

Tartu Ülikool  
Meditsiiniteaduste valdkond  
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut  
Õendusteaduse õppetool

**Sandra Sulev**

**KOLME HAIGLA ERAKORRALISE MEDITSIINI OSAKONNA ÕDEDE JA  
ABIÕDEDE HINNANGUD MEESKONNATÖÖLE NING SEOSSED HINNANGUTE JA  
UURITAVATE TAUSTA VAHEL: KVANTITATIIVNE UURIMUS**

Magistritöö

Tartu 2020

Põhijuhendaja: Jekaterina Demidenko, PhD (terviseteadused)

Kaasjuhendaja: Ere Uibu, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Eduard Gusarov, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega 07.05.2020.

Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

# LIHTLITSENTS LÕPUTÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

Mina, Sandra Sulev,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Kolme haigla erakorralise meditsiini osakonna õdede ja abiõdede hinnangud meeskonnatööle ning seosed hinnangute ja uuritavate tausta vahel: kvantitatiivne uurimus“, mille põhijuhendaja on Jekaterina Demidenko ja kaasjuhendaja Ere Uibu, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

*Sandra Sulev*

**07.05.2020**

## KOKKUVÕTE

### **Kolme haigla erakorralise meditsiini osakonna õdede ja abiõdede hinnangud meeskonnatööle ning seosed hinnangute ja uuritavate tausta vahel: kvantitatiivne uurimus.**

Meeskonnatööd peetakse erakorralise meditsiini osakonnas (edaspidi EMO) oluliseks kuna see tagab efektiivsema ja patsiendikesksema tervishoiuteenuste osutamise ning see on kasulik organisatsioonile, meeskonnale, igale meeskonnaliikmele ja patsientidele. Kuigi meeskonnatööd peetakse oluliseks, kirjeldatakse ka mitmeid tegureid, mis meeskonnatöö toimimist võivad takistada, näiteks vastastikuse toetuse puudumine, omavaheline suhtlus ja konfliktid erinevate meeskonnaliikmete vahel. Meeskonnatöö toimimist on oluline uurida just õdede seas, kuna neid on meeskondades arvuliselt kõige enam ning nende roll meeskonnatöös on kasvav. Eestis EMODES toimuvat meeskonnatööd uuritud ei ole ning ei ole teada kuidas ja millest sõltub meeskonnatöö toimimine ning milliseid probleeme esineb. Uurimistöö eesmärgiks oli kirjeldada EMO õdede ja abiõdede hinnanguid osakonna meeskonnatöö erinevatele komponentidele, hinnangute omavahelisi seoseid ja seoseid uuritavate taustamuutujatega.

Uurimistöö andmed koguti ajavahemikul 01.03.2019–31.07.2019 T-TPQ küsimustikuga. Valimi moodustasid kolmes Eesti EMOs töötavad õed ja abiõded (n = 41, vastamismäär 44%). Andmeid analüüsiti statistiliselt kasutades andmetöötlusprogrammi STATA 14.2. Andmete analüüsimeetodina kasutati kirjeldavat statistikat, dispersioonanalüüsi ja Spearmani korrelatsioonianalüüsi.

Uurimistöö tulemustest selgus, et EMO õed ja abiõded hindasid meeskonnatööd pigem rahuldavaks. Uuritavate hinnangul on nad kõige enam rahul suhtlemise ja meeskonna toimimisega. Kõige enam näevad uuritavad arenguvajadusi juhtimises. Muust rahvusest uuritavad hindasid meeskonnatöö kõiki komponente kõrgemalt kui eestlased. Teise töökoha omamise puhul hinnati meeskonnatöö komponente madalamalt nendest, kes teist töökohta ei omanud, v.a vastastikuse toetuse osas. Meeskonnatöö toimimist hindasid kõrgemalt need, kes olid EMOs kauem töötanud.

EMODES töötavate õdede ja abiõdede hinnangud meeskonnatööle on väärtuslik tagasiside tervishoiuasutuste juhtidele, kes saavad planeerida vajalikke täiendkoolitusi ja arendustegevusi parandamiseks meeskonnatööd. Tõhusa meeskonnatöö abil on võimalik parandada patsientide tervisetulemeid ja tagada patsiendiohutus.

Märksõnad: meeskonnatöö, meeskonnatöö komponendid, hinnangud, õed, abiõded, erakorralise meditsiini osakond

## *SUMMARY*

### **Perceptions of teamwork by nurses and assistant practitioners in the Emergency Departments of three hospitals and interrelations between the assessments and background characteristics of subjects: A Quantitative Study.**

Teamwork is considered important in the Emergency Department (ED) as it ensures more efficient and patient-oriented healthcare services and it benefits the organization, the team, each team member and patients. Although teamwork is considered important, a number of factors are also described that can hinder the teamwork, such as lack of mutual support, communication and conflicts between team members. It is important to study the functioning of teamwork especially among nurses, as they are the most numerous group in teams and their role in teamwork is growing. Teamwork in EDs in Estonia has not been researched and it is not known how it works, what it depends on, and what problems occur. The aim of the research is to describe the ED nurses' and nursing practitioners' perceptions of the different components of the department's teamwork, the interrelationships of these perceptions, and the connections with the studied background variables.

Research data were collected in the period of 01.03.2019–31.07.2019 by using the T-TPQ questionnaire. The sample consisted of nurses and nursing practitioners working in three Estonian EDs (n = 41, response rate 44%). Data were analysed statistically using the data processing program STATA 14.2. Descriptive statistics, dispersion analysis, and Spearman's correlation analysis were used as the methods of data analysis.

The results of the research revealed that ED nurses and nursing practitioners rated teamwork as rather satisfactory. According to the respondents, they are most satisfied with the communication and the functioning of the team. The respondents found that the leadership needs most development. Respondents of other nationalities rated all components of teamwork higher than Estonians. If respondent had a second job, the components of teamwork were assessed lower than by those who did not have a second job, except for mutual support. The performance of teamwork was rated higher by those who had worked at ED for a longer time.

Assessments of teamwork by nurses and nursing practitioners working in EDs are valuable feedback to the management of the health care institutions who can plan the necessary in-service training and development activities to improve teamwork. Effective teamwork can improve patients' health results and ensure patient safety.

Keywords: teamwork, teamwork components, perceptions, nurses, nursing practitioners, emergency department

## SISUKORD

<b>KOKKUVÕTE</b> .....	
<b>SUMMARY</b> .....	
<b>SISUKORD</b> .....	
<b>1. SISSEJUHATUS</b> .....	5
<b>2. ERAKORRALISE MEDITSIINI OSAKOND JA SELLE TÖÖKORRALDUS</b> .....	7
<b>3. MEESKONNATÖÖ ERAKORRALISE MEDITSIINI OSAKONNAS VARASEMALE KIRJANDUSELE TUGINEDES</b> .....	9
<b>3.1. Meeskonnatöö olemus ja komponendid</b> .....	9
<b>3.2. Õdede hinnangud meeskonnatööle</b> .....	12
<b>4. METOODIKA</b> .....	16
<b>4.1. Magistritöö metodoloogilised lähtekohad</b> .....	16
<b>4.2. Uuritavad</b> .....	16
<b>4.3. Andmete kogumine</b> .....	17
<b>4.4. Andmete analüüs</b> .....	20
<b>5. TULEMUSED</b> .....	22
<b>5.1. Uuritavate taustaandmed</b> .....	22
<b>5.2. Uuritavate hinnangud meeskonnatöö komponentidele</b> .....	22
5.2.1. Hinnangud meeskonnatöö toimimisele.....	22
5.2.2. Hinnangud juhtimisele .....	23
5.2.3. Hinnangud olukorra jälgimisele.....	23
5.2.4. Hinnangud vastastikusele toetamisele .....	24
5.2.5. Hinnangud suhtlemisele.....	25
<b>5.3. Seosed meeskonnatööle antud hinnangute ning uuritavate tausta vahel</b> .....	25
5.3.1. Seosed meeskonna toimimisega .....	25
5.3.2. Seosed juhtimisega.....	26
5.3.3. Seosed olukorra jälgimisega .....	26
5.3.4. Seosed vastastiku toetamisega .....	27
5.3.5. Seosed suhtlemisega .....	28
5.3.6. Meeskonnatöö komponente iseloomustavate väidete vahelised korrelatsioonid.....	28
5.3.7. Meeskonnatöö komponentide vahelised korrelatsioonid.....	30
<b>6. ARUTELU</b> .....	31
<b>6.1. Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistööde tulemustega</b> .....	31
<b>6.2. Eetilised aspektid</b> .....	36

<b>6.3. Uurimistöö usaldusväarsuse tagamine ja kitsaskohad.....</b>	<b>37</b>
<b>6.4. Tulemuste olulisus, rakendatavus ja uued uurimisprobleemid .....</b>	<b>39</b>
<b>7. JÄRELDUSED .....</b>	<b>42</b>
<b>KASUTATUD KIRJANDUS .....</b>	<b>44</b>
<b>LISAD.....</b>	<b>50</b>
<b>Lisa 1. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus .....</b>	<b>50</b>
<b>Lisa 2. Luba küsimustiku autorilt.....</b>	<b>51</b>
<b>Lisa 3. Magistritöös kasutatud küsimustik .....</b>	<b>52</b>
<b>Lisa 4. Uuritavate jagunemine meeskonnatööl antud hinnangute järgi (n = 41) .....</b>	<b>57</b>

## 1. SISSEJUHATUS

Meeskonnatööd peetakse EMOs oluliseks, kuna see on vajalik efektiivsema ja ka patsiendikesksema tervishoiuteenuse osutamisel (Mickan 2005, Manser 2008, Deering jt 2011, Khademian jt 2013). EMO meeskonnatöösse panustavad erinevate kutsealade esindajad: õed, arstid, hooldustöötajad, teised erialaspetsialistid (Vasli ja Dehghan-Nayeri 2015), Eestis ka abiõed. Igal meeskonnaliikmel on oma kutseala ettevalmistus ning tegutsemisviis, kuid selleks, et toimiks efektiivne meeskonnatöö, on vajalik, et esindatud oleksid olulisemad meeskonnatöö komponendid (Mitchell jt 2012). Meeskonnatöö komponentideks on näiteks meeskonna toimimine, juhtimine, olukorra jälgimine, vastastikune toetamine ning suhtlemine (Agency for Healthcare ... 2010). Meeskonnatöö toimimiseks on vajalikud ka ühised eesmärgid ja arusaamad (Manser 2008), usaldus, ametialane side, vastastikune austus, meeskonnaliikmete töö tunnustamine, koostöö ja konfliktid (Souza jt 2016).

EMOdesse pöördumiste arv kasvab iga aastaga (Erakorralise meditsiini eriala ... 2012) ning Tervise Arengu Instituudi statistika andmetel pöördus EMOdesse 2018. aastal 4% rohkem patsiente kui 2017. aastal (Tervise Arengu Instituut 2019). Peamiseks põhjuseks võib pidada elanikkonna vananemist ning sellega kaasnevaid eakate sagedasi pöördumisi EMOsse (Ukkonen jt 2019). EMOde personal kogeb sageli stressi kuna lisaks suurenenud töökoormusele leiavad aset erakorralised situatsioonid, mis vajavad kiiret lahendamist (Ahwal ja Arora 2015). Efektiivne meeskonnatöö on kasulik nii organisatsioonile, meeskonnale, igale meeskonnaliikmele kui ka patsientidele (Mickan 2005). Efektiivset meeskonnatööd rakendades on võimalik suurendada patsientide ohutust (Agency for Healthcare ... 2010), parandada patsientide ravitulemusi (While ja Barriball 1999, Chang jt 2009, Khademian jt 2013) ja vähendada ravi käigus tekkivaid komplikatsioone (Chang jt 2009). Meeskonnatöö toimimist EMOs hinnatakse oluliseks, kuid kirjeldatakse mitmeid tegureid, mis meeskonnatöö toimimist takistavad (Manser 2008, Khademian jt 2013). Nendeks on näiteks suhtlusprobleemid ning konfliktid meeskonnaliikmete vahel, vastastikuse toetuse ja vajaliku ettevalmistuse puudumine (Hamaideh ja Ammouri 2011, Santos 2016). Kuna õdede roll meeskonnatöös on üha kasvav (Chang jt 2009, Cioffi ja Ferguson 2009, Azuri jt 2013, Salmond ja Echevarria 2017), siis eelkõige on oluline teada, kuidas õed meeskonnatööd hindavad, kas õdede hinnanguil esineb meeskonnatöös probleeme, millised need on ning mis on nende probleemide põhjustajad.

Eestis on uuritud suhtumist omavahelise koostöö aspektidesse pereõdede ja perearstide (Rahu 2013) ning sisehaiguste statsionaarsete osakondade ja kirurgiakliinikute õdede ja arstide



vaatekohtadest lähtuvalt (Janvest 2010, Paulin 2013). Nii arstid kui õed hindasid meeskonnatöös oluliseks koostööd, kuid tõdesid, et ühtse meeskonnana töötamist tuleks õpetada (Janvest 2010, Paulin 2013). Sarnaselt eelmainitud uurimistöodele leidsid ka Nathanson jt (2011), et õdede ja arstide arvamuste vahel esines erinevusi. Õed näitasid üles oma rahulolematust meeskonnatöö suhtes, kuid arstid olid arvamusel, et meeskonnatöö on toimiv. Õed nendivad, et nad ei ole rahul meeskonnatöö tasemega ja sageli tunnevad nad, et nende tööd ei hinnata (Thomas jt 2003, Khademian jt 2013).

Õdede hinnanguid meeskonnatööle EMODES Eestis varasemalt uuritud ei ole. Kaardistades erinevaid meeskonnatöö probleeme on uurimistulemustest lähtuvalt võimalik teha muudatusi, mis parandaksid töökeskkonda, arendaksid meeskonnatööd ja patsiendiohutust ning seeläbi paraneksid ka patsientide tervisetulemid (Kaissi jt 2003, Agency for Healthcare ... 2010). Uurimistöö aitab rõhutada meeskonnatöö olulisust EMODES ning tuua välja selle arenguvajadused nii EMO personali kui ka juhtide tasandil.

Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada EMO õdede ja abiõdede hinnanguid osakonna meeskonnatöö erinevatele komponentidele, hinnangute omavahelisi seoseid ja seoseid uuritavate taustamuutujatega.

Uurimistöö ülesanded on:

- Kirjeldada, missugused on hinnangud meeskonna toimimisele kui meeskonnatöö osale.
- Kirjeldada, missugused on hinnangud juhtimisele kui meeskonnatöö osale.
- Kirjeldada, missugused on hinnangud olukorra jälgimisele kui meeskonnatöö osale.
- Kirjeldada, missugused on hinnangud vastastikusele toetusele kui meeskonnatöö osale.
- Kirjeldada, missugused on hinnangud suhtlusele kui meeskonnatöö osale.
- Selgitada seoseid meeskonnatööle antud hinnangute vahel ja hinnangute seoseid õdede taustaga.

## 2. ERAKORRALISE MEDITSIINI OSAKOND JA SELLE TÖÖKORRALDUS

**Erakorralise meditsiini osakond** (*emergency department/unit*) ehk **EMO** on haigla üksus, kus toimub erakorraliste terviseseisundite esmane diagnoosimine ja ravi patsientide surma või töövõimetuse vältimiseks. EMO kirjeldamisel kasutavad autorid erinevaid, kuid sisult sarnaseid mõisteid: erakorraline ruum (*emergency room*) ja erakorralise trauma osakond (*emergency trauma department*) (Khademian jt 2013, Santos jt 2016). Haiglates, kus osutatakse erakorralist abi, peab olema tagatud ööpäevaringne erakorralise meditsiini personal (k.a üldkirurg ning anestezioloog) ja ööpäevaringne radioloogiliste ning laboratoorsete uuringute teostamise võimalus. Erinevates haiglaliikides on kehtestatud EMODEle vastavad kohustused ning ravi- ja diagnostika võimalused. Sellest tulenevalt jaotatakse Eestis EMOD esimesse, teisse ja kolmandasse astmesse. (Erakorralise meditsiini eriala ... 2012.)

III astme EMOD asuvad piirkondlikes ehk regionaalhaiglates, millele on iseloomulik suur teeninduspiirkond. Neis EMODEs peab erakorralise meditsiini arengukava nõudel valves olema esindatud neli arsti, kümme õde ja hooldajat, sotsiaaltöötaja, suhtekorraldaja, turvatöötaja, kaks/kolm sekretär-operaatorit ning eriarstid. II astme EMOD asuvad keskhaiglates ning arengukavale tuginedes eeldatakse, et seal on valves kaks arsti, neli õde ja hooldajat, sotsiaaltöötaja ning üks/kaks sekretär-operaatorit. I astme EMOD asuvad üldhaiglates, kus on ööpäevaringselt vähemalt üks erakorralise meditsiini arst, kaks õde ning üks hooldaja. (Erakorralise meditsiini eriala ... 2012.) Tegelik personali arv valves sõltub osakonna ressursidest, mis omakorda sõltub struktuuri ja haigla eelarvest. Valves võib olla olukordi, kus töötab ettenähtud arvust nii vähem kui ka rohkem personali (Sinisalu 2008). Kohalikus haiglas olevat erakorralist vastuvõtutuba ei saa klassifitseerida erakorralise meditsiini osakonnana arvestades nõudeid osakonna tingimustele kvalifitseeritud personalile (Tervise Arengu Instituut 2019).

Arvuliselt kuulub EMO meeskonda kõige enam õdesid (Erakorralise meditsiini eriala ... 2012). Käesolevas uurimistöös nimetatakse **erakorralise meditsiini õeks** (*emergency nurse*) professionaali, kes töötab EMOs. Erakorralise meditsiini õed on läbinud tervishoiu kõrgkoolis õe põhiõppe. Osa EMO õdedest on läbinud lisaks ka spetsialiseerumise intensiivõenduse erialal (Erakorralise meditsiini eriala ... 2012.) 2020. aasta jaanuari seisuga võivad Eesti EMODEs töötada nii keskeriharidusega õed kui ka terviseteaduse magistriõppe läbinud õed. Lisaks erakorralise meditsiini õdedele töötavad EMODEs ka **abiõed** (*assistant practitioners/nursing students*). Abiõdedel on õe, ämmaemanda või arsti kutse alles omandamisel, kuid nad saavad loa töötamiseks

kui õe või ämmaemanda õppekava üliõpilastel on läbitud vähemalt teise kursuse kohustuslikud ained 125 EAP ulatuses ja arstiõppe üliõpilastel kohustuslikud ained 180 EAP ulatuses (Tervishoiu valdkonna soovituslikud ... 2011).

Eesti EMODEs toimib peamiselt triaazisüsteem, mille eesmärk on oskuslik ning ohutu patsientide voo juhtimine ning meditsiinilise ressursi kasutamise optimeerimine (Juhend triaazi teostamiseks ... 2014). Arengukava järgi peaks teise ja kolmanda astme EMOs patsiente vastu võtma triaaziõed (Erakorralise meditsiini eriala ... 2012). Uurimustöö autorile teadaolevalt kõigis Eesti EMODEs triaazisüsteem kasutusel ei ole. Triaaziõel on ülesandeid palju, kuid peamine ülesanne on määratleda patsiendi käsitlemiskiiruse vajadus vastavalt patsiendi seisundile ning võimalikule ohule elule ning tervisele (Juhend triaazi teostamiseks ... 2014). Vastavalt määratud raskuskategooriale määratakse maksimaalne aeg arstini jõudmiseks (Erakorralise meditsiini eriala ... 2012). Seejärel toimub esmane diagnostika EMO arsti ja vajadusel mõne teise eriala arsti poolt. Vajadusel teostatakse uuringud ning protseduurid. Sõltuvalt diagnoosist patsient vajadusel hospitaliseeritakse või antakse edasised ravisoovitused koduseks raviks. (Patsiendi käsitus erakorralise ...)

Õdede ülesandeks on pakkuda teenuseid, mida patsiendid vajavad, et säilitada nende füüsiline või vaimne tervis. EMOs oodatakse õdedelt lisaks patsiendi vajaduste eest hoolitsemisele ka professionaalset meeskonnatöö juhtimist. Selle all mõeldakse häid juhiomadusi, otsuse tegemise oskusi, prioriteetide seadmise oskusi, patsiendi maksimaalse heaolu tagamist, konfliktide lahendamist ning inimestevahelise suhete hoidmist. Patsiente tuleb käsitleda kui tervikut ning seetõttu on vajalik tööd erinevatel erialadel töötavate isikute vahel efektiivselt juhtida. (Santos jt 2016.) Efektiivne suhtlus erinevate spetsialistide vahel erakorralises olukorras tagab kiire ja korraliku meeskonnatöö (Khademian jt 2013, Santos jt 2016).

Nagu Eestis, on ka teistes Euroopa riikides EMODE olemasolu haiglates kohustuslik ning sealne pakutud abi peab kõigile võrdväärselt kättesaadav olema. World Health Organization (2008) poolt koostatud aruandest leiab, et erinevalt Eestist on näiteks Austrias, Belgias, Küprosel, Saksamaal, Poolas ja Hispaanias EMOD ka erahaiglates. Maltal aga pakutakse erakorralist meditsiinilist abi vaid üld- ja erahaiglates. Sarnaselt Eestile on enamustes Euroopa EMODEs kasutusel triaazisüsteem.

### 3. MEESKONNATÖÖ ERAKORRALISE MEDITSIINI OSAKONNAS VARASEMALE KIRJANDUSELE TUGINEDES

#### 3.1. Meeskonnatöö olemus ja komponendid

EMO personali moodustavad erinevate kutsealade erialaspetsialistid, kelle vahel toimub meeskonnatöö. Käesolevas uurimistöös keskendutaksegi EMO **meeskonnatööle** (*teamwork*), milles osaleb tervishoiupersonal, kes töötavad koos situatsioonides, kus tuleb hoida olukord kontrolli all meeskonnaliikmete koostöö ja usalduse abil (Vasli ja Dehghan-Nayeri 2015.) EMO meeskonda kuuluvad tavaliselt õed, arstid, hooldustöötajad ja teised erialaspetsialistid (Vasli ja Dehghan-Nayeri 2015), Eestis ka abiõed. Olukorrast tulenevalt kujuneb välja vajalike liikmetega meeskond selleks, et tagatud saaks patsiendi heaolu (Khademian jt 2013, Manser 2008). Igal meeskonnaliikmel on oma kutseala ettevalmistus ning tegutsemisviis, kuid meeskonnatöö efektiivseks toimimiseks on vajalik, et tagatud oleksid oluliseimad meeskonnatöö komponendid (Mitchell jt 2012).

Meeskonnatööd ning selle efektiivsust tervishoius on palju uuritud kuna teadvustatakse selle olulisust (Kalisch jt 2007). Kogu maailmas tunnustatakse meeskonnatööd tervishoiuteenuste efektiivsema ja patsiendikesksemana osutamisel. Efektiivne meeskonnatöö on kasulik nii organisatsioonile, meeskonnale, igale meeskonnaliikmel kui ka patsientidele (Borrill jt 2000, Mickan 2005.) Läbi efektiivse meeskonnatöö on võimalik organisatsioonil vähendada patsientide sattumist kõrgema astme intensiivravisse ja patsientide haiglasoleku aega (seeläbi ka rahalisi kulusi) ning parandada teenuse kättesaadavust. Patsientidele tagab efektiivne meeskonnatöö suurenenud rahulolu seoses saadud raviga. (Mickan 2005.) Oluline on ka see, et tänu meditsiiniliste vigade tekkimise vähenemisele paranevad ravitulemused (Borrill jt 2000, Mickan 2005). Meeskond saab läbi efektiivse meeskonnatöö parandada pakutava ravi koordineerimist, tervishoiuteenuste tõhusamat kasutamist ning tõhusamat suhtlust multidistsiplinaarse meeskonnana. Seeläbi tunnevad meeskonnaliikmed selgeid rolle ja tööga rahulolu. (Mickan 2005.) Meeskonnaliikmed saavutavad läbi efektiivse meeskonnatöö rahulolu töökeskkonnaga, suurenenud pühendumise tööle, parema füüsilise ja vaimse tervise (Borrill jt 2000).

Erinevad autorid on kirjeldanud sarnaseid meeskonnatöö komponente, mis tagavad efektiivse meeskonnatöö toimimise. Näiteks Manser (2008) kirjeldab järgmisi meeskonnatöö komponente: meeskonnatöö kvaliteet, koordineerimine, suhtlemine, juhtimine, ühised eesmärgid ja arusaamad. Souza jt (2016) poolt läbiviidud uurimistöös on esitatud meeskonnatöö komponentidena

suhtlemine, usaldus, ametialane/kutsealane side, vastastikune austus, meeskonnaliikmete töö tunnustamine, koostöö ja konfliktid. Sarnaselt Manser (2008) ja Souza jt (2016) uurimustele, on esile tõstnud analoogsed meeskonnatöö komponendid, kuigi veidi teise jaotusega ka Ameerika Ühendriikide Tervishoiu uurimistöde ja kvaliteedi agentuur (*Agency for Healthcare Research and Quality*, edaspidi AHRQ). Need komponendid on: meeskonnatöö toimimine, juhtimine, olukordade jälgimine, vastastikune toetus ja suhtlemine (Agency for Healthcare ... 2010). Magistritöös lähtutakse just neist aspektidest, kuna need ühilduvad uurija isiklike arusaamadega meeskonnatööst. Samuti on AHRQ loonud T-TPQ küsimustiku, mis antud meeskonnatöö komponentidele toetub ning meeskonnatööd uurida võimaldab.

Meeskonnatöö efektiivsuse määrab esmalt see, kuidas meeskond toimib. Meeskonnatöö oluline komponent on **meeskonna toimimine** (*team function*), mis hõlmab endas meeskonna suurust, liikmeid, eesmärke ja olemust (Agency for Healthcare ... 2010). Meeskonna liikmed, kellel on kehtestatud vastavalt kutse- ja erialale tegevusstandardid, on sageli erineva tausta, spetsiifiliste teadmiste, oskuste ja käitumistega. Samuti võivad meeskonda ja selle liikmeid mõjutada tervishoiusüsteemis esinevad traditsioonilised, kultuurilised ja organisatoorsed normid. Selle kõige juures on oluline, et meeskonnaliikmed mõistaksid ning austaksid erinevaid rolle ja nendega kaasnevat vastutust selleks, et maksimeerida meeskonnas seatud eesmärkide saavutamist. Sellises interdistsiplinaarses keskkonnas töötamine, kus eespool nimetatud väärtused on põhialuseks, on võimalik vastata patsiendi vajadustele. (Mitchell jt 2012.)

Meeskonnatöö toimimise jaoks on väga oluline meeskonnatöö **juhtimine** (*leadership*). Juhtimise all peetakse silmas juhi võimet tõhustada meeskonnaliikmete tegevust tagades meeskonnas arusaama tegevustest ning andes teada informatsiooni muutustest situatsioonides, mis mõjutavad meeskonnatöö toimimist. (Agency for Healthcare ... 2010.) Juhil ülesanne on juhtida ja kooskõlastada meeskonnaliikmete tööd (O'Leary jt 2012), võtta vastu otsuseid ning juhendada meeskonnaliikmeid (Khademian jt 2013). Juht ei pea alati olema traditsioonilise hierarhia järgi määratud vaid juhi valimisel tuleb lähtuda meeskonna vajadustest ning seatud eesmärkidest (Mitchell jt 2012). Käesolevas töös käsitletakse juhtidena haiglatasemel juhte, kelleks on osakonna või organisatsiooni juhid. Meeskonnatöö toimimiseks peavad olema juhi poolt tagatud ka vajalikud vahendid. (Agency for Healthcare ... 2010).

Meeskonnatöö efektiivseks toimimiseks on vajalik pidev **olukorra jälgimine** (*situation monitoring*). See on meetod, kus jälgitakse ja hinnatakse meeskonnatöös toimuvat. Olukorda on vaja jälgida selleks, et hinnata meeskonnaliikmete informatsiooni ja arusaamise taset ning saada

seeläbi vajalikud teadmised meeskonnatöö toetamiseks. Samuti hõlmab see teadlikkust ja suutlikust mõista iga meeskonnaliikme seotust meeskonna soovitud eesmärkidega ja jõupingutustega. (Agency for Healthcare ... 2010). Meeskonnas on igal liikmel oma kindel roll ja vastutusala, kuid olukorrast tulenevalt võib see muutuda. Igal meeskonnaliikmel tuleb olla paindlik ning vajadusel täita oma pädevuse piires ka muid ülesandeid ning seda kas individuaalselt või meeskonnatöona. Meeskonnad saavad vastavalt olukorrale leida ülesande läbiviijaks sobivama liikme kui see algselt määratud oli. (Mitchell jt 2012).

Jälgides meeskonnatöös tekkivaid olukordi on oluline **vastastikune toetus** (*mutual support*), mis kätkeb oskust ennetada ja toetada meeskonna liikmete vajadusi varasemalt kogutud teadmiste, kohustuste ja töökoormuse kohta (Agency for Healthcare ... 2010). Selleks, et tagada kõige parem oskuste, huvide ning ressursside ärakasutamine peavad meeskonnaliikmed olema ausas ja pidevas suhtluses. Pidevalt on vaja kaardistada meeskonnaliikmete ettevalmistuse taset ning võimekus töötamisel. (Mitchell jt 2012.) Vastastikune toetus tähendab ka tööjõu ümberjaotamist, mis toetab meeskonnaliikmete eesmärke ja eeldatavaid tulemusi ning samuti ka iga inimese tööga hakkamasaamist (Agency for Healthcare ... 2010). Vastastikune toetamine meeskonnas soodustab töökoormuse võrdset jaotumist, mis omakorda tekitab rahulolu õdedes ning kvaliteetsema tervishoiuteenuse pakkumist (Deering jt 2011).

Kõik eespool nimetatud meeskonnatöö komponendid on tihedalt seotud meeskonnaliikmete omavahelise **suhtlemisega** (*communication*). Suhtlemist peetakse struktureeritud protsessiks, mille käigus vahetatakse erinevate meeskonnaliikmete vahel selgelt ja täpselt teavet (Agency for Healthcare ... 2010). Suhtlemine ei hõlma endas vaid näost-näku suhtlemist vaid ka kõiki muid infokanaleid: elektroonilisi haiguslugusid (digilugu), telefonivestlusi, e-kirju, tekstisõnumeid, fakse ja paber kandjal kirju. Efektiivne suhtlus eeldab kõigi põhiväärtuste kogumit: ausust, distsipliini, loovust, tagasihoidlikkust ning uudishimu. Suhtluse üks lahutamatu osa on ka aktiivne kuulamine, mis hõlmab endas tähelepanelikku kuulamist ning kõnelejale tagasiside andmist kas sõnaliselt või žestiga. Samuti on vajadus pideva refleksiooni, suhtluse hindamise ning täiustamise järele. (Mitchell jt 2012.) Tõhus suhtlemine EMOs on peamine tegur, mis tagab patsientidele ja nende lähedastele ohutuse ning rahulolu. Suhtlemine on oluline ka töötajate rahulolu tagamisel ning selle säilitamisel. (Khademian jt 2013, Pun jt 2015.) Suhtlemise EMOs, nii personali kui ka patsiendi ja tema lähedastega, muudab keerukaks limiteeritud aeg, patsientide rohkus, personali puudus, keskendumist segavad faktorid ning probleemid seoses teabe edastamisega. (Pun jt 2015.)

### 3.2. Õdede hinnangud meeskonnatööl

Uurimistöid, mis kirjeldaksid õdede ja abiõdede hinnanguid EMO meeskonnatööl, leidub vähe (Khademian jt 2013, Santos jt 2016). Sageli on uuritud teiste osakondade õdede hinnanguid ning seda koos teiste tervishoiutöötajatega (Atwal ja Calwell 2006, Kalisch jt 2010, Hamaideh ja Ammouri 2011, Bruning ja Baghurst 2013, Hwang ja Ahn 2015, Ballangrud jt 2017, Enzinger 2017). Mitmed autorid soovivad läbi viia meeskonnatöölaseid uurimistöid just õdede seas, sest nende roll meeskonnatöös on kasvav (Chang jt 2009, Cioffi ja Ferguson 2009, Azuri jt 2013, Salmond ja Echevarria 2017). Erinevate erialade spetsialistid hindavad meeskonnatöö toimimise olulisust erinevalt (Janvest 2010, Rahu 2013). Uurimistöös, kus uuriti õdede ja arstide hinnanguid meeskonnatööl leiti, et meeskonnatöö erinevate liikmete vahel on efektiivne kuid õdede hulgas kirjeldatakse rahulolematust (Thomas jt 2003). Õed nendivad, et nad ei ole rahul meeskonnatöö tasemega ja sageli tunnevad nad, et nende tööd ei hinnata (Thomas jt 2003, Khademian jt 2013). Õdede arvates on EMOdes stressirohke töökeskkond, kus tööle asudes tuntakse töötamiseks vajaliku ettevalmistuse ja vastastikuse toetuse puudumist (Hamaideh ja Ammouri 2011), konfliktide esinemist teiste õdedega ja arstidega (Hamaideh ja Ammouri 2011, Santos 2016) ning ebakindlust seoses määratud ravi elluviimisega (Hamaideh ja Ammouri 2011). Samuti on õdedel raskusi enda arvamuse avaldamisega ning tekkinud erimeelsuste lahendamisega (Thomas jt 2003).

Õdede arvamust meeskonnatööst osakondades on uurinud mitmed autorid. While ja Barriball (1999) uurimistöo tulemusena leiti, et õed (n = 499) kirjeldavad meeskonnatöös mitmeid erinevaid probleeme, milleks on vähene suhtlemine meeskonnaliikmete vahel (15,7%), meeskonna killustatus (13,3%) ja konfliktid erinevate meeskonnaliikmete vahel (9,9%). Osa õdesid tundsid, et nemad ei saa küsimustele vastata, kuna neil on meeskonnatöös osalemisel vähe kogemusi. Juba see näitab probleemi olemust kui mingil hulgal õdedel ei ole olnud võimalust meeskonnatöös osaleda. Leidub uurimistöid, kus on uuritud õdede ja teiste tervishoiutöötajate hinnanguid meeskonnatööl (Kaissi jt 2003, Chang jt 2009, Enzinger 2017). Kõige enam tundsid just õed, et koostöösuhted on head, kuid pidasid kogemust või kokkupuudet meeskonnatöoga kõige madalamaks. Peamiseks põhjuseks arvati olevat see, et õdesid ei kaasata piisavalt otsuste tegemisse. (Chang jt 2009.) Sarnaselt While'ile ja Barribal'ile (1999) jõudsid Chang jt (2009) järeldusele, et meeskonnaliikmete omavaheline suhtlemine ja meeskonnatöö mõjutavad tööga rahulolu ning seeläbi ka patsientide ravitulemusi. Eelnevaid uurimistulemusi kinnitab ka Kaissi jt (2003) uurimistöo, kus jõuti järeldusele, et õed, kes töötavad nii EMOdes, operatsioonitubades kui ka intensiivravi osakondades tunnevad, et meeskonnatöö ei ole väga hästi toimiv ja suhtlus erinevate meeskonnaliikmete vahel on puudulik. Uurimistulemused kinnitasid, et õdedel esineb

suhtlusprobleeme arstidega, konsulteerima tulnud arstide/kirurgidega, anesthesioloogidega, anesteesiaõdedega, õendusjuhtide ja abipersonaliga.

Lisaks sellele, et meeskonnatöö toimimist tunnetavad erinevalt õed ja arstid on erinevusi ka teiste tervishoiutöötajatega. Nii Enzinger (2017), Hwang ja Ahn (2015) ja Castner jt (2012) kasutasid meeskonnatööle antud hinnangute teadasaamiseks oma uurimistöodes T-TPQ küsimustikku (viiepallisüsteemis). Enzinger (2017), uuris õdede ja hooldustöötajate hinnanguid meeskonnatööle kohalikus haiglas. Õdede hinnangud meeskonnatööle, kui tervikule, olid kõrgemad kui hooldustöötajatel. Statistiliselt olulised erinevused esinesid just juhtimisele ja suhtlemisele antud hinnangutes. Õdede poolt hinnati parimaks meeskonnatöö osaks juhtimine ( $4,44 \pm 0,54$ ). Teisele kohale seadsid õed suhtlemise ( $4,35 \pm 0,45$ ). Uuritavad nõustusid kõige enam väitega, et nende otsene juht võimaldab pärast iga sündmust arutelu meeskonna toimivuse üle ( $4,54 \pm 0,53$ ). Samuti nõustusid õed sellega, et nende otsene juht kindlustab meeskonnaliikmetele teabe patsiendi käsitlust mõjutada võivatest olukordadest ja muutustest ( $4,54 \pm 0,50$ ). Õdede poolt sai madalaima hinnangu olukordade jälgimine ( $4,07 \pm 0,58$ ). Kõige vähem nõustusid õed väitega, et meeskonnaliikmed jälgivad üksteise tööd ( $3,79 \pm 0,79$ ). Hooldustöötajate poolt hinnati parimaks meeskonnatöö osaks suhtlemine ( $4,13 \pm 0,63$ ) ja juhtimine ( $4,11 \pm 0,83$ ). Madalaima hinnangu sai olukordade jälgimine ( $3,92 \pm 0,71$ ). Hooldustöötajad nõustusid sarnaselt õdedele väitega, et nende otsene juht kindlustab selle, et meeskonnaliikmed on teadlikud patsiendi käsitlust mõjutada võivatest olukordadest ja muutustest ( $4,23 \pm 0,78$ ). Kõige vähem nõustusid hooldustöötajad väitega, et konfliktid lahendatakse meeskonnaliikmete vahel isegi siis, kui need muutuvad isiklikuks ( $3,70 \pm 1,08$ ). Kui Enzinger (2017) uurimistöo tulemustena hinnati kõige kõrgemalt juhtimist, siis Castner jt (2012) uurimistöös hindasid õed juhtimist kõige madalamalt ning 30% õdedest ( $n = 456$ ) arvas, et see on meeskonnatöö osa, mida tuleks arendada. Kõige vähem vajas õdede arvamusel arendamist suhtlemine.

Õdede hinnanguid meeskonnatööle on hinnatud mitme erineva teguriga seoses. Hwang ja Ahn (2015) uurimistööst selgus, et õed nõustusid väitega, et kolleegid aitavad üksteist suure töökoormuse tingimustes ( $3,80 \pm 0,73$ ) ning kolleegidelt küsitakse vajadusel abi ( $3,76 \pm 0,69$ ). Samuti nõustuti väidetega, et oma tegude eest vastutatakse ( $3,66 \pm 0,62$ ), ohtlikes olukordades hoiatatakse teisi ( $3,69 \pm 0,65$ ) ning piisaval määral suheldakse patsientide ja nende lähedastega ( $3,68 \pm 0,64$ ). Õed leidsid suurimaid puudujääke juhtimises kuna juhid ei lahendavat konflikte alati edukalt ( $3,15 \pm 0,86$ ) ning juhid pigem ei koosta koos töötajatega raviplaan ( $3,20 \pm 0,80$ ). Lisaks arvasid õed, et osakond ei toimi alati edukalt ( $3,18 \pm 0,76$ ) ning patsiendi raviplaan muudustega seoses ei kohtuta ega hinnata sageli raviplaan ümber ( $3,45 \pm 0,65$ ). Samuti tõdesid õed, et esineb



olukordi, kus nad ei innusta patsiente juhul kui nende arvamus läheb vastuollu osakonna kõrgema astme liikme arvamuslega ( $3,42 \pm 0,67$ ). Meeskonnatööd kõrgemalt hinnanud õed teatasid nõuetekohaselt nii enda juhtidele kui ka patsiendiohutuse osakonnale ravivigadest sagedamini, kui need, kes meeskonnatööd nii kõrgelt ei hinnanud. Bruning ja Baghurst (2013) uurisid samuti hinnanguid meeskonnatööle ning nende eesmärk oli otsida seoseid töötajate võimestatuse ning patsientide rahuloluga. Leiti, et patsientide jaoks olid kõige olulisemad kolm meeskonnatöö osa: meeskonnatöö toimimine, vastastikune toetus ning suhtlemine.

On kirjeldatud hulgaliselt faktoreid, mis mõjutavad meeskonnatöö efektiivsust. Uurimistööd on näidanud, et erimeelsused meeskonnatöös saavad alguse juba sellest, mil määral tuleb koostööd rakendada, millised on meeskonnaliikmete rollid ning kui suur vastutus kellelegi laskub. (Nathanson jt 2011, Khademian jt 2013.) Samuti tunnetavad õed, et meeskonnatööd takistavad erinevad arusaamad meeskonnatööst, erinevad oskuste tasemed ning hierarhilised suhted (Atwal ja Caldwell 2006, Yuwanich jt 2015). Stressirohke ja raske töö tõttu on EMODes suur tööjõu voolavus just õdede osas ning osakonnas on sageli palju uusi õdesid, kellel puuduvad kogemused meeskonnatöös osalemiseks (Hamaideh ja Ammouri 2011). Meeskonnatöö ees tekitavad hirmu suhtlemisprobleemide esinemine ning nende lahendamise oskuse puudulikkus, rollikonfliktid, rollide jagunemise ja nende piiride kujunemisega seotud mured (Kaissi jt 2003, Yuwanich jt 2015). On oluline, et meeskonnatöö oleks efektiivne ning tekkinud mured ja probleemid saaksid erinevate liikmete vahel, nii ühes meeskonnas kui erinevate osakondade vahel lahenduse just sellisel viisil, et mõeldakse patsiendi heaolu peale (Kaissi jt 2003).

Õdede hinnangute ja taustamuutujate vahel on leitud uurimistöodes mõningaid seoseid. Hwang ja Ahn (2015) kirjeldasid enda uurimistöö tulemusena, et meeskonnatööle antud hinnangute ja vanuse vahel olid statistiliselt olulised seosed. Õed, kes olid vanemad kui 40 eluaastat hindasid meeskonnatööd kõrgemalt kui nooremad õed. Enzinger (2017) uurimistöö tulemusena vanuse ja hinnangute vahel seost ei leidnud. Sarver (2019) uurimistöö tulemustena selgus, et õed, kes on töötanud uuritavas osakonnas kauem hindasid meeskonnatööd kõrgemalt kui need, kes olid osakonnas lühemat aega töötanud. Kirjeldatud on ka seda, et maakonnahaiglates hinnatakse meeskonnatööd kõrgemalt kui linnahaiglates. T-TPQ küsimustiku komponentide vahel on kirjeldatud tugevat seost olukorra jälgimise ja vastastikuse toetuse vahel (Keebler jt 2014, Ballangrud jt 2017). Ballangrud jt (2017) kirjeldasid enda uurimistöös kõige tugevama seosena suhtlemise ja meeskonnatöö toimimise vahelist seost.

Eestis on uuritud pereõdede ja perearstide suhtumist omavahelise koostöö aspektidesse (Rahu 2013) ning õdede ja arstide suhtumist nende omavahelist koostööd mõjutavatesse aspektidesse. Uurimistööid viidi läbi sisehaiguste statsionaarsetes osakondades ning kirurgiakliinikutes (Janvest 2010, Paulin 2013), kuid mitte EMODEs. Nii arstid kui õed hindasid meeskonnatöös oluliseks omavahelist koostööd, kuid nende hinnangul on ühtse meeskonnana töötamist vaja õpetada (Janvest 2010, Paulin 2013). Nathanson jt (2011) viisid Ameerika Ühendriikides varasemalt läbi uurimistöö õdede ja arst-residentide seas, ning sarnaselt Eestis läbiviidud uurimistööde tulemusele, esines õdede ja arstide arvamuste vahel erinevusi. Õdede hinnangul leidub meeskonnatöös aspekte, mida arendada, kuid arstid olid arvamusel, et meeskonnatöö on toimiv. EMO õdede hinnanguid meeskonnatööle ei ole Eestis varasemalt uuritud, mistõttu ei ole teada, kuidas nad meeskonnatööd ning selle probleemkohti tunnetavad.

Meeskonnatöö parema toimimise tagamiseks on erinevaid võimalusi (O'Leary jt 2012). Selleks, et meeskonnatööd efektiivsemaks muuta on vajalik, et meeskonnaliikmed mõistaksid esmalt meeskonnatöö olemust ning selle erinevaid komponente. Teadmisi ning kogemusi on võimalik hankida erinevatelt koolitustelt. Loengu tüüpi koolitustest peetakse efektiivsemateks just neid koolitusi, kus tervishoiutöötajad saavad läbida olukordi, mis on sarnased reaalsele olukorrale (Ruesseler jt 2012). Näiteks simulatsiooniõpe on efektiivne viis meeskonnatöö parandamiseks, kuna see õpetab liikmeid meeskonnana mõtlema ja tegutsema. Lisaks parandab see ka meeskonnaliikmete praktilisi oskusi. EMOs tuleb sageli ette olukordi, mis on ärevad ning kiired, kuid sarnaste olukordadega tutvumine koolitustel aitab parandada sooritust reaalses olukorras. Selle tarbeks avati näiteks 2020. aastal Tartu Ülikooli Kliinikumis simulatsioonikeskus, mis võimaldab nii õdedel kui ka arstidel osaleda koolitustel, mis parandavad nende kliinilisi ja praktilisi oskusi. Selleks, et meeskonnatöö saaks peale kriitilisi sündmusi areneda on vajalik korraldada nende olukorrad põhjalikke analüüse ehk debriifinguid. Kõige enam aitavad debriifingud parandada meeskonnaliikmete omavahelist suhtlemist. (Chamerland jt 2018.)

## **4. METOODIKA**

### **4.1. Magistritöö metodoloogilised lähtekohad**

Käesolev uurimistöö on empiiriline, kvantitatiivne ja kirjeldav. Kvantitatiivne meetod võimaldab kirjeldada nähtusi ja nendevahelisi seoseid (Gray jt 2017). Uurimistöös on uuritavaks nähtuseks õdede ja abiõdede hinnangud meeskonnatööl EMOdes. Varasematest uurimustulemustest selgub, et õdede hinnanguid meeskonnatööl on uuritud nii kvalitatiivsete (Kaissi jt 2003, Khademian jt 2013, Santos jt 2016, Souza jt 2016, Vasli ja Dehghan-Nayeri 2015) kui ka kvantitatiivsete meetoditega (While ja Barriball 1999, Chang jt 2009, Janvest 2010, Kalisch jt 2010, Castner jt 2012, Rahu 2013, Hwang ja Ahn 2015, Enzinger 2017). Uurimistöid, mis kirjeldaksid just EMO õdede hinnanguid meeskonnatööl, on tehtud vähe (Khademian jt 2013, Santos jt 2016).

Üks võimalik andmete kogumise meetod kvantitatiivses uurimistöös on küsimustik. Uurimistöö autor valis kvantitatiivse meetodi ja küsimustiku, kuna need võimaldavad uurida suurt hulka uuritavaid ning antud viisil on õdede hinnanguid meeskonnatööl ka varasemalt uuritud (Castner jt 2012, Hwang ja Ahn 2015, Ballangrud jt 2017, Enzinger 2017). Küsimustik, mille autor valis, sobis mõõtma töötajate arusaama meeskonnatööst oma osakonnas ning küsimustik ei ole otseselt seotud meeskonnatöö väliste kriteeriumitega (nt patsiendi ohutus jt) (Keebler jt 2014). Küsimustikuga kogutud andmed võimaldavad kirjeldada hinnanguid meeskonnatöö erinevatele komponentidele, näha hinnangute jaotumist ning selgitada võimalikke seoseid antud hinnangute vahel. Kirjeldav ning selgitav uurimistöö annab võimaluse kirjeldada asju nii nagu need on ja aitab määrata nähtuse ja olukordade esinemissagedused. (Gray jt 2017.)

### **4.2. Uuritavad**

Uurimistöö üldkogumiks olid Eesti haiglate EMOdes töötavad õed ja abiõed. Terviseameti tervishoiutöötajate registri andmetel oli 2020. aasta aprilli seisuga Eestis 650 erakorralise meditsiini õde (Terviseameti register). Registris on intensiivraviõenduse (274) ja anesteesiaintensiivraviõenduse (536) õed eraldi esitatud, kuid ei saa välistada, et antud eriala omandanud õed EMOdes ei tööta. Erakorralise meditsiini õdede hulka kuuluvad antud andmebaasis ka kiirabiõed, mistõttu täpne Eesti EMOdes töötavate õdede arv ei olnud uurijale uurimistööd alustades teada. Uurimistöösse valiti igast haiglaliigist üks haigla, kuna kogu huvipakkuva populatsiooni uurimine ei olnud magistritöö mahtu (30 EAP) ja uurija ressursse arvestades võimalik. Erinevate haiglaliikide uuringusse kaasamise eesmärgiks oli anda ülevaade

erineva suurusega EMODEs töötavate õdede ja abiõdede hinnangutest. Samuti sooviti väljavalitud küsimustikku Eesti kultuurikontekstis testida. Selleks, et uurimiskeskonnad valida tuleb andmed kodeerida ja vajadusel grupeerida, seejärel valitakse juhuarvude generaatori teel uurimiskeskonnad (Õunapuu 2012). Käesolevas uurimistöös grupeeriti uurimiskeskonnad haiglaliikide järgi kolme gruppi ning juhuarvude generaatori teel valiti kolmest erinevast grupist üks haigla.

Uurimistöösse kaasati üks piirkondlik haigla, üks kesk- ja üks üldhaigla. Uurimistöõ viidi läbi nende haiglate EMODE õdede ja abiõdede seas ning sellest tulenevalt oli uurimistöõ valim 93 uuritavat. Informatsiooni potentsiaalsete uuritavate kohta saadi osakondade õendusjuhtide käest. Uurimistöös tagastati 48 küsimustikku, mis teeb vastamismääraks 52%. Aktsepteeritavaks vastamismääraks arvestatakse üle 50% (Gray jt 2017). Andmete analüüsimise käigus eemaldati seitse puudulikult täidetud küsimustikku, kuna need polnud täielikult täidetud. Lõplik analüüs teostati 41 küsimustiku alusel.

Uuritavate kaasamiskriteeriumid olid järgmised: uuritav töötas andmete kogumise ajal EMOs õena või abiõena; uuritav ei töötanud osakonnas õendusjuhina; uuritav ei viibinud uurimistöõ läbiviimise ajal lapsehoolduspuhkusel; uuritav oli nõus vabatahtlikult uurimistöös osalema. Uurimistöõ puhul on tegemist käepärase valimiga, sest valimi moodustasid õed ja abiõed, kes töötasid valitud kolmes osakonnas uurimistöõ läbiviimise hetkel. Uurimistöösse ei kaasatud õendusjuhte, kuna uurimistöõ väidetes oli vaja hinnata juhtimise komponenti ning see oleks võinud uurimistulemusi mõjutada.

### **4.3. Andmete kogumine**

Enne andmete kogumisega alustamist taotleti kooskõlastused kõigist uurimiskeskondadest ja Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komiteelt, protokoll number 287/T-3 (lisa 1). Andmeid koguti AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) poolt koostatud ja valideeritud T-TPQ (*Team Perceptions Questionnaire*) küsimustikuga. T-TPQ küsimustik on üks võimalik TeamSTEPPS-is (*Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety*) kasutatavatest küsimustikest, millega saab hinnata personali hinnanguid ning hoiakuid meeskonnatöö osas. T-TPQ küsimustik sobib nähtuse uurimiseks, kuna see on varasemalt testitud ning kasutatud instrument tervishoiuteenuse osutajate hinnangute uurimiseks. T-TPQ küsimustik võimaldab mõõta hinnanguid viie TeamSTEPPi meeskonnatöö põhikomponendi osas, mis on kõige enam seotud patsiendi eest hoolitsemise ja turvalisuse tagamisega. (Agency for Healthcare

... 2010.) Taustaandmete küsimuste koostamisel tugineti varasematele, sama küsimustikku kasutanud uurimistöodele nagu Castner jt (2012), Hwang ja Ahn (2015), Ballangrud jt (2017) ning Enzinger (2017).

TeamSTEPPS on loodud meeskonnatöö eel- ja järelkoolituste tulemuste hindamiseks, ning küsimustikku on võimalik kasutada ka ainult enne koolitusi või ainult pärast koolitusi. T-TPQ küsimustik koosneb 35-st väitest, mis jagunevad viide dimensiooni: meeskonna toimimine, juhtimine, olukorra jälgimine, vastastikune toetamine ning suhtlemine. Iga dimensioon sisaldab seitset väidet, mis kirjeldavad dimensiooni. Iga väitele oli võimalik vastata viieastmelisel Likert skaalal. Likert skaala küsimustiku abil saadud vastustele anti numbrilised väärtused: nõustun täielikult = 5, pigem nõustun = 4, ei ole nõus ega mittenõus = 3, pigem ei nõustu = 2, ei nõustu üldse = 1. Seega T-TPQ küsimustikuga kogutud andmete põhjal tekkinud andmebaas oli numbriline. Numbrilised andmed võimaldavad kvantitatiivset analüüsi (Burns ja Grove 2009).

T-TPQ küsimustik loodi usaldusväärusel teoreetilisel alusel ja selle psühhomeetrilisi omadusi on valideeritud (Keebler jt 2014, Ballangrud jt 2017). Küsimustiku reliaablust ehk usaldusväärsust on võimalik mõõta statistiliselt *Crohnbaichi alfaga*. Juhul, kui *Crohnbaichi alfa* väärtus jääb vahemikku 0,7–0,9 loetakse seesmist kooskõla heaks. (Burns ja Grove 2009). Eelnevad reliaabluse testid on näidanud sisemise kooskõla koefitsenti igas dimensioonis: meeskonna toimimine 0,83–0,89, juhtimine 0,94–0,95, olukorra jälgimine 0,90–0,91, vastastikune toetus 0,85–0,90 ja suhtlemine 0,88–0,89 (Agency for Healthcare ... 2010, Hwang ja Ahn 2015). Kogu küsimustiku sisemise kooskõla koefitsent on 0,96 (Hwang ja Ahn 2015). Käesolevas uurimistöös hinnati iga dimensiooni sisemist kooskõla ning *Crohnbaichi alfa* väärtused on esitatud tabelis 1. Kogu küsimustiku *Crohnbaichi alfa* on 0,93. Ühel dimensioonil oli sisemine kooskõla 0,93, mida loetakse väga heaks. Ühel dimensioonil oli sisemine kooskõla 0,82, mida loetakse heaks ning kolmel dimensioonil oli üle 0,7, mida loetakse aktsepteeritavaks/rahuldavaks (Taber 2018).

**Tabel 1 Küsimustiku *Crohnbaichi alfa* väärtused dimensioonide järgi**

Dimensioonid	Väidete numbrid	<i>Crohnbaichi alfa</i> väärtused
Meeskonna toimimine	1–7	0,70
Juhtimine	8–14	0,93
Olukordade jälgimine	15–21	0,79
Vastastikune toetus	22–28	0,78
Suhtlemine	29–35	0,82
<b>KOKKU</b>		<b>0,93</b>

Enne uurimistöö läbiviimist analüüsiti originaalküsimustikku ning seejärel kontakteeruti kasutus- ja tõlkimisloa taotlemiseks küsimustiku õigusi haldava organisatsiooni poole (lisa 2). Pärast kasutus- ja tõlkimisloa saamist tõlgiti küsimustik eesti keelde. Küsimustikku ei tõlgitud vene keelde, kuna uurija eeldas, et õed valdavad Eesti riigikeelt. Tõlke kohta eksperthinnangu saamiseks konsulteeriti uurimistöö juhendajatega. Tõlke vastavus originaalile on kinnitatud tõlkebüroo väljaõppinud keeletespialisti poolt. Käesolevas töös on esitatud tõlgitud küsimustik koos taustaandmete küsimustega (lisa 3). Uurimistöö läbiviimiseks kasutati *LimeSurvey* keskkonda, mis tagas uuritavatele anonüümsuse ning võimaluse täita küsimustiku endale sobival ajal ning kohas.

Esmalt pöörduiti nii haigla kui ka osakonna õendusjuhi poole, kellelt küsiti uurimistöös osalemiseks valmisolekut. Valmisoleku kinnitamise järgselt sõlmiti suuline kokkulepe ning seejärel lepiti kokku uurimistöö toimumine. Uuritavate värbamiseks kasutati haigla ja osakondade õendusjuhtide abi. Uurimistöö autor käis osakondades kohal, tutvustas õdedele infotunnis uurimistööd ning viis uurimistöö kutse paberikandjal. Infotunnid olid lühikesed (ca 20 min), et häirida uuritavate tööd võimalikult vähe. Seejärel pöörduisid osakondade õendusjuhid nii osakonnasisestel koosolekutel kui ka elektroonselt kõigi õdede ja abiõdede poole ning saatsid neile uurimistöö kutsed koos uurimistöö lingiga. Õendusjuhtidena said nad töötajatele küsimustiku kutse ja lingi korduvalt saata. Kokku saadeti õdedele kolm meeldetuletuskirja iga pooleteise kuu tagant.

Esimeseks uurimistöö etapiks oli prooviuurimus, mis oli vajalik selleks, et testida tõlgitud küsimustikku arusaadavust, ning üheselt mõistetavust (Gray jt 2017). Lisaks oli vaja hinnata üldküsimustikus esitatud küsimuste põhjendatust Eesti kontekstis. Prooviuurimuseks värvati uuritavad üldhaiglast ja see toimus perioodil 14.12.2018–28.02.2019. Õendusjuhtidele saadeti elektrooniline kiri mille nad edastasid õdedele ja abiõdedele. Elektrooniline kiri sisaldas kutset uurimistöös osalemiseks ja prooviuurimuse linki. Kutse prinditi ning paigaldati ka EMO puhketuppa. Küsimustikule olid lisatud prooviuurimuse küsimused, kus paluti õdedel anda tagasisidet väidete ja küsimuste selguse ja asjakohasuse kohta. Seejärel toimus saadud vastuste analüüs selleks, et välja selgitada, kas eestikeelsed väited olid arusaadavad. Üldhaigla EMOs töötas prooviuurimuse ajal 11 õde ja üks abiõde ( $n = 12$ ). Uurimistööle vastas seitse uuritavat kuid uurimistöösse kaasati kuus terviklikult vastatud küsimustiku. Väidete selguse ja asjakohasuse kohta andis terviklikult tagasiside kolm uuritavat, kuid arvestati kaks puudulikult täidetud tagasisidet. Prooviuurimuse valimist andis tagasisidet 42% uuritavatest, mis on aktsepteeritav, kuna sobiv vastamismäär peab olema vähemalt 10% (Gray jt 2017).

Prooviuurimuses saadud tulemusi kasutati andmete analüüsis koos põhiuurimuse tulemustega kuna küsimustik ei vajanud olulisi muudatusi. Prooviuurimuse tagasiside tulemusena tehti muudatused kahe väite sõnastuses koostöös juhendajatega. Väide „13. Minu otsene juht on adekvaatse meeskonnatöö osas eeskujuks“ muudeti järgnevaks „Minu otsene juht näitab meeskonnatöö osas sobivat eeskju“. Väide „34. Patsiendi üleandmisel järgib personal standardiseeritud informatsiooni jagamise meetodit“ muudeti järgnevaks „Patsiendi üleandmisel järgib personal kokku lepitud nõuetele vastavat informatsiooni jagamise meetodit“. Kuna tehtud muudatused polnud märkimisväärsed, siis polnud vajalik muudatuste kooskõlastamine küsimustiku autori ja Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteega.

Põhiuurimus ehk uurimistöö andmete kogumise teine etapp viidi läbi piirkondliku ja keskhaigla EMOdes perioodil 01.03.2019–31.07.2019. Kahes EMOs töötas uurimistöö läbiviimise ajal 81 öde ja abiöde. Põhiuurimise ajal vastas küsimustikule 41 uuritavat, kuid analüüsikõlblikuks osutus 35 tagastatud küsimustikku.

#### **4.4. Andmete analüüs**

Esimene etapp andmete analüüsis oli andmebaasi moodustamine.  *LimeSurvey* keskkonnast on võimalik andmed eksportida Microsoft Office Exceli tabelisse, kus neid saab kodeerida ja korrastada (Rose jt 2015). Tekkinud andmebaas oli numbriline. Andmete analüüsiks kasutati nii Microsoft Office Exceli kui ka STATA 14.2 statistikaprogramme.

Andmete analüüsiks kasutati kirjeldavat statistikat, mille eesmärgiks oli saada informatsiooni ödede hinnangute kohta meeskonnatööst ning kirjeldada olukorda sellisena nagu uuritavad seda näevad. Pidevate tunnuste esitamiseks kasutati miinimumi, maksimumi, keskmist (M) ja standardhälvet (SD). Keskmise ehk keskvaärtus on esitatud koos standardhälbega, mis iseloomustab valimi varieeruvust ehk keskmist erinevust keskmisest (Rootalu 2014). Keskmised väärtused esitati meeskonnatöö komponentide hinnangutel, kus väärtust üle 3,0 hinnati aktsepteeritavaks (Castner jt 2012). Mida kõrgem on tulemus seda kõrgemalt meeskonnatööd hinnatakse ning seda enam uuritavad meeskonnatöö erinevaid komponente heaks kiidavad (Castner jt 2012). Uurimistöö tulemused esitati keskmiste väärtustega, kuna see võimaldas tulemusi varasemate uurimistööde tulemustega võrrelda. Uurimistöö tulemused esitati absoluutarvudena ja suhtarvudes ning andmete esitamiseks kasutati illustreerivaid tabeleid. Ordinaalsed ehk järjestustunnused esitati sagedustabelis.

Seoste leidmiseks hinnangute ja taustamuutujate vahel kasutati vanust, rahvust, haridust, õena ja õena EMOs töötatud aastaid, töökoormust, muus üksuses töötamist. Andmete analüüsi tulemusena saadi keskmised hinnangud ning nendega on võimalik kasutada T-testi ja dispersioonanalüüsi (*analysis of variance*-ANOVA). T-testi kasutati juhul, kui võrreldi kahte gruppi. Kolme ja enama grupi võrdlemiseks kasutati dispersioonanalüüsi. Hinnangute ning soo ja ameti vahel seoseid ei otsinud, kuna nendes gruppides oli protsentuaalne jaotus liialt erinev. Testide olulisust näitab p-väärtus (p). Statistilise olulisuse nivooks valiti autori poolt  $p < 0,05$  (95% tõenäosus). Lisaks kasutati meeskonnatöö komponentide korrelatsioonide leidmiseks Spearman'i korrelatsioonanalüüsi, kus seose tugevust väljendab r-väärtus (r). Koos korrelatsiooni koefitsiendiga (*rho*) esitati selle tüüp (positiivne või negatiivne) ning tugevuse aste. Kui korrelatsiooni koefitsient (*rho*) on  $< 0,3$ , siis on tunnustevaheline seos nõrk. Keskmiseks tunnustevaheliseks seoseks loeti 0,3–0,5 ning tugevaks tunnustevaheliseks seoseks  $> 0,5$ . (Burns ja Grove 2009.)

Varasemas uurimistöös on seoste leidmiseks moodustatud vanusegrupid: 19–30 aastased, 31–45 aastased ja 46–60 aastased (Enzinger 2017). Käesolevas uurimistöös kasutati sama grupeerimist. Töökoormuse analüüsimisel moodustati grupid kuna 0,25 koormusega töötavaid uuritavaid polnud ning see oleks mõjutanud staatiliste testide tulemusi. Moodustatud gruppideks olid täiskoormusega töötavad (1,0) ning osalise tööajaga (0,75, 0,5, 0,25) töötavad uuritavad. Rahvuse puhul moodustati samuti kaks gruppi, kuna vene ja valgevene rahvusest vastanute arv oli eraldiseisvana liiga väikesed. Sellest tulenevalt moodustati järgnevad grupid: eestlane ja muu.



## 5. TULEMUSED

### 5.1. Uuritavate taustaandmed

Uurimistöös osales 41 uuritavat, mis on esialgsest valimist 44%. Uuritavatest enamus olid õed (95%), kus vanim 55 aastane ja noorim 21 aastane. Uuritavate keskmine vanus oli 35,4 eluaastat (SD = 10,31). Kokkuvõtlikult on uuritavate taustaandmed esitatud tabelis 2.

**Tabel 2. Uuritavate jagunemine taustaandmete järgi**

Taustaandmed				Taustaandmed			
		n	%			n	%
<b>Vanus</b>	19-30	17	41%	<b>Rahvus</b>	Eestlane	31	76%
	31-45	15	37%		Venelane	8	19%
	46-60	9	22%		Valgevenelane	2	5%
<b>Sugu</b>	Naine	38	93%	<b>Amet</b>	Õde	39	95%
	Mees	3	7%		Abiõde	2	5%
<b>Õena töötatud aeg</b>	< 3 aastat	9	22%	<b>Õena töötatud aeg antud osakonnas</b>	< 3 aastat	10	24%
	3-5 aastat	10	24%		3-5 aastat	14	35%
	6-10 aastat	11	27%		6-10 aastat	9	22%
	> 11 aastat	11	27%		> 11 aastat	8	19%
<b>Haridus</b>	Keskeriharidus	2	5%	<b>Töökoormus</b>	1,0	22	54%
	Rakenduskõrgharidus	26	63%		0,75	9	22%
	Rakenduskõrgharidus eriõenduses	11	27%		0,5	10	24%
	Magistriõpe	2	5%		0,25	0	0
<b>Haigla tüüp</b>	Piirkondlik haigla	25	61%	<b>Töötamine teises üksuses</b>	Jah	22	54%
	Keskhaigla	10	24%		Ei	19	46%
	Üldhaigla	6	15%				

n = vastajate arv, % = sagedus

### 5.2. Uuritavate hinnangud meeskonnatöö komponentidele

#### 5.2.1. Hinnangud meeskonnatöö toimimisele

Kõige enam nõustuti väitega, et iga meeskonnaliige peab oma tegude eest ise vastutama ( $4,70 \pm 0,46$ ). Suurel määral nõustuti ka sellega, et osakonna töötajad jagavad informatsiooni piisavalt kiiresti, et patsientidega otseselt tegelev meeskond jõuaks aegsasti otsuseid langetada ( $3,82 \pm 0,58$ ). Kõige vähem nõustuti väitega, et meeskonnatöö toimib väga edukalt ( $3,41 \pm 0,97$ ). Kokku oli kõigi hinnangute keskmine meeskonna toimimise komponendile 3,74 (SD = 0,89). Uuritavate poolt antud keskmised hinnangud on kokkuvõtvalt tabelis 3.

**Tabel 3. Keskmised hinnangud meeskonna toimimisele**

<b>Väited</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
1. Meeskonnaliikmete oskused kattuvad piisavalt, nii et vajadusel on võimalik tööd omavahel jagada	3,73	0,74
2. Iga meeskonnaliige peab oma tegude eest vastutama	4,70	0,46
3. Minu osakonna töötajad jagavad informatsiooni piisavalt kiiresti, et patsiendiga otseselt tegelev meeskond jõuab aegsasti otsuseid langetada	3,82	0,58
4. Minu osakond on ressursside (nt meeskonnaliikmete, varustuse, tehnika, informatsiooni) kasutamise osas efektiivne	3,53	0,77
5. Iga meeskonnaliige mõistab oma rolli ja kohustusi	3,46	0,95
6. Minu osakonnal on selgelt väljendatud eesmärgid	3,51	0,97
7. Minu osakond toimib väga edukalt	3,41	0,97
<b>KOKKU</b>	<b>3,74</b>	<b>0,89</b>

M = keskmine väärtus, SD = standardhälve

### 5.2.2. Hinnangud juhtimisele

Kõige enam nõustuti väitega, et otsene juht võtab patsiendi käsitluse puutuvates küsimustes personali arvamust arvesse ( $3,51 \pm 1,02$ ). Kõige vähem nõustuti väitega, et otsene juht võtab aega, et personaliga kohtuda ja koostada patsiendi käsitluseks plaan ( $2,51 \pm 1,16$ ). Kokku oli kõigi hinnangute keskmine juhtimise komponendile 3,05 (SD = 1,17). Uuritavate poolt antud keskmised hinnangud on kokkuvõtvalt tabelis 4.

**Tabel 4. Keskmised hinnangud juhtimisele**

<b>Väited</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
1. Minu otsene juht võtab patsiendi käsitluse puutuvates küsimustes personali arvamust arvesse	3,51	1,02
2. Minu otsene juht võimaldab pärast iga sündmust meeskonna toimivuse üle arutlemise	2,75	1,19
3. Minu otsene juht võtab aega, et personaliga kohtuda ja patsiendi käsitlemiseks plaan koostada	2,51	1,16
4. Minu otsene juht tagab piisavate ressursside (nt meeskonnaliikmete, varustuse, tehnika, informatsiooni) kättesaadavuse	3,41	1,11
5. Minu otsene juht on konfliktide lahendamises edukas	2,80	1,14
6. Minu otsene juht näitab meeskonnatöö osas sobivat eeskuju	2,95	1,11
7. Minu otsene juht kindlustab selle, et meeskonnaliikmed on teadlikud patsiendi käsitlust mõjutada võivatest olukordadest ja muutustest	3,41	1,11
<b>KOKKU</b>	<b>3,05</b>	<b>1,17</b>

M = keskmine väärtus, SD = standardhälve

### 5.2.3. Hinnangud olukorra jälgimisele

Kõige enam nõustuti väitega, et personal jagab omavahel informatsiooni võimalike probleemide osas ( $4,14 \pm 0,69$ ) ning kõige vähem nõustuti väitega, et meeskonnaliikmed kohtuvad patsiendi käsitluse puutuvate eesmärkide ümberhindamiseks juhul kui muutuvad tingimused seoses situatsiooniga ( $3,17 \pm 1,04$ ). Kokku oli kõigi hinnangute keskmine olukorra jälgimise komponendile 3,70 (SD = 0,85). Uuritavate poolt antud keskmised hinnangud on kokkuvõtvalt tabelis 5.

**Tabel 5. Keskmised hinnangud olukorra jälgimisele**

<b>Väited</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
1. Meeskonnaliikmed tunnetavad edukalt teineteise vajadusi	3,75	0,79
2. Meeskonnaliikmed jälgivad üksteise tööd	3,90	0,58
3. Meeskonnaliikmed jagavad üksteisega uut informatsiooni kohe, kui see kättesaadavaks muutub	3,85	0,82
4. Meeskonnaliikmed otsivad pidevalt ümbruskonnast olulist informatsiooni	3,43	0,83
5. Personal jagab omavahel informatsiooni võimalike probleemide osas (nt patsientide vahetumine, vabade voodikohtade olemasolu)	4,14	0,69
6. Kui situatsiooniga seotud tingimused muutuvad, siis saavad meeskonnaliikmed kokku, et patsiendi käsitlemise eesmärgi ümber hinnata	3,17	1,04
7. Meeskonnaliikmed parandavad üksteise vigu, veendumaks, et protseduure korralikult jälgitaks	3,68	0,78
<b>KOKKU</b>	<b>3,70</b>	<b>0,85</b>

M = keskmine väärtus, SD = standardhälve

#### 5.2.4. Hinnangud vastastikusele toetamisele

Kõige enam nõustuti väitega, et meeskonnaliikmed hoiatavad teineteist potentsiaalsete ohtlike olukordade eest ( $4,36 \pm 0,53$ ) ning kõige vähem nõustuti väidega, et meeskonnaliikmed leiavad konfliktidele lahenduse isegi juhtudel, kui konflikt muutub isiklikuks ( $2,90 \pm 1,09$ ). Kokku oli kõigi hinnangute keskmine vastastiku toetamise komponendile 3,63 (SD = 0,99). Uuritavate poolt antud keskmised hinnangud on kokkuvõtvalt tabelis 6.

**Tabel 6. Keskmised hinnangud vastastikusele toetamisele**

<b>Väited</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
1. Meeskonnaliikmed aitavad üksteist kõrge töökoormusega olukordades	4,17	0,73
2. Meeskonnaliikmed paluvad üksteiselt abi, kui tunnevad end ülekoormatuna	4,09	0,88
3. Meeskonnaliikmed hoiatavad teineteist potentsiaalselt ohtlike olukordade eest	4,36	0,53
4. Meeskonnaliikmed annavad üksteise suhtes tagasisidet viisil, mis soodustab positiivset suhtlemist ja muudatuste tegemist	3,29	0,84
5. Meeskonnaliikmed seisavad patsientide huvide eest isegi juhtudel, mil nende arvamus on vastuolus vanema meeskonnaliikme arvamusega	3,34	0,93
6. Kui meeskonnaliikmel on kahtlus patsiendi ohutuse suhtes, siis on ta valmis teistele vastu seisma, kuni ta on kindel, et tema murele on tähelepanu pööratud	3,29	0,84
7. Meeskonnaliikmed leiavad konfliktile lahenduse isegi juhtudel, mil konflikt muutub isiklikuks	2,90	1,09
<b>KOKKU</b>	<b>3,63</b>	<b>0,99</b>

M = keskmine väärtus, SD = standardhälve

### 5.2.5. Hinnangud suhtlemisele

Kõige enam nõustuti väitega, et meeskonnaliikmed kasutavad omavahel suhtlemiseks üksteisele mõistetavat terminoloogiat ( $4,31 \pm 0,56$ ). Suurel määral nõustuti ka väitega, et patsientide üleandmisel järgib personal kokkulepitud nõuetele vastavat informatsioonijagamise meetodit ( $3,92 \pm 0,84$ ). Kõige vähem nõustuti väitega, et meeskonnaliikmed otsivad informatsiooni kõigist kättesaadavatest allikatest ( $3,53 \pm 0,86$ ). Kokku oli kõigi hinnangute keskmine suhtlemise komponendile 3,81 (SD = 0,79). Uuritavate poolt antud keskmised hinnangud on kokkuvõtvalt tabelis 7.

**Tabel 7. Keskmised hinnangud suhtlemisele**

<b>Väited</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
1. Patsiendi käsitlesega seotud informatsiooni seletatakse patsientidele ja nende lähedastele kõigile osapooltele arusaadavates terminites	3,78	0,88
2. Personal vahetab olulist informatsiooni õigeaegselt	3,80	0,64
3. Patsientidega suhtlemisel annavad meeskonnaliikmed patsientidele piisavalt aega küsimuste esitamiseks	3,63	0,79
4. Meeskonnaliikmed kasutavad omavahel suhtlemiseks üksteisele mõistetavat terminoloogiat	4,31	0,56
5. Meeskonnaliikmed kinnitavad verbaalselt üksteiselt saadud informatsiooni	3,73	0,74
6. Patsientide üleandmisel järgib personal kokkulepitud nõuetele vastavat informatsioonijagamise meetodit	3,92	0,84
7. Meeskonnaliikmed otsivad informatsiooni kõigist kättesaadavatest allikatest	3,53	0,86
<b>KOKKU</b>	<b>3,81</b>	<b>0,79</b>

M = keskmine väärtus, SD = standardhälve

Kõikide komponentide keskmine kokku oli 3,59 (SD = 0,99). Uuritavate jagunemine meeskonnatöele antud hinnangute järgi on esitatud uurimistöö lisana (lisa 4).

## 5.3. Seosed meeskonnatöele antud hinnangute ning uuritavate tausta vahel

### 5.3.1. Seosed meeskonna toimimisega

Kauem kui 11 aastat EMOs töötanud uuritavate keskmine hinnang meeskonna toimimisele oli oluliselt kõrgem kui alla 3 aasta töötanud uuritavate keskmine hinnang. Muust rahvusest uuritavate keskmine hinnang oli kõrgem kui keskmine hinnang eestlaste poolt. Uuritavad, kes töötasid lisaks EMOLE ka muus üksuses, hindasid meeskonna toimimist madalamalt kui õed, kes muus üksuses ei töötanud. Statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmnunud seoses vanuse, hariduse, töökoormuse ja tööstaažiga õena. Keskmiste hinnangute statistilised väärtused meeskonna toimimisele on esitatud tabelis 8.

**Tabel 8. Taustaandmete seosed meeskonna toimimisele antud hinnangutega**

Tunnus		M	p-väärtus	Tunnus		M	p-väärtus
<b>Vanus</b>	19-30	3,6	0,217	<b>Rahvus</b>	eestlane	3,6	<0,001***
	31-45	3,9			muu	4,1	
	46-60	3,7					
<b>Haridus</b>	Keskeriharidus	3,8	0,823	<b>Töökoormus</b>	1,0	3,9	0,082
	Rakenduskõrgharidus	3,8			osaline	3,6	
	Rakenduskõrghariduse	3,7		<b>Teine töökoht</b>	jah	3,6	0,046*
	eriõde	3,4			ei	3,9	
<b>Tööstaaž õena</b>	<3	3,4	0,177	<b>Tööstaaž EMOs</b>	<3	3,5	0,010**
	3-5	3,8			3-5	3,6	
	6-10	3,8			6-10	4	
	>11	3,9			>11	4,1	

M = keskmine väärtus; \*\*\*p = 0,000; \*\*p < 0,01; \*p < 0,05

### 5.3.2. Seosed juhtimisega

Muust rahvusest uuritavate keskmine hinnang juhtimisele oli kõrgem kui keskmine hinnang eestlaste poolt. Teist töökoha omades hindasid uuritavad juhtimist madalamalt kui need, kes omasid töökohta ainult uuritavas EMOs. Statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmnenu seoses vanuse, hariduse, tööstaažiga õena, tööstaažiga EMOs ja töökoormusega. Keskmiste hinnangute statistilised väärtused juhtimisele on esitatud tabelis 9.

**Tabel 9. Taustaandmete seosed juhtimisele antud hinnangutega**

Tunnus		M	p-väärtus	Tunnus		M	p-väärtus
<b>Vanus</b>	19-30	3,0	0,403	<b>Rahvus</b>	eestlane	2,7	<0,001***
	31-45	3,3			muu	4,1	
	46-60	2,8					
<b>Haridus</b>	Keskeriharidus	3,7	0,062	<b>Töökoormus</b>	1,0	3,2	0,239
	Rakenduskõrgharidus	3,2			osaline	2,9	
	Rakenduskõrghariduse	2,4		<b>Teine töökoht</b>	jah	2,7	0,007**
	eriõde	3,6			ei	3,5	
<b>Tööstaaž õena</b>	<3	3,1	0,758	<b>Tööstaaž EMOs</b>	<3	3,1	0,086
	3-5	3,0			3-5	2,6	
	6-10	2,8			6-10	3,2	
	>11	3,2			>11	3,6	

M = keskmine väärtus; \*\*\*p = 0,000; \*\*p < 0,01

### 5.3.3. Seosed olukorra jälgimisega

Muust rahvusest uuritavate keskmine hinnang olukorra jälgimisele oli kõrgem kui keskmine hinnang eestlaste poolt. Teises töökohas töötanud uuritavate keskmised hinnangud olukorra jälgimisele olid madalamad kui neil uuritavatel, kes töötasid vaid uuritavas EMOs. Statistiliselt

olulisi erinevusi ei ilmnenud vanusega, haridusega, tööstaažiga õena, tööstaažiga EMOs ja töökoormusega. Keskmiste hinnangute statistilised väärtused on esitatud tabelis 10.

**Tabel 10. Taustaandmete seosed olukorra jälgimisele antud hinnangutega**

Tunnus		M	p- väärtus	Tunnus		M	p- väärtus
<b>Vanus</b>	19-30	3,8	0,587	<b>Rahvus</b>	eestlane	3,6	<b>0,015*</b>
	31-45	3,6			muu	4,1	
	46-60	3,7					
<b>Haridus</b>	Keskeriharidus	4,0	0,630	<b>Töökoormus</b>	1,0	3,8	0,210
	Rakenduskõrgharidus	3,8			osaline	3,6	
	Rakenduskõrghariduse eriõde	3,6		<b>Teine töökoht</b>	jah	3,6	<b>0,053*</b>
	Magistriõpe	3,4			ei	3,9	
<b>Tööstaaž õena</b>	<3	3,8	0,209	<b>Tööstaaž EMOs</b>	<3	3,8	0,263
	3-5	3,8			3-5	3,5	
	6-10	3,4			6-10	3,6	
	>11	3,8			>11	4,0	

M = keskmine väärtus; \*p < 0,05

#### 5.3.4. Seosed vastastiku toetamisega

Eestlaste keskmine hinnang vastastikusele toetusele on madalam kui muust rahvusest uuritavate keskmine hinnang. Statistiliselt olulisi erinevusi ei leitud seoses vanuse, hariduse, tööstaažiga õena, tööstaažiga EMOs, töökoormuse ja teise töökohaga. Keskmiste hinnangute statistilised väärtused vastastikusele toetusele on esitatud tabelis 11.

**Tabel 11. Taustaandmete seosed vastastiku toetusega antud hinnangutega**

Tunnus		M	p- väärtus	Tunnus		M	p- väärtus
<b>Vanus</b>	19-30	3,8	0,376	<b>Rahvus</b>	eestlane	3,5	<b>0,003**</b>
	31-45	3,6			muu	4,1	
	46-60	3,5					
<b>Haridus</b>	Keskeriharidus	3,9	0,112	<b>Töökoormus</b>	1,0	3,6	0,863
	Rakenduskõrgharidus	3,8			osaline	3,7	
	Rakenduskõrghariduse eriõde	3,4		<b>Teine töökoht</b>	jah	3,5	0,107
	Magistriõpe	3,2			ei	3,8	
<b>Tööstaaž õena</b>	<3	3,8	0,103	<b>Tööstaaž EMOs</b>	<3	3,8	0,560
	3-5	3,8			3-5	3,6	
	6-10	3,3			6-10	3,4	
	>11	3,7			>11	3,7	

M = keskmine väärtus; \*\*p < 0,01

### 5.3.5. Seosed suhtlemisega

Muust rahvusest uuritavate keskmised hinnangud suhtlemisele on kõrgemad kui eestlastel. Teise töökoha olemasolul on uuritavate keskmine hinnang suhtlemisele madalam kui neil, kes töötasid uuritavas EMOs. Statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmnenud seoses vanuse, haridusega, tööstaažiga õena, tööstaažiga EMOs. Keskmiste hinnangute statistilised väärtused suhtlemisele on esitatud tabelis 12.

**Tabel 12. Taustaandmete seosed suhtlemisele antud hinnangutega**

Tunnus		M	p- väärtus	Tunnus		M	p- väärtus
<b>Vanus</b>	19-30	3,9	0,316	<b>Rahvus</b>	eestlane	3,7	<b>0,011*</b>
	31-45	3,8			muu	4,2	
	46-60	3,6					
<b>Haridus</b>	Keskeriharidus	4,1	0,074	<b>Töökoormus</b>	1,0	3,8	0,506
	Rakenduskõrgharidus	3,9			osaline	3,9	
	Rakenduskõrghariduse eriõde	3,6		<b>Teine töökoht</b>	jah	3,6	<b>0,013*</b>
	Magistriõpe	3,3			ei	4,0	
<b>Tööstaaž õena</b>	<3	3,8	0,844	<b>Tööstaaž EMOs</b>	<3	3,8	0,997
	3-5	3,9			3-5	3,8	
	6-10	3,7			6-10	3,8	
	>11	3,8			>11	3,8	

M = keskmine väärtus; \*p < 0,05

### 5.3.6. Meeskonnatöö komponente iseloomustavate väidete vahelised korrelatsioonid

Mida edukam oli otsene juht konfliktide lahendamisel ning mida rohkem ta näitas meeskonnatöö osas sobivat eeskujut, seda selgemalt olid uuritavate hinnangul väljendatud osakonna eesmärgid ( $r = 0,51$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = 0,53$ ,  $p < 0,001$ ) ning seda edukamalt toimis osakond ( $r = 0,56$ ,  $p < 0,001$ ). Mida edukam oli otsene juht konfliktide lahendamisel, seda enam said meeskonnaliikmed kokku, et patsiendi käsitlemise eesmärke ümber hinnata ja leiti lahendused konfliktidele isegi juhtudel, kui need muutusid isiklikeks ( $r = 0,51$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = 0,54$ ,  $p < 0,001$ ). Meeskonnaliikmed leidsid uuritavate hinnangutel konfliktidele lahenduse seda enam juhtudel, mil iga meeskonnaliige mõistis oma rolli ja kohustusi ning mida rohkem näitas otsene juht meeskonnatöö osas sobivat eeskujut ( $r = 0,51$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = 0,51$ ,  $p < 0,001$ ).

Mida enam tunnetati teineteise vajadusi, seda edukamalt meeskond toimis ( $r = 0,65$ ,  $p < 0,001$ ). Mida selgemalt olid väljendatud osakonna eesmärgid, seda enam jälgisid meeskonnaliikmed üksteise tööd ning vahetasid õigeaegselt omavahel olulist informatsiooni ( $r = 0,54$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = 0,52$ ,  $p < 0,001$ ). Mida enam said meeskonnaliikmed kokku, et patsiendi käsitlemise eesmärke ümber

hinnata, seda enam võttis otsene juht patsiendi käsitusse puutuvates küsimustes personali arvamust arvesse ning kindlustas selle, et meeskonnaliikmed on teadlikud patsiendi käsitlust mõjutada võivatest olukordadest ja muutustest ( $r = 0,51, p < 0,001$ ;  $r = 0,54, p < 0,001$ ). Mida enam meeskonnaliikmed verbaalselt üksteiselt saadud informatsiooni kinnitasid, seda enam võimaldas otsene juht pärast iga sündmust meeskonna toimivuse üle arutlemise ( $r = 0,52, p < 0,001$ ). Mida edukamalt meeskonnaliikmed teineteise vajadusi tunnetasid, seda enam võttis otsene juht patsiendi käsitusse puutuvates küsimustes personali arvamust arvesse ( $r = 0,51, p < 0,001$ ).

Mida enam meeskonnaliikmed üksteise vigu parandasid, et protseduure korrektselt teostataks, seda enam aitasid meeskonnaliikmed üksteist kõrge töökoormusega olukordades, palusid üksteiselt abi, kui tundsid end ülekoormatuna ning andsid üksteise suhtes tagasisidet viisil, mis soodustas positiivset suhtlemist ja muudatuste tegemist ( $r = 0,56, p < 0,00$ ;  $r = 0,51, p < 0,00$ ;  $r = 0,55, p < 0,001$ ). Mida enam personal õigeaegselt olulist informatsiooni omavahel vahetas, seda enam jagasid nad informatsiooni võimalike probleemide osas ning parandasid üksteise vigu, veendumaks, et protseduure korralikult jälgitaks ( $r = 0,53, p < 0,001$ ;  $r = 0,59, p < 0,001$ ). Mida enam andsid meeskonnaliikmed patsientidega suhtlemisel patsientidele aega küsimuste esitamiseks, seda enam jagas personal omavahel informatsiooni võimalike probleemide osas, parandasid meeskonnaliikmed üksteise vigu, veendumaks, et protseduure korralikult jälgitaks, ning said kokku, et patsiendi käsitluse eesmärgi ümber hinnata ( $r = 0,50, p < 0,00$ ;  $r = 0,54, p < 0,00$ ;  $r = 0,56, p < 0,001$ ).

Mida enam järgis personal patsientide üleandmisel kokkulepitud nõuetele vastavat informatsioonijagamise meetodit, seda enam parandasid meeskonnaliikmed üksteise vigu, veendumaks, et protseduure korralikult jälgitaks ( $r = 0,51, p < 0,001$ ). Mida enam palusid meeskonnaliikmed ülekoormatuse ajal üksteiselt abi, seda enam kasutasid nad omavahel suhtlemiseks üksteisele mõistetavat terminoloogiat ja otsisid kõigist kättesaadavatest allikatest informatsiooni ( $r = 0,53, p < 0,001$ ;  $r = 0,50, p < 0,001$ ). Mida enam otsiti informatsiooni kõigist kättesaadavatest allikatest, seda enam andsid meeskonnaliikmed üksteise suhtes tagasisidet viisil, mis soodustab positiivset suhtlemist ja muudatuste tegemist ( $r = 0,54, p < 0,001$ ). Mida enam kasutasid meeskonnaliikmed omavahel suhtlemiseks üksteisele mõistetavat terminoloogiat, seda enam seisid meeskonnaliikmed patsientide huvide eest isegi juhtudel, mil nende arvamus oli vastuolus vanema meeskonnaliikme arvamusel ( $r = 0,50, p < 0,001$ ).



### 5.3.7. Meeskonnatöö komponentide vahelised korrelatsioonid

Meeskonnatöö komponentidest oli tugevaim positiivne seos suhtlemise ja vastastikuse toetuse vahel. Tugev positiivne seos esines ka suhtlemise ja olukorra jälgimise vahel. Ei ilmnenud seoseid meeskonna toimimise ja vastastikuse toetuse ning suhtluse vahel. Meeskonnatöö komponentide vahelised korrelatsioonid on esitatud tabelis 13.

**Tabel 13. Meeskonnatöö komponentide vahelised korrelatsioonid**

	<b>Meeskonna toimimine</b>	<b>Juhtimine</b>	<b>Olukorra jälgimine</b>	<b>Vastastikune toetus</b>	<b>Suhtlemine</b>
<b>Meeskonna toimimine</b>	1,00				
<b>Juhtimine</b>	<b>r = 0,53</b> <b>(p &lt; 0,001)</b>	1,00			
<b>Olukorra jälgimine</b>	<b>r = 0,56</b> <b>(p &lt; 0,001)</b>	<b>r = 0,55</b> <b>(p &lt; 0,001)</b>	1,00		
<b>Vastastikune toetus</b>	r = 0,36 (p = 0,02)	<b>r = 0,59</b> <b>(p &lt; 0,001)</b>	<b>r = 0,65</b> <b>(p &lt; 0,001)</b>	1,00	
<b>Suhtlemine</b>	r = 0,41 (p = 0,008)	<b>r = 0,51</b> <b>(p &lt; 0,001)</b>	<b>r = 0,66</b> <b>(p &lt; 0,001)</b>	<b>r = 0,67</b> <b>(p &lt; 0,001)</b>	1,00

r = rho, korrelatsioonikordaja, p- p-väärtus

## 6. ARUTELU

### 6.1. Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistööde tulemustega

Käesolev uurimistöö on autorile teadaolevalt Eestis esimene uurimistöö, mis on uurinud EMO õdede ja abiõdede hinnanguid meeskonnatööl. Varasemalt ei olnud teada milliseid hinnanguid annavad EMO õed ja abiõed meeskonna toimimisele, juhtimisele, olukorra jälgimisele, vastastikusele toetusele ja suhtlemisele. On teada, et meeskonnatööd peetakse oluliseks kuna see tagab efektiivsema ja patsiendikesksema tervishoiuteenuste osutamise (Mickan 2005, Manser 2008, Deering jt 2011, Khademian jt 2013) ning õdede roll meeskonnatöös on aina kasvav (Chang jt 2009, Cioffi ja Ferguson 2009, Azuri jt 2013, Salmond ja Echevarria 2017). Uurija arvates on oluline teada saada, kuidas õed meeskonnatööd hindavad, sest see annab võimaluse arendada meeskonnatööd ning seeläbi ka pakutavate tervishoiuteenuste kvaliteeti.

Mujal maailmas on EMO õdede hinnanguid uuritud vähe ning pigem on uuritud teiste osakondade õdede hinnanguid meeskonnatööl (Atwal ja Calwell 2006, Kalisch jt 2010, Hamaideh ja Ammouri 2011, Castner jt 2012, Bruning ja Baghurst 2013, Hwang ja Ahn 2015, Ballangrud jt 2017, Enzinger 2017). Käesolevas uurimistöös ja ka mõnedes varasemates uurimistöödes (Castner jt 2012, Hwang ja Ahn 2015, Enzinger 2017) hindasid uuritavad meeskonnatööd viieastmelise Likert skaala abil ning tulemused esitati hinnangute keskmistena. Sarnane uurimismeetod võimaldas andmeid paremini analüüsida. Varasemates uurimistöödes loeti aktsepteeritavaks hinnanguid, mis jäid 3,0–5,0 vahele, ehk uurijad otsustasid, et selles vahemikus kiidavad õed meeskonnatöö komponendid heaks (Castner jt 2012).

Meeskonnatöö komponentidele antud hinnangutes võib märgata varasemate uurimistöödega mõningaid sarnasusi ja erinevusi. Käesolevas uurimistöös hinnati uuritavate poolt ühe kõrgeima osana meeskonna toimimist (3,74 ± 0,89). Uuritavad nõustusid väidetega, et iga meeskonnaliige peab oma tegude eest vastutama (4,70 ± 0,46) ning osakonna töötajad jagavad informatsiooni piisavalt kiiresti, et patsiendiga otseselt tegelev meeskond jõuab aegsasti otsuseid langetada (3,82 ± 0,58). Uurimistööd on näidanud, et meeskonna toimimise määrab see, mil määral tuleb koostööd rakendada, millised on meeskonnaliikmete rollid ning kui suur vastutus kellelegi laskub (Nathanson jt 2011, Khademian jt 2013). Enzingeri (2017) uurimistöös hindasid õed kõrgelt väidet, et osakonnal on selgelt väljendunud eesmärgid ning osakond toimib väga edukalt kuid käesoleva uurimistöö uuritavad hindasid antud väiteid pigem madalamalt. Ka Hwang ja Ahn (2015) uurimistöö tulemusena hinnati madalalt väidet, et osakond, kus uuritavad töötavad, toimib

väga edukalt. Castner jt (2012) uurimistöö (n = 456) tulemusena vajas 20%-i õdede arvates arendamist just meeskonna toimimise komponent. Käesoleva ning välismaal läbiviidud uurimistööde (Castner jt 2012, Hwang ja Ahn 2015) tulemustele tuginedes võib väita, et õed ning abiõed tunnetavad, et osakonnad, kus nad töötavad, ei toimi alati edukalt. Meeskonna eduka toimimise jaoks on meeskonnaliikmetel vaja tunda meeskonna olemust ning eesmärke (Agency for Healthcare ... 2010). Sellest tulenevalt on meeskonnatöö teemalised koolitused ja koosolekud olulised. Samas võivad uuritavad tunnetada meeskonna toimimise edukust erinevalt ning uurimistulemused ei pruugi alati adekvaatsed olla. Edukuse tunnetamine võib olla tingitud varasemast töökogemusest, kuna saadud kogemused võivad kujundada arusaama edukusest. Vähekokenu õena töötades võib kogu tähelepanu koonduda hetkes töötamisele ning meeskonna kui terviku analüüsimine võib jääda tahaplaanile. Sellepärast on oluline kaardistada õdede ja abiõdede arusaamu meeskonna toimimisest konkreetses osakonnas.

Kõige madalama hinnangu sai käesolevas uurimistöös meeskonnatöö komponentidest juhtimine ( $3,05 \pm 1,17$ ). Uuritavad pigem ei nõustunud väitega, et nende otsene juht võtab aega, et personaliga kohtuda ja patsiendi käsitlemiseks plaan koostada ( $2,51 \pm 1,16$ ). Väitele antud hinnanguid võis mõjutada see, et EMO personalil ei ole piisavalt aega, et enne patsiendi käsitlemist kokku saada ning arutleda, kuidas patsienti ravida, sest enamus situatsioone vajavad kiiret lahendamist. Ligikaudu pooled uuritavatest ei nõustunud ka väitega, et nende otsene juht võimaldab pärast iga sündmust meeskonna toimivuse üle arutlemise ( $2,75 \pm 1,19$ ). Suure töökoormuse tõttu EMOs võib tekkida taaskord olukord, kus sündmustele järgnevateks aruteludeks ei ole aega. Küll aga leiab uurija, et situatsioonide süstemaatiline analüüsimine ja supervisioon on vajalik, sest see on meeskonnatöö efektiivsema toimimise üks osa. Vähe nõustuti ka väitega, et otsene juht on konfliktide lahendamises edukas ( $2,80 \pm 1,14$ ). Ka Hwang ja Ahn (2015) uurimistöö tulemusena sai juhtimine õdede poolt madalaima hinnangu ( $3,29 \pm 0,67$ ) ja ka väidetele antud hinnangud sarnanesid käesoleva uurimistöö tulemustega. Kahe uurimistöö tulemusi toetab ka Castner jt (2012), kus 30,6% (n = 456) õdede arvamusel tuginedes vajab kõige enam arendamist just juhtimise komponent. Erinevalt eelnevatest tulemustest leidis Enzinger (2017) uurimistöö tulemusena, et õed hindavad kõige kõrgemalt just juhtimist ( $4,44 \pm 0,54$ ). Õed olid arvamusel, et nende juht võimaldab pärast iga sündmust meeskonna toimivuse üle arutlemise ning otsene juht kindlustab selle, et meeskonnaliikmed on teadlikud patsiendi käsitlemist mõjutada võivatest olukordadest ja muutustest (Enzinger 2017). Saadud tulemustest võib järeldada, et juhtimises esineb probleeme kõige enam ning see komponent vajab meeskonnatöö efektiivseks toimimiseks muudatuste tegemisi. Kõige enam tuntakse puudust oskuslikust konfliktide lahendamise oskusest ning aruteludest, mis enne ja pärast patsiendi ravimist toimuda võiksid.

Käesoleva uurimistöö puhul tuleb kriitiliselt hinnata ka standardhälbe väärtust. Juhtimisele antud hinnangute standardhälve on 1,17, mis näitab, et uuritavad ei ole vastates üksmeelel olnud. Sellest võib järeldada, et osad õed on kogunud juhtimist, mis vastab nende ootustele ning osad mitte.

Sujuvaks meeskonnatööks on vajalik pidev olukorra jälgimine, mida hinnati käesoleva uurimistöö tulemusena uuritavate poolt rahuldavaks ( $3,70 \pm 0,85$ ). Uuritavad nõustusid väitega, et personal jagab omavahel informatsiooni võimalike probleemide osas (nt patsientide vahetumine, vabade voodikohtade olemasolu) ( $4,14 \pm 0,69$ ). Pidev informatsioonivahetus on oluline, kuna see tagab meeskonnatöö sujuva ning probleemideta toimimise. Lisaks on meeskonnaliikmete omavaheline suhtlus oluline kvaliteetse teenuse osutamisel ja vigade ennetamisel. Uuritavad nõustusid ka väitega, et koos töötades jälgivad meeskonnaliikmed üksteise tööd ( $3,90 \pm 0,58$ ). Hwang ja Ahn (2015) uurimistöös nõustusid uuritavad just sellega, et meeskonnaliikmed jagavad üksteisega uut informatsiooni kohe, kui see kättesaadavaks muutub ( $3,58 \pm 0,65$ ) ning personal jagab omavahel informatsiooni võimalike probleemide osas ( $3,57 \pm 0,64$ ). Ka Enzinger (2017) uurimistöö tulemusena nõustuti kahe eelpool nimetatud väitega selles meeskonnatöö komponendis kõige enam. Tulemustest võib järeldada, et informatsiooni vahetust peetakse EMODES töötamiseks oluliseks ja hädavajalikuks. Sarnased tulemused võivad tuleneda sellest, et olukorra jälgimist peetakse igas EMOs oluliseks, kuna erakorralise patsiendi seisund on pidevas muutumises. Meeskonnaliikmete omavahelist jälgimist võib soodustada suur multidistsiplinaarne meeskonnaliikmete arv EMOs, mis võimaldab üksteise tegevusi paremini jälgida. Uuriija arvab, et oluline on üksteise töö jälgimine, vajadusel ka abi pakkumine ning küsimine. Juhul, kui meeskonnaliige teeb oma töös vigu, tuleb koheselt sekkuda selleks, et vältida ravivigade tekkimist tulevikus. Töötades EMOs tuleb olla pigem paindlik ning tööülesandeid tuleb jagada vastavalt sellele, kuidas tekkinud situatsioonid seda nõuavad.

Käesolevas uurimistöös hindasid uuritavad vastastikust toetust, kui meeskonnatöö komponenti, rahuldavaks ( $3,63 \pm 0,99$ ). Enamus (98%) uuritavatest nõustusid väitega, et meeskonnaliikmed hoiatavad teineteist ohtlike olukordade eest ( $4,36 \pm 0,53$ ) ja meeskonnas toimub meeskonnaliikmete aitamine olukordades, kus on kõrge töökoormus ( $4,17 \pm 0,73$ ). Hwang ja Ahn (2015) uurimistöös saadud tulemuste puhul on kõige kõrgemalt hinnatud just vastastikust toetust ( $3,57 \pm 0,50$ ) ning enamus uuritavatest nõustusid väitega, et meeskonnaliikmed hoiatavad teineteist ohtlike olukordade eest ( $3,69 \pm 0,65$ ). Uuriija arvab, et stressirohkes töökeskkonnas, nagu on seda EMO, on vajalik vastastikune toetamine, et pingelistes olukordades tööülesannetega hakkama saada. Uuriija, kes töötab ise intensiivravi osakonnas peab oluliseks teadmist, et keerulistest olukordades saab kellegi käest abi paluda ning kellegi abile loota. Varasemas

uurimistöös on kirjeldatud ka seda, et EMOSse tööle asudes tuntakse vajaliku toetuse puudumist ning esineb konflikte meeskonnaliikmetega, sealhulgas arstide ja teiste õdedega (Hamaideh ja Ammouri 2011). Vastastikune toetamine meeskonnas soodustab töökoormuse võrdset jaotumist, õdede rahulolu ning kvaliteetsema tervishoiuteenuse pakkumist (Deering jt 2011). Sarnaselt Hamaideh ja Ammouri (2011) uurimistööle sai Enzingeri (2017) poolt läbiviidud uurimistöös õdede poolt kõige madalama hinnangu meeskonnatöö komponentidest just vastastikune toetus ( $4,21 \pm 0,67$ ). Kõige vähem nõustusid õed väitega, et meeskonnaliikmed seisavad patsientide huvide eest isegi juhtudel, mil nende arvamus on vastuolus vanema meeskonnaliikme arvamusega ( $4,0 \pm 0,78$ ). Uurimistulemused võivad erineda tulenevalt meeskonnaliikmete tööstaažist. Vähema tööstaažiga õed ei julge abi küsida ega pakkuda ning pikema tööstaažiga õed ei soovi teha lisapingutusi ning täidavad vaid enda töökohustusi. Uuriija arvates mõjutavad vastastikust toetust suurel määral ka omavahelised suhted ning nende säilitamise nimel võib tekkida olukord, kus patsiendi heaolu nimel ei julgeta vanema kolleegiga vastuseisu astuda. Seepärast on oluline välja selgitada võimalikud kitsaskohad ja leida lahendusi, tagamaks patsiendiohutus ja ka personali töörahulolu.

Käesolevas uurimistöös sai kõige kõrgema hinnangu meeskonnatöö komponentidest suhtlemine ( $3,81 \pm 0,79$ ). Enamus uuritavatest nõustusid, et meeskonnaliikmed kasutavad omavahel suhtlemiseks üksteisele mõistetavat terminoloogiat ( $4,31 \pm 0,56$ ) ja patsientide üleandmisel järgib personal kokkulepitud nõuetele vastavat informatsioonijagamise meetodit ( $3,92 \pm 0,84$ ). Suhtlemist hinnati ka varasemas uurimistöös oluliseks meeskonnatöö komponendiks ( $3,54 \pm 0,51$ ) (Hwang ja Ahn 2015). Sarnaselt eelmistele tulemustele vajas Castner jt (2012) poolt läbiviidud uurimistöös just suhtlemine õdede arvates kõige vähem muudatuste ning paranduste tegemist. EMOSse satuvad sageli patsiendid, kelle elu on ohus ning kiire ja informatiivne suhtlus peab erinevate erialaspetsialistide vahel toimuma efektiivselt ja õigeaegselt. Suhtlemine tagab EMOs patsientide ja nende lähedaste ohutuse ning rahulolu. Samuti mängib see rolli töötajate rahulolu tagamisel ja selle säilitamisel (Pun jt 2015). Nagu varasemalt mainitud, siis Eestis meeskonnatöö toimimiseks kindlaid ettekirjutusi ei ole, küll aga on loodud erinevad ravijuhised ning juhendid, mis meeskonnatöö efektiivset toimimist soodustavad. EMOdes, kus on triaazisüsteem, on kasutusel triaazi teostamise juhend, mis määrab, kuidas informatsioon peab personali vahel liikuma (Juhend triaazi teostamiseks ... 2014).

Uuritavate keskmised hinnangud meeskonnatöö komponentidele olid käesolevas uurimistöös aktsepteeritavas vahemikus ( $> 3,0$ ) ning meeskonnatööle kui tervikule antud hinnang oli 3,59 (SD = 0,99). Sarnase tulemuse said ka Hwang ja Ahn (2015) ( $n = 522$ ), kus meeskonnatööle antud

keskmise hinnangu oli 3,5 (SD = 0,5). Enzingeri (2017) uurimistöö (n = 63) tulemusena andsid õed meeskonnatööle kõrgeima hinnangu ( $4,26 \pm 0,47$ ). Uuritavate hinnangud pigem ei ole valimist mõjutatud, sest suurema valimiga uurimistöodes hindasid uuritavad meeskonnatööd sarnaselt käesoleva uurimistöö tulemustega. Erinevad hinnangud võivad tuleneda sellest, et meeskonnatööd on Ameerika Ühendriikides rohkem uuritud ning valdkondades, mis on saanud madalamad hinnangud, on rakendatud erinevaid abinõusid. 2006. aastal loodi Ameerika Ühendriikides TeamSTEPPS, mis on riiklikuks meeskonnatöö koolitamise standardiks (Agency for Healthcare ... 2010.) Eestis selliseid ühtselt kasutatavaid standardeid meeskonnatöö koolitamiseks ei ole, ning seetõttu arvab uurija, et nii õdede kui abiõdede hinnangud võivad meeskonnatööle seetõttu madalamad olla. Õdedel ei pruugi olla teadmisi meeskonnatöö olulisusest ning selle efektiivsusest toimimisest. Samas ei pruugi õed meeskonnatööle tähelepanu pöörata, sest seda väärtustatakse sama palju kui teisi tööalaseid tegevusi.

Käesoleva uurimistöö tulemusena oli suhtlemisel tugev positiivne seos vastastikuse toetuse ja olukorra jälgimise vahel. Mida enam tunnetati teineteise vajadusi, seda edukamalt meeskond toimis ( $r = 0,65$ ,  $p < 0,001$ ) ning mida enam personal õigeaegselt olulist informatsiooni omavahel vahetas, seda enam parandasid nad üksteise vigu, veendumaks, et protseduure korralikult jälgitaks ( $r = 0,59$ ,  $p < 0,001$ ). Varasema uurimistöö tulemusena kirjeldati samuti tugevaimat seost olukorra jälgimise ja vastastikuse toetuse vahel (Keebler jt 2014). Ballangrud jt (2017) kirjeldas enda uurimistöö tulemusena kõige tugevamat seost just suhtlemise ja meeskonnatöö toimimise vahel kuid tugev oli seos ka vastastikuse toetuse ja olukorra jälgimise vahel. Võib järeldada, et kõige enam mõjutab teiste meeskonnatöö komponentide hinnanguid just suhtlemine, vastastikune toetus ning olukorra jälgimine. Kuna suhtlemine on uurija arvates kõige alus siis kindlasti määrab see ära mil määral ülejäänud meeskonnatöö komponendid toimivad. Mida efektiivsem on suhtlemine seda paremini saab toimida ka üksteise toetamine olukordades, kus meeskonnaliikmed seda vajavad.

Varasemas uurimistöös on kirjeldatud, et õed, kes olid vanemad kui 40 eluaastat, hindasid meeskonnatööd kõrgemalt kui nooremad õed (Hwang ja Ahn 2015). Käesolevas uurimistöös puudusid seosed antud hinnangutega kõigis meeskonnatöö komponentides vanuse, hariduse, töökoormuse ja õena töötatud aastate vahel. Selgus, et kõige enam mõjutas meeskonnatööle antud hinnanguid rahvus. Iga meeskonnatöö komponent sai muu rahvuse poolt keskmise kõrgema hinnangu kui eestlaste poolt. Erinevused rahvuste hinnangute vahel võivad tuleneda kultuurilistest iseärasustest. Muu rahvuse uuritavad võivad omada teisi väärtushinnanguid, mis kujundavad nende arvamusi. Olulisemaks võidakse pidada näiteks perekonda ja lähisuhteid ning töökeskkonnas toimuvaga ollakse leplikumad. Olulist rolli mängis antud hinnangutele ka teise

töökoha olemasolu. Uuritavad, kes töötasid lisaks EMOle ka muus üksuses, hindasid kõiki meeskonnatöö komponente madalamalt kui need, kes ainult uuritavas EMOs töötasid (v.a vastastikune toetus). Uuritavatel võib olla seoses teise töökohaga võrdlusmoment ning teise töökoha meeskonnatööga ollakse rohkem rahul. Hinnangute kujunemisel võib olulist rolli mängida ka see, et uuritavad, kes ei tööta täiskohaga EMOs ei mõista meeskonnatöö olemust uuritavas osakonnas ning nad ei pruugi end meeskonnaliikmena tunda. Õed, kes töötavad suurema koormusega võivad olla ülekoormatud, ei süvene põhjalikult meeskonnatöösse ning töö käiakse pigem teenistuse mitte missioonitunde tõttu. Käesoleva uurimistöö tulemusena selgus, et kauem kui 11 aastat EMOs töötanud uuritavate keskmine hinnang meeskonnatöö toimimisele oli oluliselt kõrgem kui alla 3 aasta töötanud uuritavate keskmine hinnang. Sarver (2019) kirjeldas enda uurimistöös seda, et õed, kes on töötanud uuritavas osakonnas kauem hindasid meeskonnatööd kõrgemalt kui need, kes olid osakonnas lühemat aega töötanud. Antud tulemus võib olla tingitud sellest, et uuritavad, kes on EMOs kauem töötanud, tunnevad erakorralise meditsiini valdkonda hästi ning on teadlikud meeskonnatöö toimimisest, rollide jaotusest ja nendega kaasnevast vastutusest meeskonnas. Neile on selgemad osakonna ning meeskonna eesmärgid.

## **6.2. Eetilised aspektid**

Uurimistöö läbiviimiseks taotleti kooskõlastused kõigist uurimiskeskmondadest ja Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komiteelt. Küsimustiku kasutamiseks ning tõlkimiseks saadi luba organisatsioonilt, kes seda haldas. Küsimustik tõlgiti tõlkija ja juhendajatega konsulteerides ning tõlke õigsuse kinnitas meditsiinalaste tekstide tõlkimise kogemusega tõlkebüroo.

Potentsiaalsete uuritavate poole pöördudes (kutse uurimistöös osalemiseks) teavitati neid uurimistöö eesmärgist ja meetodikast, anonüümsuse tagamisest ning osalemise vabatahtlikkusest. Kahes uurimiskeskonnas viidi selleks läbi infotund, mis tagas õdede informeerituse. Kolmanda uurimiskeskonnaga sobivat aega leida ei õnnestunud. Selles uurimiskeskonnas töötanud õed said informatsiooni uurimistöö toimumise kohta õendusjuhilt. Samuti oli kutse uurimistöös osalemiseks personali puhketoa infotahvilil ning töötajad said e-posti teel kirja, kus oli kogu oluline informatsioon esitatud.

Kutse saanud õdedel ja abiõdedel ei olnud kohustust uurimistöös osalemiseks, neil oli õigus valida, kas nad vastavad küsimustikule või mitte. Samuti oli uuritaval õigus vastamine pooleli jätta ning uurimistöös osalemisest loobuda. Uuritavate anonüümsuse tagas elektroonne küsimustik, mille põhjal polnud võimalik vastanut tuvastada. Küsimuste tekkimise korral said uuritavad uurijaga

ühendust võtta, kuna nii infotahvlitele paigaldatud uurimistöö kutsetel kui ka küsimustiku pöördumises oli kirjas uurija e-posti aadress ja telefoninumber. Uurimistöö käigus võttis uurijaga ühendust üks uuritav e-kirja teel, et üle täpsustada, kes on rakenduskõrgharidusega eriõde.

### **6.3. Uurimistöö usaldusväarsuse tagamine ja kitsaskohad**

Uurimistöö valiidsus ja reliaablus tagati sobivate uuritavate ja usaldusväärse küsimustiku kasutamise (Keebler jt 2014, Ballangrud jt 2017). Töös kasutati ainult tõendus põhiseid materjale ning kõigile kasutatud allikatele viidati nõuetekohaselt. Kõik kasutatud allikad on esitatud uurimistöö kasutatud kirjanduse loetelus. Andmete kogumisprotsess ning nende sisestamine andmebaasi oli korrektne. Andmeid kontrolliti korduvalt, et võimalikke vigu tuvastada. Andmed analüüsiti kasutades vaid põhjendatud meetodeid ning uurimistöö käigus saadud tulemusi esitati sellisena nagu need saadi. Uurimistöös on põhjalikult kirjeldatud andmekogumise, andmebaasi loomise ja andmete analüüsimise protsessi. Loodud andmebaas on salvestatud uurimistöö autori isiklikku, parooliga kaitstud arvutisse. Peale uurimistöö avaldamist kogutud andmestik kustutatakse. Uurimistöö tulemused on esitatud üldistatud kujul. Pärast uurimistöö kaitsmist avaldatakse töö Tartu Ülikooli elektroonilises veebikeskkonnas DSpace, kus on kõigil võimalik uurimistööga tutvuda.

Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada EMO õdede ja abiõdede hinnanguid osakonna meeskonnatöö erinevatele komponentidele, hinnangute omavahelisi seoseid ja seoseid uuritavate taustamuutujatega. Tutvudes kirjandusega selgus, et kirjandust just EMO õdede hinnangutest meeskonnatööle leidub vähe ning see raskendas oluliselt tulemuste võrdlemist. Teaduslikus taustas on seetõttu kirjeldatud ka uurimistöid, kus on esitatud teistes osakondades töötavate õdede hinnanguid. Antud asjaolu tegi tulemuste võrdlemine raskemaks, sest puudusid uuringud just EMOde kohta. Selleks, et nähtust uurima hakata otsis töö autor sobilikku küsimustikku. Tutvuti mitmete küsimustikega ning sobilikuks osutus T-TPQ küsimustik. Leidus uurimistöid, kus oli õdede hinnanguid kogutud just T-TPQ küsimustikuga ning tulemusi oli võimalik omavahel võrrelda (Castner jt 2012, Hwang ja Ahn 2015, Ballangrud jt 2017, Enzinger 2017).

Uurimistöö viidi läbi kolmes erineva haiglaliigiga Eesti EMOs. Algselt oli uurijal plaan kaasata kõik Eesti EMOd, kuid uurimistööga alustades tundus see olevat magistratöö raames liialt mahukas. Valitud kolmes EMOs töötas uurimistöö läbiviimise hetkel 93 õde (vastamismäär 52%). Vastamismäär üle 50% on aktsepteeritav kuid liiga väike valimi suurus ei võimalda teha üldistusi kogu populatsioonile (Gray jt 2017). Hilisema analüüsi käigus selgus, et üldistuste tegemine ei ole



võimalik, kuid tulemused annavad ülevaate hetkeolukorrast ja uuritavate hinnangutest. Küsimustikku saab edaspidi Eesti tingimustes kasutada kuna käesolevas uurimistöös sai küsimustik testitud. Uurimistöö kitsaskohana võib välja tuua väikse valimi suuruse. Autor arvab, et tulemused oleksid olnud esinduslikumad, kui igast haiglaliigist oleks olnud valitud vähemalt kaks EMO. Uurimistöö kitsaskohaks võib pidada ka seda, et kaasatud olid vaid õed ja abiõed. Uuritavatena oleks võinud kaasata kõik meeskonnaliikmed, sealhulgas arstid, hooldustöötajad ja teised erialaspetsialistid, kuna see oleks võimaldanud teada saada tervikliku hinnangu EMO meeskonnatööl. Vastamismäära võis mõjutada pikk uurimisperiod. Lühema aja jooksul saadetud meeldetuletuskirjad oleksid võinud uuritavates rohkem huvi tekitada.

Andmete kogumise protsess oli väljakutset pakkuv, kuna uuritavate värbamine oli arvatust raskem. Uuritavate värbamisel kasutati õendusjuhtide abi. Kahes uurimiskeskonnas viidi läbi infotund, kuid sellel osales vaid teatud osa töötajatest. Kolmanda uurimiskeskonnaga ühist sobivat aega ei leitud. Selles uurimiskeskonnas töötanud õed said informatsiooni uurimistöö toimumise kohta õendusjuhilt. Samuti oli kutse uurimistöösse paigaldatud personali puhketoa infotahvlile ning töötajad said lisaks kutse e-posti teel, kus oli kogu oluline informatsioon esitatud. Uuritavatel, kes infotunnis ei osalenud, oli võimalus saada informatsiooni õendusjuhtide käest kuid üleskutse uurimistöös osalemiseks võis muu olulise informatsiooni seas kaduma minna. Osa uurimisperiodist langes suveajale, mil osa töötajatest võisid olla puhkusel ning töömeilile saadetud kirju ei loetud. Võimalik, et nimetatud kitsaskohta oleks saanud vältida korduva uurimistöö tutvustamise ja selgitustööga uurimiskeskondades. Jõutud oleks rohkemate õdede ja abiõdedeni ning huvi uurimistöös osalemiseks oleks suurenenud.

Uurimistöö autor ei tea, kas uurimistöös osalemist võis mõjutada küsimustiku keel. Uurimistöö autor otsustas kasutada ainult eestikeelset küsimustikku, kuna eeldati, et uuritavad oskavad piisavalt hästi eesti keelt. Uurimistöö viidi läbi elektroonse küsimustikuna. Interneti küsimustiku eeliseks on see, et vastaja saab valida sobiva aja ja koha küsimustiku täitmiseks. Võimalik oli vastata ka mobiiltelefonis. Puuduseks interneti keskkonnal võib olla internetiühenduse kättesaadavus, samuti võis esineda töökohaga seotud e-posti aadresside mittekasutamist. Samuti võis uuritavate seas olla isikuid, kel puudus piisav interneti ning arvuti kasutamise oskus. Elektroonsete küsimustike puhul võib miinuseks olla ka see, et puudub isiklik kontakt uuritavatega ning sellest tulenevalt võib olla madalam vastamismäär. Käesolevas uurimistöös oleks võinud uurimistöö läbiviimiseks kasutada lisaks ka paberandjal küsimustikke, kuna see oleks võinud suurendada vastamismäära.

Küsitlusega kogutavate taustaandmete hulgas küsiti ka uuritava haridustaset. Kuna uurimistöös võisid osaleda ka abiõed siis puudus küsimustikus neile sobiv vastusevariant. Tegemist on kitsaskohaga, mis oleks võinud uurimistöö vastamismäära mõjutada, kuid mitte oluliselt. Kuna aga uurimistöö läbiviimise hetkel töötas uuritavates EMODEs kokku vaid kolm abiõde ning küsimustikule vastas neist kaks, ei kahandanud see puudujääk uuritavate arvu olulisel määral. Üheks võimalikuks kitsaskohaks võib pidada juhtimise komponendi väidete selgust uuritavate seas. Otsese juhina võisid uuritavad mõelda konkreetsete situatsioonide juhte, mitte otseseid juhte, kelleks on osakonna ja organisatsiooni juhid. Küsimustiku dimensioonide *Crohnbaichi alfa* väärtused jäid vahemikku 0,7–0,93. Üle 0,7 jäävad väärtused on head sisemise kooskõla näitajad, kuid väikene vastamismäär võib antud tulemusi mõjutada (Taber 2018). *Crohnbaichi alfa* väärtused oleksid usaldusväärsemad juhul kui uurimistööd korrata suurema valimiga.

#### **6.4. Tulemuste olulisus, rakendatavus ja uued uurimisprobleemid**

Käesoleva uurimistöö tulemused on õendusteaduse arendamise seisukohast olulised. Uurimistöö käigus kaardistati EMO õdede ja abiõdede hinnangud meeskonnatööst ning tulemused juhivad tähelepanu sellele, et meeskonnatöös esineb mõningaid probleeme. Probleemide teadvustamise ja lahendamise läbi on võimalik meeskonnatööd arendada. Selleks, et EMOde meeskonnatööd paremini kaardistada oleks vajalik läbi viia uurimistöö suurema valimiga mõne aja möödudes, kaasates Eesti teisi regioone ja seal tervishoiuteenust osutavaid haiglaid.

Uuritavate poolt antud hinnangud saavad olla aluseks meeskonnatöö koolituste planeerimisel. Seeläbi on võimalik selgitada nii õdedele kui ka abiõdedele meeskonnatöö olulisust ning selle funktsioneerimise põhitõdesid. Siinkohal ei tohiks unustada ka teisi tervishoiutöötajaid, kes efektiivse meeskonnatöö toimimises samuti osalevad. Autorile teadaolevalt korraldatakse meeskonnatööga seonduvaid koolitusi EMODEs vähe. Piirkondlikes haiglates toimub koolitusi rohkem, kuid on oluline, et kõigi EMOde personali koolitavuse tase oleks sama. On oluline luua koolitusi, mis tugineks meeskonnatöö komponentidele, mis käesolevas uurimistöös said uuritavate poolt madalaimad hinnangud. Tulemustele tuginedes saavad õendusjuhid planeerida töötajatele koolitusi hetkel saadaolevatest koolitustest ning võimalusel leida väljaspoolt asutust just selle teemalisi koolitusi, milles uuritavad kitsaskohti nägid. Ka õendusjuhid ise peaksid meeskonnatöö koolitustel osalema. Käesoleva uurimistöö käigus kasutati küsimustikku ainult meeskonnatöö hindamiseks ning koolitusi läbi ei viidud, kuid ühe võimalusena saab läbida TeamSTEPPSi koolitusprogrammi veebis. Koolitajalitsentsi omandanuna oleks võimalik koolitada personali ning seeläbi arendada meeskonnatööd valdkondades, kus seda vajatakse. Ühtset meeskonnatööd

soodustaks ka ühine triaazisüsteem, mille arendamise üheks võimaluseks oleks TeamSTEPPS. Lisaks koolitustele tuleks võimaldada ka muid arendustegevusi (näiteks debriefinguid, simulatsioonikoolitused jne), mis meeskonnatöö toimimist tõhustaksid.

Uurimistöö tulemustest saab järeldada, et juhtimine kui meeskonnatöö komponent on uuritavate poolt kõige madalamalt hinnatud. Ka välismaal tehtud uurimistööde tulemustena hinnati just juhtimist madalamalt kui teisi meeskonnatöö komponente (Castner jt 2012, Hwang ja Ahn 2015). Juhid võiksid kriitiliselt hinnata oma juhtimisstiili ning teha sellest järeldusi, kuna see võib personali omavahelise meeskonnatöö sujuvamaks muuta. Õed tunnevad käesoleva uurimistöö tulemusena kõige enam puudus sellest, et patsientide käsitlemiseks ei koostata plaani ning peale erinevaid sündmusi ei võimaldata nende üle arutlemist. Juhid on oma käitumise ning väljaöelduga eeskujuks töötajatele, mistõttu on oluline, et ennast ning enda tööd kriitiliselt hinnataks. Ka uurimistöö tulemustena selgus, et juhid ei ole meeskonnatöö toimimise osas alati eeskujuks ning tekkinud konfliktide lahendamine ei ole pigem edukas.

Efektivse meeskonnatöö abil saame parandada patsientide tervisetulemeid ja tagada patsiendiohutuse. T-TPQ küsimustikuga hinnanguid kogudes saab teada meeskonnatöö kitsaskohad ning neid parandades (erinevad sekkumised) muutub ravi patsientidele ohutumaks. On oluline, et patsientidele tagatakse parim võimalik ravi ilma ravivigade tekkimiseta ning üks võimalik viis nende vältimiseks on meeskonnatöö süstemaatiline arendamine. Üha enam peab pöörama tähelepanu ka patsiendi- ja perekesksusele ning oluline on silmas pidada, et meeskonnatöösse oleks kaasatud nii patsiendid kui ka nende lähedased. Käesoleva uurimistöö tulemusena selgus, et enamus uuritavatest nõustus sellega, et patsientidele ja nende lähedastele antakse informatsiooni arusaadavates terminites ning neile antakse piisavalt aega küsimuste esitamiseks. Küll aga leidis neid vastanuid, kes väidetega nõus polnud, mis tähendab, et uuritavatel oli vastupidine kogemus. Patsiendile abi pakkudes peab aga lähtuma just nende vajadustest ning võimalusel ka soovidest. Erinevatesse otsuste langetamise protsessidesse tuleks võimalusel kaasata peale patsientide ka nende lähedased just sel määral, kuidas EMO töökorraldus seda võimaldab.

Kuna hinnanguid meeskonnatööle on Eestis vähe uuritud, siis ühe võimalusena saab tulevikus uurida ka teisi osakondi lisaks EMODEle. Oluline on uurida ka teiste kutsealade esindajaid, sest see tagaks tervikliku hinnangu EMO meeskonnatööle. Käesolevas uurimistöös kasutatud küsimustikku on varasemalt valideeritud ja seda on mujal maailmas palju kasutatud. Käesolevas uurimistöös kasutati küsimustikku eesti keelde tõlgituna esimest korda, kuid moodustades suurema valimi on võimalik seda küsimustikku kasutada teiste tervishoiutöötajate ja osakondade hinnangute väljaselgitamiseks. Pärast erinevate koolituste ja arendustegevuste elluviimist EMODEs võiks sama küsimustikuga teha kordusküsitlusi, et võimalikke muutusi hinnata.

## 7. JÄRELDUSED

Õdede ja abiõdede hinnanguil toimib meeskond nende osakondades rahuldavalt. Enamus uuritavatest olid arvamusel, et iga meeskonnaliige peaks oma tegude eest ise vastutama. Ühtlasi hinnati toimivaks ka kiiret informatsioonivahetust osakonna töötajate vahel selleks, et patsientidega otseselt tegelev meeskond jõuaks aegsasti otsuseid langetada. Samas, uuritavad arvasid, et osakonnad, kus nad töötavad, ei toimi alati edukalt. Meeskonna edukaks toimimiseks on vaja teadmisi meeskonnatöö olemusest ja eesmärkidest, mida on võimalik omandada koolituste ja osakonna koosolekute abil.

Uuritavate hinnanguil on kõige suurema arenguvajadusega meeskonnatöö komponentidest juhtimine. Pooled uuritavad olid arvamusel, et nende otsene juht võtab patsiendi käsitlust puutuvates küsimustes personali arvamust arvesse. Küll aga arvasid pooled uuritavatest, et nende otsene juht ei kohtu personaliga patsiendi käsitluseks vajamineva plaani koostamiseks ning pärast igat sündmust meeskonna toimivuse üle arutlemiseks. Juhid peaksid leidma regulaarselt aja, et arutleda sündmuste üle, mis meeskonnaliikmete hinnangul vajalikud oleksid. Juhtumispõhised süsteemsed arutelud ja rühmasupervisioon on vajalikud meeskonna efektiivsema toimimise tagamiseks.

Edukaks meeskonnatöökaks on vajalik pidev olukorra jälgimine, kuna see tagab meeskonnatöö sujuva ning probleemideta toimimise. Enamus uuritavatest oli arvamusel, et personal jagab omavahel informatsiooni võimalike probleemide osas. Leidus uuritavaid, kes arvasid, et meeskonnaliikmed ei kohtu alati patsiendi käsitlust puutuvate eesmärkide ümberhindamiseks juhul kui muutuvad tingimused seoses situatsiooniga. Sellest võib järeldada, et uuritavad vajavad arutelusid, kus käsitletakse erinevate olukordade eesmärke ja tööülesandeid ning oluline on neid kohandada vastavalt sellele, kuidas tekkinud situatsioonid seda nõuavad.

Enamus uuritavatest olid arvamusel, et meeskonnaliikmed hoiatavad teineteist ohtlike olukordade eest ning meeskonnaliikmed aitavad üksteist kõrge töökoormus ajal. Uuritavad arvasid, et meeskonnaliikmed ei seisa alati patsientide huvide eest juhul kui nende arvamus läheb vastuollu vanema meeskonnaliikme arvamusega. EMOs töötades on vajalik vastastikune toetus, kuna see soodustab töökoormuse võrdset jaotumist, õdede rahulolu töökeskkonnaga, kvaliteetsema tervishoiuteenuse pakkumist ja vähendab ravivigade tekkimist.

Suhtlemist peeti õdede ja abiõdede hinnangul kõige paremini toimivaks meeskonnatöö komponendiks. Enamus uuritavatest nõustusid, et meeskonnaliikmed kasutavad omavahel suhtlemiseks üksteisele mõistetavat terminoloogiat ja patsientide üleandmisel järgitakse kokkulepitud nõuetele vastavat informatsioonijagamise meetodit. Sellest võib järeldada, et erinevate erialaspetsialistide vahel peab toimuma efektiivne ja õigeaegne informatsiooni vahetus, kuna see tagab patsientide ja nende lähedastele ohutuse ja rahulolu saadud teenusega. Samuti on see oluline töötajate rahulolu tagamisel ja säilitamisel.

Kõige enam mõjutas teiste meeskonnatöö komponentide hinnanguid just suhtlemine, vastastikune toetus ning olukorra jälgimine. Muust rahvusest uuritavate keskmine hinnang meeskonnatööle oli kõrgem kui keskmine hinnang eestlaste poolt. Uuritavad, kes töötasid lisaks EMOLE ka muus üksuses, hindasid kõiki meeskonnatöö komponente madalamalt kui need, kes ainult uuritavas EMOs töötasid, v.a vastastikune toetus. Meeskonnatöö toimimist hindasid kõrgemalt need, kes olid EMOs kauem töötanud.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Agency for Healthcare Research and Quality. (2010). TeamSTEPPS Teamwork Perceptions Questionnaire Manual. American Institutes for Research. (12.12.19)

Ahwal, S., Arora, S. (2015). Workplace Stress for Nurses in Emergency Department. *International Journal of Emergency & Trauma Nursing*, 1(2): 17-21.

Atwal, A., Caldwell, K. (2006). Nurses perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6): 359-365.

Azuri, P., Haron, Y., Riba, S. (2013). Israeli emergency department nurses' attitudes to an extension of their role and powers. *Journal of Clinical Nursing*, 23(2): 261-267.

Ballangrud, R., Husebo, S.E., Hall-Lord, M.L. (2017). Cross-cultural validation and psychometric testing of the Norwegian version of the TeamSTEPPS teamwork and perceptions questionnaire. *BMC Health Services Research*, 17(1): 1-10.

Burns, N., Grove, S.K. (2009). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (6th Ed.). St. Louis, Elsevier Saunders.

Bruning, P., Baghurst, T. (2013). The relationship between teamwork and empowerment to patient satisfaction in orthopedic settings: An exploratory study. *American Journal of Health Research*, 1 (3): 86-94.

Castner, J., Foltz-Ramos, K., Schwartz, D.G., Ceravolo, D.J. (2012). A Leadership Challenge. Staff Nurse Perceptions After an Organizational TeamSTEPPS Initiative. *The Journal of Nursing Administration*, 42(10): 467-472.

Chang, W-J., Ma, J-C., Chiu, H-T., Lin, K-C., Pi-Chia, L. (2009). Job satisfaction and perception of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9): 1946-1955.

Chamberland, C., Hodgetts, H., Kramer, C., Breton, E. (2018). The critical nature of debriefing in high-fidelity simulation-based training for improving team communication in emergency resuscitation. *Applied Cognitive Psychology*, 32(6): 727-738.

Cioffi, J., Ferguson, L. (2009). Team nursing in acute care settings: Nurses' experiences. *Contemporary Nurse*, 33(1): 2-12.

Deering, S., Johnston, L.C., Colacchio, K. (2011). Multidisciplinary Teamwork and Communication Training. *Seminars in Perinatology*, 35(2): 89-96.

Enzinger, I. H. (2017). Teamwork Perceptions of Nurses and Nursing Assistants in a Community Hospital. Walden Dissertations and Doctoral Studies. Walden University. USA.

Erakorralise meditsiini eriala arengukava aastani 2020. (2012). Eesti Sotsiaalministeerium. [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/Arstide\\_erialade\\_arengukavad/erakorralise\\_meditsiini\\_arengukava.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/Arstide_erialade_arengukavad/erakorralise_meditsiini_arengukava.pdf) (11.12.19)

Gray, J.R, Grove, S.K., Sutherland, S. (2017). The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence (8th Ed.). St. Louis, Elsevier Saunders.

Hamaideh, S.S., Ammouri, A. (2011). Comparing Jordanian nurses job stressor in stressful and non-stressful clinical areas. *Contemporary Nurse*, 37(2): 173-187.

Hwang, J-I., Ahn, J. (2015). Teamwork and Clinical Error Reporting among Nurses in Korean Hospitals. *Asian Nursing Research*, 9(1): 14-20.

Janvest, K. (2010). Arstide ja õdede suhtumine omavahelisse koostöösse eesti piirkondlike haiglate kirurgiakliinikutes. Magistritöö õendusteadustes. Tartu Ülikool. Tartu.

Juhend triaazi teostamiseks Eesti erakorralise meditsiini osakondades. (2014). Eesti Sotsiaalministeerium. [https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/lisa26\\_Juhend\\_triaa%C5%BEi\\_teostamiseks\\_Eesti\\_erakorralise\\_meditsiini\\_osakondades\\_nov\\_2014.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/lisa26_Juhend_triaa%C5%BEi_teostamiseks_Eesti_erakorralise_meditsiini_osakondades_nov_2014.pdf) (10.02.20)



- Kaissi, A., Johnson, T., Kirschbaum, M.S. (2003). Measuring teamwork and patient safety attitudes of High- Risk Areas. *Nursing Economics*, 21(5): 211-218.
- Kalisch, B.J., Curley, M., Stefanov, S. (2007). An Intervention to Enhance Nursing Staff Teamwork and Engagement. *The Journal of Nursing Administration*, 37(2): 77-84.
- Kalisch, B.J., Lee, H., Rochman, M. (2010). Nursing staff teamwork and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 18(8): 938-947.
- Keebler, J.R., Dietz, A.S., Lazzara, E.H., Benishek, L.E., Almeida, S.A., Toor, P.A., King, H.B., Salas, E. (2014). Validation of a teamwork perceptions measure to increase patient safety. *BMJ Quality & Safety*, 23(9): 718-726.
- Khademian, Z., Sharif, F., Abbasi, H. R. (2013). Teamwork improvement in emergency trauma department. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(4): 333-339.
- Borrill, C., West, A.M., Shapiro, D., Rees, A. (2000). Team working and effectiveness in health care. *British Journal of Health Care Management*, 6(8): 331-372.
- Manser, T. (2008). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Anaesthesiologica Scandinavica*, 52(2): 143-151.
- Mickan, S. M. (2005). Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 29(2): 211-217.
- Mitchell, P., Wynia, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C.E., Rohrbach, V., Kohorn, I.V. (2012). Core Principles & Values of Effective Team- Based Health Care. National Academy of Medicine. 1-32
- Nathanson, B.H., Henneman, E.A., Blonaisz, E.R., Doubleday, N.D., Lusardi, P., Jodka, P. G. (2011). How much teamwork exist between nurses and junior doctors in the intensive care unit? *Journal of advanced nursing*, 67(8): 1817-1823.

O'Leary, K.J., Sehgal, N.L., Terrell, G., Williams, M.V. (2012). Interdisciplinary Teamwork in Hospitals: A Review and Practical Recommendations for Improvement. *Journal of Hospital Medicine*. 7(1): 48-54.

Paulin, A. (2011). Õdede ja arstide suhtumine nende omavahelist koostööd mõjutavatesse aspektidesse Eesti keskhaiglate sisehaiguste statsionaarsetes osakondades. Magistritöö õendusteaduses. Tartu Ülikool. Tartu.

Patsiendi käsitus erakorralise meditsiini osakonnas (EMOs). Patsiendiinfo. Tartu Ülikooli Kliinikum. [https://www.kliinikum.ee/pildid/patsiendile/poordumine\\_haiglaravile/EMO.pdf](https://www.kliinikum.ee/pildid/patsiendile/poordumine_haiglaravile/EMO.pdf) (27.01.2020)

Pun, J.K.H., Matthiessen, C.M.I.M., Slade, D. (2015). Factors affecting communication in emergency departments: doctors and nurses perceptions of communication in a trilingual ED in Hong Kong. *International Journal of Emergency Medicine*. 48(4): 1-12.

Rahu, K. (2013). Pereõdede ja perearstide suhtumine omavahelise koostöö aspektidesse Eesti perearstipraksises. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu

Rootalu, K. (2014). Statistilise andmeanalüüsi meetodid. Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas. <http://samm.ut.ee/kuidas-analüüside-kvantitatiivseid-andmeid> (12.02.2020)

Rose, S., Spinks, N., Canhoto, A-I. An Introduction to using Microsoft Excel for quantitative data analysis. *Management Research: Applying the Principle*, 1-10.

Ruesseler, M., Weinlich, M., Müller. M.P., Byhahn, C. (2012). Simulation training improves ability to manage medical emergencies. *Postgraduate medical journal*, 27(10): 734-738.

Rämmer, A. (2014). Valimi moodustamine. Tartu Ülikool. <http://samm.ut.ee/valimid> (27.02.19)

Salmond, S. W., Echevarria, M. (2017). Healthcare Transformation and Changing Roles for Nursing. *Orthopaedic Nursing*, 36 (1): 12-25.

Santos, J.L.G.D., Lima, M.A.D.S., Pestana, A.L., Colome, I.C.D.D, Erdmann, A. L. (2016). Strategies used by nurses to promote teamwork in a emergency room. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 37(1): 1-7.

Sarver, W.L. (2019). Investigating the relationship between nursing unit educational composition, teamwork and missed nursing care. Kent State University College of Nursing. Ohio.

Sinisalu, V. (2008). Muudatused haiglaliikide nõuetes. *Eesti Arst*, 87(3): 170-172.

Souza, G.C., Peduzzi, M., Silva, J.A.M., Carvalho, B.G. (2016). Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? *Journal of School of Nursing*, 50(4): 640-647.

Taber, K.S. (2018). The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education*, 48: 1273-1296.

Terviseameti register. <http://mveeb.sm.ee/Tervishoiutootajad/> (25.04.2020)

Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja - uuringute andmebaas. <http://www.tai.ee/et/terviseandmed/tervisestatistika-ja-uuringute-andmebaas> (03.02.2019)

Tervishoiu valdkonna soovituslikud ametinimetused. (2011). [http://www.ena.ee/images/KUTSE ARENG/Tervishoiu\\_valdkonna\\_sovituslikud\\_ametinimetused.pdf](http://www.ena.ee/images/KUTSE ARENG/Tervishoiu_valdkonna_sovituslikud_ametinimetused.pdf) (13.03.2019)

Thomas E.J., Sexton, J.B., Helmreich, R.L. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical Care Medicine*, 31(3): 956-959.

Ukkonen, M., Jämsen, E., Zeitlin, R., Pauniahho, S-L. (2019). Emergency department visits in older patients: a population-based survey. *BMC Emergency Medicine*, 19(20): 1-8

Vasli, P., Dehghan-Neyeri, N. (2015). Emergency nurses experience of crises: A qualitative study. *Japan Journal of Nursing Science*, 13(1): 55-64.

While, A. Barriball, K.L. (1999). Qualified and unqualified nurses views of multidisciplinary team: findings of large interview study. *Journal of Interprofessional Care*, 13(1): 77-89.

World Health Organization. (2008). Emergency Medical Services Systems in the European Union. Directorate-General for Health & Consumers. 1-69.

Õunapuu, L. (2012). Valimid kvantitatiivsetes ja kvalitatiivsetes uurimustes. Tartu Ülikool.

Yuwanich, N., Sandmark, H., Akhavan, S. (2015). Emergency department nurses' experiences of occupational stress: A qualitative study from public hospital in Bangkok, Thailand. *Impacting the World of Science*, 53(4): 885-897.

## LISAD

### Lisa 1. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus

#### Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

---

Tartu Ülikool tel 737 6215

Grandikeskus e-post [etikakomitee@ut.ee](mailto:etikakomitee@ut.ee)

Lossi 3 [www.ut.ee/teadus/etikakomitee](http://www.ut.ee/teadus/etikakomitee)

51003 Tartu

**Protokolli number: 287/T-3 koosolek: 19.11.2018**

**Komitee koosseis:**

**Esimees**

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

**Aseesimees**

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

**Liikmed**

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.

Oivi Uiho. Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, lastegastroenteroloogia dotsent.

Vahur Ööpik Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, spordifüsioloogia professor.

**Otsus: Kooskõlastada uurimistöö.**

**Uurimistöö nimetus:**

Erakorralise meditsiini osakondade õdede hinnangud meeskonnatööl: küsitlusuuringus

**Vastutav uurija (asutus):**

**Ere Uibu** (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut)

**Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:**

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, 10.12.2018

2. Teamwork Perceptions Questionnaire (T-TPQ) (Agency for Healthcare Research and Quality 2010)

3. Kutse uurimistöös osalemiseks

4. Küsimustik

5. Prooviuuringuse lisaküsimused

6. Uuringu läbiviijate CVd (E. Uibu, J. Demidenko, S. Sulev)

**Uurimistöö lõpp: 31.03.2020**

**Komitee esimees:** Kadri Tamme /allkirjastatud digitaalselt/ Komitee sekretär: Kaire Kallak /allkirjastatud digitaalselt/

**Väljastatud:** /viimase digitaalallkirja kuupäev/

## Lisa 2. Luba küsimustiku autorilt



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Agency for Healthcare  
Research and Quality

5600 Fishers Lane  
Rockville, MD 20857  
www.ahrq.gov

December 15, 2017

Sandra Sulev  
MSN student  
Univ. of Tartu  
Tartu, ESTONIA

Dear Ms. Sulev:

This letter constitutes formal permission from the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) for you to translate the TeamSTEPPS® 2.0 Teamwork Perceptions Questionnaire (T-TPQ) into Estonian for use in your Master's research. We do ask that you include at the bottom of each questionnaire, "Translated with permission of the United States Agency for Healthcare Research and Quality."

We also ask that proper credit be given in your Master's thesis and any professional publications that may arise from it. (However, reprinting the English original in a professional journal or monograph will require another permission from AHRQ, specific to that journal.) The suggested reference citation for the tool is:

"Teamwork Perceptions Questionnaire (T-TPQ)." *Team Strategies & Tools to Enhance Performance & Patient Safety (TeamSTEPPS®) 2.0*. Agency for Healthcare Research and Quality; Rockville, MD. December 2012. <https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/index.html>

You also have permission to print a limited number of copies of the English-language T-TPQ User's Manual, for yourself, your thesis committee, and any persons helping you conduct the research.

If you have technical questions about the use of the T-TPQ, I will be glad to direct you to a TeamSTEPPS® technical expert.

Sincerely,

David I. Lewin, M.Phil.  
Health Communications Specialist/Manager of Copyrights & Permissions  
Office of Communications  
Agency for Healthcare Research and Quality  
5600 Fishers Lane  
Room # 07N58D / Mail Stop # 07N94A  
Rockville, MD 20857 USA

Email: [David.Lewin@ahrq.hhs.gov](mailto:David.Lewin@ahrq.hhs.gov)  
Phone: +1 301-427-1895  
Fax: +1 301-427-1783

### **Lisa 3. Magistritöös kasutatud küsimustik**

#### **Lugupeetud erakorralise meditsiini osakonna õde!**

Kutsun teid osalema uurimistöös „Erakorralise meditsiini osakonna õdede hinnangud osakonna meeskonnatööl: küsitlusuurimus“. Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada EMO õdede hinnanguid oma osakonna meeskonnatööl ja selgitada antud hinnangute seoseid õdede taustamuutujatega. Oluline on teada saada, kas meeskonnatöös esineb probleeme, millised need on ning mis on nende probleemide põhjustajad. Probleemide olemasolu hinnates ning nende tulemuste põhjal paranduste ja muudatuste tegemisel saab parandada töökeskkonda, arendada meeskonnatööd ning seeläbi ka patsientide ravitulemusi.

- Uurimistöös osalemine on vabatahtlik.
- Uurimistöö tulemused esitatakse üldistaval kujul ning sellega tagatakse anonüümsus ja konfidentsiaalsus.
- Peale uurimistöö valmimist hävitatakse kogutud andmed.

Urija on valmis vastama tekkinud küsimustele. Uurimistöö arvatav valmimisaeg on 2020 aasta jaanuar, pärast mida on võimalik saada tagasisidet ja tutvuda uurimistöö tulemustega. Uurimistöö läbiviimiseks on saadud luba Tartu Ülikooli inimuuringu eetikakomiteelt.

Uurimistöös osalemiseks palun Teil vastata küsimustele, mis koosnevad 35st põhiküsimusest ja 10st taustaandmeid puudutavast küsimusest. Taustaandmeid täites kirjutage vastus joonele või tõmmake õigele vastusele ring ümber. Põhiküsimustikku täites valige endale kõige sobivam variant viie vastusevariandi seast: nõustun täielikult, pigem nõustun, neutraalne, pigem ei nõustu, ei nõustu üldse. Küsimustiku täitmine võtab aega orienteeruvalt 30 minutit. Palun vastake kõikidele küsimustele.

Tänades ja meeldivat koostööd soovides,

Sandra Sulev,

Õendusteaduste magistrant

Tartu Ülikool, Nooruse 9, 50411

Tel. 53 493 063

e-post: sandrasulev@gmail.com

## Taustaandmed

1. Teie vanus \_\_\_\_\_
2. Teie sugu
  - 1) Naine
  - 2) Mees
3. Rahvus \_\_\_\_\_
4. Kellena töötate osakonnas?
  - 1) Õde
  - 2) Abiõde
5. Teie haridustase
  - 1) Keskeriharidus
  - 2) Rakenduskõrgharidus
  - 3) Rakenduskõrghariduse eriõde
  - 4) Magistriharidus
6. Mitu aastat olete te õena töötanud?
  - 1) <3
  - 2) 3-5
  - 3) 6-10
  - 4) >11
7. Mitu aastat olete te töötanud antud EMOs?
  - 1) <3
  - 2) 3-5
  - 3) 6-10
  - 4) > 11
8. Milline on teie töökoormus?
  - 1) 0,25
  - 2) 0,5
  - 3) 0,75
  - 4) 1,0
  - 5) \_\_\_\_\_
9. Kas töötate lisaks ka mõnes teises üksuses/organisatsioonis?
  - 1) Jah
  - 2) Ei
10. Milline on haigla tüüp kus töötate?
  - 1) Piirkondlik haigla (SA Tartu Ülikooli Kliinikum)
  - 2) Keskhaigla (SA Ida-Viru Keskhaigla)
  - 3) Üldhaigla (AS Valga Haigla)



## Meeskonnatöö tunnetuse küsimustik (T-TPQ)

Palun vastake järgnevatele küsimustele, märkides (✓) sobivasse kastikesse.

<b>Meeskonnatöö toimimine</b>	<b>Nõustun täielikult</b>	<b>Pigem nõustun</b>	<b>Ei nõus ega mitterõus</b>	<b>Pigem ei nõustu</b>	<b>Ei nõustu üldse</b>
1. Meeskonnaliikmete oskused kattuvad piisavalt, nii et vajadusel on võimalik tööd omavahel jagada.					
2. Iga meeskonnaliige peab oma tegude eest vastutama.					
3. Minu osakonna töötajad jagavad informatsiooni piisavalt kiiresti, et patsiendiga otseselt tegelev meeskond jõuab aegsasti otsuseid langetada.					
4. Minu osakond on ressursside (nt meeskonnaliikmete, varustuse, tehnika, informatsiooni) kasutamise osas efektiivne.					
5. Iga meeskonnaliige mõistab oma rolli ja kohustusi.					
6. Minu osakonnal on selgelt väljendatud eesmärgid.					
7. Minu osakond toimib väga edukalt.					
<b>Juhtimine</b>	<b>Nõustun täielikult</b>	<b>Pigem nõustun</b>	<b>Ei nõus ega mitterõus</b>	<b>Pigem ei nõustu</b>	<b>Ei nõustu üldse</b>
8. Minu otsene juht võtab patsiendi käsitluse puutuvates küsimustes personali arvamust arvesse.					
9. Minu otsene juht võimaldab pärast iga sündmust meeskonna toimivuse üle arutlemise.					
10. Minu otsene juht võtab aega, et personaliga kohtuda ja patsiendi käsitlemiseks plaan koostada.					
11. Minu otsene juht tagab piisavate ressursside (nt meeskonnaliikmete, varustuse, tehnika, informatsiooni) kättesaadavuse.					
12. Minu otsene juht on konfliktide lahendamises edukas.					

13. Minu otsene juht näitab meeskonnatöö osas sobivat eeskujut.					
14. Minu otsene juht kindlustab selle, et meeskonnaliikmed on teadlikud patsiendi käsitlust mõjutada võivatest olukordadest ja muutustest.					
<b>Olukorra jälgimine</b>	<b>Nõustun täielikult</b>	<b>Pigem nõustun</b>	<b>Ei nõus ega mitterõus</b>	<b>Pigem ei nõustu</b>	<b>Ei nõustu üldse</b>
15. Meeskonnaliikmed tunnetavad edukalt teineteise vajadusi.					
16. Meeskonnaliikmed jälgivad üksteise tööd.					
17. Meeskonnaliikmed jagavad üksteisega uut informatsiooni kohe, kui see kättesaadavaks muutub.					
18. Meeskonnaliikmed otsivad pidevalt ümbruskonnast olulist informatsiooni.					
19. Personal jagab omavahel informatsiooni võimalike probleemide osas (nt patsientide vahetumine, vabade voodikohtade olemasolu).					
20. Kui situatsiooniga seotud tingimused muutuvad, siis saavad meeskonnaliikmed kokku, et patsiendi käsitluse eesmärke ümber hinnata.					
21. Meeskonnaliikmed parandavad üksteise vigu, veendumaks, et protseduure korralikult jälgitaks.					
<b>Vastastikune toetamine</b>	<b>Nõustun täielikult</b>	<b>Pigem nõustun</b>	<b>Ei nõus ega mitterõus</b>	<b>Pigem ei nõustu</b>	<b>Ei nõustu üldse</b>
22. Meeskonnaliikmed aitavad üksteist kõrge töökoormusega olukordades.					
23. Meeskonnaliikmed paluvad üksteiselt abi, kui tunnevad end ülekoormatuna.					
24. Meeskonnaliikmed hoiatavad teineteist potentsiaalselt ohtlike olukordade eest.					
25. Meeskonnaliikmed annavad üksteise suhtes tagasisidet viisil, mis soodustab positiivset suhtlemist ja muudatuste tegemist.					

26. Meeskonnaliikmed seisavad patsientide huvide eest isegi juhtudel, mil nende arvamus on vastuolus vanema meeskonnaliikme arvamusega.					
27. Kui meeskonnaliikmel on kahtlus patsiendi ohutuse suhtes, siis on ta valmis teistele vastu seisma, kuni ta on kindel, et tema murele on tähelepanu pööratud.					
28. Meeskonnaliikmed leiavad konfliktile lahenduse isegi juhtudel, mil konflikt muutub isiklikuks.					
<b>Suhtlemine</b>	<b>Nõustun täielikult</b>	<b>Pigem nõustun</b>	<b>Ei nõus ega mitterõus</b>	<b>Pigem ei nõustu</b>	<b>Ei nõustu üldse</b>
29. Patsiendi käsitlemisega seotud informatsiooni seletatakse patsientidele ja nende lähedastele kõigile osapooltele arusaadavates terminites.					
30. Personal vahetab olulist informatsiooni õigeaegselt.					
31. Patsientidega suhtlemisel annavad meeskonnaliikmed patsientidele piisavalt aega küsimuste esitamiseks.					
32. Meeskonnaliikmed kasutavad omavahel suhtlemiseks üksteisele mõistetavat terminoloogiat.					
33. Meeskonnaliikmed kinnitavad verbaalselt üksteiselt saadud informatsiooni.					
34. Patsientide üleandmisel järgib personal kokkulepitud nõuetele vastavat informatsioonijagamise meetodit.					
35. Meeskonnaliikmed otsivad informatsiooni kõigist kättesaadavatest allikatest.					

#### Lisa 4. Uuritavate jagunemine meeskonnatööl antud hinnangute järgi (n = 41)

Meeskonnatöö komponent/küsimused	n (%)				
	Nõustun täielikult	Pigem nõus	Ei nõus ega mitterõus	Pigem ei nõustu üldse	Ei nõustu üldse
<b>Meeskonna struktuur</b>					
1. Meeskonnaliikmete oskused kattuvad piisavalt, nii et vajadusel on võimalik tööd omavahel jagada	2 (5)	31 (76)	3 (7)	5 (12)	0 (0)
2. Iga meeskonnaliige peab oma tegude eest vastutama	29 (71)	12 (29)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
3. Minu osakonna töötajad jagavad informatsiooni piisavalt kiiresti, et patsiendiga otseselt tegelev meeskond jõuab aegsasti otsuseid langetada	2 (5)	32 (78)	5 (12)	2 (5)	0 (0)
4. Minu osakond on ressursside (nt meeskonnaliikmete, varustuse, tehnika, informatsiooni) kasutamise osas efektiivne	1 (2)	26 (63)	8 (20)	6 (15)	0 (0)
5. Iga meeskonnaliige mõistab oma rolli ja kohustusi	2 (5)	25 (61)	5 (12)	8 (20)	1 (2)
6. Minu osakonnal on selgelt väljendatud eesmärgid	5 (12)	19 (46)	10 (25)	6 (15)	1 (2)
7. Minu osakond toimib väga edukalt	3 (7)	21 (51)	8 (20)	8 (20)	1 (2)
<b>Juhtimine</b>					
8. Minu otsene juht võtab patsiendi käsitlusse puutuvates küsimustes personali arvamust arvesse	5 (12)	20 (49)	9 (22)	5 (12)	2 (5)
9. Minu otsene juht võimaldab pärast iga sündmust meeskonna toimivuse üle arutlemise	2 (5)	12 (29)	8 (20)	12 (29)	7 (17)
10. Minu otsene juht võtab aega, et personaliga kohtuda ja patsiendi käsitlemiseks plaan koostada	1 (2)	11 (27)	4 (10)	17 (41)	8 (20)
11. Minu otsene juht tagab piisavate ressursside (nt meeskonnaliikmete, varustuse, tehnika, informatsiooni) kättesaadavuse	8 (20)	12 (29)	11 (27)	9 (22)	1 (2)
12. Minu otsene juht on konfliktide lahendamises edukas	2 (5)	11 (27)	11 (27)	11 (27)	6 (14)
13. Minu otsene juht näitab meeskonnatöö osas sobivat eeskujut	2 (5)	13 (32)	12 (29)	9 (22)	5 (12)
14. Minu otsene juht kindlustab selle, et meeskonnaliikmed on teadlikud patsiendi käsitlust mõjutada võivatest olukordadest ja muutustest	4 (10)	22 (54)	5 (12)	7 (17)	3 (7)
<b>Olukorra jälgimine</b>					
15. Meeskonnaliikmed tunnetavad edukalt teineteise vajadusi	5 (12)	25 (61)	7 (17)	4 (10)	0 (0)
16. Meeskonnaliikmed jälgivad üksteise tööd	4 (10)	30 (73)	6 (15)	1 (2)	0 (0)
17. Meeskonnaliikmed jagavad üksteisega uut informatsiooni kohe, kui see kättesaadavaks muutub	7 (17)	25 (61)	5 (12)	4 (10)	0 (0)
18. Meeskonnaliikmed otsivad pidevalt ümbruskonnast olulist informatsiooni	2 (5)	21 (51)	11 (27)	7 (17)	0 (0)
n=vastajate arv, %=sagedus					(järgneb)

Meeskonnatöö komponent/küsimused	n (%)				
	Nõustun täielikult	Pigem nõus	Ei nõus ega mitternõus	Pigem ei nõustu üldse	Ei nõustu üldse
19. Personal jagab omavahel informatsiooni võimalike probleemide osas (nt patsientide vahetumine, vabade voodikohtade olemasolu)	12 (29)	24 (59)	4 (10)	1 (2)	0 (0)
20. Kui situatsiooniga seotud tingimused muutuvad, siis saavad meeskonnaliikmed kokku, et patsiendi käsitluse eesmärke ümber hinnata	3 (7)	15 (37)	11 (27)	10 (24)	2 (5)
21. Meeskonnaliikmed parandavad üksteise vigu, veendumaks, et protseduure korralikult jälgitaks	3 (7)	27 (66)	6 (15)	5 (12)	0 (0)
<b>Vastastikune toetamine</b>					
22. Meeskonnaliikmed aitavad üksteist kõrge töökoormusega olukordades	13 (31)	24 (59)	2 (5)	2 (5)	0 (0)
23. Meeskonnaliikmed paluvad üksteiselt abi, kui tunnevad end ülekoormatuna	14 (34)	21 (51)	2 (5)	4 (10)	0 (0)
24. Meeskonnaliikmed hoiatavad teineteist potentsiaalselt ohtlike olukordade eest	16 (39)	24 (59)	1 (2)	0 (0)	0 (0)
25. Meeskonnaliikmed annavad üksteise suhtes tagasisidet viisil, mis soodustab positiivset suhtlemist ja muudatuste tegemist	1 (2)	19 (46,5)	12 (29,5)	9 (22)	0 (0)
26. Meeskonnaliikmed seisavad patsientide huvide eest isegi juhtudel, mil nende arvamus on vastuolus vanema meeskonnaliikme arvamusega	2 (5)	19 (46)	13 (32)	5 (12)	2 (5)
27. Kui meeskonnaliikmel on kahtlus patsiendi ohutuse suhtes, siis on ta valmis teistele vastu seisma, kuni ta on kindel, et tema murele on tähelepanu pööratud	1 (2)	19 (46,5)	12 (29,5)	9 (22)	0 (0)
28. Meeskonnaliikmed leiavad konfliktile lahenduse isegi juhtudel, mil konflikt muutub isiklikuks	1 (2)	15 (37)	8 (20)	13 (32)	4 (10)
<b>Suhtlemine</b>					
29. Patsiendi käsitlusega seotud informatsiooni seletatakse patsientidele ja nende lähedastele kõigile osapooltele arusaadavates terminites	7 (17)	22 (54)	9 (22)	2 (5)	1 (2)
30. Personal vahetab olulist informatsiooni õigeaegselt	3 (7)	29 (71)	7 (17)	2 (5)	0 (0)
31. Patsientidega suhtlemisel annavad meeskonnaliikmed patsientidele piisavalt aega küsimuste esitamiseks	3 (7)	24 (59)	11 (27)	2 (5)	1 (2)
32. Meeskonnaliikmed kasutavad omavahel suhtlemiseks üksteisele mõistetavat terminoloogiat	15 (37,5)	24 (57,5)	2 (5)	0 (0)	0 (0)
33. Meeskonnaliikmed kinnitavad verbaalselt üksteiselt saadud informatsiooni	5 (12)	22 (54)	12 (29)	2 (5)	0 (0)
34. Patsientide üleandmisel järgib personal kokkulepitud nõuetele vastavat informatsioonijagamise meetodit	8 (20)	26 (63)	4 (10)	2 (5)	1 (2)
35. Meeskonnaliikmed otsivad informatsiooni kõigist kättesaadavatest allikatest	4 (10)	20 (49)	11 (27)	6 (15)	0 (0)

n=vastajate arv, %=sagedus