

# TEADUSELT PRAKTIKALE: arenguteid terviseteaduses

Magistrite teadusartiklite  
kogumik nr 1  
2021



Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli väljaanded  
Seeria A: Teadus- ja õppemetoodiliste artiklite kogumik II

**TEADUSELT PRAKTIKALE: ARENGUTEID TERVISETEADUSES**  
**Magistrite teadusartiklite kogumik nr 1**

**Toimetajad:** Kristi Rannus , Taimi Tulva, Jekaterina Šteinmiller,  
Kristi Puusepp ja Dickon Weir-Hughes

**Retsensendid:** Ülle Ernits, Kaja Põlluste, Anne Roosipõld

**Keeletoimetaja:** Klaire Kolman

**Tõlkijad:** Öie Tähtla, Kateriina Rannula

**Kaanekujundus:** Katrin Nõu

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool  
õenduse õppetool

Copyright © Tallinna Tervishoiu Kõrgkool 2021

ISSN: 2733-2128

ISSN: 2733-2136

SBN 978-9916-9633-1-9 (pdf)

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

Õenduse õppetool

Terviseteaduse õppekava

# **TEADUSELT PRAKTIKALE: arenguteid terviseteaduses**

**Magistrite teadusartiklite  
kogumik nr 1**

## SISUKORD

|   |            |
|---|------------|
| <b>Eessõna</b>  | <b>6</b>   |
| Kristi Rannus   |            |
| <b>Woreword</b>   | <b>9</b>   |
| Dickon Weir-Hughes  |            |
| <b>Kontroll-lehe koostamine haigla kriitiliste pindade puhastamise kohta ja selle testimine</b>           | <b>11</b>  |
| Irma Aarelaid, Kairi Alp, Siret Aus   |            |
| <b>NANDA-i kasutamise arendamine iseseisva statsionaarse õendusabi osakondade õendusdokumentatsioonis</b> | <b>40</b>  |
| Regita Eriste, Mare Tupits, Kristi Rannus   |            |
| <b>Operatsioonitoatehniku kutsestandardi loomine Eestis</b>   | <b>78</b>  |
| Kai Slet, Lily Parm   |            |
| <b>Pereõe tegevusjuhendi täiendamine: õendusabi osutamine sisserännanud moslemipatsientidele</b>          | <b>107</b> |
| Ruth Estrin, Taimi Tulva, Mare Tupits   |            |
| <b>Rakenduse COVID-stop Manager loomine ja testimine</b>  | <b>130</b> |
| Laura Keidong, Merle Ojasoo   |            |
| <b>Töötervishoiu õe vastuvõtu tegevusjuhendi koostamine</b>   | <b>150</b> |
| Serli Raudseping, Taimi Tulva, Kadi Lubi  |            |

**Vaimse tervise õe vastuvõtu arendamine perearstikeskuses 174**

Kerli Kaskla, Merle Talvik

**Õendusvisiidi rakendamine meeskonnatöö ja  
patsiendihoolduse edendamiseks statsionaaris 193**

Kätlin Lillemaa

**Õe vastuvõtu arendamine uinuti- ja rahustisõltuvushäirega  
ambulatoorsetele patsientidele haiglas 213**

Laura Oisalu, Jandra Ristikivi

## EESSÕNA

Terviseteaduse õppekava on 2018. aastal Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis käivitatud magistriõpe, mis on ellu kutsunud tervishoiuasutuste ja juhtivate töötajate eestvedamisel. Eesti tervishoid ja ühiskond vajas siis ja vajab iga päevaga üha enam eriõdesid, kes teavad, milline on täiendatud õendusabi (ingl *Advanced Practice Nursing*) ning oskavad selle kvaliteeti, inimkesksust ja ohutust teadusele tuginedes praktikas ise paremaks muuta.

Kogumiku „Teaduselt praktikale: arenguteid terviseteaduses“ avaldamise ajaks on meie kõrgkoolis terviseteaduse õppekava lõpetanud juba kaks lendu, kokku 83 eriõde, ja 2022. aasta jaanuaris kaitseb oma arendusprojekte veel 39 lõpetajat. Iga magistrikraadiga (MSc) eriõde (ingl *Advanced Practice Nurse* e APN) roll on täiendada süvendatud ja teaduspõhiste erialaspetsiifiliste teadmiste ja oskustega õendusabi terviseõenduses, vaimse tervise õenduses, kliinilises õenduses või intensiivõenduses. Seega võiks eriõendust nimetada mitte ainult täiendatud, vaid tõhustatud õenduseks, mis täna tegeleb ühiskonnas nende tervisespetsiifiliste abivajadustega, mille jaoks väljatöötatud lahendused ja mõnel juhul ka vajalikud riiklikud regulatsioonid on seni Eesti tervishoiukorralduses olnud puudulikud või hoopis puudunud. Niisiis on meie õppekava tudengid ja vilistlased kõige innukamad ja pühendunumad õed ja ämmaemandad, kes on lisaks oma kutsealale leidnud endas jõudu arendada õendust kõrgemale tasemele ka erialaselt. Nende seas on nii probleemilahendajast praktikuid, visiooniga juhte ja eestvedajaid, enese- ja teiste arendajaid kui ka lihtsalt muutustega kaasa minevaid meeskonnamängijaid. Kõiki neid ühendab see, et nad on oma magistriõpingute käigus süsteemselt ja metoodiliselt kogunud teadusteavet ning pakkunud selle põhjal välja ühe toimiva praktilise lahenduse olulisele probleemile oma töös.

Magistrantide arendusprojekti planeerimine ja läbiviimine magistritööna kestab kokku 1,5 aastat ja eeldab projekti autorilt tihedat koostööd kõrgkooli ja oma tööandjast praktikabaasiga, kus arendustööd tehakse. Siinkohal on rõõm tõdeda, et meil on tervishoius nii palju tarku juhte, kes toetavad ja juhendavad oma töötajaid ise algatama ja eest vedama muudatuste juhtimist töökohal ning mõjutama seeläbi positiivselt kogu tervishoiu arengut. Ka terviseteaduse õppekava rahvusvahelised välishindajad tõid 2021. aasta edukal akrediteerimisel õppekava suurima väärtusena välja, et oleme oma lõpetajate arendusprojektidega aidanud tõhusalt kaasa vajalikele muutustele ja erioenduse arengutele Eestis.

Kuigi magistrite arendusprojektide tulemina valminud lahenduste ulatuslikum testimine ja tervishoiuteenusele avalduva mõju lõplik hindamine jääb sageli projekti autori individuaalseks südameasjaks pärast õpingute lõppu, on arendustöö käigus saadud teoreetiline ja empiiriline teave Eesti kontekstis enamasti uudne, praktilise tähtsusega ja rakendatav kogu Eestis. Seega on iga arendusprojekt õpetlik ja kasulik lugemine kõigile tervishoiuasutuste töötajatele. Sel põhjusel on kõik terviseteaduse õppekava raames kaitstud arendusprojektid vabalt kättesaadavad Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli raamatukogu e-kataloogis.

Selle kogumiku toimetajate ja retsensentide auväärse kolleegiumi ühine eesmärk on magistrite teadusartiklite avaldamisega suurendada erialase kirjanduse lugejaskonda ning äratada kõigis tervishoiuga seotud töötajates suuremat usaldust ja huvi rakendusliku teadus- ja arendustöö vastu Eestis. Artiklid sisaldavad ka ingliskeelset kokkuvõtet, et teavitada oma rahvusvahelisi partnereid koostöövõimalustest, kuigi siin tuleb meeles pidada, et kogumiku artiklid kirjeldavad vaid piiratud valikut terviseteaduses seni kaitstud arendusprojektidest. Ka erialati võib täheldada teemade

kajastamises teatavat ebavõrdsust, sest üleilmse pandeemia tõttu olid eeskätt intensiivõenduses ja juhtivatel ametikohtadel töötajad oma ametis liialt hõivatud, et artiklit kirjutada. Kuid kindlasti ei jää terviseteaduse magistrите saavutused tervise ja heaolu valdkonnas märkamata ega artiklite esimene kogumik sarja ainsaks ja viimaseks väljaandeks.

**Kristi Rannus**

Professor ja terviseteaduse õppekava juht

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

26. detsember 2021



## **FOREWORD**

*It is a privilege and an honour to be asked to write the foreword to this edition of work by the Master's degree graduates at Tallinn Health Care College.*

*When I started my Master's degree in 1992, my tutor told me that one of the many attributes a Master's degree provides is the confidence to say 'I don't know'. I thought it a rather strange comment at the time, but I quickly wholeheartedly agreed with her. However, as I later discovered, it also provides one with the practical skills to go and find some answers too. Many Master's graduates find out that most 'answers' usually lead to more questions because, especially in nursing and midwifery, there often isn't just one 'answer' or central 'truth'. That is, of course, because in nursing and midwifery we are dealing with the human condition with its' multiple complexities, contextual differences, and individualisms. Some early career Master's graduates find this frustrating but many develop a life-long sense of curiosity. For some of us, that becomes an unquenchable thirst and an incredible voyage of discovery.*

*The ability to present reasoned and evidence-based arguments in a scholarly manner is another key Master's level skills set that is vital for a contemporary career in nursing or midwifery leadership and advanced practice and the projects described in this edition highlight both new knowledge and opportunities to develop and improve practice.*

*Studying at Master's level is a privilege and rather than allowing our studies at this level to 'sit on a shelf and gather dust' it's critical to use our work to develop and improve practice. Indeed, some people would argue that we have a moral duty to do so. These projects are an excellent example of putting theory into practice and improving care. In essence, that is what we all really exist to do as*

*nurses and midwives. Many will be life-changing for the citizens of Estonia and improve health outcomes and patient and staff satisfaction.*

*The progress at Tallinn Health Care College in the last years has been incredible. The leadership of the College are, rightly, ambitious for the College and it is amazing to see everything that has been achieved. With the Master's programme successfully re-accredited in June, 2021, in the 81st anniversary year of the College, and more Master's students, plus more undergraduate students, successful international conferences with worldwide impact, and the appointment of Estonia's very first full Professor of Nursing, Prof. Dr. Kristi Rannus. And all of this in the middle of a global pandemic. Prof. Kristi's appointment puts the College on a regional and global footing and, apart from academic and strategic leadership, it will enable purposeful international collaboration which can only be of benefit to Estonia. Only the sky is the limit for your College.*

*I send my congratulations to the leadership of the College for their amazing achievements at a time when so many others would have given up, to the Master's graduates who's amazing work appears in this edition and to my colleague, and friend, Prof. Kristi. I salute you all.*

**Prof. Dr. Dickon Weir-Hughes**

*Visiting Professor, Tallinn Health Care College*

*21st December, 2021*

# **KONTROLL-LEHE KOOSTAMINE HAIGLA KRIITILISTE PINDADE PUHASTAMISE KOHTA JA SELLE TESTIMINE**

**Irma Aarelaid, RN, APN, MSc**

Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinik

irma.aarelaid@gmail.com

**Kairi Alp, RN, APN, MSc**

Lääne-Tallinna Keskhaigla õendusabikliinik

**Siret Aus, RN, APN, MSc**

Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinik

**Märksõnad:** hospitaalinfektsioon, patsiendi ohutus, kriitiliste kontaktpindade puhastamine, kontroll-leht, UV-fluorestsentsmarker

**Abstract:**  
**DEVELOPMENT AND TESTING OF A CHECKLIST FOR  
MONITORING CLEANING OF CRITICAL SURFACES  
IN HOSPITAL**

*Hospital infections spread by contamination of surfaces and things have become a major problem in treatment quality. The scientific literature recommends integrated approaches for monitoring and evaluating the cleaning of critical contact surfaces in a hospital. In addition to guidelines, the possible tools are various trainings, observations, audits with a checklist, checking the cleaning of the surfaces with feedback to the staff, etc. In Estonia, there are no studies on the use and effectiveness of different control methods for cleaning critical contact surfaces in a hospital. Therefore, a project was conducted in 2020 to describe the development of a structured checklist for cleaning critical contact surfaces and its testing in the West Tallinn Central Hospital (LTKH) in three different profile environments (inpatient, outpatient and operating department).*

*The DMAIC quality improvement model was used as the methodology of the development project. Based on the available scientific information and the checklist for cleaning contact surfaces by The Centers for Disease Control and Prevention a checklist adapted to the LTKH was developed. It was tested at the LTKH Nursing Care Clinic, the Women's Clinic and the Women's Clinic's Operations Department between July and September 2020. Three cycles were performed to control the cleaning of critical contact surfaces. Each cycle consisted of two observations. A total of 1169 critical contact surfaces were marked. The checklist included 21 critical contact surfaces and 3 optional surfaces. The marked surfaces were observed with the UV-lamp twice: on the same day and two days after the first observation.*

*The analysis of the control cycles carried out concluded that the introduction of the critical contact cleaning checklist significantly improved the cleaning of critical contact surfaces. The first observation of the first cycle showed that 72.6–88.2% of the marked surfaces were uncleaned, but as a result of the second observation of the third cycle 7.5–16.8% of critical contact surfaces were uncleaned. Further development of this topic in cooperation with the Infection Control and Quality Management Department of LTKH could focus on developing a common guideline for cleaning critical contact surfaces for all structural units. In this way the development project will contribute to the prevention measures against the spread of hospital-acquired infection to ensure patient safety and to improve quality of care. The checklist developed as a result of the project is also suitable for use in other healthcare institutions.*

**Keywords:** *Hospital infection, patient safety, critical contact surfaces, checklist, UV- fluorescence marker*

## SISSEJUHATUS JA TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

Hospitaalinfektsioon on tervishoiuteenuse osutamiseiga seotud infektsioon, mis on tekkinud haiglas viibival patsiendil ravi tagajärjel ning mida patsiendil enne haiglasse sattumist ja haigustekitajaga nakatumist ei olnud (Collins, 2008: 548). Hospitaalinfektsioon võib tekkida 5–15%-l haiglaravil olevatest haigetest ja see on maailmas üks sagedasemaid statsionaarsel ravil viibivate patsientide surma põhjuseid. Hospitaalinfektsioonide esinemissagedus suureneb muret tekitava kiirusega ja on tänapäeva meditsiinis saanud oluliseks ravikvaliteedi probleemiks. (Haque jt, 2018).

Patsiendi lähedal asuvate pindade ja esemete saastumisel on määrav roll hospitaalinfektsioonide levikus ja soovimatute komplikatsioonide tekkimises (Carling ja Bartley, 2010: 41–42; Guh jt, 2010: 2; Dancer, 2011: 1474;; Munoz-Price jt, 2012: 897–898; Carling, 2013: 20–21; Weber jt, 2013: 449; Zingg jt, 2014: 4–5; Han jt, 2015: 599; Saka jt, 2017: 1–2; Allen jt, 2018: 108; Hausemann jt, 2018: 2–6; Protano jt, 2019: 436–441). Nakkuste tekke ja leviku tõkestamise üheks abinõuks on plaanipärane, efektiivne ja piisavalt sage haigla kontaktpindade puhastamine (Ferreira jt, 2011: 557–562; Han jt, 2015: 600–603; Allen jt, 2018: 108–110; Hausemann jt, 2018: 3–6). Haiguste Kontrolli ja Tõrje Keskus (*Centers for Disease Control and Prevention*, edaspidi CDC) on juba 2003. aastal koostanud haiglatele juhendid kontaktpindade puhastamiseks ja desinfitseerimiseks. Sellest hoolimata on jätkuvalt hospitaalinfektsioonide leviku peamiseks põhjuseks kontaktpindade puhastamise ja hügieenirežiimi rikkumine haigla personali poolt. (Carling ja Bartley, 2010: 41–42; Dancer, 2011: 1473–1474; Weber ja Rutala, 2013: 449–451; Jackson, 2014; Zingg jt, 2014: 3, 6; Russotto jt, 2017: 1– 2; Saka jt, 2017: 3–4; Hausemann jt, 2018: 4–6). Samas on leitud, et personali koolitamine kontaktpindade puhastamise alal ei ole andnud

piisavat tulemust tagamaks hospitaalinfektsioonide vähenemist haiglates (Jackson jt, 2014: 14–15).

Rahvastiku tervise arengukava ning õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021–2030 üks prioriteete on patsiendi ohutus (Rahvastiku tervise ..., 2020: 36; Eesti õenduse ..., 2020: 4, 13), mille eesmärk on ennetada patsiendi kahjustamist tervishoiuteenuse osutamise käigus. Patsiendi ohutus on ka üks ravikvaliteedi indikaatoreid. Hospitaalinfektsioonid, mille tulemuseks on haigestumuse, suremuse ja tervishoiukulude suurenemine, on haiglates peamine patsiendi ohutuse murekoht. Enim on ohustatud nõrgenenud immuunsüsteemiga patsiendid, nagu vastsündinud, eakad ja intensiivravil viibivad patsiendid. Kulude tõusu kõrval väheneb haiglaravi pikenemisel patsientide füüsiline ja psüühiline heaolu, mis on samuti üks peamisi ravikvaliteedi näitajaid. (Dancer, 2011: 1475; Saka jt, 2017: 1–2; Hausemann jt, 2018: 2–3).

Püsivate muutuste saavutamiseks on oluline järjepidev kriitiliste kontaktpindade puhastamise kontroll koos tagasiside andmisega personalile. Varasemate uurimistööde empiirilise teabe põhjal aitab multidistsiplinaarne lähenemine parandada haiglates kriitiliste kontaktpindade nõuetekohast puhastamist (Carling jt, 2010: 1054–1059; Ferreira jt, 2011: 557–562; Munoz-Price jt, 2011: 283–285; Frota jt, 2016: 1572–1577; Allen jt, 2018: 108–110; Hausemann jt, 2018: 3–6). Lisaks õendus- ja hooldustöötajatele ning puhastusteenindajatele mõeldud juhenditele ja koolitustele, kus jagatakse teadmisi pindade puhastamisest, on vaja kontrollida juhendi täitmist ning hinnata tagasiside tõhusust. Sellest tulenevalt on tekkinud vajadus tõenduspõhise mõõdiku järele, mis aitaks järjepidevalt vaadelda ja hinnata töötajate harjumusi seoses kontaktpindade puhastamisega ning seeläbi mõjutada hospitaalinfektsioonide levikut.

Eestis on läbi viidud uuringuid, kus vaadeldakse hospitaalinfektsioonidest põhjustatud vereringeinfektsioone (Mitt jt, 2009; Mitt jt, 2014), kuid autoritele teadaolevalt puuduvad uurimistööd, mis analüüsiksid kontaktpindade puhastamist. Samuti ei leitud Eesti autorite poolt avaldatud artikleid ega uuringuid erinevate kontrollmeetodite kasutamise ja tõhususe kohta kriitiliste kontaktpindade puhastamisel haiglates.

Teema aktuaalsust ja arenguvajadust näitas Lääne-Tallinna Keskhaigla (edaspidi LTKH) naistekliinikus, õendusabikliinikus ja naistekliiniku operatsiooniosakonnas läbi viidud ühekordne kontrolltestimine. Kontrolliti selliste kriitiliste kontaktpindade puhastamist, mis uuringute põhjal olid hospitaalinfektsioonide levikul kõige suurema riskiga. Tulemused kinnitasid, et kontaktpindade puhastamisel esineb puudujääke. Seega tekkis praktiline vajadus tõsta personali teadlikkust ja kontrollida kriitiliste kontaktpindade puhastamist järjepidevalt. Projekti autorid kogesid kontaktpindade puhastamise kontrollimise käigus, et uurimistöö läbiviimiseks on oluline välja töötada mõõdik ehk struktureeritud kontroll-leht, mille kasutuselevõtmine võimaldaks luua kontaktpindade puhastamise kontrollimise süstemaatilise strateegia kogu haigla jaoks.

Lähtudes praktilisest vajadusest, tõenduspõhiste uuringute tulemustest ja rahvusvahelistest soovitustest, töötati arendusprojekti tulemusena välja kriitiliste kontaktpindade struktureeritud kontroll-leht. Arendusprojekti tulemusena anti panus patsiendi ohutuse tagamise ja ravikvaliteedi parandamisse läbi kontaktpindade korrektsema puhastamise tervishoiuteenuseid osutavates asutustes. Arendusprojekti eesmärgiks oli kirjeldada kriitiliste kontaktpindade puhastamiseks loodud struktureeritud kontroll-lehte ja selle kasutamist LTKH kolmes eri profiiliga keskkonnas (statsio-



naarne, ambulatoorne ja operatsiooniosakond). Selle saavutamiseks seati järgnevad ülesanded:

- kirjeldada kriitilisi kontaktpindasid haigla keskkonnas ja kontrollmeetodeid nende puhastamise kontrollimiseks, tuginedes erialasele tõendus põhisele kirjandusele;
- töötada välja struktureeritud kontroll-leht kriitiliste kontaktpindade puhastamise kontrollimiseks, tuginedes teadusteabele ja rahvusvahelistele soovitudele, mis sobivad kasutamiseks LTKH erinevates profiilides;
- testida kontroll-lehte ja võrrelda kriitiliste kontaktpindade puhastamise tulemusi.

Käesoleva artikliga antakse ülevaade sellest arendusprojektist (Aarelaid jt, 2021) eesmärgiga populariseerida eriõenduse teadus- ja arendustööd ning tutvustada laiemalt haigla pindade puhastamise kontrollimiseks loodud praktilist töövahendit.

## **1. ARENDUSPROJEKTI DISAIN JA UURIMISMETOODIKA**

### **1.1. Organisatsiooni diagnostika**

Enne projekti planeerimist tegid arendusprojekti autorid kriitiliste kontaktpindade kontrolltestimise õendusabikliiniku kuues statsionaarses osakonnas ning naistekliiniku ambulatoorses, päevaravi- ja operatsiooniosakonnas. Selle tulemusena selgus, et kontaktpindade puhastamisel esines puudujääke kõigis osakondades.

LTKHs on kontaktpindade puhastamist lühidalt käsitletud hooldus- ja õendustöötajate ametijuhendites ning puhastusteenindajate tööohutus-

juhendis ja tööülesannete lisalehel. Neis on välja toodud patsiendi ravi ja hooldusega seotud ruumide regulaarse puhastamise vajadus vähemalt üks kord päevas ning juhitud tähelepanu sageli kasutatavate pindade (ukseligid, lülitid, kutsenupud jne) puhastamise vajadusele. Konkreetsemaid juhiseid ja nõudeid ei ole kehtestatud.

Lisaks on LTKH tervishoiutöötajatel kohustus läbida haiglanakkustõrje koolitus üks kord kahe aasta jooksul. 2019. aastal toimus LTKHs 12 hospitaalinfektsioonide teemalist koolitust (50 ak tundi), kus osales 316 töötajat, mis moodustab vaid 17,4% haigla töötajatest. 2020. aastal ei ole epidemioloogilise olukorra tõttu (SARS-CoV-2 viiruse levik) vastavateemalisi koolitusi läbi viidud.

Haigla kontaktpindade puhastamise olulisust patsiendi ohutuse tagamisel ja viiruse leviku tõkestamisel rõhutavad kõik rahvusvahelised allikad tervishoius. Võttes arvesse spetsiifilise juhendi puudumist ja vastavate koolituste ebaregulaarsust ning ka puhastamise kontrollimise töövahendi puudumist kogu Eesti tervishoius, veendusid projekti autorid arendusprojekti praktilises vajaduses.

## **1.2. Projekti disain ja metoodika**

Kontroll-lehe testimiseks valiti LTKHs välja erineva profiiliga osakonnad (9). Tabelis 1 on esitatud nendes osakondades tööpäeva jooksul sama ruumi kasutavate töötajate ja patsientide keskmised arvud. Õendusabikliinikus (stационаarsed osakonnad) viibib patsient samas haigla keskkonnas pikka aega. Ühes osakonnas (sõltuvalt osakonna suuruselt / voodikohtade arvust ja patsiendi tervislikust seisundist) puutub ühe tööpäeva jooksul kriitiliste kontaktpindadega kokku 5–10 töötajat. Naistekliiniku päevaravi-

ja ambulatoorses osakonnas viibib patsient maksimaalselt ühe päeva. Päevaraviosakonnas on ühel päeval tegevuses kolm töötajat ja osakonnas viibib kuni 10 patsienti. Ambulatoorses osakonnas kasutab ühe tööpäeva jooksul ühte kabinetti kuni neli töötajat ja visiidil käib kuni 20 patsienti. Operatsiooniosakonnas viibib patsient ainult mõned tunnid, osakonnast käib ühe päeva jooksul läbi keskmiselt 15–20 patsienti ja 30 töötajat. (vt tabel 1). Erinevate profiilidega osakondade valik aitab välja töötada struktureeritud kontroll-lehe, mis sobib kasutamiseks kõigis LTKH osakondades.

**Tabel 1.** Testitavates keskkondades tööpäeva jooksul viibinud töötajate ja patsientide arvud.

| Kontroll-lehe testimises osalenud osakond   | Töötajate arv päeva jooksul | Patsientide arv päeva jooksul | Patsientide viibimise aeg osakonnas |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| õendusabikliiniku 6 statsionaarset osakonda | 5–10                        | varieerub                     | kaua                                |
| naistekliiniku päevaravi osakond            | 3                           | 10                            | 1 päev                              |
| naistekliiniku ambulatoorne osakond         | kuni 4                      | 20                            | 1 päev                              |
| naistekliiniku operatsiooni osakond         | 30                          | 15–20                         | mõned tunnid                        |

Arendusprojekti teoreetilise raamistikuna kasutati *Lean Six Sigma* (edaspidi *DMAIC*) parendusmeetodi mudelit: probleemi määramine (*Define*), mõõtmine (*Measure*), analüüsimine (*Analyse*), parendamine (*Improve*), kontrollimine (*Control*). *DMAIC* on organisatsiooni kvaliteedijuhtimise mudel, mida rakendatakse üha sagedamini tervishoiu valdkonnas. Meetodika põhineb toote/teenusejaprotsessi uurimisel ning sellest tuleneval defektide analüüsil, et need kohe eemaldada või vähendada. (Montella jt, 2016: 2). Oluline on, et järeldused ei baseeruks liiga lühikestel või ühekordsetel vaatlustel (Pope ja Allen, 2019: 67, 76). Mudeli kasutamine aitab struktureeritult ja teaduspõhiselt parendada varasemalt väljakujunenud protsesse, tagades sel viisil

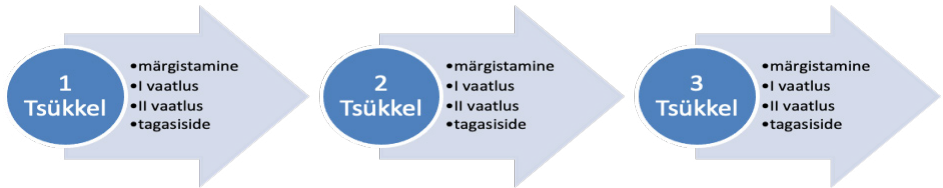
kontaktpindade puhastamise ja takistades hospitaalinfektsioonide levikut (Carling ja Bartley, 2010: 45).

Probleemi määratlemise faasis kaardistati kriitilised kontaktpinnad ja valiti nende puhastamise kontrollmeetod, tuginedes tõenduspõhisele teabele. Koostati kontroll-leht kriitiliste kontaktpindade puhastamise kontrollimiseks UV-fluorestsentsmarkeriga. Kontroll-lehe struktuuri aluseks valiti tõendus-põhine *CDC Environmental Checklist for Monitoring Terminal Cleaning* nimekirj (CDC Environmental ..., 2010). CDC ei ole keelanud kontroll-lehe kasutamist kolmandatel osapooltel. Struktureeritud kontroll-lehe koostasid kõik arendusprojekti liikmed meeskonnatöona. CDC kontroll-lehe struktuurile lisasid autorid teise vaatluse ja muutsid kontrollitavate kriitiliste kontaktpindade nimekirja vastavalt uuematele uuringutele. Kontroll-leht võimaldas lisada kolm kontaktpinda vabal valikul vastavalt osakondade spetsiifikale. Näiteks operatsioonitoas kasutatav vaakumaspiraator, õendusabikliinikus tugi-raamid ja naistekliiniku ambulatoorses vastuvõtus beebikaalud on nendele profiilidele iseloomulikud kontaktpinnad. CDC andmetel peab uuring arvestatavate kontrollitulemuste saamiseks hõlmama kuni 150 voodikohaga tervishoiuasutuses minimaalselt 10–15% asutuse ruumidest (Guh jt, 2010: 9). See nõue täideti arendusprojekti läbiviimisel edukalt.

Kuigi CDC valikus on kontaktpindade puhastamise kontrollimise võimalusena pakutud viite erinevat kontrollmeetodit, valisid arendusprojekti autorid kontrollimiseks ühe meetodi (UV-fluorestsentsmeetodi). Valiku põhjuseks sai meetodi visuaalne efektiivsus, lihtsus, kiirus ja mõistlik hinnatase.

Lähtuvalt DMAIC-mudelilt planeeriti arendusprojekti sekkumist probleemi määratlemise faasis. Mõõtmise, analüüsimise, parendamise ja kontrollimise

faasis testiti kontroll-lehte ja anti tagasisidet personalile. Vaatlustulemusi esitati ja analüüsiti tsüklite kaupa (vt joonis 1), kus üks tsükkel koosnes kahest kahepäevase vahega tehtud vaatlusest. Samas keskkonnas kontrolliti samu kriitilisi kontaktpindasid kolme tsükli jooksul, kokku kuue vaatlusega.



**Joonis 1.** Kontroll-lehe testimise protsess (Aareleid jt, 2021: 19).

**Mõõtmise faasis** rakendati kontroll-lehte kriitiliste kontaktpindade puhastamise kontrollimiseks ja andmete kogumiseks. Esimeses etapis markeeriti tööpäeva alguses UV-fluorestsentsmarkeriga igas uuritavas ruumis vähemalt kümme kontroll-lehe nimekirjas loetletud kriitilist kontaktpinda. Kontroll-lehel oli välja toodud 21 kriitilist kontaktpinda ja kolm kontaktpinda vabal valikul vastavalt osakonna spetsiifikale. Märgistatud kontaktpindasid kontrolliti UV-lambiga kahe vaatluse käigus. Esimene vaatlus viidi läbi sama tööpäeva lõpus, teine kaks päeva pärast esimest vaatlust.

Kontroll-lehel sai iga struktuuriüksus märgistada kriitilised kontaktpinnad vastavalt osakonna eripärale. Markeerimise märgistusena kasutati markeerimise kuupäeva. Selgus, et kõigis struktuuriüksustes tuli ette

olukordi, kus markeeritud kontaktpind oli mittetäielikult puhastatud. Selline pind arvestati tulemustes puhastamata kriitiliseks kontaktpinnaks.

**Analüüsimise faasis** hinnati kontaktpindade puhastamise efektiivsust struktureeritud kontroll-lehe alusel. Struktureeritud kontroll-lehe abil saab hinnata personali käitumisharjumusi ja käitumise muutumist ning analüüsida, kas muudatused tervishoiuorganisatsioonis on toimunud (Armellino jt, 2018). Esimese ja teise vaatluse vahele jäetud kaks tööpäeva võimaldasid kontrollida, kas kriitiliste kontaktpindade puhastamisel on puudujääke ühel konkreetsetel töötajal või on tegu pinnaga, mida süstemaatiliselt ei puhastata.

**Parendamise faasis** tuvastati struktureeritud kontroll-lehe abil kitsaskohad kriitiliste kontaktpindade puhastamises. Selles faasis anti osakonna õendusjuhtidele ja personalile tagasisidet vaatluste tulemustest.

**Kontrollimise faasis** mõõdeti kontroll-lehe abil kriitiliste kontaktpindade puhastamist pärast esimest tsüklit veel kaks korda ehk pöörduiti tagasi mõõtmise faasi juurde. See aitas hinnata, kas sekkumine mõjutas kontaktpindade puhastamist.

Projekti algatamisest kuni lõpetamiseni kontrollisid arendusprojekti autorid läbiviidud koosolekutel järjepidevalt, kas planeeritud ülesanded on täidetud ja vahe-eesmärgid saavutatud. Selleks juhinduti *DMAIC* parendusmeetodi mudeli kvaliteediomadustest, nagu toimivus, sobivus, usaldusväärsus ja järjepidevus (Montella jt, 2016). Koosolekud vahekokkuvõtete tegemiseks, riskide hindamiseks ja projekti edenemise tagamiseks toimusid projekti autorite vahel ajavahemikul novembrist 2019 kuni detsembrini 2020 ja need protokolliti (kokku 10 koosolekut). Hoolimata eriolukorrast ja SARS-CoV-2

epideemiaga kaasnenud piirangutest sujus meeskonnatöö probleemideta ja efektiivselt. Kasutati erinevaid digitaalseid infovahetus- ja suhtluskanaleid (*GoogleDocs, Skype, Messenger*).

Kriitiliste kontaktpindade puhastamise parendamiseks kaardistasid projekti autorid tõenduspõhise kirjanduse põhjal (Aarelaid jt, 2021: 13–14) haigla kriitilised kontaktpinnad ja koostasid kontroll-lehe (Aarelaid jt, 2021: lisa 1). Selle abil hinnati ajavahemikus juulist septembrini 2020 LTKH õendusabikliinikus, naistekliinikus ja operatsiooniosakonnas kriitiliste kontaktpindade puhtust kolme kontrolltsükli vältel (igas tsüklis kaks vaatlust). Igas tsüklis markeeriti pinnad UV-fluorestsentsmarkeriga ning markeeritud pindade puhastamise tulemusi hinnati UV-lambiga kahel korral (eri pikkusega ajavahemiku möödumisel). Kokku markeeriti ja vaadeldi haiglas selle aja jooksul 1169 kriitilist kontaktpinda. Kõik vaatlustulemused protokolliti koostatud kontroll-lehe abil. Kontroll-lehe testimise käigus läbiviidud vaatluse tulemuste põhjal loodi LTKHs kriitiliste kontaktpindade puhastamise ja monitoorimise süstemaatiline strateegia ning jõuti arendusprojektis püstitatud eesmärgini. Saadud vaatlustulemuste positiivne dünaamika kolme kontrolltsükli jooksul (Aarelaid jt, 2021: 24–28) näitab projekti autorite poolt koostatud kontroll-lehe sobivust ja efektiivsust.

Pärast esimest ja teist kontrolltsükli viisid vastavate osakondade õendusjuhid personaliga läbi tagasisidekoosolekud, kus edastati ja analüüsiti iga tsükli järel kontroll-lehega saadud vaatlustulemusi (vastavas osakonnas) ning arutleti arendusvajaduse üle. Probleemi olemust aitasid visualiseerida projekti autorite tehtud fotod kriitiliste kontaktpindade UV-lambiga kontrollimise tulemustest. Andmete kogumiseks ja töötajatele tagasiside andmiseks oli olemas LTKH juhatuse kooskõlastus kuupäevaga 20.02.2020.

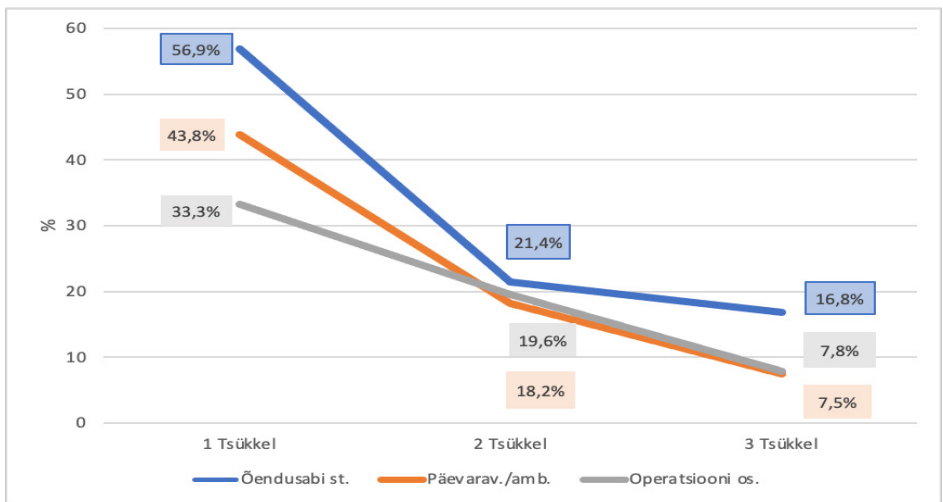
Arendusprojekti kvaliteediindikaatoriks oli usaldusväärsus, mis tagati teemakohase erialase teaduskirjanduse kasutamisega, pärast kontroll-lehe kasutuselevõttu saadud empiiriliste uurimistulemustega kriitiliste kontaktpindade puhastamise paranemise kohta, infektsioonikontrolli õe ja õendusjuhtide positiivse tagasisidega ning kontroll-lehe kasutuselevõtmisega haigla kontaktpindade puhastamise juhendi lisana. Arendusprojekti protsessi ja tulemusi ei mõjutanud asjaolu, et projekti läbiviijad on sama organisatsiooni kliinikute töötajad.

Projekti edukuse tagamiseks kaardistati eelnevalt ka teatud riskid ning planeeriti tegevused nende maandamiseks. Esmalt teadvustasid projekti autorid vaatlusmetoodikale iseloomuliku riski, et personali teadlikkus kontaktpindade puhastamise kontrollimisest võib nende tegelike käitumisharjumuste kohta anda kallutatud vaatlustulemuse. Risk maandati kriitiliste kontaktpindade markeerimise ja kontrollimise kaudu, mis toimus enne või pärast tööpäeva või ajal, mil töötajad ei viibinud pindade markeerimise juures. Teise riskina nägid autorid tõenäosust, et personalil on kontrollimise suhtes negatiivne hoiak või hirm saada karistatud ning nende vastuseis pärsib avastatud vigadest õppimist ja järelduste tegemist. Riski maandamiseks ei seostatud puhastamata kontaktpindasid konkreetsete töötajatega ja isikuliselt kedagi ei kritiseeritud. Sellest informeeriti ka osakondade personali. Konkreetsete kuupäevadega kontroll-lehti osakondades ei näidatud, et tagada töötajate anonüümsus ja konfidentsiaalsus.



## 2. KOOSTATUD KONTROLL-LEHE TESTIMISE VAATLUSTULEMUSED

Arendusprojekti raames viidi läbi kolm kriitiliste kontaktpindade puhastamise kontrolltsükli, mis kõik koosnesid kriitiliste pindade markeerimisest ja kahest vaatlusest erineva aja möödumisel. Hoolimata sellest, et eri üksustes märgistati erinevaid kriitilisi kontaktpindu, olid kokkuvõttes kolme tsükli võrdluse tulemused puhastamata jäänud kriitiliste pindade osakaalu kohta kõikides osakondades sarnased (vt joonis 2). Võrdluseks osakondade vahel valiti iga tsükli teine vaatlus, sest see näitab tsükli lõpptulemust ja kajastab kontroll-lehe kasutamise ja tagasisidestamise mõju kriitiliste kontaktpindade puhastamisele.



**Joonis 2.** Kolme struktuuriüksuse puhastamata kriitiliste kontaktpindade osakaal, tsüklid 1–3, II vaatlus (Aarelaid jt, 2021: 24).

Kõigis üksustes paranesid tulemused iga tagasiside järel. Kui õendusabi-kliiniku osakondades olid enne sekkumist esimese tsükli järel 56,9% kriitilistest kontaktpindadest puhastamata, siis pärast esimest tagasisidet

personalile olid need vähenenud 21,4%-le ja pärast teistkordset vaatlust ja tagasisidet juba 16,8%-le (vt joonis 2). Kokku markeeriti õendusabikliiniku osakondades 514 kontaktpinda. Puhastamata kriitiliste kontaktpindade osakaal vähenes seal märgatavalt just teise tsükli esimese vaatluse lõpuks. Teise ja kolmanda tsükli esimeste vaatluste tulemustes suuri erinevusi ei ilmnenud. Õendusabikliiniku statsionaarsetes osakondades töötatakse enamasti 24-tunnistes valvetes. Nendes osakondades kontrolliti kriitilisi kontaktpindasid umbes kell 16. Võib eeldada, et mõned kontaktpinnad olid kontrollimise ajal veel puhastamata, sest mõlema tsükli teise vaatluse lõpus olid tulemused paranenud. Siiski jäid kolmanda tsükli lõpuks kriitilistest kontaktpindadest enim puhastamata ruumide valgustuse lülitid, sisemised ukseligid ja voodite kutsenupud. (Aareleid jt, 2021: 25–26).

Sarnaselt õendusabikliiniku osakondadega paranesid iga kontrolltsükli järel tulemused ligikaudu poole võrra ka teistes osakondades. Naistekliiniku päevaravi- ja ambulatoorsetes osakondades oli puhastamata pindasid enne 43,8%, pärast esimest tagasisidet personalile 18,2% ja teistkordse tagasiside järel 7,5% (vt joonis 2). Kokku markeeriti naistekliiniku päevaravi- ja ambulatoorses osakonnas 502 kriitilist kontaktpinda. Ambulatoorse ja päevaraviosakonna personal töötab 8-tunniste tööpäevadena. Personal peab kriitilised kontaktpinnad puhastama kohe pärast patsiendi lahkumist osakonnast/kabinetist või samal päeval pärast tööpäeva lõppu. Kui esimese tsükli esimese vaatluse lõpus (8 tundi pärast kontaktpindade märgistamist) olid puhastamata jäänud 84,2% pindadest, siis teiseks vaatluseks (48 tundi hiljem) oli puhastamata pindasid 43,8%. Esimese tsükli lõppedes anti personalile tagasiside ning teise tsükli lõpuks puhastamata kriitiliste kontaktpindade osakaal küll vähenes, kuid esimesel vaatlusel olid puhastamata jäänud ikkagi 61,6% markeeritud pindadest. Heaks tulemuseks sai lugeda juba teise tsükli teist vaatlust, kus puhastamata oli

ainult 18,2% pindadest. Kokkuvõtvat paranesid päevaravi ja ambulatoorse osakonna tulemused oluliselt pärast struktureeritud kontroll-lehe kasutuselevõtmist ning iga kontrolltsükli järel tagasiside andmist. Kolmanda ehk viimase tsükli teise vaatluse tulemusena olid ambulatoorses osakonnas puhastamata jäänud 7,5% kriitilistest kontaktpindadest. Eraldi positiivse näitena võiks välja tuua päevaraviosakonna, kus viimase tsükli lõpus olid kõik märgistatud kontaktpinnad puhastatud. Ambulatoorses osakonnas olid kolmanda tsükli lõpuks ikkagi puhastamata ukseingid, valgustuse lülitid ja valamud. Päevaraviosakonnas olid kolmanda tsükli lõpus kõik kriitilised kontaktpinnad puhtad. (Aarelaid jt, 2021: 26–27).

Operatsiooniosakonnas jagunesid vastavad näitajad: 33,3% kriitilistest pindadest olid puhastamata enne tagasisidet, 19,6% pärast esmakordset tagasisidet ja 7,8% pärast teist tagasisidet (vt joonis 2). Kolme tsükli jooksul märgistati kokku 153 kriitilist kontaktpinda. Esimese tsükli esimesel vaatlusel ehk 8 tundi pärast markeerimist olid puhastamata 72,6% pindadest. Kaks päeva hiljem näitas teine vaatlus, et endiselt olid puhastamata jäänud 33,3% pindadest. Pärast esimest personalile antud tagasisidet vähenes puhastamata kontaktpindade arv teise tsükli teise vaatluse lõpuks 19,6%-le ja pärast teist tagasisidet kolmanda tsükli lõpuks juba 7,8%-le. Teise ja kolmanda tsükli esimese vaatluse tulemused ei muutunud. Pärast esimest ja teist tulemuste tagasisidestamist personalile oli endiselt tööpäeva lõpuks  $\frac{1}{3}$  pindadest puhastamata. Osakonna töökorraldus näeb ette, et enamik kontroll-lehel nimetatud kontaktpindadest peab olema puhastatud pärast iga operatsiooni või protseduuri ning kõik sellised pinnad peavad olema puhastatud tööpäeva lõpuks (kella 16-ks). Sellest tulenevalt oleksid pidanud kriitilised kontaktpinnad tööpäeva lõpuks olema puhastatud. Kokkuvõttes saab öelda, et pärast kontroll-lehe kasutuselevõttu ja personalile antud tagasisidet paranesid vaatlustulemused märkimisväärselt ja kolmanda

tsükli teise vaatluse lõpuks olid üle 90% kriitilistest kontaktpindadest puhastatud. Enim puhastamata kriitilisteks kontaktpindadeks jäid kolmanda tsükli lõpuks anesteesia ventilaatoripaneel, operatsioonilaua pult ja vaakumaspiraatori nupud. (Aarelaid jt, 2021: 27–28).

### **3. ARUTELU JA JÄRELDUSED**

Tõendus põhise kirjanduse ülevaates toodi haigla keskkonnas kriitiliste kontaktpindadena välja järgmised pinnad: voodi/operatsioonilaua serv, voodi/operatsioonilaua pult, madrats, öökapp, voodilaud, vererõhutamsett, õe vahendite käru, õe abilaud/sidumislaua, infusori nupud, tilgajalg, ravimikarbid/-sahtlid, arvutiklaviatuur/-hiir, UH-aparaat, EKG-aparaat, monitori nupud, ventilaatoripaneel, kutsenupp, ruumi sisemine ukse link, valgustuse lülitid, valamu/tualetivalamu ja tool/tugitool. Teaduskirjanduses kirjeldati levinumate haigla kontaktpindade puhastamise hindamise kontrollmeetoditena visuaalset hinnangut ehk vaatlust, bakteriaalset külvi pinnalt, agariga slaidikultuure, UV-fluorestsentsmarkereid ja ATP-markereid. Uuringute põhjal andis kontaktpindade puhastamise kontrollimisel parima tulemuse UV-fluorestsentsmarkerite kasutamine. Arendusprojekti raames koostati CDC soovitustele ja tõendus põhisele kirjandusele tuginedes välja kontroll-leht, mida saab kasutada erinevate profiilidega struktuuriüksustes. Kontrolltsükli läbiviimisel selgus, et markeeritud kontaktpindade puhastamisel ilmnes probleeme, kuid kontroll-lehe kasutuselevõtu ja tagasiside andmise tulemusena paranes oluliselt kontaktpindade puhastamise kvaliteet kõigis struktuuriüksustes. Seega näitasid kontroll-lehe testimise tulemused, et kontaktpindade puhastamise kontrollimine struktureeritud mõõdikuga on efektiivne ja kergesti rakendatav lähenemine.

Kontroll-lehte saab kasutada kui süsteemset abivahendit pindade puhtuse hindamiseks ja töötajatele tagasiside fookustamiseks, et tõsta personali teadlikkust nii kriitilistest kontaktpindadest kui ka nende tõhusamast puhastamisest. Arendusprojekti tulemused on kooskõlas Allen jt (2018) uurimusega, kust selgub, et kriitiliste kontaktpindade korrektseks puhastamiseks ja seeläbi hospitaalinfektsioonide leviku ennetamiseks on oluline mitmekülgne lähenemine puhastamise kontrollimisel. UV-fluorestsentsmarkeriga kontrollimisel saadud andmed võimaldavad analüüsida konkreetseid kriitilisi kontaktpindasid, mis jäävad puhastamata. Lisaks võimaldab selle kasutamine visualiseerida puhastamata jäänud kriitilised kontaktpinnad ja seeläbi vähendada tagasisidestamisel möödarääkimisi ning vaidlusi. Kontroll-lehe abil saab kriitiliste kontaktpindade puhastamist süstemaatiliselt dokumenteerida. Selle järjepidev rakendamine annab osakondadele arvulised andmed tulemuste analüüsiks ja järelduste tegemiseks, võimaluse hinnata samasid kriitilisi kontaktpindasid, nende puhastamise tõhusust ning personali koolitamise vajadust.

Mitmed uuringud (Goodman jt, 2008; Guh jt, 2010; Carling ja Bartley 2010: 44–45; Munoz-Price jt, 2011; Allen jt, 2018: 109; Hausemann jt, 2018: 3–6) on välja toonud kriitiliste kontaktpindade puhastamise olulise paranemise pärast süsteemse kontrolli rakendamist ja tagasiside andmist haigla personalile. Ka käesolevas arendusprojekti oli tagasiside andmine efektiivne ja isegi ületas projekti autorite ootusi. Osakondade õendusjuhid ja personal suhtusid tagasiside saamisenesse positiivselt. Pärast esimese kontrolltsükli lõppu avaldasid osad õendusjuhid koheselt soovi võtta kasutusele kontroll-lehed ja jätkata kriitiliste kontaktpindade süsteemset kontrolli ka peale arendusprojekti lõppemist.

Nii Goodman jt (2008) kui ka Hausemann jt (2018) leidsid oma uuringutes, et horisontaalsed pinnad (töötasapinnad, öökapid jne) olid paremini puhastatud kui vertikaalsed (ukselingid, lülitid, väljakutsenupud, elektroonilised seadmed). Ka käesoleva töö raames saadi sarnased tulemused, mis kinnitasid, et puhastamata jäid valgustuse lülitid, operatsioonilaua puldid / voodite kutsenupud, vaakumaspiratsiooni nupud ja sisemised ukselingid. Töö autorite arvates viitab see mitmele puudujäägile, nagu personali ebapiisav koolitamine, juhendite täiendamise vajadus ja personali vähesus, mis põhjustab liigset kiirustamist pindade puhastamisel.

Kontroll-lehe tulemuste analüüsimisel selgus, et kontrollitavas asutuses on kontaktpindade puhastamise kvaliteedi osas enim puudujääke puhastusteeninduse personalil ja hooldustöötajatel. Samuti puuduvad konkreetsed juhendid kontaktpindade puhastamiseks ning määratlemata on töötajate vastutusala. Näiteks operatsiooniosakonnas vastutavad operatsioonitöötajad kontaktpindade puhastamise eest anestesist, operatsiooniõde ja operatsioonitehnik, kuid päevaravi-, ambulatoorses ja statsionaarsetes osakondades on kontaktpindade puhastamine jaotatud õe, hooldustöötaja ja puhastusteenindaja vahel. Kasutatud teaduskirjanduses ei ole seda teemat lähemalt uuritud ega käsitletud, vaid pigem on keskendutud pindade puhastamise kontrollimise üldistele tulemustele ja nimetamata on jäetud konkreetse valdkonna töötajad, kelle töös esineb enim puudujääke. Arendusprojekti autorid leiavad, et personali vastutusala kontaktpindade puhastamisel võiks olla selgemalt määratletud vastavates juhendites.

Arendusprojekti käigus ilmnes vajadus juhendi järele, kus oleks määratletud kriitiliste kontaktpindade puhastamise aeg. Näitena saab tuua

ambulatoorse osakonna, kus personal ei puhastanud kriitilisi kontaktpindasid õhtul pärast vastuvõttude lõppemist, vaid hommikul tööpäeva alguses. See tekitas arendusprojekti autorites kahtlusi, kas selline töökorraldus tagab puhastamise piisava kvaliteedi (nt töötaja haigestumise korral puudub hommikul tööd alustaval kolleegil info eelmisel päeval puhastamata jäänud kontaktpindadest). Antud olukorras selgus kontrolllehe kasulikkus: see tõi välja osakonnasisesed kitsaskohad ning vajaduse muuta kriitiliste kontaktpindade puhastamise standardit ühtsemaks.

Munoz-Price jt (2011) leidsid, et parimad tulemused kriitiliste kontaktpindade puhastamisel saavutati kuut tsüklit hõlmava perioodi (32 nädala) jooksul. Pikem kontrollperiood andis tunnistust sellest, et regulaarne tagasiside viitab ka käitumisharjumuste muutumisele. See omakorda tagas püsiva positiivse muutuse kriitiliste kontaktpindade puhastamisel. Käesoleva arendusprojekti läbiviimisel ei olnud võimalik rakendada nii pikka ajalist perioodi, kuid ka lühema perioodi jooksul ilmnis positiivne tulemus kõigis struktuuriüksustes. Töö autorid lisasid kontrolllehele teise vaatluse, et paremini mõista, kas kriitiliste kontaktpindade puudulik puhastamine on laiaulatuslikum probleem või pigem seotud üksikute töötajatega. Autorite hinnangul oli probleem laiaulatuslikum, kuid aja- ja inimressursi optimeerimiseks võib edaspidi kontrolltsüklid läbi viia ka ühe vaatluse põhjal. Seda aga juhul, kui personal on saanud vajalikud teadmised kriitiliste kontaktpindade puhastamisest ning osakondades on võimalik läbi viia regulaarset ja süstemaatilist kontrolli.

Kokkuvõttes saab öelda, et arendusprojektiga täideti seatud eesmärk ja uurimisülesanded ning struktureeritud kontrollleht võeti kasutusele. Tulenevalt kontrolllehe testimise edukusest võib öelda, et *DMAIC* oli sobiv

muldel kriitiliste kontaktpindade puhastamise parendamise planeerimiseks ja läbiviimiseks ning arendusprojekti ülesannete täitmiseks.

Arendusprojekti ja selle tulemina valminud kontroll-lehe autorid peavad oma arendustöö suurimaks väärtuseks tähelepanu juhtimist puudujääkidele kriitiliste kontaktpindade puhastamisel kõigis struktuuriüksustes. Lisaks on kontroll-leht tõenduspõhine ja autoritele teadaolevalt nende projekti käigus esimest korda Eestis testitud abivahend süsteemse ja järjepideva teenuse kvaliteedi parandamiseks kogu organisatsioonis. Pärast kontrolltsükli läbiviimist võib tõdeda, et UV-fluorestsentsmarker ja kontroll-leht on tõhusad, kuluefektiivsed ja kasutajasõbralikud vahendid kontaktpindade märgistamiseks ning puhastamise kontrollimiseks. Nende kombineerimine ühtseks kontrollstrateegiaks koos töötajatele antud vahetu tagasisidega on olnud edukas. Küll aga ei saa seda meetodit kasutada kontaktpindade tegeliku puhtuse mõõtmiseks – kontroll-leht sobib vaid puhastamise põhjalikkuse indikaatoriks. Selleks et määrata patogeenide levikut kontaktpindadel, peaks kasutama ATP- või bakteriaalse külvi meetodit.

Arendusprojekti läbiviimisel saadud kogemustele tuginedes näevad autorid tulevikus ette struktureeritud kontroll-lehte, mis on ühtne kas tervishoiutöötajatele või puhastusteeninduse personalile. Puhastatavate kontaktpindade loetelu peaks vastama töötaja töökohustustele ja aitama tõsta personali teadlikkust oma vastutuselast. Loodud abivahendist võiks LTKHs olla kasu ennekõike osakondade õendusjuhtidele ning puhastusteeninduse personalile. Selle kasutuselevõtuks soovivad projekti autorid luua igas kliinikus oma meeskond või eraldi ametikoht töötajale (nt infektsioonikontrolli õde), kes süstemaatiliselt viib läbi vaatlusi sama kontroll-lehe abil. See annab võimaluse tuvastada tähelepanuta jäänud kriitilised



kontaktpinnad ning teha vajadusel muudatusi juhendites ja läbi viia lisa-koolitusi, juhendamisi. Kontrollimise käigus ilmnunud puuduste osas saab teha ettepanekuid infektsioonikontrolli ja kvaliteedijuhtimise osakondadele olemasolevate juhendite täiendamiseks või uute täpsemate juhendite koostamiseks.

Arendusprojekti tulemusega antakse ühtlasi panus tervishoiuteenuse kvaliteedi parandamisesse ja hospitaalinfektsioonide ennetamisesse patsiendi ohutuse tagamisel. Antud teema edasise arendamise käigus töötatakse koostöös infektsioonikontrolli ja kvaliteedijuhtimise osakonnaga kõigi struktuuriüksuste jaoks välja ühtne kriitiliste kontaktpindade puhastamise juhend, mis tugineks struktureeritud kontroll-lehe analüüsile ja tõenduspõhisele teabele. Selleks et hinnata, kas personali teadlikkus ja käitumisharjumused on kriitiliste kontaktpindade puhastamisel ka püsivalt muutunud, viivad projekti autorid samas uurimiskeskkonnas läbi veel ühe vaatlustsükli kohe, kui SARS-CoV-2 pandeemia olukord seda võimaldab. See annab ka teavet, kas läbiviidud arendusprojekt on regulaarselt suurendanud tähelepanu pööramist kriitiliste kontaktpindade puhastamisele ning mõjutanud seeläbi puhastamise tulemusi.

## **KOKKUVÕTE**

Hospitaalinfektsioonid on tänapäeva meditsiinis saanud oluliseks ravi-kvaliteedi probleemiks. Nende levimise üheks põhjuseks on patsiendi lähedal asuvate kontaktpindade ja esemete saastumine. Teaduspõhises kirjanduses soovitatakse kriitiliste kontaktpindade puhastamise kontrollimiseks ja hindamiseks kasutada integreeritud lähenemisviise. Eestis puuduvad uuringud erinevate kontrollmeetodite kasutamise ja tõhususe

kohta haigla kriitiliste kontaktpindade puhastamisel. Seega viidi 2020. aastal läbi arendusprojekt eesmärgiga kirjeldada kriitiliste kontaktpindade puhastamiseks loodud struktureeritud kontroll-lehe väljatöötamist ja selle testimist Lääne-Tallinna Keskhaigla operatsiooniosakonnas ning õendusabi- ja naistekliinikus.

Kontroll-lehe väljatöötamiseks kasutati *DMAIC* parendusmeetodi mudelit. Võttes arvesse olemasolevat teadusteavet ja osakondade erinevaid profiile, arendati *Centers for Disease Control and Prevention*'i (*CDC*) kontaktpindade puhastamise kontroll-lehele tuginedes välja LTKH-le kohandatud kontroll-leht. Kontroll-lehte testiti kolmes erineva profiiliga keskkonnas: õendusabikliinikus, naistekliinikus ning naistekliiniku operatsiooniosakonnas, ajavahemikul juulist septembrini 2020. Selleks viidi läbi kolm kriitiliste kontaktpindade puhastamise kontrolltsükli. Iga tsükkel koosnes kahest vaatlusest. Kolme tsükli jooksul märgistati kokku 1169 kriitilist kontaktpinda. Vastavalt koostatud kontroll-lehele markeeriti tööpäeva alguses UV-fluorestsentsmarkeriga igas uuritavas ruumis vähemalt kümme kontroll-lehe nimekirjas loetletud kriitilist kontaktpinda. Kontroll-lehel oli välja toodud 21 kriitilist kontaktpinda ja kolm kontaktpinda vabal valikul vastavalt osakonna spetsiifikale. Märgistatud kontaktpinnad kontrolliti UV-lambiga kahe vaatluse käigus. Esimene vaatlus viidi läbi samal päeval, teine kaks päeva pärast esimest vaatlus.

Projekti käigus läbiviidud kontroll-lehe testimise vaatlustulemuste põhjal võib järeldada, et kriitiliste kontaktpindade puhastamise kontroll-lehe kasutuselevõtmine parandas oluliselt nende pindade puhastamist. Esimese tsükli esimese vaatluse tulemusena olid markeeritud kontaktpindadest 72,6–88,2% puhastamata, kuid kolmanda tsükli teise vaatluse tulemusena olid puhastamata vaid 7,5–16,8% kriitilistest kontaktpindadest.

Koostöös infektsioonikontrolli ja kvaliteedijuhtimise osakonnaga töötatakse edaspidi välja ühtne kriitiliste kontaktpindade puhastamise juhend, mida rakendatakse haigla kõigis struktuuriüksustes. Seeläbi antakse ennetusmeetmete tõhustamisega panus patsiendi ohutuse tagamisse ja ravi-kvaliteedi parandamisse ühes tervishoiuasutuses. Arendusprojekti tulemusena kohandatud kontroll-leht sobib kasutamiseks ka teistes tervishoiuasutustes.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Aarelaid, I., Alp, K., Aus, S. (2021). Haigla kriitiliste kontaktpindade puhastamise kontroll-lehe väljatöötamine ja testimine AS Lääne-Tallinna Keskhaiglas. Arendusprojekt. Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.

[https://www.ester.ee/record=b5406221\\*est](https://www.ester.ee/record=b5406221*est) (27.12.2021).

Allen, M., Hall, L., Halton, K., Graves, N. (2018). Improving hospital environmental hygiene with the use of a targeted multi-modal bundle strategy. *Infection, Disease & Health, 23(2), 107–113*. DOI: 10.1016/j.idh.2018.01.003.

Armellino, D., Dowling, O., Newman, S. B., Schwarz, R. B., Jacobs, M., Cifu-Tursellino, K., Di Capua, J. F. (2018). Remote video auditing to verify OR cleaning: A quality improvement project. *AORN Journal, 108(6), 634–642*.

DOI: 10.1002/aorn.12426.

Carling, P. C., Bartley, J. M. (2010). Evaluating hygienic cleaning in health care settings: What you do not know can harm your patients. *American Journal of Infection Control, 38(5), 41–50*.

DOI: 10.1016/j.ajic.2010.03.004.

Carling, P. C., Parry, M. F., Bruno-Murtha, L. A., Dick, B. (2010). Improving environmental hygiene in 27 intensive care units to decrease multidrug-resistant bacterial transmission. *Critical Care Medicine, 38(4), 1054–1059*.

DOI: 10.1097/CCM.0b013e3181cdf705.

Carling, P. (2013). Methods for assessing the adequacy of practice and improving room disinfection. *American Journal of Infection Control*, 41(5), 20–25.

DOI: 10.1016/j.ajic.2013.01.003.

CDC Environmental Checklist for Monitoring Terminal Cleaning. (2010). Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID), Division of Healthcare Quality Promotion (DHQP).

<https://www.cdc.gov/hai/pdfs/toolkits/Environmental-Cleaning-Checklist-10-6-2010.pdf> (27.12.2021).

Collins, A. S. (2008). Preventing Health Care-Associated Infections. E-book: Hughes, R. G. (toim). (2008). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Approach (Chapter 41). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, 547–575.

Dancer, S. J. (2011). Hospital cleaning in the 21st century. *European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 30(12), 1473–1481.

DOI: 10.1007/s10096-011-1250-x.

Ferreira, A. M., Andrade, D., Rigotti, M. A., Ferreira, A. M. (2011). Condition of Cleanliness of Surfaces Close to Patients in an Intensive Care Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 557–564.

DOI: 10.1590/S0104-11692011000300015.

Frota, O. P., Frotarusso, A. M., Koch, R., Andrade de D., Rigotti, M. A., Borges, N. M. A., Almeida, M. T. G. (2016). Surface cleaning effectiveness in a walk-in emergency care unit: Influence of a multifaceted intervention. *American Journal of Infection Control*, 44(12), 1572–1577.

DOI: 10.1016/j.ajic.2016.05.033.

Goodman, E. R., Platt, R., Bass, R., Onderdonk, A. B., Yokoe, D. S., Huang, S. S. (2008). Impact of an Environmental Cleaning Intervention on the Presence of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* and Vancomycin-Resistant Enterococci on Surfaces in Intensive Care Unit Rooms. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 29(7), 593–599.

DOI: 10.1086/588566.

Guh, A., Carling, P., and Environmental Evaluation Workgroup. (2010). Options for Evaluating Environmental Cleaning. Centers for Disease Control and Prevention.

<https://www.cdc.gov/hai/toolkits/evaluating-environmental-cleaning.html> (20.12.2021).

Han, J. H., Sullivan, N., Leas, B. F., Pegues, D. P., Kaczmarek, J. L., Umscheid, C. A. (2015). Cleaning Hospital Room Surfaces to Prevent Health Care–Associated Infections. *Annals of Internal Medicine*, 163(8), 598–607.

DOI: 10.7326/M15-1192.

Haque, M., Sartelli, M., Bakar, M. A. (2018). Health care-associated infections – an overview. *Infection and Drug Resistance*, 11, 2321–2333.

DOI: 10.2147/IDR.S177247.

Hausemann, A., Grünewald, M., Otto, U., Heudorf, U. (2018). Cleaning and disinfection of surfaces in hospitals. Improvement in quality of structure, process and outcome in the hospitals in Frankfurt/Main, Germany, in 2016 compared to 2014. *GMS Hygiene and Infection Control*, 13.

DOI: 10.3205/dgkh000312.

Jackson, C., Lowton, K., Griffiths, P. (2014). Infection prevention as “a show”: A qualitative study of nurses’ infection prevention behaviours. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 400–408.

DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2013.07.002.

Mitt, P., Adamson, V., Lõivukene, K., Lang, K., Telling, K., Pärtel, K., Rõõm, A., Naaber, P., Maimets, M. (2009). Epidemiology of nosocomial bloodstream infections in Estonia. *Journal of Hospital Infection*, 71(4), 365–370.

DOI: 10.1016/j.jhin.2009.01.008.

Mitt, P., Metsvaht, T., Adamson, V., Telling, K., Naaber, P., Lutsar, I., Maimets, M. (2014). Five-year prospective surveillance of nosocomial bloodstream infections in an Estonian paediatric intensive care unit. *Journal of Hospital Infection*, 86(2), 95–99.

DOI: 10.1016/j.jhin.2013.11.002.

Montella, E., Di Cicco, M. V., Ferraro, A., Centobelli, P., Raiola, E., Triassi, M., Improta, G. (2016). The application of Lean Six Sigma methodology to reduce the risk of healthcare-associated infections in surgery departments. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1–10.  
DOI 10.1111/jep.12662.

Munoz-Price, L. S, Ariza-Heredia, E., Adams, S., Olivier, M., Francois, L., Socarras, M., Coro, G., Adedokun, A., Pappas, T., Tamayo, M., McDade, R., Dezfulian, C. (2011). Use of UV powder for surveillance to improve environmental cleaning. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 32(3), 283–285.  
DOI: 10.1086/658666.

Munoz-Price, L. S., Bimbach, D. J., Lubarsky, D. A., Arheart, K. L., Fajardo-Aquino, Y., Rosalsky, M. (2012). Decreasing operating room environmental pathogen contamination through improved cleaning practice. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 33(9), 897–904.  
DOI: 10.1086/667381.

Pope, C., Allen, D. (2019). *Observational Methods*. Raamatus: Pope, C., Mays, N. (2019). *Qualitative Research in Health Care*, 67–81.  
DOI: 10.1002/9781119410867.ch6.

Protano, C., Cammalleri, V., Romano Spica, V., Valeriani, F., Vitali, M. (2019). Hospital environment as a reservoir for cross transmission: cleaning and disinfection procedures. *Ann Ig*, 31(5), 436–448.  
DOI: 10.7416/ai.2019.2305.

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. (2020). Sotsiaalministeerium.  
<https://www.sm.ee/et/rahvastiku-tervise-arengukava-2020-2030> (20.12.2021).

Russotto, V., Cortegiani, A., Fasciana, T., Iozzo, P., Raineri, S. M., Gregoretti, C., Giammanco, A., Giarratano, A. (2017). What Healthcare Workers Should Know about Environmental Bacterial Contamination in the Intensive Care Unit. *BioMed Research International*, 1–7.  
DOI: 10.1155/2017/6905450.

Saka, K. A., Akanbi, A. A., Obasa, T. O., Raheem, R. A., Oshodi, A. J. (2017). Bacterial Contamination of Hospital Surfaces According to Material Make, Last Time of Contact and Last Time of Cleaning/Disinfection. *Journal of Bacteriology and Parasitology*, 8: 3.

DOI: 10.4172/2155-9597.1000312.

Weber, D. J., Anderson, D., Rutala, W. A. (2013). The role of the surface environment in health-care-associated infections. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 26(4), 338–344.

DOI: 10.1097/QCO.0b013e3283630f04.

Weber, D. J., Rutala, W. A. (2013). Understanding and Preventing Transmission of Health-care-Associated Pathogens Due to the Contaminated Hospital Environment. *Infection control and hospital epidemiology*, 34(5), 449–452.

DOI: 10.1086/670223.

Zingg, W., Holmes, A., Dettenkofer, M., Goetting, T., Secci, F., Clack, L., Allegranzi, B., Magiorakos, A. P., Pittet, D. (2014). Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus. *The Lancet Infectious Diseases*, 15(2), 212–224.

DOI: 10.1016/S1473-3099(14)70854-0.

Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2020–2030. (2020).

[https://ena.ee/images/ELANIKONNALE/Eesti\\_õenduse\\_ämmaemanduse\\_arengustrateegia\\_2021\\_2030.pdf](https://ena.ee/images/ELANIKONNALE/Eesti_õenduse_ämmaemanduse_arengustrateegia_2021_2030.pdf) (30.12. 2021).

# **NANDA-I KASUTAMISE ARENDAMINE ISESEISVA STATSIONAARSE ÕENDUSABI OSAKONDADE ÕENDUSDOKUMENTATSIOONIS**

**Regyta Eriste, RN, APN, MSc**

SA Pärnu-Jaagupi Hoolduskodu

regyta@ekek.ee

**Mare Tupits, RN, MSc**

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

**Kristi Rannus, RN, PhD**

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

Põhja-Eesti Regionaalhaigla

**Märksõnad:** õendusdokumentatsioon, õdede täienduskoolitus,  
NANDA-I, fookustatud grüpiintervjuu, kvalitatiivne sisuanalüüs,  
arendusprojekt



**Abstract:**  
**PROMOTING THE USE OF NANDA-I IN THE NURSING  
DOCUMENTATION OF INPATIENT NURSING  
DEPARTMENTS**

*The quality of nursing documentation in Estonia varies between institutions and among nurses. Nurses' lack of knowledge, skills, and consensus among nurses in the use of standardized nursing language has been identified as a major obstacle. To plan appropriate training programme for nurses, a development project was carried out in 2019 to analyze nurses' training needs on nursing records documentation. Also, to train nurses from three inpatient nursing departments of one county on NANDA-I theme and thereby improve the quality of documentation of nursing records.*

*To reach the aim, the focused group interview was conducted among four nurses in Autumn 2019. The semi-structured questionnaire was used for the interview themes. Its results were analysed with qualitative content analyze method. The training day for nurses was carried out using case study and group learning methods. The PDCA method was used in the project management, the i-PARIHS framework for risk assessment.*

*As an impact of the first training day, nurses' attitude toward the use of advanced nursing process and NANDA-I was improved. Their willingness to participate on documentation courses was identified. The nurses also indicated their needs to develop their teamwork skills and knowledge of the legal responsibilities of nursing documentation. In addition, nurses need future training to implement nursing interventions and outcomes, and to write epicrisis. The need for nursing interventions (NIC) and nursing outcomes (NOC) in Estonian confirmed. To implement a complete solution based on three classifications, it*

*is necessary to plan systematic in-service training across Estonia and prepare a unified documentation guide for nurses.*

**Keywords:** *Nursing records, documentation, NANDA-I, focused group interview, qualitative content analysis, development project*

## SISSEJUHATUS JA TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

Õe baaspädevuste hulka kuulub ka oskus püstitada koos patsiendi ja tema lähedastega tõenduspõhiseid õendusdiagnoose, planeerida ja rakendada tõenduspõhiseid õendussekkumisi, kriitiliselt hinnata ja analüüsida osutatud abi tulemuslikkust ning dokumenteerida kogu õendusprotsessi (Õe baaspädevused, 2018). Standarditud õenduskeel (*standardized nursing language*, SNL) annab võimaluse täpselt sõnastada ja kodeerida õendusdiagnoose, -sekkumisi ja -tulemusi (Müller-Staub jt, 2016: 494), peegeldab ja annab infot õendustöö kohta ning võimaldab koondada andmed edasiseks patsiendi tulemuste hindamiseks. See aga on vajalik õendusabi kvaliteedi ja kulutõhususe hindamiseks (Müller-Staub, 2009: 4).

Kogu õendusprotsessi korrektsel dokumenteerimisel ja patsientidele individuaalse õendusplaani koostamisel on määrava tähtsusega õdede teadmised, oskused, positiivne suhtumine ja häälestatus, mis aitavad saavutada paremat tulemust (Patirakij, 2017: 92; Leoni-Scheiber jt, 2020: 425). Õdede jaoks on pidev väljakutse dokumenteerida nii, et see oleks õigeaegne, täpne ja seadustega kooskõlas. Kuid puudulik õendusdokumentatsioon võib olla füüsiliseks ohuks patsientidele ja juriidiliseks riskiks nii tervishoiutöötajatele kui ka organisatsioonile. (Blair ja Smith, 2012: 166; Oreofe ja Oyenike, 2018: 1313). Individuaalse õendusplaani koostamise järgselt on ka patsiendid väljendanud turvatunde suurenemist (Vabo jt, 2016: 987).

Empiirilist teavet õendusdokumentatsiooni kvaliteediga seotud probleemide kohta võib leida paljude riikide teaduskirjandusest. Tais läbiviidud uurimuses täheldati, et vaid 37% õenduslugudest olid järjepidevalt ja seadustele vastavalt dokumenteeritud (Cheevakasemsook jt, 2006: 370).

Taiwani õed aga leidsid, et õendusdokumentatsioon ei oma samaväärset seaduslikku jõudu kui arstlik dokumentatsioon, mistõttu tundus dokumenteerimine neile mõttetuna (Lee, 2005: 644). Lisaks on õenduslugudes sageli kasutatud narratiivset struktuuri ja korduvat sõnastust, seega on lugejal keeruline leida vajalikku infot (Cheevakasemsook jt, 2006: 372). Õendusdokumentatsiooni ühe puudusena on toodud ka asjaolu, et õed ei küsi patsiendilt alati anamneesi, vaid lähtuvad üksnes patsiendi objektiivsetest andmetest (Lee, 2005: 640). Lisaks tuleb mitmest uurimusest välja, et õdedel on probleeme õendusdiagnooside püstitamisega (Müller-Staub jt, 2007: 14; Müller-Staub jt, 2008: 296; Bruylants jt, 2013: 5; Collins, 2013; Linch jt, 2017: 4, Patiraki jt, 2017: 92) ning määravate tunnuste ja seonduvate tegurite määramisega (Lee, 2005: 640). Sageli on jäetud õenduseesmärgid hoopis püstitamata, sest õed ei ole kindlad, kas ja millal nad suudavad neid saavutada (Lee, 2005: 643–644). Seetõttu ei ole kõik õendussekkumised seotud õendusdiagnoosidega (Queiroz jt, 2012: 1349) ning õendustulemuste hindamisel lähtutakse pigem patsiendi üldseisundist kui eesmärgi saavutamisest (Lee, 2005: 643–644). Lisaks toovad Kamil jt (2018: 113) mitmel pool maailmas läbiviidud uurimuste põhjal takistava tegurina välja keeleprobleemi, sest õenduslane kirjandus, sh käsiraamatud, on sageli ingliskeelsed ja Ameerika taustaga ning õdedel, kelle inglise keele oskus on napp, puudub uusimale tõendus põhisele teabele tegelikult ligipääs.

Siiski on mitmed uurimused näidanud, et personali täienduskoolitustega, eriti kui need korduvad, on võimalik oluliselt parandada õendusdiagnooside formuleerimist, sh määravate tunnuste ja seonduvate tegurite kasutamist otsustamisel (Müller-Staub jt, 2007: 14; Müller-Staub jt, 2008: 296; Bruylants jt, 2013: 5; Collins, 2013; Linch jt, 2017: 4, Patiraki jt, 2017: 92). Õendussekkumiste ja -tulemuste dokumenteerimine on oluliselt

paranenud pärast vastavat koolitust. Seda kinnitavad nii Linchi jt (2017: 4) kui ka Müller-Staubi jt (2008: 297) uurimused, kuid mitte Patiraki jt (2017: 91) uurimus, kus õendustulemuste dokumenteerimises koolitusjärgset muutust ei täheldatud. Mitme autori arvates võib see viidata asjaolule, et esialgsed teadmised õendusdiagnoosidest ei püsi ega leia ka praktikas rakendamist, kui sellele ei järgne jätkukoolitust või teadmiste praktilist kinnistamist igapäevatoos (Müller-Staub jt, 2007; 2008; Bruylands jt, 2013; Collins, 2013; Zamanzadeh jt, 2015; Linch jt, 2017, Patiraki jt, 2017).

Õdede õendusdokumentatsioonilase piiratud kompetentsi, motivatsiooni ja enesekindluse ning õdede ebaefektiivsete tegevuste vahel on empiirilisel tõestatud põhjuslik seos (Cheevakasemsook jt, 2006: 370; Kamil jt, 2018: 112). Samuti on tõestatud, et elektroonilise õendusloo kasutuselevõtmine võimaldab õendusabi panust inimeste tervisesse paremini selgitada ja nähtavamaks teha ning mõõta nii õendusabi efektiivsust kui ka kulutõhusust (Linch, 2017: 6). Samas tasub meeles pidada, et elektrooniline dokumenteerimine aitab küll õendusprotsessi optimeerida, kuid ei asenda õdede kriitilist mõtlemist ega juhendatud kliinilist refleksiooni (*guided clinical reflection*) otsuste tegemisel (Bruylands jt, 2013: 7). Seega, standarditud õenduskeele kasutamisest elektroonses õendusdokumentatsioonis üksi ei piisa, õed vajavad diagnostilise põhjendatuse koolitusi (Müller-Staub jt, 2007: 14) ja kriitilise mõtlemisoscuse arendamist, et hakkama saada kogu õendusprotsessi dokumenteerimisega standarditud õenduskeeles (Cheevakasemsook jt, 2006: 369; Müller-Staub jt, 2008: 300; Collins, 2013: 4). Lisaks analüütiliste oskuste arendamisele vajavad õed elektroonilise õendusloo kasutuselevõtmisel nii sissejuhatavat koolitust tarkvara kasutamiseks kui ka jätkuvat tuge arvuti kasutamisel (Bruylands jt, 2013: 6; Vabo jt, 2016: 990; Linch jt, 2017: 6) ning NANDA-I

(*NANDA International*), NIC-i (*Nursing Interventions Classification*) ja NOC-i (*Nursing Outcomes Classification*) taksonoomiate rakendamisel elektroonilises õendusloos (Bruylants jt, 2013: 7; Linch jt, 2017: 2).

Kui Müller-Staubi jt (2008: 299) uurimusest selgus, et õendusprotsessi dokumenteerimise kvaliteet ei olnud seotud õdede demograafiliste näitajate, töökogemuse, haridustaseme ega eelneva õendusdiagnooside kasutamise kogemusega, siis Kamili jt (2018: 114) ning Leoni-Scheiberi jt (2020: 426) uurimused näitasid, et erineva haridustasemega õdede dokumenteerimisoskus oli erinev. Siiski vajavad kõik õed õendusprotsessi ja -dokumentatsiooni alast koolitust (Queiroz jt, 2012: 1349; Kamil jt, 2018). Eriti oluline on, et koolitus oleks regulaarne, sest pärast esialgse täiendatud õendusprotsessi koolituse läbimist vajavad õed ka samasisulisi jätkukoolitusi teatud aja möödudes (Müller-Staub jt, 2008; Bruylants jt, 2013).

Naelapää (2018: 46) poolt Regionaalhaiglas läbi viidud õendusdokumentatsiooni kvaliteedi uurimuse ning Leoni-Scheiberi jt (2020: 425) uurimuse põhjal järeldub, et õdede koolitamisel tuleb arendada nii protsessipõhist mõtlemist kui ka analüüsioskuse rakendamist õendusabis, lisaks ka kliiniliste otsuste tegemise oskust. Ühtlasi leiab Naelapää (2018: 46), et Eesti haiglates tuleks keskenduda standarditud õenduskeele alastel koolitustel ennekõike õendusjuhtidele, kes õdedele eeskuju annavad. Mitmest uurimusest (Lee, 2005: 640; Cheevakasemsook jt, 2006: 371; Vabo jt, 2016: 991; Kamil jt, 2018; Leoni-Scheiber jt, 2020: 426) selgub juhtkonna toetuse ja supervisiooni, järjepideva õenduslugude auditeerimise ja vahetu tagasiside tähtsus dokumenteerimise kvaliteedi parandamisel ning muudatuste elluviimisel, seda nii õppeprotsessi käigus, elektroonilisele õendusloole üleminekul kui ka standarditud õenduskeele kasutuselevõtul.

Varasemad uurimistööd pakuvad piisavalt empiirilist teavet, mis tõestab, et NANDA-I õendusdiagnooside rakendamine koos õendussekkumiste (NIC) ja õendustulemustega (NOC) parandab õendusdokumentatsiooni kvaliteeti ja järjepidevust (Lee, 2005: 646; Müller-Staub jt, 2007: 14; Müller-Staub, 2009: 4; Linch jt, 2017: 3). Hoolimata täiendatud õendusprotsessi (*Advanced Nursing Process*, ANP) keerukusest peavad õed selle arendamist väga oluliseks, sest see annab õdedele autonoomsuse ja paindlikkuse oma tegevustes ning tagab patsiendile tervishoiuteenuse ohutuse (Queiros jt, 2012: 1350). Vastavad koolitused, kus tutvustatakse õendusprotsessi lähemalt, parandavad õendusdokumentatsiooni kvaliteeti veelgi (Cheevakasemsook, 2006: 372; Linch jt, 2017: 4). Õed tunnetavad suuremat vastutustunnet uute ideede elluviimisel ja õendusdokumentatsiooni täitmisel, kui nad mõistavad, kuidas seda teha (Vabo jt, 2016: 991). Õdede suhtumine õendusdiagnooside püstitamisse on pärast vastavaid koolitusi muutunud oluliselt positiivsemaks (Collins, 2013: 6; Patiraki jt, 2017: 92). Näiteks leiti Kreekas läbiviidud koolitussekkumise uurimuses, et enne koolitust ei kasutanud õendusprotsessi üldse või kasutas väga vähe 63% õdedest, pärast koolitust aga kasutas seda 74% õdedest. Alles koolituse käigus mõistsid õed, millega on õendusprotsessi puhul üldse tegemist, ja väljendasid soovi seda ka rakendada. (Patiraki jt, 2017: 92).

Standarditud õenduskeele rakendamiseks õendusdokumentatsioonis on Eestis ellu kutsutud 3N-töörühm, kuhu kuuluvad tervishoiukõrgkoolide, haiglate, Eesti Õdede Liidu, Eesti Ämmaemandate Ühingu ja Eesti Õendusjuhtide Ühingu esindajad. Võtmeorganisatsioonide esindajate vahel on allkirjastatud ka ühine otsus õendusdiagnooside, -sekkumiste ja -tulemuste klassifikatsioonide (NANDA-I, NIC, NOC) kasutuselevõtuks Eestis. (Puusepp, 2019: 10–11; Eesti õenduse ..., 2020: 5). Samas tõdetakse, et „NANDA-I kasutamine on ebaühtlane, NIC ja NOC on tõlkimata ning rakendamata“

(Eesti õenduse ..., 2020: 8). Seega saab õendusdokumentatsiooni arendustöö keskenduda praegu vaid NANDA-I rakendamisele, kuniks ka teised klassifikaatorid on tõlgitud eesti keelde.

2016. aastal Eesti Haigekassa läbiviidud kliinilises auditis „Iseseisva statsionaarse õendusabi põhjendatus ja kvaliteet“ hinnati 2015. aasta õenduslugusid 20 teenuseosutajalt. Auditis hinnati ka õendusanamneesi, õendusplaani ja õendusepikriisi dokumenteerimise kvaliteeti. Terviseamet viis samal aastal läbi iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse sihtuuringu (Iseseisev statsionaarne ..., 2016). Nende auditite tulemustest selgus, et sageli ei vastanud dokumentatsioon kehtivatele määrustele, õenduslood aga ei peegeldanud õendusprotsessi loogilise ja süsteemsena. Seega soovitati tagada õdedele õendusprotsessi ja -dokumentatsiooni koolitused. (Iseseisva statsionaarse ..., 2016; Sultsmann jt, 2017). Samas on siin suur roll ka tervishoiu infotehnoloogilistel arendustel Eestis. Näiteks on õdedel seadusest tulenev kohustus saata statsionaarse õendusabi õendusepikriise digilukku (Tervise infosüsteemi ..., 2021: §2), kuid Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus (TEHIK) ei ole tänaseni suutnud sellist lahendust õdedele luua.

Eesti õenduse dokumenteerimise kvaliteet on ebaühtlane nii asutustes kui ka õdedeseas (Iseseisva statsionaarse ..., 2016; Sultsmann jt, 2017; Naelapää, 2018). Erialase teaduskirjanduse järgi on selle peamiseks põhjuseks õdede ebaühtlased või puudulikud teadmised standarditud õenduskeelest ning ebapiisavad oskused ja tõrjuvad hoiakud seda kasutada. Selle muutmiseks tuleb välja selgitada, milliseid koolitusi õed vajavad, ja seejärel kavandada vastavad koolitused. Lääne-Tallinna Keskaigla ja Tallinna Lastehaigla kõikides osakondades on juba läbi viidud NANDA-I koolitusi ning Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli üliõpilaste lõputööde raames on uuritud õendus-



dokumentatsiooni kvaliteedi muutust enne ja pärast koolitust (Kvade jt, 2020; Mets jt, 2020; Nool jt, 2020 ja 2020b). Siiski ei ole autorile teadaolevalt Eestis siiani tehtud just õdede endi sõnastatud koolitusvajadustest lähtuvat koolitussekkumisega arendustööd õendusdokumentatsiooni kvaliteedi parendamiseks. Kuna projekti autor ise töötab hoolekandeasutuses, mis osutab statsionaarset õendusabi, ja selles valdkonnas on õendusdokumentatsioonil eriti suur osatähtsus, sai arendustööks valitud just sellise profiiliga osakonnad.

Tuginedes olemasolevale teabele ja praktilisele vajadusele, viidi 2019. aastal terviseteaduse magistriõppes läbi arendusprojekt (Eriste, 2020) eesmärgiga uurida õdede arusaamasid ja koolitusvajadusi seoses õendusloo dokumenteerimisega ning koolitada kolme asutuse iseseisva statsionaarse õendusabi osakonna õdesid NANDA-I teemal. Eesmärk sai täidetud järgmiste tegevustega:

- kirjeldati kolme asutuse iseseisva statsionaarse õendusabi osakondade õdede arusaamasid ja koolitusvajadusi seoses õendusloo dokumenteerimisega, kasutades selleks fookustatud grupiintervjuud;
- viidi läbi NANDA-I-teemaline koolitus kolme asutuse iseseisva statsionaarse õendusabi osakonna õdedele, et parendada õendusloo dokumenteerimise kvaliteeti;
- analüüsiti koolituspäeval osalenute tagasisidet edasiste koolitusvajaduste kohta.

Käesoleva artikli eesmärk on tutvustada laiemalt projekti protsessi ja tulemit ning jagada projekti käigus saadud empiirilist teavet ja kogemusi NANDA-I rakendamise arendamise kohta kolme õendusabi osakonna näitel.

## **1. ARENDUSPROJEKTI DISAIN JA UURIMISMETOODIKA**

### **1.1. Organisatsiooni diagnostika ja meetodid koolitusvajaduse uurimiseks**

Kõigi arendusprojektis osaleva kolme organisatsiooni puhul on tegemist ühe maakonna hoolekandeesutustega, mille koosseisu kuuluvad ka iseseisva statsionaarse õendusabi osakonnad. Tegemist on Eesti Haigekassa valikupartneritega. Kõigis kolmes asutuses kasutatakse õendusloo dokumenteerimiseks infosüsteemi LIISA (IS LIISA). IS LIISA on AS Medisofti välja töötatud terviklahendus, mis võimaldab elektroonilises õendusloos sisestada õendusanamneesi, õendusplaani, õenduspäevikut ja koostada õendusepikriisi (Infosüsteem Liisa ..., 2014: 4). Üheski kolmest asutusest ei ole üldse või ei ole süstemaatiliselt kasutatud NANDA-l-d õendusprotsessi dokumenteerimisel ning töötajad ei ole läbinud sellealaseid koolitusi. Ühega kolmest arendusprojektis osalevast organisatsioonist on projekti autoril varasema koostöö kogemus, selle organisatsiooni juhtidega koostöös tekkis ka idee arendusprojekti elluviimiseks. Artiklis nimetatakse seda organisatsiooni projekti eest vedavaks asutuseks.

Organisatsioonidiagnostikaks hinnati kolme asutuse iseseisva statsionaarse õendusabi osakonna õdede koolitusvajadusi seoses NANDA-l rakendamise ja 2019. aasta sügisel viidi läbi fookustatud grupiintervjuu avatud küsimustega (Eriste, 2020: lisa 2). Webbi ja Domani (2008: 51) andmetel on fookustatud grupi puhul tegemist väikese hulga intervjuueeritavatega, kelle vestlust modereerib uurija, hoides vestlust „fookuses“. Intervjuud analüüsiti kvalitatiivse sisuanalüüsi meetodil. Tegemist on kvalitatiivsete andmete analüüsimise meetodiga, mis keskendub subjektile ja kontekstile

ning rõhutab variatsioone, nagu tekstiosade sarnasused ja erinevused. See annab võimaluse analüüsida manifestset ja kirjeldavat sisu samamoodi kui latentset ja tõlgendavat sisu. (Graneheim ja Lundman, 2014). Uurimuse valimi puhul oli tegemist sihipärase valimiga, mille „liikmed valib uurija, lähtudes oma teadmistest, kogemustest ning eriteadmistest mõne grupi kohta“ (Õunapuu, 2014: 143).

Intervjuul osalema kutsuti seitse öde kolmest erinevast asutusest. Intervjuule kutsututest üks loobus osalemast, üks haigestus ning üks pidi asendama haigestunud kolleegi teises töökohas. Uurimustest on selgunud, et ödesid on raske grupiintervjuuks kokku saada nende ebakorrapärase töögraafiku tõttu (Webb ja Doman, 2008: 56; Wilson jt, 2016: 3). Fookustatud grupiintervjuul osales kokku neli öde, kes kõik kirjutasid alla ka informeerimise ja teadliku nõusoleku vormile (Eriste, 2020: lisa 1). Kõik intervjuueeritavad töötasid oma osakonnas valveõdedena, üks lisaks ka õendusjuhina ning üks asutuse juhina. Juhtivatel kohtadel töötavad öded kaasati intervjuusse seetõttu, et nad tegelevad igapäevatoos ka õendusloo dokumenteerimisega. Uurimuse jaoks oli oluline, et intervjuus osaleksid öed kõigist kolmest asutusest. Intervjuueeritavad olid naissoost ja töötanud öena üle 25 aasta. Vaid üks neist oli tasemeõppe käigus saanud süvendatud teadmisi õendusprotsessist, teised olid teemakohaseid teadmisi omandanud üksikutel koolituspäevadel.

Fookustatud grupiintervjuu viidi läbi kogukonnakeskuses, mis oli neutraalseks kohaks nii intervjuueerijale kui ka intervjuus osalejatele. Intervjuueerimisel kasutati poolstruktureeritud küsimustikku (Eriste, 2020: lisa 2) ja lähtuti varem planeeritud teemadest, kuid sekkuti siis, kui uurimisteemast hakati kõrvale kalduma või kui üks teema oli ammendunud. Intervjuu transkribeeris projekti autor ise. Webb ja Doman (2008: 58) leiavad, et uurija

enda tehtud üleskirjutused võimaldavad tal andmeid paremini tundma õppida, mis omakorda hõlbustab andmete analüüsi. Transkribeerimise jooksul eemaldati ka kõik osalejate identifitseerimist võimaldavad andmed, nagu vestluse käigus kasutatud isiku-, koha- ja asutuste nimed. Igale intervjuus osalejale anti kood, et tagada täielik konfidentsiaalsus.

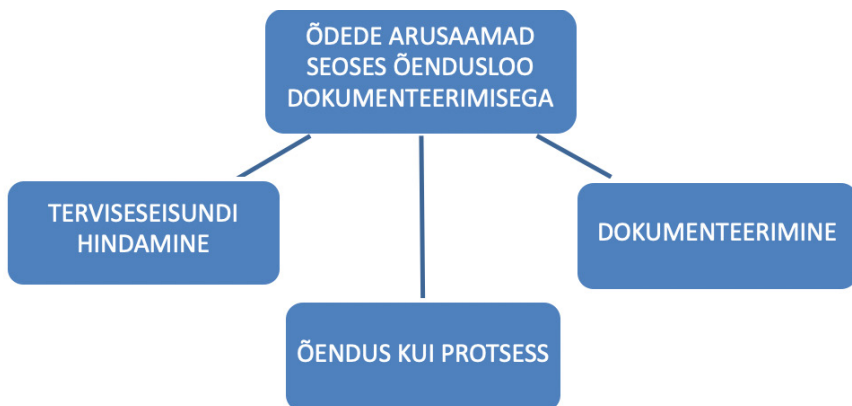
Kvalitatiivne uurimus piirab tulemuste üldistamist, eriti juhul, kui uuritavate hulk on väike ja enamate uuritavate puudusel ei saa veenduda andmebaasi küllastuses. Uurimistöö ülesehitust, uurimismeetodit, sekkumisi ja intervjuud kirjeldati võimalikult täpselt, et tulemuste usaldusväärsust suurendada, nagu soovitavad Graneheim ja Lundman (2004: 110). Elo ja Kyngäs (2008: 112) peavad anonüümsuse ja konfidentsiaalsuse tagamisel oluliseks, et intervjuueeritavat ei tuntaks ära tsitaatidest. Kuna antud juhul osalesid grupiintervjuus õed, kes töötavad väga väikestes organisatsioonides, siis ei ole projektis nende anonüümsuse ja konfidentsiaalsuse tagamiseks kirjeldatud kõiki kogutud andmeid, vaid intervjuudest on valitud üksnes uurimisküsimustele vastavad väljavõtted. Sarnast abinõu kirjeldavad oma uurimuses ka Petrova jt (2014: 8). Ligipääs intervjuus kogutud andmetele oli ainult uurijal. Salvestis kustutati pärast arendusprojekti kaitsmist.

Transkribeeritud intervjuud analüüsiti kvalitatiivse sisuanalüüsi meetodil. Analüüsitavaks üksuseks oli mõttetervik, analüüsiti intervjuu manifestset sisu. Kodeerimisel kasutati induktiivset lähenemist ning koodide tuletamisel ka deduktiivset mõtlemist, lähtudes erialakirjandusel põhinevast teoreetilisest taustaraamistikust. (Õunapuu, 2014).

## 1.2. Uurimistulemused õdede koolitusvajaduse kohta

Fookustatud grüpiintervjuul osales neli õde kolmest erinevast asutusest. Intervjuuga kogutud andmete sisuanalüüsi tulemusena moodustati 38 substantiivset koodi, mille alusel sünteesiti 8 alakategooriat ning neist omakorda 2 ülakategooriat: 1) õdede arusaamad seoses õendusloo dokumenteerimisega (vt joonis 1) ja 2) õdede koolitusvajadused seoses õendusloo dokumenteerimisega (vt joonis 2). Algselt andis projekti autor ülakategooriatele teistsugused nimetused: „õdede teadmised seoses õendusloo dokumenteerimisega“ ning „õdede vajadused seoses õendusloo dokumenteerimisega“ (Eriste, 2020: 24–30). Vastavalt magistrieksami kaitsmiskomisjoni tagasisidele on käesolevas artiklis ülakategooriate nimetusi parandatud, et need kirjeldaksid täpsemalt kategooriate sisu. Intervjuu esialgsed tähelepanekud ning nendest moodustatud substantiivsed koodid ja alakategooriad muutmist ei vajanud ning nendega saab detailsemalt tutvuda arendusprojektis (Eriste, 2020: 24–30).

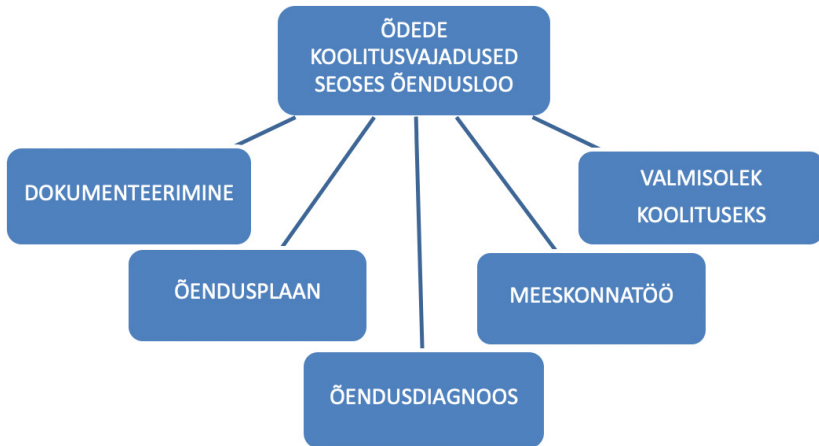
Ülakategooria **õdede arusaamad seoses õendusloo dokumenteerimisega** jaguneb kolmeks alakategooriaks ja 12 substantiivseks koodiks. Õdede arusaamu kirjeldavad järgmised alakategooriad: terviseseisundi hindamine, õendus kui protsess, ja dokumenteerimine (vt joonis 1). **Terviseseisundi hindamise** all kirjeldasid õded, et saavad patsiendi kohta informatsiooni patsiendi enese käest, patsiendi lähedastelt ja dokumentatsioonist, mis on patsiendil kaasas. Õded näevad, et patsiendi seisundist tegeliku ülevaate saamiseks on vaja aega. **Õenduse kui protsessi** all mõistavad õded õendusprotsessi olemust, õenduse järjepidevust ja meeskonnatöö olulisust õendusprotsessi rakendamisel. **Dokumenteermise** alakategooriast selgub, et õded saavad aru, et õendusprotsessi dokumenteerimine on vajalik, sh ka õendusepikriiside koostamine. (Eriste, 2020: 25–26) (vt joonis 1).



**Joonis 1.** Üla- ja alakategooriad õdede arusaamadest seoses õendusloo dokumenteeringisega.

Teine ülakategooria õdede koolitusvajadused seoses õendusloo dokumenteeringisega jaguneb viieks alakategooriaks ja 26 substantiivseks koodiks. Koolitusvajaduste all käsitlesid õed järgmisi teemasid: dokumenteering, õendusplaan, õendusdiagnoos, meeskonnatöö ja valmisolek koolitusteks (vt joonis 2). Esimene alakategooria, **dokumenteering**, hõlmab dokumenteeringi töömahukust ja vastavust tegelikkusele. Toodi välja ka dokumenteeringi tänased kitsaskohad dubleeringi ja ebamääraste nõuete näol. Lisaks väljendasid õed vajadust koolituste järele seoses õenduspäeviku täitmise ja õendusepikriisi koostamisega. Õendusplaanide alakategooria käsitleb õdede koolitusvajadusi õendusplaanide koostamiseks vajaliku ajaplaneeringi, muutuste dokumenteeringi, optimaalse õendusdiagnooside hulga ja saadud õendustulemuste mõõdetavuse osas. Õendusdiagnoosi osas vajavad õed koolitust selle olemuse ja püstitamise teemal, sh õendusprobleemide ja õendusdiagnooside erinevus ning seonduvate tegurite määratlemine õendusdiagnoosi püstitamisel. Õed väljendasid vajadust mõista, millega on NANDA-I puhul tegemist. Nad tunnetavad

survet selle rakendamiseks ning kasutamise keerukust. Lisaks vajavad nad koolitust, mis tutvustaks lähemalt **meeskonnatööd** õendusplaani koostamisel ja õendusdiagnooside püstitamisel. Nad rõhutasid vajadust sellise toetuse ja töökorralduse järele, mis soodustaks töötamist meeskonnana ja hõlbustaks selle liikmetel õendusloo dokumenteerimist. Samuti toodi intervjuus välja, et õdede **valmisolek koolitusteks** eeldab lihtsa keelekasutusega töökohapõhiseid ja väikesele grupile suunatud koolitusi, kuid sellistest tundi realselt puudust. (Eriste, 2020: 27–30) (vt joonis 2).



**Joonis 2.** Üla- ja alakategooriad õdede koolitusvajadustest seoses õendusloo dokumenteerimisega.

### 1.3. Arendustegevuseks vajaliku sekkumise meetodika

Esimene koolituspäev viidi läbi 31. oktoobril 2019. Koolitajaks oli Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õppejõud Mare Tupits. Kokku osales esimesel koolituspäeval seitse õde. Lähtuvalt intervjuu tulemustest käsitleti koolituspäeval järgmisi teemasid: õendusprotsessi olemus; NANDA-I taksonoomia

olemus; õendusdiagnooside liigid; patsiendi terviseseisundi hindamine ja kriitiline mõtlemine; määravate tunnuste (objektiivsed ja subjektiivsed andmed) ja seonduvate tegurite identifitseerimine; õendusdiagnoosi sõnastamine NANDA-I taksonoomia alusel, kasutades PES-formaati (PES – probleem, etioloogia, sümptom) (Leoni-Scheiber jt, 2019; Herdman ja Kamitsuru, 2020); õendusdiagnooside järjestamine nende tähtsuse järgi; õendustegevuse planeerimine ehk eesmärgi sõnastamine ja õendusplaani koostamine; õendusdiagnooside püstitamine lähtuvalt meditsiinilisest diagnoosist; õendusdiagnooside rakendamine õenduspraktikas (IS LIISA näitel). Koolituspäeva programm on lisatud arendusprojektile (Eriste, 2020: lisa 4). Koolitusel esitleti ühe patsiendi lugu ning analüüsiti selle õendusdiagnoose, sekkumisi ja tulemusi. Teemade käsitlemisel kasutati elemente *Guided Clinical Reasoning* (edaspidi GCR) metoodikast, mida on kirjeldanud Leoni-Scheiber jt (2019: 1270).

Koolitusel lähtuti andragoogika põhimõtetest: täiskasvanu rakendab õppimisel varasemaid (töö)kogemusi, õppides ennekõike oma elus reaalselt vajaminevat; teda motiveerib õppima õpitava praktiline rakendatavus, aga ka tema enda seisukohtade ja tõekspidamistega arvestamine (Draganov jt, 2013: 89–90; Spies jt, 2015: 7). Projektis oli tegemist kolleegiaalse õppimisega, kus muu hulgas on tähtis õpigrupis osalejate omavaheline interaktsioon, empaatiline suhtlemine, ka teistelt õppimine ja kuuluvustunne (Qualeshari jt, 2017: 5544). Üks standarditud õenduskeele teemavaldkonna eestvedajatest Euroopas, Maria Müller-Staub on koos kolleegidega testinud mitmes uurimuses (Müller-Staub, 2006; Müller-Staub jt, 2008; Müller-Staub, 2009; Bruylants jt, 2013; Leoni-Scheiber, 2019; Leoni-Scheiber, 2021) juhendatud kliinilise põhjendatuse (GCR) meetodit ning leiab, et võrreldes klassikalise juhtumianalüüsi meetodiga paranesid GCR-meetodi rakendamisel nii standarditud õenduskeelel



põhinevad õendusplaanid kui ka sidusus õendusdiagnooside, -sekkumiste ja -tulemuste vahel ning õendusdiagnoosid olid täpsemad, õendussekkumised efektiivsemad ja saavutatud õendustulemused paremad. Seega on sarnasest meetodist palju abi standardiseeritud õenduskeelele üleminekul ja selle kasutamisel, aga ka elektroonilise õendusdokumentatsiooni kasutuselevõtul. (Müller-Staub, 2006: 139; Leoni-Scheiber jt, 2021: 92).

#### **1.4. Projektijuhtimise meetodika**

Projektijuhtimisel kasutati Demingi ringi nime all tuntud pideva parandamise mudelit, mis võimaldab erinevate etappide jooksul korduvalt hinnata ja tõhustada tulemuste saavutamist. W. E. Demingi loodud PDCA-mudeli (PDCA – *Plan-Do-Check-Act*) kohaselt, mis on eesti keeles tuntud ka kui „Plaani-Teosta-Kontrolli-Korrigeeri“ mudel, alustatakse muutuse kavandamist planeerimisest, seejärel viiakse muutus ellu ning lõpuks kontrollitakse saavutatud tulemusi ja uuritakse muutuse mõjusid. Vajaduse korral korrigeeritakse tegevust või loobutakse sellest. (Tammaru, 2014: 10–11).

Koolituse planeerimise etapil kaasati projekti kavandamisse ja monitoorimise autori koolipoolne juhendaja ning projekti eest vedava asutuse juht. Teostamise etapis, enne koolituse korraldamist, viidi koolitusvajaduse hindamiseks läbi fookustatud gruppintervjuu, et sellest lähtuvalt koostada koolituspäeva programm. Kontrollimise etapis, pärast esimese koolituspäeva toimumist, täitsid osalejad tagasisideankeedid, et oleks teada, millistele teemadele järgmistel koolituspäevadel enam tähelepanu pöörata. Koolituspäeva korraldusliku osa kohta küsiti ja saadi suuline tagasiside. Projekti kontrollimise etapis analüüsiti tagasisidest saadud informatsiooni üheskoos koolituse läbi viinud õppejõu ja projekti eest vedava asutuse juhiga. Ka projekti edasist kulgu planeeriti ja jälgiti koostöös sama meeskonnaga.

Projekti jätkamise ja kvaliteedi saavutamise eest vastutas projekti juht. Projektijuhi ja asutuste juhtide ning projektis osalejate suhtlus toimus telefonitsi ja e-kirja teel. Juhendajaga (kes ühtlasi oli õppemethodiliseks eksperdiks) ja koolitust eest vedanud asutuse juhiga kohtuti projekti erinevates etappides korduvalt ka isiklikult. Nendega arutati läbi erinevad esilekerkinud kitsaskohad.

Arendusprojekti riskide minimeerimisel otsustati lähtuda raamistikust *i-PARIHS* (Harvey ja Kitson, 2015a; 2015b). Selle põhjal nähti riskikohtadena osalejate võimalikku vastuseisu, sest uuendused võivad olla väljakutseks mõtteviisi muutusele. Võimalikuks riskiks olid ka asutuste juhtkondade teadmiste vähesus ja seega ebapiisav toetus antud teemale ning ajanappus projekti läbiviimiseks. Potentsiaalne risk oli ka projektijuhi vähene suutlikkus toetada kõiki meeskondi vajalikul määral. Vastuseisu osas otsustati riski vähendada, andes osalejatele informatsiooni isiklikul tasandil, ka koolitusel osalemine vähendab hirmu uuenduste ees. Juhtkondade teadmatus risk väheneb, kui projekti algatamiseks võeti ühendust iga asutuse juhi või õendusjuhiga, selgitati projekti tausta ja eesmäärke ning saadi osalemiseks suuline nõusolek. Ajafaktori võimalikku negatiivset mõju vähendati, kui projektijuht kooskõlastas koolituspäevade korraldamise lektoriga, ka oli olemas toetus projekti eest vedava asutuse juhtkonnalt.

## **2. TULEMUSED: NANDA-I KOOLITUSPÄEV JA OSALEJATE TAGASISIDE**

Arendusprojekti raames plaaniti esialgu korraldada kahepäevane NANDA-I-teemaline koolitus ning ühepäevane IS LIISA kasutamise koolitus. Intervjuust selgunud meeskonnatöökoolituse vajadus jäi igale asutusele asutusesiseseks lahendamiseks. 2019. aasta sügisel selgus projektis osale-

nud asutuste juhtkondadega suheldes, et neljanda kvartali rahanappuse tõttu ei saanud NANDA-I koolitust sel aastal korraldada kahepäevasena. Samal põhjusel lükkus edasi ka IS LIISA teemaline koolitus. Nõnda planeeriti esimene koolitus ühepäevasena.

Oktoobris, koostöölepingu allkirjastamise etapis, loobus üks asutustest koolituspäeval osalemast, kuid projektis osales sellest asutusest siiski üks individuaalset huvi üles näidanud õde. Erinevate osapoolte koostöövalmidus ei ole enesestmõistetav ning esialgne tahtmatus koostööd teha võib olla tingitud ebakindlusest uute olukordade ees, seetõttu on vaja koostöö saavutamiseks edaspidi paremat kommunikatsiooni (Lawn jt, 2014: 6).

Teisest asutusest osales vaid üks õde. Selles asutuses väljendati seisukohta, et ülejäänud õded on vanemad kui 65 aastat, õppinud noorena biomeditsiinilise mudeli järgi ning seetõttu võib teistsuguse mõtteviisi omandamine olla nende jaoks keeruline. Tervise Arengu Instituudi andmetel töötas Eestis 2019. aastal 713 õde vanuses 65+ (TAI ..., 2021). Rahvusvaheline Õdede Nõukogu (ICN) ja Rahvusvaheline Õdede Migratsioonikeskus (ICNM) peavad samuti oluliseks eakamate õdede võrdväärset ligipääsu õppimisvõimalustele (Buchan jt, 2020: 32).

Esimese koolituse järel, mis toimus 31.10.2019, küsiti osalejatelt (N=7) avatud küsimustega ankeedi vormis tagasisidet koolituspäevale (Eriste, 2020: lisa 4). Enne koolituspäeva läbiviidud grüpiintervjuu käigus olid õded väljendanud arusaama õenduse kui protsessi põhialustest ning pidanud dokumenteerimist oluliseks. Koolitusele järgnenud ankeetküsitluse põhjal võib öelda, et pärast koolitust väljendasid õded veelgi enam vajadust dokumenteerida protsessipõhiselt. Õdede arusaamad NANDA-I olemusest

ja NANDA-I taksonoomia kasutamisest muutusid positiivsemaks. Pärast koolitust ei nähta NANDA-I-d enam kui sunduslikku süsteemi, vaid kui abivahendit. Selgemaks sai patsiendi terviseseisundi hindamine, eraldi märgiti patsiendi subjektiivsete ja objektiivsete andmete kogumise olulisust anamneesi võtmise etapis, seni puudus sellealane selge teadmine. Ühtlasi märgiti, et see kergendab patsiendi terviseseisundi hindamist.

Koolitusele eelnenud intervjuust selgus probleemina ka dokumenteerimise mahukus, mille tingib sagedane dubleerimine, eriti õenduspäevikus. Koolitusel pöörati sellele eraldi tähelepanu ning hiljem saadud tagasiside põhjal võib öelda, et pärast koolitust teadsid õed, mida ja kuidas õenduspäevikus dokumenteerida. Lisaks selgus tagasisidest, et õendusdiagnoosid olid enamikule õdedest täiesti uus teave, sest varem ei olnud nad sellealast koolitust läbinud. Mõisteti, et diagnooside sõnastamisest sõltub õendusdiagnooside kvaliteet ja et õige diagnoos on aluseks õigete otsuste langetamisel. Õendusdiagnooside järjestamine tähtsuse järgi ja nende prioriseerimine oli koolitusel osalejatele samuti uus teadmine.

Määravaid tunnuseid ja seonduvaid tegureid koolitusel osalejad varem ei kasutanud või kasutasid vaid ühte neist. Õenduseesmärgi sõnastamise oskus puudus, kuid koolituse järel mõistetakse selle olulisust. Mitmel puhul väitsid õed, et said julgust ja tuge seni kasutatule (terviseseisundi hindamine, eesmärgi sõnastamine). Leiti, et õendussekkumiste teemal vajatakse samuti koolitust. Nii intervjuu käigus kui ka koolituspäeval väljendasid õed vajadust eestikeelsete õendussekkumiste (NIC) ja õendustulemuste (NOC) klassifikaatorite järele, sest juba kogeti, kui suureks abivahendiks võib olla NANDA-I.

Koolitusele antud tagasisides tunnustati korduvalt õpetamismeetodi selgust, lektori oskuslikku teemakäsitlust ja toetavat suhtumist, aga ka õppematerjalide selgust ja arusaadavust. Ühtlasi leiti, et edaspidi vajatakse NANDA-I koolituste kordamist ja et kogu õendusprotsessi käsitus vajaks kõigil lihvimist. „Mida rohkem on koolitusi NANDA-I teemal, seda lihtsam on seda omaks võtta ja kasutama hakata. NANDA-I-st peab saama abiline,“ kirjutas üks koolitusel osalenud õdedest. Teine õde märkis, et ka kõik teised kolleegid vajaksid sarnast, kuid töökohapõhist koolitust. Olulise vajadusena toodi välja õendustulemuste hindamise ja seadusnõuetele vastava õendusepikriisi sõnastamise oskust.

Kavandatud teine NANDA-I-teemaline koolituspäev jäi esialgu ootele rahanappuse tõttu ning lükkus 2020. aasta kevadel taas edasi seoses COVID-19 pandeemiaga. Samal põhjusel jäid tulevikku ka algsete plaanide kohaselt toimuma pidanud ettekanded uurimuse tutvustamiseks kahele projektis osalenud asutusele.

### **3. ARUTELU JA JÄRELDUSED**

#### **3.1. NANDA-I koolituse tõhusus õdede arusaamade ja suhtumise kujundamisel**

Arendusprojekti käigus selgitati välja õdede koolitusvajadused. Nende põhjal ja erialasele tõenduspõhisele kirjandusele tuginedes viidi läbi edukas koolituspäev, mille käigus õpetati NANDA-I rakendamist iseseisva stationaarse õendusabi osakondades. Koolituse tulemusena muutus osalenud õdede suhtumine NANDA-I-sse ja standarditud õenduskeelde palju positiivsemaks ning nad väljendasid selgelt vajadust edasiste standarditud õenduskeele koolituste järele. Positiivne häälestus täiendatud õendus-

protsessi ja standarditud õenduskeele suhtes on oluline õendusprotsessi planeerimiseks ja dokumenteerimiseks (Leoni-Scheiber, 2020: 425). Meelsuse muutust võib lugeda üheks olulisemaks projekti tulemuseks, see loob eelduse edasiste koolituste õnnestumiseks ja seeläbi õdede teadmiste parandamiseks, mis omakorda aitab parandada õendusdokumentatsiooni kvaliteeti ja järjepidevust (Lee, 2005: 646; Müller-Staub jt, 2007: 14; Müller-Staub, 2009: 4; Linch jt, 2017: 3).

Grupiintervjuu meetod, mis valiti koolitusvajaduse väljaselgitamiseks, osutus tulemuslikuks mitte ainult uurimuseks vajalike andmete saamise tõttu. Kui esialgu väljendati intervjuus mõningat skepsist NANDA-I kasutuselevõtmise kohta, siis intervjuu lõpuosas ilmnes projekti autorile üllatuslikult väga selgelt vajadus NANDA-I-teemaliste koolituse järele. Võib öelda, et seda soodustas intervjuu käigus tekkinud kovisioon ja sünergia osalejate vahel. Kui intervjuus väljendasid õed NANDA-I klassifikaatorist kõneldes tunnet, et neid survestatakse seda rakendama, ja NANDA-I terminoloogia tundus neile kohati hoomamatu, siis pärast koolitusel osalemist leidsid nad, et NANDA-I peab saama igapäevaseks töövahendiks. Patiraki jt (2017: 92) ning Collins (2013: 6) kinnitavad samuti, et alles koolituse käigus mõistsid õed, millega on õendusprotsessi puhul tegemist, ja pärast koolitust paranes õendusdiagnooside kasutamine. Vabo jt (2016: 991) andmetel suurenes õdede vastutustunne õendusdokumentatsiooni täitmisel pärast seda, kui nad mõistsid, kuidas seda teha. Samaaardset arusaamist väljendasid ka käesolevas projektis osalenud õed. See annab alust ootuseks, et õenduse järjepidevus ja ka patsiendi ohutus paraneb tänu täpsemale dokumenteerimisele, sest lisaks vastutustundega kasvab ka õdede enesekindlus ja autonoomia tõhusate otsuste vastuvõtmisel (Queiros jt, 2012: 1350).

Alates eestikeelse õendusdiagnooside raamatu NANDA-I esmakordsest avaldamisest 2012. aastal on Eestis töötavatest õdedest hinnanguliselt pooled õppinud õendusdiagnoose kasutama juba õe põhiõppes või hilisemal täiendkoolitusel (Puusepp, 2019: 11). Oodates Eestis standarditud õenduskeele eestikeelse elektroonilise versiooni ja sellega kaasneva, õdede jaoks vajaliku otsustustoe kasutuselevõtmist (Puusepp, 2019: 11–14), tuleks alustada NANDA-I täiendkoolitustega süstemaatiliselt üle Eesti, sest artikli autorite arvates oleks sel juhul üleminek ka teiste taksonoomiate (NIC, NOC) kasutuselevõtule sujuvam. Nii varasematest uurimistöödest kui ka käesoleva projekti raames kogutud tagasisidest ilmneb, et õed vajavad korduvaid koolitusi standarditud õenduskeele omandamiseks. Isegi kui õde on juba saanud vastava ettevalmistuse kõrgkoolist. Ka Müller-Staub jt (2007: 14; 2008: 296) ning Bruylands jt (2013: 5) rõhutavad seda vajadust, sest ajapikku täpsus standarditud õenduskeele kasutamisel kaob. Probleemiks on ka tööjõu volavus, mille tõttu uued õed vajavad samuti vastavat väljaõpet. Lisaks leiavad Zamanzadeh jt (2015), et õendusprotsessi täielikuks rakendamiseks ei piisa ainuüksi teadmiste täiendamisest ja koolitamisest, kui sellele ei järgne praktikas teadmiste rakendamise ja seoste loomise perioodi. Ka projekti autor on oma tööpraktikas kogunud, et NANDA-I kasutamisel tekivad uued küsimused, millele koolitusel veel vastuseid ei saadud.

### **3.2. Toetavad tegurid standarditud õenduskeele juurutamiseks**

Projektis osalenud asutused on juba aastaid kasutanud õendusdokumentatsiooni täitmiseks infosüsteemi LIISA. Ehkki see on hõlbustanud dokumenteerimist, tuleb selles süsteemis sisestada käsitsi nii NANDA-I diagnoosid, õendussekumised kui ka õendustulemused. Mitmed autorid (Bruylands jt, 2013: 7; Linch jt, 2017: 2) on leidnud, et elektrooniline

dokumenteerimine aitab küll õendusprotsessi optimeerida, kuid ei asenda kriitilist mõtlemist, mida on vaja õigete diagnooside, sekkumiste ja tulemuste valimiseks. Takistuseks on siinkohal NIC- ja NOC-klassifikaatorite eestikeelse tõlke puudumine, mistõttu on ka juhul, kui NANDA-I diagnoosid korrektselt dokumenteeritakse, õendussekkumiste ja -tulemuste kirjeldamine jätkuvalt juhuslik ning selle kvaliteet asutustes ja tervishoiutöötajate seas ebaühtlane. Nii intervjuu käigus kui ka koolituspäeval väljendasid õed vajadust eestikeelsete õendussekkumiste (NIC) ja õendustulemuste (NOC) klassifikaatorite järele, sest juba kogeti, kui suureks abivahendiks võib ainuüksi NANDA-I olla. Kuid, nagu ka Kamil jt (2018: 113) on mitme uurimuse põhjal välja toonud, jääb paljudele õdedele oluline teave kättesaamatuks, kui see ei ole avaldatud nende emakeeles.

Vabo jt (2016) uurimuse põhjal selgus, et õed vajavad täpseid juhiseid õendusdokumentatsiooni täitmiseks, seda ka elektroonilise õendusloo puhul. Sageli osakondades sellised juhendid puuduvad või siis ei tea õed, kus need asuvad ja kuidas neid kasutada – seda kinnitas ka koolituspäeval tekkinud diskussioon. Edaspidi võiks üliõpilastööna/magistriprojektina koostada õendushaiglatele õendusdokumentatsiooni täitmiseks üldise tõenduspõhise juhendi, mida iga õendushaigla saaks vastavalt vajadusele muuta ja täiendada. Praegu kulub liiga palju ressursi sellele, et iga osakond peab ise sellega tegelema.

Projekti tulemusena läbiviidud esimesel koolituspäeval ei jõutud käsitleda kõiki õdede intervjuust selgunud koolitusvajaduse teemasid. Näiteks käsitleti küll õendusloo täitmist LIISA infosüsteemis, kuid leiti, et see vajaks veel eraldi koolituspäeva. Ka Bruylants jt (2013: 6), Vabo jt (2016: 990), Linch jt (2017: 6) on leidnud, et elektroonilise õendusloo kasutuselevõtmisel vajavad õed järjepidevat koolitust ja tuge nii arvuti kui ka



tarkvara kasutamiseks. Samamoodi vajavad õed lisakoolitust dokumentatsiooniga seotud seaduste ja õigusaktide osas. Probleeme õendusdokumentatsiooni vastavuses seadustele on täheldatud erialases kirjanduses (Cheevakasemsook jt, 2006) ning ka projekti raames intervjueeritud õed kinnitasid, et Eesti õed vajavad täpsemat teavet, millised seadused ja õigusaktid (ja mil määral) reguleerivad õendusdokumentatsiooni täitmist ning milline on seejuures õe isiklik vastutus. Kolmanda koolitusvajadusena, mida projekti käigus ei jõutud käsitleda, tõid õed välja meeskonnatöölase koolituse vajaduse. Nimelt tõdesid intervjuus osalenud õed, et NANDA-I taksonoomia alusel diagnooside püstitamine ja õendusplaani koostamine on tulemuslikum, kui seda teha üheskoos, meeskonnana. Projekti autoril on sarnane kogemus oma igapäevatööst. Õe oskus planeerida õendusprotsessi koostöös patsiendi ja tema lähedastega on üks meie baaspädevusi (Õe baaspädevused ..., 2018). Statsionaarse õendusabi osakondades tähendab see lisaks ka head koostööd hooldajate ja valvevahetuse õdedega. Seega, õed vajavad meeskonnatöökoolitusi, et kogu õendusprotsess ja selle dokumenteerimine oleks koordineeritud, kvaliteetne ja tõhus.

Lisaks osakonnasisesele õendusdokumentatsioonile on õenduse järjepidevuse ja patsiendi ohutuse tagamiseks oluline, et patsient saaks ravi-osakonnast lahkudes kaasa nõuetele vastava õendusepikriisi. Nii intervjuus kui ka koolituspäeva tagasisides väljendasid õed valmisolekut täiendada oma teadmisi õendusepikriisi koostamisest, seega peaksid järgmised koolituspäevad kindlasti sisaldama ka vastavat õpet. Samuti on oluline edasi liikuda riiklikul tasemel arendustega, eeskätt peaks Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus looma õdedele infotehnoloogilise lahenduse, mis võimaldaks kanda õendusepikriisid digilukku. Täna seda võimalust ei ole, ehkki seadusega on õdedele selline kohustus sätestatud (Tervise infosüsteemi ..., 2021: §2).

Varasemates uurimustes (Lee, 2005: 640; Cheevakasemsook jt, 2006: 371; Vabo jt, 2016: 991; Kamil jt, 2018; Leoni-Scheiber jt, 2020: 426) on teravalt esile tulnud ka juhtkonna toetuse ja supervisiooni ning asutuse töökorralduse tähtsus dokumenteerimise kvaliteedi parandamisel ja muudatuste elluviimisel. Sama selgus ka arendusprojekti käigus läbi viidud grupi-intervjuust. Kuid juhtkonnapoolne toetus eeldab, et juhid mõistavad standarditud õenduskeele olemust ja selle rakendamise olulisust. Naelapää (2018) leiab oma uurimuses samuti, et esmalt tuleks standarditud õenduskeele vallas koolitada õendusjuhte, kes siis oma eeskujuga mõjutaksid õdesid. Ehkki projekti autor nõustub Naelapää (2018) seisukohaga, tuleb lisada, et väikesed asutused peavad selleks, et muutus oleks mõjus, kaasama koolitusprotsessi võimalikult palju õdesid, k.a õendusjuhid. Et kahe asutuse puhul osales arendusprojekti raames koolitusel vaid üks õde, siis loodab projekti autor, et osalenud õed kirjeldavad saadud positiivset kogemust oma asutuse juhtidele ja kolleegidele ning seeläbi tõuseb ka ülejäänud õdede huvi NANDA-I koolituste vastu.

### **3.3. Projekti käigus ilmnenud väljakutsed ja ettepanekud edasiseks**

Arendusprojekti läbiviimist analüüsid jõuti järeldusele, et projekt oleks olnud tulemuslikum, kui suhtlus ja kokkulepete sõlmimine, ka rahalise panuse osas, oleks toimunud kõigi kolme asutuse juhtide tasandil. Koostööprojektide alustamisel on oluline määrata koostööleppega kõigi asutuste ja iga juhi roll ja vastutus. Üheks arendusprojekti ebaõnnestumise teguriks osutus ühe esialgu nõusolekut väljendanud asutuse loobumine koostööprojektist. Võib arvata, et selle asutuse juhil ei tekkinud projektis osalejana omanikutunnet. Projekti autor leiab, et ühe maakonna iseseisva statsionaarse õendusabi osakonnad võiksid teha rohkem koostööd, seda ka koolituste korraldamisel, sest see tooks positiivsema tulemuse kõigile neile asutustele.

Arendusprojekti läbiviimise käigus jäi vajaka projekti autori ja osapoolte vahelisest suhtlusest ning selgest juhtimisest. Hiljem selgus ka, et projekti peeti autori isiklikuks huviks, kuid see arvamus muutus pärast koolituspäeva läbiviimist. Oluline on meeles pidada, et koostöö on alati vabatahtlik ja kedagi ei saa selleks sundida. Ka tõi ühe asutuse juht välja vajaduse uute õdede, mitte lisakoormuse järele, mis kaasneb uue lähenemise ja NANDA-I õendusdiagnooside kasutuselevõtmisega. Projekti alguses sõlmiti küll suulised kokkulepped projekti läbiviimiseks, aga et teoreetilise ülevaate tegemine lükkus edasi, siis jäi ka praktiliste tegevuste ettevalmistamine hilisemaks ja omavaheline suhtlus soiku. Igasuguse arendus- ja planeerimistegevuse puhul on aga suhtlemisel väga suur roll.

Standarditud õenduskeele rakendamisel ja vastavate koolituste planeerimisel tuleks kindlasti arvestada õdede vajadustega. Ehkki nii intervjuus kui ka koolituspäeva tagasisides toodi välja, et soovitakse koolitusi, mis toimuksid kodu lähedal ja hõlmaksid kogu osakonda, ei ole selliste koolituste korraldamine autori senise kogemuse põhjal ja ka käesoleva projekti näitel lihtne. Õdede puudus on suur, töötatakse enam kui normkoormusega, sageli mitmes asutuses korraga (mõnes täis-, teis(t)es osakoormusega), ja nii ei ole ühe osakonna õdede kokkusaamine koolituseks kerge. Tõstatati ka probleem, et NANDA-I-teemalisi koolitusi on raske leida, sest üldjuhul korraldatakse neid suurte haiglate sisekoolitustena. Siit nähtub väikeste õendushaiglate omavahelise koostöö olulisus koolituste korraldamisel, sest see võimaldab korraldamise koormust omavahel jagada. Ühelt poolt säästab koostöö ressursi, mis koolituste korraldamisele kulub, teiselt poolt aga tekib osalejate vahel diskussioon, mille käigus saab jagada nii kogemusi kui ka teadmisi.

Intervjuust õdedega selgus, et ühe projektis osalenud asutuse õed on peamiselt eakamad, üle 65aastased, ning on varem väljendanud vastumeelsust NANDA-I kasutuselevõtu ja seega ka koolituse vastu. Selle asutuse õendusjuhi positiivne tagasiside pärast koolitust annab lootust, et standarditud õenduskeel võetakse kasutusele ka selles asutuses. Õdede puuduse ja kogu elanikkonna vananemise tõttu töötavad õed kõrge eani, seega tuleb õdesid koolitada hoolimata nende vanusest. Eakamate õdede koolitusvajadusele on tähelepanu pööranud ka Rahvusvaheline Õdede Nõukogu (Buchan jt, 2020: 32). Autor leiab, et koostöine õppimine, kus ühes õpigrupis osalevad erinevas vanuses õppijad, julgustaks ka eakamaid, varem biomeditsiinilise mudeli alusel õppinud õdesid uut lähenemist kergemini omaks võtma. Qualeshari jt (2017: 5544) on leidnud, et õpigrupis tekib osalejate omavaheline interaktsioon, empaatiline suhtlemine, ka teistelt õppimine ja kuuluvustunne, mis kõik toetavad uute teadmiste omandamist

Arendusprojekti autoril ei ole andmeid, et Eestis oleks varem uurimistööna läbi viidud küsitlust õdede koolitusvajaduste väljaselgitamiseks seoses õendusloo dokumenteerimisega. Seega on antud projekti näol tegemist nn prooviuuringuga, kus testiti koolituse korraldamist, tuginedes koolitusele eelnenud fookustatud grupiintervjuu ja koolitusele järgnenud küsitluse tulemustele. Edaspidi võiks uurida ulatuslikuma kvalitatiivse uurimusega Eesti erinevates piirkondades iseseisva statsionaarse õendusabi osakondades töötavate õdede koolitusvajadusi seoses õendusloo dokumenteerimisega. Lisaks tuleks läbi viia kvantitatiivne uurimus arendusprojekti eest vedanud asutuse iseseisva statsionaarse õendusabi osakonna õenduslugude hindamiseks, sest sellest asutusest osales koolitusel enamik tol hetkel osakonnas töötanud õdedest. Edasistes uurimistöodes võiks võrrelda ka erinevate õpetamismeetodite rakendamise võimalusi. Uurijad Maria Müller-Staubi eestvedamisel on näidanud GCR-meetodi efektiivsust

ja peavad seda standarditud õenduskeele õpetamisel tähtsaks (Leoni-Scheiber jt, 2019: 1270), kuid eesti keelde ei ole seda veel tõlgitud.

Täpsed ja ühtses standarditud keeles dokumenteeritud õendusdiagnoosid on aluseks asjakohaste õenduseesmärkide seadmisele ja tõendus põhiste õendussekkumiste valimisele. Arendusprojekti elluviimisega andis projekti autor oma panuse õenduse kui iseseisva distsipliini arendamise ja selle kvaliteedi parandamise NANDA-I rakendamise ja õendusdokumentatsiooni kvaliteedi parendamise läbi. Kuna väljatöötatud koolitustele saadud tagasiside oli nii positiivne, jätkab projekti autor oma asutusega koolituste läbiviimist. Ehkki ülemaailmse koroonapandeemia tulekuga lükati koolituspäevad edasi, on kavas jätkata koolitustega koostöös projekti eest vedanud asutusega ning soovi korral saavad koolitustel osaleda ka teiste projektis osalenud asutuste õed. Artikli kirjutamise hetkel ei ole pandeemiast tingitud ebakindla olukorra tõttu teada, millal täpselt saab koolitustega edasi minna. Arendusprojekti edasist kulgu planeeritakse ja jälgitakse üheskoos koolitust läbi viinud õppejõu ja projekti eest vedava asutuse juhiga. Kuid terviklikuks ja jätkusuutlikuks õendusprotsessi ja õendusdokumentatsiooni koolituseks peaks edaspidi välja töötama riikliku koolituskava ja dokumenteerimise juhendi ning tõlki- ja vajalikud õppematerjalid, mis hõlmaksid peale õendusdiagnooside ka õendussekkumiste ja -tulemuste protsessipõhiseid terviklahendusi.

## **KOKKUVÕTE**

Eesti õenduse dokumenteerimise kvaliteet on ebaühtlane nii asutustes kui ka õdede seas. Peamiseks põhjuseks on õdede ebaühtlased või puudulikud teadmised, oskused ja hoiakud kasutada selleks standarditud õenduskeelt. Selleks et välja selgitada, milliseid koolitusi õed vajavad, ja planeerida

vastavad koolitused, viidi 2019. aastal läbi arendusprojekt eesmärgiga uurida õdede teadmisi ja arusaamasid õendusloo dokumenteerimisest ning koolitada kolme asutuse iseseisva statsionaarse õendusabi osakonna õdesid NANDA-I teemal.

Andmete kogumiseks viidi poolstruktureeritud küsimustiku abil 2019. aasta sügisel nelja õega läbi fookustatud grupiintervjuu, mille tulemusi analüüsiti kvalitatiivse sisuanalüüsi meetodil. Koolitusel keskenduti kollegiaalsele õppimisele, kasutades seminari ja juhtumianalüüsi õppemetoodikaid. Projektijuhtimisel kasutati PDCA-meetodit ning riskihindamiseks valiti raamistik *i-PARIHS*.

Esimese koolituspäeva tulemusel paranes õdede meelestatus täiendatud õendusprotsessi ja NANDA-I kasutuselevõtmise suhtes. Selgus edasine koolitusvajadus seoses õendussekkumistega, õendustulemuste kasutamisega ja õendusepikriisi kirjutamisega. Samuti ilmnas vajadus koolituste järele, mis arendaksid õdede meeskonnatööoskust ja teadlikkust seadustest tulenevast õe isiklikust vastutusest õendusdokumentatsiooni täitmisel. Kinnitust sai vajadus eestikeelsete õendussekkumiste (NIC) ja õendustulemuste (NOC) klassifikaatorite järele. Kolmel klassifikaatoril põhineva terviklahenduse kasutuselevõtuks on vaja planeerida süstemaatilised täiendkoolitused üle Eesti ning koostada ühtne dokumenteerimise juhend õdedele.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Blair, W., Smith, B. (2012). Nursing documentation: frameworks and barriers. *Contemporary Nurse*, 41, 160–168.

DOI: 10.5172/conu.2012.41.2.160.

Bruylants, M., Paans, W., Hediger, H., Müller-Staub, M. (2013). Effects on the Quality of the Nursing Care Process Through an Educational Program and the Use of Electronic Nursing Documentation. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(3), 163–170.

DOI: 10.1111/j.2047-3095.2013.01248.x.

Buchan, J., Catton, H., Shaffer, F. A. (2020). Ageing well. Policies to support older nurses at work. Philadelphia: International Centre of Nurse Migration (ICNM).

Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Francis, K., Davies, C. (2006). The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 366–374.

DOI: 10.1111/j.1440-172X.2006.00596.x.

Collins, A. (2013). Effect of Continuing Nursing Education on Nurses' Attitude Toward and Accuracy of Nursing Diagnosis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(3), 122–128.

DOI: 10.1111/j.2047-3095.2013.01237.x

Draganov, P. B., Andrade, A. C., Neves, V. R., Sanna, M. C. (2013). Andragogy in nursing: a literature review. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 31(1), 86–94.

<https://www.redalyc.org/pdf/1052/105226364010.pdf> (28.12.2021).

Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021–2030. (2020). Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing, Eesti Õendusjuhtide Ühing. Tallinn.

[https://www.ena.ee/images/ELANIKONNALE/Eesti\\_oenduse\\_ammaemanduse\\_arengustrateegia\\_2021\\_2030.pdf](https://www.ena.ee/images/ELANIKONNALE/Eesti_oenduse_ammaemanduse_arengustrateegia_2021_2030.pdf) (28.12.2021).

Elo, S., Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.

DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.

Eriste, R. (2020). Õendusloo dokumenteerimise kvaliteedi parendamine ühe maakonna kolme asutuse iseseisva statsionaarse õendusabi osakondades NANDA-I koolitustega. Arendusprojekt. Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.

[https://www.ester.ee/record=b5301875\\*est](https://www.ester.ee/record=b5301875*est) (22.12.2021).

Graneheim, U. H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.

DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Harvey, G., Kitson, A. (2015a). PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation Science*, 11(1)33, 1–13.

Harvey, G., Kitson, A. (2015b). *Implementing Evidence-Based Practice in Healthcare: A facilitation guide*. Abingdon, Oxon: Routledge.

Herdman, H., Kamitsuru, S. (toim). (2020). NANDA International, Inc. õendusdiagnoosid: definitsioonid ja klassifikatsioon 2018–2020. Üheteistkümnes väljaanne. Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.

Infosüsteem LIISA funktsionaalne kirjeldus. (2014). Medisoft AS.

<https://www.riha.ee/Infos%C3%BCsteemid/Vaata/his-liisa> (24.12.21).

Iseseisev statsionaarne õendusabiteenus. Sihtuuringu kokkuvõte. (2016). Terviseameti järelevalveosakond. Tallinn.

Kamil, H., Rachmah, R., Wardani, E. (2018). What is the problem with nursing documentation? Perspective of Indonesian nurses. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 9, 111–114.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214139117301208> (28.12.2021).



Kvade, A-L., Trusova, E., Kohv, A., Kuill, C-L., Parm, L., Nool, I., Peralaan, M. (2020). Quality of nursing documentation in the cardiology department of West-Tallinn Central Hospital. Kogumikus: Lubi, K., Talvik, M., Ojasoo, M., Kööp, K. (toim). (2020). *Public Health & Healthcare in the Move – Opportunities and Challenges in Research, Practice and Policy: Conference Proceedings*, 28.-30.10.20. (46). Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.

[https://conference-service.com/PHHM2020/documents/PHHM2020%20abstract%20book\\_final.pdf](https://conference-service.com/PHHM2020/documents/PHHM2020%20abstract%20book_final.pdf) (28.12.2021).

Lawn, S., Lloyd, A., King, A., Sweet, L., Lyn, G. (2014). Integration of Primary Health Services: being put together does not mean they will work together. *BMC Research Notes*, 7(1), 1–17.

<https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-7-66> (28.12.2021).

Lee, T.-T. (2003). Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 640–647.

DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.00909.x.

Leoni-Scheiber, C., Mayer, H., Müller-Staub, M. (2019) Measuring the effects of guided clinical reasoning on the Advanced Nursing Process quality, on nurses' knowledge and attitude: Study protocol. *Nursing Open*, 6, 1269–1280.

DOI: 10.1002/nop2.299.

Leoni-Scheiber, C., Mayer, H., Müller-Staub, M. (2020) Relationships between the Advanced Nursing Process quality and nurses' and patients' characteristics: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 2020(7), 419–429.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31871727/> (28.12.2021).

Leoni-Scheiber, C., Mayer, H., Müller-Staub, M. (2021). Effekte von Guided Clinical Reasoning auf die Qualität des Advanced Nursing Process. *Pflege*, 34(2), 92–102.

DOI: 10.1024/1012-5302/a000792.

Linch, G. F. C., Lima, A. A. A., Souza, E. N., Nauderer, T. M., Paz, A. A., Da Costa, C. (2017). An educational intervention impact on the quality of nursing records. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 25(e2938), 1–8.

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/gmPJLyzft7whNHZqgXD4rJB/?format=pdf&lang=en> (28.12.2021).

Maghsoudi, T., Cascón-Pereira, R., Hernández Lara, A. B. (2020). The Role of Collaborative Healthcare in Improving Social Sustainability: A Conceptual Framework. *Sustainability*, 12(3195), 1–15.

<https://www.mdpi.com/2071-1050/12/8/3195> (28.12.2021).

Mets, E., Curikova, J., Popel, T., Parm, L., Nool, I., Peralaan, M. (2020). Quality of nursing documentation in the nephrology department of West-Tallinn Central Hospital. Kogumikus: Lubi, K., Talvik, M., Ojasoo, M., Kööp, K. (toim). (2020). *Public Health & Healthcare in the Move – Opportunities and Challenges in Research, Practice and Policy: Conference Proceedings: Tallinn: Tallinn Health Care College, 28.–30.10.20.* (43). Tallinn: Tallinn Health Care College.

[https://conference-service.com/PHHM2020/documents/PHHM2020%20abstract%20book\\_final.pdf](https://conference-service.com/PHHM2020/documents/PHHM2020%20abstract%20book_final.pdf) (28.12.2021).

Müller-Staub, M. (2006 ). General discussion. Kogumikus: Müller-Staub, M. (2006). *Evaluation of the implementation of nursing diagnostics. A study on the use of nursing diagnoses, interventions and outcomes in nursing documentation* (131–144). Bern: Ponsen & Looijen, BV, Wageningen.

[https://moam.info/evaluation-of-the-implementation-of-nursing-diagnostics\\_5ca6b4a4097c47e8648b45c6.html](https://moam.info/evaluation-of-the-implementation-of-nursing-diagnostics_5ca6b4a4097c47e8648b45c6.html) (28.12.2021).

Müller-Staub, M. (2009). Preparing nurses to use standardized nursing language in the electronic health record. *Studies in health technology and informatics*, 146, 337–341.

DOI: 10.3233/978-1-60750-024-7-337. (12.08.19).

Müller-Staub, M., de Graaf-Waar, H., Paans, W. (2016). An Internationally Consented Standard for Nursing Process-Clinical Decision Support Systems in Electronic Health Records. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 34(11), 493–502.

DOI: 10.1097/CIN.0000000000000277.

Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A., Van Achterberg, T. (2006). Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial. Kogumikus: Müller-Staub, M. (2006). *Evaluation of the implementation of nursing diagnostics. A study on the use of nursing diagnoses, interventions and outcomes in nursing documentation* (115–129). Bern: Ponsen & Looijen, BV, Wageningen.

[https://moam.info/evaluation-of-the-implementation-of-nursing-diagnostics\\_5ca6b4a4097c47e8648b45c6.html](https://moam.info/evaluation-of-the-implementation-of-nursing-diagnostics_5ca6b4a4097c47e8648b45c6.html) (28.12.2021).

## Magistrite teadusartiklite kogumik nr 1

Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A., Van Achterberg, T. (2007). Improved Quality of Nursing Documentation: Results of a Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes Implementation Study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*, 18(1), 5–17.

DOI: 10.1111/j.1744-618X.2007.00043.x.

Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A., Van Achterberg, T. (2008). Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 291–301.

DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04700.x.

Naelapää, K. (2018). Õendusdiagnooside, -sekkumiste- ja -tulemuste dokumenteerimise kvaliteet Põhja-Eesti Regionaalhaigla õendusdokumentatsioonis. Magistritöö. Tartu: Tartu Ülikool. <http://hdl.handle.net/10062/60650> (28.12.2021).

Nool, I., Tupits, M., Parm, L. (2020a). Common Nursing Diagnosis and Impact of Training on the Quality of Nursing Documentation in Nursing Clinic. Kogumikus: Lubi, K., Talvik, M., Ojasoo, M., Kööp, K. (toim). (2020). *Public Health & Healthcare in the Move –Opportunities and Challenges in Research, Practice and Policy: Conference Proceedings: Tallinn: Tallinn Health Care College, 28.–30.10.20.* (104). Tallinn: Tallinn Health Care College.

[https://conference-service.com/PHHM2020/documents/PHHM2020%20abstract%20book\\_final.pdf](https://conference-service.com/PHHM2020/documents/PHHM2020%20abstract%20book_final.pdf) (28.12.2021).

Nool, I., Tupits, M., Puusepp, K. (2020a). Standarditud õenduskeele kasutuselevõttust tervishoiuasutustes uuringutele ja koostööprojektidele tuginedes. Kogumikus: Tulva, T., Talvik, M., Ernits, Ü. (toim) *Eesti õendus ajas ja muutumises. Teadus- ja õppemetoodiliste artiklite kogumik* (73–85). Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.

[http://dspace.ttk.ee:8080/bitstream/handle/123456789/146/16.10.20\\_TTK\\_Odede\\_kogumik\\_1-140\\_veeb.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.ttk.ee:8080/bitstream/handle/123456789/146/16.10.20_TTK_Odede_kogumik_1-140_veeb.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (28.12.2021).

Oreofe, A. I., Oyenike, A. M. (2018) Transforming Practice through Nursing Innovative Patient Centered Care: Standardized Nursing Languages. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1319–1322.

[http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/76\\_oyenike\\_special\\_10\\_5.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/76_oyenike_special_10_5.pdf) (28.12.2021).

Patiraki, E., Katsaragakis, S., Dreliozi, A., Prezerakos, P. (2017). Nursing Care Plans Based on NANDA, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification: The Investigation of the Effectiveness of an Educational Intervention in Greece. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(2), 88–93.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/2047-3095.12120> (28.12.2021).

Petrova, E., Dewing, J., Camilleri, M. (2014). Confidentiality in participatory research: Challenges from one study. *Nursing Ethics*, 23(4), 1–8.

DOI: 10.1177/0969733014564909.

Puusepp, K. (2019). 3N-ist 5 täрни õenduseni. Kogumikus: Rannus, K. (toim). *5 TÄRNI ÕENDUS: Rahvusvahelise konverentsi toimetised. 5 TÄRNI ÕENDUS / 5 STAR NURSING, Tallinn, 6-7. nov. 2019.* (10–15). Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.

[https://issuu.com/ttk9/docs/ttk\\_5\\_star\\_nursing](https://issuu.com/ttk9/docs/ttk_5_star_nursing) (28.12.2021).

Qalehsari M. Q., Khaghanizadeh M., Ebadi, A. (2017). Lifelong learning strategies in nursing: a systematic review. *ElectroNIC Physician*, 9(10), 5541–5550.

DOI: 10.19082/5541.

Queiroz, O. C. A de., Sant'Ana, R. S. E., Oliveira, C., Moinhos, A. S., Santos, L. S. (2012). Nurses perception in front of the implementation of nursing diagnosis and prescription. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 6(6), 1346–1351.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3799082/> (28.12.2021).

Spies, C., Seale, I., Botma, Y. (2015). Adult learning: What nurse educators need to know about mature students. *Curationis*, 38(2), 1–7.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26842085/> (28.12.2021).

Sultsmann, M-K., Leppsaar, L., Oras, K., Leibur, J., Seppik, M., Rumberg, E., Unukainen, T., Joona, S. (2017). Kokkuvõte kliinilisest auditist „Iseseisva statsionaarse õendusabi kvaliteet ja põhjendatus“. *Eesti Arst*, 96(6), 310–313.

Zamanzadeh, V., Valizadeh, I., Tabrizi, F. J., Behshid, M., Lotfi, M. (2015). Challenges associated with the implementation of the nursing process: A systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(4), 411–419.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26257793/> (28.12.2021).

TAI tervishoiutöötajate statistika 2019. Tervise Arengu Instituut.

[https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas\\_04THressursid\\_05Tootajad/THHT002.px/table/tableViewLayout2/](https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_04THressursid_05Tootajad/THHT002.px/table/tableViewLayout2/) (22.04.21).

Tammaru, T. (2014). Sissejuhatus. Kogumikus: Paat, V. (toim). (2014). Täiskasvanute täienduskoolituse kvaliteeditagamise juhendmaterjal täiskasvanute täienduskoolitusasutustele. (8-12). Tartu: Haridus- ja Teadusministeeriumi täiskasvanuhariduse osakond.

<http://www.digar.ee/id/nlib-digar:274811> (28.12.2021).

Tervise infosüsteemi edastatavate dokumentide andmekoosseisud ning nende esitamise tingimused ja kord (RT I, 17.08.2021, 9; 20.08.2021).

<https://www.riigiteataja.ee/akt/126112020006> (24.12.2021).

Vabo, G., Slettebø, A., Fossum, M. (2016). Participants' perceptions of an intervention implemented in an Action Research Nursing Documentation Project. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 983-993.

DOI: 10.1111/jocn.13389.

Webb, C. M., Doman, M. (2008). Conducting Focus Groups: Experience from Nursing Research. *Junctures*, 10, 51-60.

<https://junctures.org/index.php/junctures/article/download/49/45> (28.12.2021).

Wilson, R., Slaughter, S., Forbes, D., Hanson, H. M., Khadaroo, R. G. (2016). The experiences of a novice researcher conducting focus group interviews. *International Journal of Nursing Student Scholarship (IJNSS)*, 3, 2-11.

<https://journalhosting.ucalgary.ca/index.php/ijnss/article/view/56795/42932> (28.12.2021).

Õe baaspädevused. (2018). Eesti Õdede Liit. Tallinn.

[https://www.ena.ee/images/KUTSE\\_ARENG/OE\\_BAASPaDEVUSED\\_27apr18.pdf](https://www.ena.ee/images/KUTSE_ARENG/OE_BAASPaDEVUSED_27apr18.pdf) (24.12.21).

Õunapuu, L. (2014). Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes. Tartu: Tartu Ülikool.

<http://hdl.handle.net/10062/36419> (28.12.2021).

# **OPERATSIOONITOATEHNIKU KUTSESTANDARDI LOOMINE EESTIS**

**Kai Slet, RN, APN, MSc**

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla

Kai.Slet@regionaalhaigla.ee

**Lily Parm, RN, MSc**

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

**Märksõnad:** kutsestandard, kvalifikatsioon, operatsioonitoatehnik,  
standardid, patsiendihutus

**Abstract:**

**CREATING PROFESSIONAL STANDARD FOR OPERATING ROOM TECHNICIANS IN ESTONIA**

*In the operating rooms of Estonian hospitals, there are people working as support staff who often lack the relevant qualifications, skills and training, which are prerequisites for providing high-quality and patient-friendly health-care services according to international standards. Estonian hospitals do not regulate the training of support staff working in the operating departments, and such staff do not have a uniform job title.*

*Since Estonian operating room technicians do not have their own professional standard for training, each organisation has provided them with workplace-based training. The professional standard is important as it describes the competencies of the profession that can be used as a basis for curriculum development and to value operating room technicians/assistants as competent team members, providing them with an identity and the opportunity for further training and worthy wage. At the same time, the competence of each team member improves patient safety in the operating rooms.*

*As there are no regulations in Estonia that establish the composition, number and qualification of the members of the operating team, a development project was conducted with the aim of initiating the creation of a professional standard for operating room technicians. The tasks of the project were to describe the Estonian professional system, the professional standard of the operating room technician and the need for qualified labour in the operating room from the aspect of patient safety, and the process of compiling the professional standard. In order to achieve these tasks, thematic research articles, national development strategies and guidelines were examined. Four experts were*

*interviewed to describe the need for skilled labour in the operating room. In order to determine the input required in the application form submitted to the Estonian Qualifications Authority, a survey was conducted by e-mail in all operating departments of Estonian hospitals and in some private clinics (N = 20). Qualitative deductive content analysis was used to analyse the interviews and questionnaires.*

*The project was managed according to the Total Quality Management model (TQM). Based on the theoretical and empirical information gathered during the project, a preliminary application was submitted to the Estonian Qualifications Authority in the spring of 2019 for the preparation of a professional standard for operating room technicians. As a result of the initiative, the national workgroup of professional standards for operating technicians started working in 2020, and in the spring of 2021, the professional standard for operating room technicians, level 4 was approved and published in the Estonian Register of professions. The project has a long-term impact on the quality of work in Estonian operating rooms and patient safety, as a professional standard based on up-to-date competencies allows people to compare their competencies with those required in the profession and it provides the basis for curriculum development. The next development project is the proposal to continue composing an appropriate training plan.*

**Keywords:** *professional standard, qualification, operating room technician, standards, patient safety*



## SISSEJUHATUS JA TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

Arendusprojekt „Operatsioonitoatehnika kutsestandardi koostamine ja kutse registreerimine kutsekojas“ oli algatatud vajadusest parendada Eesti haiglate operatsiooniosakondades patsiendiohutust. Eestis puuduvad regulatsioonid, mis nimetaksid ära kõik operatsioonimeeskonna liikmed, nende arvu ja kvalifikatsiooni (Haigla liikide ..., 2004). Praegu kasutatakse enamiku Eesti haiglate operatsioonitubades abipersonalina töötajaid, kellel puuduvad operatsioonitoas töötamiseks vajalik kvalifikatsioon, oskused ja ettevalmistus ning seda eelkõige patsiendiohutuse aspektist.

Ettevõttele on kompetentne töötajõud toimetulekuvõtmetegur, haritud elanikkond on ellujäämise eeldus (Märja jt, 2003: 209). Siman jt (2019) järgi leiab kinnitust, et tervishoiualane väljaõpe ei kata patsiendiohutuse aspekte. Michelli (2008) järgi pärineb patsiendiohutuse esimene teadlik definitsioon *Institute of Medicine*'i aruandest, milles defineeritakse patsiendiohutus kui „tahtmatu vigastuse vältimine“ (*freedom from accidental injury*), lähenedes patsiendiohutuse probleemile patsiendi vaatest. Maailma Terviseorganisatsioon on defineerinud patsiendiohutuse kui patsiendi vabaduse tarbetust kahjust või võimalikust tervishoiuga seonduvast kahjust (WHO, 2010). Tervishoiusüsteemis mõjutavad patsiendiohutust mitmed tegurid – organisatsioonilised, töökeskkonna, meeskonna ja personaliga seotud faktorid –, mida kokkuvõtvalt nimetatakse ohutuskultuuri dimensioonideks (El-Jardali jt, 2014; Wallin jt, 2015; Richter jt, 2016). Patsiendiohutuse tagamine on pidev protsess, mis hõlmab hariduslikke aspekte, süstemaatilisi tegevusi ohtude tuvastamiseks ja analüüsimiseks (Siman jt, 2019). Idee keskenduda seejuures just operatsioonitubades töötavate tehnikute/hooldajate/abiliste panusele meeskonnatöös on uudne (Venäläinen, 2015: 23).

Tuginedes erinevatele operatsioonitööd reguleerivatele rahvusvahelistele ja riiklikele standarditele, arengustrateegiatele ning dokumentidele, leidis kinnitust, et operatsiooniosakondades ei tohi töötada väljaõppeta inimesed, kuna tööülesanded, mille täitmist neilt oodatakse, eeldavad eelnevat asjakohast väljaõpet (Staffing of ..., 2009; Commission on ..., 2013; PCC Perioperative ..., 2015; Association of ..., 2019; Sosiaali- ja terviseala ..., 2019). Siman jt (2019) leidsid, et viimastel aastatel tehtud uuringute kohaselt on iseloomustanud operatsiooniosakondade töötajate tööd kõrge sagedusega vead kirurgilistel protseduuridel ja ravimite manustamisel, haiglas saadud nakkused, patsientide vigastuste tekkimised jne. Ohutuse tagamiseks peavad haiglad ja tervishoiuteenuse osutajad pidevalt jälgima riskitegureid ning kindlustama elektrooniliste meditsiiniseadmete nõuetekohase hoolduse ja operaatorite korraliku väljaõppe (Euroopa Patsiendiõiguste ..., 2002; Karma jt 2016: 9). Meditsiiniliste vigade vältimiseks tuleb luua kontrolli ja tasakaalu süsteem. Selleks, et tervishoiutöötajad mõistaksid patsiendiohutuse tähendust ja tähtsust ning oskaksid seda oma töös rakendada, on neid vaja koolitada, edendada meeskonnatööd, süsteemset mõtlemist, ausust ja reeglite/juhendite järgimist. Süsteemne mõtlemine aitab töötajatel lahendada probleeme, nähes üksikuid küsimusi tervikuna. Iga töötaja peab olema teadlik oma rollist tervishoiuprotsessis ja hoiatama võimalike vigade eest. Kui tervishoiutöötajad töötavad koos ja on nõuetekohaselt koolitatud, võib patsiendiohutus oluliselt paraneda (Kim jt, 2015).

Operatsioonitubade töö on ressursimahukas ja kallid (Kaye jt, 2012; Venäläinen, 2015: 6). Operatsiooniosakondades suureneb meditsiini- ja infotehnoloogia kasutamine (Misser jt, 2018), need muutuvad üha enam kõrgtehnoloogilisteks keskkondadeks, kus tõuseb surve patsiendiohutusele (Misser jt, 2018; Malley jt, 2015). Tervishoiuvaldkonna ekspertide

arvates ei vähenda tehnoloogia lähikümnendil otseselt tööjõuvajadust, küll aga muudab nõudmisi töötajate oskustele (Tulevikuvaade tööjõu ..., 2017; Rahvastiku tervise ..., 2020; Venäläinen, 2015: 7) ja esitab töötamisel omad väljakutsed (Venäläinen, 2015). Samuti on vaja suurendada jõupingutusi, mille tulemusena muutub tervishoiutöötajate haridus kvaliteetsemaks ja tänapäevasemaks (Transforming and ..., 2013). Vajadust kvaliteetsema ja tänapäevasema hariduse järele mõjutavad „Eesti tervishoiu arengusuunad 2020“ põhjal sellised taustad ja trendid, nagu „uute, spetsiifilisi kompetentse nõudvate, kuid samas efektiivsete ja patsienti säästvate meditsiinitehnoloogiate areng, sh uued seadmed, ravimid ja ravimeetodid“ (Eesti tervishoiu...,2015). Eesti haiglates on reguleerimata, millise ettevalmistusega peaks olema operatsiooniosakondades töötav abipersonal. Haiglajuhid vastutavad selle eest, et asutuses oleksid olemas turvalised süsteemid patsientide ohutuse tagamiseks (Karma jt, 2016).

Käesoleva projekti sihtrühmaks olid operatsioonitoatehnikud kui multidistsiplinaarse meeskonna liikmed, kelle tööks vajalikud oskused tuleb määratleda kutsestandardiga. Iga töö tegemiseks on vajalik kindel kompetentsus, nagu oskused, teadmised, sobivad isikuomadused, hoiakud ja vastav kogemus. Oma kutsealal edukaks tegutsemiseks on loodud kutsestandardid, milles on välja toodud vajalikud kompetentsid kindla eriala kohta. **Kutsestandard** on dokument, mis kirjeldab kutsetegevust ning antud kutsel tegutsemiseks vajalikku kompetentsust (Kutsestandardid, 2019). Organisationsioonidel on võimalus luua struktuure ja protsesse, mille abil minimeeritakse vigade tekkimise tõenäosus (Richter jt, 2016).

Eestis kasutatakse kvalifitseerimata abipersonali jaoks ametinimetusega erinevaid nimetusi: operatsioonitehnik, operatsiooniabiline, hooldaja, põetaja, teenindaja. Eelistus, millist ametinime kusagil kasutatakse, on

seotud eri haiglates loodud ametikohtade nimetusega. Ametinimetus tuleks Eesti piires ühtlustada, ettepanek oli kasutada mõistet „operatsioonitehnik“ – see soovitus tuleneb tervishoiuvaldkonna kutsealade loendist. Eestis on praegu kasutusel patsientide otsese hooldusega mittetegevate isikute ametinimetuses sõna „tehnik“ (nt *sterilisatsioonitehnik, erakorralise meditsiini tehnik, kiirabitehnik, hambatehnik*). Kutsestandardi koostamise protsessi muutus nimetus „operatsioonitehnik“ „operatsioonitoatehnikuks“. Nimetus **operatsioonitoatehnik** (*operating room technician*) on otsetõlge inglise keelest ning selle mõiste kasutamine vähendab võimalust, et abipersonal aetakse segi kirurgia assistendiga. Edaspidi kasutame tekstis mõistet „operatsioonitoatehnik“ ja abitööjõu kirjeldamisel sõna „abipersonal“.

*European Operating Room Nurses Association*’i (edaspidi EORNA) soovitude kohaselt töötavad perioperatiivses perioodis anesteesiaõed, instrumenteerivad õed, tsirkuleerivad õed ja kirurgia assistendid. *Association of Operative Registered Nurses*’i (edaspidi AORN) seisukoht on, et kirurgilise või invasiivse protseduuri ajal on tsirkuleeriv õde registreeritud õde. Ka abipersonalil peab olema määratletud rollifunktsioonide täitmiseks vajalik haridus ja dokumenteeritud pädevus. Lisaks tuleb määratleda patsiendihutuse tagamiseks vajalik töötajate arv (AORN Position ..., 2014; AORN Position ..., 2015; AORN Position ..., 2019). Zheng jt (2012) läbiviidud uurimuses leiti, et meeskonna liikmete arvust sõltub operatsioonile kulutatud aeg ja operatsioonitubade utilisatsioon.

Intraoperatiivses perioodis töötab abipersonal multidistsiplinaarse meeskonna osana, hoolitsedes ja vastutades patsiendi eest kogu operatsioonitoas viibimise aja vältel. Kirjanduse ülevaate tulemusena leidis projekti autor, et Eesti tervishoiu arengustrateegiates ja kutsealade

edendamisel on oluline pöörata tähelepanu uutele nõudmistele ja oskustele. Projektiga sooviti esile tõsta ja algatada diskussiooni operatsioonitoatehnikute kutseala tähtsuse üle ning pöörata tähelepanu patsiendiohutuse temaatikale operatsioonitoatehnikute ebapiisava ettevalmistuse osas. Sellest tulenevalt on tekkinud soov arendada tervishoiuvaldkonna kutsesüsteemi, luua elukestva õppe visiooni ellu viivad koostöövormid ning toetada sellist õpet täiskasvanuhariduses.

Projekti eesmärk oli algatada operatsioonitoatehnikute kutsestandardi loomine. Eesmärgi täitmiseks püstitati alljärgnevad ülesanded.

- Kirjeldada operatsioonitoatehniku kutsestandardi ja kvalifitseeritud tööjõu vajadusi operatsioonitoas patsiendiohutuse aspektist.
- Kirjeldada ja algatada kutsestandardi koostamise ettevalmistamise protsessi.
- Kinnitada operatsioonitoatehniku kutsestandard.

Kutsestandardi eesmärk on kirjeldada olulised miinimumnõuded kutsealal töötamiseks. Kutsestandard koosneb kolmest osast: A-osa kirjeldab tööd; B-osas on kirjeldatud töö tegemiseks vajalikud kompetentsusnõuded, mis jagunevad üldoskusteks ja kompetentsideks; C-osas on esitatud kutsestandardi koostamise ja kinnitamisega seotud info (Operatsioonitoatehnik ..., 2021). Käesolev artikkel annab ülevaate selle arendusprotsessist (Slet, 2019).

## **1. ARENDUSPROJEKTI DISAIN JA UURIMISMETOODIKA**

### **1.1. Metoodika arendusvajaduse kirjeldamiseks**

Projekti ülesannete kohaselt alustati esmalt operatsioonitoatehniku kutsestandardi vajaduse kirjeldamisest, tuginedes olemasolevale teabele. Selleks uuriti tõenduspõhist erialakirjandust, sh uurimistöode artikleid, rahvusvahelisi ja riiklikke standardeid, arengustrateegiaid ning neid reguleerivaid dokumente, ja koostati kirjanduse ülevaade (Slet, 2019: 6, 8–10).

Kirjeldamaks operatsioonitoatehniku kutsestandardi ja kvalifitseeritud tööjõu vajadusi operatsioonitoas patsiendiohutuse aspektist, küsiti lisaks Eesti erialaekspertide arvamust. Tegemist oli käepärase valimiga, mille moodustasid neli operatsiooniõde ja õendusjuhti erinevatest organisatsioonidest üle Eesti. Kõigil neil on üle 20-aastane töökogemus operatsioonitoas ja lisaks 3,5- kuni 20-aastane töökogemus õendusjuhina. Tuginedes metoodilisele kirjandusele, kus fenomenoloogilise uuringu puhul ei ole esmatähtis uuritavate arv, vaid oluline on nende kogemus (Laherand, 2008: 89) ning eesmärk nende sotsiaalsete ja isiklike kogemuste tõlgendamine (Laherand, 2008: 20), võib öelda, et valim oli eesmärgipärane.

Andmete kogumiseks kasutati poolstruktureeritud intervjuud, kus intervjuu kava ja küsimused olid ette valmistatud ja need esitati kindlas järjekorras. Intervjuu skeemil on suunav funktsioon: see aitab püsida fookuses ja vältida ebaproduktiivseid teemasid (Laherand, 2008: 199). Küsimused koostas autor, lähtudes arendusprojekti eesmärgist ja tuginedes teoreetilisele taustale. Lisaks jäeti võimalus esitada lisaküsimusi ja täpsustusi, tagades nii uuringu põhjalikkuse. Kuigi intervjuu struktuurilt oli tegu deduktiivse lähenemisega (kindlad küsimused ette antud), võib väita, et

intervjuudega läheneti uuritavatele siiski fenomenoloogiliselt, sest tunti huvi eelkõige nende subjektiivsete kogemuse vastu (Laherand, 2008: 87).

Uuritavad olid meelsasti nõus uurimuses osalema. Ekspertid tundsid vajadust arutleda teemal, millise ettevalmistusega operatsiooniosakonna abipersonal on, ning soovisid oma panusega edendada patsiendiohutust operatsiooniosakondades töötava tööjõu kvalifikatsiooni parendamise abil. Enne intervjuusid allkirjastati uuritavatega kahes eksemplaris nõusolek, milles informeeriti osalejat uuringu kõikidest aspektidest. Üks nõusolekuleht jäi uuritavale ja teine uurijale. Intervjuusid läbi viies lähtuti headest teadustavadest. Ekspertidena küsitletud isikud osalesid uuringus vabatahtlikult. Uuringut tehes lähtuti sellest, et uuritavad on vabatahtlikult nõus uuringus osalema ja neil on võimalus loobuda uuringus osalemisest. Andmeid analüüsid ja tõlgendades oli võetud kohustus kaitsta uuritavate anonüümsust. Eeldati, et küsimustele vastajate puhul ei ole võimalik tuvastada, kes vastab, ning seega ei saa vastused kuidagi kahjustada vastaja huve. Uuringus saadud tulemusi kasutati üksnes uurimistöös ja arendusprojekti valmides küsimuste vastused hävitati.

Küsimused esitati intervjuueeritavatele eelnevalt paber kandjal. Intervjuud viidi läbi ajavahemikul septembrist oktoobrini 2019 uuritavale sobivas asukohas ja soovitud ajal. Intervjuud lindistati mobiiltelefoni diktofoniga eesmärgil talletada vastused võimalikult täpselt. Intervjuud kestsid keskmiselt 15 minutit. Kahe uuritava intervjuud transkribeeriti, mille tulemusena valmis seitse A4-lehekülge analüüsitavat materjali. Ülejäänud kaks intervjuueeritavat avaldasid soovi vastata intervjuu küsimustele osaliselt kirjalikult, et saaks teema üle rahulikult järele mõelda. Samas avaldasid kirjalikult vastajad valmidust igal ajal vastata täiendavalt küsimustele.

Küsimustele saadud vastuseid analüüsiti, kasutades kvalitatiivset deduktiivset sisuanalüüsi. Deduktiivset lähenemist kasutatakse kvalitatiivses sisuanalüüsis juhul, kui uuritava nähtuse kohta leidub teooriaid ja/või varasemaid uurimusi, mida soovitakse kindlas empiirilises kontekstis kontrollida või edasi arendada (Laherand, 2008: 292). Arvestades vastajate vähesust ja võimalust vastuseid siduda konkreetse isikuga, ei ole tulemustes esitatud tsitaatide autorite tähiseid.

## **1.2. Metoodika kutsestandardi koostamise ettevalmistamiseks**

Kutsestandardi loomisel järgiti „Kutsestandardi koostamise ja vormistamise 2019. a juhendit“. Juhendi järgi on kutsestandardi koostamisel kuus etappi: kutsestandardi koostamise ettevalmistamine (sisaldab kutsestandardi koostamise algatamist, kutsealade kutsete kaardistamist, mis on kutsestandardi koostamise eelduseks); kutsestandardi kavandi koostamine (selles etapis toimub kutsestandardi kavandi väljatöötamise tööühma moodustamine); kutsestandardi kavandi arvamusküsitlus; kutsestandardi lõppkavandi kinnitamine (selle kinnitab Kutsenõukogude Esimeeste Kogu); kutsestandardi avalikustamine (kinnitatud kutse kantakse kutseregistrisse) ja kutsestandardi ülevaatus.

Kutsestandardi koostamise ettevalmistamisse olid meeskonnaliikmetena kaasatud Eesti Operatsioonioodede Ühingu juhatus ja neli operatsioonivaldkonna erialaeksperti. Operatsioonitootehniku kutsestandardi koostamise algatamiseks võeti ühendust SA Kutsekoja esindajaga ning saadi vajalik taotlusvorm. Taotlusvormi täitmiseks oli vaja kaardistada Eestis operatsioonitubades töötava personali arv ja ametikohad. Selleks saadeti Eesti haiglate ja mõne erakliiniku operatsiooniosakondade õendusjuhtidele (N=20) e-posti teel kirjalik küsimustik, milles paluti vastata viiele küsimusele.



- 1) Millist ametinimetust kasutatakse operatsiooniosakonnas töötava „abilise“ ametikohal?
- 2) Mitu „abilise“ ametikohta on avatud operatsiooniosakonnas?
- 3) Mitu isikut antud ametikohti täidavad?
- 4) Kas „abilised“ töötavad röntgenseadmega?
- 5) Kas „abilised“ täidavad sterilisatsioonitehnika ülesandeid?

Küsimused tulenesid kutsestandardi taotlusvormis esitatud küsimustest. Vastuseid analüüsiti sisuanalüüsiga vastavalt andmetüübile: kvantitatiivselt (analüüsitavaks üksuseks arvud) või kvalitatiivselt (analüüsitavaks üksuseks väljendid ja mõttetervikud). Lisaks kasutati taotlusvormis nõutud väljade täitmisel sisendina avalikke riiklikke ja erialaorganisatsioonide standardeid ja juhiseid ning eelnevalt kirjeldatud eksperdiintervjuudest (N=4) saadud teavet.

### **1.3. Projekti juhtimise metoodika**

Projekti juhtimisel lähtuti selle eesmärgist ja ülesannetest ning kasutati tervikliku kvaliteedijuhtimise mudelit TQM (*total quality management*). TQM algab kontseptsioonist, et kvaliteet on esmajärgulise tähtsusega mitte ainult teenuse saajate, vaid ka selle osutajate jaoks, mitte ainult juhtkonna ja organisatsiooni, vaid ka töötajate endi arenguks (Oakland, 2006).

Kvaliteediplaanis sätestas projekti autor selle juhina kvaliteedi eesmärgid ja kirjeldas projekti riskide juhtimist (Slet, 2019: 22–23). „Kvaliteediplaani üks oluline osa on vastutusmaatriks, mille abil määratakse kindlaks, kes on konkreetse ülesande juures vastutavad ...“ (Perens, 2001: 83). Kvaliteedi tagamine hõlmab nii planeerimist, juhtimist kui ka kontrolli. Projekti kvaliteedi kontrolli hindamisel tuleb peamiselt arvestada projekti juhi ning

meeskonna kui „tellija“ ettekujutust projekti lõpptulemusest. Kvaliteedikontrolli ülesanne on saavutatu võrdlemine etteantud kvaliteedikriteeriumitega (Perens, 2001). Projekti kontrolli teostati kahel tasandil: sisene ja väline kontroll. Sisemist kontrolli tegi projektijuht, projektivälist kontrolli viis läbi Eesti Anesteesia- ja Intensiivraviõdede Ühingu esindaja. Riskide hindamiseks ja maandamiseks teostati SWOT-analüüs. Analüüsi tulemusena selgus, et peamine risk antud projektis on see, et mõned olulised organisatsioonid ei toeta vastavat arendust. Selle riski maandamiseks tõhustati kommunikatsiooni ja peeti läbirääkimisi. Koostatud kommunikatsioonikava tagas ladusa infovahetuse ja ennetas info moondumist. Meeskonnaliikmed ja koostööpartnerid suhtlesid omavahel peamiselt telefoni ja e-posti teel (Slet, 2019).

## **2. TULEMUSED**

### **2.1. Ekspertide intervjuude tulemused kutsestandardi vajaduse kohta**

Intervjuude tulemusena sai töö autor empiirilist teavet Eesti kultuuri-kontekstist ning sellest, kuidas operatsioonitoatehnikute kutse loomine mõjutab patsiendiohutust tervishoiuteenuste osutamisel ja kuidas suhtutakse operatsiooniteenistustes meeskonnaliikmetesse, kellel puuduvad erialaspetsiifilised teadmised inimesest, hügieenist, tehnoloogiast jms.

Vastuste põhjal võib välja tuua, et kõik vastajad näevad personali värbamisel, kui raske on uuel töötajal uude töösituatsiooni sisse elada, nt *„alguses on tal algajana ikka väga raske, kuna töö on keeruline nii tehniliselt kui psühholoogiliselt“*.

AORN Position ... (2015) seisukoht on, et kirurgilise või invasiivse protseduuri ajal on tsirkuleeriv õde registreeritud õde. Kaks eksperti märkisid, et seda soovitus ei täideta ja üks õde töötab koos tehniku/abilisega, nt „*meil ei ole teist õde ja siis nemad peavad teadma, mitte ainult oma tööd nad peavad teadma kõiki õe töö aspekte*“; „*[ta on] põhimõtteliselt teise õe eest, kuna ta peab tegelema nii patsiendi, steriilse õega ja üles leidma ka kõik operatsiooniks vajalikud tarvikud ning seadmed*“. On kriitilise tähtsusega, et kõik operatsioonitoas töötavad inimesed omaksid tööks vajalikke teadmisi.

Kõik neli intervjueeritavat kinnitasid, et tööks vajalikke oskusi tööle asunutel ei olnud, nt „*osakonnas tuli tehnik otse tänavalt ehk ilma eelneva väljaõppeta*“. Kõigil neljal juhul mainiti patsiendiohutust, nt „*operatsiooniosakonna töö on kõrge ohutusastmega ning peamiseks probleemiks pean selle töö pikka õppimiskõverat, mis ohustab õppimise ajal tegelikult patsienti*“; „*tänavalt tulnud inimeste suhtumine ei ole operatsiooniosakonna tööspetsiifikat arvestades alati kohane*“; „*inimene tänavalt ei taju alati patsiendiohutusega kaasas käivaid situatsioone ega reageeri sellele piisava vastutustundega*“. Peale selle mainiti asjaolu, et tööle asuvad inimesed ei mõista tihtilugu, kuhu nad ikkagi tööle asuvad, nt „*lahkus kolmandal tööpäeval, sest ei kujutanud ette tööd op.toas*“; „*on ka inimesi, kes ei pea seda katseaegagi vastu ja ütlevad, see ei ole nende jaoks*“.

AORN Position ... (2015) soovitus järgi saab abipersonalilt nõuda vaid selliste ülesannete täitmist, mille täitmiseks neil on vastav haridus ja oskused. Ekspertid märkisid ära teadmisi, mis abipersonalil puuduvad. Peamiseks mureks oli asjaolu, et „*puuduvad teadmised a- ja antiseptikast*“ ning „*kontaktnakkus, see on lõputu teema*“. Perioperatiivses hooldusprotsessis osalejad peavad omama teadmisi hügieenist, aseptikast, isiku-

kaitsevahendite nõuetekohasest kasutamisest, kätehügieenist ning töövahendite ja ruumide puhastamisest (Karma jt, 2016: 37). Operatsioonitubades kasutatavate seadmete hulk, nt „*see erinev aparatuur*“, seab õed ja õendusjuhid rasketesse olukordadesse. Tsirkuleeriv isik täidab tööülesandeid, nagu „*nad paigaldavad žgutti*“ ja „*nemad ju panevad ka paika selle asendi*“ Lisaks ühendab tsirkuleeriv isik erinevad seadmed ja juhhib nende tööd, paigaldab neutraalelektroodi, tagamaks diatermia ohutu kasutamise (Karma jt, 2016: 103).

Tehnoloogia-alane väljaõpe on muutunud üha aeganõudvamaks ning peetakse oluliseks „*tehnoloogia tundmist või üldse tehnoloogilist taiplikkust*“, et õpetataval oleks lihtsam vajalikku infot omandada. Õppimist raskendada asjaoluna mainisid kolm vastajat hirmu tööülesannete täitmise ees, nt „*nad tegelikult kardavad, see nagu tuleb kohe välja*“. Arvestades seda, et intraoperatiivset keskkonda on kirjeldatud kiire tempoga muutuva keskkonnana (Malley jt, 2015), on abipersonalil hirm kiirete ülesannete täitmise ees ning see takistab korralduste täitmist, nt „*ei talu kiirete korralduste andmist ja täitmist ... nad tarduvad*“, ja ülesanded ei saa täidetud õigeaegselt, nt „*hirmust ... ei oska aega planeerida*“. Kokkuvõtlikult võib väita kõigi nelja vastaja puhul, et koolitamise ja õpetamise tulemuslikkus sõltub isiksusest ning iga isiku valmisolekust õppida. Ei osata täpselt ennustada, kuidas uue inimese õpetamine tulemust annab, aga „*koolitada on ikka kergem olnud neid, kes asjast ise huvitatud, lahtiste käte ning mõtlemisega*“. Küsimustele vastanud õendusjuhid mainisid, et tunnetavad üldiselt ruttu ära isiku, kes „*ei suudagi seda ära õppida ja lähebki selle tõttu ära*“, „*ei pea seda õppivat, õpetatavat pinget vastu, lähevad ära*“.

Valmisolekut iseseisvalt tööle asuda hinnatakse kõigis neljas haiglas peamiselt vaatluse ja vestluse teel. Küsitakse tagasisidet kolleegidelt, nt „*kuna*

*tehniku töö eeldab koostööd, siis on suureks abiks hindamisel õdede tagasiside“, ja hinnatakse „vaatluse teel“ valmisolekut iseseisvalt hakkama saada. Pärast hindamisprotsessi, „kui selle järgi tundub, et tehnik saab hakkama, on kõik hästi“, lubatakse töötajal iseseisvalt tööle asuda.*

Probleemina mainiti neljal juhul tehnikute väljaõppeks vajalike koolituste vähesust ning asjaolu, et koolitamine nii olulises ja keerulises üksuses nagu operatsioonituba on ainult tööandja ülesanne. Spetsiifilisi koolitusi organiseerivad ja mõtleavad välja tervishoiuasutuste õendusjuhid. Kasutatakse võimalust osaleda haigla sisekoolitusel (peamiselt hügieeni- ja ergonoomikaalne koolitus) ning SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla (edaspidi PERH) operatsioonikeskuse õendusjuhtide korraldatud tehnikute koolitusel. Lisaks tellitakse seadme- või tootepõhist koolitust tegema ettevõtete esindajaid. Ühel juhul kutsuti Tartu Tervishoiu Kõrgkooli õppejõud sisekoolitusele lektoriks. Arvestades asjaolu, et nii tehnikuid kui ka neile sobivaid koolitusi on vähe, märkisid kõik vastajad, et neil võimaldatakse pakutavatel koolitustel käia ja ka rahalisi ressursse jagub, kuid probleemina toodi välja, et ametikohtade vähesuse tõttu ei ole võimalik personali töölt/tööstajast koolitustele lubada. Negatiivse aspektina toodi välja võimaluste puudumist korraldada koolituspäevi praktiliste harjutustega. Kiideti PERHi tehnikute koolituspäeva, kus toimuvad ka praktilised harjutused. Uuritavad töötasid Eesti erinevates haiglates ning mainimist leidis tõsiasia, et Lõuna-Eesti haiglates töötavatel inimestel on keerulisem tulla koolitustele, mis toimuvad Põhja-Eestis (ja ka vastupidi).

Intervjuu lõpus soovisid eksperdid täiendada oma mõtetega käesoleva projekti eesmäärke. Arvati, et *„kutsestandardiga saaks kehtestada nõuded“,* mida töö operatsiooniosakonnas eeldab. Arvati, et *„ideaalsem variant oleks nii patsiendile kui meditsiinipersonalile, kui operatsioonitehnik tuleks juba*

*eelneva väljaõppega. Sellega saaksime juba eelnevalt selekteerida välja inimese, kes ei sobi kirurgilise tööpetsiifikaga kokku. Kaoks ära ka pikk väljaõppe periood, mis tegelikult patsiendi ohtu seab ning õdede töö raskemaks teeb. Eks ikka õde on see, kes ebakompetentse tehnikuga peab oma töö kõrvalt tegelema“.*

Ühtset ametinimetust peetakse samuti oluliseks: *„Mul oleks hea meel, kui oleks tõesti terves Eestis oopiokitehnikud, mitte nii, et ühes haiglas hooldajad, teises abilised, kolmandas hooldajad, võiks olla üks nimetus terves Eestis. Mingid standardid võiks teha.“* Ametinimetuse eelistasid kolm eksperti tehniku ametinimetust. Ühel juhul arvati, et hooldaja ametinimetuse sobib ka operatsiooniosakonnas kasutamiseks.

Mainimist leidis aspekt, et ka Eestis võiks olla riiklikult kehtestatud standardid, mis reguleeriksid operatsiooniosakondades töötava personali arvu. Võrdlusena mainiti Ühendkuningriigi *Perioperative Care Collaborative*'i (PCC) vastu võetud seisukohta (Staffing of ..., 2009; Staffing Policy ..., 2009) ja AORNi (2014) koostatud soovitusi, mille kohaselt perioperatiivses personalipoliitikas tuleks sätestada õenduspersonali minimaalne arv, mida vajatakse eri tüüpi operatiivsete või muude invasiivsete protseduuride juures.

## **2.2. E-küsitluse tulemused kutsestandardi eeltaotluse koostamiseks**

Eesti haiglate ja mõne erakliiniku operatsioonitubade õendusjuhtidele (N=20) esitatud küsitluse tulemusel selgus, et operatsioonitubades töötab abitööjõuna ligikaudu 200 inimest, ametikohti on avatud ligikaudu 180. Ametinimetuseks olid kasutusel järgmised nimetused: operatsioonitehnik, operatsiooniabiline, hooldaja, põetaja, teenindaja. Röntgen-

seadmega opereeris abitöötajad kahes haiglas, sterilisatsioonitehnika tööülesandeid ei täidetud mitte üheski asutuses.

### **2.3. Kutsestandardi taotlemise ja koostamise tulemused**

Taotlus kutsestandardi koostamise ettepanekuga esitati 2019. aasta kevadel. Kutsestandardi väljatöötamise kinnitas Kutsenõukogude Esimeeste Kogu. Järgmiseks moodustati koostöös SA Kutsekojaga kutsestandardi koostamise töörühm, mille esimene kohtumine toimus jaanuaris 2020. Töörühm moodustati 11 inimesest (sh kutsekoja esindaja). Töörühma tööst võttis aktiivselt osa 10 liiget. Ajavahemikul veebruarist septembrini 2020 käis koos operatsioonitehnika kutsestandardi töörühm ning töö tulemusena valmis operatsioonitehnika 4. taseme kutsestandardi kavand.

Kutsestandardi kavand edastati laiemale ringile arvamusküsitluseks. Arvamusküsitluse käigus tutvustati valminud kutsestandardit laiemale kasutajate ringile ning saadi tagasiside, mida arvestati kutsestandardi lõppkavandi koostamisel. Kutsestandardi kavandi väljatöötamise töörühm süstematiseeris ja analüüsis saabunud arvamused ja ettepanekud ning koostas arvamuste kokkuvõtte, koondades kõik saabunud ettepanekud ühte dokumenti (kutsestandardisse). Tagasiside kõigile arvamusküsitluses osalenutele anti veebipõhiselt. Tagasisides anti ülevaade ettepanekute arvestamise/mittearvestamise kohta ning põhjendati ettepanekute mittearvestamist. Ettepanekute ja märkuste põhjal koostati kutsestandardi lõppkavand, mis saadeti teist korda arvamusküsitlusele.

Arvamusküsitluse läbinud kutsestandardi lõppkavand esitati Kutsenõukogude Esimeeste Kogule, kes otsustab kutsele määratletud Eesti

kvalifikatsiooniraamistiku taseme asjakohasuse ning esmase kutse paigutamise Eesti kvalifikatsiooniraamistikus. Kutsenõukogu kinnitas 29.04.2021 operatsioonitoatehniku kutsestandardi koos kutsele määratud Eesti kvalifikatsiooniraamistiku tasemega 4 (Operatsioonitoatehnik ..., 2021).

### **3. ARUTELU JA JÄRELDUSED**

Operatsioonitoatehnikute kutsestandardi loomise algatamisega suunas projektijuht operatsioonitubade töö eest vastutavate asjaosaliste tähelepanu operatsiooniosakondades töötava abipersonali kvalifikatsioonile ja väljaõppele. Siiani on Eesti operatsioonitubades abipersonali väljaõpe olnud üsna limiteeritud. Koolitusi korraldavad õendusjuhid vastavalt võimalustele. Koolitajateks on tavaliselt õendusjuhid ise, kaasates infektsioonikontrolliõdesid.

Loodud kutsestandardiga saab ühtlustada vastava ameti nimetuse kõigis operatsioonitubades üle Eesti. Ametinimetus aitab kaasa arusaamale, kus abipersonal töötab. Arendusprojekti autor ja erinevate haiglate õendusjuhid pidasid sobilikuks kasutada ametinimetuses sõna „tehnik“. Kutsestandardi koostamise etapis toimus arvamusküsitlus. Küsitlusega paluti avaldada arvamust kutsestandardi sisu osas, lisaks olid oodatud ettepanekud, millist ametinimetust kutsestandardis kasutada. Praegu kasutatakse kvalifitseerimata abipersonali puhul ametinimetuseks eri nimetusi. Kutsestandardi arvamusküsitluse ettepanekute tulemusena otsustati ametinimetuseks valida „operatsioonitoatehnik“.

Tuginedes projekti raames läbiviidud intervjuudele ja e-küsitlusele ning projektijuhi isiklikele töökogemustele, võib öelda, et praegu oodatakse



Eestis operatsioonitoatehnikutelt selliste ülesannete täitmist, milleks neil puuduvad vajalikud oskused. Kõik kogutud empiirilised andmed tõendasid kutsestandardi loomise ja sellele vastava väljaõppe vajadust. Samal seisukohal on ka rahvusvahelised erialased uurimistööd, tervishoiuteenuseid reguleerivad standardid ja juhised (Staffing of ..., 2009; Commission on ..., 2013; PCC Perioperative ..., 2015; Association of ..., 2019; Sosiaali- ja terveysalan ..., 2019). Lisaks andsid eksperdid intervjuudes teada, milliseid oskusi abitööjõult oodatakse ning mida võiks kompetentsinõuetes kirjeldada. Seejärel arutleti kutsestandardi töörühmas läbi, milliste tööülesannete täitmist erinevates haiglates operatsioonitoatehnikult nõuda. Tulemusena märgiti kutsestandardisse need üldoskused ja kompetentsid, mis tuginevad nii rahvusvahelistele hea praktika näidetele erialakirjandusest kui ka Eesti tervishoiusüsteemi eripäradest tulenevatele praktilistele vajadustele, mida väljendasid nii kutsestandardi töörühma liikmed kui ka arendusprojekti intervjuudes osalenud tunnustatud eksperdid üle Eesti.

Patsiendi ohutuse tagamiseks peavad haiglad ja tervishoiuteenuse osutajad pidevalt jälgima riskifaktoreid ning kindlustama elektrooniliste meditsiiniseadmete nõuetekohase hoolduse ja operaatorite tasemel väljaõppe (Euroopa Patsiendiõiguste ..., 2002; Karma jt, 2016: 9). Kirjanduse ülevaate tulemusena leiti, et Eesti tervishoiu arengustrateegiates ja kutsealade edendamisel on oluline pöörata tähelepanu uutele nõudmistele ja oskustele (Rahvastiku tervise ..., 2020; Tulevikuvaade tööjõu ..., 2017). Patsiendi-ohutust saab edendada ainult standardiseeritud õppeprotsessi (Goalsarran jt, 2018; Bates jt, 2019) ja standardite abil (Kaye jt, 2012; Guidance for ..., 2015).

Intervjuu avatud küsimusi analüüsid selgus, et erialaekspertid näevad puudujääke operatsioonitoas töötavate abitööliste teadmistes

tehnoloogia, a- ja antiseptika, isikukaitsevahendite nõuetekohase kasutamise, nakkuste leviku takistamise ja patsientide positsioneerimise kohta. Samuti toodi välja, et töötajatel võiks olla senisest suurem eneseregulatsioonivõime töötamiseks pingelises ja intensiivse tempoga operatsioonivaldkonna töökeskkonnas.

Tuginedes nii kirjandusele kui ka erialaekspertide arvamusele, saab järeldada, et patsiendiohutuse tagamine on pidev protsess. Arendusprojekti tulemusel saame muuta hariduslikke aspekte, mis mõjutavad patsiendiohutust. Kui võimaldada operatsioonitoatehnikutele kompetentsipõhine väljaõpe, paraneb operatsioonitubades patsiendiohutuse. AORN Position ... (2015; 2019) soovitude järgi sõltuvad operatsioonitoas töötava abipersonali tööülesanded omandatud kvalifikatsioonist. Seejuures ei tohi unustada, et abipersonali töö toimub registreeritud õe järelevalve all (PCC Perioperative ..., 2015; Association of ..., 2019; Commission on ..., 2013; Lääkintähtimestari-sairaankuljettaja ..., 2019). Seega tuleb otsestelt juhtidel üle vaadata kogu operatsioonitoa meeskonna koosseis ja töökorraldus ning määratleda operatsioonitoatehniku tööülesanded vastavalt kinnitatud kutsestandardile.

Eesti tervishoius on vaja jätkuvalt diskuteerida selle üle, millise pädevusega töötajad operatsiooniosakondades töötavad ning kuidas on korraldatud nende väljaõpe. Kutsestandardi koostamise töörühma liikmetel olid erinevad arusaamad operatsioonitoas töötava abipersonali pädevuste osas. Arutelu tulemusena jõuti siiski vastavates pädevustes kokkuleppele ning selle põhjal valmis kutsestandard. Lisategurina, millest võib sõltuda kutsestandardi rakendumine, saab esile tuua erialase haridussüsteemi ülesehituse. Järgmise sammuna tuleb tegeleda asjakohase koolitusprogrammi või -kava loomisega. Ka selleks on hea tunda teiste riikide

praktikat ja lähtuda töötajate koolitamisel kutsestandardiga kokkulepitud kompetentside kujundamisest.

Töötajate pädevuse garantiiks on aga organisatsiooni kui terviku ja selle liikmete pidev õppimine. Arendusprojekti autori seisukoht on, et tänapäevaste organisatsioonide väärtusest aina olulisema osa moodustab inimkapital. Tervishoiuteenuse osutaja jaoks loob kvalifitseeritud töäjõud majanduslikud eelised, kui personali väljaõppega minimeeritakse tegevusi, mis võivad potentsiaalselt suurendada ohtu teenuse kvaliteedile (Transforming and ..., 2013; Tulevikuvaade töäjõu ..., 2017). Seega on selle projekti rakendumisel vaja peale kutsestandardi ja õppekava ka organisatsioonide toetust. Siinkohal saab just tööandja appi tulla. Intervjuudega kogutud informatsiooni põhjal saab järeldada, et operatsioonitubades on töötajate koolitamise ressursid üsna piiratud ning probleemid erinevates Eesti haiglates on sarnased ega ole seotud konkreetse organisatsiooniga. Projekti- ja õendusjuhina on autor arvamisel, et kinnitatud kutsestandardile tuginedes tuleb luua Eestis süsteem, kus operatsioonituppa või -osakonda tööle asuv abipersonal on läbinud eelnevalt standardiseeritud õppekava, millega on kaetud tööks vajalikud oskused ja teadmised. Kutsestandard võimaldab operatsioonitoatehnikutele kompetentsipõhist väljaõpet ning aitab teadvustada tööandjatele, milliste tööülesannete täitmist operatsioonitoatehnikutel nõuda. Sellest lähtuvalt ka ettepanek tööandjatele, et võimaldades töötajatele tööks vajalikku väljaõpet, suurendame oskuseid ja hoiakuid, mis on olulised just patsiendiohutuse aspektist.

Projekti raames anti lühike ülevaade kutsestandardite süsteemist Eestis (Kutsesüsteem ..., 2019). Kutsestandardi koostamise protsess Eestis on suhteliselt pikk ja koosneb mitmest etapist, kuid see on selgelt reguleeritud ning seda koordineerib SA Kutsekoda. Arendusprojekti tulemusena on

kutsekojas kinnitatud operatsioonitoatehnika 4. taseme kutsestandard, mis annab aluse hakata kavandama õppekava või koolitusprogrammi, millega saame muuta hariduslikke aspekte, mis mõjutavad patsiendi-ohutust operatsioonitubades. Kutsestandardi kinnitamisega on loodud võimalused operatsioonivaldkonna kui terviku kvaliteedi tõstmiseks. Kutsestandardi abil saame kutset tutvustada laiemale ringile ning see suurendaks operatsioonitoatehnikute elukutse usaldusväärsust ja tõstaks selle mainet. Kui eriala valikul ollakse enam kursis selle tegeliku sisuga, kandideerivad operatsioonitoatehnika ametikohale ka suurema tõenäosusega isikud, kellele see töökoht võiks hästi sobida.

Arendusprojekti eesmärgi täitmiseks oli arendusprojekti püstitatud kolm ülesannet, mis said edukalt täidetud. Projekti edukuse võtmeks peab autor projekti eesmärgi ning pühendunud projektimeeskonda. Väga oluline oli meeskonna liikmetena kaasata Eesti Operatsioonitööde Ühingu liikmeid, kes esindasid erinevate haiglate operatsioonitube. Projekti edukusele andis märkimisväärse panuse kutsestandardi koostamise tööühm. Kõik selles osalejad olid teadlikud, milliste ülesannete täitmist operatsioonitoas töötavatelt abilistelt nõutakse. Samuti oli oluline roll projekti edukuse juures selle läbimõeldud kontrollisüsteemil, mis tagas arendusprojekti kvaliteedi sisemise ja välise süstemaatilise järelevalve.

## **KOKKUVÕTE**

Eesti haiglate operatsioonitubades töötab abipersonalina inimesi, kellel sageli puuduvad vastav kvalifikatsioon, oskused ja ettevalmistus, mis on rahvusvaheliste standardite kohaselt eelduseks kvaliteetse ja patsiendile ohutu tervishoiuteenuse osutamisel. Eesti haiglates on reguleerimata,

millise ettevalmistusega peaks olema operatsiooniosakondades töötav abipersonal ning sellisel personalil puudub ka ühtne ametinimetus.

Kuna Eesti operatsioonitoatehnikutel ei ole koolitamiseks oma kutsestandardit, on iga organisatsioon neid õpetanud töökohapõhiselt. Kutsestandard on oluline, sest see võimaldab kirjeldada kutse kompetentsid, mille saab aluseks võtta õppekava loomisel ja väärtustada operatsioonitehnikuid/abilisi kui asjatundlikke meeskonnaliikmeid, andes neile identiteedi ning võimaluse väljaõppeks ja vääriliseks töötasuks. Ühtlasi parandab iga meeskonnaliikme kompetentsus patsiendiohutust operatsioonitubades.

Kuna Eestis puuduvad regulatsioonid, mis kehtestaksid operatsioonimeeskonna liikmete koosseisu, arvu ja kvalifikatsiooni, viidi läbi arendusprojekt eesmärgiga algatada operatsioonitoatehnikute kutsestandardi loomine. Projekti ülesannetena kirjeldati Eesti kutsesüsteemi, operatsioonitoatehniku kutsestandardi ja kvalifitseeritud tööjõu vajadust operatsioonitoas patsiendiohutuse aspektist ning kutsestandardi koostamise protsessi. Selleks töötati läbi teemakohased teadusartiklid, riiklikud arengustrateegiad ja juhendid. Kirjeldamaks vajadust kvalifitseeritud tööjõu järele operatsioonitoas, intervjueriti nelja erialaeksperti. Selgitamaks välja SA Kutsekojale esitatava taotluse vormis nõutud sisendit, viidi e-posti teel läbi küsitlus kõikides Eesti haiglate ja mõne erakliiniku operatsiooniosakondades (N=20). Intervjuude ja küsimustike analüüsimiseks kasutati kvalitatiivset deduktiivset sisuanalüüsi.

Projekti juhtimisel järgiti tervikliku kvaliteedijuhtimise mudelit (TQM). Tuginedes projekti käigus kogutud teoreetilisele ja empiirilisele teabele, esitati 2019. aasta kevadel SA Kutsekojale eeltaotlus operatsioonitoa-

tehnikute kutsestandardi koostamiseks. Algatuse tulemusena alustas aastal 2020 tööd üleriigiline operatsioonitehnika kutsestandardi töörühm ning 2021. aasta kevadel kinnitati ja avaldati kutseregistris Eestis operatsioonitoatehnika 4. taseme kutsestandard. Projektil on pikaajaline mõju Eesti operatsioonitubade töö kvaliteedile ja patsiendi ohutusele, sest ajakohastel kompetentsidel põhinev kutsestandard võimaldab inimestel võrrelda oma kompetentsust kutsealal nõutavaga ning on aluseks õppekavade koostamisel. Järgmise arendustööna on ettepanek jätkata asjakohase koolituskava koostamisega.

## **KASUTATUD KIRJANDUS**

AORN Position Statement. (2015). AORN Position Statement on Allied Health Care Providers and Support Personnel in the Perioperative Practice Setting.

<https://www.aorn.org/guidelines/clinical-resources/position-statements> (15.08.2021).

AORN Position Statement. (2019). AORN Position Statement on Perioperative Registered Nurse Circulator Dedicated to Every Patient Undergoing an Operative or Other Invasive Procedure.

<https://www.aorn.org/guidelines/clinical-resources/position-statements> (15.08.2021).

AORN Position Statement. (2014). AORN Position Statement on Perioperative Safe Staffing and On-Call Practices.

<https://www.aorn.org/guidelines/clinical-resources/position-statements> (15.08.2021).

Association of Surgical Technology (AST). (2019). Position Statement on Unlicensed Assistive Personnel.

[https://www.ast.org/AboutUs/Position\\_Statements\\_Guidelines/](https://www.ast.org/AboutUs/Position_Statements_Guidelines/) (01.12.2021).

Bates, J., Schrewe, B., Ellaway, R. H., Teunissen P. W., Watling, C. (2019). Embracing standardisation and contextualisation in medical education. *Medical Education*, 53(1): 15–24.

DOI: 10.1111/medu.13740.

Commission on Accreditation of Allied Health Education Programs (CAAHEP). (2013). <https://www.caahep.org/Students/Program-Info/Surgical-Technology.aspx> (01.12.2021).

Goolsarran, N., Hamo, C. E., Lane, S., Frawely, S., Lu, W. H. (2018). Effectiveness of an inter-professional patient safety team-based learning simulation experience on healthcare professional trainees. *BMC Medical Education*, 18(1), 192. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30089502> (01.12.2021).

Guidance for the Assistant Practitioner role in perioperative support. (2015). Health Education England, Manchester University. <https://www.ewin.nhs.uk/sites/default/files/Guidance%20for%20the%20Assistant%20Practitioner%20role%20in%20perioperative%20support.pdf> (01.12.2021).

Haigla liikide nõuded. (RTL 2004, 2016, 1816; 05.09.2004). <https://www.riigiteataja.ee/akt/793970?leiaKehtiv> (01.12.2021).

Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020. (2015). Sotsiaalministeerium. [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/tervishoiu\\_arengusuunad\\_2020.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/tervishoiu_arengusuunad_2020.pdf) (29.05.2019).

El-Jardali, F., Sheikh, F., Carcia, N. A., Jamal, D., Abdo, A. (2014). Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Services Research*, 14, 122. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-122> (01.12.2021).

EORNA common core curriculum perioperative nursing. (2012). <https://eorna.eu/eorna-common-core-curriculum-for-perioperative-nursing-third-edition-2019/> (01.12.2021).

Euroopa Patsiendiõiguste Harta. (2002). Eesti Patsientide Liidu koduleht. <http://patsiendid.ee/patsiendi-oigused/euroopa-patsiendioiguste-harta> (01.12.2021).

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M., Perttunen, J. (2016). Helsinki: Sanoma Pro Oy (kordustrükk 2018). Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M., Perttunen, J. (2016). Perioperatiivinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kaye, A. D. (toim), Fox III, C. J. (toim), Urman, R. D. (toim). (2012). Operating Room Leadership and Management. *Cambridge University Press*, (lk 67–76; 222–234).

Kim, F. J., da Silva, R. D., Diedra Gustafson, D., Nogueira, L., Harlin, T., David L. Paul, D. L. (2015). Current issues in patient safety in surgery: a review. *Patient Safety in Surgery*, 9, 26. DOI: 10.1186/s13037-015-0067-4.

Kutsestandardid. SA Kutsekoda.

<https://www.kutsekoda.ee/kutsestandardid/> (01.12.2021).

Kutsesüsteem. SA Kutsekoda.

<https://www.kutsekoda.ee/kutsesusteem/> (01.12.2021).

Laherand, M.-L. (2008). Kvalitatiivne uurimisviis. Tallinn (lk 20, 87–89; 292).

Lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja. (2019). Ammatitieto.

[http://www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/15/3/233\\_ammatti](http://www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/15/3/233_ammatti) (01.12.2021).

Malley, A., Kenner, C., Kim, T., Blakeney, B. (2015). The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transitions. *AORN Journal*, Aug, 102(2): 181.e1–181.e9.

DOI:10.1016/j.

Misser, N. S, van Zaane, B., Jaspers, J. E. N., Goozen, H., Versendaal, J. (2018). Implementing Medical Technological Equipment in the OR: Factors for Successful Implementations. *Journal of Healthcare Engineering*, published online 2018 Aug 29.

DOI: 10.1155/2018/8502187.

Michell, P. H. (2008). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.

Märja, T., Lõhmus, M., Jõgi, L. (2003). Andragoogika raamat õppimiseks ja õpetamiseks. Tallinn (lk 209).

Oakland, J. S. (2006). Terviklik kvaliteedijuhtimine: Teooria ja praktika. Tallinn: Külim (lk 18–19).

Operatsioonitoatehnik, tase 4. Kutsestandard. (2021). Tervishoiu Kutsenõukogu. Tallinn.

<https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/exportPdf/10859002/> (15.08.2021).



PCC Perioperative Support Worker. (2015). The Perioperative Care Collaborative – Position.

Perens, A. (2001). Projektijuhtimine. Tallinn (lk 83).

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. (2021). Sotsiaalministeerium.

[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta\\_05.05.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf) (17.08.2021).

Richter, J. P., McAlearney, A. S., Pennell, M. L. (2016). The influence of organizational factors on patient safety: Examining successful handoffs in health care. *Health Care Manage Review*, 39(1): 32–41.

DOI: 10.1097.

Siman, A. G., Braga, L. M., Amaro, M. O. F., Brito, M. J. M. (2019). Practice challenges in patient safety. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6): 1504–1511.

<https://www.scielo.br/j/reben/a/xVGnxHjMmX8m5yty3BHty3f/?format=pdf&lang=en> (01.12.2021).

Slet, K. (2019). Operatsioonitehnika kutsestandardi koostamine ja kutse registreerimine kutsekojas. Arendusprojekt. Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.

[https://www.ester.ee/record=b5301961\\*est](https://www.ester.ee/record=b5301961*est) (01.12.2021).

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto.

<https://eperusteet.opintopolku.fi/#/fi/esitys/1724172/ops/rakenne> (01.12.2021).

Staffing of Obstetric Theatres – A Consensus Statement. (2009). The Association for Perioperative Practice.

<https://www.afpp.org.uk/careers/Standards-Guidance> (22.03.2019).

Staffing Policy Template. (2009). The Association for Perioperative Practice.

<https://www.afpp.org.uk/careers/Standards-Guidance> (05.11.2019).

Tulevikuvaade tööjõu- ja oskuste vajadusele: tervishoid. (2017). SA Kutsekoda.

[http://oska.kutsekoda.ee/wp-content/uploads/2016/04/tervishoiu\\_uuringu\\_terviktekst.pdf](http://oska.kutsekoda.ee/wp-content/uploads/2016/04/tervishoiu_uuringu_terviktekst.pdf) (01.12.2021).

Transforming and scaling up health professionals' education and training. WHO guidelines. (2013).

<https://www.who.int/publications/i/item/transforming-and-scaling-up-health-professionals%E2%80%99-education-and-training> (02.03.2019).

Venäläinen, T. (2015). Moniammatillisen leikkaussalitiimin yhteistyön toimivuus.

<https://erepo.uef.fi/handle/123456789/16036> (01.12.2021).

Wallin, C.-J., Kalman, S., Sandelin, A., Färnet, M.-L., Dahlstrand, U., Jylli, L. (2015). Creating an environment for patient safety and teamwork training in the operating theatre: A quasi-experimental study. *Medical Teacher*, Mar, 37(3): 267–76.

DOI: 10.3109/0142159X.2014.947927.

A brief synopsis on patient safety. (2010). WHO Regional Office for Europe.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0015/111507/E93833.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf) (01.12.2021).

Zheng, B., Panton, O. N. M., Al-Tayeb, T. A. (2012). Operative length independently affected by surgical team size: data from 2 Canadian hospitals. *Canadian Journal of Surgery*, 55(6): 371–376.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3506685/> (01.12.2021).

# **PEREÕE TEGEVUSJUHENDI TÄIENDAMINE: ÕENDUSABI OSUTAMINE SISSERÄNNANUD MOSLEMIPATSIENTIDELE**

**Ruth Estrin, RN, RM, APN, MSc**

Certific OÜ  
ruth@mrt.ee

**Taimi Tulva, PhD**

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool  
Tallinna Ülikool

**Mare Tupits, RN, MSc**

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

**Märksõnad:** õendusabi, sisserännanud moslemipatsient,  
kultuuriline kompetents, pereõe tegevusjuhend

**Abstract:**  
**IMPROVING THE FAMILY NURSES' GUIDELINES:  
PROVIDING CARE TO IMMIGRANT MUSLIM  
PATIENTS**

*Increasing global population migration requires that nursing care meets the needs of different communities. Inequality in health care for religious minorities deserves special attention, as religious beliefs and values greatly influence patients' health behavior. Understanding how religious values affect health behavior will lead to fairer, higher quality and more efficient health care delivery. Therefore, a development project was conducted in 2020 based on Madeleine Leininger's Transcultural Nursing theory.*

*The aim of the development project was to devise a supplement to the family nurses' guidelines on providing care to immigrant Muslim patients in Estonia, taking into account the patients' cultural traits. Solely evidence-based literature was used in the course of preparing the project and compiling the supplement to the nurses' guidelines on providing care. Within the framework of the project, an electronic questionnaire for nurses was conducted on the Google Forms platform. The aim of the survey was to determine the cultural competence of Estonian nurses and the readiness to provide service for patients from other cultures. The questionnaire consisted of two parts. The first was based on an evidence-based Mokken scale, the use of which was given written consent by the author of the said scale, Emeritus Professor Dr Robert Jan Mokken. In addition to the use of Mokken scale, nurses were asked additional questions about their age, length of service and gender. In compiling the development project, the author relied on Madeleine Leininger's nursing theory.*

*Based on the theoretical framework and the results of the survey, the guidelines on nursing care for immigrant Muslims in Estonia was produced. The overview of the evidence-based literature demonstrated that the most important key point in providing culturally competent nursing care for an immigrant Muslim patient is the knowledge of and respect for the beliefs and practices of the Islam faith. The results of the questionnaire demonstrated nurses are not prepared to provide service for patients from other cultures. Nurses are not able to explain the impact of cultural factors on the patients' attitudes towards health and illness. In addition to that, nurses do not have knowledge of the cultural aspects connected to health and illness and the related theory. The produced guidelines consists of five pages and is divided into five parts by topics and provides evidence-based instructions.*

**Keywords:** *nursing care, immigrant Muslim patient, cultural competence, family nurses' guidelines*

## **SISSEJUHATUS JA TEOREETILISED LÄHTEKOHAD**

Kultuuriliselt kompetentne ja kvaliteetne õendusabi on suure tähendusega miljonitele sisserändajatele, kes kasutavad erinevaid tervishoiuteenuseid Euroopas iga päev (Priebe jt, 2011). Üleilmse rahvaste rände tõttu on tekkinud tarvidus, et õendusabi vastaks eri kogukondade vajadustele (Kaakinen jt, 2018: 234). Üha enam mõistetakse, kuivõrd tähtis on kultuuriliselt kompetentne, ohutu ja kvaliteetne õendusabi nii üksikisiku kui ka organisatsiooni tasandil, et tagada kõigile õiglane ja võrdne tervishoid (Curtis jt, 2019; Coutinho jt, 2019). Käesoleva artikli eesmärk on esitada kokkuvõttev ülevaade arendusprojektist „Pereõe tegevusjuhendi täiendamine Eestisse sisserännanud moslemipatsientidele õendusabi osutamisel“ (Estrin, 2021).

Patsiendi aktiivset kaasamist otsuste tegemisse on peetud üheks kvaliteetse ja kultuuriliselt kompetentse tervishoiuteenuse tunnuseks, sest nii peetakse patsienti kvaliteetse tervishoiuteenuse meeskonna liikmeks (Harrison jt, 2019). See tähendab, et kvalifitseeritud õed peaksid lisaks kvalifikatsioonile omama teadmisi eri kultuuridest ning olema valmis kohanema tööks patsientidega, kel on erinev kultuuri- ja keeletaust ning teistmoodi veendumused ja vajadused. Mõistes, kuidas religioossed väärtused mõjutavad tervisekäitumist, saavutatakse õiglasem, kvaliteetsem ja tõhusam tervishoiuteenuste pakkumine. Lisaks väärib tervishoius erilist tähelepanu religioosete vähemuste ebavõrdsus, sest just religioossed tõekspidamised ja väärtused mõjutavad suurel määral patsientide tervisekäitumist. (Padela jt, 2011).

Paljudes riikides tajuvad eri kultuuridest pärit vähemusrahvused sageli halvemat ligipääsu tervishoiuteenustele ja on seetõttu ka kehvema

tervisega kui põliselanikud (Bhui jt, 2015; Cioffi, 2013; Ferdinand jt, 2015; Stein-Parbury, 2018). See on sageli tingitud õdede ja patsientide vahelistest suhtlemisbarjääridest, mis takistavad oluliselt pagulaste ja sisserändajate võimalusi kasutada tervishoiuteenust ning toovad tervishoius kaasa ebavõrdse kohtlemise (McGarry jt, 2018). Nagu iga patsient, tunneb ka sisserännanud patsient ennast kõrvalejäetuna ja kaitsetuna, kui teda ei kaasata tema raviga seotud otsustesse (White jt, 2019). Tõhusal kaasamisel on määrava tähtsusega mitmekesisuse tunnustamine. Arvestada tuleb patsiendi kultuuriliste vaadetega ja isikliku taustaga. Seepärast peab tervishoiutöötajate **kultuuriline kompetentsus** hõlmama eri kultuuride alast teadlikkust ja teadmisi, vajalikku tundlikkust ja oskusi erinevatest vähemustest pärit patsientidega suhtlemisel. (Perng ja Watson, 2012; Harrison jt, 2019). Kui tervishoiutöötaja ei mõista või ei tunnusta patsiendi kultuurilist erinevust, kannatab abi kvaliteet ja patsientide rahulolu (Cameron jt, 2014). See omakorda võib kahjustada patsienti või halvendada ravitulemust (Probast ja Imhof, 2016; Stein-Parbury, 2018; Wain jt, 2016).

Nüüdisaja maailmas on enamik riike multikultuursed, st seal elab mitmest rassist ja paljudest rahvustest inimesi, kes tunnistavad eri religioone, räägivad erisuguseid keeli ja omavad igaüks oma kultuuritraditsioone (Arnold ja Boggs, 2016: 114–117). Moslemeid on hinnatud kristlaste järel suuruselt teiseks religioosseks rühmaks maailmas: 2015. aasta seisuga oli moslemeid kokku 1,8 miljardit ehk nad moodustasid 24,1% kogu maailma rahvastikust. (Wehbe-Alamah jt, 2020). Eesti moslemid jagunevad põhiliselt tatarlasteks ja aserbaidžaanlasteks (Riiel, 2013). Islamiusulisi elas 2011. aasta rahvaloenduse ajal Eestis 1508 (Rahva ja ..., 2011) ning Eesti islamikogukond on pidevalt suurenenud, sh teistest riikidest ülikooli õppima asunud tudengite arvelt (Järva, 2015). Patsientide veendumused

ja tavad, mis on välja kujunenud kodumaal, jätkuvad sageli ka uues riigis, mistõttu on oluline, et tervishoiutöötaja austaks patsiendi kultuurilisi uskumusi ja tavasid. Eri kultuuride mõistmine on tervishoiutöötajatele suur väljakutse. On tavapärane, et sisserännanud patsiendid vajavad rohkem aega, seega tuleks nende paremaks teenindamiseks võimaluse korral pikendada tavapärast visiidi kestvust. Samuti võib vaja minna korduvaid visiite, et tagada patsiendile parim võimalik abi. Nõustamisprotsess on üldjuhul pikk ja sisutihe. Patsientidele ei pruugi visiidi ajal räägitu alati meelde jääda või nad ei mõista keelebarjääri tõttu infot täielikult. Eriti tuleb seda ette pagulaspatsientide puhul. Seetõttu on oluline töötada kultuuriliste vähemuste jaoks välja uued teabematerjalid: pildimaterjali ja videote näitamisel salvestab patsient infot paremini. (Harrison jt, 2019).

Ehkki etnilised ja rassilised tervisega seotud erinevused on tervishoiualases kirjanduses hästi dokumenteeritud, on religioonide lõikes tervisealast infot ja usulisi erinevusi endiselt vähe uuritud. Sarnaselt etnilise päritoluga on religioon üks kultuuri osa, mõjutades oluliselt tervisekäitumist ning nõudes ka tervishoiutöötajate tähelepanu. Moslemid esindavad kogukonda, mis on küll etniliselt ja rassiliselt mitmekesine, kuid mida seob ühine religioosne traditsioon, mis kujundab nende tervisekäitumist ja tervishoius saadud kogemusi. (Padela ja Zaidi, 2018). Religioossed väärtused ja veendumused on tihedalt seotud kultuuritavade ja -normidega, kujundades patsiendi arusaama tervisest ja haigusest, mõjutades tema ootusi kohtumisele tervishoiuteenuse osutajaga ja tervishoiutöötaja antud soovistest kinnipidamist, suunates meditsiiniliste otsuste vastuvõtmist ja avaldades seeläbi mõju inimese tervisele üldiselt. Religioon ja vaimsus mõjutavad otseselt inimese vaimset ja füüsilist tervist läbi toimetuleku, tervisekäitumise ja tervishoiust abi otsimise. (Padela jt, 2011). Siiski peab mees pidama, et iga patsient on indiviid ning ka samasse religiooni



kuuluvad inimesed võivad teatud tavasid ja kombeid järgida erinevalt. Seetõttu on õendusabi osutamisel esmatähtis keskenduda patsiendile individuaalselt, et vältida üldistamist ja stereotüüpide tekkimist. (Wehbe-Alamah jt, 2020).

Tuginedes Madeleine M. Leiningeri kultuuridevahelise õenduse teooriale võib väita, et patsiendi tervisel ja haigusel on seos inimese kultuurilise tausta, uskumuste ja tavadega (Molloy jt, 2015: 19). Samuti pidas Leininger oluliseks, et tervishoiuteenuse osutajad omaksid erinevate kultuuride kohta sisulisi teadmisi, et pakkuda patsientidele õiglast ja kultuuriliselt kompetentset abi (McFarland jt, 2012). Teaduskirjandusest selgub, et moslemite tavad võivad nii tervist ohtu seada kui ka seda parandada või edendada. Näiteks võivad ramadaaniaegne paastumine ja palverännakud Mekasse (hadž) põhjustada terviseriske, samas kui islami ettekirjutused seksuaalkäitumise ning alkoholi tarvitamise ja suitsetamise kohta on tervisele kasulikud (Padela jt, 2018). Peamine probleem õendusabi osutamisel nii moslemipatsientidele kui ka mõne muu kultuuritaustaga patsientidele on õdede vähene kultuuri mõistmine ja sallivus ning oskamatus esitada patsiendile eetilistelt korrektset kultuurikohaseid küsimusi (Rassool, 2014). Moslemipatsiendid on märkinud, et usaldavad koheselt rohkem õde, kes on neile kinnitanud, et austab nende usku, ja õe antud tervisealaseid soovitusi järgitakse suurema tõenäosusega (Padela jt, 2011).

Sisulised teadmised eri kultuuridest lihtsustavad oluliselt õe tööd (Sagar, 2014). Tervishoiuteenus peab vastama patsiendi kultuurilistele väärtustele, tõekspidamistele ja traditsioonidele ning kultuuriteadlikkus aitab ehitada ja tugevdada tervishoidu ja kultuuride vahelist õendusabi (Sagar, 2011), kuid Tallinna Perearstide Seltsi tööühma 2009. aastal koostatud pereõe tegevusjuhend ei sisalda juhtnööre õendusabi osutamiseks

teisest kultuuriruumist sisserännanud patsientidele (Pereõe tegevusjuhend ..., 2009). Seega oli tegevusjuhendi täiendamiseks olemas nii teoreetiline alus kui ka praktiline vajadus.

Arutelus Eesti Õdede Liidu (EÕL) asepresidendiga selgus, et õed vajaksid juurde nii oskusi kui ka teadmisi kvaliteetse õendusabi osutamiseks eri kultuuridest pärit patsientidele. Ühise arutelu tulemusena leiti, et sisserände suurenedes puutuvad tervishoiutöötajad üha enam kokku erineva kultuuritaustaga patsientidega, kelle tavasid, kombeid ja uskumusi ei tunta. Need aspektid mõjutavad aga oluliselt patsientidele osutatava õendusabi kvaliteeti ning patsiendi suhtumist tervisesse ja haigusesse.

Arendusprojekti (Estrin, 2021) eesmärk oli välja töötada pereõe tegevusjuhendile täiendus, mis sisaldaks juhtnööre õendusabi osutamiseks Eestisse rännanud moslemipatsientidele, arvestades nende kultuurilist eripära. Tegevusjuhendi täiendus aitab õdedel mõista moslemipatsientide kultuurilisi eripärasid ning pakkuda patsientidele kvaliteetsemat õendusabi. Eesmärgi täitmiseks seati järgmised ülesanded:

- koostada erialase kirjanduse ülevaade, tuginedes tõendus põhiste allikatele;
- viia Eesti õdede seas läbi küsitlus otsides Mokkeni skaala abil vastust uurimisküsimusele: milline on Eesti õdede hinnangul nende kultuuriline kompetentsus ja valmisolek osutada õendusabi teisest kultuuriruumist pärit patsientidele;
- töötada välja pereõe tegevusjuhendile täiendus õendusabi osutamiseks Eestisse sisserännanud moslemipatsientidele.

## 1. ARENDUSPROJEKTI DISAIN JA UURIMISMETOODIKA

Teabe kogumise meetodina kasutati struktureeritud ankeetküsitlust. Küsitluse koostamisel kohandati Mokkeni skaalat õdede kultuurilise kompetentsi kohta, mille abil hinnatakse õdede teadlikkust, teadmisi, tundlikkust ja oskusi eri kultuuritaustaga patsientidega töötamisel (Perng ja Watson, 2012). Projekti autor sai skaala kasutamiseks kirjaliku nõusoleku emeriitprofessorilt dr Robert Jan Mokkenilt. Tagamaks tõlke vastavust originaalile kasutati keeleekspertide abi. Lisaks Mokkeni skaala 20 väitele, millele oli 5 vastusevarianti, sisaldas küsitlus küsimusi vastaja vanuse, soo ja tööstaaži kohta (Estrin, 2021: lisa 2).

Ankeetküsimustik sisestati programmi *Google Forms* ja Eesti Õdede Liit saatis selle e-kirja teel kõigile liitu kuuluvatele õdedele täitmiseks ajavahemikus 20. juuli 2020 – 14. september 2020. Samuti saatis projekti autor küsimustiku viiele perearstikeskusele ja ühele piirkondlikule haiglale. Küsitlusele vastamine oli respondentidele vabatahtlik, neil oli õigus keelduda või jätta küsimustik pooleli.

Küsimustiku sulgemise hetkel oli laekunud vastuseid **102** respondendilt. Andmeid analüüsiti kirjeldava statistika abil (sagedusjaotused n ja %). Projekti autor vastutab isiklikult andmete konfidentsiaalsuse eest. Kõik *Google Forms*'is koostatud ankeetküsimustiku vastused kanti programmi *Microsoft Excel 2010* ning neid hoiustatakse autori isiklikus parooliga kaitstud arvutis. Andmed kustutatakse pärast artikli avaldamist.

Kuna tegemist oli ekstensiivse uurimusega, siis oli ankeetküsitluse meetodil mitmeid eeliseid. Elektroonilise küsimustiku üheks suurimaks eeliseks võib pidada seda, et respondendid said vastata küsimustele endale sobival

ajal. Samuti lihtsustasid valmis vastusevariandid hiljem andmete töötlemist ning selliselt koostatud ankeetküsitlus vähendas tõenäosust, et respondent jätab küsimusele vastamata. Siiski kaasneb valmis vastusevariantide kasutamisega oht, et tulemused ei ole valiidsed, sest vastuste seas ei pruugi olla ühtegi sellist varianti, mis respondendi olukorra või arvamusega täpselt sarnaneks. (Hirsjärvi jt, 2010; Lagerspetz, 2017). Samas oli arendusprojektis kasutatud Mokkeni skaala vastuste seas välja toodud variant „Ei kommenteeri“, mis vähendas mittevalliidsete vastuste ohtu.

Arendusprojekti autor analüüsis tõenduspõhiseid kirjandusallikaid süstemaatiliselt ning valis neist projekti teoreetilise raamistiku koostamiseks välja eesmärgipäraselt sobivaimad. Kirjandusallikate valimisel lähtuti tõenduspõhisusest, teemakohasusest ja uudsusest, olles sealjuures allikakriitiline. Autor kasutas kirjanduse otsimisel järgmiseid andmebaase: *EBSCOhost*, *CINAHL*, *EBSCOhost: MEDLINE* ja *PubMed*. Samuti kasutas autor kahte – Eesti Statistikaameti ja *Eurostat*’i – statistika andmebaasi. Teoreetiline taust koostati allikatest saadud teabe analüüsi, üldistuste ja süstematiseerimise tulemusena. Teoreetilise tausta koostamisel lähtuti selle täielikust kooskõlast uurimistöö teema, probleemi ja eesmärgiga. Tõenduspõhistele kirjandusallikatele tuginedes valmis uurimiseesmärgile vastav, teemakohane ja uudne teoreetiline raamistik õendusabi osutamisest sisserändajatele, moslemipatsientidest õendusabi saajana ning Madeleine Leiningeri teooriast kultuuridevahelise õendusabi kohta (Estrin, 2021: 11–20).

Arendusprojekti teostamisel lähtuti Tartu Ülikooli eetikakeskuse töörühma ja Eesti Teadusagentuuri töörühma poolt 2017. aastal välja töötatud „Hea teadustava“ dokumendist (Juurik jt, 2017). Arendusprojekti autor on olnud vaba uurimisprobleemi ja -rühma valikul ning ei ole teadustööd

puudutavate otsuste tegemisel olnud mõjutatud teise isiku soost, vanusest, rahvusest, rassist, usust, staatusest ega muudest tunnustest, mis ei ole otsuse jaoks asjakohased. Autor vastutab teadustöö tulemuste ja tagajärgede eest ning teadvustab, et tema töö võib mõjutada teisi inimesi ja tulevasi põlvkondi. Ühtlasi austab arendusprojekti autor uuringusse kaasatud inimeste väärikust, autonoomiat ja privaatsust, peab lugu kultuurilisest mitmekesisusest ning suhtub hoolivalt inimkonnaainelisse ja vaimsesse pärandisse.

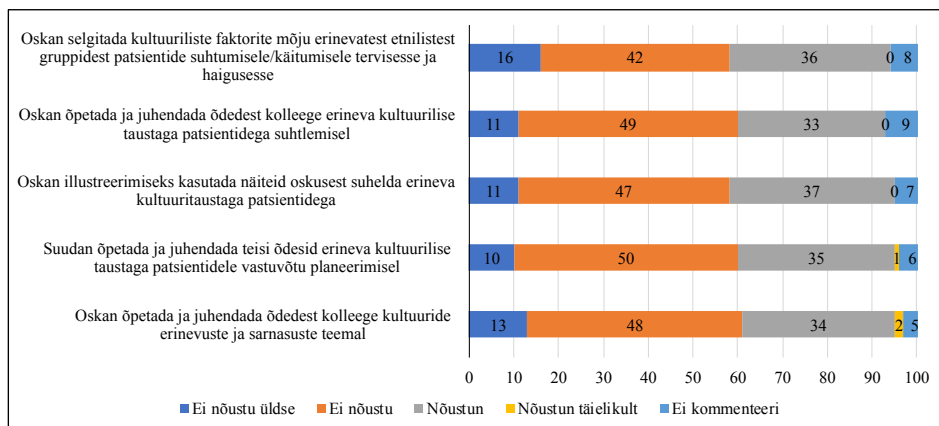
## **2. TULEMUSED**

### **2.1. Õdede küsitluse tulemused**

Analüüsimeks Eesti õdede kultuurilist kompetentsust ja valmisolekut osutada teisest kultuurist pärit patsientidele õendusabi, on allpool esitatud küsitluse tulemused. Küsimustikule laekus 2020. aasta septembriks 102 respondendi vastus. Respondentide seas oli 100 naist ja 2 meest vanuses 25–79 eluaastat. Kõige enam (26%; n=27) oli respondentide seas õdesid, kelle tööstaž oli 1–10 aastat. Küsitluse tulemused iga väite kohta eraldi on esitatud arendusprojekti tekstis ja joonistena selle lisas (Estrin, 2021: 23–28) ning on koondatud artiklis joonistele 1–4.

Respondentide vastustest selgus, et koguvalimist 41% (n=42) ei oska selgitada kultuuriliste faktorite mõju erinevatest etnilistest gruppidest patsientide suhtumisele tervisesse ja haigusesse ning sellest lähtuvale tervisekäitumisele. 48% (n=49) vastanud õdedest ei oska õpetada ega juhendada õdedest kolleege teistsuguse kultuuritaustaga patsientidega suhtlemisel. Samuti selgus, et 49% (n=50) vastanud õdedest ei nõustu väitega, et nad suudavad õpetada ja juhendada teisi õdesid erineva kultuuritaustaga

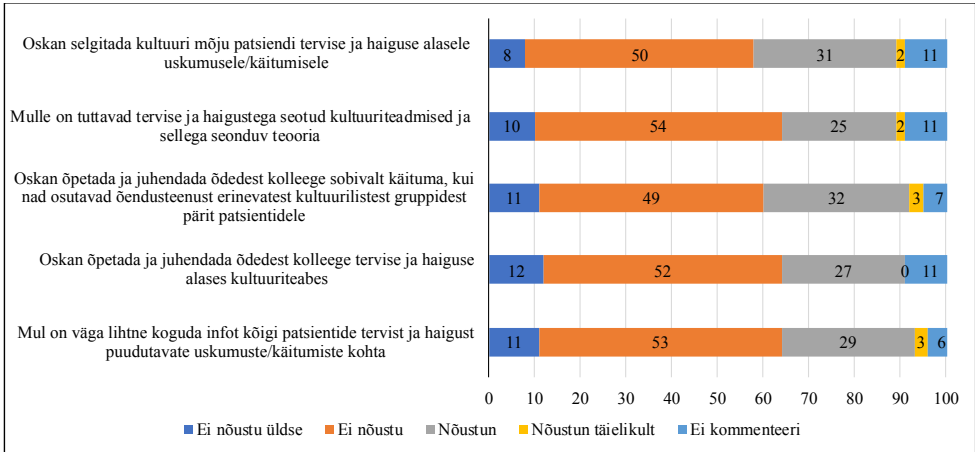
patsientidele vastuvõtu planeerimisel. Joonisel 1 on välja toodud Mokkeni skaala esimese viie väite kõik vastusevariandid.



**Joonis 1.** Respondentide jagunemine väidetele 1–5 antud vastuste järgi (n=102).

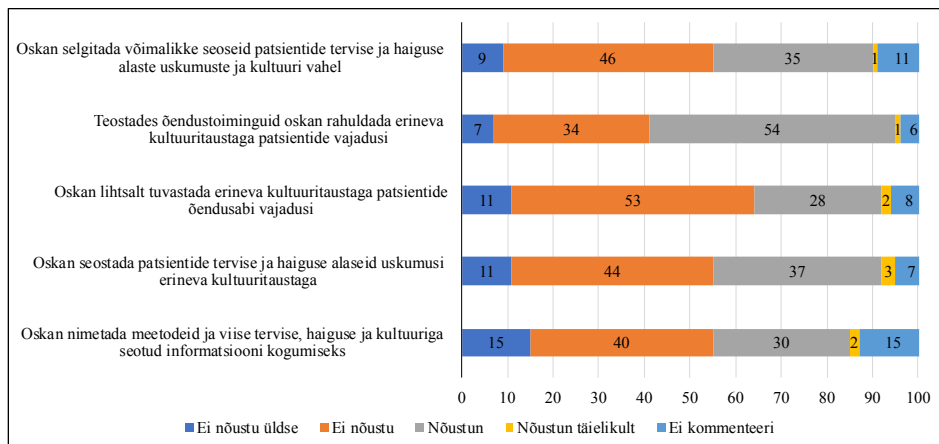
52% (n=53) õdedest vastas, et neil ei ole lihtne koguda infot patsientide tervist ja haigust puudutavate uskumuste/käitumise kohta. 53% (n=54) respondentidest ei nõustu väitega, et neile on tuttavad tervise ja haigustega seotud kultuuriteadmised ja sellega seonduv teooria. Kõik respondentide vastused Mokkeni skaala väidetele 6–10 on välja toodud joonisel 2.

## Magistrite teadusartiklite kogumik nr 1



**Joonis 2.** Respondentide jagunemine väidetele 6–10 antud vastuste järgi (n=102).

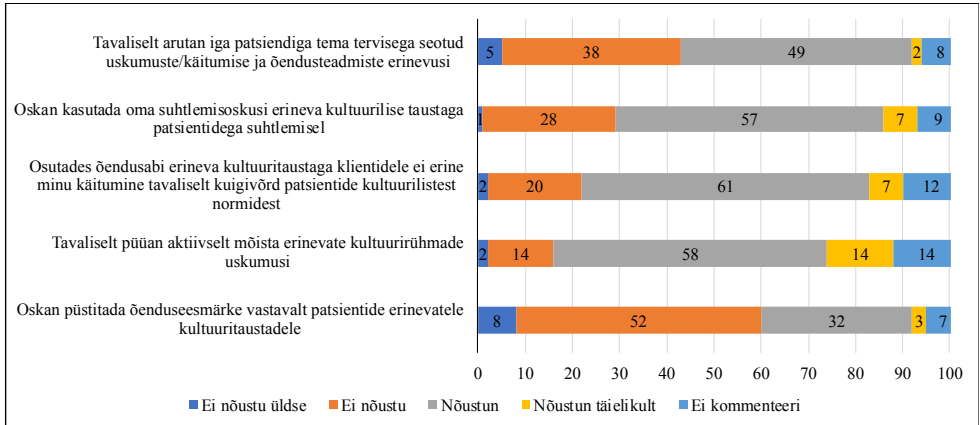
Küsitlusest selgus, et 52% (n=53) õdedest ei nõustu väitega, et nad oskavad lihtsalt tuvastada erineva kultuuritaustaga patsientide õendusabi vajadusi. Samas nõustub 53% (n=54) vastanud õdedest, et nad oskavad õendus- toimingute tegemise ajal rahuldada erineva kultuuritaustaga patsientide vajadusi. Respondentide kõik vastused väidetele 11–15 on välja toodud joonisel 3.



**Joonis 3.** Respondentide jagunemine väidetele 11–15 antud vastuste järgi (n=102).

51% (n=52) respondentidest ei nõustu väitega, et nad oskavad püstitada õenduseesmärke vastavalt patsiendi kultuuritaustale. Samas püüavad õed aktiivselt mõista erinevate kultuurirühmade uskumusi ning 57% (n=58) respondentidest nõustus selle väitega. Kõik respondentide vastused väidetele 16–20 on välja toodud joonisel 4.





**Joonis 4.** Respondentide jagunemine väidetele 16–20 antud vastuste järgi (n=102).

## 2.2. Pereõe tegevusjuhendi täiendus

Arendusprojekti tulemusena valmis pereõe tegevusjuhendi täiendus õendusteenuse osutamiseks Eestisse sisserännanud moslemipatsientidele (Estrin, 2021: lisa 4). Tõenduspõhise kirjanduse ülevaatest selgus, et sisserännanud moslemipatsiendi puhul on kultuuriliselt kompetentse õendusabiteenuse osutamisel oluline võtmepunkt islami religiooni, uskumuste ja tavade tundmine ning austamine. Projekti raames valminud täiendus pereõe tegevusjuhendile aitab õdedel seda eesmärki paremini saavutada. Küsimustiku analüüsist nähtus, et õed ei oma eri kultuuride kohta teoreetilisi teadmisi, seega keskendus autor juhendi koostamisel ka islami kultuurile iseloomulike tunnuste, uskumuste ja tavade tutvustamisele. (Estrin, 2021: lisa 4).

Juhendi täiendused on vormistatud viiel leheküljel, mis käsitlevad viite teemat: 1) kuus soovitus moslemipatsientide kultuurilise eripäraga

arvestamiseks õendusabi osutamisel; 2) kaksteist alapunkti moslemipatsientide iseloomulikest tunnustest, uskumustest ja tavadest; 3) seitse alapunkti moslemipatsientide toitumise eripäradest; 4) seitse alapunkti rasestumisvastaste vahendite ja raseduse katkestamise kohta; 5) üheksa alapunkti moslemipatsientide vastuvõttude planeerimiseks. Kõik juhendi täienduses toodud faktid ja soovitused on leidnud tõenduspõhist kinnitust kirjanduses ning vormistatud selgete ja üheselt mõistetavate lausetena (iga alapunkti kohta 1–2 lauset).

### **3. ARUTELU JA JÄRELDUSED**

Arendusprojekti planeerimisel ilmnas, et Eestis ei ole eri kultuuridest pärit patsientidele õendusabi osutamiseks eraldi õendusabi tegevusjuhendit. Tõenduspõhistest kirjandusallikatest lähtuvalt nõuab üha multikultuursemas ja globaliseerivas maailmas kvaliteetse õendusabi osutamine õdedelt kultuurilist kompetentsust. Projekti autori läbiviidud kvantitatiivsest uurimusest selgus, et Eesti õed ei ole valmis osutama eri kultuuridest pärit patsientidele õendusabi ning pigem jääb kultuurilisest kompetentsusest vajaka. Seetõttu oli vaja ka täiendada pereõe tegevusjuhendit juhustega, mis aitaksid osutada teisest kultuuriruumist pärit patsientidele õendusabi. Religioon mõjutab oluliselt patsientide suhtumist nii tervisesse kui ka haigusesse ja selleks, et õed suudaksid pakkuda patsiendikeskset, efektiivset ja kvaliteetset õendusabi, tuleb neil arvesse võtta patsientide kultuurilist eripära, nende väärtushinnanguid, uskumusi ja tavasid. Samuti võib teooria põhjal järeldada, et pereõe tegevusjuhendi täiendus on abiks moslemipatsiendile õendusabi osutamisel ning tagab õiglasema ja kvaliteetsema tervishoiuteenuse osutamise.

Lisaks oleks selles valdkonnas vaja läbi viia ka täienduskoolitusi eri kultuuride kohta. Õed küll püüavad aktiivselt mõista teiste kultuurirühmade uskumusi, nagu kirjanduski soovib, kuid teiste kultuuride tundmine, eriti tervist ja haigusi puudutavas, on puudulik. Projekti autor lisab, et õdedel on vaja ka arvesse võtta, et moslemipatsiendil võivad olla tervishoiuteenusele sellised ootused, mida õdedel ei ole alati võimalik täita.

Arendusprojekti eesmärk ja ülesanded said täidetud. Autor tuvastas Eesti õdede kultuurilise kompetentsuse taseme Mokkeni skaala abil ning tõestas antud vallas arendusvajaduse. Tuginedes arendusprojekti teoreetilisele raamistikule, valmis projekti tulemusena tõendus põhise teabe baasil pereõe tegevusjuhendile täiendus õendusabi osutamiseks Eestisse sisse rännanud moslemipatsientidele. Seda täiendust saavad kasutada nii õed kui ka teised tervishoiutöötajad, et anda moslemipatsientidele paremat ja kvaliteetsemat õendusabi. Pereõe tegevusjuhendi täiendus on patsiendikeskne, edendab võrdsust tervishoius ja tagab kultuuriliselt kompetentse õendusabi osutamise. Juhendi täiendus soodustab patsiendi ja õe vahelist positiivset interaktsiooni ning vastastikuse austuse tekkimist. Juhendi täiendus aitab õel paremini mõista sisse rännanud moslemite vajadusi, uskumusi, tavasid ja ootusi tervishoiuteenusele. Seeläbi saavad õed osutada moslemipatsientidele ka kvaliteetsemat õendusabi.

Valminud täiendust pereõe tegevusjuhendile on plaanis lähiajal tutvustada EÕLi volikogule ja ka Eesti Ämmaemandate Ühingule (EÄÜ). Kuna Eesti õed ei ole valmis eri kultuuridest pärit patsientidele õendusabi osutama, vajavad nad kultuurilise kompetentsuse tõstmiseks peale tegevusjuhendi täienduse ka vastavaid täiendkoolitusi. Järgmisena soovib projekti autor õendusabi parendamiseks ja edasise arendustegevusega jätkamiseks läbi viia kultuurilise kompetentsuse ankeetküsitluse ämmaemandate seas,

sest ämmaemandate huvi projekti raames korraldatud küsitluse vastu oli suur. Samuti võiksid tulevased terviseteaduse magistrandid arendada projekti ideed edasi ja koostada juhendeid teistest kultuuridest pärit patsientidele abi osutamise kohta.

## KOKKUVÕTE

Ülemaailmse rahvastiku rände suurenemise tõttu vajavad ka Eesti õed rohkem teadmisi, oskusi ja kultuurilist kompetentsust, et mõista religioossete vähemuste tervisekäitumist ja saavutada nendega koostöös tõhusam ja kvaliteetsem tervishoiuteenus. Selleks viidi 2020. aastal läbi arendusprojekt, mis tugines Madeleine Leiningeri teooriale kultuuridevahelisest õendusabist.

Projekti eesmärk oli välja töötada pereõe tegevusjuhendile täiendus, mis kirjeldaks õendusabi osutamist Eestisse sisserännanud moslemi-patsientidele, võttes arvesse nende kultuurilist eripära. Projekti raames koostati õdedele elektrooniline ankeetküsimustik programmis *Google Forms*, et mõõta Eesti õdede kultuurilist kompetentsust ning valmisolekut osutada teisest kultuurist pärit patsientidele õendusabi. Küsimustik koosnes taustaküsimustest ja emeriitprofessor dr Robert Jan Mokkeni skaalast, mille kasutamiseks andis skaala autor kirjaliku loa. Lisaks Mokkeni skaalale esitati õdedele küsimusi nende tausta kohta (nt vanus, tööstaaž ja sugu).

Tuginedes teoreetilisele raamistikule ja küsitlustulemustele, koostati projekti tulemusena pereõe tegevusjuhendile täiendus Eestisse sisserännanud moslemipatsientidele õendusabi osutamise kohta. Erialakirjanduse põhjal ootavad sisserännanud moslemipatsiendid kultuuriliselt

kompetentse õendusabi puhul õdedelt islami religiooni ja tavade tundmist ning austamist, kuid Eesti õdedel puuduvad piisavad kultuuriteadmised ja ka valmisolek osutada teisest kultuuriruumist pärit patsientidele õendusabi. Samuti selgus küsitluse tulemustest, et õed ei oska selgitada kultuuriliste faktorite mõju patsiendi suhtumisele tervisesse ja haigustesse. Projekti käigus valminud täiendus pereõe tegevusjuhendile annab teadmiste ja valmisoleku parendamiseks tõenduspõhiseid juhiseid.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Bhui, K. S., Aslam, R. W., Palinski, A., McCabe, R., Johnson, M. R. D., Weich, S., ... Szczepura, A. (2015). Interventions to improve therapeutic communications between Black and minority ethnic patients and professionals in psychiatric services: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 207(2), 95–103.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.158899> (16.12.2021).

Boggs, U. K., Arnold, E. C. (2016). *Interpersonal Relationships. Professional Communication Skills for Nurses*. United States of America: Elsevier.

Cameron, B. L., Carmargo Plazas, M. D. P., Salas, A. S., Bourque Bearskin, R L., Hungler, K. (2014). Understanding inequalities in access to health care services for aboriginal people: A call for nursing action. *Advances in Nursing Science*, 37(3).

DOI: 10.1097/ANS.0000000000000039.

Cioffi, J. (2013). Being inclusive of diversity in nursing care: A discussion paper. *Collegian*, 20(4), 249–254.

DOI: 10.1016/j.colegn.2012.11.004.

Coutinho, E., Amaral, S., Parreira, M. V. B. de C., Chaves, C. B., Amaral, O., Nelas, P. (2019). Nurses- puerperal mothers interaction: searching for cultural care. *Revista Brasileirade Enfermagem*, 72(4), 910–917.

<https://www.scielo.br/j/reben/a/hyC7Hxf7htw34LnbCXL73p/?lang=en> (16.12.2021).

Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S. J., Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: A literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 1–18. <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-019-1082-3> (16.12.2021).

Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021–2030. Ühised sammud terviseni. (2020). Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing, Eesti Õendusjuhtide Ühing. Tallinn. [https://www.ena.ee/images/ELANIKONNALE/Eesti\\_õenduse\\_ammaemanduse\\_arengustrateegia\\_2021\\_2030.pdf](https://www.ena.ee/images/ELANIKONNALE/Eesti_õenduse_ammaemanduse_arengustrateegia_2021_2030.pdf) (16.12.2021).

Estrin, R. (2021). Pereõe tegevusjuhendi täiendamine Eestisse sisserännanud moslemipatsientidele õendusabi osutamisel. Arendusprojekt. Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. [https://www.ester.ee/record=b5406284\\*est](https://www.ester.ee/record=b5406284*est) (16.12.2021).

Ferdinand, A. S., Paradies, Y., Kelaher, M. (2015). Mental health impacts of racial discrimination in Australian culturally and linguistically diverse communities: A cross-sectional survey. *Health behavior, health promotion and society. BMC Public Health*, 15(1), 1–14. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1661-1> (16.12.2021).

Harrison, R., Walton, M., Chauhan, A., Manias, E., Chitkara, U., Latanik, M., Leone, D. (2019). What is the role of cultural competence in ethnic minority consumer engagement? An analysis in community healthcare. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 191. <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-019-1104-1> (16.12.2021).

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. (2010). Uuri ja kirjuta. Tallinn: Medicina.

Juurik, M., Lilles-Heinsar, L., Lõuk, K., Meriste, H., Parder, M-L., Soone, M., Sutrop, M., Velbaum, K., Veski, L., Eessalu, M., Engelbrecht, J., Koppel, A., Kulu, P., Ling, K., Maimets, T., Mäger, K., Mällo, T., Niglas, K., Nurk, E., Pärtlas, M., Sinijärv, U., Uustalu, T. (koost). (2017). Hea teadustava. Tartu: Tartu Ülikooli eetikakeskus. [https://www.eetika.ee/sites/default/files/www\\_ut/hea\\_teadustava\\_trukis.pdf](https://www.eetika.ee/sites/default/files/www_ut/hea_teadustava_trukis.pdf) (16.12.2021).

Järva, J. (2015). Islamiusuliste radikaliseerumine vanglates – Eesti olukord. Magistritöö religiooniuuringutes. Tartu: Tartu Ülikooli usuteaduskond.

Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Robinson, M. (2018). Family Health Care Nursing. Theory, practice, and research. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Lagerspetz, M. (2017). Ühiskonna uurimise meetodid. Sissejuhatus ja väljajuhatus. Tallinn: Tallinna Ülikooli Kirjastus.

McFarland, M. R., Mixer, S. J., Wehbe-Alamah, H., Burk, R. (2012). Ethnonursing: A Qualitative Research Method for Studying Culturally Competent Care Across Disciplines. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(3), 259–279.

<https://doi.org/10.1177%2F160940691201100306> (30.12.2021)

McGarry, O., Hannigan, A., De Almeida, M., Severoni, S. ... Macfarlane, A. (2018). What strategies to address communication barriers for refugees and migrants in health care settings have been implemented and evaluated across the WHO European Region?

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534365/pdf/Bookshelf\\_NBK534365.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534365/pdf/Bookshelf_NBK534365.pdf) (16.12.2021).

Molloy, L., Walker, K., Lakeman, R., Skinner, I. (2015) Ethnonursing and the ethnographic approach in nursing. *Nurse Researcher*, 23 (2), 17–21.

<https://doi.org/10.7748/nr.23.2.17.s5> (30.12.2021)

Padela, A., Gunter, K., Killawi, A. (2011). Meeting the healthcare needs of American Muslims: Challenges and Strategies for Healthcare Settings. Washington: Institute for Social Policy and Understanding.

[https://www.ispu.org/wp-content/uploads/2016/09/620\\_ISPU\\_Report\\_Aasim-Padela\\_final.pdf](https://www.ispu.org/wp-content/uploads/2016/09/620_ISPU_Report_Aasim-Padela_final.pdf) (16.12.2021).

Padela, A., Zaidi, D. (2018). The Islamic tradition and health inequities: A preliminary conceptual model based on a systematic literature review of Muslim health-care disparities. *Avicenna Journal of Medicine*, 8(1), 1.

[https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.4103/ajm.AJM\\_134\\_17](https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.4103/ajm.AJM_134_17) (16.12.2021).

Pereõe tegevusjuhend. (2009). Tallinna Perearstide Selts. Tallinn.

[https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Pereoe\\_tegevusjuhend\\_07%2004%202009%20tunnustatud.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Pereoe_tegevusjuhend_07%2004%202009%20tunnustatud.pdf) (16.12.2021).

Perng, S. J., Watson, R. (2012). Construct validation of the Nurse Cultural Competence Scale: A hierarchy of abilities. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11–12), 1678–1684.

DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03933.x.

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., ... Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: Views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11(1), 187.

<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-187> (16.12.2021).

Rahva ja eluruumide loendus 2011. Rahvastiku demograafilised ja etno-kultuurilised näitajad. Usk. Vähemalt 15-aastased usu, soo ja vanuserühma järgi.

[https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvaloendus\\_rel2011\\_rahvastiku-demograafilised-ja-etno-kultuurilised-naitajad\\_usk/RL0451/table/tableViewLayout1](https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvaloendus_rel2011_rahvastiku-demograafilised-ja-etno-kultuurilised-naitajad_usk/RL0451/table/tableViewLayout1) (16.12.2021).

Rassool, G. H. (2014). *Cultural Competence in Caring for Muslim Patients*. London: Palgrave Macmillian.

Riie, R. (2013). *Moslemite turvatunne Eestis. Lõputöö*. Tartu: Kaitseväe Ühendatud Õppeasutused.

Sagar, P. L. (2011). *Transcultural Nursing Theory and Models: Application in Nursing Education, Practice, and Administration*. New York: Springer Publishing Company.

Sagar, P. L. (2014). *Transcultural nursing education strategies*. New York: Springer Publishing Company.

Stein-Parbury, J. (2018). *Patient & Person. Interpersonal skills in nursing*. 6th edition. Elsevier: Australia.

Wehbe-Alamah, H., Hammonds, L. S., Stanley, D. (2020). Culturally Congruent Care From the Perspectives of Judaism, Christianity, and Islam. *Journal of Transcultural Nursing*.

DOI: 10.1177/1043659619900000.



**Magistrite teadusartiklite kogumik nr 1**

Wain, T., Sim, M., Bessarab, D., Mak, D., Hayward, C., & Rudd, C. (2016). Engaging Australian Aboriginal narratives to challenge attitudes and create empathy in health care: A methodological perspective. *BMC Medical Education*, 16(1), 1–7.

<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0677-2> (16.12.2021).

White, J., Plompen, T., Tao, L., Micallef, E., Haines, T. (2019). What is needed in culturally competent healthcare systems? A qualitative exploration of culturally diverse patients and professional interpreters in an Australian healthcare setting. *BMC Public Health*, 19(1), 1–9.

<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7378-9> (16.12.2021).

## **RAKENDUSE COVID-STOP MANAGER LOOMINE JA TESTIMINE**

**Laura Keidong, RN, APN, MSc**

OÜ Perearst Piret Innos  
laurakeidong@gmail.com\_

**Merle Ojasoo, PhD**

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool  
TalTech

**Märksõnad:** COVID-19 viirushaigus, agiilne arendus, nakkushaiguste ennetus, interdistsiplinaarne meeskonnatöö

**Abstract:**  
**CREATING AND TESTING THE  
APPLICATION COVID-STOP MANAGER**

*The high number of people infected with the virus COVID -19 that caused the global pandemic could possibly be due to people going to work and school while sick. There was no modern solution for monitoring people going to work while sick, although the simple implementation of preventive measures (regular hand washing with warm water and soap, hand disinfection if necessary) together with daily monitoring of employee wellbeing can be a key factor in preventing serious infections in the workplace.*

*The author of the article, supervised by the co-author, undertook a development project in 2020 with the aim of developing and piloting the COVID-stop manager application to enable companies monitor the health of their employees and prevent major outbreaks of infections caused by the COVID virus. To achieve this goal, relevant evidence-based literature was consulted, and a multi-disciplinary team of specialists was assembled. The application was created based on the Scrum development process, moving in sprints, allowing the application to be constantly updated according to user feedback and scientific developments.*

*During the project, the application COVID-stop manager was created, which can be used both on the web and as a mobile application. The application was piloted in five companies. Based on the recording of problems and feedback from users, improvements were made to the application. The feedback from companies on the application was positive. It is a beneficial application which, according to the author of the project, could be used by a large number of*

*Estonian companies. The efficiency of the application requires additional communication in the society.*

**Keywords:** *COVID-19 virus, agile development, infectious disease prevention, interdisciplinary teamwork*

## SISSEJUHATUS JA TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

SARS-CoV-2 viiruse põhjustatud viirushaigus COVID-19 sarnaneb oma sümptomitelt – palavik, kuiv köha, peavalu ja kurguvalu – külmetushaigusega (Huang jt, 2020; Contact tracing ..., 2020), kuid on nakkuse ulatusliku leviku ja haigestunute (sh ka surnute) arvu kiire tõusu tõttu kujunenud üleilmseks pandeemiaks. Hiinast 2019. aasta lõpus alguse saanud ja artikli avaldamise ajaks maailma 227 piirkonnas tuvastatud COVID-19 nakkushaigus on Maailma Terviseorganisatsiooni (*World Health Organization*) andmetel seisuga 23. detsember 2021 laboratoorselt kinnitatud rohkem kui 276 miljonil inimesel ning sellesse on surnud üle 5,3 miljoni inimese (Coronavirus disease ..., 2021). Eestis on seisuga 26. detsember 2021 kell 7.00 COVID-19 viirushaiguse tuvastamiseks tehtud üle kahe miljoni testi, millest on positiivseks osutunud 236 565. Viirushaigusesse on surnud 1909 inimest (Koroonaviiruse andmestik, 2021).

Nii Eestis kui ka teistes riikides hakati koheselt välja töötama mitmeid infotehnoloogilisi lahendusi individuaalseks, kogukondlikuks või riiklikuks kasutamiseks, et leida ja jälgida nakatanuid ning aidata elanikel jõuda ise selgusele potentsiaalses nakkusohus. Näitena võib tuua tervise hindamise küsimustiku Terviseameti kodulehel ja tehisintellekti *Coronabot*, mis pakub värskemat teavet.

Nakkushaiguste puhangute ennetamiseks on kõige levinumad meetodid nakatunu isoleerimine teistest ning nakatunuga võimalikus kokkupuutes olnud inimeste jälgimine (He, 2020: 1). Kontaktide jälgimine on nakkusega potentsiaalselt kokku puutunud inimeste tuvastamise, nakkusohu hindamise ja juhtimise protsess, et vältida infektsiooni edasist levikut. Süstemaatilisel kasutamisel võimaldab selline lähenemine nakkushaiguse levikut pidurdada ja levikuahelaid katkestada ning on seeläbi nakkus-

haiguste puhangute ohjamiseks rahvatervise seisukohalt väga oluline. (Contact tracing ..., 2020: 1). Eestis on kõige laiemat kasutust leidnud mobiilirakendus HOIA, mis teavitab telefoni omanikku potentsiaalselt ohtlikust lähikontaktist COVID-19-sse nakatunuga ja annab juhised edasiseks käitumiseks. HOIA-rakendus ei teavita, kellega, kus või millal kokkupuude aset leidis.

Nakkushaiguste levikul peetakse töökeskkonda üheks kõrgeima riskiga kohaks (Güner jt, 2020: 575), mistõttu võivad COVID-19 viirushaigusse nakatunute suure arvu taga olla just haigena tööl ja koolis käivad inimesed. Et takistada viiruse levikut, tegid paljud ettevõtted kohustuslikuks käte desinfitseerimise ja maskikandmise, kuid sellest hoolimata tekkisid ettevõtetes nakkuskolded. Peamiseks viiruse leviku takistamise strateegiaks peetakse ennetusmeetmeid (Güner jt; 2020: 571), mis võivad riigiti suuresti erineda nii üksikisiku kui ka ühiskonna tasandil. COVID-19 viirushaigusele iseloomulike näitajate tõttu (vt joonis 1) on haiguse ennetamiseks loodud meetmed seda enam olulised, et võrreldes senise levinuima gripiviirusega on COVID-19 oluliselt kiirema leviku ja suurema nakatumiskordajaga (Keidong, 2021).



**Joonis 1.** COVID-19 spetsiifika võrreldes gripiviirusega (Similarities and Differences ..., 2020, kohandanud Keidong, 2021: 10).

Arendusprojekti vajaduse tingis tõsiasi, et seni puudus kaasaegne lahendus, mille abil oleks tööandjad saanud jälgida oma töötajate tervist ja hoida ettevõttes ära võimalikke nakkuspuhanguid. Arendusprojekti eesmärk oli luua *COVID-stop Manager*'i nime kandev rakendus ning seda ettevõtetes piloteerida. Arendusprojekti eesmärki täideti järgnevate ülesannetega:

- koostati teoreetiline raamistik COVID-19 viirushaiguse olemuse, leviku ja ennetuse kohta;
- loodi erialaspetsialistidest koosnev multidistsiplinaarne meeskond;
- kirjeldati ja põhjendati valitud tarkvaraarenduse meetoodikat;
- loodi kasutusvalmis lahendus *COVID-stop Manager*;
- piloteeriti rakendust viies ettevõttes ning koguti kolmelt ettevõttelt tagasisidet *COVID-stop Manager*'i täiustamiseks.

## 1. ARENDUSPROJEKTI DISAIN JA METOODIKA

Arendusprojekti autor koostas projekti ajal, mil töötas ise HeBA kliiniku meeskonnas töötervishoiuõena. HeBA (OÜ Tervise Teejuht) on peamiselt töötervishoiuteenuseid osutav asutus, mis on tegutsenud üle kahe aasta. Meeskonnaliikmete paindlikkus, huvi eriala arendamise vastu ja innovaatilisus võimaldasid töötervishoiuteenuste osutamise taustal luua info-tehnoloogilisi lahendusi teenuse täiendamiseks. Uue rakenduse loomine sai toimuda vaid tänu meeskonna innovaatilisusele ja eelnevatele teadmistele epidemioloogia ja infotehnoloogia valdkonnas. Esimeses etapis ideest prototüübini kuulusid meeskonda HeBA peaarst, tööterviseõde ehk projekti autor ja tootejuht ning IT valdkonnas tegutsev välisspetsialist. Selleks et luua rakendus, mis oleks valmis nii visuaalselt kui ka tehniliselt, kaasati meeskonda kaks IT-arendajat, kes osutavad HeBA-le teenuseid töötervishoiu vallas. Rakenduse arendamise käigus otsiti aktiivselt ka epidemioloogi, keda kahjuks kaasata ei õnnestunud. Rakenduse väljatöötamist toetas lisaks ka TalTechi professor oma meeskonnaga, kelle abil soovis HeBA meeskond loodava rakenduse juurde ehitada masinõppel põhinevat andmeanalüütikat.

Projekti eesmärgi täitmist alustati kirjanduse süstemaatilise otsingu ja läbitöötamisega, jälgides pidevalt teadusväljaandeid. Rakenduse loomiseks vajalik teave selekteeriti välja nii individuaalselt kui ka meeskonnatööna ning koondati veebikausta. Tuginedes mitmele teadusallikale, tegid arendusprojekti autor ja töötervishoiuarst igapäevaselt ajurünnakuid rakenduse lähtekohtade, toimimise loogika ja prototüübi sisu väljatöötamiseks. Analüüsitava teadusandmetunnuste ja kasutajate küsimustiku koostamisel kujunesid kaheks olulisemaks alusdokumendiks *CDC (Centers for Disease Control and Prevention)* loodud gripiviiruse riskihindamise tööriist *IRAT* ning



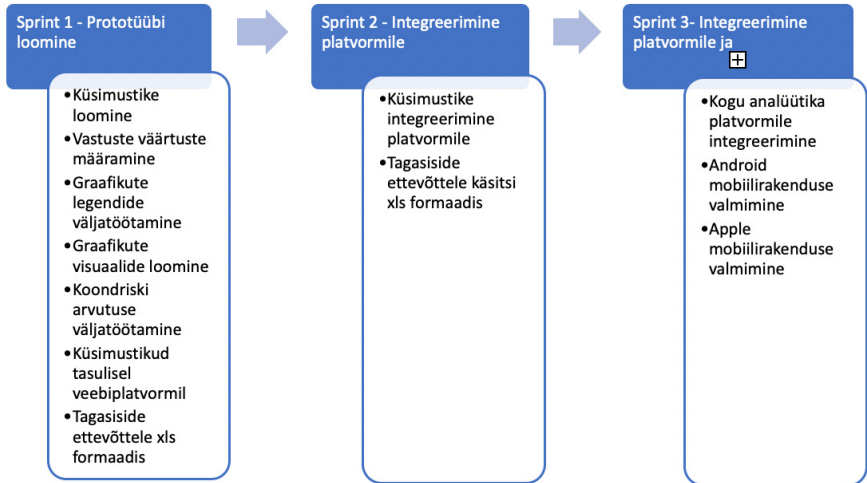
lisraelis koostatud „ühe minuti küsimustik“ COVID-19 nakkuspuhangu ennetamiseks elanikkonnas (Influenza Risk ...; Rossman jt, 2020: 635).

Tööriist *IRAT* aitab hinnata gripiviiruse pandeemia ohtu, lähtudes kümnest tõenduspõhisest faktorist, mis omakorda jagunevad kolme kategooriasse: viiruse omadused, populatsiooni tunnused ning viiruse epidemioloogia. Need faktorid võivad viiruse muteerumisel muutuda. Iga faktori riski hindamiseks kasutatakse skaalat vahemikus 1–10, et määratleda pandeemiariski suurus (madal, keskmine või kõrge risk), vaadates nii faktori esilekerkimist kui ka mõju rahvatervisele. (Influenza Risk ...).

Sarnaselt CDC loodud tööriistale (Influenza Risk ...) võeti *COVID-stop Manager*'i arendamisel aluseks 7 faktorit, mis kõige suurema tõenäosusega mõjutavad koroonapuhangut kindlas populatsioonis: karantiinis viibimine, tööle tulnud töötajate kehatemperatuur, COVID-19 viirushaiguse diagnoos, COVID-19 viirushaigusele omaste sümptomite esinemine, kodus viibivate töötajate osakaal, COVID-19 vastase immuunsuse olemasolu ning haigete osakaal. Faktorite valikul lähtuti sellest, et valikus oleks faktorid, mis suurendavad või vähendavad nakkuse leviku võimalust. Faktorite hindamiseks koostati tuginedes *IRAT* tööriistale (Influenza Risk ...) viiest küsimusest koosnev enesetundeküsimustik (Keidong, 2021: 15). Sellele paluti *COVID-stop Manager*'i kasutajatel vastata igapäevaselt. Vastamiseks tuli sisse logida HeBA platvormile. Loodava rakenduse sihtgrupiks olid ennekõike Eesti ettevõtted, kes soovisid oma töötajatele tagada töökohal turvalisuse nii pandeemia ajal kui ka selle järgselt. Eeskätt olid sellest huvitatud need ettevõtted, kus töö iseloom ei võimaldanud töötajaid kodukontoritesse suunata. Esmane prioriteet oli luua toode eestikeelsena ning lisada hiljem inglise ja vene keel.

*COVID-stop Manager*'i arendamisel ja testimisel hinnati iga faktori tõenäosust sarnaselt töökeskkonna uuringutes kasutusel oleva skaalaga vahemikus 1–5, kus 1 tähistab väikest riski ja 5 talumatut riski. Igale faktorile omistati arvutuslik kaal ehk koefitsient vastavalt mõjule, mida faktor omas töökeskkonnas koroonapuhangu tekkimisel, ning andmete analüüsiks töötati välja valemid. Lähtudes teadustöö eetikast ei avalda projekti autor ideevarguse vältimise eesmärgil oma projektis toote toimimiseks loodud valemeid.

*COVID-stop Manager*'i toimimisloogika tugineb teaduskirjandusele ning rakenduse autorite kogemustele ja teadmistele epidemioloogia vallas (Keidong, 2021). Rakendus loodi HeBA ehitatud turvalisele veebiplatvormile, st rakenduse kasutaja peab end autentima, logides sisse Smart-ID, mobiil-ID või ID-kaardi abil. Rakenduse loomisel kasutati *Scrum* meetodikat (Kaleshovska jt, 2015: 181-185). *Scrum* lähenemine on info-tehnoloogias tunnustatud ja laialt kasutatud agiilne tootearenduse meetodika, mille käigus jagatakse kogu projekt väiksemateks tükkideks ehk tööjärgedeks (*Backlog*) ja arendustöö toimub jooksvalt ilma pausideta tsükliliste tööringide ehk sprintidena. Sellist lähenemist nimetatakse ka samaaegseks tootearenduseks, kus toode on üheaegselt nii kasutuses kui ka arenduses. Ühe sprinti kestus on ajaliselt täpselt piiritletud, tavaliselt 1–4 nädalaga, ning tööringile järgneb arutelu selle üle, mis on läinud hästi või mida on vaja parandada. Arutelule järgneb kohe järgmine, ilma pausideta tööring. (Kaleshovska jt, 2015: 181–185). Antud projekti käigus loodud rakenduse arendusprotsess koosnes kolmest sprintist: 1) prototüübi loomine, 2) integreerimine platvormile, 3) platvormile integreerimise jätk ja mobiilirakenduste ehitamine. Sprintide jaotus ja sisu on vaadeldavad joonisel 2.



**Joonis 2.** Rakenduse arendusprotsess sprintide kaupa (Keidong, 2021: 13).

Agiilses tarkvaraarenduses on rõhk paindlikkusel ja kohanemisvõimel ning arendajate ja kasutajate tihedal koostööl eesmärgiga luua võimalikult kiiresti tarkvara ja see kasutusele võtta, ning juhul kui tarkvara funktsionaalsus ei ole kohe täielik, teha täiendusi ja muudatusi järk-järgult (Flood jt, 2016: 2). Projekti autori hinnangul on muudatusi aktsepteerivate lahenduste loomine kõige jätkusuutlikum ja tulemuslikum lähenemisviis haigustega seotud tehnoloogiate väljatöötamisel. Kuna nõuded ja vajadused tehnoloogiale võivad pidevalt muutuda, siis toimub testimine ja arendamine kogu aeg. Selline lähenemine aitab projekti tõhusamalt kontrollida ja juhtida. *Scrum* meetod sobib eelkõige väiksematele ja keskmistele projektidele, mille meeskond on väike ja mille puhul on oluline kiire tulemus (Kaleshovska jt, 2015: 181–185).

Prototüübi sisulise poole arendamise järel keskenduti kasutajale mõeldud visuaalse poole loomisele eesmärgiga saavutada maksimaalne kasutajamugavus ning lihtne, kuid tõhus infoedastus. Rakendust testiti neljas

ettevõttes ja ühe ettevõtte harus Euroopas ning pärast piloteerimisperioodi saatis arendusprojekti autor rakendust testinud kolme ettevõtte esindajatele e-kirja teel kaks küsimust, et saada tagasisidet rakenduse positiivsete külgede ja puudujääkide kohta. Kõigi kolme ettevõtte esindajad andsid ka vabas vormis vastused (Keidong, 2021: 26), mida arendusprojekti autor kasutastootekvaliteedi hindamiseks ja tagamiseks. Lisaks piloteerinud ettevõtetele kasutati rakendust 2020. aasta suvel toimunud konverentsil „Latitude59“, et tagada osalejatele võimalikult turvaline, madala nakatumisriskiga keskkond. Selle tarbeks tehti rakenduse enesetundeküsimustikus täiendusi ning lisati võimalus vastata küsimustikule e-kirja aadressiga sisselogimise teel. Sama aasta sügisel võeti rakendus piloteerinud asutustes uuesti kasutusele.

Arendusprojekti koostamisel on lähtunud heast teadustavast ning projekti autor vastutab teadustöö tulemuste ja tagajärgede eest. Projekti kvaliteedi tagamiseks on kõik projekti tegevused dokumenteeritud ja dokumentatsioon on olnud kõigile meeskonnaliikmetele kättesaadav. Meeskonnaliikmed valiti vastavalt projekti vajadustele, veendudes eelnevalt nende pädevuses sarnase projektiga töötamisel. Riskide maandamiseks koostati põhjalik riskihaldustabel, kus toodi välja võimalikud riskid, nende esinemise tõenäosus ja mõju; ühtlasi kirjeldati riske ennetavat ja vajaduse korral ka korrektiivset tegevust. (Keidong, 2021: 21–22).

## 2. TULEMUSED

Arendusprojekti käigus loodi töötav rakendus *COVID-stop Manager*, mis koosneb töötajale mõeldud enesetundeküsimustikust, kasulikku informatsiooni ja tervisenõuandeid ehk *health-tip*'e sisaldavast teabelehest ning kokkuvõtlikust ülevaatest, mis on nähtav vaid ettevõtte esindajale.

Töötajatele mõeldud enesetundeküsimustik (vt joonis 3) koosneb viiest küsimusest. Küsimustele 1–4 on toodud valikvastused, 5. küsimus keha-temperatuuri kohta (jooniselt puudu) eeldab numbrite sisestamist käsitsi.



## Minu terviseküsimustikud

### COVID-stop

5. apr 2021

Palun vasta küsimustikule vastavalt sellele, kas täidad seda oma töökohaga seoses või üritusel osalejana

#### 1. Vali kõik sobivad vastusevariandid (tänaise kohta)

- Olen tööl kohapeal / Olen üritusel kohapeal
- Töötan kodus / Osalen üritusel eemalt
- Mul on vaba päev või olen puhkusel
- Olen kodus haige või haiguslehel
- Olen kodus muul põhjusel

#### 2. Olen täna stressis, murelik või ärevil

- Pigem jah
- Pigem ei

#### 3. Koroonaviiruse (COVID-19) test (vajadusel mitu)

- Ninaneelu test on tehtud viimase 7 päeva jooksul, oli negatiivne
- Ninaneelu test on tehtud viimase 7 päeva jooksul, oli positiivne
- Mind ei ole testitud
- Antikehade test verest oli negatiivne
- Antikehade test verest oli positiivne

#### 4. Mul on täna (vali kõik sobivad vastusevariandid)

- Köha
- Nohu
- Kurguvalu
- Hingamisraskus
- Lihaste valu
- Kõhuiahtlus
- Iiveldus

**Joonis 3.** Enesetundeküsimustik (kuvatõmmis HeBA platvormilt).

Küsimustikule tuleb vastata iga päev ning sellekohane meeldetuletus tuleb igal hommikul kell 7 töötaja e-postkasti (postkasti aadressi on edastanud tööandja). Küsimustiku vastamisele automaatselt järgnev teabeleht sisaldab olulisi kontaktnumbreid ja huvi äratamiseks ka erinevaid teaduskirjandusel põhinevaid fakte (vt joonis 4).



## Aitäh, et vastasid! Ole terve!

Homme jälle. Nii hoiame koroonaviirusel silma peal.  
Kui sul on palavik või tunned ennast haigena - jää täna koju. Vajadusel helista oma perearstile.

Kas teadsid? Mõned inimesed näevad hämaras halvemini kui teised.  
Põhjuseks on see, et nende inimeste silma võrkkestas on vähem valgustundlikke rakke, mida nimetatakse kepikesteks.

— 📞 Päeva tervisenupp

Riiklikku infot koroonaviirusega seonduva kohta saad aadressilt:  
terviseamet.ee/et/uuskoroonaviirus

Tervist puudutavate küsimuste korral helista perearsti nõuandetelefonile 📞 1220 või +372 634 6630 (saab helistada ka välismaalt).

Hingamisraskuse või õhupuuduse korral helista hädaabinumbrile 📞 112.

Käitumisjuhised eriolukorras toimetulekuks ja koroonaviirusega seotud küsimustes helista kriisiinfotelefonile 📞 1247.

**Joonis 4.** Küsimustikule vastanule saabuv teabeleht (kuvatõmmis HeBA platvormilt).

Ettevõtte esindajale / tööandjale kuvatakse kolm korda päevas uuenev interaktiivne kokkuvõte enesetundeküsimustiku vastustest (vt joonis 5).



**Joonis 5.** Interaktiivne kokkuvõte ettevõtte esindajale (kuvatõmmis HeBA platvormilt).

Kokkuvõttes on 10 eraldi vaadeldavat diagrammi ning üldine koondriskinumber. Kokkuvõtte osad on: koroonaindeks, mis põhineb COVID-19 viirushaigusele iseloomulike sümptomite esinemissagedusel; tööl käivate töötajate temperatuuripilv, kus kehatemperatuur üle 37°C on märgitud punasega, et see paremini silma jääks; kodus töötavate või haiguse tõttu kodus viibivate inimeste arv; ärevil või murelike töötajate arv; tööga hõivatud töötajate arv; vastanud töötajate hulk ning COVID-19 vastase immuunsuse näitaja, mis arendusprojekti koostamise ajal sisulist väärtust veel ei omanud. Lisaks on tööandjale sektordiagrammidena välja toodud kaotatud töötundide koguarv; end PCR-testi alusel COVID-positiivseks märkinud töötajate arv ja osakaal; end PCR-testi alusel COVID-negatiivseks märkinud inimeste arv ja osakaal. Kokkuvõtvalt on välja arvatud ka ettevõtte koondrisk ehk risk nakkuspuhangu tekkeks, mis on väljendatud numbritena 1–5 (numbrid värvuvad tõusvas joones rohelisest punaseks). Koondriski juures on tööandjal võimalus näha „Vaata täpsemalt“ valiku alt, millised faktorid tõstavad või langetavad koondriski. Ühtlasi kuvab rakendus ka automaatsed soovitusel, kuidas koondriski vähendada. Olenevalt ettevõtte struktuurist on suurematel ettevõtetel võimalik tulemusi vaadata ka üksuste üleselt (nt tootmine, kontor, haldus jm). Vaikimisi ei kuvata üksuste üleselt tulemusi juhul, kui küsimustikule on vastanud alla viie inimese. Sellisel juhul peab tulemuste vaatamiseks lisama juurde teisi üksusi, kuni vastanute arv ületab viie inimese piiri. Selle piiranguga minimeeritakse risk, et inimest saab tuvastada tema vastuste kaudu.

### **3. ARUTELU JA JÄRELDUSED**

Arendusprojekti ajal oli projekti autor teadlik pidevalt uuenevast teaduslikust teabest seoses COVID-19 nakkusega. Seega ei jäänud autoril ka märkamata, et kuigi ennetusmeetmed jäid suures pildis samaks, muutus



aja jooksul nende prioritseerimine. Enim muutus maskikandmise käsitlus: kui 2020. aasta kevadel räägiti maskidest kui ühest võimalikust ennetusmeetmest, siis hiljem muutus maskide kandmine juba kohustuslikuks. Maskikandmise kõrval on endiselt tähtsad ennetusmeetmed kätehügieen, vahemaa hoidmine, sümptomite varajane märkamine ning haigena koju jäämine. Seega on ka rakendus *COVID-stop Manager*, mis on loodud COVID-19 viirushaigusesse nakatumise riski igapäevaseks hindamiseks töökeskkonnas, endiselt kasulik abivahend viirushaiguse leviku peatamisel.

Viiruse muutudes saadi üha rohkem uut infot asümptomaatiliste ehk sümptomiteta nakatunute kohta. Vastavalt sellele tuleks üle vaadata ka loodud rakenduse küsimustik ning täiendada riskihindamise metoodikat. Arvestades asjaolu, et enesetundeküsimustik hõlmab ka küsimusi sümptomite esinemise kohta, ei pruugi rakendus olla sümptomiteta nakatunute osakaalu märkimisväärsel suurenemisel enam sellisel kujul efektiivne.

Pärast arendusprojekti raames loodud rakenduse valmimist saabusid 2020. aasta lõpus Eestisse esimesed COVID-19-vastaseks immuniseerimiseks mõeldud vaktsiinid. Kuna töötajate immuunsus on rakenduse arvutusloogikatesse juba varem sisse arvestatud, siis selles osas *COVID-stop Manager* põhimõttelisi täiustusi ei vaja. Küll aga tuleks rakendusse lisada küsimus immuniseerimise kohta ning hinnata kasutusel olevate valemite valiidsust, neid vajadusel täiendades.

Tulenevalt rakenduse loomise metoodikast ja tuginedes aluseks võetud teaduskirjandusele, saab projekti autori arvates rakendust *COVID-stop Manager* hõlpsasti kohandada ka kasutamiseks teiste viiruste puhul. Võttes arvesse viiruste olemust ja nakkusohtu, saab olemasoleva rakenduse ümber ehitada ning kasutada seda töökeskkonnas nakkuspuhangu

vältimiseks, näiteks gripiviiruse leviku takistamiseks, sest loodud rakendus on eeskjuju võtnud just sarnasest tööriistast.

Projekti piloteerimise käigus saadi ettevõtetelt positiivset tagasisidet rakenduse kasulikkuse ja kasutajakogemuse kohta. Rakendus võeti hästi vastu ja seda kinnitas ka piloteerinud asutuste soov võtta rakendus taas kasutusele 2020. aasta sügisel, kui COVID-19 nakkuskordaja uuesti tõusma hakkas. Üheks positiivsemaks tagasideks oli kasutajate väide, et rakendus suunab neid ka üldiselt oma tervisele rohkem mõtlema ja tähelepanu pöörama. See tõstab rakenduse kasutegurit veelgi ning just *Scrum* meetodika kasutamine võimaldab toodet järjepidevalt kasutajasõbralikumaks muuta ning tegeleda samaaegselt tootearendusega.

Lisaks selgusid ettevõtete tagasisidest rakenduse kasutamisel ettetulnud väiksemad infotehnoloogilised ja tarkvaralised tõrked ja vead. Omavahehises kommunikatsioonis ettevõtetel ja rakenduse loojatel tõrkeid ei olnud. Peamise probleemina toodi välja küsimustikule vastajate passiivsust. Ettevõtete esindajate nimetatud ettekäände „küsimustikule vastamine ununeb“ ennetamiseks löid rakenduse autorid juba enne tagasiside küsimist meeldetuletusfunktsiooniga mobiilirakendused, kuid töötajate informeerimine sellise võimaluse olemasolust oli asutustes nähtavasti puudulik. Arendusprojekti autori arvates on tööandjal oluline roll töötajate motiveerimisel. HeBA meeskond on alati nõus aitama võimalike lahenduste leidmisel, kuid küsimustikule vastamist rakenduse loojad kohustuslikuks teha ei saa.

Rakenduse *COVID-stop Manager* loomine oli projekti autori jaoks suurepärase kogemuse tööprotsessist, mille käigus terviseteaduse ja infotehnoloogia sünergias ning interdistsiplinaarses koostöös valmis tervisedendust toetav teaduspõhine tehnoloogiline lahendus. Tulemuseks on

uuenduslik ja otstarbekas rakendus, mille kasutamise laiendamiseks on vaja head kommunikatsioonistrateegiat nii ettevõtete kui ka avaliku sektori jaoks. Ühtlasi on see projekt heaks näiteks ja kinnitab, et õdede roll meeskonnas võib olla väga mitmekülgne ning annab uusi suuniseid võimalikust koostööst ja arendustest õendusteaduses.

## KOKKUVÕTE

Ülemaailmse pandeemia põhjustanud COVID-19 viirushaigusesse nakatunute suure arvu taga võivad potentsiaalselt olla just haigena tööl ja koolis käivad inimesed. Haigena tööl käivate inimeste monitoorimiseks puudusid kaasaegsed lahendused. Samas võib lihtsate ennetusmeetmete rakendamine (regulaarne kätepesu sooja vee ja seebiga, vajadusel käte desinfitseerimine, maski kandmine) koos töötajate enesetunde igapäevase monitoorimisega ennetada suuremaid nakkuskoldeid töökohal. Seega viis artikli autor kaasautori juhendamisel 2020. aastal läbi arendusprojekti eesmärgiga luua ja piloteerida rakendust *COVID-stop Manager*, mille abil ettevõtted saaksid jälgida oma töötajate tervist ja hoida ära võimalikke SARS-CoV-2 viirusest põhjustatud nakkuspuhanguid. Eesmärgi täitmiseks töötati läbi tõenduspõhine kirjandus ning loodi erinevate erialade spetsialistidest koosnev multidistsiplinaarne meeskond. Rakenduse loomisel lähtuti *Scrum*'i arendusprotsessist ning arendamisel liiguti sprintide kaupa, mis võimaldas rakendust pidevalt täiendada vastavalt tagasisidele ja teadusarengutele.

Projekti käigus loodi töötav rakendus *COVID-stop Manager*, mida saab kasutada nii veebis kui ka mobiilirakendusena. Rakendust piloteeriti viies ettevõttes, jooksvate probleemide kaardistamise ja lahendamise ning tagasiside alusel tehti rakenduses vastavaid täiendusi. Ettevõtete tagasiside rakendusele oli positiivne. Tegu on kasuliku rakendusega, mida

saaks projekti autori hinnangul rakendada suurem hulk Eesti ettevõttein ning mille kasuteguri tõstmiseks on vajalik täiendav kommunikatsioon ühiskonnas.

## **KASUTATUD KIRJANDUS**

Contact tracing in the context of COVID-19: Interim Guidance. (2020). World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332049> (16.12.2021).

Coronavirus disease (COVID-19) outbreak situation. (2021). WHO.

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> (23.12.2021).

Flood, D., Chary, A., Austad, K., Diaz, A. K., Garcia, P., Martinez, B., Canu W. L., Rohloff, P. (2016). Insights into Global Health Practice from the Agile Software Development Movement. *Glob Health Action*, 9, 29836.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4852203/> (16.12.2021).

Güner, R., Hasanoglu, I., Aktas, F. (2020). COVID-19: Prevention and control measures in community. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 50, 571–577.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7195988/> (16.12.2021).

He, Z. (2020). What further should be done to control COVID-19 outbreaks in addition to cases isolation and contact tracing measures? *BMC Medicine*, 18(80).

<https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-020-01551-8> (16.12.2021).

Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., Xiao, Y., Gao, H., Guo, L., Xie, J., Wang, G., Jiang, R., Gao, Z., Jin, Q., Wang, J., Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10223), 497–506.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30183-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30183-5/fulltext) (16.12.2021).

Influenza Risk Assessment Tool. Centers for Disease Control and Prevention.

<https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/national-strategy/risk-assessment.htm#ranked> (16.12.2021).

Kaleshovska, N., Josimovski, S., Pulevska-Ivanovska, L., Postolov, K., Janevski, Z. (2015). The Contribution of Scrum in Managing Successful Software Development Projects. *Economic Development / Ekonomiski Razvoj*, 17(1/2), 175–194.

Keidong, L. (2021). Rakenduse COVID-stop Manager loomine nakkuste ennetamiseks töökeskonnas. Arendusprojekt. Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.

[https://www.ester.ee/record=b5406458\\*est](https://www.ester.ee/record=b5406458*est) (16.12.2021).

Koroonaviiruse andmestik (2021). Terviseamet.

<https://www.terviseamet.ee/et/koroonaviirus/koroonakaart> (26.12.2021).

Rossmann, H., Keshet, A., Shilo, S., Gavrieli, A., Bauman, T., Cohen, O., Balicer, R., Geiger, B., Dor, Y., Segal, E. (2020). A framework for identifying regional outbreak and spread of COVID-19 from one-minute population-wide surveys. *Nature Medicine*, 26, 634–638.

<https://www.nature.com/articles/s41591-020-0857-9> (16.12.2021).

Similarities and Differences between Flu and COVID-19. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD).

<https://www.cdc.gov/flu/symptoms/flu-vs-covid19.htm> (16.12.2021).

# **TÖÖTERVISHOIU ÕE VASTUVÕTU TEGEVUSJUHENDI KOOSTAMINE**

**Serli Raudseping, RN, APN, MSc**

AS Qvalitas

Serli.Raudseping@gmail.com

**Taimi Tulva, PhD**

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

Tallinna Ülikool

**Kadi Lubi, PhD**

TalTech

**Märksõnad:** töötervishoid, töötervishoiuõde, töötervishoiuarst,  
õendusosalane tegevusjuhend

**Abstract:**  
**COMPILING GUIDELINES FOR THE APPOINTMENT OF  
OCCUPATIONAL HEALTH NURSES**

*The aim of the development project in 2020 was to conduct an empirical study to analyse the participation of nurses in the provision of occupational health services and to compile guidelines for the independent admission of nurses working in occupational health on the example of AS Qvalitas Medical Centre. During the preliminary study, the need of occupational health specialists for the guidelines was clarified and the guideline was prepared.*

*The purpose of this article is to provide an overview of the development project. The results of the preliminary study of the practical part highlight the need for nurses working in occupational health services to contribute to occupational health. The main conclusion is the need for the guidelines, which creates the scope of competence in the work of a general nurse, an occupational health nurse and an occupational health physician. Based on the preliminary study, experts, occupational health physicians and nurses indicated that the participation of nurses in occupational health could be higher than today, and according to the respondents, occupational health was mentioned as an important and preventive health care service. In-service training of nurses is necessary to ensure a higher quality health care service, based on the training the quality of nursing will increase. Specialization was seen as an advantage in carrying out independent admissions for nurses and the guidelines as an important basic document that should be easy to follow and create a scope of competence for the work of occupational health physicians and nurses.*

*As a result of the development project, the guidelines for AS Qvalitas Medical Centre were completed, which outlines the job specifications arising from the*

*competence of nurses and advanced practice nurses, as well as the specifications and a scope of nurses' and occupational health physician competencies. The further development and implementation of the guidelines will be carried out by the team of Qvalitas Medical Center. The sustainability of the development project is ensured by the implementation of the guidelines, based on which the necessary changes in the organization of work have been made.*

**Keywords:** *occupational health, occupational health nurse, occupational health physician, nursing guidelines*



## SISSEJUHATUS JA TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

Tervislik eluviis tagab kogukonna ja rahva hea tervise, seega on tööandjate panus tervisedendamisse suur. Maailma Terviseorganisatsiooni (*World Health Organization*, WHO) sõnul aitab töötervishoiuteenus vähendada kogu maailmas haiguspuhanguid, tegeledes terviseteadlikkuse tõstmisega, töökeskkonna ohutegurite väljaselgitamisega ja nende mõju vähendamisega (Wolf jt, 2018: 59). Töötervishoid on valdkond, mis kuulub esmatasandi tervishoiuteenuste hulka ning on tähtis osa Eesti tervishoiusüsteemist. Töötervishoiuteenuse eesmärk on aidata kaasa töötaja tervisele ohutu töökeskkonna loomisele, ennetada tööga seotud haigestumisi ning säilitada ja edendada töötaja tervist ja töövõimet. (Töötervishoiu ja ..., 2019: §19). Töötervishoiuõed saaksid panustada teenuse osutamisse suuremal määral, lähtudes baaspädevustest (Õe baaspädevused ..., 2018).

Töötervishoius antakse vajalikke ja tõenduspõhiseid teadmisi, kuidas töökohal edasi viia ja rakendada tervisedendamist, ning paljud teenused aitavad lisaks tervisedendamisele kaudselt leevendada ka vaesust ja vähendada soolist ebavõrdsust (Wolf jt, 2018: 54). Eesti töötervishoiu ja tööohutuse seadus (1999: §19) käsitleb peale töö kohandamise ning füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu edendamise ka meditsiinilise abi reguleerimist ja ohutu töökeskkonna nõudeid. Tööohutuse väljaselgitamiseks, riskianalüüsiks, tervise hindamiseks, tervisekontrolliks, nõustamiseks ja taastusravi määramiseks on Eestis ette nähtud töötaja töötervishoiukontroll, kus kõike eelnevat teostab töötervishoiuarst koos töötervishoiuõega (1999: §19).

Töötajatele on tähtsad tööandjate loodud võimalused, mis aitavad tõsta füüsilist aktiivsust, toituda tervislikult või saada abi suitsetamisest loobumisel, sest töötajad nimetavad just töökeskkonda kohana, kus on

raske teha tervislikke eluviise puudutavaid otsuseid (Siddiqui ja Shahid, 2012: 1029; Siren jt, 2014: 2; Carlson jt, 2010: 299). Kuigi tööandjad pakuvad töötajate tervise edendamise nimel omalt poolt sageli stiimuleid, auhindu ja kohapealseid treenimisvõimalusi, kasvab krooniliste haiguste arv sellest hoolimata pidevalt. Seega aitab tervisenõustamine, mida viivad läbi töötervishoiuõded, paremini kaasa töötajate tervise edendamisele. (Huffman, 2010: 249).

Õdedel on pädevused aitamaks vähendada väljakutseid tervisele, näiteks ennetada elustiilist põhjustatud haigusi. Õendusoskused, sh kommunikatsioon ja kliendi/patsiendi juhendamine, hõlbustavad tervist edendavate käitumisharjumuste omaksvõtmist (Carlson jt, 2010: 299). Õde on iseseisev spetsialist, kellel on ettevalmistus töötada nii esma- kui ka teise ja kolmanda tasandi tervishoius (Õdede erialase ..., 2003: 4). Töötervishoiuõdedel on eriidedena (Eriõe ..., 2018) tähtis roll nõustamisel ja tervisedendamisel. Aidates vähendada elustiilist põhjustatud haigestumisi, saavad töötervishoiuõded abistada organisatsioone tervishoiukulude vähendamisel (Huffman, 2010: 249). Lisaks aitavad töötervishoiuõded kaudselt ja positiivselt kaasa töötajate tootlikkusele, toodete kvaliteedile, töömotivatsioonile, töörahulolule ning inimeste ja ühiskonna üldisele elukvaliteedile (Core Curriculum ..., 2001).

2002. aastal jõustunud tervishoiuteenuste korraldamise seaduses (2002: §24(2)) nimetati esmatasandi tervishoius töötavad õded ühtselt terviseõdedeks. Seega puudub täielik ülevaade töötervishoiu valdkonnas töötavate õdede koguarvust ja informatsioon nende spetsialiseerumise kohta. Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja -uuringute andmebaasi järgi on Eestis 98 töötervishoiuõde, kuid tõenäoliselt on statistikas

välja toodud kõik töötervishoius töötavad õed ja seega puudub selgus, kui paljudel õdedel on töötervishoiuõe kutse (Tervisestatistika ja ..., 2020).

Koostöö tervishoiutöötajate vahel on oluline, et saavutada tervishoiuteenuse kõrge kvaliteet. Lisaks on esile tõstetud kommunikatsiooni ja teadmiste jagamise vajalikkust. Poolas läbiviidud uuringust selgus, et üks õde kolmest on rahul koostööga töötervishoiuarstide ja -õdede vahel ning 15% õdedest on väga rahulolematud. Tulemused näitavad, et töötervishoiuarstide ja -õdede teadmised üksteise tööülesannetest ja nende täitmisest on kesised. (Sakowski, 2015: 626). Ka Brasiilia uuringus märgitakse sarnaseid probleeme ja tuuakse esile möödarääkimisi informatsiooni edastamisel. Seega peaksid kõik spetsialistid fookustama ühesugusele informatsiooni edastamisele ning otsustama ühiselt, kuidas mingis kindlas situatsioonis tegutseda. (Cavalheiro jt, 2010: 307).

Eesti Töötervishoiuarstide Selts (Töötervishoiu eriala ..., 2012: 14) rõhutab, et „*vajalik on alustada töötervishoiuõdede ettevalmistamist, täiendades terviseõdede koolitusprogrammi lisaeriala omandamise võimalusena*“. Töötervishoiuteenus muutuks efektiivsemaks tööandjatele ja töötervishoiuteenuse osutajatele, kui rakenduks õdede iseseisvad vastuvõttud (Töötervishoiu eriala ..., 2012: 14). Ka töötervishoiuteenuse uuringu hankekutse (2019) toob välja, et riiklikul tasandil ei ole töötervishoiuteenus optimaalne ning erialaspetsialistide ressursid on jäänud kasutamata (Töötervishoiuteenuse uuring..., 2019). Lisaks on Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegias 2021–2030 (2020: 5–8) tõdetud, et kuigi õe iseseisvate vastuvõttude laienemist saab pidada positiivseks trendiks, on õendustöötajate vastutuspiirid selgeks tegemata ja õdedel puudub erialale vastav rakendus.

Qualitas Arstikeskuse AS on üks Eesti suurimaid eraarstikeskusi, kus nõustamist ja ravi osutavad paljude erialade spetsialistid juba alates 1996. aastast. Qualitase keskustes on võimalik teha 14 erinevat terviseuuringut, analüüse, terviseauditeid, koormusteste jms. Ühtlasi nimetab Qualitas Arstikeskus end Eesti suurimaks töötervishoiuteenuse pakkujaks ning rõhutab terve inimese ja rahuloleva töötaja tähtsust. (Töötervishoid, 2020). Arstikeskuses töötas 2020. aasta II kvartali seisuga 205 töötajat, sh töötervishoiuarstid, õed, optometristid, füsioterapeudid ja administratiivtöötajad (k.a bussijuhid ja insenerid).

Hoolimata sellest, et töötervishoiu valdkonnas töötavatel õdedel on baaspädevused osutada iseseisvat teenust (Õe baaspädevused ..., 2018), on õdede ressurss kasutamata, sest puuduvad juhendid, kus, kuidas ja mil määral õdesid töötervishoiuteenuse osutamise juures rakendada (Töötervishoiu eriala ..., 2012: 14). Seega sai arendusprojekti eesmärgiks viia läbi empiiriline uuring analüüsima õdede osalust töötervishoiuteenuse pakkumisel ja koostada töötervishoius töötavate õdede iseseisva vastuvõtu tegevusjuhend AS Qualitas Arstikeskuse näitel.

Eesmärgi saavutamiseks püstitati ja viidi ellu järgmised ülesanded:

- hinnati poolstruktureeritud intervjuu tulemuste põhjal õdede tööülesandeid ja osalust töötervishoiuteenuse osutamisel ning sellest lähtuvalt vajadust tegevusjuhendi koostamise järele;
- koostati tegevusjuhend asutuse õdedele, võttes arvesse asutuse töökorraldust töötervishoiuteenuse pakkumisel.

Artikli eesmärk on esitada ülevaade sellest arendusprojektist (Raudseping, 2021).

## 1. ARENDUSPROJEKTI DISAIN JA UURIMISMETOODIKA

Arendusprojekti disainiks kasutati eeluuringut, et täpsustada siht-rühma arendusvajadusi, ja tegevusjuhendi meetodikaks valiti PDCA-mudel (PDCA – *Plan-Do-Check-Act*) (Moen ja Norman, 2010: 25). Algfaasis moodustati meeskond, kuhu kuulusid asutuse valdkonnaspetsialistid, ning asutusest taotleti ja saadi luba viia läbi arendusprojekt ning vajaduse korral ka uurimus. Uuritavate valimi moodustamisel kasutati sihipärase valimi põhimõtet, st eksperdirollis uurija valib välja uuritavad, püüdes leida valdkonna tüüpilisemad esindajad, ja küsitleb neid vastavalt uurimiseesmärgile (Rämmer, 2014). Arendusprojekti valimi moodustasid AS Qualitas Arstikeskuse seitse töötervishoiuõde, kaks töötervishoiuarsti ja kolm töötervishoiu valdkonnas aktiivselt töötavat eksperti.

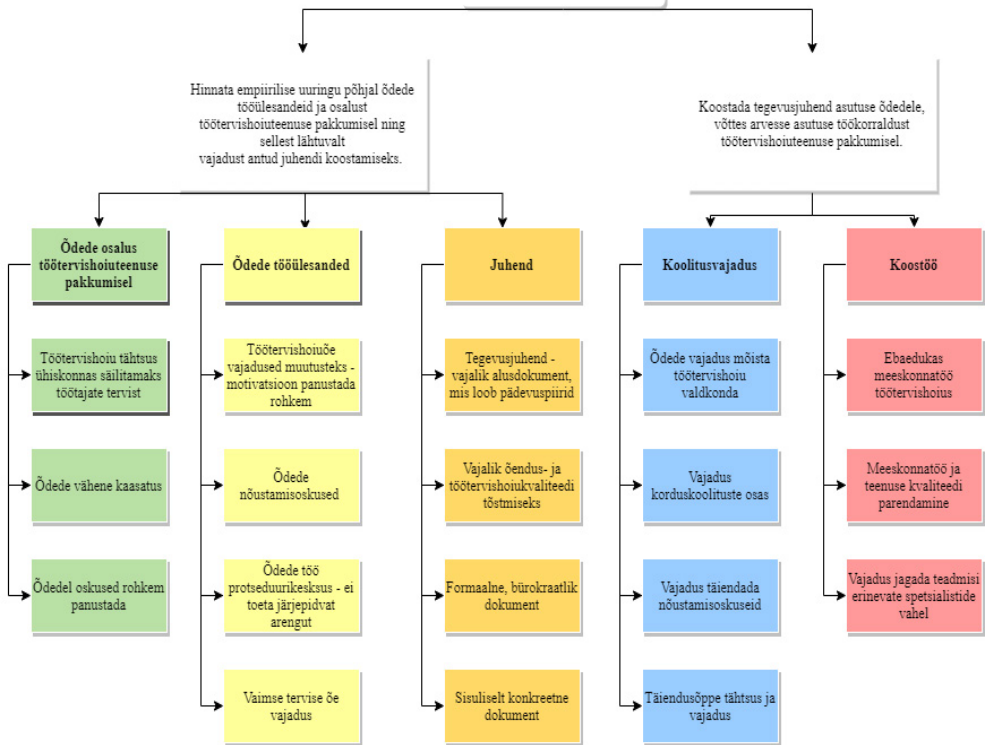
Meetodina kasutati poolstruktureeritud intervjuud. Eelnevalt koostati intervjuukava (Raudseping, 2021: lisa 1), mis toetas intervjuu läbiviimist ning koosnes temaatilistest ja täpsustavatest küsimustest planeeritava juhendi ja täienduskoolituste vajaduse kohta. Õdede, arstide ja ekspertide intervjuu temaatika oli ühtne, kuid küsimuste arv erinev. Enne intervjuu toimumist allkirjastati informeeritud nõusoleku vorm. Intervjuud viidi läbi 20.05.–02.06.2020. Et läbiviimise aeg sattus puhkusteperioodile ja COVID-19 pandeemia tõttu olid töökorralduses tekkinud takistused, toimusid kõik intervjuud kontaktintervjuudena suhtlusplatvormidel, nagu Zoom ja Skype. Kõik intervjuud salvestati diktofoniga ja salvestised talletati pilveplatvormil anonüümsete tähistega.

Intervjuud transkribeeriti sõna-sõnalt ja transkriptsioonid läbisid temaatilise tekstianalüüsi. Andmete analüüsiks valiti induktiivne sisuanalüüs, mida Õunapuu (2014: 47) on kirjeldanud kui uurimisprotsessi,

mis algab vaatluse põhjal andmete kogumisega ja neis leiduvate seaduspärasuste selgitamisega, mille lõpptulemusena täiustatakse olemasolevat teooriat. Järgnevalt tehti sisuanalüüsi tulemustest saadud andmete põhjal üldistusi. Kogutud andmete tulemusena moodustati 18 koodi, mis jagati viide alakategooriasse: 1) õdede osalus töötervishoiu teenuse osutamisel, 2) õdede tööülesanded, 3) juhend, 4) koolitusvajadus ja 5) koostöö. Alakategooriad 1–3 aitasid hinnata empiirilise uuringu põhjal õdede tööülesandeid ja osalust töötervishoiuteenuse pakkumisel ning sellest lähtuvalt ka vajadust tegevusjuhendi koostamise järele. Alakategooriad 4 ja 5 aitasid täita püstitatud ülesannet: koostada tegevusjuhend asutuse õdedele, võttes arvesse asutuse töökorraldust töötervishoiuteenuse osutamisel. (vt joonis 1).

Eetikapõhimõtete järgimine on ühtne mistahes teadus- ja arendustöö puhul. Üldiste põhimõtete hulka kuuluvad uurimistöö läbiviimise õigustamise ja kasuga seotud asjaolude, uuritavate vabatahtliku osalemise, nende mittekahjustamise ja privaatsuse tagamise ning isikuandmete kaitse nõuded. (Soosaar, 2016). Arendusprojekti autoril on eetiline kohustus kaitsta organisatsiooni, mistõttu kõiki dokumente ei ole võimalik teha avalikult kättesaadavaks. Projekti eetika ja usaldusväärsus on tagatud asutuselt saadud loa ja kinnitustega arendusprojekti koostamiseks asutuse näitel. Arendusprojekti vajalikkust on kinnitanud õendusjuht ja töötervishoiuarstide esindaja ning ühtlasi on saadud asutuse juhtkonnalt ametlik nõusolek e-kirja teel.

UURIMISÜLESANDED



**Joonis 1.** Intervjuude tulemusel moodustatud kategooriad vastavalt uurimisülesannetele (Raudseping, 2021: 18).

Pärast organisatsioonilt uurimisloa saamist järgnes inimeste kaasamine uurimistöösse vabatahtlikkuse alusel. Seejärel koostati informeeritud nõusoleku vorm ning osalejatelt saadi allkirjaga kinnitatud nõusolek osaleda uuringus. Eetikakomitee luba ei olnud vajalik, sest eriliiki isikuandmeid ei kogutud ning intervjuueeritavatega arutleti nähtuse (töötervishoiuteenuse) olemuse, sisu, arenduse ja parenduse üle.

Osalejate anonüümsuse tagamiseks nende sugu ja vanust ei avaldata. Ühtlasi määrati igale uuritavale isiklik kood, mis moodustati osalejate töökoha eripärast lähtudes (õde – Õ, arst – A, ekspert – E). Seejärel määrati igale respondendile number vastavalt intervjuerimisjärjekorrale. Arendusprojektis kasutati uuritavate tsitaate ja tervikmõtteid. Intervjuusalvestised salvestati pilveplatvormile anonüümsete tähistega, et intervjuueritavad ei oleks tuvastatavad.

Teostamisfaasis kaardistati tulemused ja koostati tegevusjuhend. Järgnenud kontrollfaasis kontrolliti projekti vastavust eesmärgile ja ülesannetele ning töötati välja lõplik arendusprojekti tulem.

## **2. TULEMUSED**

### **2.1. Eeluuringu tulemused**

Eeluuringu eesmärk oli saada sihtrühmalt kvalitatiivne tagasiside selleks, et läbi viia arendusprojekt. Esmalt on välja toodud tulemused, mis puudutavad õdede positsiooni *töötervishoiuteenuse osutamisel*, töötervishoiuarstide ja -õdede ootusi ning ettepanekuid tegevusjuhendi koostamiseks. Töötervishoiuteenust on intervjueritavad esile tõstnud kui vajalikku ja tähtsat teenust, mis aitab ennetada terviseprobleeme. „*Töötervishoid on väga tähtsal kohal, sellepärast et üks kolmandik kahekümne neljast tunnist on inimene seotud oma tööga ...*“(A\_01) (Raudseping, 2021: 20). See tsitaat kirjeldab, et töötaja viibib suure osa oma ajast töökohal, mistõttu on töötajate tervisliku heaolu tagamiseks vajalik, et nad käiksid regulaarselt töötervishoiukontrollis. Sellise tervisekontrolli kasutegurina on tagatud töötajate tervise säilimine ja tööülesannete ohutu täitmine.



Uuringus osalejad tõid välja ka seadustes sätestatud töötervishoiualased kohustused. Probleem võib seisneda selles, et tööandja näeb töötervisekontrolli pealesurutud kohustusena, mõistmata selle sisulist vajadust. „... et kõige laiem, võib-olla et riigi tasandil ja üldiselt, et... et ma arvan, et seadusandlikult on riigi poolt see päris kenasti korraldatud ja kõikidel tööandjatel on ju kohustus enda töötajat töötervishoiukontrolli suunata. Teine tasand on tööandja tasand. Et minu meelest siin eristub päris ilusti niukest kaks äärmuslikku poolt. Et tööandjad, kelle jaoks töötervishoiukontroll on pelgalt niisugune juriidiline kohustus – tehakse linnukese pärast, tehakse ainult otsuse pärast.“ (E\_02) (Raudseping, 2021: 20). See võib viidata vajadusele tööandjaid harida, et nad näeksid nn laiemat pilti vananeva töötajaskonna hoidmise vajalikkusest. Intervjueeritavad nimetasid ka õdede vähest kaasatust töötervishoiukontrollidesse ning rõhutasid õe oskust rohkem panustada, näiteks nõustamisse, mis on tervisedendamise oluline osa.

Samas toodi vastukaaluks välja, et töötervishoiukontrolli tulnud töötajad ei mõista alati töötervishoiu vajalikkust. Töötajaid saadab tervisekontrolli tööandja ja nad käivad kohal teadmisega, et tegemist on kohustusliku teenusega. „[Töötervishoid on] tegelikult tähtis, aga inimesed võtavad seda vastu kuidagi nagu teistmoodi. Nad arvavad, et see ongi selleks, et nemad ei saaks tagasi tööle, et tahetakse nendest lahti saada.“ (Õ\_07) (Raudseping, 2021: 20). Intervjueeritavad kinnitasid, et töötervishoiuteenus on tähtis ja vajalik, sest aitab ennetada terviseprobleeme, küll aga viitasid nad murekohtadele: tööandjate ja töötajate teadlikkus sellise teenuse vajalikkusest on vähene ning õdesid ei rakendata teenuse osutamisel piisavalt.

Mitu vastajat tõid esile õdede vähest osalust töötervishoiualases töös ja panust sellesse, kuigi nende sõnul on õdedel olemas motivatsioon, et panustada rohkem. Õed hindasid oluliseks rakendada oma teadmisi ja

nõustamisoskusi, kuid seda ressursi ei ole piisavalt ära kasutatud. Töötervishoius töötavad õed teevad tööd lähtuvalt õendusõppe käigus omandatud baasteadmistest ja -pädevustest, kuid üldjoones on nende kohustused protseduurikesksed, mis ei toeta õdede järjepidevat arengut. Protседuurikesksus võimaldab õel küll nõustada, kuid oskused selleks ei pruugi olla piisavad, mistõttu vajaksid õed vastavaid täienduskoolitusi. Selleks et töötada iseseisva töötervishoiuspetsialistina, vajavad töötervishoiuõed baasoskuste kõrval ka lisaoskusi (täienduskoolitused) või eriõeks spetsialiseerumist. Samastoodi välja, et õed, kes on läbinud spetsialiseerumise, saavad õpitud oskusi siiski vähe rakendada. „... kuna ma olen spetsialiseerunud töötervishoiuõeks. See kursus oli poolteist aastat, aga neid ma nagu rakendada ei saa, neid teadmisi, mis ma sellelt kursusest sain ... siis peaks seda töökorraldust ja süsteemi täiesti muutma.“ (Õ\_05) (Raudseping, 2021: 22).

Kuigi töötervishoius töötavad praegu mitmed õed, kes on läbinud spetsialiseerumise ja saaksid töötada eriõena, ei saa nad oma oskusi rakendada, sest selleks puudub õiguslik raamistik. Töötervishoiuõel ei ole praegu võimalik töötada iseseisva spetsialistina, sest seaduspõhiselt puudub tal selleks õigus, kuid olukorra muutumiseks oleks tarvilik see seadustesse ja õigusaktidesse sisse kirjutada.

Töötervishoius töötavad õed tõid välja, et teevad rohkem käelisi tegevusi, kuid lähtudes baaspädevusest oleks neil oskusi ja tahtmist rohkem panustada. Eriõde rõhutas ka oma spetsialiseerumist, mida ta pole saanud rakendada. Intervjueeritavad tegid ettepaneku täiendada seadusi töötervishoiuõe iseseisvuse märgena, mis annab valdkonna õele õigused sooritada tegevusi oma pädevuse piirides.

Õdede tegevusjuhendit nägid respondendid kui vajalikku põhidokumenti, mis peab sisaldama töötervishoiuõe tööülesannete miinimumnõudeid, ehk tegemist on õe ülesannete täitmiseks vajaliku juhiseiga, mis määrab tööülesanded ja loob ühtse arusaama sellest, kus algab ja lõpeb õe pädevus. Osalejad leidsid, et tegevusjuhend on oluline alusdokument ka tööleasuvale õele, sest loob selguse, kas antud töö vastab tema pädevusele ja ootustele. Intervjueeritavad olid veendunud, et tegevusjuhend aitab tõsta õendus kvaliteeti. Kvaliteetse teenuse tagamiseks on oluline, et selles osalevad nii õed kui ka arstid. Seega, kui õed saavad tegevusjuhendi abil tõsta oma töö taset, ühtlustab see kogu teenuse kvaliteeti.

Vastajate hulgas oli ka neid, kes ei pidanud tegevusjuhendit vajalikuks ning nimetasid dokumente ja juhendeid ebavajalikeks bürokraatlikeks elementideks, formaalsuseks. Vastuväitena võib siinkohal öelda, et selgepiiriliste punktide kaupa üles ehitatud juhend on hõlpsasti loetav ja jälgitav ning ei ole koostatud formaalsena. Uuritavad tõid ka näiteid, milline võiks olla tegevusjuhendi ülesehitus ja millistest punktidest see võiks koosneda. *„Kõigepealt peaks selle sisendi mõtlema, et kus need töötervishoiuõed siis töötaksid, eks ju, et mis valdkonna jaoks seda tegevusjuhendit vaja on – kas ta töötab keskusel või mõne ettevõtte jaoks üldse, need on natuke erinevad ülesanded /.../ võiks võtta küll pereõdede tegevusjuhendilt neid malle nii-öelda. Ja siis kooliõdedelt /.../“* (E\_03) (Raudseping, 2021: 24).

Töötervishoiu on õdede peamine ülesanne teostada protseduure, kuid oluliseks peetakse ka võimalust rakendada oma oskusi tervisedenduses. Seejuures rõhutasid eksperdid erisust juhendite vahel, mis on mõeldud üldõele ja õele, kes teostab iseseisvaid vastuvõtte. Lähtuvalt õdede baaspädevustest suudab eriõde töötervishoiuteenuse osutamisse rohkem panustada. Seega võib eriõde (töötervishoiuõde) sooritada enamaid tege-

vusi kui üldõde ning tegeleda iseseisvalt töötajatega, kes vajavad tervishoiukontrolli. „Lähtub nagu kõik tegevusjuhendid: mis patsient hakkab pihtha ja kus, mis ameti pealt tuleb, et siis kuidas teda ... noh, kuidas öelda ... kuidas sa teda käsitlema hakkad, et on ta sul seal kontoritöötaja või ...“ (Õ\_01) (Raudseping, 2021: 24).

Töotervishoiuteenus on ennetava iseloomuga, st selle eesmärk on ennetada töötava inimese terviseprobleeme, mis võivad olla seotud tema töökohaga. Siinkohal tunnevad õed vajadust rohkem nõustada ja ootavad, et nende oskusi kasutataks ära suuremal määral. Siiski võib ette tulla probleemseid olukordi, mille lahendamiseks õed ei ole saanud piisavalt täiend- või väljaõpet, ja seega puudub neil vajalike tegevuste sooritamiseks enesekindlus või siis ei oskavad määratleda oma pädevuse piire töökäigus. Tegevusjuhendit nähakse kui alusdokumenti, mis annaks õele konkreetsemad suunised.

Läbiviidud intervjuude käigus uuriti ka õdede koolitusvajadusi ja multidistsiplinaarseid koostöövõimalusi töotervishoiuteenuse osutamisel. Rääkides valdkondadest, kus õed vajaksid täiendõpet, nimetasid respondendid õdede vähest valmisolekut töötada töotervishoiuõena. See on ilmselt ka põhjus, miks õdede ressursi on ebapiisavalt rakendatud. Vastajad kinnitasid, et soovivad paremini mõista töotervishoiukontrollis osutatavaid teenuseid. Ühtlasi rõhutati, et õed on väga huvitatud töotervishoiust ja nõustamisest: „et millised ohutegurid üldse on, kuidas need kategooriad on, mis, kus võib olla. Siis sinna juurde veel see, mis seosed on näiteks ... et kogu niisugune nagu töotervise pool, just nende ohutegurite, riskitegurite pool. Ja teiseks, kindlasti ma arvan, ka nõustamine.“ (E\_01) (Raudseping, 2021: 25). Ohutegurid on töotervishoiu oluline osa, millest kogu tervishoiuteenuse osutamine saab alguse. Õed, kes selles valdkonnas töötavad, peaksid

olema teadlikud, miks töötajad tulevad töötervishoiukontrolli, ja oskama neid sellekohaselt nõustada.

Samuti rõhutasid intervjuueeritavad teadmiste jagamise vajalikkust. Töötervishoiuarstil, õdedel, optometristidel ja teistel töötervishoiuimeeskonna liikmetel on kõigil oma töospetsiifika ning erialast lähtuvad tegevused. Osalejad tõid välja, et koostöövajadus on suur. Tähtsaks peeti informatsiooni jagamist kolleegidega ja kommunikatsiooni, mis suuresti sõltub küll õdede-arstide suhtlusoskusest ja -kogemusest, kuid iga spetsialist oskab hinnata meeskonnatöö vajalikkust ja tõhusust. Siinkohal tuleb nõustuda, et meeskondlikult üksteisele teadmiste jagamine tõstaks õdede enesekindlust ja teadmisi töötervishoiust ning tagaks seeläbi õendus kvaliteedi paranemise.

## **2.2. Arendusprojekti tulem**

Eeluuringu käigus kogutud andmete ja analüüsi põhjal valmis arendusprojekti tulemina AS Qvalitas Arstikeskuse õdedele loodud tegevusjuhend (Raudseping, 2021: lisa 5). Tegevusjuhendi koostamisel lähtuti AS Qvalitas Arstikeskusest töötavate õdede vajadustest. Arvestati õdede ja eriõdede baaspädevusi ning töö spetsiifikast lähtuvaid õendustegevusi. Kuna uuritavad nimetasid ühe vajadusena ka täienduskoolitusi, et tagada kvaliteetset töötervishoiuteenust, siis koostati ühtlasi koolitusvisand, millest saab välja kasvada Qvalitas Arstikeskuse koolitusprogramm, mis kaasaks õdede koolituse kogu multidistsiplinaarse meeskonna. Koolituskava koostamisel tuleb lähtuda töötervishoiuteenuste eripärast ja koolituste läbiviimisele tuleb kaasata erialaspetsialiste, nagu töötervishoiuarst, füsioterapeut, optometrist. Koolitusvisandis on välja pakutud, millised asutuses töötavad spetsialistid saaksid teha koostööd koolituste korraldamisel.

### 3. ARUTELU JA JÄRELDUSED

Arendusprojekti koostamisel lähtuti sellistest märksõnadest nagu organisatsiooni kaasamine, projekti olulisus Eesti tervishoiusüsteemile, tegevusjuhendi koostamine AS Qvalitas Arstikeskuse õdedele ja koolitusvajaduste märkimine. Projekti tulemusena valmis tegevusjuhend, kus on välja toodud üldõe ja eriõe pädevusest tulenevad töö eripärad ning õdede ja töötervishoiuarsti pädevuste erisused ja piirid.

Arendusprojekti esimeseks uurimisülesandeks oli hinnata empiirilise uuringu põhjal õdede tööülesandeid, osalust töötervishoiuteenuse osutamisel ja vajadust tegevusjuhendi järele. Mitmed uurimistööd on esile tõstnud töötervishoiuõe tähtsust töötervishoius, töötervishoiualasel nõustamisel ja tervisedendamisel (Huffman 2010: 249; Carlson jt, 2010: 299; Core Curriculum ..., 2001). Eesti Töötervishoiuarstide Selts (Töötervishoiu eriala ..., 2012: 14) on leidnud, et „*vajalik on alustada töötervishoiuõdede ettevalmistamist, täiendades terviseõdede koolitusprogrammi liseriala omandamise võimalusena*“. Ka arendusprojekti uuringus osalejad tõid välja töötervishoiuteenuse tähtsuse ja kinnitasid õdede valmisolekut panustada teenuse osutamisse. Sellest lähtuvalt nimetasid respondendid vajadust tegevusjuhendi järele, mis määratleks pädevuspiirid töötervishoiuarstide ja -õdede töös.

Lisaks on uurimustes välja toodud, et tervishoiuteenuste tagamiseks on vajalik meeskonnatöö, mille üks olulisemaid märksõnu on omavaheline kommunikatsioon. Seega on tähtis kaasata kõik liikmed, nii et vastutus ei langeks ainult arstidele (Sakowski, 2015: 626; Cavalheiro jt, 2010: 307). Ka uuringus osalejad tõstsid esile, et kvaliteetne töötervishoiuteenus eeldab

õdede laiapõhjalisemat kaasamist, usaldamist ja väärtustamist meeskonnaliikmetena. Eri riikide uurimused (Ameerika Ühendriigid, Ühendkuningriigid) kirjeldavad multidistsiplinaarse meeskonnatöö olulisust ja sellealaste koolituste vajadust (McCullagh, 2012: 171; Lalloo jt, 2017: 384). Arendusprojekti eeluuringus osalenud töötervishoiuspetsialistid kinnitasid samuti, et töötervishoius tehakse liiga vähe meeskonnatööd. Kvaliteetse teenuse osutamisel on igal spetsialistil tähtis roll ja seepärast on oluline üksteisele teadmisi jagada. Töötervishoiu ja tööohutuse seaduses (1999: §19) on märgitud, et Eestis toimub töötaja töötervishoiukontroll eelkõige töötervishoiuarsti ja töötervishoiuõe koostöös ja seega on olemas vajadus meeskonnatöö võimendamise järele, mis võiks toimuda koolitustena.

Arendusprojekti teiseks ülesandeks oli tegevusjuhendi koostamine Qualitas Arstikeskuse õdedele, võttes arvesse asutuse töökorraldust töötervishoiuteenus pakkumisel. Töötervishoiu eriala arengukavas (2020) on välja toodud, et töötervishoiuteenus muutuks efektiivsemaks tööandjatele ja teenuse osutajatele, kui rakenduks õdede iseseisvad vastuvõttud (Töötervishoiu eriala ..., 2012: 14). Seega oli olemas põhjus koostada tegevusjuhend, mis määratleks töötervishoius töötavate õdede ja arstide pädevuspiirid. Eeluuringu põhjal selgus, et tegevusjuhendit nähakse vajaliku alusdokumendina, mis seab pädevuspiirid õdede ja arstide töös, samuti tõsteti esile õe iseseisva vastuvõtu vajadust. Ühtlasi rõhutasid eeluuringus osalejad, et töötervishoius töötavad õed peaksid rakendama oma teadmisi töötervishoiuteenus osutamisel märksa enam, kuid vajavad selleks valdkonnapõhiseid (töötervishoiualaseid) koolitusi.

Kokkuvõtvalt võib välja tuua, et töötervishoiuteenus aitab suurendada

inimeste heaolu läbi ennetavate tegevuste ja nõustamise, kuid ennetus- ja nõustamistööd võiksid koostöös teiste erialaspetsialistidega teostada ka töötervishoiuõed, lähtudes baaspädevusest, ning rohkemal määral eriõed, lähtudes eriõe pädevusest. Tegevusjuhend annab õele tööks vajalikud juhised ja määratleb tema pädevuspiirid, tagades teenuse jätkusuutlikkuse. Samuti saab tegevusjuhendi alusel koostada koolitusprogrammi.

Arendusprojekti kitsaskohtadena võib nimetada Eesti töötervishoiuõdede tööülesandeid, töökeskkonda jms käsitlevate uuringute vähesust ning erinevust Eesti ja teiste riikide töötervishoiuõdede väljaõppes/pädevustes. Ühtlasi on arendusprojekti tulemina valminud tegevusjuhend koostatud ühe asutuse näitel, mistõttu see ei pruugi sobida kõigile töötervishoiuteenust osutavatele asutustele.

Arendusprojektist saadud tulemuste põhjal selgus vajadus viia töötervishoius töötavate õdede seas läbi laialdasem kvantitatiivne uuring, et näha, kas ka teistes töötervishoiuteenust osutavates asutustes on tekkinud vajadus tegevusjuhendi koostamise ja pädevuspiiride määramise järele. Vastavalt uuringu tulemustele saaks koostatud tegevusjuhendit kohandada sobivaks erinevat tüüpi asutustele või leida nn baasmiinimumi, mis on sobilik ja kohandatav kõigile töötervishoiuteenust pakkuvatele asutustele.

Vastustena projekti ülesannetele saab järeldustena välja tuua järgmist.

1. AS Qualitas Arstikeskuses läbiviidud uuringu põhjal leiavad nii eksperdid, töötervishoiuarstid kui ka õed, et töötervishoiuteenus, mis aitab ennetada terviseprobleeme, on tähtis ja vajalik, kuid õdede osalus teenuse osutamisel võiks olla suurem ning kvaliteetse tervishoiuteenuse tagamiseks oleks vajalik õdede väljaõpe. Spetsialiseerumist nimetati eelisena iseseisvate vastuvõttude läbiviimisel ja tegevusjuhendit kirjeldati kui olulist alus-



dokumenti, mis peaks olema hõlpsasti jälgitav. Töötervishoiuteenuse osutamisel peeti tähtsaks meeskonnatööd, et erialaspetsialistid saaksid jagada üksteisele oma teadmisi.

2. Koostati tegevusjuhend, võttes arvesse uuritavate ettepanekuid, ning märgiti koolitusvajadused vastavalt õe töö eripäradele. Arendusprojekti kõigis faasides lähtuti teaduspõhisest kirjandusest, projekti ajakavast ja riskiplaanist. Projekti tulemusena koostatud tegevusjuhend kirjeldab õendusprotsessi, üldõe tööd ja töötervishoiuõe tööd Qvalitas Arstikeskuses.

Loodud tegevusjuhend vastab Eesti üldõdede ja eriõdede pädevuste raamistikule. Tegevusjuhendi arendamist ja rakendamist jätkab Qvalitas Arstikeskuse meeskond. Arendusprojekti jätkusuutlikkuse tagavad tegevusjuhendi rakendamine ja juhendi põhjal ette võetud muudatused töökorralduses. Tegevusjuhendit täiendatakse pidevalt, lähtudes õenduseriala ja tervishoiusektori arengust. Et hinnata projekti mõju tervishoiuteenusele pikemas perspektiivis, tuleks uuringut korrata viie aasta möödudes.

## **KOKKUVÕTE**

Arendusprojekti eesmärk oli läbi viia 2020. aastal empiiriline uuring analüüsima õdede osalust töötervishoiuteenuse osutamisel ja koostada töötervishoius töötavate õdede iseseisva vastuvõtu tegevusjuhend AS Qvalitas Arstikeskuse näitel. Töötervishoiuspetsialistide vajadus sellise juhendi järele selgitati välja eeluuringu käigus ja seejärel koostati tegevusjuhend.

Käesoleva artikli eesmärk on esitada ülevaade arendusprojektist. Praktilise osa eeluuringu tulemused näitavad töötervishoius töötavate

õdede soovi panustada töötervishoidu. Põhijäreldusena on esile toodud vajadus tegevusjuhendi järele, mis määratleb pädevuspiirid üldõe, töötervishoiuõe ja töötervishoiuarsti töös. Eeluringu põhjal on nii eksperdid, töötervishoiuarstid kui ka õed ühel meelel, et õdede osalus töötervishoius võiks olla suurem. Osalejate hinnangul on töötervishoiuteenuse puhul tegemist tähtsa ja ennetava loomuga teenusega. Kvaliteetsema tervishoiuteenuse tagamiseks on aga vajalik õdede täiendusõpe, tänu millele tõuseb õendusabi kvaliteet. Spetsialiseerumist nähti eelisena õdede iseseisvate vastuvõttude läbiviimisel ning tegevusjuhendit kirjeldati kui olulist alusdokumenti, mis peaks olema hõlpsasti jälgitav ning looks pädevuspiirid töötervishoiuarstide ja töötervishoiuõdede töös.

Arendusprojekti tulemina valmis AS Qvalitas Arstikeskuse õdedele tegevusjuhend, mis toob välja üldõe ja eriõe pädevusest tulenevad töö eripärad ning õdede ja töötervishoiuarsti pädevuste erisused ja piirid. Tegevusjuhendi arendamist ja rakendamist jätkab Qvalitas Arstikeskuse meeskond. Arendusprojekti jätkusuutlikkuse tagavad tegevusjuhendi rakendamine ja juhendi põhjal ette võetud vajalikud muudatused töökorralduses.

## **KASUTATUD KIRJANDUS**

Carlson, E., Murphy, M. (2010). Impacting health through on-the-job counseling: role for professional nurses. *Medsurg Nursing*, 19(5), 295–299.

Cavalheiro, L. V., Andreoli, P. B. de A., Medeiros, N. S. de, Mendes, T. de A. B., Oliveira, R., Cordeiro, J. J. R., Bork, A. M. T. (2010). Communication and access to information in assessing the quality of multiprofessional care of patients. *Einstein* (Sao Paulo, Brazil), 8(3), 303–307. DOI: 10.1590/S1679-45082010AO1298.

Core Curriculum. (2001). Federation of Occupational Health Nurses within the European Union.

[https://fohneu.org/images/pdf/CORE-CURRICULUM\\_2014.pdf](https://fohneu.org/images/pdf/CORE-CURRICULUM_2014.pdf) (20.12.2021).

Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021–2030. Ühised sammud terviseni. (2020). Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing, Eesti Õendusjuhtide Ühing.  
[https://ena.ee/images/ELANIKONNALE/Eesti\\_õenduse\\_ammaemanduse\\_arengustrateegia\\_2021\\_2030.pdf](https://ena.ee/images/ELANIKONNALE/Eesti_õenduse_ammaemanduse_arengustrateegia_2021_2030.pdf) (20.12.2021).

Eriõe miinimumpädevused. (2018). Eesti Õde.  
<https://dea.digar.ee/cgi-bin/dea?a=d&d=AKeestiode201802.2.9> (29.12.2021)

Hea teadustava. (2017). Tartu: Tartu Ülikooli eetikakeskus.  
[https://www.eetika.ee/sites/default/files/www\\_ut/hea\\_teadustava\\_trukis.pdf](https://www.eetika.ee/sites/default/files/www_ut/hea_teadustava_trukis.pdf) (20.12.2021).

Huffman, M. (2010). Health Coaching. A fresh approach for improving health outcomes and reducing costs. *AAOHN Journal*, 58(6), 245–250.  
DOI: 10.3928/08910162-20100526-02.

Lalloo, D., Demou, E., Stevenson, M., Gaffney, M., Macdonald, E. (2016). Comparison of competency priorities between UK occupational physicians and occupational health nurses. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 74(5), 384–386.  
<https://oem.bmj.com/content/oemed/74/5/384.full.pdf> (29.12.2021).

McCullagh, M. (2012). Occupational Health Nursing Education for the 21st Century. *Workplace Health & Safety*, 60(4), 167–176.  
DOI: 10.1177/216507991206000405.

Moen, R. D., Norman, C. L. (2010). Circling back. *Quality Progress*, 43(11), 22–28.

Raudseping, S. (2021). Töötervishoius töötavate õdede iseseisva vastuvõtu tegevusjuhendi koostamine AS Qvalitas Arstikeskuse näitel. Magistritöö. Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.  
[https://www.ester.ee/record=b5406833\\*est](https://www.ester.ee/record=b5406833*est) (20.12.2021).

Rämmer, A. (2014). Valimi moodustamine.  
<http://samm.ut.ee/valimid> (20.12.2021).

Sakowski, P. (2015). Cooperation within physician-nurse team in occupational medicine service in Poland – Knowledge about professional activities performed by the team-partner. *Medycyna Pracy*, 66(5), 625–633.  
DOI: 10.13075/mp.5893.00141.

Siddiqui, F., Shahid, A. (2012). Promoting Healthy Workplaces – Health pledges initiative at North Kirklees Primary Care Trust, NHS, England. *Journal of Pakistan Medical Association*, 62(10), 1028-1032.

[https://jpma.org.pk/article-details/3708?article\\_id=3708](https://jpma.org.pk/article-details/3708?article_id=3708) (20.12.2021).

Siren, R., Eriksson, J., Peltonen, M., Vanhanen, H. (2014). Impact of health counselling on cardiovascular disease risk in middle aged men: influence of socioeconomic status. *PLoS ONE*, 9(2), e88959.

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0088959> (29.12.2021).

Soosaar, A. (2016). *Meditsiinieetika*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.

Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (2020). Tervise Arengu Instituut.

<https://tai.ee/et> (20.12.2021).

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. (2020). (RT I, 17.05.2020, 12).

<https://www.riigiteataja.ee/akt/117052020012?dbNotReadOnly=true#para24lg2> (20.12.2021).

Töötervishoiu eriala arengukava aastani 2020. (2012). Eesti Töötervishoiuarstide Selts.

[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/Arstide\\_erialade\\_arengukavad/tootervishoid\\_arengukava.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/Arstide_erialade_arengukavad/tootervishoid_arengukava.pdf) (20.12.2021).

Töötervishoiu ja tööohutuse seadus. (RT I 1999, 60, 616; RT I, 09.07.2020, 7).

<https://www.riigiteataja.ee/akt/110012019024?leiaKehtiv> (20.12.2021).

Töötervishoid. (2020). AS Qualitas Arstikeskus.

<https://www.qualitas.ee/et/aeriklient> (20.12.2021).

Töötervishoiuteenuse uuring (02.07.2019–26.05.2020). Tehniline kirjeldus.

<https://www.mercell.com/et-ee/tender/104409767/hanked-tootervishoiuteenuse-uur-ing-sotsiaalministeeriumile-hanked.aspx> (20.12.2021).

Wolf, J., Prüss-Ustün, A., Ivanov, I., Mudgal, S., Corvalán, C., Bos, R., Neira, M. (2018). Preventing disease through a healthier and safer workplace. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272980/9789241513777-eng.pdf?ua=1> (20.12.2021).

*Magistrite teadusartiklite kogumik nr 1*

Õdede erialase koolituse põhimõtted. (2003). Eesti Õdede Liit.

[https://www.ena.ee/images/ELANIKONNALE/Odede\\_erialase\\_koolituse\\_pohimotted.pdf](https://www.ena.ee/images/ELANIKONNALE/Odede_erialase_koolituse_pohimotted.pdf)  
(29.12.2021).

Õe baaspädevused. (2018). Eesti Õdede Liit.

[https://www.ena.ee/images/KUTSE\\_ARENG/OE\\_BAASPaDEVUSED\\_27apr18.pdf](https://www.ena.ee/images/KUTSE_ARENG/OE_BAASPaDEVUSED_27apr18.pdf) (20.12.2021).

## **VAIMSE TERVISE ÕE VASTUVÕTU ARENDAMINE PEREARSTIKESKUSES**

**Kerli Kaskla, RN, APN, MSc**

Kivimäe Perearstikeskus

kerli.kaskla@gmail.com

**Merle Talvik, PhD**

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

**Märksõnad:** vaimse tervise õde, õe iseseisev vastuvõtt, perearstikeskus, esmatasandi tervishoid, töökorraldus

**Abstract:**  
**DEVELOPING MENTAL HEALTH  
NURSES´ APPOINTMENT  
AT HEALTH CENTRE**

*According to various experts, the involvement of a mental health nurse would increase the capacity of primary care to address mental health issues. This in turn creates the need for common guidelines. Thus, the aim of the project was set to compile guidelines for mental health nurses´ appointment and developing appointment at the Kivimäe Perearstikeskus (health centre) based on analyses carried out.*

*The project design methodology was based on three main activities: staff interviews on the need for the project, a case study based on the experience of the two health centres, and an analysis of existing guidelines. The research task was to analyse and map the tasks of a mental health nurse, to compile guidelines for appointment based on the analysis, and to develop mental health nurse appointment.*

*As a main result of the project, guideline with seven main areas of activity to be followed during patient reception was compiled and an independent mental health nurse appointment at Kivimäe Perearstikeskus was established in March 2021.*

*Involving mental health nurses in primary care has already been successfully practised around the world. In Estonia, it is still in its infancy, but according to several experts, there is a demand for it. Looking to the future, discussions*

*could be initiated with professionals in different fields with an aim to develop common guidelines for mental health nurses.*

**Keywords:** *mental health nurse, nurse´s appointment, health centre, primary health care, work organisation*



## SISSEJUHATUS JA TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

*World Health Organization*'i (WHO) andmetel tõusis kuni 2017. aastani 10 aasta jooksul vaimse tervise häiretesse haigestumine 13%. Vaimse tervise häired mõjutavad oluliselt inimeste igapäevaelu: kannatada saab nii osalemine õppetöös, tööl käimine kui ka suhted pere ja sõpradega. Kuigi paljudes riikides on üldine teadlikkus paranenud, kogevad paljud vaimse tervise häirega inimesed diskrimineerimist ja stigmatiseerimist (WHO, 2020). Eesti Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsioon (VATEK) on koostanud vaimse tervise strateegia aastateks 2016–2025, mis parendaks vaimse tervise häirete käsitlemist, sh esmatasandil. Strateegia üheks üldeesmärgist tulenevast alaeesmärgiks on võimaldada inimestele parim kättesaadav ravi ja seda toetavad teenused nii, et inimesed saavad oma eluga iseseisvalt hakkama. Strateegia ideoloogiline ülesehitus on kooskõlas WHOs välja töötatud vaimse tervise käsitlemisega (Vaimse Tervise ..., 2016: 5, 6).

Perearstikeskused on inimeste jaoks tihti esimene juurdepääsupunkt abi saamisel (McLeod ja Simpson, 2017). Esmatasandis on oluline roll krooniliste haigustega tegelemisel, nende hulka kuulub ka depressioon, mis omakorda on levinuim vaimse tervise häire (Hammarberg jt, 2019). Vaimse tervise häirega patsientide abistamisel ja edasisel jälgimisel on aina suurem osa õdedel (Girard jt, 2017). 2011. aastal Tervise Arengu Instituudi tellitud raportis on eksperdid arvamusel, et esmatasandi tervishoiu meeskonna suutlikkust vaimse tervise probleemide käsitlemisel võiks suurendada vaimse tervise õe kaasamine (Bogdanov ja Pertel, 2012: 28).

Hetkel ei ole Eestis vaimse tervise õe iseseisev vastuvõtt määratletud esmatasandi tervishoiu kohustusliku põhiteenusena, vaid teises teenusena

(Tervisekeskuste kaasajastamine, 2021; § 2). Vaimse tervise õdede (psühhiaatriaõdede) vastuvõttud on riiklikul tasandil rahastatud aktiivravihaiglate polikliinikutes või psühhiaatriakliinikutes, sh Eesti Haigekassaga sõlmitud lepingu alusel erakliinikutes ja erihoolekandeesutustes. Perearstiabis kuulub vaimse tervise hindamine ja selle häirete esmane diagnoosimine ning kergemate häirete ravi ja jälgimine ühe osana perearsti teenuse juurde. (Bogdanov ja Pertel, 2012: 8, 26, 28).

Mitmes varasemalt läbiviidud uuringus on erinevate riikide kogemuste põhjal välja toodud vastava spetsialisti kaasamise vajalikkus esmatasandi tervishoidu. McLeod ja Simpson (2017), Hammarberg jt (2019), Abidi jt (2019) on oma uuringutes rõhutanud patsientidele osutatava abi kvaliteedi paranemist juhul, kui esmatasandi meeskonda on kaasatud vaimse tervise õde. Ühtlasi on McLeod ja Simpson (2017) ning Hammarberg jt (2019) olnud ühisel arvamusel, et vaimse tervise õe kaasamisel väheneb osaliselt perearstide töökoormus. Meehan ja Robertson (2013) ning Svenningson jt (2018) on leidnud, et vaimse tervise õe olemasolu meeskonnas pakub lisatuge mitte ainult patsientidele, vaid ka meeskonnale. Kokkuvõtlikult saab märkida, et lisaks eelmainitule aitab vaimse tervise õe kaasamine perearstikeskuse meeskonda parandada esmatasandi tervishoiu suutlikkust vaimse tervise häiretega patsientide käsitlemisel (McLeod ja Simpson, 2017; Meehan ja Robertson, 2013; Abidi jt, 2019).

Probleemsete aspektidena toodi uuringutes välja arstide kõhklused ja teadmatus vaimse tervise õdede rolli ja olemuse suhtes (McLeod ja Simpson, 2017; Meehan ja Robertson, 2013). Svenningson jt (2018) tõid probleemsetena välja osade arstide huvipuuduse teha koostööd vaimse tervise õdedega (uuringus *care manager*). Tegemist oli peamiselt vanemate arsti-

dega, kellel olid välja kujunenud oma kindlad veendumused ja harjumused ning nad ei olnud valmis uuendusteks. (Svenningson jt, 2018).

Scheydt ja Hegedüs (2020) on teinud süstemaatilise ülevaate kirjandusest, kus on vaadeldud õe-spetsialisti tegevusi ja tööülesandeid psühhiaatria ja vaimse tervise vallas. Lisaks tõendus põhiste õendussekumistele on kliiniliste oskustega õel-spetsialistil ka õpetaja, konsultandi ja uurija/arendaja roll. Teaduskirjanduse põhjal toodi välja kuus peamist tegevusvaldkonda: 1) otsene õendusabi ja tegevused; 2) õendusabi korraldamine ja koordineerimine; 3) psühhosotsiaalse tervise edendamine; 4) patsiendi ja tema pere nõustamine ja juhendamine; 5) juhtimine ja avalikud suhted; 6) uurimis- ja arendustöö. Igale tegevusvaldkonnale olid juurde lisatud täpsustused. (Scheydt ja Hegedüs, 2020).

Eestis puudub riiklikul tasemel välja töötatud ühtne tegevusjuhend vaimse tervise õe iseseisva vastuvõtu läbiviimiseks. Olemas on üldine määrus ambulatoorselt osutatava iseseisva õendusabi kohta, kuid see ei sisalda eraldi vaimse tervise õe vastuvõttu (Iseseisvalt osutada ..., 2021). Keskustes, kus vastavat teenust osutatakse, on välja töötatud juhendid asutusesiseseks kasutamiseks. Seetõttu on esile kerkinud vajadus tegevusjuhendi järele, mille alusel saaks välja arendada ja käivitada vaimse tervise õe iseseisvad vastuvõttud perearstikeskustes ja teistes esmatasandi tervishoiuasutustes.

Arendusprojekti eesmärk oli vastavalt läbiviidud analüüsidele koostada vaimse tervise õe iseseisva vastuvõtu juhend ning arendada välja vastuvõtt Kivimäe Perearstikeskuses. Eesmärgi täitmiseks püstitati järgmised ülesanded:

- vaimse tervise õe tööülesannete analüüs ja kaardistamine,
- analüüsi põhjal vastuvõtu läbiviimiseks juhendi koostamine,
- vaimse tervise õe vastuvõtu väljaarendamine.

Käesoleva artikli eesmärk on esitada kokkuvõttev ülevaade arendusprojektist „Vaimse tervise õe iseseisva vastuvõtu korraldamine Kivimäe Perearstikeskuse näitel“ (Kaskla, 2021) ja laiemalt tutvustada tõenduspõhist arendusvõimalust vaimse tervise erioenduses.

## **1. ARENDUSPROJEKTI DISAIN JA UURIMISMETOODIKA**

Projekti koostamist alustati veebruaris 2020 ja projekt lõpetati detsembris 2020. Selles ajavahemikus toimus ka teabeallikate otsing. Allikate otsimisel lähtuti teemast, töö eesmärgist ja uurimisülesannetest. Töö käigus kasutati *Pubmed*'i, *Google*'i ja Riigiteataja andmebaase. Kasutatud otsingusõnadeks olid: *mental health nursing (nurse) and/in primary (health) care, mental health nurses tasks, vaimse tervise õe vastuvõtt, tervisekeskus, perearstikeskus*. Allikate otsingul seati piiranguks avaldamise aasta, kuid mitte varasem aasta kui 2010. Kuna tulemusi otsingusõnadele oli kolmest kasutatud andmebaasist kokku 63 326, vaadati üle ainult teatud arv tulemusi, kuni pealkirjades sisalduv ei olnud enam projekti teemaga seotud. Täpsem allikate selekteerimise protsess on põhjalikumalt välja toodud arendusprojektis (Kaskla, 2021).

Kasutatud artiklid olid ingliskeelsed. Eesti keeles teemakohaseid uuringuid ei leitud. Eestikeelset materjali on kasutatud üksnes Eestis valitseva olukorra kirjeldamiseks. Selleks kasutati üldist andmebaasi *Google* ja veebilehekülge *riigiteataja.ee*. Analüüsimiseks valitud allikad saadi *Pubmed*'i andmebaasist.

Arendusprojekti metoodika koosnes kolmest osast: 1) kirjalik küsitlus keskuse personali seas projekti vajalikkuse osas; 2) juhtumianalüüs kahe keskuse kogemuse põhjal vaimse tervise õe iseseisva vastuvõtu osas; 3) olemasolevate tööjuhendite analüüs.

- 1) Küsitlus perearstikeskuse personali seas toimus ajavahemikul 04.05.–22.05.2020. Küsitlusesse kaasati kõik keskuse töötajad. Küsitluses osalejaid oli 10, kellest arste neli ja õdesid kuus. Arstidest osales kolm nimistuga perearsti ja üks osalise töökoormusega abiarst, kes tegeleb vajadusel kõigi keskuse patsientidega. Kuue osalenud õe seas on üks õde täiskoormusega, üks osalise töökoormusega pereõde-ämmaemand ja neli on õde osalise töökoormusega. Küsitluses osalejatele esitati kirjalikult kolm küsimust projekti vajalikkuse, ajaressursi ja abi vajavate patsientide arvu kohta.
- 2) Vaimse tervise õe iseseisvate vastuvõttude juhtumianalüüs tehti kahe keskuse kogemuse põhjal. Üheks valitud keskuseks oli Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) psühhiaatriapolikliinik ning analüüsi aluseks võeti polikliiniku õendusjuhi koostatud projekt vaimse tervise õe iseseisva vastuvõtu korraldamiseks (Kull ja Läheb, 2019). Kuna esmatasandil erineb patsientide käsitus psühhiaatriapolikliiniku omast, valiti teiseks keskuseks Laagri Perearstikeskus, kus on samuti olemas vaimse tervise õe iseseisva vastuvõtu kogemus. Eesmärk oli analüüsida kahe asutuse vaimse tervise õe töökorraldust ja ülesandeid, vastuvõttude korraldamisel esile kerkinud takistusi ja üldiseid probleeme. Informatsiooni kogumine toimus vabas vormis intervjuerimise teel selleks eelnevalt kokkulepitud aegadel.
- 3) Olemasolevate tööjuhendite analüüsimise eesmärk oli tuvastada võimalikud kitsaskohad ja parendamist vajavad aspektid vaimse tervise õe tööülesannetes, töötamaks välja perearsti-

keskuse vajadustele vastav juhend. Kasutatud juhenditeks olid PERHi psühhiaatrikliiniku õendustegevusjuhend (Õendustegevusjuhend ..., 2011), „Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend“ (Perearsti ja ..., 2021) ning „Iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning õendusabiteenuste osutamise tingimused“ (Iseseisvalt osutada ..., 2021). Juhendeid hinnati järgmiste parameetrite alusel: anamneesi kogumine; seisundi hindamine ja õendusplaani koostamine; õenduslane nõustamine; ravimite väljakirjutamine oma pädevuse piires, õendustoimingute tegemine; laboratoorsete uuringute tegemine; dokumentatsioon (vt tabel 1).

Peamiseks riskiks projekti rakendamisel perearstikeskuses on erimeelsuste ja arusaamatuste tekkimise oht kollektiivis. Riski maandamiseks on oluline määratleda meeskonnas vaimse tervise õe roll, millele aitab kindla tegevusjuhendi kõrval kaasa ka pidev omavaheline suhtlus (otsene vahetu suhtlus kolleegide vahel, koosolekud kogu kollektiivi osalusel).

Kvaliteedikontrolli planeerimiseks on projektis kasutusel PDCA mudel ehk Demingi ring, mille neli sammu (planeeri-teosta-kontrolli-tegutse) sobisid lihtsuse ja konkreetse tõttu (Gitlow jt, 1989). Indikaatorid kvaliteedi kontrollimiseks on vastuvõtuaegade täitumine, patsientide valmisolek (rahulolu) ja sujuv meeskonnatöö. PDCA mudeli neli sammu koos indikaatoritega on arendusprojektis välja toodud tabelina (Kaskla, 2021). Kiirema tulemuse saab vastuvõtuaegade täituvust kontrollides, esmane kokkuvõte on tehtud kahe kuu möödudes. Pikemaajaline kontroll hõlmab patsientide rahulolu, mille saab siduda keskuses läbiviidava üldise rahulolu küsitlusega. Projekti juhtis arendusprojekti autor koos keskuse juhatajaga, meeskonnana osales kogu keskuse kollektiiv.

## **2. TULEMUSED**

### **2.1. Vaimse tervise õe tööülesannete analüüs ja kaardistamine**

Vaimse tervise õe tööülesannete täpsustamiseks ja kohandamiseks Kivimäe Perearstikeskuses analüüsiti küsitluse ja juhtumianalüüsidega saadud uurimistulemusi. Perearstikeskuse personali seas läbiviidud küsitluse tulemusena selgus vastajate üksmeelsus projekti vajalikkuse osas, kuna vaimse tervise häirega patsiente lisandub pidevalt ja tavavastuvõtul ei ole piisavalt aega probleemi põhjalikumaks käsitleuseks. Olulisemate ettepanekute/märkustena toodi välja, et vaimse tervise õde võiks tegeleda antidepressantravil e AD-ravil olevate patsientide jälgimisega, mille tulemusel suureneks perearstide vastuvõttudel vabade aegade arv.

Juhtumianalüüsis käsitletud PERHi psühhiaatriapolikliinikus kavandatud projekti eesmärk oli korraldada vaimse tervise õe iseseisev vastuvõtt, mis sisaldaks esmase eluanamneesi võtmist, pöördumise põhjuse tuvastamist ning patsiendi edasisuunamist kas psühhiaatri vastuvõtule või esmatasandisse. Probleemseks kohaks osutus õdede vähene valmisolek iseseisvaks vastuvõtuks ning tõsiasi, et oma teadmisi ja oskusi ei peetud piisavaks. Kasulikuks peeti aga erinevaid vaimse tervise häirete alaseid koolitusi ja tegevusjuhendeid, mis aitasid vähendada õdede ebakindlust (Kull ja Läheb, 2019: 21). Puuduste kõrvaldamise ja projekti arendamisega tegeletakse edasi. Plaanis on jätkata personali koolitamist, uute juhendite koostamist ja meeskonnatöö arendamist.

Juhtumianalüüsiks valitud Laagri Perearstikeskuses loodi vaimse tervise õe vastuvõtt vajaduspõhiselt, kuna teenust vajavaid patsiente oli palju. Järjekorrad perearstide vastuvõttudele olid pikad, sest vaimse tervise

probleemidega patsientidele kulub rohkem aega kui tavavastuvõtul. Vaimse tervise õe vastuvõttu hakkas pakkuma keskus juba tööl olev õde. Suunamine vaimse tervise õe vastuvõtule toimus läbi perearsti või -õe (triaaži tegi õde telefoni teel). Arsti poolt suunatud patsiendid olid peamiselt AD-ravil ning vajasid jälgimist ravi efektiivsuse osas.

Vaimse tervise õe vastuvõtu loomine Laagri Perearstikeskuses oli kokkuvõttes edukas: perearstidele jäi selle arvelt rohkem vabu vastuvõtuaegu ja ka patsiendid olid rahul. Probleemiks kujunes asjaolu, et ka vaimse tervise õe vastuvõtu järjekorrad pikenesid. Seega tehti edasised suunamised läbi perearsti või -õe eelneva vastuvõtu, et ei tekiks vaimse tervise õe aja kuritarvitamist (vastuvõtule tulek ilma otsese vajaduseta).

Kasutusel olevate tegevusjuhendite analüüsimisel selgus, et PERHi psühhiaatrikliiniku tegevusjuhendis on suur rõhk üldisel nõustamisel ja protseduuride teostamisel, nt elustiilialane nõustamine, vereõhu mõõtmine jne. Vaimse tervise osas on lisategevustena välja toodud rahustamine agressiivsuse korral ja patsiendi turvalisuse hindamine. Muus osas kattub juhend pereõdede üldise tegevusjuhendiga (Õendustegevusjuhend ..., 2011; Perearsti ja ..., 2021).

Laagri Perearstikeskuses uut juhendit vaimse tervise õe vastuvõtuks ei koostatud. Töös lähtuti üldisest pereõde tegevusjuhendist (Perearsti ja ..., 2021), konkreetsest haigusjuhust ja perearstide juhustest. Täpsem ülevaade juhenditest on koondatud tabelisse 1.



**Tabel 1.** Kokkuvõtte projektis analüüsitud tegevusjuhenditest (Kaskla, 2021: lisa 3).

| Peamised tegevused vastuvõtul / tegevusvaldkonnad  | Pereõe tegevusjuhend *              | PERHi psühhiaatrikliinik **                     | Iseseisev ambulatoorne vastuvõtt ***                           |
|--|-------------------------------------|---|--|
| Anamneesi kogumine   | +                                   | +   | +  |
| Seisundi hindamine, õendusplaani koostamine  | +                                   | +<br>Sh vajaduste hindamine                     | +  |
| Õendusala nõustamine <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tervise säilitamine ja taastamine</li> <li>• Elustiil (toitumine, liikumine)</li> <li>• Riskikäitumine</li> <li>• Töö ja elukorraldus</li> <li>• Ravimid (sh käsimüügis olevad)</li> </ul> | +<br><br>+<br>+<br>-<br>-<br>+<br>+ | +<br><br>+<br>+<br>+<br>-<br>-                  | Lisaks: patsiendi ja tema lähedaste psühhosotsiaalne toetamine |
| Ravimite väljakirjutamine oma pädevuse piires  | +                                   | -<br>Ravimite manustamine, raviplaani järgimine | -<br>Ravimite manustamise õpetamine, raviplaani järgimine      |
| Raviprotseduuride/õendustoimingute tegemine  | +                                   | +   | +  |
| Laboratoorsete uuringute tegemine  | +                                   | +   | +  |
| Dokumentatsioon, sh dokumentide väljastamine   | +                                   | +/-   | +  |

\*Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend (Perearsti ja ..., 2021).

\*\*Õendustegevusjuhend: psühhiaatriaõe iseseisva vastuvõtu läbiviimine (Õendustegevusjuhend ..., 2011).

\*\*\*Iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning õendusabiteenuste osutamise tingimused (Iseseisvalt osutada ..., 2021).

Tabelis 1 on kolmest õdede tegevusjuhendist välja toodud üldised tähtsamad tegevused ja valdkonnad. Iga juhendi puhul on tegevuste juurde vajadusel lisatud täpsustused. Tabelist on välja jäetud grupipsühhoteraapia läbiviimine vastava pädevuse olemasolul, kui õe vastuvõtuteenust osutatakse vaimse tervise keskuses või vaimse tervise õe kabinetis, sest seal on vajalik sotsiaaltöötaja või kliinilise psühholoogi kaasamine (Iseseisvalt osutada ..., 2021: §6).

## **2.2. Juhendi koostamine vastuvõtu läbiviimiseks**

Pärast projekti vajalikkuse väljaselgitamist personali küsitlemise teel ning olemasolevate juhendite ja iga juhtumi analüüsi arendusprojekti raames koostati tegevusjuhend vaimse tervise õe iseseisva vastuvõtu läbiviimiseks Kivimäe Perearstikeskuses (Kaskla, 2021: lisa 4). Kirjeldatud olid nii juhendi eesmärk kui ka üldised põhimõtted. Õe tegevused vastuvõtul on jaotatud seitsmesse peamisse kategooriasse: 1) patsiendi üldise terviseseisundi hindamine, lähtudes tema vaimsest tervisest; 2) anamneesi kogumine: probleemi täpsustamine, pereanamnees vaimse tervise häirete osas, tervist kahjustavate ainete tarvitamine, riskifaktorid, somaatilised haigused; 3) nõustamine: patsiendi ja tema lähedaste nõustamine vaimse tervise häirete, töö ja elukorralduse ning vaimse tervise säilitamise ja taastamise osas, esmaste eneseabivõtete õpetamine, mitme sama vaimse tervise häirega patsiendi grupinõustamine; 4) õendustegevuse planeerimine: raviplaani koostamine ja jälgimine, uue vastuvõtuoja broneerimine või patsiendi edasisuunamine perearstile; 5) vajalike protseduuride määramine ja teostamine: vereanalüüsid, EKG, vererõhu ja pulsisageduse mõõtmine, küsimustike täitmine, tulemuste interpreteerimine; 6) dokumenteerimine; 7) haigusjuhtude analüüsimine meeskonnas (algatamine, osalemine).

## 2.3. Vaimse tervise õe iseseisva vastuvõtu väljaarendamine

Pärast projekti valmimist alustati alates 01.03.2021 Kivimäe Perearstikeskuses vaimse tervise õe iseseisvate vastuvõttudega. Vastuvõttud toimusid algul ühel päeval nädalas, kokku viis tundi. Alates 01.05.2021 toimub vastuvõtt kahel päeval nädalas, kokku kümme tundi. Ühele patsiendile planeeritud vastuvõtuaeg on 60 minutit.

Vastuvõtule registreerivad patsiente nii perearst kui ka pereõde läbi telefonitriaaži. Lisanduvad tagasikutsumised korduvale visiidile. Ühel juhul on patsient avaldanud omal algatusel soovi vastuvõtule registreeruda, info vastuvõtu toimumise kohta sai patsient keskuse kodulehelt. Tabelisse 2 on koondatud ülevaatlikult kahe kuu andmed vaimse tervise õe iseseisva vastuvõtu täituvuse osas. Andmed on saadud perearstikeskuses kasutusel olevast programmist Perearst2.

|                          | märts | aprill |
|--------------------------|-------|--------|
| Vastuvõtuaegu            | 20    | 24     |
| Kohal käinud patsiente   | 13    | 18     |
| Aegade täituvuse osakaal | 65 %  | 75 %   |

**Tabel 2.** Vaimse tervise õe vastuvõtuaegade täituvus 01.03.–30.04.2021 Kivimäe Perearstikeskuses.

## 3. ARUTELU JA JÄRELDUSED

Analüüsitud allikate põhjal on vaimse tervise õe kaasamist esmatasandisse maailmas juba praktiseeritud ja seda on saatnud edu. Eestis on see veel algusjärgus, kuigi vajadust on mainitud nii VATEKi koostatud vaimse tervise strateegias (Vaimse tervise ..., 2016) kui ka Sotsiaalministeeriumi koostatud

„Vaimse tervise rohelises raamatus“ (Vaimse tervise ..., 2020). McLeod ja Simpson (2017) ning Hammarberg jt (2019) on oma uuringute põhjal välja toonud vastavate vastuvõttude kasuteguritena nii perearstide ja -õdede töökoormuse vähenemist kui ka täiendavat tuge patsientidele ja nendele osutatava abi kvaliteedi paranemist. Hinnangut perearstide töökoormuse vähenemise kohta on kõnealuse projekti raames veel vara kontrollida. Selle kohta saab teha põhjalikuma kokkuvõtte 6 kuu kuni aasta möödumisel vaimse tervise õe vastuvõttudega alustamisest.

Kui üldiselt on Kivimäe Perearstikeskuses tavavastuvõtuks ette nähtud 20 minutit patsiendi kohta, siis personaliküsitluse ühe tulemusena leiti, et see aeg jääb vaimse tervise häire käsitlemisel liiga lühikeseks. Projekti käivitamine 2021. aasta märtsis on näidanud, et 60 minutit ühe patsiendi kohta on piisav aeg, et vastuvõtul jõuaks koguda anamneesi, nõustada ja kogu käsitlus ka korrektselt dokumenteerida. Svenningsoni jt (2018) kirjeldatud probleemi vanemaealise personali suhtumises ja raskustes uue töökorraldusega leppimisel Kivimäe Perearstikeskuses kõne alla ei ole tulnud. Võimalikuks põhjuseks, miks perearstikeskuses ei ole personali seas olnud projektile vastuseisu, on väike kollektiiv. Suuremates kollektiivides võib eriarvamuste tekkimise risk olla suurem.

Lisaks personaliküsitlusele andsid meetoodiliste tegevustena välja toodud juhtumi- ja juhendianalüüsid olulise sisendi vaimse tervise õe iseseisva vastuvõtu käivitamiseks. Teostatud analüüsid võimaldasid õppida teiste keskuste kogemustest vastuvõttude korraldamisel ning aitasid leida väljundid projekti koostamiseks ja rakendamiseks.

Kuna projekti raames valminud juhend on koostatud eelkõige Kivimäe Perearstikeskuse tarvis, on protsessis lähtunud keskusesisesest pereõe tegevusjuhendist, keskendudes just vaimse tervise säilitamisele ja eden-

damisele. Tegevusjuhendeid puudutavat teaduskirjandust ei ole kahjuks piisavalt. Võimalikuks põhjuseks võib olla asjaolu, et enamik tegevusjuhendeid töötatakse välja asutuste siseselt ja need ei ole teistele kättesaadavad. Suureks abiks oli juhendi koostamisel Scheydti ja Hegedüsi (2020) koostatud süstemaatiline ülevaade psühhiaatria ja vaimse tervise valdkonna õe-spetsialisti tegevusi ja tööülesandeid käsitlevast kirjandusest, kus on täpselt välja toodud peamised tegevussuunad. Kuigi iga vastuvõtt sõltub siiski konkreetsest patsiendist ja tema probleemist, annab koostatud juhend vaimse tervise õele kindlad juhtnöörid vastuvõtu läbiviimiseks.

Tuleviku seisukohast võiks vaimse tervise õdedele kehtida riiklikul tasandil ühtne juhend, mis omakorda annaks kindlad suunised erinevates asutustes töötavatele õdedele (psühhiaatriakliinikud, vaimse tervise keskused, tervisekeskused, perearstikeskused). Arvestades asutuste ja sinna pöörduvate patsientide erinevusi, tuleks lisaks üldistele põhimõtetele ja tööülesannetele lähtuda iga valdkonna eripäradest. Ühtse juhendi väljatöötamisel peaks arutellu kaasama nii erialaspetsialiste, sh psühhiaatrid, psühholoogid ja vaimse tervise õed, kui ka erialaliitused, nt Eesti Õdede Liit ja Eesti Perearstide Selts.

Peale ühtse tegevusjuhendi on tähtis ka meeskonnatöö. Kollektiivi seisukohalt on oluline pidev suhtlemine ja uuenduste edukuse seire, seda nii Kivimäe Perearstikeskuses kui ka teistes asutustes, kus vaimse tervise õe iseseisvad vastuvõttud juba toimuvad või neid alles alustatakse. Asutuste sisesed koolitused erinevate vaimse tervise häirete osas aitavad samuti kaasa sujuvale meeskonnatööle, sest võimaldavad ühtlustada vastavate probleemide käsitlemist ja teadvustamist.

## **KOKKUVÕTE**

Erinevate ekspertide arvamusel suurendaks vaimse tervise õe kaasamine esmatasandi tervishoidu suutlikkust vaimse tervise probleemide käsitlemisel. See omakorda loob vajaduse ühtse tegevusjuhendi järele. Seega seati 2020. aastal arendusprojekti eesmärgiks seati läbiviidud analüüside põhjal vaimse tervise õe iseseisva vastuvõtu juhendi koostamine ja vastuvõtu väljaarendamine Kivimäe Perearstikeskuses.

Projekti koostamise meetodika põhines kolmel peamisel tegevusel: personali küsitlused projekti vajalikkuse osas, juhtumianalüüs kahe keskuse kogemuse põhjal ja olemasolevate tegevusjuhendite analüüs. Uurimisülesandeks seati vaimse tervise õe tööülesannete analüüs ja kaardistamine, analüüsi põhjal vastuvõtu läbiviimiseks juhendi koostamine ning vaimse tervise õe vastuvõtu väljaarendamine.

Projekti peamise tulemusena valmis tegevusjuhend seitsme põhilise tegevusvaldkonnaga, millest vastuvõtu läbiviimisel lähtuda, ning vaimse tervise õe iseseisva vastuvõtu toimumine Kivimäe Perearstikeskuses alates 2021. aasta märtsikuust.

Vaimse tervise õe kaasamist esmatasandisse on maailmas juba edukalt praktiseeritud. Kuigi Eestis on see veel algusjärgus, on mitmete ekspertide arvamusel vajadus selleks olemas. Tulevikule mõeldes võiks algatada eri valdkondade spetsialistidega arutelusid eesmärgiga töötada välja ühtne juhend vaimse tervise õdede jaoks.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Abidi, L., Oenema, A., Verhaak, P., Tan, F. E. S., Van de Mheen, D. (2019). The introduction of the practice nurse mental health in general practices in the Netherlands: effects on number of diagnoses of chronic and acute alcohol abuse. *BMC Family Practice*, 20(1), 48.  
<https://doi.org/10.1186/s12875-019-0938-3> (01.12.2021).

Bogdanov, H., Pertel, T. (2012). Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. Tervise Arengu Instituut. Tallinn.  
[http://terviseinfo.ee/images/VTTK\\_17022012.pdf](http://terviseinfo.ee/images/VTTK_17022012.pdf) (01.12.2021).

Girard, A., Hudon, C., Poitras M. E., Roberge, P., Chouinard, M. C. (2017). Primary care nursing activities with patients affected by physical chronic disease and common mental disorders: a qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9–10), 1365–2702.

Gitlow, H., Gitlow, S., Oppenheim, A., Oppenheim, R. (1989). Tools and Methods for the Improvement of Quality. Irwin: Homewood, IL; Boston, MA.

Hammarberg, S. A. W., Hange, D., André, M., Udo, C., Svenningsson, I., Björkelund, C., Petersson, E-L., Westman, J. (2019). Care managers can be useful for patients with depression but their role must be clear: a qualitative study of GP's experiences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 37(3), 273–282.  
DOI: 10.1080/02813432.2019.1639897.

Iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning õendusabiteenuste osutamise tingimused (RT I, 06.01.2021, 11).  
<https://www.riigiteataja.ee/akt/106012021011> (01.12.2021).

Kaskla, K. (2021). Vaimse tervise õe iseseisva vastuvõtu korraldamine Kivimäe Pearingstikeskuse näitel. Arendusprojekt. Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.  
[https://www.ester.ee/record=b5406454\\*est](https://www.ester.ee/record=b5406454*est) (01.12.2021).

Kull, K., Läheb, R. (2019). Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatriapolikliiniku vaimse tervise õe esmane iseseisev vastuvõtt. Arendusprojekt. Tallinn: Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.  
[https://www.ester.ee/record=b5301948\\*est](https://www.ester.ee/record=b5301948*est) (30.12.2021).

McLeod, K., Simpson, A. (2017). Exploring the value of mental health nurses working in primary care: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(6), 387–395. DOI: 10.1111/jpm.12400.

Meehan, T., Robertson, S. (2013). Mental health nurses working in primary care: Perceptions of general practitioners. *Journal of Mental Health Nursing*, 22(5), 377–383. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2012.00884.x.

Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend (RT I, 06.01.2021, 14). <https://www.riigiteataja.ee/akt/106012021014> (01.12.2021).

Scheydt, S., Hegedüs, A. (2020). Tasks and activities of Advanced Practice Nurses in the psychiatric and mental health care context: A systematic review and thematic analysis. *International Journal of Nursing Studies*, Aug 26; 103759. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2020.103759.

Svenningsson, I., Udo, C., Westman, J., Nejati, S., Hange, D., Björkelund, C., Petersson, E. L. (2018). Creating a safety net for patients with depression in primary care: a qualitative study of care managers' experiences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(4), 355–362. DOI: 10.1080/02813432.2018.1529018.

Tervisekeskuste kaasajastamine (RT I, 06.01.2021, 18). <https://www.riigiteataja.ee/akt/106012021018> (01.12.2021)

Vaimse tervise roheline raamat. (2020). Sotsiaalministeerium. Tallinn. [https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/vaimse\\_tervise\\_roheline\\_raamat\\_0.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/vaimse_tervise_roheline_raamat_0.pdf) (01.12.2021).

Vaimse Tervise Strateegia 2016–2025. (2016). Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsioon. [http://heakool.ee/wp-content/uploads/2016/04/Vaimse\\_tervise\\_heaolu\\_strateegia\\_2016-2025\\_30.03.2016.pdf](http://heakool.ee/wp-content/uploads/2016/04/Vaimse_tervise_heaolu_strateegia_2016-2025_30.03.2016.pdf) (01.12.2021).

WHO (World Health Organization) Health topics – mental health. [https://who.int/health-topics/mental-health#tab=tab\\_1](https://who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1) (15.03.2020).

Õendustegevusjuhend: psühhiaatriaõe iseseisva vastuvõtu läbiviimine. (2011). SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tallinn.



# **ÕENDUSVISIIDI RAKENDAMINE MEESKONNATÖÖ JA PATSIENDIHOOLDUSE EDENDAMISEKS STATSIONAARIS**

**Kätlin Lillemaa, RN, APN, MSc**

SA Pärnu Haigla

katlin.lillemaa@gmail.com

**Märksõnad:** õendusvisiit, meeskonnatöö, patsiendihoidus,  
statsioonarne osakond, kommunikatsioon

**Abstract:**  
**IMPLEMENTING INTENTIONAL ROUNDS TO IMPROVE  
TEAMWORK AND PATIENT CARE IN HOSPITAL WARD**

*In addition to nursing activities, the nurses of the inpatient department are also responsible for ensuring the quality of patient care, which is why it is important to pay attention to the proper functioning of teamwork, as the care of patients in departments is mainly provided by care workers. Progress has been made by implementing intentional rounds to improve teamwork and ensure the quality of patient care. The intentional rounding involves three activities: a joint discussion between the nurse and the care worker about the patient's condition, creating a daily plan based on the nursing plan and nurse's or care worker's visit to the ward at agreed intervals to check the person's condition and take preventive measures. During the rounds, the patient's comfort is monitored, their well-being is examined, and they are aided in finding a suitable position. In addition, the patient's coping with daily activities of living is checked, ensuring that necessary items are at hand. During a person's inpatient treatment, every effort is made to ensure their privacy and comfort, and if necessary, assistance is provided in coping with activities of living.*

*To the knowledge of the author of the development project, so far, the intentional rounds at Pärnu Hospital have not been systematically implemented. The article describes the piloting of intentional rounds as an example of a development project in one department of Pärnu Hospital in 2019. This development project will provide new knowledge in the field of clinical nursing and create an opportunity to apply intentional rounds in different inpatient departments, using the knowledge and experience gained from the pilot project.*

*In order to provide an evidence-based description of the impact factors and outcome indicators for the implementation of intentional rounds, a systematic literature review was first prepared. Then the attitudes of the staff of the pilot department towards teamwork were outlined, leading to the implementation of intentional rounds in the same department. The staff were interviewed two months after the implementation of the intentional rounds to assess staff experience. Before the implementation of intentional rounds, the staff rated job satisfaction as the highest and information on the condition of patients and the quality of patient care was rated as the lowest. Following the implementation of the intentional rounds, the participants noticed discussions between the nurse and the care staff about the condition of the patients and less systematic visits to the wards. The main reasons for cancelling intentional rounds were lack of time and lack of initiative of the parties. Communication between the team members and understanding of patients' conditions were assessed as significantly improved.*

*It follows from the development project that intentional rounding ensures effective teamwork. However, the duration of the intentional rounds was too short to assess the improvement in the quality of patient care. Continuous development ensures the efficiency of both teamwork and the quality of patient care, so the department should continue to implement, monitor and develop intentional rounds.*

**Keywords:** *intentional rounds, teamwork, patient care, inpatient department, communication*

## SISSEJUHATUS JA TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

Tänu õdede autonoomia suurenemisele on tervishoiuasutustes valitsetud hierarhiline struktuur hakanud viimastel kümnenditel muutuma ning üha enam toetatakse tervishoiutöötajate tegutsemist ühise eesmärgi nimel ja võrdväärsete meeskonnaliikmetena. Töökeskkonna parandamiseks ja kvaliteetse tervishoiuteenuse tagamiseks on vaja töötajate initsiatiivi, mis eeldab eelkõige õdede ja hooldustöötajate enesekeskse hoiaku muutust meeskonna- ja patsiendikeskseks (Price, 2013: 31). Üheks võimaluseks tõhustada meeskonnatööd ja patsiendikesksust on õendusvisiitide süsteemne läbiviimine. **Süsteemne õendusvisiit** on planeeritud õendussekumine patsiendi vajaduste hindamiseks, tema tervises seisundi jälgimiseks ja vajalike ennetusmeetmete rakendamiseks. Visiit on tavaliselt struktureeritud mõne tõendus põhise mudeli või mõõdiku abil. Neist enamlevinud on nn 4P struktuur (*position, personal needs, pain ja placement*), mis keskendub visiidi ajal nelja aspekti hindamisele: patsiendi asend (näiteks lamatise oht), individuaalsed vajadused, valu esinemine ja tugevus ning vajalike esemete kättesaadavus (Royal College ..., 2012).

Õendusvisiidil käsitletavate aspektide tõendus põhine struktuur mõõdiku, kontroll-lehe vms meetodi näol on abiks nii patsiendile osutatava õendushoolduse kvaliteedi tagamiseks kui ka rakendatud õendusabi dokumenteerimiseks ja patsiendi ohutuse tõstmiseks (Flowers jt, 2016: 1350; Harris jt, 2019: 49).

Samas on õed välja toonud ka süsteemse visiidi negatiivset mõju, kuna süsteemne visiit on liiga jäiga struktuuriga ja ajamahukas (Burns, 2011: 195; Dean, 2012: 14; Mason, 2012: 20; Dewing ja Lynes O'Meara, 2013: 41; Barry, 2017: 58). Eriti juhul, kui osakonnas viibivad raskemas seisundis

patsiendid, on töötajail visiidi nõuetekohase läbiviimisega raskusi ning see võib muuta õendusvisiidi pigem rutiinseks kohustuseks kui patsiendikeskseks ja meeskondlikuks abinõuks (Flowers jt, 2016: 1351; Harris jt, 2019). Seepärast on õendusvisiitide korraldamisel oluline roll õendusjuhil (Hutchings jt, 2013: 24; Stoddart jt, 2014: 22; Flowers jt, 2016: 1350), kes aitab personalil mõista õendusvisiitide eesmärki patsiendist lähtuvalt ning korraldab koolitusi, et arendada töötajate enesejuhtimisoskust ja võimaluse korral õpetada ka ülesannete delegeerimist abiõele või hooldustöötajale. Lisaks tuleb õendusjuhil sageli tegeleda ka selliste õendusvisiitide takistavate teguritega nagu iganenud mõttemustrid, meeskonnaliikmete vähene kaasatus (Dean, 2012: 16; Hutchings jt, 2013: 24; Forde-Johnston, 2014: 41) ning nende ebapiisav ettevalmistus innovatsiooniks ja muudatuste juhtimiseks (Dewing ja Lynes O'Meara, 2013: 41, 44).

Õendusvisiidi intervall sõltub õdede autonoomiast ja patsiendi seisundi stabiilsusest. Senised rahvusvahelised kogemused näitavad, et õdede arvates on iga tunni järel toimuv visiit liiga sage (Dewing ja Lynes O'Meara, 2013: 42) ning ei oma olulist efekti võrreldes kahe tunni järel tehtud visiidiga (Forde-Johnston, 2014: 40). Seega tuleks võimaldada õel oma teadmiste piires ise kriitiliselt määratleda, milliseid patsiente ja kui tihti jälgida (Harris jt, 2019). Seejuures on oluline õe ja hooldustöötaja omavaheline suhtlemine, et määrata patsiendi seisundist lähtudes optimaalne intervall visiitideks ning jagada omavahel vajalikud ülesanded patsiendi jälgimisel.

Süsteemne õendusvisiit parandab patsiendiohutust läbi õigeaegse ennetustegevuse rakendamise. Vähenenud on patsientide kukkumised, kaebused ja lamatiste registreerimine. Sellise positiivse tulemuse seostamine õendusvisiitidega tõstab omakorda õdede soovi õendusvisiitide arendusse panustada. (Mason, 2012: 41; Forde-Johnston, 2014: 40; Flowers jt,

2016: 1348; Harris jt, 2019: 123). Õdede hinnangul annavad õendusvisiidid nende tööle struktureeritud raamistiku, mistõttu on nende töö muutunud visiitide eelse ajaga võrreldes tõhusamaks ja õendushooldus kvaliteetsemaks (Dean, 2012: 14; Hastings jt, 2016; Hutchinson-Parker tsit Hutchings jt, 2013: 29 järgi; Mason, 2012: 21; Hutchings, 2013: 28; Stoddart jt, 2014: 22). Samuti on õed täheldanud tõhusamat omavahelist kommunikatsiooni, üksteise tunnustamist ja koordineeritud meeskonnatööd (Harris jt, 2019; Kessler jt, 2012: 242; Sharma ja Klocke, 2014) ning tõdenud, et tänu multiprofessionaalsetele visiitidele saab iga töötaja selgemaks oma rolli ja pädevuse (Hastings jt, 2016). Ka patsiendid on visiitide toimumisega peamiselt rahule jäänud, sest personali küsimused nende enesetunde kohta näitavad personali hoolitsust ja hoolimist (Kessler jt, 2012: 242; Barry, 2017: 58; Harris jt, 2019: 123).

Õed vastutavad koostöös hooldajatega patsiendi tervise kohta info kogumise, tema seisundi jälgimise ning õendushooldusplaani koostamise ja täitmise eest. Selleks on õdedel vaja igapäevatööks piisavalt julgust ja hoolivust ning oma osakonnas viibivate patsientide eest hoolitsemisel tõhusat koostööd teiste õdede ja hooldajatega. Tuginedes projekti autori töökogemustele SA Pärnu Haiglas, ei ole aga praktikas õe ja hooldustöötaja ühine tegutsemine õendushooldusplaani järgi hoolimata vastavatest ametijuhenditest siiski levinud ja vajab seega arendamist. Tuginedes varasemate uurimistööde tulemustele võib öelda, et tõenduspõhise struktuuri ja optimaalse intervalliga õendusvisiit on siin tõhusaks abinõuks, parandades personali tööheaolu, sh just sotsiaalset töökeskkonda ja sisekommunikatsiooni, ning tõstes seeläbi patsientidele osutatava õendushoolduse kvaliteeti ja patsiendi ohutuse taset.

Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis terviseteaduse õppekava raames koostatud arendusprojektiga seati eesmärgiks kirjeldada õendusvisiidi rakendamist pilootprojektina SA Pärnu Haigla statsionaarses osakonnas (Lillemaa, 2019). Muudatuse juhtimisel otsustati lähtuda Demingi ringina tuntud PDSA-tsüklist ehk planeerida, teostada, kontrollida ja vastavalt sellele arendada õendusvisiitide rakendamist (PDSA ..., 2021). Eesmärgi saavutamiseks:

- koostati kirjanduse süstemaatiline ülevaade õendusvisiitide mõjuteguritest ja tulemusnäitajatest;
- küsitleti meeskonnatööküsimustiku abil osakonna töötajate hoiakuid enne õendusvisiidi rakendamist;
- rakendati osakonnas kahe kuu jooksul õendusvisiiti;
- viidi läbi fookusgrupi ja individuaalintervjuud pärast õendusvisiidi rakendamist.

## **1. ARENDUSPROJEKTI DISAIN JA UURIMISMETOODIKA**

Õendusvisiite puudutavate muudatuste uurimiseks, juhtimiseks ja rakendamiseks koostati Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis arendusprojekt, mis on oma olemuselt empiiriline ja kvantitatiiv-kvalitatiivne. Õendusvisiitide rakendamise eel koguti andmeid kvantitatiivse meetodiga, et mõõta erinevaid meeskonnatöö aspekte, ning rakendamisele järgnenud muutuste kirjeldamiseks kasutati kvalitatiivset uurimismeetodit. Teadusfilosoofiliselt on arendusprojekt pigem fenomenoloogilise lähenemisega, sest keskenduti uuritava nähtuse kogemuslikule protsessile, protsessis osalevate inimeste kogemustele ja nendele subjektiivsete tähenduste andmisele (Õunapuu, 2014). Andmete kogumiseks saadi luba SA Pärnu Haigla juhtkonnalt, intervjueeritavatelt võeti informeeritud nõusolekud ning kogu uurimisprotsessis järgiti hea teadustava (2017) norme (Lillemaa, 2019: 18–19).

Arendusprojekt koosnes mitmest etapist vastavalt uurimisülesannetele. **Planeerimise** tsükliks koostati süstemaatiline kirjanduse ülevaade muudatuste tõenduspõhiseks elluviimiseks. Otsingustrateegia hõlmas ajavahe-  
mikul 01.04.–01.06.2019 EBSCO valitud andmebaase (*MEDLINE, CINAHL Complete, Academic Search Complete, ERIC, Health Source: Nursing / Academic Edition, MasterFILE Premier, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Cochrane Clinical Answers*) ning PubMed'i ja Wiley Online Library andmebaase. Otsiti aastatel 2010–2019 ilmunud eelretsenseeritud ja ingliskeelseid uurimistöode täistekste, kombineerides otsingusõnu *intentional round\**, *communication*, *teamwork*, *nurs*. PICO-meetodit järgides koostati uurimisküsimus: „Kas eelnevalt kaardistatud olukorraga võrreldes paraneb õendusvisiidi rakendamisel meeskonnatöö ja tagatakse patsiendiohutus?” Sealjuures lähtuti PICO küsimust sõnastades järgnevast: *Population* – õed; *Intervention* – õendusvisiit; *Comparison* – eelnev olukord; *Outcome* – tõhusam meeskonnatöö (kommunikatsioon, tööjaotus, hooldus). Kirjanduse valikukriteeriumid olid: 1) õenduslane uurimistöo, selle kirjeldus või kirjanduse ülevaade; 2) õendusvisiidi käsitlemine; 3) patsiendiohutuse, meeskonnatöö parendamine või kommunikatsiooni hindamine enne ja pärast õendusvisiidi rakendamist. Välja valiti õendus-  
teaduslike uurimistöode publikatsioonid, kirjanduse süstemaatilised ülevaadet ning õendusvisiiti ja patsiendiohutust käsitlevad juhendid, mis vastasid eelnevalt PICO-meetodil püstitatud uurimisküsimusele.

Otsingu tulemusel leiti 18 artiklit. Lisaks leiti üksikud artiklid käsit-  
sotsinguga tänu viidetele, mida sisaldasid läbiloetud artiklid. Kõigi leitud artiklite sisu induktiivselt analüüsid moodustati kirjandusallikates esitatud mõttetervikutest ja uurimistulemustest neli peakategooriat, mis kirjeldasid õendusvisiitide mõju: „järjekordne tööülesanne“, „patsiendiohutuse paranemine“, „kvaliteetsem õendushooldus, efektiivsem töö-



jaotus“ ja „tõhusam kommunikatsioon“. Saadud teavet kasutati muudatuse vajalikkuse selgitamiseks osakonna ja kliiniku õendusjuhtidele. Pärast nende heakskiidu ja toetuse saamist tutvustati läbiviidavaid tegevusi uuri-tavaile ehk statsionaarse osakonna töötajatele, kellele tutvustati nii kirjan-duse ülevaatega saadud teavet kui ka planeeritud sekkumist õendusvisiidi rakendamise näol.

Teise uurimisülesande täitmiseks viidi juulis 2019 töötajate seas läbi õendusvisiidielne küsitlus. Tulenevalt projekti eesmärgist viia arendus-tegevus ellu töökohapõhiselt, oli tegu käepärase ehk mugavusvalimiga (Õunapuu, 2014: 142) SA Pärnu Haiglas õendusvisiiti rakendava statsionaarse osakonna õendus- ja hoolduspersonali seas. Küsitlusele vastas 24-st osakonna töötajast 16 (vastamismäär 67%). Andmete kogu-miseks kasutati Hastingsi kirjalikul loal Hastingsi jt (2016) koostatud meeskonnatööküsimustiku kuute dimensiooni (kokku 17 väidet), mis hindasid Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0–5 töötajate nõusolekut nende poolt osutatud patsiendihoolduse kvaliteediga, hooldusega seotud rolli-jaotuse, ajakasutuse ja autonoomiaga, pädevuse tunnustamise, toetuse tajumise ja tööga seotusega ning kolleegidevahelise koostöö ja kommuni-katsiooniga (Lillemaa, 2019: lisa 2). Andmeid analüüsiti andmetöötlus-programmiga *Google Sheets*, kasutades kirjeldavat statistikat (Õuna-puu, 2014: 184), et arvutada tunnuste sagedusjaotused ja aritmeetilised keskmised.

**Arendusprojekti teostamise** tsükliis rakendati planeeritud muudatusena õendusvisiit. Töötajatele tutvustati sisseviidavat muudatust nädala vältel väikestel rühmakoosolekutel vaba arutelu vormis. Õendusvisiiti tutvustati kui õe ja hooldustöötaja vahelist arutelu patsiendi seisundi üle, et ühiselt

määratleda päevased toimingud ja nende eesmärgid, mis lähtuksid patsiendi õendusplaanist. Rõhutati ühiste palativiitide vajadust, et saada laiem pilt patsientide seisundist ja võimalikest probleemidest. Viimasena selgitati teatud intervalli tagant palatite külastamise tähtsust, toonitades seejuures nelja peamise aspekti jälgimist: patsiendi üleüldine heaolu; patsiendi asend ja selle vahetamisel abistamine; patsiendi abistamine eritamistoimingutel; jälgimine, et patsiendile vajalikud esemed, nagu häirekell või veega täidetud jooginõu, oleksid haardeulatuses.

**Kontrollimise** tsüklis intervjuueriti pärast muudatuste kahekuulist rakendamist osakonna õendus- ja hoolduspersonali, et hinnata õendusviitide läbiviimise protsessi ja otsustada edasiste arenduste üle. Fookusgrupi intervjuul osales kaks ning individuaalintervjuudel kümme töötajat. Kokku osales intervjuudel kolm õde, kaks abiõde ja seitse hooldajat. Poolstruktureeritud intervjuu kava koosnes järgmistest küsimustest.

1. Palun selgitage, mida tähendab Teie jaoks õendusviit ning kas ja kuidas Te seda oma igapäevatoos kasutate?
2. Millised tegurid mõjutavad enim õendusviidiil osalemist ja selle läbiviimist?
3. Kuidas hindate informatsiooni levikut patsientide seisundi kohta?
4. Kui oleks võimalus töökorralduslikult midagi muuta õendusviitide paremaks rakendamiseks ja patsiendihoolduse paremaks tagamiseks, siis mida teeksite teisiti?

Intervjuudega saadud andmeid analüüsiti induktiivsel sisuanalüüsi meetodil. Induktiivset lähenemist iseloomustab liikumine üksikult üldisele, spetsiifilisemalt teadmiserit laiemale (Õunapuu, 2014). Seega saadakse iga juhtumi kohta küll rohkem teada, kuid võrreldes konkreetse valimiga ei saa tulemusi üldistada suurema hulga uuritavate kohta.

**Parendamise** tsüklini arendusprojekti kirjutamise ajal ei jõutud. Planeeritud oli alustada intervjuudega esilekerkinud muudatuste rakendamiseks ja õendusvisiitide paremaks juurutamiseks. Vajaduse korral nähti ette võimalus liikuda tagasi planeerimise osa juurde.

### **Riskijuhtimine**

Arendusprojekti planeerimisel hinnati selle suurimaks riskiteguriks personali vähest motivatsiooni, sest Harrise jt (2019) kirjelduse alusel võib töötajate vähesus ja töö intensiivsus negatiivselt mõjutada personali arusaamu õendusvisiitide vajalikkusest, halvendada visiitide läbiviimise korrektsust või põhjustada nendest loobumist. Selle riski minimeerimiseks mõeldi muudatuse planeerimise protsessis läbi kommunikatsioon erinevate osapoolte vahel, eriti aga töötajate motiveerimine muudatuses osalemiseks. Muudatuse elluviimiseks planeeriti jätkata väikeste arutelude vormis toimuvate koosolekutega, mida veab õendusjuht, sest temal on erinevate kirjandusallikate kinnitusel otsene mõju õendusvisiitidega seotud muudatuste juurutamisele (Burns, 2011; Hutchings jt, 2013; Stoddart jt, 2014). Seetõttu jälgiti arendusprojekti ettevalmistamisel hooliga õendusjuhtide kaasamist sotsiaalse kapitali tagamiseks. Kaasati nii uuringus osaleva osakonna otsesed õendusjuhid kui ka kliiniku õendusjuht.

Teiseks riskiteguriks hinnati liiga lühikest aega muudatuste elluviimiseks. Kui esmalt oli planeeritud küsitleda osakonna töötajaid sama küsimustiku põhjal enne ja pärast sekkumist, siis protsessi käigus otsustati intervjuude kasuks, sest muudatuste rakendamise aeg oli liialt lühike, et oodata meeskonnatöö muutuse kvantitatiivset kirjeldust. Kvalitatiivse lähenemisega oli samas võimalik koguda infot õendusvisiitidest saadud individuaalse kogemuse kohta ja selle subjektiivset tähendust igale töötajatele eraldi.

## 2. TULEMUSED

### 2.1. Meeskonnatöö küsimustiku tulemused enne õendusvisiitide piloteerimist

Lillemaa (2019) arendusprojekti küsitlusele vastas Pärnu Haigla ühe osakonna 16 töötajat, kes andsid oma hinnangu meeskonnatööd puudutavatele väidetele skaalal 0–5: 5 – täiesti nõus, 4 – nõus, 3 – neutraalne, 2 – ei ole nõus, 1 – üldse ei ole nõus, 0 – sobimatu väide. Uurimistulemused kõigi meeskonnatööd puudutava 17 väite kohta on esitatud arendusprojekti. Kõige enam nõustusid töötajad sellega, et neil on võimalus kasutada oma töös erialaseid teadmisi ja oskusi (n=15, 94% vastanutest olid sellega täiesti nõus või nõus). Vastajatest 88% (n=14) olid nõus / täiesti nõus sellega, et nad on rahul oma tööalase iseseisvusega. Töötajatest enamus (n=13, 81%) tõdes, et kolleegid tunnustavad ja väärtustavad nende tööd ja mitmele (n=12, 75%) oli selge, milliseid oskusi neilt oodatakse. (Lillemaa, 2019: 23–27).

Ligi pooled vastanutest (n=9, 56%) olid nõus / täiesti nõus väitega, et nende meeskonnatöö patsientide aitamisel on efektiivne (Lillemaa, 2019: 23–27). Kõige vähem oli neid töötajaid, kes nõustusid või olid täiesti nõus järgmiste väidetega:

- „Ma olen kindel, et mu kolleegid tagavad hea patsiendihoolduse“ (n=5, 31%);
- „Meeskonnaliikmed on teadlikud ühiselt seatud ravieesmärgist (nt aktiveerimine, režiimi jälgimine) ja pingutavad selle nimel“ (n=5, 31%);
- „Ma saan oma kolleegidelt patsiendi kohta vajaliku informatsiooni õigel ajal“ (n=6, 38%);

- „Mul on piisavalt aega „lisandväärtusega“ patsiendihooldusele, nagu terviklik hindamine, patsiendiõpetus, kojumineku nõustamine ning patsiendi ja tema pere toetamine“ (n=6, 38%). (Lillemaa, 2019: 23–27).

## **2.2. Intervjuude tulemused pärast õendusvisiitide piloteerimist**

Töötajate kogemuste ja arvamuste teadasaamiseks pärast õendusvisiidi kahekuulist rakendamist intervjueriti osakonnas kolme õde, kahte abiõde ja seitset hooldustöötajat. Intervjuu väljavõtted kodeeriti substantiivse koodiga ning grupeeriti kümnesse alakategooriasse, mis omakorda moodustasid neli ülakategooriat: 1) õendusvisiidi tähenduse, 2) selle positiivsete aspektide ja 3) takistavate tegurite ning 4) õendusvisiidi sujuvamaks läbiviimiseks tehtud ettepanekute kohta. Selgus, et õendusvisiit tähendab töötajate jaoks peamiselt õe ja hooldaja vahelist arutelu ning palatite visiteerimist õe juhtimisel. Õendusvisiitide positiivsete aspektidena toodi välja töötajate autonoomiat, erialaseid teadmisi ja oskusi ning infovahetuse, eriti patsientide seisundit puudutava informatsiooni liikuvuse olulist paranemist. Õendusvisiidil osalemist takistavate teguritena nimetati õe ja hooldustöötaja erinevast töökorraldusest tulenevat ühise aja puudust ning osade töötajate vähest initsiatiivi. Samas väljendas enamik õdesid intervjuus oma rahulolu, et visiit ei ole rangelt struktureeritud ega toimu kindlal kellaajal, vaid neil on võimalus valida endale sobiv aeg hooldustöötajaga arutelu läbiviimiseks. Seega toodi ka ettepanekutena välja, et õendusvisiidi sujuvamaks läbiviimiseks tuleks hoolikalt planeerida õendusvisiidi ajaliskorraldust (arutelud patsientide seisundi üle hommikul ja vajadusel kordusena pärastlõunal) ning muuta osakonna töökorraldust sellele vastavalt. Õed väljendasid ka lootust koostada koos hooldustöötajaga ühine õendushooldusplaani, mille eesmärkide seadmisel osaleksid mõlemad meeskonnaliikmed. (Lillemaa, 2019: 29–33).

### **3. ARUTELU JA JÄRELDUSED**

Arendusprojektiga kaardistati haigla ühe osakonna töötajate hoiakud meeskonnatöö suhtes enne õendusvisiitide rakendamist. Saadud tulemused põhjendasid empiirilisel muudatuste vajadust osakonnas, st õendusvisiidi rakendamise vajalikkust. Varasemad uurimistööd õendusvisiidi mõjust meeskonnatööle, õendusabi kvaliteedile ja patsiendi ohutusele kinnitavad seda tõenduspõhiselt. Pärast töötajate küsitlust ja saadud tulemuste tutvustamist osakonna töötajatele rakendati osakonnas õendusvisiiti kahe kuu jooksul, tuginedes kirjanduse ülevaate põhjal struktureeritud õendusvisiidi kavale.

Töötajate intervjuude põhjal, mis tehti pärast õendusvisiitide rakendamist, võib väita, et üldiselt võeti meeskondlik õendusvisiit osakonnas hästi vastu ning seda pidasid eriti vajalikuks just hooldustöötajad. Sarnaselt teiste uuringutega toodi ka pilootosakonna intervjuudes välja, et omavaheline kommunikatsioon on tänu õendusvisiitide rakendamisele paranenud, tööprotsess on koordineeritum ja meeskonnatöö toimib paremini (Kessler jt, 2012; Sharma ja Klocke, 2014; Lillemaa, 2019; Harris jt, 2019). Samasugust efekti nähti ka Hastings jt (2016) läbi viidud pilootprojekti, kus paranes kogu üksuse töökultuur ja koostööoskus ning tõusis patsiendihoolduse kvaliteet. Kuna olukorda kaardistades ilmnes, et töötajate seas valitseb segadus selle osas, milliste tööülesannete täitmist neilt oodatakse, võib järeldada, et regulaarsema ja tõhusama suhtlusega meeskonnaliikmete vahel ning koostöö parema koordineerimisega õendusjuhi poolt aidatakse ka selle probleemi lahendamisele tõenduspõhiselt kaasa. Kõige madalamalt hinnati küsimustikule vastates ühist arusaama patsiendi ravieesmärkidest ja õigeaegse info saamist patsiendi seisundi kohta. Intervjuudes aga tõid just hooldustöötajad korduvalt välja, et nende

arusaam patsiendi seisundist on oluliselt paranenud ning nad teavad paremini, millele patsiendiga tegeledes tähelepanu pöörata. See on üks positiivseim muudatus, mida õendusvisiit endaga käesolevas projektis kaasa tõi.

Juba enne õendusvisiidi rakendamist pidasid töötajad oluliseks oma iseisvust tööülesannete täitmisel. Sarnaselt Harris jt (2019) läbi viidud uuringuga hindasid ka pilootosakonna õed kõrgelt oma autonoomiat õendusvisiidi läbiviimise planeerimisel. Õdedele on oluline, et nad saaksid oma teadmistele tuginedes hinnata, milliseid patsiente ja kui tihti on vaja rohkem jälgida, ning oskaksid selle ülesande vajadusel delegeerida ka hooldustöötajale. Juba olukorda kaardistades hindasid töötajad oma autonoomiat pigem keskmisest kõrgemaks, seega on see oluline tegur, mida ei tohiks piirangute ega liigse dokumenteerimisega kitsendada. Kirjanduse ülevaateid kajastanud uuringust ilmnes, et õendusvisiidi sageduse võrdluses (ühe tunni vs. kahe tunni tagant toimuv visiit) olulist vahet patsiendiohutuse seisukohalt ei esinenud (Forde-Johnston, 2014). Samuti hinnati dokumenteerimise nõuet pigem negatiivselt: kui õendusvisiit toimub liiga range reeglistiku järgi, ei ole see enam patsiendi individuaalsete vajadustega arvestav vestluslik visiit, vaid protseduur, mida on tarvis täita (Flowers jt, 2016; Harris jt, 2019).

Peamise põhjusena, miks õendusvisiiti lükati edasi või üldse ei tehtud, nimetati ajapuudust. On tõsi, et aktiivravi statsionaarse osakonna töötajad on tihtipeale tööga üle koormatud. Juba küsimustikule vastates tõid töötajad välja selle, et neil on puudus lisandväärtusega ajast, mida patsiendile pühendada. Sellest järeldub, et töötajate enda arvates on nad korraliste toimingutega üle koormatud. Kuna Eestis ei ole patsientide arv ühe õe kohta määratletud ning tihtipeale satuvad erakorralised toimingud kokku

teiste igapäevaste õendustoimingutega, on õdede ja hooldustöötajate ajaline ressurss piiratud. Seega võib olla mõistetav, et uus tööülesanne, mis esmapilgul ei pruugi tunduda oluline, lükatakse edasi. Ka teised uuringud on esile tõstnud, et visiiti hinnatakse ajamahukaks, eriti kui juhtkonna poolt on seatud sellele range struktuur ning kõik eelnevad toimingud tuleb visiidi läbiviimiseks peatada (Burns, 2011; Mason, 2012; Dewing ja Lynes O'Meara, 2013; Barry, 2017).

Kuna õed ja hooldustöötajad kirjeldasid õendusvisiiti kui õe ja hooldustöötaja vahel aset leidnud vestlust patsiendi seisundi üle, siis võib järeldada, et kommunikatsioon muudatuse juhtimisel oleks võinud olla selgem. Ka teistes uuringutes on peamiseks takistuseks saanud varasemalt väljakujunenud mõttemustrite muutmine. Nii õed kui ka hooldajad on pidanud oma ettevalmistust muutuseks pigem kesiseks (Dewing ja Lynes O'Meara, 2013, Hutchings, 2013) ja seda oleks kommunikatsioonikava välja töötades pidanud rohkem arvesse võtma. Samas, lähtuvalt Demingi ringist, ongi muudatus kestav õppeprotsess, kus tuleb pidevalt projekti tagasilöökidest õppida ja vajalikud muudatused ellu rakendada. Muudatuse pidevaks juhtimiseks on tarvis projekti eestvedajat.

Kirjandusallikate põhjal võib väita, et suur roll muudatuse juhtimisel lasubki õendusjuhil, kes töötajaid kaasates, neid tunnustades ja nende tegevust tagasisidestades suudab luua muudatusest positiivse kuvandi. Ühtlasi tagab see meeskonna kestva arengu. (Hutchings jt, 2013; Stoddart jt, 2014; Flowers jt, 2016). Õendusvisiidi edukaks rakendamiseks on vajalik töötajate pidev motiveerimine, nende autonoomia tagamine ning muutuste juhtimine, k.a antud arendusprojektiga saadud teadmiste rakendamine vajalikeks muudatusteks. Projekti autor loodab, et projektiga saadud teave aitab kaasa õendusjuhtimise arendamisele ning õendusvisiitide rakendamisele



ka teistes haiglates ja osakondades. Seejuures tuleks muutuste planeerimisel arvesse võtta projekti käigus kogutud teoreetilisi ja empiirilisi tõendeid õendusvisiidi vajalikkusest meeskonnatöö tõhustamisel tervishoiutöötajate tööheaolu ja patsientidele osutatava tervishoiuteenuse kvaliteedi ning ohutuse nimel. Saadud teabe põhjal on projekti autor koostanud õendusvisiidi läbiviimise hõlbustamiseks ka vastava juhendmaterjali „Hooldusring HAPU“, mis struktureerib õendusvisiidil käsitletavat teemat järgmiselt: heaolu, asend, potitamine ja ulatumine (Lillemaa, 2019: lisa 5). Sama struktuuri saab iga tervisemeeskond kohandada oma patsientide seisundist ja meeskonna töökorraldusest lähtuvalt.

## **KOKKUVÕTE**

Stationsaarse osakonna õdede vastutusalasasse kuulub peale õendus- toimingute ka patsiendihoolduse kvaliteedi tagamine, mistõttu on oluline pöörata tähelepanu meeskonnatöö toimimisele, sest valdavalt tegelevad osakondades patsiendi hooldamisega hooldustöötajad. Meeskonnatöö parendamisel ja patsiendihoolduse kvaliteedi tagamisel on edu saavutatud õendusvisiitide rakendamisega. Õendusvisiit hõlmab endas kolme tegevust: õe ja hooldustöötaja ühist arutelu patsiendi seisundi üle, õendus- plaanist lähtuva päevaplaani koostamist ning kokkulepitud intervalliga toimuvat õe või hooldustöötaja visiiti palatisse inimese seisundi kontrolli- miseks ja ennetusmeetmete rakendamiseks. Visiidi käigus jälgitakse, et patsiendil oleks mugav, uuritakse tema enesetunde kohta ning abistatakse sobiva asendi leidmisel. Lisaks kontrollitakse elamistoimingutega hakkama saamist ja jälgitakse, et vajaminevad esemed oleksid käeulatuses. Inimese stationsaarsel ravil viibimise ajal püütakse kõigi toimingutega tagada nii tema privaatsus kui ka mugavustunne ning vajadusel abistatakse elamis- toimingutega toimetulekul.

Arendusprojekti autorile teadaolevalt ei olnud Pärnu Haiglas seni õendusvisiite süstemaatiliselt rakendatud. Artiklis kirjeldatakse õendusvisiitide piloteerimist arendusprojektina 2019. a. SA Pärnu Haigla ühe osakonna näitel. See arendusprojekt annab uusi teadmisi kliinilise õenduse valdkonnas ja loob võimaluse rakendada õendusvisiite erinevates statsionaarsetes osakondades pilootprojektiga saadud teadmisi ja kogemusi kasutades.

Õendusvisiitide rakendamise mõjutegurite ja tulemusnäitajate tõendus põhiseks kirjeldamiseks koostati esmalt süstemaatiline kirjanduse ülevaade. Seejärel kaardistati pilootosakonna töötajate hoiakud meeskonnatöö suhtes ning alustati samas osakonnas õendusvisiitide rakendamisega. Personali kogemuse hindamiseks intervjueriti neid kaks kuud pärast õendusvisiitide rakendamist. Enne õendusvisiidi rakendamist hindas personal kõrgeimalt rahulolu tööga ning madalaimalt informatsiooni saamist patsientide seisundi ja patsiendihoolduse kvaliteedi kohta. Pärast õendusvisiitide rakendamist nenditi, et suurenesid õe ja hooldustöötajate vahelised arutelud patsientide seisundi üle, vähem toodi esile palatite süsteemset küllastamist. Visiidi ärajätmise peamise põhjusena nimetati ajanappust ja osapoolte initsiatiivi puudumist. Oluliselt paraneb hinnati omavahelist kommunikatsiooni ja arusaamist patsientide seisundist.

Arendusprojektist järeldub, et õendusvisiit tagab efektiivse meeskonnatöö, kuid patsiendihoolduse kvaliteedi tõusu hindamiseks oli õendusvisiidi rakendusaeg lühike. Nii meeskonnatöö efektiivsuse kui ka patsiendihoolduse kvaliteedi tagab järjepidev arendamine, seega peaks osakonnas jätkuma pidev õendusvisiidi rakendamine, monitooring selle üle ja arendustöö.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Barry, K. (2017). How intentional rounding and red pegs are the key to an excellent patient experience at Mediclinic Panorama. *Professional Nursing Today*, 21(4), 57–59.

Burns, K. (2011). Nurse-Physician Rounds: A Collaborative Approach To Improving Communication, Efficiencies, and Perception of Care. *MEDSURG Nursing*, 20(4), 194–199.

Dean, E. (2012). Regular ward checks raise standards of care. *Nursing Management*, 19(2), 12–16.

DOI: 10.7748/nm2012.05.19.2.12.c9063.

Dewing, J., Lynes O'Meara, B. (2013). Introducing intentional rounding: a pilot project. *Nursing Standard*, 28(6), 37–44.

DOI: 10.7748/ns2013.10.28.6.37.e7652.

Forde-Johnston, C. (2014). Intentional rounding: a review of the literature. *Nursing Standard*, 28(32), 37–42.

DOI: 10.7748/ns2014.04.28.32.37.e8564.

Flowers, K., Wright, K., Langdon, R., McIlwrath, M., Wainwright, C., Johnson, M. (2016). Intentional rounding: facilitators, benefits and barriers. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1346–1355.

DOI: 10.1111/jocn.13217.

Harris, R., Sims, S., Leamy, M., Levenson, R., Davies, N., Brearley, S., Grant, R., Gourlay, S., Favato, G., Ross, F. (2019). Intentional rounding in hospital wards to improve regular interaction and engagement between nurses and patients: a realist evaluation. *Health Services and Delivery Research*, 7(35).

Hea teadustava. (2017). Tartu: Tartu Ülikooli eetikakeskus.

<https://www.eetika.ee/et/eesti-hea-teadustava> (01.12.2021).

Hutchings, M., Ward, P., Bloodworth, K. (2013). "Caring around the clock": a new approach to intentional rounding. *Nursing Management*, 20(5), 24–30.

[https://www.researchgate.net/publication/256187800\\_'Caring\\_around\\_the\\_clock'\\_A\\_new\\_approach\\_to\\_intentional\\_rounding](https://www.researchgate.net/publication/256187800_'Caring_around_the_clock'_A_new_approach_to_intentional_rounding) (01.12.2021).

Kessler, B., Claude-Gutekunst, M., Donchez, A. M., Dries, R. F., Snyder, M. M. (2012). The Merry-Go-Round of Patient Rounding: Assure Your Patients Get the Brass Ring. *MEDSURG Nursing*, 21(4), 240–245.

Lillemaa, K. (2019). Süsteemse õendusvisiidi rakendamine SA Pärnu Haigla statsionaarse osakonna näitel. Arendusprojekt. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.  
[https://www.ester.ee/record=b5301955\\*est](https://www.ester.ee/record=b5301955*est) (01.12.2021).

Mason, M-C. (2012). More than a checklist. *Nursing Standard*, 26(20), 20–21.  
DOI: 10.7748/ns2012.01.26.20.20.p7323.

*PDSA Cycle*. (2021). The W. Edwards Deming Institute®.  
<https://deming.org/explore/pdsa/> (01.12.2021).

Royal College of Physicians, Royal College of Nursing. (2012). Ward rounds in medicine: principles for best practice. London: RCP.

Sharma, U., Klocke, D. (2014). Attitudes of nursing staff toward interprofessional in-patient-centered rounding. *Journal of Interprofessional Care*, 28(5), 475–477.  
DOI: 10.3109/13561820.2014.907558.

Stoddart, K., Ciccu-Moore, R., Grant, F., Niven, B-A., Paterson, H., Wallace, A. (2014). Care and comfort rounds: improving standards. *Nursing Management*, 20(9), 18–23.  
DOI: 10.7748/nm2014.02.20.9.18.e1140.

Õunapuu, L. (2014). Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes. Tartu: Tartu Ülikool.  
<https://dspace.ut.ee/handle/10062/36419> (01.12.2021).

# **ÕE VASTUVÕTU ARENDAMINE UINUTI- JA RAHUSTISÕLTUVUSHÄIREGA AMBULATOORSETELE PATSIENTIDELE HAIGLAS**

**Laura Oisalu, RN, APN, MSc**

SA Pärnu Haigla psühhiaatrikliinik

[laura.oisalu@ph.ee](mailto:laura.oisalu@ph.ee)

**Jandra Ristikivi, RN, MSc**

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

**Märksõnad:** eriõe iseseisev vastuvõtt, psühhooaktiivsete  
ainete sõltuvuse häire, rahustisõltuvus

**Abstract:**  
**DEVELOPING THE NURSE ´S APPOINTMENT FOR  
OUTPATIENTS WITH HYPNOTIC AND SEDATIVE USE  
DISORDERS AT HOSPITAL**

*The number of people receiving benzodiazepines and so-called Z-drugs is increasing year by year. Despite the fact that the use of new psychoactive substances is a growing problem and the number of patients addicted to drugs is on the rise, the availability of counselling services to help people overcome addiction is not guaranteed in Estonia. As a result, there was a need to set up an outpatient appointment with nurses at Pärnu Hospital to counsel patients with addiction disorders due to the use of psychoactive substances, especially sedatives and hypnotics. The aim of the development project was to develop and test a health care service, the nurse ´s appointment for outpatient patients with hypnotic and sedative use disorders. Based on the aim, the following tasks were set: compiling a review of the literature; on the basis of this, developing guidelines for nurse ´s outpatient appointment in the field of psychiatry at the psychiatric clinic of the Pärnu Hospital Foundation and preparing an information leaflet introducing drug addiction; introducing the provision of health care on the basis of guidelines; monitoring and analysis of the implemented health care service.*

*The project was conducted at Pärnu Hospital from February 2019 to November 30, 2019. The development and testing of the established health care service – nurse ´s appointment of outpatient patients with hypnotic and sedative use disorders - was effective and the continuous development of the service is performed. The review of the literature provided evidence-based input to the current guidelines and a leaflet was issued to satisfy patients' information needs. The nurse ´s outpatient appointment service was introduced, and the*

*quality monitoring has revealed the importance of the service in maintaining and improving the health of the community and the need for the sustainability of the service.*

**Keywords:** *nurse's outpatient appointment, psychoactive substance use disorder, sedative use disorder*

## **SISSEJUHATUS JA TEOREETILISED LÄHTEKOHAD**

Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisega on seotud palju erinevaid häireid ja probleeme. Suurenenud on sõltuvusainete kuritarvitamisest põhjustatud terviseprobleemid, majanduslik laostumine, sotsiaalne isoleeritus ning vägivald ja kuriteod. (Rahvastiku Tervise ..., 2020: 45). Sõltuvusest vabane da aitavate nõustamisteenuste kättesaadavus ei ole tagatud kõigile abivajajatele, samas on uute psühhoaktiivsete ainete tarvitamine üha kasvav probleem. (Terviseriskide programm, 2019: 9). See on jätkuv murekoht, millele lahendust ei ole suudetud leida ja mida on kajastatud nii „Rahvastiku tervise arengukavas 2020–2030“ (Rahvastiku tervise ..., 2020: 20) kui ka „Rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020“ (Rahvastiku tervise ..., 2008: 45). Samuti on üha kasvavas trendis ravimisõltuvusega patsientide arv. Eestis on bensodiasepiinide ja nn Z-ravimite (zopiklooni ja zolpideemi) kasutamine suhteliselt laialdane: neid ravimeid kasutab iga kümnes inimene. Võrreldes 2015. aastal avaldatud andmetega ei ole seis muutunud. (Jaanson jt, 2020: 476). Eesti Haigekassa andmetel väljastati 2014. aastal bensodiasepiini või nn Z-ravimi retsepte ligikaudu 139 000 inimesele, mis moodustab üle 10% kogu rahvastikust. Neid ravimeid saavate inimeste hulk suureneb pidevalt: 2012. aastal oli see 131 000. (Irs jt, 2015: 686). Perioodil 01.11.2018–31.10.2019 väljastatud bensodiasepiini või nn Z-ravimite retseptide arv oli 537 476, retsepte väljastati 134 007-le ravikindlustusega isikule. (Jaanson jt, 2020: 473). Kuigi on selge, et rahustite sõltuvuses tarvitajatega seostub märkimisväärne haiguskoormus, on tõendeid, et koormus, mida tervishoiusüsteemile põhjustavad mittesõltlastest, kuid tervist ohustavate ainete tarvitajad ja kuritarvitajad, võib ületada sõltuvuses tarvitajate põhjustatud haiguskoormust (Ali jt, 2013: 6).



Nagu on sõnastatud ka „Rahvastiku tervise arengukavas“, on oluline sõltlastele mõeldud teenuste kvaliteedi parandamine, kättesaadavuse laiendamine ja integreerimine teiste raviteenustega (Rahvastiku tervise ..., 2020: 20). Tagada tuleb tõenduspõhised ja tõhusad tervishoiuteenused ning selleks, et pakkuda elanikkonnale vaimset tervist toetavaid teenuseid, tuleb tagada piisava personali olemasolu, mis omakorda eeldab spetsialistide koolitamist ja täiendkoolitamist (Rahvastiku tervise ..., 2020: 17). Vaimse tervise õdedel (psühhiaatriaõdedel), kelle erialane praktika piirub tööga statsionaarses psühhiaatriaosakonnas, puuduvad praegu sageli oskused iseseisvaks tööks erinevate sihtrühmadega. Pädevate õdede ettevalmistamine on aja- ja rahamahukas, sest iseseisev teenuste osutamine eeldab, et õde, kes on läbinud 3,5-aastase kutseõppe ja omab 1-aastast töökogemust, läbib lisaks 1,5-aastase terviseteaduse magistriõppe vaimse tervise õendusabi suunal ning psühhoteraapia läbiviimiseks psühhoteraapia-alase koolituse. Eriõde on õde, kes on läbinud õe erialase koolituse õppekava või terviseteaduse magistriõppekava ühel õendusabi erialal ning on omandanud õpitud erialal suurema kliinilise pädevuse ja otsustusoskuse, samuti valmisoleku töötada nii iseseisvalt kui ka interdistsiplinaarses meeskonnas ning eest vedada uurimis- ja arendustööd (Eriõde baaspädevused, 2020: 1). Samas on pikemas perspektiivis igati põhjendatud vaimse tervise õe iseseisva õendusabi väljaarendamine ja integreerimine teiste vaimse tervise teenustega (Bogdanov ja Pertel, 2012: 20).

Rahvusvahelises kirjanduses on sõltuvushäirete puhul kirjeldatud mitmeid teraapiameetodeid, mille elemente saaksid ka Eesti vaimse tervise õded oma iseseisvatel vastuvõttudel edukalt kasutada. Psühhoteraapeutilistel sekkumistel pikaajalise bensodiasepiinide kasutamise korral on

kolm eesmärki: hõlbustada võõrutusprotsessi ja edasist abstinentsi, vältida tagasilangusi ning ravida haigusi, mis on olnud ravimite tarvitamise põhjuseks. Kui patsient ei ole muutuseks valmis või alles kaalub muutust, on soovituslik kasutada motiveerivat intervjuerimist. (Brett ja Murnion, 2015: 153). Kasutatav kognitiiv-käitumisteraapia keskendub aga sellele, kuidas õpetada patsiendile oskusi, mis aitaksid toime tulla erinevate stressiteguritega ilma sõltuvust tekitavaid aineid kuritarvitamata (McKay, 2016: 752; Hayhoe ja Lee-Davey, 2018: 1). Selline teraapia toetab otseseid muutusi, tegeleb psühhosotsiaalsete stressifaktoritega ja sotsiaalsete oskustega ning õpetab riskiolukordade juhtimist olukordades, kus sõltuvusse sattunud inimene on harjunud kasutama bensodiasepiine (Soyka, 2017: 1153). Terapeutilised komponendid on sotsiaalsete oskuste treenimine, ärevusega toimetuleku ja lõõgastustehnikate õpetamine ning teised käitumisteraapia lähenemised (Soyka, 2017: 1153).

Paraku piirdub statsionaarne ravi võõrutusseisundi korral sageli vaid lühiaegse detoksikatsiooniga, mille käigus ei kavandata edasisi tegevusi psühhoaktiivsete ainete tarvitamise vähendamiseks või lõpetamiseks. See võib viia tagasilanguseni, mille vältimiseks peaks statsionaarselt ravilt lahkuv patsient käima õe vastuvõtul kliinilisel jälgimisel, mis aitaks hoida motivatsiooni harjumuse muutmisel ja sõltuvusest vabanemisel. See omakorda on aeganõudev protsess ning sõltuvushäirete ravi nõuab ka intensiivsemaid kontakte. Vajadus oli luua õe ambulatoorne iseseisev vastuvõtt, mis oleks suunatud nende patsientide nõustamisele, kellel on tekkinud sõltuvus psühhoaktiivsetest ainetest, eelkõige rahustitest ja uinutitest, v.a alkohol (Pärnu Haigla on liitunud alkoholisõltlaste ravile suunatud programmiga „Kainem ja tervem Eesti“) ja opioididid.

Eestis on alkoholi tarvitamise häirega patsientide abistamiseks käivitatud projekt „Kainem ja tervem Eesti“. Samuti on korraldatud narkomaaniaravi ning haiglati on kaetud tubakasõltuvuse ravi. Teiste psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tekkinud sõltuvuste puhul ühtne süsteem puudub. Programm „Valik“ pakub kannabinooidisõltlastele tuge vaid Tallinnas, aga mitte mujal Eestis. Ravimisõltuvus on kasvavas trendis ning vajaks sekumist ja nõustamist.

Suurima probleemina võib bensodiasepiinide puhul tekkida tolerants ja sõltuvus juba lühiajalise tarvitamise järel. Neist ravimitest võõrutamine on sõltuvushäirega patsiendile ebameeldiv (Ali jt, 2013: 15) ning ta võib vajada ka psühhiaatrilist abi, kuid vastuvõtujärjekorrad eriarstide juurde on väga pikad (Rahvastiku tervise ..., 2020: 34). Samuti ei ole kõigile abivajajale tagatud sõltuvushäirest vabaneda aitavate teenuste kättesaadavus (Terviseriskide programm ..., 2019: 9; Vaimse tervise ..., 2020: 47). Siin oligi vajalik eriõe kaasamine eesmärgiga luua õe iseseisva vastuvõtu teenus bensodiasepiinisõltuvushäirega patsientide abistamiseks. Eriõdede kaasamisega on võimalik lühendada ravijärjekordasid, tänu sellele suureneb ravikvaliteet ja kaasneb ka kuluefektiivsus (Dalton, 2013: 49, Delamaire ja Lafortune, 2010: 98).

Arendusprojekti eesmärk oli tervishoiuteenuse – õe iseseisev vastuvõtt uinuti- ja rahustisõltuvushäirega patsientidele – väljaarendamine ja testimine. Eesmärgist lähtudes püstitati arendusprojekti raames järgmised ülesanded.

1. Teadusülevaate koostamine.
2. Teadusülevaate põhjal õe iseseisva vastuvõtu juhendi koostamine psühhiaatriaerialal SAPärnu Haigla psühhiaatrikliinikus ning ravimisõltuvust tutvustava infovoldiku koostamine SA Pärnu Haigla tarbeks.

3. Juhendi alusel tervishoiuteenuse (õe iseseisev vastuvõtt rahusti- ja uinutisõltuvushäirega patsientidele) juurutamine.
4. Juurutatud tervishoiuteenuse monitoorimine ja analüüs.

Projekt algas veebruaris 2019 Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli magistriõppe (arendusprojekti õppeaine) raames ja lõppes 30. novembril 2019. Projekti alguseks loeti õe iseseisva vastuvõtu idee leidmist koostöös SA Pärnu Haigla psühhiaatrikliiniku juhataja ja ambulatoorse osakonna juhiga. Väljatöötamisel lähtuti sihtrühma vajadustest ja tõendus põhise juhendmaterjali otsimisest koos taustaandmete kogumisega. Projekti lõppfaas hõlmas projekti piloteerimist, mis viidi läbi ajavahemikus 05.09.2019–30.11.2019. Käesolevas artiklis tutvustavad autorid arendusprojekti (Oisalu, 2019) protsessi ja selle juhtimiskogemusele tuginevaid tähelepanekuid edasiseks arendustöök vaimse tervise õenduses.

## **1. ARENDUSPROJEKTI DISAIN JA UURIMISMETOODIKA**

Projekti esimeses faasis läbiti organisatsiooni diagnostika etapp. Õe iseseisva vastuvõtu idee leiti koostöös SA Pärnu Haigla psühhiaatrikliiniku juhataja ja ambulatoorse osakonna juhiga, lähtudes sihtrühma vajadustest. Pärnu Haiglas puudus õe iseseisev vastuvõtt uinuti- ja rahustisõltuvushäiretega patsientidele ning vastavat vastuvõttu raamiv juhend. Arendusprojekti autorile teadaolevalt puudus seni kogu Eestis uinuti- ja rahustisõltuvushäirega inimestele suunatud spetsiaalne õe iseseisva vastuvõtu teenus. Vastav arendusprojekt viidi läbi SA Pärnu Haigla psühhiaatrikliinikus. Pärnu Haigla on Pärnumaa ja osaliselt ka Lääne-, Saare- ja Hiiumaa elanikke teenindav keskhaigla, millel on neli kliinikut. Psühhiaatrikliinikul on 43 statsionaarset voodikohta, mis jaotuvad nelja üksuse vahel. Psühhiaatrikliiniku patsiendid tulid

2018. aasta tegevusaruande põhjal Pärnumaalt (72,3%), Harjumaalt (9%), Ida- ja Lääne-Virumaalt (4,7%), Läänemaalt (3%) jne. Ambulatoorselt pöördus 2018. aastal psühhiaatrikliinikusse vastuvõtule 4413 inimest. Iseseisvaid vastuvõtte viisid SA Pärnu Haigla psühhiaatrikliinikus läbi seitse õde. (Pilli, 2019: 1–5).

Projekti teises faasis lähtuti projektijuhtimisel sekkumise metoodikast. Kogu projekti vältel võeti organisatsiooni muutuste kirjeldamise aluseks Kurt Lewini kolme sammu teooria. Kolm sammu on Lewini järgi järgmised: lahtisulatamine, muudatuste faas ja kinnikülmutamine.

**Lahtisulatamise faasis** toimub muudatusteks motiveerimine ja olemasolev tasakaal destabiliseeritakse. Kuna inimloomusele on omane vastuseis muutustele, peaks see andma personalile motivatsiooni õppida kommunikatsiooni abil. Seega on kommunikatsioonil selles faasis väga oluline roll. (Hatch ja Cunliffe, 2006: 309–311).

Lewini kolme sammu teooriast lähtuvalt koostati lahtisulatamise faasis, mis kestis ajavahemikus veebruarist kuni septembrini 2019, ülevaade erialakirjandusest. Koostatud ülevaade andis sisendi õe iseseisva vastuvõtu juhendile psühhiaatria erialal SA Pärnu Haigla psühhiaatrikliinikus. Kasutatud allikad olid erinevat tüüpi ning hõlmasid nii kirjanduse ülevaateid, empiirilisi uurimusi, juhendeid kui ka raamatuid. Kasutatud materjal leiti järgmistest teaduslikest andmebaasidest: *Ebsco Host* temakataloogidega *Medline*; *Health Source: Nursing/Academic Edition*; *Health Source: Consumer Edition*; *Academic Search Complete*; *Google Scholar*. Kirjanduse otsingul valiti järgmised kriteeriumid: ingliskeelne allikas, ajavahemik 2009–2019 ja täisteksti olemasolu. Valitud allikateks olid teadusartiklid, mis olid projekti autori arvates uurimisprobleemi seisukohalt olulised. *Google Scholar*'is

olid kirjanduse otsingul kriteeriumid: ingliskeelne allikas ja ajavahemik 2015–2019. Eestikeelsete allikatena on kasutatud nii raamatuid kui ka juhendmaterjale. Samuti on kasutatud kaht ingliskeelset tõenduspõhist vaimse tervise õenduse raamatut. Lisaks lähtuti Sotsiaalministeeriumi ja Tervise Arengu Instituudi internetilehekülgede infomaterjalidest. Andmebaasides kasutati järgmisi otsingusõnu ja sõnakombinatsioone: *prescription drug abuse, benzodiazepines dependence and psychiatric, benzodiazepine abuse and nurse\* and treatment, benzodiazepine abuse and outpatient and nurse, prescription drug abuse and addiction, ravimite sõltuvus*. Andmebaasidest leitud artiklitest kasutati 10 artiklit, neist kolm olid kvaliteetivsed uuringud, üks ravijuhend ning kuus kirjanduse ülevaateartiklid. Peale selle kasutati kahte erialast tõenduspõhist raamatut. Artiklitest viis olid USA, kaks Eesti, kaks Euroopa (Saksamaa ja Šveitsi) ning üks Austraalia taustaga. Artiklid leiti ajakirjadest *Australian Prescriber, BMC Psychiatry, Medsurg Nursing, Addiction, The New England Journal of Medicine, Harm Reduction Journal* ja *Eesti Arst*. Artiklite analüüsi tulemusena saadi teadusülevaade, millele tuginedes koostati arendusprojekti teisele ülesandele vastavad infomaterjalid ja kavandati kolmanda ülesandena õe iseseisva vastuvõtu sisu (vt tulemused ptk 2).

Samas faasis teostas projekti autor riskianalüüsi, et hinnata ja minimeerida riske teenuse väljatöötamisel. Riskianalüüsi käigus kaalutleti nii projekti jätkusuutlikkuse kui ka projekti teostamise riske ja tugevusi ning esitati need tabeli kujul arendusprojekti (Oisalu, 2019: 21). Jätkusuutlikkuse puhul hinnati riskina sihtgrupi vähest huvi, sihtgrupi väljalangemist ja teiste spetsialistide vähest huvi. Projekti teostamisel hinnati riskiks projekti läbiviija vähest kogemust ja ajaplaanist kinnipidamist. Samas toodi projekti tugevusena välja teenuse ainulaadsus ning teenuse kasutajate potentsiaalne olemasolu piirkonnas ning ka vajadus antud teenuse

järele teiste spetsialistide hinnangul. Nende riskide puhul oli ennetavaks tegevuseks hea koostöö projektimeeskonnaga ning läbimõeldud kommunikatsioonistrateegia (Oisalu, 2019: 21). Teavet jagati elanikkonnale kohaliku ajalehe kaudu, kliiniku praktiseerivatele psühhiaatriatele ja iseseisvaid vastuvõtte tegevatele vaimse tervise õdedele silmast silma vestluste käigus ja e-kirjade teel kuu aja jooksul enne vastuvõttude algust, samuti informeeriti valuraviarste. Jooksvalt toimusid koosolekud kõigi osapoolte vahel, et lahendada ilmnevaid kitsaskohti ja muuta vastuvõttu sujuvamaks. Kliiniku juhataja jagas infot uinuti- ja rahustisõltuvushäirega patsientidele suunatud õe iseseisva vastuvõtu teenuse loomise kohta ka perearstidega peetud koosolekul.

Projekti läbiviija ja eestvedaja väheseid kogemusi hinnati keskmise riskina. Selle riski maandamisel oli abiks kollektiivi tugi, hea koostöö psühhiaatriatega ja enesekoolitus. Arendusprojekti teostaja puhul ajagraafiku mittejärgimine märgiti madala riskina. Seda riski vähendati kindla ajapiirangu sätestamisega nõustamisel ning see sobitus ilusti kavandatud ajaraamidesse.

**Muudatuse faas** hõlmab Kurt Lewini järgi ajaperioodi, mil muudatusi viiakse ellu. Seda perioodi iseloomustavad ebaefektiivsus ja rahulolematus, sealhulgas ka hirmu, viha ja kahtluste tekkimine (Hatch ja Cunliffe, 2006: 309–311). Faasile iseloomulikud tunnused said ka kinnitust. Projekti juhi hinnangul tekitas muudatuste faas uute oskuste omandamise etapina iseseisvat vastuvõttu tegevates õdedes ebakindlust, kuid kogemuste lisandudes nende enesekindlus kasvas. Kuna Pärnu õed ei ole eelnevalt saanud uinutite ja sõltuvushäirete alast koolitust, anti selles etapis anti õdedele aega harjumiseks ning uute oskuste omandamiseks ja kinnistamiseks lähtudes iga uue vastuvõtu puhul konkreetse patsiendi vajadustest.

**Kinnikülmutamise faasis** ehk muutuse säilitamise faasis, kus uus käitumine peab täielikult asendama vanad käitumised (Hatch ja Cunliffe, 2006: 309–311), toimus vaimse tervise õdede pidev koostöö psühhiaatrite ja valuraviarstidega ning õe vastuvõtu monitoorimine ja analüüs projekti juhi poolt. Koostöö psühhiaatrite ja teiste tervishoiuspetsialistidega sisaldas infovahetust nii patsientide ravikorralduse kui ka ühtsete põhimõtete osas.

Vastuvõttude monitoorimist kord kvartalis ja patsientide ravi analüüsi teostatakse Pärnu haiglas jooksvalt. Arendusprojekti hindamiseks patsiendi vaatest loodi tagasisideküsimustik (Oisalu, 2019: lisa 3), milles küsiti, kust patsient sai infot vastselt loodud õe vastuvõtu teenuse kohta, paluti hinnata koostööd õega ja saadud info piisavust ning anda hinnang kogu teenusele. Küsimustik anti täitmiseks patsientidele, kes olid tulnud vastselt juurutatud vastuvõtule. Küsimustiku täitis viis patsienti. Anonüümses küsimustikus oli neli küsimust, neist kolmes kasutati Likerti tüüpi 5-pallilist hindamiskaalat (analüüsiti kvantitatiivselt), üks oli avatud küsimus (analüüsiti kvalitatiivselt) (Oisalu, 2019: lisa 3).

## **2. TULEMUSED**

### **2.1. Õe iseseisva vastuvõtu juhend ja ravimisõltuvuse infomaterjal**

Esmalt koostati tõenduspõhise kirjanduse ülevaade, et kaardistada lähenemisviisid uinutite ja rahustite tarvitamisest tingitud sõltuvushäirega patsientide ravis. Kirjanduse ülevaate baasil töötati välja õe iseseisva vastuvõtu juhend psühhiaatria erialal (Oisalu, 2019b: lisa 1) ning ravimisõltuvust tutvustav infomaterjal „Rahustite ja uinutite sõltuvus“ (Oisalu, 2019a). Juhend on tõenduspõhise kirjanduse põhjal koostatud



lakooniline kokkuvõte, mis sisaldab järgimist vajavaid juhiseid iseseisvat vastuvõttu läbiviivale õele. Juhend töötati välja koostöös SA Pärnu Haigla psühhiaatrikliiniku ülemõega. Infovoldikus „Rahustite ja uinutite sõltuvus“ (Oisalu, 2019a), mille leiab Pärnu Haigla kodulehelt patsientide informatsioonide alt, kirjeldatakse uinutite ja rahustite toimet, sõltuvusmehhanismi, psüühilisi ja füüsilisi võõrutussümptomeid ning abi saamise võimalusi.

## **2.2. Õe iseseisva vastuvõtu juurutamine**

Õe iseseisva vastuvõtu piloteerimine algas 5. septembril 2019 ja lõppes 30. novembril 2019. Enne vastuvõttude alustamist teavitati elanikkonda uinutite ja rahustite tarvitamisega kaasnevatest ohtudest ning tekkida võivast sõltuvusest Pärnu Postimehes 2019. aasta augustis ilmunud artikliga (Pöldvee, 2019: 11), mis andis Pärnumaa elanikele ja seeläbi ka perearstidele info vastavast õendusabi vastuvõtust. Pärast artikli ilmumist algasid septembris 2019 õe iseseisvad vastuvõttud uinuti- ja rahustisõltuvushäirega patsientidele. Arendusprojekti eesmärgi saavutamisel ja teenuse juurutamisel olid peamised koostööpartnerid tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutajad. Senise tervishoiuteenuste tarbimise statistika põhjal prognoositi õe vastuvõtule orienteeruvalt 30 patsienti aastas. Vastavalt sellele planeeriti ja viidi projekti käigus kolmel korral kuus läbi õe 8-tunnised vastuvõtu päevad patsientide jälgimiseks ja nõustamiseks, ühes päevas oli võimekus teenindada kuni viite patsienti. Ühe vastuvõtu pikkuseks planeeriti keskmiselt 1,5 tundi.

Õe iseseisev vastuvõtt toimub vastavalt Haigekassa hinnakirjale. Ühe ravi-juhu keskmine pikkus on 6 kuud. Esmalt toimuvad vaimse tervise õe ja psühhiaatri vastuvõtt ning seejärel õe vastuvõttud patsiendi vajadustest

lähtuvalt. Vajadusel on võimalik patsient suunata ka psühholoogi vastuvõtule. Õe vastuvõtnud patsiendi seisundi jälgimiseks ja nõustamiseks toimuvad ravi alguses intensiivsemalt, üks kord nädalas, edaspidi kord kuus. Poole aasta jooksul toimub ühe ravijuhu kohta umbes 12 vastuvõttu. Patsiendid tulevad esmalt psühhiaatri vastuvõtule ja seejärel, kui psühhiaater märkab vajadust sõltuvushäirealaseks nõustamiseks, suunatakse nad uinuti- ja rahustisõltuvushäirete õe iseseisvale vastuvõtule. Samuti saavad patsiente õe vastuvõtule suunata perearstid, eriarstid ja vaimse tervise õed oma iseseisvate vastuvõttude raames. Lisaks on sõltuvushäirega patsientidel endil võimalus pöörduda otse õe vastuvõtule – isegi siis, kui statsionaarne ravi pole näidustatud. Patsientide esmasel visiidil kasutatakse alkoholi, tubaka ja uimastite tarvitamise sõeluuringu testi ASSIST v3.1 (Ali jt, 2013: 8).

Sobiva sisseseadega kabinet vastuvõttude teostamiseks oli juba eelnevalt olemas. Projekt viidi läbi SA Pärnu Haigla psühhiaatrikliinikus asutusesiseselt ning vajalikke ressursse eraldati kliiniku poolt vastavalt vajadusele. Inimressursi katmiseks komplekteeriti meeskond, kuhu kuuluvad vaimse tervise õde, psühhiaater ja kliiniline psühholoog. Samuti on kaasatud ambulatoorse vastuvõtu osakonna juht ja abipersonal vajalike administratiivsete toimingute teostamiseks. Toimiva vastuvõtu pidevaks monitoorimiseks ja analüüsimiseks on arvestatud teatava ajaressursiga. Monitooritakse ravijärjekordi, vastuvõtuaegade täituvust ja teenuse järjepidevust ning analüüsitakse teenuse ravikvaliteeti.

Vastuvõtnud viidi läbi ajavahemikus 5. september kuni 30. november 2019 ning vastuvõtuajad täitusid esimesel kuul 53,3% ulatuses ja järgnevatel kuudel 80% ulatuses. Novembri lõpuks, kui vastuvõtnud olid toimunud kolm kuud, s.o kogu arendusprojekti jooksul, oli pöördujaid seitse, septembris

oli neid kolm, oktoobris lisandus kolm ja novembris üks. Neist üks katkestas ravi, kuid sattus veidi hiljem statsionaarsele võõrutusravile ja hakkas seejärel taas käima õe vastuvõttudel. Pärast esimest visiiti katkestas koostöö üks pöörduja. Vastuvõtuoja broneeris, kuid jättis kohale ilmumata kolm inimest.

Enamik patsiente tuli vastuvõttu psühhiaatri suunamisel või nad olid varasemalt käinud psühhiaatri vastuvõtul. Probleem ilmnas, kui oli vaja patsient kiirelt suunata psühhiaatri vastuvõtule perearsti algatatud haiguslehe pikendamiseks ja raviskeemi korrigeerimiseks. Lahendusena hakkas patsiendiga tegelema valvepsühhiaater. Keskmiselt on iseseisvaid vastuvõtte läbiviiva õe fookus korraga kümnel patsiendil, kellega ta töötab individuaalselt. Neist patsientidest ligikaudu pooled on kasutanud loodud teenust projekti algusest saadik.

### **2.3. Juurutatud tervishoiuteenuse monitooringu tulemused**

Vastavalt vastuvõtuaegade täituvusele ja nii patsientide kui ka teiste tervishoiutöötajate huvile antud tervishoiuteenuse vastu, otsustati projekti piloteerimise järel jätkata õe iseseisvate vastuvõttudega uinuti- ja rahustisõltuvushäiretega patsientidele. Ka patsiendiküsimustike positiivne tagasiside toetab vastuvõttudega jätkamist. Vastuvõtul käinud patsientide (N=5) tagasisideküsitluse tulemuste põhjal selgus, et infot võimaluse kohta tulla sõltuvushäirete õe iseseisvale vastuvõtule saadi perearstilt, psühhiaatrilt, ajalehest Pärnu Postimees või vaimse tervise õe vastuvõtult. Koostööd antud teenust pakkuva õega hinnati sajabrotsendiliselt suurepäraseks. Infot raviskeemi ja muu vajaliku teabe kohta hinnati piisavaks ja kogu teenust tervikuna suurepäraseks. (Oisalu, 2019: 22). Koostatud küsimustikku (Oisalu, 2019: lisa 3) kasutatakse ka edaspidi ühe kvaliteediindikaatorina patsientide rahulolu hindamisel.

Vastuvõtule pöördunud patsientide profiilide analüüsimisel selgus, et vastuvõtule pöördus või suunati lisaks uinuti- ja rahustisõltuvushäirega patsientidele ka muude psühhoaktiivsete ainete sõltuvuse häirega inimesi, kes tarvitasid amfetamiini või kannabinoide eraldiseisvalt või siis need lisandusid rahustitele ja uinutitele. Samuti pöördus vastuvõtule valuvaigistisõltuvusega patsiente. Nii kliiniku juhataja kui ka teiste meeskonnaliikmetega läbi viidud arutelude tulemusel otsustati laiendada õe iseseisva vastuvõtu profiili vastavalt sihtgrupi vajadustele, kandes edaspidi nimetust „sõltuvushäirete õe iseseisev vastuvõtt“.

### **3. ARUTELU JA JÄRELDUSED**

Käesolev arendusprojekt valmis magistriõppe raames ja seda võib pidada projektijuhtimise seisukohast tulemuslikuks. Projekti missioon oli toetada rahusti- ja/või uinutisõltuvushäirega inimeste elukvaliteetijärgset tervist. Arendusprojekti eesmärk oli tervishoiuteenuse – õe iseseisev vastuvõtt uinuti- ja rahustisõltuvushäirega patsientidele – väljaarendamine ja testimine.

Arendusprojekt algas taustaandmete otsinguga ja selle alusel tõendus- põhise kirjanduse ülevaate koostamisega, kaardistamiseks lähenemisviise uinuti- ja rahustisõltuvushäirega patsientide ravis. Samuti saadi ülevaade sõltuvushäirete puhul rakendatavatest teraapiameetoditest, mille elemente saab õe iseseisva vastuvõtu teenuse raames kasutada patsientide abistamiseks. Artiklite analüüsimisel selgus, et rohkem leidis andmeid bensodiasepiinide väärkasutuse ja nendest tekkinud sõltuvuse kohta, vähem oli artiklites välja toodud erinevaid õendussekumisi.

Kogutud materjalide baasil loodi õe iseseisva vastuvõtu juhend, mis andis sisendi õe iseseisva vastuvõtu ülesehituseks. Loodud juhend on tõhusalt

kasutusel ja artikli avaldamise ajani ei ole olnud ka vajadust seda muuta. Samuti töötati koostöös mitmete erialaspetsialistidega välja patsientidele suunatud infovoldik „Rahustite ja uinutite sõltuvus“, kus kirjeldatakse uinutite ja rahustite toimet, sõltuvusmehhanismi, psüühilisi ja füüsilisi võõrutussümtomeid ning abi saamise võimalusi. Infovoldik on saadaval SA Pärnu Haigla kodulehel patsientide infomaterjalide all. Koostöö antud faasis oli väga oluline, et vältida võimalikke kitsaskohti ja laiendada vastuvõtte alustava õe teadmisi.

Projekti käigus kavandatud õe iseseisva vastuvõtu juurutamine pilootprojektina oli edukas ja seega jätkuvad vastuvõttud samas mahus, s.o kolmel korral kuus, ka pärast projekti lõppemist. Projekti edukust soodustas avalikkuse teavitamine loodavast teenusest juba enne projekti piloteerimise algust. Enne vastuvõttude alustamist teavitati elanikkonda uinutite ja rahustite tarvitamisega kaasnevatest ohtudest ning tekkida võivast sõltuvusest artikliga Pärnu Postimehes ning andis Pärnumaa elanikele ja seeläbi ka perearstidele info vastavast õendusabi vastuvõtust. See temaatika vajaks kajastamist ka edaspidi. Kliinikusiseselt jagati infot psühhiaatritele silmast silma toimunud vestluste käigus ja e-kirjade teel. Oluline oli informeerida elanikkonda uinutite ja rahustite tarvitamise riskidest ning seda plaanitakse jätkata, sest uinutite ja rahustite väärkasutamise ohtudest teavitamine on oluline.

Projekti ajal täitusid uinuti- ja rahustisõltuvushäirega patsientide õe iseseisva vastuvõtu ajad ootuspäraselt tänu sellele, et vajadust märgates hakkasid nii perearstid, Pärnu Haigla psühhiaatrid, arstid kui ka vaimse tervise õed suunama sinna patsiente oma iseseisvatelt vastuvõttudelt. Sihtrühma vähene huvi, mida kirjeldati projekti planeerimisel madala riskina, ei osutunud ohuks, sest sihtrühm on leidnud tee õe vastuvõtule ja

edaspidi tuleb vaid jätkata info levitamist. Sihtrühma väljalangemise ohtu hinnati kõrgeks, kuid pilootprojekti käigus langes välja vaid üks patsient. Järelikult on ennetava tegevusena märgitud sihtrühma selekteerimine toimunud ning saavutatud on hea terapeutiline suhe. Riskianalüüsis välja toodud riskid projekti piloteerimise perioodil ei realiseerunud. Hilisem patsientide väljalangevus on siiski olnud suurem.

Perearstide, SA Pärnu Haigla psühhiaatrikliiniku psühhiaatrite ja stationaarsete osakondade vähest huvi hinnati projekti planeerimisel keskmise ohuna, kuid koostöö on käivitunud hästi. Infojagamise kanalid on toimunud ja kõik meeskonnasisesed kokkulepped on jõustunud. Koostöövõrgustiku tugi oli hästi tuntav ja infovahetus sujuv. Olenemata asjaolust, et vastuvõtu eest vastutav õde on kvalifitseeritud spetsialist, esines nõustamisoskuse ja spetsiifiliste teadmiste osas puudujääke, mis aga vastuvõttude jätkudes täienesid patsientide vajadustest lähtuvalt. Õed ei ole saanud uinutite ja rahustite tarvitamisest tingitud sõltuvushäirete alast spetsiaalset koolitust. Koolitusi, mis keskenduks vaid sellele kitsale teemale, arendusprojekti autor Eestis ei leidnud.

Ka projekti lõppemise järgselt, 2020. ja 2021. aastal jätkus projekti käigus loodud õe iseseisva vastuvõtu teenus samas mahus – sõltuvushäirega inimesi võetakse vastu kolmel korral kuus. Vastuvõttu pöörduvad erinevate sõltuvushäiretega inimesed, pooltel juhtudel on tegemist ravimisõltuvusega, ülejäänud juhud hõlmavad sõltuvust stimulantidest ja alkoholist. Vastuvõtule pöörduakse iseseisvalt, pärast psühhiaatri vastuvõttu või siis valuraviarsti või naistearsti soovitusel. Ühel korral on vastuvõttu pöördutud ka kohtu soovitusel. Õe vastuvõtule on tulnud ka üks ravikindlustuseta patsient, kes sai abi. See näitab, et teenus on oluline ja abivajaja on nõus ka tasulise teenusega. Vastuvõttu pöördujad on olnud

vanusevahemikus 17–80 eluaastat. Noorte puhul on olnud tegemist ennetustööga erinevate stimulantide tarvitamisel, samuti on nad vajanud nõustamist pingetega toimetulekuviiside osas. Rahustisõltuvusega patsientide puhul on esikohal ärevushäire sümptomaatika, mis vajab psühhiaatri, psühholoogi ja vaimse tervise õe sekkumist meeskonnana. Valuvaigistisõltuvusega patsientide puhul lisanduvad ravimeeskonda valuraviarstid ning patsiendid vajavad nõustamist võõrutussümptomite ja toimetulekuviiside osas. Kõigi patsientide puhul lisandub elustiili nõustamine, sest organism on tervik. Nii patsientide tagasiside kui ka projekti autori kogemus ütleb, et planeeritud maht on hetkel optimaalne. Visiidiaeg ühele patsiendile võimaldab saada ülevaate, õpetada koostöös erinevaid tehnikaid ja teha nõustamist.

Kui projekti käivitamisel 2019. aastal prognoositi organisatsiooniagnostika käigus vastuvõtule ligikaudu 30 patsienti aastas ja saadi kolme kuuga seitse patsienti, siis 2020. aastal oli pöördujaid aasta lõikes 17, neist 10 patsienti käis rohkem kui kolmel vastuvõtul. Pöördunud patsientidest kolm suunati edasi projekti „Kainem ja tervem Eesti“. Esmasele vastuvõtule broneeris aja, kuid jättis ilmumata kolm inimest, keda ei ole kajastatud ka pöördujate seas. 2021. aastal on vastuvõttude täituvus olnud ligikaudu 50%, vastuvõtte, kuhu patsiendid on jätnud ilmumata, on olnud 8,5%. Peale kontaktvastuvõttude toimuvad vastuvõttud vajadusel ka veebi teel või telefonitsi, lähtuvalt riigis kehtivatest piirangutest ja patsientide vajadustest. Vastuvõttude intervall on esimesel kuul intensiivsem, hiljem see väheneb, sõltuvalt patsientide vajadusest.

Järelduseks saab öelda, et loodud tervishoiuteenuse – õe iseseisev vastuvõtt uinuti- ja rahustisõltuvushäirega patsientidele – väljaarendamine ja testimine oli tulemuslik ning teenuse arendamine jätkub. Koostatud ülevaade

erialakirjandusest andis tõenduspõhise sisendi vastuvõtu juhendi loomiseks ja rakendamiseks psühhiaatria erialal SA Pärnu Haigla psühhiaatriakliinikus. Ravimisõltuvusega patsientide infovajaduse katmiseks loodud vastavasisuline infovoldik on SA Pärnu Haiglas igapäevane töövahend ravimisõltuvusega patsientide infovajaduse katmisel. Õe iseseisev vastuvõtt, mis juurutati loodud juhendi põhjal, toimib plaanipäraselt. Teenuse kvaliteedi monitoorimine on näidanud teenuse olulisust kogukonna tervise hoidmisel ja parandamisel ning teenuse jätkusuutlikkuse vajadust.

Uinutite ja rahustite väärkasutamise või kuritarvitamise ohtu ning sellega kaasnevat sõltuvushäire teemat on projekti autoril plaanis jätkuvalt kajastada: avaldada artikkel ajakirjas Eesti Õde ning teha ettekanne „Uinutid, rahustid ja sõltuvus neist“ SA Pärnu Haigla psühhiaatriakliinikus ja Eesti Õdede Liidu koolituspäeval. Planeeritud koolitused jäid koroonaviiruse tõttu kehtestatud piirangute tõttu ära, kuid need on jätkuvalt plaanis, kui olukord riigis stabiliseerub.

## **KOKKUVÕTE**

Bensodiasepiini ja nn Z-ravimeid saavate inimeste hulk suureneb aastast aastasse. Hoolimata sellest, et uute psühhoaktiivsete ainete tarvitamine on üha kasvav probleem ja kasvavas trendis on ka ravimisõltuvusega patsientide arv, ei ole sõltuvusest vabaneda aitavate nõustamisteenuste kättesaadavus Eestis kõigile abivajajatele tagatud. Sellest tulenevalt tekkis vajadus luua õe ambulatoorne iseseisev vastuvõtt psühhoaktiivsete ainete, eelkõige rahustite ja uinutite tarbimisest tingitud sõltuvushäirega patsientide nõustamiseks Pärnu Haiglas. Arendusprojekti eesmärgiks oli tervishoiuteenuse – õe iseseisev vastuvõtt uinuti- ja rahustisõltuvus-



häirega patsientidele – väljaarendamine ja testimine. Eesmärgist lähtudes püstitati järgmised ülesanded: kirjanduse ülevaate koostamine; selle põhjal õe iseseisva vastuvõtu juhendi väljatöötamine psühhiaatria erialal SA Pärnu Haigla psühhiaatrikliinikus ning ravimisõltuvust tutvustava infovoldiku koostamine; juhendi alusel tervishoiuteenuse juurutamine; juurutatud tervishoiuteenuse monitoorimine ja analüüs.

Projekt viidi läbi Pärnu Haiglas ajaperioodil veebruar 2019 kuni 30. november 2019. Loodud tervishoiuteenuse – õe iseseisev vastuvõtt uinuti- ja rahustisõltuvushäirega patsientidele – väljaarendamine ja testimine oli tulemuslik ning teenuse pidev arendamine jätkub. Koostatud ülevaade erialakirjandusest andis tõendus põhise sisendi praegu kehtivale juhendile ning patsientide infovajaduse katmiseks anti välja vastavasisuline infovoldik. Juurutatud sai õe iseseisva vastuvõtu teenus, mille kvaliteedi monitoorimine on näidanud teenuse olulisust kogukonna tervise hoidmisel ja parandamisel ning teenuse jätkusuutlikkuse vajadust.

## **KASUTATUD KIRJANDUS**

Ali, R., Henry-Edwards, S., Humeniuk, R., Monteiro, M., Poznyak, V. (2013). Alkoholi, tubaka ja sõltuvusainete tarvitamise soeluuring (ASSIST). Esmatasandi tervishoiutöötaja käsiraamat. Maailma Terviseorganisatsioon, Euroopa Regionaalbüroo.

<https://www.tai.ee/et/valjaanded/alkoholi-tubaka-ja-soltuvusainete-tarvitamise-soeluuring-assist-esmatasandi> (01.12.2021).

Bogdanov, H., Pertel, T. (2012) Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. Tallinn. Tervise Arengu Instituut.

[https://www.terviseinfo.ee/images/VTTK\\_17022012.pdf](https://www.terviseinfo.ee/images/VTTK_17022012.pdf) (01.12.2021).

Brett, J., Murnion, B. (2015). Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Australian Prescriber*, 38(5): 152–155.

DOI: 10.18773/austprescr.2015.055.

Dalton, M. A. (2013). Perceptions of the advanced nurse practitioner role in a hospital setting. *British Journal of Nursing*, 22 (1): 48–53.

DOI: 10.12968/bjon.2013.22.1.48.

Delamaire, M.-L., Lafortune, G. (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experienced in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing, Paris.

<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5kmbrcfms5g7-en.pdf?expires=1638366542&id=id&accname=guest&checksum=E4AFB2CE81F98641ACD5F911A65915E6> (01.12.2021).

Eriõe baaspädevused. (2020). Eesti Õdede Liit.

[https://www.ena.ee/images/KUTSE\\_ARENG/ERIoE\\_BAADPaDEVUSED\\_31aug2020OK.pdf](https://www.ena.ee/images/KUTSE_ARENG/ERIoE_BAADPaDEVUSED_31aug2020OK.pdf) (01.12.2021).

Hatch, M. J., Cunliffe, A. L. (2006) Organization theory: modern, symbolic, and postmodern perspectives. Oxford University Press. 309–311.

Hayhoe, B., Lee-Davey, J. (2018). Tackling benzodiazepine misuse. *The BMJ*, 362: k3208, 1–2.

DOI: 10.1136/bmj.k3208

Irs, A., Laius, O., Sonn, K. (2015). Und soodustavate ravimite kliiniline farmakoloogia ja kasutamise suundumused Eestis. *Eesti Arst*, 94(11): 684–688.

Jaanson, P., Kurvits, K., Laius, O., Uusküla, M. (2020). Bensodiasepiinide ja Z-ravimite ambulatoorne kasutamine Eestis. *Eesti Arst*, 99(8): 472–479.

<https://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/view/16748/11638> (01.12.2021).

McKay, J. R. (2016). Making the hard work of recovery more attractive for those with substance use disorders. *Addiction*, 112(5): 751–757.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5315690/> (01.12.2021).

Oisalu, L. (2019a). Rahustite ja uinutite sõltuvus. Pärnu Haigla koduleht.

<https://www.ph.ee/et/patsiendile-ja-kulastajale/patsiendi-infomaterjalid/vaimne-tervis/rahustite-ja-uinutite-soltuvus> (01.12.2021).

## *Magistrite teadusartiklite kogumik nr 1*

Oisalu, L. (2019b). Tervishoiuteenuse – õe iseseisev vastuvõtt uinuti- ja rahustisõltuvushäirega patsientidele – välja arendamine ja testimine. Arendusprojekt. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. [https://www.ester.ee/record=b5301958\\*est](https://www.ester.ee/record=b5301958*est) (01.12.2021).

Pilli, R. (2019). Psühhiaatrikliinik 2018. SA Pärnu Haigla psühhiaatrikliinik.

Pöldvee, M. (2019). Haiglas hakatakse ravimisõltlasi nõustama. *Pärnu Postimees*. [https://parnu.postimees.ee/6762589/haiglas-hakatakse-ravimisoltlasi-noustama?fbclid=IwAR2jTxC3TichcqqkqwqtUTyVljtyODKwRGEqO\\_tn41LiFQnG\\_qUWm6BUOCU](https://parnu.postimees.ee/6762589/haiglas-hakatakse-ravimisoltlasi-noustama?fbclid=IwAR2jTxC3TichcqqkqwqtUTyVljtyODKwRGEqO_tn41LiFQnG_qUWm6BUOCU) (01.12.2021).

Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020. (2008). Sotsiaalministeerium. [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/2012\\_rta\\_pohitekst\\_ok\\_5.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/2012_rta_pohitekst_ok_5.pdf) (01.12.2021).

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. (2020). Sotsiaalministeerium. [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta\\_05.05.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf) (01.12.2021).

Soyka, M. (2017). Treatment of Benzodiazepine Dependence. *The New England Journal of Medicine*, 376: 1147–1157.  
DOI: 10.1056/NEJMra1611832.

Terviseriskide programm 2019–2022. (2019). Sotsiaalministeerium. [https://www.sm.ee/sites/default/files/lisa\\_7\\_terviseriskide\\_programm\\_2019\\_2022\\_0.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/lisa_7_terviseriskide_programm_2019_2022_0.pdf) (01.12.2021).

Vaimse tervise roheline raamat. (2020). Sotsiaalministeerium. [https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/vaimse\\_tervise\\_roheline\\_raamat\\_0.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/vaimse_tervise_roheline_raamat_0.pdf) (01.12.2021).

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGKOO

