

TARTU ÜLIKOOL
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu
instituut

**PEREARSTIABI JA ERIARSTIABI KVALITEEDI NING KÄTTE-
SAADAVUSE HINNANGUD IDA-VIRUMAAL: EKSPERTINTERV-
JUUDE PÕHINE KVALITATIIVNE ANALÜÜS**

Magistritöö rahvatervishoius

Jaana Toomik

Juhendajad: Hans Orru, PhD, Tartu Ülikool, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, keskkonnatervishoiu professor

Mari-Liisa Parder, PhD, Tartu Ülikool, eetikakeskus, eetika teadur

Katrin Lang, PhD, Tartu Ülikool, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, epidemioloogia kaasprofessor

Tartu 2025

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu magistritööde kaitsmiskomisjon otsustas 26.05.2025 lubada väitekiri terviseteaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Tatjana Meister, MD, Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi nooremteadur; Dr. Meister OÜ, arst-õppejõud

Kaitsmine: 02.06.2025

Sisukord

Lühikokkuvõte.....	5
1. Sissejuhatus	7
2. Kirjanduse ülevaade.....	9
2.1 Ida-Virumaa tervishoiu piirkondlikud eripärad	9
2.1.1 Ida-Virumaa demograafiline ja sotsiaalmajanduslik taust.....	9
2.1.2 Rahvastiku tervisesenäitajad Ida-Virumaal	10
2.2 Õiglane üleminek Ida-Virumaal.....	11
2.3 Tervishoiuteenuste kvaliteet ja kättesaadavus	13
2.4 Tervishoiuspetsialistide keele- ja kultuurilised barjäärid ning arstide vanus kui süsteemsed väljakutsed Ida-Virumaal	14
2.4.1 Tervishoiuspetsialistide keele- ja kultuurilised barjäärid	14
2.4.2 Arstide vanus kui tervishoiuteenuste kättesaadavust ja kvaliteeti mõjutav tegur.....	15
2.5 Terviseteadlikkus ja seos terviseteenuste kasutamisega.....	18
2.5.1 Terviseteadlikkuse mõiste ja tähtsus rahvatervises	18
2.5.2 Seosed terviseteadlikkuse ja terviseteenuste kasutamise vahel	18
3. Eesmärgid	20
4. Metoodika	21
4.1 Uurimismeetod.....	21
4.2 Valimi moodustamine ja andmete kogumine	22
4.3 Andmete analüüs.....	24
5. Tulemused	28
5.1 Tervishoiutöötajate olukord tervisevaldkonnas Ida-Virumaal.....	28
5.1.1 Tervishoiutöötajate puudus ja järelkasv Ida-Virumaal	28
5.1.2 Tervishoiutöötajate vanuseline koosseis ja töökoormus	31
5.2 Juhtimisväljakutsed ja organisatsioonikultuur	32
5.2.1 Diagnostika, ravi ja ravijuhendite kasutamine.....	34
5.2.2 Kommunikatsioon ja meeskondade koostöö.....	37
5.2.3 Intervjueeritavate ettepanekud	39
5.3 Suhtluskeel ja keeleoskuse mõju tervishoiuteenuste kvaliteedile.....	42
5.3.1 Keelebarjäär kui takistus tervishoiuspetsialistide minemisel Ida-Virumaale	42

5.4 Tervishoiuteenused	45
5.4.1 Eriarstiabi.....	45
5.4.2 Perearstiabi Ida-Virumaal: intervjuueeritavate hinnangud.....	49
5.4.3 Eraarstiabi Ida-Virumaal: Intervjuueeritavate hinnangud	55
5.4.4 Ekspertide hinnang Ida-Virumaa elanike terviseteadlikkusele.....	58
6. Arutelu	62
7. Järeldused ja ettepanekud	69
7.1 Järeldused	69
7.2 Ettepanekud, mis esitatakse magistritöö tulemuste põhjal	69
8. Kasutatud kirjandus.....	71
<i>Summary</i>	77
Tänuavaldus	79
<i>Curriculum Vitae</i>	80
Lisad	81
Lisa 1. Intervjuude kavandi põhiküsimused	81
Lisa 2. Esmane kodeerimiskeem	82

Lühikokkuvõte

Ida-Virumaale on omased mitmed sotsiaalmajanduslikud ja kultuurilised eripärad, mis mõjutavad ka tervishoiusüsteemi, sh nii perearstiabi kui ka eriarstiabi teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti. Viimastel aastatel on piirkonnas üha enam muret tekitanud arstkonna vananemine ja tervishoiutöötajate puudus. On prognoositud, et lähima viie aasta jooksul lahkub tööturult suur osa perearste ning perearsti terviseteenuste kättesaadavus võib Ida-Virumaal oluliselt halveneda. Ida-Virumaal on nii arstide kui ka nende patsientide emakeel vene keel, mistõttu toimub igapäevane suhtlus sageli ainult vene keeles. See loob keelebarjääre suheldes teiste Eesti tervishoiuasutustega, kus eesti keel on peamine töökeel ning vastastikune arusaamine võib olla puudulik ja kohati võimatu.

Samal ajal mängib suurt rolli ka elanike terviseteadlikkus, mis mõjutab seda, kui palju ja milliseid tervise- ja tervishoiuteenuseid kasutatakse. Kuna Ida-Virumaa on majanduslikult haavatav piirkond ja sealsetel elanikel on ka keelelised ning kultuurilised eripärad, on eriti oluline koguda just selle piirkonna kohta teadmist, mis aitab mõista, kuidas on omavahel seotud teenuste kättesaadavus, kvaliteet ja inimeste terviseteadlikkus.

Käesolevas magistritöös uuriti perearstiabi ja eriarstiabi teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti ning Ida-Virumaa elanike terviseteadlikkust tervishoiusüsteemi kontekstis. Magistritöö on tehtud Õiglase Ülemineku Fondi meetmest toetava teadusprojekti “Ülemineku tervisemõjude hindamine” raames. Magistritöö eesmärk oli mõista, millised on eksperthinnangud olemasolevate teenuste toimimisele ning kuidas tajutakse elanikkonna terviseteadlikkuse taset ja selle mõju teenuste kasutamisele.

Andmete kogumiseks viidi läbi poolstruktureeritud ekspertintervjuud, mis võimaldasid osalejatel jagada oma kogemusi ja hinnanguid. Valitud kvalitatiivne lähenemisviis võimaldas käsitleda teemat kontekstitundlikult ning jõuda süvitsi sisuliste tähendusteni. Intervjuude analüüsis kasutati temaatilise analüüsi meetodit, kus kombineeriti deduktiivset ja induktiivset lähenemist: arvestati nii teoreetilist raamistikku kui ka andmetest esile kerkinud uusi tähenduslikke teemasid. Läbi viidi 11 ekspertintervjuud, nendest 2 olid gruppintervjuud. Kokku intervjueriti 13 inimest.

Uuringu tulemused näitavad, et arstiabi kättesaadavus Ida-Virumaal, eelkõige pe-
rearstias, on piiratud. Piirkonnas tegutsev arstkond on vananev ning noorte spetsialis-
tide järelkasv on ebapiisav. Tööjõupoliitika ning olemasolevad toetusmeetmed ei pruugi
olla piisavalt kohandatud Ida-Virumaa vajadusi arvesse võttes. Lisaks esineb keelelisi ja
kultuurilisi eripärasid, mis mõjutavad igapäevast töökorraldust ja koostööd teiste tervis-
hoiuasutustega, kuna Ida-Virumaal suhtlus toimub valdavalt vene keeles. Samuti ilmnes,
et elanike terviseteadlikkus on madal, mis võib mõjutada nii tervisekäitumist kui ka tervi-
seteenuste kasutamist. Tõenduspõhise tervisepoliitika kujundamine Ida-Virumaal on va-
jalik, et leevendada koormust tervishoiusüsteemile.

1. Sissejuhatus

Käesolev magistritöö on tehtud Õiglase Ülemineku Fondi meetmest toetava teadusprojekti “Ülemineku tervise mõjude hindamine” raames, mille eesmärk on analüüsida Ida-Virumaa õiglase ülemineku terviseaspekte, keskendudes tervishoiuteenuste kättesaadavusele, tervise ebavõrdsusele ja õiglase ülemineku seotud terviseriskidele. Ida-Virumaa on tugevalt mõjutatud piirkond kliima- ja tööstusreformidest (1), mistõttu on Ida-Virumaal vajadus hinnata, kuidas toimuvad struktuursed muutused peegelduvad ka tervishoiusüsteemis – selle kättesaadavuses, kvaliteedis ja elanikkonna võimes tervishoiusüsteemi kasutada.

Ida-Virumaa seisab silmitsi mitmete struktuursete probleemidega, mis mõjutavad otseselt tervishoiusüsteemi toimimist (2). Piirkonnas on Eesti kõrgeim töötuse määr (3), suur eakate osakaal (4), sagedasemad hingamisteede ja südame-veresoonkonnahaiguste esinemised (1,5). Arstide vanuseline koosseis Ida-Virumaal viitab lähenevale tööjõupuudusele, kuna paljud arstid on pensionieas või sellele lähedal (6,7). Noorte arstide siirdumine piirkonda on olnud tagasihoidlik, mis tekitab küsimusi perearstiabi ja eriarstiabi jätkusuutlikkuse kohta.

Tervishoiuteenuste kättesaadavust ja kvaliteeti ei määra ainult tervishoiu teenusepakkujate olemasolu, vaid ka elanikkonna teadlikkus (8), oskus ning valmisolek teenuseid kasutada (9). Terviseteadlikkuse tase mõjutab otseselt seda, kuidas inimesed otsivad terviseabi, suhtuvad ennetusse ja järgivad ravisoovitusi (9–11). Ida-Virumaa mitmekeelne ja kultuuriliselt eristuv elanikkond toob kaasa lisakompleksust – teatud sotsiaalgruppidel võib olla piiratud juurdepääs teaduspõhisele tervisetabele, mis omakorda võib mõjutada nende tervisevalikuid (10,12). Seega on oluline uurida, millisel määral mõjutab elanikkonna terviseteadlikkus tervishoiuteenuste kasutamist ning kuidas seda saaks parandada, et tagada tervishoiusüsteemi võrdsus ja õiglus.

Käesoleva magistritöö eesmärk on uurida, kuidas hinnatakse Ida-Virumaal perearstiabi ja eriarstiabi teenuste kvaliteeti ja ligipääsetavust kohalike ekspertide vaates. Magistritöö keskendub sellele, milliseid takistusi nähakse teenuste kättesaadavuse tagamisel ning millised on võimalused nende parendamiseks. Töö keskmes on kaks alaeesmärki: esiteks analüüsida, kuidas arstide vanuseline profiil ja personalipuudus

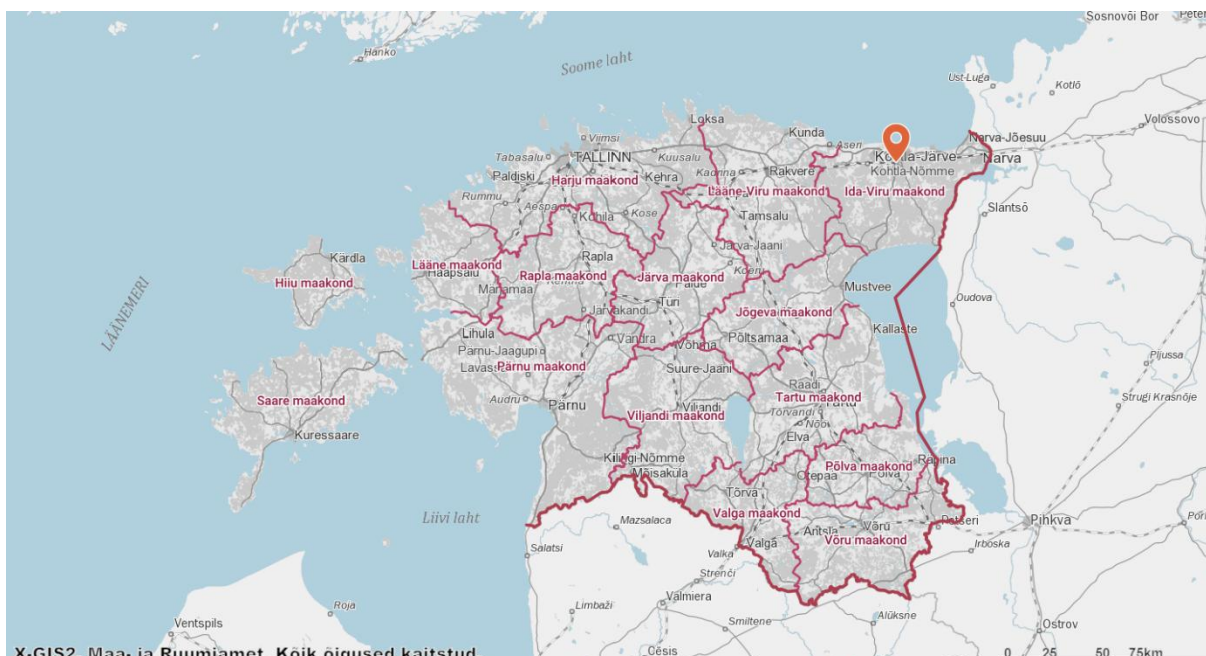
mõjutavad tervishoiuteenuste kättesaadavust ja kvaliteeti; teiseks uurida, kuidas piirkonna elanike terviseteadlikkus mõjutab teenuste kasutamist ning millist rolli see mängib süsteemi üldises toimimises.

2. Kirjanduse ülevaade

2.1 Ida-Virumaa tervishoiu piirkondlikud eripärad

2.1.1 Ida-Virumaa demograafiline ja sotsiaalmajanduslik taust

Ida-Virumaa paikneb Eesti kirdeosas, olles piiratud põhja suunal Soome lahe, lõunast Peipsi järve ja Jõgeva maakonna, idast Narva jõe ja Venemaaga ning läänest Lääne-Virumaa (joonis 1.) (13). Maakond jaguneb laias laastus kaheks: põhja pool on linnastunud ja tööstuslikud alad, lõuna osa on pigem hõredalt asustatud (14).



Joonis 1. Eesti kaart maakondadega. Märgitud Ida-Virumaa. Allikas: Maa- ja Ruumiamet.

Ida-Virumaa on piirkond, kus terviseriske kujundavad tihedalt põimunud sotsiaalmajanduslikud ja keskkonnategurid (15). Tööpuuduse tase on piirkonnas olnud püsivalt kõrge ning tööhõive (16) sõltuvus põlevkivitööstusest on toonud kaasa majandusliku haavatavuse, eriti olukorras, kus fossiilkütustest loobumine võib kaasa tuua tööstuse taandumise (15). Üleminek rohelinele majandusele mõjutab selliseid piirkondi eriti tugevalt, kuna töökohtade kadumine ei tähenda ainult majanduslikku ebakindlust, vaid tekitab ka sotsiaalset stressi ja suurendab vaimse tervise koormust (17–19).

Tervishoiuteenuste ligipääsu seisukohalt on rahvastiku koosseis samuti oluline. Statistikaameti 2022. aasta andmete järgi elab Ida-Virumaal 19 276 eesti keelt ja 110 255

vene keelt kõnelevat inimest. Ida-Virumaa on maakond, kus eestlased on rahvuslikus vähemuses, ning suur osa elanikest kõneleb emakeelena vene keelt (20). On leitud, et keelised ja kultuurilised eripärad võivad mõjutada nii arusaamist terviseinfost kui ka suhtlust tervishoiutöötajatega ning seeläbi vähendada usaldust ja suurendada tõrjutuse tundeid (21).

Eesti Statistikaameti 2024. aasta andmete järgi on Ida-Virumaa elanike keskmine vanus 48,4 aastat, ületades Eesti keskmist näitajat, mis on 43,8 aastat, rohkem kui nelja aastaga. Eriliselt kõrge on Ida-Virumaal vanemaealiste osakaal naiste hulgas: 65-aastaste ja vanemate naiste osakaal ulatub maakonnas 33%-ni võrreldes Eesti keskmisega mis on 25%. (4)

Rahvastiku vähenemine ja vananemine on seotud negatiivse loomuliku iibe, madala sündimuse ja noorte väljarändega. Prognooside kohaselt võib Ida-Virumaa rahvaarv 2050. aastaks langeda alla 110 000 elaniku. (22)

Vananev rahvastik tähendab omakorda suurenevat vajadust sotsiaal- ja tervishoiuteenuste järele (23). Maakonna arengustrateegia rõhutab vajadust tugevdada ennetustegevusi ja parandada teenuste kättesaadavust, et toetada vanemaealiste inimeste toimetulekut ning vähendada ebavõrdsust tervises (14).

2.1.2 Rahvastiku tervisesenäitajad Ida-Virumaal

Ida-Virumaa piirkonnas elavate inimeste tervisenäitajad on aastaid jäänud alla Eesti keskmisele (1) ning mitmed uuringud viitavad piirkonna elanike kõrgemale haigestumisele kroonilistesse haigustesse (1,24). Arvestades piirkonna suuremat eakate osakaalu (25) võib see tekitada tervishoiusüsteemile lisakoormuse (23). Võrreldes Tartu ja Lääne-Viru maakonna elanikega on Ida-Virumaal täheldatud sagedasemat hingamisteede ja südame-veresoonkonna haiguste esinemist (24). Uuringutes on välja toodud, et sealse elanikud viitavad tervisesümptomitele nagu õhupuudus, astmahood, rindkere pinged, krooniline köha ja üldine väsimus, mida seostatakse piirkonna kõrge saastetasemega. Samuti on välja toodud, et kaebused esinevad sagedamini mitte-eestlaste seas ja nende seas, kes on seotud olnud põlevkivitööstusega (24).

Eesti ja Ida-Virumaa elanike terviseenesehinnangus on leitud märkimisväärne erinevus. Tervise Arengu Instituudi andmetel hindas 2014. aastal oma tervist väga heaks või heaks 58,3% Eesti elanikest, kuid Ida-Virumaal oli sama näitaja vaid 38%. Neutraalse hinnangu andnute osakaal oli Ida-Virumaal 44,2%, võrreldes Eesti keskmise 29,2%-ga. Samuti oli Ida-Virumaal rohkem inimesi, kes hindasid oma tervist halvaks või väga halvaks 17,8% võrreldes Eesti keskmisega 12,5%-ga (26).

Tööstuslik tegevus Ida-Virumaal, eriti põlevkivi kaevandamine ja töötlemine, on toonud kaasa pikaajalise kokkupuute õhusaastega, mis koos madala terviseteadlikkuse ja sotsiaalse haavatavusega on suurendanud terviseriske (1,15,24). Uuringud näitavad, et saasteainete, nagu peenosakesed, benseen ja fenool suuremad kontsentratsioonid mõjutavad elanike hingamiselundkonda ja südame-veresoonkonda ning põhjustavad ka vaimse tervise häireid, nagu ärevus ning stress (1).

On leitud, et esimesed märgid terviseriskidest võivad ilmned juba vastsündinueas. Retrospektiivne uuring aastatel 2004–2018 näitas, et Ida-Virumaal sündinud laste keskmine sünnikaal oli madalam kui mujal Eestis ning esines rohkem enneaegseid sünnitusi (enne 37. nädalat) ja sündis enam madala sünnikaaluga (alla 2500 g) lapsi (27). Need näitajad viitavad keerukale koosmõjule, kus rolli mängivad nii keskkonnategurid, näiteks õhusaaste, kuid ka vanemate sotsiaalmajanduslik olukord ja tervisteenuste piiratud kättesaadavus (15,27).

2.2 Õiglane üleminek Ida-Virumaal

Kliimamuutuste tõttu soojeneb Euroopa mitu korda kiiremini kui globaalne keskmine ning see ohustab tervist ning põhjustab enneaegseid surmasid (8,28). Lisaks kasvuhoonegaasidele tekitab fossiilkütuste põletamine ja tootmine ka õhusaastet, mis on seotud südame-veresoonkonna haiguste, hingamisteede haiguste ja enneaegse suremusega ja madala sünnikaaluga (5,24,27,28).

Euroopa Liidu roheline kokkulepe (*The European Green Deal*) kohustab Euroopa Liidu riike liikuma keskkonnasõbralike energiasüsteemide suunas ning loobuma fossiilkütustel põhinevast energiatootmistest (29). Euroopa rohelse kokkuleppe eesmärk on muuta Euroopa 2050. aastaks kliimaneutraalseks, kus ei paisata õhku ei vähem ega

rohkem kasvuhoonegaase kui ökosüsteem siduda jõuab (30). Samas on leitud, et kliimamuutusi leevendav rohelepe mõjutab tugevalt kogukondi nagu Ida-Virumaa, kus fossiilkütuse kaevandamine ja tootmine on toimunud (29).

Sarnaselt Ida-Virumaale, kus toimub üleminek kõrge süsinikuheitega ettevõtluselt majandustegevuselt keskkonnasäästlikumatele rohelise mõtteviisiga ettevõtlusvormidele, toimuvad sarnased siirdeprotsessid ka paljudes teistes riikides ja piirkondades. Näitena võib tuua Poolas asuva Turoszówi (17), Hollandi muutuvad tööstuspiirkonnad (31), Ontario provintsi Kanadas (32) ning Alaska osariigi Ameerika Ühendriikides (33).

Õiglasel üleminekul, kus kõrge süsiniku jalajäljega ettevõtted kaovad ning veel ei ole piisavalt rohelisi ettevõtteid piirkonda tulnud, võib tekkida olukord, kus kasvab töötuse määr. Ida-Virumaa on tööstuspiirkond, kus suur osa ettevõtteid on tootmisettevõtted, mis õiglase ülemineku raames võivad end ümber struktureerida või sulgeda (1). Eesti Töötukassa andmetel oli Ida-Virumaal 2025 aastal töötuse määr 11,5%, mis on Eesti kõrgeim. Kõige madalam töötuse määr Eestis oli Hiiumaal, kus töötuse määr oli 3,6% (3).

Uuringud on leidnud olulise seose töötuse ja suremuse vahel (34–36). Välja on pakutud kaks suurt hüpoteesi: "toimetuleku hüpotees", mille kohaselt töötus põhjustab kahjulikke muutusi tervisekäitumises, mis viivad tervise halvenemiseni ning "varjatud haiguste hüpotees", mille järgi eelnevad ebatervislikud käitumised viivad nii töötuseni kui ka kehvema terviseni (34). Ida-Virumaa piirkonna puhul saame tuleviku ja võimaliku töötuse kasvu mõttes vaata mõlemat eelnevalt pakutud käsitlust (34). On arvatud, et töötus võib mõjutada suremust läbi sotsiaalset isolatsiooni, vaimse tervise halvenemise ja pikaajalise stressi (34). Samuti näitavad uuringud, et töötuse kasvu korral suureneb suitsiidirisk (37,38). Uuringud on toonud välja ka erakorralise meditsiini osakonna külastuste arvu kasvu ja töötuse seose, mis on suurem naiste seas (37). Uuringute põhjal võib järeldada, et vaimse tervise probleemid võivad õiglase ülemineku raames esialgu kasvada, seega on rahvatervise seisukohast oluline töötada Ida-Virumaal välja ennetusmeetmete süsteem. On leitud, et töötuse kahjulik mõju tervisele on väiksem riikides, kus majanduslikud toetussüsteemid on tugevamad (34).

2.3 Tervishoiuteenuste kvaliteet ja kättesaadavus

Tervishoiuteenuste kvaliteet on rahvatervise ja tervishoiusüsteemide hindamise ning arendamise oluline kriteerium, mida käsitletakse mitmetahuliselt. Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) rõhutab, et kvaliteetne tervishoiuteenus peab vastama professionaalsetele standarditele, olema kooskõlas kehtiva seadusandluse ja eetiliste normidega ning lähtuma inimeste vajadustest ja ootustest. Lisaks peetakse oluliseks, et tervishoiuteenused toetaksid patsiendi heaolu, tagaksid parima võimaliku ravitulemuse ning oleksid samal ajal majanduslikult tõhusad. (39)

Donabedian'i mudeli (40) järgi võime jagada tervishoiuteenuste kvaliteedi analüüsimisel kolmeks: struktuur, protsess ja tulemus.

1. Struktuuri kvaliteet hõlmab tervishoiuasutuste ja personali suutlikkust teenuseid pakkuda. Olulised tegurid on töötajate vanus, personalipuudus ja spetsialistide nappus teatud piirkondades.
2. Protsessi kvaliteet keskendub teenuste korraldusele ja osutamisele, sealhulgas ravijuhiste järgimisele ja tervishoiutöötajate omavahelisele koostööle. Protsessi kvaliteeti võivad vähendada keelebarjäärid ja muud suhtlust takistavad tegurid.
3. Tulemuste kvaliteet puudutab ravitulemusi ja patsientide rahulolu, kuid käesolevas töös sellele põhjalikumalt ei keskenduta. (40)

Käesolevas magistritöös vaadeldakse tervishoiuteenuste kvaliteeti eelkõige struktuuri ja protsessi kvaliteedi aspektidest.

Levesque et al., (2013) on öelnud, et tervishoiuteenuste kättesaadavust võib võtta kui ahelat: esiteks märgates oma terviseprobleemi, teiseks otsida sobivaid teenuseid, kolmandaks jõuda teenusepakkujani, neljandaks kasutada teenust ja lõpuks saada oma tervise vastav abi. Edukaks ligipääsuks nimetatakse seda olukorda, kui teenuste omadused ja indiviidi võimekused üksteist toetavad. (41)

Tervishoiuteenuste kättesaadavust mõjutavad erinevad tegurid, mida võib koondata kolme suuremasse rühma: individuaalsed, struktuursed ja süsteemsed tegurid (42). Esiteks, individuaalsel tasandil on kättesaadavus seotud inimese majandusliku olukorra, haridustaseme (42,43) ja terviseteadlikkusega (12). Madalama sissetuleku ja kehvema haridusliku taustaga inimestel esineb sagedamini raskusi nii tervishoiuteenuste leidmisel

kui ka nende kasutamisel, kuna puudub teadlikkus ennetamise olulisusest ja sageli napib ka ressursse teenuste kasutamiseks (12,42,43). Teiseks, struktuursete tegurite alla kuuluvad tervishoiuasutuste ja -töötajate kättesaadavus ning teenuste geograafiline jaotus, mis on eriti probleemne maapiirkondades ja väiksemates asulates (42,43). Kolmandaks, süsteemsel tasandil kujundavad kättesaadavust riiklikud poliitikad ja tervishoiusüsteemi rahastamise põhimõtted, mis määravad, millised teenused on inimestele kättesaadavad ja millistel tingimustel neid osutatakse (42).

2.4 Tervishoiuspetsialistide keele- ja kultuurilised barjäärid ning arstide vanus kui süsteemsed väljakutsed Ida-Virumaal

2.4.1 Tervishoiuspetsialistide keele- ja kultuurilised barjäärid

Uuringud toovad esile, et keelebarjäärid arstide omavahelisel suhtluses võivad tõsiselt takistada sujuvat koostööd ning mõjutada arsti erialast enesetunnetust ja kuuluvustunnet (44,45). Tervishoiusüsteemis läbi viidud uuringud toovad välja, et mitte emakeelt kasutama sunnitud arstid ja nende kolleegid kogevad suhtluses takistusi nii üldkeeles kui meditsiiniterminoloogias (44) kui ka muid väljakutseid kultuuriliste erinevuste tõttu. (45,46)

On leitud, et keel mängib olulist rolli inimeste enesemääratluses ja kuuluvustundes (44,46) kujundades sageli nähtamatuid piire erinevate rühmade vahel (44,47). Ühine keel võib tugevdada ühtsust ja omavahelist usaldust, samas kui keelelised erinevused võivad esile tuua vastandusi ja tõmmata joone "meie" ja "nemad" vahele (44,47). Selline jaotumine võib mõjutada kogukonna sisemist sidusust ja koostöövalmidust, eriti piirkondades, kus keeleline ja kultuuriline mitmekesisus on suur (47).

Keeleprobleemid ei ilmne üksnes semantilisel, vaid ka pragmaatilisel näiteks tundlike s.h terviseetemade käsitlemisel (44). Keelebarjäärid põhjustasid ebakindlust ja vajadust oma arusaamatust varjata. Samuti on keelebarjäärid tekitanud tunnet, et professionaalne identiteet on ohustatud (44–46). Lisaks toovad uuringud esile, et vähene keeleoskus või ebapiisavus on mõjutanud töökorraldust ning meeskonnatööd (45). Seega keelebarjäärid tervishoius ja ennetustegevustes ei ole vaid isiklik, vaid süsteemne probleem, mis võib mõjutada patsiendiohutust ja tervisteenuste kvaliteeti (44,46).

2.4.2 Arstide vanus kui tervishoiuteenuste kättesaadavust ja kvaliteeti mõjutav tegur

Ida-Virumaa ja kogu Eesti tervishoiusüsteem seisab silmitsi mitmete väljakutsetega, mis mõjutavad tervishoiuteenuste kättesaadavust ja kvaliteeti (2). Üks peamisi probleeme on see, et suur osa perearste on pensioniealised ja varsti tööturult lahkumas. Tervise Arengu Instituudi (TAI) andmed näitavad, et 2022. aastal oli Eesti perearstide keskmine vanus 55,4 aastat ning 27,8% neist olid 65 aastased või vanemad. (7)

Samuti viitab kogu Eesti teiste erialade arstide vanuseline koosseis tööjõu vananemisele. 2022. aasta TAI andmetele tuginedes kuulus ligi pool kõigist arstidest vanuserühma 55 ja vanemad ja pea veerand arstidest olid 65 aastased või vanemad, mis tähendab, et juba pensionieas. Alla 40 aastaseid arste oli oluliselt vähem ning vanuserühmas 25–29 aastat oli vaid 430 isikut. (6)

Eurostati andmetel on tervishoiutöötajate kiire vananemine muutunud viimastel aastatel probleemiks suuremas osas Euroopa Liidu riikides. Näiteks 2022. aasta andmetel moodustas 55 aastaste ja vanemate arstide vanuserühm 40% kõikidest arstidest kaheistkümnnes Euroopa Liidu riigis. Kõige rohkem oli 55 ja vanemasse vanuserühma kuuluvaid arste suhteliselt Bulgaarias 54% ja Itaalias 53,9%. Enamikus teistes riikides jäi vanemate kui 55 aastat arstide osakaal vahemikku 23,0% kuni 34,3%. Madalaim 55 aastaste ja vanemate arstide osakaal oli Soomes 21,4%, Maltal 21,2% ja Rumeenias 20,6%. (48)

Arstide vananemisel on märkimisväärne mõju nii tervishoiuteenuste kättesaadavusele kui ka kvaliteedile (49). Vananeva elanikonnaga ühiskonnas, kus suureneb samaaegselt tervishoiuteenuste vajadus, on vananevate arstide osakaalu suurenemine murettekitav. Statistika viitab, et eakad arstid moodustavad üha suurema osa tervishoiutööstusest (48), mis tõstab esile vajaduse hinnata nende töövõimet ja mõju teenuste kvaliteedile (49).

Kuigi eakad arstid on kliinilise kogemuse ja teadmiste edasiandjatena väärtuslikud, võivad vanusega kaasnevad kognitiivsed muutused mõjutada otsustuskiirust, täpsust ja ajakohasust (49). Samas rõhutatakse uuringutes, et vanus ei ole üheselt seostatav

ebapädevusega ning kognitiivseid raskusi võib esineda ka noorematel arstidel (49–51). Siiski viitavad uuringud sellele, et arstide töövõime võib vanuse kasvades langeda ning kognitiivne võimekus ja otsustusvõime teatud määral langeda, seda eriti keerulistes olukordades (49,51). Uuringud on toonud välja, et teenuste kvaliteeti saab tõsta läbi tervishoiutöötajate pideva arendamise, mis hõlmab järjepidevaid koolitusi ja oskuste mitmekesistamist (52). Vanemaealised arstide pensionile jäämine kujutab endast tõsiselt väljakutset tervishoiuteenuste järjepidevusele, eriti piirkondades nagu Ida-Virumaa, kus personalipuudus ja arstide kõrge keskmine vanus on juba täna probleemiks (6).

Kui piirkonnas lahkub töölt kogenud arst, võib see viia olukorrani, kus patsientide juurdepääs arstiabile muutub raskemini kättesaadavaks (53,54). Eriti keeruliseks võib see osutuda eakate ja krooniliste haigustega patsientide puhul, kes vajavad regulaarset jälgimist ja kelle jaoks usalduslik arstisuhe on oluline osa ravist (54). Kirjanduses on välja toodud, et arstide pensionile jäämine võib mõnel juhul põhjustada olukordi, kus patsiendid loobuvad ajutiselt või püsivalt arstiabist, neil tekib raskusi uue teenusepakkuja leidmisel või nad satuvad suurema tõenäosusega erakorralise meditsiini osakonda (53). Sellised olukorrad võivad tähendada nii suuremaid kulusid tervishoiusüsteemile kui ka riski patsientide tervise halvenemiseks (53). On leitud, et personalipuudus arstide, õdede ja teiste tervishoiutöötajate seas mõjutab otseselt ravi kvaliteeti, patsientide tervisetulemusi ja teenuste kulutõhusust (52,55). Inglismaal läbi viidud uuringud toovad välja, et noorte arstide juurde saamiseks on osutunud kasulikuks nn sisseelamisprogrammid, mis kestavad 27–52 nädalat ning koosnevad õpetamis-, juhendaja- ja mentorluskomponentidest (55,56).

Samuti tuuakse välja veel mitmed tegurid, mis mõjutavad tervishoiutöötajate värbamist ja ametis püsimist. Olulisteks mõjutajateks tuuakse välja organisatsioonikultuuri, professionaalse arengu võimalusi, personali koosseisu ja tasakaalu, töötasusid ja lisahüvesid, töö- ja eraelu tasakaalu, asutuse geograafilist asukohta, juhtide ja kolleegide tuge, töötajate heaolu ja tööks vajaliku varustuse olemasolu. Need tegurid mõjutavad otseselt tervishoiutöötajate motivatsiooni, tööga rahulolu ja valmisolekut organisatsioonis püsivalt panustada. (57,58)

Arstide vananemise väljakutsete lahendamine eeldab mitmetahulist lähenemist, mis hõlmab pädevuse hindamist, pensionile jäämise edasilükkamise strateegiaid ning tõhusat tööjõu planeerimist, et tervishoiusüsteem suudaks jätkuvalt vastata elanikkonna vajadustele (49,51,53).

Uurimused näitavad, et õe iseseisvad vastuvõtud võivad vähendada arstide koormust ning tõsta patsientide rahulolu tervishoiuasutuste suhtes (59,60) ning pakkuda patsientidele võimalust saada tõenduspõhiseid nõuandeid (59,61). Samuti on teada, et iseseisvad õdede vastuvõtud võivad vähendada vähendavad perearstiteenuste ja eriarsti-teenuste koormust, pakkudes alternatiivi traditsioonilistele pere- ja eriarstiabi teenustele. (61). Positiivse mõjuna tuuakse uuringutes välja veel iseseisvaid vastuvõtte tegevate õdede kõrgemast töörahulolust, mis seostub suurema iseseisvuse ja autonoomiaga erialases tegevuses (59–61).

Samuti võib välja tuua, et rohkearvulise eakate ja muukeelse elanikkonnaga piirkonnad, nagu Ida-Virumaa (4,20) vajavad täiendavat tuge nii tervishoiuteenustele ligipääsemisel kui ka tervishoiu digilahenduste kasutamisel. Sellistes piirkondades võib kogukonna tervisetöötajate (*Community Health Workers, CHW*) kaasamine olla hea meede, aidates ületada keele- ja digitaalseid barjääre ning toetades ravi järjepidevust (62).

Esmatasandi tugevdamine nagu perearsti teenus, kogukonnapõhised teenused ja veel näiteks kogukonna tervisetöötajad, aitavad vältida kallist haiglaravi ja parandada krooniliste haiguste igapäevast ravi. Niisamuti võivad uued digitehnoloogiad parandada eakate tervise jälgimist kodus ja vähendada vajadust haiglaravi järele, kuigi väljakutseks on nende digipädevus (8). Siin oleks õigustatud roll kogukonna tervisetöötajal, kes saaks vajadusel eakamaid inimesi juhendada digitehnoloogia kasutamisel (62). Samas peab iga uue tehnoloogia kasutuselevõtt põhinema hoolikal kulutõhususe hindamisel, mitte lihtsalt tehnoloogia olemasolul (8).

2.5 Terviseteadlikkus ja seos tervise teenuste kasutamisega

2.5.1 Terviseteadlikkuse mõiste ja tähtsus rahvatervises

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) määratluse kohaselt tähendab terviseteadlikkus kognitiivsete ja sotsiaalsete oskuste kogumit, mis määrab indiviidi motivatsiooni ja võimekuse saada, mõista ja kasutada teavet viisil, mis soodustab ja säilitab head tervist. (11)

Terviseteadlikkus on väga oluline rahvatervise edendamisel (9), kuna see mõjutab otseselt inimeste võimet oma tervist edendada ja säilitada. Terviseteadlikkus ei piirdu ainult tervisealase info lugemise oskusega, vaid hõlmab ka teadmiste rakendamist, otsuste langetamist ja suutlikkust tegutseda enda ning kogukonna tervise huvides (12). Mida suurem on terviseteadlikkus, siis seda paremini inimesed mõistavad terviseriske ning oskavad kasutada efektiivsemalt tervise teenuseid (8,9). Terviseteadlikkuse tõstmisel on oluline ka tervisealase ebavõrdsuse vähendamine, võimaldades madalama sotsiaalmajanduslikes tingimustes olevatel inimestel paremini oma tervise eest seista (9,63). Terviseteadlikkuse kasvu peetakse oluliseks rahvatervise eesmärgiks (64) ning terviseteadlikkuse tõstmiseks kogukondades tuleb arendada inimeste teadmisi, kriitilist mõtlemist ja oskusi ning ei tohiks piirduda ainult info edastamisega (9,12,63).

2.5.2 Seosed terviseteadlikkuse ja tervise teenuste kasutamise vahel

Vananevas ühiskonnas on eriti oluline haiguste ennetamine, mis pikemaajaliselt on majanduslikult soodsam kui hilisem haiguste ravi (2,8,64). Seega võib välja tuua, et krooniliste haiguste nagu diabeet ja südame-veresoonkonna haigused puhul on ennetamine parim viis kuidas tervishoiukulud vähendada. Rahvastikku saab tervemana hoida läbi varajaste sekkumiste nagu näiteks tervislik eluviis ja vaktsineerimine, mis aitab vältida kulukaid raviprotseduure vanemas eas (8).

Uuringud näitavad, et patsientidel, kellel on vähene terviseteadlikkus, on suurem tõenäosus külastada uuesti erakorralise meditsiini osakonda, sealhulgas ka neil patsientidel, kellel on küll kõrgem haridustase, kuid madal terviseteadlikkus (65). See omakorda koormab tervishoiusüsteemi ja nõuab suuri ressursse. Samuti toovad uuringud välja, et

üle 65 aastastel inimestel on madalam terviseteadlikkus võrreldes nooremate inimestega, mis võib olla tingitud vananemisega kaasnevast kognitiivsete võimete langusest (66). Ühtlasi on leitud seos puuduva või madala sissetuleku ja vähese terviseteadlikkuse vahel (65).

Uuringud on näidanud, et terviseteadlikkuse parandamisele suunatud tõendus põhised sekkumised võivad olla tõhusad nii terviseteadlikkuse suurendamisel kui ka tervisekäitumise parandamisel, mis vähendab ressursivajadust tervishoius (8,67). Ennetustegevustes on oluline koht kogukondade võimendamisel (68). Kogukonnapõhised lähenemised tervisele koolide, töökohtade, kohalike organisatsioonide jt kaudu võimaldab inimeste elustiili muutusi ellu viia (69). Lisaks on võimalik erinevate meediakanalite kaudu suurendada elanikkonna terviseteadlikkust ja -haritust (70). Läbi selliste sekkumiste on võimalik ennetada elustiilihaigusi ning vähendada koormust tervishoiuasutustele (8,70).

3. Eesmärgid

Töö eesmärk on selgitada välja hinnangud perearstiabi ja eriarstiabi tervishoiuteenuste kvaliteedile ja kättesaadavusele Ida-Virumaal. Magistritöös keskendutakse ekspertide ja Ida-Virumaa elaniku kogemustele ja arvamustele, et mõista piirkonna spetsiifilisi väljakutseid, sealhulgas arstide tööjõuprobleeme, elanikkonna terviseteadlikkust ning tervishoiutöötajate keelelise tausta mõju teenuste osutamisel.

Uurimistöö ülesanded on järgnevad:

1. Selgitada välja arstide vanuse ja personalipuuduse mõju perearstiabi ja eriarstiabi teenuste kättesaadavusele ning kvaliteedile Ida-Virumaal, sealhulgas sellele, kuidas arstide erinev keeleoskus võib takistada sujuvat koostööd ja info liikumist tervishoiusüsteemi sees.
2. Selgitada välja, kuidas eksperdid hindavad Ida-Virumaa elanike terviseteadlikkuse mõju tervishoiuteenuste kasutamisele.

4. Metoodika

4.1 Uurimismeetod

Käesolev magistritöö on tehtud Õiglase Ülemineku Fondi meetmest toetava teadusprojekti “Ülemineku terviseomõjude hindamine” raames, mille eesmärk on analüüsida Ida-Virumaa õiglasel üleminekul terviseaspekte, keskendudes tervishoiuteenuste kättesaadavusele, tervise ebavõrdsusele ja õiglase üleminekuga seotud terviseriskidele. Magistritöös keskendutakse ainult kindlale osale ning välja jäeti magistritöö küsimustesse mittepuutuvad intervjuude osad. Magistritöö eesmärkidest johtuvalt valis autor kvalitatiivse uurimismeetodi (71), et mõista osalejate kogemusi, arvamusi ja tajutud väljakutseid (72) Ida-Virumaa piirkonnas. Kvalitatiivne analüüs keskendub sõnadele ja nende tähendustele, erinevalt kvantitatiivsest uurimusest, kus keskendutakse arvandmete kogumisele ja statistilisele analüüsile (73). Kvalitatiivne uurimistöö on heterogeenne valdkond, mis hõlmab uurimismeetodeid ja strateegiaid ning mille eesmärk on mõista, kuidas inimesed tajuvad, kogevad, tõlgendavad ja loovad läbi selle sotsiaalset maailma (72).

Antud magistritöö fookuses on ekspertide subjektiivne kogemus ja arusaam peearstiabi ja eriarstiabi teenuste kättesaadavusest, nende kvaliteedist ning võimalikest tõrgetest. Selliste nähtuste mõistmine eeldab kontekstuaalset ja süvitsi minevat uurimist (74,75).

Kvalitatiivse lähenemise üheks tugevuseks on selle paindlikkus ja avatus uutele teemadele, mis võivad uuringu käigus esile kerkida (72). Magistritöös on kasutatud poolstruktureeritud intervjuusid, mis võimaldab küsitletavate seisukohti süvitsi avada, ent samal ajal säilitada võrdlusmomendid erinevate intervjuude vahel (74). Poolstruktureeritud intervjuu puhul on sellel küll kindlad teemad ja küsimuste järjekord, kuid vastajad saavad neile vabalt vastata (72,74). See on oluline Ida-Virumaa kontekstis, kus elanikkond on kultuuriliselt ja keeleliselt mitmekesine (20) ning sotsiaalmajanduslikud eripärad võivad mõjutada kogemust tervishoiusüsteemis.

Lisaks võimaldab kvalitatiivne uurimismeetod tuua esile ka nende isikute teemad ja kogemused, mis muidu jääksid nähtamatuks – kõigi isikute kogemused ei kajastu statistilistes andmetes, ent nende vaatenurk on ühiskonna toimimise mõistmisel oluline. Antud töös on näiteks intervjuueeritud patsiendiesinduse ja Terviseameti esindajaid, kellel on

hea vaade süsteemi toimimisele ning kvalitatiivne meetod võimaldab nende kogemust mõtestada sotsiaalses kontekstis (72).

Kvalitatiivsetes uuringutes tuleks valimi suuruse valikul lähtuda andmete sisulisest adekvaatsusest ning eesmärgist saavutada temaatiline küllastatus. Uuringud toovad välja, et valimi piisavuse hindamisel tuleb arvesse võtta uuritava teema keerukust, intervjuude kvaliteeti ning analüüsi sügavust. (73)

Magistritöö täpsemaks metodoloogiliseks lähenemiseks valiti kirjeldav temaatiline analüüs, mis sobib empiiriliste nähtuste uurimiseks ning võimaldab uurida erinevaid korduvaid mustreid ja ka tähendusi erinevate uuritavate kogemustest ja arusaamadest. Sellega ei luua mitte uusi teooriaid, vaid esitatakse olemasolevatest andmetest kirjeldusi ja tõlgendusi. Magistritöös on kombineeritud induktiivne ja deduktiivne lähenemine. Induktiivne meetod võimaldas tuua esile andmetes esinevaid uusi teemasid ja deduktiivne meetod aitas suunata tähelepanu konkreetsetele teemadele, mis olid seotud uurimisküsimustega, nagu näiteks eriarsti teenuste kättesaadavus. (75)

Antud magistritöö läbipaistvuse ja usaldusväärsuse tagamiseks järgiti COREQ-i (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*) kriteeriumeid, mis on mõeldud intervjuude põhiste uurimistööde põhjalikuks ja struktureeritud kavandamiseks, läbiviimiseks ja analüüsiks (76).

Uuringu meetodika kooskõlastas Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee (kooskõlastus 387/T-28, 19.02.2024). Kõik uuringus osalenud isikud allkirjastasid teadliku nõusoleku vormi ning neid teavitati oma osalemise vabatahtlikkusest ja õigusest igal ajal oma intervjuu tagasi võtta. Dokumente hoiustatakse ja käideldakse vastavalt eetikakomitee tingimustele, sealhulgas andmete turvalise hoiustamise nõuetele.

4.2 Valimi moodustamine ja andmete kogumine

Antud uurimistöös kasutati eesmärgistatud valimi meetodit (*purposeful sampling*), mis andis töö autorile võimaluse valida uuringusse need eksperdid, kellel oli otsene kokkupuude Ida-Virumaaga ning tervisesektoriga. Autor lähtus antud kvalitatiivse uurimuse puhul põhimõttest, et valimi kvaliteet on olulisem kui kvantiteet. (77)

Uuringu valimi koostamisel kaasati hoolikalt valitud eksperdid, kellel on teadmised ja kogemused Ida-Virumaa tervisesektoris: näiteks avaliku ja erasektori tervishoiuasutuse juhtivtöötajad, ministeeriumi või selle allasutuse esindajad, patsientide esindajad, eriarstid, poliitikakujundajad ning Ida-Virumaa elanikud. Osalejad valiti nende pädevuse ja uurimisteema asjakohasuse põhjal. Värbamisprotsess viidi läbi eesmärgistatud valimi meetodil ning täiendavate osalejate leidmiseks rakendati lumepalli meetodit. Selline lähenemine tagas valimi mitmekesisuse. (77,78)

Diskreetsuse säilitamise eesmärgil intervjueeritavate täpsemat kirjeldust magistritöösse ei lisata, kuna see annaks võimaluse konkreetseid isikuid ära tunda. Intervjueeritavad on tulemustes kirjeldatud 'Intervjueeritav 1', 'Intervjueeritav 2' jne.

Uuringus osales kokku 13 intervjueeritavat, kellest 3 olid mehed ja 10 olid naised. Viis intervjueeritavat olid arsti haridusega, neist vähemalt kaks töötasid aktiivselt vastuvõtte tegevate arstina ning kolm olid tervishoiuasutustes juhtivatel positsioonidel. Intervjueeritavad jäid vanusevahemikku ca 35 kuni 75 eluaastat.

Uurimistöö raames viidi läbi 11 poolstruktureeritud intervjuud (lisa 1, intervjuude kavandid) (74), millest 2 olid grüpiintervjuud, kus kummaski osales 2 intervjueeritavat. Üks intervjuu toimus interneti teel Microsoft Teams rakenduses. Kümme intervjuud viidi läbi intervjueeritavate juures Ida-Virumaal, et vestlused toimusid neile loomulikus keskkonnas ja aitaksid intervjuerijatel paremini mõista intervjueeritavate igapäevast konteksti. Valitud lähenemine toetab kvalitatiivse uurimistöö põhimõtet, mille kohaselt andmete kogumine intervjueeritavate loomulikus keskkonnas aitab suurendada intervjueritava autentsust ja süvitsi mõistmist (71,77,79).

Intervjueeritavatega kontakteeruti emaili teel. Osalejatele saadeti kaks emaili, kui vastust ei tulnud, siis helistati (kui telefon oli avalikult kättesaadav). Osalejatele saadeti uurimistöö tutvustus emailile ning lepiti kokku intervjuu aeg ning asukoht, kus intervjuu läbi viiakse. Intervjueeritavad allkirjastasid teadliku nõusoleku vormi enne intervjuu läbiviimist. Kaks intervjueeritavat allkirjastasid dokumendi digitaalselt. Intervjuud viidi läbi ajavahemikus juuni 2024 kuni veebruar 2025. Intervjuude läbiviimisel osalesid magistritöö autor ning juhendajad. Üheksa intervjuud viidi läbi kaheses koosseisus (autor ja üks juhendajatest) ning kaks intervjuud kahe juhendaja osalusel. Magistritöö autor osales kõigil intervjuudel.

Intervjuu küsimused töötati välja Õiglase Ülemineku Fondi teadusmeetme raamistiku alusel ning kohandati vastavalt magistritöö uurimisküsimustele ja alaeesmärkidele (76). Valimi koostamisel arvestati, et kaasatud oleksid erinevate tasandite ja valdkondade esindajad (77), kelle kaudu avaneks erinev ülevaade Ida-Virumaa tervisesektori võimalikest probleemidest ja lahendustest. Töö autor koostas enne igat intervjuu läbiviimist detailse intervjuu kava, mis sisaldas intervjuu põhiküsimusi ja täpsustavaid küsimusi, et intervjuul oleks piisavalt paindlik vastavalt intervjueeritava vastustele (78). Intervjuu võimalikud täpsustavad küsimused koostati vastavalt sellele, kellega mindi intervjuud tegema. Näiteks haigla juhtivtöötajalt küsiti rohkem haigla ja personaliga seotud küsimusi, samas kui Ministeeriumide ja nende allasutuste esindajate käest uuriti eelkõige üldise olukorra ja koostöö ning personali ja toetusmeetmete kohta. Kõigilt intervjueeritavatelt küsiti ka teatud sarnaseid küsimusi nagu „Milliseks hindate skaalal 1–10 Ida-Virumaalaste tervist?” või ”Kas teil on tunnetust, kas Ida-Virumaa haiglad ja tervishoiusüsteem erineb Tallinnast ja Tartust?” (lisa 1, intervjuude kavandid).

Käesolevas magistritöös ei olnud temaatilise küllastuse saavutamine otseseks eesmärgiks, kuna andmete kogumine piirdus sihipäraselt valitud ekspertintervjuudega (73). Fookus oli pigem ekspertarvamuste ja professionaalsete vaatenurkade esiletoomisel, mitte kõigi võimalike teemade ammendamises. Siiski täheldati, et alates kuuendast intervjuust hakkas sisu korduma ning uusi olulisi teemasid ei lisandunud, mis viitab temaatilise küllastuse võimalikule saavutamisele valitud uurimisfookuses (73,75).

Ekspertide seas oli nii eesti kui vene keelt emakeelena kõnelevaid spetsialiste, mis võimaldas käsitleda ka keelelise konteksti mõju terviseteenuste korraldusele ja omavahelisele kommunikatsioonile. Küll viidi kõik intervjuud viidi läbi eesti keeles.

Intervjuud kestsid 40 minutist kuni 1 tunni ja 10 minutini. Kõik intervjuud salvestati.

4.3 Andmete analüüs

Kõik intervjuud transkribeeriti. Kuna tegu on tundlike andmetega, siis magistritöö autor kasutas esiteks transkribeerimiseks Tartu Ülikooli serveri kaudu Microsoft 365 keskkonda. Kuna esmane transkriptsioon ei olnud piisavalt kvaliteetne ning jäi arusaamatuks,

kontrollis käesoleva töö autor salvestised käsitsi üle, mille tulemusena saadi 193 lehekülge andmeid.

Käesoleva magistritöö kvalitatiivsete andmete analüüsiks kasutati tarkvara MAXQDA 2024. Tegu on VERBI Software'i poolt arendatud professionaalse tööriistaga, mis võimaldab struktureerida, kodeerida ja analüüsida erinevat tüüpi kvalitatiivseid andmeid, sealhulgas dokumente, märkmeid ning visuaalset materjali. MAXQDA 2024 sisaldab mitmekülgsete tööriistu andmete kodeerimiseks, temaatiliste mustrite tuvastamiseks ja andmete visualiseerimiseks. MAXQDA 2024 sisaldab ka tehisintellektil põhinevat tööriista AI Assist, mis toetab andmeanalüüsi automatiseerimist, näiteks koodisoovituste ja teemade tuvastamise kaudu. Käesoleva magistritöö raames kasutati ainult MAXQDA 2024 põhifunktsioone ilma tehisintellekti tugistuta. (80)

Kodeerimisprotsessis lähtuti nii eelnevalt määratletud kategooriatest kui ka analüüsi käigus esile kerkinud teemadest, et tagada paindlik ja andmepõhine lähenemine (71).

Intervjuude analüüsimisel rakendati temaatilist analüüsi, mille eesmärk oli välja selgitada ekspertide arusaamad seoses terviseteenuste, seal hulgas eriarstiabi ja perearstiabi kättesaadavusega Ida-Virumaal ja patsientide terviseteadlikkuse küsimused. Valitud lähenemine võimaldas süvitsi uurida kvalitatiivseid andmeid ning tuvastada mustreid, mis aitavad mõista piirkonna väljakutseid ja võimalikke arengusuundi. (75)

Käesolevas magistritöös rakendas autor induktiivset andmetest lähtuvat lähendamist, järgides temaatilise analüüsi poolt välja pakutud kuue-etapilist teema-analüüsi protsessi, mille sammud on järgnevad:

1. *Andmetega tutvumine.* Intervjuude transkriptsioonid loeti läbi korduvalt, eesmärgiga mõista vastajate seisukohti võimalikult põhjalikult. Tehti märkmeid ja jälgiti esmaseid korduvaid mustreid.
2. *Koostati esmased koodid.* Kasutati lõigupõhist kodeerimist ja loodi esimesed koodid, mis peegeldasid olulisi mõtteid, näiteks „Tervishoiutöötajate puudus“, „Vene keelt rääkivad arstid“ või „Arstide vanus“.
3. *Teemade otsimine.* Sarnased koodid grupeeriti ning hakati moodustama olulisi teemasid, mis kajastasid erinevate intervjuude korduvaid mustreid.

4. *Teemade ülevaatamine.* Teemad vaadati üle nii individuaalsete intervjuude kontekstis kui ka kogu andmestikus. Kontrolliti, kas teemad on piisavalt eristuvad ja tähenduslikud ning kuidas need vastavad uurimisküsimustele.

5. *Teemade määratlemine ja nimetamine.* Iga teema sõnastati selgelt ning sellele anti tähenduslik ja sisuline nimetus. Samuti koostati lühikirjeldus, mis avas iga teema sisu ning seoseid uurimuse küsimusega.

6. *Tulemuste esitamine.* Lõplikud teemad esitati tulemuste peatükis koos neid toetavate tsitaatidega. Tsitaadid võimaldavad lugejal paremini mõista uuritavate vaatenurki ning annavad temaatilisele analüüsile empiirilist tuge. (75)

Magistritöö koostamisel lähtuti eelnevalt kirjeldatud etappidest. Iga kodeeritud segment vastas tähenduslikule lõigule ja üks lõik võis kuuluda mitme koodi alla. Selline lähenemine võimaldas tabada terviklikumalt intervjuueeritavate väljendatud narratiive. (75)

Kodeerimise käigus kodeeriti enim esile kerkinud teemad empiiriliselt, kuid lähtuti ka osaliselt deduktiivsest lähenemisest (75). Esmasel kodeerimise käigus moodustati 677 koodi, mis jaotusid 125 kategooria alla (Lisa 2, Esmase kodeerimiskeem). Sellele järgnevalt vaadati koodipuu veel kord üle, sarnased koodid tõsteti kokku ning osade koodide koodilõigud kuulati täpsustamiseks veel kord üle. Tekkinud teemad liigendati ja kitsendati vastavalt uurimisküsimuse struktuuriga. Lõppversioonis jäi neli põhiteemat ja nende alajaotused. Alajaotusi oli kõige rohkem Terviseteenuste teema all, kus on neli alateemat. Täpsem koodipuu jaotus on toodud allolevas tabelis (Tabel 1.), mis on kooskõlas uurimisküsimuse struktuuriga. Magistritöö juhendaja, kellel on eksperditeadmised kvalitatiivsete uuringute alal, kinnitas lõpliku koodipuu valiidsuse. Analüüsi tulemused koos intervjuude tsitaatidega on esitatud Tulemuste peatükis.

Tabel 1. Lõplik tabel teemaplokkidest ja alateemadest

1. PERSONAL
 - 1.1. Tervishoiutöötajad
 - 1.2. Kommunikatsioon
 - 1.3. Ettepanekud tervishoiutöötajate juurde saamiseks
2. SUHTLUSKEEL
 - 2.1. Keelest tulenevad väljakutsed
3. TERVISHOIUTEENUSED
 - 3.1. Tervishoiuteenuse kättesaadavus
 - 3.2. Perearstiabi
 - 3.3. Eriarstiabi
 - 3.4. Erasektor
4. PATSIENTIDE TEADLIKKUS TERVISETEEMADEST
 - 4.1. Ida-Virumaalaste tervisehinnang (1–10 skaalal)
 - 4.2. Patsiendi terviseteadlikkus

5. Tulemused

5.1 Tervishoiutöötajate olukord tervisevaldkonnas Ida-Virumaal

Intervjuudes kerkisid esile personaliga seotud teemad, kui üks kesksemaid kitsaskohti Ida-Virumaa tervishoiusüsteemi toimimisel. Intervjueeritud kirjeldasid, et personalipuudus ei väljendu mitte ainult tervishoiutöötajate vähesuses, vaid mõjutab ka töökoormust, personali vanuselist jaotust ning professionaalset arengut. Ilmnenud probleemide rohkus viitab sellele, et tegu ei ole mitte üksikute organisatsioonide, vaid süsteemse väljakutsesega, mis vajab terviklikku lahendust. Ida-Virumaa piirkondlikud eripärad, nagu madal atraktiivsus noortele spetsialistidele ja keelelised-kultuurilised barjäärid, võimendavad neid muresid veelgi.

5.1.1 Tervishoiutöötajate puudus ja järelkasv Ida-Virumaal

Intervjueeritavad tõid välja, et piirkonnas on puudu nii arste kui õdesid. Tervishoiutöötajate puudujääk ei piirdu ainult ühe haigla või keskusega – personalipuudus on kogu Ida-Virumaa piirkonda läbiv probleem. Toodi välja, et majanduslikult oleks võimalik tervishoiuasutustel töötajaid juurde palgata, kuid kuna spetsialiste piirkonda ei tule, siis on keeruline olemasolevaid teenuseid töös hoida ja ei ole võimalik uusi tervishoiuteenuseid juurde luua.

„Et selles mõttes, et selle poole pealt ta muidugi erineb, et ütleme, see rahastuspool ja see korralduslik pool, ta nagu ei erine, aga just kas või neid teenuseid sa saad rahastada, aga kui sul ei ole reaalselt spetsialistid, kes seda teenust kohapeal osutaks, siis see erinevus paratamatult tuleb sisse.“

(Intervjueeritav 9)

Noortele tervishoiu spetsialistidele ei ole piirkond atraktiivne, ning pereloomise eas olevad arstid ja õed pigem loobuvad piirkonda tulemisest. Intervjuudes jäi kõlama piirkonna ebaatraktiivsus ja puuduvad vaba aja veetmise võimalused. Keskkond on selline nagu ta oli 30 aastat tagasi ning muutusi ei ole oluliselt toimunud. Intervjuudes toodi välja, et

noored tervishoiutöötajad ei näe Ida-Virumaad atraktiivse töö- või elukohana, mille taga on nii elukeskkonna, keelelise kui ka kultuurilise sobivuse küsimused.

„Meil on olemas kas erasektor või siis meil on tegelikult see vanafond, mis on nõukogude ajast jäänud ehk, et siin ongi valik, et kui noor pere tuleb sinna elama, spetsialist, on ju. Tõenäoliselt kas on juba pere või tekkinud pere, siis tema jaoks alati tekib see valik, et mis on tema siis see nagu see ümberringi sotsiaalne keskkond kuhu ta siis satub.“

(Intervjueeritav 9)

Samuti mõjutavad otsuseid arenguvõimaluste puudumine noorele tervishoiutöötajale. Kooli lõpetanud noored spetsialistid valdavad üldjuhul eesti keelt, mida nende vanemad kolleegid tervishoiuasutustes ei oska. Intervjuudest jäi kõlama, et kohati ei antagi noortele karjäärivõimalusi, sest vanemad kolleegid kardavad oma positsioonist ilma jääda.

„Väga paljud noored lähevad ära, kuna neile ei anta nagu karjäärivõimalust. See kaks keelt on nagu ohtlik, vaata, sa oled nagu teisele inimesele, tema töökohta, kahel jalal liikuv töökohta oht.“

(Intervjueeritav 1)

Praktiliselt kõik intervjueeritavad töid esile, et perearstide töökoormus on väga suur ning suur osa perearstidest on eakad. Üheks põhjuseks, miks noored perearstid ja õed ei ole valmis Ida-Virumaale tööle tulema, nimetati just nimelt suurt töökoormust – uuele spetsialistile langeks liialt palju kohustusi, mida vanemad kolleegid enam täies mahus täita ei jaks.

„Kui tuleb mingi tüdruk kuskilt, lõpetab. No tavaliselt nad ei tahagi nagu tulla peremeditsiini, sest nad näevad tänu sellele, et arstid on vanad, siis see töökoormus langebki õdede peale.“

(Intervjueeritav 11)

Intervjuudes tervishoiutöötajate ja kohalike ekspertidega toodi esile personalikriisi mõju esmatasandi ja eriarstiabi teenuste kvaliteedile, kättesaadavusele ning tervishoiusüsteemi üldisele toimimisele. Personalikriis ei ole üksnes tervishoiutöötajate arvuline puudujääk, vaid mõjutab ka teenuste sisulist kvaliteeti, sh empaatiavõime, suhtlemist patsiendiga ja järjepidevust teenuste osutamisel.

„Tegelikult oleks vaja vaadata, kus on täna kriis, kus arste on nii vähe, et EMO tuleb kinni panna. Ei jaksa enam hoida valveringi püsti.“

(Intervjueeritav 13)

Intervjueeritud töid selgelt esile, et senised tervishoiutöötajate personalipuuduse leevendamise meetmed, nagu ajutised lähtetoetused, ei ole suutnud tagada pikaajalist mõju tervishoiutöötajate püsimiseks Ida-Virumaal. Kuigi lähtetoetused võivad lühiajaliselt motiveerida tervishoiutöötajate tööle asumist Ida-Virumaa piirkonda, ei lahenda need meetmed probleemi sisulisel tasandil. Intervjuudes kirjeldati olukordi, kus tervishoiutöötajad asuvad küll tööle Ida-Virumaa tervishoiuasutustesse, ent lahkuvad kohe pärast toetuste lõppemist, sageli suundudes tagasi suurematesse keskustesse, kus töötingimused, tugistruktuurid ja sotsiaalne keskkond on atraktiivsemad. Intervjuudes rõhutati, et selline käitumismuster ei võimalda piirkonnas ehitada üles toimivaid ja jätkusuutlikke meeskondi, mis oleksid vajalikud usaldusväärse ja järjepideva tervishoiuteenuse osutamiseks. Seetõttu peeti oluliseks, et toetuspoliitika muutuks sisukamaks ja terviklikumaks, et toetuste kõrval võiks panustada ka töö- ja elukeskkonna kvaliteedi parandamisse, koostöövõrgustike tugevdamisse ning karjääri- ja täiendõppevõimaluste suurendamisse. Ilma selliste laiendatud tugimeetmeteta kipuvad senised finantsilised lahendused jääma pealiskaudseks ja lühiajalist mõju omavaks ajutiseks leevenduseks, mitte aga pikaajaliseks tervishoiutöötajate puuduse leevendamiseks Ida-Virumaal.

„Ma arvan, et keelekeskkond on hästi oluline tegelikult. Ja ma ütlen ka, et ma arvan, et see ei ole ka tore, kui inimesed tegelikult siis lihtsalt võtavadki selle eesmärgiks, et mulle makstakse kolme aasta eest head raha ja siis ma lähen, lihtsalt teenin selle, siis ma tulen ära.“

(Intervjueeritav 2)

Osalejate arvamustes tuli välja vajadus riiklikku sekkumise ja planeerimise järele, mis aitaks kujundada pikaajalisi ja kestlikke lahendusi. Intervjuudest ilmnes, et tervishoiutöötajate kriisi lahendamiseks oleks vaja ühtset visiooni, paremat tööjõu planeerimist, motiveerivate töötingimuste loomist ning regiooniti erinevate vajadustega arvestamist, et Ida-Virumaa tervishoiusüsteemi teenused jääksid elanikele kättesaadavaks.

5.1.2 Tervishoiutöötajate vanuseline koosseis ja töökoormus

Intervjuudes töid osalenud esile murekohana arstide ja õdede vanuselise profiili Ida-Virumaal. Mainiti, et märkimisväärne osa käesoleval ajal töötavatest tervishoiuspetsialistidest on kas juba pensionieas või sellele väga lähedal. Kuigi nende professionaalne kogemus, pühendumus ja panus on suur, peitub antud olukorras süsteemne risk, et kui eakam tervishoiutöötaja lahkub töölt, ei ole praeguse trendi jätkudes lähitulevikus piisaval määral nooremaid spetsialiste, kes suudaksid nende koha täita. Samas ei piirdu probleem üksnes uute tervishoiutöötajate puudusega – intervjuudes rõhutati, et töötajate arvu vähenedes suureneb allesjäänud personali töökoormus märkimisväärselt. See tähendab rohkem patsiente, rohkem dokumentatsiooni, rohkem vastutust ning suuremat läbipõlemise riski. Intervjueeritavad töid välja, et sellises olukorras on keeruline säilitada teenuse kvaliteeti ja inimesekeskset lähenemist, kuna aja- ja energiavarud on ka arstidel ja õdedel piiratud.

„Noh, tegelikult on kõikides valdkondades kehvasti, et kui me räägime siin meeletust perearstide põuast ja sellest, et nad nüüd järgmise 5 aasta jooksul, ütleme selline 60%, Ida -Viru perearstidest peaks tööturult hakkama väljuma, siis neil ei ole kuhugi väljuda ja kedagi asemele panna, et tegelikult on kõikides valdkondades king ikka väga pigistab.“

(Intervjueeritav 6)

Pensioniealiste tervishoiutöötajate lahkumine tööjõuturult ei ole piisavalt tasakaalustatud noorte tervishoiuspetsialistide pealekasvuga, mis seab ohtu teenuste järjepidevuse ja kvaliteedi Ida-Virumaal. Samal ajal suurendab töötajate arvu vähenemine olemasolevate tervishoiutöötajate töökoormust, mis omakorda tõstab läbipõlemise riski ja raskendab patsiendikeskse ravi pakkumist. Intervjuud viitavad vajadusele kiire ja strateegilise sekkumise järele, et tagada personali jätkusuutlikkus ning säilitada kvaliteetne arstiabi ka pikemas perspektiivis Ida-Virumaal.

5.2 Juhtimisväljakutsed ja organisatsioonikultuur

Tervishoiuasutuste juhtimise valdkonnas tõid intervjuueeritavad välja, et paljudel juhtudel puudub selge juhtimisvisioon või strateegiline personalipoliitika. Juhtimisstruktuurid ei toeta alati töötajate arengut ega motiveeri neid jääma. Kaasamine otsustesse, tugi keerulistes olukordades ning tagasiside andmise süsteemid ei ole ühtlaselt rakendatud või arusaadavad. Samuti toodi välja, et tervishoiutöötajad on ise passiivsed ning ei olegi väga huvitatud ise algatama muudatusi või tegema ettepanekuid asjade parendamiseks.

„Ma arvan, et ongi selline suhtlusvõimetus või selline oskamatus. Et ei teata, kust ja kuidas. Ma arvan, et teadmisi nagu on, aga neid teadmisi on nagu, või neid isikuid, kes nagu rohkem teavad või oskavad või tahavad, neid on lihtsalt väga vähe. Ja siis, noh, nad lihtsalt füüsiliselt ei jõua kõike. Ja siis see, lihtsalt see info ei levi ma arvan.“

(Intervjuueeritav 10)

Intervjuudes toodi välja, et tervishoiuasutustes valitseb sageli distantseeritud suhtlemisstiil. Haiglas on õdede ja arstide vahel sageli nõrk omavaheline suhtlus, mis raskendab koostööd ning võib takistada sujuva ja tõhusa ravi osutamist. Mõned intervjuueeritavad väljendasid, et puudub usalduslik meeskonnatöö, kus info liigub vabalt ja kõik liikmed tunnevad end väärtuslike panustajatena. Selline killustunud suhtlusstruktuur võib

vähendada tööefektiivsust, suurendada konflikte ning lõpuks mõjutada ka patsiendikogemust ja ravikvaliteeti.

„Minu arvates on siin väga palju sellist, kui haigla enda sees nagu võtta, siis ma arvan, et on ka selline mentaliteedi osa on ikkagi. Mind väga näiteks häirib see, et on nagu ja ma olen seda ka bossile öelnud, et häirib see, et on nagu kaks liini, on nagu arstkonna liin ja siis on nagu selline teine. Aga toimivad kuidagi paralleelselt, aga sellist nagu, et noh, sujuvat ühilduvust või noh, et kasvõi nagu üles-alla või midagi sellist asja. Et nagu suhtlus on ka ära, et noh, et ma ei ütle, et mu kolleegid nagu on, et noh, ma olen arst ja teie olete kõik nagu siin, eks ole. Aga hoitakse väga palju distantsi. Et see on selline mentaliteet, see mind väga häirib, ma ei, Tallinnas ma seda ei kohanud. Seal kindlasti oli nagu neid eksemplare, aga vähemalt mitte meie nagu selles keskses, et kus ma seal nagu olin.“

(Intervjueeritav 10)

Intervjuudest ilmnes, et mitmetes Ida-Virumaa tervishoiuasutustes ei ole probleemiks üksnes distantseeritud suhtlusstiil, vaid sageli tajutakse üldist juhtimisoskuse puudumist. Intervjueeritavate sõnul on vähe inimesi, kes sooviksid või suudaksid juhtimisvastutust võtta. Juhtimisrolli ei täideta süsteemselt, otsuseid välditakse ja vastutus lükatakse edasi. Samas kirjeldati, et eesliinitöötajad – nii arstid kui õed – eelistavad pigem täita neile antud korraldusi ega soovi ise vastutust võtta ning otsuseid langetada.

Ma teadlikult võtsin positsiooni, et ma niikuinii olen igapäevaselt juht, et ma annan mõnele võimaluse, et äkki keegi tahab juhtida. Seisan paigal ja küsin, et mis me siis nagu teeme? Kes siis võtab kaardi ja üks ütleb selle peale, et aga sa pead ju juhtima, me ei oska ju kuskile minna. Ja siis ma sain aru, et okei, et seal ongi hoiak niiviisi, et kui juht on määratud, siis juhti vaadatakse temalt oodatakse, et ta peab näitama, et kuhu see nagu kamp läheb.

(Intervjueeritav 13)

Välja tulnud passiivne töökultuur ja eestvedamise puudumine võivad takistada asutuse arengut, meeskonnatöö kujunemist ning vajalike muutuste elluviimist. Seetõttu rõhutati intervjuudes vajadust tugevama suhtlemiskultuuri, vastutuse jagamise ja motiveeriva eestvedamise järele, et toetada nii tervishoiutöötajate initsiatiivi kui ka süsteemi toimimist tervikuna.

5.2.1 Diagnostika, ravi ja ravijuhendite kasutamine

Intervjuudes toodi esile vanema põlvkonna arstide tööstiili, mida iseloomustati kui „vana kooli“ lähenemist st formaalset, autoriteetset ja vähem patsiendikeskset suhtlust, mis võib tänapäeva ootuste ja standarditega vastuollu minna. Mitmed intervjuueeritavad märkisid, et selline stiil võib tekitada arusaamatusi nii patsiendi kui ka meeskonnaliikmete seas, vähendades usaldust ja koostöövalmidust.

„Pigem on võib-olla see kehvem, et need nii-öelda niinimetatud stagnaegsed arstid, kes on siin terve elu olnud, eks Ida-Virumaal ja nende töö spetsiifika on teine, nad ei lähe uuendustega kaasa.“

(Intervjuueeritav 5)

Intervjuudes rääkisid Ida-Virumaa tervishoiutöötajad, kes ise igapäevaselt tööalaselt digivahendeid kasutavad, et neil on raske mõista programmide mittekasutamist, mis mõjutab patsiendiinfoga seotud tööd. Täpsemalt kirjeldati olukordi, kus ei osata piisaval määral kasutada digitaalseid terviseinfosüsteeme, nagu digilood ja muud peremeditsiinis kasutatavad programmid.

„Käisime seal, no see on täitsa õudne, mis me seal kuulsime, näiteks nad ei kasuta seda programmi.“

(Intervjuueeritav 11)

Selle tagajärjeks on sageli mitte nõuetekohaselt või puudulikult täidetud patsiendi anamneesid, mis võivad olla lünklikud, pinnapealsed või puududa üldse. Eriti toodi välja, et

saatekirjade diagnoosikohad jäävad sageli arusaamatuks, puudub piisav põhjendus eriarsti juurde suunamiseks ning kogu patsiendi taustainfo on puudulik.

„Ta ei oska, aga no, teate see on väga, väga õudne tegelikult. Mulle tulevad näiteks, kuna mina töötan [...] nagu [...], siis kõik [...] tulevad nagu mulle. Saatekirjad näevad välja niimoodi pandud mingi diagnoos ma isegi imestan, et kust RHK-st nad leiavad üldse sellise numbri. Ja selle anamnees on siis lihtsalt kriips. Anamneesi ei ole.“

(Intervjueeritav 11)

Intervjueeritavate hinnangul põhjustab see olukord eriarstidele täiendavat töökoormust, kuna perearstilt saadud info puudub või on puudulik ja selle tõttu tuleb eriarstil alustada patsiendi juhtumi käsitlemist praktiliselt nullist. Samuti rõhutati, et selline infopuudulikkus võib kaasa tuua patsiendi suunamise vale eriala spetsialisti juurde, pikendades diagnostilist teekonda ning ravile pääsemise aega. Sellest omakorda võib tekkida tervishoiusüsteemi ressursside ebaefektiivne kasutamine ja patsientide rahulolematumus. Halvemal juhul võib kannatada hilinenud diagnoosi tõttu patsiendi tervis. Kuid alati ei ole tegu perearstide oskamatusena. Toodi välja, et ka haiglas töötavad eriarstid ei oska sageli sissekandeid teha ega korrektselt haiguslugusid täita. Intervjuude põhjal tuleb see probleem välja Ida-Virumaal läbivalt nii perearsti kui eriarstiabi puhul.

„Haigusloos on tehtud niisugune sissekanne, millest keegi mitte midagi aru ei saa. Minu EMO hooldus COVIDist, on ka niimoodi, et perearst küsis, et mis sul juhtus, kus sa läksid, mis sul oli?“

(Intervjueeritav 1)

Intervjuudest selgus ka vajadus suurendada tervishoiutöötajate digipädevust, pakkuda sihipärast koolitust ja tuge digisüsteemide kasutamiseks ning kehtestada kvaliteedinõudeid digitaalse dokumenteerimise osas. Täpne, asjakohane ja arusaadav info perearstilt on oluline eeltingimus kvaliteetseks eriarstiabiks ning süsteemi üldiseks tõrgeteta

toimimiseks. Samuti on vajalik asjakohane ning arusaadav info eriarstidel omavahelises suhtluses. Intervjuudes töid osalejad esile probleeme tervishoiuteenuste kvaliteedis, sh vastuvõttude, uuringute ja diagnoosimise protsessis. Kirjeldati olukordi, kus tehtud vastuvõttud olid pealiskaudsed, patsiendi seisundit ei hinnatud piisavalt põhjalikult. Samuti mainiti juhtumeid, kus diagnoosid olid kas ebatäpsed või valesti määratud, mis võis viia sobimatu ravikäigu või tarbetute edasiste uuringuteni.

„Läksin [...] seal öeldi esialgu, et tuleb, ma ei tea, enam-vähem opereerida, siis ütlesin „ei opereeri siin midagi“, et teeks kõigepealt pildid ja vaatame nüüd. Siis pandi igavesti suur kips, siis [...] nägi seda [meediaväljaandes] Küsis “kus sa selle hulgimurru oled saanud“ ei mingit hulgimurdu. Tallinnasse ja selgus, et see kips tuleb ära lõhkuda ja pean kandma ainult seda tuge. Aga ma oleksin kolm nädalat olnud selle fikseeritud kipsiga, mul näpuotsad olid lillad.“

(Intervjuueritav 1)

Eraldi toodi välja ka vananenud ravivõtete kasutamist. Intervjueeritavate hinnangul ei pruugi kõik spetsialistid olla kursis ajakohaste ravijuhistega, mistõttu rakendatakse ravi-meetodeid, mis ei ole enam kaasaegsed ja tõenduspõhised soovitused. Need võivad olla patsiendi tervisele hoopis kahjulikud ja kaasa tuua täiendavaid tüsistusi, mis pikendavad paranemise aega ja suurendavad ravikuluseid. Intervjuudest selgus, et kuigi ravijuhendid on olemas, ei ole nende kasutamine alati süsteemne. Otsuseid tehakse ravijuhenditest sõltumata ja praktika sõltub rohkem individuaalsetest kogemustest, kui ühtsetest standarditest. See tekitab variatiivsust ravitulemustes ja võib suurendada riski, et patsientide ravi ei johtu uudseimatest teadmistest.

„Tegelikult sõltub osakonnast kui ma ütlen sulle, et näiteks [...] arstid on väga selge erisused kas sa oled statsionaari arst või sa oled ambulatoorne arst. Nendele ambulatoorsetele arstidel, nendel on selline täissöömise tunne. Nad on tõenäoliselt kogu poliitilise, ütleme siis tiipladviku isiklikud [...] arstid olnud algusest kuni üles välja intiimselt olnud nende kõrval. Nad saavad aru, et neil on sellise puutumatus tunne tekkinud ja sa võid talle anda juhiseid, ta ütleb sulle aitäh, aga ta paneb selle kõrval ja ta ei pruugi seda järgida.“

(Intervjueeritav 13)

Osalejate sõnul järgitakse ravijuhendeid kõige järjekindlamalt just haiglate statsionaarsetes osakondades, kus töö on selgemalt struktureeritud, kontrollimehhanismid tugevamad ning personali seas suurem teadlikkus ja harjumus juhendite kasutamiseks.

„Statsionaaris on see asi, statsionaari haige võib jõuda teise raviastutusse ja need omavahel ikkagi nii palju toetavad seda asja, et nemad pigem nagu juhivad sellest.“

(Intervjueeritav 13)

Intervjuude põhjal selgus, et ravijuhendeid kasutatakse eelkõige haiglate statsionaarsetes osakondades, kus nende rakendamist toetavad struktureeritud töökorraldus. Seevastu ambulatoorsetes osakondades on juhendite kasutamine oluliselt ebaühtlasem või võib puududa üldse. See võib mõjutada ravi kvaliteeti ja tõenduspõhisust.

5.2.2 Kommunikatsioon ja meeskondade koostöö

Personaliga seotud teemade käsitlemisel rõhutati intervjuudes ka kommunikatsiooni kvaliteedi tähtsust. Hästi toimiv, struktureeritud ja vastastikku austav suhtlus on intervjueeritavate hinnangul oluline nii patsiendiohutuse tagamisel kui ka töökollektiivi sisekliima ja üldise rahulolu kujundamisel. Toodi välja kuidas kommunikatsioon mõjutab otseselt töösujuvust, vastutuse jaotust, ülesannete täitmist ning meeskonnasisest koostööd. Samas kirjeldasid mitmed intervjueeritavad olukordi, kus info liikumine on olnud aeglane,

katkendlik või puudulik. Sellistes olukordades ei pruugi töötajad olla teadlikud olulisest infost, mis mõjutab otseselt ravi- või hooldusprotsessi.

Intervjueeritavad kirjeldasid juhtumeid, kus tervishoiuasutuses suhtlus oli toonilt üleolev, autoritaarne või suisa hirmutav vanemate kolleegide poolt. Selline suhtlusstiil ei toeta avatud koostööd ega meeskonnatunnet ning võib viia olukorrani, kus töötajad, eriti nooremad spetsialistid või hiljuti tööd alustanud tervishoiutöötajad tunnevad end eba-kindlalt või oma rollis väärtustamata. Selle tulemusena võivad töötajad vältida küsimuste esitamist, probleemide tõstatamist või ka tagasiside andmist, kartes negatiivset reaktsiooni või alandamist. Selline olukord suhtlemises kahjustab omakorda tööõhkkonda ja võib mõjutada otseselt ka ravikvaliteeti ja patsiendiohutust, kuna olulised tähelepanekud võivad jääda välja ütlemata. Lisaks mainiti, et püsiv autoritaarne suhtlusviis võib pikemas perspektiivis viia töötajate demotivatsioonini, läbipõlemiseni või isegi töölt lahkumiseni.

*„Tähendab, ütleme niimoodi, et tegelikult töökeskkond Eesti haiglates ei ole väga hea. Meil on palju sihukest „orjapidajalikkude“ mentaliteeti. Kui me võrdleme, ei taheta rääkida, aga tegelikult kui välistudengid, arstid tulevad siia, siis see on esimene asi mida nad siin kirjeldavad. Et noh, meie need töösuhted meil on väga nihukesed tõrjuvas, see on pehmelt öeldes. Aga väga konkreet-
sed.“*

(Intervjueeritav 12)

Toodi välja, et üheks võimalikuks takistuseks noorte tervishoiuspetsialistide Ida-Virumaale tööle tulekul ning siia pikemaks ajaks jäämisel võib olla ebapiisav või ebaefektiivne kommunikatsioon organisatsiooni sees. Kui uued töötajad ei tunne end piisavalt informeerituna, kaasatuna või toetatuna, võib see vähendada ühtekuuluvustunnet ja tekitada ebakindlust oma rolli osas. Eriliselt mõjub demotiveerivalt, kui puudub regulaarne ja konstruktiivne tagasiside või kui tööprotsessid ja vastutusala ei ole selgelt kommu-keeritud. Sellises keskkonnas võib noorem spetsialist tunda, et tal ei ole võimalust kasvada, oma teadmisi rakendada ega saada vajalikku tuge professionaalseks arenguks, mis omakorda suurendab tõenäosust, et ta ei jää piirkonda püsima.

„Nad lähevad suure õhinaga, eks ole, et lähen ja aitan ja teen ja, siis nad saavad kuidagi sellise, pressitakse neid tambitakse.“

(Intervjueeritav 5)

Kokkuvõttes tuleb intervjuudest välja tugev vajadus arendada organisatsioonikultuuri, mis väärtustab avatust, selget infovahetust ja vastastikust austust. Kommunikatsiooni parendamine ei ole üksnes suhtlemise küsimus, vaid oluline osa tervishoiuteenuste kvaliteedi ja ohutuse tagamisest.

5.2.3 Intervjueeritavate ettepanekud

Intervjueeritavad pakkusid välja mitmeid lahendusi tervishoiusektori personalikriisi leevendamiseks. Neist olulisemad olid: (1) Ida-Virumaa tervishoiutöötajate toetusmeetmete suurendamine, (2) koostöö piirkonnaväliste haiglatega praktikantide suunamisel, (3) karjääriredeli loomine asutuse sees ja töötingimuste paindlikumaks muutmine. Samuti nähti vajadust poliitilisel tasandil süsteemse lähenemise järele, personali kättesaadavus ei ole ainult regionaalne, vaid ka riiklik probleem.

Kirjeldati, et Ida-Virumaa elamupiirkonnad ei ole kaasaegsed, viimased uued elumajad enne Narva Joaoru Residentside arenduse algust ehitati ca 25–30 aastat tagasi ja seetõttu puuduvad tänapäevased elamistingimused. Praktiliselt kõik intervjueeritavad tõid välja elamistingimused ühe põhjusena, miks tervishoiuspetsialistid ei ole motiveeritud Ida-Virumaale tööle asuma.

„No mina arvan seda ikkagi tegelikult, et mõjub kogu keskkonna atraktiivsus. Et noh, ma ei kujuta ette, et kui mul on nüüd pakkuda mingit mega suurt palka, kas Soome või versus nagu Ida-Viru ja kui ma ikkagi tegelikult päriselt tean, et mulle ei sobi seal see elamistingimused, et ma ei saa sealt kaasaegset maja, kus elama minna.“

(Intervjueeritav 2)

Intervjueeritavad pidasid oluliseks lähtetoetuste ja kõrgemat palgataset tervishoiutöötajatele. Nende hinnangul võiks konkurentsivõimeline palk ja starditoetus olla oluline motivaator noorte tervishoiutöötajate värbamisel ning piirkonda tööle jäämisel. Samuti rõhutati, et rahalised meetmed peaksid olema pikaajalised ja osa laiemast personalipoliitikast, mis toetab töötaja arengut, tunnustust ja karjäärivõimalusi kohapeal.

„Õige vastus oleks 30% kõrgem palk kui teistes raviasutustes.“

(Intervjueeritav 13)

Rõhutati, et tervishoiutöötaja otsus piirkonda tööle tulla ei sõltu ainult töökohast, vaid ka sellest, millised tingimused on loodud tema perele – näiteks koolide, lasteaedade ja vaba aja võimaluste osas. Tervishoiutöötajatele tuleb teha piirkond atraktiivseks ja lisaks tuleb mõelda ka spetsialistide lastele ja abikaasadele. Ning need spetsialistid võiks olla eesti keelsed – hetkel on valdav osa laste huviharidusest venekeelne.

„Et selles mõttes vaata selleks, et spetsialist sinna jääb, sul jääbki nendest abimeetmetest väheks, see peab olema terviklik, eks ole. Et mul peab olema lastele tagatud hea haridus, kool, hea huviharidus mul peab olema vabal ajal midagi nagu teha nii täiskasvanul, nii lastel kui tegelikult enda noorel perel.“

(Intervjueeritav 9)

Intervjueeritavad toovad välja, et eestikeelsete huviringide leidmine lastele on keeruline, kui mitte võimatu. Huviringide juhendajad on valdavalt venekeelsed, mistõttu eesti keelt kõnelevatel lastel, kes vene keelt ei oska, ei ole võimalik huviringides osaleda.

„Jah, ja siis kui me räägime spordiringide kogukondadest, siis mul on probleem, ma ei saa oma lapsega kuidagi ühtegi ringi panna, sest mul lapsed ei räägi vene keelt. Treenerid ei räägi eesti keelt.“

(Intervjueeritav 4)

Intervjuudes märgiti positiivse arenguna, et tervishoiutöötajate puudust on osaliselt leevendanud spetsialistid, kes on saabunud Ukrainast ning muudest nn kolmandatest riikidest. Intervjueeritavate sõnul on nad olnud valmis tööle asuma ka keerulisemates oludes ning on andnud olulise panuse teenuste toimimisse. Samas rõhutati vajadust nende töötajate parema keeleõppe ja kultuurilise kohanemise toetamiseks, et tagada sujuv koostöö ja kvaliteetne patsiendisuhtlus.

„Kaasa arvatud nüüd selle Ukraina kriisiga seoses tuli meile siia päris palju tervishoiutöötajaid. Nad õpivad keelt ja ütlevad nii, et tööalased kogemused ka ja nad saavad neid rakendada esialgu võib-olla hooldajana, mitte päris tervishoiutöötajana, aga ikkagi nagu pakub see natukene leevendust.“

(Intervjueeritav 3)

Samuti rõõmustati Tervishoiu Kõrgkooli Ida-Virumaa õppebaasi üle, mis loob eeldusi tervishoiutöötajate järelkasvu kujunemiseks kohapeal. Sellega loodetakse saada Ida-Virumaa piirkonna õdede puudusele leevendust. Eelduste kohale asuvad sinna õppima kohalikud noored ja loodetakse, et suur osa neist jääb peale kooli lõpetamist piirkonda tööle.

„Mida me tegime me tõime siia selle Tartu Tervishoiu Kõrgkooli õdede õppe.“

(Intervjueeritav 1)

Samas on intervjuude põhjal märgata ka positiivset arengut tervishoius, sest teiste Eesti piirkondade arstid tulevad Ida-Virumaale osaliselt tööle või teevad vastuvõtte Narvas ja Ida-Viru Keskhaiglas. Selline paindlik töökorraldus aitab leevendada puuduvate tervishoiutöötajate kriisi ja parandab patsientide ligipääsu eriarstiabile (patsiendid ei pea sõitma Tallinnas ja Tartusse). Samuti võimaldab see tuua piirkonda erinevatest raviasutustest pärit kogemusi ja teadmisi, mis toetavad teenuste kvaliteedi ühtlustamist kogu Eestis.

„Meil ju käib tegelikult Ida-Viru Keskskhaiglas ka päris palju Tartu Kliinikumi arste ja teevad vastuvõtte.“

(Intervjueeritav 5)

Tuginedes intervjuudele võib kokkuvõtteks öelda, et tervishoiutöötajate juurde saamiseks Ida-Virumaale peavad eksperdid oluliseks tervishoiutöötajate palkade ja pikemaajaliste toetuste suurendamist, et motiveerida noori spetsialiste piirkonda tulema ja siia jääma. Lisaks rõhutati kaasaegsemate elutingimuste ja infrastruktuuri loomise vajadust, et inimesed sooviksid piirkonda jääda. Lisaks toodi välja vajadus parandada töökorraldust ja juhtimist, suurendades töötajate kaasatust ning toetades avatumat suhtluskultuuri. Tähtsaks peeti ka keeleõppe ja kultuurilise kohanemise toetamist välismaalt saabunud spetsialistidele ning nähti väärtusliku lahendusena teiste Eesti piirkondade arstide kaasamist, mis aitab ajutiselt leevendada kohaliku personalipuuduse mõju.

5.3 Suhtluskeel ja keeleoskuse mõju tervishoiuteenuste kvaliteedile

Keeleküsimus kujunes intervjuudes üheks keskseks ja mitmetahulisemaks teemaks, mis mõjutab otseselt tervishoiuteenuste kättesaadavust, kvaliteeti ja personali liikumist Ida-Virumaale. Toodi välja, et keelega seotud väljakutsed ei piirdu üksnes arstide ja patsientide vahelise suhtlemisega, vaid ulatuvad laiemalt tööjõu liikumise takistusteni, tervishoiuteenuse kvaliteedi, usalduse kujunemiseni ning kogu süsteemi suutlikkuseni pakuda kvaliteetset arstiabi.

5.3.1 Keelebarjäär kui takistus tervishoiuspetsialistide minemisel Ida-Virumaale

Intervjuudes rõhutati, et eesti keele oskus või pigem selle puudumine on takistus tervishoiutöötajate värbamisel Ida-Virumaale. Ida-Virumaa tervishoiutöötajate eesti keele vähene oskus raskendab nii suhtlust kui ka meeskonnatööd, eriti nooremate tervishoiuspetsialistide ja mujalt Eestist tulnud tervishoiutöötajatega, kes ei valda vene keelt.

„Ma ei tea, kuidasmoodi julgustada, ma arvan, et see keeleoskuse osa on see, mis, miks võib-olla ei taheta tulla. Mina arvan, et minule teadaolevalt palganumbrid on selles mõttes küll konkurentsivõimelised, kindlasti. Et ei ole nagu teemat.“

(Intervjueeritav 10)

Raskendatud on ka teiste tervishoiuasutustega suhtlemine. Tervishoiuasutuste omavaheline keeleoskus on vajalik, sest kui nõustamist teiste haiglatega või tervishoiuasutustega teha ei saa võib patsiendi tervis kahjustada saada.

„Aga teine asi, et see sulgeb haiglad nagu täiesti sellesse oma mahla. Kui sul ei ole tegelikult keeleliselt võimalik teiste kolleegidega suhelda.“ (Intervjueeritav 1)

Intervjuudes toodi esile, et keelebarjäär arstide vahelisel suhtlusel võib mõjutada ravikvaliteeti. On juhtumeid kus vene keelt kõnelev arst konsultatsiooni käigus ei suuda edastada piisavat infot patsiendi kohta eestikeelsele tervishoiutöötajale, mille tulemusena võis kannatada patsiendi ravi.

„ Näiteks meil on juhus olnud eelmisest aastast, kus kirurg helistab [...] residentile Tartusse ja resident ei oska mitte ühtegi sõna vene keelt. See lõppes sellega, et resident tegi kirjaliku kaebuse keeleametile. Meil tuli järelevalvemenetlus sellest. Ja ei saadudki terviseinfot, ei suudetudki üksteisele selgeks teha ega ka abi saada.“

(Intervjueeritav 13)

Vene keelt kõnelevad arstid küll juhtidele püüavad eesti keeles vastata ning nendega suhelda, ent madala keeletaseme tõttu on see raske, selgus intervjuudest. Intervjuus toodi

välja, et arstid küll osalevad eesti keele kursustel, kuid keelepraktika võimalused haiglas on piiratud.

„Väga püüdlikud seda keelt pakkumas, mulle kui [vastaval ametikohal töötajale] aga samal ajal ma näen kui raskelt see tuleb, sest ma olen ise Soomes töötanud, läinud Tartust sinna tööle ainult kolme sõna soomekeelse teadmisega.“

(Intervjueeritav 13)

Samuti märgiti, et oluliste erialakoolituste puhul kasutatakse tõlketeenuseid ning peetakse oluliseks inimeste suunamist eestikeelsetele konverentsidele. Selline lähenemine aitab kaasa keeleoskuse ja erialase terminoloogia paremale omandamisele, toetades samal ajal ka töötajate lõimumist laiemasse Eesti tervishoiusüsteemi.

„Me kasutame tõlgi teenuseid reeglina koolituste juures kui meil on selliseid hästi täppiskoolituseks, siis me tahame punktuaalselt üle anda seda ja seal me kasutame tõlgi teenust.“

(Intervjueeritav 13)

Lisaks venekeelsetele tervishoiutöötajatele on ka suurem osa Ida-Virumaa elanikest venekeelse taustaga. Paljud neist on eakad inimesed, kellel puudub valmisolek või võimekus eesti keele omandamiseks. Seetõttu on just arstidel ja õdedel – sealhulgas ka eesti emakeelega spetsialistidel sageli vaja suhelda patsientidega hoopis vene keeles.

„Sellel arstil ei ole teist võimalust, sest kogu jutt käib vene keeles ja aga sellel arstil ei olegi muud võimalust, sest tema patsiendid ja kõik on venekeelsed.“

(Intervjueeritav 13)

Toodi välja, et eesti keele õppe vajadus tervishoiutöötajate seas on suur. Kuigi paljud venekeelsed tervishoiutöötajad on aastakümneid olnud Eesti tööl, ei saada aru ega osata eesti keeles vastata.

„Ja minu poolest, mul on selles osas ma ütlen, et ma halvematel päevadel, ma ütlen ka, et noh, [...], kõik võiksid eesti keelt rääkida. Aga ma ütlen, et kui selle asja saaks sujuvamalt, kasvõi sujuvamaks, kasvõi sellepärast, sellega, et nad saaksid selle info kätte ja nad oskaksid küsida või nagu oleksid teadlikud asjadest ja kui selle jaoks on vaja seda infot vene keeles anda, siis no jumala eest, noh, anname. Et aga ütleme, halvematel päevadel ma teile sõitku kõik sinna kohta, et palun tolka pa estontski.“

(Intervjueeritav 10)

Intervjuud näitavad, et suhtluskeel ja keeleoskus mõjutavad tervishoiuteenuste kvaliteeti mitmel moel. Keelebarjäär ei mõjuta mitte ainult arsti ja patsiendi vahelist suhtlust, vaid ka tervishoiutöötajate omavahelist koostööd. Kuna mitmed intervjueeritavad tõid esile olukordi, kus eri emakeelega töötajate vahel tekkis arusaamatusi või koostöö takerdus ja info edasiandmine oli raskendatud. Samuti mainiti, et piiratud keeleoskus võib aeglustada ja raskendada ravijuhendite mõistmist ning vähendada usaldust meeskonnaliikmete vahel. See toob esile, et keeleoskus ei ole ainult patsientidega suhtlemise küsimus, vaid on oluline kogu tervishoiusüsteemi toimimiseks .

5.4 Tervishoiuteenused

5.4.1 Eriarstiabi

Eriarstiabi valdkonnas toodi esile peamiseks probleemiks spetsialistide puudumist ja teenuste ebaühtlast kättesaadavust. Vajatakse rohkem eriarste sh taastusraviarste ja psühhiaatreid, vaimse tervise spetsialiste, hambaarste, kliinilist logopeedi, silmaarste jne. Kriitiliseks peeti sünnitusabi toimimist. Laias pildis toodi välja, et ei ole eriala, kus kedagi puudu ei oleks.

Aeg oli siis väga vilets, aga ütleme niimoodi, et neid teenuseid, millega seal hästi on, ei ole peaaegu.

(Intervjueeritav 12)

Intervjuudes märgiti, et eriarsti teenused Ida-Virumaal on sageli kättesaadavad ainult suurtes keskustes või puuduvad üldse või on kättesaadavad väga vähesel määral. Lisaks on suurenenud vajadus patsientidel pöörduda erameditsiini vastuvõtudele, sest riiklikus süsteemis ei ole vastuvõtu aegasid piisavalt või need puuduvad üldse. Seda eriti psühhiaatria ja taastusravis, mis viitab avaliku sektori vähesele võimekusele kõiki vajadusi katta. Üldine tervishoiuteenuste kättesaadavus Ida-Virumaa piirkonnas on ebaühtlane ning oluliseks takistuseks arstiabi saamisel maapiirkondades peeti transpordibarjääre, seda eriti eakate ja liikumisraskustega inimeste puhul. Transpordi halb kättesaadavus raskendab arsti juurde jõudmist ning süvendab tervisealast ebavõrdsust. Probleemiks on ka eriarstiteenuste vähene integreeritus, kus perearsti ja eriarstiteenuste vaheline koostöö ei toimi piisavalt tõhusalt. See kokku loob killustatuse, mis raskendab patsientide jaoks tervikliku raviteekonna läbimist.

Praktiliselt kõik intervjueeritavad tõid välja, et vaimse tervise teenuste kättesaadavus on Ida-Virumaal väga halb, järjekorrad on pikad ja spetsialistide puudus väga suur. Eriti teravalt puudutab vaimse tervise teenuse halb kättesaadavus lapsi.

„Kui me jällegi vaatame seda laste statistikat, siis noh, ütleme vaimne tervis on Ida-Virumaal kindlasti nagu kriitiline just laste suhtes. Et ütleme, et kui me räägime Ida-Virumaast, siis tõesti laste vaimse tervise teemad on hästi tugevalt praegu laual, need karjuvad igalt poolt.“

(Intervjueeritav 9)

Vaimse tervise spetsialistide puudus puudutab tugevalt lisaks lastele ka teismelisi ja noori täiskasvanuid. Intervjueeritav tõi välja olukorra koolis, mis kirjeldab vaimse tervise

probleeme noorte seas. Olukord tekitab omakorda hirmutunnet ja stressi töötajate seas, mis omakorda võib olla ohumärk vaimsele heaolule.

„Kuna olen siin kogu aeg olnud ja need kohalikud inimesed või need tudengid, kellel on ka mingid probleemid, tulevad meie juurde. Meil on juba häirenupp, et kunagi sa ei tea, mis tal peas on, miks ta on selline, miks ta käitub niimoodi, et kas tal on narkojoove, kas ta on lihtsalt purjus või veel midagi. Või tõepoolest vaimne tervis on selline. See ongi meil pideval kas sügisel või kevadel tuleb seda ette.“

(Intervjueeritav 8)

Perearsti juures käiakse vahel ennast nn välja rääkimas, kuid patsiendid ei soovi sageli tunnustada, et neil on vaimse tervise probleemid. Nagu intervjuust selgus, siis ühtlasi koormab see ühest küljest perearsti ajaressurssi ja teisest küljest perearstil puudub sügavamate vaimsete tervise teemadega tegelemise oskus. Samas tuli välja, et vaimse tervise teemadel rääkimine on endiselt Ida-Virumaal stigmatiseeritud ning sotsiaalmajanduslikult raskesti kättesaadav. Psühhiaatri vastuvõtule suunatud patsiendid ei saa aga riikliikus süsteemis vastuvõtu aega. Eraarstiabis on psühhiaatri vastuvõtud paljudele finantsiliselt kättesaamatud.

„No ja tegelikult väga paljud, mina siin ka istun nagu mingi preester. Ja tema noh, me rääkisime, rääkisime, rääkisime, rääkisime esialgu on ta ei taha tunnustada ka, et tal on vaimsed probleemid, sest see on nagu, nagu häbi millegipärast meil. Ja lõppude lõpuks ta ikkagi võttis selle psühholoogi saatekirja, aga tuleb välja, et ta lihtsalt helistab, nagu kirjutab ja talle vastatakse, et meie uusi patsiente ei võta. Meil ei ole aega.“

(Intervjueeritav 11)

Keerulises olukorras on intervjueeritavate sõnul ka hambaravi kättesaadavus. Toodi välja hambaarsti pikk ooteaeg ja kõrged hinnad, mis muudavad ravi paljude patsientide jaoks

raskesti ligipääsetavaks. Samuti ei ole osa hambaravi teenuseosutajatest liitunud Tervisekassaga.

„Kas meil on tõepoolest hammastega nii halvasti Ida-Virumaal või pole arste? Helistasin paar nädalat tagasi ühele teisele, ei ole aega ja uusi kliente ei võta, ainult need kes on. Ma ei tea, mis toimub, aga niimoodi on kogu aeg nagu hambaraviga.“

(Intervjueeritav 8)

Esile tuleb lisaks, et eriarstiabi teenuseid kasutatakse sageli töövõimetuse taotlemiseks. Arsti poole pööratakse eesmärgiga saada diagnoos, mis võimaldaks töövõimetustoetusi taotleda ja mitte terviseprobleemi leevendamiseks. Kui esmaselt eriarstilt diagnoosi ei saada, siis pööratakse otse psühhiaatri juurde, kuts loodetakse siiski endale sobiv töövõimekuse vähenemise hinnang saada. Töövõimetuse taotlemise rohkusele pöörati Intervjuudes tähelepanu korduvalt, mis näitab, et see võib olla Ida-Virumaa piirkonnas väga palju tähelepanu vajav teema.

„Tema teeb palju töövõime hindamisi ja ütles, et üks nõrkus on tehtud sellega, et lubatakse käia ilma saatekirjata. Ja kui nüüd töövõimet hinnatakse, siis nad on leidnud, et enam seljavaluga ei saa töövõime langust, siis aga käi psühhiaatri juures ära ja siis saan oma depressioonikese kätte sealt.“ (Intervjueeritav 7)

Intervjueeritavad tundsid muret tervishoiuteenuste ebavõrdse jaotumise pärast. Tuuakse välja, et tõmbekeskustes on arstiabi paremini kättesaadav kui maapiirkondades. Kuna ühistransport maapiirkondades käib harva, siis arsti vastuvõtule või uuringutele saamine maainimestel on raskendatud – eriti eakate ja piiratud liikumisvõimega inimeste jaoks.

„Ma arvan, et bussiliiklus, nii nagu ikka perifeerias on nagu kehva. Ja rongiliiklus pidi olema veel kehvem, olen ma kuulnud. Aga pluss on veel see, et noh, polikliiniku ruumid, noh, isegi rongiliiklus on ju, noh, Jõhvi. Me ei ole Jõhvis. Järvel minu teada ei ole mingit peatust. Et nagu linnaosade vahel ja haigla aadress selles mõttes, või aktiivne tegevus, toimub siiski nagu Kohtla-Järvel. Et üks on [...], kus me praegu oleme ja siis on [...], kus minul on [...] nagu.“

(Intervjueeritav 10)

Eriarstiteenuste osas töid intervjueeritavad välja, et eriarste on vähe ja tänu sellele on enamike eriarstiabi teenuste kättesaadavus piiratud või puudulik. Eraldi rõhutati hambaraviteenuste halba kättesaadavust, eriti madalama sissetulekuga inimeste jaoks. Vaimse tervise teenuseid on väga vähe või hoopis puuduvad. Samuti toodi välja praktiliselt kõik eriarsti erialad kui puuduvad või väga vähesel määral kättesaadavad. Mitmed intervjueeritavad töid esile ka kehva ühistranspordi, mis muudavad arstile jõudmise keeruliseks, eriti maapiirkondades.

5.4.2 Perearstiabi Ida-Virumaal: intervjueeritavate hinnangud

Perearsti ja perearstiteenust pidasid intervjueeritavad oluliseks. Paljud intervjueeritavatest hindasid perearstiabi üldist kättesaadavust Ida-Virumaal pigem heaks, perearst on enamasti olemas ja patsiendid saavad esmasele vastuvõtule ajaliselt ligi. Toodi ka välja, et vajadusel saab perearstile ilma aega ette broneerimata.

„Noh, meil on ikkagi niimoodi, et meil on need kes on nagu järjekorra järgi, aga kui sul mingi äge probleem on, et sa ikkagi saad tulla ja sa saad abi ükskõik, kas noh, väljaspool järjekorda, kas sa ootad natuke, ainult helista ette. Ja muidugi niimoodi, et homme lõppeb autojuhi load, nii et noh, sellega ei saa enam.“

(Intervjueeritav 11)

Perearsti teenuse hea kättesaadavuse tõttu on Ida-Virumaa piirkonnast ära kolunud inimesed jäänud endiselt Ida-Virumaa perearsti nimistusse ega ole otsinud uut perearsti. Tullakse perearsti vastuvõttudele kohale ka Tartust-Tallinnast.

„Mina küsisin, et kuule, no haige lapsega Tartust Kiviõlli sõit ka ei ole, aga ma usun, pikk sõit tegelikult. Tema ütles mulle niimoodi, et tead sa, ma pean helistama, ma pean mingisuguse numbri saama, siis ma, siis see on nagu pikk aeg. Siin ma tean, et ma panin lapse autosse, sõitsin samal päeval, käisin, tegin, sõitsin tagasi, rahulikult.“

(Intervjueeritav 11)

Samas toodi esile mitmeid erinevaid murekohti. Intervjueeritavad tõid välja, et mitmed perearstid Ida-Virumaal on pensioniealised ja kohe pensionile jäävad. See viitab sellele, et lähima viia aasta jooksul jääb suur osa perearste pensionile ning asemele pole kedagi panna ja kardetakse tervishoiusüsteemi „kokku kukkumist“.

„Kui me räägime siin meeletust perearstide põuast ja sellest, et nad nüüd järgmise 5 aasta jooksul, ütleme selline 60%, Ida -Viru perearstidest peaks tööturult hakkama väljuma, siis neil ei ole kuhugi väljuda ja kedagi asemele panna, et tegelikult on kõikides valdkondades king ikka väga pigistab.“

(Intervjueeritav 6)

Kuna perearstid on suures osas eakad või juba pensioniealised ei ole nad huvitatud ka erialasest enesetäiendamisest ega koolitustest, millele viitasid mitmed intervjueeritavad. Koolitustest eemale hoidmine ja osalemine võib viidata, et ravis ei kasutata kaasaegseid tõendus põhiseid ravimeetodeid.

„See meditsiin kukub seal ka esmatasandil täiesti kindlalt kokku, sellepärast et kui ma [...] korraldasin perearstidele täienduskoolitusi, siis oli seal see probleem, et mõned tulid, 10 inimest osad ei tulnud üldse. Ja siis need, kes vähe jutukamad olid, siis ütlesid „lapsekene miks sa mind siia kutsud, et me niikuinii lähme varsti ära töölt pensionile ja ega meid siin enam kauaks ei ole“. Ühesõnaga, 70% nendest perearstidest läheb kohe pensionile.“

(Intervjueeritav 12)

Koolitustel mitte osalemised ning uuendustega mitte kaasa minemine raskendab koostööd eriarstidega. Toodi välja, et isegi kui tööks vajalikud infomaterjalid on vene keeles saadaval, siis neid ei loeta ja see tekitab lisakoormust eriarstidele.

„Ei, ma arvan, et nad ei oska, nad ei taha ja nad ei taha ka seda uut asja ilmselt vastu võtta. Ja kas see, ma arvan, et mina olen väga palju siin ja teie konsultatsioon on ka siin, ma vastan neid. Neid ei ole õnneks nii palju, aga neid on rohkem tulemas. Olen väga palju ka kirjutanud, kui olen tagasi saatnud vastuse selle, [...] on praegu see ravijuht. See projekt on, kus nad kõik tulevad läbi e-konsultatsiooni. Praegult need [...] ja siis olen öelnud, et palun tutvuge nende hindamiskriteeriumitega. Info on seal, panen neile lingi ja kirjutan juurde veel, tekst on ka vene keeles saadaval. Aga mul on tunne, et nad isegi ei taha seda ka. Et on jätkuvalt nagu olnud ka sealt nagu, noh, samadelt perearstidelt siiski. Nagu ei taha. Et aga, kas see mittetahmine on siis nagu seoses sellega, et nad ütlevadki, et ma olen vana potentsiaalselt.“

(Intervjueeritav 10)

Praktiliselt kõik intervjueeritavad tõid välja perearstide vähese eesti keele oskuse, mis omakorda raskendab suhtlust vene keelt mitte valdavate eestikeelsete eriarstidega ning takistab sujuvat koostööd.

„Nad ei oska peamiselt eesti keelt, nad ei oska.“

(Intervjueeritav 11)

Lisaks mõjutab keeleoskus ka arstide võimet kasutada riiklikke perearstile suunatud digisüsteeme, ning suhelda teiste tervishoiuasutustega, kus vastav tervishoiutöötaja ei oska venekeelt. Perearstide poolt mitte nõuetekohaselt täidetudsaatekirjad ja tegemata jäänud uuringud patsiendile enne konsultatsioonile saatmist on tekitanud olukorra, kus eriarstid ei taha teinekord enam perearsti saadetud patsiente vastu võtta. See koormab asjatult eriarstiabi ning võtab ära vastuvõtu ajad patsientidelt, kes seda vajavad.

„Et mul tuleb just aastaaruande esitamine, siis seal just nende eelkonsultatsioonide osas, mul on üks slaid on selle kohta, et ja me oleme [...] juhiga siin spetsialistide juhiga nagu kokku leppinud, et me hakkamegi lihtsalt eraldi pommitama nii-öelda perearste meilidega, et see on vaja paremaks teha. Me varsti enam ei võta neid vastuvõtule, kui saatekirjale on ainult konsultatsiooniks. Ja patsient ütleb, et mul valutab siin, lõualuu ei kuulugi [...] juurde vahest. [...], noh ja sa saad aru, tal ei ole mitte midagi teha, tal ei ole nagu esmatasandi uuringuid, mis on võimalik teha. Midagi ei ole.“

(Intervjueeritav 10)

Intervjuus räägiti ka, et perearstidel on olnud kehv suhtumine ja koostöövalmidus, eriti COVIDi pandeemia ajal. Patsiente ei vaksineeritud ega võetud vastuvõtule. Selline olukord kriisi ajal võis tekitada ohtliku olukorra patsiendi tervisele, haiglate ülekoormatuse ja võis aidata kaasa nakkushaiguste levikule.

„Siis perearstid panid ukse peale sildi „COVID“ kinni. Kogu selle COVIDi ajanad ei tahtnud tegeleda ühegi COVIDi haigega. Ja need haiged, kuidas nüüd öelda, kui nad siis haigeks jäid, sealt sattusid haiglasse. Ülejäänud olid seal kuidagi niisama. Perearstid ei tegelenud ei nende vaksineerimisega, see oli haigla asi tegelikult ravida ja konsulteerida.“

(Intervjueeritav 12)

Tuuakse välja, et perearstid ei tunne hästi tervishoiusüsteemi ja ei tea kuhu ja millal patsient suunata ehk puudub oskus korraldada patsiendi teekonda. See võib viidata ka perearstide vähesele eestikeele oskusele ja sellele, et nad ei saa aru ega mõista lugeda infomaterjale, mida tööalaselt on vaja. Mitmed intervjuueeritavad tõid välja, et mida „Narva“ poole, seda keerulisem on tervishoiutöötajatega suhtlemine, seal hulgas ka perearstidega.

„Haiguse, vaid kui nad on ka selles süsteemis, et ka esmatasand ei suuda neid nagu korraldada kuidagi. Et ja esmatasand ei tea ka ise enam väga mul on tunne. Vähemalt noh, kui ja siin on kusjuures väga suur vahe minu mõistes on, mis on Ida-Virumaa ja siis sinna tuleb kõrvale võtta kaldkriips Narva linn. Et seal on nagu selge vahe joonistub sisse. Ja see on, noh, minu subjektiivne arvamus. Et seal on nagu minu arvates see olukord veel halvem. Vähemalt selle arusaamise ja mõistmisega osas.“

(Intervjuueeritav 10)

Intervjuueeritavad tõid esile, et perearstid on Ida-Virumaal sageli ülekoormatud, mis võib viia läbipõlemiseni. Suured nimistud, personali puudus ja järjest kasvavad ootused perearstidele suurendavad tööpinget. Läbipõlemine võib mõjutada nii teenuse kvaliteeti kui ka patsientide rahulolu ja ohutust.

„Läbipõlemine jällegi, ikkagi inimene peab minema puhkama, no, ta lihtsalt ei suuda, ta ei suuda. Aga ei ole ju kedagi siia panna.“

(Intervjuueeritav 11)

Intervjuudes tuli välja, et perearstid on mõnel juhul suunanud patsiente põhjendamatu-tele või ebaõigetele uuringutele. Kuna patsient jäi sellisel juhul ravita, võis olukord põhjustada kahju tema tervisele. Samuti koormavad põhjendamata uuringud tervishoiusüsteemi ressursse. Samal intervjuul selgus, et mõnel juhul ei pruukinudki uuringule suunamise otsuse langetada arst, vaid hoopis pereõde. See tekitab küsimuse, kas perearst

kontrollib pereõe tegevust piisavalt ning kas uuringutele allkirja andmine toimub sisulise ülevaatamiseta.

„No näiteks ma kohe lähen vihaseks, vot nüüd kolmapäeval tulevad mulle vastuvõtule kaks naist. [...] Probleem- naine nägi endal kaka sees usse, palju usse, elavaid usse. Läks perearstile. Perearst määras talle analüüsi soole parasitiidel DNA roojast. Nägi, et ameebid ei ole, neid plastotsüste ei ole, kedagi veel seal järglanglioosi ei ole. Sa üldse ei saada aru, kes on see amööb? No seda koolis [...] teab, et amööb ja uss. No millega sa mõtled? Milleks sa teed selle analüüsi? No ussid [...], no pane seda Vermoxit, kas sa ei tea siis seda? Ussid, ussid, ussid ja amööb mikroskoobiga vaadata.,,

(Intervjueeritav 11)

Esile toodi Ida-Virumaa piirkondlik eripära võrreldes näiteks Tallinnaga. Ühe olulisema erinevusena mainiti suhtumist laste vaktsineerimisse COVIDi pandeemia ajal. Lapsi vaktsineeriti ilma vanemate selgesõnalise nõusolekuta. Mis võib viidata üldisele suhtumisele Ida-Virumaal patsientidesse ja nende õigustesse.

„Aga näiteks kasvõi see, et ma võin tuua, võib-olla selle kõige värskema näite, et COVIDi perioodil, siis tegelikult perearstid tagasisidestasid meile, kui riigi esindajatele, minu arust tohutult ausalt, et näiteks need reeglid, mida sa ei saa kunagi rakendada Tallinnas, et sa lihtsalt ütled, et sa ei küsi vanemate käest, vabandust, et kas ta laps, kas ta last tohib vaktsineerida. Et seal öeldakse, et vaktsineeri, et seal on tegelikult erisusi, millega sa pead nagu arvestama.“ (Intervjueeritav 2)

Intervjuudest võib esile tuua ka ühe COVID pandeemia aegse juhtumi, mis kirjeldab perearstide suhtumist kriisiolukorras. Kuna perearstid olid ülekoormatud, keeldus perearst patsiente vastu võtmast ja suunas nad tagasi iseseisvalt kodus hakkama saama. Intervjuus toodi samuti välja, et pärast COVID perioodi harjusid inimesed mõttega, et iga muu rega ei pea perearsti vastuvõtule minema ning nõustamine on võimalik ka telefoni teel.

„Et siis, noh, COVIDI aeg, ma ütlen natuke, et see juhtus meil. Ta tegelikult näitas inimestele, et see [...] mingi külmetushaigus läheb üle iseenesest. Et sa ei pea nagu ilmtingimata käia ära kuskil arsti juures, kuulamas kopse muidu see mööda ei lähe. Noh, tuli välja, et läheb ilma kopsu kuulamiseta iseenesest“

(Intervjueeritav 11)

Kokkuvõtteks võib välja tuua, et kuigi perearstiabi kättesaadavust hindasid intervjueritavad Ida-Virumaal pigem heaks, kerkis esile mitmeid olulisi murekohti, mis võivad mõjutavad perearstiteenuse kvaliteeti ja usaldusväärust. Intervjueeritavad tõid esile, et paljud perearstid on eakad, ei osale koolitustel ega kasuta tööks vajalikke kaasaegseid digilahendusi, mis omakorda raskendab patsientide suunamist eriarstile. Samuti on probleemiks kehv eestikeele oskus, mis takistab suhtlust eriarstidega ning raskendab koostööd teiste tervishoiuasutustega väljaspool Ida-Virumaad. Lisaks toodi intervjuudes välja, et patsientidele määrati valesid uuringuid, mis põhjustas viivituse õige ravi saamisel. Toodi välja ka perearstide ülekoormus ja läbipõlemine. COVID pandeemia ajal ilmnes ka kehva suhtumist perearstide poolt: patsiente ei vaksineeritud või ei võetud vastuvõtule, mis võis mõjutada usaldust perearstiabi vastu. Esile toodi ka piirkondlikke erisusi võrreldes näiteks Tallinnaga, kus Ida-Virumaal vaksineeriti lapsi väidetavalt ilma vanemate selge nõusolekuta, tekitades eetilisi küsimusi. Intervjuud tõid välja vajaduse süsteemsemaks lähenemiseks perearstiabi arendamisel. sh personalipoliitika uuendamiseks, keele- ja digipädevuste tõstmiseks.

5.4.3 Eraarstiabi Ida-Virumaal: Intervjueeritavate hinnangud

Intervjueeritud tõid välja, et erasektoris peetakse terviseteenuste osutamisel oluliseks kliendikeskset suhtumist ja kvaliteedi hoidmist. Soovitakse, et patsient tuleks tagasi, mistõttu on loodud ilusamad ja puhtamad tingimused tervishoiuteenuste osutamiseks.

„Jah, et võib-olla sellist patsiendikeskset suhtumist peab erakliinik nagu tagama sellepärast, et iga kord kui sa ukselinki vajutad, ukselink peab olema puhas ja hästi lõhnama, nii et sa ei saa endale lubada seda kõrvalekallet, sest et homme tõenäoliselt patsient ei pruugi tagasi tulla ja võib olla ka, et me ei taha, et patsient käiks meie juures ainult sellepärast, et tal pole kuhugi mujale minna, et me tahame, et ta käis siin sellepärast, et tal on hea olla ja tema tervisest hoolitakse.“

(Intervjueeritav 6)

Intervjueeritav tõi välja, et peamised teenused, mida erasektor osutab on psühhiaatria, hambaravi, töötervishoid, taastusravi, sotsiaalteenused ja koolitervishoid. Eelnevalt loetletud tervishoiuteenused on muutunud erasektori jaoks peamiseks tegevusvaldkonnaks, kuna nende järele on pidev ja kasvav nõudlus ning riiklik pakkumine on sageli piiratud või ebapiisav.

„Ambulatoorne psühhiaatria, koolitervishoid, siis on meil sõltlastele suunatud teenused. Eks me osutame sõltuvusravi teenuseid alates metadoonasendusravist kuni tubakas alkohol ja sinna kõrvale suhte- hasartmängud ja nii edasi, töö sõltuvuse temaatikaga käib meil psühhiaatris päris aktiivselt. Kõige vajatumad teenused on täna siiski psühhiaatria ja hambaravi, kus on järjepidevalt poole aastased järjekorrad. Nii kurb kui see ka ei ole.“

(Intervjueeritav 6)

Intervjuudes märgiti, et erasektori poolt pakutavate riikliku kattega teenuste puhul valitseb ebakindlus. Hankeperioode peetakse liiga lühikeseks, mis ei anna pikaajalist kindlustunnet ning teeb tervishoiutöötajate palkamise keerulisemaks, sest ei teata kas 3-5 aasta pärast on võimalik tervishoiutöötajat tööl hoida kui hankeperiood läbi saab.

„Väga ebastabiilne. Kolme aastaga saada kas käima, et see kaks aastat läheb tavaliselt inimesed harjuvad, hakkavad tööle ja siis juba tuleb teine tegija ja võtab su koolitatud inimese üle.,

(Intervjueeritav 7)

Intervjueeritavad tõid välja ka selle, et erasektoris on eriarstide tasu ootused kõrgemad ning spetsialiste tuleb tuua sisse väljast poolt Ida-Virumaad. Teenuse hind kujuneb arstide tasudest ja eratervishoiu ülalpidamiskuludest. Patsiendi jaoks võivad tervishoiuteenuste tasud olla suured, eriti toodi välja psühhiaatri teenuse hind, mida peeti ebaeetiliselt kõrgeks.

„Ja kui me räägime inimeste maksejõust, siis eriarsti tasu ootus versus inimese makse jõud ei käi käsikäes, eriti arvestades me peame selle arsti tooma väljastpoolt. Transport, majutus motivatsioonipakett, tasu, kõik need kaasnevad asjad, et või erikliinilise psühholoogi tasu versus patsiendi võimekusele teenuse eest maksta ei käi käsikäes.“

(Intervjueeritav 6)

Intervjuudest selgub, et kvaliteedi poolest on erasektor sarnaste probleemide eest nagu avalik sektor. Intervjueeritavad toovad välja probleeme tervishoiutöötajate suhtlemisel ja teenuste kvaliteediprobleemid eriarstiabis.

„Probleem on selles, et no näiteks [...] võib teha [...], aga see proua, kes teeb [...] nagu haigla arstid ei armasta teda, sest tal on noh, sellised kahtlased need asjad ja patsiendid ka annavad tagasisidet, et ta nagu kuritädi ja ei vaata ja noh, niimoodi.,

(Intervjueeritav 11)

Kokkuvõtteks võib öelda, et kuigi erasektoril on Ida-Virumaal oluline roll terviseteenuste osutamisel ning sageli katab see teenuseid, mida riik ei paku, jäävad need lõpptarbija jaoks tihti majanduslikult kulukaks. Samuti võib välja tuua, et erasektori eesmärk on muuhulgas kasumi teenimine ning neil ei ole olnud piisavat suutlikkust katta vajakajäämisi

eriarstiabis nagu näiteks hambaravis ja psühhiaatri teenustes. Kuigi nõudlus nende teenuste järele on olemas, ei ole spetsialiste lihtsalt kusagilt võtta. Intervjuudest märgiti, et sarnaselt avalikõiguslike tervishoiuasutustega esineb ka erasektoris probleeme teenuse kvaliteedis, kliendisuhtluses ja ka keelelistes aspektides.

5.4.4 Ekspertide hinnang Ida-Virumaa elanike terviseteadlikkusele

Intervjuudest tuleb välja, et Ida-Virumaa elanike terviseteadlikkus võib olla madal, mis võib olla mõjutatud ilmselt hariduslikust ja kultuurilisest taustast. Inimesed ei pruugi alati mõista ennetamise olulisust ja ei näe tervisekäitumisel otsest seost oma heaolu ja tervisega. Intervjueeritavate sõnul väljendub see näiteks väheses huvis arsti korraldusi järgida ning soovimatust ja oskamatuset välja kujunenud käitumismustreid muuta.

„Aga noored mehed näiteks korduvalt tulevad kriisist tagasi kas siis intensiivravisse või siis ma näen neid teistes osakondades, kelle raviskeem on lihtsalt totaalne null. Haiglates saab korralikult, putitatakse üles, läheb välja kahe kahe kuu pärast tagasi.“

(Intervjueeritav 13)

Tervisealane teavitustöö jõuab küll mingil määral Ida-Virumaa piirkonda, kuid selle mõju jääb tihti tagasihoidlikuks, eriti juhul, kui sõnumid pole keeleliselt kohandatud. Samuti võib usalduse puudumine tervishoiusüsteemi või üldine kriitiline hoiak ametliku info suhtes takistada inimeste valmisolekut muuta oma tervisekäitumist. Terviseteadlikkuse parandamiseks nähakse vajadust nii kogukonnapõhise tervisedenduse järele, kui ka selgema ja arusaadavama teabe järgi juba lasteaialastest alates. Samuti tuleb terviseteadlikkuse kohalt esile mentaliteet ja suhtumine. Intervjueeritavad tõid välja, et Ida-Virumaa elanik kas ei oska või ei soovi ise otsustada enda üle – ta ootab, et keegi teine teeks seda tema eest.

„See ja see mentaliteet ka nagu, et patsient ise nagu saaks infot selle kohta, et ma peaksin võib-olla iseenda jaoks midagi tegema. Mitte, et keegi minu eest mulle midagi teeb. See on nagu väga nagu tagasihoidlik siin. Et noh, ma sageli küsin, et aga, et kas te mõnda polikliinikus haigelt, kes, et kas te füsioteraapiat olete teinud? Mis asi see on? Keegi ei ole mind mitte kuskile suunanud. Ma ei tea sellest mitte midagi. Noh, et neil, see vastus on tüüpiline ka, et aga keegi ei suuna mind kuskile. Ma ei tea sellest.,,

(Intervjueeritav 10)

Intervjueeritavad hindasid Ida-Virumaa elanike tervist 10-pallisel skaalal üldiselt keskmiseks – madalaim hinnang oli 3 ja kõrgeim 8. See viitab, et kuigi piirkonnas nähakse terviseprobleeme, ei peeta olukorda veel kriitiliseks,

„Noh, tegelikkuses kindlasti on allapoole ma ütleks mingi 3-4 vahel.“

(Intervjueeritav 13)

Intervjueeritavad tõid välja patsientide madala terviseteadlikkuse. Paljud inimesed ei oska end ise aidata ega mõista oma rolli tervise säilitamises. Sageli oodatakse, et arst „teeb terveks“, ise aru saamata, et on terviseseisundeid, mis ei ole ravitavad või on seotud loomuliku vananemisprotsessiga. Ennetavaid tegevusi nagu regulaarne liikumine, näiteks võimlemine, jalutamine või kerge treening, ei peeta piisavalt oluliseks ega mõisteta nende mõju terveks olemisele või parema enesetunde saavutamisele. Tervise parandamiseks oodatakse pigem ravimite väljakirjutamist ja konkreetseid juhiseid, mida ja kuidas teha, mitte iseenda aktiivset tegutsemist.

„Aga siia see mammi hakkab käima, käima, käima. Ja sa võid öelda talle, et no [...], su selgroog ei parane, mitte iialgi. No siis sa oled muidugi talle vaenlane - kuidas ei parane? No 80 aastat ainult. Miks see ei parane? Kas ma peangi tablette võtma nüüd? Valuvaigistit? Miks te mind ei ravi? Harjutused. Missugused harjutused?“

(Intervjueeritav 11)

Intervjuudest selgus, et keelebarjääri tõttu ei jõua ennetustegevused ja tervisealane teave kogu elanikkonnani. Venekeelne elanikkond ei loe tihti eestikeelset infot ega jälgi eestikeelset televisiooni. Intervjueeritavad rõhutasid, et kõik ennetustegevused ja tervisealase projektid peaksid olema kättesaadavad nii eesti kui ka vene keeles.

„Hea näide kriisiinfo lahtiste uste päev oli laupäeval. Päästeametis me teeme Eesti kampaaniat ja Jõhvi linnas meil tuli ainult üks pere kes kõneles vene keelt. Meil endal oli kõik eesti keeles, et nad said seda eestikeelse meedia kaudu. See ongi see, et venelane ei loe seda. Vene keelt kõneleva kodaniku juurde pääseda on väga keeruline, sest et need kanalid, mida nad vaatavad, enamjaolt on nad ikkagi Venemaa poolt finantseeritava või kuidagi kasutatavad.“

(Intervjueeritav 4)

Intervjuude põhjal peeti oluliseks, et Ida-Virumaale suunatud ennetustegevused, kampaaniad jne peaksid kõnetama sealset sihtgruppi. Kaasatud peaksid olema Ida-Virumaa kohalikud elanikud ja eksperdid, et tulemused oleksid võimalikult palju kasu toovad.

„Ja ma arvan küll, et tegelikult peaks kõigepealt tundma õppima seda sihtgruppi, nende vajadusi ja siis tegelikult tulistama nagu täpselt heas mõttes seda sihtmärki.“

(Intervjueeritav 2)

Intervjuudes rõhutati, et terviseteadlikkuse tõstmiseks ei piisa vaid kampaaniatest, vajalikud on läbimõeldud ja järjepidevad sammud. Terviseteadlikkuse suurendamine peaks hõlmama ka professionaalseid nõustamisteenuseid, mis toetaksid inimeste teadlikke tervisevalikuid. Intervjueeritavad tõid esile, et tervisealased nõustamised peaksid algama juba varasest lapseeast, et kujundada tervislikke harjumusi pikemas perspektiivis.

„Tervisekassa toob ka praegu oma arengukava, nende üks suur eesmärk on see terve inimene. Aga see ei ole ainult see, et ma kuskil kirjutan, et „septembrikuus ma ei joo“, on ju, see ei ole päris see. Inimene vajab nõustamist, et kas see terviseteadlikkus ei tule kuskilt, nii et muidu ei oleks ka Tervise Instituuti vaja, et kui me kõik oleksime emapiimaga kõik tarkused saanud. See ei tule nii.“

(Intervjueeritav 2)

Intervjuudes mainiti, et inimestele ei ole selge, mida tervisealane ennetustegevus tegelikult tähendab. Intervjueeritavad tõid ennetustegevustena peamiselt esile sõeluuringud, kuid toitumise, liikumise ja teiste tervislike eluviiside tähtsust mainiti märksa harvem. See võib viidata ulatuslikumale probleemile, et paljud inimesed ei tea tegelikult, kuidas oma tervist ennetavalt hoida selgub intervjuudest. Intervjueerides Ida-Virumaa elanikku ilmnas arusaamatus, küsides ennetustegevuste kohta, seostas intervjueeritav teema hoopis vähiraviga seotud kampaaniaga, mida pidas ekslikult diabeediga seotud teavituseks.

„Näiteks need pardivõistlused, ma ei tea kas oli diabeediga seotud või millega, mis Tallinnas toimub. Kui sul on kodus sellised inimesed kellel on mingi probleem, siis pöörad rohkem tähelepanu sellistele asjadele. Kui tuleb mingi reklaam või info, siis sa kuuled nagu kasvõi.“

(Intervjueeritav 8)

Intervjuude kokkuvõtteks võib öelda, et Ida-Virumaa elanikkonna terviseteadlikkus on madal. Ida-Virumaa piirkonda suunatud ennetustegevuste planeerimisse ja läbiviimise protsessi peaksid olema kaasatud kohalikud Ida-Virumaa terviseeksperdid, et kampaaniatest ning tervisealastest projektidest tuleks võimalikult suur kasu. Tervisealast kasvatust tuleks alustada juba lasteaiast, et järeltulev põlvkond oskaks ja suudaks ise mõelda ning oma tervise eest hoolitseda. Ning tähelepanu tuleks pöörata kogu elanikkonnale Ida-Virumaal ja mujal Eestis, sõltumata nende haridustasemest.

6. Arutelu

Käesoleva magistr töö eesmärk oli uurida, kuidas tervishoiuekspertid hindavad Ida-Virumaal perearstiabi ja eriarstiabi teenuste kvaliteeti ja kättesaadavust. Töö tulemustest selgus, et perearsti ja eriarstiabi teenuste kättesaadavust mõjutavad oluliselt tervishoiutöötajate puudus, keeleprobleemid ja arstide kõrge vanus, mis kõik omakorda mõjutavad teenuste kvaliteeti. Samuti ilmnes, et rahvastiku terviseteadlikkus mängib olulist rolli teenuste kasutamises ja ligipääsu tunnetamises.

Tulemused on kooskõlas varasemate uuringutega, mis on toonud esile arstide vananemise (49,51,53), keeleprobleemide (21,45,46) ja personalipuuduse, kui olulised probleemid tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse seisukohast. Varasemad uuringud toetavad ka vajadust tõsta elanikkonna terviseteadlikkust (8,31,69). Uurimistöökäigus ilmnunud piirkondlikud eripärad võimaldavad paremini mõista Ida-Virumaa tervishoiu kitsaskohti ning suunata tulevasi poliitikasoovitusi. Järgnevalt arutletakse tulemuste tähenduse, võimalike seletuste ja praktiliste mõjude üle ning käsitletakse uuringu piiranguid.

Töös ilmnes, et oluliseks takistuseks, mis pärsib tervishoiutöötajate tööle asumist Ida-Virumaale, on tulemuste põhjal piirkonna üldine atraktiivsuse puudumine. Näiteks puuduvad kaasaegsed eluruumid ning piirkonna üldine maine ei motiveeri Ida-Virumaale elama asumist. Kirjanduses on samuti leitud, et töövõimalused võivad olemas olla ja vajadus spetsialistide järele suur, ent kui piirkond ei suuda pakkuda atraktiivset elukeskkonda, mida tervishoiuspetsialistid ootavad, siis piirkonda pigem ei minda (56). Ida-Virumaa on tööstuspiirkond, mille elamufond on suures osas pärit nõukogude ajast ning elamispinnad ei vasta sageli tänapäevastele ootustele. Seda võimendab ka piirkonna vähenenud perspektiivarendustegevus elamumajanduses, mis muudab sinna elama asumise ebaatraktiivsemaks. Kirjandus toetab seda, et tervishoiutöötajate piirkonda jäämiseks on oluline terviklik lähenemine, mis kätkeb nii kaasaegseid elamistingimusi kui ka tervishoiutöötajate pereliikmeid toetavat infrastruktuuri (56).

Kuigi lähtetoetused võivad algselt motiveerida noori arste ja teisi tervisetöötajaid asuma tööle Ida-Virumaale, jääb nende mõju sageli ajutiseks. Toetustele lisaks oleks hea arendada ka muid motiveerivaid tegureid (55–58), ent nende kujundamisel on oluline eristada vastutustasandeid erinevate allüksuste osapoolte vahel. Tervishoiuasutused

saaksid oma töötajate motiveerimisel rakendada mitmeid sisemisi meetmeid, nagu töökeskkonna parandamine, paindlikud töögraafikud, toetava sisekliima kujundamine ning paindlike töövormide ja arenguvõimaluste pakkumine (57). Kohalikel omavalitsustel (KOV) on võimalus toetada tervishoiutöötajaid elukeskkonna kujundamise kaudu – näiteks pakkudes lasteaiakohti, eestikeelseid huviringe ning kaasaegset ja kvaliteetset elamispiinda. Lisaks saavad kohalikud omavalitsused teha koostööd kohaliku kogukonnaga (62).

Tulemustest selgub, et noored tervishoiuspetsialistid ei soovi Ida-Virumaa piirkonda tulla, siis oluline on pakkuda noorele spetsialistile töökeskkonda sisseelamiseks tuge (55,56). Tööd alustavale tervishoiuspetsialistile suunatud pikemaajalised sisseelamis- ja mentorlusprogrammid aitavad uude keskkonda sisse elada (55). Näiteks on enast tõestanud sisseelamisprogrammid, mis kestavad vähemalt 2–3 aastat (55). Analüüsist selgub ning ka kirjandus toetab, et palgatase sellistesse piirkondades nagu Ida-Virumaa võiks olla keskmisest suurem, et tervishoiutöötajad piirkonda tööle tuleksid ja sinna jääksid (55,56).

Käesoleval ajal valitseb Ida-Virumaa tervishoiuasutustes antud töö eksperdiintervjuude põhjal pingeline töökeskkond ning puudub toetav töökultuur, mis võib pärssida uute tervishoiutöötajate piirkonda tulemist ja ametis püsimist. Kirjandus näitab, et töötingimustele ja palgale lisaks mõjutab tervishoiuspetsialistide tööle asumist ka positiivne ja toetav organisatsioonikultuur ning hea sisekliima (57,58).

Intervjuudes sai kinnitust, et Ida-Virumaa arstid ei valda eesti keelt ja see on üks põhjuseid miks paljud tervishoiuspetsialistid Ida-Virumaale tööle asuda ei soovi. Tulemused tõid esile mitmetahulised väljakutsed Ida-Virumaa perearstide kui ka eriarstide seas nagu vanuseline koosseis ja keeleprobleemid (45), mis võivad avaldavad mõju tervishoiuteenuse kvaliteedile (49,51). Keelebarjäärid arstide vahel, näiteks perearsti ja eriarsti või nõustava teise tervishoiuasutuse spetsialisti vahel, võivad panna patsiendi tervise ohtu (44–46). Tõhus suhtlemine nõuab meditsiinis keele oskust väga heal tasemel ning ravivead, hooletus ning arsti valesti käitumine võivad tekkida arusaamatusest või vähesest keeleoskusest (Hull, 2016). Kuigi Eestis kehtib arstidele ametlik keelenõue, eesti keel vähemalt C1-tasemel (81), viitavad uuringu tulemused sellele, et Ida-Virumaal võib

keeleoskus olla siiski ebapiisav vähese praktika tõttu, sest arstid ja patsiendid on valdavalt vene emakeelega. Magistritöö intervjuude põhjal võib järeldada, et keeleprobleemid ilmnevad Ida-Virumaal näiteks dokumentatsiooni täitmisel, teiste tervishoiutasanditega suhtlemisel ning infosüsteemide kasutamisel, mis Eestis toimivad eesti keeles. Tulemused toovad esile ja kirjandus toetab, et lisaks võib uute teadmiste omandamist mõjutada ka eakamate eriarstide ja perearstide kõrge iga, mis koos vähese keeleoskusega raskendab uute teadmiste ja oskuste omandamist, sealhulgas digivahendite kasutamise õppimist (46).

Intervjuudes üheks peamiseks esile kerkinud teemaks oli tervishoiuspetsialistide kõrge vanus. Kuigi see probleem avaldub teravalt Ida-Virumaal, ei ole tegemist pelgalt piirkondliku nähtusega (2,53,54). Eakate spetsialistide lahkumine tööturult järgmiste aastate jooksul seab väljakutseid nii teenuste kättesaadavusele kui ka kvaliteedi tagamisele (54). Analüüsi põhjal on perearstiabi olukord Ida-Virumaal eriti kriitiline: umbes 65% perearstidest on pensionieas või sellele väga lähedal, mis tähendab, et järgmise viie aasta jooksul võib piirkond kaotada enam kui poole oma perearstidest. Samal ajal puudub järelkasv, sest noori perearste piirkonda tulemas ei ole näha. Eelnevalt Eestis läbi viidud uuringus selgus, et noored perearstid ei soovi võtta kohe peale kooli lõpetamist nimistut ega asuda kohe tööle praksises (82).

Töö tulemustest ilmnes, et Ida-Virumaal ei soovi perearstid ka käia koolitustel ega lugeda tööks vajalikke infomaterjale. Intervjuudes toodi välja, et ka ambulatoorsete vastuvõtude arstid ei järgi alati ravijuhiseid. See võib viidata vanusest tingitud töövõimekuse ja otsustusvõime ning kognitiivse võimekuse langusele (49,51). Eakate arstide tööjõus hoidmine Ida-Virumaal on kriitiline piirkondliku teenuse katkemise vältimiseks. Kirjandus toob välja, et eakate arstide tööhõivet saab pikendada, kui pakkuda neile paindlikke töötingimusi, vähendada halduskoormust ja võimaldada osalise tööajaga töötamist (52). Ida-Virumaal, kus noorte spetsialistide järelkasv on puudulik, võib selline lähenemine olla oluline, mis aitab säilitada tervishoiuteenuse püsimise.

Uuringud toovad välja, et nii perearstiteenuse kui eriarstiteenuse koormuse vähendamiseks oleks hea rakendada suuremal määral ödede iseseisvaid vastuvõtte (59–61). Seda toetavad ka eelnevad uuringud, kus on leitud, et iseseisvad õe vastuvõttud võivad

tervishoiuteenuste täitmisel võtta üle mitmeid ülesandeid, mida traditsiooniliselt on teinud arstid (59,61).

Arstide koormuse vähendamiseks on näiteks Belgias rakendatud kogukonna tervisetöötajate (*Community Health Workers, CHW*) pilootprogramm esmatasandi arstiabi ligipääsu parandamiseks (62). Kogukonna tervisetöötajad võivad olla hea toetus tervishoiusüsteemile, eriti olukorras, kus nii arstkond (6) kui elanikkond vananeb (4). Masquillier ja Cosaert on toonud välja, et tervisetöötajad on kohaliku kogukonna liikmed, kelle ülesandeks on toetada inimesi terviseteenuste leidmisel ja kasutamisel, pakkudes kultuuritundlikku, usalduslikku ja praktilist tuge (62,69). Selline kogukonnapõhine tegevus võib aidata vähendada tervishoiusüsteemi koormust ja parandada tervishoiuteenuste kasutamist ja kättesaadavust just olukorras, kus nii tervishoiutöötajate kui ka patsientide vananemine seab tervishoiusüsteemile uusi väljakutseid (62).

Eelnevalt on leitud, et sotsiaalmajanduslikult haavatavas olukorras inimesed kogevad raskusi esmatasandi arstiabile jõudmisel. Belgias läbi viidud uuringus selgus, et madal usaldus tervishoiuasutuste vastu, keelebarjäärid ja digilõhe, olemine riigis mittekodanik ja pikad tervishoiuteenuste ooteajad olid peamised takistused tervishoiuteenuste kättesaadavusel (62). Eelpool mainitud tulenevatele probleemidele lisandub tulemustest ilmnev arstide hoiak, et „olen alati nii teinud ja teen edaspidigi“, mis võib tuleneda keelebarjääridest (44) ning, mis võib takistada uue teabe mõistmist ja omandamist (46). Töös ilmnes ka vastanduv diskursus, mida iseloomustas vastastikune kriitika ja „mina–nemad“ raamistikus mõtlemine. See diskursus mitte ainult ei peegelda olemasolevaid pingeid, vaid ka taastoodab neid, kinnistades vastandumist süsteemi sees (47).

Tulemustest võib sarnaselt täheldada, et vastandav diskursus ei piirdu ainult Ida-Virumaa tervishoiusüsteemi seesmise suhtlusega, vaid avaldub ka väljaspool piirkonda, teiste Eesti piirkondade esindajate suhtumises Ida-Virumaa elanikkonda ning vastupidi, ida-virumaa laste hoiakutes ülejäänud Eesti suhtes. See kinnitab, et polariseeriv „meie–nemad“ narratiiv ületab kohaliku tasandit ja on laiem ühiskondlik nähtus (44,47). Suhtumisküsimustesse tuleks suhtuda tõsiselt, kuna tervishoiuressursside kasutamine peaks olema kulutõhus (8) ega tohi liigselt koormata juba niigi majanduslikult kriitilises olukorras olevat tervishoiusüsteemi (2). Tulemuste põhjal oleks hea haiglate

ambulatoorsetes vastuvõttudes ja perearstide seas tugevdada kontrollmehhanisme, mis tagaksid patsiendi ravis kaasaegsete ravijuhiste järgimise. Samas tuleb mõista, et olukord Ida-Virumaal on keeruline, piirkonda ei ole tulemas uusi arste ning sealne elanikkond on valdavalt venekeelne (25).

Tulemustest selgus, et erinevalt perearstiabist, kuhu vastuvõtule on võimalik saada ka ilma eelnevalt aega broneerimata, on eriarstiabi teenustes suured puudujäägid enamuses erialadel, sest spetsialiste lihtsalt ei ole. Eriti rõhutati vaimse tervise teenuste ja hambaravi piiratud kättesaadavust. Teenuseid pakub küll erasektor, mis aga jääb oma kõrgete hindadega Ida-Virumaa elanikkonna seas raskesti kättesaadavaks. Kirjanduses tuuakse samuti välja, et inimeste juurdepääs arstiabile võib olla piiratud finantsiliste takistuste tõttu (43).

Ida-Virumaal toimuva Õiglase Üleminekuga (*Just Transition*) võib töötus, mis on piirkonnas juba praegu väga kõrge (11,5%) (3), lühiajaliselt suureneda. Selle tulemusena võib kasvada märgatavalt vajadus vaimse tervise spetsialistide järele (34–36). Sellega võib halveneda ka füüsiline tervis, sest Ida-virumaalased hindavad oma tervist halvemaks kui mujal Eestis (24). Erinevad uuringud teistes riikides viitavad sellele, et töötusest tingitud suremusrisk (35) on kõige suurem just noorte ja keskealiste meeste seas ning on märkimisväärselt kõrgem võrreldes teiste elanikkonnarühmadega (34,35). Kuigi käesolev magistritöö ei käsitle põhjalikult selle nähtuse võimalikke põhjuseid, on oluline välja tuua, et tegemist on tähelepanuväärse suundumusega, mille taga võivad olla näiteks kultuuriliselt kujunenud soorollid, mehelikkuse normid ja sotsiaalse toetuse erinevused Ida-Virumaal. Töös tuli välja, et vaimse tervise probleemide ulatust süvendab kohaliku elanikkonna seas esinev vaimse tervise teemade eitamine ja nende stigmatiseerimine, mis raskestab nii abi pakkumist kui ka selle vastuvõtmist (44,83).

Õiglase üleminek, kus kedagi ei jäetaks ebaõiglaselt kõrvale, ei saa põhineda üksnes tehnilistel lahendustel (17). Edukaks ja kestlikuks õiglaseks üleminekuks on vaja sihipärasest kogukondade kaasamisest, strateegilist juhtimist ja teadlikku tööd selle nimel, et üleminekust ei jääks kõrvale kõige haavatavamad ühiskonnarühmad. (17,31–33)

Sellest tulenevalt võib järeldada, et Ida-Virumaa võib vajada riikliku tegevuskava laiendamist, mille eesmärk oleks kiirendada vaimse tervise õdede ja teiste tervisespetsialistide

koolitamist just Ida-Virumaa jaoks (20). See tähendab, et spetsialistid peaksid valdama nii eesti kui ka vene keelt. Tulemused viitavad riiklik sekkumiste vajadusest elanikele (69), pakkudes neile konkreetset teavet selle kohta, kuidas vaimse tervise murede korral enast aidata ning kuhu pöörduda professionaalse abi saamiseks. Tulemustes selgus, et Ida-Virumaal on ka madal terviseteadlikkus (9). Haiguste ennetamine on eriti oluline olukorras, kus tervishoiuressursside kasutamine on juba niigi kriitilises seisus (2,9,11).

Ida-Virumaal oleks oluline kaasata ennetustegevuste planeerimisse ja elluviimisse kohalikke eksperte ja ka piirkonna elanikke. See võimaldaks paremini arvestada piirkondlike eripärasid ning sihtida ennetustegevusi tõhusamalt. Tähelepanu võiks pöörata kogu elanikkonnale sõltumata haridustasemest, kuna eksperdiintervjuudest toodi välja, et terviseteadlikkus on Ida-Virumaal madal kõigis haridusastmetes. Tervisealast haridust on vajadus tõsta juba varases eas, näiteks lasteaiast. Uurimustööd näitavad, et terviseteadlikkuse tõstmise kaudu (9) on võimalik oluliselt vähendada tervishoiusüsteemi kulusid (8). Lisaks aitab kõrgem terviseteadlikkus (9) vähendada tervisealast ebavõrdsust (12), kuna inimesed suudavad paremini hinnata terviseriske ning kasutada tervishoiuteenuseid sihipärasemalt ja tõhusamalt (9). Tulemustest selgus, et Ida-Virumaa elanikud saavad madala terviseteadlikkuse tõttu korduvalt haiglaravile, mis viitab vajadusele alustada piirkonnas sihipärase ennetustegevustega esimesel võimalusel (9,12).

Magistritöö puudused ja tugevused

Käesoleval magistritööl on mitmeid tugevusi. Kõik peale ühe intervjuu viidi läbi kohapeal Ida-Virumaal, mis võimaldas paremini mõista kohalike olusid ning suurendas osalejate avatust. Teiseks oli uuringu valim mitmekesine, hõlmates erinevaid tervishoiu ja kohaliku tasandi sidusrühmi. Samuti tugevdab magistritöö usaldusväarsust asjaolu, et kõikidel intervjuudel osales ka töö autor ning intervjuud viidi läbi kaheses või kolmeses uurimisrühma koosseisus, mis vähendas üksiku uurija tõlgenduslikku kallutatust ja aitas tagada meetodilist tasakaalu. Töö tugevuseks võib pidada ka seda, et kuigi eesmärgiks ei olnud temaatilise küllastatuse saavutamine, jõuti selleni siiski, kuna teemad hakkasid korduma juba kuuendaks intervjuuks. Tegemist oli kvalitatiivse uuringuga, mille tulemused põhinevad ekspertintervjuudel ning tulemused toovad esile vajalikku teavet

tervishoiu kvaliteedi probleemi sügavamalt mõistmise ja edasiste uuringusuundade kujundamise seisukohad Ida-Virumaal.

Siiski tuleb arvestada ka mõningate piirangutega. Kõik intervjuud viidi läbi eesti keeles, mis võis välistada nende potentsiaalsete osalejate kaasamise, kes ei valda eesti keelt piisaval tasemel. Arvestades Ida-Virumaa keelelist ja kultuurilist mitmekesisust, võib see tähendada, et teatud vaatenurgad, eelkõige venekeelse kogukonna perspektiiv, jäid uuringus esindamata. Samuti on antud uurimistöo piiranguks asjaolu, et intervjuusid ei viidud läbi Ida-Virumaa elanikega. Töö keskendus ekspertide vaadetele ning elanikkonna uuring viiakse läbi eraldi uuringuna tulevikus.

Puuduseks võib tuua ka, et uuringus ei olnud kaasatud õdede esindajad, kes täidavad tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi tagamisel olulist rolli. Nende vaatenurkade puudumine võib piirata arusaama tervishoiutöötajate kogemuste ja hinnangute täielikust spektrist.

Kuigi andmete analüüs viidi läbi kehtivaid metoodilisi põhimõtteid järgides, teostas kogu tulemuste kodeerimise ja analüüsi üks isik, mis võis suurendada subjektiivsuse riski tulemuste tõlgendamisel. Kvalitatiivse uuringu iseloomust tulenevalt on osa järeldusi paratamatult mõjutatud töö autori isiklikest tõlgendustest ja arusaamadest.

Lisaks tuleb arvestada, et intervjuueeriti ministriumide ja riigiasutuste esindajaid, kelle vastused võisid olla institutsionaalsest positsioonist lähtudes osaliselt kallutatud või ametlikku seisukohta peegeldavad. See võis mõjutada mõnede teemade käsitlemist ja võis tuua esile pigem poliitiliselt soovitavaid, mitte alati objektiivselt kriitilisi vaatenurki.

Edasised uuringud oleksid antud teema sügavamaks käsitlemiseks soovitatavad.

7. Järeldused ja ettepanekud

7.1 Järeldused

1. Tervishoiuteenuste kättesaadavus ja kvaliteet Ida-Virumaal on ohus, kuna piirkonnas on suur arstide puudus, vananev spetsialistide koosseis ja nõrk järelkasv eriti perearstide osas, mida ei toeta piisavad motiveerimismeetmed ega tööjõupoliitika.
2. Keelebarjäärid takistavad tervishoiutöötajate omavahelist suhtlust ja mõjutavad patsiendiohutust, viidates vajadusele süsteemse riigikeeleõppe ja keelekasutuse juhendite järele tervishoiuasutustes.
3. Piirkonna madal terviseteadlikkus ja vähene ennetustegevus suurendavad krooniliste ja vaimse tervise probleemide levikut, mis koormab tervishoiusüsteemi ja süvendab tervisealast ebavõrdsust.
4. Tõhus tervisepoliitika Ida-Virumaal eeldab kohalike keele- ja kultuurieripäradega arvestamist ning kogukondade aktiivset kaasamist, et tagada ennetustöö ja tervisedenduse sobivus ja tulemuslikkus.

7.2 Ettepanekud, mis esitatakse magistritöö tulemuste põhjal

1. Terviseteadlikkuse taseme hindamiseks elanike seas Ida-Virumaal, oleks otstarbekas korraldada sihitud teadusuuring piirkonnas, mis toetaks piirkondlikku tervisedendust ja terviseteenuste planeerimist.
2. Perearstide digipädevuse tõstmiseks on soovitatav pakkuda paindlikke koolitusi, mis toetavad tööks vajalike kaasaegsete digilahenduste tõhusat ja teadlikku kasutamist.
3. Ida-Virumaa arstide eesti keele oskuse hindamiseks oleks soovitatav rakendada eksperthinnanguid, mille eesmärk on välja selgitada, kas keeleoskus vastab tööks vajalikele nõuetele, sealhulgas erialasele suhtlusele ja dokumenteerimisele. Eksperthinnang võimaldaks liikuda edasi formaalse kvalifikatsiooni nõudmisest seadusega nõutud keelepädevuse hindamiseni (81). Samas tuleb arvesse võtta, et Ida-Virumaal on vene keel emakeeleks suurele osale arstidele ja patsientidele.
4. Soovitatav oleks välja töötada välja Ida-Virumaa piirkonnaspetsiifiline ja praktiliselt rakendatav eesti keele täiendusprogramm, mis arvestab arstide töökoormuse,

vanuse ja õppimisvõimekusega. See peaks hõlmama eeskätt arsti/õe tööalast konteksti arvestavat keeleõpet (52), regulaarselt toimuvat praktikat ning vajadusel ka mentorlust ja kolleegide poolset tuge (53). Selline süsteemne lähenemine on teiste riikide kogemuse põhjal toetanud meditsiinipersonali professionaalset toimetulekut ja parandanud omavahelist suhtlust mitmekeelses töökeskkonnas (51–53).

5. Soovitav oleks rakendada regulaarseid töötajate rahulolu uuringuid ning uue töötaja mentorlusprogramme (55), mis toetavad meeskonnavaimu, aitavad ennetada läbipõlemist ja loovad keskkonna, kuhu inimesed tahavad tööle tulla ja jääda. Samuti oleks vajalik tervishoiuorganisatsioonides juurutada kaasaegsed juhtimismudelid, mis toetavad kõigi tervishoiutöötajate rahulolu.
6. Soovitav on kaaluda seniste poliitikameetmete täiendamist – rahaliste toetuste kõrval võiks riik tähelepanu pöörata ka suuremale pildile Ida-Virumaal. Sotsiaalne ja professionaalne keskkond, mis toetaks tervishoiutöötajate igapäevaelu ja arengut ning terviklik lähenemine, mis hõlmaks elamufondi kaasajastamist sh eramute ja ridaelamute rajamist, perekonnaliikmete töövõimalusi, laste haridust ja eesti keelset huvitegevust ning tugevat tugistruktuuri uuele tervishoiutöötajale.

8. Kasutatud kirjandus

1. Orru H, Teinemaa E, Ainsaar M. Õhusaaste tervisemõjude uuringud Ida-Virumaal. Tartu: Tartu Ülikool; 2022.
2. Kasekamp K, Habicht T, Võrk A, et al. Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. Tervisesüsteemid muutustes. 2023;25(5):1–236.
3. Eesti Töötukassa. Registreeritud töötuse määr maakondades. 2025. [Külastatud 30.04.2025] (<https://www.tootukassa.ee/et/statistika-ja-uuringud/peamised-statistilised-naitajad/paevane-statistika>).
4. Eesti Statistikaamet. RV022U: Maakond, sugu, vanuserühm ning aasta. 2024. [Külastatud 30.04.2025] (https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvastik__rahvastikunaitajad-ja-koosseis__rahvaarv-ja-rahvastiku-koosseis/RV022U/chart/chartViewColumn).
5. Dahal U, Orru K, Orru H. Green dreams, local realities: Complexities of the European Union's energy transition to ensure local health and well-being in a fossil fuel-based industrial region. *Environ Impact Assess Rev* 2024;106:107520.
6. Tervise Arengu Instituut. THT002: Arstid soo, vanuse ja ameti järgi. 2022. [Külastatud 27.04.2025]. (https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__04THressurid__05Tootajad/THT002.px/table/tableViewLayout2/).
7. Tervise Arengu Instituut. Pearingstid vanuserühma ja tegevusala järgi. 2022. [Külastatud 27.04.2025] (https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__04THressurid__05Tootajad/THT002.px/table/tableViewLayout2/).
8. Kobelt G. Health economics: an introduction to economic evaluation. 2nd ed. London: Office of Health Economics; 2002.
9. Liu C, Wang D, Liu C, et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Community Health* 2020;8:e000351.
10. Aljassim N, Ostini R. Health literacy in rural and urban populations: A systematic review. *Patient Educ Couns* 2020;103(10):2142–54.
11. WHO. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. [Külastatud 15.03.2025] (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>).
12. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000;15(3):259–67.
13. Maa- ja Ruumiamet. Eesti kaart. Ida-Virumaa positsioneeritud. 2025. [Külastatud 27.04.2025] (<https://xgis.maaamet.ee/xgis2/page/app/maainfo>).
14. Ida-Viru Omavalitsuste Liit. Ida-Viru maakonna arengustrateegia 2019–2030+. 2018. [Külastatud 27.04.2025] (<https://www.riigiteataja.ee/aktiivisa/4120/1201/9053/Ida-Viru%20arengustrateegia.pdf>).
15. Dahal U. Health and well-being inequalities in industrially contaminated sites: the case of Ida-Viru County in Estonia [doktoritöö]. Tartu: Tartu Ülikool; 2024. [Külastatud 02.04.2025] (<https://hdl.handle.net/10062/106114>).

16. Eesti Statistikaamet. Tööhõive määr. 2025. [Külastatud 27.04.2025] (<https://stat.ee/et/avasta-statistikat/valdkonnad/tooelu/tooturg/toohoive-maar>).
17. Żuk P. The sense of socio-economic threat and the perception of climate challenges and attitudes towards energy transition among residents of coal basins: the case of Turoszów Basin in Poland. *Resour Policy* 2023;82:103509.
18. Marmot M, Bell R. Social inequalities in health: a proper concern of epidemiology. *Ann Epidemiol* 2016;26(4):238–40.
19. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006. (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf).
20. Eesti Statistikaamet. Rahvastik emakeele ja soo järgi, 31. detsember 2021. 2022. [Külastatud 27.04.2025] (https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvaloendus__rel2021__rahvastiku-demograafilised-ja-etno-kultuurilised-naitajad__rahvus-emakeel/RL21434).
21. Al Shamsi H, Almutairi AG, Al Mashrafi S, et al. Implications of language barriers for healthcare: a systematic review. *Oman Med J* 2020;35(2):e122.
22. Eesti Statistikaamet. Rahvastikuprognosis. 2024. [Külastatud 27.04.2025] (<https://stat.ee/sites/default/files/2024-06/Pressikonverentsi%20ettekan-ded%20on%20leitavad%20siit.pdf>).
23. OECD. Is care affordable for older people? OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2024. [Külastatud 29.04.2025] (https://www.oecd.org/en/publications/is-care-affordable-for-older-people_450ea778-en.html).
24. Orru H, Idavain J, Pindus M, et al. Residents' self-reported health effects and annoyance in relation to air pollution exposure in an industrial area in Eastern-Estonia. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(2):252.
25. Eesti Statistikaamet. Rahvastik elukoha (asula), soo ja vanuse järgi, 31. detsember 2021. [Külastatud 27.04.2025] (<https://andmed.stat.ee/et/stat/RL21003>).
26. Tervise Arengu Instituut. ETU101: Tervise enesehinnang soo, vanuserühma ja elukoha järgi. 2019. [Külastatud 27.04.2025] (https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__05Uuringud__01ETeU__01Tervis/ETU101.px/table/tableViewLayout2/).
27. Dahal U, Veber T, Åström DO, et al. Perinatal health inequalities in the industrial region of Estonia: a birth registry-based study. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(18):11559.
28. van Daalen KR, Tonne C, Semenza JC, et al. The 2024 Europe report of the Lancet Countdown on health and climate change: unprecedented warming demands unprecedented action. *Lancet Public Health* 2024;9(7):e495–e522.29.
29. European Public Health Alliance. A healthy European Green Deal? 2020. [Külastatud 27.04.2025] (<https://epha.org/wp-content/uploads/2020/07/green-deal-briefing.pdf>).
30. Euroopa Parlament ja nõukogu. Määrus (EL) 2021/1119, 30. juuni 2021, millega kehtestatakse kliimanetraalsuse saavutamise raamistik ja muudetakse määrusi (EÜ) nr 401/2009 ja (EL) 2018/1999 (Euroopa kliimamäärus). *ELT* 2021;L 243:1–17.
31. Janipour Z, Swennenhuis F, de Gooyert V, et al. Understanding contrasting narratives on carbon dioxide capture and storage for Dutch industry using system dynamics. *Int J Greenh Gas Control* 2021;105:103235.

32. Tarhan D. Community renewable energy's problematic relationship with social justice: insights from Ontario. *Local Environ* 2022;27(6):767–83.
33. Doyon A, O'Donnell E, Trousdale WJ, et al. Localizing a just transition: a case study of St. George, Alaska. *Ecol Soc* 2023;28(4):24.
34. Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE. Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Soc Sci Med* 2011;72(6):840–54.
35. Junna L, Moustgaard H, Huttunen K, et al. The association between unemployment and mortality: a cohort study of workplace downsizing and closure. *Am J Epidemiol* 2020;189(7):698–707.
36. Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, et al. Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-Town prospective cohort study. *Br Med J* 2004;328(7439):555–8.
37. Bidargaddi N, Bastiampillai T, Schrader G, et al. Changes in monthly unemployment rates may predict changes in the number of psychiatric presentations to emergency services in South Australia. *BMC Emerg Med* 2015;15(1):16.
38. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013;8(1):e51333.
39. WHO. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. [Külstatud 15.03.2025] (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>).
40. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743–1748.
41. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013;12(1):18.
42. Tzenios N. The Determinants of Access to Healthcare: A Review of Individual, Structural, and Systemic Factors. *J Humanit Appl Sci Res*. 2019;2(1):1–14.
43. Aidoo EM. Social Determinants of Health: Examining Poverty, Housing, and Education in Widening U.S. Healthcare Access Disparities. *World J Adv Res Rev*. 2023;20(1):1370–1389. doi:10.30574/wjarr.2023.20.1.2018
44. Hull M. Medical language proficiency: a discussion of interprofessional language competencies and potential for patient risk. *Int J Nurs Stud* 2016;54:158–72.
45. Klingler C, Marckmann G. Difficulties experienced by migrant physicians working in German hospitals: a qualitative interview study. *Hum Resour Health* 2016;14(1):57.
46. Skjeggstad E, Gerwing J, Gulbrandsen P. Language barriers and professional identity: a qualitative interview study of newly employed international medical doctors and Norwegian colleagues. *Patient Educ Couns* 2017;100(8):1466–72.
47. Tajfel H, Turner J. An integrative theory of intergroup conflict. In: Austin WG, Worchel S, editors. *The social psychology of intergroup relations*. California: Brooks/Cole; 1979. p. 33–47.

48. Eurostat. Healthcare personnel statistics – physicians. 2022. [Külastatud 27.04.2025] (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians).
49. Bundy CC, Williams BW. Cognitive screening for senior physicians: are we minding the gap? *J Med Regul* 2021;107(2):41–8.42.
50. Williamson AL. Recent developments in human papillomavirus (HPV) vaccinology. *Viruses* 2023;15(7):1440.
51. Moutier CY, Bazzo DEJ, Norcross WA. Approaching the issue of the aging physician population. *J Med Regul* 2013;99(1):10–18.
52. Alkan E, Cushen-Brewster N, Anyanwu P. Organisational factors associated with healthcare workforce development, recruitment, and retention in the United Kingdom: a systematic review. *BMC Nurs* 2024;23(1):604.
53. Lam K, Devasahayam AJ, Simpson AN. Does Physician Retirement Affect Patients? A Systematic Review. Vol. 68, *Journal of the American Geriatrics Society*. Blackwell Publishing Inc.; 2020. p. 641–9.
54. Dalla Valle Z, Signorelli C, Renzi C. Primary care doctors retirements in the context of an ageing population in Italy. *Ann Ig*. 2024;36(4):392–404. doi: 10.7416/ai.2024.2602.
55. Brook J, Aitken L, Webb R, et al. Characteristics of successful interventions to reduce turnover and increase retention of early career nurses: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2019;91:47–59.
56. Lock FK, Carrieri D. Factors affecting the UK junior doctor workforce retention crisis: an integrative review. *BMJ Open* 2022;12:e059397.
57. Brunetto Y, Teo S. Retention, burnout and the future of nursing. *J Adv Nurs* 2013;69(12):2772–3.
58. Pressley C, Garside J. Safeguarding the retention of nurses: a systematic review on determinants of nurse's intentions to stay. *Nurs Open* 2023;10(5):2842–58.
59. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2018(7):CD001271. doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub3.
60. Lukewich J, Martin-Misener R, Norful AA, Poitras ME, Bryant-Lukosius D, Asghari S, et al. Effectiveness of registered nurses on patient outcomes in primary care: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1–15. doi: 10.1186/s12913-022-08746-1.
61. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2019(4):CD010412. doi: 10.1002/14651858.CD010412.pub2.
62. Masquillier C, Cosaert T. Facilitating access to primary care for people living in socio-economically vulnerable circumstances in Belgium through community health workers: towards a conceptual model. *BMC Prim Care* 2023;24(1):281.
63. Aljassim N, Ostini R. Health literacy in rural and urban populations: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2020;103(10):2142–54.

64. Sotsiaalministeerium. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2021.
65. Shahid R, Shoker M, Chu LM. Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. *BMC Health Serv Res* 2022;22(1):1148.
66. Strijbos RM, Hinnen JW, van den Haak RFF, Verhoeven BAN, Koning OHJ. Inadequate health literacy in patients with arterial vascular disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2018;56(2):239–45.
67. Walters R, Leslie SJ, Polson R, et al. Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviours: a systematic review. *BMC Public Health* 2020;20(1):1040.
68. Kallavus K. Tõenduspõhisus rahvatervishoius. Teadusartiklite usaldusväärsus. Tartu: Tartu Ülikool; 2023.
69. Puska P, Jaine P. The North Karelia Project: prevention of cardiovascular disease in Finland through population-based lifestyle interventions. *Am J Lifestyle Med* 2020;14(5):495–9.
70. Puska P, Jaine P. The North Karelia Project: prevention of cardiovascular disease in Finland through population-based lifestyle interventions. *Am J Lifestyle Med* 2020;14(5):495–9.
71. Bauer MW, Gaskell G. Qualitative researching with text, image and sound: a practical handbook for social research. London: SAGE Publications; 2000.
72. Lagerspetz M. Ühiskonna uurimise meetodid: sissejuhatus ja väljajuhatus. Tallinn: Tallinna Ülikooli Kirjastus; 2017. 383 p.
73. Vasileiou K, Barnett J, Thorpe S, Young T. Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. *BMC Med Res Methodol* 2018;18:148.
74. Bearman M. Eliciting rich data: a practical approach to writing semi-structured interview schedules. *Focus Health Prof Educ* 2019;20(3):1–11.
75. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3(2):77–101.
76. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349–57.
77. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice. 4th ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2015.
78. Hammersley M. What is qualitative research? London: Bloomsbury Academic; 2013. [Külastatud 15.03.2025] (<https://www.bloomsbury.com>).
79. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001;358(9280):483–8.
80. VERBI Software. MAXQDA 24. Berlin: VERBI Software; 2024. [Külastatud 15.02.2025] (<https://www.maxqda.com/new-maxqda-24>).
81. Vabariigi Valitsus. Ametniku, töötaja ning füüsilisest isikust ettevõtja eesti keele oskuse ja kasutamise nõuded. RT I, 27.07.2024, 3.

82. Velgan M, Uibu A, Õunap E, Kangasniemi MK, Michels NR, Kalda R. Early-career general practitioners' career intentions in Estonia: a qualitative study. *Eur J Gen Pract* 2024;30(1):2368557.
83. Kirchhoff S, Fretian AM, Okan O, Bauer U. Evaluating the effect of an adapted mental health literacy intervention on mental health related stigma among secondary students in Germany: results of a pre-post evaluation study. *BMC Public Health* 2023;23(1):1959.

Assessments of the Quality and Accessibility of Primary and Specialist Healthcare Services in Ida-Virumaa: A Qualitative Analysis Based on Expert Interviews

Jaana Toomik

Summary

Ida-Viru County is located in the northeastern part of Estonia. Ida-Viru County is characterized by several socioeconomic and cultural specificities that also affect the healthcare system, including the accessibility and quality of both primary and specialist care services. In recent years, growing concern has been expressed over the ageing medical workforce and shortage of healthcare professionals in the region. It is projected that within the next five years, a large share of general practitioners will leave the labor market, which may significantly reduce the accessibility of primary care services in Ida-Viru County. In many cases, both physicians and their patients are native Russian speakers, and daily communication often takes place exclusively in Russian. This creates language barriers in interactions with other Estonian healthcare institutions, where Estonian is the main working language, leading to misunderstandings and, in some cases, a complete breakdown in communication.

At the same time, the health awareness of the local population plays a crucial role in shaping how much and what kind of health services are used. As Ida-Viru County is economically vulnerable and its residents have distinct linguistic and cultural features, it is especially important to collect region-specific knowledge to better understand how service accessibility, quality, and health awareness are interrelated.

This master's thesis examined the accessibility and quality of primary and specialist care services as well as the health awareness of the population in the context of the healthcare system in Ida-Viru County. The research was conducted within the framework of the research project "Health Impact Assessment of the Transition Process," supported by the Just Transition Fund. The aim of the thesis was to explore expert assessments regarding the functioning of existing services and to understand how the level of health awareness in the population is perceived and how it influences the use of services.

Data were collected through semi-structured expert interviews, which enabled participants to share their experiences and evaluations. A qualitative research approach was chosen to allow context-sensitive analysis and to explore the deeper meanings behind expert insights. Thematic analysis was applied in data analysis, combining both deductive and inductive approaches: the theoretical framework was taken into account, but attention was also paid to the emergence of new, meaningful themes from the data. In total, 11 expert interviews were conducted, including two group interviews, with 13 individuals interviewed altogether.

The results indicate that access to medical care in Ida-Viru County, particularly to general practitioner services, is limited. The regional medical workforce is ageing, and the inflow of young professionals is insufficient. Existing workforce policies and support measures may not be adequately tailored to the specific needs of the region. In addition, linguistic and cultural differences affect daily workflows and cooperation with other healthcare institutions, as communication in Ida-Viru County predominantly takes place in Russian. The study also found that the population's health awareness is low, which may influence both health behavior and service utilization. Evidence-based health policy development is necessary in Ida-Viru County to reduce the strain on the healthcare system.

Tänuavaldus

Soovin tänada oma juhendajat Hans Orrut toetuse ja juhendamise eest kogu magistritöö vältel. Teiepoolne motiveerimine ja kaasamine projektiga seotud ettevõtmistesse on olnud äärmiselt väärtuslik.

Tänan ka Mari-Liisa Parderit toetuse ja suuniste eest. Teie konstruktiivne tagasiside aitas mul süvitsi minna uurimistöö detailidesse.

Tänan südamest oma juhendajat Katrin Langi. Teiepoolne motiveerimine ja soe suhtumine andis enesekindlust ning aitas magistritöö lõpuni viia.

Curriculum Vitae

Üldandmed

Ees- ja perekonnanimi:	Jaana Toomik
Sünniaeg ja -koht	16.01.1977
E-post:	Jaana@kaheksaklopsu.ee

Hariduskäik

2023—...	Tartu Ülikool, rahvatervishoid (magistrikraad)
2004—2011	Euroakadeemia, keskkonnakaitse, BSc (bakalaureusekraad)
1999—2002	Tallinna Täiskasvanute Gümnaasium

Keeleoskus

Eesti keel	emakeel
Inglise keel	B2
Vene keel	A1

Töökogemus

2014—...	Kaheksa Klõpsu OÜ, omanik, portreefotograaf
2018—2021	Ida-Tallinna Keskhaigla, projektijuht
2008—2018	AI Estonia OÜ / Kliendi Eelis OÜ, raamatupidaja, projektijuht

Erialane enesetäiendus

2020	TALTECH, elektronergeetika ja mehhatroonika instituut „Kvaliteedijuhi pädevuskoolitus“ (3 EAP)
2020	Ops OÜ „Avalik esinemine“ (16 t)

Huvialad

Matkamine, jooksmine, fotograafia

Kuupäev: 05.05.20

Lisad

Lisa 1. Intervjuude kavandi põhiküsimused

- 1. Kuidas on teie töö seotud Ida-Virumaa tervisesektoriga?**
2. Milliseks hindate skaalal 1–10 Ida-Virumaa elanike tervist?
 - Miks te nii hindasite?
- 3. Kuidas teile tundub kas – Ida-Virumaa elanike tervis on halvem kui mujal Eestis?**
 - Kui jah, siis milles see väljendub (füüsiline tervis, vaimne tervis, elustiil, riskikäitumine jne)?
 - Kas olete täheldanud põlvkondlike erinevusi (lapsed, tööealised, eakad)?
 - Kas esineb terviseprobleeme, mis on spetsiifilised just sellele piirkonnale?
- 4. Kas teil on tunnetust, kuidas Ida-Virumaa haiglad ja tervishoiusüsteem erineb Tallinna ja Tartu omadest?**
 - Mis on peamised erinevused?
 - Milliseid muudatusi võiks teha, et parandada tervishoiusüsteemi Ida-Virumaal?
- 5. Millised on suurimad väljakutsed terviseteenuste pakkumisel Ida-Virumaal?**
 - Kas patsientidel on probleeme õigeaegse eriarstiabi saamisega?
 - Kas eriarstiabi teenustele on piisavalt ressursse ja spetsialiste?
- 6. Kas patsiendid tunnetavad, et neil on piisav juurdepääs vajalikele terviseteenustele?**
 - Millised on peamised takistused (nt keelebarjäär, transpordiprobleemid, tervishoiutöötajate puudus)?
 - Kuidas tervishoiutöötajaid juurde saada Ida-Virumaale?
- 7. Kas on terviseprobleeme või riskikäitumist, mida Ida-Virumaal tuleks rohkem ennetada ja teadvustada**

Lisa 2. Esmane kodeerimiskeem

Code System	Frequency
Code System	677
KOOSTÖÖ JA TEENINDUSPIIRKONNAD	0
Ida-Virumaalaste tervisehinnang (1–10 skaalal)	11
Teeninduspiirkond	0
Narva H ja IVKH teeninduspiirkond	5
Kaks haiglat - üks haigla	9
Üks institutsioon kaks haiglat	6
IVKH ja Narva H koostööd	10
Haiglate koostöö	3
Koostöö Ida-Virumaaga ja teiste haiglatega	3
JUHTIMINE	0
Noored lähevad ära	6
Rõõm haigla üle	3
Inimeste juhtimise puuduvad süsteemid	2
Visiiditasud	1
Väljakutsed juhtimises	7
Piirkond ei ole atraktiivne	1
Haigla tugipersonal	1
Bürokraatia	4
Narva arstid	1
PERSONAL	0
Ettepanekud tervishoiutöötajate juurde saamiseks	0
Ettepanekud tervishoiutöötajate juurde saamiseks	48
Tervishoiutöötajaid on juurde tulnud	11
Tervishoiutöötajate kvaliteet	0
Arstid	6
Valed ravimeetodid	5
Arstid on liiga vanad	11
Ravijuhendid	7
Probleemid arstide ja õdedega	0
Arst on väsinud ja ülekoormatud, neid on vähe- suhtlemine kannatab, eksimused võimalikud.	9
Arst teeb teist tööd	1
Vanade arstide halb suhtumine noortesse	4
Tervishoiutöötajate vähesus	9
Tervishoiutöötajaid on puudu	7
Õdesid on liiga vähe	3
Arste on liiga vähe	19
Ei osata digilugu kasutada või teisi tööalaseid programme	1
Arste ei usaldata- kvaliteeti peetakse madalaks	3
Arst ei kasuta uusi juhiseid või digisüsteeme	2
Ei osata diagnoosida	2

Kommunikatsioon	0
Tervishoiutöötajate omavaheline kommunikatsioon	5
Tervishoiuasutuste omavaheline kommunikatsioon	4
E-konsultatsioonid	3
Nooremate arstidega on parem suhelda	1
Vanemate arstidega suhtlus probleemne	1
Tervishoiutöötajad ei taha tulla ega jääda Ida-Virumaale	14
Piirkond ei ole atraktiivne	2
SUHTLUSKEEL	0
Keelest tulenevad väljakutsed	9
Arstid ei räägi vene keelt ja ei taha tulla I-V tööle	8
Keele tõttu kommunikatsioon raskendatud	2
Vene keelt ei osata teistes haiglates	2
Keelebarjäär põhjustab arusaamatusi	6
Patsiendid ei räägi eesti keelt	10
Arstid õed ei räägi eesti keelt	9
Eesti keelt kõnelevad arstid	2
Eesti arst peab rääkima vene keeles	3
Eesti keelsed tööülesanded	2
Koolitustel tõlgid	3
Ravijuhiste tõlked	1
Arstid on venekeelsed	15
Tervishoiutöötajad õpivad eesti keelt	5
AI keeleõpetajaks	6
AI diagnoosima	2
Teistsugused mured kui teistes piirkondades	1
KVALITEET	4
Erasektor	19
Esmatasanditeenused	0
Perearsti teenuse väljakutsed	35
Ei saa perearsti juures uuringutele	1
Perearstid ei soovi õppida-areneda	6
Perearstid vanad ei ole huvi	6
Esmatasandi ebapädevus	6
Suhtumine kummaline arsti poolt?	1
Narva perearstid	3
Pereõed ja perearsti personal	5
Perearsti teenuse hea kättesaadavus	9
Perearsti head	4
Perearsti Kaugvastuvõtu lahendid	5
Perearstile teenuseid juurde panna	3
Perearstide teenuse piirkondlikud erinevused	1
Eriarstiteenused	0
Eriarsti head	3
Ambulatoorne vastuvõtt	2
Naistearstid	1

Erakorralise meditsiini osakond	10
EMO juurde traumapunktid	1
Kiirabi teenus	10
Vaimse tervise teenuse kättesaadavus	20
Vaimne tervis	20
Vaktsineerimispunktid	3
Kooli tervishoiuteenus	3
Õendus-hooldusteenus	1
Õendus-hooldusosakonnad.	2
Hospiits	1
Hooldekoduteenus	3
Ortopeed	2
Kliiniline logopeed	3
Kirurg	1
Endokrinoloog	1
Koduõendusteenus	8
Kriitiline sünnitusabi	6
Töövõimetus	5
Skriiningud	1
Taastusravi	11
Tasuta tasuline	2
Silmaarst	6
Töotervishoiuarst	5
Ortodont	3
Hambaarst	6
Teenused mida on vaja	7
Tervishoiuteenuse kättesaadavus	25
Kõik patsiendid ei pea jääma I-V	1
Teenused ei vasta vajadusele	7
Tervishoiuteenuse kättesaadavus on tagatud	7
Haigused mis ei pea narva jääma	2
Transpordi probleemid arstile patsiendile	9
Transport on olemas	2
PATSIENTIDE VÄHENE TERVISETEADLIKKUS	0
Patsiendi vähene terviseteadlikkus	20
Patsiendi käitumismudel	9
Patsient vajab eestvedamist	1
Patsient on vana	2

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Jaana Toomik,

1. Annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Esmatasandi ja eriarstiabi kvaliteedi ning kättesaadavuse hinnangud Ida-Virumaal: ekspertintervjuude põhine kvalitatiivne analüüs“ mille juhendajad on Hans Orru, Mari-Liisa Parder ja Katrin Lang reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, 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.