

Tartu Ülikool  
Meditsiiniteaduste valdkond  
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut  
Õendusteaduse õppetool

**Merle Vaher**

**ISESEISVAL STATIONAARSEL ÕENDUSABITEENUSEL VIIBINUD PATSIENTIDE  
LÄHEDASTE KOGEMUSED, TEADMISED JA OOTUSED SEoses TEENUSEGA:  
KVALITATIIVNE UURIMUS**

Magistritöö

Tartu 2020

Põhijuhendaja: Jana Trolla, MSc (õendusteadus)

Kaasjuhendaja: Ere Uibu, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Kadri Piir, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega 07.05.2020. Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

## **LIHTLITSENTS LÕPUTÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS**

Mina, Merle Vaher,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose  
šIseseisval statsionaarsel õendusabiteenusel viibinud patsientide lähedaste kogemused, teadmised ja ootused seoses teenusega: kvalitatiivne uurimusõ, mille juhendajad on Jana Trolla ja Ere Uibu, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, alates **04.12.2021** kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

*Merle Vaher*

**07.05.2020**

## KOKKUVÕTE

### **Iseseisval statsionaarsel õendusabiteenusel viibinud patsientide lähedaste kogemused, teadmised ja ootused seoses teenusega: kvalitatiivne uurimus.**

Varasemates uurimistöodes on leitud, et patsientide sotsiaalsete ja meditsiiniliste vajaduste rahuldamises on puudujääke, mistõttu lähedaste ootused teenusele ei ole alati täidetud. Negatiivsed kogemused vähendavad patsientide ja nende lähedaste usaldust tervishoiusektori vastu ning põhjustavad ekslikke ootusi. Teenusega seotud kogemuste, teadmiste ja ootuste väljaselgitamises seisneb antud uurimistöö teaduslik väärtus. Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada iseseisval statsionaarsel õendusabiteenusel viibinud patsientide lähedaste kogemusi saadud teenusega ning nende teadmisi ja ootusi seoses teenusega.

Uuritavateks olid 18 iseseisval statsionaarsel õendusabiteenusel viibinud patsiendi lähedast, kes olid nõus oma kogemusi jagama. Uurimistöö andmestiku kogus uurija ajavahemikus september 2019 kuni jaanuar 2020 poolstruktureeritud intervjuudega. Andmete analüüsimisel kasutas uurija induktiivset sisuanalüüsi, mille tulemusena moodustus 11 alakategooriat, millest omakorda kolm teenuse kättesaadavust, teenuse sisu ja kvaliteeti ning teenuse arendamisega seotud aspekte kirjeldavat ülakategooriat.

Uurimistulemustele tuginedes saab öelda, et lähedastel on iseseisva statsionaarse õendusabi teenusele raske kohta saada ja koha leidmise keerukus tuleneb patsiendi kaasuvatest haigustest ning tervise üldseisundist. Lähedased ootavad, et patsient viibiks ühe teenuseosutaja juures ja teenusel viibimise aeg sõltuks patsiendi tervislikust seisundist. Teenusel viibimine annab lähedastele otsustamise aja, milline teenus on patsiendile edaspidi vajalik. Ka hooldekodu koha saamiseks on järjekorrad pikad ning järjekorra pikkus on taas seotud patsiendi terviseseisundiga. Õendushaigla arstilt oodatakse suuremat osalust ning koostööd õendushaigla arsti, perearsti ja eriarsti vahel. Info patsiendi seisundi ja õendushaigla teenuse kohta peaks olema lähedaste arvates paremini kättesaadav. Lähedased tunnevad muret, mis saab patsiendist edasi teenuse lõppemisel, kuna sageli tekivad ka neil endil terviseprobleemid, mis oma lähedase eest hoolitsemise raskeks või võimatuks teevad.

Eesti vananev ühiskond vajab integreeritud hooldussüsteemi. Ladusam koostöö õendushaigla, esmatasandi tervishoiu ja aktiivravihaiglate vahel tõstab asjakohase info ning iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse kättesaadavust.

Märksõnad: iseseisev statsionaarne õendusabi, patsiendi lähedane, kogemused, teadmised ja ootused.

## ***SUMMARY***

### **Independent inpatient nursing care: a qualitative study of the experience, knowledge and expectations of patientsøfamily membersøwith regards to the service provided.**

Previous studies have found that there are shortcomings in meeting the social and medical needs of patients, which means that family membersøexpectations for the service have not always been met. Negative experience makes both patients and their family members lose trust in the healthcare sector and gives rise to false expectations. The scientific value of this study is the clarification of experience, knowledge and expectations with regards to the service. The aim of this study was to describe the experience of patientsø family membersø with independent inpatient nursing care as well as their knowledge of and expectations for such service.

The subjects were 18 family members of patients who received independent inpatient nursing care and who agreed to share their experience. Study data was collected by the researcher from September 2019 to January 2020 through semi-structured interviews. In analysing the data, the researcher used inductive content analysis, which resulted in the formation of 11 subcategories, the three top categories of which described service availability, service content and quality and aspects related to service development.

The study results allow us to conclude that it is difficult for patientsøfamily members to find an available location at which it is possible to receive independent inpatient nursing care, and this difficulty stems from patientø comorbidities and health condition in general. Family members expect a patient to stay with one service provider and the length of their stay to depend on a patientø health condition in general. Actually obtaining the service grants family members time to decide on the type of service a particular patient would need in the future. There are also long queues for obtaining a place in a nursing home, which is also related to a patientø health condition in general. A nursing hospital doctor is expected to be more actively involved and cooperate with a family doctor and a specialist. According to family membersø opinions, the information about a patientø condition and nursing hospital services should be more easily available. Family members are worried about when a patient will stop receiving the service, as family members themselves often develop health problems that make it difficult or impossible to care for their relative.

Estoniaø ageing society needs an integrated care system. Smoother cooperation between nursing hospitals, primary healthcare and active medical treatment hospitals will increase the availability of adequate information and the independent inpatient nursing care service.

Keywords: independent inpatient nursing care, patientsøfamily members, experience, knowledge and expectations.

## SISUKORD

1. SISSEJUHATUS.....	5
2. ISESEISEV STATIONAARNE ÕENDUSABI JA HOOLDUSSÜSTEEM EESTIS NING MUJAL MAAILMAS .....	7
2.1 Iseseisev stationaarne õendusabi .....	7
2.2 Integreeritud hooldussüsteem .....	8
3. PATSIENTIDE LÄHEDASED NING NENDE KOGEMUSED ÕENDUSHAIGLA TEENUSEGA VARASEMATELE UURIMISTÖÖDELE TUGINEDES.....	11
3.1 Õendushaigla teenusel viibivate patsientide lähedased.....	11
3.2 Patsientide lähedaste kogemused, teadmised ja ootused õendushaigla teenustest.....	12
4. UURIMISTÖÖ METOODIKA .....	16
4.1 Uurimistöö metodoloogilised lähtekohad.....	16
4.2 Uuritavad .....	16
4.3 Andmete kogumine .....	17
4.4 Andmete analüüs .....	19
5. TULEMUSED .....	21
5.1 Tulemuste kokkuvõte .....	21
5.2 Teenuse kättesaadavus.....	21
5.3 Teenuse sisu ja kvaliteet .....	26
5.4 Teenuse arendamisega seotud aspektid .....	32
6. ARUTELU.....	35
6.1 Olulisemad tulemused .....	35
6.2 Uurimistöö eetilised aspektid.....	39
6.3 Uurimistöö usaldusväärsus .....	39
6.4 Uurimistöö kitsaskohad .....	40
6.5 Tulemuste olulisus ja uued uurimisprobleemid .....	40
7. JÄRELDUSED .....	42
KASUTATUD KIRJANDUS .....	43
LISAD.....	49
Lisa 1. Üleskutse uuringus osalemiseks.....	49
Lisa 2. Intervjuu kava.....	50
Lisa 3. Uuritava informeeritud nõusoleku vorm .....	51
Lisa 4. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus uurimistöö läbiviimiseks..	53

## 1. SISSEJUHATUS

Eesti rahvastik vananeb, eakate osakaal ja arv on kasvanud ning kasvab veel mõnda aega. Aastaks 2050 on prognooside kohaselt Eesti rahvastikust vähemalt 65aastaseid juba 24%. See kasvatab nõudluse eakatele vajalike tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande teenuste järele. Eestis loodud iseseisev statsionaarne õendusabi on teenus, mida vananevas ühiskonnas peamiselt eakad järjest rohkem vajavad. (Riigi tegevus iseseisva ... 2015.) Varasemate uurimistööde (Romøren jt 2016, Dorell ja Sundin 2019, Ekström jt 2019, Strøm ja Dreyer 2019) tulemused kinnitavad, et patsiendi lähedased on ressurss nii patsiendi kui ka tervishoiuteenus osutaja jaoks. Eakate hooldusprotsessis on oluline lähedaste kaasamine ja neile info kättesaadavuse tagamine.

Tervishoiutöötajatel on oluline roll haiguse kulu prognoosimisel ning vajaliku informatsiooni edastamisel (Wetle jt 2005, Graverholt jt 2011, Fosse jt 2014, Friis ja Forde 2015, Romøren jt 2016) ning seejuures tuleb arvestada, et mida raskemaks muutub patsiendi seisund, seda rohkem informatsiooni lähedased vajavad (Kirk jt 2004, Wetle jt 2005, Friis ja Forde 2015, Bolt jt 2019, Strøm ja Dreyer 2019). Õdede jaoks on oluline keskenduda ka lähedaste kogemustele (Dorell ja Sundin 2019, Andersen jt 2020) ning õed, kes on teadlikud patsiendi ja tema lähedaste ootustest, võivad neid ootusi rahulolu saavutamiseks positiivselt mõjutada (Reck 2013). Arvamused teenuse ootuste ja rahulolu kohta on õdede jaoks aluseks õendusabi kvaliteeti parandavate tegevuste kavandamisel ja elluviimisel (Abdel Maqsood jt 2012, Romøren jt 2016, Dorell ja Sundin 2019).

Uurimistöö teemavalik on seotud töö autori igapäevase tööga õendusjuhina iseseisva statsionaarse õendusabi valdkonnas. Autor on täheldanud, et õenduspraktikas esineb vastuolu patsiendi lähedaste ootuste ja Eesti Haigekassa poolt finantseeritava õendusabiteenus võimaluste vahel. Eesti Haigekassa viis 2017. aastal läbi kliinilise auditi šIseseisva statsionaarse õendusabi kvaliteet ja põhjendatusõ. Auditi tulemusena leiti, et kõigist teenusele suunatud juhtudest 19,7% ei olnud põhjendatud, vaid neile patsientidele oleks sobivam olnud sotsiaalhoolekande- või muu tervishoiuteenus. (Kokkuvõte kliinilisest auditist ... 2017.)

Põhjamaades on suundumuseks pikaajaliste hooldusasutuste vähendamine ning kodu- ja abistavate teenuste arendamine (Graverholt jt 2011, Ekström jt 2019, Andersen jt 2020). Seega peaks abivajaduse korral abivajajat aitama kodus. Arvestades elanikkonna vananemist, on Riigikantselei poolt tellitud Maailmapanga pikaajalise hoolduse uuringu tulemuste põhjal Eestis



vajadus integreeritud hooldussüsteemi järele (Reducing the burden ... 2017). Õendushaigla ja esmatasandi integreerimine võimaldab tõsta tervishoiuteenuste kvaliteeti (Gage jt 2012, Romøren jt 2017), samuti on rõhutatud, et erinevate ravitasandite arstide konkreetsete ravisoovitused peaksid olema omavahel paremini kooskõlastatud (Gozalo jt 2011, Romøren jt 2017 ja Andersen jt 2020).

Seoses meditsiiniteaduste arengu ja rahvastiku vananemisega on ühiskonnas kõrgendatud vajadus õendushaiglas osutatavate teenuse järele. Eelkõige eakatele teenuse tarbijatele on valikute tegemisel abiks nende lähedased. Paraku ei ole teada millised kogemused, teadmised ja ootused on lähedastel seoses teenusega. Nende väljaselgitamises seisneb antud uurimistöo teaduslik väärtus. Teenuse arendamise ja rahastamise ning teenuse tõenduspõhisuse tagamise kontekstis on vajalik, et sihtgrupi tagasiside kogutakse ning arvestatakse. Kogutud teave võimaldab avardada ka teenust osutavate õdede teadmisi ning muuta teenust tervikuna patsiendikeskseks. Seega on uurimistöo eesmärgiks kirjeldada iseseisval statsionaarsel õendusabiteenusel viibinud patsientide lähedaste kogemusi saadud teenusega ning nende teadmisi ja ootusi seoses teenusega. Lähtudes uurimistöo eesmärgist püstitati järgmised uurimisküsimused:

- 1) Millised on lähedaste teenuse kasutamise kogemused?
- 2) Millised on lähedaste teadmised teenuse võimalustest?
- 3) Mida lähedased teenuselt ootavad?

## 2. ISESEISEV STATIONAARNE ÕENDUSABI JA HOOLDUSSÜSTEEM EESTIS NING MUJAL MAAILMAS

### 2.1 Iseseisev statsionaarne õendusabi

Eestis on **iseseisev statsionaarne õendusabi** (edaspidi õendushaigla teenus) tervishoiuteenus, mille voodipäevade maksimumarv aastas on 60 ning kus 85% teenusest tasub Eesti Haigekassa ja kindlustatud isiku omaosaluse määr on 15%. Voodipäevade maksimaalset arvu võib pikendada kuni 60 päeva kaupa tervishoiuteenuse osutaja ja haigekassa vahel ravi rahastamise lepingus kokkulepitud tingimustel ja korras (Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste ... 2020). Eesti Haigekassa võtab tasu maksmise kohustuse üle juhtumite puhul kui patsiendi seisundist tuleneb teenuse osutamise vajadus üle 60 päeva. Sellistel juhtudel peab patsiendi haigusloos olema dokumenteeritud ravi jätkamise vajadus. (Ravi rahastamise lepingu ... 2020.)

Õendushaiglas osutatav teenus on mõeldud stabiilses seisundis patsiendile, kes ei vaja pidevat arstiabi, kuid kes vajab abi ja raviprotseduure mahus, mis ületab koduõenduse võimalused. Patsient võib sellist abi vajada pärast traumat või rasket haigust, kroonilise haiguse ägenedes, aga ka rasket haigusest tingitud vaevuste leevendamiseks. Õendushaiglasse suunamise vajaduse otsustab perearst või eriarst kas ise või koos õega. Teenusel viibimise aeg ja osutatavad teenused sõltuvad patsiendi tervislikust seisundist ja õendusabivajadusest. (Õendusabi. Eesti Haigekassa ... 2020.) Kui õendushaigla teenuse osutamisel nõuab patsiendi seisundi muutus õe pädevusest väljapoole jäävat tegevust, tuleb pöörduda konsulteeriva arsti poole või kutsuda kiirabi (Õendushaiglas iseseisvalt osutada ... 2014).

Õendushaigla teenust saab osutada sellekohase tegevusloaga äriühing, sihtasutus või füüsilisest isikust ettevõtja (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus 2020). Teenust saab osutada õendushaiglas, üldhaiglas, keskhaiglas, piirkondlikus haiglas, taastusravihaiglas ja kohalikus haiglas kui täidetakse seadusandlusest tulenevaid nõudeid (Õendushaiglas iseseisvalt osutada ... 2014). Eesti Haigekassal on käesoleval perioodil 38 lepingupartnerit, kes pakuvad õendushaigla teenust: 20 valikupartnerit, 11 üldhaigalt, neli keskhaiglat, kaks piirkondlikku haiglat ja üks kohalik haigla (Haigekassa lepingupartnerid. Eesti ... 2020). Teenusepakkuja võib osutada ainult määruses sätestatud teenuseid ja tegevusi ning peab tagama nõuetekohase koosseisu, sisseseade, aparatuuri, töövahendid ja ruuminõuded. Õdede ja hooldajate tööd koordineerib teenust osutavas haiglas kõrgharidusega ja vähemalt kolmeaastase kliinilise töökogemusega õde. Teenusepakkuja tagab arsti konsultatsiooni vähemalt üks kord nädalas iga patsiendi kohta. Töötajate koosseisus

on sotsiaaltöötaja ning vajaduse korral tagatakse füsio- ja tegevusterapeudi teenus. Sõlmitud peab olema leping labori- ja radioloogiateenuse osutajaga. Õendushaigla teenust osutades tuleb tagada määruses kehtestatud ööpäevaringne õdede, hooldajate ja patsientide suhe. Töötama peab vähemalt 1,5 õde ja kaks hooldajat 20 patsiendi kohta, neist ööpäev läbi vähemalt üks õde ja üks hooldaja. (Õendushaiglas iseseisvalt osutada ... 2014.) Tervishoiuteenuse piirhinnale rakendatakse madalam koefitsient 0,89 kui eelpool nimetatud suhtearvud ei ole täidetud (Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste ... 2020, Ravi rahastamise lepingu ... 2020).

Õendushaigla teenuse tarbijatest on suurem enamus eakad ja piiratud liikumisvõimega patsiendid, kes kohanevad halvasti haigla keskkonnaga. Lamatiste tekkeriski ja kukkumiskahju hindamine on olulised õendusabiteenuse kvaliteediindikaatorid, mille alusel saab planeerida edasist õendusprotsessi. Patsientide kukkumiste vältimine on tihedalt seotud turvalise keskkonna säilitamise elamistoiminguga. (Kokkuvõtte kliinilisest auditist ... 2017.) Lamatise tekkimisel halveneb pikaks ajaks inimese elukvaliteet, suureneb hooldus- ja abivahendite vajadus, tervishoiuteenuste kulu ning personali koormus. Seetõttu on oluline lamatise tekkimist ennetada ja vähendada. (Lamatiste käsitus- ennetamine ... 2016.) Õendushaigla teenuseosutajal on kohustus pidada eraldi arvestust tervishoiuteenuse osutamise käigus tekkinud lamatiste, patsiendi raske vigastuse või surmaga lõppenud kukkumiste ja haiglasisesse transpordi käigus juhtunud õnnetuste kohta (Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise ... 2019).

## **2.2 Integreeritud hooldussüsteem**

Eestis ei ole toimivat pikaajalise hoolduse süsteemi ja seetõttu viibivad õendushaigla teenusel patsiendid, kellel selleks alati näidustust ei ole. Juba 2013. aastal oleks veerand õendushaigla teenust saanud patsientidest pidanud saama hoopis muud teenust ja seetõttu kulutati ebaotstarbekalt 4,1 miljonit eurot. (Riigi tegevus iseseisva ... 2015.) Eestis on pikaajalise hoolduse korraldamine, rahastamine ja osutamine killustunud nii sotsiaal- ja tervishoiusektori kui ka riigi ja kohaliku omavalitsuse tasandi vahel. Teenuste ebapiisava kättesaadavuse ja vähese rahastamise tõttu saab teenuseid praegu vaid kolmandik pikaajalise hoolduse vajajatest. Pikaajalise hoolduse teenuseid pakutakse nii tervise- kui ka sotsiaalvaldkonna asutustes (haiglad, sotsiaalhoolekandetasutused) ja kodus (koduõendus, koduteenus jt). (Hooliva riigi poole ... 2017.) Arvestades elanikkonna vananemist on Maailmapanga uuringu kohaselt Eestis vajadus integreeritud hooldussüsteemi järele. Pakutavad teenused erinevad oma eesmärkide ja võimaluste poolest ning teenuste samaaegne ühildamine on käesoleval ajal pigem mittetõenäoline. (Reducing the burden ... 2017.) Riigikontrolli hinnangul ei ole Eesti hooldusravivõrgu

arengukava 2004-2015 eesmäärke suures osas saavutatud. Õendushaigla teenuse ja hoolekande süsteem ei ole seotud tervikuks, teenuse kättesaadavus ja riiklik rahastamine erinevad piirkonniti märkimisväärselt ning kolmepoolseid (haigekassa, omavalitsus, patsient) rahastamispõhimõtteid ei ole senini rakendatud. (Riigi tegevus iseseisva ... 2015.)

Käesolevas uurimistöös samastub Eestis osutatav õendushaigla teenus muu maailma analoogsete teenustega. Mujal maailmas nimetatakse integreeritult sotsiaal- ja tervishoiuteenuseid pakkuvaid asutusi enamasti järgnevalt: õenduskodu (*nursing home*) (Mjørud jt 2017, Romøren jt 2017, Bolt jt 2019, Dorell ja Sundin 2019, Ekström jt 2019), pikaajalise hoolduse asutus (*long term care facility*) (Teeri jt 2006, van Soest-Poortvliet jt 2011, Eika jt 2013, Ramanathan ja Fisher 2016) ja hooldekodu (*residential care home*) (Gage jt 2012, Le Low jt 2017). Paljudes riikides on pikaajalise hoolduse keskused muutunud oluliseks elulõpu hoolduse puhul (van Soest-Poortvliet jt 2011, Romøren jt 2016, Bolt jt 2019), kus viibivad järjest suurema tervishoiuteenuse vajadusega eakad (Wetle jt 2005, Graverholt jt 2011, Gage jt 2012, Romøren jt 2016, Romøren jt 2017).

Põhjamaades on suundumuseks pikaajaliste hooldusasutuste vähendamine ning kodu- ja abistavate teenuste arendamine (Graverholt jt 2011, Ekström jt 2019, Andersen jt 2020). Modernse hoolekandesüsteemi näitena saab tuua Islandi, kus kehtestatud uue regulatsiooni tulemusel on võetud seisukoht, et eaka inimese parimaks kohaks on kodu. Vajadusel tuleb koduselamise tagamiseks kaasata perekond, sõbrad, kogukond ja hooldajad. Siiski ei ole avalikkus seda arusaama omaks võtnud, soovides lähedase paigutada institutsioonide poolt pakutavatele teenustele. Samas soovivad eakad inimesed jätkata elu ja tegevust oma kodus, hoolitseda enda eest ise koos pereliikmete, sõprade ja kogukonnaga. (Björnsdóttir jt 2013.) Ka Eestis räägitakse üha rohkem toetatud teenustest, et eakad saaksid jääda oma koju. Sageli soovitakse meil täna lähedane suunata õendushaigla teenusele pigem tervikliku hooldekandesüsteemi puudumise tõttu (Riigi tegevus iseseisva ... 2015). Patsientide sotsiaalsete ja meditsiiniliste vajaduste rahuldamises on puudujääke, mistõttu ei ole alati täidetud lähedaste ootused teenusele (Wetle jt 2005, van Soest-Poortvliet jt 2011) ning sageli puudub arusaam ja terviklik lähenemine, kuidas tervishoiu- ja sotsiaalsektor peaksid koos töötama (Gage jt 2012).

Koduhoolduse puhul on eesmärgiks vähendada potentsiaalseid hospitaliseerimisi. Siiski satuvad enam kui pooled koduhoolduse patsientidest viimases eluetapis õendushaigla teenusele. (Abraham ja Menec 2016, Ekström jt 2019, Andersen jt 2020.) Kui varasemalt oli seisukoht pigem selline, kus lähedane inimene viidi õendushaigla teenusele pigem elulõpu hooldust saama,

siis uuemad tulemused näitavad, et teenust võetakse siiski vaheetapina koju tagasi pöördumiseks (Fosse jt 2014). Ka Eestis on õendushaigla teenuse eesmärk valmistada inimene ette hooldusasutusse või koju minekuks (Õendusabi ... 2020). Õendushaiglast satub aktiivravisse kaks korda rohkem patsiente kui kogukonnast, samas on nende ravipäevade arv üle poole väiksem. See asjaolu näitab, et õdede poolt jälgitud patsiendid jõuavad tervises seisundi muutuste korral kiiresti haiglasse. (Graverholt jt 2011.) Õdede hinnangud patsiendi tervisliku seisundi ja elukvaliteedi kohta on aluseks tähtsamate raviotsuste tegemisel (Romøren jt 2016) ning lähedasetega infovahetusel (Dorell ja Sundin 2019).

Kahel õendushaigla patsiendil kolmest esineb kolm või rohkem kroonilist haigust, rohkem kui pooled hospitaliseeritakse dementsuse diagnoosiga (Wetle jt 2005, Gage jt 2012, Romøren jt 2016). Multimorbiidsed patsiendid seavad suuremad nõudmised koostööle esmatasandi ja teiste tervishoiuteenuste osutajate vahel, seetõttu võimaldab õendushaigla ja esmatasandi integreerimine tõsta tervishoiuteenuste kvaliteeti (Gage jt 2012, Romøren jt 2017). Üleminekud ühelt teenuselt teisele võivad põhjustada killustatust, ebaotstarbekat dubleerimist, meditsiiniliste vigade teket ja muutusi krooniliste patsientide raviskeemides. Õendushaigla ja aktiivravihaigla arstide ravisoovitused vajavad rohkem kooskõlastatust. (Gozalo jt 2011, Romøren jt 2017, Andersen jt 2020.) Eri tasandite arstide vahel esineb puudulikku infovahetust, millest tulenevad negatiivsed kogemused vähendavad patsientide ja nende lähedaste usaldust tervishoiusektori vastu ning põhjustavad ekslikke ootusi (Gage jt 2012, Romøren jt 2017, Dorell ja Sundin 2019, Andersen jt 2020). Aktiivravihaigla arstid mõistavad õendushaigla personali nõuande- ja tugivajadust. Sageli võimaldab omavaheline suhtlus patsiendi seisundit juhtida ilma hospitaliseerimata. (Romøren jt 2017.)

### 3. PATSIENTIDE LÄHEDASED NING NENDE KOGEMUSED ÕENDUSHAIGLA TEENUSEGA VARASEMATELE UURIMISTÖÖDELE TUGINEDES

#### 3.1 Õendushaigla teenusel viibivate patsientide lähedased

Integreeritud teenusel, kus on vajalikud õendustegevused, viibivad valdavalt eakad patsiendid (Wetle jt 2005, Graverholt jt 2011, van Soest-Poortvliet jt 2011, Romøren jt 2016). Seetõttu on patsientide lähedastel oluline roll, kuna sageli on muutunud patsientide vaimne või füüsiline tervis ja seetõttu on lähedased patsientide huvide kaitsjad (Wetle jt 2005, Romøren jt 2016, Andersen jt 2020). Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (2020) kohaselt on patsient (*patient*) füüsiline isik, kes on avaldanud soovi saada või kes saab tervishoiuteenust. Teenusel viibiva **patsiendi lähedastena** (*relative(s), family member(s), loved one(s), close one(s), next of kin*) on varasemates uurimistöödes (Dreyer 2009, Eika jt 2013, Romøren jt 2016, Dorell ja Sundin 2019, Strøm ja Dreyer 2019) kirjeldatud enamasti patsiendiga leibkonna-, abielu-, või veresidet omavaid isikuid nagu abikaasa, laps, vanem, õde ja vend. Lisaks sellele mõistetakse lähedastena ka patsiendi sõnul tema jaoks olulisi inimesi nagu sõber, naaber, hea tuttav (*friend, neighbor, close friend*). Lisaks pereliikmetele võivad lähedasteks olla ka elukaaslased, sõbrad, naabrid jne.

Patsiendi lähedased on ressurss nii patsiendi kui ka tervishoiuteenuse osutaja jaoks. Nende teabevajadus ja kaasamine on olulised eakate hooldusprotsessis. (Romøren jt 2016, Dorell ja Sundin 2019, Ekström jt 2019, Strøm ja Dreyer 2019.) Dementsuse diagnoosi olemasolul arutatakse ravi- ja hooldusküsimused läbi patsiendi lähedastega (Gozalo jt 2011, Romøren jt 2016, Bolt jt 2019), kuid rohkem keskendutakse pere kui patsiendi soovidele (Romøren jt 2016). Eriti oluline on lähedaste roll patsiendi haiglast väljakirjutamisel ja edasise teenuse leidmisel (Strøm ja Dreyer 2019). Kasper (2005) uurimistöö kirjeldab, et üle 65 aastastest patsientidest, kes viibisid teenusel alla ühe kuu, läksid kodusele ravile ligi kolmveerand. Veerand patsientidest vajas pikemat raviperioodi. Välja kirjutati sagedamini patsiente, kes olid nooremad ja kellel oli olemas elukaaslane. Pikemat raviperioodi vajasid vaimsete ja kognitiivsete häiretega patsiendid (Kasper 2005, Gozalo jt 2011, Gage jt 2012).

Teenust saavate patsientide seas on tihti voodihaigeid ja multiprobleemseid patsiente (Wetle jt 2005, Graverholt jt 2011, Riigi tegevus iseseisva ... 2015, Romøren jt 2016, Romøren jt 2017) ning suureneb patsientide arv, kes oma tervisliku seisundi tõttu ei ole võimelised andma nõusolekut teenuse saamiseks. See on tervishoiutöötajate jaoks patsientide autonoomia kaitsmiseks suur väljakutse. (Dreyer jt 2009.) Peamised küsimused tekivad elu pikendava ravi, vedeliku tasakaalu, toitumise ja aktiivravi küsimustes. Patsiendi lähedastel on elulõpu kohta

puudulikud teadmised ja seetõttu on neil keeruline üle võtta otsustaja roll eelpool nimetatud küsimustes. (Dreyer jt 2009, Romøren jt 2016, Romøren jt 2017.) Lähedaste kogemused võimaldavad arendada kvaliteetsemat teenust, mis kaitseb patsientide autonoomiat ja hoolitseb lähedaste vaimse ja füüsilise tervise eest (Dreyer jt 2009, Andersen jt 2020). Arstid vajavad rohkem juriidilisi ja eetilisi teadmisi patsiendi autonoomia kaitsmiseks, eriti elulõpu otsuste tegemisel (Wetle jt 2005, Romøren jt 2016, Romøren jt 2017).

### **3.2 Patsientide lähedaste kogemused, teadmised ja ootused õendushaigla teenustest**

Uurimistöodes on patsientide lähedaste **kogemusi** (*experiences*) hinnatud psühholoogilise, füüsilise ja sotsiaalse terviklikkuse osas. Psühholoogilise terviklikkuse korral peetakse probleeme seotuks ravi, enesemääratluse ja teabe hankimisega. Kirjeldatakse, et füüsilise terviklikkuse huvid on seotud kehalise väärkohtlemise ja individuaalse hoolduse puudumisega. Sotsiaalne terviklikkus seostub üksinduse ja sotsiaalse eraldatusega. (Teeri jt 2006.)

Kogemused on emotsioonidega seotud subjektiivsed nähtused, mis aja jooksul muutuvad. Kogemuste ümbertõõtamine ja tõlgendamine loob olulisi tähendusi, millega tuleks arvestada. (Teeri jt 2006, Bolt jt 2019.) Kogemused on aja jooksul saadud teadmised, mille abil saab viidata mineviku sündmustele, teadmistele ja tunnetele. Kogemus on midagi olulist, mis saab meid mõjutada. (Collins Dictionary ... 2019.)

Uurimistöödest selgub, et patsiendi terviseseisundi halvenemise ja õendushaigla teenuse vajaduse korral on lähedased sunnitud tegema elukorralduslikke muutusi. Seejuures on oluline, et lähedased säilitaksid tasakaalu hoolivuse ja oma kohustuste vahel. (Eika jt 2013, Dorell ja Sundin 2019, Andersen jt 2020.) Kirjeldatakse, et lähedastel on olnud raskusi muutustega kohanemisel ja nad tunnistavad, et ei ole alati saanud personalilt piisavalt tuge (Eika jt 2013, Dorell ja Sundin 2019). Kui lähedased ei saa personaliga vestelda patsiendi haigusest ja prognoosist ning nad ei ole informeeritud terviseseisundi halvenemisest, kogevad nad jõuetust ning süütunnet. See omakorda mõjutab lähedase tervist ja heaolu. (Dorell ja Sundin 2019, Andersen jt 2020.)

Lähedased annavad üldise positiivse hinnangu tervishoiu- ja hoolekandesüsteemi teenustele (Andersen jt 2020) ja sealsetele keskkondadele (Eika jt 2013). Samas on neil ka negatiivseid kogemusi eelkõige ravi- ja hooldusküsimustes. Lähedased tunnevad muret ja ebakindlust, kui on sunnitud sekkuma teenuse korraldusse. Neil on esinenud erimeelsusi arstidega ja vajadust meelde

tuletada õdedele, et patsient saaks oma tervise seisundile vastavaid ravimeid. (Andersen jt 2020.) Õdede jaoks on oluline keskenduda lähedaste kogemustele. Nii on patsiendi kohta võimalik teada saada väärtuslikku infot igapäevasteks õendussekkumisteks. (Dorell ja Sundin 2019, Andersen jt 2020.)

Märkimisväärne arv eakatest patsientidest saab oma elulõpu hoolduse õendushaigla teenusel viibides (van Soest-Poortvliet jt 2011, Romøren jt 2016, Bolt jt 2019, Ekström jt 2019). Varasemates uurimistöodes (Wetle jt 2005, Bolt jt 2019) on lähedased kirjeldanud patsientide surma ebameeldiva kogemusena, kuna nende ettekujutused ja ootused ei täitunud. Nad tõlgendavad ootuste mittetäitumist peamiselt läbi hoolimatuse ja austuse puudumise. Lähedaste arvates puudus austus kui patsient jäeti personali poolt tähelepanuta, puudus empaatia nii lahkunu kui ka perekonna suhtes, puudus info ja ei võimaldatud privaatsust. Lähedaste rahulolu patsiendi suremisele oli positiivsem, mida rohkem oldi rahul teenusega üldiselt ja kui lähedased kaasati otsustamisprotsessidesse. Tervishoiutöötajate inimlik ja kaastundlik hoolitsus ning tähelepanu patsiendile ja tema lähedastele võimaldavad meenutada surma rahumeelse protsessina. Antud andmetest järeldub, et patsientide terviklik käsitlemine nõuab eakate patsientide teenusel suuremat tähelepanu. Kui inimkesksest hooldusest jääb puudu, siis suureneb patsiendi lähedaste koormus (Wetle jt 2005, van Soest-Poortvliet jt 2011, Bolt jt 2019). Väärrika elulõpu tagamine õendushaiglates vajab parandamist läbi poliitiliste otsuste (Wetle jt 2005, van Soest-Poortvliet jt 2011, Gage jt 2012).

Patsientide lähedased vajavad teenuse kohta erinevat liiki **teadmisi** (*knowledge*). Teadmised on neile toeks probleemide lahendamisel ning teadmiste hulk muutub ajas pidevalt. (Wetle jt 2005, Eika jt 2013.) Uute teadmiste aluseks võivad olla nii isiklikud kogemused kui ka teistelt inimestelt kuulnud või kirjalikest allikatest saadud informatsioon (Kikas 2003). Võetakse omaks kõik see, mis vastab tegelikkusele ja on põhjendatud. Osa seisukohtade järgi pärinevad kõik teadmised kogemusest. (Meos 2010.)

Lähedaste vajadus informatsiooni järele sõltub patsiendi tervise seisundi keerukusest ja teenusel viibimise kestvusest. Mida raskemaks muutub patsiendi seisund, seda rohkem teavet lähedased vajavad. (Friis ja Forde 2015, Romøren jt 2016, Romøren jt 2017, Bolt jt 2019, Strøm ja Dreyer 2019.) Sageli on lähedastel olemas info haiguse ja ravi kohta, kuid edasise toimetuleku ja tugiteenuste võimaluste kohta teadmised puuduvad. Juba varakult tuleb patsiendi lähedasi kaasata otsustusprotsessi, nii saab neid võimestada ja saadud teadmised leevendavad hoolduskoormust. Lähedased soovivad patsiendi haiguse tagajärjel teadmisi, mis aitavad



igapäevase eluga hakkamasaamisel ja valmistaksid neid ette edasisteks kogemusteks. (Wetle jt 2005, Parker jt 2007, Friis ja Forde 2015, Strøm ja Dreyer 2019.) Läbi ettevalmistuse säilib nende endi vaimne ja füüsiline tervis. Teadmised vähendavad stressi, ärevust ja depressiooni. Lähedastel ei ole piisavalt tuge enda tervise hoidmiseks sellel perioodil kui tegelevad lähedase patsiendi elu korraldamisega. Juhul kui hoolduskoormus suureneb, puuduvad lähedastel sotsiaalsed oskused. (Parker jt 2007, Friis ja Forde 2015, Strøm ja Dreyer 2019.)

**Ootused** (*expectations*) on need, mida kelleltki või milleltki oodatakse; lootused (Eesti keele ... 2017). Ootust saab käsitleda nii teenuse osutaja ja saaja, aga ka teenusesaaja pereliikmete vaatenurgast. Bowling jt (2012) kirjeldavad ootust, mil teatud sündmused võivad tekkida tervishoiuteenuse saamise ajal või selle tulemusena. Ootusi on kirjeldatud näiteks kui indiviidi tunnetuslikke oletusi või ettekujutusi mingist tulevikus toimuda võivast sündmusest (Kööp 2016). Ootuste teoorias väidab Victor Vroom, et inimene tegutseb kindlal viisil, mis põhineb teadlikul ootusel ning tegevusele järgneb tulemus. Ootustest tulenevalt pakub saavutatud tulemus rahulolu. (Landsberg 2003.) Õed, kes on teadlikud patsiendi ja tema lähedaste ootustest, võivad neid ootusi positiivselt mõjutada rahulolu saavutamiseks (Reck 2013, Romøren jt 2016, Dorell ja Sundin 2019, Andersen jt 2020). Arvamused teenuse ootuste ja rahulolu kohta on õdede jaoks oluliseks aluseks, et kavandada ja rakendada õendusabi kvaliteeti parandavaid tegevusi (Abdel Maqsood jt 2012, Romøren jt 2016, Dorell ja Sundin 2019).

Mujal maailmas läbiviidud uurimistöödest selgub, et patsiendid ja lähedased ootavad arsti aktiivset osalemist multifunktsionaalses õendushaigla teenuse meeskonnas (Teno jt 2004, Wetle jt 2005, Fosse jt 2014, Friis ja Forde 2015, Ramanathan ja Fisher 2016). Patsiendid ja nende lähedased rõhutavad tervishoiutöötajate tähtsust haiguse kulu prognoosimisel ning vajaliku informatsiooni saamisel ja palliatiivse ravi vajaduse määramisel. Nad soovivad, et arstid osaleksid hooldusprotsessis ning annaksid juhiseid haigustega toimetulekuks ja leevendaksid vaevusi (Wetle jt 2005, Graverholt jt 2011, Fosse jt 2014, Friis ja Forde 2015, Romøren jt 2016). Pereliikmed ootavad, et lähedane saab oma haigustest tulenevatele sümptomitele leevendust ja neil oleks personali poolt tagatud info kättesaadavus seisundi muutumisel (Teno jt 2004, Shield jt 2010, Eika jt 2013, Dorell ja Sundin 2019, Ekström jt 2019). Samuti vajatakse emotsionaalset tuge, eriti toimetulekul leinaga (Kirk jt 2004, Teno jt 2004, Shield jt 2010, Romøren jt 2016, Bolt jt 2019). On leitud, et heteroseksuaalsetest patsientidest erineva seksuaalse orientatsiooniga inimestel on suuremad ootused pikaajalise hoolduse vajadusele tulevikus (Henning-Smith jt 2015).

Maailmas suureneb dementsete inimeste arv (Gozalo jt 2011, Mjørud jt 2017, Bolt jt 2019). Ligikaudu 47,5 miljonit inimest elab tänasel päeval koos dementsusega (Mjørud jt 2017). Sellest omakorda on lähedastel ootused selliste institutsioonide järele, kuhu paigutada raskema dementsuse diagnoosiga patsiendid, ühtlasi püüdes seejuures säilitada nende sotsiaalne kontakt ning arvestada nii patsiendi kui ka lähedaste vajadustega (Gozalo jt 2011, Le Low jt 2017, Mjørud jt 2017, Bolt jt 2019). Uurimistulemused näitavad, et dementsusega inimesed on teenusel viibides võimelised väljendama oma tundeid ja tooma esile nende elu mõjutavaid faktoreid, seejuures on pereliikmetel oluline roll, kuna patsiendid igatsevad lähedaste külastusi. Kui dementne inimene on rahul oma igapäevase eluga, siis on ka lähedaste ootused täidetud. (Le Low jt 2017, Mjørud jt 2017.)

Tuginedes praktilisele tööle patsiendi lähedastega väidab uurija, et patsiendi lähedastel on tagasihoidlikud teadmised õendushaigla teenuse võimalustest ja sisust. Sageli ei ühildu lähedaste ootused ja teenuses pakutavad võimalused. Patsiendi lähedastel võib esineda põhjendamatu ootus õendushaigla teenusele, mis võib olla tingitud infopuudusest. See omakorda võib tuleneda vähesest teavitustööst ühiskonnas. Uurija töökogemuse kohaselt, mis baseerub suuresti patsientide ja nende lähedastega suhtlemisel, eeldatakse teenuselt suuremat taastusraviosalust, aktiivset raviarsti sekkumist ja uuringute teostamist ning pikemat raviperioodi.

## **4. UURIMISTÖÖ METOODIKA**

### **4.1 Uurimistöõ metodoloogilised lähtekohad**

Käesolev uurimistöõ on empiiriline, kvalitatiivne ja kirjeldav ning lähtub fenomenoloogilisest filosoofilisest suunast. Fenomenoloogia tähtsustab subjektiivseid arusaamasid ning kirjeldab nähtusi nende kaudu. Töös kasutab uurija teabe loomiseks lähedaste tõlgendusi oma kogemustest, teadmistest ja ootustest. Inimese kogemustel on esmatähtis roll ning reaalsus on ühtne tervik kogetust ja läbielatud nii mõtetes, tunnetes kui ka soovides. Fenomenoloogia kui uurimismeetod avab kogemuse põhiolemuse, kirjelduse ja tähenduse. See tagab indiviidide subjektiivsete kogemuste põhjaliku uurimise ja kirjeldamise. Uurija teadvustab endale, et on lahutamatu seotud mistahes uuritava nähtusega. (Polifroni ja Welch 1999.)

Enamasti leiab kvalitatiivne uurimismeetod kasutust kui uuritava nähtuse kohta on varasemast vähe teavet või uuritav teema on tundlik (Elo ja Kyngäs 2008). Keskendutakse tähenduse, suhete, väärtuste, käitumismustrite ja teemade omavahelisele seosele. Uurija otsib teadmist ja mõistmist läbielatud kogemusest ja on teadlik teiste elatud reaalsusest kui ühtsest tervikust. (Polifroni ja Welch 1999.) Uurija valis nähtuse uurimiseks ja kirjeldamiseks kvalitatiivse uurimismeetodi, kuna uuritava nähtuse kohta Eestis teave puudub. Muu maailma uurimistööde tulemusi ei saa aga Eesti konteksti otseselt üle kanda sealsetes tervishoiu- ja hoolekandeteenustes kasutatavate terminoloogiliste ja korralduslike erisuste tõttu.

### **4.2 Uuritavad**

Käesolevas uurimistöös olid uuritavateks 18 patsiendi lähedast, kes nõustusid uuringus osalema ja infot jagama. Kvalitatiivses uurimistöös on oluline valida uuritavad, kes omavad informatsiooni uuritava nähtuse kohta ning on võimelised infot edastama (Elo ja Kyngäs 2008). Iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse ehk antud töös lühinimetusega õendushaigla teenuse kohta saavad kogemusi, teadmisi ja ootusi kirjeldada teenuse kasutajad ehk patsiendid ja nende lähedased. Arvestades teenusel viibivate patsientide vaimset ja füüsilist tervist valis uurija uuritavateks patsientide lähedased kuna vastavalt töö eesmärgile saavad nemad uuritavat nähtust kõige paremini kirjeldada, olles ühtlasi patsiendi huvide kaitsjad. Lähtuvalt uurimistöõ eesmärgist seadis uurija uuritavate valikule järgmised valikukriteeriumid:

1. Uuritava lähedane viibib või on viimase kuu aja jooksul viibinud iseseisva statsionaarse õendusabi teenusel.

2. Uuritav osaleb uurimuses vabatahtlikult.
3. Uuritav on suuteline informatsiooni edastama eesti keeles.
4. Uuritav on nõus intervjuuga, mille kestvus on orienteeruvalt üks tund.

Uuriija seadis üheks värbamise kriteeriumiks uuritava lähedase viibimise õendushaigla teenusel käesolevalt või viimase kuu jooksul, et koguda andmeid ka teenuse osutamise lõppemise korral (patsiendi üleviimine aktiivravisse, surm vms). Arvestades asjaolu, et uuritavatele tuleb tagada autonoomia ehk iseseisev otsustusvabadus uurimistöös osalemiseks, kasutatakse uuritavate leidmiseks üleskutset (Elo ja Kyngäs 2008). Seega toimus uuritavate teavitamine ja värbamine uuringus osalemise üleskutse alusel (vt lisa 1). Üleskutse paigutati osakondade infostendidele ja seda jagati teenusel viibivate patsientide lähedastele. Üleskutse jagamisel palus uurija abi osakondade õendusjuhtidelt, kellega kohtus uurimiskeskcondades enne uurimisperioodi ja selgitas neile uurimistöö eesmärgi ja andmete kogumise metoodikat, samuti töö olulisust ning oodatavat väärtust.

Uurimistöö tegemiseks taotles uurija nõusoleku kaheksalt õendushaigla teenust osutavalt asutuselt, kes kõik nõustusid osalema. Taotluste esitamisel arvestas uurija, et uurimistöös oleksid kaasatud Eesti erinevad piirkonnad. Uurimiskeskcondadeks olid vastavad osakonnad ühes piirkondlikus haiglas, kahes üldhaiglas ja kolmes keskhaiglas. Lisaks eelpool nimetatutele kaks Tartumaal ja Jõgevamaal tegutsevat Eesti Haigekassa valikpartnerit.

### **4.3 Andmete kogumine**

Uurimistöö andmestiku kogus uurija ajavahemikus september 2019 kuni jaanuar 2020 poolstruktureeritud intervjuudega, mis on sageli kasutatav meetod kvalitatiivsete uurimistööde puhul, ning võimaldab koondada informatsiooni osalejate kogemustest uuritava teemaga seoses. Poolstruktureeritud intervjuu abil kogutud andmete puhul on võimalik kõigi oluliste teemade käsitlemine suunatud küsimuste abil. (Turner 2010.) Intervjuu kava (vt lisa 2) koostas uurija lähtuvalt uurimistöö eesmärgist tuginedes varasema kirjanduse analüüsile. Uuriija järgis intervjuude läbiviimisel intervjuu kava ning sai patsientide lähedastelt teavet nähtuse kohta. Lähedased rääkisid oma kogemustest, teadmistest ja ootustest seoses õendushaigla teenusega.

Uuritavad võtsid uurijaga ühendust telefoni või e-kirja teel. Uuriija leppis uuritavatega kokku intervjuuerimiskoha ja kohtumise aja. Koostöös patsiendi lähedastega valis uurija intervjuude läbiviimiseks kohad, kus ei oleks segavaid faktoreid. Intervjuud viis uurija läbi järgnevates

keskkondades: seitse intervjuud uuritavate töökohtades, viis intervjuud uurimiskeskondades, neli intervjuud uuritavate kodudes ja kaks intervjuud kohvikutes. Viimastes valis uurija kõige eraldatuma koha ja enne intervjuu läbiviimist teavitas kohviku töötajat intervjuu läbiviimisest, mistõttu segavaid faktoreid ei olnud. Uuritavaga kohtumisel tutvustas uurija esmalt ennast ja lühikese sissejuhatuse käigus andis ülevaate uurimistöö olemusest ning eesmärgist. Enne informeeritud kirjaliku nõusoleku (vt lisa 3) kahepoolset allkirjastamist andis uurija uuritavale piisavalt aega informatsiooni lugemiseks ja vastas tekkinud küsimustele. Uurija selgitas, et uurimistöös osalemine on vabatahtlik ja konfidentsiaalne ning soovi korral on kuni intervjuu lõpuni võimalik osalemise nõusolek tagasi võtta.

Uurija lindistas intervjuud ja esimesel võimalusel kirjutas need sõna-sõnalt ümber. Intervjuude tekstid kodeeriti ja kodeeringud hoiti intervjuude tekstidest lahus, vaid uurijale kättesaadavas failis, parooliga kaitstud isiklikus arvutis. Uurija ei transkribeerinud intervjuudest andmeid, mis lubaksid intervjuueeritava või intervjuu käigus mainitud isikute tuvastamist. Transkribeeritud teksti maht oli kokku 125 A4 lehekülge, reavahega 1,5 ja tähesuurusega 12. Intervjuude salvestistele oli juurdepääs ainult uurijal ja transkribeerimise järgselt kustutas uurija need diktofonilt. Analüüsi tulemused esitas uurija üldistatud kujul, et tagada uuritavate konfidentsiaalsus. Intervjuude sisu näitlikustamiseks esitatud tekstikatted ei sisalda isikustavat informatsiooni.

Enne andmete kogumist viis uurija läbi prooviintervjuu, et saada kogemus ja olla veendunud valitud meetodi kasutamises. Uuritav võttis uurijaga ühendust telefoni teel, saades uuringu kohta info osakonna stendile paigutatud üleskutselt. Prooviintervjuu läbiviimisel järgis uurija sarnaselt põhiintervjuudele kõiki eelmises lõigus kirjeldatud tingimusi. Prooviintervjuu aitab välja selgitada võimalikud vead ja piirangud ning annab võimaluse teha vajalikud muudatused intervjuu küsimustes (Turner 2010). Intervjuu kava osutus sobilikuks ja intervjuu õnnestus ning uurija kaasas prooviintervjuu andmed põhiuurimuse andmebaasi.

Elo ja Kyngäs (2008) toovad välja, et kvalitatiivses uurimistöös võiks olla uuritavate hulk keskmiselt 10-15 intervjuueeritavat. Uurija plaanis intervjuud läbi viia keskuste peale kokku nii, et kõik uurimiskeskonnad oleksid haaratud. Eesti erinevates piirkondades viidi läbi 18 intervjuud, mis kestsid keskmiselt 27 minutit. Andmete küllastatus tekkis 16. intervjuuga. Kuna küllastumise hetkel olid kahe patsiendi lähedastega kohtumised juba kokku lepitud, siis teostas uurija ka nendega intervjuud ja veendus andmebaasi küllastumises. Uurija lähtus põhimõttest, et kui

andmete kogumisel saabub andmebaasi küllastatus, on uuritavate hulk piisav ja edaspidised intervjuud uut teavet juurde ei anna (Burns ja Grove 2005, Turner 2010).

#### 4.4 Andmete analüüs

Uurimistöo andmebaasi moodustavad 18ne intervjuu transkribeeritud. Andmete analüüsimisel kasutas uurija induktiivset sisuanalüüsi. See andmeanalüüsi meetod sobib hästi mitmetahuliste uute tundlike nähtuste analüüsimiseks (Elo ja Kyngäs 2008). Uurija kogus ja analüüsis andmeid paralleelselt, et analüüsi protsess oleks terviklik.

Induktiivse sisuanalüüsi tegemisel tugines uurija Elo ja Kyngäs (2008) ja Laherand (2008) allikatele. Uurija organiseeris andmed kodeerimise, kategooriate loomise ja üksikult üldisele liikumise näol. Andmete ettevalmistuse faasis luges uurija korduvalt transkribeeritud teksti ning leidis selle käigus esialgse teemade loetelu, mis uuritavat nähtust kõige enam iseloomustas. Need tekstilõigud markeeris uurija tekstis värviliselt. Seejärel kodeeris uurija andmed, mille tulemusel moodustusid tekstilõikudest lihtsustatud väljendid ja nendest omakorda lähedaste kogemusi, teadmisi ja ootusi kirjeldavad substantiivsed koodid. Andmete tötluse protsessis grupeeris uurija sarnaste koodidega märgistatud väljendid ühiste teemade alla, paigutades neid korduvalt ümber. Koodide sisust lähtuvalt moodustus lõplik loetelu ning uurija lõi alakategooriad. Alakategooriate moodustamise järgselt luges uurija intervjuude tekstidest koosneva andmebaasi veelikord läbi, et veenduda kõikide nähtusi iseloomustavate koodide kaasaaratuses. Andmete esitluse protsessis saadud alakategooriad grupeeris uurija ülakategooriateks, millel on koode peegeldavad nimed.

**Tabel 1. Näide alakategooria moodustumise protsessist**

Tekstilõik	Lihtsustatud väljend	Substantiivsed koodid	Alakategooria
<ul style="list-style-type: none"> <li>„siin see personal on just dementsel inimesega väga professionaalselt käitunud“</li> <li>„õdede ja arstidega ka on mul ainult positiivsed kogemused. Hooldajatega samamoodi, et minul selle kahe asutuse kohta on väga positiivne, väga sõbralik, väga vastutulev personal“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Professionaalne meeskond</li> <li>Sõbralik personal</li> <li>Vastutulelik personal</li> </ul>	Positiivsed kogemused personaliga	Personali kompetentsus
<ul style="list-style-type: none"> <li>„ei taha midagi laita, ja millegi üle kurta, aga noh, ütleme sellised nagu inimlikud kohad, nagu võib-olla natuke on, mis natuke logisevad. Võib-olla suhtlemine, et noh, inimesed on erinevad tööl, kes seal töötavad, on ju kõik erinevad inimesed. Ühel üks tuju, teisel teine tuju, üks suudab ennast kontrollida, teine ei suuda...“</li> <li>„ja, ja siis tekkis, tekkis seal suur segadus, et üks õde minuga väga ebaviisakalt käitus“</li> <li>„aga kogu tema kehahoiak, hääletoon, niisugune rääkimises niisugune nagu üldine ülbe olek“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ebaviisakas suhtlemine</li> <li>Ebainimlik käitumine</li> <li>Ülbe kehahoiak</li> </ul>	Negatiivsed kogemused personaliga	

Analüüsitavaks üksuseks olid tekstilõigud. Andmestikust saadud esialgsete samasisuliste teemade ühendamisel moodustas uurija 248 lihtsustatud väljendit. Sarnase sisuga lihtsustatud väljendite ühendamisel sai uurija 32 substantiivset koodi, millest moodustas 11 alakategoriat ning millest kolm ülakategoriat.

## 5. TULEMUSED

### 5.1 Tulemuste kokkuvõte

Sisuanalüüsi käigus moodustus 11 alakategoriat, mis omakorda koondusid kolme ülakategooria alla. Kolm ülakategooriat kirjeldavad teenuse kättesaadavuse, teenuse sisu ja kvaliteedi ning teenuse arendamisega seotud aspekte. Ülakategooriad kokku kirjeldavad uuritavat nähtust, milleks on lähedaste kogemused, teadmised ja ootused seoses õendushaigla teenusega.

**Tabel 2. Tulemuste kokkuvõte**

Alakategoriad	Ülakategoriad	Peakategooria
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teenuskoha leidmise probleemid</li> <li>• Teenusele suunamise keerukus</li> <li>• Lähedaste majanduslikud võimalused ja geograafilised piirangud</li> <li>• Teenusel viibimise ajaga seonduv</li> <li>• Hoolekandesüsteemi võimalustega seonduv</li> </ul>	Teenuse kättesaadavus	Kogemused, teadmised ja ootused
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Õendus- ja hooldustegevused</li> <li>• Arstlikud tegevused</li> <li>• Patsiendid ja neile kättesaadavad tugiteenused</li> <li>• Personali kompetentsus</li> </ul>	Teenuse sisu ja kvaliteet	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teenuse tingimused ja korraldus</li> <li>• Teenuse vajalikkus</li> </ul>	Teenuse arendamisega seotud aspektid	

### 5.2 Teenuse kättesaadavus

Ülakategooria koosneb viiest alakategorias: 1) teenuskoha leidmise probleemid, 2) teenusele suunamise keerukus, 3) lähedaste majanduslikud võimalused ja geograafilised piirangud, 4) teenusel viibimise ajaga seonduv ja 5) hoolekandesüsteemi võimalustega seonduv (vt tabel 3).

**Tabel 3. Teenuse kättesaadavust iseloomustavad substantiivsed koodid ja neist moodutunud alakategoriad ning ülakategooria**

Substantiivsed koodid	Alakategoriad	Ülakategooria
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teenuskoha leidmise keerukus</li> <li>• Teenuskoha leidmise soov ja informeeritus</li> <li>• Teenuskoha võimalused</li> </ul>	Teenuskoha leidmise probleemid	Teenuse kättesaadavus
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teenusele suunamise põhjused</li> <li>• Teenusele suunamise nõuded</li> </ul>	Teenusele suunamise keerukus	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Majanduslik valmisolek</li> <li>• Tasuliste teenuste piirkondlikud võimalused</li> </ul>	Lähedaste majanduslikud võimalused ja geograafilised piirangud	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etteantud ajaline piirang</li> <li>• Edasiste otsuste tegemise aeg</li> <li>• Ajaline seos tervisliku seisundiga</li> </ul>	Teenusel viibimise ajaga seonduv	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teenuskohtade vähesus</li> <li>• Majanduslikud võimalused</li> </ul>	Hoolekandesüsteemi võimalustega seonduv	



Alakategooria, **teenuskoha leidmise probleemid**, moodustus kolmest substantiivsest koodist: 1) teenuskoha leidmise keerukus, 2) teenuskoha leidmise soov ja informeeritus ja 3) teenuskoha võimalused.

Lähedased kirjeldasid, et teenusele on raske kohta saada ja tegevuse keerukus tuleneb patsiendi kaasuvatest diagnoosidest. Suheldes otse juhatajatega, oli koha leidmise tõenäolsus suurem.

*„... ja proovige leida emale koht, et et on vaja veel nagu seda aktiveerimist ja ja füsioterapeuti nagu harjutusi ja et ta ikkagi kodus hakkama veel ei saa, aga aga selle selle bakteri tõttu oli selle koha leidmine väga keeruline ja ma ei saagi üldse aru, miks. Kohti lihtsalt ei ole.“ (1)*

*„... et ollakse nagu vastuvõtlikud, et et alati leitakse koht. Tundub vähemalt niimoodi, et räägitakse küll, et registrite järgi kõik kohad on täis ja täis, aga kui sa käid otse rääkimas just nagu erinevate haigla juhtidega, siis näed, et on võimalus, et tegelikult need ei ole nii piiratud.“ (13)*

Lähedased ootavad, et kohad õendushaiglas oleksid patsientidele kättesaadavamad. Lähedaste arvates peaks teenus olema võrdselt kättesaadav erinevate diagnoosidega patsientidele ning koha leidmiseks oleks oluline info kättesaadavus.

*„See teenus peaks olema rohkem kättesaadav ja üldiselt tegelikult ju praegu kohti ei ole.“ (8)*

*„Nii ta olema peaks küll jah, et kättesaadavus nagu peaks olema suurem. Ja nagu peaks olema võrdne kõikide haiguste puhul.“ (17)*

*„Nagu kui kogemust ei ole, siis on see kogu süsteem päris keerukas, sellest alguses aru saada, kuidas ja mis täpselt. Inimestel on ikkagi õigus selle kohta kuidagi miskit infot omada.“ (7)*

Lähedastel on teadmised seoses teenuskohtade võimalustega. Lähedased teavad, et õendushaigla teenusele on raske kohta saada ning mõnikord toimub nende arvates lahterdamine sõltuvalt patsiendi diagnoosist ja elukohast.

*š... on raske kohta saada sinna õendusabisse. Helistasime, nemad ütlesid, et nemad selliseid haigeid üldse vastu ei võtagi. Et siis täiesti keelduti kategooriliselt ja öeldi, et ei, nemad ei võta.“ (17)*

*„Ega ma pole ainuke, ma tean paljusid, kes otsivad kohta. Öeldakse, et see pole see osakond, see pole see linn, see pole see. Nagu selline inimeste lahterdamine.“ (14)*

Alakategooria, **teenusele suunamise keerukus**, moodustus kahest substantiivsest koodist: 1) teenusele suunamise põhjused ja 2) teenusele suunamise nõuded.

Patsient suunatakse õendushaigla teenusele pere- või eriarstide poolt kui patsiendi tervises seisund halveneb kodus või on aktiivravihaigla järgselt seisundi jälgimise vajadus. Teenusele suunamise põhjused on meditsiinilised ja sotsiaalsed. Lähedased kirjeldasid, et neil puuduvad kodus hooldamise oskused ja võimalused ning nad ei saa töölt eemale jääda.

*„Tal läksid jalad turse ja hingamine oli raskem ja aga kiirabi teda haiglasse ei viinud ja palus ühendust võtta perearstiga. Siis siis rääkisin perearstiga ja perearst suunas ta siis siia haiglasse.“ (2)*

*„Seal haiglasoleku ajal seisund läks tükk maad halvemaks ja, ja siis ta pidi seal õendusosakonnas taastuma. Aktiivravist kirjutati välja nii, aga et päris nagu kodus hakkama ei oleks saanud. Tal ilmnemid mäluprobleemid ja, ja nagu üldine toimetulek, üldisi toimetulekuraskusi palju tugevamalt kui kodus“ (4)*

*„Aga et koju ta teda ei saa saata, kuna ta üksinda elas. Ja noh, et ta nagu õeldi, et sotsiaalselt ei saaks nagu hakkama ja vajab jälgimist ja selle uroinfektsiooni väljaravimist. Me ju kõik käime tööl ja ei ole mõeldav koju jäämine. Ja ega meie ei oska seda hooldustööd teha nii profilt kui need töötajad siin.“ (3)*

Lähedased ootavad rohkem selgust suunamise nõuete kohta, kuna neile tundub, et suunamise näidustused on senini olnud ebaselged. Samuti ootavad lähedased, et saatekirjal kajastuks korrektne raviskeem.

*„... mõned seal koridoris täiesti kobedalt jalutasid ringi. No ja siis meil see kogu jama selle saatekirja saamisega. Nagu tuju järgi vist otsustatakse, oleneb, oleneb võib-olla perearstist ... mõtlen, et hea oleks skaala või midagi.“ (11)*

*„... et et see peaks olema nagu paremini korraldatud. ... Need ravimite doosid peaksid olema nagu kõikidele arstidele ühtemoodi nähtavad, et et nagu mina ei ole võib-olla tõesti kõige pädevam nagu jooksma edasi-tagasi ja seda seda infot nagu korjama.“ (15)*

Alakategooria, **lähedaste majanduslikud võimalused ja geograafilised piirangud**, moodustus kahest substantiivsest koodist: 1) majanduslik valmisolek ja 2) tasulise teenuse piirkondlikud võimalused.

Lähedased soovivad, et oleks võimalus saada tasulist õendushaigla teenust ning nad on vajadusel nõus maksma ka suuremat omaosalustasu. Lähedaste sõnul on omaosalusega õendushaigla teenus neile soodsam kui maksta hooldekodu koha eest.

*„Ja kui on võimalused rahalised olemas, peaks olema, et kohta saaks, kasvõi tasulisi, kus see omaosalus saab olla ka suurem.“ (16)*

*„... ja no siin õendusabiosakonnas tuleb maksta ju vähem kui hooldekodudes.“ (11)*

Lähedased kirjeldasid, et nad soovivad jätta patsiendi õendushaigla teenusele kauemaks ja on valmis teenuse eest rohkem tasuma, kuid teenuse osutajate võimalused lähedaste soovidele vastutulemiseks on piirkonniti erinevad.

*„Ma küsisin juhatajalt tookord seda ka, et kas oleks mingine, mingisugune võimalus, et me maksame rohkem, mul pojad jõuaksid selle kõik kinni maksta. ja siis siis saaksime siin õdede hoole all kauem olla. Aga sellist võimalust ei olnud, neil pidavat juba uued patsiendid haiglast peale tulema....“ (7)*

*„Noh, kuna meil oli noh, minu ema oli väga viletsas seisus, siis tegelikult ta viibis seal neli aastat. Natuke alla, kolm ja pool aastat. Ja ta oli seal õendusabi teenusel. Ja tema oli teenusega nii, et me maksime selle eest. Kaks kuud oli ära, siis tegime avalduse. Ja, ja see iga sent oli seda asja väärt et ta seal sai olla.“ (16)*

*„Me tahaksime ikka samasugust kohta nagu praegu, temaga on raske hakkama saada. Küsisime juba oma raha eest pikendust, aga kohti ei ole.“ (14)*

Alakategooria, **teenusel viibimise ajaga seonduv**, moodustus kolmest substantiivsest koodist: 1) etteantud ajaline piirang, 2) edasiste otsuste tegemise aeg ja 3) ajaline seos tervisliku seisundiga.

Lähedaste sõnul seab teenuseosutaja teenusel viibimiseks ajalise piirangu ja seetõttu tuleb lähedastel patsiendile järepideva teenuse jaoks korraldada see erinevate teenuseosutajate juures. Lähedased ei mõista ajalise piirangu õigustusi. Neil on kogemused, et ajalise piirangu tõttu kirjutatakse patsient haiglast välja ebastabiilses seisundis, millele järgnevad uued sekkumised.

*„... nii et et ta saab kakskümmend kaheksa päeva olla ... ja siis pean ema järgmisse kohta transportima.“ (17)*

*„Et taotakse nagu mantrat, et kolm nädalat saab siin olla ja kolm nädalat saab seal olla, aga ma ise ka mõtlen, et kuidas nad teavad, et ta täpselt kolme nädalaga terveks saab ja ja enam ei vaja. Võib-olla ta vajab neli nädalat. Või ma ei tea, paraneb siin juba kolme nädalaga ära, et ei vaja üldse enam sinna ... minekut. Saame ta koju võtta, aga aga nagu*

*mingi nagu mingi robotprogrammiga öeldakse, et kolm nädalat ja kolm nädalat ja et meil nii on ja et et see ongi mulle nagu ebaselge.“ (3)*

*„... pidin järgmisel päeval kohe kutsuma kiirabi, no vererõhk tõusis jälle liiga kõrgele. Õnneks saime perearstilt saatekirja ja tulime, saime siia tagasi. Nüüd on süda rahul...“ (12)*

Lähedased hindavad õendushaigla teenusel viibimise perioodi, et teha edasisi otsuseid. Teenusel viibimine annab mõtlemise ja otsustamise aja, milline teenus on sõltuvalt patsiendi seisundist edaspidi vajalik. Lähedased ootavad, et patsiendid saaksid teenusel viibida pikema perioodi, et oleks aega elukorralduslike muudatuste tegemiseks.

*„... see haigla on kui selline vahepeatus ikkagi, kus saab nagu vaadata, et ei pea veel päris oma kodust ära tulema. Et selline, et kus, kus tegelikult saabki otsustada, et mis edasi saab, et kas kas seisund läheb halvemaks, et ei ole võimalik koju tagasi minna ja tuleb hakata hooldekodu kohale mõtlema.“ (2)*

*„Võiks pikema perioodiga olla kuidagi ja et jõuaks nagu ise ka kohaneda kõige sellega, mis sellega kaasneb, et inimene enam kodus ei ole ja, ja noh, kõik sellised asjad ja edasine elu.“ (18)*

Lähedased arvavad, et õendushaigla teenuse perioodi pikkus peaks sõltuma patsiendi tervislikust seisundist ning seda peaks saama ühe teenuseosutaja juures. Lähedased loodavad, et õendushaigla teenuse lõppedes ei jää patsient voodisse ja paraneb seisundini, mis võimaldab tal kodus hakkama saada.

*„Aeg peaks siiski sõltuma patsiendi tervislikust seisundist. Ikkagi. Mitte mingitest muudest tingimustest. Et ikkagi see võimalus peaks olema niikaua kui, kui nagu see tervislik seisund seda nõuab.“ (15)*

*„Jah, et kui lähtuda nüüd ainult nagu tema haigusest, siis siis ma oleks oodanud seda, et ta oleks saanud olla ühes kohas. Et ei oleks pidanud teda kogu aeg ühest kohast teise transportima. Mina konkreetselt ootakski, et ta oleks ühes kohas, et jääks ära see sõidutamine, kõik need lepingud ja uued inimesed kogu aeg, et ma ei näe küll põhjust, miks miks see on nagu vajalik.“ (17)*

*„... ja, ja kuna ta on nagu täiesti adekvaatne, siis ma, ma väga tahan, et ta saaks edasi ikkagi koju. Et ta ei jääks voodisse ja et ta saaks võimalikult kaua ikkagi kodus hakkama.“ (1)*

Alakategooria, **hoolekandesüsteemi võimalustega seonduv**, moodustus kahest substantiivsest koodist: 1) teenuskohtade vähesus ja 2) majanduslikud võimalused.

Lähedased teavad, et hooldekodu koha saamiseks on pikad järjekorrad, mis on seotud patsiendi tervisliku seisundiga. Lähedased teavad, et hooldekodusse on raske leida kohta voodihaigetele, sügava dementsusega inimestele ja õendustoiminguid vajavatele patsientidele. Kui on piirkonnas rohkem eakaid inimesi, ei ole kodulähedane hooldekodu koht kättesaadav.

*„Et neid uusi hooldekodusid nagu ehitatakse nii palju juurde, aga nad noh, nad ei taha voodihaigeid ja et dementsusega, no need kes mõhkugi aru ei saa, neid ei taheta vastu võtta.“ (14)*

*„Ma uurisin nendest hooldekodudest, mis leht mulle anti, siis siis nad isegi oleksid koha leidnud, aga selle õhtuse insuliini süsti pärast teda ei tahetud.“ (15)*

*„Ma ikkagi arvan, et neid hooldekodu kohti ei ole meil siin nii palju kui vaja on. Meil on siin eakaid väga palju ja ja just siin kodu lähedal ei ole kohta.“ (11)*

Lähedased on kogenud, et hooldekodude hinnatase on erinev ja hinnal puudub läbipaistvus. Samuti teavad lähedased, et riik on kohalikele omavalitsustele eraldanud raha, kuid selle jaotamine on nende hinnangul ebaõiglane.

*„... on tunne, et kui me räägime nagu hooldekodudest, et siis siis minu meelest on see hinnatase on väga erinev. Ja teistpidi see hind ei ole kontrollitav. Puudub stabiilsus ja läbipaistvus lähedaste jaoks.“ (13)*

*„... siis ongi nagu hästi kurb, et need rahad on nagu omavalitsustele eraldatud, aga kahjuks nende rahadel, et sa saad nagu karistatud, et sul lapsed on, lapselapsed on ja et kes siis peavad kuutasu maksma ja on võimelised nagu rahastama ka.“ (7)*

### 5.3 Teenuse sisu ja kvaliteet

Ülakategooria koosneb neljast alakategooriast: 1) õendus- ja hooldustegevused ja 2) arstlikud tegevused, 3) patsiendid ja neile kättesaadavad tugiteenused ja 4) personali kompetentsus (vt tabel 4).

**Tabel 4. Teenuse sisu ja kvaliteeti iseloomustavad substantiivsed koodid ja neist moodutunud alakategooriad ning ülakategooria**

Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Ülakategooria
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Õdede sekkumised</li> <li>• Hooldajate tegevused</li> <li>• Väärika elulõpu tagamine</li> </ul>	Õendus- ja hooldustegevused	Teenuse sisu ja kvaliteet (järgneb)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Õendushaigla arsti osalus teenusel</li> <li>• Ootused õendushaigla arsti tegevusele</li> <li>• Koostöö arstide vahel</li> </ul>	Arstlikud tegevused	

Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Ülakategooria
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patsientide erisus</li> <li>• Keskkonnast tulenevad tingimused</li> <li>• Tugipersonaliga seonduvad teenused</li> <li>• Abivahendite kättesaadavus</li> <li>• Ajaviide</li> <li>• Toitlustamine</li> </ul>	Patsiendid ja neile kättesaadavad tugiteenused	Teenuse sisu ja kvaliteet
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positiivsed kogemused personaliga</li> <li>• Negatiivsed kogemused personaliga</li> </ul>	Personali kompetentsus	

Alakategooria, **õendus- ja hooldustegevused**, moodustus neljast substantiivsest koodist: 1) õdede sekkumised, 2) hooldajate tegevused ja 3) väärika elulõpu tagamine.

Lähedaste sõnul teostavad õed erinevaid tegevusi, mida lähedased neilt ka ootavad: jälgivad patsiendi seisundit ja manustavad ravimeid õigeaegselt. Vajadusel abistavad nii patsiente kui ka nende lähedasi.

*„Õed on jälginud tal veresuhkrut ja ja insuliinisüste teinud.“ (15)*

*„Kellaajaliselt kõik on väga oluline saada need ravimid kätte. Et see kogu hakkama saamine nagu noh, et just, et kui ta neid ravimeid õigeaegselt ei saa, et siis ka see seisund võib ju halveneda.“ (18)*

*„Ei, ma läksin, ütlesin õdedele, et kuule, see määrates või nii ja ta läks kohe, võttis ja viis ta eemale.“ (14)*

*„... et et ravimite võtmine oleks kontrollitud sellepärast, et kodus ta tõenäoliselt ei võtnud kõiki ravimeid õigeaegselt. Et õed vaataksid, et need ravimid on võetud ja reageerivad kui vaja, et kuidas ma ütlen, et oleks nagu tervik.“ (16)*

Lähedased kirjeldasid, et hooldajad teostavad hügieenitoiminguid ja vahetavad mähkmeid ning patsiendi asendit. Samuti abistavad osaliselt või täielikult söömisel ja jälgivad patsiendi seisundit. Hooldajatelt ootavad lähedased lamatiste profülaktika teostamist ja rohkem empaatiat ning inimlikku käitumist.

*„... ja kui on vaja tõesti neid mähkmeid vahetada, sest seal on ju meeskond kahekesi keeravad, kahekesi teevad ju täpselt, teavad mis teevad.“ (8)*

*„Selline kogu aeg, noh jälgimine, see, kui ta ei saanud süüa, siis teda toideti ja, ja noh, elementaarne ikkagi ju mis on nagu kõige võib-olla isegi raskem nagu tavaoludes on see hügieen. Jah, kas või üldpesu.“ (16)*

*„Et hooldajatel, nendel oleks jõudu ja kannatust, et ei tuleks lamatise ja siis inimlikult käituda, sest siin ikka on raske, väga raske. Aga jah, teinekord seda inimlikku mõistmist ja suhtlemist, seda empaatiat võiks neil rohkem olla.“ (14)*

Lähedased kirjeldasid, et neile võimaldatakse olla viimastel elupäevadel ööpäevaringselt patsiendi kõrval ja neile on selgitatud suremise protsessi. Lähedased mõistavad, et surm on osa elust ja nad ootavad, et patsientidele tagatakse väärikad viimased elupäevad kõikides haiglates. Lähedased ootavad, et patsiendile oleks tagatud emotsionaalne tugi. Lähedaste hinnangul on patsiendile vaja personaalset lähenemist ja neutraalset inimest, kes aitab mõtetesse selgust luua.

*„... et ma olin kogu aeg kohal. Et viimane nädal, võib-olla, kui ma ei oleks kohal olnud, siis oleks asi raskem, on ja tegelikult ongi inimestele võimalust kohapeal olla, selles ongi need õendused head.“ (8)*

*„... siis lihtsalt käid ja hoiad kätt, sest nagu meile öeldi, et kuulmine ja tundmine kaovad viimasena ära. Eks ole, et noh, ütleme siis me rääkisime temaga ja hoidsime käest ja ja, ja ütleme niimoodi, et see lootus, et noh, nagu tundis meid, sest tema noh, võib-olla meie aimasime mingit väikest pealiigutust. No kas seda emotsiooni, reaktsiooni on, et tegelikult ega temaga enam nagu selles mõttes midagi ei olnud ka. Lihtsalt, et ta kuulab, kuuleb meid. See oli umbes kaks nädalat, oli ta täiesti noh, ta nagu oligi juba surnud. See oli nagu meie jaoks kõik niisugune väga loomulik ja väärikas lahkumine.“ (16)*

*„Et me peaks lahterdama, ei suunama neid kuskile surijate haiglasse või osakonda, surm on üks osa elust. Et see emotsionaalne tugi jah, nagu lähedal oleks. Emotsionaalselt selline, et keegi temaga personaalselt tegeleb, pühendab talle aega, et, et see annaks ka kindlasti nagu toetaks seda kogu tema haigust.“ (14)*

*„Võib-olla ongi nagu ka see, et, et kas see just peab noh, nagu hingehoidja, aga peab olema keegi, kellega ta saaks nagu nagu rääkida ja mõtted selgeks mõelda. Nagu seda ei soovi, et keegi hakkab nagu väga nii-öelda usu seisukohalt lähenema.“ (10)*

Alakategooria, **arstlikud tegevused**, moodustus kolmest substantiivsest koodist: 1) õendushaigla arsti osalus teenusel, 2) ootused õendushaigla arsti tegevusele ja 3) koostöö arstide vahel.

Lähedaste kogemuste kohaselt jälgib õendushaigla arst patsiendi seisundit ja vajadusel konsulteerib. Lähedaste hinnangul on arstid põhjalikud eksperdid, kellega suheldakse regulaarselt, et arutada patsiendi seisundist. Lähedased ootavad õendushaigla arsti suuremat osalust ja sekkumisi terviseseisundi muutumisel. Lähedaste arvates peaks arst jagama lähedastele terviklikku infot patsiendi seisundi kohta ning tagama vajadusel eriarsti kättesaadavuse.

*„... et et mulle nagu korrutati kogu aeg, et on, arstil on meil nagu on, et tema ainult konsulteerib, tema ei määra ravi. Et arst seal väga palju ei muutnud seda ravi, et jälgis seisundit.“ (11)*

*„Arst peaks olema, olema ka rohkem kättesaadav. Et, arst küll on, aga et siis kui mingid murekohad tekivad, et arst nagu nagu sekkuks rohkem, muudaks ravi, kutsuks uroloogi vaatama. Ja siis annaks terviklikku infot tema kohta, mitte ise peab pärima kogu aeg. Et kui sul on selline dementsuse diagnoosiga nagu patsient ja mis sellest epitsüsto avast nüüd siis saab, et kui õendusabi lõpeb ära, uriini sealt avast lekib ja öeldakse, et minge hooldekodusse või koju, et jah, et mis siis seal sellega edasi saab.“ (5)*

*„Et see arstiabi võiks olla paremini korraldatud, et nagu, et tema haiguse puhul ongi hästi oluline see neuroloog, et see neuroloog võiks olla ja neuroloog ja psühhiaater, et need võiksid olla siin nagu kohapeal kätte saanud.“ (14)*

Lähedased ootavad rohkem koostööd ja ladusamat korraldust info liikumisel õendushaigla arsti, perearsti ja eriarsti vahel. Lähedastel on kogemused sekkumisega terviseseisundi muutumisel. Patsiendi terviseseisundi halvenedes tehakse põhjalikumad uuringud ja suunatakse aktiivravisse.

*„... oleks lihtsam, kui see arst ise suhtleks perearstiga või siis või siis ka tegelikult kardioloogiga ka, kes selle ravi määranud oli. Peab olema rohkem koostööd erinevate arstide vahel, et niisiis selle kardioloogi ja perearsti ja selle siinse arsti vahel. Et, et see info ei jääks kuskile kinni.“ (2)*

*„Ootan ladusamat korraldust nagu erinevate arstide ja haiglate poolt, et see et see info liiguks, liiguks paremini.“ (15)*

*„Õenduses kindlasti tehakse, et kui kui inimese seisukord nagu halveneb, siis nad võtavad ja nad on ikka kõik need vajalikud protseduurid ära teinud, et vereproovid ja asjad. Aga siis, kui on seisund väga, on halvem, siis ta liigub sinna aktiivi.“ (18)*

Alakategooria, **patsiendid ja neile kättesaadavad tugiteenused**, moodustus kuuest substantiivsest koodist: 1) personali erisus, 2) keskkonnast tulenevad tingimused, 3) tugipersonaliga seonduvad teenused, 4) abivahendite kättesaadavus, 5) ajaviide ja 6) toitlustamine.

Lähedased panid tähele, et teenusel viibivad väga erinevate diagnooside ja hooldusvajadusega patsiendid, kes kas liiguvad osakonnas ringi, on sootuks voodihaiged või ei räägi eesti keelt. Lähedased väljendasid oma muret selle üle kuidas patsiente palatitesse paigutatakse ning kuivõrd patsientide endi erinevate vajadustega arvestatakse.

*„Aga ma seal koridoris näen, et osad teised patsiendid nüüd on seal ka voodis, et ma neid ei ole liikumas näinud, et tõenäoliselt on nad palju raskemas seisus, kui, kui meil see olukord praegu on.“ (12)*



*„Mis mul nagu hinge peal on see, et alati peaks vaatama seda, kuidas, kes palatisse satuvad. Seal on olnud patsiente, kes karjuvad ja ja häirivad teisi ja nad on kurjad ja ja et räägivad ebaviisakalt.“ (6)*

*„Nad on kahekesi, aga seal on tal mingid vene mehed ka kõrval olnud ja siis tal on, tal on keelebarjäär olnud.“ (5)*

Lähedased kirjeldasid, et osakonnad olid puhatud, palatites oli soe ja avar ning kasutusel olid funktsionaalsed voodid. Lähedaste sõnul olid loodud tingimused vajadusel patsiendi eraldamiseks ja lahkunuga hüvasti jätmiseks. Lähedaste hinnangul olid ka personalil head töötingimused.

*„Palat on alati korras ja soe ja puhas ja avar. Kõikidel on need mootoritega voodid. Kõik vajalik on olemas, puhkenurk ja söögisaal on eemal teises otsas. Õdedel on ka, nendel on ka ilus laud ...“ (11)*

*„... kohe saabudes pandi ta selle bakteri tõttu üksikusse palatisse.“ (17)*

*„Ja mis oli jälle suur asi, oli see, et noh noh, vähihaigele antakse eraldi palat. Eraldi nagu sellist hospiitsi teenust kui sellist ei ole, aga ta ikkagi oli talle loodud eraldi tuba. See eraldatus, see oli oluline. Niisugune eraldi noh, kõik need pesemisvõimalused ja see oli väga hea. Et hästi meeldiv oli ja see eraldi dušširuum oli.“ (8)*

*„... nad viisid, oli inglisa ruum, oligi ingliske oli seal üleval nagu ukse peal ja siis oli no nii ilusti, küünal põles. Piibel oli.“ (8)*

Lähedased kirjeldasid oma kokkupuuteid niisuguste erialaspetsialistidega nagu füsioterapeut, tegevusjuhendaja, sotsiaaltöötaja ja psühholoog. Lähedased ootavad, et füsioteraapia oleks tagatud kõikidele, kes seda vajavad. Lähedased loodavad, et aktiveerimine parandab patsiendi seisundit ja ta saab koju tagasi pöörduda. Lähedased kirjeldasid, et tasulised teenused on patsiendile kättesaadavad. Lähedaste sõnul on nad juurde otnud jalahooldust ja füsioteraapia teenust. Lähedased kirjeldasid, et õendushaigla teenusel on kättesaadavad liikumise abivahendid ja lamatisevastased madratsid. Lähedaste hinnangul on erivahendite kättesaadavus raskendatud.

*„... võiks kindlasti füsioteraapia olla võimalik, et et ta saaks võib-olla ise voodist välja ja võib-olla saab siis koju tagasi minna.“ (15)*

*„... ja siis sotsiaaltöötaja, noh, ta kohe uuris, noh, just see, et kas see sotsiaalvõrgustik on olemas.“ (10)*

*„Nüüd saab iga päev seda füsioteraapiat, ma ostan selle nagu viie päeva kaupa, noh, selles mõttes nagu nädala kaupa.“ (5)*

*„Me oleme ise pidanud ikkagi otsima, ma olen sõitnud mööda ... ikkagi ringi ja siis olen saanud need erivahendid. Neid ei olnud Eesti laos, siis nüüd tellitakse kuskilt Rootsist või Ameerikast ja kõik see võtab aega ja see on nii keeruline nagu, et võiks olla nagu ... “*  
(13)

Lähedased kirjeldavad, et patsientidele võimaldatakse vaadata televiisorit ja kuulata raadiot. Neile korraldatakse kontserte ja kohtumisi teraapiakoeraga. Lähedaste sõnul saavad patsiendid teha käsitööd ja võimelda. Lähedased kirjeldasid, et patsiendid jäävad toitlustamisega rahule, kuid ise on nad toidu suhtes rohkem valivad. Lähedaste sõnul toovad nad lisatoitu juurde. Patsientidele võimaldatakse süüa palatis või söögisaalis ja arvestatakse eridieetidega.

*„Televiisorit vaatavad, raadio on noh need on oma toas olemas. Ja on käinud karvane ja väga ilus koer. On sõbralik ja et see, seal nemad, siis noh, nagu väiksed lapsedki, koerad toovad positiivse emotsiooni.“* (16)

*„Jäin rahule, tõesti toodi, söök oli soe ja hooldajad tõid ette. Toodi ilusti sinna palatisse, kes jõudsid, need läksid sööginurka. Need kes ei jõudnud, need olid jah palatites. Tõin juurde ka asju.“* (8)

*„Süüa saab küll kolm korda päevas. Ausalt öeldes, tahan öelda, siis mina seda toitu ei sööks. Aga tema ei ole toidu suhtes valiv.“* (5)

Alakategooria, **personali kompetentsus**, moodustus kahest substantiivsest koodist: 1) positiivsed kogemused personaliga ja 2) negatiivsed kogemused personaliga.

Lähedased kogesid vastutulelikkust, sõbralikkust, abivalmidust ja professionaalseid oskusi.

*„... siin see personal on just dementse inimesega väga professionaalselt käitunud.“* (9)

*„... meil ei ole lamatistega probleeme, mis näitab seda, et see personal osutab teenust väga heal tasemel, nii et sellega ei ole nagu mingit pistmist.“* (13)

*„Õdede ja arstidega ka on mul ainult positiivsed kogemused. Hooldajatega samamoodi, et minul selle kahe asutuse kohta on väga positiivne, väga sõbralik, väga vastutulev personal.“* (17)

Lähedased kogesid personali ebaviisakat verbaalset ja mitteverbaalset käitumist ning ülbet suhtlemist.

*„Ei taha midagi laita, ja millegi üle kurta, aga noh, ütleme sellised nagu inimlikud kohad, nagu võib-olla natuke on, mis natuke logisevad. Võib-olla suhtlemine, et noh, inimesed on erinevad tööl, kes seal töötavad, on ju kõik erinevad inimesed. Ühel üks tuju,*

*teisel teine tuju, üks suudab ennast kontrollida, teine ei suuda. Need ütlemised ja käitumised on talle, talle mõjusid need väga halvasti. Siis sellepärast, et kui ma tema juurde läksin, ta rääkis mulle kõigest ja ütles et ei saa rahu.“ (18)*

*„... ja, ja siis tekkis, tekkis seal suur segadus, et üks õde minuga väga ebaviisakalt käitus. (2)*

*„... aga kogu tema kehahoiak, hääletoon, niisugune rääkimises niisugune nagu üldine ülbe olek.“ (8)*

#### 5.4 Teenuse arendamisega seotud aspektid

Ülakategooria koosneb kahest alakategooriast: 1) teenuse tingimused ja korraldus ja 2) teenuse vajalikkus (vt tabel 5).

**Tabel 5. Teenuse arendamisega seotud aspekte iseloomustavad substantiivsed koodid ja neist moodutunud alakategooriad ning ülakategooria**

Substantiivsed koodid	Alakategooriad	Ülakategooria
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Info teenuse võimaluste kohta</li> <li>• Info patsiendi seisundi kohta</li> <li>• Nõustamine</li> <li>• Infopuudus</li> </ul>	Teenuse tingimused ja korraldus	Teenuse arendamisega seotud aspektid
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lähedase enda terviseprobleemid</li> <li>• Elukorraldusega seonduv</li> </ul>	Teenuse vajalikkus	

Alakategooria, **teenuse tingimused ja korraldus**, moodustus neljast substantiivsest koodist: 1) info teenuste võimaluste kohta, 2) info patsiendi seisundi kohta, 3) nõustamine ja 4) infopuudus.

Lähedased kirjeldasid, et on saanud informatsiooni teenuse kohta aktiivravihaiglast ja eriarstidelt. Lähedaste sõnul on tuttavate isiklikud kogemused andnud teadmised õendushaigla teenuste võimaluste kohta.

*„Ma sain selle esimese informatsiooni ikkagi intensiivravi osakonnast, kus anti teada, et mis on nagu järgmine samm, et kuhu ta edasi viiakse.“ (5)*

*„Alguses seda õendust soovitas onkoloog kohe, kui tal lõppes kiiritus ja keemiaravi.“ (10)*

*„Mul ühe sõbra vanemad on ka olnud olnud õendusabis samas haiglas. Ma teadsin nagu sellest sellest, et saab haiglasse minna niimoodi.“ (2)*

Lähedased kirjeldasid kuidas nad enamasti ise pöörduvad õdede ja arsti poole, et saada infot patsiendi seisundi kohta. Lähedaste sõnul olid aga pigem hooldustöötajad need, kes suhtlesid lähedastega sagedamini, et anda ülevaadet, kuidas päev on möödunud.

*„Me oleme ise võtnud selle intensiivi või initsiatiivi ja ise läinud siis arsti juurde arutame läbi, vaatame, mis on areng on viimasel kuul on ja mis on tõenäoline stsenaarium edaspidiseks.“ (13)*

*„... ja hooldajad on väga tublid, nad on nagu päris psühholoogid, alati räägivad, kuidas päev on läinud ja mida nad sõid. Ühel päeval oli kõht lahti olnud, seda ka rääkisid.“ (14)*

*„Ma ikka alati ise lähen ja pean küsima, kuidas isal läinud on. Ja õed siis ikka ütlevad, milline ta seisund on. Ja et ta uues kohas ei maganud öösiti. Siis õde ütles, et arst oli talle unerohu peale pannud.“ (13)*

Lähedaste sõnul annavad õed nõu, kuidas kodus ravimeid õigeaegselt manustada. Lähedased kirjeldavad, kuidas personal nõustab eritingimuste osas ja seda infot antakse lähedastele ka paber kandjal.

*„Ja nüüd õed soovitasid ka, et kui kui ta tõenäoliselt koju läheb, et ma ostan talle apteegist selle pinali, kus ma saan ise talle siis nädalaks ajaks ravimid, ravimid ära jagada, et et oleks kindlam, et kõik ravimid õigeaegselt võetud saaksid.“ (2)*

*„Et alguses mõlemal mõlemas kohas nagu seletati ära kohe need nõuded, kuigi kuigi ma juba ... olin nendega tuttav, aga ja need nõuded on nagu samasugused, aga et alati seletasid, mida ma pean tegema enne kui ma palatisse lähen ja ja kui ma sealt välja tulen, mida ma pean tegema ja et need asjad nagu korrati üle.“ (17)*

*„Esimesel korral andis õde mulle sellise infolehe või infovoldiku selle haiguse ja nõuete kohta.“ (1)*

Lähedased kirjeldasid, et ei saa infot patsiendi seisundi kohta. Lähedaste sõnul annab perearst info teenuse kättesaadavuse kohta hiljem kui lähedased seda ootavad. Lähedased väljendasid oma muret, et info korrektse raviskeemi kohta ei ole õigeaegselt kättesaadav.

*„... aga nagu seda infot kelleltki personalilt saada, et et mis ta võimekus on ja keegi oleks nagu seletanud, et nüüd me päeval, et me kaks korda paneme ratastooli, viime sinna ... , seda infot ei ole mitte keegi andnud.“ (5)*

*„Kiirabi käis mitu korda kodus. Mõtlesime seda asja selliselt, et kui perearst oleks meile sellest õendusabist juba kohe samal päeval rääkinud. No ja siis ta ikkagi enne viidi valvetuppa. Pärast siis alles ütles, et pole probleemi saatmisega.“ (11)*

*„... et ainuke probleem oligi selle raviskeemiga, aga see võttis kuidagi väga pikka aega, et et see õige ravi, mis tegelikult oli kardioloogi poolt määratud, ikkagi sinna peale saada. Täielik infosulg tekkis.“ (2)*

Alakategooria, **teenuse vajalikkus**, moodustus kahest substantiivsest koodist: 1) lähedase enda terviseprobleemid ja 2) elukorraldusega seonduv.

Lähedased väljendasid oma muret seoses enda terviseprobleemidega ning sellega, mis patsiendist seetõttu edasi saab.

*„... ütleb, et nagu saa ise hakkama, me ei saa siin aidata, siis tõesti on praegu nii, et ma läksin psühhiaatri vastuvõtule ja mulle on kirjutatud rohud välja.“ (14)*

*„Mul on juba ärevushäired päris suured, et et ma lihtsalt ei tea, mis nüüd saab ja kuidas saab sellga, mis hakkab edasi saama. See on päris hirmutav. See on selline mure, mure ja magamata ööd ja peavalud ja ja stressid ja tõsine mure. Söön juba ise ravimeid.“ (18)*

Lähedased kirjeldavad elukorraldusega seonduvaid muudatusi. Lähedase inimese terviseseisundi halvenemine nõuab perekonnalt muutuste läbiviimist.

*„... et meil on nagu mure sellega, et meil ei ole nagu esivanemaid, et, et selles suhtes vanaema on meid väga palju aidanud. Kolm alaealist last. Ja meil on jäänud nagu elus praegu puudu sellest, et ja vanaema elas meie lähedal, kus ta hoidis lapsi kogu aeg. Minu jaoks oli ikkagi elu muutus, nii et mina olin sunnitud ennast töölt lahti võtma.“ (13)*

*„Praegu olin sunnitud kõik, kõik asjad uuesti ümber korraldama.“ (11)*

## 6. ARUTELU

### 6.1 Olulisemad tulemused

Eestis ei ole varem õendushaigla teenusel viibinud patsientide lähedaste kogemusi, teadmisi ja ootusi seoses teenusega uuritud. Töö tulemused on unikaalsed, kuna kirjeldavad õendushaigla teenusel viibivate patsientide lähedaste kogemusi, teadmisi ja ootusi seoses teenusega Eestis ning võimaldavad võrrelda neid mujal maailmas läbiviidud teemakohaste uurimistööde tulemustega.

Uurimistöö tulemustest selgus, et patsientide lähedastel on kogemused, teadmised ja ootused õendushaigla teenusega, ning need on seotud **teenuse kättesaadavuse, teenuse sisu ja kvaliteedi ning teenuse arendamisvajadustega**. Uurimistöö tulemusena laekus ka informatsioon üldhooldekodu teenuse kättesaadavuse kohta. Kuigi uurija ei püstitanud eesmärki saada teada teadmisi hoolekandesüsteemi kohta, on kogutud teabel omaette väärtus, kuna lähedaste vastavad teadmised mõjutavad omakorda nende ootusi ka õendushaigla teenusele.

Uurimistulemustest selgus, et õendushaigla **teenusele on raske kohta saada ja keerukus tuleneb patsiendi diagnoosidest**. Keerukus ilmneb näiteks olukorras kui kaasub isolatsiooninõuete vajadus. Samas on lähedastel olemas kogemus, kus otsene suhtlus juhatajaga parandab koha kättesaadavust. Teenusele suunamise põhjused on nii meditsiinilised kui sotsiaalsed. Samuti on raske kohti leida hooldekodusse voodihaigele ja sügava dementsusega inimesele ning teenuse hind ei ole lähedaste jaoks läbipaistev. Gage jt (2012) tulemused näitavad, et sageli puudub arusaam ja terviklik lähenemine, kuidas tervishoiu- ja sotsiaalsektor peaksid koos töötama. Wetle jt (2005) ja van Soest-Poortvliet jt (2011) leiavad oma uurimistöödes samuti, et patsientide sotsiaalsete ja meditsiiniliste vajaduste rahuldamises on puudujääke, mistõttu ei ole lähedaste ootused ei ole täidetud. Teenuse kättesaadavuse probleeme varasemates uurimistöödes siiski ei kirjeldata.

Eesti vananevas ühiskonnas on ilmselge vajadus intergeeritud hooldussüsteemi järele, kus tervishoiu- ja sotsiaalteenused teineteist täiendavad. Eesti Haigekassa hakkas 2020. aasta algusest rahastama õendusabiteenust hooldekodus. See annab hoolekandeesutustele suurema meditsiinilise võimekuse ja peaks tõstma teenuse kvaliteeti. Töö tulemuste põhjal näeb uurija vajadust, kus riiklikul tasandil vaadatakse üle õendushaigla teenuse suunamise- ja jätkamise nõuded. Lähedase kirjeldus, kuidas õendushaigla juhatajaga otse suheldes on koha kättesaadavus parem, ei ole kuidagi aktsepteeritav. Juhataja ei pruugi alati olla meditsiinilise ettevalmistusega

ja seetõttu puudub tal kompetents hinnata patsiendi terviseseisundit ja teenuse näidustust. Sellised juhtumid omakorda suurendavad defitsiiti teenuskohtade järele. Sageli soovitaksegi Eestis täna lähedane suunata õendushaigla teenusele pigem tervikliku hooldekandesüsteemi puudumise tõttu (Riigi tegevus iseseisva ... 2015). Õendushaigla teenusel viibimise aeg ja osutatavad teenused peaksid sõltuma siiski patsiendi tervislikust seisundist ja õendusabivajadusest (Õendusabi. Eesti Haigekassa ... 2020).

Uurimistöö tulemused kinnitavad, et teenuseosutaja seab teenusel viibimiseks ajalise piirangu ja seetõttu saab patsient järjestikust õendushaigla teenust **erinevate teenuseosutajate juures**. Lähedased ootavad, et teenusel viibimise aeg sõltuks patsiendi tervislikust seisundist ja patsient peaks teenust saama ühe teenuseosutaja juures. Õendushaigla teenusel viibimine annab lähedastele **edasiste otsuste tegemise aja**, et veenduda, milline teenus on sõltuvalt patsiendi seisundist edaspidi vajalik. Sarnaseid tulemusi, kus lähedased vajavad aega otsuste tegemiseks, on kirjeldanud ka uurijad Eika jt (2013), Dorell ja Sundin (2019) ning Andersen jt (2020).

Patsiendi terviseseisundist tulenevalt võib voodipäevade maksimaalset arvu pikendada kuni 60 päeva kaupa tervishoiuteenuse osutaja ja haigekassa vahel ravi rahastamise lepingus kokkulepitud tingimustel ja korras (Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste ... 2020), mistõttu ei ole õendushaigla teenuse näidustusega patsiendi väljakirjutamine ja teenuse saamine erinevate teenuseosutajate juures kuidagi põhjendatud. Fosse jt (2014) uuringust selgub, et kui varasemalt oli seisukoht pigem selline, kus lähedane inimene viidi õendushaigla teenusele pigem elulõpu hooldust saama, siis uuemad tulemused näitavad, et teenust võetakse siiski vaheetapina koju tagasi pöördumiseks. Seetõttu on lähedastel vaja sageli läbi viia elukorralduslikke muutatusi. Edasiste otsuste tegemise aeg on kooskõlas varasemate uurimistööde tulemustega, kus lähedased soovivad hoolduskoormuse suurenemisel patsiendi haigusest teadmisi, mis aitaksid igapäevase eluga hakkamasaamisel ja valmistaksid neid ette edasisteks kogemusteks (Wetle jt 2005, Parker jt 2007, Friis ja Forde 2015, Strøm ja Dreyer 2019).

Uurimistulemuste põhjal on lähedased kogenud **personali kompetentsust** seoses õendus- ja hooldustegevustega ning arsti osalusega teenusel. Lähedased kirjeldavad nii positiivseid kui ka negatiivseid kogemusi. Õed jälgivad patsiendi seisundit ja manustavad õigeaegselt ravimeid ning neilt ootavad lähedased patsiendi terviklikku käsitlust. Sarnaselt käesoleva töö tulemustega tähtsustavad õendushaigla õe rolli oma uurimistöös Graverholt jt (2011), Romøren jt (2016) ning Dorell ja Sundin (2019). Hooldajatelt oodatakse rohkem empaatiat ning inimlikkust.

Lähedaste hinnangul on õendushaigla arst põhjalik ekspert, kes jälgib patsiendi seisundit, vajadusel konsulteerib ning kellega suheldakse regulaarselt, et arutada patsiendi seisundist. Arstilt oodatakse suuremat osalust ja sekkumisi terviseseisundi muutumisel ning ta peaks jagama lähedastele terviklikku infot patsiendi seisundi kohta ning tagama vajadusel eriarsti kättesaadavuse. Samuti ootavad lähedased rohkem koostööd ja ladusamat korraldust info liikumisel õendushaigla arsti, perearsti ja eriarsti vahel. Samuti selgub mujal maailmas läbiviidud uurimistöödest, et analoogsel teenusel viibivad patsiendid ja nende lähedased ootavad arsti aktiivset osalemist (Teno jt 2004, Wetle jt 2005, Fosse jt 2014, Friis ja Forde 2015, Ramanathan ja Fisher 2016). Lähedased soovivad infot patsiendi seisundi muutumisel (Teno jt 2004, Shield jt 2010, Eika jt 2013, Dorell ja Sundin 2019, Ekström jt 2019) ning nad väärtustavad ka teiste erialaspetsialistide panust vajaliku informatsiooni saamisel, haiguse kulu prognoosimisel ning palliatiivse ravi vajaduse määramisel (Wetle jt 2005, Graverholt jt 2011, Fosse jt 2014, Friis ja Forde 2015 ning Romøren jt 2016).

Uurimistulemuste põhjal ootavad lähedased rohkem **koostööd ja ladusamat korraldust info liikumisel õendushaigla arsti, perearsti ja eriarsti vahel**. Gage jt (2012) ja Romøren jt (2017) leiavad, et õendushaigla ja esmatasandi integreerimine võimaldab tõsta tervishoiuteenuste kvaliteeti. Käesoleva töö tulemused kinnitavad Gozalo jt (2011), Romøren jt (2017) ning Andersen jt (2020) järeldusi, mis näitasid, et õendushaigla ja aktiivravahaigla arstide ravisoovitused peaksid olema rohkem kooskõlastatud, kuna üleminekud ühelt teenuselt teisele võivad põhjustada killustatust ja muutusi krooniliste patsientide raviskeemides. See omakorda võib viia teenuste ebaotstarbekale dubleerimisele ja meditsiiniliste vigade tekkele. Andersen jt (2020) kirjeldavad lähedaste erimeelsusi arstidega ja õdedele meeldetuletamise vajadust, et patsient saaks oma terviseseisundile vastavaid ravimeid. Varasemates uurimistulemustes (Gage jt 2012, Romøren jt 2017, Dorell ja Sundin 2019, Andersen jt 2020) on selgunud, et esineb puudulik infovahetus eri tasandite arstide vahel, mis kajastub ka käesoleva töö tulemustes. Romøren jt (2017) tulemused näitavad, et aktiivravahaigla arstid mõistavad õendushaigla personali nõuande- ja tugivajadust ning sageli võimaldab omavaheline suhtlus patsiendi seisundit juhtida ilma hospitaliseerimata. Selle uurimistulemusega peaks riiklikul tasandil arvestama Eesti vananevas ühiskonnas edasise tervishoiupoliitika kujundamisel.

Uurimistulemustest selgus, et lähedastele **võimaldatakse olla viimastel elupäevadel ööpäevaringselt patsiendi kõrval** ja nad soovivad, et **patsiendile oleks tagatud emotsionaalne tugi**. Lähedased mõistavad, et surm on osa elust ja seetõttu ootavad nad, et kõikides haiglates tegeletakse väärika elulõpu tagamisega. On loodud tingimused kui tekib vajadus patsiendi



eraldamiseks ja lahkunuga hüvasti jätmiseks. Varasemad uurimistööd (Kirk jt 2004, Teno jt 2004, Wetle jt 2005, Shield jt 2010, Romøren jt 2016, Bolt jt 2019) toonitavad pigem lähedaste enda vajadust emotsionaalse toe järele. Wetle jt (2005) ja Bolt jt (2019) on leidnud, et lähedase rahulolu seoses patsiendi suremisega oli positiivsem, mida rohkem oldi rahul teenusega üldiselt. Lähedastel võivad esineda puudulikud teadmised elulõpu kohta, mida kirjeldavad Dreyer jt (2009), Romøren jt (2016) ja Romøren jt (2017) oma uurimistulemustes. Hinnates antud uurimistöö tulemusi väärrika elulõpu tagamisel võib eeldada, et lähedased on suremisprotsessist informeeritud ja pigem oodatakse patsiendi emotsionaalset toetamist. Uurijate Wetle jt (2005), van Soest-Poortvliet jt (2011) ja Gage jt (2012) tulemused kinnitavad, et väärrika elulõpu tagamine õendushaiglates vajab parandamist läbi poliitiliste otsuste. See näitab, et antud tundliku teema käsitus väärrib ka Eestis jätkuvalt laialdasemat käsitlust.

Uurimistulemuste põhjal ootavad lähedased, et **info patsiendi seisundi ja õendushaigla teenuse kohta** oleks paremini kättesaadav. Lähedased tunnevad muret, mis saab patsiendist edasi teenuse lõppemisel ja kirjeldavad elukorraldusega seonduvaid muutusi. Sageli pöörduvad lähedased murest tulenevate terviseprobleemide tõttu arsti vastuvõtule ja neile määratakse sümptome leevendavad ravimeid. Ka varasemad uurimistulemused kinnitavad, et sageli puuduvad lähedastel teadmised edasise toimetuleku ja tugiteenuste võimaluste kohta. Lähedased soovivad patsiendi haigusega seoses teadmisi, mis aitavad igapäevase eluga hakkamasaamisel ja valmistaksid neid ette edasisteks kogemusteks. (Wetle jt 2005, Parker jt 2007, Friis ja Forde 2015, Strøm ja Dreyer 2019.) Samad uurijad kirjeldavad, kuidas läbi ettevalmistuse säilib lähedaste endi vaimne ja füüsiline tervis ning saadud teadmised vähendavad stressi, ärevust ja depressiooni. Dorell ja Sundin (2019) ning Andersen jt (2020) uurimistöödest selgus samuti, et lähedaste tervis ja heaolu on mõjutatud kui lähedased ei saa personaliga vestelda patsiendi haigusest ja prognoosist ning nad ei ole informeeritud terviseseisundi halvenemisest.

Lähedastel **ei ole piisavalt tuge enda tervise hoidmiseks** sellel perioodil kui tegelevad lähedase patsiendi elu korraldamisega. Uurimistulemuste põhjal on oluline, et lähedased säilitaksid tasakaalu hoolivuse ja oma kohustuste vahel (Eika jt 2013, Dorell ja Sundin 2019, Andersen jt 2020). Lähedastel on mure, mis saab patsiendist edasi õendushaigla teenuse lõppemisel (Dreyer jt 2009). Vananevas ühiskonnas on oluline teenuse kättesaadavus ning läbimõeldud teavitustöö korraldamine ja läbiviimine. Infovahetus õendushaigla personali ja lähedaste vahel on oluline, kuna annab ülevaate patsiendi seisundist ja valmistab ette elukorralduslikeks muudatusteks. Läbi ettevalmistuse suudavad lähedased hoida oma vaimset ja füüsilist tervist, mis omakorda vähendab kulutusi tervishoiule.

## 6.2 Uurimistöö eetilised aspektid

Uuriija järgis uurimiseetika põhimõtteid (Hea teadustava 2017) ning kooskõlastas uurimistöö läbiviimise tervishoiuteenuse pakkujatega, kus uuritavaid värbas. Uuritavate ja uurimiskeskondade konfidentsiaalsuse tagamiseks valis uurija kaheksa iseseisvat statsionaarset õendusabiteenust osutavat asutust Eesti eri piirkondades ja kooskõlastas uurimuse Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komiteega (vt lisa 4). Uuriija ei küsinud ega kasutatud nimesid ehk andmete kogumine toimus isikustamata kujul. Intervjuu läbiviimise ajal järgis uurija intervjuu kava, tagades sellega austuse uuritava eraelu vastu. Uurimistöö üleskutset levitades tagas uurija maksimaalne vabatahtlikkuse, kus uurimistöös osalemise huvi korral oli uuritaval võimalus uurijaga kontakteeruda, olles seejuures mõjutamata uurijast ja kolmandatest isikutest. Uurimistööst saadav kasu on uuritavale kaudne. Patsiendi lähedaste kogemuste, teadmiste ja ootuste väljaselgitamine aitab arendada iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse õenduspraktikat.

Uuriija tagab uuritavate ja nendelt kogutud andmete kaitse. Informeeritud nõusoleku vormi kahest allkirjastatud eksemplarist ühte säilitab uurija oma kodus lukustatavas sahtlis, teine eksemplar jäi uuritavale. Intervjuude transkriptsioonidele on koodidega kaitstud juurdepääs ainult uurijal. Uuriija hävitab andmed magistratöö eduka kaitsmise ja uurimistöö tulemuste avaldamise järgselt. Samal ajal hävitab ka allkirjastatud informeeritud nõusolekud. Uuriija kustutab arvutisse sisestatud andmed ning hävitab paberikandjal dokumendid paberipurustajas.

## 6.3 Uurimistöö usaldusväarsus

Kvalitatiivses uurimistöös ei ole usaldusväarsus üheselt tõestatav. Usaldusväarsust tõstvaks asjaoluks on uurimisprotsessi täpne kirjeldus, mis sisaldab uuritavate valikukriteeriumite ja värbamise ning andmete kogumise ja analüüsi protsessi üksikasjalikku kirjeldust. (Burns ja Grove 2005, Elo ja Kyngäs 2008.) Töö usaldusväarsuse tõstmiseks kaasas uurija uurimusse lähedasi eri piirkondadest, kasutades erinevate teenuseosutajate kontakte ning võrdles tulemusi varasemate uurimistöödega.

Enne andmete kogumist viis uurija vabatahtlikkuse ja anonüümsuse printsiipe järgides läbi prooviintervjuu. Prooviintervjuu aitab välja selgitada võimalikud vead ja piirangud ning võimalusel saab teha vajalikud muudatused intervjuu küsimustes. Muutusteks vajadust ei olnud ja uurija ei teinud prooviintervjuu järgselt küsimustes muudatusi. Induktiivne sisuanalüüs on oma

olemuselt loov protsess, mille valiidsust suurendavad uurija ettevalmistatud intervjuu kava ja sisuanalüüsi protsess. Töö planeerimist ja valmimist toetasid põhi- ja kaasjuhendaja, kes uurimistöö teostajat sisuanalüüsi kontekstis vajadusel nõustasid ja suunasid.

#### **6.4 Uurimistöö kitsaskohad**

Käesolevas uurimistöös ilmneseid kitsaskohana andmete analüüsi järgsed tulemused ka hooldekodu teenuse võimaluste kohta, kuigi ei olnud töö eesmärkides seda sätestanud. Uurija arvates kinnitavad uurimistöö tulemused vajadust integreeritud hooldussüsteemi järele.

Kitsaskohana toob uurija välja uurimiskeskondade rohkuse Eesti erinevates piirkondades. Uurija viis läbi 18 intervjuud, mis nõudsid oskuslikku aja planeerimist ja materiaalseid vahendeid uuritavateni jõudmiseks. Siinkohal soovib uurija edaspidistes uurimistöödes, kus on vaja läbida suured vahemaad intervjuude tegemiseks, kaaluda informeeritud nõusolekute digiallkirjastamist ning telefoni kaudu intervjuude läbiviimist ja salvestamist. Kogutud andmebaas osutus küllaltki mahukaks ja seetõttu oli andmete analüüsiprotsess tulemuste väljaselgitamiseks uurijale ajamahukas tegevus.

Uurija toob kitsaskohana välja, et puudub ühtne rahvusvaheline terminoloogia, mis Eesti mõistes samastuks õendushaigla teenusega. Muu maailma varasemates uurimistöödes on kõige laialdasemalt kasutatud terminid *nursing home*, *long term care* ja *residential care home*. Erinevatel riikidel on välja töötatud integreeritud hooldussüsteemid, kus tervishoid ja hoolekanne täiendavad teineteist. Kuna Eestis puudub tervishoiu ja sotsiaalhoolekande terviklik käsitlus, siis oli uurijal kohati keeruline varasemate uurimistööde tulemusi Eesti kontekstiga võrrelda ja samastada.

#### **6.5 Tulemuste olulisus ja uued uurimisprobleemid**

Käesolevas uurimistöös saadud tulemused on olulised õendushaigla teenuse arendamiseks ja teenuse kättesaadavuse parandamiseks vananevas ühiskonnas. Õendushaigla teenuse näidustusel peab paranema teenuse kättesaadavus ja koha leidmise keerukus ei tohiks sõltuda patsiendi diagnoosidest. Uuritavate ja ka uurija arvates on oluline, et patsient saab viibida teenusel ühes kohas ja nii kaua kui tervisliku seisundi tõttu on teenus vajalik. Eesti Haigekassa võimaldab õendushaigla teenuse näidustuse olemasolul viibida patsiendil ühe teenuseosutaja juures. Käesoleva uurimistöö tulemused näitavad, et igapäevases praktikas saavad patsiendid

järjepidevat teenust erinevates õendushaiglates. Uuriija arvates tuleb patsientidele, lähedastele ja kogu ühiskonnale läbi viia teavitustöö õendushaigla teenuse võimaluste kohta. Teenuse integreerimise seisukohalt on oluline kaasata sotsiaalvaldkond ja kohalikud omavalitsused.

Uurimistöö tulemuste põhjal vajab paremat regulatsiooni patsiendi teenusele suunamine raviskeemi aspektist. Lähedaste kirjeldused, kuidas eriarsti poolt korrigeeritud raviskeemid ei kajastu perearsti poolt väljastatud saatekirjal, on aluseks ladusama korralduse väljatöötamiseks. Patsienti tuleb käsitleda tervikuna, millele aitab kaasa koostöö tõhustamine ja info kättesaadavuse parandamine asutuse siseselt ja teiste tervishoiutöötajatega.

Uurimistöö tulemused võimaldavad planeerida õendushaigla teenust parandavaid tegevusi ja neid ellu viia. Samuti on tulemused aluseks edaspidiste uurimistööde planeerimisel. Uurimistöö annab tõenduspõhiseid teadmisi, mille rakendamine õenduspraktikas aitab paremini mõista õendushaigla teenusel viibivate patsientide lähedaste kogemusi, teadmisi ja ootusi seoses teenusega. Teenusel viibivad vaimsete ja füüsiliste probleemidega valdavalt eakad patsiendid, kellelt informatsiooni saamine võib olla raskendatud. Sellest tulenevalt võiksid uuriija arvates edasised uurimistööde teemad olla seotud õendushaiglate õendusjuhtide hinnangutega teenuse kohta. Oma praktilisele tööle tuginedes oskavad õendusjuhid välja tuua teenuse kitsaskohad. Käesoleva uurimistöö tulemused ja nende võrdlemine edaspidiste uurimistööde andmetega annavad Eesti Haigekassale sisendi õendushaigla teenuse arendamiseks.

## 7. JÄRELDUSED

Uurimistöö tulemuste põhjal selgub, et patsientide lähedastel on kogemused, teadmised ja ootused õendushaigla teenusega, mis on seotud teenuse kättesaadavuse, teenuse sisu ja kvaliteedi ning teenuse arendamisvajadustega. Õendushaigla teenusele on raske kohta saada ja koha leidmise keerukus tuleneb patsiendi diagnoosidest. Lähedased ootavad, et teenus oleks võrdselt kättesaadav ja sellel viibitav aeg lähtuks patsiendi tervislikust seisundist ning patsient peaks teenust saama ühe teenuseosutaja juures. Õendushaigla teenusel viibimine annab lähedastele mõtlemise ja otsustamise aja, milline teenus on sõltuvalt patsiendi seisundist edaspidi vajalik.

Teenusele suunatakse patsient nii meditsiinilistel kui sotsiaalsetel põhjustel, kuna puudub terviklik hoolekandesüsteem. Lähedased ei pruugi leida kodu lähedalt kohti ka hooldekodu teenusele ja nende teenuste hind ei ole lähedaste hinnangul läbipaistev. Hoolekandeteenusele on koha leidmine raskendatud kui patsient on voodihaige ja sügava dementsusega ning kui ta vajab õendussekkumisi. Eksisteerib ilmselge vajadus integreeritud hooldussüsteemi järele.

Lähedastel on kogemused professionaalse õendus- ja hooldustegevustega ning õendushaigla arsti osalusega teenusel. Arstilt oodatakse suuremat osalust ja ta peaks jagama lähedastele terviklikku infot patsiendi seisundi kohta ning suunama patsiendi vajadusel eriarsti juurde. Samuti ootavad lähedased rohkem koostööd ja ladusamat korraldust info liikumisel õendushaigla arsti, perearsti ja eriarsti vahel.

Lähedased mõistavad, et surm on osa elust ja seetõttu ootavad nad, et kõikides haiglates tegeletakse väärrika elulõpu tagamisega. Lähedastele võimaldatakse olla viimastel elupäevadel ööpäevaringselt patsiendi kõrval ja nad soovivad, et patsiendile oleks tagatud emotsionaalne tugi. Lähedaste sõnul on õendushaiglates loodud tingimused patsiendi eraldamiseks ja lahkunuga hüvasti jätmiseks.

Lähedased ootavad, et info patsiendi seisundi, õendushaigla teenuse ja raviskeemi kohta oleks paremini kättesaadav. Patsiendi tervisesisundi halvenemine tingib elukorralduslikke muudatusi ja lähedased tunnevad muret, mis saab patsiendist edasi teenuse lõppemisel. Murest tulenevalt on lähedastel mõnikord endal probleeme tervisega ja seetõttu pöörduvad nad ka ise arsti vastuvõtule.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Abdel Maqsood, A. S., Oweis, A. I., Hansa, F. S. (2012). Differences between patients' expectations and satisfaction with nursing care in a private hospital in Jordan. *International Journal of Nursing Practice*, 18(2): 140-146.

Abraham, S., Menec, V. (2016). Transitions Between Care Settings at the End of Life Among Older Homecare Recipients. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 2: 1-8.

Andersen, H. E., Hoeck, B., Nielsen, D. S., Ryg, J., Delmar, C. (2020). A phenomenological-hermeneutic study exploring caring responsibility for a chronically ill, older parent with frailty. *Nursing Open*, 00: 1-10.

Björnsdóttir, K., Ceci, C., Purkis, M. A. (2015). The 'right' place to care for older people: home or institution? *Nursing Inquiry*, 22(1): 64-73.

Bolt, S. R., Verbeek, L., Meijers, J. M. M., van der Steen, J. (2019). Families' Experiences With End-of-Life Care in Nursing Homes and Associations With Dying Peacefully With Dementia. *The Journal of Post-Acute and Long-Term Care*, 20(3): 268-272.

Bowling, A., Rowe, G., Lambert, N., Waddington, M., Mahtani, K. R., Kenten, C., Howe, A., Francis, S. A. (2012). The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technology Assessment*, 16 (30): 1366-5278.

Burns, N., Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique&Utilization*. W.B. Saunders, Philadelphia.

Collins Dictionary. <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/experience> (17.02.2019).

Dorell, Å., Sundin, K. (2019). Expressed emotions and experiences from relatives regarding having a family member living in a nursing home for older people. *SAGE Open Medicine*, 7: 1-8.

Dreyer, A., Forde, R., Nortvedt, P. (2009). Autonomy at the end of life: life-prolonging treatment in nursing homes-relatives' role in the decision-making process. *Journal of Medical Ethics*, 35: 672-677.

Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. (2020).  
<https://www.riigiteataja.ee/akt/128122019006> (RT I, 28.12.2019, 6 ).

Eesti keele põhisõnavara sõnastik. Eesti Keele Instituut.  
<http://www.eki.ee/dict/psv/index.cgi?Q=ootused&F=M> (27.12.2017).

Eika, M., Espnes, G. A., Söderhamn, O., Hvalvik, S. (2013). Experiences faced by next of kin during their older family members' transition into long-term care in a Norwegian nursing home. *Journal of Clinical Nursing*, 23: 2186-2195.

Ekström, K., Spelmans, S., Ahlström, G., Nilser, P., Alftberg, Å, Wallerstedt, B., Behm, L. (2019). Next of kin's perceptions of the meaning of participation in the care of older persons in nursing homes: a phenomenographic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33: 400-408.

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

Fosse, A., Schaufel, M. A., Ruths, S., Malterud, K. (2014). End-of-life expectations and experiences among nursing home patients and their relatives-A synthesis of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 97(1): 3-9.

Friis, P., Forde, R. (2015). Advance care planning discussions with geriatric patients. *Journal of the Norwegian Medical Association*, 135:233-235.

Gage, H., Dickinson, A., Victor, C., Williams, P., Cheynel, J., Davies, S. L., Iliffe, S., Froggatt, K., Martin, W., Goodman, C. (2012). Integrated working between residential care homes and primary care: a survey of care homes in England. *BioMed Central Geriatrics*, 12(1): 71.

Gozalo, P., Teno, J. M., Mitchell, S. L., Skinner, J., Bynum, J., Tyler, D., Mor, V. (2011). End-of-Life Transitions among Nursing Home Residents with Cognitive Issues. *The New England Journal of Medicine*, 365(13): 1212-1221.

Graverholt, B., Riise, T., Jamtvedt, G., Ranhoff, A. H., Krüger, K., Nortvedt, M. W. (2011). Acute hospital admissions among nursing home residents: a population-based observational study. *BMC Health Services Research*, 11: 126.

Haigekassa lepingupartnerid. Eesti Haigekassa. <https://www.haigekassa.ee/inimesele/arsti-ja-oendusabi/haigekassa-lepingupartnerid/oendusabi> (16.02.2020).

Hea teadustava. (2017). Tartu Ülikooli eetikakeskus. [https://www.eetika.ee/sites/default/files/www\\_ut/hea\\_teadustava\\_trukis.pdf](https://www.eetika.ee/sites/default/files/www_ut/hea_teadustava_trukis.pdf) (10.05.2020).

Henning-Smith, C., Gonzales, G., Shippee, T. P. (2015). Differences by Sexual Orientation in Expectations About Future Long-Term Care Needs Among Adults. *American Journal of Public Health*, 105(11): 2359-2365.

Hooliva riigi poole. Poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks. Riigikantselei hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma lõpparuanne. (2017). [https://www.riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/hoolduskoormus/hoolduskoormuse\\_rakkeruhma\\_lopparuanne.pdf](https://www.riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/hoolduskoormus/hoolduskoormuse_rakkeruhma_lopparuanne.pdf) (08.12.2019).

Kasper, J. (2005). Who Stays and Who Goes Home: Using National Data on Nursing Home Discharges and Long-Stay Residents to Draw Implications for Nursing Home Transition Programs <https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/01/7386.pdf> (08.12.2019).

Kikas, E. (2003). Constructing knowledge beyond senses: worlds too big and small to see. In A. Toomela. *Cultural guidance in the development of the human mind*. Ablex Publishing, Westport, Connecticut & London.

Kirk, P., Kirk, I., Kristjanson, L.J. (2004). What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *British Medical Journal*, 328: 1343-1347.



Kokkuvõte kliinilisest auditist šiseisva statsionaarse õendusabi kvaliteet ja põhjendatusõ. [https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud\\_aruanded/auditid/2017\\_kliinilise\\_auditi\\_õendusabi\\_kokkuvote\\_kodulehele.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud_aruanded/auditid/2017_kliinilise_auditi_õendusabi_kokkuvote_kodulehele.pdf) (08.12.2019).

Kööp, K. (2016). Patsientide kogemused ja vajadused seoses elustiili nõustamisega perearstikeskustes. Magistritöö õendusteaduses. Tartu Ülikool.

Laherand, M.-L. (2008). Kvalitatiivne uurimisviis. Infotrükk, Tallinn.

Lamatiste käsitus - ennetamine ja konservatiivne ravi (RJ-L/6.1-2016). <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/12/lamatiste-kasitus-ennetamine-ja-konservatiivne-ravi> (16.02.2020).

Landsberg, M. (2003). Motiveerimise kunst. Varrak, Tallinn.

Le Low, L. P., Lam, L. W., Fan, K. P. (2017). Decision-making experiences of family members of older adults with moderate dementia towards community and residential care home services: a grounded theory study protocol. *BMC Geriatrics*, 17(1): 120.

Meos, I. (2010). Filosoofia põhiprobleemid.

[http://www.indrekmeos.xyz/e\\_raamat/Meos\\_I\\_Filos\\_pohiprobleemid.pdf](http://www.indrekmeos.xyz/e_raamat/Meos_I_Filos_pohiprobleemid.pdf) (12.01.2020).

Mjørud, M., Engedal, K., Røsvik, J., Kirkevold, M. (2017). Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: a phenomenological hermeneutic study. *BMC Health Services Research*, 17, 93.

Parker, S. M., Clayton, J. M., Hancock, K., Butow, P. N., Carrick, S., Currow, D., Ghersi, D., Glare, P., Hagerty, R., Tattersall, M. H. N. (2007). A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/carer preferences for the content, style, and timing of information. *Journal of Pain Symptom Management*, 34: 81-93.

Polifroni, E. C. & Welch, M. (Toim.) (1999). Perspectives on philosophy of science in nursing. An historical and contemporary anthology. Lippincott. Philadelphia.

Ramanathan, R., Fisher, P. (2016). Singaporean Caregivers' Experiences of Placing a Relative into Long Term Care. *Clinical Gerontologist*, 39(3): 167-189.

Ravi rahastamise lepingu lisatingimused eriarstiabis, hambaravis ja õendusabis. Lisa 2. (2020). <https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/RRL/2020/RRL%20lisa%202.pdf> (16.02.2020).

Reck, D. L. (2013). Can and should nurses be aware of patients' expectations for their nursing care? *Nursing Administration Quarterly*, 37(2): 109-115.

Reducing the burden of care in Estonia. Interim Report. (2017). [https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/hoolduskoormus/estonia\\_ltc\\_report\\_final.pdf](https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/hoolduskoormus/estonia_ltc_report_final.pdf) (08.12.2019).

Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel. Kas patsiendid saavad teenuseid, mida vajavad? <http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2343/Area/21/language/et-EE/Default.aspx> (08.12.2019).

Romøren, M., Pedersen, R., Førde, R. (2016). How do nursing home doctors involve patients and next of kin in end-of-life decisions? A qualitative study from Norway. *BMC Medical Ethics*, 17(5):1-8.

Romøren, M., Pedersen, R., Førde, R. (2017). One patient, two words- interaction between nursing home physicians and hospital doctors. *Journal Nor Legeforen*, 137: 193-197.

Shield, R. R., Wetle, T., Teno, J., Miller, S. C., Welch, L. C. (2010). Vigilant at the End of Life: Family Advocacy in the Nursing Home. *Journal of palliative medicine*, 39(5): 573-579.

Strøm, A., Dreyer, A. (2019). Next of kin's protracted challenges with access to relevant information and involvement opportunities. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12: 1-8.

Teeri, S., Leino-Kilpi, H., Välimäki, M. (2006). Long-Term Nursing Care of Elderly People: Identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. *Nursing Ethics*, 13(2): 116-129.

Teno, J. M., Clarridge, B. R., Casey, V., Welch, L. C., Wetle, T., Shield, R., Mor, V. (2004). Family Perspectives on End-of-Life Care at the Last Place of Care. *The Journal of the American Medical Association*, 291(1): 88-93.

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. (2020). <https://www.riigiteataja.ee/akt/108012020013> (RT I, 08.01.2020, 13).

Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded. (2019). <https://www.riigiteataja.ee/akt/115012019005> (RT I, 15.01.2019, 5).

Turner, D.W., III (2010). Qualitative interview design: A practical guide for novice investigators. *The Qualitative Report*, 15(3): 754-760.

van Soest-Poortvliet, M. C., van der Steen, J. T., Zimmerman, S., Cohen, L. W., Munn, J., Achterberg, W. P., Ribbe, M. W., de Vet, H. C. W. (2011). Measuring the Quality of Dying and Quality of Care When Dying in Long-Term Care Settings: A Qualitative Content Analysis of Available Instruments. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(6): 852-863.

Wetle, T., Shield, R., Teno, J., Miller, S. C., Welch, L. (2005). Family Perspectives on End-of-Life Care Experiences in Nursig Homes. *The Gerontologist*, 45(5): 642-650.

Õendusabi. Eesti Haigekassa. <https://www.haigekassa.ee/inimesele/arsti-ja-oendusabi/oendusabi> (16.02.2020).

Õendushaiglas iseseisvalt osutada lubatud õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning nõuded statsionaarse õendusabi iseseisvalt osutamiseks vajalikule töötajate koosseisule, ruumidele, sisseseadele, aparatuurile ja töövahenditele. (2014). <https://www.riigiteataja.ee/akt/117012014004> (RT I, 17.01.2014, 4).

## LISAD

### Lisa 1. Üleskutse uuringus osalemiseks

Lugupeetud patsiendi lähedane!

Kutsun Teid osalema uurimistöös šIseseisval statsionaarsel õendusabiteenusel viibinud patsientide lähedaste ootused õendusabile ja saadud kogemusedõ. Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada iseseisval statsionaarsel õendusabiteenusel viibinud patsientide lähedaste kogemusi saadud teenusega ning nende teadmisi ja ootusi seoses teenusega.

Olete oodatud uurimistöös osalema kui:

1. teie lähedane viibib või on viimase kuu aja jooksul viibinud iseseisva statsionaarse õendusabi teenusel.
2. soovite ja saate jagada oma kogemusi eesti keeles.
3. olete nõus intervjuuga, mille kestvus on orienteeruvalt üks tund.

Uurimistöö planeeritakse läbi viia kaheksas keskuses, kus osutatakse iseseisva statsionaarse õendusabi teenust. Uurimistöö eeldatav valmimisaeg on 2020. a. kevadel ning soovi korral saab uurijaga ühendust võtta töö tulemustega tutvumiseks.

Uuringus osalemine on vabatahtlik. Kogutud andmed kodeerib uurija ainult talle teadaolevate koodidega. Intervjuu viiakse läbi eelneva kokkuleppe alusel Teile sobival ajal ja kohas. Kui Te olete valmis uurimistöös osalema ja soovite anda intervjuud, siis palun võtke ühendust uurijaga kas telefoni või e-posti teel:

telefon 52 599 26

e-post [merle.vaher@haigla.ee](mailto:merle.vaher@haigla.ee)

Lugupidamisega,

Merle Vaher

Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

Õendusteaduse õppetooli magistrant

## **Lisa 2. Intervjuu kava**

### **1. Sissejuhatus**

Uuriija tutvustab ennast uuritavale ning annab lühiülevaate uurimistöö eesmärgist ja andmete kogumisest ning analüüsist, samuti selgitab uuritavale tema õigust uurimistöös osalemisest loobuda kuni intervjuu lõpuni. Uuriija kinnitab uuritavale, et intervjuu salvestistele ja transkriptsioonidele on juurdepääs ainult uurijal ning uurimistulemuste avaldamise järgselt need hävitatakse. Uuritavale selgitatakse, et intervjuu küsimused on statsionaarse õendusabiteenuse kohta ning vajadusel küsib uurija ka suunavaid ja täpsustavaid küsimusi.

### **2. Intervjuu teemad**

#### **2.1. Kogemused**

1. Palun kirjeldage oma kogemusi seoses lähedase viibimisega õendusabiteenusel.
2. Palun kirjeldage, mitu korda, kui pikka aega järjest, ning mitmes erinevas asutuses on Teie lähedane teenusel viibinud viimase aasta jooksul.
3. Palun kirjeldage, mida on sisaldanud teenus, mida Teie lähedane on saanud: õendus- ja hooldustegevused, ravi, arsti osalus, füsioteraapia, ajaviide, toitlustamine jne.

#### **2.2. Võimalused**

1. Palun kirjeldage, missugused on Teie teadmiste põhjal teenuse võimalused ehk missuguseid teenuseid patsient peaks saama.
2. Palun kirjeldage, kust Teie teadmised teenuse võimaluste kohta pärinevad.

#### **2.3. Ootused**

1. Palun kirjeldage, mida Te teenuselt ootate.
2. Palun kirjeldage, miks Teil niisugused ootused on.
3. Palun kirjeldage, milline peaks olema teenus, mida Teie lähedane vajab.

### **3. Intervjuu lõpp**

Uuriija tänab uuritavat ning julgustab teda intervjuu teemat oma sõnadega kokku võtma, ehk jagama mõtteid või arvamusi, mida uuritav ise peab vajalikuks teema kohta lisada.

### **Lisa 3. Uuritava informeeritud nõusoleku vorm**

Lugupeetud patsiendi lähedane!

Kutsun Teid osalema uurimistöös šIseisval statsionaarsel õendusabiteenusel viibinud patsientide lähedaste ootused õendusabile ja saadud kogemusedõ. Olete sobilik uurimistöös osalema seetõttu, et Teie lähedane on viimase kuu aja jooksul viibinud iseseisval statsionaarsel õendusabiteenusel. Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada iseseisval statsionaarsel õendusabiteenusel viibinud patsientide lähedaste kogemusi saadud teenusega ning nende teadmisi ja ootusi seoses teenusega, et saada tagasisidet ja asjakohast informatsiooni teenusete arendamiseks. Uurimistöö raames kogub uurija andmeid intervjuu abil, mis uuritava jaoks tähendab umbes tunniajalist vestlust uurijaga.

Uurimistöö viiakse läbi kaheksas tervishoiu organisatsioonis, kus osutatakse iseseisva statsionaarse õendusabi teenust. Andmete kogumise aeg on juuli 2019 kuni jaanuar 2020. Uurimistöö planeeritud valmimisaeg on 2020. a. kevad ning uurimistöö tulemustega saab tutvuda Tartu Ülikooli digitaalarhiivi DSpace kaudu.

Uuringus osalemine on vabatahtlik ja anonüümne. Uurimistöös ei kasutata nimesid, vaid andmed kodeeritakse. Soovi korral on kuni intervjuu lõpuni võimalik uurimistöös osalemise nõusolek tagasi võtta.

Intervjuude salvestistele ja transkriptsioonidele on juurdepääs ainult uurijal, need on kaitstud kõrvaliste isikute eest ning hävitatakse uurimistöö tulemuste avaldamise järgselt. Kõik salvestised ja arvutisse sisestatud andmed kustutatakse ning paber kandjal informeeritud nõusolekud hävitatakse.

(järgneb)

Mind, ....., on informeeritud uurimistööst šIseseisval statsionaarsel õendusabiteenusel viibinud patsientide lähedaste ootused õendusabile ja saadud kogemusedõ. Olen teadlik uurimistöö eesmärgist, andmete kogumise viisist ja intervjuu arvatavast kestvusest, samuti andmete hoiustamisest ja kaitsest. Annan nõusoleku intervjuude käigus antud andmete kasutamiseks käesolevas uurimistöös ning kinnitan seda oma allkirjaga.

Uuritava allkiri: .....

Kuupäev: .....

Uuritavale informatsiooni andnud isik (ees-ja perekonnanimi) ning allkiri:

.....

Kuupäev: .....

Käesolev uuritava informeeritud nõusoleku vorm allkirjastatakse kahes identses eksemplaris, millest üks jääb uuritavale ja teine uurijale.

Uurija andmed:

Merle Vaher

Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

Õendusteaduse õppetooli magistrant

Telefon: 52 599 26

e-post: [merle.vaher@haigla.ee](mailto:merle.vaher@haigla.ee)

## Lisa 4. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus uurimistöö läbiviimiseks

### Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokoll number: 294/T-17

koosolek: 17.06.2019

#### Komitee koosseis:

##### Esimees

Aimo Kais Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiineetika assistent

##### Aseeimees

Kristi Lõök Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht / doktorant

##### Likmed

Diva Emsoo Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, analüütik  
Jaaniika Jaanits MTÜ Rakendusliku Antropoloogia Keskus, antropoloog / uurija  
Katriin Kaarna Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste teadusuuringute üksuse tegevjuht  
Kalle Kivand Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, laborimeditsiini professor  
Malle Krumm Tartu Ülikool meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur  
Liis Leitsalu Tartu Ülikool, Eesti geenivaramu, genoomika ja geneetilise tagasiside teadur  
Martin Mooses Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, treeningu füsioloogia lektor / kehalise kasvatus ja spordididaktika osakonna juhataja  
Indrek Peedu Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, religiooniuuringute nooremteadur  
Maire Peters Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika vanemteadur  
Mare Ramm Tartu Tervishoiu Kõrgkool, biotehnoloogika õppekava dotsent

#### Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus: Inseisival statsionaarsel õendusabiteenusel viibinud patsientide lähedaste ootused õendusabile ja saadud kogemused

Vastutav uurija (asutus): Ere Uibu (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, pere- ja meditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19, 50411, Tartu)

#### Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, 25.06.2019
2. Lisa 1. Üleskutte vormingus osalemiseks
3. Lisa 2. Intervjuu kava
4. Lisa 3. Uuritava informatsioonid nõusoleku vorm, 25.06.2019
5. Uurimistöö läbiviijate CVd (E. Uibu, J. Trola, M. Vaheri)

Uurimistöö lõpp: 31.03.2020

Komitee esimees: Aimo Kais /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Kairo Kallak /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: Astmase digitaalallkirja kimpdev/

Tartu Ülikool  
grandikeskus  
Lossi 3  
51003 Tartu

tel 737 6215  
e-post [eeetikakomitee@ut.ee](mailto:eeetikakomitee@ut.ee)  
[www.ut.ee/teadus/eeetikakomitee](http://www.ut.ee/teadus/eeetikakomitee)