

TEADUSELT PRAKTIKALE: arenguteid terviseteaduses

Magistrite teadusartiklite
kogumik nr 2
2023



Tallinna Tervishoiu Kõrgkool
Õenduse õppetool
Terviseteaduse õppekava

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool
Õenduse õppetool

TEADUSELT PRAKTIKALE: ARENGUTEID TERVISETEADUSES
Magistrite teadusartiklite kogumik nr 2

Toimetajad: Kristi Rannus , Jekaterina Šteinmiller

Retsensendid: Ülle Ernits, Anne Roosipõld, Taimi Tulva

Keeletoimetaja: Klaira Kolmann

Tõlkija: Kateriina Rannula

Kaanekujundus: Katrin Nõu

Seeria A: Teadus- ja õppemethodiliste artiklite kogumik ilmub
võrguväljaandena regulaarselt kõrgkooli veebilehel
<http://www.ttk.ee>

Copyright © Tallinna Tervishoiu Kõrgkool 2023

ISBN 978-9916-9633-8-8 (pdf)

ISSN 2733-2136

ISSN 2733-2128

TEADUSELT PRAKTIKALE:
arenguteid terviseteaduses

Magistrite teadusartiklite
kogumik nr 2

SISUKORD

Eessõna	6	Hindamisvahendi KIDSCREEN-52 juurutamine laste ja noorukite vaimse tervise probleemide ennetuses esmatasandil	118
Kristi Rannus		Tiina Saks, Merle Talvik	
Kiire paranemise programmi juhendite koostamine kardiotorakaalse patsiendi perioperatiivseks käsitlemiseks kliinilises õenduses	9	Tegevuskaardi koostamine bariaatrilise patsiendi psühhosotsiaalseks toetuseks kliinilises õenduses	139
Margit Härm, Ulvi Tasane, Lily Parm		Ilja Škatov, Jekaterina Šteinmiller	
Vestluspunktide kaardistamine surma ja suremise käsitlemiseks täiskasvanutega vaimse tervise õenduses	28		
Jane Kaju, Kadri Kõöp, Kurt Cassar			
Valve üleandmise standardi arendus intensiivraviõenduses	51		
Reelika Kaljurand, Katre Zirel			
Tegevusjuhendi koostamine intensiivravi järgse sündroomi ennetamiseks intensiiv raviõenduses	73		
Reta Loodus, Katre Zirel, Helen Valk			
Tervisehindamise esmatasandi mõõdikute lisamine leia platvormile	98		
Jelena Mets, Kadri Kõöp, Merle Ojasoo			

Eessõna

Kogumiku „Teaduselt praktikale: arenguteid terviseteaduses“ teise väljaande avaldamise ajaks on Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis lõpetanud terviseteaduse õppekava juba neli lendu. Magistrikraadi (MSc) on omandanud kokku 161 eriõde (ingl *Advanced Practice Nurse* e *APN*), kellele 2024. aasta jaanuaris lisandub pärast magistr tööde kaitsmist veel 30 lõpetajat. Igaüks neist on magistriõpingutega võtnud initsiatiivi ja vastutuse oma kutse- ja eriala arendamise eest, et teaduspõhiselt parendada tervishoiuteenuse kvaliteeti ning tõhustada erialast tööd tervise ja heaolu valdkonnas (Magistriõppe õppekava ..., 2022). Eriõenduse lipukandjatena Eesti tervishoius täidavad nad oma töös kõrgema taseme rolle. Artiklite autorite endi sõnul olid nende seas juba õpingute ajal: parandaja-praktik, kes muudab maailma väikeste sammudega paremaks; meeskonnaliige, kes võtab kriisisituatsioonis liidri rolli ja juhib seda; õdede ja patsientide õiguste eest seisja, kes taotleb põhimõttelisi muutusi tervishoiutöötajate hoiakutes, teadmistes, oskustes ja tegevustes; ning nii mitmeidki juhte, kellel on kindel tahe ja strateegia muutuste elluviimiseks Eesti tervishoiusüsteemis. (Rannus ja Weir-Hughes, 2023). Oma uurimis- ja arendustööga on nad Eesti õendusele andnud väärtuslikku teadusteavet, kaasanud arendustöösse interdistsiplinaarseid meeskondi ja eriala praktikuid ning tõhusalt koordineerinud kutsealade vahelist koostööd kogu tervishoiusüsteemis.

Toimetajad ja auväärased retsensendid on kogumikku valinud läbilõike kaitstud magistr töödest, mida soovime tuua eeskujuks kõigile Eesti tervishoiutöötajatele nende kutse- või ametialast sõltumata. Kõik kogumikus esitletud tööd on juba magistrikraadi kaitsmise ajaks silma paistnud või avaldanud mõju ka väljaspool projektiga seotud asutusi. Eriti hea meel on tõdeda, et seekord on kogumikus esindatud kõik neli eriala:

terviseõendus, kliiniline õendus, vaimse tervise õendus ja intensiivravi-õendus. Koostöös praktikabaasidega ja kooskõlas kõrgkooli uurimissuundadega (Ülekõrgkoolilised uurimissuunad, 2021) juhendatud tööde seast leiab praktilisi näiteid nii tervise ja heaolu edendamise ühiskonnas kui ka tervise- ja heaoluteenuse kvaliteedi ja inimkesksuse arendamisest tervishoius.

Lisaks kogumiku artiklitele soovime lugejal kindlasti vaadata kõrgkooli raamatukogus (Tallinna Tervishoiu ..., 2023) ka teisi magistrantide kaitstud projekte, kasutades nende leidmiseks otsingus märksõna „arendusprojekt“. Kõik projektid ei mahu kahjuks kogumikku, kuid igaüks neist võib pakkuda kitsamale sihtgrupile väga vajalikke ja edasiviivaid teadmisi. Paljud suurepärased eriõenduse arendusprojektid jäävad artiklina avaldamata pelgalt põhjusel, et nende läbiviijate töökohas ei toetata teadus- ja arendustööd piisavalt või seda ei tunnustata. Samuti ei ole mõni projekt olnud oma asutuses jätkusuutlik ja ei kuulu seetõttu artiklina avaldamisele. Enamasti aga ei jää projekti läbiviijatel endil oma igapäevatöö kõrvalt aega artikli kirjutamiseks. Paraku räägib see üsna palju tervishoiuasutuste kohta, kus ei olda veel valmis eriõdede rakendamiseks ega osata nende pädevust heas mõttes ära kasutada.

Meie magistrid on aga veendunud, et teadus- ja arendustöö peab teenima ühiskonda. Nad on aidanud leida süsteemselt lahendusi tõsistel probleemidele ja teavad, et ükski teadusliku lähenemisega töö ei ole lõpetatud enne, kui saadud teave on avaldatud ja praktikasse juurutatud. Oma tudengitööga testivadki nad õpingute ajal uuemaid ja levinumaid tervisetehnoloogiaid, mudeleid ja meetodeid, et lahendada probleeme meie kultuuriruumis. Südikamad neist avaldavad sellest artikli, näiteks siin kogumikus, ja/või hoolitsevad projekti tulemuslikkuse ja kestlikkuse

eest ka pärast õpingute lõppu. Kogumiku koostamisega soovivad autorid, retsensendid ja toimetajad anda oma panuse saadud teadusteabe rakedamisse praktikas ja loodavad, et lugeja võtab heaks neid teadmisi oma tööski kasutada ning omakorda edasi anda ja arendada.

KASUTATUD KIRJANDUS

Magistriõppe õppekava TERVISETEADUS 194200. (2022). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. <https://www.ttk.ee/et/magistri%C3%B5pe>

Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli Raamatukogu E-kataloog ESTER (2023, December 25). https://www.ester.ee/search~S29*est (25.12.2023)

Rannus, K., & Weir-Hughes, D. (2023). The evolving roles of the Advanced Practice Nurse in postgraduate Studies. *Proceedings of the Estonian Academy of Sciences*, 72(3), 220–229. <https://doi.org/10.3176/proc.2023.3.04>

Ülekõrgkoolilised uurimissuunad. (2021). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. <https://www.ttk.ee/et/uurimissuunad-ja-rakendusuuringud-tallinna-tervishoiu-k%C3%B5rgkoolis>

Kristi Rannus

Professor ja terviseteaduse õppekava juht
Tallinna Tervishoiu Kõrgkool
26. detsember 2023

KIIRE PARANEMISE PROGRAMMI JUHENDITE KOOSTAMINE KARDIOTORAKAALSE PATSIENDI PERIOPERATIIVSEKS KÄSITLUSEKS KLIINILISES ÕENDUSES

Margit Härm, RN, APN, MSc

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla
Margit.Harm@regionaalhaigla.ee

Ulvi Tasane, RN, MSc

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla

Lily Parm, RN, MSc

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

Märksõnad: kardiotorakaalkirurgia, kardiotorakaalne patsient, õendustegevusjuhend, kiire paranemise programm *Enhanced Recovery After Surgery*, perioperatiivne patsiendikäsitlus

Abstract:
DEVELOPMENT OF GUIDELINES FOR ENHANCED RECOVERY PROGRAM FOR THE PERIOPERATIVE MANAGEMENT OF CARDIOTHORACIC PATIENTS IN CLINICAL NURSING

Internationally developed and widespread Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) programs aim to actively involve surgical patients in the healing process, helping to reduce complications and promote a faster return to regular activities. In the field of cardiothoracic surgery, the use of ERAS has great potential, but research on its application is sparse internationally. Based on existing information and practical needs, a development project was conducted from 2020 to 2022 within the master's program in Health Sciences at Tallinn Health Care College. The goal was to create an evidence-based operational guideline for the cardiothoracic surgery centre at North Estonia Medical Centre, providing directions for the management of cardiothoracic surgical patients during the perioperative period and contributing to better workflow organization among nurses and other specialists.

The project leadership relied on the William Edwards Deming model of continuous improvement. The guideline was formulated following a systematic literature review, and after testing the guideline, structured written questionnaires were used to solicit expert opinions from the nurses of the cardiothoracic surgery centre (n=21).

As a result of the development project, two separate operational guidelines were created, one for cardiac and another for thoracic surgery, to allow a more detailed approach to the respective patient groups according to contemporary standards. The management of the North Estonia Medical Centre

has successfully approved the guidelines "Perioperative Management of Thoracic Surgery Patients" and "Perioperative Management of Cardiac Surgery Patients," and these have been implemented in hospital practice. The development project was made possible thanks to an interdisciplinary project team and skilled project management. Some members of the working group are still active, continually reviewing and further developing the guidelines. To date, the development project has provided both the impetus and the theoretical foundations for new development projects and the creation of patient management guidelines.

Keywords: *cardiothoracic surgery, cardiothoracic patient, nursing guidelines, Enhanced Recovery After Surgery or ERAS programme, perioperative management*

SISSEJUHATUS JA TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

Eestis ravitakse kopsu- ja südamehaigusi kirurgiliselt Tartu Ülikooli Kliinikumis ja SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglas. Operatsioonide arv Põhja-Eesti Regionaalhaigla kardiokirurgia osakonnas on viimasel kümnendil jäänud 420–630 ja rindkerekirurgias 813–1002 operatsiooni vahele aastas. (Eesti südamekirurgia ..., 2012). Kardiorakaalkirurgias ehk südame- ja kopsukirurgias on viimastele aastatele iseloomulik patsientide kõrgem vanus ja kombineeritud operatsioonide arvu kasv. Kardiokirurgiline operatsioon on inimesele tõsine füüsiline ja psüühiline läbielamine, millest taastumine võib kesta kuid. Operatsioonijärgne taastusravi on riigiti erinev. (Batchelor jt, 2018; Braun jt, 2018; Li jt, 2018; Refai jt, 2018; Williams jt, 2019). Eestis on operatsioonijärgne rehabilitatsioon süsteemipäraselt välja kujundamata, mistõttu võib kohalike patsientide elukvaliteet pärast südameoperatsiooni jääda kehvemaks kui mujal maailmas (Eesti südamekirurgia ..., 2012).

Patsiendi paranemise edendamiseks kasutatakse kiire paranemise programmi *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), mis on tegevusjuhiste kogum patsiendiga tegelevale meeskonnale. ERAS hõlmab nii operatsioonieelset, operatsiooniaegset kui ka operatsioonijärgset perioodi ja sisaldab kolme komponenti: toitumine, valuravi ja varajane liikuma hakkamine (Ljungqvist jt, 2020).

Kiire paranemise programmi eesmärk on vähendada patsiendi tüsistusi ja haiglas viibimise aega ning soodustada tema kiiremat naasmist tavapärase tegevuste juurde (Engelman jt, 2019). Programmi uudsus seisneb patsientide aktiivsemas kaasamises tervendamisprotsessi (Mendes jt, 2018).

Kiire paranemise programmi kasutamist on seostatud üldiste tüsistuste ja haiglas viibimise pikkuse vähenemisega kuni 50% võrra võrreldes tavapärase perioperatiivse patsiendihooldusega (Engelman jt, 2019). Traditsioonilise juhtimisega võrreldes on programmi rakendamisel potentsiaal parandada patsiendi elukvaliteeti nii vahetult kui ka pikaajaliselt pärast operatsiooni (Williams jt, 2019).

Kardiorakaalkirurgiliste patsientide puhul on programmi ERAS kasutamisel suured väljavaated. Eestis on varasemalt kiire paranemise programmi kohta tehtud vaid paar uurimistööd. Magistritöö, kus osalesid SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla arstid ja õed, käsitles üksnes kiire paranemise programmi toitumise osa (Eiche, 2018). Teiseks on ERASi rakendamist kolorektaalkirurgia õenduses käsitlenud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli lõputöös (Aasma ja Belyakova, 2021).

Käesoleva artikli esimene autor käsitles oma arendusprojekti ERASi protokollide oluliste komponentide rakendamist operatsioonieelsetel, operatsiooniaegsetel ja operatsioonijärgsetel perioodidel kardiorakaalkirurgiliste patsientide puhul (Härm, 2022).

Tuginedes olemasolevale teabele ja praktilisele vajadusele, viidi 2022. aastal terviseteaduse magistriõppe raames läbi arendusprojekt (Härm, 2022) eesmärgiga koostada Põhja-Eesti Regionaalhaigla kardiorakaalkirurgia keskus teaduspõhine tegevusjuhend, mis annaks suunised kardiorakaalkirurgilise patsiendi käsitlemiseks perioperatiivsel perioodil ning aitaks kaasa parema töökorralduse loomisele õdede ja teiste erialaspetsialistide vahel. Selleks:

- kirjeldati kirjanduse põhjal kiire paranemise programmi põhimõtteid ja koostati juhend kardiorakaalkirurgia keskuse patsientide perioperatiivseks käsitluseks;

- tutvustati valminud juhendit kardiotorakaalkirurgia patsientidega töötavatele õdedele ja erialaspetsialistidele ning küsiti nende tagasisidet juhendi selguse, asjakohasuse ja rakendatavuse kohta;
- muudeti juhendit vastavalt erialaspetsialistide tagasisidele ning kardiokirurgia ja rindkerekirurgia patsientide käsitlemiseks koostati kaks eraldi juhendit, mis esitati haiglasiseseks kooskõlastuseks ja kinnitamiseks.

Käesoleva artikli eesmärk on tuua kokkuvõttev ülevaade projekti raames koostatud juhenditest, mis annavad õdedele käitumisjuhiseid kolmes eri etapis: 1) enne patsiendi haiglasse saabumist; 2) operatsiooni ajal; 3) paranemisperioodil.

Planeerimine ja ettevalmistus enne haiglasse saabumist

Patsiendi operatsioonieelne teavitamine eesootavatest toimingutest infolehtede ja suuliste selgituste teel on vajalik, aitab patsiendil seada realistlikke ootusi kirurgilistele protseduuridele ning võib vähendada ärevust, hirmu ja väsimust, leevendada operatsioonijärgset iiveldust ja valu ning kiirendada taastumist ja haiglast välja kirjutamist (Batchelor jt, 2018; Brown jt, 2018). Teave peaks sisaldama kõiki kiire paranemise programmi aspekte: operatsioon, anesteesia, õendusabi, patsiendi käsitlemine perioperatiivsel perioodil ja väljakirjutamise plaan. Teavet tuleks anda mitut moodi: suuline õpetus, kirjalik materjal ja võimalusel veebipõhine materjal koos audiovisuaalsete juhismaterjalidega. (Refai jt, 2018). Teabe edastamine võib varieeruda sõltuvalt patsiendi vajadustest ja terviseseisundist, näiteks tema nõrkusest ja kognitiivsest seisundist (Ljungqvist jt, 2020).

Enamik patsiente saab kogu vajaliku info õe käest. Õdesid tuleb süstemaatiliselt koolitada ja õpetada neile patsientidega suhtlemist, sest sõnakasutus peab olema täpne, et info oleks patsiendile kergesti mõistetav (Foss ja Bernard, 2012; Refai jt, 2018; Robertson jt, 2018; Mendes jt, 2018). Õde peab patsienti ka motiveerima, kaasama ja võimestama, sest kirurgilise tulemuse ja taastumise seisukohalt on patsiendi roll ja suhtumine üliolulised (Brown jt, 2018).

Lisaks teavitusele peavad kõik ERASi protokolliga hõlmatud patsiendid läbima operatsioonieelse multidistsiplinaarse hindamise, mille käigus saab hinnata ja optimeerida funktsionaalset ja toitumisalast seisundit, leevendada kaasnevaid haigusi, sealhulgas diabeeti ja aneemiat, ning arutada suitsetamisest ja alkoholist loobumist. See protsess algab kirurgi kabineti algoritimide rakendamisega, mis hõlmab söeluuringuid, küsimustikke ja laboratoorseid baasuuringuid. (Batchelor jt, 2018; Brown jt, 2018; Engelman jt, 2019; Ljungqvist jt, 2020).

Patsientidel tuleb enne operatsiooni kontrollida toitumust ja kehakaalu võimalikku langust, sest alatoimus on pärast suurt operatsiooni ebasoodsate tulemuste oluline, kuid potentsiaalselt muudetav riskitegur. Kui patsient kuulub riskirühma, tuleks talle anda aktiivset toitumisalast tuge (Batchelor jt, 2018) ja korrigeerida tema toitumisvaegust (Engelman jt, 2019). Lisaks tuleks operatsioonieelset õiget toitumist tutvustada kõikidele patsientidele, et säilitada piisav toitumus kogu operatsiooniperioodi vältel (Brown jt, 2018). Enne operatsiooni tuleks vältida paastumist (Nygren jt, 2012). Tervete seedeorganitega patsientidel on soovitatav kasutada selgeid vedelikke kuni 2 tundi enne anesteesiat ning tarbida tahket toitu kuni 6 tundi enne operatsiooni (Batchelor jt, 2018).

Füüsilise stressi vähendamine operatsiooni ajal

Operatsiooni ajal tuleks muuta sissejuurdunud praktikat ja vähendada nasogastraalsondide, drenide ja uriinikateetrite kasutamist (Brown jt, 2018). Vähendada tuleks opioide, multimodaalset ja täielikku intravenoosset anesteasiat ning optimeerida vedeliku manustamist ja eesmärgipärast vedelikravi (Woodard jt, 2021). Anesteesiast ja varajasest ekstubatsioonist väljumiseks tuleks kasutada lokaalse ja üldanesteesia kombinatsiooni. Lühitoimelised lenduvad või intravenoossed anesteetikumid või nende kombinatsioonid on samaväärsed valikud kopsuoperatsioonil (Batchelor jt, 2018).

Hüpotermia ennetamiseks operatsioonitoas on soovitatav patsiente eelsoojendada enne operatsiooni ning eelistada selleks aktiivset õhksoojendustekki, mis on tõhusam kui elektrilise soojendusega madrats. Samuti on hüpotermia ennetamiseks tõendus põhine intravenooselt üle kanda eelsoojendatud lahuseid ning mitte oluliselt langetada ruumitemperatuuri operatsioonitoas. See vähendab patsiendi taastumiseks kuluvat aega pärast operatsiooni (Batchelor jt, 2018; Foss ja Bernard, 2012; Li jt, 2018; Mendes jt, 2018).

Paranemisperioodi süsteemne käsitlus: toitumine, valu juhtimine ja füüsiline aktiivsus

Operatsioonijärgse iivelduse ja oksendamise ennetamiseks operatsioonijärgsel perioodil on vajalik vedelike tasakaalu säilitamine ja varajane toitmise alustamine. Suukaudne vedelike manustamine peaks algama niipea, kui patsient on võimeline neelama. (Batchelor jt, 2018; Brown jt, 2018).

Torakotoomia või videoassisteeritud rindkereoperatsiooni ehk *Video Assisted Thoracic Surgery* (VATS) järgse valu ebapiisav vaigistamine halvendab hingamisteede seisundit ning köha ja hingamisteede halva puhastumise tagajärjel võib tekkida kopsupõletik või sellele järgnev sekundaarne hingamispuudulikkus. Valu suurendab patsiendil otseselt hüpokseemia, hüperkapnia, suurenenud müokardi töö, arütmiate ja isheemia riske. Operatsioonijärgne kõrge intensiivsusega valu võib põhjustada ka torakotoomiajärgse valusündroomi arengut. Seetõttu peab rindkereoperatsioonide tõhustatud taastumisjuhendi ühendama multimodaalse enteraalse ja parenteraalse analgeesia, piirkondliku analgeesia või lokaalanesteetikumi meetoditega, püüdes vältida opioide ja nende kõrvaltoimeid. (Batchelor jt, 2018).

Opioidide tarbimise vähendamine on määrava tähtsusega, sest praegune opioidide epideemia on üks tõsisemaid rahvatervise kriise maailmas. Multimodaalne mitteopioidravi vähendab märkimisväärselt opioidide perioperatiivset vajadust, vähendades seeläbi patsientide arvu, kes vajavad väljakirjutamisel opioidi retsepti. Enamik patsiente, keda jälgitakse vastavalt ERAS-programmile, ei vaja pärast haiglast väljakirjutamist opioide. (Brown jt, 2018).

Operatsioonijärgselt koheselt liikuma hakkamine ja harjutuste tegemine aitavad kaasa kiiremale taastumisele ning vähendavad oluliselt väiksemate komplikatsioonide esinemissagedust (Li jt, 2018; Batchelor jt, 2018). Patsientidele tuleb rõhutada varajase mobiliseerimiskava tähtsust – igapäevased eesmärgid voodist väljatulekuks ja kindla vahemaa läbimiseks algavad kohe pärast operatsiooni (Brown jt, 2018).

Võimalusel tuleb vältida või esimesel võimalusel eemaldada patsiendi monitoorimise seadmed (EKG elektroodid, vererõhmanžett), arterikanüül, plaastrid nahatorkekohtadel, hapnikumask (vajadusel asendatakse ninakanüüluga) ja muud jälgimisseadmed. See suurendab patsientide varajast mobilisatsiooni. (Foss ja Bernard, 2012). Hingamis- ja jala-harjutuste tegemine, voodil istumine, püsti seismine ja kõndimine, vajadusel abivahendeid kasutades, parandab kopsudes gaaside ja hapniku vahetust, vähendab kopsupõletiku tekke riski, parandab verevarustust, taastab sooletegevust ja vähendab tromboosiriski. Patsiendi operatsioonist taastumise kergus ja efektiivsus sõltuvad otseselt füüsilise liikumisega alustamise kiirusest. (Aasma ja Belyakova, 2021: 13–14).

1. ARENDUSPROJEKTI DISAIN, METOODIKA JA TULEMUSED

1.1. Arendusprojekti vajadus

Arendusprojekti vajadus tulenes Põhja-Eesti Regionaalhaigla põhimõttest, et töötajad peavad olema avatud muudatustele ja kasutama kõiki võimalusi, mis muutub keskkonnas võimaldaks aidata patsiente ja seeläbi jätkata ühiskonna teenimist kõige paremal moel.

Artikli esimene autor osales 03.–05.10.2019 Lissabonis toimunud Euroopa kardiotorakaalkirurgide ühingu ehk *European Association for Cardio-Thoracic Surgery* (EACTS) konverentsil, kus südameoperatsioonijärgse tõhustatud paranemise ühing ehk *Society for Enhanced Recovery After Cardiac Surgery* (ERACS) esitles esimest korda rahvusvaheliselt südamekirurgia patsientidele suunatud programmi ERAS. Sellega tutvudes tekkis autoril idee koostada juhend Põhja-Eesti Regionaalhaigla (edaspidi Regionaalhaigla) kardiotorakaalkirurgia keskusele.

Arendusvajaduse väljaselgitamiseks küsiti erinevatelt teemaga seotud spetsialistidelt arvamust sellise projekti vajalikkuse kohta. Vastustest selgus, et arendusprojekt on vajalik. Välja toodi, et Eesti haiglasüsteemis on õdedel üha kandvam roll, kuid pahatihti jäävad nende teadmised puudulikuks ning see takistab patsientidele õigeaegse õendusabi andmist ja asjakohaste õendussekkumiste sooritamist. Õdede teadmised ja oskused on otseses seoses ravitulemustega ja sellise juhendi loomine toetab õdede tööd, vähendab nende töökoormust ning mõjutab patsientide paranemise kiirust ja seeläbi haiglas viibimise aega. Vastustest selgus ka vajadus käsitleda rindkere- ja kardiokirurgia patsiente eraldi juhendites, sest erialati on käsitlus erinev. (Härm, 2022: 15–16).

1.2. Metoodika ja tulemused

Arendusprojekt viidi läbi Regionaalhaigla kardiotorakaalkirurgia keskuses vastavalt William Edwards Demingi pideva parendamise mudeli „Planeeri, Teosta, Kontrolli, Tegutse“ etappidele (The W. Edwards ..., i.a.). Juhendi koostamisel kasutati uurimismeetodina kirjanduse süstemaatilist ülevaadet ning valminud juhendile eksperdihinnangute saamiseks viidi pärast juhendi lühiaegset testimist läbi kirjalik ankeetküsitlus. (Härm, 2022: 16).

Projekti planeerimise etapis alustati arendusprojekti vajaduse väljaselgitamisega. Selleks hinnati hetkeolukorda organisatsioonis ja tehti kindlaks muudatuse vajadus. Otsustati, et projektijuht koostab juhendi, toetudes kirjanduse süstemaatilisele ülevaatele, ja teised meeskonnaliikmed täiendavad koostatud materjali oma eriala spetsiifikast lähtudes. Koostati projekti tegevuskava, planeeriti eelarve, meeskond ja riskijuhtimine. Loodi arendusprojekti multidistsiplinaarne meeskond (n=7) ja asuti juhendit koostama. Seejärel tehti ajavahemikus oktoobrist 2020 kuni

jaanuarini 2021 kirjanduse süstemaatiline otsing, kasutades andmebaase *CINAHL* ja *MEDLINE* ning kombineeritud märksõnu *enhanced recovery after surgery AND nursing*. Kirjanduse süstemaatiline otsing andis 231 vastet: 93 *CINAHL*-ist ja 138 *MEDLINE*-ist. Pärast mitme valikukriteeriumi läbimist ja topelettumuste eemaldamist jäi järele 8 artiklit, mida kasutati juhendi loomiseks (Härm, 2022: lisa 8).

Projekti teostamise etapis toimusid tööühma regulaarsed kohtumised ja nende vahepeal suhtles tööühm e-posti teel. Tööühmale oli jagatud ülesandeks kontrollida oma erialaspetsiifilisi tegevusi juhendis, neid vajadusel täiendada ja seejärel edastada need kõigile tööühma liikmetele. Projekti peamiseks ressursiks kujunes kvalifitseeritud interdistsiplinaarne hea koostööga meeskond, kelle erialaspetsiifilised teadmised ja kogemused lisasid projektile väärtust. Töögrupis osalenud töötajad tegid projekti eesmärgiga seotud tegevusi tööaja sees. Töö autor panustas töösse oma õppetööks ettenähtud aega ning ajalise ressursina kulus märkimisväärne aeg ka arendusprojekti kõigi etappide efektiivseks läbiviimiseks ja juhtimiseks.

Projekti riske hinnati riskihindamise maatriksi abil, mis aitas projekti tulemuslikkuse optimeerimiseks minimeerida võimaliku riski tõenäosust ja mõju visuaalselt. Riskihindamise käigus pöörati tähelepanu ka sellele, kas ja milliseid meetmeid on rakendatud riskitaseme vähendamiseks ning mida saaks teha täiendavalt. Võimalike riskide vähendamiseks koostati riskijuhtimise plaan, kus lisaks riskile on kirjeldatud abinõud riskide vähendamiseks (Härm, 2022: 21).

Projekti kontrollimise etapis korraldati septembris 2021 kirjanduse süstemaatilist otsingut. Artikli esimene autor soovis kontrollida, kas on ilmunud uuemat infot, mis koostatud projekti toetaks. Otsinguga lisandus kaks

artiklit. Tööühm vaatas üle valminud tabelid ja juhendid ning tegi omapoolseid parandused. Pärast paranduste sisseviimist alustati valminud juhendi kahepäevase testimisega Regionaalhaigla kardiotorakaalkirurgia keskkonnas esmalt kardiokirurgia osakonnas ajavahemikus 19.10.–01.11.2021 ja järgnevalt rindkerekirurgia osakonnas ajavahemikus 01.–14.11.2021. Juhendit testisid ja hindasid keskkonnas töötavad 29 õde kui erialaspetsialistid. Enne testimist viidi läbi arenguprojekti tutvustav esitlus, jagati valminud infomaterjal ja lepiti kokku testimise periood. Pärast testimist paluti õdedel täita *Google Drive*'i keskkonnas nelja küsimusega tagasisideküsimustik, mis oli neile saadetud lingina. Küsitlusele vastas kokku 21 õde. Õdede hinnangul oli koostatud juhendis kirjeldatud õe tegevusi selgelt ja arusaadavalt ning juhendi järgimisel toetavad õe tegevused patsiendi kiiret paranemist täielikult. Saadud hinnangute põhjal tehti lisaparandused ja projekti autor jätkas monitooringuga, et tagada projekti edukas kooskõlastamine vastavalt Regionaalhaiglas kehtestatud juhenditele. (Härm, 2022: 21–22).

Tegutsemise etapis esitati arendusprojekti raames valminud juhend kooskõlastuseks Regionaalhaigla kvaliteediteenistuse kvaliteedisüsteemi talitusele ja õenduskvaliteedi komiteele. Juhendi lõplik versioon laeti üles haiglasisesesse Delta dokumendihaldussüsteemi, kust see saadeti haigla ülemarstile kinnitamiseks. Seejärel avaldati see haigla siseveebis ning saadeti kardiotorakaalkirurgia keskuse töötajatele tutvumiseks ja kasutuselevõtmiseks. Projekti tulemusel valmis juhend, kus on määratletud pädevuse valdkonnad ja vajalikud tegevused. Seda juhendit saavad kasutada osakonna õed ja teised erialaspetsialistid parema töökorralduse loomiseks kardiotorakaalkirurgilise patsiendi käsitlemisel perioperatiivsel perioodil. (Härm, 2022).

Arendusprojekti käigus jõudsid meeskonnaliikmed arusaamisele, et ühtsete ERASi abinõude kirjeldamine kardiorakaalkirurgia valdkonnas on keeruline. Rindkerekirurgia ja kardiokirurgia patsiendid erinevad üksteisest väga suurel määral nii haigusseisundite kui ka perioperatiivse anesteesia ja operatsioonide meetodite poolest. Seetõttu koostati kardiokirurgiale ja rindkerekirurgiale eraldi juhendid, mis võimaldavad eriala spetsiifikast lähtudes käsitleda patsiente detailsemalt ja kaasaja nõutele vastavalt. Regionaalhaigla juhatus on edukalt kinnitanud juhendid „Rindkerekirurgilise patsiendi perioperatiivne käsitus“ (Härm, 2022: lisa 5) ja „Kardiokirurgilise patsiendi perioperatiivne käsitus“ (Härm, 2022: lisa 3, 4) ning need on haiglasiseselt rakendatud praktikasse. Osa töörühmast on veel aktiivne ning tegeleb jooksvalt juhendite ülevaatamise ja edasiarendamisega.

2. ARUTELU JA JÄRELDUSED

Eesti südamekirurgia arengukava toob välja probleemi, et Eestis on operatsioonijärgne rehabilitatsioon süsteemipäraselt välja kujundamata, mistõttu võib kohalike patsientide elukvaliteet pärast südameoperatsiooni jääda kehvemaks kui mujal maailmas (Eesti südamekirurgia ..., 2012). Kirjeldatud arendusprojekti autor ja artikli autorid annavad valminud juhenditega oma panuse patsientide elukvaliteedi parandamisse, sest juhendite abil saavad kliinilise õenduse õed pöörata süsteemselt ja struktureeritult tähelepanu patsientkäsitluse aspektidele, mis on kirjanduse põhjal tõendanud oma tõhusust patsientide paranemise kiirendamisel. Kuna eestikeelne teaduskirjandus antud teemal praktiliselt puudub ning on ka võõrkeeltes killustunud ja ebapiisav, on selle projekti raames koostatud juhendid eriti väärtuslikud tõenduspõhise kliinilise eriõenduse ja kogu õendusteadusliku teabehulga suurendamisel.

Juhendite (Härm, 2022: lisad 3–5) kasutuselevõtmine on juba kaasa toonud mitmed positiivsed muutused patsiendi operatsioonieelses käsitlemises. Patsientidel on lubatud operatsiooni ajaks jalga jätta aluspesu. Selgeid läbi paistvaid vedelikke lubatakse tarvitada kuni neli tundi enne operatsiooni ning pärast operatsiooni manustatakse väikesel kiirusel tilkinfusiooni vaid juhul, kui see on vajalik. Suitsetajatele pakutakse juba enne operatsiooni nikotiiniplaastrite kasutamise võimalust, et ennetada operatsioonijärgset rahutust. Kardiokirurgilistel patsientidel on loobutud nn suurest klistiirist, neil on lubatud süüa ka operatsioonile eelneval öhtul ning hommikul enne operatsiooni (kaks tundi enne operatsiooni) joovad nad kõrge kalorisaldusega jooki. Muutunud on anesteesiaravimite manustamine ja erinevad juhitava hingamise režiimid operatsiooni ajal. Aktiivsemalt tegeletakse preoperatiivse deliiriumi ennetamisega. Lisaks on alustatud aneemia skriinimisega operatsioonieelse hindamise käigus, et leida parim võimalik rauaasenduse viis patsiendi ettevalmistamisel operatsiooniks. (Härm, 2022). Autorid loodavad, et käesoleva artikli avaldamisega levib hea praktika kardiorakaalsete patsientidega töötavate õdede seas ka väljapoole Põhja-Eesti Regionaalhaiglat.

Projekti käigus sai kinnitust ka vajadus luua kardiorakaalkirurgia õdedele iseseisvad vastuvõttud, mis praegu Regionaalhaiglas puuduvad. Sellega seoses tekib lähitulevikus vajadus koostada lisaks loodud juhenditele materjal, mis toetaks patsiendiõpetuse läbiviimist perioperatiivse perioodi jooksul.

Arendusprojekt on osutunud jätkusuutlikuks ja olnud aluseks uutele arendusprojektidele, näiteks õe iseseisva vastuvõtu juhendi koostamine veresoontekirurgia erialal. Lisaks on see osaliselt ajendanud Regionaalhaiglas patsiendi infomaterjali koostamist, et toetada veresoontekirurgia erialal patsientide raviteekonna juhtimist ning patsiendiõpetuse läbiviimist perioperatiivse perioodi jooksul.

KOKKUVÕTE

Kirurgiliste patsientide aktiivsemaks kaasamiseks tervendamisprotsessi on rahvusvaheliselt välja töötatud ja levinud kiire paranemise ehk *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) programmid, mis aitavad vähendada tüsistusi ning soodustada patsiendi kiiremat naasmist tavapärase tegevuste juurde. Kardiorakaalkirurgiliste patsientide puhul on ERASi kasutamisel suur potentsiaal, kuid uurimusi selle kohta on rahvusvaheliselt vähe. Tuginedes olemasolevale teabele ja praktilisele vajadusele, viidi ajavahe-
mikus 2020–2022 Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli terviseteaduse magistri-
õppes läbi arendusprojekt eesmärgiga koostada Põhja-Eesti Regionaal-
haigla kardiorakaalkirurgia keskuses teaduspõhine tegevusjuhend, mis
annaks suunised kardiorakaalkirurgilise patsiendi käsitlemiseks peri-
operatiivsel perioodil ning aitaks kaasa parema töökorralduse loomisele
õdede ja teiste erialaspetsialistide vahel.

Projekti juhtimisel tugineti William Edwards Demingi pideva täiustamise mudelile, juhendi koostamisel kasutati kirjanduse süstemaatilist ülevaadet ja pärast juhendi testimist küsiti eksperdi hinnanguid kardiorakaalkirurgia keskuse õdedelt (n=21) kirjaliku struktureeritud küsimustiku teel.

Arendusprojekti tulemusena koostati kaks eraldi tegevusjuhendit, üks kardio- ja teine rindkerekirurgiale, et võimaldada kummagi valdkonna patsientide sihtrühma detailsemat käsitlust vastavalt kaasaja nõuetele. Regionaalhaigla juhatus on edukalt kinnitanud juhendid „Rindkerekirurgilise patsiendi perioperatiivne käsitus“ ja „Kardiokirurgilise patsiendi perioperatiivne käsitus“ ning need on haiglasiseselt rakendatud praktikasse. Arendusprojekt sai teoks tänu interdistsiplinaarsele projekti-meeskonnale ja oskuslikule projektijuhtimisele. Osa töörühmast on veel

aktiivne ning tegeleb jooksvalt juhendi ülevaatamise ja edasiarendamisega. Täna on arendusprojekt andnud nii tõuke kui ka teoreetilised lähtekohad uutele arendusprojektidele ja patsiendikäsitluse juhendite koostamisele.

KASUTATUD KIRJANDUS

Aasma, E., & Belyakova, E. (2021). *ERAS-programmi rakendamine õenduses kolorektaalkirurgia osakonnas* [Lõputöö, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool] ESTER.

https://www.ester.ee/record=b5403777*est

Batchelor, T. J. P., Rasburn, N. J., Abdelnour-Berchtold, E., Brunelli, A., Cerfolio, R. J., Gonzalez, M., Ljungqvist, O., Petersen, R. H., Popescu, W. M., Slinger, P. D., & Naidu, B. (2019). Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 55(1), 91–115.

<https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301>

Brown, J. K., Singh, K., Dumitru, R., Chan, E., & Kim, M. P. (2018). The Benefits of Enhanced Recovery After Surgery Programs and Their Application in Cardiothoracic Surgery. *Methodist DeBakey Cardiovascular Journal*, 14(2), 77–88.

<https://doi.org/10.14797/mdcj-14-2-77>

Eesti südamekirurgia arengukava aastani 2020. (2012). Eesti Südamekirurgia Selts.

https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervisshoiususteem/Arstide_erialade_arengukavad/sudamekirurgia_arengukava.pdf

Eiche, K. (2018). *Kliinilise toitumise rakendamine Põhja-Eesti Regionaalhaiglas. Õdede ja arstide hinnang praegusele olukorrale* [Magistritöö, Tartu Ülikool] DSpace.

<http://hdl.handle.net/10062/60646>

Engelman, D. T., Ben Ali, W., Williams, J. B., Perrault, L. P., Reddy, V. S., Arora, R. C., Roselli, E. E., Khoynzhad, A., Gerdisch, M., Levy, J. H., Lobdell, K., Fletcher, N., Kirsch, M., Nelson, G., Engelman, R. M., Gregory, A. J., & Boyle, E. M. (2019). Guidelines for Perioperative Care in Cardiac Surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations. *JAMA Surgery, 154*(8), 755–766.

<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.1153>

Foss, M., & Bernard, H. (2012). Enhanced recovery after surgery: implications for nurses. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing), 21*(4), 221–223.

<https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.4.221>

Härm, M. (2022). *Juhendi koostamine kiire paranemise programmiks kardiorakaalkirurgilise patsiendi perioperatiivse käsitluse kohta Põhja-Eesti Regionaalhaiglas* [Arendusprojekt, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool] ESTER.

https://www.ester.ee/record=b5482657*est

Li, M., Zhang, J., Gan, T. J., Qin, G., Wang, L., Zhu, M., Zhang, Z., Pan, Y., Ye, Z., Zhang, F., Chen, X., Lin, G., Huang, L., Luo, W., Guo, Q., & Wang, E. (2018). Enhanced recovery after surgery pathway for patients undergoing cardiac surgery: a randomized clinical trial. *European Journal of Cardiothoracic Surgery, 54*(3), 491–497.

<https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy100>

Ljungqvist, O., Francis, N. K., & Urman, S. D. (toim) (2020). *Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®): A Complete Guide to Optimizing Outcomes*. Springer Cham.

<https://doi.org/10.1007/978-3-030-33443-7>

Mendes, D. I. A., Ferrito, C. R. A. C., & Gonçalves, M. I. R. (2018). Nursing Interventions in the Enhanced Recovery After Surgery®: Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem, 71*(suppl 6), 2824–2832.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0436>

Nygren, J., Thacker, J., Carli, F., Fearon, K. C., Norderval, S., Lobo, D. N., Ljungqvist, O., Soop, M., Ramirez, J., & Enhanced Recovery After Surgery Society. (2012). Guidelines for perioperative care in elective rectal/pelvic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland), 31*(6), 801–816.

<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2012.08.012>

Refai, M., Andolfi, M., Gentili, P., Pelusi, G., Manzotti, F., & Sabbatini, A. (2018). Enhanced recovery after thoracic surgery: patient information and care-plans. *Journal of Thoracic Disease, 10*(suppl 4), S512–S516.

<https://doi.org/10.21037/jtd.2017.12.87>

Robertson, T. R., Eldridge, N. E., Rattray, M. E., Roberts, S. J., Desbrow, B., Marshall, A. P., Ali, A. B., & Hickman, I. J. (2018). Early oral feeding after colorectal surgery: A mixed methods study of knowledge translation. *Nutrition & Dietetics, 75*, 345–352.

<https://doi.org/10.1111/1747-0080.12473>

The W. Edwards Deming Institute. (i.a.). *PDSA Cycle*.

<https://deming.org/explore/pdsa/> (22.12.2023).

Williams, J. B., McConnell, G., Allender, J. E., Woltz, P., Kane, K., Smith, P. K., Engelman, D. T., & Bradford, W. T. (2019). One-year results from the first US-based enhanced recovery after cardiac surgery (ERAS Cardiac) program. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 157*(5), 1881–1888.

<https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2018.10.164>

Woodard, D. Y. T., Patel, C. M., & Walsh, G. L. (2021). Roadmap to the Enhanced Thoracic Surgical Journey. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology, 12*(1), 39–51.

<http://dx.doi.org/10.6004/jadpro.2021.12.1.4>

VESTLUSPUNKTIDE KAARDISTAMINE SURMA JA SUREMISE KÄSITLEMISEKS TÄISKASVANUTEGA VAIMSE TERVISE ÕENDUSES

Jane Kaju, RN, APN, MSc

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

jane.kaju@ttk.ee

Kadri Kõöp, RN, MSc

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

Kurt Cassar, RN, MSc

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

Märksõnad: vaimne tervis, surmaalane kirjaoskus, veebikursus, ennetamine, täiskasvanu

Abstract: **MAPPING ADULT CONVERSATION THEMES ON DEATH AND DYING IN MENTAL HEALTH NURSING**

The low level of death literacy among Estonians is illustrated by the limited availability of palliative care and end-of-life services, a lack of knowledge about death-related topics, and the overall societal perception of the subject. Moreover, the loss of a loved one can trigger the onset of mental health issues (Keyes et al., 2014), and the later the end-of-life conversations are held, the greater the risk of these issues arising (Yamaguchi et al., 2017). While online psycho-education is not only helpful in preparing people for encounters with death and is also popular in communities (Alvariza et al., 2020; Patterson et al., 2022; Rawlings et al., 2017), to the authors' knowledge, similar interventions are not used in Estonia.

Therefore, a development project was carried out from 2021 to 2023 with the goal of identifying evidence-based themes important to address during online courses to prevent mental health problems related to death and dying among adults.

To achieve this goal, a systematic literature review was conducted to identify the most common themes covered in death and dying-related online courses around the world. Five web-based psychoeducational interventions were identified, from which five themes emerged through inductive content analysis. These themes were then presented through a survey to 14 end-of-life experts in Estonia, who were selected by the authors using a purposive sampling method. The survey was conducted in October 2022, receiving eight responses. The results of the systematic literature review and the survey were analysed to

determine the themes of the online courses: "Attitudes and communication related to death", "The medical aspects of dying", "Planning", "The role of the caregiver", and "Life after the death of a loved one".

Previous studies and Estonian experts suggest that the topic needs to be addressed at different levels. From the perspective of preventing mental health problems, it is necessary to raise the awareness of Estonians to navigate death-related issues. This need for awareness raising is also seen from the viewpoint of healthcare workers, to guide patients to the necessary help. The development of psychoeducation continues in collaboration with the website "Räägime surmast" (Let's Talk About Death).

Keywords: *mental health, death literacy, online courses, prevention, adult*

SISSEJUHATUS JA TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

Eestis on suuremine liikunud kodudest tervishoiuasutustesse. 2020. aastal suri kodudes 30% ja aasta hiljem 28% lahkunutest. Hoolekandetasutustes suri 2020. aastal 63% ja 2021. aastal 66% lahkunutest. Seega on peresündmusest saanud teenus, kuid vanade surmakultuuri traditsioonide asemele ei ole seni uusi tekkinud. Selline olukord jätab lähedased sageli oma leinas üksi. (Kõivupuu, 2015; Surma põhjuste ..., 2022). Surmast ja suremisest kõnelemist lükatakse tihtipeale edasi, kuni see ei ole enam välditav, ja arvestamata jäetakse mõju, mida surm avaldab lähikondlastele (Creating a Death ..., 2022). Lähedase kaotus võib olla vaimse tervise probleemide käivitaja (Keyes jt, 2014) ja nende tekke risk on seda suurem, mida hilisemaks lükatakse elu lõpuga seotud vestlused (Yamaguchi jt, 2017). Elulõpuplaanide arutamine ei tohiks olla vaid eakate või haigete jaoks. Tervete täiskasvanutega neil teemadel varakult rääkimine võib toetada vestlusi hiljem, kui inimene jääb raskelt haigeks, ning sel juhul võib see anda elule rohkem väärtust ja tähendust. (von Blanckenburg jt, 2021).

Tänapäeval on internetist tervisealastele küsimustele vastuste otsimine tavapärane. Juhul kui informatsioon on vastuoluline, võib see tekitada ärevust ja hirmu, seega toetab inimesi nende suunamine usaldusväärse teabeni. (Alvariza jt, 2020; MacKenzie ja Lasota, 2020). Tervishoiusüsteemis rakendatav veebikursus pakub võimaluse lahendada süsteemis esinevaid takistusi. Selline lahendus on kättesaadavam (nt distantse või aja-faktori osas), lihtsustades sihtrühmaga kontakteerumist. Interneti vahendusel pakutud kaugteenused võimaldavad aidata suuremal hulgal inimesi vähemate vahenditega, mida saab vajadusel jooksvalt täiustada. (Alvariza jt, 2020; Recommendations on ..., 2019 : xi).

Surmaga seotud vaimse tervise probleemid kerkisid maailmas esile COVID-19 pandeemia ajal. Surma teemat käsitleti igapäevaselt meedias, matuse rituaalid ei olnud lubatud ja inimesed olid kogukonnast isoleeritud. Seetõttu oli kaotusega toimetulek raskendatud ja see tõi kaasa pikenenud leinahäire (*prolonged grief disorder*) diagnoosi laiemal aktsepteerimisel. (Goveas ja Shear, 2020). Kuigi lein on loomulik reaktsioon kaotusele, võib selle ootamatus muuta leinaja vaimselt ebakindlaks. Isegi kui inimesel ei ole varem esinenud vaimse tervise probleeme, võib lähedase surm mängida määravat rolli nende tekkimisel. (Keyes jt, 2014). Eesti vaimse tervise teenuste jätkusuutlikkuse tagamiseks on sotsiaalministeerium teinud ettepaneku, et eelkõige peaks iga inimene olema iseenda peamine vaimse tervise spetsialist (Vaimse tervise ..., 2020). Kuigi Eestis pakutakse mitmesuguseid elulõpukoolitusi, on need autoritele teadaolevalt enamasti suunatud tervishoiutöötajatele või neid viiakse läbi vaid suuremates asulates silmast silma kohtumiste teel. Psühhoedukatiivsed veebikursused ei ole pelgalt kasulikud inimeste ettevalmistamisel kokkupuuteks surmaga, vaid on populaarsed ka kogukondades (Alvariza jt, 2020; Patterson jt, 2022; Rawlings jt, 2017), kuid autoritele teadaolevalt Eestis sarnast abi ei osutata.

Lahendusi otsides viis artikli esimene autor kaasautorite juhendamisel Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli magistriõppes läbi arendusprojekti (Kaju, 2023) eesmärgiga kaardistada tõenduspõhised teemad, mida tuleks käsitleda veebikursuse käigus, et ennetada surma ja suremisega seotud vaimse tervise probleeme täiskasvanutel. Selleks:

- selgitati teaduskirjanduse süstemaatilise ülevaate põhjal välja enim levinud, surma ja suremist puudutavad teemad, mida käsitletakse täiskasvanutele suunatud veebikursustel;
- tutvustati teemasid elulõpuekspertidele Eestis ja küsiti nende tagasisidet;

- analüüsiti saadud tulemusi ja sõnastati teemad veebikursuse väljatöötamiseks.

Arendusprojekt tugines kahele kontseptsioonile. Esimene neist, surmaalane kirjaoskus (*death literacy*), kirjeldab teadmisi ja oskusi, mida on vaja elulõpuhoolduse võimalustele ligipääsu saamiseks, nende mõistmiseks ja vastavalt tegutsemiseks. Idee loojate sõnul omatakse kogukondades, kus surmaalase kirjaoskuse tase on kõrge, surma valdkonnast spetsiifilisi teadmisi ja osatakse neid ka praktikas kasutada. (Noonan jt, 2016).

Teine kontseptsioon, millest projekti koostamisel lähtuti, käsitleb lähedase rolli sureva pereliikme hooldamisel. Lähedase vajadused jaotuvad kolme kategooriasse: tegemine, olemine, teadmine (*to do, to be, to know*). Tegevustena on kirjeldatud nii üldisi hooldustegevusi, mida peaks lähedane oskama, kui ka ülesandeid, mida ta peab üle võtma pärast pereliikme surma. Olemise all mõistetakse vaimset ja spirituaalset kohalolu ehk kõike, mis jääb väljapoole verbaalset tuge. Teadmiste osas kirjeldatakse informatsiooni, mida lähedane saab teistelt isikutelt. (Andershed ja Ternstedt, 1999). Samal ajal tuleb jälgida, et kõik teadmised ja oskused oleksid kogukonnale omased ja tugineksid olemasolevatele teadmistele (Breen jt, 2022). Sel põhjusel tuli arendusprojekti küsitluse käigus välja selgitada ka Eesti ekspertide seisukohad.

1. ARENDUSPROJEKTI DISAIN JA METOODIKA

1.1. Arendusprojekti juhtimine

Arendusprojekti läbiviimise esimene osa hõlmas teoreetilise tausta koondamist (kirjanduse süstemaatiline ülevaade) ja eestlaste infovajaduse väljaselgitamist (ekspertide küsitlus). Meeskonda kuulusid artikli autorid, kes kohtusid videokõne teel vastavalt vajadusele. Projektil puudusid finantskulud ja seega eelarvet ei planeeritud.

Projekti tulemuslikkus ja tulemuste kvaliteet tagati *PDSA (Plan-Do-Study-Act)* tsüklit kasutades. See levinud dünaamiline mudel annab võimaluse leida vigu ja parandada sekkumisi kogu projekti käigus. Tsükkel algab muudatuse planeerimisest, mille järgneb muudatuse praktiline elluviimine. Pärast muudatuse läbiviimist uuritakse selle mõju ja tulemused rakendatakse praktikasse vastavalt vajadusele. (Taylor jt, 2014).

1.2. Kirjanduse süstemaatilise ülevaate koostamine

Kirjanduse süstemaatiline ülevaade ehk struktureeritud terviklik süntees olemasolevatest uuringutest aitab määratleda parimad tõenduspõhised uurimistulemused uuritava nähtuse või sekkumise kohta. Süstemaatilise ülevaate eelis on mitmest uuringust moodustatud andmebaasi kallutuse madal risk võrreldes üksikute uuringutega. Projekti käigus tehtud ülevaade on süntees kvantitatiivsetest ja kvalitatiivsetest uuringutest, sh randomiseeritud kontrollitud uuringutest. (Bettany-Saltikov, 2012; Grove jt, 2015: 513). Et tuua andmete põhjal esile surma ja suremisega seotud domineerivad teemad, kasutati analüüsimisel induktiivset lähendamist: „Protsessi eesmärk on luua väike arv kokkuvõtlikke kategooriaid (nt kolm kuni kaheksa kategooriat), mis hindaja arvates kajastavad lähte-

andmetes tuvastatud teemade põhiaspekte ja mida peetakse töö eesmärke arvestades kõige olulisemateks.“ (Thomas, 2006). Pärast teemade ja ala-teemade väljakujunemist määras esimene autor neile sobilikud pealkirjad.

Kõige tõenäolisemaks takistuseks kirjanduse ülevaate koostamisel oli piisavate uuringute puudumine õenduses (Grove jt, 2015: 418). Eeskätt puudutab see surmaalast kirjaoskust, sest tegu on suhteliselt uue mõistega. Otsingu kriteeriumitena pidid artiklid olema avaldatud eelretsenseeritud ajakirjades ajavahemikus jaanuar 2012 kuni juuni 2022 ja ingliskeelse täistekstina kättesaadavad. Eelretsenseeritud artiklid on usaldusväärsed, sest need on läbi lugenud ja heaks kiitnud teised selle valdkonna teadlased (Grove jt, 2015: 167). Arvesse võeti vaid need artiklid, kus keskendutakse veebi- või mobiilipõhise rakenduse abil täiskasvanute (18–65 aastased) ettevalmistamisele enda või lähedaste surmaks või leinaks.

Esimene kirjanduse otsing viidi läbi juunis 2022, kasutades *PubMed*'i ja *EBSCOhost*'i andmebaase (*Academic Search Complete*, *CINAHL Complete*, *Health Source: Nursing/Academic Edition*). Kokku saadi 48 vastet *PubMed*'ist ja 36 vastet *EBSCOhost*'ist. Pärast mainitud kriteeriumite rakendamist ja duplikaatide väljavõtmist jäi alles kuus vastet *PubMed*'ist. (Kaju, 2023). Autorid eemaldasid ühe tulemuse, kuna veebikursuse koostajad ei olnud täpsustanud, milliseid peatükke viidatud õpikust kasutati, ja seega ei saanud tuvastada, milliseid teemasid oli kursuse käigus käsitletud. 2022. aasta juulis viidi läbi korduv otsing uute uuringute leidmiseks, kuid uusi vasteid ei leitud. Mõlemal otsingul kasutati järgmisi otsingusõnade kombinatsioone: (1) *end-of-life or dying or last aid or grief or bereavement AND* (2) *preparation or public education AND* (3) *digital or online or web or internet*. Andmete väljavõtuleht *ülevaatesse kaasatud artiklitest* on lisatud arendusprojektile (Kaju, 2023: lisa 3).

1.3. Eesti ekspertide veebiküsitlus

Arendusprojekti (Kaju, 2023) teine osa hõlmas kirjalikku veebiküsitlust, mis koosnes suletud ja avatud küsimustest. Kõik viis teemat, mis selgusid kirjanduse süstemaatilise ülevaate põhjal, esitati ekspertrühmale, kellel paluti hinnata Likerti tüüpi skaalal, kui sageli nad näevad, et küsitluses välja toodud teemad nende töös esinevad (viiepunktskaalal 5 – vastaja puutub teemaga oma töös tihti kokku; 1 – vastaja ei puutu teemaga oma töös üldse kokku). Likerti tüüpi skaalat kasutatakse tavaliselt selleks, et uurida arvamusi mingi teema kohta (Grove jt, 2015), lisaks andis see projekti autorile võimaluse võrrelda küsitluse tulemusi kirjanduse ülevaate leidudega. Iga teema all küsiti ka avatud küsimus alateemade kohta, mida vastajate silmis tuleks käsitleda. Avatud küsimused minimeerisid ekspertide-vastajate suunamist, andes neile suurema vabaduse alateemade pakkumisel.

Küsitlus viidi läbi eesti keeles, kuid selgitamiseks lisati ka ingliskeelseid mõisteid, mida ei saa sõna-sõnalt eesti keelde tõlkida. Samuti võib mõnel sõnal eri keeltes olla erinev kuvand, näiteks on *death* inglise keeles üldkasutusel, kuid eesti keeles sõna „surm“ igapäevastes vestlustes enamasti välditakse. Veebipõhiseks küsitluseks kasutati *Google Forms*'i selle lihtsuse tõttu, sest see võimaldas küsimuste eri formaate ja oli osalejatele hõlpsasti kättesaadav.

Selleks et mõista, kuidas tõenduspõhised teemad eestlastele sobivad, valiti sihipärase valimi teel välja 14 osalejat. Eesmärgistatud valim aitab saada mitmekesise valimi, kus on esindatud eri ametid, taustad ja kogemused (Kyota ja Kanda, 2019). Väljavalitud Eesti eksperdid, kes esindavad eri valdkondade elukutseid, puutuvad oma töös kokku inimestega nende elu lõpus või pärast lähedase surma. Palliatiivse hoolduse õed, arstid, psühholoogid,

sotsiaaltöötajad, hingehoidjad ja nõustajad valiti välja mitmest tervishoiuasutusest. Kuna veebikursus on suunatud täiskasvanutele üldiselt, mitte ainult patsientidele ja lähedastele, tuli kaasata ka eksperte, kes tunnevad Eesti olukorda, näiteks surmakultuuri ja gerontoloogiaga seotud akadeemikud. Osalemine oli vabatahtlik ja anonüümne, taustaandmetena paluti osalejatel välja tuua vaid oma amet, mis oli vajalik andmete hilisemaks analüüsimiseks. Tulemused esitati üldistatud kujul, mis ei võimalda osalejate tuvastamist, tagades nende anonüümsuse. Osalenud ekspertide täpsed elukutsed leiab tulemuste alt.

1.4. Uurimis- ja arendustöö eetilised lähtekohad

2022. aasta augustis esitati kirjalik pöördumine Tervise Arengu Instituudi inimuuringute eetikakomiteele (TAIEK), et täpsustada, kas arendusprojekti esimene etapp vajab eetikakomitee kooskõlastust. TAIEKi esindaja vastas kirjalikult, et projekti esimese etapi jaoks ei ole vaja kooskõlastust, kuid andis e-kirja teel soovitusi projekti järgmise etapi jaoks.

Ekspertide küsitlus oli anonüümne ja isikuandmeid ei kogutud. Vastused on esitatud üldistatud kujul. Kõik kaasatud eksperdid olid nõus uuringus osalema ja lubasid oma vastuseid arendusprojekti kasutada. Küsitluse vastused säilitatakse esimese autori arvutis kuni projekti lõpuni ja esimene autor on ainus isik, kellel on juurdepääs sellele arvutile. Pärast projekti lõppu kustutatakse andmebaas lõplikult.

2. TULEMUSED

2.1. Kirjanduse süstemaatilise ülevaate tulemused

Kirjanduse süstemaatilise ülevaate käigus tuvastati viis veebikursust, mille käigus käsitleti surma teemat täiskasvanutel. Enamik uuringuid oli mõeldud laiemale avalikkusele (Bollig ja Bauer, 2021; Macaden jt, 2022; Patterson jt, 2022; Tieman jt, 2018). Alvariza jt (2020) veebileht oli suunatud lähedastele, kes olid hooldaja rollis. Sarnastest sihtgruppideest hoolimata olid kõik kursused üles ehitatud erinevalt ning keskendusid surma ja suremise eri aspektidele. Bollig ja Bauer (2021), Tieman jt (2018), Macaden jt (2022) ning Patterson jt (2022) on kasutanud veebikursuse käigus käsitletavate teemade valimiseks ekspertrühmi. Alvariza jt (2020) mainivad samuti kliinilist kogemust, kuid tööühma täpset koosseisu välja ei tooda.

Alateemade grupeerimisel selgusid viis enim käsitletud teemat (vt tabel 1). „Suremise meditsiiniline pool“ oli esindatud kõigil veebikursustel (Tieman jt, 2018; Alvariza jt, 2020; Bollig ja Bauer, 2021; Macaden jt, 2022; Patterson jt, 2022) ja teema käsitlemisel keskenduti peamiselt sümptomite juhtimisele. Neljal kursusel käsitleti järgnevat kahte teemat: „Planeerimine“ (Tieman jt, 2018; Alvariza jt, 2020; Bollig ja Bauer, 2021; Macaden jt, 2022) ning „Surmaga seotud suhtumine ja suhtlemine“ (Tieman jt, 2018; Alvariza jt, 2020; Bollig ja Bauer, 2021; Macaden jt, 2022). „Hooldaja roll“ on välja toodud Alvariza jt (2020) ning Patterson jt (2022) uuringus. Viimane enim käsitletud teema oli „Elu pärast lähedase surma“ (Alvariza jt, 2020). (Kaju, 2023:30).

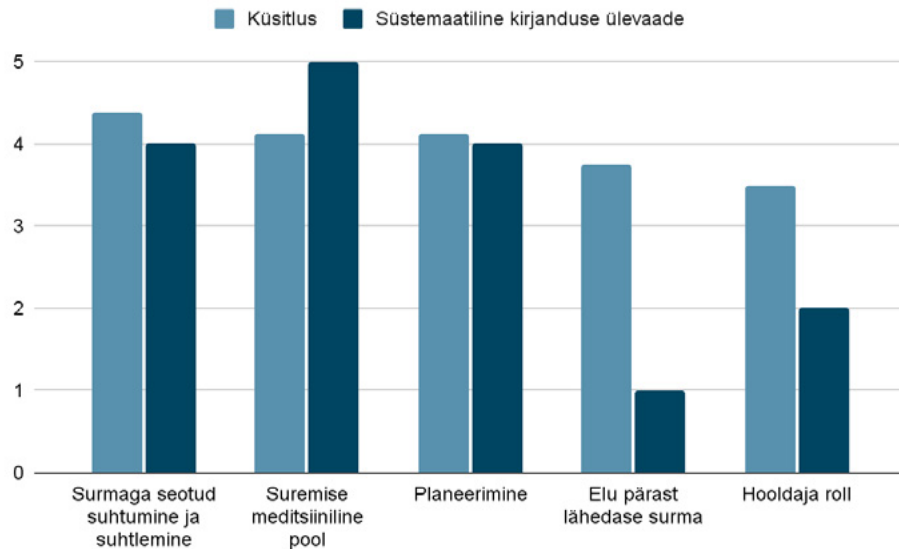
Tabel 1. Teemad ja alateemad kirjanduse süstemaatilise ülevaate tulemusel (Kaju, 2023: 31, tõlgitud).

Teemad	Alateemad veebikursuste läbilõikes				
	Alvariza jt, 2020	Bollig ja Bauer, 2021	Macaden jt, 2022	Patterson jt, 2022	Tieman jt, 2018
Suremise meditsiiniline pool	Sümptomid ja nende leevendamine	Kannatuste leevendamine	Hooldus elu lõpus, sümptomite juhtimine	Raske haigus ja nõrkus, sissejuhatus tervishoiusüsteemi	Parim viis suremiseks; refleksiooniülesanded „Olla surelik“, „Elu pikendamine“, „Surma pikendamine“
Planeerimine	Surmahetkeks valmistumine, kuidas veeta aega enne surma	Etteplaneerimine, viimane hüvasti-jätt	Edasise hoolduse planeerimine ja otsuste tegemine		Digitaalne elu ja surm
Surmaga seotud suhtumine ja suhtlemine	Paari omavahe-line suhtlus	Suremine kui elu loomulik osa	Surma ja leina kultuurilised aspektid		Suhtlemis- ja suhtumisharjutused; eufemismid; surma kujutamine kunstis, meedias; surmaga seotud suhtlemine
Hooldaja roll	Hooldajaks või lähedase hooldaja olemine			Hooldamise ja suremise tege-likkus, hooldaja eest hoolitsemine	
Elu pärast lähedase surma	Lähedase hoolda-ja tulevikuga seotud kaalut-lused (psüh-holoogilised, logistilised, rahalised ja laste hooldamisega seotud küsi-mused)				

2.2. Ekspertide küsitluse tulemused

Küsimustele vastamine oli avatud 19. oktoobrist kuni 31. oktoobrini 2022. Neljateistkümnele laialisaadetud küsitlusele saadi kaheksa vastust. Osalesid neli õde, arst, õppejõud, hingehoidja ning isik, kes identifitseeris end õe, sotsiaaltöötaja ja nõustajana (Kaju, 2023: 32).

Viiest teemast tõusis esile „Surmaga seotud suhtumine ja suhtlemine“ sagedusega 4,4 punkti viiest. „Suremise meditsiiniline pool“ ja „Planeerimine“ said võrdselt 4,1 punkti, „Elu pärast lähedase surma“ sai 3,8 punkti ja „Hooldaja roll“ 3,5 punkti. Tulemused on esitatud diagrammis võrdluses kirjanduse ülevaatega (vt joonis 1). (Kaju, 2023: 32).



Joonis 1. Teemade käsitlemise sagedus Eesti ekspertide küsitluse ja kirjanduse ülevaate põhjal skaalal 0 (kokkupuude puudub) kuni 5 (kajastub tihti) (Kaju, 2023: 32, tõlgitud).

2.3. Kirjanduse ülevaate ja küsitluse koondtulemused

Järgmisena koondati kirjanduse süstemaatilise ülevaate ja ekspertide küsitluse põhjal selgunud tulemused. Kompaktse ülevaate saamiseks koostas esimene autor tabeli, kus on alateemad jagatud kolmeks vastavalt Andershedi ja Ternestedti (1999) teorialle (vt tabel 2).

Tabel 2. Teemade ja alateemade kokkuvõte. Kategoriseeritud Andershedi ja Ternestedti (1999) teooria põhjal (Kaju, 2023: 34, tõlgitud).

Teema	Teadmine	Olemine	Tegemine
Surmaga seotud suhtumine ja suhtlemine	te ja muude ürituste kättesaadavus, teema kohta õppimiseks	Avatus vestlustele surmast ja suremisest, nende normaliseerimine	Ausad vestlused surma ja suremise teemadel, muutused valitsuse tasandil
Suremise meditsiiniline pool	Olemasolevad võimalused palliatiivseks või elulõpuhoolduseks, hooldamine kodus, dokumentatsioon	Kannatuste leevendamine, mugavuse võimaldamine	Sümptomite juhtimine, valu-ravi, sureva inimese hirmude arutamine
Planeerimine	Võimalused planeerida suremise aspekte (kiirabi kutsumata jätmise), surmahetk ja tegevused pärast surma	Ausus haiguse prognoosimisel, koostöö ekspertidega	Soovide üleskirjutamine, testament, lõpetamata „ettevõtmiste“ lõpetamine, digitaalne info
Hooldaja roll	Meditsiiniliste abivahendite kasutamine, sümptomite juhtimine (haavandite ennetamine, hügieen), tervishoiusüsteemi võimalik toetus, eetika	Olemasolek sureva inimese, hooldaja ja perekonna jaoks; empaatia	Hooldajate toetamine, sureva inimese elukvaliteedi säilitamine
Elu pärast lähedase surma	Võimalused leinaks ning õigusliku, sotsiaalse ja rahalise toetuse saamiseks; kuidas toetada leinavaid lapsi ja teisi	Kuulamine, teiste jaoks olemas olemine	Elukorraldus pärast lähedase surma (logistilised, rahalised ja laste eest hoolitsemisega seotud küsimused)

Tabel annab detailsema ülevaate kõigi viie teema kohta, mis avavad veebikursuse põhjalikuma sisuloome. Kõrvutades tulemusi surmaalase kirjaoskuse kontseptsiooniga (Noonan jt, 2016) on „teadmise“ veerg seotud surmateadmistega (*death knowledge*) ning „olemise“ ja „tegemise“ veerud suremisoskustega (*death skills*).

3. ARUTELU JA JÄRELDUSED

Sarnaselt kolme aasta taguse pandeemia ajaga on surmateemalised uudised taas fookuses, seekord seoses 2022. aastal alanud Ukraina sõjaga. Erinevalt varasematest sõdadest on selles sõjas suur roll sotsiaalmeedial, kus kajastatud pildimaterjal, sõjafotod ja -videod lisavad Eestisse jõudnud sõjapõgenike lugudele visuaalset tõestust. Seega võib väitele, et nüüd ei ole hea aeg rääkida surmast, vastata küsimusega: kui mitte praegu, siis millal?

Elulõpuhoolduse vähene kättesaadavus, tervishoiutöötajate ebapiisav teadlikkus ja surm kui tabuteema peegeldavad eestlaste madalat surmaalase kirjaoskuse taset. Täiskasvanute vaimse tervisega seotud ennetustöös keskendutakse eeskätt narkootiliste ainete kuritarvitamisele ja suitsiidile. Leina käsitletakse vaid haavatavates rühmades, nagu lapsed, eakad ja lähedaste hooldajad, aga seda ilma ennetustöötajate. Hetkel oleks vaimse tervise õdesid vaja kaks korda rohkem, kui neid praegu on. See aga tõestab veelgi vajadust teha ennetustööd, keskendudes patsiendi iseiseisvale õppimisele. (Vaimse tervise ..., 2020).

Projekti käigus analüüsitud veebikursustest ja ekspertide küsitlusest kerkisid esile sarnased ühiskonnas surma teema käsitlemist puudutavad probleemid. Surmast rääkimist ei pelga üksnes hea tervisega inimesed,

vaid ka tervishoiutöötajad, patsiendid ja lähedased. Ekspertid tõid välja erinevaid stereotüüpe ja eelarvamusi, näiteks „surmast rääkimine = enda vanaks või haigeks tunnistamine“, „surmast rääkimine tähendab, et surm tuleb kiiremini“ ja „surma nähakse kui meditsiinilist läbikukkumist“.

Andershedi ja Ternestedti (1999) teooriale ja surmaalase kirjaoskuse kontseptsioonile (Noonan jt, 2016) tuginedes tulemuste kategoriseerimine toetab veebipõhiseid kursusi, andes kindluse, et need on kasulikud ja piisavad ennetamiseks vaimse tervise probleeme pikemas perspektiivis. Veebikursuste osutajate ja ekspertide seisukohad teemade tähtsuse osas on sarnased. Kolm kõige olulisemat teemat on „Suremise meditsiiniline pool“, „Planeerimine“ ja „Surmaga seotud suhtumine ja suhtlemine“. Veebikursustel pannakse enam rõhku meditsiinilisele poolele, kuid Eesti ekspertide silmis tuleks rohkem keskenduda suhtumisele ja suhtlemisele. Kahte teemat – „Hooldaja rolli“ ja „Elu pärast lähedase surma“ – mainiti mõlemal juhul vähem: kirjanduse analüüsi põhjal oli hooldaja roll tähtsusest neljas, Eesti ekspertide arvamusel viies. Üldistades võib seega öelda, et lähedastele, ka nendele, kes on surija hooldaja rollis, pööratakse vähem tähelepanu.

Alateemade vaatlusel selgus, et nii veebikursuste koostajad kui ka Eestis küsitletud eksperdid pidasid meditsiini poole pealt esmatähtsaks sümptomite, täpsemalt valu juhtimist. Eraldi rõhutasid eksperdid realistlikke elulõpuootusi, mida tervishoiuekspertid patsientidega rasketel teemadel suheldes sageli väldivad või edasi lükkavad.

Surma normaliseerimine nii sündmuse kui ka vestlusteemana oli fookuses mõlemal juhul. Eesti eksperdid nägid vajadust tõsta ka ühiskonna teadlikkust ja luua selgust seadustes. Mitme veebikursuse puhul rõhutati

ka meedia rolli, näiteks on MacKenzie ja Lasota (2020) välja toonud, et meediaesitus hägustab surma realistlikku kuvandit. Ka Eesti eksperdid ning Tieman jt (2018) on esile tõstnud, et realistlikku elulõpuhooldust ja surmaprotsessi tuleb näidata ning õpetada.

Kirjanduse põhjal pööratakse tähelepanu pigem surmaprotsessi planeerimisele, kuid eksperdid käsitlesid oma vastustes ka surmale järgnevat, nii materiaalselt kui ka mittemateriaalselt poolt. Tieman jt (2018) on lisanud ka „digitaalse elu“ suremise aspekti, pidades silmas meie digitaalse info kestmist pärast surma, ja seega jääb see alateema väga mitmekülgseks.

Hooldaja rolli alateemad kattuvad osaliselt surma meditsiinilise poole alateemadega, sest tihti on hooldajal osaline ülesanne leevendada ja ennetada sümptomeid. Patterson jt (2022) on oma kursusel pööranud tähelepanu hoopis hooldaja enda eest hoolitsemisele. Seda, kuidas lähedane jätkab oma eluga pärast pereliikme surma, nägid Eesti eksperdid peamiselt leina vaatepunktist, lisades, et tähtis on toetada leinajat. Aga kuna vaimse tervise probleemide riskitegurid võivad olla seotud kaotuse tagajärgedega (Goveas ja Shear, 2020: 1120–1121), siis on tähtis arutada eelnevalt läbi psühholoogilised, finantsilised ja logistilised probleemid, mis võivad tekkida pärast lähedase surma (Alvariza jt, 2020).

Projekti käigus püüdis esimene autor osaleda kirjanduse süstemaatilise ülevaate põhjal leitud veebikursustel. Juulis 2022 õnnestus osaleda *Last Aid*'il, mida pakkus Inglismaal asuv hospiits Zoomi kaudu. Kursus oli üles ehitatud nii, nagu Bollig ja Bauer (2021) on oma töös kirjeldanud: see oli kergesti arusaadav ja lühike, kestvusega kolm tundi. Kohtumine toimus peamiselt loengu vormis, mis ei andnud osalejatele palju võimalusi seostada oma kogemusi teemaga. *EASE ONLINE*'i korraldajad (Patterson jt, 2022) töid

välja, et grupidiskussioone peaks veebiformaadis asendama midagi interaktiivset. Kahjuks teised leitud veebikursused ei olnud saadaval või oli neile ligipääs piiratud.

Arendusprojekti (Kaju, 2023) esimene autor toob töö nõrkusena välja isikliku kogemuse puudumise kirjanduse süstemaatilise ülevaate koostamisel. Varasema kogemuse puudumine võib mõjutada lõpptulemust. Positiivsest küljest oli siiski piisavalt materjali, mis võimaldas kogutud infot analüüsida. Teise nõrkusena nimetas üks küsitlusele vastanud osaleja küsimustiku keerulisust. Selle põhjuseks võis olla vähene taustainfo andmine teemade kohta – see oli taotluslik, kuid võis jätta liiga palju tõlgendamisruumi. Sellegipoolest saadi küsimustikule piisavalt vastuseid. (Kaju, 2023).

Arendusprojekti ülesanded said täidetud ja projekt andis artikli autoritele hea aluse kontseptsiooniga jätkamiseks. Projekti käigus selgus vajadus tõsta tervishoiutöötajate surmaalast kirjaoskust Eestis. Seni on esimene autor teinud ühe ettekande koolituse „Vaimse tervise hindamine ja hoidmine tervishoiutöötajatele“ raames Kuressaare Haiglas ja tutvustanud surmaalase kirjaoskuse arendamise vajalikkust ajakirjas Eesti Õde (Kaju jt, 2023).

Praeguseks on arendusprojekt Eestis ühinenud surma teemat käsitleva platvormiga, veebilehega „Räägime surmast“ (surmast.ee), mille eesmärk on jagada teavet surma, elu lõpu ja leina kohta. Kogu sisu on juba kategoriseeritud, kasutades teemasid, mis on välja toodud arendusprojekti kirjelduses (Kaju, 2023). Veebilehe idee valiti NULA ühiskondlike algatuste inkubaatori kümne parima meeskonna hulka. Praegu arendatakse platvormi rahvusvaheliste mentorite abiga. Pärast lehe kasutajakogemuse parendamist on järgmine samm veebipõhise õppeplatvormi lisamine.

KOKKUVÕTE

Eestlaste surmaalase kirjaoskuse (*death literacy*) madala taseme põhjused on palliatiivravi ja elulõpuhoolduse vähene kättesaadavus, puudulikud teadmised surmast ja suremisest ning teema üldine kuvand ühiskonnas. Lähedase kaotus võib tekitada vaimse tervise probleeme (Keyes jt, 2014), ja mida hiljem peetakse elu lõpuga seonduvaid vestlusi, seda suurem on vaimsete häirete tekke risk (Yamaguchi jt, 2017). Psühhoedukatiivsed veebikursused aitavad inimesi ette valmistada kokkupuuteks surmaga ja on populaarsed ka kogukondades (Alvariza jt, 2020; Patterson jt, 2022; Rawlings jt, 2017), kuid autoritele teadaolevalt Eestis sellist abi ei osutata.

Seetõttu viidi Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis aastatel 2021–2023 läbi arendusprojekt eesmärgiga välja selgitada tõenduspõhised teemad, mida tuleks veebikursuste käigus käsitleda, et ennetada surma ja suremisega seotud vaimse tervise probleeme täiskasvanutel.

Eesmärgi täitmiseks koostati kirjanduse süstemaatiline ülevaade, et leida kõige levinumad teemad, mida käsitletakse surma ja suremisega seotud veebikursustel mujal maailmas. Tuvastati viis veebikursust ning induktiivse sisuanalüüsi meetodil joonistusid neist välja viis teemat. Need teemad esitati küsitluse teel 14-le Eesti elulõpuekspertidele, kelle autorid valisid välja sihipärase valimina. 2022. aasta oktoobris läbi viidud küsitlusele saadi kaheksa vastust. Seejärel analüüsiti kirjanduse süstemaatilise ülevaate ja küsitluse tulemusi ning määrati veebipõhise kursuse teemad: „Surmaga seotud suhtumine ja suhtlemine“, „Suremise meditsiiniline pool“, „Planeerimine“, „Hooldaja roll“ ja „Elu pärast lähedase surma“.

Varasemate uuringute põhjal ja Eesti ekspertide sõnul vajab teema eri tasanditel käsitlemist. Vaimse tervise probleemide ennetamiseks tuleb tõsta eestlaste teadlikkust, et inimesed oskaks navigeerida surmaga seotud teemades. Teadlikkuse tõstmise vajadust näevad ka tervishoiutöötajad, et tõhusamalt suunata patsiente vajaliku abini. Veebikursuse arendamine jätkub koostöös veebilehega „Räägime surmast“.

KASUTATUD KIRJANDUS

Alvariza, A., Häger-Tibell, L., Holm, M., Steineck, G., & Kreicbergs, U. (2020). Increasing preparedness for caregiving and death in family caregivers of patients with severe illness who are cared for at home - study protocol for a web-based intervention. *BMC palliative care*, 19(1), 33.

<https://doi.org/10.1186/s12904-020-0530-6>

Andershed, B., & Ternstedt, B. M. (1999). Involvement of Relatives in Care of the Dying in Different Care Cultures: Development of a Theoretical Understanding. *Nursing Science Quarterly*, 12(1), 45–51.

<https://doi.org/10.1177/08943189922106404>

Bettany-Saltikov, J. (2012). *How to do a Systematic Literature Review in Nursing. A step-by-step guide*. Open University Press.

von Blanckenburg, P., Leppin, N., Nagelschmidt, K., Seifart, C., & Rief, W. (2021). Matters of Life and Death: An Experimental Study Investigating Psychological Interventions to Encourage the Readiness for End-of-Life Conversations. *Psychotherapy and psychosomatics*, 90(4), 243–254.

<https://doi.org/10.1159/000511199>

Bollig, G., & Bauer, E. H. (2021). Last Aid Courses as measure for public palliative care education for adults and children – a narrative review. *Annals of Palliative Medicine*, 10(7), 8242253–8248253. <https://doi.org/10.21037/APM-21-762>

Breen, L. J., Kawashima, D., Joy, K., Cadell, S., Roth, D., Chow, A., & Macdonald, M. E. (2022). Grief literacy: A call to action for compassionate communities. *Death studies*, 46(2), 425–433. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1739780>

Creating a Death Literate Society: The importance of boosting understanding and awareness of death, dying and bereavement in Northern Ireland (2022). Marie Curie's Northern Ireland Policy and Public Affairs Team. <https://www.mariecurie.org.uk/globalassets/media/documents/policy/policy-publications/2022/creating-a-death-literate-society.pdf>

Grove, S., Gray, J., & Nancy, B. (2015). *Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice* (6. vlj). Elseiver, Inc.

Goveas, J. S., & Shear, M. K. (2020). Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1119–1125. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.02>

Kaju, J. (2023). *Development of Digital Intervention to Prevent Death-Related Mental Health Problems Among Adults: Identification of Evidence-Based Themes* [Arendusprojekt, Tallinna Teravishoiu Kõrgkool] ESTER. https://www.ester.ee/record=b5542176*est

Kaju, J., Kööp, K., & Cassar, K. (2023). Räägime surmast. *Eesti Õde*, 2, 34–34. <https://www.ena.ee/eesti-ode/> (22.08.2023)

Keyes, K. M., Pratt, C., Galea, S., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., & Shear, M. K. (2014). The burden of loss: unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *The American journal of psychiatry*, 171(8), 864–871. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13081132>

Kõivupuu, M. (2015). *Eestlase eluring*. Varrak.

Kyota, A., & Kanda, K. (2019). How to come to terms with facing death: a qualitative study examining the experiences of patients with terminal Cancer. *BMC Palliative Care*, 18, 33. <https://doi.org/10.1186/S12904-019-0417-6>

Macaden, L., Broadfoot, K., Carolan, C., Muirhead, K., Neylon, S., & Keen, J. (2022). Last Aid Training Online: Participants' and Facilitators' Perceptions from a Mixed-Methods Study in Rural Scotland. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(5), 918. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050918>

MacKenzie, A. R., & Lasota, M. (2020). Bringing Life to Death: The Need for Honest, Compassionate, and Effective End-of-Life Conversations. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 40, 476–484. https://doi.org/10.1200/edbk_279767

Noonan, K., Horsfall, D., Leonard, R., & Rosenberg, J. (2016). Developing death literacy. *Progress in Palliative Care*, 24(1), 31–35. <https://doi.org/10.1080/09699260.2015.1103498>

Patterson, R. M., Gibb, C., & Hazelwood, M. A. (2022). End of Life Aid Skills for Everyone in Scotland. *Palliative Care and Social Practice*, 16, 26323524221076511. <https://doi.org/10.1177/26323524221076511>

Rawlings, D., Miller-Lewis, L., Collien, D., Tieman, J., Parker, D., & Sanderson, C. (2017). Lessons Learned from the Dying2Learn MOOC: Pedagogy, Platforms and Partnerships. *Education Sciences*, 7(3), 67. <https://doi.org/10.3390/educsci7030067>

Recommendations on digital interventions for health system strengthening (2019). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505>

Surma põhjuste register (2022). Tervise Arengu instituut. Autori kirjalik päring.

Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. (2014). Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 23, 290–298. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862>

Thomas, D. (2006). A General Inductive Approach for Qualitative Data Analysis. *The American Journal of Evaluation*, 27(2).

<https://doi.org/10.1177/1098214005283748>

Tieman, J., Miller-Lewis, L., Rawlings, D., Parker, D., & Sanderson, C. (2018). The contribution of a MOOC to community discussions around death and dying. *BMC Palliative Care*, 17, 31.

<https://doi.org/10.1186/S12904-018-0287-3>

Vaimse tervise roheline raamat. (2020). Sotsiaalministeerium.

<https://sm.ee/media/2132/download>

Yamaguchi, T., Maeda, I., Hatano, Y., Mori, M., Shima, Y., Tsuneto, S., Kizawa, Y., Morita, T., Yamaguchi, T., Aoyama, M., & Miyashita, M. (2017). Effects of End-of-Life Discussions on the Mental Health of Bereaved Family Members and Quality of Patient Death and Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(1), 17–26, e1.

<https://doi.org/10.1016/J.JPAINSYMMAN.2017.03.008>

VALVE ÜLEANDMISE STANDARDI ARENDS INTENSIIVRAVIÕENDUSES

Reelika Kaljurand, RN, APN, MSc

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla

Reelika.Kaljurand@regionaalhaigla.ee

Katre Zirel, RN, MA

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla

Märksõnad: patsiendihutus, valve üleandmise standard,
õendusabi kvaliteet

Abstract:
**DEVELOPMENT OF A STANDARD FOR HANDOVERS
IN INTENSIVE CARE NURSING**

Promoting patient safety is an important strategy for quality healthcare. Communication breakdowns are a major cause of preventable incidents and a number of specific standards have been established to prevent them. International studies highlight the lack of a systematic structure for nursing handovers, and patients in intensive care units (ICUs) are particularly at risk. Studies conducted by the European Commission and the Joint Commission International (JCI) confirm that the predominant risk factors during the transfer of care include the transmission of information in up to 65% of cases and environmental factors in 90% of cases. Inadequately communicated information can compromise the health and well-being of patients and affect the quality of nursing care.

The ICU of the North Estonia Medical Centre lacked a uniform standard for handovers, prompting the initiation of development project which was carried out between 2020 and 2021 to develop a standardised handover procedures in intensive care. The project management was based on the Burke and Litwin model of change, which described the process activities.

As a data collection method, an observational survey was conducted from 09.07.-23.07.2020 to map the current situation in the ICUs I-III of the North Estonia Medical Centre. Data analysis revealed that in 97% of the cases, no information about the patient's need for isolation or the presence of allergies was passed on, and there was a complete lack of proper patient identification. Only 17% of nurses provided information concerning the patient's family. Thus,

the development of effective and accurate communication among ICU nurses is essential to create the preconditions for quality nursing care.

The JCI has established quality standards for patient safety, serving as a basis for the development of various nursing handover standards worldwide. The most widely used standard is the SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendations), which was used as the basis for the development of the STOP (in Estonian Situatsioon, Taustinformatsioon, Olukorra hindamine ja Päevaplaan) standard in Estonian at the North Estonia Medical Centre and piloted between 19.09.2020 and 20.09.2020. The systematic structure of the standard and its informative pre-fillable checkboxes help to reduce the probability of errors occurring during handover.

Keywords: *patient safety, nursing handover, checklist, quality of nursing care*

SISSEJUHATUS JA TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

Tervishoiusüsteem toimib üha keerulisemas haiglakeskkonnas. Uued ravi-meetodid, tehnoloogiad ja kiire töötempo soodustavad vigade tekkimise tõenäosust ning on patsiendiohutusele kasvav väljakutse (Patient safety ..., 2018). Patsiendiohutus on tervishoiutöötaja tegevusest või tegevuse-tusest patsiendile põhjustatud tahtmatu tervisekahjustuse ennetamine. Selle eeldusena tuleb luua süsteemid, millega minimeeritakse vigade tekkimise ja maksimeeritakse võimalike vigade avastamise tõenäosust (Eesti õenduse ..., 2020). Suur osa patsiendiohutusjuhtumitest on väldi-tavad, kuid selleks on vaja arendada kvaliteeti toetavaid tegevussüsteeme (Bressan jt, 2020; Rahvastiku tervise ..., 2021).

Patsienti puudutava teabe edastamine on tervishoiutöötajate igapäevane ja oluline suhtlemisprotsess (Ghosh jt, 2021; Pun, 2023; Tacchini-Jacquier jt, 2020; Tamim, 2022), seda eeskätt kõrge riskiga olukordades, nagu valve üleandmine (Bressan jt, 2020; Burgess jt, 2020; Graan jt, 2016; Methangkool jt, 2019) intensiivraviosakonnas, kus patsiendid on eriti haavatavad (Abou Hashish jt, 2023; Abo Seada jt, 2022; Methangkool jt, 2019; Sun jt, 2018) ja õigeaegselt tehtud kliinilised otsused kriitilise väärtusega (Duhan jt, 2016). Euroopa Komisjoni (*European Commission*) ja JCI (*Joint Commission International*) läbi viidud uuringud kinnitavad, et peamised riski-tegurid valve üleandmisel on kuni 65%-l juhtudest teabe edastus (Hada jt, 2018; Müller jt, 2018) ja 90%-l juhtudest keskkonnategurid (Duhan jt, 2016). Duhan (2016) toob uuringus välja, et kui teabe edastamisel kasutatakse standardset meetodit, suureneb edastatava teabe maht 72,9%-lt 93,4%-le. Samuti teatas 80% noortest töötajatest, et ühtne standard aitab neil valve üleandmise ajal püsida organiseerituna (Duhan jt, 2016).

Valve üleandmine on protsess, mille käigus patsiendi kliinilised andmed edastatakse teisele isikule või kutserühmale (Abou Hashish jt, 2023; Cakir ja Cakir, 2023; Tacchini-Jacquier jt, 2020). Edastatav teave hõlmab patsiendi meditsiinilisi andmeid, ülevaadet füüsilistest, psühhosotsiaalsetest ja vaim-setest aspektidest (Alberta jt, 2018), samuti patsiendi hoolduse üksikasju, sh vajadus teiste tervishoiuteenuste järele ja monitooringud (Piper jt, 2018). Kogu teave peab olema edastatud täpselt, struktureeritult ja arusaadaval viisil (Cakir ja Cakir, 2023; Pun, 2023).

Kirjanduses eristatakse järgmisi valve üleandmise võimalusi: suhtlus patsiendi voodi juures (ingl *bedside handover*), verbaalne (ingl *verbal communication*), mitteverbaalne (ingl *non-verbal communication*) ja salvestatud (ingl *recorded communication*) suhtlus. Valve üleandmine voodikoha juures soodustab silmast silma suhtlust patsientide ja õdede vahel ning julgustab patsiente, asetades nad valve üleandmise keskmesse. Verbaalne suhtlus toimub tavaliselt õdede postis, kus õde kirjeldab valve jooksul kogutud asjakohast dokumenteeritud teavet. Mitteverbaalse suhtluse korral tutvuvad õed patsiendi dokumentatsiooniga iseseisvalt ja kuulavad endale sobilikul ajal teabe salvestust, mille on edastanud valve üle andnud õde (Tacchini-Jacquier jt, 2020).

Kirjanduse andmetel on elektrooniline valve üleandmine (ingl *electronic handover*) tõhusam võrreldes paber kandjal üleandmisega. Elektrooniline standard tagab ravi järjepidevuse, sisaldab täpset teavet struktureeritud üleandmise jaoks, tõstab kliinilise teabe kvaliteeti, lühendab üleandmise aega ning kokkuvõttes parandab ka suhtlust ja õdede rahulolu (Sun jt, 2018; Tataei jt, 2023).

Valve üleandmisel võivad suhtluse ja teabe kvaliteeti mõjutada liigne töökoormus, ajapiirangud ja väsimus (Cakir ja Cakir, 2023), aga ka muud segavad faktorid, nagu telefonihelin, patsientide lähedaste juuresolek, paralleelselt aset leidvad vestlused, kolleegide katkestused, kärude liikumisel tekkiv või koristusmasinate müra jne, mis võivad pikendada valve üleandmise aega, põhjustada olulise teabe ebaefektiivset edastamist ja viia patsiendihutusjuhtumiteni (Alberta jt, 2018; Methangkool jt, 2019). Multi-kultuurises haiglateskkonnas, kus töötajad suhtlevad nii emakeeles kui ka riigikeeles, võib valve üleandmine kaasa tuua keelelisi ja terminoloogilisi barjääre ning see omakorda võib viia olulise teabe kaheti mõistmiseni, üleandmise protsess võib olla aeganõudev, raskesti jälgitav ja põhjustada vigu (Bressan jt, 2020; Pun, 2023). Oluliseks valve üleandmise teguriks peetakse ristkontrolli põhimõtet (ingl *cross-checking*), mis võimaldab valvet vastuvõtval õel aktiivselt võrrelda ja tagasi peegeldada edastatavat teavet (Drach-Zahavy jt, 2015).

Valve üleandmise kvaliteeti võib mõjutada ka õdede kogemus ja koolitustase (Methangkool jt, 2019). Autoritele teadaolevalt ei kasutata Eestis õe põhiõppes ega magistriõppes valve üleandmise standardeid. Kuna õed ei läbi sellekohast regulaarset ja praktilist koolitust, toimub esmane õppimine enamasti jäljendamise teel, st õpitakse kogenumatelt õdedelt. Küll aga on Tartu Ülikooli patsiendihutuse teadus- ja arendustegevuse strateegias 2022–2026 toodud ühe eesmärgina välja patsiendihutuse haridus- ja koolitusprogrammi arendamine (Patsiendihutuse teadus-..., 2022), mis annab aluse tegeleda antud teemaga süsteemsemalt.

JCI on loonud aastast 2007 kvaliteedinõudeid, mille põhjal töötatakse ülemaailmselt välja valve üleandmise standardeid. Nende kohaselt hõlmab tõhus suhtlus valve üleandmisel õigeaegset, täpset, täielikku, üheselt mõistetavat ja arusaadavat teabe edastamist vastuvõtjale, vähendades

vigu ja ennetades patsiendihutusjuhtumeid. Valve üleandmine võib olla elektrooniline, verbaalne või kirjalik (Joint Commission International, 2023). Selleks kasutatakse maailmas erinevaid valve üleandmise standardeid, nagu '**I PASS THE BATON**' (ingl *Introduction, Patient, Assessment, Situation, Safety, Background, Action, Timing, Ownership, Next*), '**SHARQ**' (ingl *Situation, History, Assessment, Recommendations, Questions*), '**5Ps**' (ingl *Patients, Precaution, Plan, Problems, Purpose*) ja '**SBAR**' (ingl *Situation, Background, Assessment, Recommendation*) (Duhan jt, 2016).

Enam levinud on '**SBAR**' (Timmerman jt, 2021; Müller jt, 2018; Methangkool jt, 2019; Hada jt, 2018; Joint Commission International, 2023) ja selle variandid '**ISBAR**' (ingl *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*) (Abou Hashish jt, 2023; Burgess jt, 2020; Müller jt, 2018; Forde jt, 2018; Hada jt, 2018; Labriole jt, 2018), '**SBAR-R**' (ingl *Situation, Background, Assessment, Recommendation, Read back*), '**ISBARR**' (ingl *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation, Read back*) (Müller jt, 2018) ja '**iSoBAR**' (ingl *Identify, Situation, Observations, Background, Agreed plan, Read back*) (Müller jt, 2018; Redley jt, 2016).

SBAR-standard on laialdaselt kasutusel erinevates tervishoiuasutustes valve üleandmise ja suhtlusvahendina nii erialasiseselt kui ka -vaheliselt. See annab selge struktuuri asjakohase teabe kokkuvõtlikuks edastamiseks ning julgustab ka hierarhilises töökeskkonnas andma olukorrale ausaid hinnanguid ja soovitusi. Lisaks võimaldab standard teha ettevalmistusi enne valve üleandmist ja kui mõlemad osapooled lähtuvad ühtsest standardist, siis on suhtlemine efektiivsem (Müller jt, 2018). Väljatöötatud standard peaks olema piisavalt informatiivne, sisaldades patsiendi pikaajalise ravi eesmärke, ja samas konkreetne, et täita lühiajalisi eesmärke, ning andma teavet patsiendi individuaalsetest vajadustest (Albert, 2018).

Tõhusa patsiendikesksuse tagamiseks peaks valve üleandmine hõlmama ka teavet patsiendi perekonna kohta. Perekond on patsiendi jaoks põhiressurss ja ravimeeskonnale oluline koostööpartner. See on eriti tähtis intensiivravi tingimustes, kus patsient ei saa tihti kaasa rääkida ravi puudutavate otsuste tegemisel. Samuti on patsiendi pere vaimne pinge suur olukorras, kus pereliige on kriitiliselt haige (Nygaard jt, 2020).

Erinevad uuringud kinnitavad, et ühtse standardi kasutamine valve üleandmisel vähendab üleandmise käigus tekkida võivaid suhtlusprobleeme, parandades patsiendiohutust ja ravikvaliteeti (Cakir ja Cakir, 2023; Methangkool jt, 2019; Tacchini-Jacquier jt, 2020; Timmerman jt, 2021; jne).

Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) on kirjeldanud 2021.–2030. aasta ülemaailmses patsiendiohutuse tegevuskavas valve üleandmise standardi eesmärgi, mille täitmine eeldab erinevate sidusrühmade pidevaid ja ühiseid jõupingutusi ning proaktiivset juhtimist haigla juhtkonnalt (Global patient ..., 2021). Arvestades valve üleandmisel tekkivate vigade levimust ja potentsiaalset kahju patsientidele, on oluline parendada valve üleandmise kvaliteeti (Müller jt, 2018; Pun, 2023).

Töö autoritele teadaolevalt ei ole Eestis valve üleandmise standardit riiklikult kehtestatud ja see puudub ka kõrgkoolide õppekavas. Olukorras, kus haiglatel sellekohased standardid samuti puuduvad, kasutab iga õde oma meetodit, muutes protsessi ebaefektiivseks ja suurendades vigade tekkimise tõenäosust (Bressan jt, 2020; Burgess jt, 2020; Methangkool jt, 2019). Eesti tervishoiusektori innovatsiooni eestvedajana on Põhja-Eesti Regionaalhaigla eesmärgiks tagada järjepidev patsiendiohutust tõstvate uute süsteemide arendamine (Konsolideeritud majandusaasta ..., 2022).

Regionaalhaiglas puudus valve üleandmise standard intensiivraviõdedele ning seega oli olemas oht, et patsiendiohutust ei ole alati tagatud. See ajendas aastatel 2020–2021 terviseteaduse magistriõppes läbi viima arendusprojekti (Kaljurand, 2021), mille eesmärk on välja töötada standardiseeritud valve üleandmise süsteem intensiivraviõenduses. Eesmärk sai täidetud järgmiste tegevustega:

- kirjeldati valve üleandmist mõjutavaid tegureid ja valve üleandmise standardit;
- viidi läbi vaatlusuuring hetkeolukorra kaardistamiseks;
- koostati valve üleandmise arengustrateegia ja selle ühe osana standard STOP.

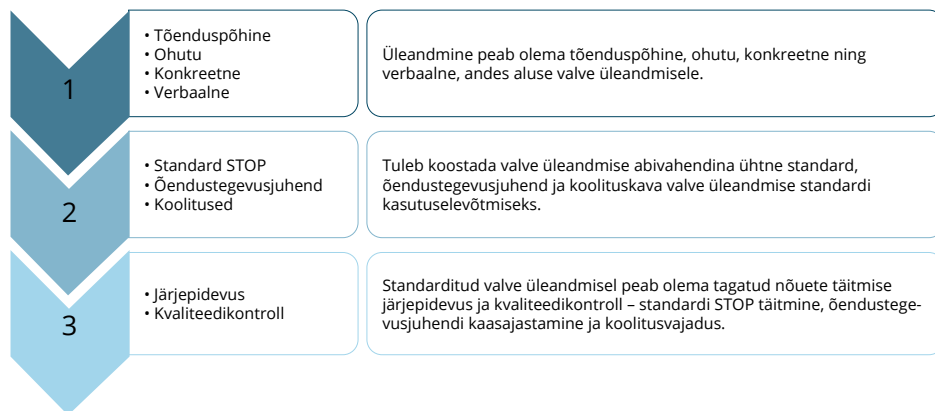
Käesoleva artikli eesmärk on tutvustada intensiivraviosakonna valve üleandmise struktureeritud vaatlusuuringu tulemusi ning jagada projekti käigus saadud empiirilist teavet ja projekti jätkutegevusi.

1. ARENDUSPROJEKTI DISAIN JA UURIMISMETOODIKA

Mõistmaks organisatsiooni eri komponente ja nende omavahelist muutuste dünaamikat, valis arendusprojekti autor Burke'i ja Litwini (1992) muutuste mudeli, mis näitab, milliseid organisatsioonilisi muutusi muuta ja miks. Mudelile tuginedes põhineb muutus funktsionaalsel põhjus-tagajärg-raamistikul ja pakub vahendeid muutuste diagnoosimiseks, kavandamiseks ja juhtimiseks (Kaljurand, 2021). Burke'i ja Litwini mudel vaatleb organisatsiooni 12 mõõdet, mis on jaotatud neljale tasandile ning on muutuste puhul võtmetähtsusega (Burke ja Litwin, 1992). Kuna mudel sisaldab vastastikuseid seoseid, mida on organisatsioonilises kontekstis raske mõõta mõne muutuja kattumise tõttu, tugines arendusprojekti autor muutuse kavandamisel neljale tasandile tervikuna.

Mudeli esimesel tasandil analüüsiti väliskeskonna mõju muutusele. Arendusprojektile andis sisendi vajalikeks muudatusteks 2019. aastal Põhja-Eesti Regionaalhaiglas (edaspidi Regionaalhaigla) viibinud JCI esindajate hinnang haigla akrediteerimisvalmiduse kohta. Tuginedes kvaliteedi parendamiseks saadud ettepanekutele, kirjanduse süstemaatilise ülevaatega kogutud tõenditele (Kaljurand, 2021: lisa 1) ja Regionaalhaigla eesmärgile tõsta patsiendiohutust, lisati valve üleandmise standardi arendusprojekt Regionaalhaigla tegevuskavasse. Selles etapis koostati valve üleandmise arengustrateegia Regionaalhaiglas (vt joonis 1).

Joonis 1. Valve üleandmise arengustrateegia Regionaalhaiglas (Kaljurand, 2021: 14, kohandatud).



Mudeli teisel tasandil loodi strateegia muudatuste juhtimiseks. Organisaatsioonilised muutused on sageli seotud töötajate psühholoogilise eba-kindlusega selle suhtes, kuidas muudatused mõjutavad nende tööolukorda ja rolli. Paremini suudetakse oma käitumist kohandada, kui selleks ollakse ette valmistatud (Nilsen jt, 2020). Oluline on võtta arvesse staažikate kolleegide hoiakuid ja käitumist. Kuidas organisatsioon

tervikuna muudatust tajub, sõltub juhtkonna teadlikkusest ja juhtimisoskusest (Burke ja Litwin, 1992). Seepärast tutvustati algselt valve üleandmise arendusprojekti plaani Regionaalhaigla anestezioloogiakliiniku ja intensiivravikeskuse õendusjuhtidele. Projekti läbiviimise protsessi kaasati jooksvalt erineva töökogemusega õdesid ja eritasandite õendusjuhte. Tegevustes lähtuti väliskeskonnast saadud sisendist ja toetuti Regionaalhaigla visioonile olla tunnustatud ja uuendusmeelne meditsiinikeskus. Riskide tuvastamiseks ja ajakavas võimalike viivituste vältimiseks koostati riskihindamise maatriks (Kaljurand, 2021: tabel 2) ning töötati välja tegevused riskide vähendamiseks (Kaljurand, 2021).

Mudeli kolmandal tasandil koostati uuringuleht (Kaljurand, 2021: lisa 2) sekkumiseelse vaatlusuuringu läbiviimiseks Regionaalhaigla intensiivravikeskuses. Eetikakomitee kooskõlastust ei taotletud, sest vaatlusega ei kogutud isikustatud ega tundlikke andmeid. Valve vahetuse aluseks võeti SBAR-standard, mis jaotub nelja struktureeritud rühma, moodustades eestikeelse standardi STOP – Situatsioon, Taustinformatsioon, Olukorra hindamine ja Päevaplaan. Lühend „STOP“ annab standardile sügavama tähenduse ja koondab valve üleandmist mõjutavad tegurid – võta aega, keskendu ja kuula (Kaljurand, 2021).

Pärast vaatlusuuringu analüüsi kohandas arendusprojekti juht valve üleandmise esialgse standardi STOP (Kaljurand, 2021: lisa 3) ja testis seda intensiivravikeskuses. Sellele järgnes tulemuste analüüs ja saadud ettepanekute kohandamine lõplikuks valve üleandmise standardiks STOP (Kaljurand, 2021: lisa 4).

Mudeli neljandal tasandil koostati õendustegevusjuhend standardi kasutamiseks (Kaljurand, 2021: lisa 5) ja planeeriti koolituskava töötavatele

õdedele (Kaljurand, 2021: lisa 6), sest muutused organisatsioonis nõuavad meeskonnas esitatavate nõudmistega ja uute oskuste arendamist (Burke ja Litwin, 1992). Samuti õnnestuvad muudatused paremini, kui meeskond mõistab muutuse olulisust ja selle kasutegurit patsientide jaoks (Nilsen jt, 2020).

2. TULEMUSED

2.1. Valve üleandmise sekkumiseelne vaatlusuuring

Arendusprojektiga (Kaljurand, 2021) planeeritud sekkumisele eelnenud valve üleandmise vaatlused viidi läbi ajavahemikus 09.07.–23.07.2020 Regionaalhaigla intensiivravikeskuse I, II ja III intensiivraviosakonnas. Käepäraseks valimiks olid õed ja abiõed (n=30) intensiivravi tööstaažiga 4 kuud kuni 32 aastat. Vaadeldi 16 päevast ja 14 öist valve üleandmist (n=30). Mõõdikuna kasutati vaatlusuuringu tarbeks koostatud standardit STOP (Kaljurand, 2021: lisa 2). Vaatluse käigus selgus, et ükski valve üleandjatest ei identifitseerinud patsienti Regionaalhaiglas kehtestatud juhendi (Patsiendi identifitseerimine ..., 2022) kohaselt. Patsiendi diagnoosi või osakonda saabumise põhjust kirjeldas 70% (n=21) valve üleandjatest. 27%-l (n=8) juhtudest aga teemat ei käsitletud – põhjendusega, et valvet vastuvõttev õde oli sama patsiendiga varasemalt või möödunud valve ajal juba tutvunud. (Kaljurand, 2023: 17).

97%-l (n=29) juhtudest ei käsitletud ka allergia esinemist patsiendil ega tema isolatsioonivajadust, kuigi dokumentide järgi oli 17%-l (n=5) juhtudest patsiendile kehtestatud isolatsioon. Patsiendi kaasuvaid haigusi, peamiselt hüpertooniatõbe, diabeeti või astmat, nimetas 30% (n=9) valve üleandjatest. Patsiendi terviseseisundist leidis kõige enam kajastamist 87%-l (n=26) juhtudest hingamiseldundite talitus, 77%-l (n=23) juhtudest neuroloogiline

staatus ja 60%-l (n=18) südamedalitus. 83%-l (n=25) juhtudest anti üle raviplaan, kus kajastati ravipumbaga manustatavaid ravimeid, antibiootikume ja infusioone. 13% (n=4) valve üleandjatest edastas teabe patsiendi ohjeldamise vajadusest, 87%-l (n=26) juhtudest jäi teema käsitlemata ning 50% (n=15) vastanutest ei põhjendanud ohjeldamise vajadust, kuigi seda oli rakendatud. (Kaljurand, 2023: 17–18).

Päevaplaani või edasisi toiminguid/uuringuid/protseduure kirjeldasid 70% (n=21) valve üleandjatest. Patsiendi lähedaste küllastamisest / neile helistamisest andis teavet 17% (n=5) uuritavatest. (Kaljurand, 2023: 19).

2.2. Valve üleandmise standardi STOP testimine

Esmase standardi STOP (Kaljurand, 2021: lisa 3) testimine viidi läbi ajavahemikus 19.09.–20.09.2020 Regionaalhaigla I, II, III intensiivraviosakonnas. Valimiks olid käepärase valimina õed ja abiõed (n=15). Kõigist intensiivraviosakondadest võeti tagasiside 5-lt valve üleandjalt ehk kokku saadi 15 tagasisidestatud valve üleandmise standardit STOP. Pärast testimise perioodi täiendati standardit SBAR. Situatsiooni kirjeldavas plokis kirjutati identifitseerimine ja randmepaela asukoha märkimine eraldi väljadeks. Taustinformatsiooni ja olukorra hindamise plokis peeti oluliseks kaasuvate haiguste, ravimite ja veretoodete, erituse käsitlemise ja urineerimise ning defekatsiooni detailsemat lahtikirjutamist ja märkeruutude lisamist. Arusaamatust tekitas sõna „raviplaan“, mis asendati sõnapaariga „ravimid/analüüsid“, ja lisana sooviti tekstivälja „muu oluline info“, kuhu saaks vajadusel teha lisamärkmeid. (Kaljurand, 2023: 19–20).

Enamik teemade plokke sai märkeruutudena lahti kirjutatud, mis lihtsustab valve üleandmist ja vähendab riski, et oluline teave jääb edastamata. Piloteerimisel kasutati ka lisaküsimust: kas loodav valve üleandmise

standard peaks olema eeltäitmise võimalusega? Sellega olid nõus 13 õde ja erapooletuks jäi 2 õde (Kaljurand, 2023: 20). Tagasiside põhjal loodi kahesugused märkeruudud – valged ruudud annavad võimaluse eeltäita ja sinised ruudud märgitakse vahetult valve üleandmise ajal. Piloteerimise käigus õdedelt saadud muudatuseettepanekud viidi sisse ja välja töötati lõplik standard STOP. (Kaljurand, 2021: lisa 4).

3. ARUTELU JA JÄRELDUSED

Arendusprojektiga koostati valve üleandmise arengustrateegia Regionaalhaiglas. Läbilõikelise vaatluse tulemusel kaardistati Regionaalhaigla intensiivraviosakondades valve üleandmise olukord enne standardi kasutuselevõttu ja töötati välja SBARil põhinev standard STOP. Testimise käigus õdedelt saadud hinnang STOP-standardi kasutuselevõtuks oli positiivne ja vajadus selle rakendamiseks sai empiirilisel tõestatud. Autorite arvates saab standardit kohandades võtta selle kasutusele ka tavaosakonna intensiivvõimalate ja üldpalati valve üleandmisel. Projekti tulemuslikkust ja jätkusuutlikkust saab hinnata vaid pikemas perspektiivis ning selleks tuleb sarnaseid vaatlusi ja tagasisideküsitlusi korrata nii samas keskkonnas kui ka teistes osakondades.

Pärast sekkumiselset vaatlust lisati standardile STOP lisapunktid – ristkontroll (Drach-Zahavy jt, 2015) ja valvet vastuvõtva õe varasem kokkupuude patsiendiga – ning kohandatud standardit testiti intensiivraviõdede seas. Ristkontrolli põhimõte on oluline just intensiivraviosakondades, kus valvet vastuvõttev õde kontrollib edastatava teabe õigsust, näiteks raviplaanis süstimise ja infusiooni teel manustatavate ravimite vastavust tegelikkusega. See võimaldab eksimusi koheselt avastada ja vajadusel sekkuda.

Vaatluse järel andsid 27% õdedest tagasisidet, et üleantavat teavet ei edastata täismahus, sest patsiendi olukorrast ollakse varasemalt teadlik – valve üleandmisele kuluva aja lühendamiseks sooviti vastavasisulise märkeruudu lisamist standardisse. Selle ettepanekuga ei arvestatud, sest olulise teabe edastamata jätmise ohustab patsienti.

Vaatlusuuringu andmeid analüüsid selgus, et valve üleandmisel puudus täielikult Regionaalhaigla juhendile vastav patsiendi identifitseerimine, sarnast üleandmise kitsaskohta kinnitab ka Forde jt (2018) uuring. Enamikul valve üleandmise juhtudel ei mainitud patsiendi isolatsioonivajadust ja üsna sageli jäeti taustinformatsioon esitamata. Kuna siia kuuluvad lisaks isolatsioonile ka kaasuvad haigused ja allergia olemasolu, võib antud teabe edastamata jätmise tekitada ohtu patsiendi tervisele ja tüsistuste tekkimisega võivad kaasneda suurenenud ravikulud (Cakir ja Cakir, 2023). Samuti on isolatsioonivajaduse puudulikkust teabest ohustatud teised meeskonnaliikmed ja patsiendid (Abou Hashish jt, 2023).

Suurel osal valve üleandmise juhtudest jäi selgusetuks patsiendi enesevigastusohu, pooltel kordadel ei olnud põhjendatud ka ohjeldusmeetmete rakendamine patsiendil. Tagasihoidlikuks jäi perekonda puudutav teemakäsitus – vaid igakuuesõde pidas valve üleandmisel oluliseks edastada teavet perekonna kohta. See viitab õdede vähestele teadlikkusele patsiendi kesksest tervishoiusüsteemist, kus keskendutakse koostööle patsiendi ja tema perekonnaga. Ka Nygaardi (2020) uuring kinnitab, et õendushoolduse järjepidevuse ja kvaliteedi tagamiseks tuleb valve üleandmisel jagada teavet patsiendi perekonna kohta (Nygaard jt, 2020).

Vaatlusuuringu järel valminud STOP-standardis kajastatakse patsiendi seisundit tervikuna. Standardi kasutamisel on meeskonnaliikmetel teabest

ühtne arusaam. Lisaks toetab koostatud õendustegevusjuhend standardi rakendumist. Valve üleandmise standard STOP on Regionaalhaigla intensiivraviosakondades rakendatud elektroonilisse keskkonda e-intensiiv. Sun jt (2018) uuring kinnitas, et see annab parema võimaluse keerukama teabe verbaalseks edastamiseks, vähendab loetamatu käekirjaga seotud üleandmisvigu ja tõstab seeläbi õendusabi kvaliteeti. Lisaks tõusis valve elektroonilise üleandmisega töötajate üldine rahulolu (Sun jt, 2018). Autorite arvates tuleks edaspidi sarnase sisuga uuring läbi viia ka Regionaalhaigla intensiivraviosakondades, et uurida elektroonilise üleandmise kvaliteeti ja selle keskkonna kasutamise mõju õdedele. Abou Hashishi jt (2023) uuringus leiti, et õdede vastastikused positiivsed suhted ja meeskonnatöö arendamine on kriitilise tähtsusega, et säilitada valve üleandmise kvaliteet (Abou Hashish jt, 2023). Seega on oluline valve üleandmise kvaliteeti soodustavate või takistavate tegurite mõistmine, mis aitab vajadusel välja töötada suunatud sekkumised ja säilitada hea koostöö meeskonnaliikmete vahel.

Teema aktuaalsust ja tähtsust arvestades on Regionaalhaiglas arendusprojekti jätkutegevusena valve üleandmise standard sisse kirjutatud intensiivravipalati jälgimislehele. Standardit arendades jõudsid autorid selgusele, et STOP-standard võib Eestis olla üheselt mõistetav, aga rahvusvahelistel konverentsidel teemat tutvustades tekitas STOP segadust. Seetõttu otsustati arendusprojekti jätkutegevustena edaspidi kasutada standardina iSBAR-i ja muuta hilisemas etapis ka e-intensiivis STOP-standardit.

Valve üleandmine on Regionaalhaiglas toonud kaasa muudatusi valve üleandmise viisis ja õed vajavad koolitust, et tõhustada üleandmist, mis vastaks organisatsiooni, kolleegide ja patsientide nõuetele. Pun (2023) esitleb oma uuringus simulatsioonikoolitust, mis viidi läbi iSBAR-

standardile tuginedes. See võimaldas luua tegelikele töötingimustele lähedasi situatsioone ja andis õdedele võimaluse praktiseerida, arendada ja täiendada oma oskusi kliinilises keskkonnas (Pun, 2023). Ka Burgess (2020) toob süstemaatilise ülevaate uuringu tulemusel välja simulatsiooni ja rollimängu olulisuse (Burgess jt, 2020). Võrreldes teiste koolitusviisidega, nagu rühmaarutelu või loengud, lubab simulatsioonikoolitus luua realistliku, interaktiivse ja kommunikatiivse keskkonna, kus koolitavad saavad muretult ja korduvalt oskusi omandada ja harjutada. Väga oluline on, et organisatsioonid (sh tervishoiukõrgkoolid) investeeriksid õdede koolitusse, et tagada kvaliteetne valve üleandmise praktika. Kuna arendustegevus on kaasa toonud nii jätkutegevusi kui ka muudatusi standardis, siis on viibinud ka koolitustegevuse arendamine Regionaalhaiglas.

Regionaalhaigla intensiivraviosakonnale välja töötatud standard annab olulise panuse valve üleandmise strateegias, kus määravat rolli mängivad nii patsiendiohutus kui ka õdede omavaheline suhtlus. Oluline on, et haiglate ja kõrgkoolide tervishoiujuhid ja -spetsialistid teeksid koostööd, et tagada kvaliteetne valve üleandmise strateegia väljatöötamine ja rakendamine. Töö autorid on seisukohal, et muutmise protsess peaks algama valve üleandmise sissekirjutamisest õppeprogrammidesse. See ühtsus takis valve üleandmise kvaliteeti organisatsioonide strateegiast sõltumata ja annaks tervishoiutöötajale valve üleandmisel professionaalse vastutuse patsiendi eest.

Tõendus põhise viimine praktikasse.

- Ühtse standardi loomine valve üleandmiseks on patsiendiohutuse tagamise rahvusvaheline prioriteet.
- Valve üleandmine tuleb sisse kirjutada tervishoiukõrgkoolide õppekavasse.

- Suhtlus on valve üleandmisel esmatähtis teabevahetus, mille eesmärk on tagada patsiendihoolduse järjepidevus ja kvaliteet.
- Valve üleandmise kvaliteet ei tugine ainult väljatöötatud standardile, vaid oluline on ka õdede suhtlemis- ja dokumenteerimisoskus.

KOKKUVÕTE

Kvaliteetse tervishoiuteenuse oluliseks strateegiaks on patsiendiohutuse edendamine. Suhtlemishäired on ennetatavate juhtumite peamine põhjus ja nende vältimiseks on loodud mitmeid eristandardeid. Rahvusvahelised uuringud osutavad valve üleandmise süsteemse struktuuri puudumisele ja eeskätt on ohustatud intensiivraviosakonna patsiendid. Organisatsioonide *European Commission* ja *Joint Commission International* (JCI) läbi viidud uuringud kinnitavad, et peamisteks riskiteguriteks valve üleandmisel on kuni 65%-l juhtudest teabe edastus ja 90%-l juhtudest keskkonnategurid. Puudulikult edastatud teave võib seada ohtu patsiendi tervise ja heaolu ning mõjutada õendusabi kvaliteeti.

Põhja-Eesti Regionaalhaigla intensiivraviosakonnas puudus ühtne valve üleandmise standard, mistõttu viidi ajavahemikul 2020–2021 läbi arendusprojekt standarditud valve üleandmise väljatöötamiseks intensiivraviõenduses. Projektijuhtimise aluseks võeti Burke'i ja Litwini muutuste mudel, kus kirjeldati protsessi tegevused.

Andmekogumise meetodina viidi 09.07.–23.07.2020 läbi vaatlusuuring hetkeolukorra kaardistamiseks Põhja-Eesti Regionaalhaigla I–III intensiivraviosakonnas. Andmete analüüsimisel selgus, et 97%-l juhtudest ei antud edasi teavet patsiendi isolatsioonivajadusest ega allergiate esinemisest ning täielikult puudus patsiendi nõuetekohane identifitseerimine. Vaid

17% õdedest andis edasi patsiendi perekonda puudutava teabe. Seega on efektiivse ja täpse suhtluse arendamine intensiivraviõdede seas hädavajalik, et luua eeltingimused kvaliteetseks õendusabiks.

JCI on loonud patsiendiohutuse tagamise kvaliteedinõuded, mille alusel töötatakse ülemaailmselt välja erinevaid valve üleandmise standardeid (ingl *nursing handover standard*). Enam levinud standardina on kasutusel SBAR (ingl *Situation, Background, Assessment, Recommendations*), mille alusel töötati Regionaalhaiglas välja eestikeelne standard STOP (Situatsioon, Taustinformatsioon, Olukorra hindamine, Päevaplaan) ja seda piloteeriti ajavahemikus 19.09.–20.09.2020. Valminud standardi süstemaatiline struktuur ja informatiivsed eeltäidetavad märkeruudud aitavad vähendada vigade esinemise tõenäosust valve üleandmisel.

KASUTATUD KIRJANDUS

Abo Seada, A. I., Abo Habieb, E-T. E., Salameh, B. S., El-Wkeel, N. S., & Abdelkader Reshia, F. A. (2022). Developing Nursing Standards for Maintaining Shift Handover in the Intensive Care Unit: A Methodological and Cross-Sectional Study. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 59, 1–8.

<https://doi.org/10.1177/00469580221144078>

Abou Hashish, E., Asiri, A. A., & Alnajjar, Y. K. (2023). Shift handover quality in Saudi critical care units: determinants from nurses' perspectives. *BMC Nursing*, 22, 186.

<https://doi.org/10.1186/s12912-023-01348-z>

Alberta, D. N., Idang, N. O., & Jane, E. (2018). Nurse Handover and Its Implication on Nursing Care in the University of Calabar Teaching Hospital, Calabar, Nigeria. *International Journal of Nursing Care*, 2(3), 1–9.

<https://doi.org/10.33425/2639-9474.1069>

- Bressan, V., Mio, M., & Palese, A. (2020). Nursing handovers and patient safety: Findings from an umbrella review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(4), 927–938.
<https://doi.org/10.1111/jan.14288>
- Cakir, S. K., & Cakir, F. O. (2023). Evaluation of Nurses' Shift Handover. *International Journal of Caring Sciences*, 16(1), 43–50.
- Drach-Zahavy, A., Goldblatt, H., & Maizel, A. (2015). Between standardisation and resilience: nurses' emergent risk management strategies during handovers. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4), 592–601.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12725>
- Duhan, D., Sembian, N., & Kumari, V. (2016). Effectiveness of shift handover guidelines on handing over practices and work related concerns among staff nurses in adult intensive care units. *International Journal of Medical and Health Research*, 2(2), 21–24.
- Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021–2030. Ühised sammud terviseni. (2020). Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing, Eesti Õendusjuhtide Ühing. https://www.estnda.ee/pildid/dokumendid/Avaleht/Eesti_õenduse_ammaemanduse_arengustrateegia_2021_2030.pdf (26.09.2023).
- Forde, M. F., Coffey, A., & Hegarty, J. (2018). The factors to be considered when evaluating bedside handover. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 757–768.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12598>
- Ghosh, S., Ramamoorthy, L., & Pottakat, B. (2021). Impact of Structured Clinical Handover Protocol on Communication and Patient Satisfaction. *Journal of Patient Experience*, 8, 1–6.
<https://doi.org/10.1177/2374373521997733>
- Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. (2021). World Health Organization.
<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

- Graan, S. M., Botti, M., & Redley, B. (2016). Nursing handover from ICU to cardiac ward: Standardised tools to reduce safety risks. *Australian Critical Care*, 29(3), 165–171.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.09.002>
- Hada, A., Coyer, F., & Jack, L. (2018). Nursing bedside clinical handover: a pilot study testing a ward-based education intervention to improve patient outcomes. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association*, 21(1), 9–18.
- Joint Commission International. (2023, September 26). *Communicating Clearly and Effectively to Patients How to Overcome Common Communication Challenges in Health Care*. <https://www.jointcommissioninternational.org/> (26.09.2023)
- Kaljurand, R. (2021). *Standardiseeritud valve üleandmise süsteemi väljatöötamine ja rakendamise SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla intensiivravi keskuses* [Arendusprojekt, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool] ESTER.
https://www.ester.ee/record=b5406292*est
- Konsolideeritud majandusaasta aruanne. (2022). SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla.
- Methangkool, E., Tollinche, L., Sparling, J., & Agarwala, A. V. (2019). Communication: Is There a Standard Handover Technique to Transfer Patient Care? *International Anesthesiology Clinics*, 57(3), 35–47.
<https://doi.org/10.1097/AIA.000000000000241>
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W.E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *British Medical Journal*, 8(8): e022202.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
- Patient safety: global action on patient safety: report by the Director-General. Executive Board, 144. (2018). World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/327526>
- Patsiendi identifitseerimine ja randmepaela kasutamine. (2022). SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla.

Patsiendihutuse teadus- ja arendustegevuse strateegia 2022–2026. (2022). Tartu Ülikool. https://kliinilinemeditsiin.ut.ee/sites/default/files/2022-02/T%C3%9C%20patsiendiohutuse%20TA%20strateegia%202022-2026_0.pdf

Piper, D., Lea, J., Woods, C., & Parker, V. (2018). The impact of patient safety culture on handover in rural health facilities. *BioMed Central Health Services Research*, 18, 889. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3708-3>

Pun, J. (2023). Nurses' perceptions of the ISBAR handover protocol and its relationship to the quality of handover: A case study of bilingual nurses. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1021110>

Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. (2021). Sotsiaalministeerium. <https://www.sm.ee/rahvastiku-tervise-arengukava-2020-2030>

Sun, Y-G., Shih, W-C., & Cheng, K-H. (2018). An Electronic Handover System to Improve Information Transfer for Surgical Patients. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 36(12), 610–614. <https://doi.org/10.1097/cin.0000000000000466>

Tacchini-Jacquier N., Hertzog H., Ambord K., Urben P., Turini P., & Verloo H. (2020). An Evidence-Based, Nursing Handover Standard for a Multisite Public Hospital in Switzerland: Web-Based, Modified Delphi Study. *Journal of Medical Internet Research Nursing*, 3(1), e17876. <https://doi.org/10.2196/17876>

Tamim, A. H. A. (2022). Patient Safety In Healthcare : Definition, Evolution & Impact. *Unified Nursing Research, Midwifery & Women's Health Journal*, 1(2), 11–18. <https://doi.org/10.52402/Nursing203>

Tataei, A., Rahimi, B., Afshar, H. L., Alinejad, V., Jafarizadeh, H., & Parizad, N. (2023). The effects of electronic nursing handover on patient safety in the general (nonCOVID-19) and COVID-19 intensive care units: a quasi-experimental study. *BMC Health Services Research*, 23, 527. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09502-8>

Timmerman, J., Sitzer, V., Eusebio, R., Reavis, K., & Marder, L. (2021). Nursing Handover: A Content Analysis of Nurses' Handwritten Notes. *Western Journal of Nursing Research*, 43(7):631–639. <https://doi.org/10.1177/0193945920972620>

TEGEVUSJUHENDI KOOSTAMINE INTENSIIVRAVI-JÄRGSE SÜNDROOMI ENNETAMISEKS INTENSIIVRAVIÕENDUSES

Reta Loodus, RN, APN, MSc

SA Kuressaare Haigla

Reta.loodus@saarehaigla.ee

Katre Zirel, RN, MA

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla

Helen Valk, RN, MSc

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla

Märksõnad: intensiivravijärgne sündroom, intensiivraviõde, tegevusjuhend, ennetus, intensiivravi patsient

Abstract:
**DEVELOPMENT OF A GUIDELINE FOR PREVENTING
POST-INTENSIVE CARE SYNDROME IN INTENSIVE CARE
NURSING**

Following intensive care, a patient may experience a condition known as post-intensive care syndrome (PICS), characterized by worsening physical dysfunction, psychological disorders, cognitive impairments, or social difficulties. PICS leads to a decline in post-intensive care quality of life. The current knowledge of Estonian intensive care nurses about PICS and its prevention is limited, but they recognise the necessity of its prevention. The ABCDEF prevention system can be used to prevent PICS. This system includes assessment, prevention, and management of pain (A); spontaneous awakening and breathing trials (B); choice of sedation/analgesia (C); assessment, prevention, and management of delirium (D); early exercise and mobility (E); and family engagement/empowerment (F).

The goal of the development project was to create the guideline for intensive care nurses to prevent PICS in adult patients. To achieve this goal, a systematic literature review was conducted on the nature of PICS and the possibilities for its prevention. To ascertain the substantive need for a PICS prevention action guide, a survey study was conducted among intensive care nurses. 92 intensive care nurses from regional and central hospitals' level III intensive care units in Estonia responded to the survey. A multidisciplinary team of specialists was created to compile the guideline. Anaesthesiologists from the North Estonia Medical Centre were involved as consultants in creating the guideline.

As a result of the development project, the guideline was created for intensive care nurses to prevent PICS in adult patients, which has been approved

by the board of the Estonian Association of Anaesthesia and Intensive Care Nurses (EAIÜ) and made available to all Estonian intensive care units through the EAIÜ website. The guideline was presented at the Estonian Association of Anaesthesia and Intensive Care Nurses' conference in May 2023, the BaltanestIC 2023 conference, and in the Estonian Nurses Union journal "Eesti Õde".

Keywords: *Post Intensive Care Syndrome (PICS), intensive care nurse, guideline, prevention, intensive care patient*

SISSEJUHATUS JA TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

Intensiivravil viibimise järel võib patsiendil esineda intensiivravijärgne sündroom (*Post Intensive Care Syndrome, PICS*) (Kang jt, 2021; Lee jt, 2020; Maley jt, 2016; Yuan jt, 2021). Sündroom esineb rohkem neil patsientidel, kes on olnud intensiivravi ajal kopsude mehaanilisel ventilatsioonil, deliiriumis, raskes sepsises või komatooses seisundis (Lee jt, 2020). Intensiivravijärgne sündroom võib väljenduda süvenevate füüsiliste funktsioonihäirete (Lee jt, 2020), psühholoogiliste ja kognitiivsete häirete (Lee jt, 2020; Maley jt, 2016) ja/või sotsiaalsusprobleemidena (Kang jt, 2021; Yuan jt, 2021), mis võivad püsida pärast intensiivraviosakonnast või haiglast lahkumist (Kang jt, 2021; Maley jt, 2016; Vrettou jt, 2021; Yuan jt, 2021).

Intensiivravijärgse sündroomi korral on raskendatud igapäevaste toimingutega toimetulek nii vaimselt kui ka füüsiliselt (Yuan jt, 2021) ning üleüldine füüsiline võimekus on puudulik (Lee jt, 2020; Yuan jt, 2021). Psühholoogilistest häiretest esineb ärevust, depressiooni (Maley jt, 2016; Lee jt, 2020), unehäireid ja posttraumaatilist stressihäiret (Lee jt, 2020). Kognitiivsete häiretena võib tekkida probleeme mälu ja enesekontrollihäireid nii tunnetuslikult kui ka käitumuslikult (Maley jt, 2016).

Seoses tervishoiu pideva arenguga ja intensiivravijärgselt ellujäänute arvu tõusuga on *PICS* üha aktuaalsem probleem (Vrettou jt, 2021; Yuan jt, 2021) ning edasised uuringud selle ennetamise võimalustest on vajalikud (Yuan jt, 2021). 2021. aastal viibis Eestis intensiivravil 28 185 patsienti, kellest 77,5% (22841) olid elus ka 12 kuu möödudes, sarnane on elulemus olnud ka varasematel aastatel (Tervisekassa, 2023a). COVID-19 pandeemia on ülemaailmselt veelgi suurendanud intensiivraviosakondadesse hospitaliseerimist (Vrettou jt, 2021; Yuan jt, 2021).

Tervisekassa on moodustanud ravikvaliteedi indikaatorite nõukoja. Koos erialaseltsidega on koostatud valdkondadele detailsed kliinilised indikaatorid. (Tervisekassa, 2023b). Intensiivravi neljanda kvaliteedi-indikaatorina hinnatakse patsiendi intensiivravijärgset elukvaliteeti, sealhulgas füüsilist võimekust, igapäevast toimetulekut ehk funktsionaalset võimekust ning valutaset ja vaimset tervist (Tervisekassa, 2023c). Seeläbi hinnatakse kaudset ka *PICS*-ist tingitud elukvaliteedi muutusi. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 (Rahvastiku tervise ..., 2021) suunab arendama tervishoidu inimesekeskset ning fookus on terviseprobleemide ennetamisel ja kahjude vähendamisel. Ka Tervisekassa tegeleb patsiendi intensiivravijärgse elukvaliteedi hindamisega ning neljanda kvaliteedi-indikaatori abil saab kaudset jälgida tegevusjuhendi mõju sündroomi ennetamisel.

Uuringud näitavad, et *PICS*-i esinemissagedus pigem kasvab (Vrettou jt, 2021, Yuan jt, 2021) ja see toob kaasa intensiivravijärgse elukvaliteedi languse (Kang jt, 2021). Arendusprojekti uurimisprobleemiks oli intensiivraviosakondade õdede teadlikkuse taseme ebaühtlus sündroomi tunnuste tuvastamisel ja vastavates õendussekkumistes (Daniels jt, 2018). Eestis puudub ühtne tegevusstrateegia ja juhend, mis aitaks intensiivravimeeskonda kuuluvatel intensiivraviõdedel ära tunda sündroomi tekkemise ja planeerida õendussekkumisi ennetustegevustes. *PICS*-i ennetusmeetmed intensiivravietapis on mujal maailmas kasutusel (Boehm jt, 2017; Kang jt, 2021) ning nende kohandamise järel saaks neid rakendada ka Eesti tervishoiusüsteemis.

Sellest lähtuvalt viidi ajavahemikus 2021–2023 Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli terviseteaduse magistriõppe raames Põhja-Eesti Regionaalhaiglas läbi arendusprojekt eesmärgiga koostada tegevusjuhend intensiivravi-

õdedele intensiivravijärgse sündroomi ennetamiseks täiskasvanud patsiendil. Projekti käigus:

- koostati kirjanduse süstemaatiline ülevaade intensiivravijärgse sündroomi olemusest ja ennetamise meetmetest;
- küsitleti Eesti intensiivraviõdesid, et kirjeldada nende teadlikkust sündroomist ja ennetusmeetmetest ning täpsustada planeeritava tegevusjuhendi sisu ja vajalikkust;
- koostati õendustegevusjuhend intensiivravijärgse sündroomi ennetamiseks täiskasvanud patsiendil;
- juhend kinnitati 09.12.2022 Eesti Anesteesia- ja Intensiivraviõdede Ühingu juhatuse otsusega kasutuselevõtuks intensiivraviõenduses üle Eesti. (Loodus, 2023).

Artikliga soovivad autorid tutvustada laiemalt selle projekti protsessi ja tulemit ning jagada projekti käigus saadud uuemat teoreetilist ja empiirilist teavet intensiivravijärgsest sündroomist täiskasvanutel ning uuemat teavet intensiivraviõdede võimalustest sündroomi ennetamisel.

1. ARENDUSPROJEKTI DISAIN JA METOODIKA

1.1. Tegevusjuhendi koostamise meetodika

Arendusprojekti koostamisega alustati 2021. aasta septembris ja projekt lõpetati jaanuaris 2023. Arendusprojekti autor oli seisukohal, et Eestis peaks olema tegevusjuhend intensiivravijärgse sündroomi ennetamiseks ning Eesti Anesteesia- ja Intensiivraviõdede Ühingu (EAIÜ) juhatusest küsitud eksperdiarvamus toetas autori seisukohta. Eksperdiarvamus toodi välja, et teema on aktuaalne, sest elanikkonna vananemise ja tervishoiu pideva arengu tõttu on intensiivravijärgselt ellujäänute arv tõusutrendis.

Intensiivraviõded saavad arendusprojekti raames valminud tegevusjuhendile tuginedes läheneda intensiivravi patsiendile komplekselt ning seeläbi vähendada intensiivravijärgse sündroomi esinemist. (Loodus, 2023).

Arendusprojekti teoreetilises osas valiti meetodiks sisuanalüüs ning kirjanduse andmete kogumisel ja analüüsimisel lähtuti püstitatud uurimisülesannetest. Arendusprojekti autor tutvus samateemaliste varasemate uurimustega maailmas. Kvalitatiivse uuringu puhul kogutakse mitmekülgset materjali, see süstematiseeritakse ja analüüsi käigus valitakse välja huvipakkuvaim informatsioon, mis moodustab materjali seesmise loogika ja eristab olulise ebaolulisest (Lagerspetz, 2017).

Tegevusjuhendi väljaarendamisel lähtuti planeerimisel ja tegevuste järjestamisel William Edwans Demingi kvaliteedijuhtimise protsessimudeli *PDSA* ehk *Plan-Do-Study-Act* (Planeeri-Teosta-Õpi-Parenda) tsüklist, mis on tuntud ka kui Demingi ring. Protsessi on kasutatud ka varasemalt kvaliteedijuhtimiseks tervishoiusektoris. Kvaliteedi tõstmiseks tuleb süsteemi parandada ja selle protsesse täiustada ning *PDSA* tsükkel on süstemaatiline meetod protsesside pidevaks monitoorimiseks ja täiustamiseks. (Oakland, 2012).

Arendusprojekti **planeerimise faasis** määratleti arendusprojekti probleem ja eesmärk ning otsustati projekti meetodika ja protsess. Arendusprojektile teoreetilise raamistiku andmiseks koostas projekti autor kirjanduse süstemaatilise ülevaate, kasutades vaid eelretsenseeritud ja tõendus põhiseid teadusartikleid ning juhendeid, mis pärinesid *EBSCOhost*'i andmebaasidest *MEDLINE*, *CINAHL Complete*, *Health Source: Nursing/Academic Edition* ja andmebaasist *PubMed*. Kirjanduse valiku kriteeriumiteks teoreetilises raamistikus olid teemakohasus ja tõendus põhisisus, kättesaadav

täistekst inglise keeles ja viimase 10 aasta jooksul ilmunud artiklid. Kasutati otsingusõnu: *ABCDEF bundle AND nurs**; *ABCDE bundle AND nurs**; *"Post intensive care syndrome" AND "quality of life" symptom**. Artikleid leiti 261, millest töötati läbi 38 ning kasutust leidsid 14+3 artiklit. Teoreetilises raamistikus analüüsiti artikleid sisuliselt ja refereeriti neist saadud teave. Osa artikleid leiti teoreetilises raamistikus kasutatud teadusartiklite viidetest ning neid allikaid kasutati eelkõige teoreetilise raamistiku alapeatükis, mis vaatlleb intensiivraviõdede tegevusi seoses *PICS*-i ennetamisega täiskasvanutel, käsitledes otseselt *ABCDEF*-lähendamist. Samuti tugines nendele allikatele suuresti ka valminud tegevusjuhend. (Loodus, 2023). *Society of Critical Care Medicine* on loonud juhendi *ABCDEF*-ennetussüsteemi (*ICU Liberation Second Edition*) rakendamiseks, tuginedes juhendile *PADIS* (*Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU*). Ennetussüsteemis on elementide kaupa jaotatud meeskonnaliikmete jagatavad ja delegeeritavad vastutusosalad. (Posa jt, 2020: 229).

Arendusprojekti juhendajatele (artikli kaasautorid) ja erialaekspertidele tutvustati nii kirjanduse süstemaatilist ülevaadet kui ka arendusprojekti probleemi, eesmärgi ja esialgset tegevuskava. Seejärel moodustati arendusprojekti meeskond, kuhu kuulusid lisaks projekti juhendajatele Põhja-Eesti Regionaalhaigla intensiivravikeskuse õendusjuht ja anestezioloogikliiniku kvaliteedispetsialist. Moodustatud meeskond oli sobilik ning osa meeskonnaliikmeid olid seotud ka Eesti esimese intensiivravi järepolikliiniku projektiga, st nad tegelevad oma töös intensiivravijärgse sündroomi ja selle tagajärgedega. Kogu meeskonnale teadaolevalt ei lähenetud Eestis intensiivravijärgse sündroomi ennetamise komplekselt ja ühtselt ning Eestis puudus tegevusjuhend sündroomi ennetamiseks. Intensiivravijärgse sündroomi tagajärgedega tegelemine on kulukam ja

vähem efektiivne kui ennetustegevus ning seetõttu leidis meeskond, et tegevusjuhend intensiivraviõdedele intensiivravijärgse sündroomi ennetamiseks täiskasvanud patsiendil on vajalik.

Meeskonna järgmine ülesanne oli koostada küsitlus *REDCap*'i teadusuuringute veebipõhises küsitluskeskkonnas, et määratleda intensiivravijärgse sündroomi ennetamise tegevusjuhendi vajalikkus ja hinnata täpsemaid vajadusi. Küsitlusuuringu leiab arendusprojekti täisteksti lisa 2. Küsitluse koostas arendusprojekti autor koos meeskonnaga, tuginedes arendusprojekti probleemile, eesmärkidele ja teaduskirjanduse süstemaatilisele ülevaatele. Uuring viidi läbi ajavahemikus 26.09.–09.10.2022 Eesti regionaal- ja keskhaiglate täiskasvanute III astme intensiivravi osakondade intensiivraviõdede seas. Küsimustik saadeti haiglate õendusjuhtidele, kes edastasid selle vastamiseks III astme intensiivravi osakondade intensiivraviõdedele. Eesmärk oli välja selgitada intensiivraviõdede teadmised intensiivravijärgse sündroomi ja selle ennetamise kohta küsitluse läbiviimise hetkel. Samuti uuriti, milliseid mõõdikuid ja töövõtteid kasutatakse igapäevatoos *ABCDEF*-ennetussüsteemi raames ning kuidas vajalikuks peetakse intensiivravijärgse sündroomi ennetamist ja vastava tegevusjuhendi olemasolu osakonnas. Küsimustik koosnes 37 küsimusest ja selle ülesehitus põhines *ABCDEF*-ennetussüsteemi osadel, taustaandmetena paluti vastajatel esitada töökoht ja vanusevahemik. Küsitluse käigus ei kogutud eri liiki isikuandmeid ja seega ei saanud uuritavaid arendusprojekti tuvastada. Uuritavad olid teadlikud andmete kogumise eesmärgist ning osalemise vabatahtlikkusest ja loobumise võimalusest. Uuringu andmed salvestati autori parooliga kaitstud sülearvutisse ja hävitati pärast arendusprojekti kaitsmist. (Loodus, 2023).

Teostamise faasis analüüsiti läbiviidud küsitlusuuringus saadud andmeid. Küsimustikule vastas kokku 97 intensiivraviõde, kellest 92 vastuseid analüüsiti. Viie vastanu vastuseid ei arvestatud, sest vastamine oli jäetud pooleli. Tulemuste analüüsimiseks kasutas arendusprojekti autor tabelarvutusprogrammi *MS Excel* ja kirjeldavat statistikat. Küsitluse tulemuse-na selgus, et intensiivraviõdede arvates on intensiivravijärgse sündroomi ennetamine vajalik ning selle meetmetest olid teadlikud vähesed intensiiv-raviõded (täpsemad tulemused on välja toodud artikli järgmises peatükis). Järgmise sammuna hakkas arendusprojekti meeskond looma tegevus-juhendi koostamiseks struktuuri. (Loodus, 2023). *Society of Critical Care Medicine*'i kodulehekülje alaleheküljel *ICU Liberation* toodud materjalide põhjal (ICU Liberation ..., 2023) veenduti, et korrektsel viitamisel on juhendid vabalt kasutamiseks, välja arvatud kaubanduslikud eesmärgid ja tasuliste koolituste läbiviimine. Tegevusjuhendi valmimise järel tutvustasid meeskonnaliikmed seda anestezioloogidest koosnevale ekspertgrupile, kes hindas tegevusjuhendi rakendatavust (Loodus, 2023).

Õppimise faasis analüüsis meeskond tegevusjuhendit ja sellesse viidi sisse ekspertgrupi parendusettepanekud. Meeskond hindas viimasel koosolekul tegevusjuhendi rakendatavust ja juhend suunati kinnitamiseks EAIÜ-le, kes kinnitas selle 09.12.2022.

Parendamise faasis analüüsisid arendusprojekti autor ja juhendajad arendusprojekti eesmärgiks püstitatud ülesannete saavutamist. Pärast arendusprojekti edukat kaitsmist tehti tegevusjuhend EAIÜ kodulehel kättesaadavaks kõigile Eesti intensiivraviosakondadele.

1.2. Projekti juhtimise metoodika

Projekti kommunikatsioonikava ja meeskonnatöö toimus koosolekute vormis. Esialgu osalesid koosolekutel autor ja juhendajad teema kinnitamiseks, eesmärkide püstitamiseks ja ajakava seadmiseks, edaspidi moodustati arendusprojekti meeskond, kellele tutvustati projekti tausta ja probleemi, ning neilt saadi suuline nõusolek osaleda projekti töö-rühmas. Edasiste koosolekute teemadeks olid küsimustiku koostamine ja tegevusjuhendi koostamisega alustamine. Korduvate koosolekute käigus meeskonnaga kinnitati küsitlusuuringu küsimustik, läbiviimise platvorm ja ajavahemik. Arendusprojekti autor viis läbi küsitluse ja analüüsis tulemusi ning sellele järgnes juhendmaterjali raamistiku koostamine koostöös meeskonnaga. Tegevusjuhendi valmimise järel vaadati meeskonnas üle juhendi ülesehitus ja sisu ning seejärel saadeti tegevusjuhend tutvumiseks, tagasiside kogumiseks ja vajadusel parenduste tegemiseks anestezioloogidest koosnevale ekspertgrupile. Ekspertgrupi soovitatud parendus-ettepanekute rakendamise järel saadeti tegevusjuhend EAIÜ-le, mille juhatus kinnitas tegevusjuhendi soovitusena kasutada seda kõigi Eesti II ja III astme intensiivravi patsientidega tegelemisel.

Ressursside kaasamisel oli arendusprojekti autori, juhendajate ja meeskonna panustatud aeg kõige olulisem ressurss. Arendusprojekti ei kaasatud eraldi rahalist ressursi, sest juhendajad ja meeskonnaliikmed tegelesid projektiga vabatahtlikult igapäevase töö kõrvalt. Infovahetus meeskonna vahel toimus enamasti e-posti teel ja koosolekud viidi läbi digitaalseid lahendusi kasutades. Tegevusjuhend on valminud digitaalse failina ning seetõttu ei olnud rahalised ressursid selle valmimiseks ja levi-tamiseks vajalikud.

Riskijuhtimise plaanis (Loodus, 2023: 27) tuvastati võimalikud riskid ja nende esinemise tõenäosus ning kavandati tegevused riskide ennetamiseks koos korrektiivsete tegevustega. Vastavalt riskijuhtimise plaanile sai riskidele seada prioriteedid ja tegeleda riskidega nende tähtsuse järjekorras. Riskijuhtimise plaani järgi puudusid arendusprojekti läbiviimisel kõrged riskid, kuid esines madalaid ja keskmisi. Keskmised riskid olid järgmised: intensiivraviosakondades ei rakendata tegevusjuhendit, projekti valmimisega ei püsita ajakavas, tegevusjuhendit ei kinnitata EAIÜ poolt. Riskide ennetamiseks kaasati tegevusjuhendi koostamisse erialaspetsialistid ja EAIÜ juhatus, toodi välja tegevusjuhendi kasufaktorid, meeskonnatööd planeeriti ajakavast lähtuvalt ja meeskonnaliikmete vahel jagati vajalikud ülesanded. Madalatest riskidest toodi välja intensiivraviõdede vähene huvi ja võimalikud omavahelised lahkkelid meeskonnas. (Loodus, 2023: 27).

Arendusprojekti kvaliteedikontrolli ja monitooringu tagamiseks dokumenteeriti projektiga seonduv ja meeskonnaliikmetele võimaldati ligipääs projekti materjalidele. Arendusprojekti lähtuti ajalises raamistuses planeeritud tegevustest ja enamik neist viidi täide õigeaegselt (Loodus, 2023: 25). Arendusprojekti koostamise ja juhtimise eest vastutas artikli esimene autor. Meeskonna valimisel tugineti arendusprojekti vajadustele ja meeskonnaliikmed omasid varasemaid kogemusi sarnase ülesehitusega projektides.

Projekti tulemusel valminud tegevusjuhendi kvaliteeti tõstab selle koostamisel kasutatud kirjanduse süstemaatilise ülevaate meetodika järgimine. Lisaks juhendi koostamiseks leitud artiklite ja rahvusvaheliste juhiste kõrgele tõenduse tasemele toetavad tegevusjuhendi teaduspõhisust seda koostanud meeskonnaliikmete, Põhja-Eesti Regionaalhaigla anestezioloogide

ja EAIÜ juhatuse poolt protsessi käigus antud eksperdihinnangud ja tagasiside. (Loodus, 2023: 29).

Muudatusettepanekute ammendumisel saadeti tegevusjuhend EAIÜ juhatusele tutvumiseks ja kinnitamiseks. Kinnitatud juhend tehti EAIÜ kodulehel kättesaadavaks kõigile Eesti intensiivraviosakondadele (Loodus jt, 2023). Tegevusjuhendi olemust ja vajalikkust tutvustati EAIÜ 2023. aasta konverentsil ning konverentsil BaltAnestIC 2023. Tegevusjuhendi valmimise järel on meeskonnal plaanis teha koostööd Eesti Anestezioloogide Seltsiga, et laiendada tegevusjuhendit kõigile Eesti intensiivravimeeskondadele ning saavutada intensiivravi patsientide käsitlemisel kompleksne ja multidistsiplinaarne intensiivravijärgset sündroomi ennetav lähenemine. Et hinnata tegevusjuhendi mõju *PICS*-i teadlikkusele ja ennetamisele, planeeritakse intensiivraviõdede seas läbi viia korduvküsitlus.

2. TULEMUSED

2.1. Eesti intensiivraviõdede küsitluse tulemused

Küsitlusuuringu tulemustes hinnati 92 intensiivraviõde vastuseid (Loodus, 2023: 19–24). Vastanud töötasid Põhja-Eesti Regionaalhaiglas (54,3%), Tartu Ülikooli Kliinikumis (33,7%) ning keskhaiglates (Ida-Tallinna Keskhaigla, Ida-Viru Keskhaigla ja Pärnu Haigla) (12%). Lääne-Tallinna Keskhaiglast vastajaid ei olnud. Enim uuritavaid oli vanusevahemikus 30–34 aastat (22,8%). (Loodus, 2023: 19–24).

PICS-ist oli kuulnud või lugenud 41,3% uuritavatest, sündroomi ennetamisest oli kuulnud või lugenud 12% ning 5,4% oli teadlik selle ennetamise meetmetest ja oskas neid kasutada. *PICS*-ist ega selle ennetamise

meetmetest ei teadnud midagi üle kolmandiku (35,9%) uuritavatest. (Loodus, 2023: 20). Sündroomi ennetamise tegevusjuhendi olemasolu osakonnas eitas enamik (92,4%) ning vastava juhendi olemasolu osakonnas kinnitas 7,6% vastanutest (Loodus, 2023: 21).

Uuritavad pidasid patsiendi ravimeeskonna regulaarseteks liikmeteks intensiivraviõdesid (100%), hooldustöötajaid (96,7%), intensiivraviarste (95,7%) ja füsioterapeute (91,3%). Nimetati ka spetsialiste, kuid vastuste esinemissageduse järgi ei saa neid spetsialiste pidada regulaarseteks meeskonna liikmeteks. (Loodus, 2023: 21).

Igapäevatöös valu hindamiseks mõõdikute kasutamise kohta vastas 82,6% uuritavatest, et nad kasutavad skaalat VAS (*Visual Analogue Scale*). Järgnesid 29,3%-ga NRS (*Numeric Rating Scale*), 27,2%-ga CPOT (*Critical-Care Pain Observation Tool*) ja 2,2%-ga BPS (*Behavioral Pain Scale*). Skaalat GCS (*Glasgow Coma Scale*) kasutasid valu hindamiseks ligi pooled (51,1%) intensiivraviõdedest (Loodus, 2023: 21). Valu hindamise sageduseks 6 või enam korda ööpäevas märkis ligi kaks kolmandikku (64,1%) ja 4–5 korda ööpäevas veerand (25%) uuritavatest. Ülejäänud õed hindasid valu harvem või ei hinnanud valu igapäevaselt. Valuravi skeemi läbivaatus järgnes valu hindamisele alati 35 uuritava (38,0%) ja enamasti 44 (47,8%) hinnangul. Valuravi farmakoloogilise lähenemise kõrval küsiti ka mittefarmakoloogiliste sekkumiste (muusikateraapia, massaaž, relaksatsioonitehnikad, külmaravi) kohta. Uuritavatest ligi pooled (48,9%) vastasid, et mittefarmakoloogilisi sekkumisi ei rakendata mitte kunagi, ja kolmandik (32,6%) vastas, et neid rakendatakse harva. Ükski uuritavatest ei vastanud, et mittefarmakoloogilisi sekkumisi rakendatakse alati. „Enamasti“ vastusevariandi valis 1 (1,1%) intensiivraviõde. (Loodus, 2023: 22).

Järgnesid küsimused sedeeritud patsientide kohta. Sedeeritud patsiendil rakendas sedatsioonipausi jätkuva sedatsioonivajaduse hindamiseks vähemalt ühel korral ööpäevas alla poolte (41,3%) uuritavatest ning 10,9% ei rakendanud seda üldse. Analgosedatsiooni (esmlt analgeetikumid ja seejärel vastavalt vajadusele sedatsiooniravimid) rakendas patsiendil 7,6% uuritavatest ning ligi kolmveerand (76,1%) manustas patsiendi seederimiseks analgeetikume koos sedatsiooniravimitega. Ainult sedatsiooniravimeid manustas 7,6%, ainult analgeetikume 1,1% ja küsimusele ei osanud vastata 7,6% uuritavatest. Mõõdikuid sedatsioonitaseme hindamiseks koos määratud eesmärkväärtustega kasutas 38,0% uuritavatest, rohkem kui pooled intensiivraviõded (54,7%) kasutasid mõõdikuid eesmärkväärtusteta. 7,6% uuritavatest ei kasutanud sedatsioonitaseme hindamiseks mingeid mõõdikuid ega skaalasid ning 4,3% ei osanud küsimusele vastata. (Loodus, 2023: 22).

Spontaanse hingamise katseid rakendati 37,0% uuritavate vastuste järgi vähemalt ühel korral ööpäevas, 35,9% rakendas katseid harvem ja 12,0% õdedest vastas, et osakonnas vastavaid katseid ei rakendata. 15,2% uuritavatest ei osanud küsimusele vastata. (Loodus, 2023: 23).

Deliiriumi esinemise hindamiseks patsiendil kasutas 14,1% mõõdikut CAM-ICU (*Confusion Assessment Method for the ICU*), mõõdikut ICDSC (*Intensive Care Delirium Screening Checklist*) ei kasutanud ükski uuritavatest ning üle poolte uuritavatest (54,3%) vastasid, et hindavad deliiriumi esinemist, kuid ei kasuta selleks mõõdikuid. Veerand (25,0%) uuritavatest ei hinnanud deliiriumi esinemist ja 7,6% ei osanud küsimusele vastata. (Loodus, 2023: 23).

Deliiriumi ennetamise ja vähendamise kohta esitati küsimusi kümnepunkti skaalal (1 – mitte kunagi; 10 – alati). Kolm kõrgeima aritmeetilise keskmisega vastust olid: regulaarne valu hindamine ja optimaalne valuravi (9,1); patsiendile tema prillide ja kuulmisaparaadi võimaldamine (9,0); sage abistamine ajas, kohas ja isikus orienteerumisel (8,9). Uuritavate vastustest selgus, et ööpäevarütmist peetakse küll kinni (8,6), kuid mittefarmakoloogilisi uneprotokolle kasutatakse vähe (3,6). Vastustest ilmselgus, et rakendatakse ka kõrvatroppide võimaldamist (6,7) ja müra viimist minimaalseni (7,7), mis on uneprotokolli osad. Sellest saab järeldada, et uneprotokolle tervikuna kasutatakse harva, kuid nende erinevaid osi siiski rakendatakse. (Loodus, 2023: 23).

Füsioterapeudid on patsientide füüsilise aktiivsuse seisukohalt olulised meeskonnaliikmed. Küsitlustulemuste põhjal osutatakse patsientidele intensiivraviosakondades regulaarset füsioteraapia teenust enamasti/alati 95,7%-l ja mõnikord 3,3%-l juhtudest. Füüsilise aktiivsuse järkjärgulist tõstmist patsientidel ehk varajast liikumist ja treeningut rakendatakse alati või enamasti 83,7%-l juhtudest, kuid 56,5%-l on füüsilise aktiivsuse eesmärgid alati või enamasti määratud. (Loodus, 2023: 24).

Perekonna ja lähedaste kaasamise küsimus *PICS*-i ennetamise komponendina esitati kümnepunktilise skaalal (1 – võimalusi ei kasutata mitte kunagi; 10 – võimalusi kasutatakse alati). Enim lubatakse perekonda külastama väljaspool külastusaegasid (6,9) ja perekonnale võimaldatakse patsiendiga suhelda ka digilahenduste abil (6,3). Kõige madalam aritmeetiline keskmine (4,3) oli vastusevariandil, et perekonnale lubatakse abistada hooldusprotseduuridel. Vastuste põhjal võimaldatakse patsiendil ja perekonnale kohtuda ja suhelda, kuid perekonnaliikmeid kaasatakse ravi- ja hooldusprotsessi vähe. (Loodus, 2023: 24).

Oma arvamuse *PICS*-i ennetamise vajalikkuse kohta said uuritavad samuti märkida kümnepunktilise skaalal (1 – ennetamine ei ole üldse vajalik; 10 – ennetamine on vajalik). Keskmine vastus kujunes 8,6 (SD=1,7). Madalaim märgitud vastus oli 5, selliselt vastas 12,0% intensiivraviõdedest. *PICS*-i ennetamist pidas väga vajalikuks 44,6% uuritavatest (10 õde). (Loodus, 2023: 24).

2.2. Projekti tulemus ja selle kvaliteet

Arendusprojekti raames koostati täiskasvanud patsiendi intensiivravijärgset sündroomi ja selle ennetamist käsitleva kirjanduse süstemaatiline ülevaade, viidi läbi küsitlusuuring intensiivraviõdede seas hindamaks *PICS*-i ennetamise vajalikkust ning valmis tegevusjuhend intensiivraviõdedele „Intensiivravijärgse sündroomi ennetamine täiskasvanul“ (Loodus, 2023: lisa 4).

Arendusprojekt on saanud positiivse interdistsiplinaarse hinnangu ekspertidelt. Koostatud tegevusjuhendi kinnitas EAIÜ juhatus 09.12.2022. (Loodus, 2023: lisa 3). Arendusprojekti juht ja artikli esimene autor on valmis ka edaspidi panustama projekti jätkusuutlikkuse – täiendama tegevusjuhendit, näiteks koostöös Eesti Anestesioloogide Seltsiga, ja tutvustama juhendit nii intensiivraviosakondades kui ka konverentsidel.

3. ARUTELU JA JÄRELDUSED

Tegevusjuhendi loomine oli määrava tähtsusega, kuna Eestis puudus intensiivravijärgse sündroomi ennetamisel ühtne ja kompleksne lähenemine. Intensiivravijärgse sündroomiga patsientidel esinevad füüsilised, psühholoogilised ja kognitiivsed häired, mis langetavad patsientide

elukvaliteeti ning tõstavad hiljem tervishoiutöötajate töökoormust ja tervishoiu kulusid, sealhulgas esmatasandil. Koostatud tegevusjuhend aitab tõsta intensiivraviõdede teadlikkust, kuidas ennetada *PICS*-i täiskasvanud patsiendil, ja annab konkreetseid juhiseid ennetustegevusteks. Tänu sellele on võimalik vähendada *PICS*-i esinemist ja parandada patsientide hilisemat elukvaliteeti. Arendusprojekti ja tegevusjuhendi loomisesse panustas multidistsiplinaarne meeskond. Projekti edukaks valmimiseks koostati erinevate ülesannete planeerimiseks vajalik ajaline raamistik, ülevaade ressursside kaasamiseks, riskijuhtimise plaan ja kommunikatsioonikava.

Arendusprojekti esimene ülesanne oli koostada süstemaatiline kirjanduse ülevaade projektile teoreetilise raamistiku loomiseks. Teoreetilisest raamistikust kirjeldati intensiivravijärgset sündroomi ja selle ennetamist intensiivriosakonnas ABCDEF-ennetussüsteemi abil (Loodus, 2023: 8–15). Teoreetilisest raamistikust on ka alapeatükk intensiivraviõdedele ABCDEF-ennetussüsteemi rakendamiseks (Loodus, 2023: 11–15), mis on koostatud juhenditele *PADIS* ja *ICU Liberation Second Edition* tuginedes. Samade allikate põhjal on koostatud ka tegevusjuhend (Loodus, 2023: lisa 4). Kirjanduse süstemaatilistest ülevaatest leiab ka varasema, ABCDE-ennetussüsteemi, mis on 2018. aastal kasutusele võetud ABCDEF-ennetussüsteemi eelkäija. ABCDEF-ennetussüsteemi kuuluvad valu hindamine, ennetamine ja käsitlemine (A); spontaanse ärkamise ja hingamise katsed (B); sedatsiooni/analgeesia valik (C); deliiriumi hindamine, ennetamine ja käsitlemine (D); varajane treening ja liikumine (E); perekonna kaasamine / võimestamine (F) (Demellow jt, 2020). Intensiivravijärgne sündroom põhjustab ärevust, depressiooni ja/või posttraumaatilist stressihäiret, patsientidel esineb füüsilisi puudujääke ja mäluprobleeme, raskusi selgelt mõelda ja probleeme lahendada. Sümptomitena on patsiendid lisaks nimetanud nõrkust, väsimust, valu, unetust, isutust ja

hingeldust. (Maley jt, 2016). Ennetussüsteemi rakendamine lühendab patsientide mehaanilise ventilatsiooni aega, intensiivravil oldud aega, vabastab patsiente ohjeldamisest ja vähendab iatogeenseid komplikatsioone (Eesti Õdede Liit, 2023; Hsieh jt, 2019).

Eesti regionaal- ja keskhaiglate täiskasvanute III astme intensiivravi-osakondade õdede seas viidi arendusprojekti käigus läbi küsitlusuuring, et hinnata *PICS*-i ennetamist intensiivravi osakondades ja tegevusjuhendi loomise vajalikkust. Küsitlusuuringu koostamisel tugineti ABCDEF-ennetussüsteemi osadele ja ülesehitusele ning tulemustes analüüsiti 92 intensiivraviõde vastuseid. Küsitluse kokkuvõtteks võib öelda, et 5,4% uuritavatest olid teadlikud *PICS*-i ennetamise meetmetest ja oskasid neid kasutada, kuid 35,9% uuritavatest ei teadnud midagi *PICS*-ist ega selle ennetamise võimalustest (Eesti Õdede Liit, 2023; Loodus, 2023: 20). ABCDEF-ennetussüsteemi üksikuid komponente osakondades kasutatakse, kuid lähenemine ei ole kompleksne ega ühtlane. Küsitlusuuringu tulemustest selgus, et tegevusjuhend sündroomi ennetamiseks on vajalik, ja seda kinnitas ka kirjanduse ülevaade.

Arendusprojekt on koosõlas rahvastiku tervise arengukavaga 2020–2030. Arengukava suunab arendama tervishoidu inimesekeskselt ning fookus on terviseprobleemide ennetamisel ja kahjude vähendamisel (Rahvastiku tervise ..., 2021). Arendusprojekt on suunatud *PICS*-i ennetamisele ja seeläbi hilisemate tervisekahjude vähendamisele. *PICS*-i ennetades on patsientidel hiljem vähem terviseprobleeme, seetõttu on ka esmatasandi tervishoius nende patsientide terviseprobleemidega vähem tegelemist, mis on esmatasandi ajaliste ressursside kasutamise seisukohalt optimaalne. Ka kulutõhususe seisukohalt on mõistlik eduka ennetustegevusega minimeerida füüsiliste, vaimsete ja kognitiivsete häiretega patsientide

arvu. PICS-i sümptomite leevendamiseks saab tegeleda ajal, kui patsient viibib intensiivravil, või ka pärast seda, kuid ennetamine on võimalik ainult intensiivravil viibimise jooksul. Arendusprojekti käigus koostatud tegevusjuhend ongi mõeldud vastavaks ennetustegevuseks. Sellest lähtuvalt tuleb intensiivravist tingitud probleemiga tegeleda juba nende tekkekohas ehk intensiivraviosakonnas. Tegevusjuhendi koostamisel kaasati meeskonnaliikmetena intensiivravi ja kvaliteedijuhtimise spetsialiste, kellel on kogemus sarnaste projektidega, ning tegevusjuhendi tagasisidest as Põhja-Eesti Regionaalhaigla anesthesioloogidest koosnev ekspertgrupp. Tegevusjuhendi on kinnitanud EAIÜ juhatus, kinnitades selle usaldusväärsust. Anesthesioloogide kaasamine tõstab veelgi tegevusjuhendi usaldusväärsust ja nende tagasiside põhjal on tegemist Eestis vajaliku tegevusjuhendiga, mis vajaks laiendamist kogu intensiivravi meeskonnale. Arendusprojekti kaitsmise järel ongi plaanis koostöös Eesti Anesthesioloogide Seltsiga laiendada tegevusjuhendi kasutamist kõigile patsientidega tegelevatele intensiivravimeeskondadele.

Artikli autorite arvates on projektil oluline praktiline väärtus, sest projekti käigus valmis tegevusjuhend, mis on Eestis uudse lähenemisega. Tegevusjuhendi koostamisel ei ole otseselt arvestatud ühegi haigla spetsiifilisi võimalusi ning seetõttu saab tegevusjuhendit rakendada kõigis Eesti intensiivraviosakondades, regionaalhaiglatest üldhaiglateni.

Arendusprojekti käigus valminud tegevusjuhendit on tutvustatud EAIÜ kevadkonverentsil 2023, konverentsil BaltanestIC 2023 (BaltAnestIC, 2023) ning Eesti Õdede Liidu ajakirjas ja veebilehel (Eesti Õdede Liit, 2023). Projekti autori ettepanek seoses arendusprojektiga on edaspidi kaasata Eesti Anesthesioloogide Selts, et laiendada tegevusjuhendi kasutamist kõikidele intensiivravil viibivate patsientidega tegelevatele meeskondadele.

Arendusprojekti ülesandeid silmas pidades võib järeldada, et projekti eesmärk ja ülesanded said täidetud ning tulemusi on tutvustatud õdedele nii Eestis kui ka kogu Baltikumis. EAIÜ on koostatud tegevusjuhendi (Loodus, 2023: lisa 4) teinud ühingu kodulehel kättesaadavaks Eesti haiglate intensiivraviosakondadele, soovitusena kasutada seda kõigis Eesti II ja III astme intensiivravi osakondades (Loodus jt, 2023).

Arendusprojekti juht ja artikli esimene autor soovib tänada kõiki, kes panustasid oma aega ja teadmisi arendusprojekti elluviimisesse. Tänuõnad meeskonnaliikmetele ja artikli kaasautoritele Katre Zirelile ja Helen Valkile, kes juhendasid ja aitasid nii projekti kui ka küsitluse koostamisel, ning ekspertgrupi liikmetele, kes tagasisidestasid tegevusjuhendit.

KOKKUVÕTE

Intensiivravil viibimise järel võib patsiendil esineda intensiivravijärgne sündroom, mis väljendub süvenevate füüsiliste funktsioonihäirete, psühholoogiliste häirete, kognitiivsete häirete või sotsiaalsusprobleemidena. Intensiivravijärgne sündroom toob kaasa intensiivravijärgse elukvaliteedi languse. Eesti intensiivraviõdede praegused teadmised intensiivravijärgsest sündroomist ja selle ennetamisest on vähesed, kuid sündroomi ennetamine on intensiivraviõdede arvates vajalik. ABCDEF-enetussüsteemi kasutamine aitab intensiivravijärgset sündroomi ennetada. Ennetussüsteemi kuuluvad valu hindamine, ennetamine ja käsitlemine (A); spontaanse ärkamise ja hingamise katsed (B); sedatsiooni/analgeesia valik (C); deliiriumi hindamine, ennetamine ja käsitlemine (D); varajane treening ja liikumine (E); perekonna kaasamine / võimestamine (F). Arendusprojekti eesmärk oli koostada tegevusjuhend intensiivraviõdedele intensiivravijärgse sündroomi ennetamiseks täiskasvanud patsiendil.

Püstitatud eesmärgi saavutamiseks koostati intensiivravijärgse sündroomi olemust ja ennetamise võimalusi käsitleva kirjanduse süstemaatiline ülevaade. Intensiivravijärgse sündroomi ennetamise tegevusjuhendi sisulise vajaduse väljaselgitamiseks viidi intensiivraviõdede seas läbi küsitlusuuring, millele vastas Eesti regionaal- ja keskaiglate III astme intensiivravi osakondadest 92 intensiivraviõde. Tegevusjuhendi koostamiseks loodi multidistsiplinaarne erialaspetsialistidest koosnev meeskond. Tegevusjuhendi loomisel kaasati konsultantidena anesteziolooge SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglast.

Arendusprojekti tulemusena loodi tegevusjuhend intensiivraviõdedele intensiivravijärgse sündroomi ennetamiseks täiskasvanud patsiendil. Juhendi on kinnitanud Eesti Anesteesia- ja Intensiivraviõdede Ühingu juhatus ja ühingu kodulehel on see kättesaadav kõigile Eesti intensiivravi-osakondadele. Valminud tegevusjuhendit on tutvustatud Eesti Anesteesia- ja Intensiivraviõdede Ühingu konverentsil 2023. aasta maikuus, konverentsil BaltanestIC 2023 ning Eesti Õdede Liidu ajakirjas Eesti Õde.

KASUTATUD KIRJANDUS

BaltAnestIC. (2023, December 1). *Programme*.
<https://baltanest.com/programme/> (01.12.2023)

Boehm, L. M., Vasilevskis, E. E., Dietrich, M. S., Wells, N., Wesley Ely, E., Pandharipande, P., & Mion, L. C. (2017). Organizational domains and variation in attitudes of intensive care providers toward the ABCDE bundle. *American Journal of Critical Care, 26*(3), e18–e28.
<https://doi.org/10.4037/AJCC2017297>

Daniels, L. M., Johnson, A. B., Cornelius, P. J., Bowron, C., Lehnertz, A., Moore, M., Shen, Y., Schulte, P. J., Pendegraft, R. S., Hall, K. R., & Bauer, P. R. (2018). Improving Quality of Life in Patients at Risk for Post-Intensive Care Syndrome. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes, 2*(4), 359–369.
<https://doi.org/10.1016/J.MAYOCPIQO.2018.10.001>

Demellow, J. M., Kim, T. Y., Romano, P. S., Drake, C., & Balas, M. C. (2020). Factors associated with ABCDE bundle adherence in critically ill adults requiring mechanical ventilation: An observational design. *Intensive & Critical Care Nursing, 60*, 102873.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102873>

Eesti Õdede Liit. (2023, October 16). *Intensiivravijärgne sündroom langetab patsientide elukvaliteeti*.
<https://www.ena.ee/intensiivravijargne-sundroom-langetab-patsientide-elukvaliteeti/> (21.12.2023)

Hsieh, S. J., Otusanya, O., Gershengorn, H. B., Hope, A. A., Dayton, C., Levi, D., Garcia, M., Prince, D., Mills, M., Fein, D., Colman, S., & Gong, M. N. (2019). Staged implementation of ABCDE bundle improves patient outcomes and reduces hospital costs. *Critical Care Medicine, 47*(7), 885–893.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003765>

ICU Liberation Bundle (A–F). (2023). Society of Critical Care Medicine.
<https://www.sccm.org/Clinical-Resources/ICULiberation-Home/ABCDEF-Bundles>

Kang, J., Jeong, Y. J., & Hong, J. (2021). The effect of postintensive care syndrome on the quality of life of intensive care unit survivors: A secondary analysis. *Australian Critical Care, 34*(3), 246–253.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.08.006>

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

Lee, M., Kang, J., & Jeong, Y. J. (2020). Risk factors for postintensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Australian Critical Care, 33*(3), 287–294.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.10.004>

Loodus, R. (2023). *Tegevusjuhend intensiivraviõdedele täiskasvanud patsiendil intensiivravijärgse sündroomi ennetamiseks* [Arendusprojekt, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool] ESTER.

https://www.ester.ee/record=b5543585*est

Loodus, R., Zirel, K., Valk, H., Kleemann, P., Post, A-M., & Naelapää, K. (2023). Intensiivravijärgse sündroomi ennetamine täiskasvanul. Eesti Anesteesia- ja intensiivraviõdede Ühing.

http://www.eaiyhing.com/uploads/1/1/7/7/117722795/intensiivravij%C3%A4rgse_s%C3%BCndroomi_ennetamine_t%C3%A4iskasvanul.pdf

Maley, J. H., Brewster, I., Mayoral, I., Siruckova, R., Adams, S., McGraw, K. A., Piech, A. A., Detsky, M., & Mikkelsen, M. E. (2016). Resilience in Survivors of Critical Illness in the Context of the Survivors' Experience and Recovery. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(8), 1351–1360.

<https://doi.org/10.1513/ANNALSATS.201511-782OC>

Oakland, J. S. (2012). *Oakland on Quality Management*. Elsevier, Inc.

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

<https://www.sm.ee/rahvastiku-tervise-arengukava-2020-2030>

Tervisekassa. (2023a, December 1). *Intensiivravi indikaator 3: intensiivravil olnud haigete 12 kuu elulemus*.

<https://www.haigekassa.ee/detailsed-kliinilised-indikaatorid> (01.12.2023)

Tervisekassa. (2023b, December 1). *Ravikvaliteedi indikaatorid. Kliinilised indikaatorid*.

<https://www.haigekassa.ee/partnerile/tervishoiuteenuste-kvaliteet/ravikvaliteedi-indikaatorid/kliinilised-indikaatorid> (01.12.2023)

Tervisekassa. (2023c, December 1). *Intensiivravi indikaator 4: Intensiivravijärgse elukvaliteedi hindamine*.

<https://www.haigekassa.ee/detailsed-kliinilised-indikaatorid> (01.12.2023)

Vrettou, C. S., Mantziou, V., Ilias, I., Vassiliou, A. G., Orfanos, S. E., Kotanidou, A., & Dimopoulou, I. (2021). Quality of Life, Depression, and Anxiety in Survivors of Critical Illness from a Greek ICU. A Prospective Observational Study. *Healthcare*, 9(7), 849.

<https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE9070849>

Yuan, C., Timmins, F., & Thompson, D. R. (2021). Post-intensive care syndrome: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 114, 103814.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103814>

TERVISEHINDAMISE ESMATASANDI MÕÕDIKUTE LISAMINE LEIA PLATVORMILE

Jelena Mets, RN, APN, MSc

AS Connecto Eesti
jelena.mets@gmail.com

Kadri Kõöp, RN, MSc

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

Merle Ojasoo, PhD

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool
TalTech

Märksõnad: esmatasand, e-tervis, digilahendus,
kaugnõustamine, pereõde

Abstract: **INTEGRATION OF THE HEALTH ASSESSMENT METRICS TO THE LEIA PLATFORM IN PRIMARY CARE**

Information and communication technology aids in making healthcare services more accessible to residents and more convenient for providers, and in preparing health assessment metrics that patients can complete prior to visiting a healthcare professional. In Estonia, several digital solutions are in use that simplify the lives of healthcare workers and patients, but at the same time, digital versions of validated health assessment metrics have not reached the health information system. In providing primary nursing care and counselling, family nurses adhere to the best evidence-based recommendations, including the 2021-established family nursing practice guidelines with validated health assessment metrics. Data on primary care health assessment metrics were collected from evidence-based sources. Upon the completion of the metrics dataset, an online questionnaire was developed for family nurses working in Estonia. According to the 74 family nurses who responded to the survey conducted as part of the development project, it takes an average of 9.4 minutes to complete a health assessment metric and guide the patient, and an additional average of 9.1 minutes to interpret and document the results. The results indicated that family nurses prefer the digital version of the health assessment metric, as it allows for remote counselling and more quality guidance based on pre-filled metric results. The study showed that completing health assessment metrics is time-consuming for family nurses, and they await a digital version for remote counselling that would allow for optimal use of work time.

As a result of the development project, digital versions of seven commonly used primary care health assessment metrics were created on the LEIA platform. The

resulting digital solution is used by 11 general practitioner and health centres. The digital solution allows for remote counselling of patients; upon contacting a healthcare worker, the patient can be sent an electronic address for pre-filling the necessary metric, the completed metric results can be saved by the patient in a preferred manner and sent back to the healthcare worker, and the digitally completed health assessment metric can be used for remote counselling and to save the patient's discharge summary as a document. Digital health assessment metrics, above all, allow for improving the relationship between the patient and healthcare workers during remote counselling.

Keywords: *primary care, e-health, digital solution, remote consultation, family nurse*

SISSEJUHATUS JA TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

Kaugteenused e-tervises võivad pakkuda ühe lahenduse tervishoiusüsteemi muutmiseks patsiendikesksemaks, kuid see vajab hoolikat tähelepanu, sest e-teenused peavad olema integreeritud olemasolevatesse tervishoiuteenuste osutamise süsteemidesse (McGrail jt, 2017). Mitme uuringu kohaselt soodustavad digilahendused tervisealase teabe jagamisel suhtlust tervishoiutöötaja ja patsiendi vahel, luues aluse edasiseks koostööks ja juhendamiseks (Farnood jt, 2020). Tänapäevasel e-tervise süsteemil on kaks olulist eeldust: esiteks peab see toetama seni töötavaid rakendusi funktsionaalse katvusega (Ruxwana jt, 2010) ning teiseks peab seda olema mugav ja lihtne kasutada (Raymond jt, 2015). Samuti on väga oluline, et e-tervise kaugteenused oleks kasutaja- ja ressursisõbralikud (Eichhorn ja Paul, 2019). Uued digilahendused aitavad muuta patsiendi rolli, nii et temast saab passiivse osapoole asemel terviseteadete aktiivne tarbija, tänu millele tunneb ta ennast ka ohutumalt ja kaitstumalt (Townsend jt, 2015).

Tervishoiuteenustest on esmatähtis nõustamisteenus, mis on suunatud riskikäitumise ning haigestumise ja suremuse ennetamisele. Esmatasandi tervishoiutöötajatel, eelkõige pereõdedel, on suur vastutus patsiendi nõustamisel ja abi koordineerimisel (Eesti õenduse ..., 2020). Esmatasandi tervishoiu arengukava järgi loetakse esmatasandi tervishoiuteenusteks perearsti ja pereõde teenused, koduse õendusabi teenus, füsioteraapia-teenus, ämmaemandusabiteenus, koolitervishoiuteenus, apteegiteenus, töötervishoiuteenus, hambaraviteenus ja vaimse tervise õe teenus (Esmatasandi tervishoiu ..., 2009). Käesolev artikkel tutvustab arendusprojekti tulemusel loodud digilahendust, mis on mõeldud kasutamiseks esmatasandi tervishoius ja eelkõige pereõdedele, kuid võib osutada kasulikuks kõigile esmatasandi tervishoiutöötajatele, kes puutuvad oma töös kokku patsientidega, kellele sobib kaugnõustamine tervisehindamise

mõõdikute abil. Arendusprojektis kasutatakse kõigi selliste tervishoiutöötajate kohta terminit „tervishoiutöötaja“.

Tervishoiutöötajatele loodud kaasaegsed digilahendused võimaldavad õhutada patsienti koostööle ja juhatada teda usaldusväärsete terviseallikateni (Townsend jt, 2015). Efektivsema suhtlemise võimaldamine on üks paljudest põhjustest, miks patsiendid kasutavad terviseabe uurimiseks internetti. Hoolimata sellest, et internetipõhine enesediagnostika on kasvav nähtus, usaldavad patsiendid suuremal määral siiski tervishoiutöötajaid. Ehkki terviseabe hankimine internetist on soodsam ja kiirem, jääb see abistavaks ressursiks enesejuhtimisel või terviseisundi kindlaks tegemisel (Farnood jt, 2020). Info- ja kommunikatsioonitehnoloogia (IKT) kasutamine tervishoius ja tervishoiusüsteemides võib aidata tõhustada tervishoidu, parandada elukvaliteeti ja anda tõuke innovatsiooniks (Paat-Ahi jt, 2020: 8).

Pereõde, kes vastutab õendussekkumiste ja patsiendi jälgimise eest, peab kasutama selliseid IKT rakendusi, mis edendavad patsiendikeskset hoolust ja õdede tööd (E-tervise visioon ..., 2015). Patsiendi terviseisundi hindamiseks on kasutusel mõõdikud, mis võivad olla esmatasandis abiks tervishoiuteenuse osutamisel kaugteenusena (Suija jt, 2021: 341). Esmatasandi tervishoius on loodud mõõdikud astma, unehäirete, alkoholi- tarbimise, suitsetamise, meeleoluhäirete, hapruseriski jne hindamiseks (Alkoholitarvitamise häirega ..., 2021; Generaliseerunud ärevushäire ..., 2021; Pereõenduse tegevusjuhend, 2021: 11, 13, 14; Täiskasvanute astma ..., 2020; Täiskasvanute unehäirete ..., 2019). Internetti peetakse vahendina hästi toimivaks nii enesediagnostika puhul kui ka terviseabe leidmisel ja see aitab vähendada patsiendi ooteaega tervishoiutöötajaga kohtumisel (Farnood jt, 2020), võimaldades tal visiidiks ette valmistumisel täita tervisehindamise mõõdikuid ja/või elustiili päevikuid (Suija jt, 2021: 342). Teadus-

põhised digitaalsed tervisehindamise mõõdikud aitavad suunata inimest oma terviseabe aktiivseks tarbijaks ning parandada kaugnõustamisel suhet patsiendi ja tervishoiutöötajate vahel (Townsend jt, 2015). Digitaalsed sekkumised võivad parandada tervisekäitumisega seotud tegureid, nagu kehaline aktiivsus, tervislik toitumine ja arstide poolt väljakirjutatud raviskeemi järgimine (Akinosun jt, 2021). Perearsti- ja tervisekeskused peaksid kasutama võimalikult palju olemasoleva terviseinfosüsteemi (TIS) võimalusi, mis on funktsionaalsed ja tervishoiutöötajale mugavad kasutada ning kuhu on integreeritud patsiendi tervist hindavad mõõdikud, skaalad ja küsimustikud, sest digitaalsed lahendused peavad olema funktsionaalsed ja kasutajasõbralikud (Raymond jt, 2015).

Eestis on kasutusel mitu erinevat perearstiteenuse infosüsteemi: *5D – MED, Watson, Arstiportaal +, Perearst2 ja Perearst3* (E-tervise visioon ..., 2015: 19). Hiljutised väljaarendatud lahendused on e-perearstikeskus (<https://eperearstikeskus.ee/>) ja LEIA (<https://leia.ai/>). Kõigisse neisse on integreeritud digilahendused perearstikeskuste mõõtmiseseadmete tulemuste sisestamiseks – e-saatekirjale saab lisada pildi näiteks haavast, traumast, probleemsest sünnimärgist, silmapõhjast või viidata varasemalt tehtud uuringutele, mille kohta on andmed juba TISis olemas (Kruus jt, 2014: 104). Videokonsultatsiooni läbiviimiseks on Eestis kasutusel näiteks tarkvara *MinuDoc*, mis toimib vahendusplatvormina tervishoiuteenuse osutaja ja patsiendi vahel. *Docline*'i veebilehel on võimalik registreeruda perearsti vastuvõtule, mis toimub *Skype*'i vahendusel. *Viveo Health*'i tööprintsibiiks on tasuline veebinõustamise vestlusaken. Sünkroonset konsultatsiooni kahe tervishoiutöötaja, näiteks pereõe ja perearsti vahel kasutatakse Eesti esmatasandi tervishoius Kihnu ja Vormsi väikesaartel. (Tuisk jt, 2020:11).

Perearstikeskuste õdedel aga puuduvad kaugnõustamiseks vajalikud tervisehindamise mõõdikud, sest ravijuhenditega kehtestatud elukvaliteedi-, spetsiifilised või üldised tervisetulemite mõõdikud ei ole digitaalselt kasutusel ja need pole integreeritud olemasolevasse tervise infosüsteemi. Riiklikus patsiendiportaalis puudub võimalus leida tervisehindamise mõõdikuid, neid täita ja täidetud kujul jälgida. Seega ei vasta praeguste mõõdikute kasutusvõimalused pereõdede ootusele ja mõõdikud jäävad sageli kasutamata. (Suija jt, 2021: 341, 348). Ravijuhendites on hulk küsimustikke, mida soovitatakse kasutada, kuid seni on kõigi küsimustike täitmine toimunud paber kandjal (Pereõenduse tegevusjuhend, 2021). Tervishoiutöötajatele ligipääsetavad internetipõhised tervisehindamise mõõdikud ei ole aga paraku teaduspõhised (Farnood jt, 2020). Probleemi lahendamiseks viidi ajavahemikul 2021–2022 Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli terviseteaduse õppekava raames läbi arendusprojekt (Mets, 2023), mille eesmärk oli luua tervisehindamise mõõdikute digitaalne versioon kaugnõustamiseks esmatasandi tervishoius. Artikkel tutvustab arendusprojekti protsessi ja tulemusi ning annab soovitusi edaspidiseks. Projekti käigus:

- kirjeldati tervisehindamise mõõdikute digitaalse versiooni vajalikkust, tuginedes tõenduspõhisele kirjandusele;
- küsitleti Eesti pereõdesid, et koguda teavet tervisehindamise mõõdikute kasutamise kohta;
- loodi kasutusel olevate tervisehindamise mõõdikute digitaalsed versioonid. (Mets, 2023).

1. ARENDUSPROJEKTI DISAIN JA METOODIKA

Arendusprojekti missiooniks oli luua ühtne tervisehindamise mõõdikute digitaalne keskkond, mida saab esmatasandi tervishoius kasutada patsientide kaugnõustamiseks ja jälgimiseks ning andmete kogumiseks nende terviseseisundi kohta, nii et kogu teave oleks näha nii patsientidele kui ka tervishoiutöötajatele. Tervisehindamise mõõdikute digitaalse versiooni väljatöötamiseks kasutasid autorid koostöös arendusprojekti meeskonnaga erinevaid ravi- ja pereõenduse tegevusjuhendites soovitatud tervisehindamise mõõdikuid. Arendusprojekti läbiviimiseks kasutasid autorid *PDCA* (ingl *Plan, Do, Check, Act*) mudelit selleks, et täiustada muudatuste protsessi ja täiendada arendusprojekti raamistikku. Demingi kontseptsiooni abil on võimalik selgitada, milline on süsteemi hetkeolukord, püstitada eesmärgid, luua plaanid ja seejärel viia need ellu. *PDCA*-mudel on lihtne ja loogiline kontrollivahend organisatsioonisiseste muudatuste teostamiseks ja parenduste kvaliteedi jälgimiseks. (Taylor jt, 2014).

Planeerimise (ingl *Plan*) etapis selgitati arendusvajadust ja piiritleti teoreetilised lähtekohad, tuginedes teaduskirjandusele ja ekspertide arvamusele. Kõik toimingud arutati läbi projektimeeskonnaga, kuhu kuulusid projekti juht (ja artikli esimene autor), pereõed, *Dermtest*'i tarkvara kliinilise kasutajamugavuse juht, IT-arendaja ja konsultandid. Koostöös LEIA arendajaga määrati arendusprojekti peamised eesmärgid, tegevused ja ajakava.

Teaduskirjandusest töötati läbi ja analüüsiti kriitiliselt viimasel kümnel aastal inglise, eesti ja soome keeles avaldatud asjakohased juhendid ja uurimistöö raportid. Tuvastati, et pereõenduse tegevusjuhendiga kehtestatud tervisehindamise mõõdikutel puuduvad digitaalsed versioonid, mida saab välja töötada arendusprojekti käigus. (Mets jt, 2023).

Seejärel kasutati 2022. aasta veebruaris artikli esimese autori koostatud struktureeritud ankeetküsimustikku (Mets, 2023: lisa 1) *Google Forms*'i veebikeskkonnas. Küsimustik sisaldas pereõenduse juhendi (Pereõenduse tegevusjuhend, 2021) ja erinevate ravijuhendite (Alkoholitarvitamise häirega ..., 2021; Generaliseerunud ärevushäire ..., 2021; Täiskasvanute astma ..., 2020, Täiskasvanute unehäirete ..., 2019) soovitude kohaselt loetelu seitsmest tervisehindamise mõõdikust, mille kasutamise sagedust ja mugavust paluti pereõdedel hinnata Likerti tüüpi skaalade ja valikvastuste abil. Terviseameti tervishoiutöötajate registri andmete järgi oli seisuga 01.06.2022 Eestis pereõenduse erialal registreeritud 691 pereõde (Tervishoiutöötajate register, 2022). Statistika selle kohta, kui palju pereõdesid töötab tegelikult perearsti- ja tervisekeskustes, kahjuks puudub. Üleskutse küsitluses osalemiseks saadeti 189-le perearsti- ja tervisekeskuste avalikult kättesaadavale elektroonsele aadressile, avalikustati Eesti Pereõdede Liidu siseveebis ja saadeti Eesti Pereõdede Ühingu üldisele e-postile. Andmeid koguti ajavahemikus 16.03.–31.05.2022. Kolmel korral saadeti küsimustiku täitmiseks meeldetuletus. Küsitlusele vastas 74 esmatasandil töötavat pereõde. Andmete analüüsimiseks kasutati tarkvarapaketti *SPSS Statistics 22.0*, arvutades kirjeldavaid statistikuid (keskmine ja standardhälve (*SD*)). Avatud küsimustele antud vastused koondati tsitaatidena *Microsoft Word*'i dokumenti, kus need jaotati kategooriatesse küsimuste kaupa analüüsimiseks ja korduste eemaldamiseks. (Mets, 2023: 26–27).

Tegutsemisfaasis (ingl *Act*) arendati välja pereõenduse tegevusjuhendis käsitletud ja soovitatud tervisehindamise mõõdikute digitaalsed versioonid LEIA platvormil, tuginedes pereõdede küsitlusega saadud tulemustele. Koostöö LEIA platvormi IT-arendajaga algas juunis 2022, et integreerida mõõdikute digitaalsed versioonid olemasolevasse tarkvarasse. LEIA

platvormi kasutavad 11 perearsti- ja tervisekeskust. Platvormi veebi-aadressiks on <https://arstikeskus.ee> või <https://leia.ai>. LEIA põhineb tehisintellekti ja inimintellekti kombinatsioonil eesmärgiga võimestada patsiente ning tervishoiusüsteemi. LEIA platvormi arendas välja OÜ HealthCode AI 2018. aastal ning see võeti esmakordselt kasutusele 2020. aasta mais. LEIA platvorm pakub kasutajatele võimaluse edastada oma tervisemure perearsti- või tervisekeskusele ning tarkvara analüüsib kasutaja terviseprobleemi, võrreldes seda akadeemilise tervishoiuteabega ja anonüümse inimeste rühmaga, kellel on sarnased terviseprobleemid. Arstikeskus.ee veebilehe ja LEIA platvormi kasutamine on patsientidele tasuta ning OÜ HealthCode AI on nende isikuandmed kaitsnud vajalike turvameetmetega. (Mets, 2023).

Arendusprojekti raames valminud digilahendus võeti jooksvalt kasutusele, st iga valideeritud, korrektselt loodud, testitud ja projekti autorite poolt heaks kiidetud mõõdik on perearstikeskuse tervishoiutöötaja töölaual digitaalsel kujul olemas. Kuna kõik seitse tervisehindamise mõõdikut on pereõenduse tegevusjuhendi põhjal esmatasandi tervishoiu kasutusel, siis digitaalsel versioonil puudub kasutusjuhise vajadus. Mõõdikutega saadud tulemuste tõlgendamised ja sellest tingitud vajalikud sekkumised on kirjeldatud pereõenduse tegevusjuhendis ja ravijuhendites. (Mets, 2023: lisa 3). Valminud digitaalne lahendus, mis koosneb seitsmest valideeritud tervisehindamise mõõdikust, võib tõsta pereõenduse kvaliteeti ning edendada innovaatsilisust esmatasandi tervishoiu. Pereõele loovad teaduspõhised digitaalsed tervisehindamise mõõdikud täiendava võimaluse parandada kaugnõustamise käigus suhet patsiendiga. „Loodud mõõdikud on struktureeritud tervishoiutöötaja töölaua jaoks nii, et vastavalt patsiendi vajadusele saab pereõde valida vastava mõõdiku ja edastada täitmiseks digitaalse versiooni. Täidetud mõõdiku skoor jõuab automaatselt

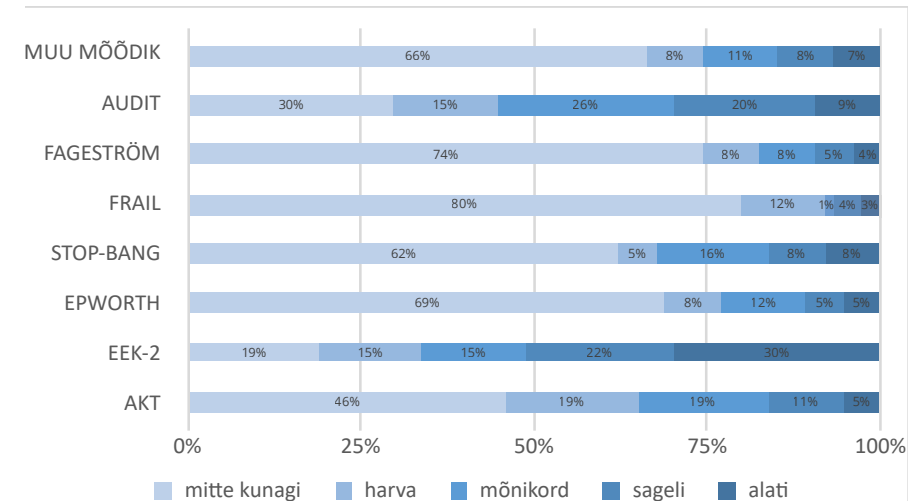
tervishoiutöötaja töölaual, fikseerides täitmise aja. Skoori tulemust dokumenteeritakse patsiendi isiklikul kaardil, mida saab jälgida dünaamiliselt ja selle abil nõustada patsienti kaugteenusena.“ (Mets, 2023). Detsembris 2022 avaldati ajakirjas Eesti Õde ka esimene arendusprojekti tutvustav artikkel pealkirjaga „Pereõdede tervisehindamise mõõdikud ootavad digitaaliseerimist“ (Mets jt, 2022).

2. TULEMUSED

2.1. Pereõdede küsitluse tulemused tervisemõõdikute senise kasutamise kohta

Küsimustikule (Mets, 2023: lisa 1) vastas 74 pereõde, neist 48 perearstikeskusest, 21 tervisekeskusest ja 5 üksikpraxisest. Vastajate vanus varieerus 23–64 eluaastani ning keskmine tööstaaž oli 13 aastat (+/- 10 aastat). (Mets, 2023: lisa 2).

Küsimusele, milliseid mõõdikuid oma töös kasutatakse, vastasid kõik 74 pereõde. Oma töös kasutavad EEK-2 küsimustikku alati 30% (n=22) ja sageli 22% (n=16) pereõdedest. Mõõdik *AUDIT* on alati kasutusel 9%-l (n=7) ja sageli 20%-l (n=15) pereõdedest. Samal ajal vastasid enam kui pooled pereõded, et nad ei kasuta mitte kunagi tervise hindamiseks mõõdikuid *EPWORTH* (69%, n=51), *FRAIL* (80%, n=59), *STOP-BANG* (62%, n=46) ja *FAGESTRÖM* (74%, n=55) (vt joonis 1).



Joonis 1. Pereõdede (n=74) jagunemine tervisehindamise mõõdikute kasutamissageduse järgi (Mets, 2023: tabel 3, kohandatud jooniseks).

Muudest mõõdikutest nimetasid pereõded valuskaalat, kusehäirete küsimustikku *IPSS* (*International Prostate Symptom Score*), teste *CHADSVASC* ja *HAS-BLED*, *Minimal*-testi ning kehalise aktiivsuse ja toitumise mõõdikuid, kuid nende kasutamise sagedus oli madal. Ankeetküsimustiku tulemustest selgus, et esmatasandi tervishoiu kasutusel olevate tervisehindamise mõõdikute digitaalsetest versioonidest võiks veel integreerida järgmised: urineerimishäirete küsimustik *IPSS* (*International Prostate Symptom Score*) ning testid *CHADSVASC* ja *HAS-BLED*. (Mets, 2023: tabel 3).

Vastanud pereõdedest kasutavad nimetatud mõõdikuid patsientide tervisehindamiseks eesti keeles keskmiselt 31 pereõde (olenevalt mõõdikust +/- 17 õde) ja vene keeles keskmiselt 10 pereõde (+/- 8 õde). Harvem oli mainitud inglise ja soome keelt. (Mets, 2023: tabel 4).

Lisaks uuriti, kui palju aega kulub ühe tervisehindamise mõõdiku täitmiseks ja patsiendi juhendamiseks. Pereõed märkisid ühe patsiendi juhendamise ja tema tervisehindamise mõõdiku täitmise ajakuluks keskmiselt 9,38 (*SD* 2,38) minutit. Kõige rohkem aega, keskmiselt 11 minutit, kulus mõõdikute *AUDIT*, *EEK-2* ja *FRAIL* täitmiseks ning nende alusel patsiendi juhendamiseks. (Mets, 2023: tabel 5). Lisaks kulus ühe tervisehindamise mõõdiku tõlgendamiseks ja dokumenteerimiseks keskmiselt 9 (+/- 1,5) minutit. Kõige rohkem aega, keskmiselt 11,53 minutit, kulus pereõdedel mõõdiku *FRAIL* tõlgendamiseks ja dokumenteerimiseks. (Mets, 2023: tabel 6).

Respondentidelt uuriti, milliseid abistavaid platvorme või keskkondi nad kasutavad tervisehindamise mõõdikute leidmiseks ja täitmiseks. Vastustest selgus, et mõõdikute leidmiseks ja täitmiseks kasutatakse enamasti ravijuhendeid, mille kõrval mainiti ka internetti ja e-perearstikeskuse platvormi. Internetis kasutatakse kõige enam mõõdikuid *EEK-2* ja *AUDIT* ning ravijuhenditele tuginedes leiavad sagedamini kasutust mõõdikud *EEK-2* ja *AKT*. Perearstikeskuste kasutuses olevatest platvormidest on pereõdedel kasutusel e-perearstikeskuse platvorm, *TIS*, *LEIA* platvorm, *MinuDoc*'i tervisenõustamise platvorm ja andmebaas *SynBase*. (Mets, 2023: tabel 7).

Tulemustest selgus, et 72,9% (*n*=54) vastajatest pidasid suurimaks eeliseks tervisehindamise mõõdikute digitaalse versiooni kasutamist. Suurimaks takistuseks pereõe töös on 64,8% (*n*=54) vastanute hinnangul tervisehindamise mõõdikute digitaalse versiooni puudumine. Enamik pereõdedest (*n*=38) arvas, et tervisehindamise mõõdikute digitaalne versioon võimaldaks nõustada patsienti kaugteenusena ehk distantsilt. (Mets, 2023: tabel 8).

2.2. Projekti tulemus

LEIA platvormil (<https://leia.ai>) loodi eraldi moodul, kuhu integreeriti seitse valideeritud tervisehindamise mõõdikut (Mets, 2023: lisa 3), mille abil saavad pere- ja tervisekeskuste tervishoiutöötajad, eelkõige pereõed, nõustada patsiente kaugnõustamise teel. Arendusprojekti kaitsmise hetkeks oli valminud seitse tervisehindamise mõõdikut: astma kontrolli test (Mets, 2023: 71), emotsionaalse enesetunde küsimustik *EEK-2* (Mets, 2023: 69), *Epworth*'i unisuse skaala (Mets, 2023: 67), küsimustik *STOP BANG* (Mets, 2023: 70), hapruse skriinimise küsimustik (Mets, 2023: 65), *Fagerström*'i test (Mets, 2023: 68) ja alkoholi tarvitamist hindav test (Mets, 2023: 66). Kuna arendusprojekti raames loodud digilahendus on jätkusuutlik, siis vastutab platvormi edaspidise tehnilise hoolduse, täiustamise ja kaitsmise eest *LEIA* platvormi IT-arendaja. Mõõdikute digitaalsete versioonide piloteerimisega seotud küsimused, rahuolu ja ettepanekud lahendatakse edaspidi koostöös IT-arendajaga. Esmalt oli eesmärk luua eestikeelsed versioonid ning lisada hiljem inglis- ja venekeelsed mõõdikud. Projekti tulemuse jätkusuutlikkuse ja levikuala suurendamiseks on edaspidi vaja teha koostööd erinevate huvigruppidega, nagu Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus (TEHIK), Sotsiaalministeerium ja AS Medisoft.

3. ARUTELU JA JÄRELDUSED

Nii varasemate uurimistööde (Eichhorn ja Paul, 2019; Raymond jt, 2015; Ruxwana jt, 2010; Suija jt, 2021) kui ka selle projekti raames läbi viidud küsitluse tulemused (Mets, 2023) näitavad, et IKT-lahenduste rakendamine esmatasandi tervishoius tõhustaks tervishoiutöötajate tööd ning parandaks tervishoiuteenuse kättesaadavust kaugteenusena ja veebiüleselt. Lisaks toovad Akinosun jt (2021), Hong jt (2021) ning Paat-Ahi jt (2020)

oma uurimistöodes välja, et IKT-l baseeruvatel sekkumistel on suur mõju inimese tervisekäitumisele, enesetõhususele ja -juhtimisele. Projekti küsitluse tulemusena selgus, et pereõed vajavad kõige enam tervisehindamise mõõdikute digitaalset versiooni, et nende kaudu rohkem kaasata patsiente. Lisaks võimaldab uus digilahendus leevendada esmatasandi tervishoiu koormust ja optimeerida ajakulu terviseseisundi hindamise mõõdikute täitmisel ja tõlgendamisel. (Mets, 2023).

LEIA platvormile integreeritud digimoodul, mis sisaldab seitset valideeritud tervisehindamise mõõdikut, vastab kehtivatele ravi- ja tegevusjuhenditele (Alkoholitarvitamise häirega ..., 2021; Generaliseerunud ärevushäire ..., 2021; Pereõenduse tegevusjuhend, 2021; Täiskasvanute astma ..., 2020; Täiskasvanute unehäirete ..., 2019;). Arendusprojekti tulemusel loodud digilahendused on kasutajasõbralikud ning sobivad peale pereõdede ka perearstidele, kuid nende kasutus eeldab teatud määral senise töö ümberkorraldamist. Projekti autori ja artikli autorite arvates oleks kõige optimaalsem lahendus see, kui patsient helistab või kirjutab pereõele ning pereõde otsustab vastavalt pöördumise põhjusele, millist küsimustikku ta patsiendile iseseisvaks täitmiseks pakub. Enne seda peab pereõde veenduma, et digilahendus sobib patsiendile ja tal on võimalik platvormi kasutades mõõdiku küsimustikku täita. Pärast seda, kui patsient on andnud nõusoleku täita küsimustik veebi teel, edastab pereõde talle lingi, et ta saaks mõõdiku täita endale sobivas ajavahemikus ja kohas juba enne esmatasandi visiiti. Täidetud mõõdiku edastab patsient pereõe e-postile. Tõsi küll, pereõde töölauale tekib seeläbi täiendav digiaken, mis ühest küljest suurendab läbitöötamist vajava andmestiku mahtu. Teisest küljest aga pakub see pereõele võimaluse optimeerida oma tööaega ja kasutada edaspidi vastuvõtuks ettenähtud loetud minuteid teabe kogumise asemel aja- ja asjakohase abi andmisele.

Arendusprojekti ja artikli esimene autor on jätkanud koostööd LEIA platvormi arendajaga, et loodud digilahendust edasi arendada ja täiendada. Näiteks tegid projektis küsitletud pereõed ettepaneku digitaliseerida ka urineerimishäirete küsimustik *IPSS (International Prostate Symptom Score)* ja seda hakataksegi koostöös järgmisena integreerima. Projekti autorid avaldasid uuringu tulemusi tutvustava artikli ajakirjas Eesti Õde 2022. aasta detsembris. Sellise innovatiivse ja üleriigiliselt vajaliku projekti õnnestumise ja jätkusuutlikkuse peamine eeldus on meeskonnatöö, sest üksi ei ole võimalik digilahendusi arendada ega uuendusi ellu viia. Innovaatilise arenduse väljatöötamisel on alati vaja planeerida suuremat ajalist ressursi ning kaasata töösse IT-konsultant või -spetsialist.

KOKKUVÕTE

Info- ja kommunikatsioonitehnoloogia aitab muuta tervisehoiuteenused nii elanikele kättesaadavamaks kui ka teenuse osutajale käepärasemaks ning valmistada ette tervisehindamise mõõdikuid, mida patsient saab täita enne visiiti tervishoiutöötaja juurde. Eestis on kasutusel mitmed digilahendused, mis aitavad tervishoiutöötajate ja patsientide elu lihtsustada, ent samal ajal ei ole valideeritud tervisehindamise mõõdikute digiversioonid jõudnud tervise infosüsteemi. Esmatasandi õendusabi ja nõustamist pakkudes lähtub pereõde parimatest tõenduspõhistest soovistest, sealhulgas ka 2021. aastal kehtestatud pereõenduse tegevusjuhendist koos valideeritud tervisehindamise mõõdikutega. Andmed esmatasandi tervisehindamise mõõdikute kohta koguti teaduspõhistest allikatest. Mõõdikute andmestiku valmimisel koostati veebipõhine ankeetküsimustik Eestis töötavatele pereõdedele. Arendusprojekti raames läbi viidud kvantitatiivse uurimuse küsitlusele vastanud 74 pereõde hinnangul kulub ühe tervisehindamise mõõdiku täitmiseks ja patsiendi juhendamiseks keskmiselt

9,4 minutit ning tulemuste tõlgendamiseks ja dokumenteerimiseks lisaks keskmiselt 9,1 minutit. Tulemustest selgus, et tervisehindamise mõõdiku kasutamisel eelistavad pereõed selle digitaalset versiooni, sest see võimaldab nõustada patsienti distantsilt ja eeltäidetud mõõdiku tulemuste põhjal ka kvaliteetsemalt. Uuring näitas, et tervisehindamise mõõdikute täitmine on pereõdedele ajamahukas, ning pereõed ootavad kaugnõustamiseks tervisehindamise mõõdikute digitaalset versiooni, mis võimaldaks kasutada tööaega optimaalselt.

Arendusprojekti tulemusena loodi seitsme esmatasandi tervishoiu enamkasutatud tervisehindamise mõõdiku digitaalsed versioonid LEIA platvormil. Valminud digilahendust kasutavad 11 perearsti- ja tervisekeskust. Digilahendus võimaldab nõustada patsiente kaugnõustamise teel, patsiendi pöördumisel tervishoiutöötaja poole saab patsiendile saata elektroonilise aadressi vajaliku mõõdiku eeltäitmiseks, täidetud mõõdiku tulemused saab patsient salvestada endale sobival viisil ja saata need tagasi tervishoiutöötajale, digitaalsel kujul täidetud tervisehindamise mõõdiku abil on võimalik kaugnõustada distantsilt ja salvestada patsiendi epikriis dokumendina. Digitaalsed tervisehindamise mõõdikud võimaldavad eelkõige parandada patsiendi ja tervishoiutöötajate vahelist suhet kaugnõustamisel.

KASUTATUD KIRJANDUS

Akinosun, A. S., Polson, R., Diaz-Skeete, Y., De Kock, J. H., Carragher, L., Leslie, S., Grindle, M., Litt, M., & Gorely, T. (2021). Digital Technology Interventions for Risk Factor Modification in Patients With Cardiovascular Disease: Systematic Review and Meta-analysis. *JMIR Mhealth Uhealth*, 9(3), e21061.
<https://doi.org/10.2196/21061>

Alkoholarvitamise häirega patsiendi käsitlus. Ravijuhend. RJ-F/7.2-2020. (2021). Eesti Haigekassa.

<https://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/149/alkoholarvitamise-hairega-patsiendi-kasitlus>

Eesti õenduse ja Ämmaemanduse arengustrateegia 2021–2030. Ühised sammud terviseni. (2020). Eesti õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing, Eesti Õendusjuhtide Ühing.

https://www.estnda.ee/pildid/dokumendid/Avaleht/Eesti_õenduse_ammaemanduse_arengustrateegia_2021_2030.pdf

Eichhorn, J., & Paul, M. (2019). Perspectives of senior citizens and nursing professionals regarding the application of eHealth-solutions in rural areas. *Pflegewissenschaft*, 7/8: 301.

Esmatasandi tervishoiu arengukava 2009–2015. Sotsiaalministeerium.

<http://hdl.handle.net/10062/85141>

E-tervise visioon 2025. E-tervise strateegiline arenguplaan 2020. (2015). Tallinn.

<http://hdl.handle.net/10062/85182>

Farnood, A., Johnston, B., & Mair, F. S. (2020). A mixed methods systematic review of the effects of patient online self-diagnosing in the 'smart-phone society' on the healthcare professional-patient relationship and medical authority. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 20, 253.

<https://doi.org/10.1186/s12911-020-01243-6>

Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitlus perearstias. Ravijuhend. RJ-F/2.2-2020. (2021). Eesti Haigekassa.

<https://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/220/generaliseerunud-arevushaie-ja-panikahaie-agorafobiaga-voi-ilma-kasitlus-perearstias>

Hong, P.-C., Chen, K.-J., Chang, Y.-C., Cheng, S.-M., & Chiang, H.-H. (2021). Effectiveness of Theory-Based Health Information Technology Interventions on Coronary Artery Disease Self-Management Behavior: A Clinical Randomized Waitlist-Controlled Trial. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(4), 418–427.

<https://doi.org/10.1111/jnu.12661>

- Kruus, P., Ross, P., Hallik, R., Ermel, R., & Aaviksoo, A. (2014). *Telemeditsiini laialdasem rakendamine Eestis: uuringuaruanne*. Poliitikauuringute Keskus Praxis.
https://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Telemeditsiini_laialdasem_rakendamine_Eestis_uuringuaruanne_01.pdf
- Mets, J., Kööp, K., & Ojasoo, M. (2022). Pereõdede tervisehindamise mõõdikud ootavad digitaliseerimist. *Eesti Õde*, 4, 26–27.
https://issuu.com/eestiode/docs/eesti_6de_4_2022_f1_compressed/s/20415572 (25.09.2023)
- Mets, J. (2023). *Tervisehindamise mõõdikute digitaalse versiooni loomine kaugnõustamiseks esmatasandi tervishoius* [Arendusprojekt, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool] ESTER.
https://www.ester.ee/record=b5542749*est
- McGrail, K. M., Ahuja, M. A., & Leaver, C. A. (2017). Virtual Visits and Patient-Centered Care: Results of a Patient Survey and Observational Study. *J Med Internet Res*, 19(5), e177.
<https://doi.org/10.2196/jmir.7374>
- Paat-Ahi, G., Randväli, A., & Purge, P. (2020). *Kaugvastuvõtu rakendamine eriolukorras*. Poliitika-uuringute Keskus Praxis.
https://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2020/12/Eriolukorra_juhtumianaluus-FINAL3.pdf
- Pereõenduse tegevusjuhend. (2021). Eesti Tervisekassa.
https://www.tervisekassa.ee/sites/default/files/kvaliteet/Kvaliteedijuhendid/Pere%C3%B5de_juhend_tv_veeb.pdf
- Raymond, L., Paré, G., Ortiz de Guinea, A., Poba-Nzaou, P., Trudel, M-C., Marsan, J., & Micheneau, T. (2015). Improving performance in medical practices through the extended use of electronic medical record systems: a survey of Canadian family physicians. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 15(1), 1–15.
<https://doi.org/10.1186/s12911-015-0152-8>
- Ruxwana, N. L., Herselman, M. E., & Conradie, D. P. (2010) ICT applications as eHealth solutions in rural healthcare in Eastern Cape Province of South Africa. *The HIM Journal*, 39(1), 17–26.
<https://doi.org/10.1177/183335831003900104>

- Suija, K., Nahkur, S., Laidoja, R., & Kalda, R. (2021). Patsiendiküsimustike ja kaugteenuste kasutamine perearstikeskustes: perearstide ja pereõdede küsitlusuuring. *Eesti Arst*, 100(6), 341–350.
<https://eestiartst.ee/patsiendikusimustike-ja-kaugteenuste-kasutamine-perearstikeskustes-perearstide-ja-pereõdede-kusitlusuuring/>
- Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. (2014). Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 23, 290–298.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862>
- Tervishoiutöötajate register. (2022, June 1).
<https://mveeb.sm.ee/ctrl/ee/Tervishoiutootajad/>
- Townsend, A., Leese, J., Adam, P., McDonald, M., Li, L. C., Kerr, S., & Backman, C. L. (2015). eHealth, Participatory Medicine, and Ethical Care: A Focus Group Study of Patients' and Health Care Providers' Use of Health-Related Internet Information. *Journal of Medical Internet Research*, 17(6), e155, 1–12.
<https://doi.org/10.2196/jmir.3792>
- Tuisk, L. J., Grents, G., & Kruus, L. (2020). Eelanalüüs: kaugteenuste arendamine esmatasandil. Eesti Perearstide Selts, Eesti Haigekassa.
<https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Kaugteenuste%20eelanal%C3%BC%C3%BCs.pdf>
- Täiskasvanute astma käsitlemine esmatasandil. *Ravijuhend*. RJ-J/3.2-2020. (2020). Eesti Haigekassa.
<https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/221/taiskasvanute-astma-kasitlus-esmatasandil>
- Täiskasvanute unehäirete esmane diagnostika. *Ravijuhend*. RJ-G/28.1-2018. (2019). Eesti Haigekassa.
<https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/221/taiskasvanute-astma-kasitlus-esmatasandil>

HINDAMISVAHENDI KIDSCREEN-52 JUURUTAMINE LASTE JA NOORUKITE VAIMSE TERVISE PROBLEEMIDE ENNETUSES ESMATASANDIL

Tiina Saks, RN, APN, MSc

Saku Tervisekeskus
tiina.saks2@gmail.com

Merle Talvik, PhD, Assoc Prof

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

Märksõnad: laps, nooruk, elukvaliteet, heaolu, varajane hindamine,
vaimne tervis, esmatasandi tervishoid, KIDSCREEN-52

Abstract: **IMPLEMENTATION OF THE KIDSCREEN-52 QUESTIONNAIRE IN THE PREVENTION OF MENTAL HEALTH PROBLEMS AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS IN PRIMARY CARE**

The goal of the development project to create a training program for general practitioners and nurses on the implementation of the KIDSCREEN-52 questionnaire for the early assessment of children and adolescents' quality of life and their well-being, as well as for the prevention of mental health problems, was achieved using Saku Health Centre as a model. Since childhood and adolescence are critical life stages for the development of mental health issues, early detection, and assessment of problems, as well as timely intervention by health-care workers, are of paramount importance.

During the development project, two questionnaire surveys were conducted. The first helped clarify the situation regarding the assessment of the quality of life of children and adolescents, and the second collected feedback after three months of implementing the KIDSCREEN-52 at Saku Health Centre. The results of the second questionnaire confirmed to the author of the development project the need to improve primary healthcare professionals' knowledge of both the KIDSCREEN-52 questionnaire and other existing Health-Related Quality of Life (HRQoL) questionnaires. The reasons for not using the questionnaires were identified as a lack of knowledge, experience in use, and time resources among general practitioners and nurses. During the development work, a training program for the use and implementation of the KIDSCREEN-52 questionnaire was developed for primary healthcare professionals, and the training was conducted at Saku Health Centre. The training was deemed necessary by the participants and achieved its goal. The sustainability of

the development project is ensured by the need-based implementation of trainings in primary healthcare. Trainings would ensure faster and more effective teamwork among different specialists and would create a habit of using the KIDSCREEN-52 questionnaire for assessing the mental health of children and adolescents. Greater time resources for health centre employees could be provided by adding the position of a mental health nurse to the team.

Keywords: *child, adolescent, quality of life, well-being, early assessment, mental health, prevention, primary care, KIDSCREEN-52*

SISSEJUHATUS JA TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

Lapsepõlv ja noorukiiga on vaimse tervise seisukohalt kriitilised eluetapid, sest enamik vaimse tervise probleeme areneb välja juba lapsepõlves või noorukieas. Vaimse tervise probleemide ja riskide esmamärkaja on sageli perearst või -õde. Pereõde tegevusvaldkonda kuulub ka vaimse tervise edendamine, mis hõlmab tervise riskitegurite hindamist ja ennetamist ning patsiendi nõustamist ja tema terviseseisundi jälgimist. (Vaimse tervise ..., 2020: 40–41).

Inimese holistiline käsitlus tänapäevases mõistes tugineb inimese terviklikkuse kontseptsioonil ehk inimeseks olemisel (Tökkäri, 2015). Seega lähtub ka vaimse tervise õendusabi täna holistilis-teoreetilistest lähtekohtadest. Inimese käsitlemine tervikuna hõlmab nii tema bioloogilist, psühholoogilist kui ka sotsiaalset heaolu (Zauszniewski jt, 2012). Õendussekkumiste eesmärk on patsientide heaolu ja tervenemine ning haiguste ennetamine. Esmatasandi tervishoius töötavad õed näevad lapsi ja noorukeid tervikuna ning teavad, et laste ja noorukite heaolu ning elukvaliteet mõjutavad nii nende vaimset kui ka füüsilist tervist. (Ernits jt, 2020: 32–33).

Rahvastiku tervise arengukavas 2020–2030 on ühe eesmärgina välja toodud vaimse tervise edendamine, probleemide varajane märkamine ja hindamine ning õigeaegne sekkumine (Rahvastiku Tervise ..., 2021; Vaimse tervise ..., 2020). Tervisesüsteemis pidurdab vaimse tervise valdkonna arengut tõenduspõhiste hindamis- ja diagnostiliste küsimustike vähene kasutamine esmatasandi tervishoius. Takistuseks on ka eelnimetatud küsimustike puudus, kuna need on sageli originaalkeelest (inglise keel) eesti keelde kohandamata ja Eestis valideerimata. (Konstabel jt, 2016; Vaimse tervise ..., 2020).

Laste ja noorukite vaimse tervisega seotud üldist elukvaliteeti mõõdetakse rahvusvaheliselt tunnustatud ja väljatöötatud *HRQoL* (ingl *the measurement of health-related quality of life*) hindamismõõdikute alusel või siis tervishoiutöötaja või intervjuerija täidetud küsimustike alusel, mis on kohandatud vastavalt valdkonnale ja psühhomeetrilistele teguritele (Ravens-Sieberer jt, 2014). 8–18-aastaste laste ja noorukite tervisega seotud elukvaliteedi (*HRQoL*) hindamiseks on koostöös 13 Euroopa riigiga välja töötatud küsimustik KIDSCREEN, mis pöörab erilist tähelepanu laste arusaamadele oma elukvaliteedist ja heaolust. Ankeetküsitluses mõõdetakse laste ja noorukite elukvaliteeti, võttes arvesse nii nende füüsilist, vaimset kui ka sotsiaalset heaolu. (KIDSCREEN, 2023).

Eestis kasutab KIDSCREEN-52 hindamisvahendit Sotsiaalkindlustusamet Lastemaja (SKA Lastemaja). Märtsis 2022 tehtud telefoniintervjuust SKA Lastemaja peaspetsialistiga selgus, et SKA Lastemajas kasutatakse KIDSCREEN-52 igapäevaselt. Tänu küsimustikule saadakse kiirelt vastus lapse emotsionaalse olukorra kohta ning see omakorda annab võimaluse kiireks edasitegutsemiseks ja õige spetsialistini jõudmiseks.

Eesti esmatasandi tervishoius ei hinnata laste ja noorukite vaimset tervist ja heaolu süsteemselt ning spetsialistide seas puudub ühtne käsitlus sobiva hindamisvahendi valimisel (Akkermann, 2014: 10). Tõenduspõhiste hindamisvahendite kasutamise vajadust rõhutatakse nii Eesti tervishoius, sotsiaalabis kui ka hariduses (Akkermann, 2014: 13). Ühe lahendusena võiks siinses praktikas rakendada standardset küsimustikku KIDSCREEN-52, mis on Eestis juba valideeritud (KIDSCREEN, 2023; Konstabel jt, 2016). Selle abil saaksid laste ja noorukite vaimse tervise probleeme hindavad spetsialistid varakult ennetada või leevendada vaimse tervise häirete mõju patsiendi elukvaliteedile ja heaolule. Aastatel 2021–2023 viidi Tallinna

Tervishoiu Kõrgkoolis läbi arendusprojekt eesmärgiga töötada välja koolituskava perearstidele ja -õdedele laste ja noorukite elukvaliteedi ning heaolu varajaseks hindamiseks, vaimse tervise probleemide ennetuseks ja KIDSCREEN-52 küsimustiku rakendamiseks Saku Tervisekeskuse näitel. Projekti käigus:

- uuriti nii kirjanduse ülevaatele kui ka ankeetküsitluse vastustele tuginedes Saku Tervisekeskuse tervishoiutöötajate hinnanguid ja seisukohti olemasolevate *HRQoL*-küsimustike ja vaimse tervise hindamise küsimustike kasutamise kohta ning laste ja noorukite vaimse tervise probleemide hindamise vajadust esmatasandi tervishoius. Uuring käsitles ka põhjusi, miks olemasolevaid hindamisvahendeid ei ole seni kasutatud;
- tutvustati ja kasutati Saku Tervisekeskuses kolme kuu jooksul – aprilli algusest kuni juuni lõpuni 2022 – KIDSCREEN-52 küsimustikku, mis on Eestis valideeritud ja heaks kiidetud. Kasutamiskogemuse kohta saadud tagasiside kinnitas koolituse vajadust, sest perearstidel ja -õdedel puudus nii eelnev kogemus küsimustiku kasutamisel kui ka teadlikkus sellise küsimustiku olemasolust;
- saadud teabe põhjal töötati välja koolituskava KIDSCREEN-52 küsimustiku rakendamiseks. Koolituskava testimine viidi läbi septembris 2022 ja koolitusel osalenute tagasiside andis kinnitust, et esmatasandi tervishoiuspetsialistid vajavad KIDSCREEN-52-alaseid koolitusi. (Saks, 2023).

Artikli eesmärk on esitleda arendusprojekti (Saks, 2023) tulemusi ja laiemalt tutvustada tõenduspõhiseid arendusvõimalusi esmatasandi tervishoius.

1. ARENDUSPROJEKTI DISAIN JA METOODIKA

1.1. Arendusprojekti disainimine ja ettevalmistus

Arendusprojektiga alustati oktoobris 2021 ja projekt valmis jaanuaris 2023. Arendusprojekti tegevused olid jagatud eeltöödeks ja põhitegevusteks. Projekti ajaline raamistik on arendusprojektis välja toodud tabelina (Saks, 2023: 27). Eeltööd hõlmasid teemakohase kirjanduse süstemaatilist ülevaadet, projektikavandi ja -meeskonna moodustamist ning asutusepoolse nõusoleku ja ekspertarvamuse saamist projekti teostamiseks. Põhitegevusteks olid olukorra kaardistamine, arendusprojekti idee tutvustus ja kolmekuuline KIDSCREEN-52 küsimustiku kasutamine Saku Tervisekeskuses. Sellele järgnes tagasiside kogumine ning kasutamiskogemuse analüüsi põhjal koolituskava koostamine ja testimine.

Esimese sammuna koostati süstemaatiline tõenduspõhise kirjanduse ülevaade. Kirjandusallikate otsingu kriteeriumid määratleti järgnevalt: aastatel 2011–2022 avaldatud ingliskeelsed artiklid, mis käsitlevad laste ja noorukite hindamisvahendeid vaimse tervise probleemide ennetamisel; vaba ligipääsuga täistekst (ingl *full-text*) ja eelretsenseeritus (ingl *peer-reviewed*). Otsingul kasutati erialaspetsiifilisi andmebaase, nagu *PubMed*, *MEDLINE*, *CINAHL Complete* ja *Academic Search Complete*, ning otsingusõnadeks valiti järgmised märksõnad ja nende kombinatsioonid: *children AND adolescent AND quality of life AND well-being AND mental health problems AND prevention AND primary care*. Sõna „elukvaliteet“ asemel kasutati lühendit *HRQoL* (ingl *health-related quality of life* ehk „tervisega seotud elukvaliteet“), sest see andis otsingutes parema tulemise. Kirjandusallikate otsing viidi läbi korduvalt oktoobrist 2021 kuni maini 2022. Teema mitmetahulisuse tõttu kasutati ka käsitsi otsingut *Google Scholar*i otsingu-

mootoris. Kokku leiti neli sobivat teadusartiklit, mille andmete väljavõtu-leht on lisatud artiklile (vt lisa 1).

1.2. Uurimis- ja arendusmetoodika

Tervishoiutöötajate seisukohtade ja hinnangute kaardistamiseks kasutati ankeetküsitlust, mis viidi Saku Tervisekeskuse perearstide ja -õdede seas läbi kahel korral – enne ja pärast kolmekuulist KIDSCREEN-52 kasutamist. Mõlemale ankeetküsitlusele saadi vastused paberkandjal. Küsitlused olid anonüümsed ja vastamine oli vabatahtlik. Respondente teavitati uurimistöö eesmärgist, eeldatavast kasust ja riskidest. Samuti austati uuringu osalejate vaba tahet ning tagati nende anonüümsus, privaatsus ja heaolu kaitse. (Hea teadustava, 2017). Esmase ankeetküsitlusega, mis viidi läbi 23. märtsil 2022 toimunud seminari käigus, sooviti teada saada Saku Tervisekeskuse perearstide ja -õdede üldist kasutamiskogemust olemasolevate *HRQoL*-küsimustike ja vaimse tervise hindamise küsimustike kasutamisel. Ankeetküsitlusele kiire ja adekvaatse tagasiside saamiseks kasutati mugavusvalimit (Lagerspetz, 2017: 173). Esimeses ankeetküsitluses osalesid 9 perearsti, 3 residentit ja 11 pereõde. Töö autor kaasas küsitluse ka Saku Gümnaasiumi kooliõe ja Saku Tervisekeskuse kaks kliinilist psühholoogit, kes kuuluvad tervisekeskuse meeskonda. Nõusoleku kasutada KIDSCREEN-52 küsimustikku kolme kuu vältel andsid kõik ankeetküsitluses osalenud isikud. (Saks, 2023: 20).

Saku Tervisekeskuse perearstid ja -õed kasutasid KIDSCREEN-52 küsimustikku aprilli algusest kuni juuni lõpuni 2022. Pärast kolmekuulist kasutamist viidi 10. augustil 2022 toimunud seminaril läbi teine ankeetküsitlus, et koguda tagasisidet kasutamiskogemuse kohta ning selgitada välja KIDSCREEN-52 küsimustiku praktiline kasutegur, küsimustiku

täitmisel tekkinud probleemid ja mittekasutamise põhjused ning nende võimalikud lahendused (Saks, 2023: lisa 3). Valimi moodustasid 9 perearsti, 3 resident, 13 pereõde, kaks kliinilist psühholoogi ning üks kooliõde. Tagasiside kasutamiskogemusele kinnitas koolituse vajalikkust ning näitas ära kitsaskohad ja põhjused, miks olemasolevaid hindamisvahendeid ei kasutata igapäevases töös. Olulise märksõnana kerkis esile ajaressursi, teadlikkuse ja kogemuse puudumine. (Saks, 2023).

Saadud teabe põhjal töötati välja koolituskava teadlikkuse parendamiseks ning seeläbi laste ja noorukite vaimse tervise probleemide varajaseks hindamiseks (Saks, 2023: lisa 4). Koolituskava sisaldas loengut koos kaasava harjutuse ja diskussiooniga. Koolituse koostas arendusprojekti autor, toetudes loengumaterjalide koostamisel teaduskirjandusele. Koolitusel kasutati kaasava arutelu ehk avatud ruumi meetodit (Owen, 2008). Avatud ruumi meetod on üles ehitatud sotsiaalkonstruktivistlikule õpikäsitlusele, mille kohaselt õppimine seisneb interaktsioonis teiste inimestega läbi suhtlemise, loomise ja kogemise. See põhineb õppijate ja õpetaja aktiivsel vastastikusel huvil ning sisemisel motivatsioonil. (Jõgi ja Karu, 2011: 149–155). Koolituskavas lähtuti põhimõttest, et koolitus on protsess millegi uue õppimiseks, teadmiste omandamiseks ja teenuse kvaliteedi täiustamiseks (Märja, 2011).

Koolitus tähendab muudatuste algatamist organisatsiooni tasandil ning protsessi juhtis projektijuhina artikli esimene autor, kes tugines *PDCA* (ingl *Plan-Do-Check-Act*) ehk pideva parendamise tsüklile. *PDCA*-tsükkel kirjeldab pidevat süstemaatilist protsessi uue õppimiseks, teadmiste omandamiseks ja teenuse kvaliteedi järjepidevaks täiustamiseks ning on tervishoius laialdaselt kasutusel (Moen ja Norman, 2010).

1.3. Koolituskava testimine

Koolituskava ülesehitamisel sai KIDSCREEN-52 küsimustikule ja selle kasutusvõimalustele tuginedes keskseks teemaks laste ja noorukite heaolu ning elukvaliteedi regulaarse hindamise vajadus esmatasandi tervishoius. Koolituse sihtrühm oli koostöövalmis ja motiveeritud ning koolitus toimus Saku Tervisekeskuses 7. septembril 2022. Loenguosa lõppedes viidi läbi arutelu, mille käigus arutleti KIDSCREEN-52 küsimustiku kasutamist. Kuna Saku Tervisekeskuses kasutati KIDSCREEN-52 küsimustikku arendusprojekti raames kolme kuu jooksul, tekkis võimalus võrrelda saadud tagasisidet küsimustiku kasutajate (n=24) ja mittekasutajate (n=4) vahel. Pärast arutelu analüüsi reaalseid olukordi ja tehti ettepanekuid edaspidiseks tegutsemiseks. Koolitusel osales 9 perearsti, 13 pereõde, üks kliiniline psühholoog ja üks kooliõde. Koolituse viis läbi arendusprojekti autor ja see kestis 2 tundi. Kõikidelt koolitusel osalenutel koguti tagasisidet, et teada saada: a) kas koolitused KIDSCREEN-52 teemal lihtsustaksid perearstide ja -õdede igapäevatööd; b) kas KIDSCREEN-52 kasutamisele suunatud koolitused aitaksid parendada vaimse tervise valdkonda esmatasandi tervishoius; c) kas ka teistes esmatasandi tervishoiuasutustes tuleks korraldada KIDSCREEN-52-alaseid koolitusi; d) millised esmatasandi tervishoiuspetsialistid võiksid kasutada KIDSCREEN-52 küsimustikku. (Saks, 2023).

1.4 Kommunikatsioon ja riskide maandamine

Kommunikatsioon projektijuhendaja, asutuse meeskonna ja ekspertarvamuse andnud spetsialistide vahel toimus regulaarselt kogu arendusprojekti vältel. Arendusprojekti tutvustamine ja kolmekuulise katsetamis-

perioodi jooksul toimunud arutelud leidsid asutusepõhiselt aset koosolekute ja esitluste käigus. Saku Tervisekeskus tõi välja omapoolse seisukoha, et koolituskava tuleks rakendada esmatasandi tervishoius pärast arendusprojekti kaitsmist. (Saks, 2023).

Arendusprojektiga kaasnesid ka riskid, mis kaardistati töö käigus. Suurimaks riskiks hinnati ajapuudust KIDSCREEN-52 küsimustiku kolme-kuulisel kasutusperioodil Saku Tervisekeskuses. Võimalike riskidena nägi töö autor perearstide suurt töökoormust, pereõdede lühikest vastuvõtu-aega ja kogemuse puudumist küsimustike kasutamisel. Iganädalased KIDSCREEN-52 küsimustiku meeldetuletused ja selgitused olid riski maandamiseks õigustatud ning minimeerisid kõrge riskitaseme. (Saks, 2023).

2. TULEMUSED

2.1. Tervisekeskuse töötajate seisukohad erinevate hindamisvahendite kasutamise kohta

Esimese ankeetküsitlusega uuris arendusprojekti autor Saku Tervisekeskuse perearstide ja -õdede, tervisekeskuse meeskonda kuuluva kahe kliinilise psühholoogi ning ühe kooliõe kogemusi igapäevatoos kasutusel olevate *HRQoL*-küsimustike ja vaimse tervise hindamise küsimustike kohta. Vastajate arv küsimuste kaupa on esitatud arendusprojektis tabelina. (Saks, 2023: 22). Perearstid (n=6) ja pereõded (n=2) kasutavad vaimse tervise probleemide märkamiseks emotsionaalse enesetunde küsimustikku **EEK-2**. Kooliõde ei kasuta oma igapäevatoos küsimustikke. Kliinilised psühholoogid (n=2) kasutavad lisaks **EEK-2** küsimustikule ka teisi Eestis olemasolevaid küsimustikke ja hindamisvahendeid laste heaolu, elukvaliteedi ja vaimse tervise probleemide hindamiseks, näiteks:

- **5-15 küsimustik** laste ja noorukite arengu ning käitumise hindamiseks lapsevanematele;
- **SNAP-IV** (*The Swanson, Nolan and Pelham Rating Scale*) küsimustik tähelepanupuudulikkuse ja hüperaktiivsuse häire (ingl *attention deficit hyperactivity disorder, ADHD*) hindamiseks;
- **CDI** (*The Children's Depression Inventory*) küsimustik laste depressiooni hindamiseks;
- **SCARED** (*Screen for Child Anxiety Related Disorders*) – laste ärevushäirete küsimustik;
- **Mini Kid** (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) – lastele mõeldud lühike 15-minutiline struktureeritud psühhiaatiline intervjuu, mida eriala spetsialistid kasutavad kõige laialdasemalt laste vaimse tervise probleemide hindamisel;
- **CONNERS** (*Conners Comprehensive Behaviors Rating Scale*) – käitumise hindamise skaala 6–18-aastaste laste *ADHD*-häire väljaselgitamiseks. (Saks, 2023).

Kliinilised psühholoogid hindavad laste ja noorukite elukvaliteeti juba intervjuu käigus, kuid füüsilisi terviseprobleeme nad üldjuhul ei käsitle. Peremeditsiinis pööravad arstid ja õded rohkem tähelepanu füüsilistele terviseprobleemidele ning kasutavad elukvaliteedi ja vaimse tervise probleemide väljaselgitamiseks **EEK-2** küsimustikku. Põhjused, miks perearstid/residendid ja pereõded ei kasuta oma töös olemasolevaid küsimustikke, on teadmatus, teadmiste ja kasutamiskogemuse puudus ning sageli ka ajanappus. Kliinilised psühholoogid tõid välja asjaolu, et paljud küsimustikud on küll olemas, aga need on Eestis valideerimata ja nende kasutusala on ebaselge. (Saks, 2023).

2.2. Tervisekeskuse töötajate tagasiside pärast KIDSCREEN-52 küsimustiku kasutamist

Saku Tervisekeskuses läbi viidud teise ankeetküsitlusega uuriti kogemusi KIDSCREEN-52 küsimustiku kasutamisel. Vastajate arv küsimuste kaupa on esitatud arendusprojekti tabelina. (Saks, 2023: 25). KIDSCREEN-52 küsimustikku kasutas kolme kuu jooksul enamik uuringus osalejaid. Küsimustikku ei kasutanud üks kooliõde, üks kliiniline psühholoog, üks resident, üks perearst ja viis pereõde. Pärast kolmekuulist kasutamiskogemust Saku Tervisekeskuses võib järeldada, et KIDSCREEN-52 küsimustikku saaksid laste ja noorukite vaimse tervise hindamisel rakendada paljud esmatasandi spetsialistid. KIDSCREEN-52 küsimustiku eeliseid kirjeldati järgmiselt:

- küsimustik on ülevaatlik ning hõlmab laste ja noorukite elukvaliteedi ning heaolu hindamisel ja kaardistamisel paljusid eri valdkondi;
- küsimustik on lihtne ning lastele ja noorukitele arusaadavam kui EEK-2 küsimustik;
- hea küsimustik lastele/noorukitele, kes on napisõnalised ja kellel on raskusi enda suulisel väljendamisel;
- sobib hästi erinevate probleemide märkamiseks/hindamiseks (kooli- või suhtlemisprobleemid, probleemid lapsevanemate ja sõpradega);
- lihtne ja arusaadav kasutada eri vanuses lastel/noorukitel (6–18-aastased). (Saks, 2023).

Küsimustiku mittekasutamist põhjendasid perearstid ja -õed järgmiselt: ajapuudus, polnud sobilikku patsienti, vastuvõtu aeg jäi napiks, küsimustiku kasutamise võimalus läks meelest ära. Kliinilised psühholoogid arvasid, et KIDSCREEN-52 küsimustik võiks olla patsiendil enne nende vastuvõtule

tulemist täidetud kas perearsti või pereõde juures. Seega võiks esmatasandi tervishoius töötada vaimse tervise õde, kelle pädevusse ja vastuvõtu aja sisse sellised küsimustikud ja hindamisvahendid sobiksid ja mahuksid. (Saks, 2023).

2.3. Tervisekeskuse töötajate tagasiside pärast KIDSCREEN-52 koolitust

Projekti autor kogus tagasisidet kõigilt koolitusel osalenutelt. Tagasiside küsimustega soovis autor täpsustada edasiste koolituste vajadust esmatasandi tervishoius. Küsimused, mida esitati koolitusvajaduse kohta tagasiside saamiseks, on välja toodud arendusprojekti lisa (Saks, 2023: lisa 6). Tagasiside koolitusel osalenutelt oli tunnustav. Muu hulgas toodi esile, et:

- koolitused antud teemal lihtsustaks perearstide ja -õdede igapäevast tööd ning tagaks parema ja efektiivsema meeskonnatöö;
- harjumus kasutada ühtset KIDSCREEN-52 küsimustikku asutusesiseselt tagaks laste ja noorukite vaimse tervise probleemide efektiivsema märkamise ja ennetamise;
- küsimustikku KIDSCREEN-52 saaksid kasutada paljud spetsialistid, nagu perearstid, pereõded, vaimse tervise õded, psühholoogid, logopeedid, kooliõded, sotsiaalpedagoogid. (Saks, 2023).

Tagasiside andis kinnitust, et KIDSCREEN-52-alased koolitused on vajalikud kõigile esmatasandi tervishoiuspetsialistidele. Saadud tagasisidet kasutatakse tulevaste koolituste täiendamiseks ja kavandamiseks. (Saks, 2023).

3. ARUTELU JA JÄRELDUSED

Mierau jt (2020) arvates on elukvaliteet ja selle hindamine muutunud viimasel aastakümnel inimeste heaolu ja tervise edendamise seisukohast üha olulisemaks. Tervisekeskuse töötajate küsitlus tõendas, et esmatasandi tervishoius tuleks laste ja noorukite vaimse tervise häirete ennetamiseks hinnata nende probleeme süsteemselt. Projekti käigus tutvustatud ja testitud KIDSCREEN-25 osutus sobivaks ja kasutajasõbralikuks tööriistaks. Välja toodi, et asutusesiseselt võiksid erinevad spetsialistid kasutada laste ja noorukite vaimse tervise probleemide hindamiseks ühist küsimustikku, mis teeks meeskonnatöö lihtsamaks ja arusaadavamaks. Tekkis diskussioon, kuidas tekitada harjumus küsimustikku kasutada ja see argipäeva integreerida. Koolitused, mis tutvustavad KIDSCREEN-52 küsimustikku ja selle kasutusvõimalusi esmatasandi tervishoius, on arenguprojektis osalenute arvates terviseedendamise seisukohast olulised. Koolitusi hakatakse läbi viima vastavalt vajadusele perearsti- ja tervisekeskustes või Zoomi keskkonnas. Koolituse võimalust on plaanis tutvustada Eesti Õdede Liidule ja Eesti Perearstide Seltsile eesmärgiga parendada pädevust ja teadlikkust esmatasandi tervishoiusüsteemis. Samuti tutvustatakse arendusprojekti Vaimse Tervise Õdede Seltsingule, edendamaks vaimse tervise probleemide ennetamist esmatasandi tervishoiusüsteemis, ja ka Kooliõdede Liidule, et tõsta tervishoiuteenuse kvaliteeti koolides.

Saku Tervisekeskuses läbi viidud ankeetküsitluse vastuste põhjal selgus, et laste ja noorukite vaimse tervise probleemide hindamiseks ei ole siiani kasutusel ühtegi neile eakohast küsimustikku, mis aitaks hinnata nende vaimset, füüsilist ja sotsiaalset heaolu. Vajadusel kasutatakse vaimse tervise hindamiseks emotsionaalse enesetunde küsimustikku EEK-2, kuid see ei sobi nooremale koolieale (6–12-aastased). Uuringust Saku Tervise-

keskuses selgus, et EEK-2 küsimustikku on lastel ja noorukitel raske tõlgendada ja sellest keeruline aru saada.

Lin jt (2013) toovad hindamisvahendite mittekasutamise põhjustena välja nii aja, teabe kui ka kasutamiskogemuse puuduse. Saku Tervisekeskuses läbi viidud uuringus selgus samuti, et kõige sagedasem mittekasutamise põhjus perearstidel ja -õdedel on ajapuudus. Probleemi lahendusena näevad perearstid ja -õed vaimse tervise õe kaasamise esmatasandi tervishoidu ning hindamisvahendeid ja nende kasutamisevõimalusi tutvustavate koolituste korraldamist. Ravens-Sieberer jt (2014) kinnitavad, et KIDSCREEN-52 küsimustikku saab täita kodus, koolis või muus keskkonnas. Sellise järelduseni jõudsid ka perearstid Saku Tervisekeskuses. Nad kogesid aja ja ressursi kokkuhoidu, juhul kui küsimustik oli nende vastuvõtule tulijal eelnevalt täidetud ja seega sai probleemi ilmnedes suunata abivajaja kohe õige spetsialisti juurde. Nii tekkis juba tervisekeskusesiseselt efektiivne meeskonnatöö.

Uuringus osalenud perearstid, pereõed ja kliinilised psühholoogid arvasid, et perearstikeskustes ja/või tervisekeskustes töötavate vaimse tervise õdede vastuvõtuaaja sisse peaks mahtuma hindamisvahendite (küsimustike) täitmine, suhtlemine erinevate spetsialistidega ja patsiendi edasisuunamine õige spetsialisti juurde. Tervisekassa teiseste teenuste nimekirjas on olemas vaimse tervise õe vastuvõtt (Tervisekeskuste kaasajastamine, 2023). Käesoleva arendusprojekti autor töötab alates 2023. aasta veebruarist Saku Tervisekeskuses vaimse tervise õena. Esmatasandil saab vaimse tervise õena töötada pärast Tallinna või Tartu Tervishoiu Kõrgkooli terviseteaduse magistriõppe läbimist. Vaimse tervise õe liitumine Saku Tervisekeskuse meeskonnaga on kergendanud perearstide tööd ja lühendanud vaimse tervise probleemidega patsientide ootejärjekordi kliiniliste psühholoogide juurde.

Projekti jätkusuutlikkuse tagaks see, kui hindamisvahendid oleksid ühtsed, kõigile kättesaadavad ja mõistetavad ning tekiks harjumus neid regulaarselt kasutada. Olemasolevate hindamisvahendite laialdasemaks kasutamiseks tuleb tõsta tervishoiuspetsialistide teadlikkust ja suurendada kasutamiskogemust. Projekti käigus saadud empiiriline teave ja loodud koolituskava on head alused edasisele tegevusele. Koolitused tagavad tõenduspõhise teabe kättesaadavuse ning aitavad tõsta tervisealast haritust ja teadlikkust. Kvaliteedi parendamise eesmärk esmatasandi tervishoius on pakku- da patsientidele tõhusat ja tõenduspõhist tervishoiuteenust, edendades samal ajal ka kogu tervishoiusüsteemi.

KOKKUVÕTE

Arendusprojekti eesmärk välja töötada koolituskava perearstidele ja -õdedele KIDSCREEN-52 küsimustiku rakendamiseks laste ja noorukite elukvaliteedi ja nende heaolu varajasel hindamisel ning vaimse tervise probleemide ennetamisel sai Saku Tervisekeskuse näitel täidetud. Kuna lapsepõlv ja noorukiiga on vaimse tervise probleemide tekkel kriitilised eluetapid, on probleemide varajane märkamine ja hindamine ning tervishoiutöötaja õigeaegne sekkumine määrava tähtsusega.

Arendusprojekti käigus viidi läbi kaks ankeetküsitlust, millest esimene aitas selgitada olukorda laste ja noorukite elukvaliteedi hindamisel ja teine kogus tagasisidet pärast kolmekuulist KIDSCREEN-52 rakendamist Saku Tervisekeskuses. Teise ankeetküsitluse tulemused kinnitasid arendusprojekti autorile vajadust parendada esmatasandi tervishoiuspetsialistide teadmisi nii KIDSCREEN-52 küsimustiku kui ka teiste olemasolevate (HRQoL) küsimustike kasutamise kohta. Küsimustike mittekasutamise põhjustena selgusid perearstide ja -õdede teadmatus ning teadmiste, kasutamiskogemuse ja ajaressursi puudus. Arendustöö käigus töötati

välja koolituskava KIDSCREEN-52 küsimustiku kasutamiseks ja rakendamiseks esmatasandi tervishoiuspetsialistidele ning koolitus viidi läbi Saku Tervisekeskuses. Koolitus osutus osalejate arvates vajalikuks ja täitis oma eesmärgi. Arendusprojekti jätkusuutlikkuse tagab vajaduspõhine koolituste läbiviimine esmatasandi tervishoius. Koolitused tagaks kiirema ja efektiivsema meeskonnatöö erinevate spetsialistide vahel ning tekitaks harjumuse kasutada laste ja noorukite vaimse tervise hindamiseks KIDSCREEN-52 küsimustikku. Tervisekeskuse töötajate suurema ajaressursi tagaks vaimse tervise õe ametikoha lisamine meeskonda.

KASUTATUD KIRJANDUS

Akkerman, A. (2014). *Lapse heaolu ja vaimse tervise hindamisvahendite kaardistamine. Rakenduskava standardiseeritud hindamisvahendite kohandamiseks Eesti praktikale*. [Lõppraport]. OÜ Kognitiivse ja Käitumisteraapia Keskus.
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/Lapse_oigused_ja_heaolu/hindamisvahendite_loppraport_veebuar_2015.pdf

Ernits, Ü., Talvik, M., Tulva, T., & Puusepp, K. (2020). Eesti õenduse ja õdede koolituse kujunemisest ühiskonna muutumise tõmbetuules. Kogumikus: Tulva, T., Talvik, M., Ernits, Ü. (koost). (2020). *Eesti õendus ajas ja muutumises*. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.
https://www.ttk.ee/sites/ttk.ee/files/16.10.20_TTK_Odede_kogumik_1-140_veeb_0.pdf

Hea teadustava. (2017). Tartu Ülikooli eetikakeskus.
https://ut.ee/sites/default/files/inline-files/hea_teadustava_est_0.pdf (18.12.2023)

Jõgi, L., & Karu, K. (2011). Koolitajale õppimisest. Märja, T. (toim). (2011). *Koolitaja käsiraamat* (147–174). Tallinna Raamatutrükikoda.
https://www.andras.ee/sites/default/files/Koolitaja_kariraamat_2011.pdf

- KIDSCREEN. (2023, December 18). *Language Versions & International Contacts*.
<https://www.kidscreen.org/english/questionnaires/language-versions-view-and-download/>
(18.12.2023)
- Konstabel, K., Narusson, D., Konstabel, K., & Lasn, H. (2016). *Hindamisvahendite kohandamine laste heaolu ja vaimse tervisega seotud riskide varajaseks märkamiseks*. [Projekti lõpparuanne]. Sotsiaalministeerium.
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/Riskilaste_programm/raport_1_kidscreen52_ffss.pdf
- Lagerspetz, M. (2017). *Ühiskonna uurimise meetodid. Sissejuhatus ja väljajuhatus*. Tallinna Ülikooli Kirjastus.
- Lin, X. J., Lin, I. M., & Fan, S. Y. (2013). Methodological issues in measuring health-related quality of life. *Tzu Chi Medical Journal*, 25(1), 8–12.
<https://doi.org/10.1016/j.tcmj.2012.09.002>
- Mierau, J. O., Kann-Weedage, D., Hoekstra, P. J., Spiegelaar, L., Jansen, D. E., Vermeulen, K. M., ... & Groenman, A. P. (2020). Assessing quality of life in psychosocial and mental health disorders in children: a comprehensive overview and appraisal of generic health related quality of life measures. *BMC pediatrics*, 20(1), 1–16.
<https://doi.org/10.1186/s12887-020-02220-8>
- Moen, R. D., & Norman, C. L. (2010). Clearing up myths about the Deming cycle and seeing how it keeps evolving. *Quality Progress*, 43, 22–28.
<http://www.apweb.org/circling-back.pdf>
- Märja, T. (toim). (2011). Kuidas koolitust ette valmistada? Märja, T. (toim). (2011). *Koolitaja käsiraamat* (13–15). Tallinna Raamatutrükikoda.
https://www.andras.ee/sites/default/files/Koolitaja_kariraamat_2011.pdf
- Owen, H. (2008). *Open Space Technology: A User's Guide Third Edition*. Berrett-Koehler Publishers, Inc.
https://www.canr.msu.edu/bsp/uploads/files/Reading_Resources/Open_Space_Technology.pdf

- Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. (2021). Sotsiaalministeerium.
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf
- Ravens-Sieberer, U., Karow, A., Barthel, D., & Klasen, F. (2014). How to assess quality of life in child and adolescent psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16(2), 147–158.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2014.16.2/usieberer>
- Saks, T. (2023). *Laste ja noorukite elukvaliteedi ja heaolu varajane hindamine vaimse tervise probleemide ennetuseks esmatasandi tervishoius: KIDSCREEN-52* [Arendusprojekt, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool] ESTER.
https://www.ester.ee/record=b5543594*est
- Tervisekeskuste kaasajastamine (2023). RT I, 30.08.2023, 4.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/130082023004>
- Tökkäri, V. (2015). Kokemuksen tutkimus V: Lauri Rauhala 100 vuotta. Tökkäri, V. (toim). (2015). *Monitieteistä kokemuksen tutkimusta Lauri Rauhalan jalanjäljissä* (152–187). Lapland University Press.
- Vaimse tervise roheline raamat. (2020). Sotsiaalministeerium.
https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/vaimse_tervise_roheline_raamat_0.pdf
- Zauszniewski, J. A., Bekhet, A., Haberlein, S. (2012). A decade of published evidence for psychiatric and mental health nursing interventions. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 17(3), 1–12.
<https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol17No03HirshPsy01>

Lisa 1. Kirjanduse ülevaate (Saks, 2023) andmete väljavõtuleht.

Autor(id), väljalaske aasta, riik	Artikli pealkiri	Uurimis-metoodika	Hindamis-vahendid	Uurimistöö järel-dused
Lin, X. J., Lin, I. M., & Fan, S. Y. (2013). Taiwan	Methodological issues in measuring health-related quality of life.	Ülevaateartikkel. Metoodilised küsimused tervisega seotud elukvaliteedi (HRQoL) mõõtmisel.	HRQoLi määratlus ja mõisted ning tähtsus haiguste ravis.	HRQoList on saanud oluline alus arstiabis ja kliinilistes uurin-gutes. Patsiendi HRQoLi mõõtmine on haiguse tervik-likul mõistmisel ja terviseseisundi hindamisel määrav.
Mierau, J. O., Kann-Weed-age, D., Hoek-stra, P. J., Spiegelaar, L., Jansen, D. E., Vermeulen, K. M., ... & Groenman, A. P. (2020). Holland	Assessing quality of life in psycho-social and mental health disorders in children: a comprehensive overview and appraisal of generic health related quality of life measures.	Metaanalüüs. Elukvaliteedi mõõdikute ülevaateuring.	Erinevad HRQoLi instrumendid laste ja noorukite vaimse tervise hindamiseks WHO määratluse põhjal.	Ülevaade andis 22 elukvaliteedi-instrumenti hindamaks HRQoLi ja vaimset tervist. Kõik 22 olid sobilikud, kuid mitte täius-likud ja vajaksid kohandamist vastavalt vanusele.
Ravens-Sieber-er, U., Karow, A., Barthel, D., & Klasen, F. (2014). Saksa-maa	How to assess quality of life in child and adoles-cent psychiatry.	Kvalitatiivne ülevaateuring KIDSCREENi 3. versiooni kohta.	HRQoLi hindamine KIDSCREEN-52, -27, -10 versioon-ide põhjal ning arvutipõhine KIDS-CAT.	HRQoLi instru-mendid KIDSCREEN 52, 27, 10 on usaldusväärsed, valiidsed, tundlikud ja kontseptuaalselt/ keeleliselt sobili-kud kasutamiseks 38 riigis ja keeles.
Zauszniewski, J. A., Bekhet, A., & Haber-lein, S. (2012). USA	A decade of published evi-dence for psychi-atric and mental health nursing interventions.	Ülevaateuring. psühhiaatrilise ja vaimse tervise õendusabi kohta.	Psühhiaatria-õenduse sekku-misuuringud aastatel 2000–2010.	Psühhiaatria- ja vaimse tervise õed tunnistavad vajadust kvali-teetse hoolduse järele, mis põhineb õenduse parimatel ja uusi-matel teoreetilis-tel lähtekohtadel.

TEGEVUSKAARDI KOOSTAMINE BARIAATRILISE PATSIENDI PSÜHHOSOTSIAALSEKS TOETUSEKS KLIINILISES ÕENDUSES

Ilja Škatov, RN, APN, MSc

Erahaigla Fertilitas

i.skatov@fertilitas.ee

Jekaterina Šteinmiller, RN, PhD

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

Märksõnad: bariaatriline kirurgia, bariaatriline patsient, vaimne tervis, psühhosotsiaalsed probleemid ja nendesse sekkumised, tegevuskaart

Abstract:
**DEVELOPMENT OF THE ACTION CARD FOR
PSYCHOSOCIAL SUPPORT OF BARIATRIC PATIENTS
IN CLINICAL NURSING**

Overweight and obesity are extensive public health problems in Estonia and around the world. Bariatric surgery has proven to be an effective long-term treatment method for patients with health-threatening obesity. In recent years, several studies have been published that confirm the need for and effectiveness of psychosocial support for bariatric patients and indicate the necessity to develop an action card for assessing the mental health of bariatric patients and addressing psychosocial issues both before and after surgical intervention. To the authors' knowledge, such a guideline does not yet exist in Estonia. Since the first author of the article works daily for the benefit of bariatric patients at the private hospital Fertilitas, a development project was carried out there in 2021–2022 with the goal of developing an action card for assessing the mental health and psychosocial problems of bariatric patients and for counselling patients.

The development of the action card was based on a systematic literature review of the correlations between patients' preoperative mental health needs, the psychosocial support offered to patients, and the health outcomes of the patients. Based on the information obtained, the principles of handling bariatric patients at Fertilitas private hospital were aligned with evidence-based research findings, to assess each patient's mental health and provide psychosocial support as needed, even to those for whom bariatric surgery would have been previously postponed due to mental health issues.

The action card developed was implemented at Fertilitas private hospital in May 2023. The implementation of the action card increases the effectiveness of bariatric surgeries, but as a follow-up activity of the project, it still needs to be further investigated and analysed. There are plans to expand the use of the action card to other healthcare institutions.

Keywords: *bariatric surgery, bariatric patient, mental health, psychosocial problems and interventions, action card*

SISSEJUHATUS JA TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

Ülekaalulisus ja rasvumine on ülemaailmselt levinud tervisekäitumise probleem, mis muu hulgas suurendab tervishoiukulusid (Morledge ja Pories, 2020; World Health Organization, 2021). Eesti täiskasvanud elanikkonna 2020. aasta tervisekäitumise uuringust selgus, et 31% täiskasvanutest on ülekaalulised ja 20% rasvunud (Reile ja Veideman, 2021). Bariaatriliseks patsiendiks nimetatakse patsienti, kellele teostatakse bariaatriline kirurgiline operatsioon.

Bariaatrilist kirurgilist sekkumist peetakse kehakaalu langetamisel ainsaks pikaajaliselt tõhusaks lahenduseks nendel patsientidel, kelle jaoks rasvumine on muutunud tervist ohustavaks teguriks hoolimata elustiili muutustest ja ravimite tarbimisest (Morledge ja Pories, 2020). „Bariaatriline kirurgia on ravimeetod, mille puhul sekkutakse kirurgiliselt seedetrakti, eesmärgiga saavutada oluline ja püsiv kaalulangus ning rasvtõvega kaasnevate haiguste leevendumine.“ (Bariaatrilise patsiendi ..., 2016). Bariaatrilise kirurgia eesmärk on vähendada kehamassiindeksit ning ennetada liigse kehakaaluga seotud kroonilisi haigusi ja uneapnoed (Arterburn jt, 2020; Ogle jt, 2021; Schiavon jt, 2020; Stanford jt, 2020). Selle meetodi tõhusus väljendub ka elatud aastate tõusus ja vähiriski vähenemises (Arterburn jt, 2020).

Bariaatrilise patsiendi tervisetulem sõltub nii patsiendi sotsiaaldemograafilistest tunnustest, kehamassiindeksist kui ka kaasuvatest haigustest (Nielsen jt, 2020; Ogle jt, 2021; Stanford jt, 2020). Bariaatrilise patsiendi vaimse tervise ja kirurgilise sekkumise seoste osas enne ja pärast operatsiooni on paljuski lahkarvamusi (Morledge ja Pories, 2020; Sarwer jt, 2019). Küll aga kinnitavad uurimistulemused, et psühhosotsiaalse toetuse raken-

damisega paraneb bariaatrilise patsiendi elukvaliteet ja rahulolu (Creel jt, 2016; Gade jt, 2014; Gallé jt, 2017; Kalarchian jt, 2016; Rudolph ja Hilbert, 2020; Sockalingam jt, 2019). Psühhosotsiaalse toetuse rakendatakse selliste vaimse tervise probleemide puhul nagu söömishäired, depressioon, bipolaarne häire, piirialane isiksusehäire, meeleoluhäired (üldistatult), ärevushäire, aktiivsus- ja tähelepanuhäire, skisofreenia ning vaimse tervise probleem (üldistatult).

Kirjandusest leiab erinevaid psühhosotsiaalse toetuse tagamise meetodeid, nagu eesmärgistatud nõustamine, elustiilinõustamine, kognitiivkäitumuslik teraapia, interpersonaalne individuaalne teraapia, käitumismotivatsiooniline teraapia, *EATT (Early Adherence Targeted Therapy)* ehk varase järgimise suunatud teraapia) ja psühhohariduslik grupiteraapia. Seega tuleb bariaatrilise patsiendi parema tervisetulemi saavutamiseks süsteemset hinnata vaimse tervise probleeme ja planeerida sobiv psühhosotsiaalne toetus. (Gade jt, 2014; Gallé jt, 2017; Gradashi jt, 2020; Rudolph ja Hilbert, 2020). Siinkohal on õdedel suur potentsiaal mõjutada bariaatrilise patsiendi psühhosotsiaalset seisundit.

Projekti raames tehtud kirjanduse süstemaatilise ülevaate tulemusel tuvastati mitmed vaimse tervise probleemid, mis on seotud bariaatrilise operatsiooni järgse tervisetulemusega, ja ka need, mis tõenäoliselt ei mõjuta patsiendi tervisetulemit (Škatov, 2022). Kirjanduse põhjal ei ole üldiste vaimse tervise probleemide esinemine seotud operatsioonijärgse kehamassi vähenemisega (Bianciardi jt, 2021; Hayden jt, 2014; Nielsen jt, 2020; Thomson jt, 2016). Samuti ei ole leidnud kinnitust oletus, et üldiste psühhikahäirete esinemine mõjutab bariaatrilise patsiendi tervise seotud elukvaliteeti (Thomson jt, 2016). Niisamuti ei ole leitud operatsioonijärgse tervisetulemi seost bariaatrilise patsiendi aktiivsus- ja tähelepanuhäirega

(Nielsen jt, 2017), skisofreeniaga (Archid jt, 2019; Hayden jt, 2014) ega ka ärevushäiretega (Barr jt, 2020; Brunault jt, 2012; Marek jt, 2017; Pinto-Bastos jt, 2019; Sockalingam jt, 2017). Siiski väidavad Agüera jt (2016), et kõrgema ärevusskooriga patsientidel on pärast bariaatrilist operatsiooni suurem tõenäosus saavutada vähemalt 50% üleliigse kehamassi vähenemine.

Olemasoleva teabe põhjal võib öelda, et patsiendi bipolaarne häire võib takistada kehakaalu langust vahetult pärast bariaatrilist operatsiooni (Friedman jt, 2017), kuid ei mõjuta tema operatsioonijärgset tervisetulemust pikemas perspektiivis (Friedman jt, 2017; Hayden jt, 2014). Meeleoluhäirete puhul on aga leitud, et vastavalt sellele, kas meeleoluhäirete esinemine takistab patsientidel operatsioonijärgset kehamassi muutust (Sockalingam jt, 2017) või ei (Kalarchian jt, 2019), on meeleoluhäiretega patsiendid täheldanud elukvaliteedi langust (Sockalingam jt, 2017) või tõusu (Kalarchian jt, 2019).

Depressiooni puhul on varasemad uurimistulemused vastuolulised. Erialase teaduskirjanduse analüüsimisel ilmnes, et paljud uuringud (Barr jt, 2020; Marek jt, 2017; Pinto-Bastos jt, 2019; White jt, 2015) ei seosta depressiooni patsiendi kehakaalu langusega pärast bariaatrilist operatsiooni. Ent samapalju on ka uuringuid (Agüera jt, 2016; Brunault jt, 2012; Martens jt, 2021; Nielsen jt, 2020), mis kinnitavad, et depressioon halvendab patsientide operatsioonijärgset kehakaalu langust. Küll aga on uurijad üksmeelel, et vaimse tervise probleemidest mõjutab depressioon ilmselt kõige enam bariaatrilise operatsiooni tervisetulemit negatiivses suunas ning selle esinemisel on patsientide elukvaliteet kahe aasta jooksul pärast operatsiooni madalam kui nendel patsientidel, kellel depressiooni ei täheldatud (Martens jt, 2021; Peterhänsel jt, 2017).

Ka söömishäirete ja kehamassi vähenemise vahelistele seostele on teaduskirjanduses leitud nii poolt- (Kops jt, 2020; Nielsen jt, 2020) kui ka vastuargumente (Brunault jt, 2012; Marek jt, 2017), kuid kahjuks on kõigi nende uuringute tõenduspõhisus madal (Škatov, 2022: lisa 1). Kuid ka söömishäirega patsientide puhul on kognitiiv-käitumuslik teraapia (Gade jt, 2014; Rudolph ja Hilbert, 2020) aidanud kaasa kehamassi vähenemisele, eriti juhul, kui teraapia on otseselt suunatud söömiskäitumise korrigeerimisele (Rudolph ja Hilbert, 2020). Seega pole söömishäire korral põhjust bariaatrilist operatsiooni edasi lükata, küll aga tuleb kehtiva ravijuhendi kohaselt saada häire kontrolli alla enne operatsiooni (Bariaatrilise patsiendi ..., 2016). Järelikult on igati tõenduspõhine ka Eesti ravijuhendi soovitus: „Psühhiaatriliste häirete ilmnemisel alustage nende raviga preoperatiivselt ja soovitage operatsiooni edasilükkamist häire kontrolli alla saamiseni.“ (Bariaatrilise patsiendi ..., 2016). Näiteks on kognitiiv-käitumusliku teraapia (Rudolph ja Hilbert, 2020) ja elustiilinõustamisega saavutatud patsientidel suurem kehakaalu langus ja kõrgem tervisega seotud elukvaliteet (Wild jt, 2015).

Kuid psühhosotsiaalset toetust vajavad ka need bariaatrilised patsiendid, kellel ei esine vaimse tervise probleeme, hoolimata sellest, et teaduskirjanduses ei ole otseselt tõestatud, et operatsioonieelne sekkumine mõjutab patsiendi kehakaalu muutust pärast operatsiooni. Ka operatsioonieelne kognitiiv-käitumuslik teraapia ei ole kirjanduse põhjal suurendanud vaimselt tervete patsientide kehakaalu vähenemist (Hjelmæsæth jt, 2019; Lier jt, 2012) ega tervisega seotud elukvaliteedi tõusu pärast operatsiooni (Hjelmæsæth jt, 2019). Seega ei ole ka Eesti ravijuhendi järgi (Bariaatrilise patsiendi ..., 2016) operatsioonieelsed psühhosotsiaalsed sekkumised otseselt näidustatud, viidates selliste sekkumiste pikaajalise mõju puudumisele, v.a juhtudel, kui operatsioon lükatakse edasi vaimse tervise probleemi

tõttu. Ilmselt mängib siin oma rolli ka see, millist psühhosotsiaalset toetust ja kui süstemaatiliselt bariaatrilistele patsientidele pakutakse, sest Kim jt (2016) uuring näitas, et eesmärgile suunatud perioperatiivne nõustamine võib aidata kaasa kehakaalu suuremale langusele kuni aasta jooksul pärast operatsiooni.

Postoperatiivsetest sekkumistest on häid tulemusi andnud kognitiiv-käitumuslik teraapia. Uuringutes on leitud, et sellega kaasneb suurem operatsioonijärgne kehamassi vähenemine (Gade jt, 2014; Gallé jt, 2017; Rudolph ja Hilbert, 2020), eriti kui teraapiat rakendatakse individuaalselt (Gallé jt, 2017). Lisaks leidsid Sockalingam jt (2019), et kognitiiv-käitumuslik teraapia parandab bariaatrilise patsiendi hinnangut oma tervisele. Teine sobiv, ent kirjanduse põhjal vähem tõendatud sekkumine pärast bariaatrilist operatsiooni on elustiili nõustamine, mis võib samuti aidata kaasa operatsioonijärgsele kehamassi ja KMI vähenemisele (Nijamkin jt, 2012).

Aktsepteerimis- ja pühendumisteraapia kohta selgus kirjanduse ülevaates, et see aitab parandada bariaatriliste patsientide tervisega seotud elukvaliteeti (Weineland jt, 2012), kuid seost kehamassi operatsioonijärgse muutusega ei ole leitud (Škatov, 2022). Ka *EATT*-teraapia puhul on kehamassi suuremat vähenemist täheldatud üksnes lühiajaliselt (Robinson jt, 2016). Kehamassi vähenemisele ja elukvaliteedile on jäänud mõjuta ka ärksameelsuse teraapia (Chacko jt, 2016) ja psühhohariduslik gruppiteraapia (Wild jt, 2017).

Eesti ravijuhend „Bariaatrilise patsiendi käsitus enne ja pärast kirurgilist sekkumist“ soovib kõikidele patsientidele operatsioonieelset bariaatriaõde konsultatsiooni, mille käigus käsitletakse operatsioonijärgset toitumist ja kehalist aktiivsust ning operatsioonieelset dieeti (Bariaatrilise patsiendi ...,

2016). Operatsioonijärgselt soovib kehtiv ravijuhend pakkuda patsiendile toitumis- ja liikumisnõustamist ning julgustada patsienti osalema patsientide tugirühmas. Kognitiiv-käitumuslikku teraapiat soovitakse üksnes kontrollimatu söömishäirega patsientidele (Bariaatrilise patsiendi ..., 2016). Kirjanduse ülevaate põhjal võib kognitiiv-käitumuslikku teraapiat laiendada ka teistele sihtrühmadele ja pakkuda lisaks elustiilinõustamist. Operatsioonijärgne kognitiiv-käitumuslik teraapia sobib ka bariaatrilistele patsientidele, kellel otseselt ei esine vaimse tervise probleeme.

Fertilitase erahaiglas tegeletakse bariaatrilise kirurgiaga alates 2015. aastast ning ühe aasta jooksul tehakse üle 200 operatsiooni. Eestis kehtiv ravijuhend „Bariaatrilise patsiendi käsitus enne ja pärast kirurgilist sekkumist“ ei käsitle kaasaegseid psühhosotsiaalse toetuse meetodeid, mida saaksid pakkuda õed (Bariaatrilise patsiendi ..., 2016). Arvestades bariaatrilise kirurgia levikut Eestis, tuleks patsientide käsitus kindlasti viia kooskõlla uusimate uurimistulemustega, et saavutada bariaatriliste operatsioonide võimalikult hea kvaliteet ja pikaajalised oodatud tulemused.

Uue tegevuskaardi rakendamine toob kaasa muutused patsientide vaimse tervise hindamise meetodites, otsustes bariaatrilise operatsiooni edasilükkamise kohta ning patsientidele pakutavates psühhosotsiaalsetes sekkumistes. Seega oli vaja saavutada nii haigla juhtkonna kui ka tervishoiutöötajate toetus. Selleks planeeriti ja viidi ellu arendusprojekt (Škatov, 2022), mille eesmärk oli töötada teaduskirjanduse põhjal välja bariaatrilise patsiendi vaimse tervise ja psühhosotsiaalsete probleemide hindamise ja nõustamise tegevuskaart Fertilitase erahaigla jaoks. Projekti käigus:

- anti ülevaate bariaatriliste patsientide vaimse tervise probleemidest ning seostest patsientidele pakutava psühhosotsiaalse toetuse ja patsiendi tervisetulemi vahel;

- saadud andmete põhjal koostati õdedele tegevuskaart bariaatrilise patsiendi vaimse tervise ja psühhosotsiaalsete probleemide hindamiseks ning patsiendi nõustamiseks;
- valminud tegevuskaart võeti kasutusele Fertilitase erahaiglas.

1. ARENDUSPROJEKTI DISAIN JA UURIMISMETOODIKA

1.1. Süstemaatiline kirjanduse ülevaade bariaatrilise patsiendi vaimse tervise, psühhosotsiaalse toetuse ja tervisetulemi seoste kohta

Süstemaatilise kirjanduse ülevaatega otsiti vastust kahele küsimusele.

1. Milline on seos bariaatrilise patsiendi operatsioonieelsete ja -järgsete vaimse tervise probleemide ning tema tervisetulemi vahel?
2. Milline on seos bariaatrilise kirurgia patsientidele pakutavate psühhosotsiaalsete sekkumiste ja patsientide tervisetulemi vahel?

Kirjanduse otsingul kasutatud märksõnad, andmebaasid ja leitud allikate arv on esitatud tabelis 1. Otsingu piirangud määratleti järgnevalt: alates 2021. aastast avaldatud ingliskeelne allikas, mis on autoritele täistekstina kättesaadav.

Tabel 1. Kirjanduse otsingu tulemused.

Otsingusõnad	Andmebaas	Leitud allikate arv
<i>Bariatric surgery AND phycho pathology AND outcome</i>	PubMed	76
<i>Bariatric surgery AND phycho pathology AND outcome</i>	Science Direct	263
<i>Bariatric procedure AND phycho pathology AND outcome</i>	PubMed	2
<i>Bariatric procedure AND phycho pathology AND outcome</i>	Science Direct	0
<i>Bariatric surgery AND mental health problem AND outcome</i>	PubMed	0
<i>Bariatric surgery AND mental health problem AND outcome</i>	Science Direct	56
<i>Bariatric procedure AND mental health problem AND outcome</i>	PubMed	0
<i>Bariatric procedure AND mental health problem AND outcome</i>	Science Direct	7
<i>Bariatric surgery AND psychosocial treatment AND outcome</i>	PubMed	0
<i>Bariatric surgery AND psychosocial treatment AND outcome</i>	Science Direct	6
<i>Bariatric surgery AND psychotherapy AND outcome</i>	PubMed	57
<i>Bariatric surgery AND psychotherapy AND outcome</i>	Science Direct	140
<i>Bariatric procedure AND psychosocial treatment AND outcome</i>	PubMed	0
<i>Bariatric procedure AND psychosocial treatment AND outcome</i>	Science Direct	1
<i>Bariatric procedure AND psychotherapy AND outcome</i>	PubMed	1
<i>Bariatric procedure AND psychotherapy AND outcome</i>	Science Direct	17
Kokku otsingu vasteid		626

Kokku leiti 626 allikat, nendest 47 olid korduvad allikad, mis esinesid samaaegselt mitmes otsingutulemuses. Kirjanduse selekteerimisel jäeti esimesena kõrvale allikad, mis ei sisaldanud esmastel andmetel põhinevat empiirilist uuringut. Seejärel jäeti kõrvale mitteteemakohased allikad, sh allikad, mis põhinesid alla 18-aastaste patsientidega tehtud uuringutel. Ülevaatesse kaasati 34 teadusartiklit, mis kajastasid empiiriliste uurimistööde tulemusi erineval tõenduse tasemel (Škatov, 2022: lisa 1).

Alusuuringute tulemuste tõenduse taseme hindamiseks rakendati GRADE-metoodikat, mille puhul eristatakse nelja tõenduse taset: kõrge, mõõdukas, madal ja väga madal (Goldet ja Howick, 2013). Kõrge tase omistati

üldjuhul randomiseeritud kontrolluuringutele, mõõdukas ja madal tase aga randomiseerimata uuringutele. Kui tegemist oli tugeva seose, suure valimi, paljude kontrollmuutujate arvesse võtmise, patsientide põhjaliku hindamise vm asjaoludega, mis tagavad kõrge andmete täpsuse, siis võidi tõenduse taset tõsta. Nõrga seose, väikse valimi, suure uuringust väljalangevuse, ebatäpsete andmete või muude meetodiliste puuduste esinemisel võidi tõenduse taset alandada. (Škatov, 2022: lisa 1).

1.2. Tegevuskaardi väljatöötamine

Pärast kirjanduse ülevaate koostamist ja enne tegevuskaardi väljatöötamist kooskõlastati projekt haigla juhtkonnaga. Projekti tutvustamiseks haigla juhtkonnale ja personalile koostati kommunikatsioonikava ning määrati projekti meeskonnaliikmed, kelle vahel jaotati kommunikatsiooniga seotud tegevused. Samuti määratleti iga kommunikatsioonitegevuse juures sihtrühm. Tööjõu ja materiaalsete ressursside kasutamine toimus vastavalt projekti eelarvele. (Škatov, 2022: 22). Projekti riskijuhtimiseks määratleti riskid ja riskijuhtimise meetmed nii riski realiseerumise võimaluse vähendamiseks kui ka realiseerunud riski tagajärgede leevendamiseks (Škatov, 2022: 23).

Tegevuskaardi väljatöötamisel lähtuti kvaliteedistandardis EVS-EN ISO 9000:2015 „Kvaliteedijuhtimissüsteemid. Alused ja sõnavara“ (Eesti Standardiseerimis- ja Akrediteerimiskeskus, 2015) toodud kvaliteedipõhimõtetest, mille järgi määratleti projekti kvaliteedipõhimõtted ja -indikaatorid (Škatov, 2022). Tegevuskaardi väljatöötamise lähtekohaks oli kirjanduse ülevaade bariaatrilise operatsioonide tervisetulemite seostest patsientide vaimse tervise probleemide ja psühhosotsiaalse toetusega. Selle koostamisel lähtuti põhimõttest, et allikas

peab jälgima patsiendi teekonda ja eri etappides (operatsioonieelne ja -järgne) teostatavaid hindamisi ja sekkumisi ning andma juhiseid sobivate mõõdikute ja meetodite valikuks. Kõigepealt määratleti hindamisvahendid bariaatrilise patsiendi vaimse tervise hindamiseks, tegevuste järgnevus patsiendi vaimse tervise hindamisel ning vastavalt hindamistulemustele langetatavad otsused bariaatrilise operatsiooni teostamise ja sobiva psühhosotsiaalse toetuse kohta. Seejärel struktureeriti kogu teave tegevuskaardil algoritmina, mis toetab tervishoiutöötaja protsessipõhist kriitilist mõtlemist ning aitab tal langetada otsuseid, milliseid hindamisvahendeid kasutada ja milliseid tegevusi vastavalt hindamistulemustele rakendada.

Koostatud tegevuskaarti tutvustati haigla juhtkonnale, kes selle ka heaks kiitis ja kinnitas. Tegevuskaart ei hõlma siiski bariaatrilise patsiendi tervikäsitlust, vaid üksnes tema psühhosotsiaalseid vajadusi. Tegevuskaardist on välja jäetud kirurgilise ravi vajaduse hindamine, sobiva kirurgilise protseduuri valik ning patsiendi füüsilise tervise hindamine enne ja pärast operatsiooni, sest need tegevused on kehtivas ravijuhendis (Bariaatrilise patsiendi ..., 2016) juba avaldatud ja heaks kiidetud.

1.3. Tegevuskaardi rakendamine

Tegevuskaardi rakendamiseks planeeriti ja viidi läbi koolitused haigla personalile ning koostati infomaterjalid tegevuskaardi kohta (Škatov, 2022). Rakendatavuse hindamiseks viiakse 2023. aasta sügisel läbi vaatlusuuring. Uuringu käigus hinnatakse, kuidas on pärast tegevuskaardi kasutusele võtmist muutunud bariaatriliste patsientide käsitlus.

Tegevuskaardi rakendamisele järgneva analüüsi tulemuste põhjal tehakse vajaduse korral täiendused tegevuskaarti, pakutakse bariaatrilisi patsiente

käsitlevatele töötajatele juhendamist, korraldatakse täiendkoolitusi või rakendatakse muid meetmeid vastavalt vajadusele.

2. TULEMUSED

2.1. Tegevuskaart ja selle kasutamise juurutamine erahaiglas

Fertilitas

Tegevuskaart võeti Fertilitase erahaiglas kasutusele 2023. aasta mais. Väljatöötatud tegevuskaardi (Škatov, 2022: lisa 3) kohaselt rakendatakse bariaatrilise patsiendi vaimse seisundi hindamiseks kolme instrumenti: emotsionaalse enesetunde küsimustik (Aluoja jt, 1999; Täiskasvanute unehäirete ..., 2019), söömishäire hindamise skaala (Herik, 2009; Podar jt, 1999) ja alkoholarvitamise häire test *AUDIT* (Alkoholarvitamise häirega ..., 2021) ning enne operatsiooni selgitatakse välja depressiooni, söömishäire ja alkoholarvitamise häire esinemine kõikidel bariaatrilistel patsientidel. Operatsioon lükatakse edasi vaid juhul, kui patsiendil esineb raskekujuline depressioon. Kerge depressiooni korral rakendatakse kognitiiv-käitumuslikku teraapiat või elustiilinõustamist, söömishäire korral sellekohast kognitiiv-käitumuslikku teraapiat ja alkoholarvitamise häire korral alkoholarvitamise häire ravi (Škatov, 2022: lisa 3).

Kõikidele bariaatrilistele patsientidele, sõltumata nende vaimse tervise hindamise tulemustest, pakutakse tegevuskaardi kohaselt konsultatsiooni, bariaatriaõe nõustamist toitumise ja kehalise aktiivsuse osas ning määratakse operatsioonieelne dieet. Kui patsiendil on tuvastatud vaimse tervise probleemid, siis rakendatakse eelmises lõigus kirjeldatud psühhosotsiaalseid toetusi. Operatsioonijärgsel perioodil näeb tegevuskaart ette toitumis- ja liikumisnõustamise ning kognitiiv-käitumusliku teraapia pakku-

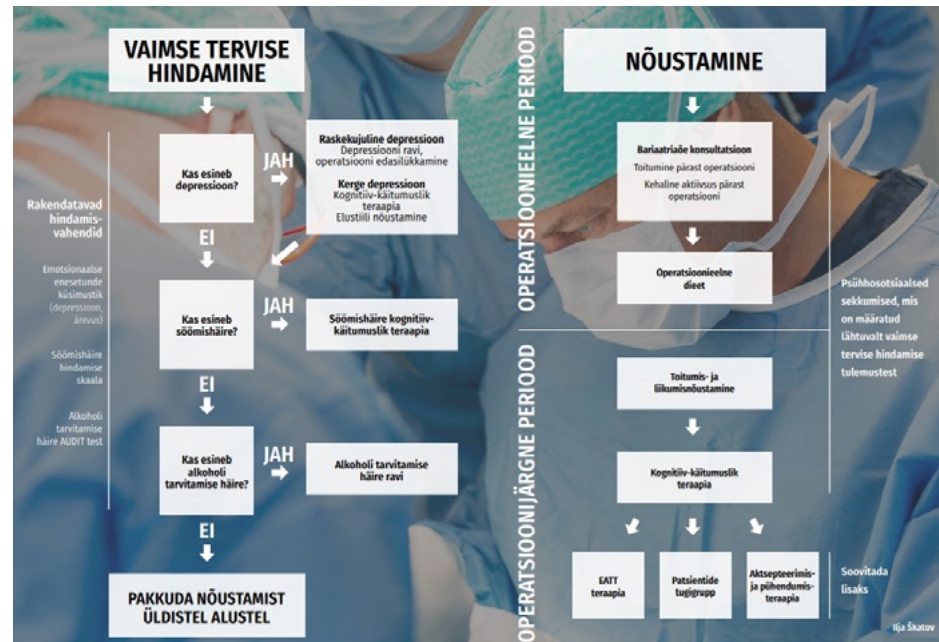
mist kõikidele patsientidele. Kui patsiendil on tuvastatud vaimse tervise probleemid, siis jätkatakse eelmises lõigus kirjeldatud psühhosotsiaalsete sekkumistega. Täiendavalt soovitatakse kõigil bariaatrilistel patsientidel osaleda *EATT*-teraapias, patsientide tugigrupis või aktsepteerimis- ja pühendumisteraapias (Škatov, 2022: lisa 3).

Projekti riskijuhtimise plaanis määratleti 11 erinevat riski. Riskide määramisel võeti aluseks projekti tegevuste analüüs, kus arendusprojekti juht püüdis ette näha projekti käigus esinevaid võimalikke takistusi. Kõrge riskitasemega riskiks hinnati projekti ajakavast maha jäämine. Riskijuhtimise plaanis nähti ette nii projekti ajakava korrigeerimine (vajaduse korral) kui ka võimalus projekt katkestada, juhul kui kirjanduse ülevaate koostamise käigus peaks selguma, et tegevuskaardi koostamiseks puudub vajadus, mida aga ei juhtunud. Samuti nähti ette projekti katkestamine juhul, kui projektile ei õnnestu hoolimata läbirääkimistest saada haigla juhtkonna toetust. (Škatov, 2022: 23).

Arendusprojekti kvaliteedipõhimõtted olid kliendikesksus, eestvedamine, inimeste kaasamine, protsessikeskne lähenemine, süsteemne lähenemine juhtimisele, pidev parendamine ja faktipõhine lähenemine otsustamisel. Kvaliteedipõhimõtete valikul lähtuti tervikliku kvaliteedijuhtimise kontseptsioonist (Oakland, 2012). Igale kvaliteedipõhimõttele määrati vastavad indikaatorid. Olulisemad põhimõtted projekti kvaliteedi tagamisel olid patsiendikeskne lähenemine, projektimeeskonna kaasamine ning projekti kommunikatsiooni, juhtimise ja rahaliste vahendite kasutamine vastavalt koostatud plaanidele ja eelarvetele. Samuti aitab projekti kvaliteeti tagada riskijuhtimine ja tegevuskaardi kasutusele võtmisele järgnev tulemuslikkuse analüüs. (Škatov, 2022).

2.2. Tegevuskaardi esmase mõju hindamine

Tegevuskaart võeti Fertilitase erahaiglas kasutusele 2023. aasta mais, mistõttu artikli kirjutamise ajaks on seda rakendatud vaid üksikute patsientide puhul. Tagamaks tegevuskaardi kasutamist praktikas on Fertilitase erahaigla koostanud tegevuskaarti tutvustava voldiku (vt joonis 1), mis on õdedele abiks bariaatrilise patsiendi käsitlemisel.



Joonis 1. Foto tegevuskaarti tutvustavast infovoldikust (Škatov, 2023).

Tegevuskaardi kasutusele võtmise esmase mõju hindamine toimub 2023. aasta sügisel. Selle raames viiakse läbi vaatlusuuring eesmärgiga selgitada välja, mil määral ja kuidas on tegevuskaarti bariaatriliste patsientide käsitlemisel tegelikult rakendatud. Vaatlus on uurimismeetod,

mille puhul kogutakse andmeid vahetu meelise kogemuse põhjal (Busetto jt, 2020). Rakendatakse osalusvaatlust, sest bariaatrilise patsiendi nõustamine ja tema tervise seisundi hindamine eeldab usaldusväärset suhet õe ja patsiendi vahel ning patsiendi privaatsuse ja temaga seotud andmete konfidentsiaalsuse tagamist. Vaatluse tarvis koostatakse vaatluspäevik, kus fikseeritakse tegevuskaardi rakendamine, näiteks erinevate instrumentide kasutamine patsiendi vaimse seisundi hindamisel.

2024. aasta I poolaastal tehakse tegevuskaardi tulemuslikkuse analüüs eesmärgiga hinnata, millised on olnud muutused bariaatriliste patsientide käsitluses pärast tegevuskaardi rakendamist. Uuritakse järgmisi näitajaid:

- Haiglasse pöördunud bariaatriliste patsientide arv 2022. ja 2023. aastal.
- Bariaatriliste patsientide vaimse tervise hindamine 2022. ja 2023. aastal.
- Bariaatrilisele operatsioonile suunatud patsientide arv 2022. ja 2023. aastal.
- Vaimse tervise probleemide tõttu edasilükatud bariaatriliste operatsioonide arv 2022. ja 2023. aastal.
- Bariaatrilistele patsientidele pakutud psühhosotsiaalne tugi 2022. ja 2023. aastal.
- Bariaatriliste patsientide operatsioonijärgselt vähenenud KMI 2022. ja 2023. aastal.
- Bariaatriliste patsientide rahulolu operatsiooniga ja kehamassi vähenemisega 2023. aastal.

Tulemuslikkuse uuringu andmed saadakse patsientide haiguslugudest. Täiendavalt viiakse läbi bariaatriliste patsientide küsitlus, millega hinnatakse patsientide rahulolu. Samuti intervjueritakse tervishoiutöötajaid, et uurida tegevuskaardi rakendamise tulemusi ning patsiendi kogemuse parandamise võimalusi (Škatov, 2022: 23).

Tegevuskaardi tulemuslikkuse analüüsi põhjal täiendatakse vajaduse korral tegevuskaarti. Samuti võib selguda, et bariaatrilisi patsiente käsitlev personal vajab täiendavat nõustamist ja/või täiendkoolitusi.

3. ARUTELU JA JÄRELDUSED

Arendusprojekti raames valmis tegevuskaart bariaatrilise patsiendi psühhosotsiaalse toetuse tagamiseks enne ja pärast kirurgilist sekkumist. Vajadus tegevuskaardi järele oli tingitud Eestis hetkel kehtiva juhendi uuendamisest – senise juhendi peamised puudused on kitsas sihtrühm ja psühhosotsiaalse toetuse meetodite vähene rakendamine. Kirjanduse ülevaates selgus, et kognitiiv-käitumuslikku teraapiat on otstarbekas pakkuda kõikidele bariaatrilistele patsientidele, sest see on osutunud efektiivseimaks psühhosotsiaalseks toetuse meetodiks (Gade jt, 2014; Gallé jt, 2017; Rudolph ja Hilbert, 2020). Koostatud tegevuskaart on seetõttu suunatud kõigile bariaatrilistele patsientidele. Samas on oluline, et kognitiiv-käitumusliku teraapia rakendamisel kohandatakse seda patsiendi vajadustega, keskendudes muu hulgas ka muutuste saavutamisele söömiskäitumises (Rudolph ja Hilbert, 2020).

Loodud tegevuskaart lähtub põhimõttest, et üldjuhul (v.a depressiooni raske vorm) ei lükata bariaatrilist operatsiooni vaimse tervise probleemide tõttu edasi. Selle asemel pakutakse patsiendile sobivaid psühhosotsiaalse

toetuse ning vajaduse korral ka teisi ravimeetodeid, näiteks alkoholisõltuvuse ravi. Seega võimaldab uus tegevuskaart võrreldes senise ravijuhendiga teostada bariaatrilisi operatsioone suuremale sihtrühmale ning ühtlasi paraneb bariaatriliste operatsioonide kättesaadavus patsientidele.

Tegevuskaardi rakendamine võimaldab tõhusamalt rakendada patsiendikeskset lähenemist bariaatrilises kirurgias. Patsientide vaimse tervise hindamine tegevuskaardi alusel ja sobivate sekkumiste pakkumine aitavad kohandada bariaatrilist kirurgiat patsientide vajadustega. Samuti tõstab tegevuskaardi rakendamine bariaatrilise kirurgia usaldusväärsust, sest tegevuskaart on koostatud kaasaegsete tõendus põhiste uuringute tulemuste põhjal.

Kuna tegevuskaardi rakendamisega alles alustatakse, siis ei ole teada, millised on tulemused. Samuti ei saa kindel olla, mil määral hakkavad Fertilitase tervishoiutöötajad seda igapäevatoos tegelikult rakendama. Tuleb arvestada, et tegevuskaardi rakendamine eeldab haigla tervishoiutöötajatelt teatud ulatuses loobumist senise ravijuhendi kasutamisest. Uue tegevuskaardi rakendamine toob kaasa muutused patsientide vaimse tervise hindamise meetodites, otsustes bariaatrilise operatsiooni edasilükkamise kohta ja patsiendile pakutavates psühhosotsiaalse toetuse meetodites. Artikli kirjutamise ajal puudub kindel arusaam, kuidas personal mõistab vaimse tervise olulisust bariaatrilise patsiendi elustiili kujundajana ja selle seost bariaatrilise operatsiooni tervisetulematega. Samuti tuleb arvestada, et Fertilitase bariaatrikirurgid teevad samu operatsioone ka teistes haiglates, kus patsientide käsitlemisel rakendatakse põhimõtted võivad olla teistsugused.

Arendusprojekti lõputegevusena on kavandatud tegevuskaardi rakendamise uuring, mis põhineb vaatlusel ja tegevuskaardi tulemuslikkuse hindamisel. Arendusprojekti oodatavaks tulemuseks on bariaatriliste operatsioonide tulemuslikkuse kasv, st patsiendid saavutavad suurema ja püsivama kehamassi vähenemise ning rahulolu. Bariaatrilist operatsiooni loetakse õnnestunuks, kui patsiendi üleliigne ehk normaalkaalu ületav kehamass väheneb püsivalt vähemalt 50% võrra (Agüera jt, 2016). Samuti on oluline, et tulemus püsiks mitte kolm ega kuus kuud, vaid aastaid ja patsiendi kogu elu jooksul. Esialsed andmed oodatavate tulemuste kohta saadakse 2024. aastal pärast tegevuskaardi tulemuslikkuse vaatlusuuringu analüüsi, kuid projekti pikaajalised mõjud selguvad alles aastate pärast.

Tegevuskaardi rakendamise uuringu käigus võib selguda, et tegevuskaarti tuleb korrigeerida. Pikemas perspektiivis on tegevuskaardi ülevaatamine põhjendatud, sest vahepealse ajaga võidakse välja töötada uusi psühhosotsiaalseid sekkumisi ja ka uurimistulemused võivad anda bariaatriliste patsientide käsitlemise kohta uut teavet. Tegevuskaardi võiks üle vaadata ja seda vajaduse korral uuendada iga viie aasta tagant, seega tuleks praegust tegevuskaarti uuendada 2028. aastaks.

Arendusprojekti jätkusuutlikkuse tagamiseks on oluline, et Fertilitase erahaiglal jaguks ressursse rakendada tegevuskaardis kirjeldatud sekkumisi. Haigla ressursivajadus tõenäoliselt kasvab, sest tegevuskaardi rakendamine eeldab bariaatriliste patsientide vaimse tervise seisundi põhjalikumat hindamist, mille tulemusena neile pakutakse ka rohkem psühhosotsiaalseid sekkumisi. Tõenäoliselt toob tegevuskaardi rakendamine rohkem tööd psühhiaatritele ning toitumis- ja liikumisnõustajatele. Võimalik, et tulevikus on vaja luua nendele spetsialistidele lisatöökohti või teha koostööd teiste tervishoiuasutustega.

Samas rakendatakse tegevuskaarti Fertilitase erahaigla rutiinse töö osana, sest preoperatiivselt läbib patsient konsultatsiooni nii bariaatriaõega kui ka toitumisterapeudi ja arstiga. Bariaatriaõde esitab tegevuskaardi alusel patsiendile täiendavalt küsimusi ja oma pädevuse piires soovitab patsiendile vastavalt tegevuskaardi juhistele ka edasist tegevust seoses psühhosotsiaalsete ja vaimse tervise probleemidega.

Juhul kui arendusprojekti käigus välja töötatud tegevuskaart osutub edukaks, võiks seda rakendada ka teistes tervishoiuasutustes. Parim võimalus tagada tegevuskaardi laialdane rakendamine on teha ettepanek ravijuhendite nõukojale kehtiva bariaatrilise patsiendi käsitlemise ravijuhendi uuendamiseks.

KOKKUVÕTE

Ülekaalulisus ja rasvumine on nii Eestis kui ka kogu maailmas ulatuslik rahvatervise probleem. Bariaatriline kirurgia on osutunud tõhusaks pikaajaliseks ravimeetodiks tervist ohustava rasvumisega patsientidel. Viimastel aastatel on avaldatud mitmeid uuringuid, mis kinnitavad bariaatriliste patsientide psühhosotsiaalse toetuse vajadust ja tõhusust ning viitavad vajadusele töötada välja tegevuskaart bariaatrilise patsiendi vaimse tervise hindamiseks ja psühhosotsiaalsete probleemide käsitlemiseks nii enne kui ka pärast kirurgilist sekkumist. Artikli autoritele teadaolevalt Eestis selline juhised seni puudub. Kuna artikli esimene autor töötab igapäevaselt bariaatriliste patsientide heaks erahaiglas Fertilitas, siis viidi seal aastatel 2021–2022 läbi arendusprojekt eesmärgiga töötada välja tegevuskaart bariaatrilise patsiendi vaimse tervise ja psühhosotsiaalsete probleemide hindamiseks ning patsiendi nõustamiseks.

Tegevuskaardi väljatöötamise aluseks oli kirjanduse süstemaatiline ülevaade seostest patsientide operatsioonieelsete vaimse tervise vajaduste, patsientidele pakutava psühhosotsiaalse toetuse ja patsiendi tervisetulemi vahel. Saadud teabe põhjal viidi Fertilitase erahaiglas bariaatrilise patsiendi käsitlemise põhimõtted kooskõlla tõenduspõhiste uurimistulemustega, et hinnata iga patsiendi vaimset tervist ja pakkuda vajaduse korral psühhosotsiaalset toetust ka neile, kelle puhul oleks bariaatriline operatsioon varem vaimse tervise probleemide tõttu edasi lükatud.

Väljatöötatud tegevuskaart võeti Fertilitase erahaiglas kasutusele 2023. aasta mais. Tegevuskaardi rakendamisel suureneb bariaatriliste operatsioonide tulemuslikkus, kuid projekti jätkutegevusena tuleb seda veel lähemalt uurida ja analüüsida. Tegevuskaardi kasutamist on plaanis laiendada ka teistesse tervishoiuasutustesse.

KASUTATUD KIRJANDUS

Agüera, Z., García-Ruiz-de-Gordejuela, A., Vilarrasa, N., Sanchez, I., Baño, M., Camacho, L., Granero, R., Jiménez-Murcia, S., Virgili, N., Lopez-Urdiales, R., de Bernabe, M. M., Garrido, P., Monasterio, C., Steward, T., Pujol-Gebelli, J., Fernández-Aranda, F., & Menchón, J. M. (2015). Psychological and Personality Predictors of Weight Loss and Comorbid Metabolic Changes After Bariatric Surgery. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 23(6), 509–516.
<https://doi.org/10.1002/erv.2404>

Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitlus. Ravijuhend. RJ-F/7.2-2020. (2021). Eesti Haigekassa.
<https://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/149/alkoholitarvitamise-hairega-patsiendi-kasitlus>

Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., Leinsalu, M. (1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(6), 443–449.
<https://doi.org/10.1080/080394899427692>

Archid, R., Archid, N., Meile, T., Hoffmann, J., Hilbert, J., Wulff, D., Teufel, M., Muthig, M., Quante, M., Königsrainer, A., & Lange, J. (2019). Patients with Schizophrenia Do Not Demonstrate Worse Outcome After Sleeve Gastrectomy: a Short-Term Cohort Study. *Obesity surgery*, 29(2), 506–510.
<https://doi.org/10.1007/s11695-018-3578-0>

Arterburn, D. E., Telem, D. A., Kushner, R. F., & Courcoulas, A. P. (2020). Benefits and Risks of Bariatric Surgery in Adults: A Review. *JAMA*, 324(9), 879–887.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.12567>

Bariaatrilise patsiendi käsitlus enne ja pärast kirurgilist sekkumist. RJ_E/12.1-2016. (2016). Eesti Haigekassa.
<https://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/194/bariaatrilise-patsiendi-kasitlus-enne-ja-parast-kirurgilist-sekkumist>

Bianciardi, E., Raimondi, G., Samela, T., Innamorati, M., Contini, L. M., Procenesi, L., Fabbricatore, M., Imperatori, C., & Gentileschi, P. (2021). Neurocognitive and Psychopathological Predictors of Weight Loss After Bariatric Surgery: A 4-Year Follow-Up Study. *Frontiers in endocrinology*, 12, 662252.
<https://doi.org/10.3389/fendo.2021.662252>

Brunault, P., Jacobi, D., Miknius, V., Bourbao-Tournois, C., Hutten, N., Gaillard, P., Couet, C., Camus, V., & Ballon, N. (2012). High preoperative depression, phobic anxiety, and binge eating scores and low medium-term weight loss in sleeve gastrectomy obese patients: a preliminary cohort study. *Psychosomatics*, 53(4), 363–370.
<https://doi.org/10.1016/j.psych.2011.12.008>

Busetto, L., Wick, W., Gumbinger, C. (2020). How to use and assess qualitative research methods. *Neurological Research and Practice*, 2, 14.
<https://doi.org/10.1186/s42466-020-00059-z>

Chacko, S. A., Yeh, G. Y., Davis, R. B., & Wee, C. C. (2016). A mindfulness-based intervention to control weight after bariatric surgery: Preliminary results from a randomized controlled pilot trial. *Complementary therapies in medicine, 28*, 13–21.
<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.07.001>

Creel, D. B., Schuh, L. M., Reed, C. A., Gomez, A. R., Hurst, L. A., Stote, J., & Cacucci, B. M. (2016). A randomized trial comparing two interventions to increase physical activity among patients undergoing bariatric surgery. *Obesity (Silver Spring, Md.), 24*(8), 1660–1668.
<https://doi.org/10.1002/oby.21548>

Friedman, K. E., Applegate, K., Portenier, D., & McVay, M. A. (2017). Bariatric surgery in patients with bipolar spectrum disorders: Selection factors, postoperative visit attendance, and weight outcomes. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery, 13*(4), 643–651.
<https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.10.009>

Gade, H., Hjelmæsæth, J., Rosenvinge, J. H., & Friberg, O. (2014). Effectiveness of a cognitive behavioral therapy for dysfunctional eating among patients admitted for bariatric surgery: a randomized controlled trial. *Journal of obesity, 2014*, 127936.
<https://doi.org/10.1155/2014/127936>

Gallé, F., Cirella, A., Salzano, A. M., Onofrio, V. D., Belfiore, P., & Liguori, G. (2017). Analyzing the Effects of Psychotherapy on Weight Loss after Laparoscopic Gastric Bypass or Laparoscopic Adjustable Gastric Banding in Patients with Borderline Personality Disorder: A Prospective Study. *Scandinavian journal of surgery : SJS : official organ for the Finnish Surgical Society and the Scandinavian Surgical Society, 106*(4), 299–304.
<https://doi.org/10.1177/1457496917701670>

Goldet, G., & Howick, J. (2013). Understanding GRADE: an introduction. *Journal of evidence-based medicine, 6*(1), 50–54.
<https://doi.org/10.1111/jebm.12018>

Gradaschi, R., Molinari, V., Sukkar, S. G., De Negri, P., Adami, G. F., Camerini, G. (2020). Effects of the postoperative dietetic/behavioral counseling on the weight loss after bariatric surgery. *Obesity Surgery, 30*, 244–248.
<https://doi.org/10.1007/s11695-019-04146-2>

Herik, M. (2009). *Söömishäirete hindamise skaala konstrueerimine* [Magistriprojekt, Tartu Ülikool] DSpace.
https://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/14450/Herik_Marlen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hjelmæsæth, J., Rosenvinge, J. H., Gade, H., & Friberg, O. (2019). Effects of Cognitive Behavioral Therapy on Eating Behaviors, Affective Symptoms, and Weight Loss After Bariatric Surgery: a Randomized Clinical Trial. *Obesity surgery, 29*(1), 61–69.
<https://doi.org/10.1007/s11695-018-3471-x>

Kalarchian, M. A., King, W. C., Devlin, M. J., Hinerman, A., Marcus, M. D., Yanovski, S. Z., & Mitchell, J. E. (2019). Mental disorders and weight change in a prospective study of bariatric surgery patients: 7 years of follow-up. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery, 15*(5), 739–748.
<https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.01.008>

Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Courcoulas, A. P., Cheng, Y., & Levine, M. D. (2016). Pre-operative lifestyle intervention in bariatric surgery: a randomized clinical trial. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery, 12*(1), 180–187. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2015.05.004>

Kim, G., Tan, C. S., Ng, J. Y., Cheng, A. K. S., Rao, J., Soe, K. T., Kong, L. W., Naseer, F., Er, P. S. Y., Lomanto, D., So, J. B. Y., & Shabbir, A. (2016). Goal-directed program after sleeve gastrectomy improves weight loss. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery, 12*(3), 518–521.
<https://doi.org/10.1016/j.soard.2015.11.014>

Kops, N. L., Vivan, M. A., de Castro, M. L. D., Horvath, J. D. C., Costa, F. S., & Friedman, R. (2020). Binge eating scores pre-bariatric surgery and subsequent weight loss: A prospective, 5 years follow-up study. *Clinical nutrition ESPEN, 38*, 146–152.
<https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2020.05.013>

Lier, H. Ø., Biringner, E., Stubhaug, B., & Tangen, T. (2012). The impact of preoperative counseling on postoperative treatment adherence in bariatric surgery patients: a randomized controlled trial. *Patient education and counseling, 87*(3), 336–342.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.09.014>

Marek, R. J., Ben-Porath, Y. S., Dulmen, M. H. M. V., Ashton, K., & Heinberg, L. J. (2017). Using the presurgical psychological evaluation to predict 5-year weight loss outcomes in bariatric surgery patients. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 13(3), 514–521.

<https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.11.008>

Martens, K., Hamann, A., Miller-Matero, L. R., Miller, C., Bonham, A. J., Ghaferi, A. A., & Carlin, A. M. (2021). Relationship between depression, weight, and patient satisfaction 2 years after bariatric surgery. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 17(2), 366–371.

<https://doi.org/10.1016/j.soard.2020.09.024>

Morledge, M. D., & Pories, W. J. (2020). Mental Health in Bariatric Surgery: Selection, Access, and Outcomes. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 28(4), 689–695.

<https://doi.org/10.1002/oby.22752>

Nielsen, F., Georgiadou, E., Bartsch, M., Langenberg, S., Müller, A., & de Zwaan, M. (2017). Attention Deficit Hyperactivity Disorder Prevalence and Correlates Pre- and Post-Bariatric Surgery: A Comparative Cross-Sectional Study. *Obesity facts*, 10(1), 1–11.

<https://doi.org/10.1159/000452999>

Nielsen, M. S., Christensen, B. J., Schmidt, J. B., Tækker, L., Holm, L., Lunn, S., Ritz, C., Wewer Albrechtsen, N. J., Holst, J. J., Schnurr, T. M., Hansen, T., le Roux, C. W., Lund, T. B., Floyd, A. K., & Sjödin, A. (2020). Predictors of weight loss after bariatric surgery—a cross-disciplinary approach combining physiological, social, and psychological measures. *International journal of obesity (2005)*, 44(11), 2291–2302.

<https://doi.org/10.1038/s41366-020-0576-9>

Nijamkin, M. P., Campa, A., Sosa, J., Baum, M., Himburg, S., & Johnson, P. (2012). Comprehensive nutrition and lifestyle education improves weight loss and physical activity in Hispanic Americans following gastric bypass surgery: a randomized controlled trial. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(3), 382–390.

<https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.10.023>

Oakland, J. S. (2012). *Oakland on Quality Management*. Elsevier, Inc.

Ogle, S. B., Dewberry, L. C., Jenkins, T. M., Inge, T. H., Kelsey, M., Bruzoni, M., & Pratt, J. S. A. (2021). Outcomes of Bariatric Surgery in Older Versus Younger Adolescents. *Pediatrics*, 147(3), e2020024182.

<https://doi.org/10.1542/peds.2020-024182>

Peterhänsel, C., Nagl, M., Wagner, B., Dietrich, A., & Kersting, A. (2017). Predictors of Changes in Health-Related Quality of Life 6 and 12 months After a Bariatric Procedure. *Obesity surgery*, 27(8), 2120–2128.

<https://doi.org/10.1007/s11695-017-2617-6>

Pinto-Bastos, A., de Lourdes, M., Brandão, I., Machado, P. P. P., & Conceição, E. M. (2019). Weight loss trajectories and psychobehavioral predictors of outcome of primary and reoperative bariatric surgery: a 2-year longitudinal study. *Surgery for obesity and related diseases: official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 15(7), 1104–1112.

<https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.04.018>

Podar, I., Hannus, A., Allik, J. (1999). Personality and affectivity characteristics associated with eating disorders: A comparison of eating disordered, weight-preoccupied, and normal samples. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 133–147.

<https://doi.org/10.1207/S15327752JPA730109>

Reile, R., & Veideman, T. (2021). *Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2020*. Tervise Arengu Instituut.

https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-04/TKU2020_kogumik.pdf

Robinson, A. H., Adler, S., Darcy, A. M., Osipov, L., & Safer, D. L. (2016). Early adherence targeted therapy (EATT) for postbariatric maladaptive eating behaviors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(4), 548–560.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.12.003>

Rudolph, A., & Hilbert, A. (2020). Cognitive-behavioral therapy for postbariatric surgery patients with mental disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 14.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00014>

Sarwer, D. B., Allison, K. C., Wadden, T. A., Ashare, R., Spitzer, J. C., McCuen-Wurst, C., LaGrotte, C., Williams, N. N., Edwards, M., Tewksbury, C., & Wu, J. (2019). Psychopathology, disordered eating, and impulsivity as predictors of outcomes of bariatric surgery. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 15(4), 650–655. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.01.029>

Schiavon, C. A., Bhatt, D. L., Ikeoka, D., Santucci, E. V., Santos, R. N., Damiani, L. P., Oliveira, J. D., Machado, R. H. V., Halpern, H., Monteiro, F. L. J., Noujaim, P. M., Cohen, R. V., de Souza, M. G., Amodeo, C., Bortolotto, L. A., Berwanger, O., Cavalcanti, A. B., & Drager, L. F. (2020). Three-Year Outcomes of Bariatric Surgery in Patients With Obesity and Hypertension : A Randomized Clinical Trial. *Annals of internal medicine*, 173(9), 685–693. <https://doi.org/10.7326/M19-3781>

Sockalingam, S., Hawa, R., Wnuk, S., Santiago, V., Kowgier, M., Jackson, T., Okrainec, A., & Cassin, S. (2017). Psychosocial predictors of quality of life and weight loss two years after bariatric surgery: Results from the Toronto Bari-PSYCH study. *General hospital psychiatry*, 47, 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.04.005>

Sockalingam, S., Leung, S. E., Hawa, R., Wnuk, S., Parikh, S. V., Jackson, T., & Cassin, S. E. (2019). Telephone-based cognitive behavioural therapy for female patients 1-year post-bariatric surgery: A pilot study. *Obesity research & clinical practice*, 13(5), 499–504. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2019.07.003>

Škatov, I. (2022). *Bariaatrilise patsiendi vaimse tervise ja psühhosotsiaalsete probleemide käsitluseks tegevuskaardi väljatöötamine Fertilitase erahaigla jaoks* [Arendusprojekt, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool] ESTER. https://www.ester.ee/record=b5542128*est

Stanford, F. C., Mushannen, T., Cortez, P., Campoverde Reyes, K. J., Lee, H., Gee, D. W., Pratt, J. S., Boepple, P. A., Bredella, M. A., Misra, M., & Singhal, V. (2020). Comparison of Short and Long-Term Outcomes of Metabolic and Bariatric Surgery in Adolescents and Adults. *Frontiers in endocrinology*, 11, 157. <https://doi.org/10.3389/fendo.2020.00157>

Thomson, L., Sheehan, K. A., Meaney, C., Wnuk, S., Hawa, R., & Sockalingam, S. (2016). Prospective study of psychiatric illness as a predictor of weight loss and health related quality of life one year after bariatric surgery. *Journal of psychosomatic research*, 86, 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.04.008>

Täiskasvanute unehäirete esmane diagnostika. RJ-G/28.1-2018. (2019). Eesti haigekassa. <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/193/taiskasvanute-unehairete-esmane-diagnostika>

Weineland, S., Arvidsson, D., Kakoulidis, T. P., & Dahl, J. (2012). Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity research & clinical practice*, 6(1), e1–e90. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2011.04.004>

White, M. A., Kalarchian, M. A., Levine, M. D., Masheb, R. M., Marcus, M. D., & Grilo, C. M. (2015). Prognostic Significance of Depressive Symptoms on Weight Loss and Psychosocial Outcomes Following Gastric Bypass Surgery: A Prospective 24-Month Follow-Up Study. *Obesity surgery*, 25(10), 1909–1916. <https://doi.org/10.1007/s11695-015-1631-9>

Wild, B., Hünemeyer, K., Sauer, H., Hain, B., Mack, I., Schellberg, D., Müller-Stich, B. P., Weiner, R., Meile, T., Rudofsky, G., Königsrainer, A., Zipfel, S., Herzog, W., & Teufel, M. (2015). A 1-year videoconferencing-based psychoeducational group intervention following bariatric surgery: results of a randomized controlled study. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 11(6), 1349–1360. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2015.05.018>

Wild, B., Hünemeyer, K., Sauer, H., Schellberg, D., Müller-Stich, B. P., Königsrainer, A., Weiner, R., Zipfel, S., Herzog, W., & Teufel, M. (2017). Sustained effects of a psychoeducational group intervention following bariatric surgery: follow-up of the randomized controlled BaSE study. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 13(9), 1612–1618. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2017.03.034index/?kust=&kood=&eesnimi=&perenimi=&ku-tse=0&eriala=49&otsi=Otsi> (01.06.2022)

World Health Organization. (2021, June 9). Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (19.12.2023)

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGKOO

