

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGKOO



Õenduse õppetool

Terviseteaduse õppekava

Varje Mantsik

ÕENDUSTEGEVUSJUHENDI KOOSTAMINE LÄÄNE-TALLINNA KESKHAIGLAS

“DIALÜÜSRAVI EELNE PATSIENDI NÕUSTAMINE”

Arendusprojekt

Tallinn 2022

Olen koostanud lõputöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud. Luban Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil avalikustada oma lõputöö PDF-versiooni raamatukoguprogrammis.

Lõputöö autori allkiri

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja Lily Parm, RN, MD

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Varje Mantsik (2022). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. Terviseteaduse magistriõpe. Õendustegevusjuhendi koostamine dialüüsravi eelne patsiendi nõustamine õe iseseisvaks vastuvõtuks Lääne Tallinna Keskhaiglas. Arendusprojekt. Töö on esitatud 29 leheküljel, kasutatud on 68 kirjandusallikat. Töö sisaldab 1 joonist ja 4 tabelit. Lisasid on 9, 25 leheküljel.

Krooniline neeruhaigus on vaikselt ja algstaadiumis oluliste kaebusteta kulgev haigus, mille puhul neerufunktsioon väheneb aastate või aastakümnete jooksul. Haiguse pikaajaline kulg on kurnav nii patsiendile kui tema lähedastele, mõjutades haiguse arenedes olulisel määral patsiendi elukvaliteeti. Dialüüsravi eelne patsiendi nõustamine aitab tõsta patsiendi haigusteadlikkust, ennetada KNH tüsistuste teket, aeglustada KNH kulgu ja seeläbi parandada patsiendi elukvaliteeti. Õde on multidistsiplinaarse meeskonna liikmena igati pädev iseseisval vastuvõtul patsienti nõustama, mistõttu on Lääne Tallinna Keskhaiglas (LTKH) praktiline vajadus vastav õendustegevusjuhend koostada.

Töö **eesmärk** on koostada teaduspõhine õendustegevusjuhend dialüüsravi eelne patsiendi nõustamine õe iseseisvaks vastuvõtuks LTKH nefroloogiakeskuse polikliinikus ning kirjeldada erialaspetsialistide hinnangut õendustegevusjuhendile. Arendusprojekt tugineb Deming'i pideva parendamise **modelile** ning kirjanduse süstemaatilise ülevaate **meetodile**. Õendustegevusjuhendi kohta paluti hinnangut erialal töötavatelt õdedelt ning nefroloogiakeskuse juhatajalt kirjaliku küsitluse **meetodil**, mis põhines ravijuhendite hindamise mõõdikul AGREE II. Tagasiside põhjal täiendatud ja parandatud õendustegevusjuhend esitati kooskõlastamiseks haigla kvaliteediosakonda ja sai LTKH juhatuse poolt kinnitatud. Koostatud õendustegevusjuhend moodustab ühtse terviku erialaspetsialistide praktilistest kogemustest, teoreetilisest ja empiirilisest teabest ning rahvusvahelistest ja riiklikest juhenditest olles aluseks õe iseseisva ambulatoorse vastuvõtu avamiseks kroonilise neeruhaigusega patsiendi jaoks LTKH-s.

Võtmesõnad: krooniline neeruhaigus, dialüüsravi eelne nõustamine, õe iseseisev ambulatoorne vastuvõtt, õendustegevusjuhend, arendusprojekt, kirjanduse süstemaatiline ülevaade, Deming'i mudel.

SUMMARY

Varje Mantsik (2022). Tallinn Health Care College. Master's studies in Health Sciences. Developing a guideline for an independent nursing reception for predialysis patient counseling at West Tallinn Central Hospital. Development project. The thesis is on 29 pages, 68 references are used. The thesis includes 1 graph and 4 tables. 9 appendices are on 25 pages.

Chronic kidney disease is usually progressing quietly and in the early stages without significant complaints, patient kidney function declines over years or decades. The long-term course of the disease is debilitating for both the patients and their family, significantly affecting the patient's quality of life as the disease progresses. Predialysis patient counseling helps to raise the patient's awareness of the disease, prevent the development of CKD complications, slow down the CKD progression and improve the patient's quality of life. As a member of a multidisciplinary team, the nurse is fully competent to advise the patient at an independent reception. Therefore there is a practical need to develop a guideline for nursing reception at West Tallinn Central Hospital (WTCH).

The **aim** of the thesis is to develop a scientific guideline for an independent nursing reception for predialysis patient counseling at WTCH and to describe specialist's expert opinions about the guideline. For the development of the guideline the **model** of continuous improvement by William Edwards Deming and as a **research method** the systematic literature review were used. Assessment for the guideline were collected from nurses working at nephrology field and the head of nephrology center with written questionnaire **method** based on the AGREE II instrument for evaluating guidelines. According to the assessment amended guideline was submitted for the approval to hospital quality department and the guideline has been approved by the board of the WTCH. Created guideline forms a coherent whole of practical experiences of specialist, theoretical and empirical knowledge, international and national recommendations and therefore providing a scientific framework for implementing nursing reception for predialysis patients at WTCH.

Key words: chronic kidney disease, predialysis counseling, independent nursing reception, nursing guideline, development project, systematic literature review, Deming model

SISUKORD

KOKKUVÕTE	3
SUMMARY	4
SISSEJUHATUS	6
1. ARENDUSPROJEKTI TEOREETILINE RAAMISTIK	9
1.1. Kroonilise neeruhaiguse definitsioon ja olemus	9
1.2. Kroonilise neeruhaiguse ennetamise klassifikatsioon	10
1.3. Õe roll dialüüsravi eelses nõustamises	12
1.4. Õe iseseisev vastuvõtt, üldpõhimõtted ja tegevusvaldkonnad.....	14
2. METOODIKA	16
2.1. Organisatsiooni diagnostika ja arendusvajaduse määratlemine	16
2.2. Arendusprojekti koostamise mudel ja meetodid.....	18
3. ARENDUSPROJEKT	22
3.1. Ajaline raamistik ja tegevused.....	22
3.2. Kommunikatsioonikava ja meeskonna töö planeerimine	23
3.3. Ressursside kaasamine ja eelarve	24
3.4. Riskijuhtimine.....	24
3.5. Arendusprojekti monitooring ja tulemuste kvaliteet	26
4. ARUTELU JA JÄRELDUSED.....	28
KASUTATUD KIRJANDUS	30

LISAD:

LISA 1. Tursete hindamine

LISA 2. Kehakompositsiooni ja vedelikuliiia monitoorimine

LISA 3. PD kateetri välisava hooldus ja sidumine

LISA 4. AVF/AVG hooldus ja sidumine

LISA 5. Tegevusjuhend dialüüsravi eelne patsiendi nõustamine õe isesesivaks vastuvõtuks

LISA 6. Andmete väljavõtuleht

LISA 7. Gantti graafik

LISA 8. Tagasiside küsitlus

LISA 9. LTKH juhatare otsus õendustegevusjuhendi kinnitamise kohta

SISSEJUHATUS

Kõik tervishoiusüsteemid seisavad 21. sajandil uute väljakutsete ees. Üheks suurimaks teguriks peetakse krooniliste haigustega elavate inimeste aina suurenevat hulka. Krooniliste ja multihaigustega patsientide arvu suurenemisest tingitud väljakutsete lahendamine vajab olukorrale lähenemist kahest erinevast suunast. Esiteks eeldavad muutused tervishoiuteenuste nõudluses järjest enam täiustusi kättesaadavate teenuste liikides ning kvaliteedis, samuti paremat integreeritust kogu tervishoiusüsteemis. Teiseks on jätkuvalt oluline keskenduda haiguste ennetusele ja tervise edendusele enneaegse suremuse vähendamiseks. (Ravi terviklik....2015).

Nefroloogia valdkonna üks prioriteet on kroonilise neeruhaigusega (KNH) patsiendi jälgimine ja nõustamine koostöös õdedega, et ennetada haiguse süvenemist ja lükata edasi vajadust neeruasendusraviks (NAR). NAR hõlmab endas hemodialüüsi (HD), peritoneaaldialüüsi (PD), neerusiirdamist (Tx). (Nefroloogia eriala...2012: 4-5). KNH lõppstaadiumis neeruasendusravi rakendamine raskendab oluliselt patsiendi psühholoogilist, füüsilist ja sotsiaalset toimetulekut. KNH-ga patsiendil tuleb toime tulla komplekssete raviskeemide jälgimisega, vere glükoosisalduse ja vererõhu monitoorimisega, kehalise aktiivsuse säilitamisega ja toitumisharjumuste muutmisega ning nefrotoksiliste ainete vältimisega. Selle kõigega toimetulekuks vajavad patsiendid teadmisi ja toetust. Selline olukord seab omakorda suure hulga väljakutseid, millele patsient ja tema lähedased ootavad lahendust ennekoike tervishoiutöötajalt. (Narva et al., 2016).

Dialüüsravi eelset nõustamist osutatakse sageli multidistsiplinaarse meeskonna poolt, kuhu on kaasatud nefroloog, õde, toitumisnõustaja ja sotsiaaltöötaja. Väga sageli nähakse õde patsiendi nõustamisel juhtumikorraldaja rollis: nõustamise programmi planeerimisel, rakendamisel ja hindamisel. (Goovaerts et al., 2015; Van Den Bosch et al., 2015) Uuringute põhjal on leitud, et eriväljaõppega õde/nõustaja poolt läbi viidud patsiendi nõustamine aitab aeglustada KNH kulgu, parandada patsientide toitumuslikku staatust, vähendada KNH tüsistusi ja seeläbi parandada elukvaliteeti (Barrett et al., 2011; Peeters et al., 2014; de Waal et al., 2016). Euroopa Dialüüsi ja Transplantatsiooni Õdede Ühing (EDTNA/ERCA) defineerib dialüüsravi eelse nõustamise puhul õde rolli järgnevalt: fookus on haiguse varajasel avastamisel, haigusteadlikkuse tõstmisel, haiguse kulu pidurdamisel. Haiguse arenedes sümptomite ja tüsistustega toimetulek, NAR

võimaluste tutvustamine, sealjuures on oluline individuaalsus ja patsiendikesksus. (Saraiva et al., 2018)

Õendustegevusjuhendid on uute õdede väljaõppe aluseks. Tervishoiuasutustes kehtestatud korra järgi on uutel õdedel kohustus tutvuda kõikide nende pädevust reguleerivate juhenditega. Õendustegevusjuhendid peavad sisaldama väga täpset tegevuskirjeldust. Rakendusplaan peab sisaldama ja tagama õendustegevusjuhendite praktikasse rakendamise juhendit. (Tervishoiu kvaliteedisüsteemi..., 2015:5, 10).

Arendusprojektis käsitletavat kesksed **mõisted**:

- **Õendustegevusjuhend** - süstemaatiliselt välja töötatud dokument, mis on kooskõlas riiklike ja rahvusvaheliselt tunnustatud kutsestandardite ja juhenditega, tuginedes tõenduspõhisele teabele, kliinilisele kogemusele ja patsiendi vaadetele ning annab patsiendi ravi ja/või hoolduse kohta praktilisi soovitusi, olles kooskõlas kohaliku töökorralduse ja väärtushinnangutega (Tervishoiu kvaliteedisüsteemi...2015: 3).
- **Õe iseseisev ambulatoorne vastuvõtt** - õendusabiteenus, mida osutab õde isesesivalt haiguste ennetamise eesmärgil, ägeda haiguse paranemisperioodis või pikaajalise ja/või kroonilise haiguse raviperioodis tervise säilitamise ja elukvaliteedi edendamise eesmärgil (Õe ambulatoorse...2016:5).
- **Dialüüsravi eelne nõustamine** – dialüüsravi eelne nõustamine hõlmab peamiselt nelja eesmärki: haiguse progresserumise aeglustamine, ureemiliste komplikatsioonide ennetamine, kaasuvate haiguste ohjamine, dialüüsraviks ettevalmistamine ning oluliseks peetakse toitumisalast nõustamist (KDIGO Clinical...2013).

Arendusprojekti teema valikut toetas õe nõustamise arendamise vajadus organisatsioonis ning õe iseseisvat vastuvõttu toetava õendustegevusjuhendi puudumine Lääne Tallinna Keskhaigla nefroloogiakeskuses. Tuginedes Eesti Õdede Liidu arengustrateegias välja toodud valdkondadele, saab kinnitust õe rolli olulisus õendustegevusjuhendite koostamisel ja terviseedenduse eestvedamisel, aidates teha õe tegevused mõõdetavaks ja nähtavaks (Ühised sammud... 2020).

Arendusprojekti eesmärgiks on koostada tõenduspõhine ja Lääne Tallinna Keskhaigla nõuetele vastav õendustegevusjuhend „Dialüüsravi eelne patsiendi nõustamine“, kirjeldada erialaspetsialistide eksperthinnangut ning pakkuda nefroloogiakeskuses asjatundlikku

valdkonnapõhist õe nõustamisteenust. Seda toetab AS LTKH arengustrateegia 2021-2023, kus patsiendikeskne strateegia näeb ette patsiendi toetamise ja nõustamise (AS LTKH...2021).

Eesmärkide saavutamiseks on arendusprojekti autor seadnud järgnevad ülesanded:

1. Koostada süstemaatilise kirjanduse ülevaate põhjal õendustegevusjuhend „Dialüüsravi eelne patsiendi nõustamine“ tuginedes teaduskirjandusele, riiklikele juhenditele, rahvusvahelistele ravijuhenditele ja õe ambulatoorse vastuvõtu tegevusjuhendile.
2. Tutvustada õendustegevusjuhendit „Dialüüsravi eelne patsiendi nõustamine“ LTKH sisekliinikus ja nefroloogiakeskuses.
3. Testida ja küsida tagasisidet Eestis erinevates nefroloogiakeskustes töötavalt spetsialistidelt õendustegevusjuhendi selguse, asjakohasuse ja rakendatavuse kohta.
4. Küsimustikust saadud vastustest lähtudes juhendit korrigeerida ning esitada õendustegevusjuhend haiglasiseseks kooskõlastuseks ja kinnitamiseks.

Antud arendusprojekt koosneb kolmest osast. Esimeses osas käsitletakse arendusprojekti teoreetilist raamistikku, mille põhjal koostatakse tegevusjuhend. Teises osas kirjeldatakse arendusprojekti kasutatud metoodikat, milles on välja toodud vajaduste väljaselgitamine ning arendusprojekti koostamise mudel ja meetodid. Kolmas osa keskendub arendusprojekti tervikprotsessile, milles kirjeldatakse arendusprojekti teostamise protsesse ning tegevuste täideviimist.

1. [ARENDUSPROJEKTI TEOREETILINE RAAMISTIK

1.1. Kroonilise neeruhaiguse definitsioon ja olemus

Krooniline neeruhaigus (KNH) on defineeritud kui ülemaailmne terviseprobleem, põhjustades lõppstaadiumi neerupuudulikkust, südame – ja veresoonkonna haigust ja enneaegset suremust (KDIGO Clinical...2013). KNH on vaikselt ja algstaadiumis oluliste kaebusteta kulgev haigus. KNH alla kuuluvad erinevad neeruhaigused, millede puhul neerufunktsioon aastate või aastakümnete jooksul väheneb (Kroonilise neeruhaiguse ravijuhend, 2017: 11). KNH definitsioon ja klassifikatsioon on ajas muutunud, praegused rahvusvahelised juhised määratlevad KNH kui neerufunktsiooni langust, kui esineb üks või mõlemad järgmistest kriteeriumitest: glomerulaarfiltratsiooni kiiruse (eGFR) vähenemine alla 60 ml/min/1,73 m² kohta või üle kolme kuu kestnud neerukahjustusele viitavate markerite esinemine (vt tabel 1) ning seda olenemata algpõhjusest (KDIGO Clinical...2013; EDTNA/ERCA Chronic...2021; NICE Chronic...2021). eGFR- i langemisel < 15ml/min/1,73 m²kohta on haigus jõudnud lõppstaadiumisse, kus neeruasendusravi rakendamata on prognoos inimese elule halb. NAR meetodite alla kuuluvad: dialüüsravi, neerusiirdmine ja konservatiivne (palliativne) ravi. (Webster et al., 2017)

Tabel 1. KNH kriteeriumid lähtuvalt rahvusvahelistest juhenditest (KDIGO Clinical...2013; EDTNA/ERCA Chronic...2021; NICE Chronic...2021)

Üks või mõlemad järgnevatest kriteeriumitest, mis on kestnud üle 3 kuu:

1. eGFR < 60 ml/min/1,73 m² (3A-5, vt. Tabel 2)
2. Neerukahjustusele viitavad markerid (1 või mitu)
 - Albuminuuria (albumiini/kreatiniini suhe ≥ 30 mg/mol)
 - Haiguslik leid uriini sademes
 - Tubulaarkahjustusest tingitud elektrolüütide häire
 - Haiguslik morfoloogiline leid
 - Kuvamisuuringutel ilmnenuid struktuurimuutus
 - Neerusiirdamine anamneesis

KNH risikifaktorite hulka kuuluvad: diabeet, kardiovaskulaarhaigused, suitsetamine, ülekaalulisus, istuv eluviis, madal sotsiaalmajanduslik staatus, meessugu, märkimisväärne proteiinuuria, ägeda neerukahjustuse episood (EDTNA/ERCA Chronic...2021).

Kõrge ja keskmise sissetulekuga riikides on igal kümnendal inimesel krooniline neeruhaigus, mille peamised põhjused on diabeet, hüpertensioon või glomerulonefriit (Webster et al., 2017), täpselt samad põhjused on KNH tekitajateks ka Eestis (Kroonilise neeruhaiguse patsiendijuhend, 2017:9).

KNH koormus on märkimisväärne. Ligikaudu 850 miljonit inimest maailmas on mõjutatud erinevat tüüpi neeruhaigusest (Li et al., 2020). Tuginedes Maailma Tervishoiuorganisatsiooni andmetele on KNH tõusnud aastaks 2019 surma põhjuste hulgas kümnendale kohale, suremus on tõusnud 1,3 miljoni inimeseni (WHO Fact...2021). KNH ülemaailme koormus suureneb prognooside kohaselt veelgi ja aastaks 2040 saab see suremuse põhjuste hulgas olema viiendal kohal (Foreman et al., 2018) põhjustades seega ka tervishoiukulude katastroofilist tõusu (Essue et al., 2017). Kõrge sissetulekuga riikides kulutatakse dialüüsiravile ja siirdamisele 2–3 % aastasest tervishoiueelarvest (Vanholder et al., 2017).

Diagnostika ja varase ravi, sh. eluviiside ja toitumisalase sekkumise kaudu on võimalik ennetada ja pidurdada KNH arengut lõppstaadiumisse (Kalantar-Zadeh & Fouque, 2017; Luyckx et al., 2017; Vanholder et al., 2017). Kroonilise haigusena nõuab see multidistsiplinaarset lähenemist, kus õdedel on tähtis roll jagamaks kõrge kvaliteediga patsiendikeskset teenust ja võimalus olla patsiendile toeks haiguse erinevatel etappidel (EDTNA/ERCA Chronic ...2021).

1.2. Kroonilise neeruhaiguse ennetamise klassifikatsioon

Haiguste Kontrolli ja Tõrje Keskuse (CDC) ekspertide määratluse järgi viitab mõiste „ennetus“ tegevusele, mis liigitub kolme kategoorisse: primaarne ennetamine ehk sekkumine enne tervisemõjude ilmnemist, ennetamiseks haiguse või vigastuse tekkimist, sekundaarne ennetamine soovitab ennetusmeetmeid, mis viivad haiguse varajase diagnoosimiseni ja kiire ravini, vältimaks raskemate probleemide teket ning tertsiaarne ennetamine ehk haiguse ravi väljakujunemise järgselt kontrollimaks haiguse progresseerumist ja raskemate tüsistuste tekkimist. Nendel määratlustel on oluline roll ka KNH ennetamisel ja ravis ning KNH-st põhjustavate või neerupuudulikkuse progresseerumiseni viivate riskitegurite täpsel tuvastamisel. (Li et al., 2020)

Primaarse ennetuse meetmed peaksid keskenduma kahele peamisele KNH riskitegurile – diabeedile ja hüpertensioonile, lisaks kuuluvad riskitegurite hulka neerude polütsüstoos, kaasasündinud või omandatud neerude ja kuseteede struktuursed anomaaliad, glomerulonefriit, nefrotoksilised ained ja ravimid, ühe neeru kaotus, ülekaalulisus, rohke soola tarbimine ja kõrge valgusisaldusega dieet. Muutmatute riskitegurite hulka lisanduvad vanuse lisandumine ja geneetilised tegurid. (Kalantar-Zadeh & Fouque, 2017). Primaarse ennetuse puhuselt soovitatakse kõrge riskiga patsientidele ülekaalu vähendamist (Ricardo et al., 2015), veresuhkru ja vererõhu tõhusat kontrolli, kõrge soolasisaldusega dieedi vältimist ning tervislikku toitu ja eluviise. (Li et al., 2020).

On tõestatud, et sekundaarne ennetus peaks eelkõige olema suunatud KNH algstaadiumiga (1-3A) (vt. tabel 2) patsientidele, kus ennetamisel läbi patsientide koolitamise ja kliinilise sekkumise on väga oluline roll haiguse kulu progresseerumise pidurdamisel (Evangelidis et al., 2019). Kontrollimatu või halvasti kontrollitud kõrge vererõhk on üks levinumaid riskitegureid KNH kiirel progresserumisel, tekitades neerude struktuuris kahjustusi ja hävitades nefroneid. Sekundaarse ennetuse nurgakiviks on vererõhu kontroll ravimrühmaga, mis alandavad nii süsteemset vererõhku kui glomerulaarset rõhku, pikendades sel moel nefronite eluiga. (Li et al., 2020)

Tabel 2. Kroonilise neeruhaiguse raskusastmed eGFR (mL/min/1,73 m²) alusel (Kroonilise neeruhaiguse...2017).

Raskusaste	Kirjeldus	eGFR
1	Neerukahjustus on tekkinud (esineb albuminuuria ehk valk uriinis), kuid eGFR on normaalne.	eGFR > 90 ml/min
2	Kerge eGFRi vähenemine.	eGFR 60–89 ml/min
3A 3B	Mõõdukas eGFRi vähenemine (tekivad varajased neerupuudulikkuse sümptomid).	eGFR 45–59 ml/min eGFR 30–44 ml/min
4	Raske eGFRi vähenemine (ehk dialüüsieelne staadium, tekivad hilised neerupuudulikkuse sümptomid).	eGFR 15–29 ml/min
5	Lõppstaadiumi neerupuudulikkus (ehk ureemia, vajalik neeruasendusravi).	eGFR < 15 ml/min

KNH süvenedes lõppstaadiumisse on ureemiaga seotud kaasuvate tüsistuste nagu aneemia, mineraalide ainevahetushäirete ja südame-versoonkonna haiguste ravil patsientide elulemuse

tagamisel äärmiselt oluline roll ja need meetmed koonduvad tertsiaarse ennetuse alla. Neil patsientidel on südame-veresoonkonna haiguste koorem eriti suur, kui sinna lisanduvad veel diabeet ja hüpertensioon, ülekaal ja hüperlipideemia, mis vajavad tähelepanu, et dialüüsravi alustamata kauem toime tulla. (Li et al., 2020)

1.3. Õe roll dialüüsravi eelses nõustamises

KNH ennetamine ja ravi vajab tänasel päeval multidistsiplinaarset lähenemist erinevate spetsialistide poolt. Ideaalis peaksid multidistsiplinaarsesse meeskonda kuuluma: nefroloog, õde, toitumisenõustaja, füsioterapeut, psühholoog, sotsiaaltöötaja, kogemusnõustaja, tegevusterapeut ja farmatseut. Patsientide dialüüsravi eelne ettevalmistus NAR raviks vajab vähemalt eriarsti ja õe poolset sekkumist. (Goovaerts et al., 2015). Eriõde on suurema kliinilise baaspädevusega ja otsustusoskusega spetsialist, kellel on valmisolek töötada nii iseseisvalt kui meeskonnaliikmena, kasutades oma õenduslaseid teadmisi ja oskusi rakendades neid KNH patsientide terviseedendamisel (Jones, 2011; EÕL Eriõe...2020).

Dialüüsravi eelne nõustamine aitab patsientidel mõista nende haigust ja ravi ning seeläbi parandada kliinilisi tulemusi. Eelnevad uuringud on näidanud, et varajases KNH staadiumis läbi viidud patsiendi nõustamine aitab pidurdada KNH kulgu, tõstab dialüüsravi aegset elulemust, parandab haigusteadlikkust ja elukvaliteeti. (Jones 2011; Danguilan et al., 2013; Yu et al., 2014). Nõustamise tulemusena paraneb koostöö ravimite võtmisel (Barrett et al., 2011), patsientidel parem emotsionaalne seisund ja unekvaliteet, mis tagavad hea vaimse tervise seisundi (Chen et al., 2016). Nõustamist on seostatud ka paremate biokeemiliste tulemustega, lühemate haiglapäevadega, õigeaegse ettevalmistusega dialüüsrite loomisel, mis omakorda aitavad vähendada rahalisi kulusi (Smart et al., 2014; Yu et al., 2014; Mirza et al., 2020). Õe nõustamisel käinud patsiendid on saanud motiveerivat tuge, mis aitab parandada kodust enesehooldust ja haigusega toimetulekut (Kivelä et al., 2014).

Tuginedes Euroopa Dialüüsi ja Transplantatsiooni Õdede Ühingu õendustegevusjuhendile peaks KNH-ga patsiendi ravi hõlmama:

- diagnoosipõhist spetsiifilist ravi
- kaasuvate haiguste hindamist ja ravi

- neerufunktsiooni progresseerumise aeglustamist
- südame-veresoonkonna haiguse ennetamist ja ravi
- neerufunktsiooni langusest tingitud tüsistuste ennetamist ja ravi
- ettevalmistust neeruasendusraviks
- arutelu erinevatest neeruasendusravi võimalustest s.h konservatiivsest (palliativsest) ravist

Raviplaan tuleks koostada kõikidele KNH-ga patsientidel sõltumata nende vanusest ja käsitleda patsiente eelmises alapeatükis nimetatud primaarse, sekundaarse ja tertsiaarse ennetuse järgi (EDTNA/ERCA Chronic...2021).

KNH võib sageli kulgeda asümptomaatiliselt, mistõttu on õel oluline omada asjakohaseid teadmisi pakkumaks patsientidele nõstamisel tõhusat tuge. Kliinilise hindamise puhul kuulub õe ülesannete hulka anamneesi kogumine ja läbivaatus.

Patsiendi läbivaatus peab hõlmama :

- naha seisukorra (värv, lööbed, sügelus, turgor) hindamist;
- perifeersete tursete ja organismi vedelikuliiia hindamist (Lisa 1; Lisa 2);
- varasemad operatsiooniarmid
- PD kateetri olemasolu (Lisa 3), AVF/AVG olemasolu (Lisa 4), vajadusel haavaniitide eemaldamist ja sidumise teostamist;
- kaalu ja pikkuse mõõtmine KMI arvutamiseks;
- kehatemperatuuri mõõtmist;
- vererõhu ja pulsi mõõtmist;
- isu puudumist, kaalulanguse hindamist;
- diureesi olemasolu ja urotrakti sümptomite hindamist;
- diabeedi puhul veresuhkru väärtuste hindamist;
- hematoloogiliste, biokeemiliste, radioloogiliste uuringutulemuste ning uriinianalüüside hindamist.(Mahon & Jenkins, 2013)

Eriõde on KNH-ga patsiendile multidistsiplinaarses meeskonnas väärtuslik ressurss, tagades läbi oma pädevuse ja teadmiste patsiendikeskse lähenemise kogu teekonna jooksul diagnoosi saamisest kuni üleminekuni dialüüsraavile (Jones, 2011).

1.4. Õe iseseisev vastuvõtt, üldpõhimõtted ja tegevusvaldkonnad

Õe iseseisva vastuvõtu teenus on Eesti Vabariigis reguleeritud sotsiaalministri määrusega nr 55, 13.08.2010, § 6¹ alusel on õe vastuvõttu lubatud osutada eriarsti tegevusluba omavas asutuses õe poolt, kellel on rakenduslik kõrgharidus ja vähemalt kahe järjestikuse aasta praktiline töökogemus õendusabi valdkonnas (Iseseisvalt osutada...2016: § 6¹) ning tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 25 alusel vastava tegevusloaga äriühingul, sihtasutusel või füüsilisest isikust ettevõtjal (Tervishoiuteenuste korraldamise...2015: § 25).

„Õe vastuvõtt on õe ja abivajaja vaheline koostöösuhete, milles keskendutakse igas eas patsiendi tervise probleemi(de) lahendamisele. Tulemusliku lahendusviisi leidmiseks rakendab õde koostöösuhetes nii tervisealast nõustamist, kliinilist õendusabi kui vajadusel lähedaste konsulteerimist patsiendi tervise ja/või toimetuleku küsimuste osas. Õe vastuvõtu sisuks on patsiendi terviseteadlikkuse edendamine, enesehoolduse, terviseseisundi jälgimise ning pikaajalise ja/või kroonilise haiguse toimetuleku õpetus koos arsti poolt määratud ravi toetava õendustegevusega“. (Õe ambulatoorse...2016:7).

Õe vastuvõtu tegevusvaldkonnad on kirjeldatud Vabariigi Valitsuse poolt 19.03.2020 kehtestatud määrusega nr 19 (kood 3035) järgnevalt:

1. *„patsiendi ja tema lähedaste tervisealane nõustamine ja õpetamine tervise säilitamiseks, edendamiseks ja haiguste ennetamiseks, iseseisvaks kasutamiseks mõeldud meditsiiniseadmete ja abivahendite kasutamise õpetamine ning toimetulekut ja turvalisust toetav nõustamine;“*
2. *„patsiendi terviseseisundi hindamine ja terviseriskide analüüs jälgimisperioodil, täiendavate uuringute vajaduse väljaselgitamine, objektiivsete tervisenäitajate seire ning ravisoostumuse jälgimine ja nõustamine lähtuvalt arsti otsusest ja ravijuhenditest. Kõrvalekallete ilmnemisel terviseprobleemide lahendamine iseseisvalt või koostöös teiste tervishoiutöötajatega;“*
3. *„õendussekkumiste ja lihtsamate raviprotseduuride tegemine (v.a tervishoiuteenuste loeteluga sätestatud tervishoiuteenused);“*
4. *„õendustegevuse dokumenteerimine (anamneesi kogumine, õendusplaani koostamine, õendussekkumise ja õendusabi tulemuste hindamine, epikriisi koostamine, andmete töötlemine tervise infosüsteemis, tervishoiuteenuse osutamisega seotud dokumentide väljastamine).“* (Eesti Haigekassa...2020: § 9)

Suutlikkuse erialaseks tegevuseks õe ambulatoorsel vastuvõtul tagavad pädevuse baasnõuded asjakohaste teadmiste, oskuste, kohustuste ja hoiakute näol (Õe ambulatoorse...2016:10). Arvestades õe iseseisva vastuvõtu sisu ja selle toimimiseks eeldatavat kompetentsi vajaks dialüüsravi eelset nõustamist läbi viiv õde eriõe pädevusi ja erialaspetsiifilist väljaõpet, mida praegusel hetkel saab pakkuda vaid nefroloogiakeskuses. Õendustegevusjuhendi koostamisel arvestatakse eelpool kirjeldatud määruseid, kasutatakse organisatsioonis kehtivat õendustegevusjuhendi koostamise vormi ning tuginetakse rahvusvaheliselt kehtivatele juhenditele ning uurimustele.

2. METOODIKA

2.1. Organisatsiooni diagnostika ja arendusvajaduse määratlemine

Organisatsioon, kus projekt ellu rakendatakse, on AS Lääne Tallinna Keskhaigla (LTKH). LTKH näol on tegemist pealinna ühe suurima ja mitmeprofiilsema keskhaiglaga kus pakutakse kõrgel tasemel nüüdisaegset raviteenust. Keskhaigla koosseisu kuulub 11 kliinikut ja 34 erialakeskust kus töötab ligikaudu 2000 inimest, sisekliinikus on keskusena ainsana esindatud nefroloogia eriala. LTKH visioon on olla arengule ja kvaliteedile orienteeritud patsiendikeskset tervishoiuteenust pakkuv haigla Põhja-Eestis. (LTKH Arengustrateegia..., 2021:3-4).

Eestis töötab erinevates keskustes KNH erinevates etappides (ambulatoorne jälgimine ja vastuvõtt, statsionaarne ravi, dialüüsravieelne periood, peritoneaaldialüüs, hemodialüüs, neerusiirdamisejärgne jälgimine) patsienditega ligikaudu 160 öde. LTKH nefroloogiakeskus on Põhja Eesti suurim kesksus, kus dialüüsravi eelse nõustamise teenust osutab öde. Keskuse dialüüsravieelses registris on ligikaudu 200 KNH-ga patsienti, lisaks 16 peritoneaaldialüüsravi, 91 hemodialüüsravi ja 200 neerusiirukuga patsienti ning lisaks osutatakse igapäevaselt nii ambulatooret kui statsionaarset ravi .

KNH patsiendi nõustamine hõlmab endas haiguse kulu progresseerumise ja ureemiliste komplikatsioonide ennetamist, kaasuvate haiguste ohjamist, dialüüsraviks ettevalmistamist ja toitumissoovituste jagamist. Eriarsti vastuvõtuks ettenähtud 20 minuti jooksul tuleb spetsialsitil (arstil) koguda anamnees, teostada patsiendi läbivaatus, koostada raviplaan, väljastada retseptid, määrta analüüsid ja uuringud, tegevused dokumeneteerida. Patsientidel on üha enam oma tervise ja haigusega seonduvalt küsimusi ning ajaliselt limiteeritud vastuvõtu aeg ei võimalda arstil nõustamisega põhjalikult tegeleda.

Kliinikusiseselt on varasemalt arutelude käigus kujunenud arvamus, et just öde võiks olla sobiv pakkumaks KNH-ga patsientidele tuge, lähtudes patsiendi individuaalsetest vajadustest ning olema ühendav lüli multidistsiplinaarses meeskonnas – vajadusel konsulteerima erialaastiga, sotsiaaltöötajaga psühholoogiga. Õe iseseisev vastuvõtt on juba varasemalt tõestanud selle kasulikkust arstide töökoormuse vähendamisel, samuti tervishoiuteenuste kättesaadavuse parandamisel (Eesti tervishoiu...2020; Nefroloogia eriala...2012; Ühised sammud...2020).

Õe iseseisva ambulatoorse vastuvõtu avamise üheks eelduseks on kehtiv teaduspõhiselt pädevaid tegevusi sisaldav ja organisatsioonis kehtivale korrale vastav õendustegevusjuhend, mis on selle arendusprojekti tulemiks.

Arendusvajaduse väljaselgitamiseks ja arendusprojekti koostamise vajalikkuse kohta on autor küsinud arvamusi LTKH nefroloogiakeskuses töötavatel erialaspetsialistidelt, osakonna õendusjuhilt, sisekliiniku õendusjuhilt. Spetsialistidele esitleti projekti ideed ja eesmärki ning paluti nende kirjalikku arvamust ja tagasisidet sellise projekti vajalikkuse kohta. Vastuste põhjal, selgus, et arendusprojekti ja selle tulemina valmivat õendustegevusjuhendit peetakse väga oluliseks, see annab õele kindlustunde ja tegevussuunad kvaliteetse õendusabi osutamiseks.

„Õe iseesisev vastuvõtt dialüüsravi eelse patsiendi nõustamiseks on äärmiselt vajalik projekt kuna KNH-ga patsientide puhul on tavapäraselt tegu hulgikahjustustega patsientidega, kellel on vaja antud patoloogiaid kaardistada, hetkeseis fikseerida. Samuti tuleb õde toime KNH-ga patsiendi tervikliku seisundi hindamisega s.h. neerufunktsiooni ja sellest lähtuvate probleemide (elektrolüütide ainevahetushäired, aneemia, tursesündroom jm.) hindamise, patsiendi poolt võetava raviskeemi täpsustamisega. Need patsiendid vajavad nõustamist dieedi, vedelikutarbimise režiimi, elustiili suhtes. Sageli tekivad küsimused ja mured hiljem ja kontakt õega aitab paljusid võimalikke probleeme ennetada. Valmiv juhend on vajalik, et kõik erialal töötavad õed/ spetsialistid käsitleksid patsienti ühtselt arusaadaval alusel“.

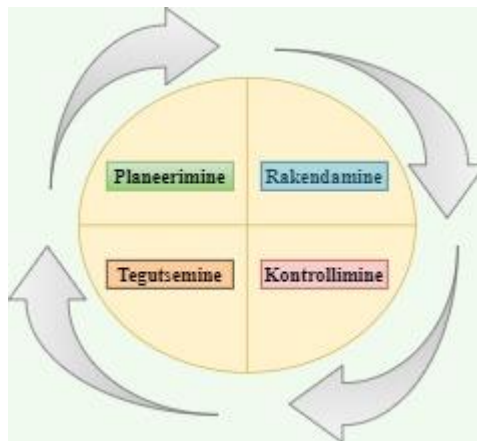
„Õe vastuvõtul käies saab patsient vastused tekkinud küsimustele lihtsate selgituste kaudu. Tavaliselt on patsiendil rohkem julgust küsida, ei tule häbeneda, et kõik tervise ja haigusega seonduv ei ole talle alati lihtsalt mõistetav“.

„Mina isiklikult arvan, et õe vastuvõtul saab patsient individuaalselt teavet ja nõustamist haiguse olemuse ja sellega toimetuleku kohta. KNH patsient vajab regulaarset jälgimist ja hindamist vastavalt koostatud raviplaanile. Õde on pädev nõustama nii patsienti kui tema lähedasi“.

„Õde teeb KHN patsiendiga ambulatoorselt tegeledes ära väga suure töö (hindab elulisi näitajaid, kontrollib raviskeemi, täpsustab retseptide pikendamise vajadust, õpetab peritoneaaldialüüsi kateetri ning arteriovenoosse fistuli hooldust, jälgib nende korrasolekut) kahjuks ei kajastu see kirjalikult mitte kuskil, see olukord peab muutuma“.

2.2. Arendusprojekti koostamise mudel ja meetodid

Arendusprojekti protsessi hindamiseks on autor valinud William Edwards Deming'i poolt loodud kvaliteedijuhtimise protsessimudeli. Deming'i mudel põhineb teaduslikule meetodile ning pakub raamistiku muudatuste väljatöötamiseks, testimiseks ja rakendamiseks. PDCA (*plan, do, check/study; act*) tsüklite kasutamine võimaldab analüüsida muudatusi väikeses mahus sealjuures andes sidusrühmadele võimaluse näha kavandatud muudatuse progressi. Mudel koosneb neljast etapist: planeerimine, lähenemine (*plan*); rakendamine, ellu viimine (*do*); kontrollimine, tulemused (*check/study*), tegutsemine, reageerimine (*act*). (Taylor et al., 2014., Plan, do...,2018).



Joonis 1. Deming'i pideva parendamise tsükkel (Plan, do...,2018:3, kohandatud).

Planeerimise (*Plan*) etapis määratletakse eesmärgid ja tegevused, valitakse meetodika, mis on vajalik tulemuste saavutamiseks (EFQM täiuslikkuse mudel, 2018). Planeerimist alustati arendusprojekti ning selle tulemina valmiva õendustegevusjuhendi vajaduse väljaselgitamisega (ptk 2.1) ning projekti ajalise tegevuskava (ptk. 3.1), kommunikatsioonikava, (ptk 3.2), eelarve, meeskonna (ptk 3.3) ja riskijuhtimise (ptk 3.4) planeerimisega.

Oktoober 2020 – jaanuar 2021 viidi läbi kirjanduse süstemaatiline otsing kasutades PubMed, CochraneLibrary ja ScienceDirect teadusandmebaase, erialast ajakirja Journal of Renal Care. Kõikides andmebaasides kasutati kombineeritud otsingut: *chronic kidney disease AND patient AND need for information* ning teise kombinatsioonina: *diet AND chronic kidney disease AND quality of life*. Töö autori esialgne soov oli õendustegevusjuhendis käsitleda KHN puhuselt

olulise alapunktina toitumissoovitusi, kuid see osa osustus äärmiselt töömahukaks ja ei leidnud eraldiseisvalt süstemaatilise kirjandusel ülevaate põhjal piisavalt tõendust patsiendi elukvaliteedi parandamisel. Seetõttu on aprillis 2021 samade teadusandmebaaside ja valikukriteeriumite põhjal teostatud korduv otsing sõnadega: *chronic kidney disease AND clinical nurs* AND predialysis education AND quality of life*.

Kirjanduse valikukriteeriumid olid: avaldatud viimase 10 aasta jooksul, inglise keeles ja uuritavate selekteerimisel kasutati PICO-meetodit (Hickson, 2008.),(vt tabel 3) kus P (ingl k Patient/Population) on sihtrühm (täiskasvanud (üle 18.a) KNH-ga patsiendid, v.a rasedad), I (ingl k Intervention) on sekkumine (patsiendiõpetuse jagamine, toitumisalane nõustamine), C (ingl k Comparision) on võrreldav sekkumine (võrreldes õpetust ja nõustamist mitte saavate patsientidega) ja O (ingl k Outcome) on tulemused (kas sekkumised parandavad elukvaliteeti ja mõjutavad KNH kulgu).

Tabel 3 Uuringu valikukriteeriumid PICO-meetodil

	Uuringu valikukriteeriumid
P	Täiskasvanud (üle 18.a) KNH-ga patsiendid, v.a rasedad
I	Patsiendiõpetuse jagamine, nõustamine
C	Võrdlemine patsiendiõpetust, nõustamist mitte saavate patsientidega
O	Sekkumiste mõju elukvaliteedile ja KNH kulule

Andmebaaside otsingud kitsendusega vaba juurdepääsuga ingliskeelsed täisartiklid andsid esmase otisngukriteeriumitega kokku 2955 tulemust ja teabeallikates välja toodud ajakirjadest leiti 1 sobivate otsingusõnadega artikkel. Teistkordse otsingu tulemuseks oli 3845 artiklit ja analüüsi. Patsiendi nõustamise puhul on välja arvatud artiklid kus on uuritud mudeleid, mis nõuavad eelnevalt kindla vormi väljatöötamist ja rahalist panustamist. Läbi töötati 45 artiklit, millest antud ülevaatesse on kaasatud üheksa. Andmete analüüsiks kasutati induktiivset (empiirilistele tähelepanekutele põhinevat üldistavat) sisuanalüüsi (Streubert & Carpenter, 2011: 10; Lagerspetz, 2017: 59). Valitud uuringute täistekstid loeti läbi, veendumaks, et uuringud toetavad püstitatud uuringüküsimustele vastuste leidmist ja uuringu eesmärgi saavutamist. Koostati andmete väljavõtu leht, mis kajastab varasema empiirilise teabe valitud

teema kohta. Uuringute kvaliteedi hindamiseks kasutati PRISMA- kontroll-lehte (Liberati et al., 2009)

Rakendamise (*Do*) etapis koostati õe iseseisva vastuvõtu tegevusjuhend moodustades ühtse terviku süstemaatilise kirjanduse ülevaate tulemusel saadud teoreetilisest ja empiirilisest teabest KNH-ga patsientide vajaduste ja õendusabi kohta, õe ambulatoorset iseseisvat vastuvõttu reguleerivast riiklikust juhendist ja rahusvahelistest juhenditest. Juhendi koostamiseks saadi luba LTKH teadus - ja arendusmeeskonna juhilt, seejärel vormistati juhend LTKH kehtiva õendustegevusjuhendi vormi. Arendusprojekti käigus tuli juhendit korrigeerida, sest 11.10.2021 muudeti ja kinnitati LTKH juhendite koostamise korda ja eeskirja. Autori jaoks ei osutunud see probleemiks vaid vastupidiselt sai juhend selgema ja konkreetsema vormi.

Kontrollimise (*Check*) etapp hõlmab arendusprojekti mõistes nii projekti monitooringut kui ka projekti tulemina valminud õendustegevusjuhendi kvaliteedi – tõenduspõhisuse, asjakohasuse ja rakendatavuse – hindamist (vt ptk 3.5). Tõenduspõhisuse tagamiseks analüüsiti ja valiti välja vaid usaldusväärsed kirjandusallikad, kehtivad rahvusvahelised juhendid ja regulatsioonid. Õendustegevusjuhendi selguse ja rakendatavuse kohta eksperthinnangu saamiseks, tulenevalt spetsiifilisest teemakäsitlest valis autor eesmärgipärase valimi ehk inimesed, kes teemaga mingil nendele eriomasel viisil kokku puutuvad (Lagerspetz, 2017: 175) – käesoleval juhul KNH-ga patsientidega igapäevaselt töötavad õed. Kirjaliku tagasisideküsimustiku (Lisa 8) koostamisel tugines autor ravijuhendite hindamisel kasutatavale mõõdikule Agree II (Ravijuhendite kvaliteedi...2009). Küsimustik koosneb valikvastustega küsimustest, vastamisel kasutatakse Likerti 5-pallist skaalat (Joshi et al., 2015), kus „1“ näitab väitega täielikku mittenõustumist ja hinnang „5“ väitega absoluutset nõustumist. Küsimustikule vastamine on vabatahtlik, selgitusega millisel eesmärgil küsitlust läbi viiakse ja vastajate arvamusi ei tsiteerita töös nimeliselt. Valiidsuse tagamiseks on iga küsimuse juurde lisatud variant „muu“, kuhu on vastajal võimalik lisada omapoolne vastus/kommentaari, juhul kui valmis vastusevariandid ei peaks sobilikuks osutama. Ankeetküsitlus esitati ekspertidele kirjalikult koos õendustegevusjuhendiga ja küsimustikule paluti vastata pärast juhendiga tutvumist. Valmis vastusevariandid lihtsustavad vastuste võrdlemist ja analüüsi, samas saab avatud küsimuste vastuseid kategooriasse liigitada ja kvantitatiivse analüüsi jaoks loendada (Lagerspetz, 2017: 161).

Tegutsemise (*Act*) etappi jääb kõigi eelnevalt planeeritud tegevuste elluviimine, järgides võimalusel planeeritud ajakava ja teaduspõhist metoodikat. Lähtudes arendusprojekti

eesmärgist koostada õendustegevusjuhend, siis tähendab see eksperthinnangu tulemustest lähtuvalt paranduste/täienduste/kriitika arvestamist ning juhendi kohandamist (vt ptk 3.5), nõutekohast esitamist keskhaigla kvaliteedi osakonda ja haigla juhatusele lõpliku kinnituse saamiseks. Käesoleva arendusprojekti tulemina valminud õendustegevusjuhend dialüüsravi eelne patsiendi nõustamine õe iseseisvaks vastuvõtuks on LTKH kvaliteedi osakonnas heaks kiidetud ja haigla juhatuse esimehe poolt kinnitatud 06.12.21 (Lisa 9) ning LTKH siseveebis juhendite hulgas soovijatele kättesaadav.

Kabinet õe iseseisva vastuvõtu korraldamiseks on nefroloogiakeskuses olemas, vajalikuks osutub vastuvõtu aegade planeerimine ja vastuvõtule registreerimise avamine. Eesti Neeruõdede Seltsi poolt on autorile saadetud kutse õendustegevusjuhendi tutvustamiseks ja koolituse läbiviimiseks.

3. ARENDUSPROJEKT

3.1. Ajaline raamistik ja tegevused

Arendusprojekti idee sündis Eesti Neeruõdede Seltsi konverentsil 12.03.2020, kus tõstatati probleem ja toimus arutelu KNH-ga patsienti ühtselt käsitlevate juhendite puudumise osas. Autori õpingud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli terviseteaduse magistriõppes andsid suurepärase võimaluse olla oma valdkonnas pioneeriks ja arendusprojektiga alustati septembris 2020, kaitsmine toimub jaanuaris 2022. Arendusprojekt on autori poolt individuaalselt planeeritud, juhitud ja koostatud. Arendusprojekti tulemina valminud õendustegevusjuhend on LTKH nefroloogiaeksuse õe isesesisva vastuvõtu avamise alusdokumendiks. Arendusprojekt moodustab ühe osa magistriõppe lõpueksamist.

Idee teostamiseks ja arendusprojekti õnnestumiseks andis kindlustunnet tõenduspõhise kirjanduse ülevaate tulemus, ekspertarvamuse positiivne kinnitus ja osakonnasisene vajadus muudatuse tegemiseks. Arendusprojekti meeskonda kuulusid:

- arendusprojekti autor – projekti juht; õde nefroloogia osakonnas, kelle igapäevane töö on dialüüsravi eelselt patsientide nõustamine, peritoneaaldialüüsravi patsientide õpetamine ja ambulatoorne vastuvõtt, KNH puhune toitumisenõustamine;
- erialaspetsialist – nefroloog, konsultant erialspetsiifilise teksti parandamisel ja täiendamisel;
- osakonna õendusjuht – projekti konsultant organisatsioonis korraldatavate küsimuste osas.

Antud arendusprojekti hõlmab järgmisi tegevusi: tõenduspõhise kirjanduse süstemaatilise ülevaate koostamine, idee tutvustamine organisatsioonis, arendusvajaduse kindlaks tegemine, arendusprojekti meeskonna loomine, arendusprojekti tulemina valmiva õendustegevusjuhendi loomine, arendusprojekti tutvustamine organisatsioonis, õendustegevusjuhendile hinnangu küsimine erialaspetsialistidelt, õendustegevusjuhendis muudatuste tegemine vastavalt tagasisidele ning ettevalmistamine organisatsioonisiseks kooskõlastuseks, arendusprojekti viimistlemine ja kaitsmine. Täpsem aja – ja tegevuskava on lahti seletatud Gantti graafikus, kus on tegevuste juures Deming'i mudelist lähtuvalt ära märgitud, millise parendamistsükliga on tegu. (Lisa 7)

Tegevuste ajaline järjekord:

- tõenduspõhise kirjanduse süstemaatiline ülevaade (september – detsember 2020; korduv otsing aprill 2021);
- arendusvajaduse kindlaks tegemine ekspertarvamuse küsimine (detsember 2020-jaanuar 2021);
- arendusprojekti idee tutvustamine (jaanuar 2021);
- arendusprojekti meeskonna loomine (jaanuar 2021);
- õendustegevusjuhendi koostamine (aprill – september 2021);
- arendusprojekti tutvustamine organisatsioonis (oktoober -november 2021);
- õendustegevusjuhendile erialaspetsialistidelt tagaside küsimine (oktoober 2021);
- õendustegevusjuhendis muudatuste/paranduste tegemine vastavalt tagasisidele ja dokumentide ettevalmistamine haiglasiseseks kooskõlastamiseks ja kinnituse saamiseks (november 2021);
- arendusprojekti kirjalik viimistlus ja kaitsmine (jaanuar 2022).

3.2. Kommunikatsioonikava ja meeskonna töö planeerimine

Arendusprojekti ideed tutvustati esialgselt osakonna õendusjuhile ning nefroloogiakeskuse juhile, arvates et nende huvi projekti tulemi osas on tõenäoline. Õe iseseisev vastuvõtt aitaks dialüüsravi eelselt nõustamist vajavate patsientide vajadusi ja erialaspetsialistide tööd toetada. Positiivse tagasiside ja toetuse järgselt palus projekti juht õendusjuhi ning keskuse juhi oma arendusprojekti meeskonna liikmeteks, informeeris LTKH sisekliiniku õendusjuhti, kvaliteedi osakonna spetsialisti ja teadus- ja arendusmeeskonna juhti algatatud projektist ja selle tulemina valmivast õendustegevusjuhendist. Lepiti kokku, et projekti juht koostab tuginedes kirjanduse süstemaatilisele ülevaatele, riiklikele ja rahvusvahelistele juhenditele õendustegevusjuhendi, küsib valminud juhendile tagasisidet erialaspetsialistidelt, vajadusel teeb tagasiside põhjal parandused ja täiendused. Õendusjuht aitab korraldada õe iseseisva vastuvõtu avamise ning nefroloogiakeskuse juht aitab täiendada ja korrigeerida erialspetsiifilist väljendusviisi, on toeks iseseisva vastuvõtu avamise protsessis, kui see peaks vajalikuks osutama.

Arendusprojekti ja selle tulemina valminud õendustegevusjuhendi tutvustamiseks korraldas projekti autor osakonnas toimuva rutiinse koosoleku järgselt lühikese ettekande kõikidele nefroloogidele. Õenduspersonalile tutvustati arendusprojekti õendusjuhi poolt korraldatud koosolekul Zoom rakenduse kaudu.

3.3. Ressursside kaasamine ja eelarve

Arendusprojekti ja õendustegevusjuhendi koostamise suurimaks ressursiks tuleb pidada nii projekti autori, kui ka juhendaja, kaasatud meeskonnaliikmete ja LTKH kvaliteediosakonna spetsialisti aega. Autor tegeles projektiga suuresti küll magistriõpingute raames, kuid mõningasel määral kulus selleks ka tööaega, korraldades koosolekuid ja tutvustades arendusprojekti organisatsioonis. Meeskonnaliikmete ajaline panus oli erinev, tulenevalt Covid 19 pandeemiaga seotud piirangutest toimusid kontaktsed kohtumised vaid oma osakonna erialaspetsialistidega, teiste kaasatud liikmetega suheldi ja lahendati vajalikud küsimused meili teel. Väga oluliseks ressursiks peab autor nefroloogiakeskuse juhataja teadmisi ja kogemusi, mis olid toeks võimalikult kvaliteetse õendustegevusjuhendi koostamisel.

Arendusprojekti tutvustava ettekande tegemisel kasutas projekti autor isiklikku sülearvutit. Arstidele tutvumiseks antud õendustegevusjuhendi eksemplarid prinditi välja kasutades osakonna ressursse. Õendustegevusjuhendiga tutvumiseks ja hinnangu andmiseks tuli kulutada erialaspetsialistidel keskmiselt 25 - 30 minutit.

3.4. Riskijuhtimine

Riskide hindamiseks ja maandamiseks tuli projekti autoril koostada risikijuhtimise kava (vt tabel 4), kõrgeima risikiga hindas projekti autor projekti tähtaja ületamist ja Covid-19 pandeemiast tulenevat ohtu, mis on omavahel seotud eelkõige ajalise ressursi, seda nii töö autori kui kaastaud meeskonnaliikmete, puudumise kaudu. Ennetamiseks tuli määratleda projekti teoreetiline raamistik, mis töö käigus vajaski ümberhindamist ja korduva kirjanduse ülevaate teostamist, seejärel kavandati projekti meetodika ja jaotati tegevused püüdes ajalist ressursi

võimalikult realistlikult kasutada (vt Gantti graafik lisa 7). Covid-19 pandeemia põhjustas töö autorile ajalise ressursi piiranguid kolme kuu vältel, mil tavapärased tökohustused ja töökoormus olid suurel määral häiritud.

Tabel 4. Riskijuhtimise kava

Võimalik risk	Riski esinemise tõenäosus (kõrge; keskmine; madal)	Riski ennetavad tegurid	Tegevused riskide ilmnemisel
Arendusprojekt ei valmi tähtajaks	Kõrge	Teoreetilise raamistiku määramine, meetodika kavandamine, ajalise ressursi planeerimine	Ajalise ressursi üle vaatamine, ümber korraldamine, tegevustele uute tähtaegade määramine
Covid-19 pandeemia tõttu tekkivad ajalised piirangud	Kõrge	Projekti tähtaegade püstitamine	Ajalise ressursi ümber korraldamine, uute tähtaegade määramine
Projekti autori võimalik töökoha vahetus	Keskmine	Võimaliku uue töökoha plusside/miinuste analüüs ja mitte emotsioonidel põhinev otsuse langetamine	Arendusprojekti lõpetamine õpingute raames, tulemit ei rakendata
Õendustegevusjuhend ei ole pädev ja jääb ebaselgeks	Keskmine	Koostöö juhendajaga, organisatsiooni kvaliteedi osakonnaga ning tagasisidestamine erialaspetsialistidega	Demingi mudeli rakendamine, tulemi parendamine
Arendusprojekti tulemit ei võeta kasutusele	Madal	Tulemi vajaduse kindlaks tegemine, organisatsiooni diagnostika	Demingi mudeli rakendamine, tulemi parendamine
Personali vastasseis	Madal	Personalile tulemi vajalikkuse tõestamine	Personalile uue teadusliku kirjanduse tutvustamine, juhendi vajalikkuse tõestamine

Tulemi kastustuselevõtu suurendamiseks uuriti esmalt organisatsioonisisest vajadust (ptk 2.1). Seda toetab organisatsiooni arengustrateegia, kuid küsitlus täpse hinnangu saamiseks viidi läbi nefroloogiakeskuse erialaekspertide hulgas. Vastuvõtuks nõutekohane ja sobiliku varustusega kabinet on keskuses olemas, kus projekti autor igapäevaselt töötab ja patsiente nõustab. Sisekliiniku ja nefroloogia osakonna õendusjuhid on lubanud pärast tulemi kinnitamist kaasa aidata õe isesesiva vastuvõtu ametlikuks avamiseks. Koos meeskonnaliikmete ja kvaliteediosakonna spetsialistiga on läbi Demingi ringi mudeli kasutamise projekti tulemit

võimalik pidevalt parandada, tagades õendustegevusjuhendile kõrge kvaliteedi. Lõpliku otsuse ja kinnituse õendustegevusjuhendile ja loa selle kasutamiseks annab organisatsiooni juhtkond, mistõttu puudub meeskonnal lõpliku otsuse tegemisel sõnaõigus.

Projekti autori võimalik töökoha vahetus on risk, mida ei saa ennetada, küll aga eeldada, et see saab olema kaalutletud ja läbimõeldud otsus ning arendusprojekt saab vaatamata riskile lõpule viidud ja kaitstud.

Personali vastasseis tulemile on vähetõenäoline, kuna algne idee ühtse KNH-ga patsienti käsitleva juhendi vajaduse kohta on välja kasvanud just valdkonnas töötavate õdede soovidest. Juhend ei raskenda kellegi tööd, juhendi lisasid on võimalik kasutada kõigil valdkonnas ja KHN-ga kokku puutuvatel õdedel ning eelkõige on projekti tulem autori tööks vajalik alusdokument. Omapoolse toetuse on andnud ka kõik keskuse nefroloogid.

3.5. Arendusprojekti monitooring ja tulemuste kvaliteet

Gantti graafik (lisa 7) oli autorile projekti ajakava ja tegevuste monitoorimise töövahendiks, autori korraldada oli meeskonna töö koordineerimine ja meeskonna liikmete ajaliste ressurssidega arvestamine, hinnata tuli tegevuste täitmist, mis kajastub protsentuaalselt Gantti graafikus (lisa 7) ja lõpuks koostada arendusprojekti kirjalik versioon. Projekti terviklikku kvaliteeti aitas tugevdada Deming'i mudeli järgimine. Projekti lõpuks on õendustegevusjuhend saanud heakskiidu LTKH sisekliiniku õendusjuhilt, kvaliteediosakonna spetsialistilt ja LTKH juhatuse poolt kinnitatud (Lisa 9).

Õendustegevusjuhendi koostamisel kasutatud tõendusmaterjali hindamisel ja töösse kaasatud uurimistööde usaldusväarsuse tagamisel on kasutatatud PRISMA kontrolllehte (Liberati et al., 2009). Lisas 6 on välja toodud teoreetilise raamistiku koostamisel kasutatud uurimistööde meetodika, tulem ja peamised järeldused.

Õendustegevusjuhendi kvaliteedi tagamiseks vastavalt Deming'i mudeli kontrolletapile, saatis autor õendustegevusjuhendi koos tagasisideküsitlusega (lisa 8) hindamiseks erialaspetsialistidele. Peamiselt olid vastajad KNH patsiendiga erinevates etappides töötavad õed aga nende hulgas ka nefroloogiakeskuse juhataja. Tagasiside küsitlusi laekus autorile 14, kõik vastanud on pidanud tegevusjuhendit selgeks ja arusaadavaks ning õe poolt teostatavaid õendussekkumisi patsiendi tervist toetavaks. Õendustegevusjuhend koos lisadega hinnati õe

iseseisvat vastuvõttu toetavaks ning sai soovitusel tegevusjuhendit kasutada, neli vastajat soovivad tegevusjuhendit kasutada koos täiendustega. Nende vastanute ettepanekuid on autor arvesse võtnud, juhendi lisades on täiendused ja parandused tehtud. Lisaks on juhendit korrigeeritud organisatsioonis uue kehtiva juhendi vormistamise korra ja eeskirjade järgi.

Kommentaari ja täienduste hulgas mõned näited: „*KNH on patsiendile ja tema lähedastele raske nii psühholoogiliselt, füsioloogiliselt kui sotsiaalselt, dialüüsravi eelne õpetamine ja toetamine on äärmiselt tähtis, et patsiendid saaksid oma ravis aktiivselt osaleda ja tunneksid end turvaliselt ka hiljem juba dialüüsravi ajal*“; „*dialüüsravi eelne nõustamine on väga vajalik ning ajamahukas osa KNH-ga patsiendi käsitluses, täpne ja professionaalne nõustamine võib olulisel määral parandada patsiendi tervist ja elukvaliteeti ning neeruasendusraviga alustamise vajadust edasi lükata*“. Autori järeldusel toetavad need kommentaarid igati valminud õendustegevusjuhendit. Õendustegevusjuhendi Lisa 4 kohta hemodialüüsi õdede poolt tagasisides antud soovitusel on autor arvesse võtnud ja täiendused sisse viinud.

Valminud õendustegevusjuhend sai positiivse hinnangu sisekliiniku õendusjuhilt, läbis kvaliteediosakonna kontrolli ja on LTKH juhatusele kinnitamiseks saadetud 26.11.2021 ja kinnitatud 06.12.2021 (Lisa 9).

4. ARUTELU JA JÄRELDUSED

Arendusprojekti tulemina valminud õendustegevusjuhendi koostamise teaduspõhisuse tagamiseks järgis autor kirjanduse süstemaatilise ülevaate metoodikat (Melnik & Fineout-Overholt, 2011) ning toetus valdkonnas kehtivatele rahvusvahelistele ja siseriiklikele juhenditele. Arendusprojekti teoreetiline raamistik tugineb 12 uurimistöo tulemusele.

Õendustegevusjuhendi koostamisel tugines autor Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatule, mille metoodika on sarnane arendusprojektiga. Esmalt tehakse kindlaks tegevusjuhendi vajadus, selle eesmärk ja uurimisülesanded, kutsustakse kokku multidistsiplinaarne meeskond, kirjanduse süstemaatilise ülevaate põhjal koostatakse tegevusjuhend, saadetakse hindamiseks erialaspetsialistidele, tehakse vajalikud muudatused kinnitatakse ja avaldatakse kasutamiseks (Eesti ravijuhendite...2017).

Õe roll multidistsiplinaarse meeskonna liikmena käsitledes KNH-ga patsienti on end igati tõestanud. Süstemaatilisele kirjanduse ülevaatele tuginedes selgus, et dialüüsravi eelne nõustamine parandab patsientide haigusteadlikkust, tõstab koostöövalmidust ravimite võtmisel ning seeläbi aitab parandada kliinilisi tulemusi (Barret jt, 2011; Peeters jt, 2014), mis omakorda tagab parema elukvaliteedi (Jones, 2011; Danguilan jt, 2013; Yu jt, 2014). Samuti on nõustatud patsientidel paremad tulemused elulemuses, seda ka dialüüsraviga alustades (Smart jt, 2014). Nõustatud patsiendid alustavad dialüüsravi õigeaegse ettevalmistusega, mis vähendab haiglaravi vajadust ja säästab rahalisi ressursse (Smart jt, 2014; Yu jt, 2014; Mirza jt, 2020).

Käesolev arendusprojekt ja selle tulemina valminud õendustegevusjuhend on autori jaoks väga oluline, sest autor nõustab dialüüsravi eelses etapis olevaid KNH-ga patsiente juba aastaid, kuid see töö on jäänud nähtamatuks. Valminud õendustegevusjuhend saab olema alusdokumendiks ja võimalus õe töö viimiseks uuele tasandile, et avada õe iseseisev vastuvõtt, kuhu patsiendid saavad registreeruda läbi iseteenindusportaali või registratuuri. Seni pääsevad nõustamisele vaid nefroloogi poolt tehtud otsuse ja suunamisega patsiendid. Tänu arendusprojekti tulemile saab eriõe töö rohkem nähtavaks, osaks KNH-ga patsiendi multidistsiplinaarsest käsitlusest ja patsiendid parema võimaluse enda tervisega seonduvates küsimustes kaasa rääkida.

Arendusprojekti raames sai autor hea kogemuse meeskonna loomisest ja meeskonna töö koordineerimisest, erimeelsuste lahendamise ja kindlasti parenesid diskussiooni pidamise oskused. Suuri erimeelsusi meeskonnas siiski ette ei tulnud, ühine eesmärk oli koostada võimalikult kvaliteetne ja töökindel õendustegevusjuhend.

Arendusprojekti avaldamise järgselt on autoril kutse tutvustada valminud õendustegevusjuhendit Eesti Neeruõdede Seltsis, lisaks on võimalus arendusprojektiga tutvuda teistel tervishoiutöötajatel, mis aitab tõsta teadlikkust KNH-ga patsiendi käsitlest dialüüsravile eelneval perioodil.

Käesoleva arendusprojekti kirjutamise positiivne kogemus innustab autorit läbi viima uuringut õe iseseisval vastuvõtul osalevate patsientide hulgas. Patsientide hinnang õe poolt käsitletud teemade kohta aitab hinnata nende rahulolu ja juhendi tõhusust ning vajadusel viia sisse täiendavaid parandusi. Lisaks teab autor praktilisest töökogemusest, et patsiendid vajavad KNH käsitlest ka haiguspõhiseid toitumissoovitusi. Seetõttu on autor võtnud endale järgmiseks eesmärgiks koostada vastav juhend, mis moodustaks toetava peatüki käesolevale õendustegevusjuhendile.

Autori algne idee koostada õendustegevusjuhend õe iseseisva vastuvõtu avamiseks sai nefroloogiakeskuse juhtide poolt positiivse tagasiside ja kinnituse selle vajaduse osas. Arendusprojekti tulemusel valmis õendustegevusjuhend õe iseseisva vastuvõtu avamiseks KNH-ga patsientide dialüüsravi eelseks nõustamiseks, mis tagab organisatsioonis asjatundliku valdkonna põhise eriõe teenuse osutamise. See aitab kaasata patsienti kui ka tema lähedasi raviprotsessi.

Õe roll multidistsiplinaarse meeskonna liikmena on äärmiselt vajalik, aidates parandada tervishoiuteenuse kättesaadavust ja kvaliteeti. Õendustegevusjuhendi kasutuselevõtt ja õe iseseisva vastuvõtu avamine aitavad edendada patsientide elukvaliteeti tervikuna.

Õendusjuhend vastab LTKH-s kehtivatele nõuetele ja kinnitati juhatuses esimehe poolt 06.12.2021 ning on soovijatele kättesaadav LTKH siseveebi õendusdokumentatsiooni hulgas. Autor leiab, et arendusprojekti püstitatud eesmärk sai täidetud.

KASUTATUD KIRJANDUS

ACT Academy. (2017). Quality, Service Improvement and Redesign Tools: Plan, Do, Study, Act (PDSA) cycles and the model for improvement. *NHS Improvement*, 8. <https://nhsicorporatesite.blob.core.windows.net/green/uploads/documents/plan-do-study-act.pdf>

AS LTKH arengustrategia 2021-2023. (2021). <https://www.keskhaigla.ee/haiglast/arengustrategia> (06.12.21).

Barrett, B. J., Garg, A. X., Goeree, R., Levin, A., Molzahn, A., Rigatto, C., Singer, J., Soltys, G., Soroka, S., Ayers, D., & Parfrey, P. S. (2011b). A Nurse-coordinated Model of Care versus Usual Care for Stage 3/4 Chronic Kidney Disease in the Community: A Randomized Controlled Trial. *Clin J Am Soc Nephrol*, 6, 1241–1247. <https://doi.org/10.2215/CJN.07160810>

Brodovicz, K.G., McNaughton, K., Uemura, N., Meininger, G., Girman, C.J.; Steven H. Yale, (2009). Reliability and Feasibility of Methods to Quantitatively Assess Peripheral Edema. *Clinical Medicine & Research* Jun; 7(1-2): 21–31.;

Busti, A.J, (2016) Pitting edema assessment. <https://www.ebmconsult.com/articles/pitting-edema-assessment> (21.09.21).

Chen, C. C., Chen, Y., Liu, X., Wen, Y., Ma, D. Y., Huang, Y. Y., Pu, L., Diao, Y. S., & Yang, K. (2016). The efficacy of a nurse-led disease management program in improving the quality of life for patients with chronic kidney disease: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 11(5), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155890>

Danguilan, R. A., Cabanayan-Casasola, C. B., Evangelista, N. N., Pelobello, M. L. F., Equipado, C. D., Lucio-Tong, M. L., & Ona, E. T. (2013). An education and counseling program for chronic kidney disease: strategies to improve patient knowledge. *Kidney International Supplements*, 3(2), 215–218. <https://doi.org/10.1038/kisup.2013.17>

de Waal, D., Heaslip, E., & Callas, P. (2016). Medical Nutrition Therapy for Chronic Kidney Disease Improves Biomarkers and Slows Time to Dialysis. *Journal of Renal Nutrition*, 26(1), 1–9. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2015.08.002>

EFQM täiuslikkumudel (2018). <https://www.eaq.ee/taiendope/efqmtaiuslikkumudel/?fbclid=IwAR0zikWAMRPEJQcA0D3k3euVCBaGb4TX0B8NgsfRUeCUvR Ku5L9VBIKP6kk> (07.05.21).

Eesti Haigekassa ja Maailmapanga kokkuvõttev aruanne (2015). Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis. file:///C:/Users/37250/Desktop/AP%20artiklid/Teksti%20artiklid/veeb_est_summary_report_hk_2015.pdf (02.11.21).

Eesti Haigekassa patsiendijuhendid. *Kroonilise neeruhaiguse patsiendijuhend. (PJ-N/20.1-2017)*. (2017). <https://www.ravijuhend.ee/patsiendivarav/juhendid/71/kroonilise-neeruhaiguse-patsiendijuhend#f774ef96> (14.10.21).

Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamat. (2017).
https://meditsiiniteadused.ut.ee/sites/default/files/www_ut/rj_kasiraamat_tooversioon_2017.pdf (01.11.21).

Eesti Haigekassa ravijuhendid. *Kroonilise neeruhaiguse ennetus ja käsitus. (RJ-N/16.1-2017)*. (2017).

<https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/10/kroonilise-neeruhaiguse-ennetus-ja-kasitus#f774ef96> (12.10.21).

Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. (RT I, 2020, 19, 01.04.2020).
<https://www.riigiteataja.ee/akt/124032020014> (08.08.21).

Eesti Haigekassa (2017). Õe vastuvõtude kodeerimise juhend.
file:///C:/Users/37250/Desktop/AP%20artiklid/Teksti%20artiklid/oe_kodeerimine_2017.pdf (21.09.21).

Eesti Kudede ja Organite Transplantatsiooni Ühing.
<https://www.elundidoonorlus.ee/neerusiirdamine> (21.09.21).

Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020. (2014). Sotsiaalministeerium.
https://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/tervishoiu_arengusuunad_2020.pdf (27.05.21).

Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing, E. Õ. Ü. (2020). Ühised Sammud Terviseni. *Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021–2030*, 1–20.

Essue, B. M., Laba, T.-L., Knaul, F., Chu, A., Minh, H. Van, Nguyen, T. K. P., & Jan, S. (2017). Economic Burden of Chronic Ill Health and Injuries for Households in Low- and Middle-Income Countries. *Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 9): Improving Health and Reducing Poverty, Who*, 121–143. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0527-1_ch6

European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). *Chronic Kidney Disease (Stages 1-3). A guide for Nurses*. (2021).

Evangelidis, N., Craig, J., Bauman, A., Manera, K., Saglimbene, V., & Tong, A. (2019). Lifestyle behaviour change for preventing the progression of chronic kidney disease: A systematic review. *BMJ Open*, 9(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031625>

Foreman, K. J., Marquez, N., Dolgert, A., Fukutaki, K., Fullman, N., McGaughey, M., Pletcher, M. A., Smith, A. E., Tang, K., Yuan, C. W., Brown, J. C., Friedman, J., He, J., Heuton, K. R., Holmberg, M., Patel, D. J., Reidy, P., Carter, A., Cercy, K., ... Murray, C. J. L. (2018). Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *The Lancet*, 392(10159), 2052–2090. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31694-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31694-5)

Fresenius Medical Care. <https://www.fmc-au.com/therapy-systems-and-services/analysis-systems/bcm> (10.10.21).

Fresenius

Medical

Care.

https://www.surgicalhouses.com/assets/images/1091793798_electrode-cable-bcm-m351351.pdf (10.10.21).

Goovaerts, T., Bagnis Isnard, C., Crepaldi, C., Dean, J., Melander, S., Mooney, A., Prieto-Velasco, M., Trujillo, C., Zambon, R., & Nilsson, E. L. (2015). Continuing education: Preparing patients to choose a renal replacement therapy. *Journal of Renal Care*, 41(1), 62–75. <https://doi.org/10.1111/jorc.12106>

Herdmann, T., Kamitsuru, S. (2018). *NANDA International õendusdiagnoosid: Definiitsioonid ja klassifikatsioon 2018-2020*. New York, USA: Thieme Medical Publishers.

Hickson, M. (2008.). *Research Handbook for Health Care Professionals*.

Iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning õendusabiteenuste osutamise tingimused. (RT I, 2010, 55; 22.05.2016). <https://www.riigiteataja.ee/akt/119052016014> (08.08.21).

Jones, A. (2011a). Caring for the pre-dialysis patient: the role of the clinical nurse specialist. *Journal of Renal Nursing*, 3(3), 130–133. <https://doi.org/10.12968/jorn.2011.3.3.130>

Joshi, A., Kale, S., Chandel, S., & Pal, D. (2015). Likert Scale: Explored and Explained. *British Journal of Applied Science & Technology*, 7(4), 396–403. <https://doi.org/10.9734/bjast/2015/14975>

Kalantar-Zadeh, K., & Fouque, D. (2017). Nutritional Management of Chronic Kidney Disease. *New England Journal of Medicine*, 377(18), 1765–1776. <https://doi.org/10.1056/nejmra1700312>

KDIGO 2012 Clinical Practise Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. (2013).

file:///C:/Users/37250/Desktop/AP%20artiklid/Teksti%20artiklid/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf (29.11.21).

Keane, D.F., Baxter, P., Lindley, E., Moissi, U., Pavitt, S., Rhodes, L., Wieskotten, S, (2018). The Body Composition Monitor: a flexible tool for routine fluid management across the haemodialysis population. *Biomed Phys Eng Express*. ; 3(3): . doi:10.1088/2057-1976/aa6f45

Kivelä, K., Elo, S., Kyngäs, H., & Kääriäinen, M. (2014). The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 97(2), 147–157. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.026>

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

Li, P. K. T., Garcia-Garcia, G., Lui, S. F., Andreoli, S., Fung, W. W. S., Hradsky, A., Kumaraswami, L., Liakopoulos, V., Rakhimova, Z., Saadi, G., Strani, L., Ulasi, I., & Kalantar-Zadeh, K. (2020). Kidney health for everyone everywhere - From prevention to detection and equitable access to care. *Clinical Nephrology*, 93(3), 111–122. <https://doi.org/10.5414/CNWKDEditorial>

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke,

M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ (Clinical research ed.)*, 339. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>

Liivet, G. (2020). Eriõe mõiste ja baaspädevused. *Eesti Õde*, 3/4, 5.

LTKH Juhendi, korra ja eeskirja vormistamine.

LTKH Patsiendi identifitseerimine ja randmepaela käsitlemine.

Luyckx, V. A., Tonelli, M., & Stanifer, J. W. (2018). The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(6), 414. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.206441>

Mahon, A., & Jenkins, K. (2013). Oxford Handbook of Renal Nursing. *Oxford Handbook of Renal Nursing*. <https://doi.org/10.1093/med/9780199600533.001.0001>

Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-Based Practise in Nursing & Healthcare. A Guide to Best Practise. 2nd edition*. Philadelphia, Wolters Kluwer

Mirza, N., Sheikh, K. A., Muzaffar, S., Chaudary, N., Ahmed, D., & Alam, I. (2020). The Impact of Predialysis Patient Education Counseling on Relative Frequencies of Renal Replacement Modalities. *Cureus*, 12(10), 10–15. <https://doi.org/10.7759/cureus.10834>

Narva, A. S., Norton, J. M., & Boulware, L. E. (2016). Educating patients about CKD: The path to self-management and patient-centered care. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11(4), 694–703. <https://doi.org/10.2215/CJN.07680715>

Nefroloogia eriala arengukava aastani 2020. (2012).
file:///C:/Users/37250/Desktop/AP%20artiklid/Teksti%20artiklid/nefroloogia_arengukava.pdf (22.11.21).

NICE. *Chronic kidney disease: assessment and management. NICE guideline [NG203]*. (2021). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng203> (29.11.21).

Peeters, M. J., van Zuilen, A. D., van den Brand, J. A. J. G., Bots, M. L., van Buren, M., ten Dam, M. A. G. J., Kaasjager, K. A. H., Ligtenberg, G., Sijpkens, Y. W. J., Sluiter, H. E., van de Ven, P. J. G., Vervoort, G., Vleming, L.-J., Blankestijn, P. J., & Wetzels, J. F. M. (2014). Nurse Practitioner Care Improves Renal Outcome in Patients with CKD. *Journal of the American Society of Nephrology*, 25(2), 390–398. <https://doi.org/10.1681/ASN.2012121222>

Ravijuhendite kvaliteedi hindamise (AGREE II) töövahend. (2009). https://www.ravijuhend.ee/uploads/userfiles/file/AGREE/AGREE_II_kasutusjuhend_EESTI.pdf (05.05.21).

Regionaalhaigla. https://www.regionaalhaigla.ee/sites/default/files/Dialuusravi_2016.pdf (21.09.21).

Ricardo, A. C., Anderson, C. A., Yang, W., Zhang, X., Fischer, M. J., Dember, L. M., Fink, J. C., Frydrych, A., Jensvold, N. G., Lustigova, E., Nessel, L. C., Porter, A. C., Rahman, M.,

Wright Nunes, J. A., Daviglius, M. L., & Lash, J. P. (2015). Healthy lifestyle and risk of kidney disease progression, atherosclerotic events, and death in CKD: Findings from the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) study. *American Journal of Kidney Diseases*, 65(3), 412–424. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2014.09.016>

Saint Luke's Health System. <https://www.saintlukeskc.org/health-library/iv-catheter-site-care> (29.09.21).

Saraiva, M., Richards, M., & Fortnum, D. (2018). *THE PROFILE OF NEPHROLOGY NURSING The Fundamental Roles of Nephrology Nurses caring for Individuals with Kidney Disease, and their Families*. https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/documents/Nursing_Profile_2018.pdf (09.09.21).

Smart, N. A., Dieberg, G., Ladhani, M., & Titus, T. (2014). Early referral to specialist nephrology services for preventing the progression to end-stage kidney disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007333.pub2>

Streubert, H., Carpenter, D.R. (2011). *Qualitative research in nursing* USA, Holland: Wolters Kluwer Health

Szeto, C.C., Li, K.T.P., Johnson, D.W., Bernardini, J., Dong, J., Figueiredo, Y.I., Kazancioglu, R., Ito, Y., Kazancioglu, R., Moraes, T., Van Esch, S., Brown, E.A. (2017). ISPD Catheter-related infection recommendations: 2017 update. *Peritoneal Dialysis International*, Vol.37, 141-154

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Õendusabi. §25 Õendusabi iseseisev osutamine. (RT I 2002, 110,661- jõust.01.01.2003). <https://www.riigiteataja.ee/akt/110032011009> (08.08.21).

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 and Safety*, 23(4), 290–298. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862>

Tervishoiu kvaliteedisüsteemi arendamine. II etapp. Ettevalmistustööd tõenduspõhiste õenduslaste tegevusjuhendite väljatöötamiseks. (2015). Tartu Ülikool. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Tervisevaldkond/oendustegevus2015.pdf (08.10.21).

Van Den Bosch, J., Simone Warren, D., & Rutherford, P. A. (2015). Review of predialysis education programs: A need for standardization. *Patient Preference and Adherence* (Kd 9, lk 1279–1291). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/PPA.S81284>

Vanholder, R., Annemans, L., Brown, E., Gansevoort, R., Gout-Zwart, J. J., Lameire, N., Morton, R. L., Oberbauer, R., Postma, M. J., Tonelli, M., Biesen, W. Van, & Zoccali, C. (2017). Reducing the costs of chronic kidney disease while delivering quality health care: A call to action. *Nature Reviews Nephrology*, 13(7), 393–409. <https://doi.org/10.1038/nrneph.2017.63>

Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L., & Masson, P. (2017). Chronic Kidney Disease. *The Lancet*, 389(10075), 1238–1252. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5)

WHO Fact sheets. The top 10 causes of death. (2021).

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (01.12.21).

Wilson, S., Giddens, J. (2011). *Health assessment for nursing practise, ed 5. St. Louis, Missouri: Elsevier Ltd.*

Õe ambulatoorse vastuvõtu tegevusjuhend. (2016) Eesti Õdede Liit. http://www.ena.ee/images/KUTSE_ARENG/Oe_ambulatoorse_VVtegevusjuhend.pdf (09.10.21).

Ühised sammud terviseni. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arendustrateegia 2021-2030. (2020). Eesti Õdede Liit.

https://www.ena.ee/images/ELANIKONNALE/Eesti_oenduse_ammaemanduse_arengustrateegia_2021_2030.pdf (2020). (01.12.21).

Yu, Y.-J., Wu, I.-W., Huang, C.-Y., Hsu, K.-H., Lee, C.-C., Sun, C.-Y., Hsu, H.-J., & Wu, M.-S. (s.a.). *Multidisciplinary Predialysis Education Reduced the Inpatient and Total Medical Costs of the First 6 Months of Dialysis in Incident Hemodialysis Patients.* <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112820>

LISAD

Lisa 1

Lisa 1. Tursete hindamine

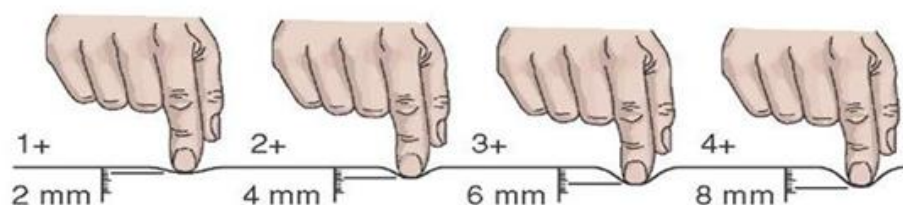
Perifeersed tursed iseloomustavad tavaliselt kliiniliselt erinevaid kardiovaskulaarseid, neeru- ja maksa funktsioonihäireid, samuti võivad need viidata põletikuliste ja ainevahetushaiguste, alatoitumuse, raseduse ja operatsioonijärgsetele komplikatsioonidele. Lohkturse tekitab rõhk, millega avaldatakse survet nahaalusele koele ja selle tulemusena tekib nahaaluse vedeliku ümberpaiknemine.

Kliiniline hindamine

- Vajutage sõrmega vähemalt 2 sekundi vältel mõlemale jäsemele .
- Arvestage turse taandumise aega sekundites.

Tabel 1.

Skoor	Kirjeldus	Mõõt
1+	Vaevu tajuatav lohk, taandub kiiresti.	2mm
2+	Tajutav lohk, taandub mõne sekundi jooksul.	4mm
3+	Sügav lohk, taandub 10-20 sekundi jooksul.	6mm
4+	Väga sügav lohk, püsib > 30 sekundi.	8mm



Joonis1. Health assessment for nursing practice, 5th Edition, 2011

Lisa 2. Kehakompositsiooni ja vedelikuliia monitoorimine

Vedelikuliig on KNH-ga patsientide hulgas sage komplikatsioon. Vedelikuliia hindamine bioimpedants meetodil keha kompositsiooni monitoriga (BCM Fresenius Medical Care) on leidnud tõenduspõhiselt kinnitust. BCM on uuenduslik analüüsisüsteem, mis võimaldab kehas kiirelt, täpselt ja mitteinvasiivselt vedeliku jälgimist. Lisaks eristab BCM lihasmassi patoloogilisest vedelikuliist, võimaldades seeläbi tuvastada KNH-ga patsientidel alatoitumust.

BCM monitoriga saab hinnata järgnevat:

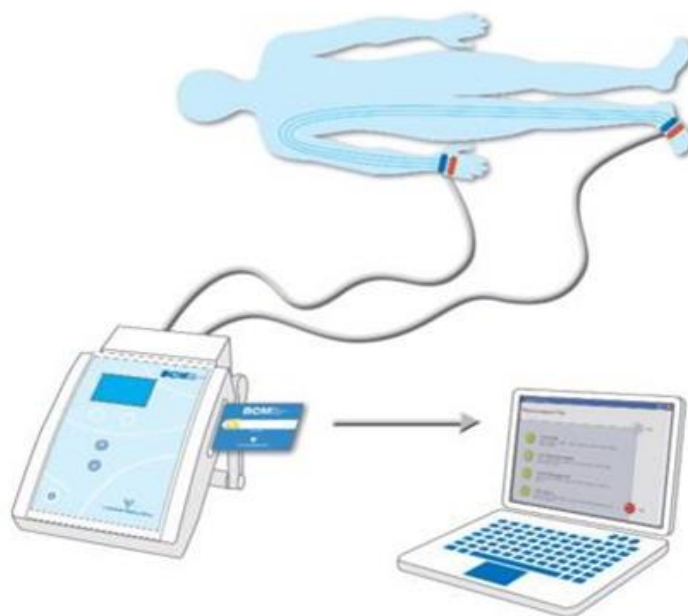
- Vedeliku staatust
- Kogu keha vedeliku hulka, rakusisest ja rakuvälist vedelikku
- Luu - ja lihasmassi indeksit
- Rasvamassi indeksit
- Keharakkude massi

BCM kehakoostise monitor on loodud kasutamiseks kliinilistes tingimustes ja monitori käsitlemiseks on kindlad nõuded.

- Monitooringu teostamiseks ja adekvaatseks tulemuseks on vajalik teada patsiendi täpset pikkust, täpset kehakaalu. Mõõtmise teostamise ajaks tuleb eemaldada metallist esemed (käekell, ehted, telefon). Mõõtmine ei anna adekvaatset tulemust südamestimulaatoriga patsiendil/ metallproteesiga patsiendil.
- Patsient lamab läbivaatuslaua selili, peaalus horisontaalses asendis, käed ja jalad kergelt harkis.
- Elektroodid paigaldatakse ühe kehapoole kätte – ja jalalabale, amputatsiooni korral on võimalik kasutada ka vastas kehapoole jäset või käsi-käsi mõõtmise meetodit. Elektroodide külge ühendatakse monitori kaablid, punane kaabel distaalselt sõrmede ja varvaste poole, must kaabel proksimaalselt randme ja hüppeliigese kohale.
- Patsiendi andmed (sugu, kehakaal, pikkus, vanus) sisestatakse monitori. Patsient lamab mõõtmise ajal liikumatult, uuringu tulemused kuvatakse monitori ekraanil u 2-3 minuti jooksul.

Lisa 2 järg

- Tulemused salvestuvad patsiendikaardile, soovi korral saab need salvestada Fluid Management Tool (FMT) programmi, personaliseerida ja erinevate mõõtmiste tulemusi dünaamikas hinnata.



Joonis 2. Patsiendi kehaasend ja elektroodide paigutus keha kompositsiooni ja vedelikuliia monitooringul (https://www.surgicalhouses.com/assets/images/1091793798_electrode-cable-bcm-m351351.pdf).

Lisa 3. PD kateetri välisava hooldus ja sidumine

Postoperatiivne PD kateetri välisava käsitus

- PD kateetri välisava side on postoperatiivselt soovituslik hoida puutumatuna 5-10 päeva, v.a. juhul kui see on verine.
- Hinnata PD kateetri välisava esimesel postoperatiivsel nädalal. Kuiva ja puhta välisava korral jätta puutumatuna veel üheks nädalaks. (Vt. Välisava hindamisvahend Tabel.2).
- 1-2 nädalal puhastage PD kateetri välisava füsioloogilise lahusega (NaCl 0,9%) ja seejärel lähtuge kohaliku haigla eeskirjadest. LTKH-s kasutusel Octenidinum Phenoxyethanolum (Octenisept 1mg/20mg/ml) nahalahus.
- Patsient ei tohi dušši all käia enne kui PD kateetri välisava on paranenud, s.o tavaliselt 3. postoperatiivsel nädalal.
- Õendussekkumised
- Vana sideme eemaldamisel veenduda, et PD kateeter on ohutus asendis vältimaks trauma tekkimise võimalust.
- Enne väljumiskoha puhastamist:
 - kontrollida, et vanal sidemel ei ole eritiseplekke
 - jälgida välisava nakkusnähtude suhtes, nt. punetus, valu, turse
 - kontrollida välisava võimaliku kooriku tekke suhtes
 - välisava infektsiooni kahtluse korral võtta enne puhastamist tampooniga külv ja saata laborisse analüüsiks. Seejärel puhastada ja lõpetada sidumine.
- Kooriku esinemisel välisava ümbruses ärge kasutage jõudu, see võib põhjustada traumat ja veritsust. Koorik eemaldub tavaliselt korduval sidumisel või dušši all käies.
- Puhastada välisava antibakteriaalse salvrätikuga või steriilse tupsu ja nahalahusega ühesuunalise ringja liigutusega kas päripäeva või vastupäeva. Kontrolli salvrätti/tupsu võimaliku eritise suhtes.
- Põletiku korral kanda steriilsele marlitampoonile väike kogus antibakteriaalselt salvi/kreemi ja katta sellega PD kateetri välisava.

Lisa 3 järg

- Kateeter peab jääma välisava juurest vabasse asendisse, vältida väändumist, mis võib põhjustada trauma.
- Katta kateeter välisava juurest uue puhta plaastriga selliselt, et plaaster moodustab kateetri peal 2-3cm ulatuses tunneli, mitte lõigata plaastrile lõhet. Ankurdada kateeter kasutades

Tabel 2. PD kateetri välisava hindamise skaala (Mahon jt, 2013).

Tulemus: ≥ 4 infektsioon; mädane eritis on kindel infektsiooni tunnus

Tulemus: < 4 võib viidata/ ei pruugi viidata infektsioonile

Välisava	0 punkti	1 punkt	2 punkti
Turse	Ei	Ainult välisava $< 0,5\text{cm}$	$>0,5\text{ cm}$ ja /või tunnel
Koorik	Ei	$< 0,5\text{cm}$	$>0,5\text{cm}$
Punetus	Ei	$< 0,5\text{cm}$	$>0,5\text{cm}$
Valu	Ei	Kerge	Äge
Eritis	Ei	Rohke	Mädane

Lisa 4. AVF/AVG hooldus ja sidumine

Hea kvaliteediga arteriovenoosne fistul on KNH-ga patsiendile HD protseduuri teostamiseks, piisava puhastumise tagamiseks ja infektsioonide minimeerimiseks hädavajalik. Erinevad ravijuhendid soovitavad AVF rajamise planeerida vähemalt 6-8 nädalat enne esimest planeeritavat raviprotseduuri.

Postoperatiivne AVF käsitus

- Tagada patsiendile turvaline taastumine, hoida patsient valuvabana, vältida infektsiooni ja hoida AVF vabana, vältida AVF käe kõverdamist.
- Haav hoida puhtana ja plaastriga kaetuna.
- Jälgida, et AVF käsi püsiks distaalselt soojana.
- Vältida vererõhu langust, mis võib viia AVF tromboseerumisele.
- Auskulteerides AVF stetoskoobiga peab olema kuulda „kahin“ või palpeerides tunda „surin“, selle puudumine viitab AVF tromboseerumisele.
- AVF tavapärane hooldus
- Haavaniitude/ klambrite õigeaegne eemaldamine (tavapäraselt 10-14 postop. päeval).
- Sidemete/plaastrite vahetamine.
- Patsiendiõpetus:
 - AVF käel ei mõõdeta kunagi vererõhku
 - AVF kätt ei punkteerita analüüside võtmiseks
 - AVF käel ei kanta tugevat survet avaldavaid ehteid, kellarihma, varrukaid jm
 - AVF käega ei kanta suuri raskusi
 - Ekstreemsete ja kontakspordialade vältimine
 - Isiklik hügieen ja puhtus
 - Kontakt ja kiire pöördumine infektsiooni jm võimalike AVF probleemide korral

Lisa 5. Õendustegevusjuhend dialüüsravi eelne patsiendi nõustamine

EESMÄRK

Õendustegevusjuhend sätestab üldised põhimõtted õe iseseisva vastuvõtu läbiviimisel nefroloogia erialal kroonilise neerupuudulikkusega dialüüsravi eelset nõustamist vajava patsiendi ja tema lähedaste puhul.

Õendustegevusjuhendi tegevustele toetudes edentatakse kroonilise neeruhaigusega patsiendi tervist, tõstetakse haigusteadlikkust ning toetatakse haigusega toimetulekut.

VASTUTUS

Õendustegevusjuhendi täitmise eest vastutab vastuvõttu teostav õde. Õendustegevusjuhendi tutvustamise, täitmise kontrolli ja ülevaatuse eest vastutab nefroloogia osakonna õendusjuht.

KEHTIVUS

Õendustegevusjuhend kehtib Lääne-Tallinna Keskhaigla sisekliiniku nefroloogiakeskuse polikliinikus. Juhend vaadatakse üle vastavalt vajadusele (vähemalt üks kord 5 aasta tagant).

MÕISTED

Krooniline neeruhaigus (edaspidi KNH) - üle kolme kuu kestnud neerude struktuuri või funktsiooni hälve.

Neeruasendusravi (edaspidi NAR) – lõppstaadiumi neerupuudulikkuse korral rakendatav ravivorm jääkainete, vedelikubilansi ning metaboolsete nihete korrigeerimiseks. Neeruasendusravi vormideks on hemodialüüs, peritoneaaldialüüs ning neerusiirdamine.

Predialüüs - kroonilise neeruhaigusega patsiendi ettevalmistus neeruasendusraviks, sisaldab nõustamist eluviisi ja ravimite suhtes, neeruasendusravi meetodite tutvustust, haiguspuhust toitumisõpetust, püsiva dialüüsitee loomist.

Hemodialüüs (edaspidi HD) - neeruasendusravi meetod, kus jääkained ja liigne vedelik eemaldatakse organismist kehaväliselt dialüsaatori ehk filtriga ühendatud aparadi abil.

Peritoneaaldialüüs (edaspidi PD) - neeruasendusravi meetod, mis on teostatav kodustes tingimustes, kus neerude kaudu eritumata jäänud kahjulikud jääkained ja liigne vedelik imuvad kõhuõõnde viidud lahusesse, mis kõhuõõnde implanteeritud kateetri kaudu sisse ja välja voolutatakse. Selleks on omakorda kaks erinevat meetodit: käsivahetustena teostatakse päevasel ajal 4-5 protseduuri 4 tunniste vahedega või automaatselt öisel ajal spetsiaalse tsükleri/öömasina abil 8-9 tundi kestva dialüüsi protseduurina.

Neerusiirdamine - neerusiirdamine on näidustatud kõigile kroonilise neerupuudulikkuse patsientidele, kellel puuduvad vastunäidustused neerusiirdamiseks. Neerusiirdamise puhul saab kasutada ajusurmas doonorilt kui ka elusdoonorilt pärinevat neeru, patsiendile siiratakse reeglina 1 neer.

Erütropoeesi stimuleeriv aine (edaspidi ESA) - ravi erütropoeesi stimuleerivate ainetega.

Arteriovenoosne fistul (edaspidi AVF) – arterist ja veenist rajatud arteriovenoosne fistul ehk „verete“ HD protseduuri teostamiseks.

Arteriovenoosne siirik (edaspidi AVG) – vaskulaarne „verete“ HD protseduuri teostamiseks, kus arteri ja veeni ühendamisel on kasutatud sünteetilist proteesi.

TEGEVUSKIRJELDUS

1. Õde lähtub töös nefroloogi korraldustest ja patsiendi heaolust ning tagab delikaatsete isikuandmete kaitse.
 - 1.1.oskab tõenduspõhiseid õendusabi teadmisi ja oskusi rakendades anda patsiendi tervislikule seisundile objektiivse hinnangu, arvestades patsiendi füüsilist ja vaimset tervise seisundit ning tema igapäevast toimetulekut elamistoimingutega ja hinnata reaalsel tervishoiuteenusel vajadust;
 - 1.2.koostab patsiendi tervise ja toimetuleku vajadustest tulenevalt õendusplaani ning rakendab tervist säilitavaid ja edendavaid õendusabi meetmeid professionaalsel tasemel;
 - 1.3.jälgib patsiendi terviseseisundit ambulatoorsel raviperioodil;

1.4.loob patsiendiga usaldusliku suhte, mille aluseks on patsienti mõistvalt ning empaatiliselt suhtumine ja tema individuaalsete eripäradega arvestamine.

2. Protseduuriks ettevalmistamine

Tegevus	Mõju
1. Teosta käte antiseptika, vajadusel pese eelnevalt käed	Mikroobide leviku vähendamine käte kaudu.
2. Desinfitseeri protseduurilaua ja läbivaatuslaua pinnad	Mikroobide hävitamine laudade pindadelt.
<p>3. Valmista ette vajalikud vahendid:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ aluslina läbivaatuslauale ✓ steriilne instrumentide komplekt haavahoolduse teostamiseks (pintsetid, käärid, niitude eemaldaja) ✓ kindad (steriilsed ja mittesteriilsed) ✓ maskid ✓ haavaplaastrid ✓ steriilne sidematerjal (tamponid, tutikud) ✓ neerukauss (ühekordne) ✓ antiseptikum (käed, nahk, pinnad) ✓ analüüside võtmiseks ja transpordiks vajalikud vahendid ✓ kehakoostise hindamise mõõtevahend, elektroodid ✓ pikkusemõõtja ✓ patsiendikaal ✓ vererõhuaparaat sh erineva mõõtudega mansetid ✓ stetoskoop ✓ glükomeeter 	

✓ patsiendiõpetuse materjalid ja demovahendid (peritoneaaldialüüsi lahused, tarvikud, öömasin/tsükler, subkutaanse ravimi süstimise õpetamiseks vajalikud vahendid	
4. Kontrolli pakendite terviklikkust ja säilivusaega	Steriilsed vahendid on olulised haavahooldusega seotud infektsioonide ennetamisel.
5. Kasuta nõuetekohaseid jäätmekotte ning teravate-, ja torkivate jäätmete konteinerit	Jäätmete nõuetekohane käitlemine, ohutuse tagamine. Enesevigastamise vältimine.

3. Patsiendi ettevalmistamine ja õe iseseisva vastuvõtu läbiviimine

Tegevus	Mõju
Õde: 1. tutvustab ennast ning identifitseerib patsiendi, küsides tema ees – ja perekonnanime ning sünniaega; 2. selgitab välja patsiendi individuaalsed probleemid ja püstitab koostöös patsiendiga vastuvõtu eesmärgi(d);	Tagab parema keskkonna edasiseks koostööks ja patsiendi ohutuse. Tagab individuaalse lähenemise patsiendi vajadustele, vastuvõtu eesmärgi ja õendusprotsessiga seotud otsustes on saavutatud üksmeel ja loodud valmidus koostööks.
3. määrab õendussekkumised ja koostab õendusplaani koos patsiendiga: <ul style="list-style-type: none"> ✓ hindab patsiendi terviseseisundit ja analüüsib terviseriske; ✓ hindab terviseseisundi ja -näitajate dünaamikat ning teavitab raviarsti 	Hindab patsiendi terviseseisundit ja lähtuvalt patsiendi vajadustest koostab koostöös patsiendiga õendusplaani.

<p>jälgimisperioodil ilmnunud asjaoludest;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ tuvastab nefrooloogiliste, kardioloogiliste, aneemiaravi (ESA, rauapreparaadid) kõrvaltoime(d), registreerib selle/need ja teavitab raviarsti, vajadusel konsulteerib koheselt; ✓ määrab õendusdiagnoosi(d)/õendusabi vajaduse(d); ✓ planeerib oodatud õendustulemuse(d); 	
<p>4. nõustab, juhendab ja õpetab patsienti ja /või tema lähedasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ selgitab KNH olemust, põhjuseid, sümptomeid, kaasuvaid haiguseid; ✓ selgitab neerude anatoomiat ja füsioloogiat; ✓ informeerib NAR meetodite: dialüüsravi (HD, PD) ja neerusiirdamine kohta; ✓ selgitab raviskeemis olevate ravimite olulisust, õpetab ravimite manustamist; ✓ informeerib ravi koos – ja kõrvalmõjudest; ✓ õpetab enesetunde ja terviseseisundi jälgimist, selgitab järelkontrolli olulisust; ✓ õpetab haigusnähtude ägenemise äratundmist; ✓ selgitab KNH korral toitumisõpetuse järgimise olulisust, informeerib individuaalsetest vajadustest lähtuvalt: 	<p>Õendusekkumised edendavad patsiendi tervist, tõstavad patsiendi ja tema lähedaste teadlikkust ning toetavad ja julgustavad neid patsiendi terviseseisundi/elamistoimingutega iseseisvalt toime tulema.</p> <p>Süsteemaatiline info jagamine ja kontakttelefon/ meiliaadress patsiendile/tema lähedastele on aluseks heale koostööle ja usaldusele ning pakub turvatunnet ka väljaspool vastuvõttu.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ loomse valgu tarbimise piiramine, ✓ kaaliumirikaste toiduainete piiramine ✓ fosforirikaste toiduainete piiramine; ✓ õpetab ööpäevase vedeliku koguse tarbimist ja vedelikubilansi jälgimist; ✓ õpetab hindama perifeerseid turseid ja tursete jälgimist kogu kehal; ✓ õpetab lugema ja hindama südame löögisagedust, vererõhu väärtusi; ✓ nõustab elustiili alaste muudatuste tegemise osas (suitsetamisest loobumine, alkoholi tarbimise mõõdukus, sobiv füüsiline aktiivsus, puhkamise ja sobiva töökoormuse olulisus); ✓ õpetab haavahooldust (PD kateeter, AVF/AVG) , nõustab isikliku hügieeni osas; ✓ teavitab telefoni teel analüüside vastustest, nõustab kodus tekkinud küsimuste ja probleemide osas, lepib kokku korduva konsultatsiooni aja; ✓ hindab tervise seisundi sotsiaalseid mõjusid, edendab toimetulekuvõimekust, teavitab sotsiaalse tugivõrgustiku võimalustest; ✓ hindab patsiendi ja /või lähedase emotsionaalset seisundit ning teiste spetsialistide kaasamise vajadust (psühholoog, sotsiaaltöötaja); 	<p>Õendussekkumised ennetavad, leevendavad ja /või lahendavad soovimatuid reaktsioone tervise seisundis ja elamistoimingutes.</p> <p>Paraneb patsiendi tunnetus toetusest, ta ei ole oma muredega üksi, lähedased mõistavad paremini patsiendiga toimuvat.</p> <p>Patsiendil on vajadusel võimalik abi saada teiste erialade spetsialistidelt.</p>
<p>5. teostab õendussekkumised:</p>	<p>Õendussekkumised edendavad patsiendi tervist, tõstavad patsiendi ja tema lähedaste</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ vererõhu, südame löögisageduse mõõtmine; ✓ pikkuse ja kehakaalu mõõtmine, kehamassiindeksi arvutamine; ✓ perifeersetel tursetel hindamine; ✓ ravimite manustamine p/o, s/c; ✓ kehakoostise ja vedelikuliia uuringu teostamine; ✓ määratud analüüside seire; ✓ raviskeemis oleva(te) aneemia ravimi(te) manustamine; ✓ korduva ravimretsepti pikendamine; ✓ PD kateetri õmblus(t)e eemaldamine, välisava hooldus, sidumine; ✓ AVF haava õmblus(t)e eemaldamine, sidumine ja funktsiooni hindamine; 	<p>teadlikkust ning toetavad ja julgustavad neid patsiendi tervises seisundi/ elamistoimingutega iseseisvalt toime tulema.</p> <p>Kehakoostise uuringu abil saab adekvaatselt hinnata vedelikuliiga patsiendi organismis.</p>
<p>6. kutsub patsiendi tagasi korduvale visiidile:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ õde lepib kokku järgmise visiidi aja; ✓ selgitab järelkontrolli olulisust, selgitab kui ei ole järelkontrolliks vajadust; 	<p>Patsiendi teadlikkus, koostöövalmidus ja usaldus paraneb. Järelkontroll võimaldab hinnata õendustulemusi ning tervises seisundi ja - näitajate dünaamikat.</p>
<p>7. teavitab, mis juhul ja kuhu pöörduda, kui peaks tekkima küsimusi ja erakorralisi probleeme;</p>	<p>Tõuseb patsiendi teadlikkus ohumärkidest.</p>

Lisa 5 järg

<p>5. teostab õendussekkumised:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ vererõhu, südame löögisageduse mõõtmine;✓ pikkuse ja kehakaalu mõõtmine, kehamassiindeksi arvutamine;✓ perifeersete tursete hindamine;✓ ravimite manustamine p/o, s/c;✓ kehakoostise ja vedelikuliia uuringu teostamine;✓ määratud analüüside seire;✓ raviskeemis oleva(te) aneemia ravimi(te) manustamine;✓ korduva ravimretsepti pikendamine;✓ PD kateetri õmblus(t)e eemaldamine, välisava hooldus, sidumine;✓ AVF haava õmblus(t)e eemaldamine, sidumine ja funktsiooni hindamine;	<p>Õendussekkumised edendavad patsiendi tervist, tõstavad patsiendi ja tema lähedaste teadlikkust ning toetavad ja julgustavad neid patsiendi terviseseisundi/elamistoimingutega iseseisvalt toime tulema.</p> <p>Kehakoostise uuringu abil saab adekvaatselt hinnata vedelikuliiga patsiendi organismis.</p>
<p>6. kutsub patsiendi tagasi korduvale visiidile:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ õde lepib kokku järgmise visiidi aja;✓ selgitab järelkontrolli olulisust, selgitab kui ei ole järelkontrolliks vajadust;	<p>Patsiendi teadlikkus, koostöövalmidus ja usaldus paraneb. Järelkontroll võimaldab hinnata õendustulemusi ning terviseseisundi ja -näitajate dünaamikat.</p>
<p>7. teavitab, mis juhul ja kuhu pöörduda, kui peaks tekkima küsimusi ja erakorralisi probleeme;</p>	<p>Tõuseb patsiendi teadlikkus ohumärkidest.</p>

<p>8. dokumenteerib vastuvõtuga seonduva õendustegevuse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ täidab elektroonse ambulatoorse tervisekaardi; ✓ koostab õendusepikriisi; ✓ avab, vormistab ja sulgeb raviarve; 	<p>Õendustegevus on nähtav ja tehtud otsused kirjalikult põhjendatud. Võimaldab jälgida patsiendi terviseseisundit ja ravi /õendusabi tõhususe dünaamikat ning planeerida uusi tõenduspõhiseid sekkumisi.</p>
<p>9. koolitab ja juhendab KNH-ga tegelevat õenduspersonali</p>	<p>Õenduspersonal oskab KNH-ga patsientidega tegeleda, teab ja tunneb haiguse olemust, põhjuseid, sümptomeid ja kaasuvaid haiguseid. Oskab patsiendi raviskeemis olevaid ravimeid manustada.</p>

Ohud ja tüsistused

Otsest ohtu nõustamine patsiendi tervisele ei kujuta.

Võimalikud ohukohad:

- Patsient jääb identifitseerimata.
- Patsient ei nõustu/soostu antud soovitusi järgima.

VIITED

Arusaar, V., Traumann, K., Rohi, Ü., Pihlak, T., Evert, E., Doronina, N., Tasane, U., Kaljola, T., Roos, K., Meindok, M. (2017). Õe ambulatoorse vastuvõtu tegevusjuhend;

Brodovicz, K.G., McNaughton, K., Uemura, N., Meininger, G., Girman, C.J.; Steven H. Yale, (2009). Reliability and Feasibility of Methods to Quantitatively Assess Peripheral Edema. *Clinical Medicin & Research* Jun; 7(1-2): 21–31.;

Busti, A.J, (2016) Pitting edema assessment.

<https://www.ebmconsult.com/articles/pitting-edema-assessment> (21.09.21).

Danguilan, R. A., Cabanayan-Casasola, C. B., Evangelista, N. N., Pelobello, M. L. F., Equipado, C. D., Lucio-Tong, M. L., & Ona, E. T. (2013). An education and counseling program for chronic kidney disease: strategies to improve patient knowledge. *Kidney International Supplements*, 3(2), 215–218;

Eesti Haigekassa (2017). Kroonilise neeruhaiguse ennetus ja käsitus, ravijuhend;

Eesti Haigekassa (2017). Kroonilise neeruhaiguse patsiendijuhend;

Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. (RT I, 2021, 6, 26.06.2021);

Eesti Haigekassa (2017). Õe vastuvõttude kodeerimise juhend;

Eesti Kudede ja Organite Transplantatsiooni Ühing;
<https://www.elundidoonorlus.ee/neerusiirdamine> (21.09.21).

Fresenius Medical Care. Body Composition Monitor;
<https://www.fmc-au.com/therapy-systems-and-services/analysis-systems/bcm> (24.09.21).
https://www.surgicalhouses.com/assets/images/1091793798_electrode-cable-bcm-m351351.pdf (10.10.21).
http://www.fmcmy.com/pdf/body_composition_monitor/Body%20Composition%20Monitor.pdf (24.09.21).

Herdmann, T., Kamitsuru, S. (2018). *NANDA International õendusdiagnoosid: Definitioonid ja klassifikatsioon 2018-2020*. New York, USA: Thieme Medical Publishers;

International Society for Peritoneal Dialysis (2017). Catheter related infection recommendations;

Iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning õendusabiteenuste osutamise tingimused. (RT I, 2010, 55; 22.05.2016);

Juhendi, korra ja eeskirja vormistamine;

KDIGO (2012). Clinical Practise Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease;

Keane, D.F., Baxter, P., Lindley, E., Moissi, U., Pavitt, S., Rhodes, L., Wieskotten, S, (2018). The Body Composition Monitor: a flexible tool for routine fluid management across the haemodialysis population. *Biomed Phys Eng Express*. ; 3(3): . doi:10.1088/2057-1976/aa6f45.;

Mahon, A., Jenkins, K., Burnapp, L. (2013). *Oxford handbook of renal nursing, ed 1*. Oxford, Oxford University Press;

Patsiendi identifitseerimine ja randmepaela käsitlemine;

Regionaalhaigla;
https://www.regionaalhaigla.ee/sites/default/files/Dialuusravi_2016.pdf (21.09.21).

Saint Luke's Health System

<https://www.saintlukeskc.org/health-library/iv-catheter-site-care> (29.09.21).

Wilson, S., Giddens, J. (2011). *Health assessment for nursing practise, ed 5. St. Louis, Missouri: Elsevier Ltd.*;

Autor(id), riik	Uuringu eesmärk	Uuringu tüüp	Uuringu aeg	Sekkumised	Peamised järeldused
Barrett jt. (2011), Kanada	KNH 3-4 st.kulg pereõe jälgimisel vs. nefroloogia õe jälgimisel oleval patsiendil.	Randomiseeritud, pimendatud pilootuuring ($n = 474$)	Mai 2005-juuni 2008 Randomiseerimise järgselt kohtuti sekkumiste grupiga iga 4 kuu järgselt.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ RR väärtus $< 130/80$mmHg ◦ Proteinuuria ◦ LDL kolesterooli väärtus $< 2,5$mmol/l ◦ Antikoagulant ravi diabeedi ja isheemilise haiguse puhul ◦ HbA1c $\leq 7\%$ diabeedi puhul ◦ Hemoglobiin > 105g/l ◦ eGFR muutused 	Sekkumiste grupis eGFR $\downarrow 1,9$ ml/min per $1,73\text{m}^2$ vs. ≥ 4 ml/min per $1,73\text{m}^2$ kontrollgrupis. Sekkumiste grupis parem koostöö statiinide, RR ravimite, diabeedi ravimite võtmisel
Lei jt. (2013), Taiwan	Multidistsiplinaarse meeskonna MD (nefroloog, õde, dietist) lähenemise mõju KNH kulule ja ravikuludele.	Retrospektiivne kohortuuring ($n = 307$)	2002-2008 ($n = 136$) nefroloogi vastuvõtt, ilma koolituset ($n = 88$) < 1 a koolitus ($n = 83$) > 1 a koolitus MD meeskonna poolt	<ul style="list-style-type: none"> ◦ KNH-ga toimetulek ja haiguse kulg ◦ ravikulud 	MD meeskonna poolt koolitatud grupis: väiksem vajadus erakorraliselt dialüüsravi alustamiseks dialüüsitee kaudu, väiksem vajadus haiglaraviks ja seeläbi kogu ravikulu 2,97 korda madalam. Pikemaajaliselt koolitatute grupis kõrgemad Hgb ja albumiini tasemed. Dialüüsraviga alustamise pikenedamine tagab kuluefektiivsema hinnaga ravi KNH-ga patsientidel.
Teng jt.(2013), Taiwan	Eluviiside muutmise programmi mõjude hindamine. (valmisolek eluviiside muutmiseks, teadmised neeruhaigusest, füüsilised näitajad).	Randomiseeritud kontrollitud uuring. Varajase KNH staadiumiga patsiendid ($n = 160$)	Uuringu kestus: 12 kuud Tulemuste hindamine: 0;3;6;9;12 kuul	<ul style="list-style-type: none"> ◦ GFR muutus ◦ eluviiside muutused ◦ füüsilised näitajad ◦ (KMI, vöö- ja puusaümberrõõdu suhe, SMWD e. 6 minuti kõnni test) 	Sekkumiste grupis märkimisväärselt paremad tulemused toitumisalaste muutuste tegemisel ja selle mõju neerude tervise säilitamisel. Võrreldes kontrollgrupiga paremad tulemused ka 6 minuti kõnni testil, kuid KMI ja vöö-ja puusaümberrõõdu suhte osas erinevusi ei leitud.

Lisa 6 järg

Danguilan jt. (2013), Filipiinid	KNH teadmiste parandamise programmi efektiivsuse hindamine. Dialüüsravi eelse patsiendiõpetuse mõju teadmiste paranemisele.	Kirjanduse ülevaade Mittedialüüsravi saavad KNH patsiendid ($n = 229$)	Juuni 2009-veebruar 2010 Uuringu kestus: 9 kuud	Nõustamine koolitatud spetsialisti poolt. Patsiendiõpetus moodulite kaupa: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Neerude anatoomia /füsioloogia ◦ KNH etioloogia ◦ KNH sümptomid, ravi ◦ Toitumine KNH korral ◦ Analüüsid ◦ Metaboolsed komplikatsioonid ◦ NAR võimalused ◦ Ravikulud 	58% teadmised KNH-st paranesid. 50 a patsientidel paremad tulemused erinevate moodulite läbimisel vs. Vanemate grupis. Hilja nõustamisele suuantute hulgas suurem suremus, pikem haiglaravi ja suuremad ravikulud. Nõustamine peaks olema KNH ravi lahutamatu osa.
Kivelä jt. (2014), Soome	Tervisealase nõustamise mõju kroonilise haigusega patsientidele	Süsteemaatiline kirjanduse ülevaade randomiseeritud kontrollitud uuringutest (13) ($n = 4769$)	Uuringud aastatest 2009-2013	Juhendamise mõju patsientide <ul style="list-style-type: none"> ◦ füsioloogilisele ◦ käitumislakele ◦ psühholoogilistele seisunditele ühiskondlikus elus. 	Tervisealane nõustamine parandab kr. haiguste juhtimist. Tervishoiu töötajad mängivad tähtsat rolli tervisliku käitumise edendamisel ja on motiveerivaks toeks kr. haigusega patsientidele, aidates toetada kodust enesehooldust ja haigusega toimetulekut. Kulutasuvuse ja pikaajalise efektiivsuse mõju vajab täiendavaid uuringuid.
Peeters jt. (2014), Holland	Õe poolt nõustatud patsientide tulemused KNH kulule ja mõju neerufunktsioonile.	Randomiseeritud kontrollitud uuring ($n = 788$) Sekkumiste grupp $n = 395$ Kontrollgrupp $n = 393$	Uurimisperioodi pikkus; 5,7a	<ul style="list-style-type: none"> ◦ RR väärtuse ◦ Proteinuuria ◦ LDL kolesterool ◦ Ravimite manustamine eGFR väärtus 	Sekkumiste grupis madlamad: RR väärtused; proteinuuria; LDL kolesterooli väärtus; parem ravimite manustamine (aspiriin, statiinid, RR ravimind, D-vitamiin), eGFR madalam. Õe visiidi keskmine pikkus 26 min vs arsti visiit 10-15min. Sekkumiste positiivne mõju märkimisväärne 2 a tulemustes. NAR vajaduse edasilükkamine aitab parandada KNH patsiendi elukvaliteeti ning vähendada rahalisi kulutusi. Sekkumine tõhus ka siis kui saavutatakse vaid tagasihoidlikke tulemusi. Õe vastuvõtt on kuluefektiivne.

Lisa 6 järg

Smart jt. (2014), Austraalia	Varase suunamise mõju nefroloogilisele teenusele KNH lõppstaadiumi ennetamisel.	Süsteemaatiline kirjanduse ülevaade, 40 uuringut: randomiseeritud kontrollitud uuringud, prospektiivsed ja retrospektiivsed pikaajalised kohortuuringud ($n = 63887$)	Andmete kogumine pikaajaline, uuringutes varieeruv. Alates 1980datest kuni 2012	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Suremus ◦ Süstoolse/diastoolse RR väärtused ◦ Haiglaravi pikkus ◦ Dialüüsitee loomine ◦ eGFR väärtus 	Suremust ja elukvaliteeti on hinnatud SF-36 ja KDQoL skaalades, mis on sobilikud kasutamiseks KNH puhusel. Kokkuvõtvalt: varem suunatud patsientide grupis madalam suremus ja lühem haiglaravi vajadus, õigeaegselt rajatud permanentne dialüüsitee, puudus vajadus akuutseks dialüüsiks parem ettevalmistus dialüüsiks.
Ricardo jt. (2015), USA	Tervislike eluviiside järgimise mõju KNH arengule.	Prospektiivne kohortuuring, ($n = 3006$)	Juuni 2003- detsember 2008 Uuringu kestus: 4 aastat	<ul style="list-style-type: none"> ◦ regulaarne füüsiline aktiivsus ◦ KMI ◦ mitte suitsetamine ◦ tervislik toitumine Sekkumiste hindamine eraldi ja kombinatsioonis	KMI $\geq 25\text{kg/m}^2$ ja mitte suitsetamine aeglustab KNH progressiooni ja madalam kardiovaskulaarsete sündmuste esinemine. Suremuse riski vähendavad füüsiline aktiivsus ja mitesuitsetamine. Edasised uuringud KNH progresseerumise aeglustamise ja toitumise seoste leidmiseks osutuvad vajalikuks.
Chen jt. (2016), Jaapan	KNH-ga patsiendi elukvaliteedi parandamine õe poolt juhitud programmis	Metaanalüüs; 8 kõrge kvaliteediga randomiseeritud kontrollitud uuringut ($n = 1520$)	Uuringud aastatest 2007-2015 Sekkumiste kestvus 4 nädalast – 1 aastani.	Elukvaliteedi all hinnati järgnevat: <ul style="list-style-type: none"> ◦ unekvaliteet ◦ valu ◦ energia/väsimus ◦ hinnang vaimsele tervisele ja tervisele üldiselt 	Elukvaliteeti on 6 uuringus hinnatud SF-36 ja/või KDQoL skaalal ja 2 uuringus EQ-5 ja COOP/WONCA skaalal. Tulemused tõestasid, et õe poolt juhitud programm parandas sekkumiste grupis nii 6 kui 12 nädalase hindamise järel kõiki eelnevalt välja toodud näitajaid, kuid enim esiletõstetud ja paranenud elukvaliteedi näitajateks osutusid unekvaliteedi paranemine ning paranenud emotsionaalse heaolu kaudu paranes märgatavalt ka vaimse tervise seisund.

Lisa 6 järg

Evangelidis jt. (2019), Austraalia	Tuvastada ja hinnata eluviise ja käitumist muutvaid tehnikaid, mis aiatvad aeglustada KNH kulgu	Süsteemaatiline kirjanduse ülevaade : 26 uuringu põhjal (<i>n</i> = 4263)	Analüüsitud uuringud on avaldatud 2005-2018, 2 uuringut on varasemast ajast 1995, 1989	<ul style="list-style-type: none"> ◦ diiet ◦ füüsiline aktiivsus/eluviisid Sekkumised muutusteks: <ul style="list-style-type: none"> ◦ koolitamine ◦ treening ◦ veenmine ◦ keskkonna muutmine ◦ stimuleerimine/modelleerimine Käitumise muutmise tehnikad: <ul style="list-style-type: none"> ◦ juhendamine ◦ sotsiaalne tugi ◦ tagasiside ◦ praktika 	Eluviisidega seotud käitumise muutmise jaoks kasutatakse KNH patsientide puhul kõige sagedamini koolitamist, eesmärkide seadmist, tagasisidet, jälgimist ja sotsiaalset tuge. Kõige tõhusamaid tulemusi lubav sekkumine on koolitamine, mis hõlmab mitmeid erinevaid sekkumismeetodeid: veenmine, modelleerimine, stimuleerimine. Sekkumiste tõhusust saab omakorda tõsta läbi interaktiivsete ja kohandatud koolitusstrateegiatega, mis aiatvad eluviiside muutusi kohandada patsiendi igapäeva toimingutega ning füüsilise ja sotsiaalse keskkonnaga.
Mirza jt. (2020), Saudi Araabia	Dialüüsravi eelse nõustamiseprogrammi mõju haiguse kulule, otsuste tegemisele, NAR meetodi valikule.	Kohortuuring (<i>n</i> = 177)	Märts 2018-veebruar 2019	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Õe poolt läbi viidav NAR meetodite tutvustus ◦ Videosessioon ◦ Infomaterjal paberandjal ◦ Vestlus juba dialüüsravil olevate patsientidega ◦ Dialüüsi osakonna külastus 	Mitmekülgne lähenemine dialüüsravi eelsele nõustamisele parandab enda raviga seonduvate otsuste tegemist, samas ei suurenenud kodus läbi viidava peritoneaaldialüüsravi kasuks otsustamine. Mitmekülgsel nõustamisel on positiivne mõju haiguse kulu aeglustamisele ning samuti vajadid koolitatud patsiendid vähem sekkumisi ja haiglaravi ka juba dialüüsravi ajal.
Ali jt. (2021), Malaisia	Õe poolt juhitud tugiprogrammi (6 nädalane) mõju KNH pt ja tema lähedaste teadmistele, tervisejuhtimise parandamine	Randimiseeritud kontrollitud uuring (<i>n</i> = 154) Sekkumiste grupp <i>n</i> = 77 Kontrollgrupp <i>n</i> = 77	12 nädalat	Õe poolt juhitud tugiprogramm tõhusus: <ul style="list-style-type: none"> ◦ KNH-ga seonduvad teadmised ◦ Ravimid ◦ Sotsiaalne toimetulek ◦ Eluviisid ◦ Vaimne ja füüsiline heaolu 	Sekkumiste grupis paranes haigusteadlikkus ja enesejuhtimine, samuti paremad tulemused RR väärtuste ja KNH dieedist kinnipidamises.

Lisa 8. Tagasiside küsitlus

Lugupeetud erialaspetsialist,

Palun Teilt, kui kroonilise neeruhaigusega tegelevalt erialaspetsialistilt tagasisidet oma magistriõppe raames valminud arendusprojekti tulemi – Dialüüsravi eelne patsiendi nõustamine tegevusjuhendi kohta. Palun Teil anda hinnang tegevusjuhendile vastates allpool toodud küsimustele viie palli skaalal, kus 1 vastab vastusele « ei nõustu/ toeta » ning 5 vastab vastusele « nõustun/ toetab täielikult ». Muu arvamuse avaldamiseks palun täita lahter « muu ». Märkige sobiv vastus rasvases kirjas (**Bold**). Viimase küsimuse juures palun märkige kas soovitate tegevusjuhendit kasutada ning soovi korral lisage täpsustavad kommentaarid. Teie anonüümsus on tagatud, vastuseid ei tsiteerita töös nimeliselt, vaid tehakse üldine kokkuvõte.

1. Tegevusjuhendis on kirjutatud õe tegevusi selgelt ja arusaadavalt.

Ei nõustu 1 2 3 4 5 Nõustun täielikult

Muu arvamus.....

2. Tegevusjuhendi järgi toimiva õe poolt teostatavad õendussekkumised edendavad patsiendi tervist ja toetavad tervises seisundiga iseseisvalt toime tulema.

Ei nõustu 1 2 3 4 5 Nõustun täielikult

Muu arvamus.....

3. Mil määral Teie hinnangul toetab see tegevusjuhend vastava iseseisva õe vastuvõtu loomist ?

Ei toeta 1 2 3 4 5 Toetab täielikult

Muu arvamus.....

4. Kas juhendi lisad toetavad erialaspetsiifiliste õendussekkumiste läbi viimist ?

Ei toeta 1 2 3 4 5 Toetavad täielikult

5. Kas soovitate tegevusjuhendit kasutada ?

Jah Jah, koos täiendustega Ei

Lisage siia oma kommentaarid või täiendused tegevusjuhendi sisu osas:

.....
.....
.....

Täna Teid aja ja osavõtlikkuse eest!
Varje Mantsik
Terviseteaduse magistrant

Lisa 9. LTKH juhatuse otsus õendustegevusjuhendi kinnitamise kohta



**AS Lääne-Tallinna Keskhaigla juhatuse
O T S U S
06. detsember 2021 nr 183**

Õendustegevusjuhendi „Dialüüsiravi-eelne patsiendi nõustamine“, kinnitamine

1.Kinnitada alates 06.detsembrist 2021 õendustegevusjuhend „Dialüüsiravi-eelne patsiendi nõustamine“ (lisatud).

(allkirjastatud digitaalselt)

Arkadi Popov
Juhatuse esimees