

Tartu Ülikool  
Meditsiiniteaduste valdkond  
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut  
Õendusteaduste õppetool

Jaana Urm

**KIRURGILISTE PATSIENTIDE OOTUSED JA KOGEMUSED PERIOPERATIIVSEL  
PERIOODIL – KVALITATIIVNE UURIMUS**

Magistritöö

Tartu 2025

Juhendaja: Janne Pühvel MSc (õendusteadus)

Retsensent: Margit Lepla, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendaja otsusega 07.05.2025.

Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis

## **Lihtlitsents magistritöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Jaana Urm,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Kirurgiliste patsientide ootused ja kogemused perioperatiivsel perioodil – kvalitatiivne uurimus“, mille juhendaja on Janne Pühvel, MSc, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, 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.

Jaana Urm

07.05.2025

## KOKKUVÕTE

### **Kirurgiliste patsientide ootused ja kogemused perioperatiivsel perioodil – kvalitatiivne uurimus**

Perioperatiivne periood ja kirurgiline ravi on patsientidele ja nende lähedastele stressirohke ja emotsionaalselt koormav. Lisaks objektiivsetele ravitulemustele mõjutavad patsiendi rahulolu ja paranemist ka tema ootused ja kogemused perioperatiivse perioodi vältel. Patsientide ootuste ja kogemuste väljaselgitamine võimaldab tervishoiutöötajatel pakkuda patsiendikesksemat ravi ning ennetada olukordi, kus patsiendi ootused ja tegelik ravikogemus ei kattu.

Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada kirurgiliste patsientide ootusi ja kogemusi perioperatiivsel perioodil. Andmed koguti poolstruktureeritud individuaalintervjuude teel ajavahemikus detsembrist 2023 kuni aprillini 2024. Intervjueeritavateks olid kümme patsienti, kellele teostati kas puusaliigese endoproteesimine või sapipõie eemaldamise operatsioon. Saadud andmed analüüsiti induktiivse temaatilise analüüsi meetodil, andmeid koguti kuni küllastuse saavutamiseni.

Uurimistöö tulemusena selgus, et kirurgiliste patsientide ootusi ja kogemusi mõjutasid eelkõige tervishoiuteenuste kättesaadavus (esmatasand, taastusravi ja transport), informatsiooni edastamine ja tervishoiutöötajate suhtlemine patsientidega. Uurimustöö kinnitab, et lisaks operatiivsele ravitulemusele väärtustavad patsiendid seda, kuidas nendega suheldakse ja millisel määral on nad raviprotsessi kaasatud. Antud tulemused kinnitavad, et patsiendikeskne lähenemine kogu perioperatiivse perioodi vältel parandab kirurgiliste patsientide kogemust ja rahulolu ning loob eeldused edukamaks taastumiseks.

Uurimistöö põhjal on võimalik täiustada patsiendikeskset suhtlemist ja parandada ravikorraldust erinevate teenuseosutajate vahel perioperatiivsel perioodil. Rakendusvõimalusena võiks Eestis luua patsiendikeskse veebipõhise perioperatiivse platvormi, kus patsienti toetab kogu raviteekonna vältel perioperatiivne õde. Platvorm sisaldaks ka digitaalseid juhiseid ja harjutusmaterjale füsioteraapiaks enne ja pärast operatsiooni ning teavet sotsiaalteenuste ja elukohapõhise transpordikorralduse kohta. Platvormi kasutuselevõtt eeldab erinevate tervishoiuvaldkondade koostööd ja personali täiendkoolitust suhtlemis- ja juhendamisoskuste vallas.

**Märksõnad:** patsiendi ootused, patsiendi kogemused, patsiendikesksus, perioperatiivne periood

## ***SUMMARY***

### **Surgical Patients' Expectations and Experiences During the Perioperative Period: A Qualitative Study**

The perioperative period and surgical treatment are stressful and emotionally demanding for patients and their family. In addition to objective treatment outcomes, the patient's expectations and experiences during the perioperative period also influence their satisfaction and recovery. Identifying patients' expectations and experiences enables healthcare professionals to provide more patient-centred care and to prevent situations where patient expectations and actual treatment experiences do not align.

The aim of this study was to describe the expectations and experiences of surgical patients during the perioperative period. Data were collected through semi-structured individual interviews conducted between December 2023 and April 2024. The interviewees were ten patients who underwent either hip joint endoprosthesis or gallbladder removal surgery. The data were analyzed using the method of inductive thematic analysis, data collection continued until saturation was reached.

As a result of the study, it was found that the expectations and experiences of the surgical patients who participated were primarily influenced by the availability of healthcare services (including primary care, rehabilitation and transport), the communication of information, and the interaction between healthcare professionals and patients. The study confirms that, in addition to operative treatment outcomes, patients value how they are communicated with and to what extent they are involved in the treatment process. The results of the master's thesis confirm that a patient-centred approach throughout the perioperative period improves the experience and satisfaction of surgical patients and creates the conditions for more successful recovery.

The results of the master's thesis provide an opportunity to enhance patient-centered communication and improve coordination between different healthcare service providers during the perioperative period. As a practical implementation, a patient-centred web-based perioperative platform could be developed in Estonia, where the patient is supported throughout the care pathway by a perioperative nurse. The platform would also include digital instructions and exercise materials for physiotherapy before and after surgery, as well as information on social services and region-specific transport arrangements. The implementation of such a platform requires

collaboration across different healthcare sectors and additional training for healthcare personnel in communication and patient guidance skills.

**Keywords:** patient expectations, patient experiences, patient-centredness, perioperative period

# SISUKORD

## KOKKUVÕTE

### SUMMARY

SISUKORD.....	6
1. SISSEJUHATUS.....	7
2.1. Patsiendikeskne tervishoid .....	8
2.1.1. Patsiendi ootused ja patsiendikogemus .....	9
2.1.2. Kommunikatsioon ja patsiendi kaasamine .....	10
2.2. Tervishoiuteenuste kättesaadavus ja taastusravi perioperatiivsel perioodil .....	11
2.2.1. Patsiendi kogemus tervishoiuteenuse korraldusest alates esmatasandist kuni operatsioonini .....	11
2.2.2. Tugiteenuste roll patsiendi perioperatiivse kogemuse kujunemisel.....	13
3. METOODIKA.....	15
3.1. Metodoloogilised lähtekohad .....	15
3.2. Uuritavad ja nende värbamine.....	15
3.3. Andmete kogumine .....	16
3.4. Andmete analüüs .....	17
3.5. Uurimistöö usaldusväärsus.....	19
4. TULEMUSED.....	21
4.1. Patsientide ootused ja kogemused perioperatiivsel perioodil .....	21
4.2. Tervishoiusüsteemi korraldus .....	21
4.2.1. Patsiendi kogemus tervishoiuteenuse korraldusest esmatasandist operatsioonini .....	21
4.2.2. Tugiteenuste roll patsiendi perioperatiivse kogemuse kujunemisel.....	25
4.3. Kommunikatsioon ja patsiendi kaasamine .....	27
4.3.1. Informatsiooni edastamine ja patsiendi kaasamine .....	27
4.3.2. Tervishoiupersonali ja patsiendi vaheline suhtlus.....	30
5. ARUTELU .....	34
5.1. Tervishoiusüsteemi korraldus .....	34
5.1.1. Patsiendi kogemus tervishoiuteenuse korraldusest esmatasandist operatsioonini .....	34
5.1.2. Tugiteenuste roll patsiendi perioperatiivse kogemuse kujunemisel.....	36
5.2. Kommunikatsioon ja patsiendi kaasamine .....	38
5.2.1. Informatsiooni edastamine ja patsiendi kaasamine raviprotsessi.....	38
5.2.2. Tervishoiupersonali ja patsiendi vaheline suhtlus.....	39

5.3. Eetilised aspektid.....	41
5.4. Uurimistöo usaldusväärsus.....	41
5.5. Kitsaskohad .....	42
5.6. Uurimistulemuste rakendatavus ja uued uurimisprobleemid .....	43
6. JÄRELDUSED.....	44
KASUTATUD KIRJANDUS .....	45
LISAD.....	53
Lisa 1. Eetikakomitee luba .....	53
Lisa 2. Kutse uuringusse .....	55
Lisa 3. Intervjuu kava.....	57
Lisa 4. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm .....	61

## 1. SISSEJUHATUS

Kirurgiline ravi on patsiendi jaoks üldjuhul ärevust tekitav ja emotsionaalselt koormav kogemus. Oma tervisliku seisundi halvenemisest ja kirurgilise sekkumise vajadusest teada saamine tekitab patsientidel raviga seotud küsimusi ja ootusi tervishoiuteenuste osas. Patsientide ootused keskenduvad tavaliselt ravitulemustele, kuid ravi käigus saadud kogemusele avaldavad suurt mõju ka suhtlus ja koostöö tervishoiutöötajatega ning teenuste kättesaadavus. Patsientikogemused on muutunud oluliseks osaks tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamisel, kuid siiani ei ole teada, millised tegurid mõjutavad neid kogemusi kõige enam (Wolf et al., 2014). Kuigi kirurgiliste patsientide ootuseid ja subjektiivseid kogemusi on varasemates uurimistöodes kirjeldatud kui ravitulemusi oluliselt mõjutavaid tegureid (Gobbo et al., 2020; Mako et al., 2016; Padilla et al., 2019), ei ole Eestis nende tähtsust perioperatiivse raviprotsessi planeerimisel ja hindamisel piisavalt uuritud (Eesti Tervisekassa, 2021).

Nii WHO ülemaailmne patsiendiohutuse tegevuskava 2021–2030 kui ka Eesti tervishoiustrateegiad rõhutavad, et kvaliteetne tervishoid peab olema tõhus, turvaline ja inimkeskne ning lähtuma patsiendi vajadustest ja ootustest (Eesti Õdede Liit, 2020; Sotsiaalministeerium, 2020; WHO, 2021). Kuigi tervishoius keskendutakse sageli eelkõige kliinilistele protseduuridele, operatsioonitehnikate täiustamisele, ravimite efektiivsusele ja üldisele patsienditurvalisusele, toonitab nüüdisaegne patsiendikeskne käsitlus, et ka patsiendi individuaalsetel vajadustel ja ootustel (De Silva, 2014; Wolf et al., 2014) ning subjektiivselt kogetud rahulolul on oluline mõju heade ravitulemuste saavutamisele (Gurdogan et al., 2015; Mako et al., 2016; Wolf, 2014). Varasemad uuringud on näidanud, et patsientide piisav teavitamine ja juhendamine (Forsberg et al., 2018; Melloul, 2020), emotsionaalne toetamine ning kaasamine (Forsberg et al., 2018) mõjutavad nii patsiendi rahulolu kui ka operatsioonijärgseid ravitulemusi (Gobbo et al., 2020; Mako et al., 2016).

Uurimistöö vajalikkust toetab ka asjaolu, et käesolev magistritöö on osa rahvusvahelisest projektist „Kirurgilise ravi kvaliteedi ja ohutuse parandamine perioperatiivse patsiendikäsitluse standardite ühtlustamise abil Euroopa riikides (SAFEST)“. SAFEST projekti eesmärk on ühtlustada patsientide ohutuse, informeerituse ja kaasamise standardeid perioperatiivses raviprotsessis. Käesoleva uurimistöö eesmärk on kirjeldada kirurgiliste patsientide ootusi ja kogemusi perioperatiivsel perioodil. Magistritöö tulemused aitavad arendada senisest patsiendikesksemat tervishoidu, mis toetuks patsientide kogemustele ja võtaks arvesse nende peamisi ootusi.

## **2. PATSIENTIDE OOTUSED JA KOGEMUSED PERIOPERATIIVSEL PERIOODIL**

### **2.1. Patsiendikeskne tervishoid**

Patsiendikesksus on tänapäevase tervishoiusüsteemi keskne põhimõte, mis rõhutab patsiendi aktiivset kaasamist ja tasakaalustatud partnerlust tervishoiutöötajatega (Koivunen, 2017; Wolf, 2016), toetab patsientide aktiivset osalemist raviprotsessis ning parandab nende kogemust ja suurendab rahulolu tervishoiuteenustega (Gobbo et al., 2020; McMillan et al., 2013). Rahvusvahelise Patsientide Organisatsioonide Liidu (IAPO) (2015) definitsiooni järgi on patsiendikeskne tervishoid süsteem, mis on loodud patsientide vajadustest, eelistustest ja õigustest lähtudes ning tagab nende aktiivse kaasamise raviotsustesse. Kirurgiline patsient on isik, kes vajab operatsiooni kas pikaajalise või ägeda haigestumise tõttu. Patsiendi suhtumist operatsiooni mõjutavad haiguse tõsidus, äkilisus, kestus ja ravivõimalused. Samuti avaldavad mõju varasemad patsiendi kogemused, isiksus, emotsioonid, sotsiaalne olukord ning teadmised praegusest ja tulevasest olukorrast (Holmia et al., 2010).

Kuigi patsiendikesksuse põhimõtted on tervishoius laialdaselt aktsepteeritud ja mitmed uuringud on kinnitanud nende positiivset mõju ravitulemustele ja patsientide rahulolule (Hamilton, 2013; Wolf, 2016), ei ole nende järgimine alati kõikjal ühtlane. Patsiendikesksuse tulemuslik rakendamine sõltub tervishoiutöötajate suhtlemisoskustest ning patsiendile edastava teabe kvaliteedist ja ajakohasusest. Erinevates uuringutes on rõhutatud, et tervishoiutöötajate empaatia ja selge kommunikatsioon suurendavad patsientide rahulolu (Gobbo et al., 2020; Wolf, 2016), aitavad vähendada patsiendi ärevust (Wolf, 2016) ning parandavad ravitulemusi (Blomberg et al., 2018; Gobbo et al., 2020; Wolf, 2016). Seda kinnitavad ka De Silva (2014) järeldused ja Eesti Patsientide Liidu (2024) hinnang, mille kohaselt tervishoiutöötajate empaatia ja patsiendi kaasamine toetavad patsiendi autonoomiat ja parandavad rahulolu tervishoiuteenustega.

Kui võrrelda neid tulemusi Eesti tervishoiusüsteemi toimivuse hindamisega (OECD) (2023) ilmneb, et Eesti kontekstis on peamine probleem mitte patsiendikeskse lähenemise puudumine, vaid selle piiratud kasutamine praktikas, mis tuleneb tervishoiutöötajate ajapuudusest ja personali vähesusest. Gobbo jt (2020) tõdevad, et tervishoiutöötajate ajapuudus ja töökoormus võivad takistada igale patsiendile personaalse ravi pakkumist, mistõttu jääb patsiendikesksus sageli ideaaliks, mida ei ole võimalik täies ulatuses ellu viia. IAPO (2015) raportis rõhutatakse, et patsiendikeskne lähenemine peab hõlmama mitte ainult ravi kvaliteeti, vaid ka patsiendi isiklikke

kogemusi, sealhulgas tema usaldust tervishoiusüsteemi vastu, informeeritust ja otsustusõigust oma ravi üle.

### 2.1.1. Patsiendi ootused ja patsiendikogemus

Patsiendi ootuseid ravile võib jagada kaheks: hoiakud, mida patsient ravi jooksul väärtustab ja ootab, ning need mida ta vajab ravilt. Mõlemaid ootuste tasandeid mõjutavad patsiendi taustategurid. Ootused tulevase ravikogemuse suhtes kujunevad sageli juba enne info saamist. On leitud, et mida rohkem saab patsient operatsioonieelselt teavet, seda suurem on võimalus edukaks taastumiseks, ja võimestumiseks (Valkeapää et al., 2014). Internetis leitav teave ning subjektiivsed isiklikud või teiste inimeste kogemuskirjeldused võivad kujundada ebarealistlikke ootusi eesootava ravi suhtes. Sellisel juhul võivad patsiendid tulla operatsioonile ootustega, mida ei ole võimalik saavutada, mis omakorda võib suurendada rahulolematuse riski, kuna ootused ei täitu (Cody et al., 2017; Padilla et al., 2019). Küsides patsientidelt enne operatsiooni nende ootuste kohta, saab hinnata ootuste realistlikkust ning vajadusel neid korrigeerida, et ennetada rahulolematust – nii Mahdi jt (2018) kui ka Gurdogan jt (2015) kinnitavad, et ebarealistlikud ootused võivad kaasa tuua rahulolematuse isegi siis, kui kliiniline tulemus on edukas.

Koskenniemi jt (2019) on leidnud, et patsiendi ootused ei pruugi alati kattuda tervishoiusüsteemi tegelike võimalustega, mis võib põhjustada rahulolematust isegi siis, kui raviasutused on patsiendikeskse lähenemise kasutusele võtnud. Patsiendi ootuste ja kogemuste seos on oluline kliiniliste tulemuste hindamisel. Mancuso jt (2017) rõhutavad, et operatsioonieelsed ootused ja nende täitumine võimaldavad hinnata, millised sümptomid ja funktsioonid paranesid oodatud tasemele ning millised mitte. Autorid rõhutavad, et ootuste ja tegelike kogemuste hindamine aitab parandada ka tervishoiusüsteemi tulemuslikkust (Mancuso et al., 2017). Samuti on preoperatiivsete ootuste ja postoperatiivse rahulolu seose mõistmine oluline, et saavutada kvaliteetne tulemus ja suurendada patsiendi rahulolu (Padilla et al., 2019).

Patsiendikogemus on mitmetahuline ja dünaamiline nähtus, mis hõlmab nii meditsiiniliste protseduuride kvaliteeti kui ka patsiendi subjektiivseid hinnanguid tervishoiuteenustele, nende kättesaadavusele ja füüsilisele keskkonnale (Wolf, 2016; McMillan et al., 2013; Mikkola & Saarijärvi, 2022). See kujuneb patsiendi individuaalsete ootuste, varasemate tervishoiukogemuste ning suhtluse põhjal tervishoiutöötajatega. Lisaks kliinilisele raviaspektile haarab

patsiendikogemus ka patsiendi emotsionaalset heaolu, informeeritust ning osalust raviprotsessis (Pulkkinen, 2021; Steffens et al., 2016; Mikkola & Saarijärvi, 2022).

Mikkola ja Saarijärvi (2022) toovad esile neli patsiendikogemuse mõõdet – kognitiivse, emotsionaalse, sotsiaalse ja sensoorse – ning nende olulisust toetavad mitmed varasemad uuringud. Stark jt (2016) on leidnud, et ebapiisava info saanud patsiendid kogesid rohkem ärevust, mis viitab kognitiivse ja emotsionaalse mõõtme tähendusele. Pulkkinen (2021) on rõhutanud, et järjepidev kontakt sama tervishoiutöötajaga suurendab turvatunnet ja rahulolu, haakudes emotsionaalse ja sotsiaalse mõõtmega. Steffens jt (2016) toetasid samuti sotsiaalse mõõtme olulisust, rõhutades selge kommunikatsiooni ja kaasatuse tähtsust patsiendikogemuses.

Patsientide kokkupuudet tervishoiusüsteemiga ja sellest tulenevaid kogemusi saab mõõta ja analüüsida erineval moel. Kogemusi on võimalik mõõta kvalitatiivselt ja kvantitatiivselt, analüüsides tagasisidet, mida saadakse patsientide küsitlustest, intervjuudest, jutustustest, kaebustest ja kiitustest (De Silva, 2014). Patsiendi kogemusel on oluline roll tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamisel ja arendamisel, sest ka rahulolematuse teenuse või raviga annab teavet, mida saab kasutada tervishoiusüsteemi parandamiseks.

### 2.1.2. Kommunikatsioon ja patsiendi kaasamine

Suhtlus tervishoiutöötajate ja patsiendi vahel on patsiendikogemuse üks olulisemaid aspekte, mis mõjutab patsiendi rahulolu ja tekitab usaldust tervishoiusüsteemi vastu (Gobbo et al., 2020; Mako et al., 2016). Pulkkinen (2021) uuris patsiendikogemust perioperatiivsel perioodil ning leidis, et patsientide rahulolu ja turvatunne suurenesid, kui neil oli võimalus suhelda järjepidevalt ühe ja sama tervishoiutöötajaga kogu perioperatiivse vältel. Mitmed uurimistööd kinnitavad samuti, et perioperatiivsel perioodil on suhtlemisel patsiendi jaoks oluline väärtus: selge ja arusaadav kommunikatsioon aitab vähendada patsientide muresid (Pulkkinen, 2021; Zeynep, 2020), avatud suhtlus tõstis usaldust tervishoiusüsteemi vastu (Koivunen, 2017) ning kaasav ja interaktiivne suhtlemine toetas patsiendi aktiivset osalust raviprotsessis (McMillan et al., 2013).

Patsiendid ootavad, et nad saavad ammendavat ja arusaadavat teavet oma tervises seisundi, diagnoosi, raviprotsessi ning operatsioonijärgse taastumise kohta. Realistlik ja selgelt edastatud teave operatsioonijärgses perioodis suurendab patsientide rahulolu ja vähendab stressi, eriti nende puhul, kes hindavad oma tervises seisundit kehvaks (Forsberg et al., 2018), vajavad rohkem

juhendamist (Eloranta et al., 2014) või omavad kõrgemat haridustaset (Stark et al., 2014). Samas tuleb arvestada, et liigne teave võib hoopis stressi suurendada (Gobbo et al., 2020).

Olssoni jt (2013) kohaselt tähendab inimkeskne lähenemine patsiendi aktiivset osalust otsustusprotsessides, tema olukorra ja kogemuse arvestamist ning partnerlussuhte loomist tervishoiutöötajate ja patsiendi vahel. Uuringud on näidanud, et patsiendid, kes tunnevad end aktiivsete osalejatena oma raviprotsessis, suhtuvad sellesse positiivsemalt, on rahulolevamad ning nende motivatsioon kasvab (McMillan et al., 2013; Pulkkinen, 2021). Kaasamine võib vähendada hilisemat kahetsust ja ebakindlust (Steffens et al., 2016) ning see annab paremaid tulemusi, kui patsiendile antakse piisavalt aega valikute mõistmiseks (Stark et al., 2014; Steffens et al., 2016).

Patsiendikeskne lähenemine eeldab patsiendi ja tervishoiutöötaja vahelist võrdväärset suhtlust. Selline partnerlus loob aluse patsiendi aktiivsele osalusele ja parandab ravikogemust (Koivunen, 2017) ning seetõttu on tervishoiutöötajate suhtlusoskuste arendamine oluline. Ontario Registreeritud Meditsiiniõdede Liit (RNAO) (2015) annab praktilisi juhiseid muutuste elluviimiseks koolituste ja organisatsiooni tasandil, näidates, kuidas tervishoiutöötajate kommunikatsioonioskuste arendamine tugevdab patsiendi ja tervishoiutöötaja vahelist koostööd. Eesti Tervisekassa (2021) ja Sotsiaalministeerium (2024) käsitlevad patsiendi informeeritust ka õiguslikust perspektiivist, rõhutades, et selge ja arusaadav informatsioon on patsiendi teadlike otsuste tegemise eelduseks.

## **2.2. Tervishoiuteenuste kättesaadavus ja taastusravi perioperatiivsel perioodil**

### **2.2.1. Patsiendi kogemus tervishoiuteenuse korraldusest alates esmatasandist kuni operatsioonini**

Käesolevas töös käsitletakse tervishoiuteenuste kättesaadavuse küsimust perioperatiivse perioodi kontekstis. Perioperatiivne periood hõlmab ajavahemikku enne operatsiooni, operatsiooni ajal ja pärast operatsiooni. Gobbo et al. (2020) on jaganud selle kolme peamisesse etappi:

- Preoperatiivne periood – hõlmab operatsiooni näidustuse määramist, arutelu kirurgiga, konsultatsiooni anestesioloogiga ning ettevalmistust operatsiooniks.
- Operatiivne periood – sisaldab patsiendi saabumist haiglasse, operatsiooniplokki siirdumist, operatsiooni teostamist ning operatsioonijärgset ärkamist.
- Postoperatiivne periood – hõlmab operatsioonijärgset haiglas viibimist, kodust taastumisfaasi ning lõplikku taastumist.

Esmatasandi tervishoid on inimese esimene ja kõige laiaulatuslikum kontakt tervishoiusüsteemiga, hõlmates perearstiteenuseid ja teisi ambulatoorseid tugiteenuseid (WHO, 2021). Varasemates tervisesüsteemi ülevaadetes ja ekspertide raportites on rõhutatud, et patsiendi jaoks on oluline sujuv koostöö esmatasandi- ja eriarstiabi vahel. Kui osapoolte kohustused on kokku leppimata ja info ei liigu piisavalt sujuvalt, kannatab mitte ainult ravi tulemus, vaid ka patsiendikogemus operatsioonieelses etapis. (Kasekamp et al., 2023; Sepp et al., 2015.) Lisaks on leitud, et patsiendid ja arstid tajuvad teenuste eesmärke erinevalt: patsiendid ootavad personaalset ja pikaajalist suhet perearstiga, arstid aga keskenduvad ravi efektiivsusele (Oster et al., 2024). Tervishoiuteenuste kättesaadavus on üleilmne probleem, mida piiravad nii ressursipuudus kui ka sotsiaalmajanduslik ja geograafiline ebavõrdsus (WHO, 2021; IAPO, 2015). IAPO ja Kasekamp (2023) raportites leitakse, et digilahendused võiksid operatsioonieelset ja -järgset suhtlust lihtsustada. Üldise raviteenuse parandamise võimalusena on Eestis kasutusele võetud ravijärjekordade maksimaalse pikkuse nõue, kuid sellest hoolimata ulatuvad näiteks puusaliigese proteesimise ooteajad endiselt mitmesaja päevani. Lahendustena on rakendatud patsiendipõhist prioritseerimist ja digiregistratuuri (Kasekamp et al., 2023).

OECD (2023) ja Kasekamp jt (2023) raporti andmed näitavad, et Eestis on perearstisüsteem sageli ülekoormatud ning seetõttu pöörduvad patsiendid tihti probleemide korral hoopis erakorralise meditsiini osakonda. Sepp jt (2015) on oma raportis, milles kaardistati esmatasandi arstiabi kättesaadavust Eestis, analüüsinud, et seda mõjutavad eelkõige rahastamis- ja korralduslikud aspektid. Raportist ilmneb ka, et võrdlus riikide vahel näitab, et Soomes ja Taanis aitab perearstide koormust vähendada paindlikum süsteem, kus esmatasandit toetavad ka töotervishoid ja omavalitsuste tervishoiuteenused. Inglismaal ja Eestis seevastu on süsteem tsentraliseeritud, mistõttu on ooteajad pikemad ning eriarstiabi kättesaadavus piiratum.

Eestis on esmatasandil osaliselt „väravavahi“ roll, mille kaudu koordineeritakse patsientide suunamist eriarstiabisse (Kasekamp et al. 2023). Hiljutistest raportitest nähtub, et esmatasandi tervishoiuteenuste korraldus Eestis on killustunud ja ressursimahukas, mis põhjustab tõrkeid patsiendi raviteekonnal. Eesti Haigekassa raviteekonna analüüsi kohaselt on puudulik info liikumine ning ebaselgelt jaotatud vastutus perearstide ja haiglameeskondade vahel üheks peamiseks põhjuseks, miks esineb raviviivitusi, katkestusi ja ebavõrdselt ligipääsu teenustele (Eesti Haigekassa, 2021; Melioranski et al., 2021). Kuigi Eestis on püütud parandada patsienditeekonda toetavate osapoolte koostööd, ilmneb, et teenused on endiselt killustunud ja halvasti

koordineeritud (Sepp et al., 2015; Kasekamp et al., 2023). Üheks märgiks suurenevast nõudlusest on ka perearsti nõuandetelefoni järjest sagedasem kasutamine, mis viitab sellele, et osa patsientide tervisemuresid jääb perearstikeskuste tavapärase tööaja piiridest välja (Eesti Haigekassa, 2021).

### 2.2.2. Tugiteenuste roll patsiendi perioperatiivse kogemuse kujunemisel

Käesoleva töö kontekstis tähendab taastusravi (*rehabilitation*) aktiivset raviprotsessi, mille eesmärk on operatsioonijärgselt taastada patsiendi häirunud kehalised, psüühilised ja sotsiaalsed funktsioonid, toetada saavutatud seisundi säilimist ning aidata kohaneda võimaliku funktsioonipuudega. Oluline on patsiendi ja lähedaste kaasamine taastumisprotsessi, et soodustada iseseisvat toimetulekut. Füsioteraapiat (*physiotherapy*) käsitletakse taastusravi osana, mis keskendub liikumis- ja kehaliste funktsioonide taastamisele füüsiliste harjutuste ja manuaalsete tehnikatega (Eesti Taastusraviarstide Selts, 2012).

Uurimistöös käsitletakse taastusravi kui aktiivset ja järjepidevat raviprotsessi osa, mille eesmärk on toetada patsiendi funktsioonide taastumist ja iseseisvat toimetulekut pärast kirurgilist sekkumist. Enne operatsiooni peaks patsiendi füüsiline võimekus olema piisav ning varasemalt diagnoositud krooniliste haiguste puhul raviga alustatud. Samuti tuleb veenduda, et operatsiooni eel ei esineks aktiivseid infektsioone – võimalikud põletikukolded, tuleb eelnevalt ravida (Erämies, 2017). Taastumise edukus sõltub suurel määral patsiendi teadlikkusest ja osalusest kogu raviteekonna vältel. Loori (2021) uurimistöö näitas, et patsiendid ei pruugi alati mõista taastusravi olulisust, kui selle eesmärgid ja sisu ei ole neile selgitatud. Patsiendi aktiivset osalust aitab suurendada õe ja patsiendi vaheline koostöö, mis toetab tema kaasamist raviprotsessi. Hørdam jt (2017) toovad esile, et õe ja patsiendi vaheline koostöö, mis hõlmab patsiendi toimetuleku hindamist, teabe jagamist ning taastumise eesmärkide ühist seadmist, aitab suurendada patsiendi enesekindlust ja aktiivset osalust ravis ning loob aluse edukale taastumisprotsessile. Sellest lähtuvalt võib taastusravi käsitleda kui patsiendi tervikliku ravi lahutamatu osa, mis ei piirdu ainult füüsilise taastumise toetamisega, vaid hõlmab ka juhendamist ja koostööd lähedaste ja spetsialistidega.

Eesti Taastusraviarstide Seltsi (2012) hinnangul vähendab õigeaegne taastusravi komplikatsioonide teket ja parandab ravitulemusi. Samas juhivad Kasekamp jt (2023) ning Eesti Haigekassa (2021b) tähelepanu taastusraviteenuste ebaühtlasele kättesaadavusele Eesti erinevates piirkondades. Tööjõu- ja oskuste vajaduse seire- ja prognoosisüsteemi OSKA (2024) raporti järgi

töötas Eestis 2023. aastal ligikaudu 620 füsioterapeuti ning aastaks 2033 prognoositakse 40–50% töökohtade kasvu, kuid ka siis on Eestis võrreldes muu Euroopaga füsioterapeute vähe. Füsioterapeutide koolituspakkumist on hinnatud piisavaks, kuid ühtlasema ligipääsu tagamiseks kogu riigis tuleb olemasolevaid tööjõuressursse tõhusamalt kasutada ja teenuseid paremini korraldada (Leemet & Mets, 2024).

Transporditeenuste kättesaadavuse piiratus ja tervishoiuasutuste kaugus on rahvusvaheliselt (Dawkins et al., 2021; Gizaw et al., 2022) ning Eestis nimetatud kui olulisteks takistusteks tervishoiuteenuste kättesaadavusele, eriti maapiirkondades, kus need tegurid mõjutavad otseselt patsientide võimalusi saada õigeaegset arstiabi. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 määratleb vajadust parandada tervishoiuteenuste kättesaadavust ning transpordiühendusi, et tagada elanikele, eriti maapiirkondades, parem juurdepääs tervishoiuteenustele. Maailma Terviseorganisatsiooni andmetel jõuab hinnanguliselt 91% maailma rahvastikust mootorsõidukiga tunni aja jooksul lähima raviasutuseni, samas kui jalgsi liikudes suudab seda vahemaad läbida vaid 57%. (WHO, 2023). Dawkins jt (2021) märgivad, et madala ja keskmise sissetulekuga riikides on tervishoiuasutuste kaugus peamine takistus tervishoiuteenustele ligipääsemisel. Kõrgema sissetulekuga riikides on sarnased probleemid peamiselt maapiirkondades, kus geograafiline kaugus ja piiratud infrastruktuur raskendavad juurdepääsu tervishoiuteenustele.

Plaanilise ravi puhul on transpordi kättesaadavus piiratud ja koondunud suurematesse keskustesse, nagu Tallinn ja Tartu, kus kiirabi pakub tööpäeviti ja piiratud kellaaegadel mittekiireloomulist meditsiini transporti (Tallinna Linnavalitsus, 2025). Väiksemates piirkondades puudub süsteemne lahendus. Patsiendid sõltuvad isiklikust transpordist, lähedaste abist või tasuta invatranspordist, mille korraldamise kohustus lasub neil endil. Haiglad teenust ei paku ja suunavad patsiendid erafirmade teenuseid kasutama (Ida-Tallinna Keskhaigla, 2025). Piirkondades, kus ühistransport on ebapiisav, võib see piirata juurdepääsu kirurgilisele ravile ning seada ohtu võrdse ligipääsu tervishoiule. Soomes rahastatakse patsiendi ravisõidud riikliku ravikindlustuse kaudu ja sotsiaalkindlustusamet Kela (*Kansaneläkelaitos*) hüvitab arsti määratud transpordikulud, jättes patsiendi tasuta vaid kuni 25-eurose omaosaluse (Kela, 2025). Sepp jt (2015) tõdevad oma raportis, et ka Eestis on vaja süsteemsemat lähenemist, mis pakuks lahendusi ka planeeritud raviteenuse puhul. Transpordi ja kirurgilise ravi kättesaadavus on piirkonniti ebaühtlane – maapiirkondade patsiendid sõltuvad sageli isiklikust transpordist või lähedaste abist ning kiirabi ja meditsiinilise transpordi kättesaadavus on üle Eesti erinev.

### **3. METOODIKA**

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

Käesoleva kvalitatiivse uurimistöö eesmärk on kirjeldada ja süvitsi mõista patsientide ootusi ja kogemusi perioperatiivsel perioodil. Uurimisandmeid koguti poolstruktureeritud individuaalintervjuude teel, kasutades eelnevalt koostatud intervjuueerimiskava. Intervjuud viidi läbi eesti keeles ning need salvestati ja transkribeeriti sõnasõnaliselt. Analüüsimeetodiks on valitud temaatiline analüüs, mis võimaldab uuritavat nähtust avada põhjalikult ja nüansirikkalt. Braun ja Clarke (2006) esitavad oma temaatilist analüüsi kirjeldavas töös, et kirjeldatud meetod sobib eriti hästi kvalitatiivsete uurimuste puhul, kus fookus on uuritavate subjektiivsete kogemuste ja ootuste kirjeldamisel. Metoodika valimisel oli oluline, et analüüsi tulemused oleksid kooskõlas uurimistöö eesmärgiga, lähtuksid uurimisprobleemist ning võimaldaksid põhjalikult kirjeldada patsientide individuaalseid ja kontekstuaalseid kogemusi perioperatiivsel perioodil.

Temaatiline analüüs on sobilik selle meetodi paindlikkuse tõttu, mis võimaldab uurijal koostada rikkaliku ja kompleksse uurimismaterjali põhjal selge ning arusaadava ülevaate uuritavast probleemist. See paindlikkus võimaldab analüüsida nii nähtuse ilmselgeid aspekte kui ka varjatud tähendusi, pakkudes võimalust põhjalikuks tõlgendamiseks ja kirjeldamiseks (Braun & Clarke, 2014). Käesoleva magistritöö puhul annab see võimaluse uurida põhjalikult patsientide ootusi ja kogemusi, mida ei ole kvantitatiivsete meetodite abil alati võimalik täielikult mõista.

#### **3.2. Uuritavad ja nende värbamine**

Uuritavateks olid täisealised patsiendid, kellele oli Põhja-Eesti Regionaalhaiglas (PERH) teostatud puusaliigese endoproteesimise või sapipõie eemaldamise operatsioon. Uuritavad osalesid ühtlasi ka rahvusvahelises SAFEST projektis, mille eesmärk on kirurgilise ravi kvaliteedi ja ohutuse parandamine standardiseeritud patsiendikäsitluse kaudu. Uurimistöö eetilise kohta saadi heakskiit Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt (protokoll 373/T-8, lisa 1) septembris 2023.

Uuritavate kaasamiskriteeriumid olid järgmised:

- patsient on täisealine ja võimeline ennast väljendama eesti või vene keeles;
- nõus vabatahtlikult uurimuses osalema;
- patsiendile on teostatud üks operatsioonidest: puusaliigese endoproteesimine,

koletsüstektoomia või perifeersete veresoonte operatsioon;

- operatsioonist on möödunud 3–8 nädalat, et tagada patsientide kogemuste võimalikult täpne ja ajakohane kajastamine.

Lisaks eespool loetletud kriteeriumitele püüti tagada uuritavate mitmekesisus, kaasates vähemalt ühe mehe ja ühe naise igast operatsiooniliigist ning eelistades ka vähemalt ühe sotsiaalselt haavatavama patsiendi (emakeelena vene keelt kõneleva) osalust. Valimi koostamisel järgiti sihtotstarbelist valikut, mis on kvalitatiivses uurimistöös levinud meetod, võimaldades kaasata osalejaid, kelle kogemused on uurimisküsimuste seisukohast kõige asjakohasemad.

Uuritavate värbamisel oli oluline roll PERHi osakondades töötavatel kontaktisikutel, kes edastasid patsientidele esmase teabe uuringu kohta ja tutvustasid võimalust selles osaleda (lisa 2. Kutse uuringusse). PERHi kontaktisikud edastasid uurijale uurimiskriteeriumitele vastavate patsientide kontaktandmed. Ortopeedia osakonnast edastati 16 patsiendi kontaktid, kellest uuritavaks sobis viis patsienti. Ülejäänud ei vastanud kriteeriumitele kas seetõttu, et neile oli teostatud põlveproteesimine, nende operatsioonist oli möödunud rohkem kui kaheksa nädalat või nad keeldusid osalemast. Päevakirurgia osakonnast edastati 12 koletsüstektoomia patsiendi kontaktandmed. Neist vastas kaasamiskriteeriumitele kuus, kellest viiega tehti intervjuud. Perifeersete veresoonte operatsiooni läbinud patsientide hulgast ei avaldanud keegi soovi uurimistöös osaleda.

### **3.3. Andmete kogumine**

Kvalitatiivsed meetodid, eriti poolstruktureeritud ja avatud intervjuud võimaldavad osalejatel väljendada oma kogemusi omaenda sõnadega, aidates seeläbi uurijatel tuvastada tähendusrikkaid mustreid ja varjatud teemasid (Elo & Kyngäs, 2008). Lisaks pakuvad intervjuud võimalust süveneda individuaalsetesse narratiividesse, mis on olulised tervishoiusüsteemi kasutajate kogemuste ja patsiendikeskse lähenemise mõistmiseks (Elo et al. 2014).

Andmete kogumine toimus detsembrist 2023 kuni märtsini 2024, kuigi algselt oli selleks planeeritud ajavahemik juuli–detsember 2023. Uurimuses kasutati poolstruktureeritud intervjuusid, mis põhinesid SAFEST projekti raames koostatud intervjuueerimisjuhendil (lisa 3). See lähenemine võimaldas uurijal hoida intervjuusid paindlikus, kuid fookustatud raamistikus,

tuginedes varasematele uurimistöödele ja teoreetilistele lähtekohtadele. Intervjuud viidi läbi 4–8 nädalat pärast operatsiooni, kui patsiendid olid taastumas ja valmis jagama oma kogemusi. Intervjuu toimumise koht ja vorm sõltus patsiendi eelistustest: enamus intervjuudest toimus patsientide kodus, üks intervjuu teostati kohvikus.

Uurija alustas iga intervjuud enda ja uurimistöö eesmärkide tutvustamisega ning informeeris osalejaid anonüümsuse ja vabatahtlikkuse põhimõtetest, samuti andis uurija märku, kui alustas ja lõpetas salvestamise. Intervjuu põhiosa koosnes avatud küsimustest, mida vajadusel täiendati täpsustavate küsimustega. Vestluse lõpus pakuti uuritavale võimalust tuua välja kõik muu oluline, mis vestluse käigus käsitlemata jäi. Intervjuude läbiviimisel hoidis uurija kinni intervjuu kavast, et püsida uuritava teema kontekstis. Uurimistöö raames viidi läbi kümme intervjuud, andmete küllastatus saavutati kuuenda intervjuu juures. Intervjuud kestsid keskmiselt 30 minutit, pikim vestlus oli 56 minutit ning kõige lühem 21 minutit.

Intervjuud salvestati nii Zoomi veebiplatvormil kui ka diktofoniga, et tagada kvaliteetne helisalvestus. Helisalvestused edastati SAFEST projekti meeskonnale turvaliselt läbi Tartu Ülikooli OneDrive keskkonna. Salvestatud intervjuud transkribeeriti kõnetuvastusserveri tekstiks.ee abil (Olev ja Alumäe, 2022) ning viimistleti käsitsi. Transkriptsioonide lõplik maht oli 72 lehekülge (font Times New Roman 12, reavahe 1,5). Valminud tekstifailid salvestati Tartu Ülikooli OneDrive keskkonda, kuhu pääsesid ligi vaid uurimistöö autor ja juhendaja. Failidest eemaldati isikuandmed ja muud intervjuueeritavate poolt mainitud isiku- ja kohanimed.

### **3.4. Andmete analüüs**

Andmete analüüs viidi läbi temaatilise analüüsi (Braun & Clarke, 2006) meetodil, kuna uurimus keskendub patsientide subjektiivsetele kogemustele perioperatiivsel perioodil. Temaatiline analüüs on paindlik ja avatud meetod, mis võimaldab uuritavat nähtust kogutud andmete põhjal uurida, kogudes samas uusi teadmisi (Braun & Clarke, 2014). See meetod võimaldab uurijal paindlikult ja süstemaatiliselt tuvastada uurimismaterjalis korduvaid mustreid ja teemasid, mis on uurimisülesannete seisukohast asjakohased. Temaatiline analüüs on paindlik ja teoreetiliselt mitmekülgne meetod, mis sobib eriti hästi uurimustele, mille eesmärk on mõista osalejate subjektiivseid kogemusi ilma eelnevaid teooriaid peale surumata. Käeolevas uurimistöös kasutatakse induktiivset temaatilist analüüsi, kuna kirurgiliste patsientide ootuste ja kogemuste kohta on Eestis veel vähe varasemaid teadmisi. Induktiivse lähenemise kaudu on võimalik luua

detailne ja põhjalik kirjeldus uuritavate kogemustest, vältides eelnevaid eeldusi ja teooriaid. (Braun & Clarke, 2014.)

Esmane transkribeeritud tekstide lugemine keskendus materjaliga süvitsi tutvumisele, märkmete tegemisele ja esialgsete ideede kujundamisele. Kodeerimisprotsess algas materjali süsteemse uurimisega, mille käigus märgiti üles sisukad ja uurimistöö seisukohast olulised osad. Microsoft Wordi kommentaarifunktsiooni abil loodi esimesed koodid, mis keskendusid intervjuudes korduvatele mõtetele ja teemadele. Analüüsi käigus tutvuti põhjalikult intervjuude tekstidega, millest tuvastati uurimisküsimustega seotud koodid, mis peegeldasid olulisi mustreid ja tähendusi andmetes. Esialgsed mustrid ja teemad hakkasid ilmema pärast kuuenda intervjuu transkribeerimist, mille käigus sarnase sisuga koodid koondati ning neist hakati tuletama esialgseid teemasid. Just siis hakkasid eelmainitud teemad korduma ning lõplikult uusi sisulisi kategooriad ei lisandunud pärast kaheksandat intervjuud. Kuigi iga järgnev uuritav esitas oma lugu isikupäraste detailidega, mahtusid need detailid olemasolevate teemade raamesse. Teemade määratlemine ja täpsustamine toimus pidevalt edasi-tagasi liikudes, vastavalt sellele, kuidas ilmnis andmetest uusi mustreid ja seoseid. Järk-järgult kujunesid välja selged alateemad ja peateemad, mis struktureerisid uurimuse tulemusi ning tõid esile uuritava nähtuse erinevaid aspekte. Analüüsi käigus jäeti kõrvale või kohandati koodid, mis ei toetanud uurimistöö eesmärke, et tagada teemade kooskõla andmetega. Lõplik temaatiline struktuur koosnes kahest peateemast ja neljast alateemast, mis kajastasid kirurgiliste patsientide ootusi ja kogemusi. Tulemused esitati narratiivina, mida toetati patsientide tsitaatidega, et illustreerida analüüsi leide ja anda hääl uuritavate kogemustele.

**Tabel 1. Näide temaatilise analüüsi andmete organiseerimisest**

Tsitaat	Kodeerimine	Alateema	Peateema
Aga üks asi jäi ütlemata, et kui minuga rääkis... ortopeedia õde, kes räägib. Kõigepealt tema oli äärmiselt kena, ta oli nii positiivne, et ma pärast helistasin, ütlesin, et ma ei karda enam mitte midagi... Võib-olla ma kirjutan veel, et olid tõesti väga kena. Tohutult uskumatu.	Tervishoiutöötaja empaatia  Patsiendi ärevuse vähenemine	Tervishoiutöötajate suhtlemisoskused ja hoiakud	Tervishoiutöötaja suhtumine ja patsiendikogemused
Astusin sealt kirurgia kliiniku registratuuris läbi, et „Tere, et ma olen nüüd poolteist aastat oodanud... ee registratuuri naisterahvas võttis dokumendi, ütleb, et „Aga te ei ole järjekorras...“ ta ütleb mulle: „Doktor ..., ei tööta siin haiglas.“ Et nagu mis mõttes, et kas see tähendab, et kui arst ära läheb, siis nagu lõpeb järjekord ära kohe või?	Pikk ooteaeg operatsioonile  Infosulg seoses arsti lahkumise ja operatsioonijärjekorra muutumisega	Juurdepääs tervishoiuteenustele	Tervishoiusüsteemi korraldus

Temaatilise analüüsi käigus keskenduti mitte ainult teemade sagedusele, vaid ka nende olulisusele uurimisküsimuste ja kirurgiliste patsientide kogemuste mõistmise seisukohast. Braun ja Clarke (2006, 2014) rõhutavad, et teemade määratlemine ei ole lihtsalt andmete kategoriseerimine, vaid paindlik ja kriitiline protsess, mille käigus uurija peab pidevalt hindama, kuidas teemad aitavad uuritavat nähtust mõista. Tähtis ei ole leida üksnes korduvaid mustreid, vaid ka olulisi tähendusi, mis aitavad selgitada patsientide kogemusi.

### 3.5. Uurimistöö usaldusväarsus

Kvalitatiivses uurimistöös on oluline tagada andmete usaldusväarsus, läbipaistvus ja analüüsi täpsus, et uuringutulemused kajastaksid uuritavat nähtust objektiivselt ning põhjendatult.

Uurimistöö andmete usaldusväarsuse tagamiseks viidi läbi kümme poolstruktureeritud intervjuud, järgides süstemaatilist ja dokumenteeritud protsessi. Intervjuud salvestati helifailidena ning transkribeeriti võimalikult kiiresti pärast toimumist, et vältida informatsiooni kadumist või moonutamist. Transkriptsiooni täpsuse tagamiseks kuulati helisalvestised korduvalt üle ning korrigeeriti neid käsitsi, et vältida automatiseeritud tarkvara (tekstiks.ee transkriptsioonitööriist) kasutamisest tekkida võinud vigu.

Andmete küllastatus saavutati kaheksanda intervjuu juures, kui uued intervjuud ei lisanud olulisi uusi teemasid ega mustreid. Viimased intervjuud võimaldasid kinnitada varasemaid tulemusi ja tagada analüüsi järjepidevuse. Siiski tehti kümme intervjuud, sest nii oli patsientidega varem kokku lepitud, ning kuna uurimistöö kuulus rahvusvahelisse SAFEST projekti, täiendasid intervjuud projekti andmestikku.

Temaatilises analüüsis on oluline uurija enda positsiooni ja eelarvamuste teadvustamine, kuna uurija ei ole objektiivne vaatleja, vaid osaleb aktiivselt teadmiste loomises ja interpreteerimises (Byrne, 2021). Uurija teadis, et tema eelnev kogemus seoses perioperatiivse raviprotsessiga ja töö kirurgiliste patsientidega võib tekitada kallutatust. Uurija vältis kallutatust säilitades intervjuude läbiviimisel teadlikult neutraalse ja mitte-suunava suhtumise ning vältides uuritavate vastuste mõjutamist. Uurimistöö tulemustes esitati patsientide tsitaate, et lugeja saaks iseseisvalt hinnata, kuidas uuritavad oma kogemusi kirjeldasid ning kuidas need andmed toetavad analüüsis esitatud järeldusi. Tagamaks uurimistöö läbipaistvust, on uurija kirjeldanud temaatilise analüüsi läbiviimise protsessi ja esitanud tabeli kujul näiteid ala- ja peateemade moodustamise põhimõtetest.

Andmekaitse ja eetiliste põhimõtete järgimine on kvalitatiivse uurimistöö usaldusväärsuse oluline osa. Kõik osalejad andsid teadliku nõusoleku intervjuus osalemiseks, olles eelnevalt informeeritud uuringu eesmärkidest ja anonüümsuse tagamisest. Nõusolekuvormid koguti kas digitaalselt või paber kandjal ning neid säilitati turvaliselt Tartu Ülikooli OneDrive'i pilvesüsteemis. Helisalvestised kustutati pärast transkriptsiooni valmimist, et tagada andmete konfidentsiaalsus ja vastavus eetikanõuetele.

## 4. TULEMUSED

### 4.1. Patsientide ootused ja kogemused perioperatiivsel perioodil

Käesoleva uurimistöö käigus analüüsiti 10 kirurgilise patsiendi (viis puusaliigese endoproteesimise ja viis koletsüstektoomia) ootusi ja kogemusi perioperatiivsel perioodil. Uuritavateks olid neli meest ja kuus naist, vanuses 48–84 aastat. Kõik uuritavad rääkisid eesti keelt.

Temaatilise analüüsi käigus moodustusid kaks peateemat – *tervishoiusüsteemi korraldus* ning *kommunikatsioon ja patsiendi kaasamine*, mis jagunesid kitsamateks alateemadeks (tabel 2).

**Tabel 2. Patsientide ootusi ja kogemusi iseloomustavad peateemad ja alateemad**

Tervishoiusüsteemi korraldus	Kommunikatsioon ja patsiendi kaasamine
Patsiendi kogemus tervishoiuteenuse korraldusest esmatasandist operatsioonini	Informatsiooni edastamine ja patsiendi kaasamine
Tugiteenuste roll patsiendi perioperatiivse kogemuse kujunemisel	Tervishoiupersonali ja patsiendi vaheline suhtlus

### 4.2. Tervishoiusüsteemi korraldus

#### 4.2.1. Patsiendi kogemus tervishoiuteenuse korraldusest esmatasandist operatsioonini

Enamik uuritavatest oli olnud oma perearstiga pikaajaliselt seotud ning nende hinnangul toimus koostöö rahuldavalt. Suhtlus perearstiga oli välja kujunenud aastate jooksul ning hõlmas ühenduse hoidmist nii telefonitsi kui ka e-kirja teel. Patsiendid tõid esile, et neil oli võimalus vajadusel pöörduda oma perearsti poole, kelle tööd iseloomustasid mitmed toetavana. Ühel patsiendil oli perearst olnud kontaktisikuks juba aastakümneid.

*„... siis ta on, eluaeg olnud, eks? 60. aastat juba /.../ Alati oli nii mõnus, tal oli jube tore õde, olen saanud rohud papsile ja kõik...“ (10)*

Mõnel juhul kirjeldasid patsiendid, et operatsioonijärjekorrad kujunesid nii pikaks, et koos perearstiga otsiti sellele lahendusi. Üheks võimaluseks oli patsiendi suunamine teise ravisutusse teises linnas. Kui aga selgus, et sealne ooteaeg oli võrreldav või isegi pikem, otsustas patsient pärast arutelu perearstiga tulla tagasi kodulinna operatsiooni ootama.

*„...siis ma helistasin, rääkisin perearstiga, vahepeal suhtlesin, ta ütles, et ei, et nii pikk ei ole, et võib-olla kaks aastat ja-jaa. Kuidas siis oli, siis me tulime linnast /.../ üle linna...“ (4)*

Üks patsientidest tundis, et ta ei saanud perearstilt piisavat tuge ja vahetas seetõttu perearsti mitu korda. Kontakti loomist ja hoidmist raskendas asjaolu, et perearst asus teises asutuses tööle ning geograafiline vahemaa pikenes.

*„Vahetasin perearsti ka, muidu on mul siin kohaliku haigla oma, nüüd siis oli ka, tuli /.../, üks uus perearst, oleksin tema nimistusse, kolis ära, läks sinna ... nüüd mul hoopis kolmas /.../, ühesõnaga, et mul on sinna käia...ikkagi keeruline.“ (2)*

Perearsti poole pöördusid sagedamini sapipõie vaevustega patsiendid. Need patsiendid nägid perearsti kui esmatasandi arsti, kelle poole pöörduti kohe, kui tekkis pikem ja ägedam kõhuvalu. Perearstiga arutati edasisi samme ja vajadusel määrati täpsustavad uuringud. Tugiliikumiselundkonna probleemidega patsiendid pöördusid enamasti otse eriarsti poole. Uuritavad põhjendasid seda nii, et ortopeediliste probleemide puhul ei nähtud perearstil olevat otsest võimalust lahendusi pakkuda.

*„ /.../ perearsti poole ma üldse ei jah selles küsimuses /.../ pole mõtet minna, tema ei oska ka nagunii. Oleks suunanud nagunii edasi.“ (3)*

Mitmed patsiendid viitasid intervjuudes, et perearstide töökoormus on suur ning see mõjutab ka suhtlemise mahtu ja sagedust. Toodi esile, et perearst ei jõua patsientidega süvitsi suhelda, sest suure osa tööajast võtab enda alla dokumentatsioon. Paberimajandust nimetati üheks takistavaks teguriks, mis piirab vahetut kontakti arstiga.

*„Räägid kõnekeskusega, perearstid ise ütlevad ka, et täielik /.../ süsteem, aga nad on nii koormatud, sest praktiliselt enamust ajast istub ta paberites ja muudkui kirjutab ja kirjutab ja kui vahepeal veel telefoni ka vastu võtad, siis ei jõua üldse kuhugi.“ (10)*

Linnast kaugemal elav uuritav, kes oli käinud erinevate terviseprobleemidega sageli perearstikeskuses, kirjeldas, et perearstil on mitu erinevat töökohta ja enamuse tööst teevad pereõed.

*„Ta on /.../ invaliidide kodus, ja-ja siis ma olen kuulnud, et /.../ asendab ka mingisugust nimekirja /.../ ära ja siis ta käib ainult vaid tuleb seal, kinnitab retseptid ära. Õed toimetavad seal põhiliselt ja üks, üks on küllaltki staažikas ja ma ei tea, kas ta on koolitanud ennast jälle.“ (1)*

Lisaks perearsti vastuvõtule ja eriarsti poole pöördumisele kasutasid mõned uuritavad ka kiirabi ja erakorralise meditsiinosakonna teenuseid. Neid esmatasandi teenuseid kasutasid käesolevas uurimistöös ainult sapipõiekaebustega patsiendid, kellel ilmsesid ägedad sümptomid või esines tugevat valu pikema aja jooksul. Kiirabi poole pöörduiti olukorras, kus valu oli äkiline ja intensiivne ning erakorralise meditsiinosakonna kaudu jõuti täpsustavasse diagnostikasse.

Ooteaeg eriarstile pääsemiseks ja operatsiooni ajani jõudmiseks oli mõne patsiendi jaoks ajaliselt pikk ning põhjustas ebamugavust. Mõnel juhul venis kogu protsess mitme aasta pikkuseks. Patsiendid kirjeldasid, et pärast perearsti suunamist pidid nad ootama vastuvõttu ortopeedile mitu kuud ning operatsioonijärjekorras tuli samuti pikalt oodata.

*„Ortopeedi vastuvõtule panin kirja ennast, ootas neli kuud, ta ütles, et kaks aastat on järjekord ja siis sain jutule arstile...“ (3)*

Teistel patsientidel sujus raviprotsess märgatavalt kiiremini ja ilma suuremate viivitusteta. Nad said suunamised eriarstile, läbisid vajalikud uuringud lühikese aja jooksul ning jõudsid operatsioonile paari nädala jooksul. Täpsustavad uuringud, nagu ultraheli, röntgen ja vereanalüüsid tehti kiiresti ning need võimaldasid operatsiooniootsuse langetada lühikese aja jooksul.

*„Arst andis saatelehed, kõik testid tehti ühe päevaga ja sain operatsiooni ajaks vähem kui kahe nädala jooksul.“ (10)*

Uuritavate sõnul pöördusid nad arsti poole siis, kui vaevused olid juba tõsised ning igapäevaelu oli seetõttu juba oluliselt halvenenud. Patsiendid, kellel esines kroonilisi liigeseprobleeme, kirjeldasid, et nad kasutasid liikumiseks abivahendeid ning nende kehaline aktiivsus oli piiratud. Selline olukord mõjutas ka igapäevategevusi ning suurendas vajadust operatiivseks sekkumiseks.

*„...ja siis ta hakkas tasapisi väga kehvaks minema, lõpuks pidin keppiga käima ja liikumine oli väga raske.“ (4)*

Ootejärjekordade pikkus mõjutas paari uuritava igapäevast toimetulekut ning emotsionaalset seisundit. Nad tõid välja, et ootamine põhjustas stressi ning tõi kaasa meeleolu languse. Pikaajalist ootust seostati ka depressiivsete sümptomite tekkega, mistõttu kasutas üks patsient ka depressiooniravimeid.

*„Just stressi selle valu ja mul on mis see ravi ongi, mõõdukas depressioon ka selle kõigega seoses /.../ mul on rahustid ka peal.“ (2)*

Ühel patsiendil venis operatsiooniooteaeg, kuna raviarsti lahkumise tõttu kliinikust oli patsient operatsioonijärjekorrast eemaldatud ning ta pidi seda protsessi otsast alustama. Samuti oli juhtumeid, kus operatsioon lükati edasi teiste terviseprobleemide, näiteks vähi diagnoosimise või pandeemiast tingitud piirangute tõttu:

*„... parem jalg nagu valutas kogu aeg, see oli juba aastaid... Aga siis oli vahepeal nagu vähk ja siis oli koroona, siis ei lõigatud. Ühesõnaga nüüd ma sain selle lõpuks.“ (2)*

Oli ka üks patsient, kes viivitas teadlikult operatsiooni planeerimisega, sest valu oli tema hinnangul veel talutav ja patsient oli kõrges vanuses ning ka ortopeed soovitas operatsiooni edasilükkamist operatsioonijärgsete tüsistuste ja pika taastumisperioodi tõttu.

*„ /... / praktiliselt mul on lihtsalt /.../ valulävi võib-olla kõrge /.../ ortopeed ütles, et ei maksa veel, ainult siis, kui ma ei jaksa enam need vahud, alles siis...“ (5)*

Mitmed patsiendid kasutasid tasulisi konsultatsioone ja uuringuid, et kiiremini operatsioonile pääseda. Tasuline teenus võimaldas mõnel juhul saada diagnoosi ja vajalikud uuringud kiiremini kui tavapärase ravijärjekorra kaudu. Uuritavad märkisid, et nende otsus tasulise vastuvõtu kasuks oli seotud sooviga vältida pikka ooteaega, kuna avalikus süsteemis polnud lähikuudel seda saadaval.

*„Läksin polikliinikusse /.../, see vastuvõtt ja siis muidugi ütlesid, et käisin kuskil maikuus, et ainult augustis. Ja siis ma küsin, kas on võimalik kohe? Ei, ainult siis, kui tasuline ja siis ma võtsin tasulise.“ (5)*

#### 4.2.2 Tugiteenuste roll patsiendi perioperatiivse kogemuse kujunemisel

Operatsioonist taastumisel oli oluline, kuidas tervishoiutöötajad patsienti juhendasid, kuivõrd kättesaadav oli füsioteraapia ning millist tuge pakkusid lähedased. Enne operatsiooni ei saanud ega kasutanud ükski koletsüstektoomia patsient füsioteraapiat ega muud alternatiivset ravi. Ortopeediliste patsientide puhul mainisid mitu uuritavat, et nad olid arstiga vestelnud ravivõimaluste üle ning neist paaril juhul suunati patsient enne operatsiooni konservatiivsele ravile, sealhulgas füsioteraapiasse. Taastumine kulges enamikel patsientidel komplikatsioonideta, kuid haiglas viibides oli taastusravi kättesaadavus raskendatud nädalavahetustel, mil füsioterapeudi kättesaadavus oli piiratud või puudus üldse. Kaks patsienti olid eakamad, neile oli eelmine operatsioon tehtud aastaid tagasi ning nad tunnistasid, et olid hädas voodist õigesti tõusmisega.

*“... lihtsalt oleks olnud füsioterapeut, aga ta lihtsalt lendas ära ja järgmine päev oli laupäev-pühapäev ja esmaspäev ma olin juba kodus... lihtsalt see oli natuke ebameeldiv.” (5)*

Patsiendi soovile saada pärast operatsiooni taastusravisse, kuna ta on üksik inimene ja elab eramajas, vastati haiglas, et selleks puuduvad rahalised vahendid ja tervishoiusüsteemis toimunud muutuste tõttu patsiente enam edasi ei suunata. Antud patsient arutles, et ta oleks vajanud põhjalikumat informatsiooni taastumisprotsessi kohta, eriti seetõttu, et operatsioonijärgselt oli jalg turses.

*„Et kuhu ma lähen, kelle käest ma küsin, mida ma pean tegema, ma olen siin jalg paistes.“ (4)*

Peamine tugiteenus, mille puhul pöörduti pereliikmete poole, oli transport, et liikuda operatsioonipäeval haiglasse ja pärast operatsiooni haiglast koju. Päevakirurgilise operatsiooni korral, mida teostatakse üldnarkoosis, anti patsientidele juba eelnevalt teada, et ärkamisruumist koju saamisel on tähtis, et lähedane tuleks vastu. Kõik sellise operatsiooni läbinud patsiendid ütlesid, et ärkamisruumis töötavad õed küsisid, kas keegi tuleb neile vastu, ja enamikel juhtudel

saatis hooldustöötaja või õde patsiendi turvalisuse huvides haigla välisukseni, kus patsiendi lähikondlane teda ootas.

*„...õde saatis mind ukseni pärast, et ilusti koju saaksin.“ (9)*

Üks uuritavatest tunnistas, et sõitis pärast operatsiooni koju oma autoga.

*„Ei ole pikk sõit, aga ei oleks tohtinud. Pärast mõtlesin, et oleks pidanud taksoga tulema.“ (10)*

Enamiku patsientide puhul ei olnud kohalikul omavalitsuselt või tervishoiuteenuste raames võimalik transporditeenust saada.

*„Nüüd see oli mingi huumori koht nagu Eesti meditsiini juures, et keegi tuleb sulle järgi ja viib siin haiglasse ja keegi toob siin pärast haiglat koju. Naljanumber.“ (8)*

Üks patsient kirjeldas, et vald korraldab sotsiaaltransporti, selleks on vaja eelnevalt vallaga ühendust võtta. Patsiendi sõnul on transport hästi korraldatud.

*„Põhimõtteliselt meil on küllaltki hästi korraldatud transport kolme autoga, üks pere ja siis veel endine taksojuht sõidab, ma olen nendega kõigiga käinud.“ (1)*

Taastumisperioodil kodus tuli patsientidel igapäevatoimingutega ise hakkama saada, puusaliigese operatsioonil käinud patsiendid nimetasid, et perekond oli neile toeks. Ühel patsiendil oli ka valla korraldatud sotsiaalteenus, mis hõlmas koristusteenust ja poes käimist.

Valuravi oli taastumisperioodil piisav ja enamik uuritavaid vastas, et lisavaluvaigisteid nad ei vajanud.

*„...ma ei üldiselt ka väga palju valuvaigisteid ei pidanud võtma, et-et vaikselt andis järgi, mis minu jaoks oli nagu võib-olla selline hea üllatus...“ (6)*

Koletsüstektoomia patsiendid vastasid, et taastumisel nad eraldi lähedaste tuge pereliikmetelt ei vajanud. Lähedaste arvamus mõjutas intervjuueeritavate sõnul siiski nende otsuseid.

*„...kõik muudkui rääkisid, et ära eemalda (sapipõit) igavene jama tekib...“ (7)*

### 4.3. Kommunikatsioon ja patsiendi kaasamine

#### 4.3.1. Informatsiooni edastamine ja patsiendi kaasamine

Operatsioonieelset ja -järgset rahulolu mõjutas suurel määral see, kui põhjalikult ja arusaadavalt patsiendile kogu raviprotsess lahti seletati. Perearstiga suheldes mainisid mitmed uuritavad, et kuna perearst on üldarst, siis jäi informatsiooni edastamine napiks.

*„ /.../ ja kui ma perearsti käest küisisin, et on ju võimalus, et mu keha ei võta seda liigest vastu, mis siis saab, kuidas perearst ausalt öeldes ütles, et ei, et siis tehakse mitu korda veel operatsioon ja proovitakse veel ja see lõpp jäigi arusaamatuks.“ (4)*

Kui esimesel kohtumisel arstiga jäi informatsiooni väheseks, pöörduiti veel teise arsti poole, et saada kinnitust diagnoosile, ning kui tutvusringkonnas oli tuttav arst või tervishoiutöötaja, siis arutati muresid nendega. Kõik uuritavad vastasid, et suulisele selgitusele lisandusid infolehed, brošüürid või juhendmaterjalid, mida nad võisid kodus lugeda.

Intervjuudest ilmnes, et operatsiooniotsus sündis enamasti arstide initsiatiivil. Pooltele puusa endoproteesimisele minevatele patsientidele pakuti enne kirurgilist sekkumist ka konservatiivseid ravivõimalusi, näiteks füsioteraapiat ja valuravi. Sellest hoolimata ei olnud paljude patsientide sõnul muudest ravivõimalustest kestvate kasu.

*„ /.../ muidugi pakkus võimlemine ja valuvaigisti juhul kui vaja /.../“ (5)*

Mitmed patsiendid ütlesid, et vaatamata teistele ravikatsetele ei olnud nende hinnangul muud valikut kui operatsioon ning nad olid sellega nõus.

*„ ... ega eriti, midagi teha ei olnud, see tuli ära teha nagunii...“ (2)*

Üksikutel juhtudel kirjeldasid patsiendid, et pikalt kestnud ootamine ja teadmatus operatsiooniaja suhtes pani neid aktiivsemalt ise tegelema info kogumise ja protsessi edenemise jälgimisega. Puusaproteesimise ootel olnud patsient kirjeldas, et operatsioon lükkus edasi pandeemia ja terviseprobleemide tõttu, kuid ta ei jäänud passiivseks.

*„Ma hakkasin ise asja ajama /.../ suvel hakkasin /.../ ja siis saingi aja.“ (2)*

Paar patsienti kirjeldasid, et kirurg edastas vajalikku informatsiooni patsiendi arvates üldsõnaliselt ning ei võimaldanud neil kujundada põhjalikku arusaama eelseisvast protseduurist ega sellega seotud võimalikest tüsistustest. Uuritavad oleksid vajanud enam individuaalset lähenemist oma probleemile. Nad ootasid personaalset suhtlemist tervishoiutöötajate ning arstidega, et mõisa paremini raviprotsessi ja võimalikke tüsistusi.

*„aga ma olen nagu selles mõttes, ei mulle keegi nagu väga spetsiifiliselt lahti seletada tegelikult, mis mind ees ootab ja-ja ka seda, et võib seal näiteks mingi arst muutuda, eks, et-et eriti pikka juttu ei olnud ausalt öeldes, et nad, pigem ma arvangi, et inimesed, kes on aastaid, teevad seda tööd, nad nagu ei, ei võta nagu igat patsienti nullist alates, et nad teevad nagu rutiinselt oma tööd“ (6)*

Mõni patsient otsis täiendavat teavet väljastpoolt esimest raviasutust, pöördudes teise linna tasulise arsti vastuvõtule, kuna esmalt saadud informatsioon jäi tema hinnangul ebapiisavaks ja raskesti mõistetavaks. Patsient kirjeldas, et iseseisvalt teise linna arsti vastuvõtule pöördumine võimaldas tal saada põhjalikuma ülevaate operatsiooni olulisusest ja selle teostamise põhimõtetest.

*„Ma panin tasulise kirurgi aja, panin Tartusse, ma käisin Tartus...ka selle kohta küsimas. Ise maksin, ise käisin ja sealt ma sain täieliku informatsiooni, et miks seda operatsiooni niimoodi tehakse.“ (7)*

Operatsiooniga seotud riskide, tüsistuste ja protseduuride selgitamine oli patsientide sõnul väga ebahõltslane. Osa patsiente said väga põhjalikke selgitusi, samas teised ei mäletanud, et riske oleks üldse tutvustatud. Mitmel juhul piirdus arsti kommunikatsioon pigem praktilise poolega (millal tulla, mida teha), ilma et oleks otsesõnu juttu tehtud operatsiooniga kaasnevatest ohtudest. Üks patsient tunnistas, et temale sobis, et operatsiooni kohta edastati vaid minimaalselt infot, sest tema tundis, et muidu ta muretsseb liiga palju.

*„...ma ei mäleta küll, et oleks öeldud. Ja ausalt öeldes ma olen pigem tänulik, et ei öeldud, sest inimene võib mõttejõuga omale igasuguseid hulle asju mõelda.“ (6)*

Operatsioonipäeval toimunud lühikesed kohtumised kirurgi ja anestezioloogiga sisaldasid vähesel määral informatsiooni, kohtumise rõhk oli patsiendi turvalisuse tagamisel, sisaldades operatsioonipiirkonna märgistamist ja võimalike allergiate ja ravimite täpsustamist.

*„Ta tutvustas ennast ja tegi mu jalale märgi, küsis, kumb jalg, et nad ikka õige teeksid.“ (4)*

Pärast operatsiooni kirjeldasid uuritavad, et kirurg ja ülejäänud patsiendiga tegelenud meeskonna liikmed tulid ja andsid teavet toimunud operatsiooni kohta ning jagasid juhiseid edasise taastumise kohta.

*„ /.../ siis tuli tegevterapeut, tuli näitas kuidas riidesse panna ja siis palatiarst, ortopeed tuli rääkis kuidas kodus astuda /.../“ (5)*

Samal ajal kui osa patsiente tundsid, et neile anti piisavalt teavet, kogesid teised, et suhtlus jäi üldiseks või pealiskaudseks. Mõned uuritavad tundsid, et neile ei selgitatud operatsiooni sisu ja kulgu piisava põhjalikkusega.

*„No need kirurgid võiks nagu natuke põhjalikumalt rääkida sellest operatsioonist. Seda infot on vähe, et mulle tehakse neli auku ja ongi kõik. Seda infot on natuke vähe, et nad võiks detailsemalt rääkida.“ (8)*

Patsiendid, kellele oli varem teostatud teise puusa operatsioon, tõdesid, et teise operatsiooni eel ei vajanud nad enam nii palju lisainfot. Eelnev teadmine operatsiooni kulust ja taastumisest vähendas vajadust täiendavate selgituste järele.

*„Ei tulegi nagu ette, üks ole. Kuna ma läksin teist korda, siis ma juba teadsin selle asja kõik ära, üks ole, ja kujutasin täiesti asja ette, üks ole.“ (3)*

Uuritaval, kellele see oli esimene operatsioon, oli seoses operatsiooniga rohkem ootusi ja emotsioone. Ta vajab lisaks põhjalikumale informatsioonile operatsiooni toimumise ja võimalike riskide kohta ka suuremat emotsionaalset tuge, et kogu protsessist paremini aru saada .

*„Tegelikult see noor doktor... Ta oli väga sümpaatne, ta rääkis mulle väga põhjalikult, rääkis nendest ohtudest, näitas seda liigest ja tutvustas, tal oli kuidagi aega minu jaoks.“ (4)*

Mitmed patsiendid märkisid, et neile edastatud teave oli esitatud selgelt ja arusaadavalt. Suhtlus tervishoiutöötajatega võimaldas neil saada vastused oma küsimustele ning infot jagati sellises mahus, mis vastas nende hinnangul patsientide vajadustele ja ootustele.

*„Kõik oli arusaadav, ma ei ütleks, et midagi oleks liiga vähe või liiga palju tehtud.“ (1)*

#### 4.3.2. Tervishoiupersonali ja patsiendi vaheline suhtlus

Preoperatiivsetel visiitidel ja haiglasse saabumisel toimusid patsiendi esmased kontaktid registratuuritöötajatega, mille eesmärk oli patsiendi vastuvõtule registreerimine ja vajalike administratiivsete toimingut korraldamine. Patsiendid kirjeldasid neid kohtumisi üldjuhul asjalikena. Need keskendusid info kogumisele ning suunamistele. Isiklikumat laadi suhtlust või selgitavaid vestlusi nendes olukordades enamasti ei toimunud.

Üks uuritav kirjeldas oma kogemust mitme eri registratuuritöötajaga, mille puhul esines suuri erinevusi personali suhtlemisstiilis ja toes, mida patsiendile pakuti. Tema kogemuse põhjal ei olnud tegemist ühtse suhtlemispraktikaga: eri töötajate käitumine ja valmisolek aidata mõjutasid oluliselt saadud patsiendikogemust. Patsient sai positiivse kogemuse osaliseks, kui registratuuritöötaja aitas tal operatsioonijärjekorra kohta täiendavat infot saada, pöördudes ise osakonnajuhataja poole:

*„ /.../ siis tädi, naisterahvas seal kenasti aitas, ütles, et oodake, küsinud, et meil on üks noh, nii-öelda selle kliiniku osakonnajuhatajana töö, et ma lähen küsima, et mis me teha saame, on ju.“ (6)*

Samal patsiendil oli ka vastupidine kogemus, kus teises kliinikus suhtlus registratuuritöötajaga tekitas segadust nappide juhiste tõttu ning patsient pidi registratuuritöötaja käitumise tõttu korduvalt kabineti ja registratuuri vahel liikuma ja puuduolevaid pabereid juurde tooma.

*„Kui sa satud hommikul vara pahatujulise tädi otsa... Ma küsisin, seletage rahulikult, mida te ootate mu käest, ma ei osanud ju ka seda arsti käest küsida... Sealt öeldi, et minge sinna kabinetti tagasi... oli selline jooksumine.“ (6)*

Operatsioonieelsed kohtumised tervishoiutöötajatega olid uuritavate kirjelduste põhjal lühikesed, ning keskendusid konkreetsetele toimingutele või tervises seisundi täpsustamisele. Suhtlus toimus kiire töötempo taustal ja sisaldas küsimusi või lühikesi selgitusi. Uuritavad märkisid, et tegevus oli organiseeritud, kuid suhtlus toimus lühidalt ja korraldusi andes.

*„ /.../ aga no neil kaunis kiire ikkagi ka, ega need ei ole. Jutt on ka kiire ja konkreetne, et iga kord peaaegu sama juttu peavad rääkima.“ (1)*

*„Arst rääkis nagu paar sõna, üks ole, ega ta ei midagi seletanud. Küsis, et teil on enam-vähem ühtlaselt, kõik on normaalne teil ja-ja-ja noh, seda küsis jah, et kas küsimusi muidugi on? Ma ütlesin, et ei ole, üks ole.“ (3)*

Mitmed patsiendid eeldasid, et kirurg, kellega nad kohtusid preoperatiivsel visiidil, viib läbi ka operatsiooni. Intervjuudest ilmnas aga, et mitmel juhul nende ootus ei täitunud – operatsiooni viis läbi teine kirurg. Mõnel patsiendil sai kirurgi vahetumine selgeks vahetult enne operatsiooni, kuid oli ka juhtumid, kus see sai teatavaks alles pärast operatsiooni. Üks patsient kirjeldas, et tema hinnangul osales raviteekonnas mitu erinevat arsti ning operatsiooni teostas lõpuks kirurg, kellega ta varem ei olnud kohtunud.

*„Et ja siis seesama arst, kes mind nii-öelda siis opi järjekorda pani, ma arvasin, et tema ka lõikab mind, /.../ et oh tore arst, /.../ kui ma kohale jõudsin, võttis mind hoopis üks noorem meesterahvas, et hakkas muga seal rääkima, esitas küsimusi. /.../ Ja siis, kui mul oli ära tehtud, siis hoopis selgus, et veel üks, neljas arst oli, kes mind opereeris. Päris huvitav liikumine.“ (6)*

Operatsioonipäev oli kiire ja patsiendid puutusid kokku erinevate töötajatega, kuid mitmed uuritavad tundsid, et suhtlus tervishoiutöötajatega toimus kiirustades. Patsiendid kogesid, et neil ei olnud võimalik alati aru saada, kes täpselt ja millist rolli täitis. Suhtlus piirdus lühikese juhisega, ilma, et patsiendile oleks selgitatud, kes temaga suhtles.

*„Üks õde lihtsalt ütles „tulge kaasa“ ja viis mind operatsioonisaali.“ (8)*

*„Keegi ei tutvustanud ennast, arsti ma tundsin, nad tulevad, suured maskid ees.“ (4)*

Üks uuritav arutles operatsioonipäeva kogemust kirjeldades, et selles etapis võiks suhtlus olla patsiendi kaasavam. Ta arutles selle üle, kuidas tervishoiutöötajate enesetutvustus ja patsiendi teavitamine toetab patsiendi orienteerumist kiires päevas.

*„Võib-olla näiteks see koht oleks, kui erinevad inimesed suhtlevad patsientidega, võib-olla nad võiksid nagu öelda, et mina olen see, me lähme nüüd sinna näiteks või noh, nagu ma ei tea, seal.“*  
(6)

Ärksamisruumis veedetud aja kohta väitsid patsiendid, et neile osutati pidevat tähelepanu. Õed küsisid regulaarselt nende enesetunde kohta ning vajadusel pakuti valuvaigisteid. Lisaks professionaalsele toele oli tajutav pidev kohalolek, mis andis kindlustunde ja lõi positiivse kogemuse. Suhtlemine oli rahulik ja patsiendikeskne.

*„Kõik hooldajad, mehed hooldajad, medõed – no parem ei saa olla... kogu aeg oli keegi kõrval ja küsiti, kuidas ma ennast tunnen, ja mina tundsin ennast nagu printsess.“* (5)

Mitmed uuritavad tõid esile, et haiglaravi käigus kogetud suhtlemine tervishoiupersonaliga oli sõbralik ja toetav. Patsiendid kirjeldasid, et nendega suheldi rahulikult, neile pöörati piisavalt tähelepanu ja loodi turvatunne. Mõnel juhul meenutati, et selline suhtumine aitab kaasa haiglateskkonnas parema enesetunde kujunemisele. Üks puusaliigese operatsioonil osalenud patsient jagas oma muljet vahetust kontaktist kohe operatsioonisaali sisenedes, kui talle osutati tähelepanu väikeste, kuid patsiendi jaoks tähenduslike tegudega.

*“Kõik oli nii armas. Kohe tuli üks hooliv õde, pani mulle sooja oranži teki – mul oli hea... pärast ärkasin, kõik oli väga suurepärane.”* (4)

Üks uuritav, kellel oli varasemalt rohkem kokkupuuteid tervishoiusüsteemiga, leidis, et tervishoiutöötajad võiksid rohkem arvestada patsiendi vaatepunktiga, eriti olukorras, kus patsient kogeb ravi- või operatsiooniprotsessi esmakordselt. Ta viitas, et kuigi personalile on operatsioonid igapäevane tegevus, võib patsiendi jaoks olla tegemist harvaesineva, emotsionaalselt pingelise olukorraga. Ta rõhutas, et tervishoiutöötaja oskus märgata patsiendi haavatavat positsiooni muudab kogemuse selles olukorras toetavamaks.

*„Inimene on haavatav sel hetkel, ta ei tea, kuidas operatsioon läheb, ja on hea, et suhtutakse nii meeldivalt.“ (9)*

Patsiendid, kelle varasem kokkupuude tervishoiusüsteemiga oli toimunud kas eelmise riigikorra ajal või taasiseseisvumise algusaastatel, tõid välja, et ajas on muutunud nii tervishoiuteenuse korraldus kui ka tervishoiutöötajate lähenemine patsiendile. Toodi esile, et suhtumine patsientidesse on tänapäeval muutunud selgemaks, viisakamaks ja patsiendisõbralikumaks. Varem kogetu põhjal hinnati praegust suhtlemisviisi oluliselt erinevaks.

*„ /.../ mul varasem kogemus, noh, mis on nagu niisuguse negatiivne, on nõukogude aega jäänud sünnitusmajas olemisega, et ja praegu noh, mis operatsioonid on mul toimunud nüüd nii-öelda Eesti Vabariigi ajal et, et tegelikult on nagu personali suhtumine, selles on ikkagi nagu öö ja päev. Et, et praegu on ikka jah, et väga-väga niisugune patsiendisõbralik ja vähemalt minul on väga viisakas kõik olnud.“ (7)*

## 5. ARUTELU

### 5.1. Tervishoiusüsteemi korraldus

#### 5.1.1. Patsiendi kogemus tervishoiuteenuse korraldusest esmatasandist operatsioonini

Käesoleva uurimistöö eesmärk oli analüüsida kirurgiliste patsientide ootusi ja kogemusi perioperatiivsel perioodil. Uurimistöö tulemustest tõusid esile kaks peateemat, mis kajastasid ja kirjeldasid kirurgiliste patsientide ootusi ja kogemusi antud perioodil: tervishoiusüsteemi korraldus ning kommunikatsioon ja patsiendi kaasamine. Uurimistulemused näitasid, et patsientide ootused enne operatsiooni olid seotud eeskätt valu leevendamise ning operatsioonieelse elukvaliteedi ja liikumisvõime taastumisega. Käeoleva uurimistöö käigus selgus, et kirurgiliste patsientide ootused keskendusid eelkõige valu leevendamisele ning ortopeediliste patsientide puhul ka operatsioonieelse elukvaliteedi ja liikumisvõime taastamisele. Need ootused võivad olla väga kõrged ning kui need ei täitu, tekib rahulolematust. Seetõttu on oluline selgitada patsiendile enne operatsiooni realistlikult, millist tulemust võib oodata ja ka seda, et patsiendi enda roll on taastumisel oluline. Mitmed varasemad uuringud kinnitavad seda. Nii Manusco jt (2017) kui ka Cody jt (2017) uurimistöodes oli operatsiooni ootavate patsientide ootused suunatud just aktiivsuse taastamisele ja valu kadumisele.

Uurimistulemustest ilmnes, et uuritavatel oli pikaajaline suhe oma perearstiga, patsientide kogemused perearstiga olid aga erinevad. Valdaval osal koletsüstektomia patsientidest oli perioperatiivsel perioodil esimeseks kontaktiks perearst, kes suunas patsiendid uuringutele või eriarstile. Enamik ortopeedilisi patsiente vältis perearsti poole pöördumist ja otsis abi otse eriarstilt. Sellest nähtub, et perearsti rolli erinevus sõltus patsiendi seisundist ja isiklikust kogemusest – osadele patsientidele oli perearst toetav ja kättesaadav, teiste jaoks formaalne vahelüli. Sarnaseid järeldusi on teinud ka Oester jt (2024) oma uurimuses, kus ühe tulemusena toodi välja, et kuigi patsiendid väärtustavad pikaajalist suhet perearstiga, kujuneb nende rahulolu saadud abi kvaliteedi ning edastatud info arusaadavuse põhjal. Ka hiljutistes Eesti elanike terviseuuringutes on selgunud sarnased kitsaskohad: rahulolu perearstiteenusega on küll kõrge, kuid paraku on arstiabi kättesaadavus langenud ja ooteajad pikenenud (Kasekamp et al., 2023; Kantar Emor, 2022).

Tervisekassa (2023) kehtestatud „Endoproteesimise raviteekonna standard“ kinnitavad, et perearstil on oluline osa patsiendi esmase hindamise ja suunamise protsessis. Käesoleva uurimistöö tulemustest nähtub, et patsientide kogemused seoses perearsti rolliga erinesid olenevalt operatsioonist: sapipõiekaebustega patsientide kogemused olid positiivsed, samas ortopeedilised patsiendid nägid perearsti suunava lülina süsteemis. Intervjuude põhjal ilmnisid probleemid perearsti töökoormuse ja kättesaadavusega, mis viitab asjaolule, et perearstisüsteem vajab muudatusi. Uuriija leiab, et on vaja laiendada õdede iseseisvat vastuvõttu ning suurendada nende rolli operatsioonijärgsete patsientide jälgimisel. Seda toetavad ka arengud õe iseseisva vastuvõtu seadustamises ja rakendamises. Samuti on oluline tihendada koostööd taastusraviarstide ja füsioterapeutidega, et luua sujuvam üleminek operatsioonijärgsest ravist taastumisetappi. Tervishoiuteenuste kvaliteet sõltub mitte ainult õnnestunud ravist, vaid ka selgelt edastatud infost (Forsberg et al., 2018), millele Eloranta (2014) lisab, et tervishoiutöötajate juhendamisoskus ja patsiendi kaasamine soodustab patsientide osalemist oma ravi mõjutavates tegurites ning ootuste realistlik esitamine valmistab patsienti paremini ette puusaendoproteesimise tulemusteks (Padilla et al., 2019).

Operatsioonile jõudmine ei ole üksiksündmus, vaid pikk protsess, mis hõlmab tervishoiusüsteemi erinevaid osapooli ning võib varieeruda sõltuvalt patsiendi terviseseisundist ja tervishoiusüsteemi korraldusest. Operatsiooni ooteaja suhtes jagunesid patsientide kirjeldused kaheks: osa patsiente suhtus neutraalselt paratamatusse ooteperioodi, samas kui teised väljendasid selget rahulolematust pikaleveninud järjekorra üle. Patsiendi subjektiivne kogemus tervishoiusüsteemist mõjutab tema edasisi otsuseid raviteekonnal. Antud uurimistöös oli üheks negatiivseks kogemuseks ebapiisav info ravijärjekordade kohta, mis tekitasid segadust ja vajadust lisakontaktide järele. Ka Oester (2024) on kirjeldanud, et patsiendi individuaalne kokkupuude tervishoiusüsteemiga – olgu see siis seotud ravijärjekordade, info edastamise või perearstiga suhtlemisega – võib mõjutada tema edasisi raviotsuseid. Käesoleva uurimistöö tulemused haakuvad nende tähelepanekutega, kinnitades, et kirurgiliste patsientide ootused ja kogemused antud operatsiooniga seoses olid kujunenud varasemate tervishoiuteenusega seotud kogemuste põhjal.

Mitmed rahvusvahelised uuringud, sealhulgas Dawkins jt (2021), Gizaw jt (2022) ning OECD (2023) raport on soovitanud kasutada struktureeritumaid ravijärjekordi, seada teenuste osutamisel prioriteedid ning kasutada rohkem digitaalseid lahendusi, et parandada info kättesaadavust ja toetada patsiendi aktiivset osalust oma raviteekonnal. OECD (2023) ja Kasekampi jt (2023) raportitest ilmneb, et eriti maapiirkondades jääb nende teenuste potentsiaal oluliselt alakasutatuks,

mis paraku süvendab regionaalset ebavõrdsust tervishoiuteenuste kättesaadavuses. Kuigi Eestis on arendatud mitmeid digitaalseid tervishoiuteenuseid, sealhulgas e-konsultatsioonid ja e-vastuvõttud, on nende kasutamine patsientide seas olnud seni pigem tagasihoidlik. Uurija hinnangul aitaksid need lahendused aga muuta ravi kättesaadavamaks, vähendada topeltpärisiite ning suurendada patsiendi rahulolu tervishoiuteenuste kättesaadavusega.

#### 5.1.2. Tugiteenuste roll patsiendi perioperatiivse kogemuse kujunemisel

Patsiendi kogemus operatsioonist taastumise teekonnal oleneb paljuski sellest, kui hästi toimivad teda ümbritsevad tugiteenused, eeskätt lähedaste toetus, taastusraviteenused ja sotsiaaltransport. Endoproteesimise standardi (2023) kohaselt peab patsient enne ortopeedile suunamist läbima radioloogilised uuringud ning saama konservatiivset ravi, sealhulgas füsioteraapiat ja valuvaigistavat ravi. Uurimistöö tulemused näitasid, et osa patsiente ootasid, et taastusravi jätkuks kohe pärast haiglast lahkumist, ilma pikkade ooteaegadeta, kuid need ootused ei täitunud. Mitmed uuringus osalenud kirjeldasid puudulikku juhendamist või juhuslikku infot füsioteraapia kohta, mis muutis iseseisva taastumise keerulisemaks. Eriti keeruliseks osutus taastusravi kättesaadavus nädalavahetustel, mil füsioterapeudi teenus oli piiratud või puudus täielikult. Varasemad uuringud kinnitavad, et varajane mobilisatsioon (Melloul et al., 2020) ja füsioteraapia teostamine individuaalsel koostatud kava järgi (Soever et al., 2010) on operatsioonijärgselt patsiendi paranemise ja taastumise seisukohalt vajalikud. Soever jt (2010) ja Dyer jt (2020) tõdevad, et funktsionaalsete oskuste taastamine, patsiendi eneseusk ja lähedaste tugi on eduka taastumise olulised eeltingimused. Ka Melloul jt (2020) ja Strickland (2018), toovad esile, et varajane mobilisatsioon, patsiendi ettevalmistamine juba enne operatsiooni ja pidev juhendamine aitavad vähendada postoperatiivsete tüsistuste riski. OECD (2023) raportist lähtub samas, et paljudes riikides on üleminek haiglaravilt jätkuvale hooldusele ebajärjekindel – sageli viibivad patsiendid haiglas kauem lihtsalt seetõttu, et vajalikku rehabilitatsiooni pole õigeaegselt korraldatud, või vastupidisel juhul saadetakse inimene koju enne, kui tugiteenused on kättesaadavad.

Käesoleva uurimistöö tulemused näitasid, et koletsüstektoomia patsientide suurimaks ootuseks oli ebamäärase valu vähenemine. Erinevalt ortopeedilistest patsientidest ei olnud neil ootusi taastusravi suhtes. Ükski koletsüstektoomia läbinud patsient ei maininud, et kirurg oleks selgitanud neile taastusravi vajalikkust või andnud juhiseid. Samas on teada, et operatsioonijärgsed tüsistused on kõhuõõneoperatsioonide puhul sagedased ja esinevad kuni kolmandikul juhtudest, pikendades oluliselt taastumisaega (Aahlin et al., 2015). Loor jt (2021) rõhutavad, et

liikumispiirangud pärast kõhuõõnekirurgiat võivad hoopis takistada paranemisprotsessi, sest fastsia, mis moodustab keha pehme koe sidemed, vajab taastumiseks liikumist. Ortopeediliste patsientide puhul olid ootused seotud valu vähenemise ja liikumisvõime taastumisega. Samas on nende valu sageli seotud liikumisega, mis võib saada takistuseks varajasele mobiliseerimisele. Samas ei maininud intervjueeritavad oma kogemustes valu kui piiravat tegurit, mis võib viidata hästi korraldatud valuravile. Need patsiendid ootasid aktiivset taastusravi ja juhendamist igapäevaeluks vajalike toimingute sooritamiseks, näiteks liikumiseks abivahenditega või voodist tõusmiseks. Samuti olid neil teadlikumad ootused operatsioonijärgsete piirangute kohta, näiteks puusaliigese liikumisulatuse piiramine subluksatsiooni vältimiseks. See näitab, et erinevate kirurgiliste sekkumiste puhul on patsientidel taastumise faasis erinevad ootused ja vajadused.

Taastusravi kõrval on oluline tugiteenus ka transport. Enamik vastanutest ei olnud teadlik sotsiaaltranspordi võimalustest ega kasutanud seda. Toetuti peamiselt lähedaste abile või liiguti iseseisvalt, ka olukordades, kus üldnarkoosist taastumine oleks eeldanud saatjat. Pulkkinen (2021) ja Invalidiliitto (2023) uuringute tulemused tõid esile, et patsiendi liikumisvõime on pärast operatsiooni piiratud, seepärast on saatja olemasolu vajalik. Kuigi mõned patsiendid olid teadlikud kohalike omavalitsuste pakutavatest transpordilahendustest, jäi teenuse kasutuskogemus väheseks ning suhtumine sellesse pigem neutraalseks. Sotsiaaltranspordi kohta on vähe rahvusvahelisi uuringuid, sest eri riikides on tugiteenuste osas suured erinevused, ka Eestis on selles valdkonnas teaduslikke uuringuid napilt ning kättesaadav info põhineb peamiselt haldusandmetel ja rahvusvaheliste projektide raportitel. OECD (2023) hinnangul toetub Eesti tervishoiusüsteem operatsioonijärgses faasis suures osas perekondlikule toele, kuna sotsiaaltransporditeenus on ebapiisavalt arendatud. Rahvusvaheliselt on transpordiprobleemi lahendusena kasutusele võetud ka mitmeid digitaalseid lahendusi, näiteks e-vastuvõtud ja e-konsultatsioonid (Gizaw et al., 2022).

Uurija meelest on oluline, et omavalitsused ja sotsiaalvaldkonna teenusepakkujad teeksid senisest rohkem tööd patsientide teavitamisel, selgitades neile paremini sotsiaaltranspordi võimalusi ja muutes need kergemini leitavaks. Eriti oluline on see maapiirkondades elavatele patsientidele, kelle jaoks võib transporditeenus olla ainus ligipääs ravile. Ka selle tugiteenuse puhul on ilmne, et patsientidele suunatud kaugteenuste potentsiaal on hetkel alakasutatud. Sellised lahendused võiksid oluliselt leevendada transpordist tingitud probleeme, kuid nende kättesaadavus ja kasutuselevõtt vajavad veel arendamist ja patsientidele selgitamist.

## 5.2. Kommunikatsioon ja patsiendi kaasamine

### 5.2.1. Informatsiooni edastamine ja patsiendi kaasamine raviprotsessi

Uurimistulemused näitasid, et kirurgiliste patsientide rahulolu perioperatiivsel perioodil sõltus suurel määral sellest, kui hästi ja arusaadavalt neile kogu operatsioonieelse ja -järgse protsessi kohta infot anti. Mitmed patsiendid leidsid, et perearsti kui üldarsti antud esmane teave jäi napiks ning nad ei saanud kõigile oma küsimustele vastuseid. Samas näitasid vastused, et patsiendid hindasid informatsiooni kättesaadavust ja oma kaasatust raviprotsessi väga erinevalt. Mõned patsiendid soovisid detailseid selgitusi, teised eelistasid vähest infot, et mitte suurendada operatsioonieelset ärevust. Sarnast varieeruvust patsientide infovajadustes on kirjeldanud ka Melloul jt (2020), samas on Gobbo jt (2020) leidnud, et hästi struktureeritud ja arusaadav info aitab vähendada patsientide ärevust ning parandab patsiendikogemust seoses osutatud teenusega.

Positiivse aspektina mainisid kõik uuritavad, et lisaks suulisele selgitusele anti neile koju kaasa kirjalikke materjale (infolehed, brošüürid), mis toetasid arusaamist raviprotsessist. Siiski ilmnest vastustest, et info jagamise põhjalikkus sõltus suuresti konkreetsest spetsialistist. Mõned patsiendid tõid välja, et neile ei selgitatud operatsiooniga seotud riske ega protseduuri sisu piisavalt. Seda kinnitavad ka Mahdi jt (2018) tulemused, mille järgi vaid 58% ortopeedidest annab operatsiooni kohta alati kirjalikku infot. Seega võib patsiendi valmisolek operatsiooniks sõltuda mitte üksnes tema enda huvist, vaid ka tervishoiutöötajate ajalisest ja emotsionaalsest võimekusest temaga suhelda.

Uurimistöö tulemused näitasid, et enamik patsiente tundis, et nende aktiivne osalus raviotsustes oli vähene, kuna operatsiooni esitati kui vältimatut lahendust. Puusaliigese asenduse patsientidele pakuti ka konservatiivseid ravimeetodeid (füsioteraapia, valuravi), kuid nende mõju oli enamasti ebapiisav ja ka nemad valisid operatsiooni. Cody jt (2017) toovad välja, et ootuste varajane kaardistamine aitab arstil hinnata, kas patsiendi arusaam on realistlik, ja vajadusel ootusi suunata. See loob võimaluse patsiendikesksemaks raviks ning tugevdab patsiendi osalust. Hoolimata piiratud kaasatusest raviotsustesse, näitasid mõned patsiendid üles initsiatiivi info kogumisel, pöördudes teise spetsialisti poole või jälgides ise järjekorra edenemist. Patsiendid, kellele oli varem teostatud teise puusa operatsioon, olid raviprotsessis ise aktiivsemad ja vastasid intervjuudes, et vajasid vähem detailset infot. Samad tulemused ilmnest Zeynepi jt (2020)

uuringus, milles selgus, et patsiendid, kellel oli eelnev operatsioonikogemus, olid teadlikumad ja tundsid end paremini ettevalmistatuna, mis suurendas ka nende rahulolu raviteekonnaga.

Patsientidele jagatud teave operatsiooni kulu ja võimalike riskide kohta oli varieeruv: osad said detailseid selgitusi, teised aga ei mäletanud, et tüsistustest üldse juttu tehti. Tihti piirdus kommunikatsioon praktilise infoga („millal tulla, mida enne teha“), ilma et patsienti oleks otsesõnu kaasatud riskide arutamisse. Suhtlus operatsioonipäeval oli suunatud peamiselt tehnilistele korraldustele, samas kui personaalse ja patsiendi individuaalsetest vajadustest lähtuva suhtluse osa oli vähene. See vastab varasematele uurimistöodele, kus on leitud, et perioperatiivne õendus personaliseerub alles ärkamisruumis (Pulkkinen, 2021; Dias et al., 2022). Siiski ootavad patsiendid rohkem individuaalset lähenemist ja võimalust küsimusi esitada, mis ei pruugi standardiseeritud protsesside kaudu alati realiseeruda (Gobbo et al., 2020). Perioperatiivses ravis (*perioperative dialogue*) on eesmärk tagada patsiendi turvalisus ja kaasamine sellega, et sama perioperatiivne õde tegeleb patsiendiga pre-, intra- ja postoperatiivses etapis (Pulkkinen, 2021).

Sellel perioodil vajavad patsiendid infot operatsiooni õnnestumise, (Forsberg et al., 2018) toetusvõimaluste ja sotsiaalse toe kohta (Wolf, 2016). Tähelepanu tuleb pöörata nendele patsientidele, kellele jagatud teave ei olnud piisav või kes tunnevad vajadust otsida lisakinnitust erinevatest allikatest. Patsiendi kaasamist saab korraldada erinevatel viisidel ning just veebipõhised lähenemisviisid on paljulubavad. (Manusco et al., 2018.) Uuriija leiab, et patsiendi kaasamine raviprotsessi ja otsustesse toetab tema paremat ettevalmistust operatsiooniks ning suurendab tunnetust, et tal on aktiivne roll oma raviteekonnas. Selle saavutamine eeldab tervishoiutöötajate teadlikku suhtumist patsiendi kui koostööpartneri kaasamisse ja seda nii info jagamise kui ka suhtlemise viisis.

### 5.2.2. Tervishoiupersonali ja patsiendi vaheline suhtlus

Uurimistulemused näitasid, et enamik osalejaid kirjeldas oma kogemusi positiivsena: personal oli hooliv, sõbralik ning enamik patsiente tundis end nendega suheldes hästi. Ootuspäraselt tundsid mitmed patsiendid enne operatsioonituppa minekut hirmu ja pinget. Patsiendid, kes tundsid, et neid kuulati ja nende soove arvestati – olgu siis läbi rahustava suhtluse või füüsilise mugavuse loomise – , olid enne narkoosi minekut rahulikumad. Varasemad uuringud kinnitavad, et patsiendid soovivad end tunda turvaliselt ja selles on suur roll õe ja patsiendi suhtel (Pulkkinen, 2021)

Haiglas ootasid patsiendid vahetult pärast operatsiooni, et personal jälgib nende seisundit, leevendab valu ja annab juhiseid edasiseks, intervjuude põhjal olid need ootused suures osas täidetud. Patsientidele manustati valuvaigisteid vastavalt vajadusele ning kui ilmnes, et mingi ravim ei sobi või on selle mõju ebapiisav, kohandati ravimiskeemi. Varasemad uuringud on näidanud, et patsiendi taastumine ja edasine toimetulek oleneb just õe tegevusest patsiendisõbraliku õhkkonna hoidmisel ning võrdväärse suhte tagamisel (Pulkkinen, 2021) ning et sellises suhtes on patsiendi kuulamine üks kommunikatsiooni olulisemaid vahendeid (Koivisto, 2019.)

Positiivsete kogemuste kõrval tõid mõned patsiendid esile ka asjaolu, et töötempo ja ajapuudus piirasid põhjalikumast vestlust ning vajalike selgituste andmist ravi kohta. On leitud, et patsiendid ootavad operatsiooniprotsessi kohta võimalikult arusaadavat teavet ja personaalsemat käsitlust, mis arvestaks nende individuaalseid vajadusi (Gobbo et al., 2020; Mako et al., 2016). Mikkola ja Saarijärvi (2022) lisavad veel, et patsiendid väärtustavad tervishoiutöötajate selget suhtlusviisi ja põhjalikku raviotsuste selgitamist. Pitt jt (2019) on leidnud, et patsiendid soovisid, et kirurgid ja õed arvestaksid nende emotsionaalsete ja sotsiaalsete vajadustega, mitte ainult meditsiinilise diagnoosiga.

Käesoleva uuringu tulemused näitavad et kuigi patsiendid hindasid suhtlemist personaliga valdavalt positiivselt, tuli praktikas ette olukordi, mille puhul pooled patsientidest vastasid, et nad ei saanud vajalikku teavet ega tuge. Seda seostati personali vähesuse ja ajapuudusega, mis tekitas tunde, et õdedel ei olnud piisavalt aega patsientidega tegeleda. Lisaks arstide ja õdedega suhtlemisele on perioperatiivsel perioodil tähtis osa ka administratiivsel personalil, kellega suhtlemine on möödapääsmatu ja mõjutab patsiendi üldist kogemust. Sellele viitasid üksikud patsiendid, kes tõid välja, et ebaselged juhised või ebaviisakas suhtlus administratiivtöötajatega põhjustas neile lisapingeid. Sama on täheldanud ka Koskenniemi jt (2019), kes leidsid, et haiglate ja osakondade lõikes võib kaasamise ja suhtlus kvaliteedi tase oluliselt varieeruda, ning Mako jt (2016) nägid oma töös, et tervishoiutöötajate omavaheline erimeelsus ja erinev stiil patsiendi juhendamises tekitab patsiendis segadust.

Kokkuvõttes toetavad käesoleva uurimistöö tulemused varasema teaduskirjanduse väiteid, kinnitades, et kvaliteetne kirurgiline ravi on tihedalt seotud selge ja empaatilise suhtlusega, paindliku tervishoiusüsteemi korraldusega ning patsiendi kui ühe osalise kaasamisega. Uuri

hinnangul aitaks tervishoiuteenuste kvaliteeti ja patsientide rahulolu suurendada personali töökoormuse optimeerimine ja patsienti kaasavate suhtlemiskoolituste korraldamine.

### **5.3. Eetilised aspektid**

Magistritöö läbiviimine kooskõlastati Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteega (protokoll 373/T-8, lisa 1). Uuringus osalenud kümne kirurgilise patsiendi informeerimine toimus kirjalikult enne intervjuusid uurimistööd tutvustavalt SAFEST projekti infolehe abil. Informeerimisel tutvustati uuringu eesmärki, protsessi ja osalejate õigusi, sealhulgas õigust katkestada osalemine uuringus mistahes hetkel ilma põhjendusi esitamata. Kõik osalejad andsid teadliku nõusoleku enne intervjuude algust. Zoomis toimunud intervjuude korral andsid uuritavad ja uurimistöö teostaja digiallkirjad enne intervjuude läbiviimist ning neid säilitati turvaliselt kuni uurimistöö lõpetamiseni Tartu Ülikooli turvatud OneDrive pilvesalvestusruumis.

Patsientide anonüümsuse tagamiseks välditi uuringu tulemustes osalejate ja nende kirjeldatud kogemuste äratundmist, esitades need andmeid üldistatult. Kõik intervjuud salvestati digitaalselt ning transkribeeriti, mille järgselt helisalvestised kustutati. Intervjuude tekstifailid säilitati kodeeritud kujul (1–10), millest oli eemaldatud kogu isikuid tuvastada võimaldav informatsioon. Uuriija kasutas käesoleva uurimistöö kirjutamisel inglise keelsete teadusartiklite tõlkimisel ja keerulisemate lausete struktureerimisel ChatGPT abi, mis on tehisintellektil põhinev tekstigeneraator (Open AI, 2025). Uuriija kontrollis automaatselt loodud tõlked ja tehisintellekti poolt loodud laused, et tagada töö sisuline täpsus ja usaldusväarsus.

### **5.4. Uurimistöö usaldusväarsus**

Käesoleva uurimistöö andmed saadi kümnelt patsiendilt, kellega teostati poolstruktureeritud intervjuud ja kogutud andmeid analüüsiti temaatilise analüüsi teel (Braun & Clarke, 2006, 2014). Uurimistöö läbipaistvuse tagamiseks dokumenteeriti uurimistöö käigus teostatud sisuanalüüsi etapid transkriptsioonist kuni koodide ja teemade tuletamiseni. Intervjuude salvestused jagati ka uurimistöö juhendajaga seoses SAFEST projektiga, juhendaja andis tagasisidet esialgse kodeerimise ja hilisemate teemade moodustumisele. Tulemuste usaldusväarsust näitas ka andmete küllastatus: kuigi valimi suurus oli piiratud, kordusid osad teemad osalejate kirjeldustes pärast kaheksanda intervjuu läbiuurimist. Uuriija oli teadlik, et tema professionaalne taust võib mõjutada intervjuu analüüsimist ning andmete tõlgendamist, seetõttu hoidis uuriija teadlikult erapooletut

hoiakut uuritavate vaatenurkade suhtes (Byrne, 2021). Uurimistöö tulemusi toetavad valitud osalejate tsitaadid, mis illustreerivad teemasid ning suurendavad tulemuste usaldusväärsust (Elo et al., 2014).

## 5.5. Kitsaskohad

Temaatilise meetodi kasutamine oli käeoleva uurimistöö puhul põhjendatud, sest see võimaldas avatud vestluste käigus patsientidega märgata nüansse, mis kvantitatiivse küsimustiku abil võinuks tähelepanuta jääda. Siiski esines uurimistöö läbiviimise käigus mitmeid kitsaskohti, mida tuleb teadlikult arvestada tulemuste tõlgendamisel ja üldistamisel. Kuigi kvalitatiivse uurimuse kontekstis on sihipärane ja väiksem valim tavapärane, piiras kümne patsiendi kaasamine (viis puusaliigese endoproteesimise ja viis koletsüstektoomia patsienti) tulemuste laiemat üldistatavust. Lisaks ei õnnestunud uuringusse kaasata perifeersete veresoonte operatsiooni patsiente, mis vähendas veelgi intervjueritavate mitmekesisust. Planeeritud ajavahemikust pikemaks veninud kontaktide saamine ning perifeersete veresoonte operatsiooni patsientide puudumine viitab Eesti väiksusest tingitud praktilistele raskustele uuritavate värbamises. Hoolimata sellest, et uuritavaid oli kümme, küllastus uurimistöö andmebaas ja viimase nelja intervjuuga uut informatsiooni ei lisandunud.

Intervjuude analüüsi ajaline venimine ning intervjuerija vähene kogemus poolstruktureeritud intervjuude läbiviimisel mõjutas mõningate sisuliste aspektide detailsust ja uurimisküsimustele vastuste saamist. Samas aitas rahvusvahelise uuringu eesmärkide sisuline sarnasus magistritöö teemaga – eelkõige huvi patsientide kogemuste vastu – kompenseerida neid puudusi, pakkudes piisavalt sarnast informatsiooni, et saada siiski vajalikud vastused oma uurimistöö küsimustele vastamiseks. Metoodikaga seotud piiranguna tuleb märkida, et uurija varasem töökogemus kirurgilises osakonnas võis mõjutada nii intervjuude kulgu kui ka andmete tõlgendamist. Kuigi uurija oli teadlik võimalikust kallutatusest ning püüdis seda minimeerida, võib subjektiivne kogemus ja taust siiski mõjutada uurimisprotsessi ja tulemuste tõlgendamist.

Pärast töö tulemuste analüüsimist mõistis uurija, et kuna perioperatiivne periood on oma olemuselt pikk ja mitmeetapiline protsess, mis hõlmab operatsioonieelset, -aegset ja -järgset perioodi, mõjutas selline pikaajalisus uuritavate kogemuste kirjeldusi: osalejad kirjeldasid küll oma kogemusi, kuid sageli ei osanud nad selgelt eristada, millised kogemused kuulusid preoperatiivse või intraoperatiivse perioodi alla. Samuti mõjutas uurimistöö tulemuste analüüsi ja varasemate

teaduslike allikate leidmist asjaolu, et olemasolev kirjandus on sageli killustatud, keskendudes pigem konkreetsetele operatsioonitüüpidele või protsessi üksikosadele, mitte patsiendi kogu raviteekonna käsitlemisele tervikuna.

## **5.6. Uurimistulemuste rakendatavus ja uued uurimisprobleemid**

Patsiendikeskne lähenemine on tänapäevase tervishoiuteenuse osutamise oluline põhimõte. Käesoleva uurimistöo tulemused näitavad, et kirurgiliste patsientide ootused ja kogemused on seotud infoedastuse, suhtluse ja tervishoiusüsteemi korralduslike teguritega. Kui kirurgiliste patsientide ootused on teada, saavad tervishoiutöötajad nendele ootustele sihipärasemalt vastata. Tulemuste põhjal võiks välja töötada veebipõhise perioperatiivse platvormi, kus patsiendiga tegeleb perioperatiivne õde (väljaspool töö aega tekstirobot), kes pakub patsiendile individuaalset nõustamist ja tuge kogu perioperatiivse perioodi vältel. Platvorm sisaldaks lisaks digitaalseid juhiseid ja harjutusmaterjale füsioteraapiaks enne ja pärast operatsiooni (liikumisharjutused, kodu kohandamine, haavahooldus) ning sotsiaalteenuste infot ja elukoha põhist teavet sotsiaaltranspordi korralduse kohta. Antud projekti edukus eeldab erinevate tervishoiuvaldkondade koostööd ning täiendkoolitust personali suhtlemis- ja juhendamisoskuste arendamist.

Antud uurimistöös kasutati patsiendi ootuste ja kogemuste uurimiseks kirurgilise patsiendi teekonna ootuste ja kogemuste perioperatiivset raamistikku. Edasistes uurimistöodes võiks uurida, millises faasis on info vajadus eriti oluline ja miks. Fookuses võiks olla võrdlus operatsioonieelse, -aegse ja -järgse faasi vahel, tuvastamaks, kus patsiendid tunnevad suurimat ebakindlust ja vajadust selgituste järele. Paralleelselt võiks teostada uurimistööd nii patsientide kui ka tervishoiutöötajate vaatenurgast.

## 6. JÄRELDUSED

Käesoleva uurimistöö eesmärk oli kirjeldada kirurgiliste patsientide ootusi ja kogemusi perioperatiivsel perioodil. Enne operatsiooni olid patsiendiootused seotud valu leevendamise ja elukvaliteedi taastumisega. Ortopeedilistel patsientide puhul olid ootused suunatud enam funktsionaalsele taastumisele, koletsüstektomia patsientidel ebamäärase valu leevendamisele. Perearsti roll varieerus sõltuvalt patsiendi kogemusest ja operatsioonitüübist – kui koletsüstektomia patsiendid alustasid perioperatiivset perioodi perearsti visiidiga, siis enamik puusa endoproteesimise patsiente perearsti konsultatsiooni ei kasutanud, vaid suundusid valdavalt otse eriarsti vastuvõtule.

Seoses tervishoiusüsteemi korraldusega põhjustas patsientide hulgas rahulolematust eelkõige järjekordade pikkus eriarsti vastuvõtule ja operatsioonile. Taastusravi puhul esines ortopeediliste patsientide hulgas ootuste ja tegelike kogemuste vahel lahknevus, kuna taastusraviteenust pakuti minimaalselt. Koduses taastumises lähtusid patsiendid haiglast saadud kirjalikest juhistest, praktiline abi (transport) jäi sageli pereliikmete kanda.

Informatsiooni edastamine oli patsiendikogemuse kujunemisel oluline. Enamik patsiente sai informatsiooni nii kirjalikult kui ka suuliselt, kuid esines juhtumeid, kus patsiendid hindasid operatsiooniriskide kohta saadud teavet ebapiisavaks. Suhtlus tervishoiutöötajatega mõjutas patsiendi rahulolu ja emotsionaalset seisundit, sõbralik ja avatud suhtlus aitas kaasa turvatunde tekkimisele, kuid aja- ja personalipuudus takistas tervishoiutöötajatel luua personaalset kontakti.

## KASUTATUD KIRJANDUS

- Aahlin, E., Tranø, G., Johns, N., Horn, A., Søreide, J., Fearon, K., Revhaug, A., & Lassen, K. (2015). Risk factors, complications and survival after upper abdominal surgery: A prospective cohort study. *BMC Surgery*, 15(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s12893-015-0069-2>
- Blomberg, A-C., Bishold, B. (2018). Responsibility for patient care in perioperative practice. *Nursing Open* 5 (1). <https://doi.org/10.1002/nop2.153>
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3 (2) 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2014). What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 9:1. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>
- Byrne, D. (2021). A worked example of Braun and Clarke’s approach to reflexive thematic analysis. *Quality and Quantity* 56 (2022). 1391-1412  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11135-021-01182-y>
- Cody, E. A., Mancuso, C. A., Burket, J. C., Marinescu, A., MacMahon, A., & Ellis, S. J. (2017). Patient factors associated with higher expectations from foot and ankle surgery. *Foot & Ankle International*, 38(5), 472–479 DOI: [10.1177/1071100717690807](https://doi.org/10.1177/1071100717690807)
- Dawkins, B., Renwick, C., Ensor, T., Shinkins, B., Jayne, D., & Meads, D. (2021). What factors affect patients' ability to access healthcare? An overview of systematic reviews. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, 26(10), 1177–1188 doi: [10.1111/tmi.13651](https://doi.org/10.1111/tmi.13651)
- De Silva, D. (2014). *Helping measure person-centred care*. London: The Health Foundation.

- Dias, P., Clerc, D., da Rocha Rodrigues, M. G., Demartines, N., Grass, F., & Hübner, M. (2022). Impact of an operating room nurse preoperative dialogue on anxiety, satisfaction and early postoperative outcomes in patients undergoing major visceral surgery: A single center, open-label, randomized controlled trial. *Journal of Clinical Medicine*, 11(7), 1895. <https://doi.org/10.3390/jcm11071895>
- Dyer, S. M., Perracini, M. R., Smith, T., Farihal, N. J., Cameron, I. D., Sherrington, C., & Crotty, M. (2020). Rehabilitation following hip fracture. In R. A. Rubenstein, D. E. Cox, & K. B. Baum (Eds.), *Practical issues in geriatrics*. Springer. DOI: 10.1007/978-3-030-48126-1\_12
- Eesti Haigekassa. (2021). 2020. aasta majandusaasta aruanne. [https://www.tervisekassa.ee/sites/default/files/Haigekassa\\_aastaruanne\\_2021.pdf](https://www.tervisekassa.ee/sites/default/files/Haigekassa_aastaruanne_2021.pdf)
- Eesti Patsientide Liit. (2024). Patsiendikesksus. [https://www.patsiendid.ee/patsiendi-  
oigused/patsiendikesksus](https://www.patsiendid.ee/patsiendi-<br/>oigused/patsiendikesksus)
- Eesti Taastusraviarstide Selts. (2012). *Taastusravi ja füsiaatria eriala arengukava aastani 2020*.
- Eesti Tervisekassa. (2021). *Endoproteesimist vajavate patsientide raviteekonna analüüs*. <https://www.tervisekassa.ee>
- Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing & Eesti Õendusjuhtide Ühing (2020). *Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021–2030: Ühised sammud terviseni*. [https://www.ena.ee/wpcontent/uploads/2022/03/Eesti\\_oenduse\\_ammaemanduse\\_arengustrateegia\\_2021\\_2030-27.pdf](https://www.ena.ee/wpcontent/uploads/2022/03/Eesti_oenduse_ammaemanduse_arengustrateegia_2021_2030-27.pdf)
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107–115 doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T. (2014) Qualitative content analysis: a focus on trustworthiness. *Sage Open* 4 (1), 1-10. DOI: 10.1177/2158244014522633
- Eloranta, S. (2014). Potilaslähtöinen ohjaus hoitotyön näkökulmasta (Patient-centered guidance from a nursing perspective). Tampere University.

- Erämies, T. (2017). *Lonkan nivelrikon leikkaushoito*. Helsinki: Duodecim. Terveystieteen tutkimuskeskus. Sairaanhoidajan tietokannat.
- Forsberg, A., Vikström, T., Engström, Å., & Möller, M. (2018). Patient satisfaction and quality of perioperative care: A cross-sectional study. *Journal of Perioperative Practice*, 28(10), 251–258. DOI: [10.1016/j.jopan.2018.01.007](https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.01.007)
- Gizaw, Z., Astale, T., & Kassie, G. M. (2022). What improves access to primary healthcare services in rural communities? A systematic review. *BMC Primary Care*, 23(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01919-0>
- Gobbo, M., Saldana, R., Rodriguez, M., Jimenez, J., (2020). Patients Experiences and Needs During Perioperative Care: Focus Group Study. *Patient Preference and Adherence*, 14, 891-902. <https://doi.org/10.2147/PPA.S252670>
- Gurdogan, E. P., Findik, U. Y. & Arslan, B. K. (2015). Patients' perception of individual care and satisfaction with nursing care levels in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 369–375.
- Hamilton, D. F., Lane, J. V., Gaston, P., Patton, J. T., MacDonald, D., Simpson, A. H. R. W., & Howie, C. R. (2013). What determines patient satisfaction with surgery? A prospective cohort study of 4709 patients following total joint replacement. *BMJ Open*, 3(4), DOI: [10.1136/bmjopen-2012-002525](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002525)
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H., & Valtonen, K. (2010). *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö* (4.–7. painos). WSOYpro Oy. Helsinki
- Hørdam, B., & Watt Boolsen, M. (2017). Patient involvement in own rehabilitation after early discharge. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 793–801, doi: [10.1111/scs.12407](https://doi.org/10.1111/scs.12407)
- Ida-Tallinna Keskaigla. (2025). *Patsiendi transport*. Vaadatud 11.03.2025. <https://www.itk.ee/en/patient/hospitalisation/patient-transport>

International Alliance of Patients' Organizations. (2015). *Patient-centred healthcare review (2nd ed.)*. IAPO.

<https://www.iapo.org.uk/sites/default/files/files/IAPO%20Patient-Centred%20Healthcare%20Review%202nd%20edition.pdf>

Invalidiliitto. (2023). *Kelan taksimatkojen tyytyväisyyskyselyn tuloksia*. Vaadatud 24.03.2025

<https://www.invalidiliitto.fi/ajankohtaista/kelan-taksimatkojen-tyytyvaisyyskyselyn-tuloksia>

Kantar Emor. (2022). *Elanike hinnangud arstiabile 2022*. Eesti Haigekassa.

Kasekamp, K., Habicht, T., Vörk, A., Köhler, K., Reinap, M., Kahur, K., Laarmann, H., &

Litvinova, Y. (2023). *Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade*. Tervisesüsteemid muutustes, 25(5), i–204.

Kela. (u.d). Taksimatkat. Vaadatud 10.04.2025,

<https://www.kela.fi/taksimatkat>

Kirurgiakliinik.ee. (2017). Taastava kirurgia kliiniku patsientide rahulolu-uuring. Vaadatud

10.04.2025, <https://www.kirurgiakliinik.ee/>

Koivisto, K. (2019). *Ohjaus ja dialoginen vuorovaikutus hoitotyössä*. ePooki. Oulun

ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut.

Koivunen, K. (2017). *Asiakas- tai ihmislähtöisyys – tasavertaisuutta ja vastavuoroisuutta*

*ammattilaisten ja palvelun käyttäjien kanssa*. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut, (6).

Koskenniemi, J., Torkki, P., Elfvengren, K., & Peltokorpi, A. (2019). Improving health care

services: An analysis of patient complaints in Finland. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19–20), 3485–3493. <https://doi.org/10.1111/jocn.15013>

Leemet, T. & Mets, T. (2024). *Tervishoiu valdkonna tööjõu- ja oskuste vajaduse prognoos*

*OSKA 2024*. Sihtasutus Kutsekoda.

- Loor, M. M., Shah, P., Olavarria, O. A., Dhanani, N., Franz, M. G., Trautner, B. W., & Liang, M. K. (2021). Postoperative work and activity restrictions after abdominal surgery: A systematic review. *Annals of Surgery, 274*(2), 290–297.  
<https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004725>
- Mako, T., Svanäng, P., & Bjerså, K. (2016). Patients' Perceptions of the Meaning of Good Care in Surgical Care: A Grounded Theory Study. *BMC Nursing, 15*, 47.
- Mancuso, C. A., Wentzel, C., Ghomrawi, H. M. K., & Kelly, B. T. (2017). Hip preservation surgery expectations survey: A new method to measure patients' preoperative expectations. *The American Journal of Sports Medicine, 45*(7), 1626–1632.  
<https://doi.org/10.1016/j.arthro.2016.11.012>
- Mancuso, C. A., Duculan, R., Cammisa, F. P., Sama, A. A., Hughes, A. P., Lebl, D. R., & Girardi, F. P. (2019). Sources of patients' expectations of lumbar surgery. *Spine, 44*(5), 318–324. doi: [10.1097/BRS.0000000000002830](https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000002830)
- McMillan, S. S., Kendall, E., Sav, A., King, M. A., Whitty, J. A., Kelly, F., & Wheeler, A. J. (2013). Patient-centered approaches to health care: A systematic review of randomized controlled trials. *Medical Care Research and Review, 70*(6), 567–596.  
<https://doi.org/10.1177/1077558713496318>
- Melioranski, R.-H., Lööke, M., Känd, M., & Pung, R. (2021). *Endoproteesimise terviklik, koostöine ja inimkeskne raviteekond*. Eesti Kunstiakadeemia sotsiaalse disaini labor & Eesti Haigekassa.
- Melloul, E., Lassen, K., Roulin, D., Grass, F., Perinel, J., Adham, M. & Demartines, N. (2020). Guidelines for perioperative care for pancreatoduodenectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. *World Journal of Surgery, 44*(7), 2056-2084. <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05462-w>
- OECD. (2023). *Eesti tervisesüsteemi toimivuse hindamise raamistik*. OECD Publishing.  
<https://doi.org/10.1787/e67df802-en>

- Olev, S., & Alumäe, T. (2022). Eesti kõne korpus ja kõnetuvastuse süsteemid. *Keeletehnoloogia aastaraamat*, 10, 45–58. Vaadatud 20.09.2024
- Olsson, L. E., Jakobsson Ung, E., Swedberg, K., & Ekman, I. (2013). Efficacy of Person-Centred Care as an Intervention in Controlled Trials – A Systematic Review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(3-4), 456–465 [DOI: 10.1111/jocn.12039](https://doi.org/10.1111/jocn.12039)
- Padilla, J. A., Feng, J. E., Anoushiravani, A. A., Hozack, W. J., Schwarzkopf, R., & Macaulay, W. (2019). Modifying patient expectations can enhance total hip arthroplasty postoperative satisfaction. *The Journal of Arthroplasty*, 34(7S), S209–S212.  
[DOI: 10.1016/j.arth.2018.12.038](https://doi.org/10.1016/j.arth.2018.12.038)
- Pitt, S., Wendt, E., Saucke, M. Jt (2019). A Qualitative Analysis of the Preoperative Needs of Patients With Papillary Thyroid Cancer. *Journal of Surgical Research*. (244): 324-331.  
[doi:10.1016/j.jss.2019.06.072.](https://doi.org/10.1016/j.jss.2019.06.072)
- Pulkkinen, M., Jousela, I., Sintonen, H., Engblom, J., Salanterä, S., & Juntila, K. (2021). A randomized clinical trial of a new perioperative practice model on anxiety and health-related quality of life in arthroplasty patients. *Nursing Open*, 8(4), 1939–1949.  
<https://doi.org/10.1002/nop2.776>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). *Person- and family-centred care*. RNAO. [RNAO Guidelines 2015](https://www.rnao.ca/guidelines).
- Sepp, V., Kivi, L., Lees, K., Varblane, U., Espenberg, K. (2015). *Uuring esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine. Osaraport 5. Esmatasandi tervisekeskuste organisatoorsed mudelid*. Tartu: Tartu Ülikool.
- Soever, L. J., MacKay, C., Saryeddine, T., Davis, A. M., Flannery, J. F., Jaglal, S. B., . . . Mahomed, N. (2010). Educational needs of patients undergoing total joint arthroplasty. *Physiotherapy Canada*, 62(3), 206–214. <https://doi.org/10.3138/physio.62.3.206>

Sotsiaalhoolekande seadus [SHS], RT I, 30.12.2015, 5.

<https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015005>

Sotsiaalministeerium. (2020). *Rahvastiku Tervise arengukava 2020-2030*.

<https://www.sm.ee/rahvastiku-tervise-arengukava-2020-2030>

Stark, Å. J., Ingadottir, B., Salanterä, S., Sigurdardottir, A. K., Valkeapää, K., Bachrach-Lindström, M., & Unosson, M. (2014). Fulfilment of knowledge expectations and emotional state among people undergoing hip replacement: A multi-national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51(11), 1491–1499.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.03.006>

Steffens, N. M., Tucholka, J. L., Nabozny, M. J., Schmick, A. E., Brasel, K. J., & Schwarze, M. L. (2016). Engaging patients, providers and community members to develop a tool to improve preoperative decision making for older adults facing high-risk surgery. *JAMA Surgery*, 151(10), 938–945. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.1308>

Strickland, L. H., Kelly, L., Hamilton, T. W., Murray, D. W., Pandit, H. G., & Jenkinson, C. (2018). Early recovery following lower limb arthroplasty: Qualitative interviews with patients undergoing elective hip and knee replacement surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13–14), 2598–2608. <https://doi.org/10.1111/jocn.14086>

Tallinna Linnavalitsus. (2025). *Haigete transport*. Vaadatud 11.03.2025

<https://www.tallinn.ee/et/teenused/haigete-transport>

Tervisekassa. Raviteekonna analüüside kokkuvõte. Endoproteesimist vajava inimese raviteekonna analüüs. (2021)

Tervisekassa. (2023). Haigekassa aastaaruanne 2023. Tervisekassa.

[https://www.tervisekassa.ee/sites/default/files/Haigekassa\\_aastaaruanne\\_2023.pdf](https://www.tervisekassa.ee/sites/default/files/Haigekassa_aastaaruanne_2023.pdf)

Valkeapää, K., Klemetti, S., Cabrera, E., Cano, S., Charalambous, A., Copanitsanou, P., Ingadottir, B., Istomina, N., Johansson Stark, Å., Katajisto, J., Lemonidou, C., Papastavrou, E., Sigurdardottir, A. K., Sourtzi, P., Unosson, M., Zabalegui, A., &

- Leino-Kilpi, H. (2014). Knowledge expectations of surgical orthopaedic patients: A European survey. *International Journal of Nursing Practice*, 20(6), 597–607.  
<https://doi.org/10.1111/ijn.12189>
- Wolf, J. A., Niederhauser, V., Marshburn, D., & LaVela, S. L. (2014). Defining patient experience. *Patient Experience Journal*, 1(1), 7–19. [doi: 10.35680/2372-0247.1004](https://doi.org/10.35680/2372-0247.1004)
- Wolf, J. A. (2016). Patient experience: Driving outcomes at the heart of healthcare. *Patient Experience Journal*, 3(1), 1–4. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1147>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- World Health Organization. (2021). *Operational framework for primary health care: Transformational actions for universal health coverage and health systems strengthening*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>
- World Health Organization. (2023). *Addressing health inequities among people living in rural and remote areas*. Geneva: World Health Organization.
- Zeynep, T., Tütüncü, Ş. G., Cavdar, I., & Emel, S. (2020). Pre-operative comfort levels of patients undergoing surgical intervention. *International Journal of Caring Sciences*, 13(2), 1339–1345.

Lisa 1. Eetikakomitee luba

**Research Ethics Committee of the University of Tartu (UT REC)**

Operating to all ICH GCP requirements

Approval: 381/01-4

Date of meeting: 21 August 2023

In the presence of:

**Chairman**

Aino Kuis University of Tartu, Faculty of Medicine, Junior Lecturer in Medical Ethics

**Vice-chairman**

Kristi Lõuk University of Tartu, Faculty of Arts and Humanities, Project Manager and Doctoral Student

**Members**

Divja Sarason National Institute for Health Development, researcher

Katri Kaarna University of Tartu, Faculty of Medicine, Head of Clinical Research Centre

Kalle Käär University of Tartu, Faculty of Medicine, Professor in Laboratory Medicine

Piret Kaosa Estonian National Museum, Researcher

Malle Kaur University of Tartu, Faculty of Medicine, Lecturer in Pharmacology and Research Fellow in Pharmacology

Maire Peters University of Tartu, Faculty of Medicine, Associate Professor in Genetics

Raivo Puhke University of Tartu, Faculty of Medicine, Lecturer in Functional Morphology

Anna-Liisa Tamm Tartu Health Care College, Head of Psychotherapy and Environmental Health

Anni Tamm University of Tartu, Faculty of Social Sciences, Lecturer, Research Fellow of Developmental Psychology

Maarja Terga Counsellor to the Civil Chamber of the Supreme Court of Estonia

Resolution: Approval is given to continue

Study titled: Improving quality and patient SAFETY in surgical care through STandardisation and harmonisation of perioperative care in Europe (SAFEEST)

Investigator's name and address:

Kaja Põlluste (University of Tartu, Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, L. Pausaja 8, 50406, Tartu)

Documents reviewed:

1. Updated application for the approval of Ethics Committee
2. CV of the additional investigator (Jaana Urm)

University of Tartu  
Grant Office  
Radcoja plats 9  
51004 Tartu, Estonia

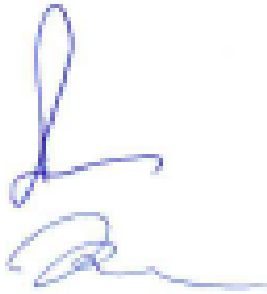
Phone +372 737 6215  
E-mail [etikakomitee@ut.ee](mailto:etikakomitee@ut.ee)  
[www.ut.ee/en/research](http://www.ut.ee/en/research)

**End of the study: 31 May 2026**

**Chairman of UT REC: Alma Kein**

**Secretary of UT REC: Kaisa Kallak**

**Date of issue: 04 September 2023**

Two handwritten signatures in blue ink are positioned to the right of the text. The first signature is vertically oriented and appears to be 'Alma Kein'. The second signature is horizontally oriented and appears to be 'Kaisa Kallak'.

## Lisa 2. Kutse uuringusse

Kutse uuringusse

Lugupeetud hr/pr/prl

Te olete kutsutud osalema ühekordsel intervjuul, mis viiakse läbi Euroopa riikides läbiviidava projekti raames, mille pealkiri on “Kirurgilise ravi kvaliteedi ja ohutuse parandamine perioperatiivse patsiendikäsitluse standardite ühtlustamise abil Euroopa riikides (SAFEST)”.

Projekti eesmärk on parandada patsiendiohutusega seotud toiminguid enne, pärast ja operatsiooni ajal. Lõpptulemusena soovitakse vähendada kirurgiliste komplikatsioonide esinemiste arvu. Selle uurimuse spetsiifiliseks eesmärgiks on saada ülevaade patsientide kirurgilise abiga seotud kogemustest. Te saite selle kutse, kuna olete patsient Põhja-Eesti Regionaalhaiglas ja Teil on olnud minevikus operatsioon. Me usume, et saaksite olla meile suureks abiks, rääkides oma kogemustest ja sellest, mis on Teie, kui patsiendi, jaoks oluline kogu protsessi vältel. Rohkem informatsiooni projekti ning osalemistingimuste kohta leiab lehe allosas. Uurimistöö läbiviimiseks on saadud kooskõlastus Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetika Komiteelt.

Mida minult oodatakse?

Kui te otsustate projektis osaleda, siis meie uurimismeeskonna liige viib Teiega läbi ühe intervjuu. Intervjuu jooksul palutakse Teil vastata küsimustele seoses Teie eelneva(te) operatsiooni(de)ga Põhja-Eesti Regionaalhaiglas. Ettevalmistusi Teil enne intervjuud teha ei ole vaja.

Kui kaua võtab aega osalemine?

Kõigi eelduste kohaselt kulub osalemiseks maksimaalselt tund aega.

Millal mind intervjueritakse?

Teid intervjueritakse Teile sobival kuupäeval ja kellaajal. Intervjuu on võimalik läbi viia interneti teel (veebiplatvormis Zoom, Teams) või näost-näkku.

Kas mul on õigus intervjuust keelduda või pooleli jätta?

Selles uurimuses osalemine on vabatahtlik. Te ei pea antud uurimuses osalema, kui Te seda ei soovi, ning Teil on õigus igal hetkel intervjuu ajal osalemine katkestada. See, kas Te soovite osaleda või mitte, ei mõjuta kuidagi edaspidi teile osutatavaid haiglaravi teenuseid.

Millised on riskid?

Selles uuringus osalemisega ei kaasne füüsilisi ega ka psühholoogilisi riske. Teil võib tekkida ebamugavustunne vastates mõnele isiklikule küsimusele nagu vanus, sugu, kogemused seoses kirurgiliste operatsioonidega ja tehtud operatsiooni aeg. Kui Teil tekib ebamugavustunne, siis te pole kohustatud nendele küsimustele vastama.

Millised on kasud?

Selles uurimuses osalemisel puuduvad otsesed kasud Teile, aga Teie panus uurimusse aitab muuta osutatavat tervishoiuteenust kvaliteetsemaks ja patsiendikesksemaks tulevaste patsientide jaoks.

Finantsiline kompensatsioon

Selles uurimuses osalemisega ei kaasne rahalist hüvitist.

Konfidentsiaalsus

Selle projekti käigus kogutud informatsioon on konfidentsiaalne. Me kogume Teie nime ja kontaktandmed. Teie kohta kogutud informatsioon on salvestatud turvaliselt ja ainult projekti liikmetel on sellele ligipääs. Teie kontaktandmed kustutatakse pärast intervjuude kodeerimist. Igasugune salvestatud informatsioon on konfidentsiaalne ning seda ei jagata ega anta kellelegi väljaspool projekti meeskonda vastavalt EU regulatsioonile 2016/679(GDPR). Isikustamata osalist informatsiooni (näiteks tuvastamist mitteväimaldavad kommentaarid) võidakse kasutada avalikes teaduslikes väljaannetes.

Küsimuste korral või lisainformatsioon saamiseks pöörduda:

Janne Pühvel

Tartu Ülikool, Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

Õendusteaduse õppetool

L. Puusepa 6, 50406 Tartu

telefoninumber: 56608497

e-post: [janne.puhvel@ut.ee](mailto:janne.puhvel@ut.ee)

Jaana Urm

Tartu Ülikool, Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

Õendusteaduse õppetool

L. Puusepa 6, 50406 Tartu

telefoninumber: +358401355215

e-post: [jaana.urm@ut.ee](mailto:jaana.urm@ut.ee)

Kui soovite osaleda, palun võtke meiega ühendust kirjutades aadressile [janne.puhvel@ut.ee](mailto:janne.puhvel@ut.ee)

### Lisa 3. Intervjuu kava

#### Intervjuu kava SAFEST

Tere päevast, härra/proua/preili x. Täna Teid intervjuus osalemise eest. Minu nimi on .... Intervjuu käsitleb Teie kogemusi x operatsiooniga, mis toimus x kuupäeval Põhja-Eesti Regionaalhaiglas.

Kogu intervjuu keskendub Teie arvamustele ja kogemustele operatsiooni kohta ning seetõttu ei ole olemas valesid ega õigeid vastuseid. Juhul kui tuleb ette küsimus, millele Te vastata ei soovi, siis palun andke märku. Intervjuu kestab maksimaalselt 1 tund. Kui Te intervjuud jätkata ei soovi, siis võite selle ükskõik mis ajal katkestada.

Kas Teil on mulle küsimusi, enne kui me alustame?

Alustan nüüd lindistamist.

Täna oleme huvitatud Teie operatsioonist. Kas saate oma olukorra mõistmiseks öelda, kas saate hetkel ka mingit muud ravi?

Kas Teid on varem opereeritud (enne kõnealust operatsiooni)? (Jah/ei)

Nüüd ma küsin Teilt mõned küsimused Teie kogemuste kohta seoses operatsiooniga. Alustuseks esitan küsimusi operatsioonieelse perioodi kohta, siis jätkan küsimustega, mis puudutavad operatsiooni tõttu haiglas viibimise aega, ning lõpetan küsimustega operatsioonijärgse ravi ja hoolduse kohta.

Enne operatsiooni		
Küsimused	Lisaküsimused	Täpsustavad küsimused
Alustame sellest, kuidas tuli otsus teha operatsioon? Kas Te võiksite mulle öelda, millal Te otsustasite pöörduda arsti poole?	Millistest teistest ravivõtetest Te perearstiga rääkisite? Millal Teid saadeti eriarsti vastuvõtule / haiglasse? Kas see toimus Teie tavapärasel haiglas või raviti Teid enne kuskil mujal? Kuidas õed/arstid kaasasid Teid operatsiooni üle otsustamisse?	-Miks teises haiglas? - Nt: millises haiglas, milline kirurg?
Kui kaua aega kulus päevast, mil otsustati teha operatsioon, päevani, mil operatsioon tehti?	Mis mõtted Teil ooteaja kohta tekkisid? Mida Te selle osas tundsite?	Lühike / pikk / täpselt paras? Stressi, rahulikult, ebakindlalt vms

(järgneb)

Kes olid need tervishoiutöötajad, kellega Te enne haiglasse minemist suhtlesite? Kuidas nad Teid operatsiooniks ette valmistasid?	Mitu korda Te enne operatsiooni haiglas konsultatsioonil käisite? Millist infot Te enne operatsiooni saite (kirjalikult/suuliselt/videod/pildid)? Kuidas see info Teid operatsiooniks ette valmistas?	Kuidas Te sellest aru saite?
Kas Te kohtusite ettevalmistusperioodil kirurgiga?	Kas see oli sama kirurg, kes Teid opereeris?	Mida Te sellest arvasite?
Kuidas Te enne operatsiooni konsultatsioonideks haiglasse saite?	Bussiga, autoga vms	
Kes Teid aitas operatsiooniks ettevalmistumisel ja erinevate konsultatsioonide ajal?	Kuidas Te valmistusite konsultatsioonideks arstide ja õdedega? Kas keegi käis Teiega konsultatsioonidel kaasas? Kuidas nad Teid konsultatsioonide ajal toetasid?	Perekond/sõbrad/sotsiaaltöötaja jne
Kui Te mõtlete kõikidele spetsialistidele, nt perearst, kirurg, õde, kellega Te enne operatsiooni vestlesite, siis millised olid Teie kogemused nende inimestega suhtlemisel?	Kas kogu info oli Teile arusaadav? Kas Te suutsite kogu info meelde jätta?	Miks ei?
Kuidas ja millal arutleti Teiega operatsiooni ohutust ja riske?	Näiteks seoses narkoosi, võimalike tüsistuste, hügieeniga? Kas Teie muredele pöörati tähelepanu? Kas operatsioonile minek tundus Teile turvaline?	Kas Te võiksite seda selgitada?
Milliseid aspekte võiks Teie arvates operatsioonieelses perioodis parendada?		
<b>Haiglas viibimise periood</b>		
Küsimused	Lisaküsimused	Täpsustavad küsimused
Nüüd sooviksin arutleda Teie operatsioonieelsete kogemuste üle haiglasse vastuvõtmise päeval. Milliste spetsialistidega Te kohtusite ja millist infot nad Teile andsid?	Kas arstid ja õed tutvustasid ennast ja oma ülesandeid/kohustusi? Milline tundus Teile info hulk ning kiirus, millega seda jagati? Kas oli mingeid aspekte, mida tuleks parendada?	- Kas Te võiksite tuua näite?
Kas Te kohtusite enne operatsiooni anestezioloogiga. Kas Te võiksite sellest kogemusest rääkida?	Kas Te olite saanud infot anesteesia kohta enne haiglasse vastuvõttu? Kui jah, siis kuidas info, mida Te olite varem anesteesia kohta saanud, ühtis tegelikkusega haiglas?  Millised olid Teie kogemused rahusti või tuimasti mõjuga?	Mis oli erinev?  Ärevus, iiveldus, rahutus, pingevaba jne
Vahetult pärast operatsiooni viidi Teid tõenäoliselt ärkamisruumi. Kui jah, siis kuidas Te seda kogesite?	Kuidas operatsioon kulges võrreldes Teie ootustega? Millised tervishoiutöötajad Teie eest pärast operatsiooni hoolitseti?	Miks mitte?
Kas Teil esines operatsiooni ajal või pärast operatsiooni tüsistusi, näiteks infektsiooni?	Kuidas arstid ja õed neid Teiega arutlesid?	

(järgneb)

Kas Te kogesite operatsioonijärgselt valu?	- Kas Te rääkisite oma valust mõnele tervishoiutöötajale (arstile või õele)? Kuidas nad Teid valuga seoses aitasid? - Kas Teie ravimeid muudeti?	
Kui kauaks pidite Te operatsioonijärgselt haiglasse jääma?	- Kas see oli nii, nagu plaanitud?	Miks mitte?
Kuidas tervishoiu meeskond pärast operatsiooni end teie paranemisega kursis hoidis?	- Kas toimus operatsioonijärgseid kontrole? - Kuidas Te neid kogesite?	
Millisel kujul infot Te vahetult enne haiglast väljakirjutamist (kojuminekut) saite (ravimid, teraapia, vastuvõtud jne)?	Millised infoosad olid Teie jaoks olulised? Milline info jäi puudu (kui üldse)? Kas arutleti ka Teie isiklike eelistusi ja vajadusi seoses kojuminekuga? - Kas Teie pere / sõbrad olid sellesse vestlusesse kaasatud?	Miks?
Kui Te vaatate tagasi kogu haiglas viibimise perioodi peale, siis kas Te võiksite esile tuua kõige meeldivamad aspektid?  Kas esines ka mingeid ootamatuid sündmusi?	Palun toode näide  Kuidas Teiega neid arutleti? Kas tervishoiutöötajad tegid Teie haiglas oleku ajal midagi, mis ei olnud Teie arvates ohutu?	
<b>Pärast operatsiooni (kodus, taastusravil)</b>		
Küsimused	Lisaküsimused	Täpsustavad küsimused
Nüüd sooviksin Teilt küsida paranemise kohta. Kuidas Te haiglast koju saite?	Bussiga, autoga jne	
Kas taastumine kulges ootuspäraselt?	- Miks mitte? - Kas haigla teavitas Teie pere / sõpru Teie taastumisest?	
Kas Te kogesite kodus valu?	- Kes Teid aitas valuga seoses? Kuidas nad Teid aitasid?	- Õde / kirurg jne
Millist tuge Te koju jõudes saite?	Kellelt? Kas Te saite piisavalt toetust? Milliste tervishoiutöötajate ja teiste spetsialistide vastuvõtul Te pärast operatsiooni käisite?	Perekond, sõbrad, õde jne Nt ravimite manustamine kodus Nt perearst, füsioterapeut, toitumisnõustaja, psühholoog jne
Kuidas toimus tervishoiutöötajate vaheline informatsiooni jagamine haiglas ja esmatasandi vahel?	Kui tihti ja kellega toimusid Teie järelkontrolli visiidid? Kas perearst (või teised spetsialistid) olid Teie arvates hästi informeeritud Teie operatsiooni ja taastumise osas?	Kas Te võiksite tuua näite?
<b>Kokkuvõtteks</b>		
Kui Te vaatate tagasi kogu kirurgilise teekonna peale, siis millised on kõige positiivsemad mälestused?  Ja millised aspektid vajaksid parendamist tulevaste patsientide jaoks?	Kas Teil on mingeid soovitusi tervishoiutöötajatele või teistele patsientidele, keda ootab ees operatsioon?  Kuidas neid saaks muuta?	

Järeldused:

Oleme jõudnud intervjuu lõpuni. Tänan Teid uurimistöös osalemise eest. Teie vastused on meile väga olulised ning aitavad kaasa kirurgilise ravi parendamisele tulevaste patsientide jaoks. Kas Teil on mingeid küsimusi või kommentaare? Kas on teemasid, mida me ei arutanud, kuid on Teie arvates olulised?

Nüüd ma lõpetan lindistamise.

Kas sooviksite saada andmeid uuringu edasisest käigust ja tulemustest? Kui jah, siis kas ma võin üles kirjutada Teie meiliaadressi?

Kui Teil peaks hiljem tekkima küsimusi, siis võite ühendust võtta uurija x (kontaktandmed).

#### **Lisa 4. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm**

##### UURITAVA INFORMEERIMISE JA TEADLIKU NÕUSOLEKU VORM

Lugupeetud hr/pr/prl

Kutsume Teid osalema uurimistöös, mis toimub projekti “Kirurgilise ravi kvaliteedi ja ohutuse parandamine perioperatiivse patsiendikäsitluse standardite ühtlustamise abil Euroopa riikides (SAFEST)” raames. Uurimistöö eesmärk on saada ülevaade patsientide kogemustest seoses kirurgilise abiga, et parandada patsiendiohutusega seotud toiminguid enne ja pärast operatsiooni ning operatsiooni ajal ja seeläbi vähendada kirurgiliste komplikatsioonide esinemiste arvu.

Olete palutud uurimistöös osalema, kuna Teil on olnud operatsioon Põhja Eesti Regionaalhaigla, PERH).

Kui Te nõustute uurimistöös osalema, viiakse Teiega läbi 1 intervjuu kestusega kuni 1 tund. Intervjuus osalemine on vabatahtlik ja Teil on õigus ilma põhjust avaldamata nõusolek tagasi võtta kuni intervjuu lõpuni. Pärast intervjuu lõppu intervjuud kodeeritakse tagasikodeerimist mittevõimaldavalt. See tähendab, et intervjuule antakse unikaalne kood, mida ei seostata Teie isikuga ja seega pole pärast seda osalemisest loobumine enam võimalik. Teie kohta kogutud kontaktandmed (informeeritud nõusoleku vorm) hävitatakse pärast intervjuude kodeerimist. Uurimistöös osalemine või mitteosalemine ei mõjuta Teile osutatavat tervishoiuteenust.

Intervjuu viiakse läbi Teile sobival ajas ja kohas ning, vastavalt Teie soovile, kas näost-näkku või virtuaalkeskonna (Zoom, Teams) kaudu. Intervjuu jooksul palutakse Teil vastata küsimustele seoses Teie eelneva operatsiooniga (PERH). Intervjuud helisalvestatakse ja salvestisi hoiustatakse parooliga kaitstult Tartu Ülikooli pilveruumis OneDrive. Intervjuud transkribeeritakse (kirjutatakse sõna-sõnalt ümber) nädala jooksul ja seejärel helisalvestised kustutatakse. Transkribeerimise käigus eemaldatakse tekst, mis võib teha võimalikuks Teid ära tunda (nt isikunimed, haiglas viibimise periood, protseduuri, haigla või osakonna nimi). Transkribeeritud tekste hoiustatakse eelnimetatud keskkonnas. Tekstid tõlgitakse inglise keelde ja edastatakse rahvusvahelisele meeskonnale, kes hoiustab neid turvaliselt vastavalt kehtivale korrale.

Intervjuu sisu on konfidentsiaalne ja sellele on ligipääs üksnes uurimistööga seotud isikutel. Kogutud andmeid analüüsitakse Eestis Tartu ülikoolis õendusteaduse õppetoolis magistritöö raames ja rahvusvahelise meeskonna poolt koos teiste riikide andmetega. Tulemused esitatakse üldistatud kujul. Saadud tulemusi kasutatakse üksnes käesolevas uurimuses ning selle põhjal

avaldatud magistritöös ja teadusartiklites. Väljavõtteid intervjuude tekstidest esitatakse diskreetselt ning uuritavate kaitse põhimõtteid järgides.

Selles uuringus osalemisega ei kaasneda füüsilisi ega psühholoogilisi riske. Teil võib tekkida ebamugavustunne vastates mõnele isiklikule küsimusele nagu vanus, sugu, kogemused seoses kirurgiliste operatsioonidega, tehtud operatsiooni aeg. Kui Teil tekib ebamugavustunne, siis te pole kohustatud nendele küsimustele vastama.

Kui soovite uurimistöös osaleda, palume Teil (digi)allkirjastada käesolev teadliku nõusoleku vorm. Transkribeeritud andmeid säilitatakse elektroonilisel kujul kuni aastani 2026, misjärel andmed kustutatakse. Uurimus on kooskõlastanud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteega. Kui Teil on küsimusi selle uurimistöo kohta, palume pöörduda:

Kaja Põlluste

Tartu Ülikool, Kliinilise meditsiini instituut

sisehaiguste kaasprofessor

L. Puusepa 6, 50406 Tartu

telefoninumber: 7318616

e-post: [kaja.polluste@ut.ee](mailto:kaja.polluste@ut.ee)