

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Argo Soolep

**SOTSIAALPROBLEEMIDEST TINGITUD VÄLJAKUTSETE KÄSITLUS EESTI
KIIRABIBRIGAADI JUHTIDE KOGEMUSTELE TOETUDES: KVALITATIIVNE
UURIMUS**

Magistritöö

Tartu 2019

Põhijuhendaja: Eduard Gusarov, MSc (õendusteadus)

Kaasjuhendaja: Ere Uibu, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Pille Tampere, BSc (õendusteadus) (võrdsustatud magistrikraadiga)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega 9. mai 2019.

Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

LIHTLITSENTS MAGISTRITÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

Mina, Argo Soolep (sünd. 21.11.1972)

1. Annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud uurimistöo „Sotsiaalprobleemidest tingitud väljakutsete käsitus Eesti kiirabibrigaadi juhtide kogemustele toetudes – kvalitatiivne uurimus“, mille juhendajaks on Eduard Gusarov, MSc ja kaasjuhendajaks Ere Uibu, MSc reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, alates 01.09.2020 kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikandmete kaitse seadusest tulenevaid õiguseid.

9.mai 2019.

KOKKUVÕTE

Sotsiaalprobleemidest tingitud väljakutsete käsitus Eesti kiirabibrigaadi juhtide kogemustele toetudes: kvalitatiivne uurimus.

Kiirabi teenust kasutatakse sageli olukordades, mis ei eelda erakorralist meditsiinilist sekkumist. Seda tehakse kui inimesed ei oska õigesse kohta pöörduda või ei saa mujalt abi. Patsientide sotsiaalprobleemide käsitlemine kiirabi väljakutsetel on keeruline, kuna kiirabi töötajatel puuduvad sageli võimalused ja oskused selliste olukordade lahendamiseks. Sotsiaalprobleemidest tingitud kiirabi väljakutsed on varem Eestis empiiriliselt uurimata, ning ka mujal maailmas on teemakohast teaduskirjandust vähe. Pole teada, kuidas Eesti kiirabi selliseid väljakutseid käsitleb. Eelnevast lähtuvalt oli uurimistöö eesmärk kirjeldada Eesti kiirabibrigaadi juhtide kogemustele toetudes, missuguseid kiirabi patsientide probleeme seostatakse sotsiaalprobleemidega, kuidas väljakutsetel ette tulnud sotsiaalprobleeme käsitletakse ja kuidas neid dokumenteeritakse.

Uurimistöö on empiiriline ja kvalitatiivne. Andmeid koguti Eesti kiirabibrigaadi juhtidelt (n=20) poolstruktureeritud intervjuudega, mis viidi läbi ajavahemikul ajavahemikus 25 september 2018 kuni 29 jaanuar 2019. Andmestiku moodustasid poolstruktureeritud intervjuude salvestiste transkriptsioonid, kokku 82 formaadis A4 lehekülge sõnalist teksti. Andmestiku analüüsimisel kasutati induktiivset sisuanalüüsi.

Uurimistööst selgus, et sotsiaalprobleemid, mis Eestis kiirabi väljakutseid tingivad, on väga erinevad ning Eesti kiirabibrigaadide juhid ei lahenda väljakutsetel esinevaid sotsiaalprobleeme ühtseid printsiipe järgides. Neil puudub vastav ettevalmistus ja oskused, mistõttu sotsiaalprobleemidega seotud olukordade käsitus sõltub sageli konkreetse brigaadijuhi oskustest, isikuomadustest ja tõekspidamistest. Samuti pole Eestis kindlat korda, kuidas kiirabi väljakutsete käigus esinevaid mittemeditsiinilisi olukordi lahendada ning dokumenteerida. Dokumenteerimine kiirabikaartidel on varieeruv. Tulemustest võib järeldada, et patsientide heaolu tagamiseks vajalike muudatuste tegemine eeldab selle teema edasist uurimist, mis võimaldaks edaspidi koostada sotsiaalprobleemidest tingitud väljakutsete käsitlemiseks sobilikke juhendeid ning luua võimalused kiirabibrigaadi juhtide erialaseks koolitamiseks.

Märksõnad: sotsiaalprobleem, kiirabi, kiirabibrigaadi juht.

SUMMARY

Estonian ambulance crew leaders' experience of managing ambulance calls caused by social problems: a qualitative research.

Ambulance services are frequently used in situations which do not require emergency medical intervention. This occurs due to people's lack of understanding of how to access the specific help they require or there is no help for them to access. Addressing patient social problems regarding ambulance calls is seriously complicated since ambulance crews often have limited scope and lack of knowledge to manage these situations. Ambulance calls related to social problems have not been previously studied in nursing science in Estonia. Little scientific literature exists regarding this subject in other countries too. Furthermore, there is no knowledge on how ambulance crews in Estonia manage these calls. On the basis of the above, the purpose of the research was to describe in the experience of the Estonian ambulance crew leaders, what problems are associated with social problems, how the social challenges are addressed and how they are documented.

Research is empirical and qualitative. Data was collected from Estonian ambulance crew leaders (n=20) with the help of semi-structured interviews, between September, 25, 2018, to January, 29, 2019. The database was created from recorded semi-structured interviewed transcriptions. It consisted of 82 format A4 pages of verbal data and inductive content analysis.

The research revealed that there are different social problems which generate ambulance calls. Ambulance crew leaders manage these calls in different ways. This is due to the diversity of calls and how ambulance crews manage them accordingly. This is most often caused due to lack of skills and knowledge. The ways of managing these calls differ, depending on personal skills, personality and beliefs of the ambulance crew leaders. There is no firm guide in Estonia of how to cope with such calls and how to complete the documentation. Therefore, the documentation of social problem related calls varies. According to the current results of the present data, there is a need for further research to make appropriate changes for improving patient welfare, and the necessity to compile a guide in order to create a training program for ambulance crew leaders that would meet the needs and expectations of society.

Keywords: social problem, ambulance, ambulance crew leader.

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS.....	4
2. PATSIENTIDE SOTSIAALPROBLEEMID KIIRABI TÖÖS	6
2.1. Sotsiaalprobleemi ja kiirabibrigaadi juhi mõiste.....	6
2.2. Patsientide sotsiaalprobleemid kiirabi väljakutsete põhjusena ja nende dokumenteerimine....	7
3. METOODIKA.....	11
3.1. Metodoloogilised lähtekohad	11
3.2. Uuritavad.....	11
3.3. Andmete kogumine	12
3.4. Andmete analüüs	14
3.5. Uurimistöö usaldusväärsus.....	15
4. TULEMUSED.....	17
4.1. Sotsiaalprobleemidega seotud kiirabi väljakutsed	17
4.2. Sotsiaalprobleemide käsitus kiirabi väljakutsetel	23
4.3. Sotsiaalprobleemide dokumenteerimine kiirabikaartidel.....	27
5. ARUTELU	31
5.1. Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistöödega.....	31
5.2. Uurimistöö eetilised aspektid.....	35
5.3. Uurimistöö usaldusväärse tagamine ja kitsaskohad	36
5.4. Uurimistöö tulemuste olulisus ja uued uurimisprobleemid.....	38
6. JÄRELDUSED.....	39
KASUTATUD KIRJANDUS	40
Lisa 1. Kutse uurimistöös osalemiseks	44
Lisa 2. Informeerimise ja informeeritud nõusoleku vorm.....	45
Lisa 3. Poolstruktureeritud intervjuu struktuur	47
Lisa 4. Tartu Ülikooli inmuuringute eetikakomitee kooskõlastus uurimistöö läbiviimiseks.....	48

1. SISSEJUHATUS

Kiirabi väljakutsetel esineb olukordi, kus väljakutse põhjuseks on probleemid, millel puudub seos kiiret sekkumist nõudvate tervisehäiretega. Selliseid väljakutseid seostatakse patsientide sotsiaalprobleemidega, mitmekesise ja aja jooksul pidevalt muutuvate probleemide kogumiga. Sotsiaalprobleemid võivad esineda nii üksikisiku kui ka grupi tasandil. Üksikisikute sotsiaalprobleemideks on näiteks töötus ja üksindus, gruppide puhul aga näiteks tõrjutus ja vaesus. (Campbell ja Rasmussen 2012, Kiik 2006.)

On täheldatud, et just sotsiaalprobleemid tingivad inimeste korduvaid pöördumisi kiirabi poole, erakorralise meditsiini osakondadesse ja teistesse tervishoiuinstantsidesse. Selliste probleemidega inimesed otsivad erakorralist abi sagedamini kui teised elanikkonna grupid. Erakorralist meditsiinilist abi otsivate inimeste arvust moodustavad sotsiaalprobleemidega inimesed umbes 4-8%, kuid nende pöördumised hõivavad veerandi kõikidest erakorralise tervishoiusüsteemi juhtumitest. (Kumar ja Klein 2013.) Mittemeditsiinilised probleemid, mis tingivad kiirabi väljakutseid, on sageli seotud väljakutsete tegijate sotsiaalsete võimaluste ja oskuste puudujäägiga, aga samuti ka esmatasandi tervishoiu ja sotsiaalteenuste kättesaadavuse puudujäägiga (Booker jt 2015).

Varasematest uurimistöödest on teada, et sagedaste kiirabi väljakutsete tegijate vajaduste kaardistamine ja neile otse suunatud sotsiaalprogrammid vähendavad nende inimeste vajadust erakorralise meditsiiniabi järele (Witbeck jt 2000, Kumar ja Klein 2013). Kiirabikutsetel, mille käigus ilmnevad patsientide sotsiaalprobleemid, esineb kiirabi töötajatel raskusi nende probleemide märkamise ja lahendamise (Campbell ja Rasmussen 2012). Erakorralist abi mitte-eeldavatel põhjustel tehtud kiirabi väljakutsetel ilmneb olukordi, mida kiirabi ei suuda lahendada (Prener ja Lincoln 2015). Riigiti on kiirabi ülesehitus erinev, kuid erakorralist meditsiiniabi mitte-eeldavate kiirabi väljakutsete arv kasvab kogu maailmas sõltumata riigis kasutatavast (Booker jt 2015).

Sotsiaalprobleemidest tingitud kiirabi väljakutsed on töö autori kogemustele toetudes mõnes Eesti piirkonnas võrdlemisi sagedased. Selle kinnituseks on näiteks ka Tallinna kiirabi statistika, mille kohaselt 2018. aastal oli pea iga kümnes patsient alkoholi- või narkojoobes, anti kiirabi poolt üle politseile või toimetati kainestusmajja (Tallinna kiirabi tegevus... 2018). Käesoleva töö autoril

puudub informatsioon, et Eestis oleks varem kiirabi ja sotsiaalprobleemidest tingitud väljakutsete alaseid empiirilisi uurimistöid tehtud, autori teada on ilmunud vaid üks erialaajakirjas avaldatud populaarteaduslik artikkel (Gusarov 2016), kus sotsiaalprobleemidest põhjustatud väljakutsed on selgesõnaliselt probleemina välja toodud. Et olemasolev teave antud probleemi kohta Eestis on vähene, on sobilik sellel teemal informatsiooni koguda probleemiga otseselt kokku puutuvatelt inimestelt, kelleks on kiirabibrigaadi liikmed.

Uurimistöö koostamisel on lähtunud õenduse ja sotsiaaltöö valdkonna tõenduspõhistest allikatest ja tõenduspõhistes erialaajakirjades ilmunud artiklitest. Töö annab ülevaate, missuguste sotsiaalprobleemidega kiirabibrigaadide juhid väljakutsetel kokku puutuvad, kuidas kiirabibrigaadide juhid nendega toime tulevad ja kuidas neid dokumenteerivad. Need teadmised võivad olla aluseks edaspidistele kiirabi ja sotsiaalprobleemide valdkonna uurimistöödele. Käesoleva magistr töö tulemusi saab kasutada kiirabi tegevusjuhendite täiendamisel ja kiirabibrigaadi juhtidele mõeldud koolitustegevuste kavandamisel, näiteks ühtse kiirabibrigaadi juhtide erialase täienduskoolituse loomisel.

Patsientide sotsiaalprobleemid põhjustavad kiirabi väljakutseid kuid nendega toimetulek on kiirabietapil raskendatud ja selliste olukordade lahendamise kohta on teada vähe (Campbell ja Rasmussen 2012, Booker jt 2015). Ei ole teada, kuidas Eestis kiirabibrigaadi juhid patsientide sotsiaalprobleemidest tingitud väljakutseid käsitlevad, dokumenteerivad, sotsiaalprobleemidega seotud olukordi lahendavad. Magistr töö eesmärk on kirjeldada Eesti kiirabibrigaadi juhtide kogemustele toetudes, missuguseid kiirabi patsientide probleeme seostatakse sotsiaalprobleemidega, kuidas väljakutsetel ette tulnud sotsiaalprobleeme käsitletakse ja kuidas neid dokumenteeritakse. Uurimistöö eesmärgist tuletatult on püstitatud järgmised uurimisküsimused:

1. Missuguseid olukordi kiirabi väljakutsetel seostatakse sotsiaalprobleemidega?
2. Kuidas kiirabibrigaadide juhid väljakutsetel ilmnevaid sotsiaalprobleeme käsitlevad ja neid dokumenteerivad?

2. PATSIENTIDE SOTSIAALPROBLEEMID KIIRABI TÖÖS

2.1. Sotsiaalprobleemi ja kiirabibrigaadi juhi mõiste

Sotsiaalprobleem ehk sotsiaalne probleem (*social problem*) on takistus või takistuste kogum, mis vähendab inimese võimet saavutada ja säilitada endale ja ühiskonnale aktsepteeritavat elukvaliteeti. Sotsiaalsed probleemid asuvad väljaspool indiviidi enda kontrolli ja nende lahendamiseks pole individid välise abita võimeline. (Sile 2012.) Sotsiaalprobleem võib esineda nii üksikindiviidi kui ka grupi või ühiskonna tasandil. Sotsiaalprobleemideks ühiskonna tasandil peetakse näiteks vaesust, töötust, madalat iivet, inimkaubandust, alkoholismi ja narkomaaniat, rassi- ja etnilisi konflikte. Üksikisiku sotsiaalprobleemid on sageli seotud tema võimekusega ühiskonnas aktsepteeritud viisil tegutseda. (Manis 1974.) Kõiki negatiivseid olukordi ei saa nimetada sotsiaalprobleemiks vaid neid peab sotsiaalprobleemina tunnetama ja tunnistama ka avalikkus (Best 2010).

Sotsiaalprobleemi käsitlemine on aja jooksul muutunud. Enne 1970. aastaid vaadeldi sotsiaalprobleeme reaalsuse objektiivsete aspektidena. Hiljem on sotsiaalse konstruktivismi mõjul asunud seisukohale, et sotsiaalprobleemid on sõltuvad ajaloolisest ja kultuurilisest keskkonnast, ajas muutuvad ja vaadeldavad seetõttu subjektiivsete nähtustena. (Säästva arengu sõnaseletusi 2017.) Olukorra tunnetamine sotsiaalprobleemina sõltub subjekti ja teda ümbritsevate isikute interpretatsioonist, mida mõjutavad mitmesugused välised tegurid nagu näiteks meedia, avalik arvamus (Walton ja Wilson 2018).

Sotsiaalprobleemidena võib käsitleda nähtusi, mis puudutavad erinevaid valdkondi. Näiteks haridusvaldkonnas on sotsiaalprobleemina mõistetud koolikiusamist ja koolivägivalda (Linde 2001, Säre 2011). Sotsiaalpoliitilisest seisukohast on sotsiaalprobleemid näiteks vaesus (Laes 2013), kodutus, terviseprobleemid (Best 2010), sooline segregatsioon ja sooline palgalõhe (Heaolu arengukava 2016), perevägivald ja väärkohtlemine (Walton ja Wilson 2018). Sotsiaalprobleeme kirjeldatakse kui nähtust, mis loob eelduse erakorralise tervishoiuteenuse institutsioonide koormuse tõusuks (Campbell ja Rasmussen 2012, Booker jt 2015, Prener ja Lincoln 2015).

Kiirabi on Eestis Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse järgi ambulatoorne tervishoiuteenus, mille eesmärgiks on eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgituse esmane diagnoosimine ja ravi

ning vajaduse korral transport haiglasse. Eestis on kiirabi riikliku rahastusega ja halduslepingu alusel eraõigusliku juriidilise isiku poolt korraldatav teenistus. (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus 2013.) Eesti Haigekassa rahastab 102 kiirabibrigaadi ööpäevaringset, neist 96 on õe- või arstibrigaadid. Ülejäänud kuus on reanimobiilibrigaadid. (Eesti Haigekassa kaudu...2019.)

Eeltoodud seaduse rakendussäte näeb ette, et kiirabis võivad Eestis töötada arst, õde või muu tervishoiutöötaja ning erakorralise meditsiini tehnika ja kiirabitehnika haridusega töötajad. Brigaadi juhilt eeldatakse erialast haridust. **Kiirabiõdedeks** on Eestis formaalses juriidilises formuleeringus eriharidusega õed. Nendeks on intensiivõenduse õde-spetsialistid, kellel on kiirabi **brigaadi juhtimise õigus**. Erihariduseta õed töötavad kiirabibrigaadi teise liikmena. Kiirabi üksiküksuse, ehk brigaadi juhtivate kiirabiõdede rolli annab täpsemalt edasi mõiste **kiirabibrigaadi juht**, mis on ka üldlevinud ja tavapärasel töökeskkonnas kasutusel. Kiirabibrigaadi juhi töökohustused näevad ette osutatava kiirabiteenuse mahu ja ulatuse ning patsiendi terviseseisundi raskuse hindamist. (Kiirabibrigaadi koosseisu ja varustuse... 2012.)

Riigiti on kiirabi korraldus ja mehitatusele esitatavad nõuded väga erinevad. Euroopa Liidus rakendatav kiirabi töökorraldus eeldab pea kõikides liikmesriikides tervishoiutöötaja, seega arsti või õe pädevust. Franko-germaani mudeliks nimetatud kiirabi töökorraldusega riikides osutatakse haigetele abi võimaluste piires kohapeal ning see tingib ka laiapõhjalise lähenemise patsiendile. Anglo-Ameerika mudeli puhul on prioriteediks haige võimalikult kiire transport haiglasse. Seetõttu osutavad viimase mudeli puhul korraldatud kiirabiteenustega riikides kiirabiteenust mitte kõrgharidusega tervishoiutöötajad vaid kutseharidusega tehnikud või parameedikud. Mõlemat mudelit on paljudes riikides erineval viisil kombineeritud vastavalt ühiskonnas tekkinud nõuetele. (Al-Shaqsi 2010.)

2.2. Patsientide sotsiaalprobleemid kiirabi väljakutsete põhjusena ja nende dokumenteerimine

Kiirabi väljakutsete teemat ja patsientide sotsiaalprobleemide esinemist väljakutsetel on varem uuritud vähe kuid erinevatest vaatenurkadest. Näiteks on varasemad allikad tõestanud sotsiaaltöö ja erakorralise abi vajaduse omavahelise tugeva seose. Juhtumipõhine sotsiaaltöö on osutunud efektiivseks vahendiks tervishoiu kulude vähendamisel, näitas kaheteistkümmel kirjandusallikal

põhinev kirjanduse ülevaade. Analüüsidest leiti, et juhtumipõhise sotsiaaltöö intensiivsus ja erakorralisele meditsiinilisele abile tehtavad kulud on omavahelises seoses. (Kumar ja Klein 2013.) Võrreldes kahte alkoholisõltuvusega kodutute gruppi, mille liikmed paistsid silma sagedaste pöördumistega kiirabi poole, tõestati sotsiaalteenuste ja kiirabi väljakutsete omavaheline seos. Ühe grupi liikmetele rakendati aktiivset juhtumipõhist sotsiaaltööd, teisele mitte. Selle töö tulemused näitasid, et aktiivne sotsiaaltöö vähendas erakorralise meditsiinilise abi vajadust aasta jooksul enam kui poole võrra (58%) ning eksisteerib seos kiirabi väljakutsete arvu ja sotsiaaltöö tõhususe vahel. (Witbeck jt 2000.)

Etnograafiline uurimistöö, mis seisnes kiirabibrigaadide töö vaatluses näitas, et kiirabi puutub väljakutsetel kokku paljude erinevate olukordadega, mille käsitlemisel tuleks patsientide heaolu tagamiseks rakendada sotsiaaltööd. Uurijad jõudsid järeldusele, et kiirabi väljakutsetel ignoreeritakse sotsiaalprobleeme sageli kuna keskendutakse eelkõige meditsiinilistele probleemidele. Mõnel puhul võib see kaasa tuua patsiendi või tema lähedaste heaolu vähenemise. (Campbell ja Rasmussen 2012.) Vaimse tervise probleemidega inimeste tehtud kiirabi väljakutsete empiiriline uurimus näitas, et kiirabi vaatekohalt on need tihti põhjustatud olukordadest, mida ei saa kiirabietapis lahendada. Analüüsi tulemusel selgus, et sõltuvus- ja vaimse tervise probleemidega inimesed kutsuvad kiirabi sageli valedel eesmärgil ning kiirabibrigaadid peavad täitma teiste tervishoiuasutuste ning sotsiaaltöötajate funktsiooni. (Prenner ja Lincoln 2015.) Kiirabile tehtud erakorralise abiga mitte seotud väljakutsete põhjused on tervises seisundi väär hindamine, inimeste võimetus ja oskamatus toime tulla, esmaabi alaste teadmiste defitsiit, hooldusprobleemid, demograafilised põhjused, sotsiaal-ökonomilised faktorid, tervisekindlustuse puudumine, tervishoiuteenuseid osutavates struktuurides mitte orienteerumine, esmatasandi tervishoiuvaldkonna ja sotsiaaltöö puudujäägid ning sobimatu ja ebatõhus väljakutsete töötlemine. (Booker jt 2015.)

Varasemad uurimused on näidanud, et sotsiaalse kaitseta või vähese sotsiaalse kaitsega isikud on sagedased kiirabiteenuse kasutajad. Kodutud, sõltuvushäiretega isikud ning sotsiaalse toetuseta isikud on sagedased kiirabiteenustuse kasutajad. Seejuures on nende pöördumiste põhjused sageli mitte eluohtlikud terviseprobleemid, vaid pöördumised on tingitud muudest probleemidest. (Witbeck jt 2000.) Nende probleemide hulka kuuluvad muuhulgas ka finantsiline vaesus ja vajakajäämised hoolduses (Kumar ja Klein 2013).

Sotsiaalprobleemid on muutuv nähtus. Uusi sotsiaalprobleeme toovad kaasa ka makrotasandi muutused, mis ei pruugi olla tervishoiust endast tingitud. Näiteks Rootsis on viimase kahekümne aastaga kerkinud esile võõrast kultuuriruumist pärit varjupaigataotlejatega seotud sotsiaalprobleem, kuna keele- ja kultuurierinevused seavad tervishoiuteenuse tarbimisel takistusi. (Hultsjö ja Hjelm 2005.) Sotsiaaltööd ja õendust kirjeldatakse moraal-eetiliste ja ka poliitiliste tegevustena, väidab Pariisi kodutute abistamiseks rajatud kiirabi ja sotsiaaltöö elementidega operatiivse teenistuse *Samusocial de Paris* tegevust uurinud ja analüüsinud Cefaï (2015). Tema väitel on hoole osutamine mitte ainult otsene suhe kliendi ja teenuse osutaja vahel, vaid seda võib vaadelda ka laiemalt, ühiskondlikult korraldatud tegevusega, mis on seotud situatsioonidega, teostatud protseduuride ja tehnoloogiate abil, läbi institutsioonide ja inimeste. Laiemalt võib aga õendust ja sotsiaaltööd kui nähtuseid vaadelda ka ühiskonna ja poliitilise süsteemi ootuste produktina (Cefaï 2015).

Kiirabi vaatekohalt on patsientide sotsiaalprobleemide märkamine ja lahendamine kiirabi väljakutsetel keeruline ning ja sageli ignoreeritakse neid, sest mittemeditsiinilisi probleeme ei peeta erakorralise situatsioonis olulisteks (Campbell ja Rasmussen 2012). Mõnikord, näiteks vaimse tervise ja sõltuvusprobleemide esinemise puhul, võib kiirabi personal patsiendi ja tema olukorra suhtes üles näidata negatiivset suhtumist (Prener ja Lincoln 2015). Tihti samastavad patsiendid oma sotsiaalprobleeme terviseprobleemidega ja seetõttu otsivad sotsiaalprobleemidega patsiendid sageli abi varest kohast (Hultsjö ja Hjelm 2005). Sotsiaalsete vajakajäämistega ja alakindlustatud isikuid pole sageli järjepidevalt ravitud ja nende tervishoiukulud on seetõttu ebaproportsionaalselt kõrged (Witbeck jt 2000). Sotsiaalprobleemidega inimeste seas on kiirabi kutsumine ja erakorralise meditsiini osakondadesse pöördumine oluliselt sagedasem, kui teistel gruppidel kuna kiirabi võib olla ainus neile kättesaadav ja käepärane abi (Kumar ja Klein 2013). Eesti kodutute seas läbi viidud psühholoogia valdkonna uurimuses leidis Oinus (2017) seose sotsiaalprobleemide ja nii vaimse kui ka füüsilise tervise halvenemise vahel. Samuti iseloomustas sotsiaalprobleemidega isikuid suurenenud vajadus tervishoiuteenuste järele. Uuritud kodututest pea pooled vajasisid aasta jooksul haiglaravi või olid kutsunud kiirabi. Cefaï (2015) jõudis järeldusele, et kiirabi ja sotsiaaltöö põimimine tuleneb ühiskonna vajadusest mõlema avaliku teenuse koordineeritud tegevuse järele. Sotsiaalprobleemide tähelepanuta jätmine kiirabikutsetel vähendab patsientide heaolu ja võib nende edasist olukorda kahjustada (Campbell ja Rasmussen 2012).

Kiirabi väljakutse käsitles on oluline sündmuse põhjalik dokumenteerimine. Informatsioon, mida kiirabi dokumenteerib, on sõltuvuses sellest, mil määral osatakse seda tähtsustada ning kui oluline see tundub (Staff ja Søvik 2011). Sotsiaalprobleemide dokumenteerimist kiirabikaartidel käesoleva töö autori teada varem Eestis uuritud pole. Gusarov (2016) kirjeldab erialaajakirjas ilmunud artiklis, et Eestis saadetakse kiirabi sageli väljakutsele, millel puudub seos erakorralise abi vajadusega vaid tegemist on sotsiaalprobleemi tõttu tehtud kiirabi väljakutsetega. Ainsaks käesoleva töö autorile kättesaadavaks statistiliseks allikaks on Tallinna kiirabi aastaaruanne. Selle kohaselt oli 2018. aastal 106 000-st kiirabikutsest 495 juhtumit seotud narkootikumi üledoosidega ja 5623 patsienti alkoholijoobes. 3762 väljakutse korral anti patsient üle politseile või viidud kainestusmajja. Seega oli pea iga kümnes juhtum seotud sõltuvuse või ainete tarbimisest seotud olukorraga. (Tallinna kiirabi tegevus... 2018.)

Haiglaeelses etapis kogutud informatsiooni kadu kahjustab oluliselt patsiendile osutatava tervishoiuteenuse kvaliteeti järgnevates etappides. Patsiendi saabumisel haiglasse on kaasneva informatsiooni edastamisel võrdselt tähtis nii verbaalne info kui ka kiirabikaardil sisalduv. (Knutsen ja Fredriksen 2013.) Informatsioon, mida kiirabi dokumenteerib, on sõltuvuses sellest, mil määral osatakse seda tähtsustada ning kui oluline see tundub. Kõrgema kvalifikatsiooniga töötajate koostatud dokumentatsioon on põhjalikum kui madalama kvalifikatsiooniga isikute koostatud. Samuti mängib rolli väljakutse keerukus. Keerukamate väljakutsete dokumentatsioon on sisukam ning koostatud suurema põhjalikkusega. Madala prioriteediga väljakutsete või vähetähtsana tunduvate väljakutsete dokumenteerimisel esineb lünki, ebaolulisena tunduvat informatsiooni kajastatakse dokumentatsioonis lakooniliselt või ei dokumenteerita seda üldse. (Staff ja Søvik 2011.) Eestis ei ole uurimistöö autorile teadaolevalt kiirabikaartide täitmise kohta tehtud ühtegi uurimistööd ning pole teada, kas ja kuidas Eesti kiirabibrigaadide juhid kiirabikaartides väljakutsetel esinevaid sotsiaalprobleeme dokumenteerivad.

3. METOODIKA

3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Käesolev uurimistöö on empiiriline, kvalitatiivne ja kirjeldav, keskendub kiirabibrigaadi juhtide kogemuste kirjeldamisele. Uuriti, mida peavad kiirabibrigaadi juhid patsientide sotsiaalprobleemideks ja kuidas nad neid olukordi käsitlevad. Uuritav teave põhines uurimistöös osalejatelt, intervjueeritavatelt isikutelt kogutud kogemusliku informatsiooni analüüsimises. Antud teema uurimise raamistikuks sobis sotsiaalkriitiline teooria, mis keskendub indiviidi, tegude ja ühiskonna suhetele ning valikuvõimaluste analüüsimisele. See kirjeldab reaalsust läbi inimeste ja ühiskonna seoste. Sotsiaalne analüüs ja kriitika on õendusteaduses sageli kasutatav oluline teoreetiline raamistik. (Forbes jt 1999.)

Kvalitatiivset uurimisviisi on otstarbekas kasutada kui uuritava nähtuse kohta on väga vähe varasemat teaduslikku teavet. Selle meetodiga saab kirjeldada elulist nähtust tuginedes intervjueeritavate seisukohtadele. (Burns ja Grove 2001, Elo ja Kyngäs 2008.) Kvalitatiivne uurimisviis seisneb sõnalise teabe süstemaatilises ja organiseeritud kogumises ning interpretatsioonis ning selle uurimismeetodiga saab vastused küsimustele missugune, mil viisil ja kuidas (Morse ja Field 1996). Elo ja Kyngas (2008) soovitavad kvalitatiivset lähenemist, kui on vaja mõista nähtuse sisu, tegelikkust, inimeste tajusid ja seisukohti.

3.2. Uuritavad

Uuritavateks olid 20 kiirabibrigaadi juhti, kellest 8 vastasid uurimistöös osalemise üleskutsele (vt lisa 1) nädala jooksul pärast üleskutse avaldamist. Ülejäänud uurimistöös osalejad andsid uurimistöös osalemise soovist teada hiljem, niinimetatud lumepalliefekti kaudu info levitamise järgselt - uurimistöös juba osalenud või üleskutset näinud inimesed levitasid infot oma kolleegide seas. Kuna uurimistöö eesmärgi täitmine eeldas intervjueeritavate kogemuste kogumist, siis seadis autor uuritavate valikukriteeriumiks vähemalt üheaastase tööstaaži. Üheaastane tööstaaž eeldas autori arvates, et uuritav on oma tööülesannete täitmise käigus kogunud piisavalt palju erinevaid situatsioone, sealhulgas näinud kiirabi väljakutsetel ka sotsiaalprobleemidega seotud olukordi. Rohkem kitsendavaid kriteeriume ei pidanud töö autor vajalikuks kehtestada.

Uurimistöös osalema kutsus autor kiirabibrigaadide juhte üle Eesti. Üleskutset uurimistöös osalemiseks levitati nii arstidest kui õdedest ja ämmaemandatest kiirabibrigaadi juhtide hulgas üle Eesti augustis 2018. Uurimistöös osalema olid oodatud nii eesti kui ka vene keelt kõnelevad uuritavad. Üleskutse ning uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm (vt lisa 2) valmistati ette uurimistöö ettevalmistamise käigus eesti keeles, kuna kiirabibrigaadi juhtidelt eeldatakse riigikeele oskust. Uurimistöös osalema kutsumiseks kasutas autor sotsiaalmeedia kinniseid suhtlusgrupe. Suhtlusgrupid, kus kutse uurimistöös osalemiseks avaldati olid Facebooki kinnised suhtlusgrupid EMÕS (Erakorralise Meditsiini Õdede Seltsing) (20 liiget), Kiirabi juhtumised (740 liiget) ja Kiirabi ja Häirekeskus, parema koostöö nimel! (464 liiget). Üleskutse avaldati 20. augustil 2018. Samuti levitas autor üleskutset läbi Eesti Õdede Liidu ja Tallinna Kiirabi. Autor soovis kutset levitada ka läbi Eesti Arstide Liidu, kuid viimasega ei õnnestunud autoril kontakti saada ning seega jäi Eesti Arstide Liidu kaudu üleskutse edastamata. Lisaks palus autor uurimistöös kutset ka läbi personaalsete kontaktide levitada. Uuritav kontakteerus uurijaga e-maili või telefoni teel ning uuritava sobivust uurimistöös kehtestatud uuritavate valikukriteeriumitele hindas uurija uuritava sõnadele toetudes. Seejärel lepiti kokku intervjuu toimumise aeg ja koht. Kohtumise alguses, enne intervjuud, tutvustas uurija uuritavale uurimistöös osalemise tingimusi, uurimises osalemise vabatahtlikkuse printsiipi ning andmete konfidentsiaalsuse tagamist, ning uuritav luges läbi ning kinnitas oma allkirjaga uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vormi.

3.3. Andmete kogumine

Andmete kogumine toimus ajavahemikul 25 september 2018 kuni 29 jaanuar 2019. Andmeid koguti poolstruktureeritud intervjuuga. Selle meetodiga saab koguda informatsiooni kindla teema kohta piiritletult ja samas on paindlikult. Intervjuu küsimused (vt lisa 3) tuletas autor käesoleva töö uurimiseesmärgist ning lähtus Campbelli ja Rasmussen (2012) ning Bookeri jt (2015) uurimustest. Intervjuu küsimused olid eelnevalt ette valmistatud. Andmete kogumise algfaasis, 27. ja 30. septembril 2018, viis autor läbi kaks proovintervjuud, mille eesmärgiks oli ettevalmistatud küsimuste mõistetavust ja eesmärgipärasust testida. Selgus, et küsimused on üheselt mõistetavad, uuritavad ei vajanud küsimuste ümbersõnastamist ning mõistsid küsimuse sisu. Prooviuurimises osalejad andsid tagasisidet suuliselt, vahetult pärast intervjuueerimise lõppu. Kuna prooviuurimises osalejad osalesid uurimistöös põhiuurimusega samadel tingimustel, kaasas autor prooviuurimise käigus saadud andmed uurimistöösse.

Intervjuud toimusid üle Eesti. Ükski uurimistöös osaleja intervjuud ei katkestanud ega ei nõudnud intervjuu uurimistööst välja jätmist. Uurimistöös osalemise eest kompensatsiooni ei makstud. Intervjuude ajaline kestus jäi 18 minuti ja 47 minuti vahele. Poolstruktureeritud intervjuu küsimustele lisaks küsis autor enne intervjuu algust veel kord üle, kas uurimistöös osaleja on kiirabibrigaadi juhina töötanud vähemalt aasta. Kõik uurimistöös osalejad olid intervjuu toimumise ajaks töötanud kiirabibrigaadi juhina enda kinnitusel kauem kui ühe aasta ning neil oli vastav kutse.

Intervjuud salvestati diktofoniga, pärast intervjuud transkribeeris autor helisalvestise võimalikult kiiresti Wordi faili. Kaheksa intervjuueeritavat eelistasid vastata küsimustele vene keeles. Vene keeles antud vastused intervjuu küsimustele tõlkis autor transkribeerimise käigus eesti keelde. Tõlkimise käigus tõlkis uurija intervjuueeritava poolt öeldu võimalikult täpselt jälgides samas, et öeldu mõte säiliks. Transkribeerimisel jättis autor tekstidest välja üneemid ja mõttepausid. Samuti jäeti transkriptsioonidest välja isikunimed, aadressid ja muu info, mis võimaldaks intervjuueeritavat või kolmandaid isikuid tuvastada. Ebatsensuursuse kõnepruugi puhul vältis autor vandesõnade kasutamist ning kirjutas kaldkirjas transkriptsiooni öeldu mõtte. Pärast transkribeerimist helisalvestised kustutati. Allkirjastatud nõusolekutest üks eksemplar jäi intervjuueeritava kätte, teist eksemplari hoiab autor oma kodus lukustatavas tulekindlas kapis. Pärast uurimistöö tulemuste avaldamist hävitatakse need paberihundis.

Morse ja Field (1996) ning Burns ja Grove (2005) järgi on kogutavate andmete hulk piisav, kui uurimistöö eesmärgipärast informatsiooni juurde ei lisandu. Autor kavandas intervjuusid teostada kuni andmestiku küllastumiseni. Alates 13. intervjuust uusi mõtteid või seisukohti ei lisandunud, kõikides edaspidistes intervjuudes kordusid varasematega sarnased mõtted ja seisukohad ning ka intervjuueeritavate poolt toodud näited olid oma olemuselt sarnased. Autor teostas intervjuud kõikide isikutega, kes olid avaldanud uurimistöös osalemiseks soovi ning kellega oli sõlmitud eelnev kokkulepe. Uurimistöö andmebaasi moodustasid kokku 11 tundi ja 39 minutit kestnud helisalvestiste transkriptsioonid, mis hõlmasid 82 A4 lehekülge. Pärast töö lõpetamist paigutati transkriptsioonide failid parooliga kaitstud failikausta ning need kustutatakse pärast käesoleva töö tulemuste avalikustamist.

3.4. Andmete analüüs

Andmete analüüsimisel kasutas autor kvalitatiivse sisuanalüüsi meetodit. Kvalitatiivne meetod võimaldab nii induktiivset kui ka deduktiivset sisuanalüüsi. Deduktiivne analüüs on sobilik kasutada olemasolevate teadmiste, teooriate kontrollimiseks. Et uurimistöö teema kohta puuduvad varasemad teadmised, oli sobivam kasutada induktiivset analüüsi. Induktiivset analüüsi on ratsionaalne kasutada olukorras, kus uuritava nähtuse kohta on eelnevalt vähe teada. Hsieh ja Shannon (2005) nimetavad induktiivset sisuanalüüsi meetodit ka tavapäraseks sisuanalüüsiks.

Selline analüüsiprotsess seisneb uurimisküsimustele saadud vastuste lihtsustamises, rühmitamises ja abstraherimises. Sarnase tähendusega väljendid lihtsustatakse ja koondatakse. Neist väljenditest moodustuvad rühmad ning sarnastest koodidest alakategoriad. Abstraherimine tähendab omakorda alakategoriate koondamist ülakegoreiate alla. (Elo ja Kyngäs 2008.) Intervjuude salvestised transkribeeriti arvutisse loodud dokumendifailidesse. Seejärel luges autor teksti korduvalt läbi. Lugemise käigus märgistas autor transkriptsiooni failides mõttetervikud, mis autori arvates vastasid uurimisküsimustele, eraldas need ülejäänud tekstist ning salvestas eraldi failidesse vastavalt nende tähendusele. Analüüsi käigus luges autor paralleelselt transkriptsioonide terviktekste ning eraldatud mõttetervikuid teemade järgi grupeeritud failides. Sel viisil, pidevalt kontrollides, moodustusid substantiivsed koodid, mis rühmitati teemade järgi. Nende koodirühmade kaudu moodustusid alakategoriad. Alakategoriad grupeeriti ülakegoreiateks. Tulemuste esitamisel on alakategoriate moodustanud substantiivsete koodide paremaks mõistmiseks välja toodud tsitaadid intervjuudest, mis kandsid alakategoria aluseks olnud informatsiooni. Tsitaadikärped on märgistatud kaldkriipsude ja punktiiriga (/.../), tsitaatide juures on intervjuueeritavad märgitud isikustamata, uurimistöös osalemise järjekorranumbriga (vt tabel 1).

Tabel 1. Alakategoria moodustumine protsessi näide

Tsitaat	Substantiivne kood	Alakategoria
<i>„Tal ei ole kellegagi rääkida, ega kellelegi südant puistata. Üks naaber on vanadekodus, teine surnud. Ja siis on kiirabi see, kes tuleb ja kellele ta saab oma mured ära kurta.“ (8)</i>	Eakate üksindusest tingitud suhtlemisvajadus	Üksindusega seotud probleemid

3.5. Uurimistöö usaldusväärsus

Uurimistöö usaldusväärse tagamiseks on uurimisprotsessi täpselt kirjeldatud. Elo ja Kyngäse (2008) järgi tagavad kvalitatiivse uurimistöö usaldusväärse eesmärgist tulenevalt seatud uurimisküsimused ning nendega kooskõlas olev uurimismeetod, samuti uurimistöö eesmärgiga sobiv uuritavate valik ning andmete kogumise ja analüüsimise viis. Uurimistöö andmebaas saavutas küllastumuse.

Uurimistööd kavandades kogus autor võimalikult mitmekesist usaldusväärset informatsiooni uuritava teema kohta ja kasutas selleks erinevaid tõenduspõhiste allikate andmebaase ja otsingukeskkondi internetis. Seejärel koostas autor kirjanduse ülevaate ja analüüsis kavandatava töö põhimõisteid. Teemakohase varasema teabe otsinguks kasutas autor Tartu Ülikooli raamatukogu kaudu kättesaadavaid andmebaase Academic Search Complete, PubMed, Web of Science ja digitaalarhiivi DSpace. Samuti uuris autor töö koostamise käigus seadusakte, mis reguleerivad kiirabi töökorraldust. Andmebaasidest leitud artiklitest koostas autor kirjanduse ülevaate. Põhimõistete analüüsiks kasutas autor samu andmeallikaid. Käesoleva töö koostamise käigus jätkas autor kirjanduse pistelist otsingut et leida uuemaid ja värskemaid allikaid. Kokku on käesoleva töö koostamisel kasutatud 32 kirjandusallikat, neist 3 ei ole tõenduspõhised ning on kirjanduse loetelus märgistatud tärniga (*).

Uurimistöös osalemise üleskutse avaldati kiirabiteemalistes suhtlusgruppides, mille sihtgrupiks on kõik kiirabis töötavad inimesed sõltumata nende kutsest ja liikmeid kokku rohkem kui 1000 inimest. Maksimaalselt paljud potentsiaalselt uurimistöös osaleda soovinud inimesed võisid üleskutset näha ja uurimistöös osaleda. Kõik uurimistöös osalejad vastasid uurimistöös seatud kriteeriumitele, nad olid töötanud või töötasid kiirabibrigaadi juhina vähemalt 1 aasta ning omasid uuritavast nähtusest kogemust. Uurimistöö tegemise käigus distantseeris autor end maksimaalsel võimalikul moel. Näiteks intervjuu käigus vältis autor eeldatavaid vastuseid genereerivate lisaküsimuste esitamist. Poolstruktureeritud intervjuu küsimused koostas autor lähtudes enda poolt varem koostatud kirjanduse ülevaatest ja käesoleva uurimistöö eesmärgist. Enne uurimistöö andmekorjet, mais 2018

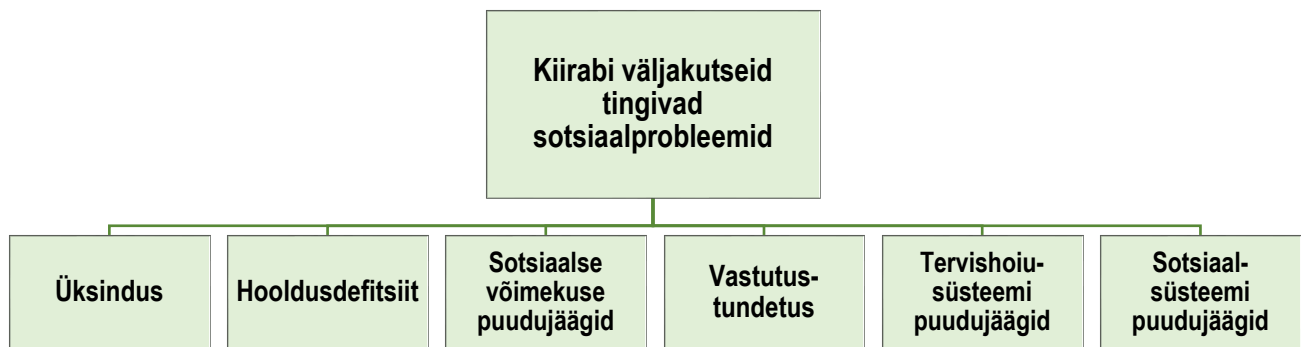
sai autor kooskõlastuse Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt (vt lisa 4). Enne põhiuurimust teostatud prooviuurimus kinnitas intervjuu küsimuste mõistetavust ja eesmärgipärasust, nende mõistetavust kontrollis autor intervjuu käigus öeldu ümbersõnastamisega ja tagasipeegeldamisega intervjueeritavale. Vahetult intervjueerimise järgselt saadud sõnalisest tagasisidest ilmnes, et küsimused muutmist või ümbersõnastamist ei vajanud. Prooviintervjuud olid teostatud põhiuurimusega samadel alustel ning kaasati põhiuurimusse.

Autor kohtus intervjueeritavatega neutraalsel pinnal, ühtegi intervjuud ei tehtud intervjueeritava töökohas ega töö ajal. Intervjuud teostati kohvikutes, autos ja ka konverentsidel ettekannete vahelisel ajal, privaatses keskkonnas, eraldi ruumis kus ei viibinud kolmandaid isikuid. Intervjuu läbiviimise eelduseks oli, et intervjuu toimumise kohas poleks häirivat müra või muid takistavaid olusid. Töökohas, töö ajal ja tööruumides intervjuude tegemisest autor hoidus, et mitte häirida uuritavaid nende ametikohustuste täitmisel. Enne intervjuud selgitas autor intervjueeritavale uurimistöös osalemise tingimusi. Nendeks oli vaba ja teadlik soov uurimistöös osaleda, õigus intervjuu andmisest keelduda ning kuni intervjuu lõppemiseni nõuda tema poolt antud intervjuu mittekasutamist kavandatavas uurimistöös.

4. TULEMUSED

4.1. Sotsiaalprobleemidega seotud kiirabi väljakutsed

Kokku moodustus andmete analüüsimise käigus 40 substantiivset koodi, mis grupeeriti 16 alakategooriaks, mis omakorda moodustasid 3 ülakategooriat. Ülakategooriad moodustasid kokku kolm peamist uurimisküsimustele vastavat teemat. Ülakategooria **kiirabi väljakutseid tingivad sotsiaalprobleemid** moodustus kuuest alakategooriast: 1) üksindusega seotud probleemid, 2) hooldusdefitsiidiga seotud probleemid, 3) sotsiaalse võimekuse puudujäägid, 4) vastutustundetud, 5) tervishoiusüsteemi puudujäägid, 6) sotsiaalsüsteemi puudujäägid (vt joonis 1).



Joonis 1. Kiirabi väljakutsetel esinevaid sotsiaalprobleeme kirjeldavad alakategooriad ja ülakategooria

Alakategooriad moodustusid 17 substantiivsest koodist (vt tabel 2). Need kuus alakategooriat annavad ülevaate, missuguseid sotsiaalprobleeme uuritavad oma töös märkavad. Seejuures pole kõik sotsiaalprobleemid otseselt patsientide sotsiaalprobleemid. Näiteks tervishoiusüsteemi ja sotsiaalsüsteemi puudujääke ei saa vaadelda patsientide sotsiaalprobleemidena.

Tabel 2. Kiirabi väljakutsetel esinevaid sotsiaalprobleeme kirjeldavad substantiivsed koodid ja neist moodustunud alakategoriad

Substantiivsed koodid	Alakategooria
<ul style="list-style-type: none"> Eakate üksindusest tingitud suhtlemisvajadus Eakate võimetus üksinda elada Krooniliste haigete üksindus 	Üksindusega seotud probleemid
<ul style="list-style-type: none"> Hoolduseta eakaid Hoolduseta kroonilised haiged Võimetus laste eest hoolitseda 	Hooldusdefitsiidiga seotud probleemid
<ul style="list-style-type: none"> Oskamatus abi otsida Vaesus Sõltuvusprobleemid 	Sotsiaalse võimekuse puudujäägid
<ul style="list-style-type: none"> Kiirabi kasutamine transportteenuseks Kiirabi kutsumine ebaselgetel eesmärkidel Kiirabi kutsumine põhjuseta Kiirabi kutsumine valel põhjusel 	Vastutustundetud
<ul style="list-style-type: none"> Perearsti kättesaamatus Kiirabi kasutamine süsteemisiseseks transportteenuseks 	Tervishoiusüsteemi puudujäägid
<ul style="list-style-type: none"> Sotsiaaltöö valdkonna teenuste kättesaamatus Sotsiaaltöö ebatõhusus 	Sotsiaalsüsteemi puudujäägid

Üksindusega seotud probleemide alakategooria koondab kirjeldusi nii eakate inimeste kohta kui ka krooniliste haigete üksindusest tingitud olukordi. Eakate üksindusest tingitud suhtlemisvajadust kirjeldasid uuritavad kui rääkisid eakatest inimestest, kellel on suhtlusdefitsiit ning kes kutsuvad kiirabi vestluse eesmärgil. Uuritavad kirjeldasid eakaid, kes ei suuda teatud vanuses enam üksinda igapäevaste toimingutega hakkama saada ja kutsuvad häirekeskuse kaudu kiirabi, sest ei saa mujalt abi. Kõrvuti eakatega kirjeldasid uuritavad sarnaseid situatsioone ka seoses krooniliselt haigete inimestega. Sellised inimesed kutsuvad kiirabi selle tõttu, et ei saa või ei taha abi otsida kuid ei suuda samas ka üksinda toime tulla.

„Tal ei ole kellegagi rääkida, ega kellelegi südant puistata. Üks naaber on vanadekodus, teine surnud. Ja siis on kiirabi see, kes tuleb ja kellele ta saab oma mured ära kurta.“(8)

„Lapsed on Tallinnasse ära kolinud ja tema näeb neid ainult haruharva, tal pole kedagi, kes teda kuulab.“(4)

„Häirekeskusele räägib ta üht, meie tulekuks on tal see aga meelest läinud ja juba teine jutt. Siis on ju selge, et tal tegelikult midagi viga ei olegi vaid et ta tahab kellegagi lihtsalt rääkida.“(15)

„Memm elab linnast kaugel eemal vanas talus ihuüksinda. Ühel hetkel oli õu vööni lund täis ja ta lihtsalt ei jaksanud kuuri puude järgi minna. Nii ta siis oligi mitu päeva kütmata toas kuni enam ei kannatanud ja häirekeskusesse helistas.“(5)

„Ta palus, et me tal köögis lambipirni ära vahetaksime sest tal ise ei julgenud toolile ronida“(3)

„Poeni oli vaja bussiga sõita ja peatuseni jäi kusagil kaks kilomeetrit. /.../ ei saanud oma valudega ju seda ise teha. Me siis tõime talle kotitäie toitu.“(17)

„/.../ dementne/.../ kuna ta ei oska ise hakkama saada, kutsub kiirabi endale vahel kuni kolm korda päevas. Midagi erakorralist tal muidugist ei ole. Tegelikult on ta lihtsalt üksinda, mõne abilise saaks ta kindlasti hakkama.“(7)

„No ja siis kui tal hoog peale tuleb käime me tema juures mitu korda päevas. Aga meie ei saa ju teda pidevalt aurutamas käia. /.../ kusagile hooldekodusse pole teda ka pandud ja nii ta siis üksinda seal toimetabki.“ (18)

„/.../ arvab, et ongi käes, helistab ta kohe häirekeskusesse ja meie jälle sõidame. Selle asemel et perearstile helistada ja endale aeg kinni panna on ju lihtsam meid kutsuda. Ise ei pea ju kusagile minema ja keegi tuleb ja tegeleb temaga“(2)

Hooldusdefitsiidiga seotud probleemide alakategooria moodustus kui kirjeldati hoolduseta jäänud eakaid, hooldusdefitsiidiga kroonilisi haigeid ning nõndanimetatud saamatute lapsevanematega seotud olukordi. Hoolduseta eakaid kirjeldati seoses vanusest tingitud hooldusdefitsiidiga. Hoolduseta kroonilisi haigeid kirjeldati kui inimesi, kes ei tule toime kroonilise haiguse tõttu. Nendel juhtudel ei olnud tegemist mitte üksindusega vaid terviseseisundist tingitud hooldusdefitsiidiga, olukordadega, kus lähedane või lähedased ei ole võimelised abi osutama. Laste eest hoolitsemisel esinevad puudused puudutasid erinevaid vanusegrupe. Viimaste ühiseks nimetajaks oli vanemate võimetus oma laste eest hoolitseda ning lapsevanemate nii-öelda saamatus.

„Mees on vana ja ei jaksa oma naise eest hoolitseda. Ta kaalub oma 200 kilo ja näiteks kui ta voodist välja kukkus, siis saatis häirekeskus meid. Meie ka ei jaksanud ja pidime päästjad appi kutsuma.“(3)

„See memm elas hullemates tingimustes kui siga, sest lapsed pidasid teda ainult pensioni pärast.“(14)

„Lapsed on juba samuti eakad ja ei tule toime temaga. Hooldusesse aga ei panda, sest ta ise ei taha.“(6)

„KOK on tal juba ammu ja ega ta ise ei jõua õieti püstigi seista aga naise jõud ei käi temast lihtsalt üle.“(18)

„Ratastooliga saab ta liikuda ainult toa ja köögi vahet, sotsiaaltöötaja toob talle ainult süüa. Aga koristada ja pesta pole seal kellelgi.“(5)

„Neil on terve pere „lihtne“. Ei ole seal kellegi asi, et ta seal niimoodi on.“(2)

„/.../ teismeline tüdruk, kes lihtsalt viskas poes põrandale maha ja hüsteeritses, sest tahtis endale uut iPhone´t. Ema ei saa temaga hakkama, maha ta ei rahune ja inimesed kutsuvad kiirabi. Mina olen neid tema hüsteeriahoogusid mitu korda näinud.“(2)

„Tegime lapsele kõhule pai ja ta jäi vait. Ema polnud gaasivaludest midagi kuulnud.“(12)

„Nagu Aafrika filmides, kärbsed ronisid näo peal ja ta oli must. /.../ haisema läinud Grossi poe kartulisalat ja ema ütles, et ta sõi seda /.../ pudelis hõljus mingi lima ja ta pani talle luti suhu.“(3)

Sotsiaalse võimekuse puudujäägid moodustus kirjeldustest, mille sisuks oli väljendusid oskamatuses ja vaesusest ning sõltuvusprobleemidest tingitud olukordades. Intervjuudes toodi näiteid, kui kiirabi kutsumise põhjuseks oli inimeste oskamatus õigest kohast abi otsida. Vaesuse puhul kirjeldasid uuritavad juhtumeid, mil inimesed ei saa töötuse ja raha puuduse tõttu hakkama ning vajavad toimetulekuks abi. Kirjeldati olukordi, mil rahaliste vahendite puudumine tingib olukordi, kus inimese tervislik seisund kannatab. Sõltuvusprobleemid hõlmasid endas alkoholismi teemat.

„Tal oli tegelikult vaja perearstile minna aga ta ei tulnud ise selle peale.“(7)

„Naine arvas, et meie teeme ta mehe terveks, kodus niimoodi.“(10)

„Perearstile ei märganud ta helistada ja eks sealt nõustamistelefonilt soovitati ka kohe kiirabi kutsuda nagu tavaliselt.“(11)

„Meie ju midagi teha ei saa aga raha tal hambaarstile minna enne kuu lõppu polnud.“(5)

„Pensioni /.../ ja meie käimegi tal iga kuu lõpuni tal rõhku alla laskmas, sest tal pole millegi eest oma rohtusid välja osta.“(12)

„Nad elasid seal nagu loomad, külmas, pimedas ja räpas.“(1)

„Seletasime talle, et meie kodus pohmakaga tilka ei tee ja et ta peab ikka /.../“(8)

„Nad siis kutsuvad kiirabi, kui tahavad mõnest joomakaaslasest lahti saada.“(1)

„Joobes varjupaika ei lasta ja ta heidab kusagile pikali ning ootab, kuni ta ära korjatakse“(12)

Vastutustundetuse alakategooria moodustasid kiirabi ebasihipärast kasutamist kirjeldavad näited. Uuritavad kirjeldasid olukordi, kui kiirabi kutsumise põhjuseks on vajadus transportteenuse järele ja kui kiirabi kutsumise põhjus on ebaselge. Ka kirjeldati olukordi, mil kiirabi kutsutakse üldse ilma põhjuseta või on kiirabi kutsutud valel põhjusel. Kiirabi kutsumine transportteenuseks on levinud ja intervjuueeritavad pidasid seda tasuta kiirabiressursi ärakasutamiseks. Kiirabi kutsumine ebaselgetel põhjustel moodustus selliste olukordade kirjeldustest, kus häirekeskusesse pöördunud inimene ei olnud abi vajaduses veendunud. Nendes iseloomustati olukordi, mil väljakutse tegija ei teinud kindlaks, kas abi on vaja või mitte. Põhjuseta kutsumisi kirjeldasid intervjuueeritavad olukordadena, mil häirekeskusesse helistaja ei vajanud mingisugust abi ja kiirabile väljakutse tegemise motiiviks oli uuritavate arvates pahatahtlikkus. Uuritavate hinnangul oleks kiirabi asemel inimene pidanud abi otsima muult ametkonnalt või muust kohast.

„Ta teeb sageli nii, sest ei taha poekottidega ise koju minna. Ütleb, et pea käib ringi ja palub pärast läbivaatust end koju viia.“(6)

„Häirekeskus saadab meid välja, aga tema tahab lihtsalt, et me ta haiglasse analüüsi andma viiksime ja on häirekeskusele midagi kokku rääkinud.“(20)

„Tegelikult oli tal lihtsalt linna vaja aga kus sa sellega, et omal käel. Kiirabi on ju tasuta.“(14)

„Ta ei krambitanud vaid puhastas purskkaevu. Helistaja isegi ei peatanud autot kinni.“(4)

„Sõitsime ja sõitsime ja siis olidki nad seal. Prügikotid tee ääres kraavis.“(15)

„See inimene joob ennast purju, kutsub kiirabi ja siis on ta agressiivne. Me oleme mitu korda tema peale kaebuseid kirjutanud.“(2)

„Tal on muidugi vaimse tervise probleem aga meie peale tahab ta ennast välja elada.“(7)

„Meie kohaletulek on talle meelelahutuseks.“(20)

„Ta tahtis lihtsalt nõu küsida, mida teha. Aga nemad seal said aru just niimoodi.“(1)

„Me ei saanudki aru, mida meist seal taheti. See on puhtalt politsei teema.“(16)

„Peretüli meie ravida ei saa.“ (3)

Tervishoiusüsteemi puudujääkidest rääkides kirjeldasid uuritavad olukordi, kus patsient oleks võinud kiirabi välja kutsumise asemel hoopis perearsti poole pöörduda kuid ei saanud seda mingil põhjusel teha. Samuti kirjeldati olukordi, mida võib nimetada kiirabi ärakasutamiseks süsteemisisesel tasuta transpordina.

„/.../ imestas, et perearst on tal ikka olemas.“(13)

„Perearsti aeg oli nelja päeva pärast aga ta ei saanud lihtsalt enam kannatada. Jalad ei kandnud üldse.“(8)

„/.../ väitis, et oli perearstile helistanud kuid saanud vastuseks, et perearst kodus ei käi.“(17)

„Autod oli õues. Tema seisis maja ees, perearsti saatekiri näpus ja meie viigu ta nüüd haiglasse.“(15)

„Tervisekeskuses oli öeldud, et kutsu haiglasse sõiduks kiirabi.“(9)

„...saatekiri oli psühhiaatriasse lahtise kuupäevaga, et nad saaksid ise kirjutada, kui tahavad kiirabiga Tallinnasse sõita.“(19)

Sotsiaalsüsteemi puudujääkide puhul kirjeldati sotsiaaltöö valdkonna teenuste kättesaamatust ja sotsiaaltöö ebatõhusust. Inimesed kas ei suutnud sotsiaaltöötajat leida või ei rahuldanud pakutav teenus inimese vajadusi. Sotsiaaltöötaja võis uuritavate arvates patsiendiga küll tegeleda, kuid ebapiisavalt ning inimene vajab lisaabi.

„Inimene ei teadnud, kust ta seda abi üldse saaks, sest sotsiaaltöötajat ta kätte ei saanud.“(19)

„Nad töötavad esmaspäevast reedeni ja kaheksast viieni, nädalavahetusel pole nende otsimisel mõtet.“(13)

„... inimene sai sotsiaaltöötajaga kokku alles haiglas, oma kodukohast polnud ta sotsiaaltöötajat leidnud...“(8)

„Ta ütles patsiendile, et tema toob ainult süüa, aga maja kütmine ja koristamine ei ole tema töö.“ (7)

„Ma arvan, et see sotstötötaja lihtsalt ei jaksa või ei taha oma tööd korralikult teha.“ (14)

„Lihtsalt linnuke kirja ja kõik. Aga hooldekodu asjad olid kõik ajamata.“ (9)

4.2. Sotsiaalprobleemide käsitus kiirabi väljakutsetel

Kiirabi väljakutsetel esinevate sotsiaalprobleemidega kas tullakse toime või ei tulla toime.

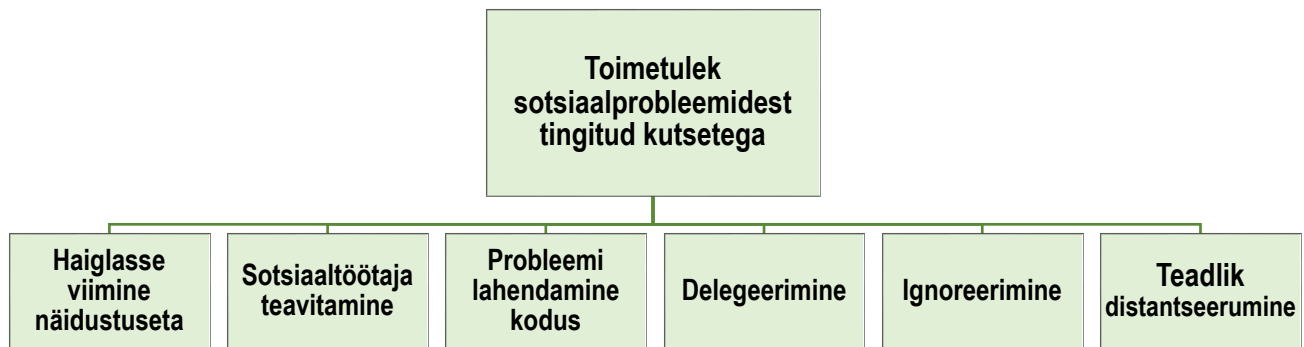
Ülakategooria **toimetulek sotsiaalprobleemidest tingitud kutsetega** moodustus alakategooriatest:

1) haiglasse viimine näidustuseta, 2) sotsiaaltöötaja teavitamine, 3) probleemi lahendamine kodus,

4) delegeerimine, 5) ignoreerimine, 6) teadlik distantseerumine (vt joonis 2). Seejuures kaks viimast

alakategooriat hõlmavad endas olukordi, kus kiirabi toimetulek on negatiivse iseloomuga.

Alakategooriad moodustusid 13 substantiivsest koodist (vt tabel 3).



Joonis 2. Sotsiaalprobleemidest tingitud väljakutsetega toimetulekut kirjeldavad alakategooriad ja ülakategooria

Tabel 3. Sotsiaalprobleemide käsitlemist kirjeldavad substantiivsed koodid ja neist moodustunud alakategooriad

Substantiivsed koodid	Alakategooria
<ul style="list-style-type: none"> • Väljamõeldud või otsitud diagnoos • Haiglasse viimine kokkuleppe alusel 	Haiglasse viimine näidustuseta
<ul style="list-style-type: none"> • Sotsiaaltöötaja kontakti otsimine internetist • Tuttava sotsiaaltöötaja teavitamine 	Sotsiaaltöötajale üle andmine
<ul style="list-style-type: none"> • Sugulastele üle andmine • Koju jätmine 	Probleemi lahendamine kodus
<ul style="list-style-type: none"> • Politsei kutsumine • Sotsiaaltöötaja teavitamine • Juhtkonna teavitamine 	Delegeerimine
<ul style="list-style-type: none"> • Keskendumine tervisenäitajatele • Mittemärkamine • Teadmiste puudumine 	Ignoreerimine
<ul style="list-style-type: none"> • Enda teadlik distantseerumine ebameeldiva inimesega seotust 	Teadlik distantseerumine

Uuritavad kirjeldasid olukordi, millal nad patsiendi haiglasse viimiseks lahendusi otsisid, diagnoose välja mõtlesid või kasutasid ära isiklike kontakte või tutvuseid. Sellistest kirjeldustest moodustus alakategooria **haiglasse viimine näidustuseta**. Intervjuudes tunnistasid uuritavad, et võivad patsiendi heaolu nimel diagnoosi välja mõelda või olemasolevaid näitajaid moonutada. Kokkuleppe alusel viiakse haiglasse juhul, kui kiirabibrigaadi juhil on haiglas vahetuses tuttav arst, kellele siis helistatakse eelnevalt, selgitatakse olukorda ning palutakse patsient haiglasse võtta.

„Meie õnneks andis ta haiglasse jõudes krambihoo ja ta võeti vastu.“(6)

„Oli selge, et koju teda jätta ei saa aga kõik andmed olid korras. Ma tunnistan, et kirjutasin laest võetud andmed sinna kaarti et ta ikka haiglasse viia.“(3)

„Otsid ja vaatad inimese korralikult üle, midagi ikka leiad /.../ või siis kirjutad natuke juurde midagi.“(16)

„Ma helistasin /.../ ja rääkisin ära. Saime patsiendi mõneks päevaks sooja ja valgesse kohta“(4)

„Kui ma ta niisama oleksin EMO-sse viinud, oleks meid sealt kohe välja saadetud vist.“(2)

„Tegelikult polnud teda kusagile panna ja jumal tänatud, et /.../. Helistasin ette ja nad leidsid õendushoolduses talle koha.“(17)

Alakategooria **probleemi lahendamine kodus** moodustus patsiendi koju jätmise või sugulastele üle andmist kirjeldavatest näidetest. Sellistel puhkudel, kirjeldasid intervjuueeritavad olukordi, mil nad arvasid, et patsiendi haiglasse toimetamise puhul viimast seal vastu ei võeta, ning parema lahendus oli patsient koduste hoolde jätta. Intervjuudes kirjeldati olukordi, kui kiirabi peab omal algatusel patsiendi lähedastega kontakti looma, et patsient nende hoolde anda.

„Ma jätsin ta koju, sest oli kindel, et haiglasse teda vastu poleks võetud“ (6)

„Tervisenäitajad olid tal korras, mul polnud mingisugust mõtet teda kusagile viima hakata.“ (15)

„Haiglas poleks temaga ka olnud midagi teha. Siin oli lihtsalt hooldust ja hingelist tuge vaja.“ (11)

„/.../ helistasin sealt võetud numbritel kuni sain kätte lähedal elava sugulase“ (20)

„Poeg ütles, et hakkas juba sõitma ja ma jätsin ta koju poega ootama.“ (1)

„Nad elasid paar maja edasi ja lubasid kohe temaga tegelema hakata.“ (8)

Delegeerimise all kirjeldati olukordi, mil kiirabi andis patsiendi või tema kohta käiva teabe üle teisele ametkonnale või kiirabipidaja poolt määratud isikule. Mõned kiirabipidajad on sätestanud korra, et patsientide sotsiaalprobleemidest tingitud kutsetest teavitatakse kindlat töötajat, kelle ülesandeks on infoga edasi tegeleda. Sellistes organisatsioonides töötavad kiirabibrigaadi juhid saavad probleemse olukorra lahendamise delegeerida oma juhtkonna poolt määratud isikule.

„Ma ei saanud üldse aru, miks häirekeskus meid peretüli lahendama saatis.“ (14)

„/.../ on juhend, et kui on vägivald või laste väärkohtlemine, siis tuleb politsei kutsuda.“ (3)

„Kohe kui transport linnas ööseks seisma jääb on neid kodutud kõik linn täis ja meie läheme kohale ja kutsume politsei ja niimoodi öö jooksul mitu-mitu korda.“ (8)

„Meil on selline kord, et /.../ tuleb teavitada ja siis tema saadab info sotsiaali edasi“ (6)

„Kui on midagi, siis meil on /.../ sekretär. Nädalavahetusel saadan talle e-mailiga info, kui on nädalavahetus.“ (12)

„On spetsiaalne inimene, kes tegeleb selliste asjadega.“ (9)

Ka kirjeldati ka olukordi, kus uuritavad tunnistasid, et lahendasid situatsiooni ebatõhusalt. Sellised olukorrad jagunevad kaheks alakategooriaks. Alakategooria **ignoreerimine** moodustasid näited, kus uuritavad keskendusid vaid tervisenäitajatele, ei märganud väljakutsel sotsiaalprobleemi olemasolu või tunnistasid oma ebakompetentsust. Mõned uuritavad väitsid, et keskenduvad patsiendi tervises seisundile ja kõik muu ei kuulu nende arvates kiirabi tööülesannete hulka. Esines olukordi, kus uuritavad ei märganudki väljakutse ajal sotsiaalprobleemi olemasolu. Selliste olukordade kirjeldustes tunnistasid intervjueritavad, et neil ei jätkunud tähelepanu muule, kui konkreetsetele tervisenäitajatele. Mõned uuritavad tunnistasid aga, et ei oska mittemeditsiiniliste probleemidega toime tulla ning seetõttu jätaavad need tähelepanuta. Nad väitsid, et tunnetavad enda ebakompetentsust sotsiaalvaldkonna probleemide käsitlemisel. Sellistel puhkudel väitsid nad, et nende teadmised ei ole sellises olukorras piisavad.

„Meie asi on inimesele erakorralist abi anda, mitte tema eluolu korraldada./.../ loomulikult ma ei teinud seda.“(16)

„Tal olid kõik andmed normi piires, elule ohtu polnud ja tegelikult kõik muu ei ole meie asi.“(7)

„Mõõtsime ta üle, kõik oli täitsa okei. Aga see juba meie töö kindlasti ei ole.“(18)

„Me hiljem arutasime siis ja /.../ ütles, et ta tunneb teda ja ilmselt tal lihtsalt pole raha.“(20)

„Kolmandal korral seal siis võtsime ta paljaks ja oligi kõik sinine, pajapõhi täitsa. No pekstud oli ikka tõsiselt.“(7)

„Pärast käis teine brigaad seal ja tuli välja, et nad tahtsid ta lihtsalt jalust ära haiglasse saata.“(10)

„Intensiivraviõena oskan ma paljusid asju aga seda pole ma küll õige inimene tegema.“(2)

„Mõitlesin, mida teha ja kuna ma pole sotsiaaltööd kunagi õppinud, siis ma ei teinudki midagi.“(19)

Alakategooria **teadlik distantseerumine** moodustus juhtumitest, milles kirjeldati kuidas väljakutse tegija oli mingil põhjusel kiirabibrigaadi töötajatele ebameeldiv. Pea kõikide näidete puhul oli tegemist sagedasti kiirabi kutsuvate inimestega, kes olid mingil põhjusel uuritavad ja nende kolleegid välja vihastanud.

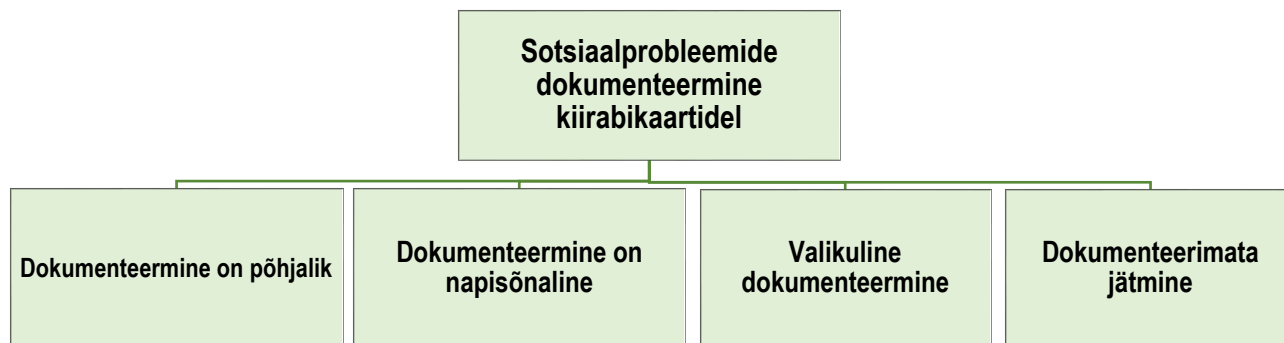
„/.../ kutsub kiirabi selleks, et saaks konflikti provotseerida ja siis kaebuseid kirjutada. Mida iganes, aga tema jaoks ei liiguta ma lillegi.“ (3)

„Sinna ei taha minnagi. Käime ja mõõdame ja vaatame, et minema saame.“ (15)

„Kui saaks, siis ma tema uksest üldse sisse ei astuks.“ (12)

4.3. Sotsiaalprobleemide dokumenteerimine kiirabikaartidel

Ülakategooria **sotsiaalprobleemide dokumenteerimine kiirabikaartidel** moodustus neljast alakategooriast 1) dokumenteerimine on põhjalik, 2) dokumenteerimine on napisõnaline, 3) valikuline dokumenteerimine ja 4) dokumenteerimata jätmine (vt joonis 3). Alakategooriad moodustusid kümnest substantiivsest koodist (vt tabel 4).



Joonis 3. Sotsiaalprobleemide dokumenteerimine kiirabikaartidel moodustanud alakategooriad ja ülakategooria

Tabel 4. Sotsiaalprobleemide dokumenteerimist väljendavad substantiivsed koodid ja neist moodustunud alakategooriad

Substantiivsed koodid	Alakategooria
<ul style="list-style-type: none"> Dokumenteerin põhjalikult, sest mul on ka juriidiline vastutus. Dokumenteerin põhjalikult moraalsel põhjustel Dokumenteerin põhjalikult, et info jõuaks perearstini 	Dokumenteerimine on põhjalik
<ul style="list-style-type: none"> Napisõnaline dokumenteerimine Ühesõnaline dokumenteerimine 	Dokumenteerimine on napisõnaline
<ul style="list-style-type: none"> Dokumenteerin, kui on midagi erakorralist Dokumenteerin kui tunnen, et pean 	Valikuline dokumenteerimine
<ul style="list-style-type: none"> Kiirabikaart on ainult meditsiinilise info jaoks Annan info suuliselt edasi, kirja ei pane Ei dokumenteeri ega edasta infot 	Dokumenteerimata jätmine

Uuritavate vastused, millest moodustus **põhjaliku dokumenteerimise** alakategooria kirjeldasid dokumenteerimist juriidilise vastutuse tõttu, moraalsel kaalutlustel ja soovist informatsiooni jagada. Juriidilise vastutuse tõttu dokumenteeriti sotsiaalprobleeme põhjalikult, sest uuritav tunnetas vastutust või oli varem halva dokumenteerimise tõttu sattunud ebamugavasse olukorda. Mõned uuritavad väitsid, et dokumenteerivad moraalsel kaalutlustel. Sellisel põhjusel kiirabikaarte põhjalikult täitvad uuritavad leidsid, et inimest tuleb vaadata tervikuna. Mõned intervjuueeritavad kirjeldasid, et dokumenteerivad olukordi väljakutsetel täpselt ja põhjalikult selleks, et informatsioon jõuaks patsiendi perearstini.

„Mind on mitu korda kohtusse tunnistama kutsunud ja siis on hea, kui kõik, tõesti kõik on piinliku täpsusega kirja pandud.“(2)

„/.../ aastat töötades kujuneb harjumuseks kõik täpselt kirja panna, ka see, mis on mittemeditsiiniline“(9)

„Nagu öeldaksegi, et „kiri prokurörile“(13)

„Arvan, et minu funktsioon ei ole ainult mõõta ja viia vaid ka ümbritsevat situatsiooni tähele panna“(5)

„Ma ei saa keskenduda ju ainult numbritele, pean inimest ikka ka nägema /.../ kõik tuleb kirja panna.“(11)

„Sa nagu tunned vastutust ju ka selle kogupildi pärast.“(19)

„Perearst ju loeb seda ja saab midagi ette võtta.“(7)

„E-tervisest näeb perearst seda kaarti. Ta peab teadma, mis seis seal on.“(11)

„Mõnikord ma kirjutan sinna kohe palju, et perearst siis teaks ka.“(14)

Mõned uuritavad väitsid, et **dokumenteerivad napisõnaliselt** mittemeditsiinilisi andmeid. Kirjeldati dokumenteerimisviisi, kus kiirabikaartidesse kantakse mitte terviseandmete kõrval vaid mõni sõna väljakutsel nähtud või tunnetatud muudest oludest. Esines ka kirjeldusi ühesõnalisest dokumenteerimisest. Sel puhul kasutatakse kiirabikaarti täites vaid ühesõnalist viidet sotsiaalprobleemi olemasolule samas kui napisõnalise dokumenteerimise puhul võis dokumenteeritud sõnum mõnevõrra pikem ja täpsem. Sellist dokumenteerimist kirjeldasid uuritavad, kes väitsid, et peavad sotsiaalprobleemidega tegelemist vähetahtsaks ent samas ka selliseks nähtuseks, mida ei saa täielikult ignoreerida.

„Paar sõna vahel kirjutan. Näiteks viimati panin sinna „ei osta ravimeid raha puuduse tõttu““(5)

„Pikalt ei kirjuta muudest asjadest. Mõnikord mõne sõnaga.“(12)

„Siis kirjutangi sinna anamneesi, et on sotsiaalprobleem.“(3)

„Lihtsalt ühe sõnaga kirjutan.“(8)

„Kirjutan juurde, et patsiendil on sotsiaalprobleem“(19)

Valikuline dokumenteerimine moodustus kirjeldustest, mis koondasid endas olukordi, mil sotsiaalprobleemide kiirabikaarti kandmine oli juhuslik. Mittemeditsiinilist infot dokumenteeritakse olukordades, kui märgatakse midagi erilist ja silmatorkavat, tavaliste olukordades või vähemtahtsana tunduvate olude puhul jäetakse kanne kiirabikaarti tegemata. Mõnikord otsustatakse kiirabikaarti kannate tegemine juhuslikult või sisetundest lähtuvalt.

„Ma igal korral küll ei kirjuta, kui midagi erilist on, siis aga küll.“(3)

„Kui nagu seal oli, siis ma kirjutan kohe kindlasti.“(19)

„Ma arvan, et sellel puhul oli täiesti õigustatud, et ma kohe kõik mitme lausega ja väga põhjalikult kirja panin. Tavaliselt seda ei tee.“(3)

„/.../ korral oli mul tunne, et ma pean kõik üles kirjutama.“(16)

„Ma kuidagi tunde järgi. Mõnikord panen kohe pika jutu sinna, südametunnistuse järgi.“(17)

Mõned uuritavad tunnistasid, et ei dokumenteeri väljakutsetel esinevaid mittemeditsiinilisi olusid üldse, kuna on veendunud, et kiirabikaarti ei pea kirja panema midagi, mis pole seotud tervises seisundiga. **Dokumenteermata jätmist** põhjendasid mõned uuritavad seisukohaga, et kiirabikaart on ainult meditsiinilise info jaoks ja muud infot sisaldama ei pea. Mõned intervjueeritavad tõid välja, et nad ei dokumenteeri sotsiaalprobleeme kiirabikaartidesse, kuid edastavad info suuliselt, sest arvavad, et kiirabikaardis olevat informatsiooni ei loeta. Leidus ka uuritavaid, kes väitsid, et ei dokumenteeri ega edasta ka suuliselt mittemeditsiinilist informatsiooni kuna nende arvates pole see kiirabi kohustus.

„See kaart on meditsiinilise info jaoks, muud juttu sinna kirja panna mõtet pole“(1)

„Sinna käivad ainult näidud ja diagnoosid.“(8)

„Miks peaks sinna kirja panema seda, mis meie tööd ei puuduta?“(18)

„Kirja ma ei pane, sest ega keegi seda ei loe. Ma parem ütlen haiglas, näiteks arstile selle info edasi.“(4)

„Ei mina usu, et neid päriselt loetaks, parem on helistada ja jutt õigele inimesele ära rääkida“(20)

„Kiirabi /.../ erakorralise meditsiini teenus ja kõik. Kui meile antakse selliseid kutseid ei tähenda see, et me peame /.../ ja kõike seda veel üles kirjutama.“(10)

„Mina kirjutan ainult meditsiinilisi andmeid kaarti. /.../ ja muude sotsiaalsjade jaoks on teised inimesed ja teised dokumendid.“(15)

5. ARUTELU

5.1. Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistöödega

Uurimistöö tulemustest selgus, et Eestis puutuvad kiirabibrigaadi juhid kokku väga erinevate sotsiaalprobleemidest tingitud väljakutsetega mida lahendavad varieeruva edukusega ning dokumenteerivad vastavalt oma äranägemisele. **Üksindusega seotud probleemid** on Eesti kiirabibrigaadi juhtide kogemuste põhjal seotud sageli üksi elavate eakatega ja ka üksi elavate krooniliste haigetega. Eestis näib olevat levinud, et eakad või kroonilist haigust põdevad inimesed elavad üksinda ja kutsuvad kiirabi, kui ei saa üksinduse tõttu hakkama. Sellised inimesed kutsuvad kiirabi kas oma suhtlemisvajaduse rahuldamiseks või mõne igapäevase toimingu juurde appi. Üksinduse ja suhtlusdefitsiidiga seotud probleemid torkavad seejuures kiirabibrigaadi juhtidele eriti silma. Tihti mainiti seda just eakate kontekstis. Ka krooniliste haigete üksindusprobleemid näivad tulemuste põhjal olevat sarnased. Nende probleemide põhjused on peamiselt demograafilised. Perede lahkumist, linnastumist ja iibeprobleeme ning elanikkonna vananemist on varasemates uurimustes (Booker jt 2015) samuti seostatud kiirabile tehtavate mitte eesmärgipäraste väljakutsetega. Inimesed, kes elavad oma lähedastest kaugel ja ei ole võimelised ise oma olukorda muutma, vajavad tuge, kuid sotsiaalteenused ei ole Eestis kõikide abivajajatele piisaval määral kättesaadavad. Palju sõltub konkreetse piirkonna sotsiaaltöötajate aktiivsusest ja ka kohaliku omavalitsuse tegevusest. Eakate ja krooniliselt haigete inimeste aktiivsem kaasamine ning parem koostöö tervishoiu- ja sotsiaalvaldkondade ning omavalitsuste vahel vähendaks tõenäoliselt üksindust kannatavate inimeste hulka.

Eakate ja krooniliste haigete puhul eksisteerib ka **hooldusdefitsiidi** probleem. Siia lisanduvad juurde ka lapsevanemad, kes ei ole võimelised oma laste eest hoolt kandma. Kirjeldati olukordi, kus inimesed ei ole üksinda võimelised näiteks arsti ettekirjutusi järgima, aga ka seda, et ei tulla üksikisiku või perekonna tasandil toime igapäevaelu probleemidega. Esineb ka selliste inimeste ärakasutamist. Probleemid hooldusdefitsiidiga on üks põhjuseid, miks inimesed sageli mitte eesmärgipäraselt erakorralist meditsiinilist abi otsivad. Sellele on viidanud ka Kumar ja Klein (2013) ning Booker (2015). Ka selliste probleemide puhul muudaks olukorra paremaks sotsiaalsüsteemi ja esmatasandi tervishoiu koostöö edendamine. Näiteks võiks täiustada sotsiaalteenust ja tervishoiuteenust vajavate isikute kaardistamist, pakkuda neile enam asjakohaseid

teenuseid ning paremini koordineeritult. Näiteks võiks parandada koduse hooldus- ja õendusabiteenuse kättesaadavust.

Sotsiaalse võimekuse puudujäägid on Eestis kiirabi kutsumise põhjusena levinud. Inimesed ei orienteeru ühiskonna reeglites, ei oska oma vajadusi määratleda ja õigest kohast abi otsida. Seepärast valitakse kiirabi kui tasuta ja kergelt leitav teenus. Varasemates töödes on sotsiaalse võimekuse puudujääke kajastatud seoses finantsilise vaesusega ja see seos eksisteerib ka Eestis. Sageli on sotsiaalse võimekuse puudujääk vaadeldav koos erinevate sõltuvusprobleemidega. Kindlasti mängivad sotsiaalse võimekuse puudujääkide puhul rolli ka Eestis eksisteeriv varanduslik kihistumine, tööpuudus ja ebapiisav töö sõltuvusprobleemidega inimestega. Witbeck (2000) ja Kumar ja Klein (2013) on seostanud vaesust ja sotsiaalse võimekuse defitsiiti liiga sagedaste pöördumistega erakorralise abi saamiseks. Ka nende probleemide puhul aitaks parem koostöö tervishoiu- ja sotsiaaltöötajate vahel olukorda parandada.

Vastutustundetud avaldub liiga kergekäelises kiirabi kutsumises, aga ka kiirabi kui tasuta ja kergelt leitava avaliku teenuse ärakasutamises. Näiteks kutsutakse Eestis kiirabi mõnikord lihtsalt transpordiks. Esineb ka pahatahtlikel motiividel tehtud väljakutseid ja esmaste eneseabi oskuste defitsiiti. Selliste väljakutsete kiirabile edastamist soodustavad puudujäägid häirekeskuse töös. Kui vastutustundetust kiirabi kutsumisest on varasemates töödes kirjutatud viitamisi, ilma otseste näideteta, siis esmaste eneseabi oskuste puudumisest tingitud väljakutseid on Booker jt (2015) eraldi esile tõstnud. Samuti on varasemates uurimistöodes (Witbeck 2000 ja Booker jt 2015) triiaazüstemeide ebatõhusust kirjeldatud kui vastutustundetuid kiirabikutseid soodustavat tegurit. Vastutustundetute kiirabi väljakutsete arvu piiraks kindlasti häirekeskuse töös eksisteerivate puudujääkide kõrvaldamine, aga ka näiteks transpordiks kutsumise tasuliseks muutmine. Kindlasti vähendaks vastutustundetute väljakutsete esinemist elanikkonna seas läbi viidav teavitus- ja koolitustöö.

Puudujäägid **tervishoiusüsteemis** väljenduvad Eesti tingimustes kiirabibrigaadi juhtide vaatekohalt eelkõige esmatasandi tervishoiusüsteemi ebapiisava kättesaadavusega. Perearstiga kas ei saada kontakti või ei tulda selle peale, et esmalt peaks perearstile pöörduma. Esineb ka kiirabi ärakasutamisel tervishoiusüsteemi siseselt. Mitmed uuritavad tõid välja, et tervishoiusüsteemi sees kasutatakse kiirabi kui tasuta transpordiressurssi ning seda tunnetatakse kui sotsiaalprobleemi.

Varasemates uurimistöödes on viiteid eelpool esile toodud sotsiaalprobleemidele vähe. Küll aga on kritiseeritud häirekeskuste ja teiste erakorralist abi vahendavate organisatsioonide triaazi puuduseid ning kirjeldatud seetõttu esinevaid valeväljakutseid või kiirabiressursi ebasihipärast kasutust (Witbeck 2000). Tervishoiusüsteemi sisese kiirabi transpordiks kasutamise osas reguleeriks olukorda Eestis ilmselt rahastamise korra ümberkujundamine. See sunniks tervishoiuasutusi kasutama kiirabi vaid siis, kui seda on tegelikult vaja. Esmatasandi tervishoiu parem kättesaadavus ja elanikkonna teavitamine aitaksid aga vältida olukordi, kus perearsti otsimise asemel kutsutakse välja kiirabi. **Sotsiaalsüsteemi puudujäägid** on Eestis teravad ja eristuvad varasemates töödes kirjeldatust. Kiirabibrigaadide juhid puutuvad Eestis tihti kokku olukorraga, kus kiirabi ongi inimese jaoks ainuke kättesaadav abi, sest sotsiaaltöötajat kas pole või inimene ei suuda temaga kontakti saada. Varasemates töödes on selliseid kutseid esile kutsuvaid olukordi seostatud peamiselt vaesusega (Kumar ja Klein 2013) ja ebapiisavate oskuste ja võimetega (Booker jt 2015). Sotsiaalabi täielikku puudumist või kättesaamatust varasemates töödes kirjeldatud pole. Eestis hetkel eksisteerivat olukorda leevendaks ööpäevaringselt kättesaadava sotsiaalteenuse loomine. Selleks võiks olla näiteks häirekeskustega ühendatud sotsiaalabi infoliin.

Toimetulek kiirabikutsetel ilmnevate patsientide sotsiaalprobleemidega on erinev ning esineb nii tõhusat kui ka ebatõhusat toimetulekut. Viimast võib Eestis seostada puudujääkidega nii kiirabi töö korralduses kui ka kiirabibrigaadi juhtide kompetentsi erinevustega. Näiteks distantseerutakse mittemeditsiinilistest probleemidest, sest ei osata neid märgata või ei ole kiirabietapil võimalusi patsienti aidata. Olukordades, kus isiku elu või tervis on ohustatud, kasutavad Eesti kiirabibrigaadide juhid erinevaid võimalusi, et anda probleemi lahendamise edasi haiglale. Varasemates uurimustes pole kirjeldatud olukordi, kus meditsiiniliste näidustusteta inimesi erinevate võtetega hospitaliseeritakse. Eesti kiirabibrigaadide juhid räägivad aga avameelselt kuidas nad diagnoose välja mõtlevad või lihtsalt tutvuseid kasutades inimesi haiglasse toimetavad. Mõnel pool, näiteks Tallinnas ja Pärnus on kiirabiorganisatsioonid loonud korra, kus väljakutsete tegijate sotsiaalprobleemidega tegeleb üks kindel isik, kelle ülesandeks on kontakti pidamine sotsiaalvaldkonna organisatsioonidega. Selleks isikuks võib olla vanemarst või ka kiirabisekretär. Võib öelda, et Eesti kiirabibrigaadi juhtide seas on patsientide sotsiaalprobleemidega toimetulek varieeruv ning sõltub nii probleemi iseloomust, probleemi ohtlikkusest isiku elule ja tervisele kui ka brigaadijahi enda kontaktidest, oskustest ja hoolivusest. Autori arvates on Eestis tõsiseks probleemiks sotsiaal- ja tervishoiu valdkonna ebapiisav koostöö ning kindlate juhendite puudumine.

Campbell ja Rasmussen (2012) on kirjeldanud sotsiaalprobleemidega toimetulekut kiirabi töös ning tõdenud, et sageli jäetakse patsientide sotsiaalprobleemid märkamata aja ja oskuste puudumise tõttu. Eesti kiirabibrigaadi juhid on ette valmistatud osutama erakorralist meditsiinilist abi, kuid sotsiaalvaldkonna alane koolitus on puudulik või pole seda üldse. Olukorda aitaks autori arvates parandada nii sotsiaalvaldkonna ja tervishoiusüsteemi parema koostöö korraldamine kui ka ühiskonna nõuetele vastav kiirabibrigaadi juhtide koolitus.

Väljakutsetel esinevate sotsiaalprobleemide dokumenteerimine on lahutamatu osa nende käsitlesest. Eesti kiirabikaartidel dokumenteeritakse patsientide sotsiaalprobleeme erinevalt ning antud töö tulemustest selgub, et esineb nii **põhjalikku dokumenteerimist** kui ka täielikku **dokumenteermata jätmist**. Viimane tähendab sageli patsientide sotsiaalprobleemide ignoreerimist, mille kohta on Campbell ja Rasmussen (2012) väitnud, et seda põhjustab erakorralist meditsiinilist abi osutavate inimeste oskamatus ja võimetus patsientide sotsiaalprobleeme käsitleda. Kuna Eestis puuduvad kindlad juhised patsientide sotsiaalprobleemide kohta, käituvad kiirabibrigaadide juhid omaenda eelistuste kohaselt. Mõned kirjeldavad mittemeditsiinilisi olukordi kiirabikaartides äärmise põhjalikkusega. Mõned uuritavad tunnistasid, et nad on kunagi varem dokumenteerimise puudujääkide tõttu ebameeldivustesse sattunud ning seepärast on kiirabikaartide täitmisel eriti hoolsad ja põhjalikud. Samas esines uuritavate seas ka seisukohti, et kiirabikaart on vaid meditsiinilist informatsiooni kandev dokument ja ei peagi midagi muud sisaldama. Käesoleva uurimistöö tulemused kattuvad varasemates uurimustes (Staff ja Søvik 2011, Knutsen ja Fredriksen 2013) välja toodud seisukohtadega, et dokumenteerimata jäetakse vähetähtsana tunduvad aspektid ning kui neid ka dokumenteeritakse siis sageli piirdutakse napi, lakoonilise konstateeringuga. Dokumenteerimise kvaliteedi parandamiseks on autori arvates mõttekas täpsustada kiirabikaartide täitmise juhendeid nii, et ka mittemeditsiiniline info kajastataks kiirabikaartidel põhjalikult ja ühtlaselt.

Kuigi riigiti erinevad kiirabid oma ülesehituselt suures ulatuses ning ka väljakutsete tegemise olud on riigiti erinevad, on käesoleva uurimise tulemused suuremas osas kooskõlas varasemate autorite poolt esile tõstetuga. Varasemad uurijad (Kumar ja Klein 2013, Booker jt 2015) on erinevusi kiirabi ülesehituses seostanud kiirabi valdkonda puudutavate uurimuste vähesusega. Teemat uuritakse vähe, sest kiirabi teenus on riigiti erineval viisil organiseeritud, puuduvad ühtne terminoloogia ja üleilmselt mõistetavad definitsioonid (Booker jt 2015). Varasemates uurimistöodes (Kumar ja Klein

2013, Witbeck jt 2000) kirjeldatakse mittesihipäraseid väljakutseid erakorraliseks abiks mõeldud tervishoiuressurssi ebatõhusa tarvitamisena. Sellised väljakutsed ja pöördumised seavad erakorralist meditsiinilist abi osutavatele inimestele kohustusi, milleks nad pole valmis ning mis suurendavad tervishoiukulusid. Selliseid pöördumisi põhjustavad erinevad tegurid, millest sagedamini mainitakse demograafilist olukorda, vaesust, hooldusdefitsiiti, vaimseid häireid ja sõltuvushäireid. (Witbeck jt 2000, Campbell ja Rasmussen 2012, Booker jt 2015.) Käesoleva uurimistöö tulemustest selgus, et Eestis põhjustavad kiirabile väljakutseid sarnased sotsiaalprobleemid nagu mujalgi ning kiirabibrigaadide juhid ei ole selliste juhtumitega toime tulekuks piisavalt ja ühtlaselt ette valmistatud. Olukorda muudavad halvemaks ka sotsiaaltöö ja tervishoiu valdkondade vahelise koostöö puudumine ning mõnede gruppide vähene kaasamine ühiskonda.

Kiirabi väljakutsetel jäetakse oskuste ja võimaluste puudumise tõttu sageli väljakutsete tegijate sotsiaalprobleemid tähelepanuta ning nende mittemeditsiinilisi probleeme ignoreeritakse (Campbell ja Rasmussen 2012). Autori arvates on Cefai (2015) väide, et avalik teenus peab vastama ühiskonna ootustele täiesti õigustatud. Sellest lähtuvalt peaks autori arvates Eestis ka kiirabibrigaadi juhtide koolitamisel lähtuma ühiskonna vajadusest ja reaalses tööelus ette tulevatest olukordadest. Praegune olukord, mil intensiivõenduse õde-spetsialistid peavad kiirabibrigaadi juhi rollis sageli tegelema ka sotsiaalprobleemidega, loob eelduse eraldi kiirabibrigaadi juhi eriväljaõppe loomiseks. Selle loomisel tuleb lähtuda reaalses tööelus vajalikest oskustest ning teadmistest.

5.2. Uurimistöö eetilised aspektid

Käesoleva uurimistöö läbiviimiseks andis kooskõlastuse Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee. Autor avaldas üleskutse uurimistöös osalemiseks viisil, et see jõuaks maksimaalselt paljude potentsiaalsete uuritavateni kasutades selleks kutseala liikmetele mõeldud suhtlusvõrgustikke. Uuritavatele oli uurimistöös osalemine vabatahtlik, nad osalesid uurimistöös kompensatsiooni saamata. Uurimistöös osalejad olid intervjuerimise eel teavitatud uurimistöö eesmärgist ja tingimustest ning nõustusid uurimistöös osalema kompensatsioonita, vabatahtlikult ja omast tahtest tulenevalt. Neile oli tagatud anonüümsus ja konfidentsiaalsus. Kokkulepete sõlmimise juures polnud kolmandaid isikuid. Enne uurimistöösse kaasamist allkirjastasid uurimistöös osaleja ja uurimistöö teostaja kahes eksemplaris kirjalik teadliku ja informeeritud nõusoleku, kus olid kirjas mõlema poole õigused ja kohustused. Uurimistöös osalejatel oli õigus intervjuu andmisest loobuda,

tutvuda uurimistöö transkriptsiooniga ning kuni selle hetkeni uurimistöös osalemisest taganeda. Neid õigusi selgitas autor uuritavatele nendega intervjuueerimist kokku leppides veel suuliselt üle. Autor oli valmis intervjuud katkestama ja uurimistööst välja jätma, samuti oli autor valmis uuritavatele salvestatud intervjuu transkriptsiooni tutvumiseks näitama. Ükski intervjuu andmisega nõustunud uuritav ei avaldanud soovi intervjuu ajal seda katkestada, uurimistöös osalemisest loobuda ega transkriptsiooniga tutvuda. Samuti ei ole ükski uuritav autorile teada andnud, et uurimistöös osalemine oleks talle põhjustanud kannatusi või ebamugavust.

Uurimistöös osalejate andmeid kasutas uurimistöö autor isikustamata kujul ja nendele oli juurdepääs ainult uurimistöö autoril. Ka helisalvestistele ja intervjuude transkriptsioonidele oli juurdepääs ainult uurimistöö autoril. Uurimistöö ja selle andmestik ei sisalda kolmandate isikute isikuandmeid. Intervjuude käigus välja öeldud kolmandate isikute isikuandmed, näiteks nimed ja aadressid jättis uurimistöö autor transkriptsioonidest välja. Uurimistööga ei põhjustatud kannatusi ei uurimistöös osalejatele ega kolmandatele isikutele.

Kõike uurimistööga seotut, mis sisaldas uuritavate isikuandmeid, hoidis autor kolmandatele isikutele kättesaamatult. Digitaalsed andmed, sealhulgas e-mailid, on salvestatud krüpteeritud ja parooliga kaitstud failikausta. Isikuandmeid sisaldavad paberil dokumendid säilitatakse autori kodus koodlukuga tulekindlas kapis ning kolmandatel isikutel puudub neile juurdepääs. Pärast käesoleva töö tulemuste avaldamist hävitatakse paberdokumendid paberihundis, digitaalsed andmekandjad kustutatakse.

5.3. Uurimistöö usaldusväarsuse tagamine ja kitsaskohad

Kvalitatiivse metoodika puhul esineb alati teatud määral subjektiivsust. Antud töö autor püüdis seda vältida, distantseerudes maksimaalselt intervjuude käigus uuritavatest. Käesolevas uurimistöös selgitab autor põhjalikult andmete kogumist, analüüsi ja tulemuste formuleerumist. Enne intervjuude kogumist koostas autor varasematel uurimistöödest (Campbell ja Rasmussen 2012, Booker jt 2015) ja uurimisküsimustest tulenevad poolstruktureeritud intervjuu küsimused. Autor esitas intervjuueerides küsimused alati samas järjekorras ja vältis lisaküsimuste esitamise puhul suunavate või eeldatavat vastust andvate küsimuste esitamist. Intervjuude transkribeerimisel kirjutas autor intervjuu küsimustele antud vastused üles sõna-sõnalt, jättes välja vaid kolmandate isikute

isikuandmed ja ebatsensuursed väljendid. Vene keeles antud intervjuude tõlkimisel püüdis autor säilitada öeldut sõna-sõnalt niipalju, kui see oli öeldu mõtte säilitamiseks jõukohane.

Enne põhiuurimust teostas uurija kahe uuritavaga prooviintervjuud selleks, et veenduda ettevalmistatud küsimuste asjakohasuses ning arusaadavuses. Kuna prooviintervjuude järel selgus, et küsimused on üheselt mõistetavad ning asjakohased, kaasas uurimistöö autor prooviintervjuude tulemused uurimistöösse. Prooviintervjuudes osalesid uuritavad samadel alustel, mis põhiuurimuseski.

Käesoleva uurimistöö kitsaskohaks on varasema teabe vähesus, varasemate Eestis tehtud samateemaliste uurimistööde puudumine. Varasemate Eestis tehtud kiirabialaste uurimistööde puudumise põhjusteks võib olla Eesti kiirabi organisatoorne killustatus. Näiteks kiirabi väljakutseid töötlev häirekeskus kuulub siseministeeriumi haldusalasse, kiirabiteenust lepingu alusel osutavad organisatsioonid aga sotsiaalministeeriumi haldusalasse.

Uuritavad ei osalenud üle Eesti ühtlaselt. Näiteks ei osalenud uurimistöös ühtegi uuritavat Lõuna-Eestist või saartelt. Sotsiaalprobleemid võivad piirkonniti erineda, antud uurimistöös on aga uuritavate arv väike ning see ei võimalda teha üldistusi terve Eesti kohta. Käesolevas uurimistöös ei osalenud ühtegi arsti kutsega uuritavat. Ei saa välistada, et arstidest kiirabibrigaadi juhtidel võib olla erinev arusaam kiirabi väljakutsetel esinevatest sotsiaalprobleemidest, kuna neil on teistsugune väljaõpe.

Kitsaskohaks on üheselt mõistetava terminoloogia puudumine. Näiteks mõistetel „sotsiaalprobleem“ ja „sotsiaalne probleem“ on tunnetuslik erinevus. Esimest võib mõista kui üksikisiku probleemidele suunatud probleemikäsitlust, mõiste „sotsiaalne probleem“ puhul võiks aga uurimistöö autori arvates olla tegemist laiemate, globaalsete probleemidega nagu näiteks rassism, ühiskonna varanduslik kihistumine, palgalõhe ning inimkaubandus. Inglise keelne väljend „*social problem*“ on aga universaalne ja kehtib nii üksikisiku kui ka ühiskondliku raskuskeskmega probleemide puhul. Kuna käesolevas uurimistöös on suunitlus enam üksikisiku probleemidele, oli autori seisukohalt õigustatud kasutada mõiste vormina „sotsiaalprobleemi“.

Uurimistöö kitsaskohaks on statistiliste andmete vähesus millele antud probleemi uurimist planeerides oleks saanud tugineda. Kiirabi organisatsioonidele päringuid tehes selgus, et Eesti kiirabipidajad ei tee väljakutsetel esinevate sotsiaalprobleemide kohta statistikat detailselt või ei kajastu organisatsioonide statistika tasandil sotsiaalprobleemide esinemine väljakutsetel üldse.

5.4. Uurimistöö tulemuste olulisus ja uued uurimisprobleemid

Käesoleva uurimistöö tulemused näitavad, et erakorraliseks meditsiiniliseks abiks ellu kutsutud kiirabi tegeleb Eestis lisaks oma põhifunktsioonile mitmesuguste muude probleemidega, millel alati ei pruugi olla üldse seotust erakorralise meditsiinilise abiga. Selle uurimistöö tulemused näitavad, missuguseid väljakutsetel esinevaid sotsiaalprobleeme tõstavad Eestis kiirabibrigaadi juhid esile. Samuti ilmneb antud uurimistööst, kuidas kiirabibrigaadi juhid selliseid väljakutseid käsitlevad, missuguseid lahendusi otsivad ning kuidas neid dokumenteerivad. Tulemusi võib kasutada edasiste kiirabi ja väljakutsetel esinevaid sotsiaalprobleeme puudutavate uurimistööde planeerimisel.

Uurimistöö tulemustest lähtudes võib järeldada, et Eesti kiirabis võiksid brigaadijuhtidena töötada spetsiaalse hariduse saanud inimesed, kelle teadmised ning oskused võimaldavad paremini täita ühiskonna poolt kiirabile pandud ootusi. Seni ei ole Eesti haridussüsteemis eraldi kiirabibrigaadi juhi erialast koolitust ning selles ametis töötavad inimesed on õppinud tervishoiukõrgkoolis intensiivõenduse erialal või kiirabiorganisatsioonide loodud täiendkoolitusprogrammis. Kiirabibrigaadi juhi erialakoolituse loomise ettevalmistamine eeldab aga rohkem uurimusi antud teemal, et luua adekvaatne, ühiskonna nõuetele vastav õppekava või koolitusmoodul olemasolevasse õppekavva.

6. JÄRELDUSED

Sotsiaalprobleemid, millega Eestis kiirabi väljakutsetel kokku puututakse, on erinevad. Tulemuste põhjal võib teha järelduse, et sotsiaalprobleemid kiirabi väljakutsetel on seotud eakate üksinduse, hooldusdefitsiidiga, inimeste sotsiaalsete oskuste puudumise ja võimetusega ning puudujääkidega tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osas. Kiirabi väljakutsete jaoks on ühtse sotsiaalprobleemide nimistu loomine ja nende tüüpjuhtumiteks jaotamine raske. Nende probleemide lahendamise puhul on oluline väljakutsete töötlemise parem organiseerimine. Samuti võiks paremini olla korraldatud tervishoiu ja sotsiaalteenuseid osutavate institutsioonide koostöö, näiteks võiks olla tagatud ööpäevaringne sotsiaaltöötaja kättesaadavus.

Kiirabi väljakutsetel esinevate sotsiaalprobleemide käsitlemine on Eesti kiirabibrigaadi juhtide seas varieeruv, sõltub konkreetse inimese isikuomadustest, silmaringist, kogemusest ning moraalsetest tõekspidamistest. Olulist rolli mängivad konkreetses kiirabiasutuses kehtestatud sise-eeskirjad ja reeglid. Ühtseid juhendeid sotsiaalprobleemide käsitlemiseks kiirabi poolt üleriiklikult kehtestatud ei ole ja kiirabibrigaadi juhtide ettevalmistus sotsiaalprobleemidega tegelemiseks ei vasta ühiskonna ootustele. Seetõttu on ka väljakutsetel esinevate sotsiaalprobleemide lahendamise meetodid ja võimalused erinevad. Mõned kiirabibrigaadide juhid saavad nende lahendamisega hakkama, mõned ei suuda seda, mõned aga lausa ignoreerivad sotsiaalprobleemidega tegelemist.

Väljakutsetel ette tulevate sotsiaalprobleemide dokumenteerimine on oluline kuid antud töö tulemuste põhjal võib öelda, et see on Eestis varieeruv. Mõnel puhul täidetakse kiirabikaarte äärmise põhjalikkusega, mõnel puhul jäetakse mittemeditsiiniline info kiirabikaartidest üldse välja. Selline ebahühtlane dokumenteerimine põhjustab moonutusi kiirabi väljakutsete statistikas ning piirab tulevikus korraldatavate uurimistööde tulemuste õigsust. Arvestades sotsiaalprobleemidest tingitud kiirabiväljakutsete arvu kasvu, eksisteerib vajadus sellel teemal kvantitatiivsete uurimistööde ja analüüside järele. See eeldab aga ühtsete statistiliste reeglite kehtestamist kiirabikaartidel mittemeditsiiniliste andmete dokumenteerimiseks.

KASUTATUD KIRJANDUS

Al-Shaqsi, S. (2010). Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Medical Journal*. 25, 320–323.

Best, R. (2010). Situation or Social Problem: The Influence of Events on Media Coverage of Homelessness. *Social Problems*. 57(1): 74-91.

Booker, M.J., Shaw, A.R.G., Purdy, S. (2015). Why do patients with ‘primary care sensitive’ problems access ambulance services? A systematic mapping review of the literature. *BMJ Open*, 5, e007726.

Burns, N., Grove, S. K. (2001). The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization. W. B. Saunders Company. Philadelphia.

Burns, N., Grove, S. K. (2005). The Practice of Nursing Research. Conduct, critique ja utilization. W.B.S., Philadelphia.

Campbell, H., Rasmussen, B. (2012) Riding Third: Social Work in Ambulance Work. *Health and Social Work*. 37(2): 90-97.

Cefäi, D. (2015). Outreach Work in Paris: A Moral Ethnography of Social Work and Nursing with Homeless People. *Human Studies* 38, 137-156. Springer Science Business Media. Dordrecht.

Eesti Haigekassa kaudu rahastatavate kiirabibrigaadide arv. (RT I, 15.01.2019, 2).

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

Forbes, D., King, K., Eastlick Kushner, K., Letourneau, N., Myrick, F., Profetto-McGarth, J. (1999). Warrantable evidence in nursing science. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2): 373-379.

* Gusarov, E. (2016). Sotsiaaltöö kiirabi valdkonnas. *Sotsiaaltöö*. 1, 75-76.

Heaolu arengukava 2016-2023. (2016). Sotsiaalministeerium.

https://valitsus.ee/sites/default/files/content-ditors/arengukavad/heaolu_arengukava_2016-2023.pdf.
(04.05.2017).

Hsieh, H.-F., Shannon, S. (2005). *Three Approaches to Qualitative Content Analysis*. *Qualitative Health Research* 15(9).

Hultsjö, S., Hjelm, K.(2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff experiences. *International Nursing Review*. 52, 276-285.

Knutsen, G.O., Fredriksen, K. (2013). Usage of documented pre-hospital observations in secondary care: a questionnaire study and retrospective comparison of records. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 21(1): 1-13.

Kiik, R. (2006) Key themes and settings of social work in Estonia. Tartu Ülikooli Kirjastus. Tartu.

Kiirabibrigaadi koosseisu ja varustuse nõuded ning tööjuhend. (RT I, 20.03.2012, 2).

Kumar, G., Klein, R.(2013). Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: a systematic review. *Journal of Emergency Medicine*. 44. 717-729.

Laes, T.L. (2013). Vaesuse individuaalne ja sotsiaalne olemus. *Eesti Statistika kvartalikiri*. 1(13).
Statistikaamet.

*Linde, S. (2001). Koolivägivald on sotsiaalne probleem. *Postimees*.

<https://arvamus.postimees.ee/1856319/koolivagivald-on-sotsiaalne-probleem>. (12.09.2017).

Manis, J.G. (1974) The Concept of Social Problems: Vox Populi and Sociological Analysis. *Social Problems*, 21(3): 305-315.

Morse, J.M., Field, P. A. (1996). Nursing Research. The Application of Qualitative Approaches. Chapman & Hall, London.

Oinus, I. (2017). Kodutus kui isiksuse sotsiaalne tagajärg. Magistritöö. Tartu Ülikool.

Prener, C., Linconl, K. (2015). Emergency Medical Services and “Psych Calls”: Examining the Work of Urban EMS Providers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(6): 612-619.

*Sile, T. (2012). E-kursuse "Sotsiaalprobleemide analüüs" materjalid. Tartu Ülikool. Tartu.

Staff, T., Søvik, S. (2011). A retrospective quality assessment of pre-hospital emergency medical documentation in motor vehicle accidents in south-eastern Norway. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19(1): 1-20.

Säre, E. (2011). Vägivaldse käitumise esinemise kohad ja liigid koolis kolmanda klassi õpilaste hinnangul. Magistritöö. Tartu Ülikool.

Säästva arengu sõnaseletusi. (2017) Säästva Arengu Instituut.

http://www.seit.ee/sass/?ID=1&L_ID=326 (14.03.2017).

Tallinna kiirabi tegevus arvudes. (2018).

https://tems.ee/files/Tallinna_Kiirabi_tegevus_arvudes_2018.pdf (19.04.2019)

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. (RT I, 22.12.2013, 55).

Walton, G.M., Wilson, T.D.(2018). Wise interventions: Psychological remedies for social and personal problems. *Psychological Review*.125(5): 617-655.

Witbeck, G., Hornfeld, S., Dalack, G.W. (2000) Emergency room outreach to chronically addicted individuals.A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19, 39-43.

Lisa 1. Kutse uurimistöös osalemiseks

Üleskutse uurimistöös osalemiseks

Tere! Olen Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi magistriõppe üliõpilane Argo Soolep ja kutsun Teid osalema uurimistöös „**Sotsiaalprobleemidest tingitud kiirabi väljakutsete käsitus Eesti kiirabibrigaadide juhtide kogemustele toetudes - kvalitatiivne sisuanalüüs**“.

Uurimistöösse kaasatakse kiirabibrigaadi juhte, kellel on selles ametis vähemalt üheaastane tööstaaz. Oodatud on nii arsti, õe kui ka ämmaemanda kutsega kiirabibrigaadi juhid üle Eesti. Uurimistöö andmeid kogutakse ajavahemikul juuli 2018 kuni veebruar 2019. Uurimistöö valmib 2020 jaanuariks.

Uurimistöö andmeid kogutakse poolstruktureeritud intervjuuga, mis tähendab umbes 60 minutilist temaatilist vestlust uurija ja uuritava vahel. Intervjuu toimub Teile sobival ajal Teile sobivas kohas. Uurimistöös osalemine toimub eesti keeles, kuid võite intervjuu ajal vastata ka vene keeles. Teil palutakse jagada oma kogemusi patsientide sotsiaalprobleemidega seotud väljakutsetest. Töö ajal ja töökoha ruumides intervjuud korraldada ei ole sobiv. Uurimistöös osaleja anonüümsus tagatakse. Uurimistöös osalemine on vabatahtlik. Uurimistöös osalemisega ei kaasne kompensatsiooni.

Palun oma osalemissoovist teada anda e-posti soolepargo@hotmail.com teel või telefoninumbri 562 47 862

Palun jagage seda kuulutust kolleegidega, kes võiksid ja sooviksid uurimistöös osaleda.

Argo Soolep
Tartu Ülikooli
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

Lisa 2. Informeerimise ja informeeritud nõusoleku vorm

Lugupeetud kiirabibrigaadi juht!

Täna, et osalete uurimistöös „Sotsiaalprobleemidest tingitud kiirabi väljakutsete käsitlemine Eesti kiirabibrigaadide juhtide kogemustele toetudes - kvalitatiivne sisuanalüüs“. 2020. aasta jaanuariks valmiva uurimistöö eesmärk on kirjeldada Eesti kiirabibrigaadi juhtide kogemusi seoses patsientide sotsiaalprobleemidega kiirabi väljakutsetel. Probleemistiku avamine on tervishoiuteenuste kättesaadavuse ning kvaliteedi tagamise seisukohast väga oluline.

Uurimistöösse kaasatakse kiirabi brigaadijuhte, kellel on selles ametis vähemalt üheaastane tööstaaž, nii arste, õdesid kui ämmaemandaid. Andmeid kogutakse poolstruktureeritud intervjuuga, mis tähendab umbes 60-minutilise temaatilise vestluse uurija ja uuritava vahel. Intervjuu helisalvestatakse ja see toimub Teile sobival ajal Teile sobivas kohas. Teil palutakse jagada oma kogemusi patsientide sotsiaalprobleemidega seotud väljakutsetest.

Osalemine on vabatahtlik. Kuni intervjuu lõpuni ja pärast intervjuu üleskirjutusega tutvumist võite uurimistöös osalemise lõpetada. Te saate oma intervjuu üleskirjutusega tutvuda. Kogutud andmetele on juurdepääs ainult uurijal, neid kasutatakse uurimistöös isikustamata kujul. Osalejatele tagatakse anonüümsus. Pärast uurimistöö kaitsmist andmed hävitatakse. Uurimistöö läbiviija vastab kõikidele uurimistöö puudutavatele küsimustele. Kontaktandmed: Argo Soolep, Telefon: 56247862, e-mail: soolepargo@hotmail.com

Kui Te olete tutvunud uurimistöö puudutava informatsiooniga ja olete nõus osalema, kinnitage palun oma nõusolek allkirjaga.

(järgneb)

„Sotsiaalprobleemidest tingitud kiirabi väljakutsete käsitus Eesti kiirabibrigaadide juhtide kogemustele toetudes - kvalitatiivne sisuanalüüs“

Käesolevaga avaldan, et nõustun uurimistööks „Sotsiaalprobleemidest tingitud kiirabi väljakutsete käsitus Eesti kiirabibrigaadide juhtide kogemustele toetudes - kvalitatiivne sisuanalüüs“ intervjuud andma ja olen teadlikult nõus selle salvestamisega. Avaldan, et olen teadlik minu poolt intervjuu käigus öeldu kasutamisest uurimistöös ja annan selleks loa. Olen teadlik, et uurimistöös osalemine on vabatahtlik. Olen teadlik, et ma ei või avaldada kolmandaid isikuid tuvastada või kahjustada võimaldavaid andmeid Mul on õigus katkestada uurimistöös osalemine intervjuu andmisest keeldudes või pärast oma intervjuu üleskirjutusega tutvumist. Olen teadlik, et mul on õigus esitada küsimusi, tutvuda intervjuu üleskirjutusega, seda korrigeerida ja valminud tööga tutvuda. Kinnitan, et ei nõua valminud töö muutmist.

Mina, kinnitan uurimistöös osalemisega nõustumist allkirjaga. Tean, et uurimistöö käigus tekkivate küsimuste kohta annab mulle täiendavat informatsiooni

Uuritava allkiri:/allkirjastatud digitaalselt/.Kuupäev, kuu, aasta

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi

Uuritavale informatsiooni andnud isiku allkiri

Kuupäev, kuu, aasta

Lisa 3. Poolstruktureeritud intervjuu struktuur

„Sotsiaalprobleemidest tingitud kiirabi väljakutsete käsitus Eesti kiirabibrigaadide juhtide kogemustele toetudes - kvalitatiivne sisuanalüüs“

1. Palun kirjeldage oma kogemusi sotsiaalprobleemidest tingitud väljakutsetega. Palun tooge näiteid.
2. Kuidas selliste väljakutsetega toime tulete? Palun tooge näiteid.
3. Missugused on teie tegevused sotsiaalprobleemide esinemise korral? Palun tooge näiteid.
4. Missuguste sotsiaalprobleemide puhul on kerge, missuguste korral raske toime tulla? Miks?
5. Palun kirjeldage, kas ja kuidas te patsientide sotsiaalprobleeme dokumenteerite.

Lisa 4. Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee kooskõlastus uurimistöö läbiviimiseks

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 282/T-7

koosolek: 21.05.2018

Komitee koosseis:

Esimees

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

Liikmed

Diva Eensoo	Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, tervisesotsioloogia teadur
Naatan Haamer	Tartu Ülikooli Kliinikum, hingehoidja
Ruth Kalda	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini professor / õppetooli juhataja
Malle Kuum	Tartu Ülikool meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur
Maire Peters	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika vanemteadur
Kärt Pormeister	Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, doktorant
Mare Remm	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütiku õppekava dotsent
Pille Taba	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, neuroloogia professor
Maria Tamm	Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, eksperimentaalpsühholoogia teadur
Oivi Uiho	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, lastegastroenteroloogia dotsent
Vahur Ööpik 9	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, spordifüsioloogia professor

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö.

Uurimistöö nimetus: Sotsiaalprobleemidest tingitud kiirabi väljakutsete käsitus Eesti kiirabibrigaadide juhtide kogemustele toetudes - kvalitatiivne sisuanalüüs

Vastutav uurija (asutus): Ere Uibu (peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Tartu Ülikool Ravila 19, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt
2. Lisa 1. Üleskutse uurimistöös osalemiseks.
3. Lisa 2. Informeerimise ja informeeritud nõusoleku vorm.
4. Lisa 3. Poolstruktureeritud intervjuu struktuur
5. Uuringu läbiviijate CVd (E. Uibu, E. Gusarov, A. Soolep).

Uurimistöö lõpp: 31.01.2020

Komitee esimees: Kadri Tamme /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Kaire Kallak /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: /viimase digitaalallkirja kuupäev/

Tartu Ülikool
grandikeskus
Lossi 3
51003 Tartu

tel 737 6215
e-post eetikakomitee@ut.ee
www.ut.ee/teadus/eetikakomitee