

Tartu Ülikool  
Meditsiiniteaduste valdkond  
Peremeditsiini ja rahvatervise instituut  
Õendusteaduse õppetool

**Kersti Naelapää**

**ÕENDUSDIAGNOOSIDE, -SEKKUMISTE JA -TULEMUSTE  
DOKUMENTEERIMISE KVALITEET  
PÕHJA-EESTI REGIONAALHAIGLA ÕENDUSDOKUMENTATSIOONIS**

Magistritöö

Tartu 2018

**Juhendajad:**

**Kristi Rannus, RN, PhD**

---

*/allkiri/*

*/kuupäev/*

**Merle Seera, RN, MSc**

---

*/allkiri/*

*/kuupäev/*

Otsus magistr töö kaitsmisele lubamise kohta: \_\_\_\_\_

---

*/Juhendajate otsus ning kuupäev, millal otsus on õppetoolis protokollitud/*

**Lihtlitsents magistr töö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Kersti Naelapää,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Õendusdiagnooside, -sekkumiste ja -tulemuste dokumenteerimise kvaliteet Põhja-Eesti Regionaalhaigla õendusdokumentatsioonis“, mille põhijuhendaja on Kristi Rannus ja kaasjuhendaja on Merle Seera,
  - 1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
  - 1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus/ **11.05.2018**

## KOKKUVÕTE

### **Õendusdiagnooside, -sekkumiste ja -tulemuste dokumenteerimise kvaliteet Põhja-Eesti Regionaalhaigla õendusdokumentatsioonis**

Uurimistöö on osa Põhja-Eesti Regionaalhaigla tegevusplaanist töötada välja õendusdokumentatsiooni elektrooniline keskkond. Selle terminoloogiliseks ja taksonoomiliseks aluseks on planeeritud rakendada tõenduspõhist terviksüsteemi NNN (NANDA, NOC, NIC), alustades kõigepealt õendusdokumentatsiooni kvaliteedi vaatlusega. Vaatlustulemused võimaldavad teha edasisi otsuseid arendustöös - millisel määral on vaja muuta õendusdokumentatsiooni sisu ja vormi ning kuidas kavandada õenduspersonalile vastavaid koolitusi. Käesoleva uurimistöö eesmärk oli kirjeldada Põhja-Eesti Regionaalhaigla õendusdokumentatsioonis õendusdiagnooside, -sekkumiste ja -tulemuste dokumenteerimise kvaliteeti. Andmed koguti Põhja-Eesti Regionaalhaigla viies kliinikus struktureeritud vaatlusega Q-DIO protokollil alusel ajavahemikul 20.06.2017–18.08.2017. Kokku vaadeldi 150 patsiendi õendusdokumentatsiooni, sh töötati läbi 3384 A4 formaadis lehte. Statistika on tehtud programmis MS Excel 2016.

Uurimistulemusena selgus, et õendusdiagnoosi nimetus ja õendustulemus ning nende seosed omavahel ja seosed eesmärgi või õendussekkumisega on õendusdokumentatsiooniti kirja pandud väga erineva kvaliteediga. Vähemalt osaliseltki NANDA järgi sõnastatud õendusdiagnoose leidis pooltes õendusdokumentatsioonides. Kõige rohkem kvaliteetseid dokumenteeringuid esines õendussekkumiste kirjeldamisel. Planeeritud õendussekkumised olid valdavalt sõnastatud või osaliselt sõnastatud NIC-i järgi ning teostatud sekkumised olid õendusdokumentatsioonidest pooltes dokumenteeritud osaliselt korrektselt ja kolmandikus vähemalt sõnastatult kirjas. Õendustulemused olid vähemalt osaliselt NOC-i järgi mõõdetavalt dokumenteeritud pooltes õendusdokumentatsioonides. Sissekanded puudusid täielikult patsiendi intiimsuse ja soo kohta ning enamasti puudusid sissekanded ka õendusprobleemi/-diagnoosi etioloogia kohta.

Uurimistulemustest ilmnes praktiline vajadus täiendada riiklikult kasutusel olevat õendusanamneesi. Standarditud õenduskeeles koolitustel on vajalik keskenduda ennekõike positiivse hoiaku kujundamisele õendusjuhtide seas. Õdede koolitamisel tuleb arendada enam protsessipõhist mõtlemist ja analüüsi- ja oskuse rakendamist õendusabis. Eriti vajab täiendamist õdede oskus oodatud ja saavutatud õendustulemuste määratlemisel ja hindamisel. Uurimistulemusi on vaja tutvustada kõigis tervishoiu valdkondades, et tähtsustada õendusabi dokumenteerimise ning seda toetava organisatsioonikultuuri olulisust tervishoiuteenuse kvaliteedi tagamisel.

Märksõnad: õendusdokumentatsioon, õendusdiagnoos, õendussekkumine, õendustulemus, dokumenteerimise kvaliteet, dokumendivaatlus, Q-DIO

## ***SUMMARY***

### **The documentation quality of nursing diagnoses, interventions and outcomes in the nursing records of the North Estonia Medical Centre**

The research is a part of the action plan of the North Estonia Medical Centre to develop an electronic environment for nursing records. On the terminological and taxonomic basis of this, it is planned to implement an evidence-based comprehensive system NNN (NANDA, NOC, NIC) starting with the observation of the quality of the nursing records first. The results of the observation will support further decisions on development, e.g., to what extent it is necessary to change the content and format of the nursing records and how to design the corresponding training for the nursing personnel. The aim of the research was to describe the documentation quality of the nursing diagnoses, interventions and outcomes in the nursing records of the North Estonia Medical Centre. The data was collected from five clinics of the North Estonia Medical Centre by using Q-DIO structured observation protocol during the period of 20.06.2017–18.08.2017. In total, there were 150 patient's nursing records observed, including 3384 pages in A4 format. The statistical analysis was performed by using MS Excel 2016.

The research revealed that the nursing diagnosis label and the nursing outcome, and their relationship with each other and the relationship with the nursing goal or intervention, have been documented with very different quality. At least partly according to NANDA worded nursing diagnosis were found in half of the nursing records. The most high-quality documentation were found on describing nursing interventions. Planned nursing interventions were mainly worded or partly worded according to NIC; the carried out interventions were documented in half of the nursing records partly correctly, and were at least worded in a third of the nursing records. Nursing outcomes are at least partially measurably documented according to NOC in a half of the nursing records. The entries were completely missing about the patient's intimacy and sex, and most of the entries were also missing about the etiology of the nursing problem/diagnosis.

The research revealed a practical need to change the nationally used nursing anamnesis. Within the training of standardized nursing language, it is necessary to focus on developing a positive attitude among nursing managers first. Within the training of nurses should be based on more process-based thinking and analytical skills in nursing care. In particular, nursing skills need to be improved in determining and evaluating expected and achieved nursing outcomes. The research findings need to be introduced in all areas of healthcare in order to prioritize documentation of

nursing care and the importance of supporting the organizational culture in ensuring the quality of healthcare.

Keywords: nursing record, nursing diagnosis, nursing intervention, nursing outcome, quality of documentation, document observation, Q-DIO

# SISUKORD

## KOKKUVÕTE

### SUMMARY

1. SISSEJUHATUS	7
2. ÕENDUSDIAGNOOSIDE, -SEKKUMISTE JA -TULEMUSTE DOKUMENTEERIMISE KVALITEET ÕENDUSABIS	10
2.1. Õendusdiagnooside, -tulemuste ja -sekkumiste dokumenteerimine	10
2.2. Õendusdokumentatsiooni kvaliteet	13
2.3. Õendusdokumentatsiooni kvaliteedi hindamine	15
3. METOODIKA	18
3.1. Metodoloogilised lähtekohad	18
3.2. Uuritav materjal	18
3.3. Andmete kogumine	20
3.4. Andmete analüüsimine	22
4. TULEMUSED	23
4.1. Uuritava materjali kirjeldus	23
4.2. Õendusdiagnoosi dokumenteerimise kvaliteet õendusdokumentatsioonis	23
4.2.1. Patsiendi tervises seisundi hindamise dokumenteerimise kvaliteet	23
4.2.2. Õendusdiagnoosi nimetuse, selle etioloogia, tunnuste ja sümptomite dokumenteerimise kvaliteet	26
4.2.3. Õendusdiagnoosi erinevate osade, õendussekkumiste ja -tulemustega seotuse dokumenteerimise kvaliteet	28
4.3. Õendussekkumiste dokumenteerimise kvaliteet õendusdokumentatsioonis	30
4.3.1. Planeeritud ja teostatud õendussekkumiste dokumenteerimise kvaliteet	30
4.3.2. Õendussekkumiste efektiivsuse dokumenteerimise kvaliteet	32
4.4. Õendustulemuste dokumenteerimise kvaliteet õendusdokumentatsioonis	33
4.4.1. Õendustulemuste dokumenteerimise kvaliteet	33
4.4.2. Õendustulemuste kvaliteedi dokumenteerimise kvaliteet	35

5. ARUTELU	37
5.1. Olulisemad tulemused	37
5.2. Uurimistöö eetilised aspektid ja usaldusväärsus	42
5.3. Uurimustöö kitsaskohad	44
5.4. Edasised uurimis- ja arendustöö suunad	44
6. JÄRELDUSED	46
KASUTATUD KIRJANDUS	47
LISAD	
Lisa 1. Originaalkeelne mõõdik Q-DIO (Müller-Staub jt 2009)	55
Lisa 2. Autori kirjalik luba mõõdiku tõlkimiseks ja kasutamiseks	56
Lisa 3. Eestikeelne mõõdik Q-DIO (Müller-Staub jt 2009)	57
Lisa 4. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee nõusolek uurimistööks	58
Lisa 5. Andmekaitse inspektsiooni luba	59
Lisa 6. Vaatlustulemuste sagedusjaotused, keskmised ja standardhälbed koondtabelis	62

## 1. SISSEJUHATUS

Uurimistöö on osa Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) tegevusplaanist (SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla arengukava aastateks 2017–2019) töötada välja õendusdokumentatsiooni elektrooniline keskkond. Kõige lihtsam variant oleks olemasolev dokumentatsioon digitaliseerida, kuid tuginedes Currell ja Urquhart (2003) kirjanduse ülevaatele ei parenda paberil olevate dokumentide digitaliseerimine veel õendusabi kvaliteeti. Selleks, et arendada õendusabi teenuse kvaliteeti, tuleb kasutada uudseimat tõenduspõhist teavet ning info- ja meditsiinitehnoloogia saavutusi (Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011–2020). Seetõttu eeldab ka õendusabi dokumenteerimise kvaliteedi tõstmine elektroonilist õenduslugu koos standarditud dokumenteerimise süsteemi, konkreetsete õendusteooriate rakendamise ning haridusalaste ja organisatsiooniliste muutustega (Wang jt 2011). Selleks on vaja kogu tervishoiuasutuses ja -süsteemis kasutusele võtta standarditud õenduskeel, mis on kõigile ühtviisi arusaadav ja tõenduspõhiselt aktsepteeritud. Ühtlasi lihtsustab standarditud terminoloogiate ja taksonoomiate kasutamine elektroonses õendusloos nii õendusabi kui ka selle dokumentatsiooni kvaliteedi hindamist, sest elektroonses andmebaasist on vajalikke andmeid lihtsam koguda kui paberkandjalt (Saranto ja Kinnunen 2009).

Eestis on kokkuleppeliselt valitud standarditud õenduskeeleks rahvusvaheliselt kõige enam rakendatud ja uuritud ning kõige tõenduspõhisem (Tastan jt 2014) NANDA-I<sup>1</sup> (NANDA) terminoloogia ja taksonoomia. Kuigi Tartu ja Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolides lähtutakse 2011. aastast õppetöös õendusdiagnooside määramisel NANDA-st (Herdman 2012), ei ole need rakendunud veel kõikide haiglate töösse. Näiteks soovitatakse PERH-is õendusprobleemide dokumenteerimisel küll kasutada NANDA terminoloogiat, kuid see ei ole kohustuslik. Lisaks on õendussekkumiste dokumenteerimiseks PERH-is koostatud oma õendusabi kompetentside standard, mis sisaldab loetelu kõikvõimalikest sekkumistest. Paraku puudub sellel loetelul konkreetne, tõenduspõhine taksonoomia ning ühtne õendusterminoloogia. Autorile teadaolevalt ei ole õendusdokumentatsiooni kvaliteedi hindamisel PERH-is ega ka enamuses teistes Eesti haiglates seni õendusterminoloogia kasutusele üldse tähelepanu pööratud. Ka senised uurimistööd õendusdokumentatsiooni kohta Eestis on näidanud, et õdede sissekanded õenduslukku vms on sageli väheinformatiivsed, killustunud või puuduvad üldse (Oolo 2005, Seera 2014). Lisaks ei ole õdede väljaõppes ega praktikas süsteemselt tähelepanu pööratud sellele, et õendusdiagnoosid, -sekkumised ja -tulemused oleksid omavahel tõenduspõhiselt seotud.

---

<sup>1</sup> NANDA-I on lühend organisatsiooni nimetusest NANDA International, mida lahti ei kirjutata (NANDA-I 2018).

Elektroonse õendusdokumentatsiooni väljatöötamise terminoloogiliseks ja taksonoomiliseks aluseks PERH-is on teaduslikult tõestatud NANDA – õendusdiagnooside (Herdman 2012), NOC (*Nursing Outcomes Classification*) – õendustulemuste (Moorhead jt 2018) ja NIC (*Nursing Interventions Classification*) – õendussekkumiste (Butcher jt 2018) klassifikatsioonid ehk terviksüsteem NNN (NANDA, NOC, NIC). NANDA on eesti keelde tõlgituna olemas, kuid NOC ja NIC ei ole veel eesti keelde tõlgitud ning õendusüliõpilased kasutavad õppetöös inglisekeelset versiooni. Mõnes Euroopa riigis ongi kasutusel vaid üks kolmest klassifikatsioonist, näiteks Norras on tõlgitud ainult NOC ja Rootsis ainult NANDA (NANDA-I 2018). Kõik kolm klassifikatsiooni on NNN terviksüsteemina kasutusel Põhja- ja Lõuna-Ameerika riikides, Austraalias, Uus-Meremaal, Jaapanis, Lõuna-Koreas, Hiinas, Taiwanis, Ghanas, Nigeerias, Angoolas, Mosambiigis, Inglismaal, Saksamaal, Portugalis, Hispaanias, Itaalias, Šveitsis, Belgias, Hollandis ja Austrias (NANDA-I 2018). Kolme klassifikatsiooni terviksüsteemina koosrakendamise kasulikkus leiab rahvusvaheliselt üha enam kinnitust (Zampieron jt 2011, Almasalha jt 2013, Azzolin jt 2013, Park 2014, Escalada-Hernández jt 2015, Pérez Rivas jt 2016, Butcher jt 2018). Kokkuvõtteks aitab NNN-i rakendamine õendusdokumentatsioonis muuta õendusabi kliinilist otsustamisprotsessi läbipaistvamaks ja tõenduspõhisemaks (Lunney 2006).

Enne elektroonse õendusdokumentatsiooni väljatöötamist koos NNN-i rakendamisega oli vaja kirjeldada õendusdokumentatsiooni kvaliteedi hetkeolukorda PERH-is. Selleks, et teada saada, mil moel ja millisel määral dokumenteeritakse õendusdiagnoose, -sekkumisi ja -tulemusi, kasutati spetsiaalselt õendusdokumentatsioonis NNN-i hindamiseks koostatud struktureeritud vaatlusprotokolli Q-DIO (*Quality of documentation of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes*) (Müller-Staub jt 2009). Vaatlustulemused võimaldasid teha edasisi otsuseid arendustöös - millisel määral on vaja muuta õendusdokumentatsiooni sisu ja vormi ning kuidas kavandada õenduspersonalile vastavaid koolitusi (Müller-Staub jt 2007, Müller-Staub 2009, Bruylants jt 2013).

Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada PERH-i õendusdokumentatsioonis õendusdiagnooside, -sekkumiste ja -tulemuste dokumenteerimise kvaliteeti. Uurimisküsimused:

1. Kuivõrd kvaliteetselt olid õendusdokumentatsioonis dokumenteeritud õendusdiagnoosid, sealhulgas:

- patsiendi terviseseisundi hindamine;
- õendusdiagnoosi nimetus, selle etioloogia, tunnused ja sümptomid;
- õendusdiagnoosi seotus selle erinevate osade, õendussekkumiste ja –tulemustega?

2. Kuivõrd kvaliteetselt olid õendusdokumentatsioonid dokumenteeritud:
  - planeeritud ja teostatud õendussekkumised;
  - õendussekkumiste efektiivsus?
3. Kuivõrd kvaliteetselt olid õendusdokumentatsioonid dokumenteeritud:
  - õendustulemused;
  - õendustulemuste kvaliteet?

## 2. ÕENDUSDIAGNOOSIDE, -SEKKUMISTE JA -TULEMUSTE DOKUMENTEERIMISE KVALITEET ÕENDUSABIS

### 2.1. Õendusdiagnooside, -tulemuste ja -sekkumiste dokumenteerimine

Õendusdiagnoosi määramise ja patsiendile turvalise õendusabi osutamise aluseks on tõenduspõhine patsiendi tervises seisundi hindamise taustaraamistik (*framework*) (NANDA-I 2018). NANDA terminoloogia väljatöötamisel toetuti Gordoni funktsionaalse tervises seisundi hindamise (Gordon) skeemile (Herdman ja Kamitsuru 2014: 35). Ka tervishoiu kõrgkoolid Eestis on patsientide tervises seisundi hindamise õpetamisel tuginenud üha enam Gordoni skeemile, sest see võimaldab õendusüliõpilastel harjutada patsiendi käsitlemist tervikuna ja püstitada asjakohaseid õendusdiagnoose. Möödunud aastal katsetasid Gordonit (Gordon 2016) õendusanamneesi võtmisel ka üle-eestises 3N töögrupis osalevad haiglad, sh PERH. Katsetajad leidsid ühiselt, et Gordoni skeem võimaldab hinnata patsiendi tervises seisundit kõikehõlmavalt ja määratleda õendusdiagnoose paremini kui seni kasutusel olevad anamneesivormid. Samas toodi välja vajadus koostada erinevad õendusanamneesid täiskasvanutele ja lastele ning konkreetses/kontsentreeritum päevastatsionaarile, mis arvestaksid ka osakonna eripärasid (lisatud osakonnaspetsiifilised küsimused). Katsetatud versiooni hinnati täitmisel liiga aeganõudvaks ent seda põhjalikumaks, kuna küsimusi ja täpsustusi oli rohkem. Siit kerkis üles ka ilmne vajadus, et nii põhjalik küsitlus peaks olema kindlasti elektroonne ja vastused üle-riiklikult kõigile tervishoiuteenuse osutajatele kättesaadavad. See võimaldaks vältida põhjendamatuid kordusi patsiendi käsitlemistel ja aitab samas hinnata tema tervises seisundi muutusi ja tendentse ajas. Lisaks tuleb üle vaadata ja eemaldada katsetatud Gordoni anamneesist need tervises seisundi aspektid, mida meie kultuuri tervishoiukorralduses õed ei hinda, nt patoloogilised südamekahinad. Seega jätkab üle-eestiline 3N tööühm Gordoni süsteemi kohandamist Eesti tervishoiusüsteemis üldkasutatavaks õendusanamneesiks, et anda õele hädavajalik praktiline otsustustugi patsiendi tervises seisundist lähtuvate õendusdiagnooside määramisel.

**Õendusdiagnoos** (*nursing diagnosis*) e NANDA on õe kutsealane kliiniline otsus, mis käsitleb üksikisiku, pere või elanikkonna reaktsioone tervises seisunditele/eluprotsessidele või selle reaktsiooni ohtu. Õendusdiagnoos on aluseks õendussekkumiste valikule, et saavutada tulemusi, mille eest õde vastutab. Õendusdiagnoos võib olla probleemikeskne (soovimatu reaktsioon tervises seisundile/eluprotsessile), tervisedenduslik (käsitleb inimese motivatsiooni ja soovi edendada heaolu ning realiseerida tervisepotentsiaali), riskikeskne (käsitleb esinevat ohtu soovimatu reaktsiooni kujunemiseks tervises seisundi/eluprotsessi suhtes) või sündroomipõhine

(kirjeldab spetsiifilist rühma õendusdiagnoose, mis esinevad samal ajal ja mida on otstarbekas käsitleda koos, rakendades samu sekkumisi). (Herdman ja Kamitsuru 2014: 464.) Õendusdiagnoos koosneb õendusdiagnoosi nimetusest, definitsioonist, koodist, seonduvatest teguritest (etioloogiast) ja määravatest tunnustest (märgid/sümptomid) (Herdman ja Kamitsuru 2014).

NANDA terminoloogia on rahvusvaheliselt tunnustatud õendusterminoloogia, mis tagab kliiniliseks tööks vajaliku oskussõnavara, mida sobib kasutada õendusdiagnooside määramisel kliinilises infosüsteemis (Herdman ja Kamitsuru 2014: 92). Ka Eesti õendusüliõpilased on veendunud, et NANDA õendusdiagnoosid on hea dokumenteerimise alus, mis aitab koolitada õdesid, arendada õendusteadust ja tõstab õendustöö kvaliteedi (Fedulov ja Tkatš 2016). Õe õppes on lisaks NANDA õpetamisele tehtud lõputöid õendusdiagnooside kohta, lähtudes NANDA terminoloogiast mõne kindla tervise seisundi puhul, nt katatoonne seisund (Mast 2016), C-hepatiit (Arna ja Sikova 2015), depressioon (Peterson 2014), lamatised (Ivanov 2015), psoriaas (Raiesmaa 2016) või operatsiooni puhul, nt puusa- ja põlveliigese endoproteesimine (Averkin ja Grigorjev 2018). Nendes töodes on välja toodud ka õendustegevus lähtudes õendusdiagnoosidest, kuid see ei ole seotud mõne konkreetse ja tõenduspõhise õendussekkumiste klassifikatsiooniga. Tänapäevaks on kaitstud ka selliseid lõputöid, kus on lisaks NANDA-le kasutatud ka NIC-il põhinevaid õendussekkumisi, nt postoperatiivse perioodi esimese 24 tunni jooksul (Borgmann ja Leivalt 2018). Lisaks on tehtud lõputöö, kus uriinipidamatusega patsiendi puhul on õendusabi uurimise aluseks võetud kogu NNN terviksüsteem (Dubentsova jt 2018).

Mitmete uurimistööde põhjal tuleb välja, et NNN kasutamine võimaldab saada patsiendi tervise seisundist tervikliku ülevaate (Zampieron jt 2011, Park 2014, Escalada-Hernández jt 2015), saavutada paremaid tulemusi patsiendi jaoks (Pérez Rivas jt 2016), mõõta õendussekkumiste efektiivsust (Azzolin jt 2013, Almasalha jt 2013, Butcher jt 2018) ja parendada osutatavat õendusabi (Almasalha jt 2013). Ühtlasi aitab NNN rakendamine õendusdokumentatsioonis muuta õendusabi kirjalikult nähtavamaks ja tõenduspõhisemaks (Lunney 2006). Müller-Staubi jt (2007) põhjal parandab õendusdokumentatsiooni kvaliteeti õendusdiagnooside, õendussekkumiste ja tulemuste rakendamine. Täpselt määratletud diagnoosid ja nende ühildamine vastavate sekkumistega on tähtis ootuspäraste tulemuste saavutamiseks. Diagnooside või terviseprobleemide nimetusi ilma asjakohase analüüsita märkides võivad patsiendi tegelikud vajadused jääda tähelepanuta või on oht neid valesti mõista. Ainult etioloogilisel põhjuseid ja seonduvaid tegureid arvestaval analüüsil põhinevad diagnoosid on asjakohaseks aluseks efektiivsete õendussekkumiste valikul ja viib ka tõenäolisemalt paremate õendustulemusteni. (Müller-Staub jt 2007.)

Õendusdiagnoose kasutatakse selleks, et seada eesmärgiks soovitud õendustulemus(ed) ning planeerida tähtsuse järjekorras vajalikke õendussekkumisi. **Õendustulemus** (*nursing outcome*) e NOC on üksikisiku, pere, grupi või elanikkonna mõõdetav käitumine või arusaam, mis kujuneb õendussekkumise mõjul. **NOC** klassifikatsioon võimaldab valida meetmeid just NANDA õendusdiagnoosiga seonduva tulemuse määratlemiseks. (Herdman ja Kamitsuru 2014: 27.) Iga õendustulemus esindab nähtust/mõistet (*concept*), mida saab kasutada patsiendi, tema hooldaja, pere või elanikkonna seisundi mõõtmiseks enne ja pärast sekkumist. Moorhead jt (2018: 3) järgi kasutatakse õendustulemuse hindamisel enamasti 5-punktilist Likert-tüüpi skaalat. (Moorhead jt 2018.) Kui lähtuvalt õendusdiagnoosi(de)st on määratud oodatav(ad) õendustulemus(ed), siis neile tuginedes saab planeerida ja rakendada õendussekkumisi. Seega määratletakse õendustulemust õendusprotsessis sisuliselt kaks korda: enne sekkumist oodatava õendustulemuse või eesmärgina sõnastatult ning pärast sekkumist selle tulemuslikkuse hindamiseks. Vajadusel hinnatakse seejärel õendusdiagnoos või oodatav õendustulemus ümber ning kogu protsess algab otsast peale.

**Õendussekkumine** (*nursing intervention*) e NIC on igasugune kliinilisel otsusel ja kliinilistel teadmistel põhinev õendustegevus või abi, mida õde korraldab või teostab patsiendi/kliendi terviseseisundi parendamiseks (Herdman ja Kamitsuru 2014: 27). **NIC** on ulatuslik tõenduspõhine, standarditud sekkumiste klassifikatsioon, mis hõlmab nii füsioloogilisi kui psühhosotsiaalseid sekkumisi, nii haiguse raviks ja ennetamiseks kui ka tervisedendamiseks. Enamus õendussekkumisi on suunatud üksikisikule, paljud ka perekondadele ning mõned elanikkonnale või kogukonnale. Lisatud on ka kaudse hoolitsuse (*indirect care*) alased sekkumised, nt varude haldamine (*supply management*). (Butcher jt 2018.) Herdman (2012), Johnson jt (2012), Butcher jt (2018), Ackley jt (2017) ja Carpenito (2017) toovad välja, et nii NOC kui ka NIC ühilduvad NANDA-ga, moodustades koos NNN terviksüsteemi.

NNN kirjeldab kogu õendusprotsessi (*nursing process*) standarditud õenduskeeles. Tabelis 1 on välja toodud NNN terminoloogiate kasutamine õendusprotsessi etappides. Lisaks rõhutas Sue Moorhead patsiendi kaasamise olulisust selles protsessis oma ettekandes Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli 2. rahvusvahelisel konverentsil „Õendusdiagnooside rakendamine õendushariduses ja -praktikas – perspektiivid ja võimalused“ (Moorhead 2017).

**Tabel 1. Õendusprotsessi etappides NNN kasutamine (Ackley jt 2017, Carpenito 2017)**

Õendusprotsessi etapp	Terminoloogia	Õendusprotsessi seletused
Terviseseisundi hindamine	NANDA	Hinnatakse patsiendi terviseseisundit, mille alusel määratakse õendusdiagnoos(id).
Diagnoosimine		
Planeerimine	NOC/NIC	Mõõdetava (oodatava) õendustulemuse ja õendussekkumise planeerimine, lähtudes patsiendi hetkeseisundi hindamisest ( <i>baseline measure</i> ). Oodatav tulemus sõnastatakse koos patsiendiga.
Rakendamine	NIC	Õendussekkumise rakendamine toimub samaaegselt hindamisega, kas sekkumine oli efektiivne ja oodatav õendustulemus sai seeläbi saavutatud ( <i>discharge summary</i> ). Hindamine on iga etapi oluline osa ja õde teeb seda pidevalt koostöös patsiendiga.
Hindamine	NOC	

Kirjanduses kasutatakse NNN-ga seoses mitmeid erinevaid sõnakombinatsioone, mida tuleb tõlgendada olenevalt kontekstist ja enamasti samatähenduslikult. Näiteks on kasutusel NANDA, NIC-i ja NOC-i liigitamisel termin **taksonoomia** (*taxonomy*), mis on diagnooside, sekkumiste ja tulemuste süstemaatiline paigutamine gruppidesse, lähtudes sarnasustest, seostest ja erinevustest, mis jaotatakse astmeteks, nt domeen/valdkond, klass, diagnoos/sekkumine/tulemus jne (Herdman ja Kamitsuru 2014, Butcher jt 2018, Moorhead jt 2018). Samatähenduslikuna taksonoomiale kasutatakse ka terminit **klassifikatsioon** (*classification*), mis on omavahel seotud nähtuste süstemaatiline jaotus gruppidesse või klassidesse/kogumitesse seoste/objektide ühiste tunnuste alusel (Herdman ja Kamitsuru 2014, Butcher jt 2018). Seetõttu võib vahel lugeda või kuulda ka **klassifikaatori** nimetust NNN kontekstis, mis viitab klassifikatsioonidele kui teatud liiki töövahenditele/instrumentidele. Siinkohal tasub aga jääda teadlikult raamatu autorite määratluste juurde, kus räägitakse küll taksonoomiast ja klassifikatsioonist, aga mitte kordagi klassifikaatorist (Herdman ja Kamitsuru 2014, Butcher jt 2018, Moorhead jt 2018). Niisamuti on nii teoreetilistes lähtekohtades kui ka antud uurimistöös paralleelselt ja samatähenduslikult käsitletud **terminoloogia/õendusterminoloogia** ja **standarditud keel/standarditud õenduskeel**.

## 2.2. Õendusdokumentatsiooni kvaliteet

**Õendusdokumentatsioon** (*nursing documentation*) on patsiendile ja klientidele kvalifitseeritud õe või õe juhendamisel planeeritud ja osutatud õendusabi ülestähendus (Urquart jt 2009). Vaatamata sellele, et laialdaselt tunnustatakse kvaliteetse õendusdokumentatsiooni tähtsust (Wang jt 2011, Mykkänen jt 2016) ja tehakse pingutusi selle parendamiseks, on jätkuvalt ebakõlad kvaliteetse õendusdokumentatsiooni definitsioonides, kuna need põhinevad erinevate riikide dokumentatsiooni erinevatele praktikatele, nõuetele, dokumentatsioonisüsteemidele ja terminoloogiale (Wang jt 2011). Õendusdokumentatsiooni aluseks loetakse õendusprotsessi kui tervikut. Õendusprotsessi järgi korraldavad õed üksikisikute, perede, gruppide ja elanikkonna õendusabi. Seda kirjeldatakse 5-etapilise tsükliga, mis hõlmab terviseseisundi hindamist,

diagnoosimist, planeerimist, rakendamist ja tulemuste hindamist. (Herdman 2012: 71, American Nurses Association 2018.) Seega hõlmab õendusprotsessi dokumenteerimine kõikide patsiendiga seotud õendustegevuste kirjapanemist. Eestis on selleks kasutusel patsiendile õendusabi osutamist tõendav dokument ehk õenduslugu. Eesti Vabariigi määrusest (Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ... 2008) (EV määrus) lähtuvalt koosneb õenduslugu üldosast, anamneesist, õendusplaanist, patsiendi seisundi jälgimislehest, raviplaanist, konsultatsioonilehest ja õendusepikriisist. EV määrus sätestab, mida peab dokumenteerima, kuid ei täpsusta, millisel määral ja kuidas seda teha tuleb. Õendusplaani jaotakse viieks osaks sarnaselt õendusprotsessi viie etapiga (Herdmani 2012: 71, American Nurses Association 2018), kuid siiski ei saa õendusplaani ja õendusprotsessi käsitleda õendusloos sünonüümidena. Tabelis 2 tuuakse välja õendusprotsessi etapid (Herdman 2012: 71, American Nurses Association 2018) ja nende kajastus EV määrusest lähtuvates õendusloos osades (Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ... 2008). Tabelist on näha, et õendusplaanis dokumenteeritakse enamuse õendusprotsessiga seotud aspekte/asjaolusid, kuid mitte kõiki. Osad õendusprotsessi olulised aspektid leiavad kehtivas õendusloos kajastamist hoopis anamneesi, seisundi jälgimislehe, konsultatsioonilehe või raviplaani osana. Lisaks õendusloole dokumenteerivad õed õendusabi ka haigusloos erinevates osades, näiteks intensiivravi jälgimislehel.

**Tabel 2. Õendusprotsessi etappide kajastus õendusloos erinevates osades**

Õendusprotsess	Õenduslugu	
	Õendusplaani	Õendusloos teised osad
Terviseseisundi hindamine	Õendusprobleem	Anamneesi osa, patsiendi seisundi jälgimislehe osa, konsultatsioonilehe osa
Diagnoosimine		
Planeerimine	Õendusabi eesmärk	
	Planeeritud õendustegevused	
Rakendamine	Teostatud õendustegevused	Patsiendi seisundi jälgimise osa, raviplaani osa
Hindamine	Õe hinnang enda õendustegevustele	Patsiendi seisundi jälgimise osa

Tervishoius räägitakse kvaliteedist lähtudes kas *International Organization for Standardization* (2018) või *The Joint Commission* (2018) standarditest ja õenduse valdkonnas haigla tunnustusprogrammi „Magnet“ staatusest (American Nurses Credentialing ... 2018) ning vastavatest kvaliteedi indikaatoritest (Agency for Healthcare ...). Osa standarditest on tegevused ja protsessid, mis peavad olema dokumenteeritud. Näiteks *Joint Commission Internationali* (2017: 122–123) järgi peab olema dokumenteeritud patsiendi individuaalne hooldusplaani (*plan of care*) tervishoiutöötajate meeskonna poolt. „Magnet“ tunnustusprogrammi järgi peavad olema dokumenteeritud patsiendi kukkumised, lamatised jms kvaliteedi indikaatorid (American Nurses Credentialing ... 2018). ISO 26825: 2008 (International Organization for ... 2016) määrab, millised peavad olema sildid ja tekst süstaldel (tekst, kujundus, värv). Nendest näidetest lähtuvalt

on õendusabi dokumenteerimine märkimisväärne osa kvaliteedi standarditest ning seega on ka õendusabi dokumenteerimise kvaliteet üks osa õendusabi kvaliteedist tervikuna.

Eestis teostatud uurimustööde põhjal selgub, et õendusdokumentatsiooni täitmine ei ole korrektne. Näiteks leidis Oolo (2005) oma uurimistöö käigus, et õendustegevused, mida õed ankeedis väitsid tegevat, ei leidnud nende täidetud õendusdokumentatsioonis kirjalikku kinnitust. Niisamuti tões Seera (2014) oma uurimistööd tehes, kus ankeedi avatud lõpuga küsimuse vastustes tõid õed ise välja, et suure töökoormuse tõttu on õendusdokumentatsioon jäänud täitmata. Siiski täheldas õendusdokumentatsiooni kvaliteeti hinnanud Põld (2017), uurides Tallinna Lastehaiglas õendusdokumentatsiooni kvaliteeti enne ja pärast dokumenteerimise alase (NANDA) koolituse läbiviimist, et õendusdokumentatsiooni kvaliteet on paranenud.

### 2.3. Õendusdokumentatsiooni kvaliteedi hindamine

PERH-is lähtutakse õendusdokumentatsiooni hindamisel erinevatest õendusdokumentide täitmisjuhenditest: õendusloo täitmise juhend, iseseisva statsionaarse õendusabi osakonna õendusloo täitmise juhend, haava hindamise ja haavahoolduse lehe täitmise juhend, lamatise lehe täitmise juhend, intensiivravi jälgimislehe täitmise juhend. Uurimistööde põhjal kasutatakse osadel juhtudel õendusdokumentatsiooni kvaliteedi hindamiseks asutusesisesel või riiklikel eesmärkidel loodud (Saranto ja Kinnunen 2009) auditeerimismõõdikuid, lähtudes sellest, kuidas uurijad ise kvaliteeti tajuvad (Wang jt 2011). Näiteks on õendusdokumentatsiooni kvaliteeti hinnatud seoses mõne tunnuse või teguri dokumenteerimisega, ilma õendusterminoloogiale tähelepanu pööramata, nagu lamatised (Gunningberg jt 2000), postoperatiivne valu (Dalton jt 2001, Idvall ja Ehrenberg 2002), lamatishaavandi hooldus (Ehrenberg ja Birgersson 2003) ja krooniline valu (Törnkvist jt 2003).

Kirjanduse uurimise põhjal leidub erinevaid instrumente/mõõdikuid, mida kasutatakse õendusdokumentatsiooni kvaliteedi selektiivsel hindamisel. Üheks neist on rootslaste loodud **NoGa** (*Nordstrom and Gardulf*) mõõdik, mille abil hinnatakse, kas õendusprotsessi etapid on kirjas ja kas dokumentatsioonil on kuupäev ning allkiri, kuid ei hinnata õendusdokumentatsiooni sisulist kvaliteeti (Nilsson ja Willman 2000). Niisamuti võib **Cat-ch-Ing** mõõdiku (Björvell jt 2000) puudusena välja tuua, et sellega mõõtmised ei too välja sisulist kvaliteedi erinevust puudulikult täidetud asjakohase õendusplaani ja korralikult täidetud, kuid sisult ebakvaliteetse õendusdokumentatsiooni vahel. Soomlaste Karkkaineni ja Erikssoni (2003) kasutatud **Lukander`s Nursing Audit** instrument mõõdab õendusdokumentatsiooni, lähtudes patsiendi hindamisest ja

selle dokumenteerimisest, õpetamisest ja õppimisest, patsiendi või perekonna emotsionaalse või füüsilisest toetamisest ja õendusabi hindamisest ning komplikatsioonide ja vigade ennetamisest. Kuna dokumentatsioon oli paberkandjal, siis nad pidasid antud mõõdikuga hindamist liiga aeganõudvaks ja väsitavaks ning mitte sobivaks lühiaegselt haiglas viibivate patsientide õendusdokumentatsiooni hindamiseks (Karkkainen ja Eriksson 2003).

Ükski eelpool loetletud mõõdikutest ei hinda õendusdokumentatsioonis terviksüsteemi NNN-i kasutamist/kajastamist, seega jäeti need uurimistöö eesmärgist lähtuvalt kõrvale. NANDA-l ja NIC-il põhinevat õendusdokumentatsiooni hindasid Thoroddsen ja Ehnfors (2007) Islandi ülikoolihaiglas omaloodud mõõdikuga. Vaatlustulemused näitasid planeeritud õendusabi, mitte aga teostatud õendusabi ja tulemuslikkust. Klehr jt (2009) kasutasid Ameerika Ühendriikides õendusdokumentatsiooni hindamisel oma meeskonna loodud mõõdikut, keskendudes NOC dokumenteerimisele, kus dokumenteerimisel oli aluseks NNN. Kui esimene nimetatud mõõdikutest ei võimalda hinnata õendustulemusi, siis teine keskendub ainult õendustulemustele.

Erinevate mõõdikute põhjal on loodud Hollandi (Paans jt 2010) ja Itaalia (D'Agostino jt 2015) keskhaiglates kasutatud **D-Catch** instrument, mis hindab õendusprotsessi struktuuri, andmeid anamneesi võtmisest, õendusdiagnoose, õendussekkumiste ühilduvust õendusdiagnoosiga, arengu (*progress*) ja tulemuste hindamist seotud/ühildatud õendusdiagnoosiga ja dokumentatsiooni loetavust (käsitsi või arvutis). Kuna see mõõdik võtab hinnatava õendusdokumentatsiooni puhul analüüsitavaks ühikuks ainult NNN-il põhineva terminoloogia, siis ei ole võimalik sellega hinnata õendusdokumentatsiooni asutustes, kus NNN ei ole veel õdede keelekasutuses levinud. Eestis kasutati D-Catch mõõdikut rakendusuringus „Õendusloo täitmise tulemuslikkus SA Tallinna Lastehaiglas“ (Põld 2017: 7) koostöös Tallinna Tervishoiu Kõrgkooliga. Selle raames valmisid mitmed õendusdokumentatsiooni kvaliteeti hindavad lõputööd, sh kirurgia osakonnas (Põld 2017), respiratoorsete infektsioonide osakonnas (Juhanson ja Hiiuväin 2017) ja ortopeedia osakonnas (Päri ja Ader 2017). D-Catch mõõdiku kasutamisel tegi Põld (2017) mööndusi, nt võttes õendussekkumiste hindamisel aluseks ainult õendusplaanis kirjeldatud õendussekkumised ning eirates teisi õendussekkumisi. Mõõdik ei ole sellest lähtuvalt reliaabel, sest korduval mõõtmisel ei pruugi saada samu tulemusi.

Eelpool loetletud mõõdikud on üksikud näited erinevatest õendusdokumentatsiooni kvaliteeti hindavatest mõõdikutest ja nende väljaarvamise põhjustest. Magistritöös võeti aluseks Müller-Staubi jt (2009) koostatud mõõdik **Q-DIO** (vt lisa 1), mille peamine eesmärk on hinnata dokumentatsioonis õendusdiagnooside dokumenteerimise täpsust, õendussekkumiste ja selle

efektiivsuse dokumenteerimise täpsust ning õendustulemuste ja selle kvaliteedi dokumenteerimise täpsust/kvaliteeti, keskendudes õendusannamneesis kirjeldatud probleemidele ja õenduspäevikule ning sõltumata sellest, kas õendusprotsessi kirjeldamisel on kasutatud standardit keelt või mitte. Mõõdik on ühtviisi rakendatav nii elektroonse kui ka paberil dokumentatsiooni hindamiseks. Seda võib kasutada enne ja pärast NNN-i rakendamist õendusdokumentatsioonis. Sellisel viisil kordumõõtmistega on võimalik hinnata õendusdokumentatsiooni õpetamise tulemuslikkust personalil ja jälgida standardit õendusdiagnooside, -sekkumiste ja -tulemuste juurutamise mõju praktikas. Need on ka mõõdiku valiku põhjendused, miks sai valitud Q-DIO mõõdik PERH õendusdokumentatsiooni kvaliteedi hindamise aluseks enne ja pärast elektroonse õendusdokumentatsiooni väljatöötamist. Q-DIO mõõdikut on rahvusvaheliselt testitud ja kasutatud aktiivravi haiglates Šveitsis (Müller-Staub jt 2008a, 2008b), Brasiilias (Costa Linch jt 2012, 2015) ja Ameerika Ühendriikides (Costa Linch jt 2015) ning on tehtud kordusuurimusi samas haiglas (Müller-Staub jt 2007, Müller-Staub 2009, Bruylants jt 2013). Mainitud uuringute tulemustes otseselt õendusdokumentatsiooni kvaliteedist ei räägita, vaid näib, et uurijad on veel Q-DIO mõõdiku testimise faasis ja kirjeldavad mõõdiku reliaabluse tulemusi. Samas võib öelda, et uurimistööd täitsid oma eesmärgi ehk Q-DIO mõõdiku kasutamise tulemusena saadi läbilõike uuritava õendusdokumentatsiooni dokumenteerimise kvaliteedi hetkeseisundist. Kvaliteedist saabki hakata rääkima alles siis, kui tehakse kordusuurimused ning saab hinnata esimese ja teise mõõtmise tulemusi. Kordumõõtmised näitasid dokumenteerimise kvaliteedi tõusu igas dimensioonis (Müller-Staub jt 2007, Müller-Staub 2009). Sellest lähtudes on pikaajsed (*longitudinal*) uurimistööd usaldusväärsemad kui läbilõikelised (*cross-sectional*) uurimistööd (Polit ja Beck 2010).

### **3. METOODIKA**

#### **3.1. Metodoloogilised lähtekohad**

Magistritöös kirjeldatakse õendusdiagnooside, -sekkumiste ja -tulemuste dokumenteerimise kvaliteeti õendusdokumentatsioonis retrospektiivselt, võttes aluseks struktureeritud vaatlusprotokolli Q-DIO (Müller-Staub jt 2009). Seda eelkõige seetõttu, et ka varasemates uurimistöodes on sarnaste uurimisküsimuste puhul kasutatud usaldusväärset just Q-DIO mõõdikut (Müller-Staub jt 2007, 2008a, 2008b, Müller-Staub 2009, Costa Linch jt 2012, 2015). Magistritöö tulemuseks on tagasivaatav läbilõige uuritavast nähtusest selle loomise hetkeolukorras, konkreetse keskkonnas ja konkreetset ajal hetkel dokumenteeritud kvaliteedi kirjeldus. Kuna struktureeritud mõõdikuga kogutud andmebaas oli numbriline, suhteliselt mahukas ja uuritava materjali valik mitmekülgne/esinduslik, analüüsi andmeid kirjeldava ja analüüsiva statistika abil. Uurimistulemuseks saadi usaldusväärsed andmed konkreetse haigla õendusabi dokumenteerimise kvaliteedi kohta 2016. aastal. Eelnevast lähtudes on tegu empiirilise retrospektiivselt läbilõikelise kvantitatiivse kirjeldava uurimistööga. (Polit ja Beck 2010, Grove ja CIPHER 2017.)

#### **3.2. Uuritav materjal**

Uuritavaks materjaliks oli juhuslik valik PERH-is kehtivast õendusdokumentatsioonist. PERH-is on kokku seitse kliinikut, kuid õenduslugusid täidetakse neist süstemaatiliselt viies kliinikus. Seega õendusdokumentatsioon, mida uuriti, pärines viiest kliinikust: järelravi kliinik, kirurgiikliinik, psühhiaatrikliinik, sisehaiguste kliinik ning onkoloogia- ja hematoloogiikliinik. Kui enamus kliinikutes on õenduslugu haigusloo osa ja arhiveeritakse haigusloo numbriga, siis järelravi kliinikus on ühes üksuses kasutusel iseseisva statsionaarse õendusabi osakonna õenduslugu, mis arhiveeritaksegi eraldiseisvana õendusloo numbriga, ilma haigusloota. Uuritava materjali valimiseks koondati kokku mõlemal viisil arhiveeritud õendusdokumentatsioonide numeratsioon kõigi 2016. aastal alustatud ja lõpetatud ravijuhtude kohta: 1) 2016. aasta õenduslood PERH-is (iseseisva statsionaarse õendusabi osakonna õenduslood järelravi kliinikus); 2) 2016. aasta haiguslood (sealhulgas kõigi struktuuriüksuste õenduslood, v.a diagnostika- ja anestezioloogiikliinik ning iseseisva statsionaarse õendusabi osakond järelravi kliinikus).

Võttes aluseks Costa Linchi jt (2015) tehtud uurimistööd, kus arvutati välja uuritava materjali minimaalne usaldusväärne hulk Q-DIO mõõdiku jaoks, on mõõdiku reliaabluse hindamiseks

Cronbach'i  $\alpha$  abil vajalik täita vähemalt 145 vaatlusprotokolli, st 5–10 vaatlust iga vaatluspunkti kohta. Seega planeeriti uuritava materjali hulgaks magistritöös 150 õendusdokumentatsiooni. Uuritava materjali esimeseks valikukriteeriumiks oli õendusloo/haigusloo alustamine ja lõpetamine PERH-is ajavahemikus 01.01.2016 kuni 31.12.2016. Selliseid õenduslugusid/haiguslugusid oli kvaliteediteenistuse andmetel kokku 33 873. Uuritava materjali teiseks valikukriteeriumiks oli, et iseseisev õenduslugu või haigusloos sisalduv õendusdokumentatsioon peab olema üle nelja päeva pikk. Selline kriteerium sai kehtestatud lähtuvalt mõõdiku autorite Müller-Staubi jt (2008a, 2008b) varasematest uurimiskogemustest, et info lühemat aega ravil viibivate patsientide õendusabi kohta ei ole analüüsiks piisav. Üle nelja päeva pikkuseid haiguslugusid ja eraldiseisvaid õenduslugusid oli kokku **20 236**. Nende seast valiti juhuslikkuse alusel välja **150 õendusdokumentatsiooni**. Selleks jagati valikukriteeriumitele vastava uuritava materjali koguarv 20 236 vaatluseks planeeritud uuritava materjali hulga 150-ga. Vastusena saadi ümardatult 135, mis tähistab, mitmes õenduslugu/haiguslugu kogu loendist valiti uuringusse. Õendusloo/haigusloo number, millest alustati loendamist, valiti loosiga. Esmalt pandi MS Exceli tabelisse kasvavas järjekorras kõikide antud ajavahemikul lõpetatud õenduslugude ja haiguslugude numbrid (N = 20236). Õendusloo/haigusloo numbrid on kuue- (psühhiaatrikliinik) või seitsmekohalised (teised kliinikud). Loosimisele läksid kuus viimast numbrit, sest seitsmekohalistel oli esimene number alati 1. Erapooletu kolleeg loosis välja kuus üksikut numbrit, tehes iga kord pimesi valiku just nendest ühekohalistest numbritest, mis antud numbrikohal võimalikud olid. Näiteks esimeses loosis olid valikus ainult numbrid kaks (psühhiaatrikliiniku haigusloo esimene number) ja kuus (ülejäanud kliinikute haiguslugude teine number) ning viimases loosis kõik numbrid nullist üheksani. Saadud kuuekohaline numbrikombinatsioon tähistas selle õendusloo/haigusloo numbrit, millest alustati kogu loetelust sammhaaval (iga 135) uuritava materjali väljavalmist. Arhiivist saadud õenduslood ja haiguslood kontrolliti üle, kas haigusloos olev õendusdokumentatsioon vastab teisele uurimiskriteeriumile, st on üle neli päeva pikk ja sisaldab enam, kui üksnes intensiivravi jälgimislehti. Kui haigusloos sisaldunud õendusdokumentatsioon oli lühem kui neli päeva või koosnes ainult intensiivravi jälgimislehtedest (st õenduslugu ei olnudki), siis valiti loetelus 135. sammust järgmine haiguslugu. Kokku jäid valimist välja ja asendati 18 (12%) haiguslugu, sest õenduslugu oli 3 päeva pikkune (7), haiguslugu koosnes vaid intensiivravi jälgimislehtedest (7) või oli arhiivist välja laenutatud (4). Kokku vaadeldi **3384** A4 formaadis **lehte** õendusdokumentatsiooni, mis sisaldas õendusanamneesi, õendusplaani, õenduspäevikut, patsiendi jälgimislehte A ja B, õendusloo ravilehte A, B ja C, korralduste märkimise lehte, psüühilise seisundi ja käitumise jälgimise lehte, konsultatsioonide/patsiendi ja/ või lähedaste õpetamise lehte, veresuhkru jälgimise ja ravilehte, tarbitud vedeliku ja diureesi jälgimise lehte, epiduraalanalgeesia jälgimislehte, PCA (*patient controlled analgesia*)

jälgimislehte, intensiivravipalati jälgimislehte, intensiivravi jälgimislehte A ja B, lamatise lehte ja lisalehte, haava hindamise ja haavahoolduse lehte.

### 3.3. Andmete kogumine

Andmeid koguti struktureeritud vaatlusega, kasutades vaatlusprotokollina kirjandusel põhinevat Müller-Staub jt (2009) loodud Q-DIO mõõdikut (vt lisa 1), mis koosneb 29 vaatluspunktist ja mis on mõõdiku autori poolt jagatud temaatiliselt neljaks dimensiooniks:

1. **Õendusdiagnoos kui protsess.** Õe-patsiendi professionaalne suhe on õendusdiagnoosi määramise eelduseks. Peamiselt saadakse informatsiooni õe ja patsiendi omavahelisest suhtlemisest ning selle protsessi tulemusena teeb õde koostöös patsiendiga kliinilise otsuse, määrates õendusdiagnoosi. Õendusdiagnoosi kui protsessi dimensioon mõõdikus hõlmab holistliku tervisehindamise individuaalseid tunnuseid ja sisaldab 11 vaatluspunkti.
2. **Õendusdiagnoosid kui väljendid** hõlmavad dokumenteeritud õendusdiagnoosi kvalitatiivseid kriteeriume nagu täpsus ja ühitatus. Nende hindamisel vaadeldakse probleemi määratlemise täpsust, võttes arvesse etioloogiat ning märke, sümptomeid või määravaid tunnuseid. Samuti vaadeldakse dokumentatsiooni põhjal õendusdiagnoosi ühitatust planeeritud eesmärgi ja õendussekkumistega. Õendusdiagnooside kui väljendite dimensioon sisaldab 8 vaatluspunkti.
3. **Õendussekkumised** hõlmavad planeeritud ja teostatud õendussekkumisi ja nende seostumist õendusdiagnoosidega. See dimensioon mõõdikus sisaldab 3 vaatluspunkti.
4. **Õendusabist sõltuvad patsienditulemused** sisaldavad vaatluspunkte, mis hindavad õendussekkumiste efektiivsuse ja saavutatud tulemuste kvaliteedi dokumenteerimist ning ühitatust õendusdiagnoosiga. See dimensioon koosneb 7 vaatluspunktist.

Uurimistöös ei lähtunud Müller-Staub jt (2009) mõõdiku Q-DIO dimensioonidest kogu mõõdiku ulatuses. Mõõdiku sisuvaliidsuse hindamisel leidsid autor ja põhijuhendaja, et vaatluspunktide teemad käsitlevad sisuliselt ka teisi teemasid, kui konkreetse dimensiooni koondnimetus seda aimata lubab. Seetõttu grupeeriti uurimistöö eesmärgist lähtuvalt uurimisküsimustele vastavad vaatluspunktid eraldi gruppidesse (vt tabel 3). Vaatluspunktid eraldivõetuna annavad paremad/konkreetsemad vastused uurimisküsimustele, kui seda teeks esialgsed dimensioonid.

**Tabel 3. Vaatluspunktide jagunemine vastavalt uurimisküsimustele**

Uurimisküsimus	Vaatluspunktid
1. Kuivõrd kvaliteetselt olid õendusdokumentatsioonis dokumenteeritud õendusdiagnoosid, sealhulgas:	
• patsiendi tervise seisundi hindamine;	1–11
• õendusdiagnoosi nimetus, selle etioloogia, tunnused ja sümptomid;	12–14,16
• õendusdiagnoosi seotus selle erinevate osade, õendussekkumiste ja –tulemustega?	15, 17–19, 29
2. Kuivõrd kvaliteetselt olid õendusdokumentatsioonis dokumenteeritud:	
• planeeritud ja teostatud õendussekkumised;	20,22
• õendussekkumiste efektiivsus?	21,28
3. Kuivõrd kvaliteetselt olid õendusdokumentatsioonis dokumenteeritud:	
• õendustulemused;	23–25
• õendustulemuste kvaliteet?	26–27

Mõõdikus oli kasutusel 3- ja 5-astmeline Likert-tüüpi skaala, mille rakendamine baseerub kirjandusest saadud soovitudele. 3-astmelise Likert-tüüpi skaalaga hinnati vaid esimest dimensiooni, sest tervisehindamise dokumenteerimise kvaliteedi mõõtmisel on varieeruvus väike. Samas on just esimese dimensiooni dokumenteerimise kvaliteet eelduseks teiste dimensioonide kvaliteetsele dokumenteerimisele, seega sisaldab ka kõige rohkem vaatluspunkte. Ülejäänud dimensioonide hindamisel kasutati 5-astmelist Likert-tüüpi skaalat, sest nende vaatluspunktide varieeruvus on tavaliselt suurem. (Müller-Staub jt 2009.)

Mõõdiku kasutamiseks ja tõlkimiseks on kirjalik luba professor Maria Müller-Staubilt (vt lisa 2). Magistritöö autor tõlkis originaalmõõdiku eesti keelde (vt lisa 3), lähtudes „Mõõdikute hankimise, tõlkimise ja kohandamise korrast“ õendusteaduse õppetoolis. Lähtudes samast korrast tegi eelvaatluse ekspertgrupp, mis koosnes magistritöö põhijuhendajast ja uurimistöö autorist. Eelvaatlus oli vajalik mõõdiku sisuvaliidsuse testimiseks ja vajadusel selle tõstmiseks (Polit ja Beck 2010). Ekspertgrupi moodustamisel lähtuti magistritöö autori pikaajast ametialasest kogemusest õena ja õendusdokumentatsiooni siseaudiitorina ning põhijuhendaja teadusmetodoloogilistest kogemustest mõõdikute usaldusväarsuse hindamisel ja andmete kogumisel. Magistritöö põhijuhendajale tegi töö autor uuritava materjali hulgast esimesest kümnest õendusloost/haigusloost koopiad õendusdokumentatsioonist, jättes välja patsiendiandmed ja kattes kinni dokumenteerijate andmed. Õenduslugusid/haiguslugusid hindas vaatlusprotokolli abil kumbki ekspert eraldi. Seejärel võrreldi saadud vaatlustulemusi punkthaaval omavahel. Kõik tekkinud erimeelsused vaatlusprotokollides arutati läbi ja koostati kirjalikult täpsustavad selgitused vaatluspunktide kaupa, mis aitasid uurijal vaatluspunktidele antud hinnanguid täpsemalt langetada. Seejärel otsustas ekspertgrupp hinnata koostatud selgituste abiga uuritava materjali seast veel kümne õendusdokumentatsiooni kvaliteeti. Järgnevad vaatlustulemused tõid välja vaid üksikud erimeelsused, mis arutati läbi ja otsustati, et enam muudatusi seletuste nimekirja ei ole vaja teha. Vaatluspunktide originaalset sõnastust/üheselt

mõistetavust ei pidanud ekspertgrupp vajalikuks muuta esimesel ega teisel eelvaatlusel. Sellest lähtuvalt lisas autor eelvaatlusega kogutud andmed uurimistöö andmebaasi.

Uuritava materjali laenutamiseks PERH-i arhiivist esitati laenutaotlus vastavalt „Arhiivitöö juhendile“ (Ots 2014) pärast PERH-i, Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetikakomitee kooskõlastuse (vt lisa 4) ja Andmekaitse Inspektsiooni loa (vt lisa 5) kättesaamist. Magistritöö autor kogus andmed dokumentide vaatlusega kolme kuu jooksul **20.06.2017–18.08.2017**. Kuna dokumentatsiooni ei tohi haiglast välja viia, siis nende hindamine toimus piiratud ligipääsuga kvaliteediteenistuse ruumis, kus autor ise töötab. Selles ruumis on lukustatav kapp, kus hoitakse teenistuse töötajate juures ülevaatusel olevaid haiguslugusid. Õenduslugude/haiguslugude numbrid kodeeriti MS Exceli programmis. Õenduslugude/haiguslugude vaatluse andmed märkis magistritöö autor vaatluse ajal esmalt paberile, mis tegi vaatluspunktid ja -hinnangud visuaalselt selgemaks/haaratavamaks. Seejärel sisestas uurija andmed MS Exceli programmis loodud andmebaasi tööarvutis, mis on kaitstud uurija isikliku parooliga.

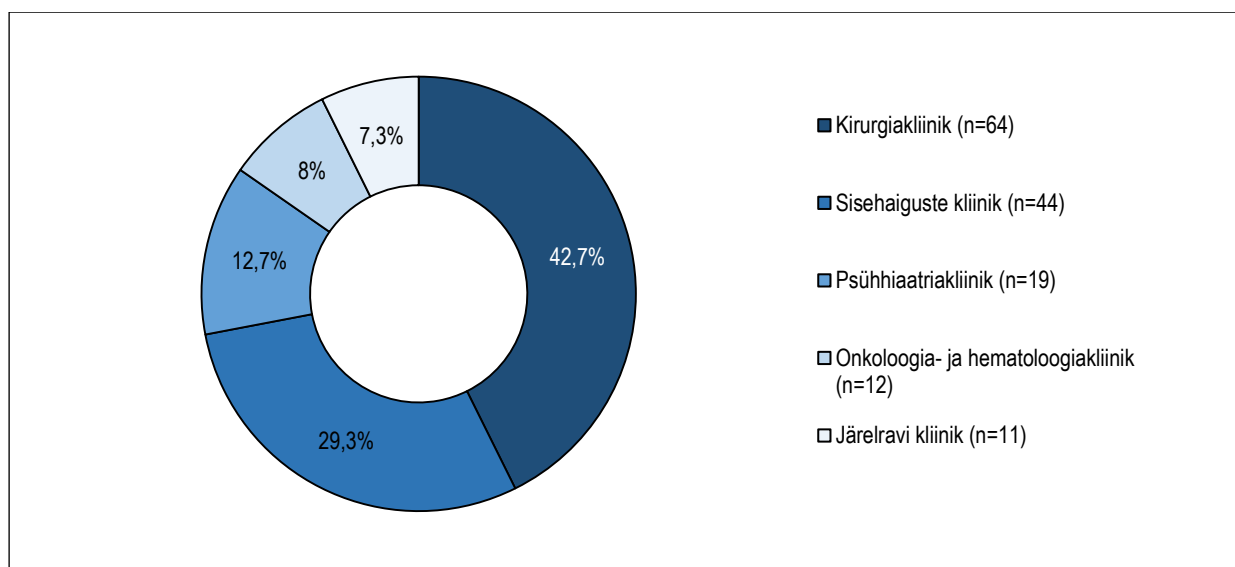
### **3.4. Andmete analüüsimine**

Andmebaas moodustati 150-s vaatlusprotokollis märgitud numbritest Likert-tüüpi skaalal 2–0 või 4–0, mis võimaldas teostada andmete kvantitatiivset analüüsi (Grove ja Ciper 2017). Tuginedes varasematele uurimistöödele (Müller-Staub jt 2007, 2008a, 2008b, Müller-Staub 2009, Costa Linch jt 2012, 2015) kasutati andmete analüüsiks kirjeldavat statistikat ja mõõdiku reliaabluse hindamiseks analüüsivat statistikat. Kirjeldava statistikana kasutati sagedusjaotusi (n ja %) vaatluspunktidele skaaladel 2–0 ja 4–0 antud hinnanguskooride esinemissageduse kirjeldamiseks ning miinimumi (min), maksimumi (max), mediaani (Me), keskmise (M) ja standardhälbe (SD) leidmiseks. Analüüsiva statistikana kasutati Cronbach'i  $\alpha$  arvutamist kogu mõõdiku kohta tervikuna ja iga dimensiooni kohta eraldi reliaabluse uurimiseks. Andmetöötlus ja analüüs on tehtud programmis MS Excel 2016.

## 4. TULEMUSED

### 4.1. Uuritava materjali kirjeldus

Kokku täideti vaatlusprotokoll 150 õendusdokumentatsiooni kohta, mille jagunemine kliinikute kaupa on esitatud joonisel 1. Ühe haigusjuhu kohta uuritav õendusdokumentatsioon koosnes minimaalselt 5-st ja maksimaalselt 214-st leheküljest. Keskmiselt koosnes uuritav õendusdokumentatsioon 22,6-st leheküljest (Me = 16, SD = 24,63). Kokku oli vaatlusaluseid lehekülgi A4 formaadis 3384. Vaatlusesse sattus juhuslikkuse printsiibi alusel 80 meespatsiendi ja 70 naispatsiendi õenduslood/haiguslood, patsientide keskmine vanus oli 63,1 aastat (Me = 66; SD = 15,84), vanim patsient oli 95-aastane ja noorim 7-aastane. Keskmiselt oli haigusloo/õendusloo kestus 14,5 päeva (min = 5 päeva, max = 69 päeva, Me = 9; SD = 12,87).



Joonis 1. Uuritud õendusdokumentatsiooni jagunemine kliinikute kaupa

### 4.2. Õendusdiagnoosi dokumenteerimise kvaliteet õendusdokumentatsioonis

#### 4.2.1. Patsiendi terviseseisundi hindamise dokumenteerimise kvaliteet

Patsiendi terviseseisundi hindamise dokumenteerimise kvaliteet kajastub vaatluspunktile nr 1–11 (vt lisa 3) antud hinnangutes skaalal 2–0 (2-korrektelt dokumenteeritud; 1-osaliselt dokumenteeritud; 0-puudub). Tabelis 4 on esitatud patsiendi terviseseisundi hindamise dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised (M) ja standardhälbed (SD). Ülevaate kõikide vaatluspunktide statistika kohta annab koondtabel lisa 6.

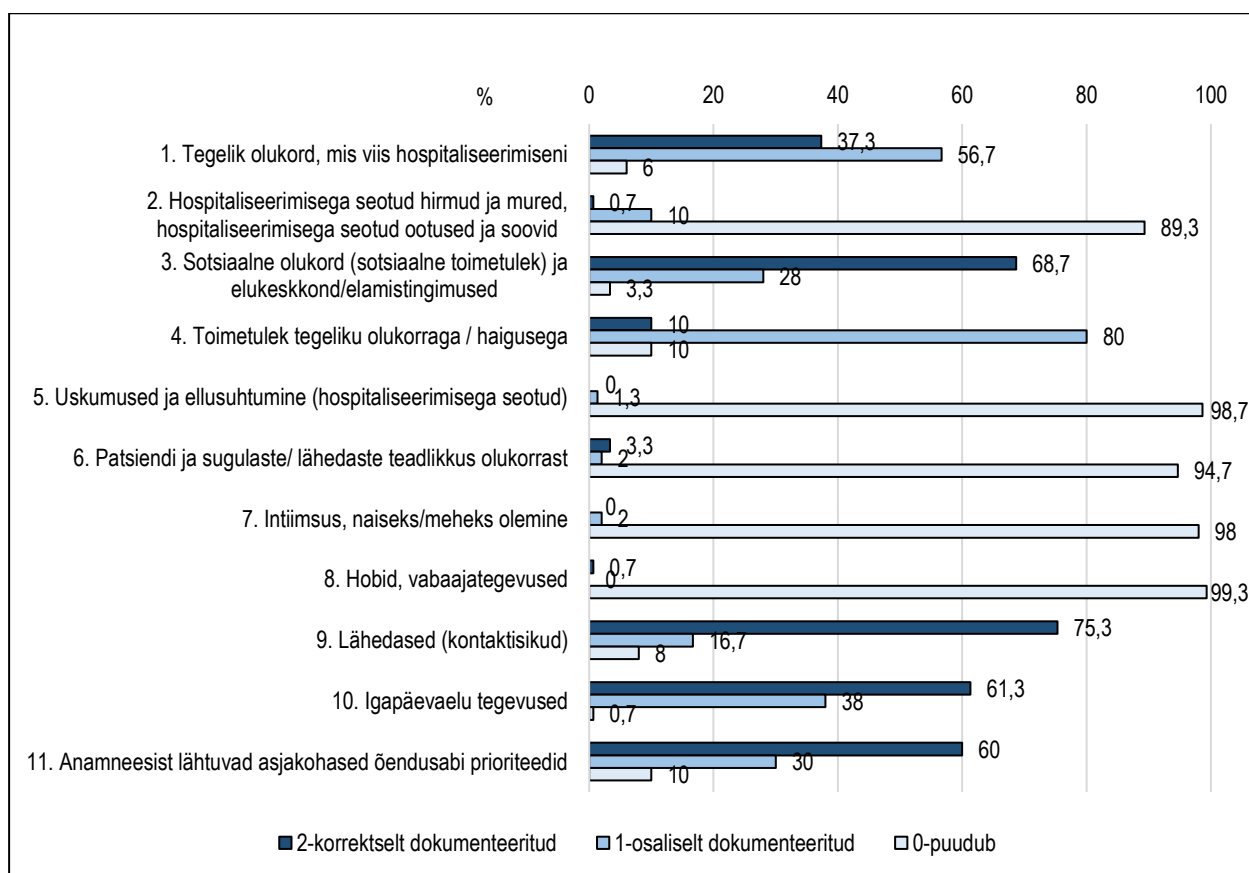
**Tabel 4. Patsiendi terviseseisundi hindamise dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised ja standardhälbed 3-astmelisel skaalal (2-1-0)**

Nr vaatlus-protokollis	Vaatluspunkt õendusdokumentatsioonis	M	SD
1	Tegelik olukord, mis viis hospitaliseerimiseni	1,31	0,58
2	Hospitaliseerimisega seotud hirmud ja mured, hospitaliseerimisega seotud ootused ja soovid	0,12	0,35
3	Sotsiaalne olukord (sotsiaalne toimetulek) ja elukeskkond/elamistingimused	1,65	0,54
4	Toimetulek tegeliku olukorraga / haigusega	1,00	0,45
5	Uskumused ja ellusuhtumine (hospitaliseerimisega seotud)	0,02	0,14
6	Patsiendi ja sugulaste/ lähedaste teadlikkus olukorrast	0,09	0,38
7	Intiimsus, naiseks/meheks olemine	0,02	0,14
8	Hobid, vabaajategevused	0,01	0,16
9	Lähedased (kontaktisikud)	1,67	0,62
10	Igapäevaelu tegevused	1,61	0,50
11	Anamneesist lähtuvad asjakohased õendusabi prioriteedid	1,50	0,67

Joonisel 2 on esitatud sagedusjaotused patsiendi terviseseisundi hindamise dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute kaupa skaalal 2–0 (2-korrektelt dokumenteeritud; 1-osaliselt dokumenteeritud; 0-puudub). Kasutades samu järjekorranumbreid, mis mõõdikus (vt lisa 3), on vaatluspunktide nr 1–11 vaatlustulemused lahtikirjutatud järgmiselt:

1. Rohkem kui pooltes (56,7%; n = 85) õendusdokumentatsioonides oli kirjas **hospitaliseerimise põhjus**, nt „operatsiooniks“, „uuringuteks“ või „diagnoosi täpsustamiseks“. Uuritavast materjalist 37,3%-l (n = 56) oli põhjusele juurde lisatud operatsiooni või protseduuri nimetus või patsiendi seisundi kirjeldus. Hospitaliseerimise põhjuse kohta sissekanded puudusid 6%-l (n = 9) uuritavast materjalist.
2. **Hospitaliseerimisega seotud hirmude, murede/ootuste ja soovide** kohta puudus märge 89,3%-l (n = 134) õendusdokumentatsioonidest. Märkusi selle kohta, et patsient oli tahtevastaselt hospitaliseeritud või kui patsient ei söönud/joonud midagi konkreetset, oli 10%-l (n = 15) uuritavast materjalist. Hirme ja muresid/ootuseid seoses hospitaliseerimisega oli kirjeldatud õendusprobleemina ühes õenduspäevikus (0,7%; n = 1).
3. **Sotsiaalne olukord/toimetulek ja elukeskkond** olid mõlemad õendusanamneesis märgitud 68,7%-l uuritavast materjalist (n = 103). Õendusanamneese, kus üks neist oli märkimata, oli 28% (n = 42) ning neid, kus mõlemad olid märkimata 3,3% (n = 5).
4. **Toimetulek tegeliku olukorraga/haigusega** oli märgitud 80%-l (n = 120) uuritavast materjalist 1-punkti vääriliselt, sest nendes oli õendusanamneesis märgitud patsiendi vaimne toimetulek. Maksimumi 2-punkti vääriliseks hinnati 10% (n = 15) õendusdokumentatsioonidest, kus oli lisaks vaimsele toimetulekule õendusanamneesis märgitud õenduspäevikus ka haigusega toimetulek. Õendusdokumentatsioonidest 10%-l (n = 15) puudusid sissekanded toimetuleku kohta.

5. **Patsiendi uskumused ja ellusuhtumine** oli dokumenteerimata 98,7%-l (n = 148) uuritavast materjalist, vaid 1,3%-l (n = 2) oli osaliselt korrektselt kirjeldatud patsiendi uskumust või ellusuhtumist.
6. **Patsiendi ja sugulaste/lähedaste teadlikkus patsiendi olukorrast** oli dokumenteerimata 94,7%-l (n = 142) õendusdokumentatsioonidest. Lähedaste teadlikkust olukorrast oli õenduspäevikutes korrektselt kirjeldatud 3,3%-l (n = 5) ning patsiendi saabumist haiglasse kellegagi koos oli 1-punkti vääriliselt kirjeldatud 2%-s (n = 3) uuritavast materjalist.
7. **Intiimsuse ja naiseks/meheks** olemise kohta märkmed puudusid 98%-l (n = 147) õendusdokumentatsioonidest, vaid 2% (n = 3) uuritavast materjalist sisaldas märgatavat patsiendi soo kohta.
8. **Hobid, vabaajategevused** ei ole kajastatud 99,3%-l (n = 149) õendusdokumentatsioonidest, kuid ühes uuritavas materjalis (0,7%) oli vabaaja tegevus korrektselt kirjas.
9. **Lähedaste (kontaktisikute)** andmed olid märgitud korrektselt 75,3%-l (n = 113) õendusdokumentatsioonidest. Samas puudus 16,7%-l (n = 25) uuritavast materjalist kontaktisiku nimi või suhe patsiendiga või tema telefoni number. Informatsioon lähedaste (kontaktisikute) kohta puudus üldse 8%-l (n = 12) õendusanamneesidest.
10. **Igapäevaelu tegevused** olid dokumenteeritud 61,3%-l (n = 92) õendusdokumentatsioonidest korrektselt ja 38%-l (n = 57) osaliselt korrektselt ning 0,7%-l (n = 1) õendusdokumentatsioonidest olid need jäänud märkimata.
11. **Anamneesist lähtuvad asjakohased õendusabi prioriteedid** olid korrektselt välja toodud 60%-s (n = 90) ja osaliselt dokumenteeritud 30%-l (n = 45) uuritavast materjalist. Õendusdokumentatsioonidest 10%-l (n = 15) vastav sissekanne puudus.



**Joonis 2. Patsiendi terviseseisundi hindamise dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute jagunemine (%) 3-astmelisel skaalal (2-1-0)**

#### 4.2.2. Õendusdiagnoosi nimetuse, selle etioloogia, tunnuste ja sümptomite dokumenteerimise kvaliteet

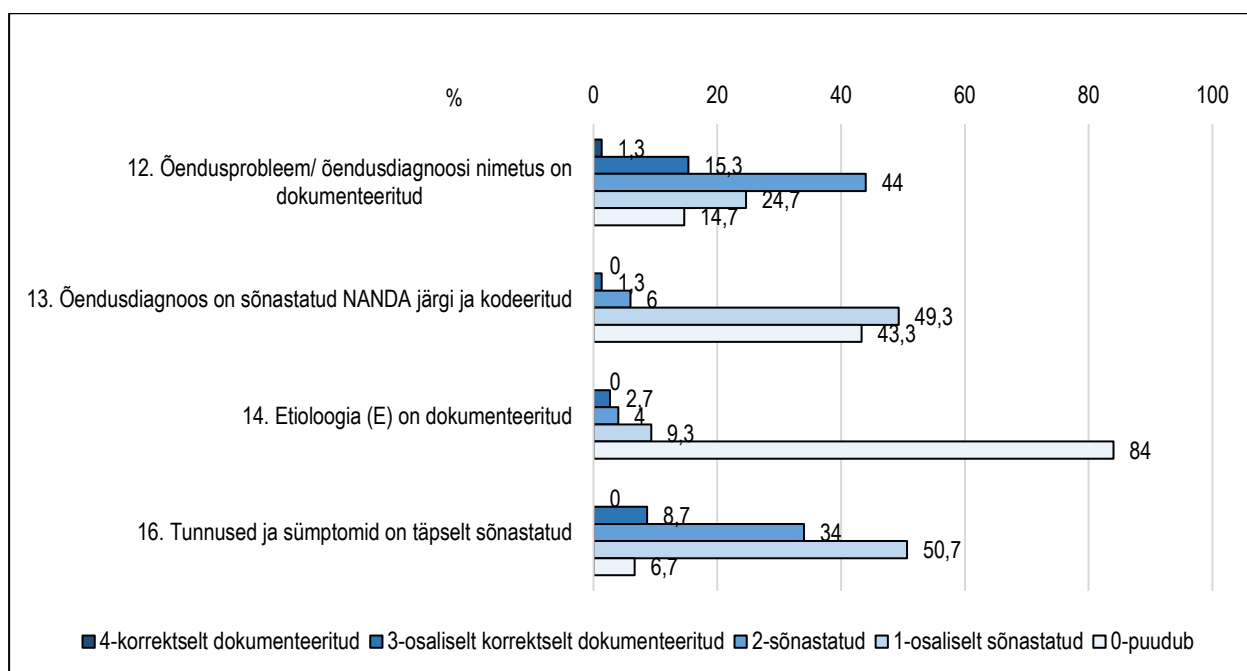
Õendusdiagnoosi nimetuse, selle etioloogia, tunnuste ja sümptomite dokumenteerimise kvaliteet kajastub vaatluspunktile nr 12–14 ja 16 (vt lisa 3) antud hinnangutes skaalal 4–0 (4-korrektelt dokumenteeritud; 3-osaliselt korrektelt dokumenteeritud; 2-sõnastatud; 1-osaliselt sõnastatud; 0-puudub). Tabelis 5 on esitatud õendusdiagnoosi kui väljendi dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised (M) ja standardhälbed (SD). Ülevaate kõikide vaatluspunktide statistika kohta annab koondtabel lisa 6.

**Tabel 5. Õendusdiagnoosi nimetuse, etioloogia, tunnuste ja sümptomite dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised ja standardhälbed 5-astmelisel skaalal (4-3-2-1-0)**

Nr vaatlus-protokollis	Vaatluspunkt õendusdokumentatsioonis	M	SD
12	Õendusprobleem/ õendusdiagnoosi nimetus on dokumenteeritud	1,64	0,96
13	Õendusdiagnoos on sõnastatud NANDA järgi ja kodeeritud	0,64	0,63
14	Etioloogia (E) on dokumenteeritud	0,25	0,66
16	Tunnused ja sümptomid on täpselt sõnastatud	1,45	0,75

Joonisel 3 on esitatud sagedusjaotused õendusdiagnoosi kui väljendi dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute kaupa skaalal 4–0 (4-korrektsest dokumenteeritud; 3-osaliselt korrektsest dokumenteeritud; 2-sõnastatud; 1-osaliselt sõnastatud; 0-puudub). Kasutades samu järjekorranumbreid, mis mõõdikus (vt lisa 3), on vaatluspunktide nr 12–14 ja 16 vaatlustulemused lahtikirjutatud järgmiselt:

12. **Õendusprobleemide või õendusdiagnooside nimetused** olid sõnastatud 44%-l (n = 66) õendusdokumentatsioonidest. Osaliselt olid sõnastatult need 24,7%-l (n = 37) ja osaliselt korrektsest oli sõnastatud 15,3%-l (n = 23) õendusdokumentatsioonidest. Õendusprobleem oli korrektsest sõnastatud 1,3%-l (n = 2) uuritavast materjalist ja õendusprobleemi ei olnud üldse dokumenteeritud 14,7%-l (n = 22) uuritavast materjalist.
13. **Õendusdiagnoos** oli **osaliselt sõnastatud NANDA järgi** 49,3%-l (n = 74) õendusdiagnoosidest. Samas oli see hoopis puudu 43,3%-l (n = 65) õendusdokumentatsioonidest. Õendusdiagnoos oli 2-punkti vääriliselt sõnastatud NANDA järgi 6%-l (n = 9) uuritavast materjalist. Osaliselt korrektseid (3-punkti väärilisi) õendusdiagnoosi sõnastusi NANDA järgi oli 1,3%-l (n = 2) õendusdokumentatsioonidest.
14. Õendusdiagnoosi/õendusprobleemi **etioloogia** ei ole õendusdokumentatsioonidest enamuses (84%; n = 126) üldse dokumenteeritud. Osaliselt sõnastatuks (1-punkti vääriliseks) loeti need kirjed, kus olid õdede poolt kirja pandud arstlik diagnoos, mis viitas etioloogiale (nt kasvaja diagnoos). Selliseid õendusdokumentatsioone oli 9,3% (n = 14). Etioloogia oli 2-punkti vääriliselt sõnastatud 4%-l (n = 6) uuritavast materjalist. Õendusdokumentatsioonidest 2,7%-l (n = 4) oli seda tehtud 3-punkti vääriliselt.
16. **Tunnused ja sümptomid** olid osaliselt sõnastatud 50,7%-l (n = 76) ja sõnastatud 34%-l (n = 51) uuritavast materjalist. Osaliselt korrektsest oli neid dokumenteeritud 8,7%-l (n = 13) õendusdokumentatsioonidest. Tunnused ja sümptomid ei olnud dokumenteeritud 6,7%-l (n = 10) uuritavast materjalist.



**Joonis 3. Õendusdiagnoosi nimetuse, selle etioloogia, tunnuste ja sümptomite dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute jagunemine (%) 5-astmelisel skaalal (4-3-2-1-0)**

4.2.3. Õendusdiagnoosi erinevate osade, õendussekkumiste ja -tulemustega seotuse dokumenteerimise kvaliteet

Õendusdiagnoosi erinevate osade, õendussekkumiste ja -tulemustega seotuse dokumenteerimise kvaliteet kajastub vaatluspunktile nr 15, 17–19 ja 29 (vt lisa 3) antud hinnangutes skaalal 4–0 (4-korrektelt vastavuses; 3-osaliselt korrektelt vastavuses; 2-sõnastatud seotult; 1-osaliselt sõnastatud seotult; 0-puudub). Tabelis 6 on esitatud õendusdiagnoosi seotuse dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised (M) ja standardhälbed (SD). Ülevaate kõikide vaatluspunktide statistika kohta annab koondtabel lisa 6.

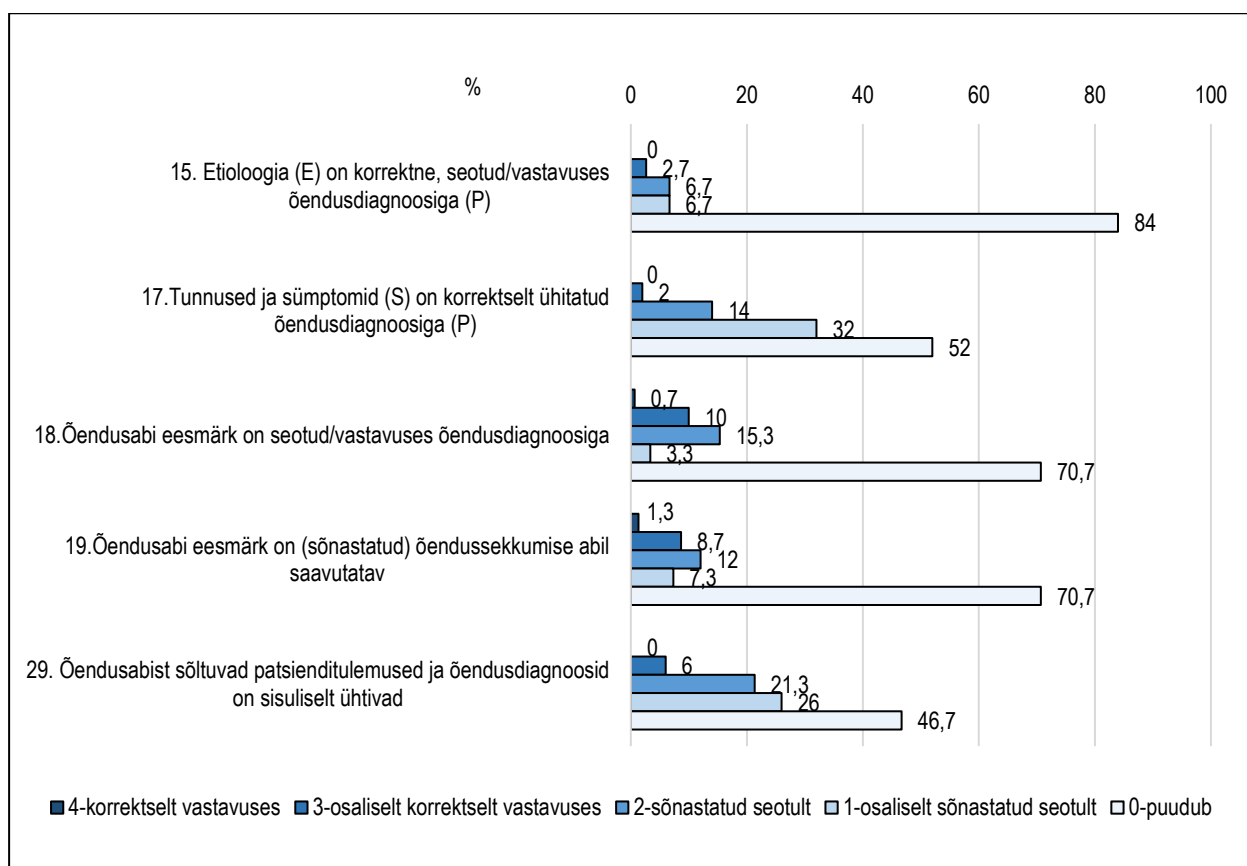
**Tabel 6. Õendusdiagnoosi erinevate osade, õendussekkumiste ja -tulemustega seotuse dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised ja standardhälbed 5-astmelisel skaalal (4-3-2-1-0)**

Nr vaatlus-protokollis	Vaatluspunkt õendusdokumentatsioonis	M	SD
15	Etioloogia (E) on korrektne, seotud/vastavuses õendusdiagnoosiga (P)	0,28	0,71
17	Tunnused ja sümptomid (S) on korrektelt ühitatud õendusdiagnoosiga (P)	0,66	0,79
18	Õendusabi eesmärk on seotud/vastavuses õendusdiagnoosiga	0,67	1,11
19	Õendusabi eesmärk on (sõnastatud) õendussekkumise abil saavutatav	0,63	1,09
29	Õendusabist sõltuvad patsienditulemused ja õendusdiagnoosid on sisuliselt ühtivad	0,86	0,95

Joonisel 4 on esitatud sagedusjaotused õendusdiagnoosi ja õendusprotsessi teiste osade seotuse dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute kaupa skaalal 4–0 (4-korrektelt vastavuses; 3-osaliselt korrektelt vastavuses; 2-sõnastatud seotult; 1-osaliselt sõnastatud seotult; 0-puudub).

Kasutades samu järjekorranumbreid, mis mõõdikus (vt lisa 3), on vaatluspunktide nr 15, 17–19 ja 29 vaatlustulemused lahtikirjutatud järgmiselt:

15. Õendusdokumentatsioonidest 84%-l (n = 126) ei olnud **etioloogia seotud/vastavuses õendusdiagnoosiga**, sest viimane lihtsalt puudus. Võrdselt 6,7%-l (n = 10) õendusdokumentatsioonist oli etioloogia kas sõnastatud või osaliselt sõnastatud seotult õendusdiagnoosiga. Osaliselt korrekselt vastavuses õendusdiagnoosiga oli etioloogia dokumenteeritud 2,7%-l (n = 4) uuritavast materjalist.
17. **Tunnused ja sümptomid** ei olnud **ühitatud õendusdiagnoosiga** 52%-l (n = 72) õendusdokumentatsioonidest. Osaliselt sõnastatud seotult olid need 32%-l (n = 48), sõnastatud seotult 14%-l (n = 21) ja osaliselt korrekselt vastavuses 2%-l (n = 3) uuritavast materjalist.
18. **Õendusabi eesmärk** ei olnud **seotud õendusdiagnoosiga** 70,7%-l (n = 106) õendusdokumentatsioonidest. Sõnastatud seotult õendusdiagnoosiga oli dokumenteeritud 15,3%-l (n = 23), osaliselt korrekselt vastavuses 10%-l (n = 15) uuritavast materjalist ja osaliselt sõnastatud seotult 3,3%-l (n = 5). Korrekselt oli dokumenteeritud õendusabi eesmärgi vastavus õendusdiagnoosiga 0,7%-l (n = 1) õendusdokumentatsioonidest.
19. Sekkumist seoses õendusabi eesmärgiga ei ole kirjas 70,7%-l (n = 106) õendusdokumentatsioonidest. **Õendussekkumine, mille abil õendusabi eesmärk saavutatakse**, oli sõnastatud seotult 12%-l (n = 18) ja osaliselt korrekselt vastavuses 8,7%-l (n = 13) ning osaliselt sõnastatud seotult 7,3%-l (n = 11) uuritavast materjalist. Õendussekkumine oli dokumenteeritud korrekselt vastavuses eesmärgiga vaid 1,3%-l (n = 2) õendusdokumentatsioonidest.
29. **Õendusabist sõltuvad patsienditulemused ja õendusdiagnoosid** ei ole sisuliselt ühtivad 46,7%-l (n = 70) õendusdokumentatsioonidest. Osaliselt seotult (1-punkti vääriliselt) oli neid sõnastatud 26%-l (n = 39) ja seotult sõnastatud 21,3%-l (n = 32) uuritavast materjalist. Õendusabist sõltuvad patsienditulemused olid dokumenteeritud osaliselt korrekselt vastavuses õendusdiagnoosidega 6%-l (n = 9) õendusdokumentatsioonidest.



**Joonis 4. Õendusdiagnoosi erinevate osade, õendussekkumiste ja -tulemustega seotuse dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute jagunemine (%) 5-astmelisel skaalal (4-3-2-1-0)**

### 4.3. Õendussekkumiste dokumenteerimise kvaliteet õendusdokumentatsioonis

#### 4.3.1. Planeeritud ja teostatud õendussekkumiste dokumenteerimise kvaliteet

Planeeritud ja teostatud õendussekkumiste dokumenteerimise kvaliteet kajastub vaatluspunktile nr 20 ja 22 (vt lisa 3) antud hinnangutes skaalal 4–0 (4-korrektelt dokumenteeritud; 3-osaliselt korrektelt dokumenteeritud; 2-sõnastatud; 1-osaliselt sõnastatud; 0-puudub). Tabelis 7 on esitatud õendussekkumiste dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised (M) ja standardhälbed (SD). Ülevaate kõikide vaatluspunktide statistika kohta annab koondtabel lisa 6.

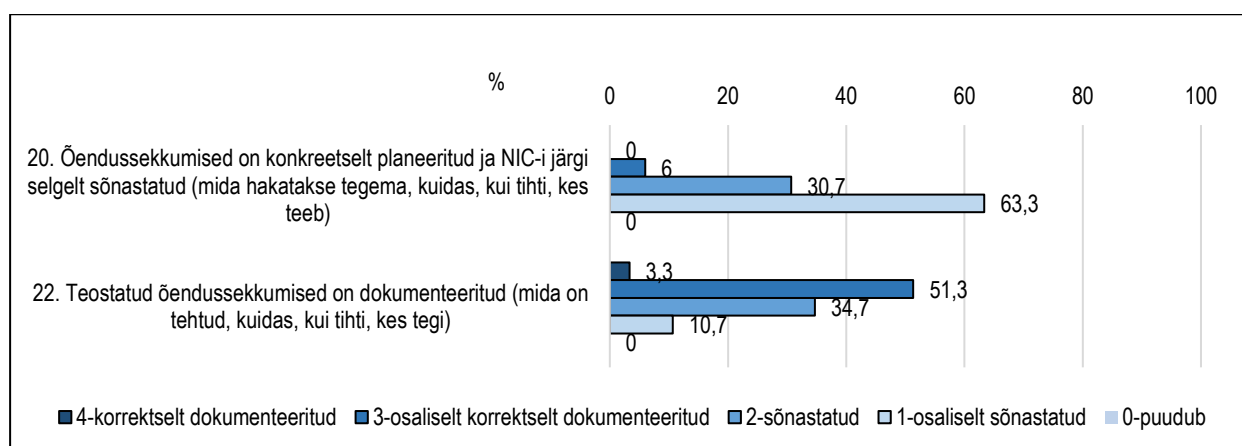
**Tabel 7. Planeeritud ja teostatud õendussekkumiste dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised ja standardhälbed 5-astmelisel skaalal (4-3-2-1-0)**

Nr vaatlus-protokollis	Vaatluspunkt õendusdokumentatsioonis	M	SD
20	Õendussekkumised on konkreetselt planeeritud ja NIC-i järgi selgelt sõnastatud (mida hakatakse tegema, kuidas, kui tihti, kes teeb)	1,43	0,61
22	Teostatud õendussekkumised on dokumenteeritud (mida on tehtud, kuidas, kui tihti, kes tegi)	2,47	0,74

Joonisel 5 on esitatud sagedusjaotused õendussekkumiste dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute kaupa skaalal 4–0 (4-korrektset dokumenteeritud; 3-osaliselt korrektselt dokumenteeritud; 2-sõnastatud; 1-osaliselt sõnastatud; 0-puudub). Kasutades samu järjekorranumbreid, mis mõõdikus (vt lisa 3), on vaatluspunktide nr 20 ja 22 vaatlustulemused lahtikirjutatud järgmiselt:

20. **Planeeritud õendussekkumised** olid osaliselt **sõnastatud NIC-i järgi** 63,3%-l (n = 95) õendusdokumentatsioonidest. Näiteks olid olemas sissekanded õendusloo ravilehel ravimi manustamise kohta, kuid puudusid sissekanded õendussekkumiste planeerimise kohta teistes dokumentides. Õendussekkumised on sõnastatud (2-punkti vääriliselt) 30,7%-l (n = 46) uuritavast materjalist ja osaliselt korrektselt on seda dokumenteeritud 6%-l (n = 9). Näiteks, lisaks olemasolevatele õendusloo ravilehe kannetele puudusid õendusdokumentatsiooni kanded kas õendusplaani või korralduste märkimise lehe näol või õenduspäevikus ei olnud tegevus konkreetse eesmärgiga planeeritud.

22. **Teostatud õendussekkumised olid dokumenteeritud** osaliselt korrektselt 51,3%-l (n = 77) õendusdokumentatsioonidest. Näiteks puudusid õe sissekande/sekkumise dokumenteerimise juures pitsati jäljend, perifeerse veenikanüüli paigaldamise kellaaeg vms. Õendussekkumised olid sõnastatud 34,7%-l (n = 52) õendusdokumentatsioonidest. Näiteks puudusid jälgimislehel valveõe sissekanded, perifeerse veenikanüüli igapäevase kontrolli sissekanded, või ei olnud võimalik aru saada, millal kanüüli oli vahetatud. Õendussekkumised olid osaliselt sõnastatud 10,7%-l (n = 16) uuritavast materjalist. Näiteks puudus jälgimisleht B ja selle sissekanded, puudus haava hindamise ja hoolduse leht ja selle sissekanded. Teostatud õendussekkumised olid korrektselt dokumenteeritud 3,3%-l (n = 5) õendusdokumentatsioonidest.



**Joonis 5. Planeeritud ja teostatud õendussekkumiste dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute jagunemine (%) 5-astmelisel skaalal (4-3-2-1-0)**

#### 4.3.2. Õendussekkumiste efektiivsuse dokumenteerimise kvaliteet

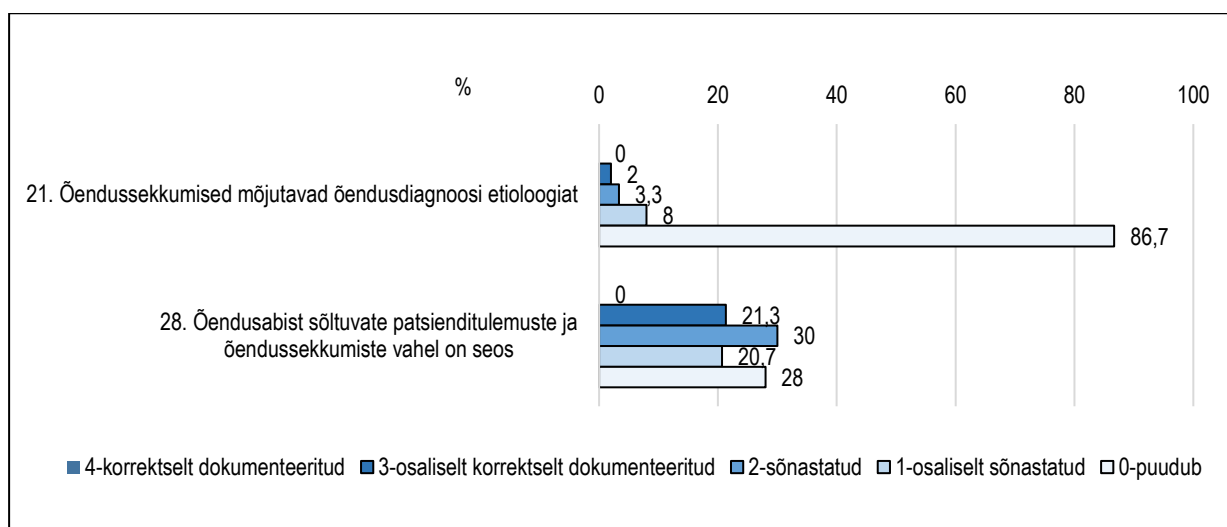
Õendussekkumiste efektiivsuse dokumenteerimise kvaliteet kajastub vaatluspunktile nr 21 ja 28 (vt lisa 3) antud hinnangutes skaalal 4–0 (4-korrektelt dokumenteeritud; 3-osaliselt korrektelt dokumenteeritud; 2-sõnastatud; 1-osaliselt sõnastatud; 0-puudub). Tabelis 8 on esitatud õendussekkumiste efektiivsuse dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised (M) ja standardhälbed (SD). Ülevaate kõikide vaatluspunktide statistika kohta annab koondtabel lisa 6.

**Tabel 8. Õendussekkumiste efektiivsuse dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised ja standardhälbed 5-astmelisel skaalal (4-3-2-1-0)**

Nr vaatlus- protokollis	Vaatluspunkt õendusdokumentatsioonis	M	SD
21	Õendussekkumised mõjutavad õendusdiagnoosi etioloogiat	0,21	0,59
28	Õendusabist sõltuvate patsienditulemuste ja õendussekkumiste vahel on seos	1,44	1,12

Joonisel 6 on esitatud sagedusjaotused õendussekkumiste efektiivsuse dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute kaupa skaalal 4–0 (4-korrektelt dokumenteeritud; 3-osaliselt korrektelt dokumenteeritud; 2-sõnastatud; 1-osaliselt sõnastatud; 0-puudub). Kasutades samu järjekorranumbreid, mis mõõdikus (vt lisa 3), on vaatluspunktide nr 21 ja 28 vaatlustulemused lahtikirjutatud järgmiselt:

21. **Dokumenteeritud õendussekkumised ei mõjutanud õendusdiagnoosi etioloogiat** 86,7%-l (n = 130) õendusdokumentatsioonidest, sest etioloogiat ei olnud kirjas ega ka seega seostatud sekkumistega. Uuritavast materjalist 8%-l (n = 12) oli õendussekkumiste mõju õendusdiagnoosi etioloogiale osaliselt sõnastatud. 3,3%-l (n = 5) uuritavast materjalist oli see sõnastatud ning seos oli osaliselt korrektelt dokumenteeritud 2%-l (n = 3) õendusdokumentatsioonidest.
28. **Õendusabist sõltuvate patsienditulemuste ja õendussekkumiste vahel oli seos** sõnastatud 30%-l (n = 45) õendusdokumentatsioonidest. Märge seose kohta puudus 28%-l (n = 42) uuritavast materjalist. Patsienditulemuse ja õendussekkumise vahel oli seos osaliselt korrektelt dokumenteeritud 21,3%-s (n = 32) ja osaliselt sõnastatud 20,7%-l (n = 31) õendusdokumentatsioonidest.



**Joonis 6. Öendussekumiste efektiivsuse dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute jagunemine (%) 5-astmelisel skaalal (4-3-2-1-0)**

#### 4.4. Öendustulemuste dokumenteerimise kvaliteet öendusdokumentatsioonis

##### 4.4.1. Öendustulemuste dokumenteerimise kvaliteet

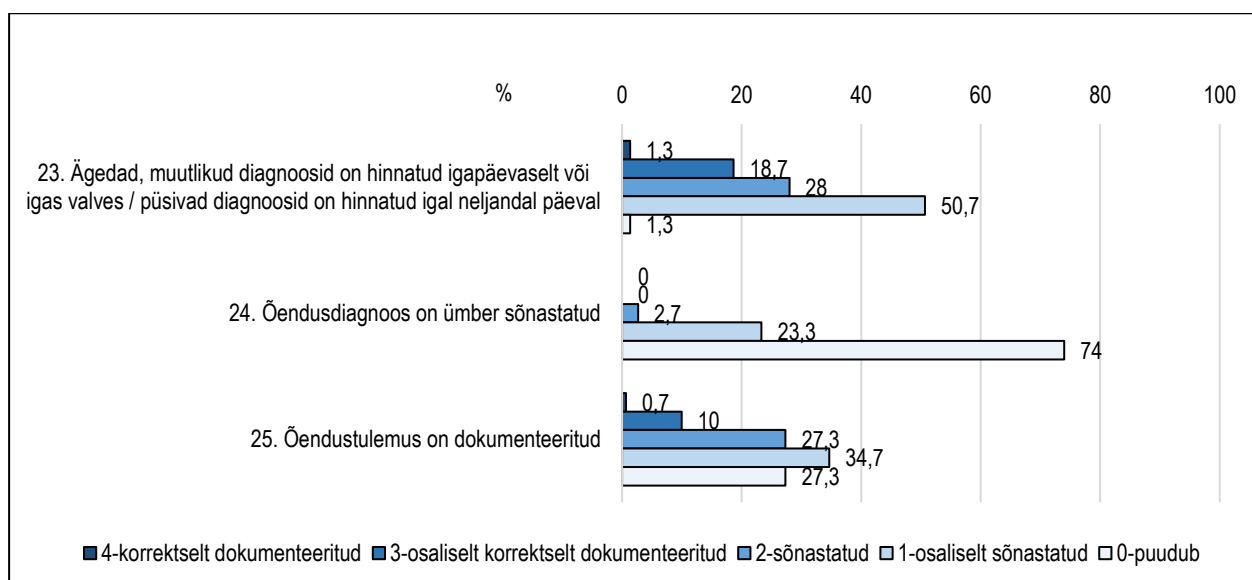
Öendustulemuste dokumenteerimise kvaliteet kajastub vaatluspunktile nr 23–25 (vt lisa 3) antud hinnangutes skaalal 4–0 (4-korrekselt dokumenteeritud; 3-osaliselt korrektselt dokumenteeritud; 2-sõnastatud; 1-osaliselt sõnastatud; 0-puudub). Tabelis 9 on esitatud öendustulemuste dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised (M) ja standardhälbed (SD). Ülevaate kõikide vaatluspunktide statistika kohta annab koondtabel lisa 6.

**Tabel 9. Öendustulemuste dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised ja standardhälbed 5-astmelisel skaalal (4-3-2-1-0)**

Nr vaatlus-protokollis	Vaatluspunkt öendusdokumentatsioonis	M	SD
23	Ägedad, muutlikud diagnoosid on hinnatud igapäevaselt või igas valves / püsivad diagnoosid on hinnatud igal neljandal päeval	1,68	0,84
24	Öendusdiagnoos on ümber sõnastatud	0,29	0,51
25	Öendustulemus on dokumenteeritud	1,21	0,98

Joonisel 7 on esitatud sagedusjaotused öendustulemuste dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute kaupa skaalal 4–0 (4-korrekselt dokumenteeritud; 3-osaliselt korrektselt dokumenteeritud; 2-sõnastatud; 1-osaliselt sõnastatud; 0-puudub). Kasutades samu järjekorranumbreid, mis mõõdikus (vt lisa 3), on vaatluspunktide nr 23–25 vaatlustulemused lahtikirjutatud järgmiselt:

23. Õendusdokumentatsioonidest pooltes (50,7%; n = 76) oli osaliselt sõnastatud, et **ägedad, muutlikud õendusdiagnoosid on (ümber)hinnatud igapäevaselt või igas valves ja püsivad diagnoosid igal neljandal päeval**. Õendusdiagnooside igapäevane või neljandal päeval hindamine oli (2-punkti vääriliselt) sõnastatud 28%-l (n = 42) õendusdokumentatsioonidest. Osaliselt korrektselt (3-punkti vääriliselt) oli igapäevane või neljandal päeval hindamine dokumenteeritud 18,7%-l (n = 28) õendusdokumentatsioonidest. Õendusdiagnooside igapäevane või igal neljandal päeval hindamine oli korrektselt dokumenteeritud 1,3%-l (n = 2) õendusdokumentatsioonidest. Sama palju oli neid, kus ägedate, muutlike õendusdiagnooside hindamine oli jäänud dokumenteerimata.
24. Uuritavast materjalist enamuses (74%; n = 111) ei ole õendusdiagnoose aja jooksul ümber sõnastatud. Nendes õendusdokumentatsioonides hinnati õendustulemuse dokumenteerimist 0-punkti vääriliselt. Õendusdokumentatsioonidest 23,3%-l (n = 35) oli õendusdiagnoos/õendusprobleem aja jooksul õe sissekannetest kadunud, mida hinnati kui osaliselt sõnastatud õendustulemust (1-punkti vääriliselt), sest ei olnud dokumenteeritud, kas probleem sai lahendatud või sellega lihtsalt ei tegeleta enam. Õendusdiagnoosi oli ümber sõnastatud uuritavast materjalist 2,7%-l (n = 4), kuid siiski oli tegemist terminoloogilise erinevusega õdede sissekannetes, mitte õendustulemuse dokumenteerimisega. Näiteks enesehoolduse defitsiit muutus ajas ebaefektiivseks enesehoolduseks, mis hiljem muutus tagasi enesehoolduse defitsiidiks.
25. Õendustulemust oli osaliselt sõnastatud (1-punkti vääriliselt) 34,7%-l (n = 52) õendusdokumentatsioonidest ja sõnastatud (2-punkti vääriliselt) 27,3%-l (n = 41) õendusdokumentatsioonidest. Samas ei olnud üldse õendustulemust dokumenteeritud samuti 27,3%-l (n = 41) uuritavast materjalist. Osaliselt korrektselt oli õendustulemus dokumenteeritud 10%-l (n = 15) ja korrektselt (4-punkti vääriliselt) dokumenteeritud 0,7%-l (n = 1) õendusdokumentatsioonidest.



**Joonis 7. Õendustulemuste dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute jagunemine (%) 5-astmelisel skaalal (4-3-2-1-0)**

#### 4.4.2. Õendustulemuste kvaliteedi dokumenteerimise kvaliteet

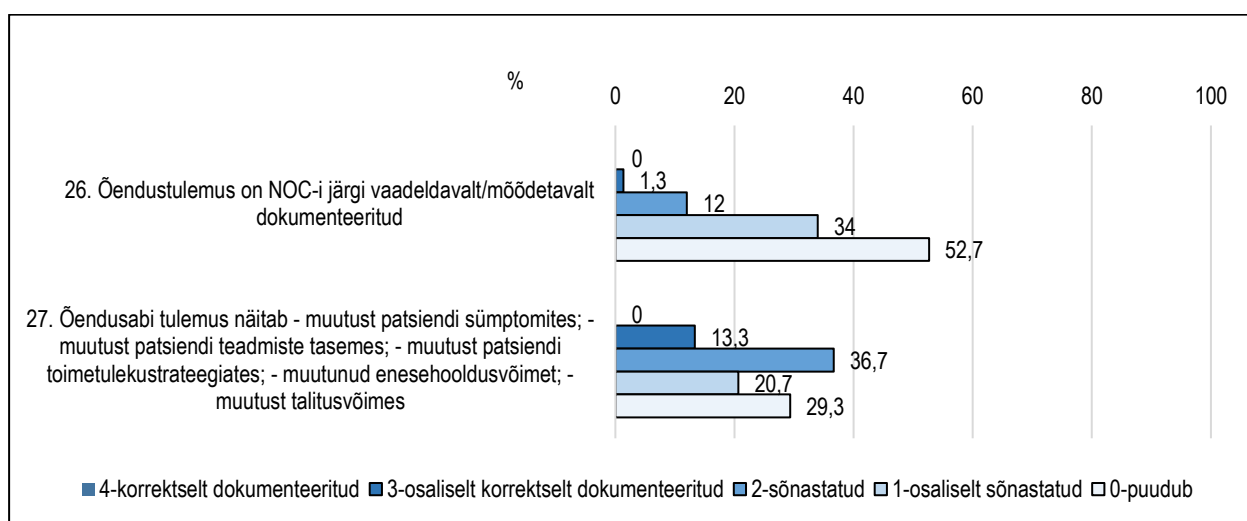
Õendustulemuste kvaliteedi dokumenteerimise kvaliteet kajastub vaatluspunktidetele nr 26–27 (vt lisa 3) antud hinnangutes skaalal 4–0 (4-korrektelt dokumenteeritud; 3-osaliselt korrektelt dokumenteeritud; 2-sõnastatud; 1-osaliselt sõnastatud; 0-puudub). Tabelis 10 on esitatud õendustulemuste kvaliteedi dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised (M) ja standardhälbed (SD). Ülevaate kõikide vaatluspunktide statistika kohta annab koondtabel lisa 6.

**Tabel 10. Õendustulemuste kvaliteedi dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised ja standardhälbed 5-astmelisel skaalal (4-3-2-1-0)**

Nr vaatlus-protokollis	Vaatluspunkt õendusdokumentatsioonis	M	SD
26	Õendustulemus on NOC-i järgi vaadeldavalt/mõõdetavalt dokumenteeritud	0,62	0,75
27	Õendustulemus näitab - muutust patsiendi sümptomites - muutust patsiendi teadmiste tasemes - muutust patsiendi toimetulekustrateegiates - muutunud enesehooldusvõimet - muutust talitlusvõimes	1,34	1,04

Joonisel 8 on esitatud sagedusjaotused õendustulemuste kvaliteedi dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute kaupa skaalal 4–0 (4-korrektelt dokumenteeritud; 3-osaliselt korrektelt dokumenteeritud; 2-sõnastatud; 1-osaliselt sõnastatud; 0-puudub). Kasutades samu järjekorranumbreid, mis mõõdikus (vt lisa 3), on vaatluspunktide nr 26–27 vaatlustulemused lahtikirjutatud järgmiselt:

26. **Õendustulemust** ei olnud **NOC-i järgi vaadeldavalt/mõõdetavalt dokumenteeritud** 52,7%-l (n = 79) õendusdokumentatsioonidest. Osaliselt NOC-i järgi vaadeldavalt/mõõdetavalt sõnastatud oli õendustulemust 34%-l (n = 51) õendusdokumentatsioonidest ja sõnastatud 12%-l (n = 18) uuritavast materjalist. Osaliselt korrektselt oli vaadeldavalt/mõõdetavalt dokumenteeritud õendustulemused 1,3%-l (n = 2) õendusdokumentatsioonidest.
27. Õendusdokumentatsioonidest 36,7%-l (n = 55) oli **õendustulemus** osaliselt sõnastatud **muutusena**. Samas 29,3%-l (n = 44) õendusdokumentatsioonidest ei ole muutust üldse kirjeldatud ja 20,7% (n = 31) õendusdokumentatsioonidest esineb muutuse kirjeldust üksikute õendustulemuste kohta (osaliselt sõnastatud). Uuritavast materjalist 13,3%-l (n = 20) oli enamus õendustulemustest dokumenteeritud osaliselt korrektselt muutustena.



**Joonis 8. Õendustulemuste kvaliteedi dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute jagunemine (%) 5-astmelisel skaalal (4-3-2-1-0)**

## 5. ARUTELU

### 5.1. Olulisemad tulemused

Käesolev magistritöö täitis oma eesmärgi kirjeldada PERH-i õendusdokumentatsioonis õendusdiagnooside, -sekkumiste ja -tulemuste dokumenteerimise kvaliteeti. Q-DIO mõõdiku abil saadi läbilõikeline kirjeldus uuritavast nähtusest tagasivaatavalt konkreetses keskkonnas ja konkreetsel ajahetkel juhuslikkuse printsiibil valitud 150 õendusloo/haigusloo põhjal.

Antud uurimistöö tulemusena saadud vaatluspunktide sagedusjaotusi ei saa võrrelda teiste Q-DIO mõõdikut kasutanud uurimistöödega, sest sama mõõdikut kasutanud teised uurijad ei ole vastavaid andmeid avaldanud (Müller-Staub jt 2007, 2008a, 2008b, Müller-Staub 2009, Costa Linch jt 2012, 2015). Seda seetõttu, et sagedusjaotuste võrdlemine erinevate uurimiskeskcondade vahel ei anna lisateavet õendusdokumentatsiooni kvaliteedist, sest nõuded dokumentatsioonidele on uurimistöodes erinevad. Tulemusi saab võrrelda samas keskkonnas tehtud pikaajsete vaatluste korral, nt enne ja pärast koolitust või uue dokumenteerimisjuhendi rakendamise järgselt, et hinnata sekkumise tõhusust.

Õendusdiagnoosi kliinilisele otsustamise protsessi aluseks on patsiendi terviseseisundi hindamine (Herdman ja Kamitsuru 2014: 459). See on ka valdkond, kust tuli välja olulisi puudusi olemasolevas anamneesi vormis ja märkimisväärsed erinevused iseseisva statsionaarse õendusabi osakonna õendusloo ja teistes osakondades täidetava õendusloo vahel. Näiteks on iseseisva statsionaarse õendusabi osakonna õendusloos olemas koht, kuhu märkida patsiendi sugu, teistes õenduslugudes mitte. See on üks tõestus sellest, et õed dokumenteerivad vaid seda, mida dokumendis neilt küsitakse. Seega on väga tähtis vaadata üle olemasolevad õendusanamneesi vormid ning teha vastavad täiendused just nende vaatluspunktide osas, mis olid antud uurimistöös jäänud õdedel patsiendi terviklikkust silmas pidades märkimata. Dokumenteerimata ja seepärast ilmselt ka hindamata olid jäänud mitmed patsiendi psühho-sotsiaalsed tegurid: uskumused ja ellusuhtumine (hospitaliseerimisega seotud); patsiendi ja sugulaste/lähedaste teadlikkus olukorrast; intiimsus, naiseks/meheks olemine; hobid, vabaajategevused. Siia loetellu võib ka lisada hospitaliseerimisega seotud hirmud ja mured, aga ka hospitaliseerimisega seotud ootused ja soovid. Need on samuti teemad, mis ei ole kajastatud õendusdokumentatsiooni täitmise juhendites, kuid mida tuleks lisada loodavasse elektroonsesse õenduslukku, et õed hakkaksid enam arvestama patsientide vajadustega. Hetkel ei nõuta õdedelt ka hospitaliseerimise põhjuse dokumenteerimist, mistõttu oli see enamikes uuritavatest materjalidest erineva kvaliteediga dokumenteeritud.

Eelnevalt lähtuvalt eeldab NNN rakendamine õendusanamneesi muutmist. Kuna praegu kehtivad õendusloo täitmise juhendid lähtuvad EV määrusest, mis ei nõua nende teemade dokumenteerimist, siis peab õendusloo täitmise osa muutma mitte ainult haigla tasandil, vaid ka riiklikul tasemel. Selleks peab muutma praegust Roper-Logan-Tierney õendusmudelil baseeruva õendusanamneesi (Sotsiaalministeerium 2011) Gordoni funktsionaalse tervise seisundi hindamisel (Gordon 2016) baseeruvaks. Ka NANDA on võtnud klassifikatsiooni loomisel aluseks just selle anamneesi (Herdman ja Kamitsuru 2014: 35) ja seda on otsustanud ka Eesti 3N tööühm 8. juuni 2017. a koosolekul.

Õendusanamneesi muutmise põhjuseks on ka puudulik etioloogia dokumenteerimine. Kuna etioloogia ehk seonduvad tegurid on probleemikeskse diagnoosi lahutamatu osa (Herdman ja Kamitsuru 2014: 26), siis ilma selleta ei ole võimalik õendusdiagnoosi püstitata. Sellest lähtuvalt on puudulikult dokumenteeritud ka etioloogia seotus õendusdiagnoosiga ning ka tunnuste ja sümptomite mitte ühitatavus õendusdiagnoosiga. Õendusdiagnoosi määramiseks on vaja seostada seonduvad tegurid e etioloogia ja määravad tunnused ning sümptomid omavahel, sest need on õendusdiagnoosi osad (Herdman ja Kamitsuru 2014). Aga selleks on vaja põhjalikumalt patsiendi hindamist, mis suunaks õde täpsustavate küsimustega, et saada teada nii etioloogia kui ka erinevaid tunnuseid ja sümptomeid. Suurem informatsioonikogus patsiendi kohta vajab õdedelt head analüütilist mõtlemist infohulga läbitöötamiseks, mille põhjal teha otsuseid õige õendusdiagnoosi määramiseks. See omakorda tähendab õdedele analüüsioskuse õpetamise vajadust, et parandada nende õendusdiagnooside määramise oskust (Bruylants jt 2013).

Õendusdokumentatsioonide vaatluse käigus täheldasin NANDA kasutamist mitte lähtuvalt erinevast sissekandjast, vaid pigem lähtuvalt vastava osakonna õendusdokumentatsioonist. Seega sõltub osakonnas NANDA kasutamine esmalt küll õdede haridusest, aga sama tähtis on ka osakonna töökorraldus ja eelkõige osakonna õendusjuhi suhtumine ja/või erialane ettevalmistus. Seega peab standarditud tõenduspõhise õenduskeelega rakendamiseks õendusdokumentatsioonis parandama ennekõike osakonna õendusjuhtide suhtumist ja teadlikkust NNN-ist ning eriti selle vajalikkusest. Õendusjuhid on eeskujuks osakonna õdedele ja kui nemad ei propageeri NNN-i põhist dokumenteerimist ega toeta osakonna õdesid selle rakendamisel, siis ei hakka seda ka osakonna õded tegema (Bruylants jt 2013; Moorhead jt 2018: 21).

Seoseid õendusabi eesmärgi ja õendusdiagnoosi ning eesmärgi saavutamise ja teostatud õendussekkumise vahel võis leida harvem kui üle ühe õendusdokumentatsiooni. Niisamuti jääb igas teises õendusdokumentatsioonis selgusetuks seos õendusdiagnoosi ja saavutatud

õendustulemuse vahel. Need on märgid sellest, et paljud õed ei mõtle õendusabist sugugi protsessipõhiselt. Nii patsiendina kui ka tervishoiuteenuse arendajana tekib sellisel juhul sageli õigustatud küsimus, milleks on õde üldse sekkunud, kui pole olnud otsest vajadust, või kas just konkreetne õendussekkumine oli üldse põhjendatud ja asjakohane. Uurimistulemused kinnitavad, et kui on olemas seosed eelpool loetletud õendusprotsessi osade vahel ja rakendatakse standarditud õenduskeelt õendusprotsessi dokumenteerimisel, siis muudab see õendusabi läbinähtavaks (Lunney 2006). Lisaks õendusabi läbinähtavusele pakub seostatud õendusdokumentatsioon õdedele juriidilist kindlust, sest õendusprotsessi põhisel dokumenteerimisel ja kõike kirja pannes ei teki küsimust, et mispärast, mis eesmärgil, mida, millal ja kes tegi.

Õendusabi eesmärgid oli vähe dokumenteeritud, ent nendestki ei lugenud välja, et eesmärkide seadmisel või sobiva õendussekkumise planeerimisel oleks patsiente otsustamisprotsessi kaasatud. Siit lähtuvalt pean vajalikuks ka NOC-i ja NIC-i õpetamise muutmise kohustuslikuks õppetöö osaks õenduses. Õdedele tuleb õpetada eesmärkide püstitamist lähtuvalt NOC-ist: hinnates patsiendi hetkeseisundit ja seades patsiendiga koos eesmärgi, kuhu tahetakse jõuda. Sellele peab protsessipõhiselt järgnema õendussekkumise (NIC) planeerimine, millele omakorda järgneb patsienditulemuse hindamine NOC-i põhjal samuti koos patsiendiga (Ackley jt 2017, Carpenito 2017). Kui õendusprotsessi on Eestis õpetatud alates õdedele kõrghariduse andmisest, siis patsiendi kaasamine otsustusprotsessi on meile veel võõras tegevus. Kuigi me räägime ja püüdleme õenduses üha enam patsiendikesksuse poole, töötame me endiselt ravikeskses tervishoiusüsteemis, kus patsiendi arvamust mitte ainult ei küsita, vaid pannakse sageli ka pahaks. Tehes ise õendusdokumentatsiooni koolitusi, kurdavad õed mulle sageli takistava tegurina ajapuudust dokumenteerimisel, sest patsientidega tegelemist on palju ning vastupidi: ei saa patsiendiga tegeleda, sest dokumenteerimist on palju. Siin oleks võimalus parendada suhtlemist patsiendi ja õe vahel. Kaasates patsiendi õendusprotsessi, annab see võimaluse rohkem suhelda patsiendiga ja ühtlasi täita õendusdokumentatsiooni protsessipõhisemalt. Saades teada patsiendi arvamuse, ootused ja hinnangud, on ka õel lihtsam leida efektiivne sekkumine ja saavutada paremaid tulemusi. Kui õde ei kaasa eesmärgi püstitamise protsessi patsienti, siis ei pruugi ka õe üksinda püstitatud eesmärk olla saavutatav või rahuldada patsienti. See põhjustab ões omakorda rahulolematust oma töö suhtes.

Vaadeldes PERH-i õendusdokumentatsiooni kvaliteeti võib kokkuvõtvalt öelda, et kogu õendusprotsessist kõige enam dokumenteeritakse õendussekkumisi, kuid neidki vaid protseduuripõhiselt. Ei dokumenteerita sekkumise põhjust ega ka sekkumise tulemust. Planeeritud õendussekkumised olid valdavalt sõnastatud või osaliselt sõnastatud NIC-i järgi ning teostatud

õendussekkumised olid õendusdokumentatsioonidest pooltes dokumenteeritud osaliselt korrektselt ja kolmandikus vähemalt sõnastatult kirjas. Ainult viiendik õendussekkumistest mõjutavad õendusdiagnoosi etioloogiat ja õendusabist sõltuvate patsienditulemuste ja õendussekkumiste vahelise seose dokumenteerimine varieerub õendusdokumentatsiooniti. Ka see on tõendus sellest, et õed dokumenteerivad ja järelkult ka mõtlevad pigem protseduuripõhiselt (sageli täites lihtsalt arsti korraldust) mitte õendusprotsessi põhiselt. See on väga ohtlik nii õendusabi kvaliteedi kui ka patsiendi ohutuse seisukohast (Moorhead jt 2018: 21), kui õde ei mõtle, miks ta midagi teeb ega hinda, kuidas see patsiendile mõjub. Järelkult on vaja õdedele õpetada kriitilise mõtlemise ja analüüsi/refleksioonioskust. Õendusabi kvaliteedi seisukohast on üksnes sekkumise dokumenteerimine väheinformatiivne, sest me ei saa seeläbi õendusabi kvaliteeti hinnata ega teada saada, milline abi oli asjakohane või mis võis jääda ka tegemata (*missed care*). Protseuuripõhise dokumenteerimise probleem ei oleks välja tulnud mõõdiku looja dimensioonide põhjal, vaid just teatud vaatluspunktide eraldiseisvana käsitlemise käigus, mis võimaldas analüüsida tegelikku olukorda rohkem süvitsi.

Valdavalt olid õendusdiagnoosid osaliselt sõnastatud igas valves, mis näitab, et ägedaid/muutlikke diagnoose hinnati regulaarselt vähemalt kord valve jooksul ning püsivaid diagnoose vähemalt kord nelja päeva jooksul, mida soovitavad teha ka Herdman ja Kamitsuru (2014). Õendusdiagnoos oli pärast hindamist ümber sõnastatud vaid kolmandikes õendusdokumentatsioonidest. See viitab olukorrale, kus suurem osa diagnoosidest olid kas püsiva iseloomuga, sõltumata õendussekkumisest, või olid nende jaoks valitud sekkumised ebaefektiivsed ja ei andnudki oodatud õendustulemusi. Just õendussekkumise efektiivsuse ja seega kogu õendusabi asjakohasuse osas valitses PERH-i õendusdokumentatsioonis suur segadus ja teadmatuse, sest õendustulemused olid dokumenteeritud väga ebaühtlase kvaliteediga ja pooltel juhtudel ei olnud seda tehtud vaadeldavalt/mõõdetavalt NOC-i järgi. PERH-i õenduslugude täitmiste juhenditest lähtuvalt ei pea õendustulemust dokumenteerima tuginedes NOC-ile, vaid õde annab hinnangu oma tegevusele: kas probleem lahenes või vähenes, milliseks kujunes seisund, kas eesmärk on saavutatud või mitte, edasise õendustegevuse vajadus, ootamatute/ uute probleemide ilmnemine, patsiendi enda hinnang. Sellest lähtuvalt oleks õde pidanud dokumenteerima õendusdiagnoosi/-probleemi ümbersõnastuse, kuid seda ei olnud enamikus uuritavatest materjalidest tehtud.

Dokumenteeritud muutused patsiendi sümptomites kirjeldasid alati mingit positiivset tendentsi, kuid kordagi ei olnud dokumenteeritud, et muutust ei toimunudki või midagi hoopis ebaõnnestus. Minu arvates kardetakse näidata ebaõnnestumisi ning ei taheta ka lisatööd oma tegevuse analüüsimise ja järelduste tegemise näol. Samalaadne olukord on mulle tuttav ka

kvaliteedispetsialistina, jälgides õdede poolt kõrvalekallete dokumenteerimist. Õdedel on sageli hirm tunnistada vigu, kartes süüdistamist või hukkamõistu. Selle suhtumise muutmiseks peab panustama kogu organisatsioonikultuuri ümberkujundamisse ja süüdlase leidmise asemel analüüsima ühiselt õendusabi protsessi kui tervikut ning tegema järeldusi soovimatu olukorra vältimiseks ja õendusabi parendamiseks. Õdede innustamine õendustulemuste süsteemseks hindamiseks kogu õendusprotsessi vältel on kindlasti abiks, kui elektroonses õendusloos koostada vastavad kontrollküsimused õendustulemuste kohta, mis õendustulemuse hindamise vajadust õele automaatselt meelde tuletaksid. Lisaks tuleb teha täiendusi ka õendusloo täitmise juhendis ning koolitustel rohkem rõhutada õendustulemuste hindamise ja dokumenteerimise tähtsust.

Õendusdokumenteerimise kvaliteeti ei saa võrdsustada õendusabi kvaliteediga. Eesti kultuuriruumis ei dokumenteeri õde siiani veel kõiki oma tegevusi ja kogu informatsiooni, mida ta patsiendilt saab. Lähtudes praktikast on siiani osakonnas nõ rutiinseid tegevusi, mida kõik teevad, kuid neid ei dokumenteeri. Vabandusteks tuuakse peamiselt ajapuudust või harjumus seda mitte dokumenteerida. Siiski rõhutan ka ise õendusdokumentatsiooni koolitustel: kui ei ole dokumenteeritud, siis järelkult on tegemata. Õigusliku/juriidilise poole pealt on see kindlasti nii, sest me ei saa midagi tõestada ega ümber lükata, kui seda pole kirjas. Võttes aluseks EV määruse on õendusdokumentatsiooni puhul tegemist juriidilise dokumendiga, mis on aluseks tervishoiuteenuse osutamise tõestamiseks. Samad dokumendid võetakse aluseks, kui patsient ise või tema lähedane leiab, et osutatud tervishoiuteenus ei vasta tema ootustele ja ta otsustab kaevata. Ka patsiendi jaoks on oluline, et kõik tegevused oleksid kirjas, et ta näeks, mida ja miks on temaga tehtud. Samamoodi on kirjapandu oluline tervishoiuteenuse osutajale, olgu selleks siis järgmine vahetus, mõni teine osakond või mõni teine tervishoiuteenuse osutaja (haigla, esmatasand). Kõik, kes patsiendiga kokku puutuvad, tahavad teada, mis on patsiendi probleemid, mida on varem tehtud ja millised on plaanid. Sellest nimekirjast ei saa välja jätta Haigekassa (dokumentatsiooni auditid ja nendega kaasas käivad rahalised nõuded) ja õigusabi osutavate asutuste töötajaid. Me liigume tasapisi suunas, kus kõik õendusabi tegevused saavad dokumenteeritud, kuid see tahab harjutamist ja võib-olla ka põlvkondade vahetust tervishoiutöötajate seas (arsti assistent vs õde iseseisva eriala esindajana). Selles osas tuleb arendada kogu organisatsiooni hoiakuid ja töökultuuri, lähtudes kaasaegsemast ja tõenduspõhisemast teabest ja kriitilisest/arendusmeelsest suhtumisest oma töösse. Seejuures on tähtis kaasata õdesid aruteludesse ja otsustustesse, kuidas saavutada parem dokumenteerimine, võttes aluseks NNN (Weir-Hughes 2017). Kui õdesid ei kaasata kohe alguses arendusprotsessi, siis ei tunne nad seotust asjaga ega ole motiveeritud seda ka edaspidi rakendama ega arendama.

Koos elektroonse keskkonna juurutamisega peaks kindlasti kaasnema õdede dokumenteerimise alane koolitamine, kus keskendutakse NNN-i põhisele dokumenteerimise ja õendusprotsessi põhisele mõtlemise ja analüüsioskuse õpetamisele. Järeleaitamist vajab ka õdede oskus määratleda oodatud ja saavutatud õendustulemusi. Kuna Eestis on plaan rakendada NNN-i terviksüsteemi, siis koolituste korraldamisel on oluline ühendada Eesti ressursid. Selle mõtte on, et koolitused tuginevad ühistele põhimõtetele ja iga asutus ei raiska üksinda oma ressursse jalgrataste leiutamiseks.

## **5.2. Uurimistöö eetilised aspektid ja usaldusväärsus**

Uurimistöö läbiviimiseks olid kehtivad load PERH-ist, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudilt ning Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt (vt lisa 4) ja Andmekaitse inspeksioonilt (vt lisa 5). Uurimistöös kirjeldati põhjalikult andmete kogumise ja andmebaasi moodustamise ning andmete analüüsi protsessi. Uuritav materjal kodeeriti, et vältida patsiendi tuvastamist tema haigusloo/õendusloo numbri järgi. Kodeerimise tabelit ja saadavat andmebaasi säilitati digitaalselt PERH-i serveris uurimistöö teostaja ainukasutuses oleva parooliga kaitstud kaustas. Uurimistöö lõpus kustutati kodeerimise tabel ja andmebaas serverist.

Andmed sisestati andmebaasi korrektselt ning kontrolliti korduvalt üle võimalike vigade suhtes. Selleks loodi andmebaasi kontrollread: mitu vaatlust on sisestatud vastavale uuritavale materjalile ja vaatluspunktile. Vaatlustulemused esitati täpselt ja ausalt. Uurimistööga ei kogutud sellega mitteseotud informatsiooni. Ei ole kasutatud plagieerimist, andmete võltsimist, pettust. Uurimistöös viidati tekstis kasutatud kirjanduse allikatele ning need on loetletud kasutatud kirjanduse loetelus.

Uuritava materjali eraldamiseks teiste kvaliteediteenistuse töötajate ülevaatusel olevatest haiguslugudest kasutas uurija spetsiaalset karpit lukustatavas kapis. Võimalike vaatlusvigade vältimiseks säilitas uurija objektiivsuse, mitte lastes ennast mõjutada emotsioonidel, eelarvamustel, isiklikel ootustel, kiiretel otsustel (Polit ja Beck 2010). Selleks pidas vaatleja päevikut vaatluse käigus tekkinud mõtete kohta ning iga vaatluspäeva lõpus reflekteeris neid. Kui uurijal tekkis kahtlus oma otsuse objektiivsuses mõne vaadeldava punkti osas, küsis ta teisest arvamust ekspertgrupi liikmelt, avaldamata patsiendi või dokumenteerijate andmeid.

Töö autoril on pikaajaline kogemus töötamisel õendusdokumentatsiooniga (täitmise juhendite koostamine, ajakohastamine, täitmise kontrollimine). Sellest lähtuvalt on uurijal lihtsam näha ja

leida vajalikku informatsiooni õendusdokumentatsioonist. Kuna dokumenteerimise kvaliteedi hindamine on osa autori igapäevatööst, siis võib seda võtta nii plussina kui ka miinusena. Plussiks võib pidada haigla kultuurikonteksti tundmist, sealhulgas õdede igapäevase kirjakeele tundmist. Miinusena saab välja tuua, et sisekontrollide teostajana olid õdede dokumenteerimise vead osakonniti juba ette teada. Selleks, et ennast mitte lasta mõjutada varasematest kogemustest, vältisin vaatljana teadlikult osakonna ja töötajate nimesid puudutavat infot dokumentatsioonis.

Herdmani (2012: 118) järgi viitavad antud töös kasutatud mõõdiku psühhomeetriliste omaduste uuringud selle metodoloogia rahuldavale valiidsusele ja reliaablusele. Mõõdikut on originaalis kasutatud inglise keelsena ja see on tõlgitud ka hispaania keelde. Autorile teadaolevalt ei ole seda varem eesti keeles Eesti kultuuri- ja keeleruumis kasutatud. Sellest lähtuvalt korraldati mõõdiku testimiseks eelvaatlus. Kuna vaatlusprotokollis kasutati vaatluspunktide hindamiseks Likert-tüüpi skaalat, siis antud uurimistöo puhul arvutati sisemise kooskõla hindamiseks Cronbach'i  $\alpha$ -t kogu mõõdiku ja iga dimensiooni jaoks eraldi (vt tabel 11) (Grove ja CIPHER 2017: 35–36). Tabelis 11 on võrdlusena toodud ka varasemate uurimistööde samad näitajad. Esimeses ja kolmandas dimensioonis on uuringus piiratud sisemine kooskõla (Grove ja CIPHER 2017: 36). Sellest võib järeldada, et dokumenteerimise kvaliteet on vaatluspunktiti niivõrd ebaühtlane ja ühegi vaatluspunkti dokumenteerimise kvaliteet ei ole seotud samas dimensioonis olevate teiste vaatluspunktide dokumenteerimise kvaliteediga. Ilmselt tuleb see Eestis kasutusel oleva õendusanamneesi eripärast, kus pole kõiki vaadeldavaid teemasid üldse küsitudki või suhtutakse nende täitmisesse pealiskaudsemalt. Lisaks on see viide asjaolule, et samasse dimensiooni pandud vaatluspunktidel ei pruugigi olla omavahel mingit sisulist seost. Probleemid originaaldimensioonide sisemise kooskõlaga antud kultuurikontekstis kinnitasid uurija seisukohta, et uurimistulemusi tuleb käsitleda pigem vaatluspunktide kaupa, mitte dimensioonide kaupa.

**Tabel 11. Kogu mõõdiku ja iga dimensiooni kohta arvutatud Cronbach'i  $\alpha$  võrdluses varasemate uuringutega**

Vaatlusprotokolli osa	Cronbach'i $\alpha$			
	PERH-i vaatlus 2017	Müller-Staub jt 2008a	Costa Linch jt 2012	Costa Linch jt 2015
Kogu vaatlusprotokoll	0,84		0,97	0,70; 0,89; 0,82
I dimensioon	0,50	0,83	0,88	
II dimensioon	0,85	0,98	0,95	
III dimensioon	0,41	0,90	0,66	
IV dimensioon	0,88	0,99	0,97	

### **5.3. Uurimustöö kitsaskohad**

Magistritöö üheks kitsaskohaks võib pidada seda, et originaalmõõdikus on kasutatud vaatluspunktide kvaliteedi hindamiseks vaid numbrilisi Likert-skaalaid, millele pole lisatud kvalitatiivseid väärtusi. Oma kirjutistes toovad Müller-Staub jt (2009) näitena välja vaid ühe 3-astmelise ja ühe 5-astmelise skaala kvalitatiivsed väärtused, kuid need ei ole üks-ühele kohandatavad kõigi vaatluspunktide jaoks. Samuti oli uurijal olemasolevate andmete põhjal raske paika panna skaala numbriliste väärtuste eestikeelseid kvalitatiivseid vasteid nii, et skaala punktide vahesammud oleksid võrdväärsed – osaliselt korrektne, sõnastatud, osaliselt sõnastatud jne. Lihtsam oleks olnud lähtuda brasiillaste (Costa Linch jt 2012, 2015) tehtud uurimistöödest sama mõõdikuga. Nad asendasid 5-astmelise skaala 3-astmelise skaalaga: ei ole dokumenteeritud, midagi on dokumenteeritud, korrektselt dokumenteeritud, kuid uurija jäi originaalskaala juurde, et kirjeldada täpsemalt dokumenteerimise kvaliteedi varieeruvust. Mõõtmise täpsustamiseks koostas ekspertgrupp kirjalikud täpsustavad selgitused iga vaatluspunkti kohta, võttes appi kehtivad õendusdokumentatsiooni täitmise juhendid, analüütilise ja loogilise mõtlemise ning proovivaatluse tulemused. Edasiste uurimistööde jaoks peab mõõdikut muutma kasutajasõbralikumaks, pannes kindlalt paika 5-astmelise skaala vaatluspunktide hinnangute kvalitatiivsed väärtused, nagu uurija tegi seda proovivaatluse käigus.

### **5.4. Edasised uurimis- ja arendustöö suunad**

Kirjeldades õendusdiagnooside, -tulemuste ja -sekkumiste dokumenteerimise kvaliteeti PERH-is sai täidetud vaid üks osa PERH tegevusplaani punktist töötada välja õendusdokumentatsiooni elektroonne keskkond ja kaardistada hetkeolukord ehk lähtesituatsioon. Antud uurimistöö annab tõenduspõhiseid lähtekohti vastava koolitusprogrammi koostamiseks ja NNN-i rakendamiseks elektroonses õendusdokumentatsioonis. Edaspidi tuleb õendusdokumentatsiooni kvaliteeti hinnata pikaajalise ja korduva uurimistöö põhjal samas uurimiskeskkonnas, rakendades sama eesti keelde tõlgitud ja testitud mõõdikut. Kui on olemas tulemuste võrdlus enne ja pärast sekkumist, saame teha laiemaulatuslikke järeldusi õendusdokumentatsiooni arendustöö edukuse ja edasise teadus- ja arendustöö osas.

Tuginedes uurimistulemustele tuleb NNN-i terviksüsteem kasutusele võtmiseks teha kõigepealt muutusi EV määruse õendusloo täitmise osas. See eeldab põhjalikku uurimistööd Gordoni süsteemi sobivusest meie kultuuriruumi ja terviseinfosüsteemidega. Nendele tulemustele

tuginedes on soovitatav viia sisse vajalikud kohandused õendusanamneesis, lähtudes eesti õdede  
õendustegevustest ja tervishoiukorraldusest.

## 6. JÄRELDUSED

Õendusdiagnooside, -sekkumiste ja -tulemuste dokumenteerimise kvaliteet Põhja-Eesti Regionaalhaigla õendusdokumentatsioonis oli halb, sest ei andnud kvaliteetset ülevaadet kogu õendusprotsessist tervikuna. Patsiendi terviseseisundi hindamine oli osaliselt dokumenteeritud, sõltuvalt õendusanamneesi vormist. Õendusdiagnoosid/õendusprobleemid ise ja nende seotus õendussekkumiste ja -tulemustega olid dokumentatsiooniti kirja pandud väga ebauhtlase kvaliteediga. Kõige rohkem kvaliteetseid dokumenteeringuid oli teostatud õendussekkumiste kirjeldamisel. Seevastu õendussekkumiste efektiivsus oli enamuses puudulikult dokumenteeritud. Õendustulemused olid pooltes õendusdokumentatsioonides vähemalt osaliselt NOC-i järgi mõõdetavalt dokumenteeritud, õendustulemuste kvaliteedi kohta olid sissekanded väga erineva kvaliteediga ja sedagi vaid juhul, kui tegemist oli positiivse muutusega.

Uurimistulemused tõid välja vajaduse muuta õendusanamneesi, lähtudes Gordoni funktsionaalsest terviseseisundi hindamise skeemist ja lisades juurde täiendavaid küsimusi etioloogia dokumenteerimiseks. Samuti tuleb koos elektroonse keskkonna loomisega täiendada õendusloo täitmise juhendeid NNN-i kasutamise osas, võttes arvesse uurimistöös kirjeldatud kitsaskohti õendusdokumentatsioonis. Magistritöö annab tõenduspõhiseid soovitusi arendada dokumentatsioonialast koolitust kolmes aspektis: 1) standarditud õenduskeele koolitustel keskenduda ennekõike õendusjuhtidele, kes on eeskujuks teistele; 2) õpetada õdesid regulaarselt kasutama protsessipõhist ja analüütilist mõtlemist õendusabis; 3) sh pöörata enam tähelepanu õdede oskuse ja harjumuse kujundamisele määratleda oodatud ja saavutatud õendustulemusi ning kaasata patsienti otsustamisprotsessi. Pärast muudatusi ja koolitusi on vajalik teha uus vaatlus samas uurimiskeskkonnas, et hinnata planeeritud arendustöö tõhusust.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Ackley, B. J., Ladwig, G. B., Makic, M. B. F. (2017). Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care (11th ed). Elsevier, St. Louis, Missouri.

Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/> (17.03.2018).

Almasalha, F., Xu, D., Keenan, G. M., Khokhar, A., Yao, Y., Chen, Yu-C., Johnson, A., Ansari, R., Wilkie, D. J. (2013). Data Mining Nursing Care Plans of End of Life Patients: A Study to Improve Healthcare Decision Making. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(1): 15-24.

American Nurses Association (2018). The Nursing Process. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/the-nursing-process/> (23.03.2018).

American Nurses Credentialing Center. (2018). <https://www.nursingworld.org/certification/> (23.03.2018).

Arna, A., Sikova, K. (2015). Õendusabi kroonilise C-hepatiidi ägenemise korral NANDA õendusdiagnooside alusel. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õenduse õppetool. Lõputöö, Tallinn.

Averkin, V., Grigorjev, A. (2018). Õendusdiagnoosid NANDA-I II taksonoomia alusel ja õendussekkumised puusa- ja põlveliigese endoproteesimisel. Lõputöö, Tallinn.

Azzolin, K., Motta Mussi, C., Brasil Ruschel, K., Nogueira de Souza, E., de Fátima Lucena, A., Rabelo-Silva, E. R. (2013). Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC, and NOC. *Applied Nursing Research*, 26: 239–244.

Björvell, C., Thorell-Ekstrand, I., Wredling, R. (2000). Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care*, 9: 6-13.

Borgmann, A-L. Leivalt, M. (2018). Õendusdiagnoosid ja õendussekkumised postoperatiivses perioodis esimese 24 tunni jooksul. Lõputöö, Tallinn.

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

Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., Wagner, C. (toim). (2018). Nursing interventions classification (NIC) (7th ed.). Elsevier, St. Louis, Missouri.

Carpenito, L.J. (toim). (2017). Nursing diagnosis: Application to clinical practice. (15th ed.) Wolters Kluwer, Philadelphia, PA.

Costa Linch, G. F., Müller-Staub, M., Moraes, M. A., Azzolin, K., Rabelo, E. R. (2012). Cross-Cultural Adaptation of the Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) Instrument into Brazilian Portuguese. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(3): 153-158.

Costa Linch, G. F., Rabelo-Silva, E. R., Keenan, G. M., Moraes, M. A., Stifter, J., Müller-Staub, M. (2015). Validation of the Quality of Diagnoses, Interventions, and Outcomes (Q-DIO) Instrument for Use in Brazil and the United States. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(1): 19-25.

Currell, R., Urquhart, C. (2003). Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane AN: CD002099*.

D'Agostino, F., Barbaranelli, C., Paans, W., Belsito, R., Vela, R. V., Alvaro, R., Vellone, E. (2015). Psychometric Evaluation of the D-Catch, an Instrument to Measure the Accuracy of Nursing Documentation. *International Journal of Nursing Knowledge*, DOI 10.1111/2047-3095.12125.

Dalton, J.A., Carlson, J., Blau, W., Lindley, C., Greer, S. M., Youngblood, R. (2001). Documentation of Pain Assessment and Treatment: How Are We Doing? *Pain Management Nursing*, 2(2): 54-64.

Weir-Hughes, D. (2017). A strategic approach to developing and using Standardised Nursing Languages: what are the key issues for policy makers, leaders and educators. Ettekanne Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli 2. rahvusvahelisel konverentsil „Õendusdiagnooside rakendamise

õendusariduses ja -praktikas – perspektiivid ja võimalused“. <http://www.est3n.com/436858730> (27.04.2018).

Dubentsova, N., Kivila, M., Otter, M. (2018). Uriinipidamatuslega patsiendi õendusabi NNN taksonoomiale tuginedes. Lõputöö, Tallinn.

Ehrenberg, A., Birgersson, C. (2003). Nursing documentation of leg ulcers: Adherence to clinical guidelines in a Swedish primary health care district. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17: 278–284.

Escalada-Hernández, P., Muñoz-Hermoso, P., González-Fraile, E., Santos, B., González-Vargas, J.A., Fera-Raposo, I., Girón-García, J.L., García-Manso, M. (2015). A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders. *Applied Nursing Research*, 28: 92–98.

Fedulov, A., Tkats, M. (2016). NANDA õendusdiagnooside kasutamise positiivsed ja negatiivsed aspektid õenduspraktikas. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õenduse õppetool. Lõputöö, Tallinn.

Gordon, M. (2016). *Manual of Nursing Diagnosis*. 13th Edition. Jones & Bartlett Learning, Burlington, Massachusetts.

Grove, S.K., Ciper, D.J. (2017). *Statistics for Nursing Research: A Workbook for Evidence-Based Practice*. 2nd Edition. Elsevier, St. Louis, Missouri.

Gunningberg, L., Lindholm, c., Carlsson, M., Sjoden, P.-O. (2000). The development of pressure ulcers in patients with hip fractures: inadequate nursing documentation is still a problem. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5): 1155-1164.

Herdman, T.H. (toim.). (2012). *NANDA Internationali Õendusdiagnoosid: Definitsioonid ja klassifikatsioon, 2012–2014*. Wiley Blackwell, Oxford.

Herdman, T. H., Kamitsuru, S. (toim.) (2014). *Õendusdiagnoosid. Definitsioonid ja klassifikatsioon 2015-2017*. Wiley Blackwell, Oxford.

Idvall, E., Ehrenberg, A. (2002). Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 11: 734-742.

International Organization for Standardization.  
<http://www.iso.org/iso/home/standards/management-standards.htm> (17.03.2018).

International Organization for Standardization (2016). ISO 26825: 2008 Anaesthetic and respiratory equipment – User-applied labels for syringes containing drugs used during anaesthesia – Colours, design and performance. <https://www.iso.org/standard/43811.html> (09.04.2018).

Ivanov, K. (2015). Lamatisega patsiendi õendusabi NANDA taksonoomiale tuginedes. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õenduse õppetool. Lõputöö, Tallinn.

Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M., Swanson, E. (2012). NOC and NIC Linkages to NANDA-I and clinical conditions: Supporting critical reasoning and quality care. Mosby, Maryland Heights, Missouri.

Joint Commission International. (2017). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals Including Standards for Academic Medical Centre Hospitals (6th ed). Oak Brook, IL.

Juhanson, K. Hiiuväin, J. (2017). Õendusdokumentatsiooni kvaliteedi hindamine SA Tallinna Lastehaigla ägedate respiratoorseste infektsioonide osakonna näitel. Lõputöö, Tallinn.

Kaheksa sammu inimese tervise heaks. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia aastateks 2011–2020. Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing. Tallinn.

Karkkainen, O., Eriksson, K. (2003). Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. *Journal of Clinical Nursing*, 12: 198-205.

Klehr, J., Hafner, J., Spelz, L.M., Steen, S., Weaver, K. (2009). Implementation of Standardized Nomenclature in the Electronic Medical Record. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20(4): 169-180.

Lunney, M. (2006). NANDA Diagnoses, NIC Interventions, and NOC Outcomes Used in an Electronic Health Record With Elementary School Children. *The Journal of School Nursing*, 22(2): 94-101.

Mast, M (2016). Katatooned seisundid ja õendusabi NANDA taksonoomia alusel. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õenduse õppetool. Lõputöö, Tallinn.

Moorhead, S. (2017). Measuring Outcomes of Nursing Care using the Nursing Outcomes Classification. Ettekanne Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli 2. rahvusvaheline konverentsil „Õendusdiagnooside rakendamine õendushariduses ja -praktikas – perspektiivid ja võimalused“. <http://www.est3n.com/436858730> (27.04.2018).

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., Maas, M.L. (toim.). (2018). Nursing outcomes classification (NOC) (6th ed.). Elsevier. St. Louis, Missouri.

Mõõdikute hankimise, tõlkimise ja kohandamise kord õendusteaduse osakonnas. Tartu Ülikool Moodle keskkond, Tartu.

Müller-Staub, M. (2009). Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20(1): 9-15.

Müller-Staub, M., Lunney, M., Lavin, M. A., Needham, I., Odenbreit, M., van Achterberg, T. (2008a). Testing the Q-DIO as an Instrument to Measure the Documented Quality of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19(1): 20-27.

Müller-Staub, M., Lunney, M., Odenbreit, M., Needham, I., Lavin, M.A., van Achterberg, T. (2009). Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: the Q-DIO. *Journal of Clinical Nursing*, 18: 1027-1037.

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

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

Mykkänen, M., Miettinen, M., Saranto, K. (2016). Standardized Nursing Documentation Supports Evidence-Based Nursing Management. *Nursing Informatics*, doi:10.3233/978-1-61499-658-3-466.

NANDA-I (2018). <http://www.nanda.org/about-nanda-international.html> (12.03.2018).

Nilsson, U.-B., Willman, A. (2000). Evaluation of Nursing Documentation. *Scandinavian Journal Caring Science*, 14: 199-206.

Oolo, T. (2005). Ägeda valu juhtimine lastel õdede poolt lasteosakondades. Magistritöö. Tartu Ülikool, Tartu.

Ots, E. (2014). Arhiivitöö juhend. Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tallinn.

Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R.M.B., Van Der Schans, C.P. (2010). D-Catch instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6): 1388-1400.

Park, H. (2014). Identifying Core NANDA-I Nursing Diagnoses, NIC Interventions, NOC Outcomes, and NNN Linkages for Heart Failure. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(1): 30-38.

Pérez Rivas, F. J., Martín-Iglesias, S., Pacheco del Cerro, J.L., Minguet Arenas, C., García López, M., Beamud Lagos, M. (2016). Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27(1): 43-48.

Peterson, H. (2014). Õendusabi depressiooni põdevale noorukile koolitervishoius NANDA taksonoomia alusel. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õenduse õppetool. Lõputöö, Tallinn.

Polit, D. F., Beck, C. T. (2010). *Essentials of Nursing Research : Appraising Evidence for Nursing Practice*, 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins.

Põld, L. (2017). Õendusdokumentatsiooni kvaliteedi hindamine SA Tallinna Lastehaigla kirurgia osakonna näitel. Lõputöö, Tallinn.

Päri, A., Ader, R. (2017). Õendusdokumentatsiooni kvaliteedi hindamine SA Tallinna Lastehaigla ortopeedia osakonna näitel. Lõputöö, Tallinn.

Raiesmaa, M. (2016). Õendusabi psoriaasi põdevale patsiendile bioloogilises ravis kasutades NANDA klassifikatsioonil põhinevaid õendusdiagnoose. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õenduse õppetool. Lõputöö, Tallinn.

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla arengukava aastateks 2017-2019. SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tallinn.

Saranto, K., Kinnunen, U.-M. (2009). Evaluating nursing documentation research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3): 464-476.

Seera, M. (2014). Fulleri imikute valu hindamise skaala kasulikkus praktikas SA Tartu Ülikooli Kliinikumis töötavate õdede hinnangul. Magistritöö. Tartu Ülikool, Tartu.

Sotsiaalministeerium. (2011). Seletuskiri sotsiaalministri 18.09.2008. a määruse nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“ muutmise määruse eelnõu juurde. <http://eelvoud.valitsus.ee/main#1MNuT8cN> (09.04.2018).

Tastan, S., Linch, G. C., Keenan, G. M., Stifter, J., McKinney, D., Fahey, L., Dunn Lopez, K., Yao, Y., Wilkie, D.J. (2014). Evidence for the Existing American Nurses Association Recognized Standardized Nursing Terminologies: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, August; 51(8): 1160-1170.

Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord (RTL 2008, 80, 1115).

The Joint Commission. (2018).  
<https://www.jointcommission.org/about-us/about-the-joint-commission-main.aspx>  
(17.03.2018).

Thoroddsen, A., Ehnfors, M. (2007). Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *Journal of Clinical Nursing*, 16: 1826-1838.

Törnkvist, L., Gardulf, A., Strender, L-E. (2003). Effects of 'pain-advisers': district nurses' opinions regarding their own knowledge, management and documentation of patients in chronic pain. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17: 332-338.

Urquhart C., Currell R., Grant M.J., Hardiker N.R. (2009). Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1): 1-66.

Wang, N., Hailey D., Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9): 1858-1875.

Zampieron, A., Aldo, S., Corso, M. (2011). A Retrospective Study of Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions for Patients Admitted to a Cardiology Rehabilitation Unit. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 22(4), 148-156.

## Lisa 1. Originaalkeelne mõõdik Q-DIO (Müller-Staub jt 2009)

## Kavandatava mõõdiku originaalkeelne mõõdik Q-DIO

## Measurement instrument Q-DIO

3-point scale

Nursing diagnoses as process. Information is documented about: 2 1 0

1. Actual situation, leading to the hospitalization
  2. Anxiety and worries related to hospitalization, expectations, and desires about hospitalization
  3. Social situation and living environment/circumstances
  4. Coping in the actual situation/with the illness
  5. Beliefs and attitudes about life (related to the hospitalization)
  6. Information of the patient and relatives/significant others about the situation
  7. Intimacy, being female/male
  8. Hobbies, activities for leisure
  9. Significant others (contact persons)
  10. Activities of daily living
  11. Relevant nursing priorities according to the assessment
- (11 Items, maximum score = 22, mean = 2)

5-point scale

## Nursing diagnoses as product

4 3 2 1 0

12. Nursing problem/nursing diagnosis label is documented
  13. Nursing diagnosis is formulated according to NANDA and numbered
  14. The etiology (E) is documented
  15. The etiology (E) is correct, related/corresponding to the nursing diagnosis (P)
  16. Signs and symptoms are formulated
  17. Signs and symptoms (S) are correctly related to the nursing diagnosis (P)
  18. The nursing goal relates/corresponds to the nursing diagnosis
  19. The nursing goal is achievable through nursing interventions
- (8 items, maximum score = 32, mean = 4)

## Nursing interventions

4 3 2 1 0

20. Concrete, clearly named nursing interventions according to NIC are planned (what will be done, how, how often, who does it)
  21. The nursing interventions affect the etiology of the nursing diagnosis
  22. Nursing interventions carried out, are documented (what was done, how, how often, who did it)
- (3 Items, maximum score = 12, mean = 4)

## Nursing-sensitive patient outcomes

4 3 2 1 0

23. Acute, changing diagnoses are assessed daily or from shift to shift/enduring diagnoses are assessed every fourth day
  24. The nursing diagnosis is reformulated
  25. The nursing outcome is documented
  26. The nursing outcome is observably/measurably documented according to NOC
  27. The nursing outcome shows
    - improvement in patient's symptoms
    - improvement of patient's knowledge state
    - improvement of patient's coping strategies
    - improved self-care abilities
    - improvement in functional status
  28. There is relationship between nursing-sensitive patient outcomes and nursing interventions
  29. Nursing outcomes and nursing diagnoses are internally related
- (7 Items, maximum score = 28, mean = 4)

Total Items 29



## Lisa 2. Autori kirjalik luba mõõdiku tõlkimiseks ja kasutamiseks

**From:** Maria Müller Staub [mailto:muellerstaub@me.com]  
**Sent:** Sunday, October 02, 2016 9:01 PM  
**To:** Kersti Naelapää - PERH <Kersti.Naelapaa@regionaalhaigla.ee>  
**Subject:** Re: Permission to translate and use the measurement instrument "Q-DIO"

Dear Kersti Naelppää

Thank you for the interest in using the Q-DIO; I give you permission to do so. Please let me know about the progress and results of your thesis. The copyright issues are outlined in the attachment.  
I also attach the literature of the Q-DIO, it was translated into several languages.

I wish you success!  
Kind regards  
Maria Müller Staub

Pflege PBS  
Prof. Dr. Maria Müller Staub (PhD, EdN, RN, FEANS)  
Pflegerwissenschaftlerin  
Obere Hofbergstrasse 10  
CH - 9500 Wil  
SWITZERLAND

Tel: ++41(0)32 641 02 54  
[muellerstaub@me.com](mailto:muellerstaub@me.com)  
[www.pflege-pbs.ch](http://www.pflege-pbs.ch)

Professor in Nursing Diagnostics  
Hanze University of Applied Sciences  
Eyssoniusplein 18, room C.017  
NL-9714 CE, Groningen  
The Netherlands

Am 29.09.2016 um 21:38 schrieb Kersti Naelapää - PERH <[Kersti.Naelapaa@regionaalhaigla.ee](mailto:Kersti.Naelapaa@regionaalhaigla.ee)>:

Dear Mrs. Müller-Staub

I am Master's student of Nursing Science at the University of Tartu (Estonia). In my Master's thesis I have planned to describe quality of nursing diagnoses, interventions and outcomes written in the nursing records of the North Estonia Medical Centre (see the hospital website: <http://www.regionaalhaigla.ee/en>). I am inspired of articles of yours and your colleagues in this field (e.g. Müller-Staub, M. (2009). Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes; da C. Linch, G. F. et al. (2012). Cross-Cultural Adaptation of the Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) Instrument into Brazilian Portuguese), and I would like to use the same instrument developed and tested in your researches.

I kindly ask you the original instrument and permission to translate and use this instrument. With your permission I would like to translate the instrument into Estonian and use it in my Master's thesis. When obtaining the use of this instrument, applicable *copyright stipulations will be followed* including the obligation to make known the source of the instrument.

Remaining at your disposal for any explanations or further information you may need.

Thank you in advance and kind regards.  
Sincerely,  
Kersti Naelapää

Department of Nursing Science  
Faculty of Medicine  
University of Tartu  
9 Nooruse Street, Tartu 50411, Estonia  
E-mail: [Kersti.Naelapaa@regionaalhaigla.ee](mailto:Kersti.Naelapaa@regionaalhaigla.ee)

Supervisor:  
Kristi Rannus, RN, PhD  
Head Nurse of Oncology and Hematology Department  
North Estonia Medical Centre  
19 Sütiste street, Tallinn 13419, Estonia  
Email: [Kristi.Rannus@regionaalhaigla.ee](mailto:Kristi.Rannus@regionaalhaigla.ee)

### Lisa 3. Eestikeelne mõõdik Q-DIO (Müller-Staub jt 2009)

#### Mõõdik Q-DIO

##### Õendusdiagnoos kui protsess

Dokumenteeritud on järgnev informatsioon:

##### 3-punkti skaala

2      1      0

1. Tegelik olukord, mis viis hospitaliseerimiseni
  2. Hospitaliseerimisega seotud hirmud ja mured, hospitaliseerimisega seotud ootused ja soovid
  3. Sotsiaalne olukord (sotsiaalne toimetulek) ja elukeskkond/elamistingimused
  4. Toimetulek tegeliku olukorraga / haigusega
  5. Uskumused ja ellusuhtumine (hospitaliseerimisega seotud)
  6. Patsiendi ja sugulaste/ lähedaste teadlikkus olukorrast
  7. Intiimsus, naiseks/meheks olemine
  8. Hobid, vabaajategevused
  9. Lähedased (kontaktisikud)
  10. Igapäevaelu tegevused
  11. Anamneesist lähtuvad asjakohased õendusabi prioriteetidid
- (11 osa; maksimumpunktid = 22, keskmine = 2)

##### Õendusdiagnoosid kui väljendid

##### 5-punkti skaala

4      3      2      1      0

12. Õendusprobleem/ õendusdiagnoosi nimetus on dokumenteeritud
  13. Õendusdiagnoos on NANDA järgi sõnastatud ja kodeeritud
  14. Etioloogia (E) on dokumenteeritud
  15. Etioloogia (E) on korrektne, seotud/vastavuses õendusdiagnoosiga (P)
  16. Tunnused ja sümptomid on täpselt sõnastatud
  17. Tunnused ja sümptomid (S) on korrektselt ühitatud õendusdiagnoosiga (P)
  18. Õendusabi eesmärk on seotud/vastavuses õendusdiagnoosiga
  19. Õendusabi eesmärk on (sõnastatud) õendussekkumise abil saavutatav
- (8 osa; maksimumpunktid = 32, keskmine = 4)

##### Õendussekkumised

4      3      2      1      0

20. Õendussekkumised on konkreetselt planeeritud ja NIC-i järgi selgelt sõnastatud (mida hakatakse tegema, kuidas, kui tihti, kes teeb)
  21. Õendussekkumised mõjutavad õendusdiagnoosi etioloogiat
  22. Teostatud õendussekkumised on dokumenteeritud (mida on tehtud, kuidas, kui tihti, kes tegi)
- (3 osa; maksimumpunktid = 12, keskmine = 4)

##### Õendusabist sõltuvad patsienditulemused

4      3      2      1      0

23. Ägedad, muutlikud diagnoosid on hinnatud igapäevaselt või igas valves / püsivad diagnoosid on hinnatud igal neljandal päeval
  24. Õendusdiagnoos on ümber sõnastatud
  25. Õendustulemus on dokumenteeritud
  26. Õendustulemus on NOC-i järgi vaadeldavalt/mõõdetavalt dokumenteeritud
  27. Õendustulemus näitab
    - muutust patsiendi sümptomites
    - muutust patsiendi teadmiste tasemes
    - muutust patsiendi toimetulekstrateegiates
    - muutunud enesehooldusvõimet
    - muutust talitlusvõimes
  28. Õendusabist sõltuvate patsienditulemuste ja õendussekkumiste vahel on seos
  29. Õendusabist sõltuvad patsienditulemused ja õendusdiagnoosid on sisuliselt ühtivad
- (7 osa; maksimumpunktid = 28, keskmine = 4)

**Kokku 29 osa**

## Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 269/T-3

koosolek: 17.04.2017

### Komitee koosseis:

#### Esimees

Kadri Tamme Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, anestesioloogia ja intensiivravi vanemassistent

#### Aseesimees

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

#### Liikmed

Diva Eensoo Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, tervisesotsioloogia teadur

Naatan Haamer Tartu Ülikooli Kliinikum, hingehoidja

Malle Kuum Tartu Ülikool meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur

Kärt Pormeister Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, doktorant

Mare Remm Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütika õppekava dotsent

Maria Tamm Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, eksperimentaalpsühholoogia teadur

Oivi Uibo Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, lastegastroenteroloogia dotsent

Vahur Ööpik Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, spordifüsioloogia professor

### Otsus: Kooskõlastada uurimistöö.

#### Uurimistöö nimetus:

Õendusdiagnooside, -sekkumiste ja -tulemuste dokumenteerimise kvaliteet Põhja-Eesti Regionaalhaigla õendusdokumentatsioonis

#### Vastutav uurija (asutus):

Merle Seera (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19, 50411 Tartu)

#### Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt koos lisadega, täiendatud 25.04.2017
2. Kokkulepe uurimustöö sooritamiseks Põhja-Eesti Regionaalhaiglas

#### Uurimistöö lõpp: jaanuar 2018

Komitee esimees: Kadri Tamme /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Eveli Kadarik /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: /viimase digitaalallkirja kuupäev/

## Lisa 5. Andmekaitse inspeksiooni luba

ERAELU KAITSE JA RIIGI LÄBIPAISTVUSE EEST



ANDMEKAITSE INSPEKTSIOON

### OTSUS

#### isikuandmete töötlemisest teadusuuringuks nr 2.2-/17/23

<b>Otsuse tegija</b>	Andmekaitse Inspeksiooni vaneminspektor Liisa Ojangu (peadirektori volitusel)
<b>Otsuse tegemise aeg ja koht</b>	Tallinnas, 30.05.2017
<b>Taotluse esitamise aeg</b>	12.05.2017
<b>Taotluse esitaja</b>	Erik Puura Tartu Ülikool Ülikooli 18, Tartu 50090 <a href="mailto:kersti.naelapaa@regionaalhaigla.ee">kersti.naelapaa@regionaalhaigla.ee</a>

#### RESOLUTSIOON:

##### Isikuandmete kaitse seaduse § 16 lõige 3 alusel

##### otsustan:

anda luba andmesubjektide nõusolekuta isikuandmete töötlemiseks teadusuuringus "Õendusdiagnooside, -sekkumiste ja -tulemuste dokumenteerimise kvaliteet Põhja-Eesti Regionaalhaigla õendusdokumentatsioonis" 12.05.2017 taotluses esitatud tingimustel ja mahus.

#### VAIDLUSTAMISVIIDE:

Otsuse peale on võimalik esitada 30 päeva jooksul vaie haldusmenetluse seadustiku § 71 lõikes 1 sätestatud korras või esitada kaebus halduskohtule halduskohtumenetluse seadustiku § 7 lõikes 1 sätestatud korras.

#### TAOTLUSE ESITAJA SELETUS ja KINNITUSED:

##### Isikuandmete töötlemise eesmärk:

1. Kirjeldada Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) õendusdokumentatsioonis õendusdiagnooside, -sekkumiste ja -tulemuste dokumenteerimise kvaliteeti: Milline on õendusdokumentatsioonis õendusdiagnoosi dokumenteerimise kvaliteet?
  - 1) Mil määral on dokumenteeritud patsiendi tervises seisundi hindamine kui õendusdiagnoosi kliinilise otsustamise protsess?
  - 2) Kui võrd täpselt on dokumenteeritud õendusdiagnoos kui väljend?
  - 3) Kui võrd täpselt on õendusdiagnoos ühitatud õendusprotsessi teiste osadega?

Väike-Ameerika 19 / 10129 Tallinn / 627 4135 / [info@aki.ee](mailto:info@aki.ee) / [www.aki.ee](http://www.aki.ee)  
Registrikood 70004235

(järgneb)

2. Milline on õendusdokumentatsioonis õendussekumiste dokumenteerimise kvaliteet?
    - 1) Kuivõrd täpselt on dokumenteeritud õendussekumised?
    - 2) Mil määral on dokumenteeritud õendussekumise efektiivsus?
  3. Milline on õendusdokumentatsioonis õendustulemuste dokumenteerimise kvaliteet?
    - 1) Kuivõrd täpselt on dokumenteeritud õendustulemused?
- Kuivõrd täpselt on dokumenteeritud õendustulemuse kvaliteet?

Töötlemiskoha aadress:

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla  
J. Sütiste tee 19, 13419 Tallinn

Töödeldavate andmete koosseis:

Valimi moodustamiseks: haigusloo/õendusloo number koos isikukoodi ning patsiendi ees- ja perekonnanimega. Arhiivist haiguslugude/õenduslugude taotlemiseks: patsiendi ees- ja perekonnanimi, isikukood, haigusloo number. Uurimistöö teostamiseks: terviseseisundit kirjeldavad andmed.

Isikute kategooriad, kelle andmeid töödeldakse ning valimi suurus:

01.01.2016 alustatud ja 31.12.2016 lõpetatud üle 4 päeva pikkustest ravijuhtudest 150 patsiendi õendusdokumentatsioon.

Isikuandmete allikad:

PERH-s 1.01.2016 alustatud ja 31.12.2016 lõpetatud haiguslood/õenduslood.

Need vastuvõtjad või vastuvõtjate kategooriad, kellele andmed võidakse avalikustada:

Ei ole.

Andmete kavandatav edastamine kolmandatesse riikidesse:

Ei edastata.

Taotleja kinnituste kohaselt:

- 1) teadusuuringu tulemus esitatakse teadusliku üldistusena, isikuid tuvastada ei ole võimalik.

**ANDMEKAITSE INSPEKTSIOONI PÕHJENDUSED ja SELGITUSED:**

Isikuandmete kaitse seaduse § 16 lõige 3 sätestab nõude, et isikustatud andmetega ja isiku nõusolekuta uuringu läbiviimiseks peab olema Andmekaitse Inspektsiooni eelnev luba. Loamenetluse käigus on taotluse esitaja mulle kinnitanud, et isikuandmete töötlemisel võetakse isikuandmete kaitseks kasutusele piisavad organisatsioonilised, füüsilised ja infotehnilised turvameetmed ning registreeritud on delikaatsete isikuandmete töötlemine. Olen nõus, et ilma isikute tuvastamist võimaldatavate andmeteta oleks andmetöötluse eesmärkide saavutamine ebamõistlikult raske. Taotluse esitaja on hinnanud ja välja toonud ülekaaluka avaliku huvi ning kinnitanud, et töödeldavate isikuandmete põhjal ei muudeta isikute kohustuste mahtu ega kahjustata muul viisil ülemääraselt andmesubjektide õigusi. Olen arvestanud Tartu Ülikooli inimuringute eetika komitee otsusega.

Andmekaitse Inspektsiooni luba isikuandmete töötlemiseks teadusuuringus kehtib tingimustel, mis on 12.05.2017 inspektsioonile esitatud taotluses ning lisamaterjalides

kajastatud.

Kui teadusuuringu loa taotluses esitatud tingimused muutuvad, tuleb sellest Andmekaitse Inspektsiooni teavitada.

Lugupidamisega

*/allkirjastatud digitaalselt/*

Liisa Ojangu  
vaneminspektor  
peadirektori volitusel

## Lisa 6. Vaatlustulemuste sagedusjaotused, keskmised ja standardhälbed koondtabelis

Vaatluspunkt õendusdokumentatsioonis	2		1		0		M	SD				
	%	n	%	n	%	n						
1. Tegelik olukord, mis viis hospitaliseerimiseni	37,3	56	56,7	85	6	9	1,31	0,58				
2. Hospitaliseerimisega seotud hirmud ja mured, hospitaliseerimisega seotud ootused ja soovid	0,7	1	10	15	89,3	134	0,12	0,35				
3. Sotsiaalne olukord (sotsiaalne toimetulek) ja elukeskkond/elamistingimused	68,7	103	28	42	3,3	5	1,65	0,54				
4. Toimetulek tegeliku olukorraga / haigusega	10	15	80	120	10	15	1	0,45				
5. Uskumused ja ellusuhtumine (hospitaliseerimisega seotud)	0	0	1,3	2	98,7	148	0,02	0,14				
6. Patsiendi ja sugulaste/ lähedaste teadlikkus olukorrast	3,3	5	2	3	94,7	142	0,09	0,38				
7. Intiimsus, naiseks/meheks olemine	0	0	2	3	98,0	147	0,02	0,14				
8. Hobid, vabaajategevused	0,7	1	0	0	99,3	149	0,01	0,16				
9. Lähedased (kontaktisikud)	75,3	113	16,7	25	8	12	1,67	0,62				
10. Igapäevaelu tegevused	61,3	92	38	57	0,7	1	1,61	0,5				
11. Anamneesist lähtuvad asjakohased õendusabi prioriteedid	60	90	30	45	10	15	1,5	0,67				
	4		3		2		1		0			
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n		
12. Õendusprobleem/ õendusdiagnoosi nimetus on dokumenteeritud	1,3	2	15,3	23	44	66	24,7	37	14,7	22	1,64	0,96
13. Õendusdiagnoos on sõnastatud NANDA järgi ja kodeeritud	0	0	1,3	2	6	9	49,3	74	43,3	65	0,64	0,63
14. Etioloogia (E) on dokumenteeritud	0	0	2,7	4	4	6	9,3	14	84	126	0,25	0,66
15. Etioloogia (E) on korrektne, seotud/vastavuses õendusdiagnoosiga (P)	0	0	2,7	4	6,7	10	6,7	10	84	126	0,28	0,71
16. Tunnused ja sümptomid on täpselt sõnastatud	0	0	8,7	13	34	51	50,7	76	6,7	10	1,45	0,75
17. Tunnused ja sümptomid (S) on korrektselt ühitatud õendusdiagnoosiga (P)	0	0	2	3	14	21	32	48	52	78	0,66	0,79
18. Õendusabi eesmärk on seotud/vastavuses õendusdiagnoosiga	0,7	1	10	15	15,3	23	3,3	5	70,7	106	0,67	1,11
19. Õendusabi eesmärk on (sõnastatud) õendussekkumise abil saavutatav	1,3	2	8,7	13	12	18	7,3	11	70,7	106	0,63	1,09
20. Õendussekkumised on konkreetselt planeeritud ja NIC-i järgi selgelt sõnastatud (mida hakatakse tegema, kuidas, kui tihti, kes teeb)	0	0	6	9	30,7	46	63,3	95	0	0	1,43	0,61
21. Õendussekkumised mõjutavad õendusdiagnoosi etioloogiat	0	0	2	3	3,3	5	8	12	86,7	130	0,21	0,59
22. Teostatud õendussekkumised on dokumenteeritud (mida on tehtud, kuidas, kui tihti, kes tegi)	3,3	5	51,3	77	34,7	52	10,7	16	0	0	2,47	0,74
23. Ägedad, muutlikud diagnoosid on hinnatud igapäevaselt või igas valves / püsivad diagnoosid on hinnatud igal neljandal päeval	1,3	2	18,7	28	28	42	50,7	76	1,3	2	1,68	0,84
24. Õendusdiagnoos on ümber sõnastatud	0	0	0	0	2,7	4	23,3	35	74	111	0,29	0,51
25. Õendustulemus on dokumenteeritud	0,7	1	10	15	27,3	41	34,7	52	27,3	41	1,21	0,98
26. Õendustulemus on NOC-i järgi vaadeldavalt/mõõdetavalt dokumenteeritud	0	0	1,3	2	12	18	34	51	52,7	79	0,62	0,75
27. Õendustulemus näitab:	0	0	13,3	20	36,7	55	20,7	31	29,3	44	1,34	1,04
- muutust patsiendi sümptomites												
- muutust patsiendi teadmiste tasemes												
- muutust patsiendi toimetulekustrateegiates												
- muutunud enesehooldusvõimet												
- muutust talitlusvõimes												
28. Õendusabist sõltuvate patsienditulemuste ja õendussekkumiste vahel on seos	0	0	21,3	32	30	45	20,7	31	28	42	1,44	1,12
29. Õendusabist sõltuvad patsienditulemused ja õendusdiagnoosid on sisuliselt ühtivad	0	0	6	9	21,3	32	26	39	46,7	70	0,86	0,95