

TARTU ÜLIKOOL
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut
Rakendusliku käitumisteaduse õppekava

Monika Prits

Perearstide ametialased väljakutsed ja vajadused muutavas tervishoiukeskkonnas:

analüüs ja sekkumisvõimalused

Magistritöö

Juhendajad: Riina Raudne, *PhD*

Läbiv pealkiri: Perearstide väljakutsete analüüs

Tartu 2025

Sisukord

1. Lühikokkuvõte eesti keeles	2
2. Lühikokkuvõte inglise keeles	3
3. Ülevaade.....	4
a. Lahendatav probleem, selle olulisus ja ulatus ning seniste lahenduskatsete tulemuslikkus	4
b. Probleemi käitumisteadusliku lahendamise protsessi peamised tulemused.....	5
c. Töö tugevused ja piirangud.....	6
d. Järeldused ja soovitused praktikutele ja teadlastele	7
4. Probleemi kaardistus, sh probleemi mõistmise uuringu kirjeldus.....	8
a. Sihtrühmade käitumised, mille kaudu saaks probleemi lahendada	8
b. Uuringu eesmärgid	9
c. Uuringu meetodid.....	10
5. Lahenduste kaardistus.....	22
a. Sekkumisvõimaluste süstematiseeritud kirjeldus koos mõjukuse ja teostatavuse ennustusega.....	22
6. Mõju uuringu plaan.....	26
a. Uuringu eesmärgid.....	26
b. Uuringu meetodid	27
7. Viited	29
8. Lisad.....	33
Lisa A. Töö intellektuaalset omandit reguleeriv litsents	33
Lisa C. Intervjuu kava	34

1. Lühikokkuvõte eesti keeles

Perearstide töö iseloom on viimastel aastatel oluliselt muutunud, hõlmates kliinilise töö kõrval ka mitmeid juhtimis- ja haldusülesandeid, mis suurendavad töökoormust. Käesoleva magistr töö eesmärk on analüüsida Eesti perearstide ametialaseid väljakutseid ja nendest tulenevaid vajadusi muutuvus tervishoiukeskkonnas ning kaardistada sekkumisvõimalused, mis toetaksid perearstide professionaalset arengut ja töövõimet.

Uuringu läbiviimiseks kasutasin kvalitatiivset uurimismeetodit. Empiirilise andmestiku kogumiseks viisin läbi poolstruktureeritud intervjuud, milles osales 18 perearsti erinevatest Eesti piirkondadest. Intervjuude eesmärk oli kaardistada tööalast toimetulekut mõjutavaid tegureid ja perearstide vajadusi, et paremini mõista nende igapäevatööga seotud väljakutseid ja vajadusi. Kvalitatiivse sisuanalüüsi tulemusel eristus viis kesksel teemat: töökorraldus, juhtimine ja eneseareng, patsiendisuhetus, mitteerialased tööülesanded ning mentorluskogemused ja hoiakud.

Intervjuudest ilmnisid mitmed olulised probleemkohad, sealhulgas tervishoiutöötajate nappus, kohalike omavalitsuste roll esmatasandi arstiabi kättesaadavuse tagamisel, ühiskondlikud hoiakud meditsiinitöötajate suhtes, patsiendisuhetus kasvav keerukus ning vajadus oskuste järele emotsionaalselt tundlike teemade käsitlemisel. Samuti tõstati vajadus seadusandlike muudatuste ja töökorralduse tõhustamise järele.

Seksumisvõimalused kaardistasin sotsiaalökoloogilise mudeli eri tasanditele ning hindasin mõjuhindamise maatriksil, arvestades nii potentsiaalset mõju kui ka rakendatavuse keerukust.

Potentsiaalselt kõige mõjusamateks ja teostatavateks sekkumisteks osutusid administratiivkoormuse vähendamine, digi- ja juhtimisoskuste arendamine, süsteemse mentorluse rakendamine ning elanikkonna terviseteadlikkuse tõstmine.

Uuringu tulemused viitavad, et perearstide tööalased väljakutsed ja vajadused on mitmetahulised ning nõuavad läbimõeldud, koordineeritud ja eri tasandeid hõlmavaid lahendusi. Tulemused viitavad selgele vajadusele selliste sekkumiste järele, mis aitaksid süsteemselt toetada perearstide töövõimet ja professionaalset arengut ning looksid eeldused kvaliteetse ja jätkusuutliku perearstiabi tagamiseks muutuvus tervishoiukeskkonnas

Kuigi tegemist oli kvalitatiivse uuringuga ning valim ei olnud esinduslik, pakuvad tulemused sisulist panust tervishoiupoliitika kujundamisse ja loovad aluse edasisteks rakendusuringuteks.

2. Lühikokkuvõte inglise keeles

In recent years, the nature of family physicians' work has changed significantly, encompassing not only clinical responsibilities but also a growing number of managerial and administrative tasks that contribute to increased workload. The aim of this master's thesis is to analyse the professional challenges and related needs of family physicians in Estonia within the context of a changing healthcare environment, and to identify potential interventions that could support their professional development and work capacity.

A qualitative research approach was employed in this study. To collect empirical data, I conducted semi-structured interviews with 18 family physicians working in various regions across Estonia. The purpose of the interviews was to identify the factors that influence work-related coping and to better understand the everyday challenges and needs that family physicians face. Qualitative content analysis revealed five central themes: work organisation, leadership and professional development, patient communication, non-clinical responsibilities, and experiences and attitudes related to mentoring.

The interviews highlighted several key problem areas, including the shortage of healthcare professionals, the role of local governments in ensuring access to primary healthcare, societal attitudes towards medical professionals, the increasing complexity of patient communication, and the need for skills to address emotionally sensitive topics. Additionally, the need for legislative reform and more efficient work organisation emerged as important concerns.

Intervention opportunities were mapped across different levels of the socio-ecological model and assessed using an impact-feasibility matrix, taking into account both their potential impact and implementation complexity. The most promising and feasible interventions identified were the reduction of administrative burden, the development of digital and leadership competencies, the implementation of systematic mentoring, and the promotion of health literacy among the general population.

The findings indicate that the professional challenges and needs of family physicians are multifaceted and require well-considered, coordinated, and multi-level solutions. There is a clear need for interventions that would systematically support the work capacity and professional development of family physicians and help ensure the delivery of high-quality and sustainable primary care in an evolving healthcare context.

Although this was a qualitative study and the sample was not representative, the results provide meaningful insights for healthcare policy development and lay the groundwork for future applied research.

3. Ülevaade

a. Lahendatav probleem, selle olulisus ja ulatus ning seniste lahenduskatsete tulemuslikkus

Eesti tervishoiusüsteem seisab silmitsi mitmete oluliste väljakutsetega, mis mõjutavad perearstiabi kättesaadavust ja kvaliteeti. Viimastel aastatel on perearstide töökoormus märgatavalt suurenenud, mida peegeldab nii vastuvõttude arvu kasv kui ka töö sisu laienemine. 2023. aastal tegid Eesti perearstid ja -õed kokku 8,2 miljonit vastuvõttu, teenindades ligikaudu 1,3 miljonit inimest. See tähendab, et keskmiselt kasutas iga inimene perearstiabi kuuel korral aastas (Tervisekassa, 2024). Samal ajal on rahulolu vastuvõtule pääsemise kiirusega langenud kuue aasta madalaimale tasemele: 76% patsientidest olid rahul teenuse kättesaadavusega võrreldes 88%-ga 2017. aastal (Tervisekassa, 2024). Selline kontaktide tihedus viitab esmatasandi arstiabi kõrgele koormusele, eriti olukorras, kus arstide ja õdede arv elaniku kohta jääb alla Euroopa Liidu keskmise.

2023. aasta seisuga töötas Eestis 939 perearsti ja 1631 pereõde, mis teeb vastavalt ligikaudu 0,71 perearsti ja 1,23 pereõde 1000 elaniku kohta (Tervise Arengu Instituut, 2024). Võrdluseks, Euroopa Liidu riikides jääb esmatasandi arstide arv tavaliselt vahemikku 0,8–1,0 ning õdede arv 2,5–3,0 1000 elaniku kohta (OECD, 2021). Neid näitajaid arvestades kuulub Eesti madalama esmatasandi tervishoiuressursiga riikide hulka, kus perearstid teenindavad suuremaid nimistuid väiksema tugipersonaliga, mis võib suurendada töökoormust ja mõjutada teenuse kättesaadavust.

Oluliseks väljakutseks on perearstide vananev koosseis. Üle 60-aastased arstid moodustavad ligi 46% kõigist perearstidest ning lähiaastatel on pensionile siirdumas ligikaudu 300 arsti. Samal ajal on järelkasv ebapiisav – peremeditsiini residentuuris on aastas 40 kohta, kuid keskmiselt lõpetab selle vaid 14 arsti, millest iseseisvat nimistut on valmis võtma ainult neli (Meditsiiniuudised, 2023). Selline olukord viitab süvenevale tööjõupuudusele ja eriala piiratud atraktiivsusele noorte arstide seas.

Perearstide töökoormust ja teenuse kvaliteeti mõjutab ka kasvav administratiivne koormus. Tervisekassa hinnangul vajaks ligikaudu 200 perearsti täiendavat tuge, et tagada kvaliteetne ja toimiv esmatasandi tervishoiuteenus. Perearstiabi teenusejuhi Laura Johanna

Tuisu sõnul on vajalik töö ümberkorraldamine, mis võimaldaks perearstidel keskenduda senisest enam patsienditööle mitte haldusülesannetele (ERR, 2023; Tervisekassa, 2024).

Mitmed rahvusvahelised uuringud on kirjeldanud ja esile tõstnud sarnaseid teemasid, mis on seotud perearstide töötingimuste ning tööalase rahuloluga. Väljakutsetena on toodud suur töökoormus ja ajasurve, administratiivne ülekoormus, töö- ja eraelu tasakaalu häired, arstide järelkasvu puudus ning vananev koosseis, raskused tehnoloogiliste muudatustega kohanemisel ning sotsiaalsühholoogiline surve, mida põhjustavad suurenenud patsiendi ootused ja negatiivne avalik kuvand (Shanafelt et al., 2015; Sinsky et al., 2016; Canadian Medical Association, 2017; Woolhandler & Himmelstein, 2014).

b. Probleemi käitumisteadusliku lahendamise protsessi peamised tulemused

Probleemi mõistmise uuringu tulemused. Valisin teoreetiliseks raamistikuks sotsiaalökoloogilise mudeli, mis võimaldas kaardistada perearstide tööalast toimetulekut mõjutavaid tegureid viiel tasandil: individuaalsel, interpersonaalsel, organisatsioonilisel, kogukondlikul ja ühiskondlikul tasandil. Andmete kogumiseks viisin läbi poolstruktureeritud intervjuud, mille käigus esitasin osalejatele avatud küsimusi. Uuringus osales 18 perearsti erinevatest Eesti piirkondadest, kellel oli varieeruv tööstaaž ja kogemus.

Kvalitatiivse sisuanalüüsi tulemusena eristus viis põhiteemat: (1) töökorraldus, (2) juhtimine ja eneseareng, (3) patsiendisuhtlus ja tundlike teemade käsitlemine, (4) mitteerialaseid tööülesanded, (5) hoiakud ja varasem kogemus mentorlusega seoses.

Intervjuudest selgus, et perearstide töö on muutunud sisuliselt mitmekesisemaks ja koormavamaks, hõlmates lisaks kliinilisele tööle ka suurt hulka haldus- ja suhtlusülesandeid. Tööalase rahulolu vähenemist seostati tugevalt töö- ja eraelu piiride hägustumise, piiratud tugistruktuuride kättesaadavuse ning ebapiisava ajaga enesearenguks. Täiendavat tuge vajatakse nii individuaalsel tasandil (nt vaimse tervise hoidmine), organisatsioonilisel tasandil (nt juhtimisoskused, ajajuhtimine), kui ka kogukondlikul ja ühiskondlikul tasandil (nt süsteemne mentorlus, terviseteadlikkuse suurendamine elanikkonna seas).

Lahendused. Käesoleva magistritöö käigus kogutud andmete põhjal koostasid ideekaardi, mille esimesse versiooni koondasid lahendusideed, mis paiknesid sotsiaalökoloogilise mudeli erinevatel tasanditel ning lähtusid uuringutulemustest perearstide ametialaste väljakutsete ja vajaduste kohta. Kõige mõjusamateks ja teostatavamateks sekkumisteks osutusid administratiivkoormuse vähendamine, digi- ja juhtimisoskuste arendamine, süsteemse mentorluse rakendamine ning elanikkonna terviseteadlikkuse tõstmine.

Mõju-uuringu plaan. Sekkumise mõju hindamiseks kavandasin kahe grupiga kvaasi-eksperimentaalse uuringu. Eksperimentaalgrupp osaleb süsteemses mentorlus- ja kovichoonis, kontrollgrupp mitte. Mõju hindamiseks kasutan standardiseeritud mõõdikuid *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1981) ja *Professional Quality of Life Scale (ProQOL)* (Stamm, 2010), enne programmi, kolm kuud ja kuus kuud pärast programmi lõppu. Lisaks viin läbi kvalitatiivse andmekogumise fookusgruppide ja järelintervjuude kaudu, et hinnata sekkumise vastuvõetavust ja tähenduslikkust osalejate jaoks. Uuringu eesmärk on hinnata sekkumise tõhusust perearstide töölase rahulolu, vaimse heaolu ja jätkusuutlikkuse toetamisel.

c. Töö tugevused ja piirangud

Uuringu tugevusteks on teema aktuaalsus ja rakenduslikkus. Töö pakub olulist sisendit perearstide tööalaste väljakutsete mõistmisel ning võimalike sekkumiste kaardistamisel muutavas tervishoiukeskkonnas. Uuringut läbivaks teoreetiliseks raamistikuks on sotsiaalökoloogiline mudel, mis võimaldas analüüsida perearstide väljakutseid ja vajadusi mõjutavaid tegureid mitmel tasandil, pakkudes seeläbi võimalusi erinevate sekkumistasandite kavandamiseks.

Uuringu sisuline tugevus seisneb kvalitatiivse lähenemise kasutamises, mis võimaldas avada perearstide isiklike kogemusi ja hoiakuid, pakkudes sügavamat arusaama nende vajadustest ja ootustest. Avatud küsimustega poolstruktureeritud intervjuud võimaldasid uurida perearstide isiklike kogemusi seoses tööalaste väljakutsetega ning kaardistada nende enda sõnastatud vajadusi ja ettepanekuid.

Antud uuringu piiranguks on väike valim, mis ei pruugi laieneda kogu populatsioonile, kuid annab sisendi trendide kohta. Lisaks võib töö piiranguks olla kvalitatiivsetest andmetest tulenev subjektiivsus, kuna vastajate kogemused võivad olla mõjutatud individuaalsest töökeskkonnast ja andmeid analüüsis üksainus uurija, mis võib suurendada riski, et isiklikud tõlgendused ja eelarvamused mõjutavad andmete kogumist ja analüüsi. Näiteks võis intervjuueerija taust ja huvi perearstide kogemuse vastu mõjutada seda, milliseid teemasid pidasin oluliseks – nii intervjuu käigus esile kerkinud vihjete süvendamisel kui ka analüüsi käigus. Kuigi sisuanalüüs viisin läbi süstemaatiliselt on andmete tõlgendamine seotud minu poolt loodud subjektiivse raamistikuga.

Täiendava piiranguna toon välja, et uuringu osalemise eelduseks oli perearstide eesti keele valdamine töölase suhtluse tasemel. Seetõttu ei pruugi tulemused kajastada

venekeelsete perearstide kogemuste eripärasid, mis võivad erineda näiteks patsientide ootuste, infovälja või tööstiili osas.

Samuti ei võimalda kvalitatiivne uuring teha põhjuslikke järeldusi tuvastatud nähtuste vaheliste seoste kohta.

d. Järeldused ja soovitused praktikutele ja teadlastele

Tuginedes perearstide kirjeldustele, ilmnes, et väljakutsete ja vajadustega seotud probleemid ei ole isoleeritud juhtumid, vaid süsteemse ja mitmetasandilise iseloomuga.

Uuring tõstatab ka mitmeid küsimusi, mis vajavad edaspidi põhjalikumat käsitlust. Üheks oluliseks teemaks on patsientide terviseärevuse mõju perearstide töökoormusele ning võimalused selle leevendamiseks läbi elanikkonna terviseteadlikkuse suurendamise. Uuringus osalenud perearstid kirjeldasid olukordi, kus märkimisväärne osa nende ajast kulub patsientidele, kelle pöördumised ei ole meditsiiniliselt põhjendatud, vaid tulenevad ebakindlusest, liigsest murest või info puudumisest oma terviseseisundi osas.

Edasised uuringud peaksid uurima, kui suur osa perearstide töömahust on seotud selliste pöördumistega ning milline võiks olla terviseteadlikkuse tõstmise meetmete – nagu näiteks digitaalsed enesehindamise tööriistad või teavituskampaaniad – tegelik mõju nende sageduse vähendamisel. Kuigi rahvusvahelised näited viitavad võimalusele, et sihipärased sekkumised võivad vähendada tarbetuid arstivisiite kuni 10% võrra (nt National Health Service, 2014), puuduvad Eestis minule teadaolevalt veel empiirilised andmed nende meetmete tõhususe ja sobivuse kohta.

Täiendavat uurimist vajab ka see, millised tervisekommunikatsiooni vormid ja kanalid on eri sihtrühmade jaoks usaldusväärsed ja tõhusad. Samuti tuleks selgitada, milliseid teadmisi või oskusi vajab patsient selleks, et teha tervisega seotud otsuseid ilma arstilt kinnitust otsimata. Kuna terviseärevus võib olla seotud ka psühholoogilise haavatavusega, ei pruugi üldised teavituskampaaniad kõikidele sihtrühmadele ühtviisi mõjuda. Seetõttu on oluline arendada ja testida kohandatud sekkumisi, mis võtavad arvesse nii individuaalseid vajadusi kui ka kultuurikonteksti.

Uuringu tulemused loovad aluse ka esmaste praktiliste soovituste kujundamiseks. Lähtudes perearstide kirjeldustest, on soovitatav arendada sihtrühmapõhiseid terviseteadlikkuse tõstmise meetmeid, mis toetavad patsientide võimekust teha iseseisvaid ja teadlikke terviseotsuseid ilma liigse arstioe vajaduseta. Sellised meetmed võiksid hõlmata näiteks digitaalseid enesehindamise tööriistu, usaldusväärset teavet pakkuvaid

teavituskampaaniaid ning tervisekommunikatsiooni strateegiaid, mis arvestavad erinevate sihtrühmade vajadusi ja haavatavust.

4. Probleemi kaardistus, sh probleemi mõistmise uuringu kirjeldus

a. Sihtrühmade käitumised, mille kaudu saaks probleemi lahendada

Eesti perearstiabi süsteem seisab silmitsi järjest keerukamate väljakutsetega, mis tulenevad ressursside piiratusest ja tervishoiukeskkonna kiirest muutumisest. Viimaste aastate jooksul on perearstide töökoormus märgatavalt suurenenud nii kvantitatiivses kui ka kvalitatiivses plaanis (Tervisekassa, 2024). Lisaks kliinilistele vastuvõttudele kuuluvad perearsti tööülesannete hulka ulatuslik dokumenteerimine, raviarvete kodeerimine, aruandlus ja digisüsteemide haldamine, mis kokkuvõttes vähendavad otsesele patsienditööle kuluvat aega ning suurendavad läbipõlemise riski (Sinsky et al., 2016; Tervisekassa, 2024).

Rahvusvaheliste teadusuuringute põhjal on perearstide peamised väljakutsed seotud järgmiste oluliste valdkondadega:

1. Liigne töökoormus ja ajasurve piiravad perearstide võimalusi rakendada patsiendikeskset lähenemist ning on oluliseks läbipõlemise riskiteguriks (Shanafelt et al., 2015);
2. Administratiivse ja digitaalse töökoormuse kasv, sealhulgas ulatuslik dokumenteerimine ja aruandlus, vähendab märgatavalt aega, mida perearstid saavad pühendada otsesele patsiendi tööle (Sinsky et al., 2016; Woolhandler & Himmelstein, 2014);
3. Töö- ja eraelu tasakaalu puudumine mõjutab negatiivselt perearstide vaimset tervist, töövõimet ja rahulolu oma ametiga (Shanafelt et al., 2019);
4. Vähene järelkasv ja perearstide vananev koosseis seavad paljudes riikides ohtu esmatasandi arstiabi jätkusuutlikkuse ja kättesaadavuse (Canadian Medical Association, 2017);
5. Tehnoloogiliste uuendustega kohanemine, sealhulgas uute digisüsteemide ja töövoogude omaksvõtt, nõuab arstidelt täiendkoolitust ning võib põhjustada lisastressi ja töökoormust (Sinsky et al., 2016);
6. Sotsiaalsühholoogilised pinged, sealhulgas suurenenud patsiendi ootused, arstide tajutud negatiivne avalik kuvand ja keerulisemad suhted patsientidega, raskendavad perearstide igapäevatööd (Shanafelt et al., 2015).

Perearstide tööalased väljakutsed ei piirdu üksnes individuaalse stressi ja läbipõlemisega, vaid ulatuvad oluliselt kaugemale, mõjutades nii meeskondlikku toimimist kui ka laiemat tervishoiusüsteemi efektiivsust. Uuringud näitavad, et perearstid seisavad igapäevaselt silmitsi töökorraldusliku ebajärjekindluse, keerukate ja killustunud digisüsteemide, piiratud IT-toe ning vajalike tugispetsialistide, sealhulgas vaimse tervise õdede puudusega (Tervisekassa, 2024; OSKA, 2023). Sageli kaasneb nende probleemidega ülesannete pidev lisandumine, millele ei järgne aja- ega ressursibaasil toetust, tekitades tunnet, et töökoormus ei ole tasakaalus ega jätkusuutlikult juhitav (Bourgueil et al., 2019).

Need süsteemsed takistused ei mõjuta üksnes arste endid, vaid kanduvad edasi ka patsientide kogemustesse ning kogu esmatasandi arstiabi kvaliteeti. Ülekoormatud ja alarahastatud süsteem loob pinnase töemotivatsiooni langusele, meeskondliku pinge kasvule ning professionaalse arengu takistustele (Sinsky et al., 2016).

Käitumiste muutust vajav klaster selle töö kontekstis on seotud tööalase toimetuleku ning muutunud rollikäitumisega. Perearstide roll on viimastel aastatel oluliselt muutunud – liigutud on traditsiooniliselt autoriteetselt positsioonilt partnerluse ja koostöö suunas patsiendiga. See areng eeldab perearstidelt uute käitumismustrite omandamist, sealhulgas aktiivset kuulamist ning patsiendi **teadlikku kaasamist otsustusprotsessi**.

Perearstid peavad arendama oskusi, mis toetavad patsiendi autonoomiat ja jagatud otsustamist. Arst ei toimi enam pelgalt teadmiste allikana, vaid ka nõustajana, kes aitab patsiendil mõista erinevaid ravivõimalusi ning langetada informeeritud ja isikupärastatud otsuseid oma tervise kohta.

Lisaks peavad perearstid kohanema üha mitmekesisema patsientide populatsiooniga, mis nõuab kultuurilist tundlikkust ning oskust kohandada suhtlemisstiili vastavalt patsiendi vajadustele, väärtustele ja eelistustele.

b. Uuringu eesmärgid

Töö eesmärk on analüüsida Eesti perearstide ametialaseid vajadusi ja väljakutseid muutavas tervishoiukeskkonnas ning töötada välja sekkumisvõimalused, mis toetavad arstide professionaalset arengut ning aitavad tagada perearstiteenuse kvaliteeti ja kättesaadavust.

Uuring keskendub perearstide vajaduste kaardistamisele ning rahvusvaheliste kogemuste analüüsimisele, et kujundada tõhusad ja rakendatavad sekkumised, mis toetavad nii alustavate kui ka kogenud perearstide professionaalset arengut.

Uuringut läbiva teoreetilise raamistikuna kasutasin sotsiaalökoloogilist mudelit, mis võimaldab analüüsida professionaalset arengut mõjutavaid tegureid erinevatel tasanditel – alates individuaalsest kuni organisatsioonilise ja ühiskondliku tasandini (Bronfenbrenner, 1979; McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988). Selline mitmetasandiline lähenemine võimaldas kaardistada tegurite omavahelisi seoseid ning tuvastada, millised mõjutegurid võivad toetada perearstide professionaalset toimetulekut ja süsteemsete sekkumiste kujundamist.

Sellest tulenevalt olid uurimisküsimused järgmised:

1. Millised tegurid erinevatel tasanditel mõjutavad perearstide professionaalset arengut ja töö efektiivsust?
2. Milliseid oskusi ja teadmisi on perearstidele vaja ning milles valdkondades tunnevad nad end ebakindlalt?
3. Milliseid sekkumisi vajavad perearstid oma oskuste arendamiseks ja töö tõhususe suurendamiseks?

c. Uuringu meetodid

Magistritöö eesmärkide saavutamiseks ning uurimisprobleemi süvitsi käsitlemiseks kasutasin kvalitatiivset uurimismeetodit, mis võimaldab mõista inimeste tundeid, arvamusi ja hoiakuid nende loomulikus kontekstis. Kvalitatiivne lähenemine loob aluse tähenduslike muustrite ja arusaamade tuvastamiseks, mida on võimalik edasistes uuringutes kvantitatiivselt testida (Creswell & Poth, 2018; Hennink et al., 2020). Andmekogumise meetodina valisin poolstruktureeritud intervjuud, mis võimaldasid esitada avatud küsimusi ja kohandada intervjuusid vastavalt intervjuueeritava kogemusele ja vastustele. Nagu rõhutab ka Gillham (2000), on intervjuu sobiv andmekogumise viis, kui eesmärgiks on inimese käitumise ja kogemuste mõistmine reaalse elu kontekstis. Intervjuude põhjal kogutud andmete analüüsimiseks kasutasin kvalitatiivset sisuanalüüsi.

Valim: Ajavahemikus mai 2024 kuni aprill 2025 intervjuueerisin 18 perearsti.

Uuringus osalesid perearstid, kes olid tööalaselt aktiivsed ja valdasid eesti keelt.

Vastajatest 3 olid mehed ning 15 naised. Uuringusse kaasasin perearstid erineva staaži, tööpiirkonna ja taustaga, et esindatud oleksid võimalikult mitmekesised vaatenurgad ning tulemused kajastaksid laiemat konteksti.

Uuringus osalemise eelduseks oli eesti keele piisav valdamine tööalaseks suhtluseks ja intervjuuks. Keelelisest sobivusest lähtudes ei kaasatud valimisse neid arste, kelle puhul oli oht, et keelebarjäär võiks mõjutada andmete kogumise või tõlgendamise usaldusväärsust.

Uuringu osalejate värbamine toimus koostöös Tervisekassaga, mille viisime läbi ajavahemikul mai 2024.a kuni aprill 2025. a. Üheks sihtrühmaks olid 2024 ja 2025. a mentorprogrammis osalenud perearstid. Uurimustöö teemat tutvustasin 2024. aasta mentorprogrammi lõpuüritusel ja 2025. aasta avaüritusel, kus osalesin koolitajana. Perearstide mentorprogramm on Eesti Perearstide Seltsi ja Tervisekassa koostöös ellu kutsutud algatus, mille eesmärk on toetada perearstide professionaalset arengut ja tööalast toimetulekut. Programm pakub struktureeritud mentorlust kogunud kolleegide toel ning hõlmab juhtimisoskuste, eneserefleksiooni ja stressiennetuse arendamist. Osalejad hindasid programmis omandatud mentorlusoskusi igapäevatoos rakendatavaks ja väärtuslikuks (Postimees, 2024). Lisaks kaasasin valimisse perearste, kes jõudsid uuringusse soovitude kaudu ehk lumepallimeetodil. Selline lähenemine võimaldas kaasata eri tausta ja kogemusega osalejaid ning laiendas vaadete mitmekesisust.

Ligikaudu pooled algselt huvi üles näidanud osalejatest ei saanud uuringus osaleda, kuna kohtumise kokkuleppimine ebaõnnestus ühise aja leidmise keerukuse ja perearstide tiheda töögraafiku tõttu. Perearstide huvi ja soov uuringusse panustada oli positiivne ja vastas ootustele.

Andmete kogumise ja töötlemise võtted: Intervjuud viisin läbi nii silmast silma kohtumistel kui ka mobiiltelefoni teel, vastavalt osalejate eelistustele ja võimalustele. Andmete kogumiseks kasutasin poolstruktureeritud intervjuusid, mis sisaldasid avatud küsimusi ning võimaldasid paindlikku ja süvitsi minevat vestlust (intervjuu kava vt lisast C). Intervjuude kestus oli keskmiselt 60 minutit. Enne iga intervjuu algust andsin osalejatele ülevaate uuringu eesmärgist, andmete kasutamise põhimõtetest ning osaleja õigustest. Selgitasin, et osalemine on vabatahtlik ning osalejal on õigus igal hetkel intervjuu katkestada või keelduda küsimustele vastamast ilma põhjendust esitamata. Samuti rõhutasin, et kogutud andmeid kasutan analüüsis anonüümselt, nii et osalejaid ei ole võimalik tuvastada. Intervjuusid ei salvestanud – märkmed tegin käsitsi intervjuu jooksul. Märkmete tegemisel lähtusin avatud küsimustele antud vastustest, püüdes kirja panna vastajate sõnastust võimalikult täpselt ja tähenduslikke tsitaate esile tõstes. Märkisin üles nii vastuste sisu kui ka vajadusel rõhuasetused, kordused ja emotsionaalsed toonid, mis aitasid hilisemas analüüsis paremini mõista vastaja hoiakuid ja kogemusi. Poolstruktureeritud küsimustiku tõttu järgisin küll kindlat teemaraamistikku, kuid võimaldasin intervjuu kulgu kohandada vastaja kogemustest lähtuvalt.

Otsustasin andmekogumise lõpetada pärast seda, kui viimased 3 intervjuud ei lisanud enam sisuliselt uut teavet ega avanud täiendavalt uuritavaid teemasid. Vastused hakkasid korduma, mis viitas andmete küllastumisele ehk saturatsioonile

Kvalitatiivse uurimuse kontekstis on saturatsioon tunnustatud kriteerium andmekogumise lõpetamiseks, kuna see viitab piisavale teoreetilisele ja empiirilisele katvusele uuritavas valdkonnas (Vasileiou et al., 2018).

Andmeanalüüsis rakendasin kvalitatiivse uurimise tavapärasit sisuanalüüsi, mille eesmärgiks oli leida korduvusi, mustreid ja olulisi tähelepanekuid osalejate vastustes. Analüüsi alustasin intervjuude põhjaliku läbitöötamisega, et kujundada terviklik arusaam andmestikust ning tunnetada selle struktuuri ja sisu.

Esimese lugemise järel alustasin esmaste koodide loomisega, mis tähistasid intervjuu tekstides korduvaid ideid, mõtteid, kogemusi ja väljakutseid. Järgmiseks koondasin alakoodid põhikoodide alla ja seejärel põhikoodid teemadeks. Paljudele tekstilõikudele lisasin põhikoodi ilma alakoodita. Koodide ja teemade nimetuste loomisel lähtusin andmetest ehk lugemisel leitavast infost. Koodide süstematiseerimise ja tähenduslike seoste analüüsi tulemusel kujunesid välja neli kesket teemat, mille alusel struktureerisin ka tulemuste esitamise: (1) töökorraldus, (2) juhtimine ja eneseareng, (3) patsiendisuhetus ja tundlike teemade käsitlemine, (4) mitteerialaseid tööülesanded, (5) hoiakud ja varasem kogemus mentorlusega seoses.

Eetilised aspektid: Uuringu valimi moodustasid professionaalses rollis tegutsevad perearstid, kelle osalemine keskendus nende tööalasele kogemustele ja arusaamadele. Uuring ei käsitlenud isiklikke ega haavatavaid teemasid ning ei hõlmanud vaimseid ega füüsilisi sekkumisi. Samuti ei kogunud ma uuringu käigus delikaatseid isikuandmeid ega käsitlenud teemasid, mille kaudu oleks võimalik osalejaid tuvastada. Lähtudes Oviedo konventsiooni (Council of Europe, 1997) põhimõtetest ei olnud antud uuringu puhul vajalik eetikakomitee kooskõlastuse taotlemine.

Uuringu viisin läbi vastavuses teadusuuringute eetiliste põhimõtete ja andmekaitse nõuetega, tagades osalejate õiguste kaitse, privaatsuse ning kogutud andmete turvalise ja vastutustundliku käsitlemise. Uuringus osalemine oli vabatahtlik ning osalejad said igal ajal oma osalemisest loobuda ilma põhjendust esitamata. Enne intervjuu alustamist andsin osalejatele suulise ülevaate uuringu eesmärkidest, andmete kogumise ja töötlemise põhimõtetest, osalemise vabatahtlikkusest ning anonüümsuse ja konfidentsiaalsuse tagamiseks.

Kirjalikku nõusolekut ei küsinud, kuna uuring ei käsitletud tundlike ega isikut tuvastada võimaldavaid andmeid ega sisaldanud meditsiinilisi või vaimseid sekkumisi. Informeeritud nõusolek toimus suuliselt intervjuu eel ning intervjuul osalemist lugesin teadlikuks ja vabatahtlikuks nõusolekuks.

Intervjuusid ei salvestanud, andmeid kogusin käsitsi tehtud märkmete abil ning analüüsisin üldistatud kujul, tagades osalejate privaatsuse ja konfidentsiaalsuse kogu uurimisprotsessi vältel.

d. Uuringu tulemused

Uuringus osales 18 erinevates Eesti piirkondades töötavat perearsti, kelle töökogemus ning töökoha iseloom olid erinevad. Osalejate tööstaaž perearstina ulatus 3 kuni 39 aastani. Kõik osalejad vastasid kõigile küsimustele ning uuringu katkestamisi ei esinenud. Olles tutvunud intervjuu tekstidega ning viinud läbi sisuanalüüsi, tuvastasin viis keskset teemat, mis koondavad perearstide poolt esile toodud väljakutseid, vajadusi ja ettepanekuid: (1) töökorraldus, (2) juhtimine ja eneseareng, (3) patsiendisuhtlus ja tundlike teemade käsitlemine, (4) mitteerialaseid tööülesanded, (5) hoiakud ja varasem kogemus seoses mentorlusega.

Üheks olulisemaks ja ulatuslikumaks teemaks kujunes töökorraldusega seotud teemad, mis mõjutavad otseselt perearstide igapäevatööd:

Personalipuudus ja järelkasv. Üheks keskseks väljakutseks peeti tervishoiutöötajate nappust, eelkõige perearstide, pereõdede ning vaimse tervise spetsialistide osas. Mitmed osalejad tõid esile, et nimistu üleandmise võimaluste puudumine seob perearste oma ametikohale ka juhtudel, kus soovitakse pensionile jääda või töökoormust vähendada. Üksikpraksistes töötavad perearstid rõhutasid, et töö korraldamine puhkuste, haiguste ja muude ettenägematute olukordade ajal on keeruline ja suurendab koormust.

Lisaks tõdeti, et kuigi tähelepanu on suunatud uute arstide süsteemi toomisele, puudub selge ja süsteemne strateegia selle kohta, kuidas toetada olemasolevate perearstide nimistute täitmist ja jätkusuutlikkust. Mitmed intervjuueeritavad rõhutasid, et esmatasandi tervishoiu atraktiivsemaks muutmine noorematele spetsialistidele on kriitilise tähtsusega, kuid samavõrd oluline on pakkuda tuge ja jätkusuutlikke lahendusi ka juba praktiseerivatele arstidele.

Tsitaat: „Vaatomata rahastuse olemasolule on vaimse tervise õdede leidmine keeruline“.

Kitsaskohana toodi välja ka kommunikatsioonilõhe riiklike andmeallikate ja perearstikeskuste tegeliku olukorra vahel: näiteks on Tervisekassa kodulehe info, et mõnes nimistus on veel ruumi, kuigi perearstikeskus ise kinnitab, et nimistu on täitunud. Selline vastuolu põhjustab patsientide ja arstide vahel arusaamatusi ning suurendab koormust nii registratuurile kui arstile.

Lahendusettepanekuks oli arendada välja automaatne nimistute täitmise süsteem, mis võimaldaks perearsti määramata patsientidele suunata süsteemipõhiselt teavet nende elukohale lähima sobiva perearsti kohta. Süsteem saadaks patsiendile automaatselt kontaktandmed perearstikeskus(t)e kohta, mille nimistus on vabu kohti. Juhtudel, kui patsienti ei ole võimalik lisada tema poolt eelistatud nimistusse, võiks süsteem pakkuda alternatiivseid võimalusi, arvestades nii geograafilist lähedust, nimistu täituvust kui ka võimalusel konkreetse patsiendi vajadusi (nt keeleoskus). Selline lahendus aitaks vähendada manuaalset töökoormust perearstikeskustes ja parandaks süsteemset lähenemist patsiendi arsti juurde suunamisel. Samuti lihtsustaks see patsientide jaoks perearsti leidmise protsessi ning soodustaks vabade nimistute ühtlasemat täitumist.

Alustavate perearstide tugi. Uuringus osalenud alustavad perearstid töid esile, et kuigi residentuuri lõpetamise järel on üheks oluliseks eesmärgiks iseseisva nimistu saamine, on see praktikas sageli keeruline. Toodi välja, et on olemas Inkubatsiooniprogramm, mille eesmärk on toetada alustavaid perearste, võimaldades neil töötada kogenud kolleegi juhendamisel, kujundada praktilisi oskusi ning liikuda järk-järgult iseseisva töö suunas, eesmärgiga võtta tulevikus nimistu üle (Tervisekassa, 2024). Samas rõhutati, et programmi tegelik toimimine jääb tihti formaalseks. Nende kogemuste põhjal asetati nad asendusarsti rolli, kus sageli puudus selge juhendamine ning kogenud perearst oli programmis osaledes hoopis puhkusel või eemal.

Lisaks kirjeldati olukordi, kus juhendav arst ei osanud oma tööpraktikat selgitada ega põhjendada, kuna paljusid tööprotsesse viidi läbi „peast“ või rutiini põhjal ilma läbipaistva süsteemita. Toodi välja, et puudus ka omavaheline lepinguline koostöövorm. Alustavad arstid töid samuti välja, et digisüsteemide kasutamise oskus seniorarstide seas oli ebapiisav, mistõttu ei suudetud uutele arstidele anda vajalikke teadmisi tänapäevase tervishoiutarkvara kasutamiseks. Intervjuudes selgus, et kogenud perearstid on ise tööalaselt väsinud või läbipõlenud, mis piiras nende võimekust pakkuda süsteemset tuge ja järjepidevat juhendamist noorematele kolleegidele.

Selleks, et suurendada Inkubatsiooniprogrammi tõhusust ja kvaliteeti, pakuti välja, et programmi tuleks kaasata sõltumatu mentor, kes toetaks mõlemat osapoolt kogu programmi

väljel – nii alustavat kui ka juhendavat arsti. See aitaks struktureerida õpiprotsessi, ennetada võimalikke arusaamatusi ning tagada juhendamise järjepidevus ja sisuline kvaliteet.

Osalejad rõhutasid vajadust luua selgem ülevaade sellest, millised kolleegid on valmis pakkuma ametialast tuge mentorluse või kovisiooni vormis.

Praktiseerivate perearstide vanus. Intervjuudes toodi välja, et Eesti seadusandlus ei sätesta perearstina töötamiseks vanusepiirangut. Sellest tulenevalt tegid osalejad ettepaneku, et alates teatud vanusest ei peaks perearst enam töötama üksinda, ilma lisaarstita, mis aitaks tagada teenuse paremat kvaliteeti ning pakkuda ohutumat keskkonda nii patsientidele kui ka noorematele kolleegidele. Lisaks leiti, et olukord, kus vanemad perearstid ei suuda pakkuda tuge ega kaasaegset eeskujut, võib pärssida alustavate arstide professionaalset arengut ja motivatsiooni jääda tervishoidu tööle.

Tsitaat: „Eakate arstide nimistutes on palju asju pilli-palla“.

Tsitaat: „Olin rohkem asendusarst, kui arst käis puhkusel või oli töölt eemal“.

Haigus- ja hoolduslehtede väljastamine. Uuringus osalenud perearstid tõid esile, et nende töölauale on mitmeid ülesandeid, mis ei eelda otseselt meditsiinilist kompetentsi, kuid koormavad märkimisväärselt igapäevatööd. Näitena toodi alla seitsmepäevaste haiguslehtede väljastamine ning hoolduslehtede vormistamine, mille puhul puudub sageli vajadus kliinilise hinnangu või raviotsuse järele. Arusaadavalt vajavad töötavad väikelaste vanemad ametlikku dokumentatsiooni töölt eemalolekuks, kuid osalejate hinnangul ei peaks see toimuma perearsti sekkumise kaudu. Arstide sõnul muudab selliste ülesannete käsitlemine meditsiinisüsteemi kohustusliku osana nende töökoormuse ebaefektiivseks ning viib tähelepanu eemale vahetust patsienditööst.

Seetõttu peeti oluliseks haigus- ja hoolduslehtede väljastamise protsessi automatiseerimist, et vähendada perearstide halduskoormust ja võimaldada neil keskenduda oma põhitegevustele – haiguste ennetamisele, diagnoosimisele ja ravile.

Tsitaat: „Perearstid ei peaks tegelema alla nädalaste haiguslehtedega. Need ei peaks kuuluma kohustuslikuna meditsiinisüsteemi – näiteks nohu, köha jms. Ka hoolduslehe saamiseks ei peaks minema arsti juurde.“

Administratiivtöö. Olulise koormusallikana nimetati ka ulatuslikku administratiivtööd, sealhulgas dokumenteerimist ja raviarvete kodeerimist. Märgitakse, et dokumenteerimise maht on ebaproportsionaalne võrreldes vahetu patsiendisuhtlusega ning sisuliselt konkureerib arstide ajalise ressursiga.

Lisaks toodi esile raviarvete kodeerimise keerukust ning loogika puudumine. Spetsiifiliste näidetena tõsteti esile suitsetamisest loobumise nõustamise koodide keerukus ja ajamahukus, mis muudab nende rakendamise praktiliselt keeruliseks.

Kohalike omavalitsuste roll esmatasandi arstiabi kättesaadavuse toetamisel.

Uuringus osalenud perearstid tõid esile, et kohalike omavalitsuste roll esmatasandi arstiabi korraldamisel on sageli ebaselge ning piiratud. Kuigi omavalitsustel on seadusest tulenev kohustus tagada elanikele haridusteenused – nagu lasteaiad ja koolid –, ei laiene see kohustus perearstikeskuste loomisele ega esmatasandi arstiabi ruumilise kättesaadavuse tagamisele. Mitmed perearstid märkisid, et olukordades, kus omavalitsus ei paku sobivaid ruume vastuvõtude korraldamiseks, võib takistada nende töö alustamist või jätkamist piirkonnas.

Perearstid viitasid asjaolule, et kui füüsiline vastuvõtukoht omavalitsuse territooriumil puudub, ei reklaami ega teavita omavalitsus elanikkonda ka perearsti olemasolust. Kuigi seaduslik kohustus puudub, peeti vajalikuks, et kohalikud omavalitsused osaleksid aktiivsemalt tervisekeskuste või vastuvõturuumide loomisel, toetades sellega nii arsti tööd kui elanike terviseteenuste kättesaadavust.

Teise olulise teemavaldkonnana kerkisid esile juhtimise ja enesearenguga seotud teemad.

Juhtimine. Perearstid tõid esile, et lisaks kliinilisele tööle täidavad nad sageli ka juhtimisülesandeid, vastutades perearstikeskuste või tervisekeskuste toimimise eest. Tegemist on topeltrolliga, kus arst peab olema üheaegselt nii meditsiinitöötaja kui ka meeskonna juht ja eestvedaja. Kõik uuringus osalejad märkisid, et nende arstiharidus ei sisaldanud juhtimisalast ettevalmistust ning juhiroll on omandatud iseseisvalt ja kogemuspõhiselt töö käigus, ilma süsteemse toe või juhendamiseta. Ebakindlust põhjustab perearstide hinnangul just juhtimiskogemuse puudumine ning piiratud kokkupuude erinevate juhtimismetoodikatega.

Mitmed kesk- ja vanemaealised perearstid tõid lisaks välja ebapiisavad oskused digikeskkondade ja kaasaegsete tehnoloogiate, sealhulgas tehisintellektil põhinevate tööriistade kasutamisel. Nende puudulike oskuste mõju tunnetati eeskätt töökorralduse tõhususe ja infohalduse aspektist, mistõttu nähti vajadust sihipärase digi- ja tehnoloogiapädevuse arendamise järele juhtimispraktika osana.

Eraldi toodi esile vajadus teadlikuma ja sihipärasema juhtimispraktika kujundamiseks, mis hõlmaks muuhulgas enesekehtestamise oskust, konstruktiivse tagasiside andmise ja vastuvõtmise pädevust ning tõhusa suhtlemise aluseid. Mitmete perearstide hinnangul võib

juhtimiskogemuse ja -koolituse puudumine oluliselt piirata nende suutlikkust meeskonda tulemuslikult toetada, suunata ja motiveerida.

Lisaks rõhutati meeskonnatöö ja sisekommunikatsiooni olulisust, sh vajadust kujundada selged tööprotsessid ning luua regulaarseid võimalusi 1:1 kohtumisteks ja tiimi aruteludeks. Toodi välja, et sellised tegevused võimaldaksid käsitleda lahendamist vajavaid teemasid süsteemselt ja ennetavalt, tugevdades meeskonna sisest koostööd ja usaldust.

Eneseareng. Uuringus osalenud perearstid tõid esile töö- ja puhkeaja tasakaalu olulisuse, rõhutades vajadust leida aega enesearenguks, tööalaseks reflekteerimiseks ning pikemaajaliste sihtide seadmiseks. Kehtiv töökorraldus ei toeta selliste tegevuste elluviimist, mistõttu jäävad need sageli tagaplaanile. Suur töökoormus mõjub otseselt perearstide isiklikule elule, piirates aega taastumiseks, perega olemiseks ja puhkehetkedeks. Mitmed intervjuueeritavad kirjeldasid tunnet, et nad jäävad oma tööalaste kohustuste ja suure vastutusega sageli üksi, mis võib põhjustada emotsionaalset väsimust ning vähendada töörahulolu. Samuti toodi esile kiire töötempo ja vajadus täita mitmeid kiireloomulisi ülesandeid samaaegselt, mis sunnib tegema otsuseid kiirustades ja võib mõjutada töö kvaliteeti.

Ülekoormuse vaates kirjeldasid perearstid, kuidas füüsiline ja vaimne väsimus väljendub kannatamatuses, emotsionaalses reaktiivsuses ning vähenenud energiatasemes. Läbipõlemise ennetamisega seoses rõhutati vajadust enesehoiuoskuste järele, mis aitaksid paremini toime tulla emotsionaalse kurnatuse, ületundide ja töö koju kaasa võtmisega. Mitmed osalejad tõdesid, et teadlik tähelepanu pööramine isiklikule heaolule ja vajadustele on vältimatu, et säilitada vaimne tasakaal ning jätkusuutlikkus oma töös.

Tsitaat: „Ujun vanas rasvas ja ei võta endale aega oma kompetentsi hoidmiseks“.

Tsitaat: „Kui enda tass on tühi siis ei saa/ei ole, mida teistele valada“.

Lahendusettepanekuna toodi välja professionaalse koostöövõrgustiku loomine ja koostöövõimaluste laiendamine. Perearstid tõid esile vajaduse luua struktureeritud ja kättesaadav platvorm, mis võimaldaks kolleegidevahelist kogemuste vahetust, ametialast toetust ning keerukate juhtumite arutelu. Rõhutati, et koostöö ei peaks piirduma üksikute keskuste ega vahetu töökeskkonnaga, vaid hõlmama laiemat suhtlust ning teadmussiiret kogu esmatasandi arstiabi ulatuses.

Lisaks peeti oluliseks tervishoiuspetsiifiliste praktilise sisuga juhtimiskoolituste läbimist. Toodi esile, et koolitusprogrammid peaksid lähtuma meditsiinivaldkonna eripäradest ja pakkuma rakenduslikke teadmisi. Samuti peeti väärtuslikuks võimalust kaasata juhendajateks või mentoriteks kogunud juhte, kellel on süvitsi arusaam esmatasandi

tervishoiu juhtimispraktikatest. Täiendavalt nähti väärtust süsteemiväliste mentorite kaasamises, kes tulevad teistest sektoritest ja suudavad pakkuda uut perspektiivi ning uuenduslikke lähenemisviise juhtimisküsimustele.

Kolmanda olulise teemana tõusis esile patsiendisuhtlus ning keeruliste ja emotsionaalselt tundlike teemade käsitlemine. Uuringus osalenud perearstid rõhutasid vajadust arendada suhtlemisoskusi, eelkõige oskust kuulata patsiente viisil, mis toetab nende aktsepteerimist sellisena nagu nad on. Toodi välja suhtlemisega seotud oskused, sh konstruktiivse ja edasiviiva tagasiside, milles vajatakse lisateadmisi, eelkõige keerukates suhtlusolukordades toimetulemiseks.

Mitmed intervjueeritud arstid tõid esile ka vajaduse suurendada pädevust vaimse tervise probleemide, sealhulgas suitsiidimõtete ja -riskide käsitlemisel. Eriti tõsteti esile vaimse tervise esmaabi ja ennetuse osatähtsust. Märgitigi, et vaimse tervise probleemid, sealhulgas terviseärevus ja varajased sümptomid on saenenud just noorte seas, ent perearstid tunnevad, et neid ei pruugi olla nende käsitlemiseks piisavalt ette valmistatud.

Olulise lahendusena toodi välja vaimse tervise õe rolli tugevdamine esmatasandil. Sellise spetsialisti ülesandeks oleks patsiendi ärakuulamine, toetamine ning vajadusel edasisuunamine, mis aitaks vähendada perearstide töökoormust ja parandada vaimse tervise teenuste kättesaadavust.

Suhtumine meditsiinitöötajatesse. Uuringus osalenud perearstid tõid esile, et ühiskondlik suhtumine meditsiinitöötajatesse on sageli negatiivne või vähese toetusega. Sellist suhtumist kogetakse mitte ainult patsientide ja nende lähedaste, vaid aeg-ajalt ka kolleegide poolt (eriarstid). Perearstide hinnangul on patsientide ootused muutunud aja jooksul järjest kõrgemaks – sageli oodatakse kiiret ja kõikehõlmavat lahendust, kuid samal ajal puudub paljudel patsientidel piisav teadlikkus oma terviseprobleemide iseloomust, ravivõimalustest ning tervishoiusüsteemi toimimisest. See vastuolu loob eelduse pingete tekkeks arst-patsient suhtluses ning võib mõjutada töörahulolu ja professionaalset heaolu.

Neljanda teemavaldkonnana tõid perearstid esile mitteerialaste tööülesannete mahu kasvu, mis koormab igapäevatööd ja hajutab fookust otseselt arsti kompetentsi kuuluvatelt tegevustelt.

Uuringus osalenud perearstid tõid esile, et märkimisväärne osa nende tööajast kulub tegevustele, mis ei kuulu otseselt arsti erialase kompetentsi alla. Eriti rõhutati vajadust tegeleda madala terviseteadlikkuse ja sagedase terviseärevusega, mis suurendab esmatasandi

arstivisiitide hulka ning pikendab konsultatsioone, piirates samal ajal võimalusi keskenduda patsientidele, kes vajavad meditsiiniliselt põhjendatud sekkumist. Toodi välja, et sageli pöörduakse perearsti poole kergemate viirushaiguste sümptomitega nagu nohu, köha ja palavik, mille käsitlemine ei eelda tingimata arstiabi, mida oleks võimalik lahendada patsiendi teadlikuma enesejälgimise ja koduse raviga.

Tsitaat: „Palju baasvajaduste nõustamist. Inimesed on haprad ja vajavad toetust ja kinnitust, et magaksid ja sööksid piisavalt“.

Tsitaat: „Otsitakse lahendusi igasugustele muredele. Järjekorrad oleksid lühemad kui inimesed usaldaksid ennast rohkem, näiteks kuidas nohu ravida jne“.

Intervjuudest ilmnes, et perearstid seisavad silmitsi mitmetahuliste ametialaste väljakutsetega, mis ulatuvad tööjõupuudusest ja ebaselgest tööjaotusest kuni vaimse koormuse, tehnoloogiliste raskuste ja läbipõlemise riskini. Lisaks on ülesandeid, mis jäävad väljapoole perearsti põhitegevusi, mis hajutab fookust otseselt ravitöölt ja vähendab töörahulolu. Samuti tunnetatakse tugevat vajadust paremate tugistruktuuride ning enesehoiuvõimaluste järele. Need leiud osutavad vajadusele süsteemsete muutuste ja sihipäraste sekkumiste järele, mis toetaksid perearstide professionaalset toimetulekut ja tervishoiusüsteemi.

Viienda teemana käsitlesin perearstide hoiakuid ja varasemaid kogemusi seoses mentorlusega. Kuna mitmed uuringus osalenud perearstid tõid lahendusena esile mentorluse arendamise vajaduse, küsin nende senist kogemust ning hoiakuid mentorlusega seoses.

Selgus, et uuringus osalejaid ei olnud enne Tervisekassa poolt korraldatud mentorprogrammi osalemist teadlikult mentori tuge kasutanud ega ise mentorina tegutsenud. Mentorprogrammi kogemust peeti uudseks ja kasulikuks, kuid varasemad kokkupuuted olid enamasti seotud kovisiooniga.

Perearstid tõid välja järgmised aspektid:

- Peremeditsiini kontekstis on mentorite võrgustik puudulik.
- Puudub selgus ja nähtavus selle kohta, kes on valmis ametialast tuge pakkuma.
- Mentorlust tajutakse kallina ning isikliku initsiatiivi põhjal otsimine pole tavapärane praktika.
- Leiti, et mentorlust tuleks toetada või rahastada süsteemselt, et soodustada osalemist ja kättesaadavust.
- Lisaks rõhutati vajadust luua pereõdedele mentorlusprogramm, et toetada veelgi tõhusamalt perearste nende igapäevatöös.

Tsitaat: „Mentorlus - täiesti tühi koht. Nõustamiste ja kovisiooniga olen varasemalt kokku puutunud küll.“

Tsitaat: „Mentor on kallid, ise ei ole otsinud ja ei otsiks.“

Tsitaat: „Puudub info kelle poole pöörduda, kellele oleks aega ja valmisolekut aidata ja oma kogemust jagada.“

Kvalitatiivne analüüs näitas, et perearstid peavad oluliseks töökorralduse selgust, järjepidevat tuge ning toimivat koostööd nii meeskonnasisese kui süsteemse tasandi vaates. Kesksseteks väljakutseteks kujunesid personalipuudus, administratiivkoormus ja mitteerialaste ülesannete rohkus, samuti alustavate arstide ebapiisav juhendamine. Vaimse heaolu ja enesearengu toetamiseks rõhutati vajadust teadlikult kujundatud juhtimisoskuste, mentorluse ja psühhosotsiaalse toe järele.

e. Sihtrühmade probleemse käitumise põhjuseid kirjeldav mudel

Käesolevas uuringus selgus, et perearstid kogevad oma igapäevatoos mitmekesiseid ja keerukaid ametialaseid väljakutseid, mis mõjutavad nii nende töö efektiivsust kui ka professionaalset heaolu. Uuringus selgus, et üks keskseid probleeme on tööülesannete laienemine meditsiinivaldkonnast väljapoole, mis suurendab koormust ja tekitab tunnet, et töö fookus hajub. Perearstid tõid esile, et nad peavad tegelema sotsiaalsete või elustiiliga seotud küsimustega (nt unerežiim, toitumine, terviseärevus), mitte kitsalt meditsiiniliste probleemidega. Samuti leiti, et liigne administratiivne töö, ebaselge tööjaotus arstide ja eriarstide vahel ning pidevalt muutuvad regulatsioonid vähendavad arstil võimalust keskenduda patsiendi käsitlemisele ning loovad frustratsiooni.

Oluliseks probleemiallikaks osutus ka piiratud ligipääs toetavatele tugistruktuuridele, nagu vaimse tervise õed, kolmas õde, IT-tugi.

Lisaks välistele takistustele ilmnisid mitmed enesearengut piiravad tegurid, millest olulisim oli oskuste ja teadmiste ajakohastamise puudumine. Perearstid teadvustasid, et töö muutub järjest keerulisemaks, ent neil puudub sageli aeg või võimalus oma professionaalset kompetentsi süvendada. Toodi esile vajadus selliste oskuste järele nagu ajajuhtimine, juhtimisalased teadmised, meeskonnatöö toetamine, vaimse tervise esmaabi ja suhtlemispsühholoogia. Näiteks juhtimisvaldkonnas tehti viiteid ebakindlusele enesekehtestamisel, raskustele tagasiside andmisel ning vajadusele paremini kaasata meeskonnaliikmeid.

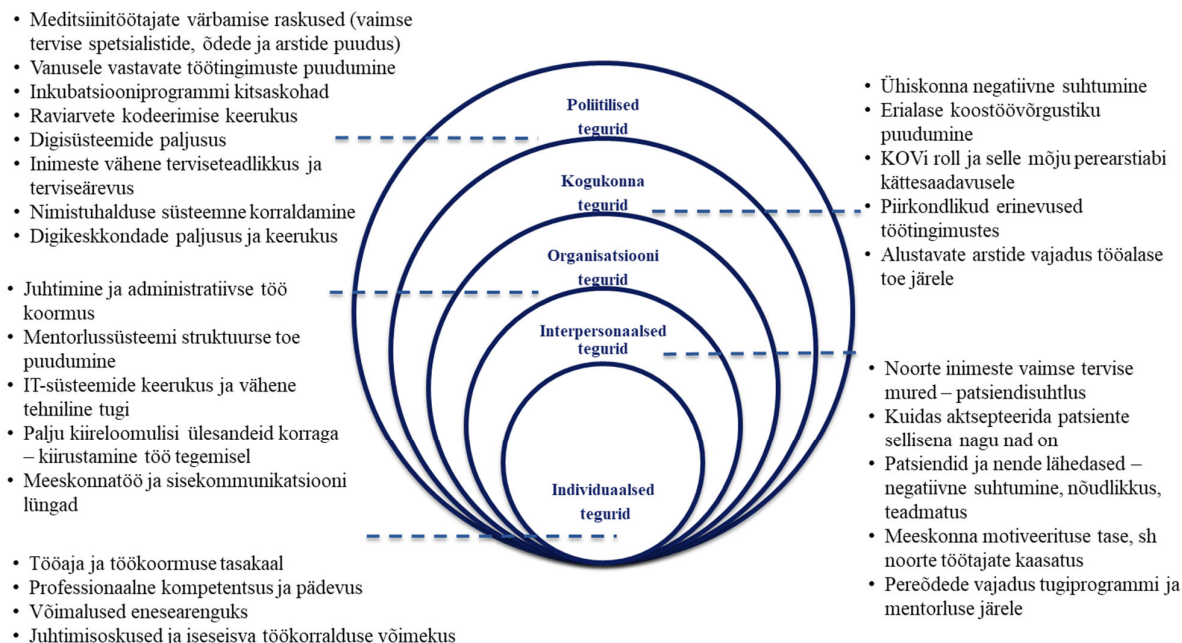
Vaimse koormuse mõistes toodi esile töölt koju kanduv stress, energiapuudus ja läbipõlemise risk, millele ei vastanud piisav toetusstruktuur. Töö- ja eraelu piiride

hägustumine ning aja puudumine taastumiseks suurendavad riski, et perearstid kogevad kurnatust ja emotsionaalset väsimust, mis võib omakorda vähendada nende suutlikkust pakkuda kvaliteetset arstiabi.

Uuringu tulemustest ilmneb, et paljud väljakutsed on seotud oskuste ja süsteemse toetuse puudumisega, mitte arstide motivatsiooni või professionaalse tahtega. See viitab vajadusele mitmetasandiliste sekkumiste järele, mis toetaksid perearste nii individuaalsel, meeskondlikul kui ka organisatsioonilisel tasandil. Tugev ja arvestav tugisüsteem (sh mentorlus, juhtimiskoolitused, vaimse tervise toetus) võib aidata suurendada perearstide töörahulolu, vähendada ülekoormust ning ennetada läbipõlemist.

Antud uuringus ei mõõdetud kvantitatiivselt perearstide töövõime või vaimse heaolu näitajaid, siiski viitavad kvalitatiivsed andmed laiaulatuslikele arenguvajadustele.

Järgnevalt esitan käesoleva uurimistöö põhjal tehtud järeldused sotsiaalökoloogilise mudeli alusel (joonis 1), mis võimaldab terviklikult kaardistada perearstide tööalast toimetulekut mõjutavaid tegureid, võttes arvesse erinevaid tasandeid. Joonisel esitatud tegurid kajastavad valdkondi, kus perearstid tunnetavad olulisi takistusi või ressursipuudust, mis mõjutavad nende igapäevast töökoormust, toimetulekut ja professionaalset heaolu. Märksõnad tuginevad kvalitatiivse analüüsi käigus esile kerkinud teemadele ning aitavad mõtestada tööalase toimetuleku mitmetasandilist ja süsteemset kujundatud iseloomu muutavas tervishoiukeskkonnas.



Joonis 1. Sotsiaalökoloogilised tegurid, mis mõjutavad perearstide tööalast toimetulekut.

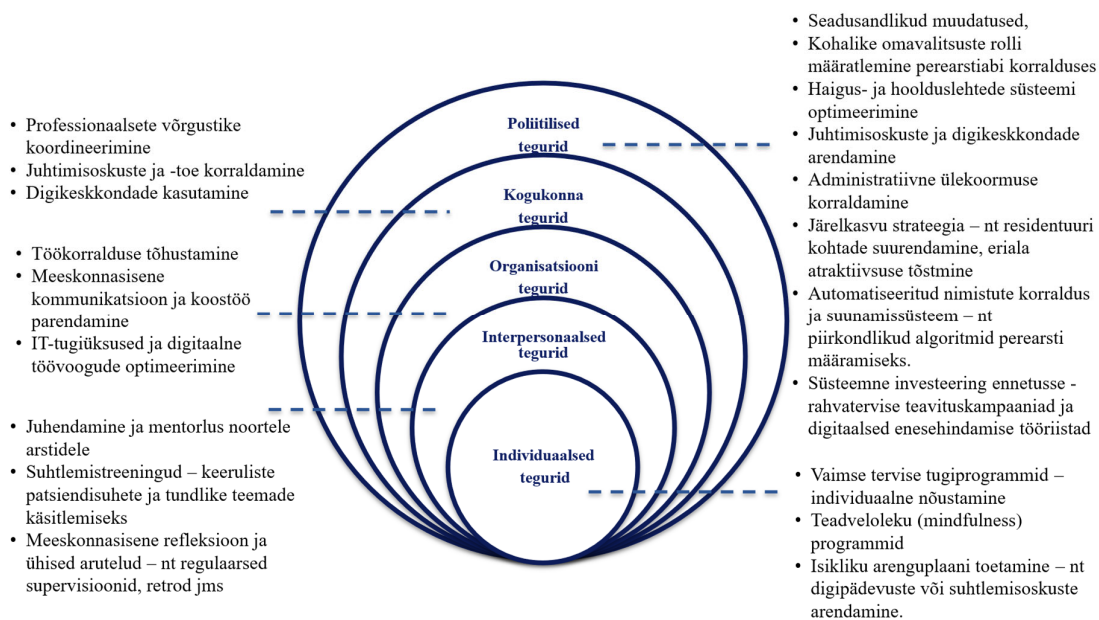
5. Lahenduste kaardistus

a. Sekkumisvõimaluste süstematiseeritud kirjeldus koos mõjukuse ja teostatavuse ennustusega

Käesoleva töö tulemused näitavad, et perearstide ametialased väljakutsed on mitmetasandilised ning vajavad lahendamiseks struktureeritud, tõenduslohist ja süsteemset sekkumist.

Perearstide ametialased väljakutsed ning nendega seotud vaimne ja professionaalne koormus kujutavad endast kasvavat probleemi, mille mõju ulatub kaugemale üksikisiku heaolust, mõjutades otseselt esmatasandi tervishoiu kvaliteeti ja kättesaadavust. **Tööalane läbipõlemine, administratiivkoormus, rollikonfliktid ning järjest suurenev nõudlus mittemeditiinilise toe järele kujundavad olukorra**, kus perearstide professionaalsed nõudmised ületavad sageli nende käsutuses olevad ressursid. See võib viia väsimuse, motivatsioonilanguse ja lõpuks läbipõlemiseni – olukorrani, millel on ulatuslik mõju nii töö tulemuslikkusele kui ka arstide isiklikule heaolule (Fornari et al., 2014; Burgess, van Diggele, & Mellis, 2018; Kost & Conrad, 2022).

Sekkumisvõimaluste kujundamisel lähtusin sotsiaalökoloogilise mudeli eri tasanditest, käsitledes süsteemset iga tasandi potentsiaalseid sekkumismeetmeid ning analüüsid nende rakendatavust ja mõju ulatust.

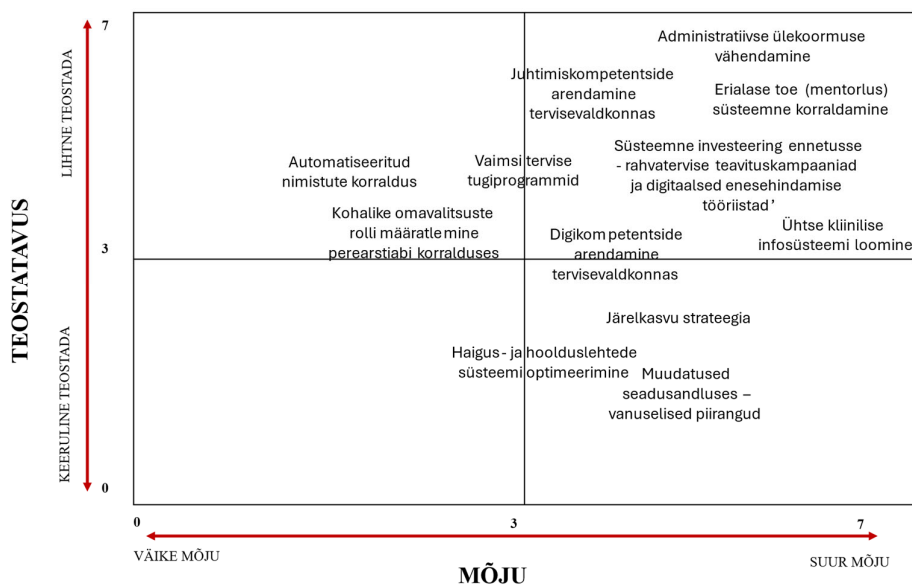


Joonis 2. Esmase lahenduste ideekaart.

Sekkumise väljatöötamisel hindasin igat uuringu leidu mõjuhindamise maatriksil. Sekkumiste hindamine toimus kahe kriteeriumi – eeldatava mõju ja teostatavuse alusel. Mõju käsitleti kui sekkumise potentsiaali leevendada perearstide töölaseid väljakutseid sisuliselt ja süsteemselt, samas kui teostatavus peegeldas selle rakendamise praktilist võimalikkust olemasolevas tervishoiusüsteemis, arvestades ressursse, õigusraamistikku ja organisatsioonilist konteksti.

Prioriseerimine lähtus põhimõttest, et eelistatud on sekkumised, mis ühendavad kõrge mõjupotentsiaali ja vähemalt mõõduka rakendatavuse. Analüüsi tulemusel paigutusid esikohale administratiivse ülekoormuse vähendamine, digi- ja juhtimiskompetentside arendamine tervisevaldkonnas, terviseteadlikkuse suurendamine elanikkonna seas ning süsteemne mentorluse arendamine alustavatele perearstidele. Need sekkumised olid ühtaegu sisuliselt tähenduslikud ja rakendatavad olemasolevate struktuuride või mõõdukate kohandustega.

Selline hindamisraamistik toetab strateegilist otsustamist, võimaldades keskenduda just neile lahendustele, mis pakuvad maksimaalset kasu realistlike rakendustingimuste piires.



Joonis 3. Sekkumisiideede mõjuhindamise maatriks

Esimene sekkumine: Tehisintellekti roll perearstide administratiivse ja vaimse koormuse vähendamisel

Rahvusvaheline praktika on näidanud, et tehisintellektil (AI) on potentsiaali toetada perearste peamiselt kahe suuna kaudu: administratiivsete ülesannete automatiseerimine ning tööheaolu toetavate mehhanismide (nt digimentorlus ja ennetav tööanalüüs) pakkumine. Näiteks AI-põhised kirjutamisassistendid võimaldavad reaalajas transkribeerida arsti tegevust ning koostada esmased dokumenteerimise vormid, vähendades arsti tööpäeva jooksul toimuvat korduvat käsitsi sisestust (Baier et al., 2023). Sellised lahendused on USA ja Ühendkuningriigi esmatasandi praktikas juba kasutusel, tuues kaasa nii ajavõitu kui ka töörahulolu kasvu (Kraft & Goldsmith, 2024).

Eestis ei ole AI-põhised dokumenteerimise lahendused veel esmatasandi tervishoius laialdaselt kasutusel. Perearstid kasutavad küll digiretsepte, e-tervise andmevahetust ja patsiendiportaale, kuid dokumenteerimine toimub endiselt valdavalt käsitsi või standardiseeritud mallide põhjal. Vaimse heaolu toetavaid tööriistu, näiteks töökoormuse mustrite analüüsi või personaliseeritud tagasisidet, ei ole süsteemselt juurutatud. Arvestades, et Eestis töötab mitmetes piirkondades perearste ühe- või kaheliikmelistes meeskondades ning ametist loobumine on sageli takerdunud järelkasvu ja asendajate puudumise tõttu, on AI-põhiste tööriistade piloteerimine oluline võimalus töökorralduse jätkusuutlikkuse tagamiseks.

AI-lahendused võivad Eestis toetada ka digipõhist mentorlust, pakkudes uutele arstidele tööalast tuge olukorras, kus kollegiaalne nõustamine või supervisioon ei pruugi olla kohe kättesaadav. Selline süsteem võiks aidata hinnata tööintensiivsust, juhtida tähelepanu riskikohtadele ning pakkuda suunatud tuge karjääri algusfaasis. Seda toetavad ka rahvusvahelised uuringud, mis näitavad, et AI-toega mentorlus suurendab töörahulolu ja vähendab isolatsioonitunnet (Zhou et al., 2022).

Teine sekkumiseidee: Juhtimiskompetentside arendamine

Inglismaal toetab perearstide juhtimisvõimekuse kasvu süsteemselt **National Health Service** pakkudes spetsialiseeritud juhtimisprogramme **NHS Leadership Academy** kaudu. See riiklik struktuur on suunatud kõigile tervishoiutöötajatele, sealhulgas perearstidele, kes sageli peavad lisaks kliinilisele tööle juhtima ka meeskondi ja korraldama oma praksise tegevust (NHS Leadership Academy, 2021).

Eestis ei ole perearstidele suunatud juhtimiskoolitused süsteemsed, kuigi vajadus on kaardistatud (nt Esmatasandi tervishoiu arengukava 2035).

Kolmas sekkumisiidee: Terviseteadlikkuse suurendamine elanikkonna seas

Rahvusvahelised praktikad on näidanud, et digikanalite kaudu levitatavad terviseteadlikkuse kampaaniad võivad olla tõhus viis vähendamaks terviseärevust ning tarbetuid pöördumisi perearsti juurde. Digitaalsed eneseabiprogrammid on vähendanud terviseärevust, pakkudes inimestele usaldusväärset teavet ning tööriistu oma sümptomite iseseisvaks jälgimiseks ja mõistmiseks, mis omakorda vähendab ebavajalikke arstivisiite (Kim et al., 2023). Sellised sekkumised toetavad elanikkonna oskust hinnata oma sümptomite tõsidust ning suunavad neid kasutama sobivamat teenust vastavalt vajadusele (nt eneseabi, apteek, perearst, erakorraline meditsiiniabi). Kampaania hindamistulemused näitasid, et kampaania aitas vähendada kuni **10% ulatuses** tarbetuid pöördumisi perearstide ja erakorralise meditsiini osakondadesse. Kampaania mõju oli seotud just parema sümptomite hindamise oskuse ja suurema usaldusega eneseabivõtete suhtes (National Health Service, 2014).

Kampaaniate rakendamine Eesti kontekstis võiks aidata lahendada sarnaseid probleeme - patsientide vähenenud teadlikkus, sagedased pöördumised kergete sümptomitega ning arstiabi otsimine psühhosotsiaalsete probleemide puhul, mida perearstid ei pea oma töö sisuks (nt kinnituse otsimine une või toitumise osas).

Neljas sekkumisiidee: Perearstide Seltsi ja Tervisekeskuste liidu rolli suurendamine erialase kogukonna loomisel, sh mentorlus, kovisioonid ja supervisioonid

Mentorluse rakendamise eesmärk on parandada esmatasandi tervishoiu kvaliteeti ja aidata perearste nende professionaalses arengus. Mentorluse rakendamine aitab lahendada järgmisi väljakutseid:

- Mentorlus aitab suurendada tervishoiuteenuste kvaliteeti ja kättesaadavust, kuna parema toetuse saanud arstid on motiveeritumad ja suudavad pakkuda paremat teenuse kvaliteeti (Burgess et al., 2018).
- Tööjõu jätkusuutlikkuse tagamine. Paljud riigid seisavad silmitsi perearstide tööjõu vähenemisega, siis aitavad mentorprogrammid vähendada noorte arstide lahkumist erialalt ning suurendada nende rahulolu tööga (Kost & Conrad, 2022).
- Läbipõlemise vähendamine. Mentorprogrammides osalevad arstid kogevad vähem tööga seotud stressi ja läbipõlemist, kuna nad saavad emotsionaalset ja professionaalset tuge (Fornari et al., 2014).

- Järjepidev professionaalne areng. Mentorlus soodustab elukestvat õpet, pakkudes arstidele võimalusi pidevaks enesearenguks ning uute ravimeetodite ja kliiniliste oskuste omandamiseks läbi kogemuste (Kost & Conrad, 2022).

Käesoleva uuringu tulemused näitasid, et perearstidel puudub ülevaade sellest, millised kolleegid on valmis mentorlust pakkuma ning millistel teemadel. Samuti ei ole piisavat teadlikkust olemasolevatest kovisiooni võimalustest ning nende toimumise regulaarsusest. Süsteemne ja korrapärane mentorluse, supervisiooni ning vaimse tervise toe pakkumine võiks aga aidata ennetada läbipõlemist, toetada professionaalset arengut ning parandada esmatasandi tervishoiuteenuse kvaliteeti.

Tuginedes eelnevale lahenduste analüüsile, pean kõige kiiremini realiseeritavaks sekkumiseks perearstidele suunatud mentorluse, supervisiooni ja kovisiooni süsteemset rakendamist. See meede võimaldab pakkuda nii professionaalset kui ka emotsionaalset tuge, mis on eriti oluline keskkonnas, kus arstid täidavad korraga nii kliinilise spetsialisti kui ka juhi rolli. Rahvusvahelised uuringud on näidanud, et mentorlus vähendab läbipõlemise riski, soodustab tööalast enesekindlust ning aitab noorematel kolleegidel professionaalses rollis kohaneda (Burgess et al., 2018; Kost & Conrad, 2022).

6. Mõju uuringu plaan

a. Uuringu eesmärgid

Mentorluse, kovisiooni ja/või supervisiooni süsteemne rakendamine võib olla tõendus põhine ning kuluefektiivne lähenemine perearstide vaimse heaolu, professionaalse arengu ja esmatasandi tervishoiuteenuse kvaliteedi toetamiseks. Need praktikad pakuvad struktureid võimalusi kolleegidevaheliseks refleksiooniks, emotsionaalseks toetuseks ning kliinilise töö tõlgendamiseks, aidates ennetada läbipõlemist ja toetades kutsealast kestlikkust. Ehkki selliste tugivormide mõju võib olla märkimisväärne nooremarstide puhul, viitavad varasemad uuringud, et ka kogenud perearstid võivad kasu saada regulaarsest professionaalsest toest.

Kuigi mentorlus, kovisioon ja/või supervisioon on sisult eristuvad, ühendab neid ühine eesmärk – pakkuda perearstidele usaldusväärset ja struktureeritud professionaalset tuge. Mentorlus keskendub pikemaajalisele juhendamissuhtele kogenud kolleegi toel, supervisioon võimaldab tööalaste kogemuste ja emotsioonide süvendatud analüüsi professionaalse juhendajaga ning kovisioon toetub kolleegidevahelisele horisontaalsele kogemuste jagamisele ja arutelule. Käesolevas uuringus käsitletakse neid toetusvorme mitte sünonüümidega ega

eraldiseisvate sekkumistena, vaid omavahel seotud ja osaliselt kattuvate praktikate kogumina, mille mõju ja rakendamise tingimusi uuritakse perearstide kogemustest lähtuvalt.

Käesoleva mõju-uuringu eesmärk on analüüsida, millisel määral erialase kogukonna põhjal üles ehitatud tugistruktuurid – sealhulgas mentorlus, kovisioon ja supervisioon – toetavad perearstide tööalast toimetulekut, tööalase identiteedi arengut ning tööga rahulolu.

1. Hinnata, kas süsteemne mentorlus, supervisioon ja/või kovisioon aitavad vähendada perearstide tööalast läbipõlemist ning parandab töörahulolu.
2. Võrrelda osalejate professionaalse toimetuleku ja tööalase rahulolu muutusi grupis, kes said tuge, võrreldes grupiga, keda süsteemsesse tugiõppe vormi ei kaasatud.
3. Uurida perearstide hinnanguid professionaalsete toetusvormide (mentorlus, kovisioon, supervisioon) mõjust nende kliinilisele tööle, professionaalsele enesekindlusele ja tööalasele motivatsioonile.
4. Kaardistada, milliseid tingimusi peavad perearstid oluliseks, et selline tugi oleks jätkusuutlik ja tõhus (nt regulaarsus, juhendatus, tasustatus).

Uuringu eesmärkidest tulenevalt on uurimisküsimused järgmised:

1. Mil määral arstide läbipõlemise, rahulolu ja vaimse heaolu näitajad muutuvad pärast süsteemset mentorlust?
2. Millised on perearstide kogemused ja tajutud kasu süsteemsest kolleegi toest?
3. Millised on võtmetegurid, mis soodustavad või takistavad mentorluse, kovisiooni ja supervisiooni toimimist?

b. Uuringu meetodid

Valim: Uuringus kasutatakse kahegrupilist kvaasi-eksperimentaalset disaini. Eksperimentaalgrupi moodustavad perearstid, kes osalevad koordineeritud mentorluse, supervisiooni ja/või kovisiooni tegevustes. Kontrollgruppi kuuluvad perearstid, kes ei ole nendesse tegevustesse kaasatud või osalevad tugivormides ilma süsteemse korralduseta. Käesolevas töös mõistetakse süsteemse korralduse all teadlikult kujundatud ja institutsionaalselt toetatud lähenemist, mille puhul on tugitegevustel selge struktuur, regulaarne toimumissagedus, määratletud eesmärgid ning professionaalselt ettevalmistatud läbiviijad. Süsteemse korralduse puhul on osalejatel eelnevalt teada, millal, kus ja millises formaadis tugigrupid toimuvad, kes on vastutavad juhendajad ning kuidas tugivormidele ligipääs on korraldatud. Erinevalt senisest olukorrast, kus selline ülevaatlik ja juhitud süsteem tervikuna puudub, võimaldab koordineeritud lähenemine pakkuda järjepidevat ning kvaliteedistandarditele vastavat tuge suuremale hulgale perearstidele.

Andmete kogumise ja töötlemise võtted: Käesolevas uuringus kasutan kombineeritud uurimismeetodit, mis hõlmab nii struktureeritud küsitlust kui ka poolstruktureeritud kvalitatiivseid intervjuusid. Kvantitatiivsete andmete kogumiseks kasutan kahte rahvusvaheliselt valideeritud mõõtmisvahendit: Maslach Burnout Inventory (Maslach'i töölase läbipõlemise inventuur) ja Professional Quality of Life Scale (professionaalse elukvaliteedi skaala) (Maslach, Jackson & Leiter, 1996). Professional Quality of Life Scale võimaldab mõõta tööga seotud kaastundlikkuse rahulolu, kaastundeväsimust ja sekundaarse traumaatilise stressi taset (Stamm, 2010).

Andmete kogumine toimub kolmes ajapunktis: esmalt enne programmi rakendamist, seejärel kolm kuud pärast sekkumise algust ning lõpuks kuus kuud pärast programmi lõppu. Selline ajastatus võimaldab hinnata rakendatavate tugistruktuuride mõju ajas ning eristada lühiajalisi ja pikaajalisi mõjusid perearstide töölasele heaolule ja professionaalsele toimetulekule. Sama ajaraamistikku rakendatakse ka kontrollrühma puhul, et tagada meetodiline võrreldavus ning võimaldada usaldusväärsete järelduste tegemist sekkumise tõhususe kohta.

Kvalitatiivsete andmete kogumiseks viin läbi poolstruktureeritud intervjuud valitud perearstidega, kes osalevad sekkumises. Intervjuudes keskendun osalejate subjektiivsetele kogemustele mentorlusest, supervisioonist ja kovisioonist ning nende mõjust töömotivatsioonile, professionaalsele arengule ja enesetõhususele. Lisaks korraldan fookusgrupid mentorite ja programmi koordinaatoritega, et mõista paremini programmi rakendamise tugevusi ja kitsaskohti. Kogutud andmeid analüüsin temaatilise sisuanalüüsi meetodil.

7. Viited

Burgess, A., van Diggele, C., & Mellis, C. (2018). Mentorship in the health professions: A review. *The Clinical Teacher*, 15(3), 197–202.

<https://doi.org/10.1111/tct.12756>

Canadian Medical Association. (2017). Physician burnout and wellness. *CMA Policy*.

<https://policybase.cma.ca/documents/policypdf/PD17-03.pdf>

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications

ERR. (2024, January 22). *Tervisekassa hinnangul tuleks perearstide tööd ümber korraldada*. <https://www.err.ee/1608956773/tervisekassa-hinnangul-tuleks-perearstide-tood-umber-korraldada>

ERR. (2023). *Tuisu: Perearstide töö tuleb ümber korraldada*.

<https://www.err.ee/1609182543>

Fornari, A., Fong, A., Rubin, S., Talib, N. J., Hojat, M., & Goyal, R. (2014). Mentoring in health professions education: A review. *Medical Education*, 48(6), 565–573.

<https://doi.org/10.1111/medu.12449>

Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A., & Rakel, D. (2013). Abbreviated Mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *The Annals of Family Medicine*, 11(5), 412–

420. <https://doi.org/10.1370/afm.1511>

Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2020). *Qualitative research methods* (2nd ed.). SAGE Publications.

Lamothe, M., Rondeau, É., Malboeuf-Hurtubise, C., Duval, M., & Sultan, S. (2015). Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary Therapies in Medicine*, 24, 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.11.001>

Lomas, T., Medina, J. C., Ivtzan, I., Rupprecht, S., & Eiroa-Orosa, F. J. (2017). A systematic review of the impact of mindfulness on the well-being of healthcare professionals. *Journal of Clinical Psychology*, 74(3), 319–355. <https://doi.org/10.1002/jclp.22515>

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

Meditsiiniuudised. (2023). *Perearstide järelkasv on kriitiline: residentuuri kohti ei täideta*. <https://www.mu.ee/uudised/2023/10/01>

Meditsiiniuudised. (2023, 13. detsember). *Perearstide vananemine ja järelkasvu puudus ohustab esmatasandi arstiabi*. <https://www.mu.ee/uudised/2023/12/13/perearstide-vananemine-ja-jarelkasvu-puudus-ohustab-esmatasandi-arstiabi>

Meditsiiniuudised. (2024, 22. jaanuar). *Tervisekassa unistused: muudame mõttemalli*. <https://www.mu.ee/uudised/2024/01/22/tervisekassa-unistused-muudame-mottemalli>

NHS Leadership Academy. (2021). *Healthcare Leadership Model*. <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/resources/healthcare-leadership-model/>

NHS Leadership Academy. (2022). *Leadership development programmes*. <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/programmes/>

Baier, S. (2025, February 24). *AI 'Scribe' reduces clinician workload, improves patient interaction - Penn DBEI*. Penn DBEI. <https://dbei.med.upenn.edu/press-release/ai-scribe-reduces-clinician-workload-improves-patient-interaction/>

OECD. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

OSKA. (2023). *Tervishoiu ja sotsiaalhoolekande valdkonna tööjõu- ja oskuste vajaduse prognoos 2023*. Kutsekoda. https://oska.kutsekoda.ee/wp-content/uploads/2023/06/OSKA_tervishoid_2023.pdf

OSKA. (2023). *Tulevikuvaade tööjõu- ja oskuste vajadusele: tervishoid*. Sihtasutus Kutsekoda. <https://uuringud.oska.kutsekoda.ee/uuringud/tervisehoid-tulevikuvaade-toojouvajadustele>

Shanafelt, T. D., Gorringer, G., Menaker, R., Storz, K. A., Reeves, D., Buskirk, S. J., Sloan, J. A., & Swensen, S. J. (2015). Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(4), 432–440. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.01.012>

Shanafelt, T. D., West, C. P., Sinsky, C., Trockel, M., Tutty, M., Satele, D. V., Carlasare, L. E., & Dyrbye, L. N. (2019). Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2017. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(9), 1681–1694. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.10.023>

Royal Australian College of General Practitioners. (2021). *The GP Support Program*. <https://www.racgp.org.au/running-a-practice/practice-management/gp-wellbeing/the-gp-support-program>

Regehr, C., Glancy, D., Pitts, A., & LeBlanc, V. R. (2014c). Interventions to reduce the consequences of stress in physicians. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(5), 353–359. <https://doi.org/10.1097/nmd.000000000000130>

Shanafelt, T. D., Gorringer, G., Menaker, R., Storz, K. A., Reeves, D., Buskirk, S. J., Sloan, J. A., & Swensen, S. J. (2015). Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(4), 432–440. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.01.012>

Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600–1613. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>

Sinsky, C., Colligan, L., Li, L., Prgomet, M., Reynolds, S., Goeders, L., Westbrook, J., Tutty, M., & Blike, G. (2016). Allocation of physician time in ambulatory practice: A time and motion study in 4 specialties. *Annals of Internal Medicine*, 165(11), 753–760. <https://doi.org/10.7326/M16-0961>

Spinelli, C., Wisener, M., & Khoury, B. (2019). Mindfulness training for healthcare professionals and trainees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 120, 29–38. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.03.003>

Saint-Lary, O., Gautier, S., Breton, J. L., Gilberg, S., Frappé, P., Schuers, M., Bourgueil, Y., & Renard, V. (2020). How GPs adapted their practices and organisations at the beginning of COVID-19 outbreak: a French national observational survey. *BMJ Open*, 10(12), e042119. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042119>

Tartu Ülikooli arstiteaduskond. (n.d.). *Perearstiabi järjepidevust ja arengut toetavad programmid*. <https://meditsiiniteadused.ut.ee/et/sisu/perearstiabi-jarjepidevust-ja-arengut-toetavad-programmid>

Tervise Arengu Instituut. (2024). *Perearstide ja -õdede arv ning töökoormus 2023. aastal*. <https://www.inimene.ee/uudised/uudis/2024/07/02/kui-ulekoormatud-on-meil-perearstid-ja-pereoed/>

Tervisekassa. (2025, 20. veebruar). *Perearstiabiga jäi mullu rahule rohkem kui kolmveerand Eesti elanikest*. <https://tervisekassa.ee/uudised/perearstiabiga-jai-mullu-rahule-rohkem-kui-kolmveerand-eeesti-elanikest>

Tervisekassa. (2025). *Esmatasandi tervishoiu statistika*. <https://www.tervisekassa.ee/partnerile/raviasutusele/perearstile/esmatasandi-statistika>

Woolhandler, S., & Himmelstein, D. U. (2014). Administrative work consumes one-sixth of U.S. physicians' working hours and lowers their career satisfaction. *International Journal of Health Services*, 44(4), 635–642. <https://doi.org/10.2190/HS.44.4.a>

8. Lisad***Lisa A. Töö intellektuaalset omandit reguleeriv litsents***

Mina, Monika Prits,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose Eesti perearstide tööalaste väljakutsete ja vajaduste analüüsi, mille juhendaja on Riina Raudne, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Monika Prits

27.05.2024

Lisa C. Intervjuu kava

Sissejuhatavad küsimused

1. Kui kaua olete perearstina töötanud?
2. Mis motiveerib Teid selles ametis kõige rohkem?
3. Mis on Teie peamised tööülesanded (tegelete perearsti tööga või juhite ka perearstikeskust)?

Põhiosa küsimused 1. osa. Küsimused uurivad perearstide töölaseid väljakutseid

1. Millised on Teie jaoks kõige suuremad tööalased väljakutsed?
2. Mis võtab Teie igapäevatoos kõige rohkem aega/energiat?
3. Millised on olnud viimase aasta suurimad raskused?
4. Millised tegevused võtavad ebaproportsionaalselt palju aega?

Põhiosa küsimused 2. osa. Milliseid lahendusi näete toodud väljakutsetele

Jätkuküsimus 4.1. küsimusele: Mida neist saaks automatiseerida või tõhusamaks muuta?

Põhiosa küsimused 3. osa. Selle osa küsimused uurivad oskuseid ja teadmiseid, mis aitavad tööd tõhusamaks muuta.

1. Mis on kõige keerulisemad aspektid Teie igapäevatoos?
2. Millised teadmised või oskused aitaksid Teil töökoormust paremini hallata? '
3. Millistes tegevustes vajate rohkem tuge näiteks...

Intervjuu lõpetamine

Aitäh, et jagasite oma kogemusi! Kas võin täiendavate küsimuste korral Teiega hiljem ühendust võtta?