisa 2. Kutse uurimises osalemiseks lähedasele

Lugupeetud patsiendi lähedane.

Kutsume Teid osalema uurimistöös, kui olete ajavahemikus 1. jaanuar, 2025 – 30. juuni, 2025 koduhaigla patsiendiga tegelenud või tegelev lähedane. Uurimistöö eesmärk on saada anda ülevaade SA Viljandi Haigla koduhaigla teenusele suunavate arstide ja teenust saanud patsientide lähedaste kogemusest. Uurimistöös osamine on vabatahtlik ja kõik tulemused esitatakse üldistatult.

Osalemisega nõustudes tehakse Teile sobival ajal ja viisil üks kuni 20 minutiline intervjuu, kus saate oma kogemusest rääkida. Intervjuu viiakse läbi kas näost näkku intervjuuna, videointervjuuna või telefoniintervjuuna. Intervjuu läbiviimise viisi saate valida Teie vastavalt oma võimalustele ja mugavusele.

Näost näkku intervjuud toimuvad Viljandi Haigla koduteenuste osakonnas privaatses kabinetis. Videointervjuu viiakse läbi *Microsoft Teamsi* platvormil ning selle jaoks on Teil vaja arvutit või mõnda muud elektroonilist seadet millega saab platvormile ligi. Telefoniintervjuu korral on Teil vajalik telefon. Telefoniintervjuu korral suhtleb uurija Teiega telefoni teel, mis on pandud kõlarile. Kõigi intervjuude läbiviimine toimub privaatsetes tingimustes ning Teie vastuseid kuuleb vaid uurimist läbi viiv üliõpilane. Kõik intervjuud salvestatakse ja transkribeeritakse kahe nädala jooksul.

Osalemise soovil ja küsimuste tekkimisel palun võtta ühendust uurimistöö teostajaga e-posti aadressil [kaisa.kullas@ut.ee](mailto:kaisa.kullas@ut.ee), või telefonil 5340 5737.

Intervjuud salvestatakse ja säilitatakse 2029. aasta jaanuarini. Kõik vastused on anonüümsed ja Teie vastuseid ei ole hiljem võimalik Teiega kokku viia. Kõiki vastuseid kasutatakse vaid teadustöö eesmärgil.

Lugupidamisega

Kaisa Kullas

Magistriõppe üliõpilane, Tartu Ülikool, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, õendusteaduse õppetool

(järgneb)

Magistritöö juhendajad

Mariliis Põld, tervisepoliitika teadur, Tartu Ülikool, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut,  
Kadri Oras, osakonna juhataja, SA Viljandi Haigla taastusravi kliinik, koduteenused

Meditsiiniteaduste valdkond

Tartu Ülikool

### Lisa 3. Nõusoleku vorm lähedasele

Austatud patsiendi lähedane.

Teid on kutsutud osalema uurimistöös „Kogemused koduhaigla teenusega: poolstruktureeritud intervjuu-uurimus suunavate arstide ja patsientide lähedastega“, mis toimub perioodil 10 veebruar, 2025 – 31. august, 2025. Uurimuse eesmärk on saada anda ülevaade SA Viljandi Haigla koduhaigla teenusele suunavate arstide ja teenust saanud patsientide lähedaste kogemusest

Olete kutsutud osalema, kui olete ajavahemikus 1. jaanuar, 2025 – 30. juuni, 2025 koduhaigla teenusel olnud patsienti abistanud lähedane. Uurimuses osalemine on vabatahtlik ning see ei ole tasustatud. Intervjuu kestab maksimaalselt 20 minutit ning toimub Teile sobivas vormis kas telefoni teel, veebi teel või näost näkku.

Intervjuude fookus on Teie kogemustel, arvamustel ja vaadetel koduhaigla teenuse kohta. Intervjuu salvestatakse diktofoni või *Microsoft Teamsi* abil ja säilitatakse Tartu Ülikooli poolt turvatud serverisse *OneDrive*. Intervjuu kirjutatakse ümber kahe nädala jooksul intervjuu toimumisest. Intervjuu helifail kustutatakse ümberkirjutamise järgselt, ning pärast seda ei ole enam võimalik Teie vastused Teie isikuga kokku viia. Ümberkirjutatud intervjuule antakse uus koodinimetus. Koodinimetust kasutatakse andmete analüüsi käigus, kui on vaja minna tagasi algandmetesse. Ümberkirjutatud teksti koode ei isikustata ja ei seota helifaili ja kontaktandmetega. Koode kasutatakse vaid andmehulkade eristamiseks ja analüüsi käigus algandmete juurde jõudmiseks.

Uurimistöö käigus kogutakse Teilt mõned taustaandmed, mille abil soovitakse leida seoseid kogemuste ja neid mõjutavate tegurite vahel. Teilt küsitakse:

- Teie sugu
- Teie vanust
- Teie tööd või tegevusvaldkonda
- Milline oli Teie lähedase seisund koduhaigla ajal, kas ta oli pidevalt voodis ja vajas liikumisel Teie abi või sai ta sellega ise hakkama?

Kui nõustute uurimuses osalema, siis palun Teil allkirjastada käesolev teadliku nõusoleku vorm ja tagastada see uurijale. Kui Te soovite uurimises osalemisest loobuda, siis võite seda teha

(järgneb)

põhjendamata, kogu intervjuu toimumisaja ja viis nädalapäeva peale intervjuu lõppemist. Intervjuude tekstid analüüsitakse koos taustaandmetega ning andmed esitatakse üldistatud kujul. Kogutud andmestikku kasutatakse üksnes käesolevas uuringus.

Kõik uurimisandmed ja kogutud nõusolekuvormid kogutakse elektrooniliselt ning säilitatakse 2029. aasta jaanuarini, mille järgselt need kustutatakse. Andmeid säilitatakse turvaliselt Tartu Ülikooli serveris *One Drive*, mis on kaitstud Tartu Ülikooli kasutajatunnuste ja paroolidega. Andmetele on ligipääs uurimistöö läbiviijatel ja selle raames koostatava magistritöö juhendajatel. Paber kandjal koostatud dokumendi skaneeritakse esimesel võimalusel ja laetakse Tartu Ülikooli serverisse, mille järgselt paber dokumendid hävitatakse. Uuringu on kooskõlastanud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee.

Uurimistöö ei ole rahastatud. Uurimist läbi viiv üliõpilane toetust ei saa. Uurimistöö koostamisel tekkinud kulutusi (transport, materjalid, aeg) finantseerib uurimistöö teostaja.

Kui Teil on uuringu kohta küsimusi, palume pöörduda uurija Kaisa Kullase poole e-posti aadressil [kaisa.kullas@ut.ee](mailto:kaisa.kullas@ut.ee); telefonil 5340 5737.

Kui Teil tekib küsimusi uuringus osaleja õiguste kohta, siis pöörduge palun Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee poole e-posti aadressil [eeetikakomitee@ut.ee](mailto:eeetikakomitee@ut.ee); telefonil 737 6215.

Kaebustega isikuandmete töötlemise osas pöörduge palun Tartu Ülikooli andmekaitse spetsialisti poole e-posti aadressil [andmekaitse@ut.ee](mailto:andmekaitse@ut.ee).”

Uurimistöö teostaja:

Kaisa Kullas, magistriõppe üliõpilane, Tartu Ülikool, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, õendusteaduse õppetool  
[kaisa.kullas@ut.ee](mailto:kaisa.kullas@ut.ee); telefonil 5340 5737.

Magistritöö juhendajad:

Mariliis Põld, tervise poliitika teadur, Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut  
[mariliis.pold@ut.ee](mailto:mariliis.pold@ut.ee); telefon 55 654 205.

Kadri Oras, osakonna juhataja, SA Viljandi Haigla taastusravi kliinik, koduteenused(järgneb)  
[kadri.oras@vmh.ee](mailto:kadri.oras@vmh.ee); telefon 5860 3169

(järgneb)

Meditsiiniteaduste valdkond

Tartu Ülikool

### Nõusoleku kinnitus

Mind, / \_\_\_\_\_ /, on informeeritud uurimistöö „Kogemused koduhaigla teenusega: poolstruktureeritud intervjuu-uurimus suunavate arstide ja patsientide lähedastega“, ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja andmete kogumise viisist, andmete analüüsimise ja säilitamise ning uurimistulemuste esitamise põhimõtetest.

Kinnitan oma nõusolekut uurimuses osalemiseks ja oma isikuandmete töötlemiseks allkirjaga. Tean, et uurimuse käigus tekkivate küsimuste kohta annab mulle täiendavat informatsiooni uurimistöö teostaja Kaisa Kullas.

Uuritava allkiri / \_\_\_\_\_ /

Kuupäev, kuu, aasta / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi ja allkiri / \_\_\_\_\_ /

Kuupäev, kuu, aasta / / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

#### Lisa 4. Kutse uurimises osalemiseks arstile

Lugupeetud arst.

Kutsume Teid osalema uurimistöös, kui olete suunanud patsiente koduhaigla teenusele ajavahemikus 1. jaanuar, 2025 – 30. juuni, 2025. Uurimistöö eesmärk on saada anda ülevaade SA Viljandi Haigla koduhaigla teenusele suunavate arstide ja teenust saanud patsientide lähedaste kogemusest. Uurimistöös osalemine on vabatahtlik ja kõik tulemused esitatakse üldistatult.

Osalemisega nõustudes tehakse Teile sobival ajal ja viisil üks kuni 20 minutiline intervjuu, kus saate oma kogemusest rääkida. Intervjuu viiakse läbi kas näost näkku intervjuuna, videointervjuuna või telefoniintervjuuna. Intervjuu läbiviimise viisi saate valida Teie vastavalt oma võimalustele ja mugavusele.

Näost näkku intervjuud toimuvad Viljandi Haigla koduteenuste osakonnas privaatses kabinetis või võimalusel Teie kabinetis. Videointervjuu viiakse läbi *Microsoft Teamsi* platvormil ning selle jaoks on Teil vaja arvutit või mõnda muud elektroonilist seadet millega saab platvormile ligi. Telefoniintervjuu korral on Teil vajalik telefon. Telefoniintervjuu korral suhtleb uurija Teiega telefoni teel, mis on pandud kõlarile. Kõigi intervjuude läbiviimine toimub privaatsetes tingimustes ning Teie vastuseid kuuleb vaid uurimist läbi viiv üliõpilane. Kõik intervjuud salvestatakse ja transkribeeritakse kahe nädala jooksul.

Osalemise soovil ja küsimuste tekkimisel palun võtta ühendust uurimistöö teostajaga e-posti aadressil [kaisa.kullas@ut.ee](mailto:kaisa.kullas@ut.ee), või telefonil 5340 5737.

Küsimustike vastused salvestatakse ja säilitatakse 2029. aasta jaanuarini. Kõik vastused on anonüümsed ja Teie vastuseid ei ole hiljem võimalik Teiega kokku viia. Kõiki vastuseid kasutatakse vaid teadustöö eesmärgil.

Lugupidamisega

Kaisa Kullas

Magistriõppe üliõpilane, Tartu Ülikool, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, õendusteaduse õppetool

(järgneb)

Magistritöö juhendajad

Mariliis Põld, tervisepoliitika teadur, Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

Kadri Oras, osakonna juhataja, SA Viljandi Haigla taastusravi kliinik, koduteenused

Meditsiiniteaduste valdkond

Tartu Ülikool

## Lisa 5. Nõusoleku vorm arstile

Austatud arst.

Teid on kutsutud osalema uurimistöös „Kogemused koduhaigla teenusega: poolstruktureeritud intervjuu-uurimus suunavate arstide ja patsientide lähedastega“, mis toimub perioodil 10 veebruar, 2025 – 31. august, 2025. Uurimistöö eesmärk on saada anda ülevaade SA Viljandi Haigla koduhaigla teenusele suunavate arstide ja teenust saanud patsientide lähedaste kogemusest

Intervjuude fookus on Teie kogemustel, arvamustel ja vaadetel koduhaigla teenuse kohta. Intervjuu salvestatakse diktofoni või *Microsoft Teamsi* abil ja säilitatakse Tartu Ülikooli poolt turvatud serverisse *OneDrive*. Intervjuu kirjutatakse ümber kahe nädala jooksul intervjuu toimumisest. Intervjuu helifail kustutatakse ümberkirjutamise järgselt, ning pärast seda ei ole enam võimalik Teie vastused Teie isikuga kokku viia. Ümberkirjutatud intervjuule antakse uus koodinimetus. Koodinimetust kasutatakse andmete analüüsi käigus, kui on vaja minna tagasi algandmetesse. Ümberkirjutatud teksti koode ei isikustata ja ei seota helifaili ja kontaktandmetega. Koode kasutatakse vaid andmehulkade eristamiseks ja analüüsi käigus algandmete juurde jõudmiseks.

Uurimistöö käigus kogutakse Teilt mõned taustaandmed, mille abil soovitakse leida seoseid kogemuste ja neid mõjutavate tegurite vahel. Teilt küsitakse:

- Teie vanust
- Millisest osakonnast Te patsiente koduhaiglasse suunate.

Kui nõustute uurimises osalema, siis palun Teil allkirjastada käesolev teadliku nõusoleku vorm ja tagastada see uurijale. Kui Te soovite uurimises osalemisest loobuda, siis võite seda teha põhjendamata, kogu intervjuu toimumisaja ja viis nädalapäeva peale intervjuu lõppemist.

Intervjuude tekstid analüüsitakse koos taustaandmetega ning andmed esitatakse üldistatud kujul. Kogutud andmestikku kasutatakse üksnes käesolevas uuringus.

Kõik uurimisandmed ja kogutud nõusolekuvormid kogutakse elektrooniliselt ning säilitatakse 2029. aasta jaanuarini, mille järgselt need kustutatakse. Andmeid säilitatakse turvaliselt Tartu Ülikooli serveris *One Drive*, mis on kaitstud Tartu Ülikooli kasutajatunnuste ja paroolidega.

(järgneb)

Andmetele on ligipääs uurimistöö läbiviijatel ja selle raames koostatava magistritöö juhendajatel. Paberkandjal koostatud dokumendi skaneeritakse esimesel võimalusel ja laetakse Tartu Ülikooli serverisse, mille järgselt paber dokumendid hävitatakse. Uuringu on kooskõlastanud Tartu Ülikooli inimuringute eetika komitee.

Uurimistöö ei ole rahastatud. Uurimist läbi viiv üliõpilane toetust ei saa. Uurimistöö koostamisel tekkinud kulutusi (transport, materjalid, aeg) finantseerib uurimistöö teostaja.

Kui Teil on uuringu kohta küsimusi, palume pöörduda uurija Kaisa Kullase poole e-posti aadressil [kaisa.kullas@ut.ee](mailto:kaisa.kullas@ut.ee); telefonil 5340 5737.

Kui Teil tekib küsimusi uuringus osaleja õiguste kohta, siis pöörduge palun Tartu Ülikooli inimuringute eetika komitee poole e-posti aadressil [eeetikakomitee@ut.ee](mailto:eeetikakomitee@ut.ee); telefonil 737 6215.

Kaebustega isikuandmete töötlemise osas pöörduge palun Tartu Ülikooli andmekaitse spetsialisti poole e-posti aadressil [andmekaitse@ut.ee](mailto:andmekaitse@ut.ee).”

Uurimistöö teostaja:

Kaisa Kullas, magistriõppe üliõpilane, Tartu Ülikool, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, õendusteaduse õppetool  
[kaisa.kullas@ut.ee](mailto:kaisa.kullas@ut.ee); telefonil 5340 5737.

Magistritöö juhendajad:

Mariliis Põld, tervisepoliitika teadur, Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut  
[mariliis.pold@ut.ee](mailto:mariliis.pold@ut.ee); telefon 55 654 205.

Kadri Oras, osakonna juhataja, SA Viljandi Haigla taastusravi kliinik, koduteenused  
[kadri.oras@vmh.ee](mailto:kadri.oras@vmh.ee); telefon 5860 3169

Meditsiiniteaduste valdkond

Tartu Ülikool

(järgneb)

## Nõusoleku kinnitus

Mind, / \_\_\_\_\_ /, on informeeritud uurimistöö „Kogemused koduhaigla teenusega: poolstruktureeritud intervjuu-uurimus suunavate arstide ja patsientide lähedastega“, ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja andmete kogumise viisist, andmete analüüsimise ja säilitamise ning uurimistulemuste esitamise põhimõtetest.

Kinnitan oma nõusolekut uurimuses osalemiseks ja oma isikuandmete töötlemiseks allkirjaga. Tean, et uurimuse käigus tekkivate küsimuste kohta annab mulle täiendavat informatsiooni uurimistöö teostaja Kaisa Kullas.

Uuritava allkiri / \_\_\_\_\_ /

Kuupäev, kuu, aasta / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi ja allkiri / \_\_\_\_\_ /

Kuupäev, kuu, aasta / / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## **Lisa 6. Intervjuu kava lähedasele**

Tere!

Täna, et olite nõus minuga koduhaigla teemal vestlemast. Enne kui alustame, kas Teil on mulle korraldusliku osa kohta küsimusi?

- Nõusolekuvorm on täidetud, allkirjastatud
- Paneb salvestuse tööle

### **A. Sissejuhatus**

Kõigepealt tutvustan ma Teile meie intervjuu kava. Intervjuu koosneb neljast eri blokist. Kõigepealt küsin ma mõned küsimused Teie kohta. Seejärel räägime natuke sellest, kuidas Teie lähedane koduhaiglasse määrati ja kodus olemisest ning lõpetuseks räägime ka veidike koduhaiglast üldiselt.

### **B. Taustaandmed**

Aga alustame siis intervjuuga ja ma küsiks Teilt:

- Vanus:
- Sugu:
- Töö/tegevus valdkond:
- Milline oli Teie lähedase seisund koduhaigla ajal, kas ta oli pidevalt voodis ja vajab liikumisel Teie abi või sai ta sellega ise hakkama?

### **C. Koduhaiglasse suunamine**

Palun rääkige mulle, kuidas Teie lähedane koduhaiglasse suunati?

- Kui Teie lähedast koduhaiglasse suunati, siis milline pilt Teile sellest teenusest manati?
  - \* Kuidas Teie nägite, milline koduhaigla teenus välja nägi?
- Kui Teie lähedane koduhaiglasse suunati, kas oli Teie jaoks ka Teie roll arusaadav?
  - \* Mida Teilt oodati koduhaigla teenuse protsessis?

### **D. Kodus olemine**

Palun rääkige, milline oli Teie kogemus kodus olles?

- Kui toimus ravi planeerimine, tundus Teile, et kuulati ära ka Teie poolne tagasiside?
- Kui lähedase juures käis õde, kas ta kuulas ära ka Teie mured ja aitas lahendusi leida

(järgneb)

- Mõeldes sellele, kui Teie lähedane oli koduhaiglas, kuidas Teie kirjeldaksite seda perioodi?
- \* Jõukohane?
- \* Ei olnud liiga raske?

### **E. Koduhaiglast üldiselt**

Räägime nüüd natuke koduhaigla teenusest üldiselt:

- Kui Teie oleksite saanud valida, kas Teie oleksite tahtnud, et Teie lähedane oleks olnud pigem haiglas?
- Kas oleksite nõus ka teinekord koduhaigla teenust kasutama?

### **F. Lõpüküsimused**

Ennem veel, kui me intervjuu lõpetame, kas Teil on veel midagi, mida Teie soovite koduhaigla kogemuse kohta jagada?

- On midagi, mis Teie arvates jäi rääkimata?

Suur tänu Teile intervjuus osalemast ja sellega oleme intervjuu lõpetanud.

- Paneb salvestuse kinni.

\* Täpsustavad küsimused küsitakse vaid juhul kui infot ilma nendeta ei kogune.

## **Lisa 7. Intervjuu kava arstile**

Tere!

Täna, et olite nõus minuga koduhaigla teemal vestlemast. Enne kui alustame, kas Teil on mulle korraldusliku osa kohta küsimusi?

- Nõusolekuvorm on täidetud, allkirjastatud
- Panen salvestuse tööle

### **A. Sissejuhatus**

Kõigepealt tutvustan ma Teile meie intervjuu kava. Intervjuu koosneb neljast eri blokist. Kõigepealt küsin ma Teilt mõned küsimused Teie kohta. Seejärel räägime natuke koduhaiglast üldiselt, seejärel teenusele suunamisest ja siis mõni lõpuküsimus.

### **B. Taustaandmed**

Aga alustame intervjuuga ja ma küsin Teilt kõigepealt:

- Vanus:
- Suunamiskoht (EMO, Sise, Kirurgia, Peremeditsiin)

### **C. Koduhaiglast üldiselt**

Palun rääkige mulle, milline on olnud Teie kogemus koduhaigla teenusega:

- Mida Teie koduhaigla teenusest teate?
- Kuidas Teie patsiente ravitakse koduhaigla keskkonnas?

### **D. Koduhaiglasel suunamine**

Palun rääkige mulle, milline on olnud Teie kogemus patsientide teenusele suunamisel.

- Kui arusaadav on Teie jaoks, milliseid patsiente saab saata koduhaigla teenusele?
- Kui lihtne on Teie jaoks suunamise protsess? (konkreetset)
- Kas Teie jaoks on koduhaiglasel suunamiseks tehtud abimaterjal arusaadav ja kättesaadav?

### **E. Patsiendile teenuse tutvustamine**

- Kui lihtne on koduhaigla teenust patsiendile selgitada?
- Kas olete leidnud ise mõne nipi kuidas teenust paremini selgitada?

(järgneb)

- Kas oleks vaja rohkem abimaterjali seletamiseks?- Mida tehakse?; Kuhu suunatakse?; Mis tegema hakatakse?

## **F. Lõpuküsimused**

Ennem veel, kui me intervjuu lõpetame, kas Teil on veel midagi, mida Teie soovite oma koduhaigla kogemuse kohta jagada?

- On midagi, mis Teie arvates jäi rääkimata?

Suur tänu Teile intervjuus osalemast ja sellega oleme intervjuu lõpetanud.

- Panen salvestuse kinni.

\* Täpsustavad küsimused küsitakse vaid juhul kui infot ilma nendeta ei kogune

## Lisa 8. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee otsus

### Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 397/T-16

koosolek: 20.01.2025

#### Komitee koosseis:

##### Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, eetikakomitee esimees

##### Aseesimees

Kristi Lõuk Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht / doktorant

##### Liikmed

Diva Eensoo Tervise Arengu Instituut, teadur  
Katrin Kaarna Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste uuringute keskuse juhataja  
Kalle Kisand Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, laborimeditsiini professor  
Piret Koosa Eesti Rahva Muuseum, teadur  
Malle Kuum Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur  
Marje Oona Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini kaasprofessor  
Maire Peters Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika kaasprofessor  
Raivo Puhke Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, funktsionaalse morfoloogia lektor  
Atko-Sulhan Remmel Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, religiooniuuringu kaasprofessor  
Anna-Liisa Tamm Tartu Tervishoiu Kõrgkool, füsioteraapia ja tervisekaitse osakonna juhataja  
Maarja Torga Riigikohus, tsiviilkolleegiumi nõunik

#### Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus eesti keeles: Kogemused koduhaigla teenusega: poolstruktureeritud intervjuu-uurimus suunavate arstide ja patsientide lähedastega

Uurimistöö nimetus inglise keeles: *Experience with Hospital at Home service: a semi-structured interview with the referring doctors and patient caregivers*

#### Vastutav uurija (asutus):

Mariliis Põld (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19, Tartu)

#### Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikool inimuuringute eetika komiteelt, 05.02.2025
2. Lähedastele suunatud kutse uurimistöösse, 05.02.2025
3. Arstile suunatud kutse uurimistöösse, 05.02.2025
4. Informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm lähedasele, 05.02.2025
5. Informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm arstile, 05.02.2025
6. Lähedastele suunatud intervjuu kava
7. Arstile suunatud intervjuu kava

Tartu Ülikool  
grandikeskus  
Raekoja plats 9  
51004 Tartu

tel 737 6215  
e-post eetikakomitee@ut.ee  
www.ut.ee/teadus/eetikakomitee

(järgneb)

8. Uuringu läbiviijate CVd (M. Põld, K. Kullas, K. Oras)

**Uurimistöö lõpp: 31.05.2026**

**Komitee esimees:** Aime Keis */allkirjastatud digitaalselt/*

**Komitee sekretär:** Kaire Kallak */allkirjastatud digitaalselt/*

**Väljastatud:** */viimase digitaalalkirja kuupäev/*

**Selgitus:**

- Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee otsus uuringu taotluse osas ei kohusta isikuandmete või andmekogu vastutavat või volitatud töötajat andmeid uurijale väljastama. Isikuandmete või andmekogu vastutav või volitatud töötaja on kohustatud hindama, kas isikuandmete väljastamine uuringu tegemise eesmärgil ja uurija poolt taotletud viisil on tehniliselt võimalik, lubatud ja vastab õigusaktidele.
- Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee annab hinnangu planeeritavas uuringus isikuandmete töötlemise suhtes taotluses esitatud kirjelduse ja dokumentide alusel. Uuringus kasutatavate isikuandmete vastutav või volitatud töötaja (vastutav uurija ning uuringumeeskond) vastutab isikuandmete töötlemise nõuetekohasuse ja õigusaktidele vastavuse eest ka siis, kui eetikakomitee on uuringu kooskõlastanud.

## Lisa 9. Näide tehisintellekti kasutamisest

**Kasutatud tehisintellekti tööriist:** Microsoft Copilot (GPT-põhine keelemudel)

**Kasutamise eesmärk:** Tehisintellekti kasutati uurimisteema paremaks mõistmiseks ning mõistete esmaseks selgitamiseks uurimistöö eeltasandil. Copilot ei asendanud teadusallikatega töötamist, vaid toetas uurijat mõistete avamisel ja uurimissuuniste täpsustamisel.

**Näidisküsimus Copilotile:** Mis on hermeneutiline fenomenoloogia?

### Copiloti genereeritud vastuse kokkuvõte

Hermeneutilis-fenomenoloogiline lähenemine on kvalitatiivne uurimissuund, mis ühendab fenomenoloogia ja hermeneutika põhimõtted. See lähenemine püüab mõista ja tõlgendada inimeste kogemuste tähendust, mitte neid mõõta ega üldistada statistiliselt.

Kaks põhikomponenti:

- \* Fenomenoloogia - keskendub sellele, kuidas inimesed kogevad mingit nähtust oma igapäevaelus (nt õppimine, haigestumine, õpetajaks olemine).
- \* hermeneutika - rõhutab, et kogemused vajavad tõlgendamist – tähendus tekib uurija ja osaleja dialoogis ning on alati kontekstipõhine.

Peamised tunnused

- eesmärk on mõista tähendust, mitte leida universaalseid seadusi
- uurija ei ole neutraalne vaatleja, vaid toob paratamatult kaasa oma eelteadmised
- kasutatakse süvaintervjusid, päevikuid, narratiive
- analüüs põhineb tekstide (kõne, kirjelduste) tõlgendamisel

Kus seda kasutatakse?

- kasvatusteadustes
- tervishoiu- ja õendusuuringutes
- psühholoogias
- sotsiaal- ja humanitaarteadustes

### Tehisintellekti kasutamise refleksioon

Copiloti vastus oli abistav hermeneutilise fenomenoloogia üldise mõistestiku ja põhialuste mõistmisel. Samas ei kasutanud autor Copiloti vastuseid otseselt teadusliku allikana. Tehisintellekti kasutamine toetas eelkõige esmase arusaama kujunemist ja terminoloogia selginemist.

## Lisa 10. Patsientide lähedaste intervjuudest kujunenud substantiivsete koodide ja kategooriate seosed

*Tabel 5. Patsientide lähedaste intervjuudest kujunenud substantiivsete koodide ja kategooriate seosed*

Substantiivne kood*	Alamkategooria	Keskkategooria	Ülakategooria
<ul style="list-style-type: none"> <li>Patsiendi soov viibida kodus keskkonnas (5x)</li> <li>Lähedase soov teenust kasutada (2x)</li> <li>Patsiendi soov kasutada koduhaigla teenust (3x)</li> <li>Varasem positiivne kogemus koduhaigla teenuse kasutamisel (2x)</li> </ul>	Soov teenust kasutada	Teenusele tulemine	Teenuse kasutamisega alustamine
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ravimeeskonna valmisolek arvestada patsiendi soovidega (3x)</li> <li>Lähedase hinnang teenuse kasulikkusele (1x)</li> <li>Nõusolek proovida uut raviteenust (1x)</li> <li>Patsiendi ebamugavustunne haiglaravil (1x)</li> <li>Patsiendi hirm viibida teises haiglas või teises linnas (1x)</li> <li>Haigla algatusel teenusele suunamine (6x)</li> </ul>	Uue teenuse proovimine		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lähedase vastumeelsus teenuse kasutamise suhtes (1x)</li> </ul>	Ei soovinud teenust		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Teenuse kasutamisest keeldumine lähedase poolt (2x)</li> <li>Teenuse selgitamine haigla personali poolt (19x)</li> </ul>	Teenuse kohta informatsiooni saamine haiglate poolt	Informatsiooni leidmine	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Teenuse kohta varasema info olemasolu (5x)</li> <li>Teenuse kohta info saamine väljaspoolt haiglat (1x)</li> </ul>	Info saamine väljaspoolt haigla personali		

(järgneb)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teenusega seotud info nappus väljaspool Viljandi haiglat (2x)</li> <li>• Teenuse kohta info otsimine tuttavatelt (2x)</li> <li>• Teenuse kohta info otsimine internetist (4x)</li> </ul>	Teenuse kohta saadav informatsioon väljaspool		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soov laiendada teenuse tutvustamist haiglate vahel (1x)</li> <li>• Soov kirjalike infomaterjalide (voldikute) järele (3x)</li> <li>• Soov arendada teenuse kodulehte (3x)</li> </ul>	Soovitus laiendada informatsiooni jagamist		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segadus lähedase rolli ja ülesannete osas (2x)</li> <li>• Soov saada alguses rohkem juhendamist ja tuge (1x)</li> <li>• Ebapiisav arusaam osapoolte rollijaotusest (2x)</li> <li>• Segadus teenuse korralduses teenuse algfaasis (1x)</li> </ul>	Segadus ravimeeskonna rollides	Lähedaste toetamine	Teenuse kasutamine
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soov täiendava toe järele (2x)</li> <li>• Professionaalne personal (8x)</li> <li>• Selge ja arusaadav suhtlus (4x)</li> <li>• Sõbralik personal (2x)</li> <li>• Lähedase ebakindluse kogemus (5x)</li> <li>• Puudujäägid suhtluses (7x)</li> <li>• Hooliv personal (1x)</li> <li>• Kõrvale jäetuse tunne lähedasel (2x)</li> </ul>	Suhtlus lähedastega teenuse vältel		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emotsionaalse nõustamise vajadus (2x)</li> <li>• Soov planeerida patsiendile ja lähedasele rohkem aega (2x)</li> </ul>	Soovitus toetada lähedase rolli ravimeeskonnas		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulaarne meditsiiniline järelvalve kodus (6x)</li> <li>• Liikumise seotud mugavus (1x)</li> <li>• Turvatunde kogemus (4x)</li> </ul>	Patsiendi kliiniline kontroll teenusel viibides	Kogemus teenuse kasutamisel	

(järgneb)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koduse ravi eelistamine haiglaravile (3x)</li> <li>• Muretuse tunne (1x)</li> <li>• Suurem mugavus ja parem enesetunne (2x)</li> <li>• Suurenenud vastutustunne lähedasel (1x)</li> <li>• Arusaamatus teenuse sobivuse osas (1x)</li> <li>• Kodus ravi käsitlemine toimiva alternatiivina haiglaravile (1x)</li> <li>• Haiglaravi eelistamine kodusele ravile (1x)</li> </ul>	<p>Kogemuse võrdlus haiglas ja kodus viibimise vahel</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teenuse soovimine tuttavatele (1x)</li> <li>• Soovitus teenust kasutada võimaluse korral (2x)</li> <li>• Teenuse aktiivne soovimine teistele (1x)</li> </ul>	<p>Soovitab teenust ka teistele</p>		

\* Sulgudes esitatud sagedused tähistavad vastava substantiivse koodi esinemiskordade arvu intervjuuandmestikus ega viita kvantitatiivsele analüüsile.