

Tartu Ülikool
Meditšiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Katre Tombu

**PATSIENTIDE KOGEMUSED KIRURGILISEL RAVITEEKONNAL AMBULATOORSE
JA STATSIONAARSE TERVISHOIUTEENUSEGA: KVALITATIIVNE UURIMUS**

Magistritöö

Tartu 2024

Juhendaja: Janne Pühvel, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Marit Kiljako, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega /08.05.2024/. Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Katre Tombu

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Patsientide kogemused kirurgilisel raviteekonnal ambulatoorse ja statsionaarse tervishoiuteenusega: kvalitatiivne uurimus“, mille juhendaja on Janne Pühvel 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, alates **01.06.2026** 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.

Katre Tombu

08.05.2024

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS	7
2. PATSIENTIDE KOGEMUSED KIRURGILISEL RAVITEEKONNAL	8
2.1. Kirurgiline raviteekond ja patsiendikogemus	8
2.2. Prehospitaliseerimise periood	9
2.3. Statsionaarne ravi	11
2.4. Posthospitaliseerimise periood	15
3. METOODIKA	18
3.1. Metodoloogilised lähtekohad	18
3.2. Uuritavad	18
3.3. Andmete kogumine	19
3.4. Andmete analüüs	20
4. PATSIENTIDE KOGEMUSED KIRURGILISEL RAVITEEKONNAL AMBULATOORSE JA STATSIONAARSE TERVISHOIUTEENUSEGA (vt lisa 5)	23
4.1. Patsientide kogemused prehospitaliseerimise perioodil	23
4.2. Patsientide kogemused statsionaarse raviga	27
4.3. Patsientide kogemused posthospitaliseerimise perioodil	31
5. ARUTELU	34
5.1. Arutelu uurimistöö olulisemate tulemuste üle	34
5.2. Uurimistöö eetilised aspektid, usaldusvärsus ja praktiline väärtus.	42
5.3. Uurimistöö kitsaskohad	43
6. JÄRELDUSED	45
KASUTATUD KIRJANDUS	46
LISAD	
Lisa 1. Inimuuringute eetika komitee koostööst	52
Lisa 2. Kutse uuringusse	53
Lisa 3. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm	55
Lisa 4. Poolstruktureeritud intervjuukava	57
Lisa 5. Patsientide kogemused kirurgilisel raviteekonnal ambulatoorse ja statsionaarse tervishoiuteenusega.	61

EESSÕNA

Soovin tänada oma magistritöö juhendajat Janne Pühvel 'it motiveeriva ja edasiviiva magistritöö juhendamise eest ning konstruktiivse tagasiside eest kõikides magistritöö kirjutamise etappides.

Soovin tänada Õendusteaduse magistriõppekava õppejõude õpetamise ja suunamise eest ning igati toetava õpikeskkonna loomise eest.

Soovin tänada õppekorralduse spetsialisti Ede Kärner' it julgustamise, toetamise ja nõuannete eest.

Soovin tänada oma perekonda, sõpru ja tuttavaid toetamise ja mõistmise eest kogu magistriõppes õppimise ajal.

KOKKUVÕTE

Patsientide kogemused kirurgilisel raviteekonnal ambulatoorse ja statsionaarse tervishoiuteenusega: kvalitatiivne uurimus.

Kirurgilisel raviteekonnal osutatakse patsientidele nii ambulatoorset kui statsionaarset tervishoiuteenust. Patsientide kogemusi kirurgilisel raviteekonnal ei ole Eestis varasemalt uuritud ning seetõttu ei ole teada kuidas patsiendid kogevad osutatavaid tervishoiuteenuseid prehospitaliseerimise, statsionaarse ravi ja posthospitaliseerimise perioodil. Uurimistöö võimaldab anda ülevaate hästi toimivatest tervishoiuteenustest ning juhib tähelepanu kitsaskohtadele kogu kirurgilise raviteekonna vältel. Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada kuidas patsiendid kogevad ambulatoorset ja statsionaarset tervishoiuteenust kirurgilisel raviteekonnal.

Uurimistöös osales 12 patsienti, kellel oli kogemus plaanilise operatsiooniga. Uurimismeetodiks oli poolstruktureeritud intervjuud, mis salvestati ja transkribeeriti sõna-sõnalt. Andmete analüüsil kasutati deduktiivset sisuanalüüsi, mille tulemusena jagunesid substantiivsed koodid kolme ülakategooria ja üheksa alakategooria alla.

Osa patsiente kogesid perearstiga head koostööd, kuid mõned patsiendid kogesid perearsti vähest huvi nende raviteekonna edenemise vastu ja perearsti halba kättesaadavust. Enamasti suunati patsiendid kirurgi vastuvõtule perearsti poolt, kuid mõned patsiendid kasutasid kirurgi tasuta vastuvõtu teenust. Tervishoiutöötajate hoiak patsientidesse oli positiivne ja hooliv, kuid kogeti ka üleolevat suhtumist. Patsiendid said informatsiooni suuliselt ja kirjalikult. Osa patsiente hindasid informatsiooni väheseks, kuna ootasid informatsiooni detailsemat lahti kirjutamist. Posthospitaliseerimise perioodil kogesid patsiendid ootuspärast taastumist ja piisavat tuge oma lähedastelt. Patsiendid vajasid võimalust pöörduda raviarsti poole oma murede ja küsimustega ning regulaarset füsioterapeudi vastuvõttu taastumise perioodil.

Uurimustöö tulemusena selgub, et patsiendid vajavad head koostööd nii perearsti kui erialaspetsialistidega kogu kirurgilise raviteekonna vältel. Patsientide informeerimisel peab tagama patsiendi privaatsuse ja veenduma, et patsient sai jagatud informatsioonist aru. Patsientide infomaterjalid tuleb muuta detailsemaks, et tõsta patsientide teadlikkust kogu raviteekonnast.

Märksõnad: patsient, kogemus, kirurgiline raviteekond, ambulatoorne tervishoiuteenus, statsionaarne tervishoiuteenus

SUMMARY

Patient experiences on the surgical treatment journey with ambulatory and inpatient health services: A qualitative study.

This study investigates patient experiences across the surgical treatment journey, which involves both ambulatory and inpatient healthcare services. Previous research in Estonia has not explored these experiences; thus, it remains unknown how patients perceive the healthcare services provided during the prehospitalization, inpatient treatment, and posthospitalization periods. This research offers an overview of effective healthcare services while highlighting potential issues throughout the surgical treatment journey. The study aimed to describe how patients experience ambulatory and inpatient health services along their surgical journey.

The study involved 12 patients who had undergone elective surgery. Data were collected through semi-structured interviews, which were recorded and transcribed verbatim. Data analysis was conducted using deductive content analysis, resulting in substantive codes categorized into three main categories and nine subcategories.

Some patients reported positive cooperation with their general practitioners (GP), who actively addressed their health concerns. However, others experienced a lack of interest from their GPs in their care progression and poor GP accessibility. Most patients were referred to a surgeon by their GP, although some opted for paid services directly from a surgeon. Healthcare providers generally exhibited a positive and caring attitude towards patients, but instances of condescending behavior were also reported. Patients received information both in written and verbally but felt the information was insufficient as they expected more detailed explanations. In the posthospitalization period, patients experienced expected recovery and adequate support from their family. They expressed the need for access to their treating physician for concerns and questions and regular physiotherapy sessions during the recovery period.

As the result of the research, patients need good collaboration with both general practitioners and specialists throughout their surgical treatment journey. Patient's privacy must be ensured when sharing information. It is also necessary to ensure the patient understands the shared information. Patient materials need to be more detailed to enhance their awareness of the entire care process.

Keywords: patient, experience, surgical treatment journey, ambulatory health service, inpatient health service

1. SISSEJUHATUS

Patsiendikogemus on peamine indikaator ravikvaliteedi hindamisel (Luo jt, 2019). Patsientide ja tervishoiuteenuste kasutajate kogemused ja vaatekohad on vajalikud integreeritud ja patsiendikeskse tervishoiusüsteemi ja -teenuste saavutamiseks (WHO, 2024). Mida paremini me tervishoiutöötajatena mõistame patsientide vajadusi, tundeid ja hirme, seda lihtsam on planeerida ja optimeerida patsientide käsitlust kirurgilisel raviteekonnal (Gobbo jt, 2020). Kirurgilise patsiendi kogemuse ja ohutuse parendamiseks on vaja eelkõige teada kuidas patsient ja tema lähedased kogevad osutatavat raviteenust (Davis jt, 2014). Patsiendi kirurgilise raviteekonna kaardistamine aitab leida vigu patsiendi käsitluses kogu kirurgilise raviteekonna vältel ning annab sisendi teekonna muutmisele patsiendikogemuse ja -ohutuse ning ravikvaliteedi parendamiseks (Harris jt, 2022).

Magistritöö on kirjutatud SAFEST (*Improving quality and patient SAFETY in surgical care through STandardisation and harmonisation of perioperative care in Europe 2022-2026*) projekti raames, mille eesmärk on patsiendikäsitluse standardite loomine ja ühtlustamine ning seeläbi patsiendiohutuse parendamine kirurgilisel raviteekonnal kümnes haiglas viies Euroopa riigis. Tõenduspõhiste patsiendikäsitluse standardite loomiseks ja ühtlustamiseks vajame teavet patsientide kogemuste, vajaduste ja ootuste kohta kirurgilisel raviteekonnal.

Kirurgilise patsiendi kogemus on unikaalne ja erineb teiste patsientide kogemusest. Varasemad uuringud on keskendunud spetsiifilistele valdkondadele nagu operatsiooniga nõusoleku protsessile või patsiendi õpetamisele haiglast väljakirjutamisel, kuid puudub ülevaade mis toimub kirurgiliste patsientidega plaanilisel hospitaliseerimisel ning millised hooldusega seotud aspektid on patsientidele olulised. (Bavin jt, 2023.)

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada patsientide kogemusi kirurgilisel raviteekonnal ambulatoorse ja statsionaarse tervishoiuteenusega.

2. PATSIENTIDE KOGEMUSED KIRURGILISEL RAVITEEKONNAL

2.1. Kirurgiline raviteekond ja patsiendikogemus

Kirurgilise raviteekonna (*surgical treatment journey*) efektiivseks juhtimiseks tuleks lähtuda ülemaailmsetest põhimõtetest, mille eesmärk on ohutuse ja ravikvaliteedi tagamine patsiendile. Kirurgilise raviteekonna juhtimise peamiseks eesmärgiks on tuvastada, raporteerida ja jälgida kriitilisi punkte patsiendiohutuse tagamiseks läbi perioperatiivse perioodi. (Bolcato jt, 2022.) Uuenduste ja sekkumiste planeerimisel tuleb omada teavet patsiendi ja tema lähedaste kogemuste ja vajaduste kohta kogu perioperatiivsel perioodil. Ilma eelneva informatsioonita võime panustada süsteemi ja programmide muudatustesse, kuid need ei pruugi vastata patsientide (ja nende lähedaste) vajadustele ega parendada nende kogemusi kirurgilisel raviteekonnal. (Davis jt, 2014.) Patsiendikogemuse hindamine koos kliinilise efektiivsuse ja patsiendiohutuse indikaatoritega annab võimaluse tuvastada arendamist vajavaid valdkondi tervishoiusüsteemis. Patsiendid, kes on käinud kirurgilisel protseduuril, võivad aidata leida parendamist vajavaid valdkondi perioperatiivse raviteenuse osutamises. (Gobbo jt, 2020.)

Patsiendikogemus (*patient experience*) on termin, mis kirjeldab patsiendi ja tema lähedaste arusaamu haigla personali ja keskkonnaga kokkupuutel (Luo jt, 2019). Patsiendikogemus on seotud tervishoiuteenuse osutamise ajal asetleidnud sündmustega ning nende tõlgendustest patsiendi seisukohast kui ka suhtlemise ja informatsiooni jagamisega kirurgilisel raviteekonnal (Bavin jt, 2023; Colussi jt, 2021). Kirurgilise teenuse osutamisel on kõige suuremaks riskiteguriks olulise informatsiooni mitte jagamine ja patsiendi kehva kaasamine enda raviprotsessi. Patsiendiga suhtlemine, tema õpetamine ja informeerimine nii esimese kui teise astme tervishoiuteenuse osutamisel on oluline patsiendiohutuse tagamisel. (Harris jt, 2022.) Patsiendid vajavad ülevaadet kogu oma kirurgilisest raviteekonnast, et nad oskaksid ennast ette valmistada kogu perioperatiivseks perioodiks (Kaptain jt, 2019). Patsiendikogemuse parendamist võib seostada patsiendi parema taastumisega operatsioonist (sh vähenenud perioperatiivse suremuse, rehospitaliseerimise ja päästmise ebaõnnestumisega) (Luo jt, 2019). Kirurgilise patsiendi kogemus on unikaalne ja erineb teiste erialade patsientide kogemusest. Kirurgiliste patsientide kogemused erinevad teineteisest teostatud protseduuri poolest ning sõltuvad sellest kas operatsioon tehti plaaniliselt või erakorraliselt ning kas rakendati tõhustatud taastusravi pärast operatsiooni. (Bavin jt, 2023.)

2.2. Prehospitaliseerimise periood

Patsient pöörduv ambulatoorsele tervishoiuteenusele siis kui ilmnevad elukvaliteeti mõjutavad sümptomid nagu valu ja liikumisvõime langus (Johnson jt, 2014). **Ambulatoorne tervishoiuteenus** on defineeritud kui tervishoiuteenus, mille osutamiseks inimese ööpäevaringne viibimine haiglas ei ole vajalik (Tervishoiuteenuse korraldamise seadus, 2019). Ambulatoorse tervishoiuteenuse üheks osaks on esmatasandi tervishoiuteenus, mida pakub perearst koos pereõe ja teiste toetavate spetsialistidega (Sotsiaalministeerium, 2024). Esmatasandi tervishoid võimaldab tervishoiusüsteemidel toetada inimese tervisevajadusi, sealjuures tegeleda terviseedendamise ja haiguse ennetamisega, raviga, taastumisega, palliatiivravi ja muuga (WHO, 2024). Esmatasandi arstiabi üheks eesmärgiks on patsiendi jõustamine enesehoolduses ja tema tervise võimalikult varajane optimeerimine operatsioonieelsel perioodil. Esmatasandi arstide hinnangul on nende ülesandeks kirurgilisel raviteekonnal patsiendiga jagatud vastutusega otsuste tegemine, patsiendiga alternatiivsete ravivõimaluste üle arutlemine, patsiendi teavitamine olukorrast kui operatsiooni ei toimu ja patsiendi teavitamine operatsiooni oodatavast kasust tema tervisele. (O'Halloran jt, 2021.)

Eriarstiabi on ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutavad eriarst või hambaarst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad (Tervishoiuteenuse korraldamise seadus, 2019). Kogu kirurgilise tegevuse planeerimine on oluline operatsiooni aja määramiseks ja patsiendi lisamiseks operatsiooni ootelehele. Patsiendi ootelehele lisamisel tuleb tähelepanu pöörata kas patsient on koheselt opereeritav või mitte. Patsient võib vajada ravimite või ravi määramist operatsiooni eel. Patsient jääb ootama operatsioonieelset läbivaatust ja tervisliku seisundi hindamist määratud ajal. (Bolcato jt, 2022.) Läbivaatuse tulemusena saab patsiendid jagada riski alusel madala, keskmise või kõrge riskiga kirurgilisele raviteekonnale (Grocott jt, 2017). Patsiendi kaasamine oma raviprotsessi tõstab patsiendi ohutust ja rahulolu osutava raviteenusega. Patsiendi kaasamine raviprotsessi annab patsiendile võimaluse mõjutada ja olla kaasatud otsuste tegemisse. Lisaks võimaldab patsiendi kaasamine raviga seotud otsustesse arvestada samaaegselt nii patsiendi eelistusi ja kogemusi kui ka erialaspetsialisti teadmisi. Informatsiooni ja teadmiste jagamine, milles arvestatakse patsiendi individuaalseid ootusi ja kogemusi, on üks osa patsiendi kaasamisest raviprotsessi. (Unbeck jt, 2023.)

Võimalikult varajane kontakt kirurgiga võimaldab patsiendile anda ülevaate võimalikest riskidest seoses operatsiooniga ja operatsiooni oodatavast kasust. Operatsioon ei tähenda alati head tulemust

ning see võib mõjutada patsienti kogu ülejäänud elu. Patsiendid vajavad aega jagatud informatsiooniga tutvumiseks ja hiljem küsimuste küsimiseks. Lisaks vajavad patsiendid põhjendust lubatud ja keelatud tegevuste kohta enne operatsiooni. Eelnev annab võimaluse patsiendile teha operatsiooni osas teadlik otsus, kuna teda on eelnevalt informeeritud erinevatest ohtudest ja operatsiooni võimalikust kasust. Patsiendi lähedaste kaasamine raviprotsessi aitab saada olulist informatsiooni patsiendi kohta, mis võib mõjutada otsuse tegemist operatsiooni osas. Lisaks on oluline sekkuda patsiendi igapäevaste harjumuste osas, et vähendada operatsiooniga seotud riske ja toetada operatsioonist taastumist. Antud sekkumised võivad tuua kaasa pikaajagsed positiivsed muutused patsiendi harjumuste osas. Patsiendi psühholoogiline ettevalmistamine (sh informeerimine ja ootustega toimetulek) operatsiooniks on oluline osa kirurgilisel raviteekonnal. (Alssaban jt, 2020; Grocott jt, 2017; Sibbern jt, 2017.) Patsiendi informeerimine operatsioonist aitab neil paremini tunda nii füüsiliselt kui ka vaimselt ning võimaldab säilitada patsiendi autonoomsust teades, mis teda igas etapis ees ootab. Lisaks parandab see patsiendi hilisemat osalust raviprotsessis ja kiirendab patsiendi operatsioonijärgset paranemist. (Akyüz ja Erdem, 2021.) Patsiendid vajavad operatsiooni eel informatsiooni valu ja sellega toimetuleku osas ning eeldatava taastumisperioodi kohta (Blöndal jt, 2022). Patsiendi õpetamine on meetod, mis aitab tuvastada patsiendi vajadused ja parandada kliinilist tulemit. Preoperatiivsel õpetamisel peab lähtuma patsiendi tervisega seotud teabest ning jagama informatsiooni vastavalt sellele. Viimane võib eeldada teistsuguse informatsiooni jagamist seoses protseduuri detailide, operatsiooniks ettevalmistamise ja keskkonnaga, postoperatiivsete ootuste, tundmuste, anesteesia ja võimaliku tulemiga. Patsiendi preoperatiivne õpetamine on oluline operatsiooniks ettevalmistumisel, operatsioonijärgsel paranemisel ja taastumisel ning hilisemate komplikatsioonidega toimetulekul. (Akyüz ja Erdem, 2021; Almutary ja Amashi, 2024; Saunders jt, 2022.)

Prehospitaliseerimise periood ehk ooteaeg operatsioonini on oluline kirurgiliste riskide avastamiseks ja kinnitamiseks, et patsient on opereeritav. Lisaks võimaldab see tervishoiutöötajatel hinnata, kas patsient sobib kirurgiliseks protseduuriks. Vajadusel saavad spetsialistid teha täiendavaid analüüse, et koostada parim raviplaan ja pakkuda patsiendile teavet erinevate ravivõimaluste kohta tema seisundi parandamiseks. (Bolcato jt, 2022; Unbeck jt, 2023.) Ooteaega operatsioonile mõjutab konservatiivse ravi efektiivsus ja patsiendi pöördumise aeg arstile. Operatsiooni ooteajal kogevad patsiendid süvenevat valusündroomi, füüsilise võimekuse langust, psühholoogilist kurnatust ja üldist tervisega seotud elukvaliteedi langust. (Johnson jt, 2014.) Ooteajal võivad patsiendid tunda ennast maha jäetuna, kuna neile ei jagata informatsiooni läbivaatuse tulemustest ja haiglaraviga seotud protseduuride korraldusest. Patsiendid ja tema

lähedased vajavad informatsiooni protseduuridest, kliinilisest raviteekonnast ja valuga toimetulekust enne operatsiooni. (Davis jt, 2014; Gualandi jt, 2019.)

2.3. Statsionaarne ravi

Haigla on ambulatoorsete ja statsionaarsete tervishoiuteenuste osutamiseks moodustatud majandusüksus (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, 2019). Haiglad täiendavad ja võimendavad paljude teiste tervishoiusüsteemi osade tõhusust, pakkudes teenuste pidevat kättesaadavust ägedate ja keeruliste seisundite korral (WHO, 2024). Regionaalhaigla (ehk piirkondlik haigla) (*regional hospital*) peab osutama ambulatoorseid ja statsionaarseid tervishoiuteenuseid kõikidel erialadel (Haigla liikide nõuded, 2023). **Statsionaarne tervishoiuteenus** on tervishoiuteenus, mille osutamiseks on vajalik inimese ööpäevaringne viibimine haiglas (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, 2019).

Kirurgiline meeskond on multidistsiplinaarne meeskond, kuhu kuuluvad erinevad spetsialistid (kirurgid, anestezioloogid, anesteesiaõed, operatsiooniõed ja teiste erialade spetsialistid). Multidistsiplinaarse meeskonna üheks tunnusjooneks on toetumine erinevate professionaalide teadmistele ja oskustele, et saavutada ühine tulem. See tähendab, et igal meeskonnaliikmel on selge arusaam oma rollist meeskonnas ja ta oskab tegutseda vastavalt oma rollile. (Kaptain jt, 2019; Peñataro-Pintado jt, 2020.) Perioperatiivne õde vastutab patsiendi ettevalmistamise eest operatsiooniks, osutab õendusabi intraoperatiivses perioodis ning jälgib patsiendi seisundit ärkamistoas. Perioperatiivse õe all mõistetakse anesteesia- ja operatsiooniõdesid, kes töötavad nii operatsioonitoas kui ärkamistoas. Perioperatiivse õe roll on luua patsiendiga suhe mõne minuti jooksul enne kui patsient pannakse magama ja algab operatsioon. (Arakelian jt, 2016.)

Patsiendi terviselooga tutvumisel pööratakse tähelepanu tulevase operatsiooniga seotud informatsioonile, kuid jäetakse tähelepanuta patsiendi eelnevad kogemused erinevate haiguste ja protseduuridega. Patsiendi eelneva terviselooga tutvutakse erinevalt ning seetõttu küsitakse patsientidelt erinevate spetsialistide poolt erinevaid küsimusi. Osa tervishoiuspetsialistidest tutvuvad patsiendi haiguslooga varem, aga teised vahetult enne operatsiooni tegemist. Kuigi spetsialistid teavad patsiendikeskse lähenemise olulisust tervishoiuteenuse osutamisel, siis kahjuks nähakse esimesena haigust mitte patsienti. Patsiendid vajavad individuaalset lähenemist ning ootavad, et nende tervise ajalooga oleks personal tuttav. Patsiendi vajadus kuulamise ja vaimse ettevalmistuse osas jääb tihti tähelepanuta. Arstid peavad leidma aega, et selgitada patsiendile

põhjalikult operatsiooniga seotud aspekte ja kuulata ära patsientide mured. Patsiendi kogemust mõjutab oluliselt individuaalse kontakti loomine ja aja võtmine patsiendi jaoks. Tänu eelnevale suudab tervishoiutöötaja mäletada nii patsiendi vajadusi kui tema ajalugu ning on loonud usaldusväärse suhte enda ja patsiendi vahel. (Arakelian jt, 2016; Kaptain jt, 2019; Luo jt, 2019.)

Operatsioon on kirurgi jaoks rutiinne protseduur, kuid patsiendi jaoks on see täiesti uus kogemus. Otsuste tegemine, mis on seotud operatsioonijärgse tervise ja eluga, tekitab patsientides segadust ja ärevust. See võib omakorda põhjustada patsiendi soovimatust osaleda jagatud otsuste tegemisel. Tervishoiutöötajate üheks kohustuseks on patsiendi üksikasjalik informeerimine diagnoosist, ravimeetoditest ja -protsessist, riskidest, võimalikest tüsistustest ja võimalikest elu muudatustest. Õdede roll informatsiooni jagamisel on veenduda, et vajalik informatsioon on patsiendile edastatud ja patsient on jagatud informatsioonist aru saanud. Informeeritud nõusoleku vormi sisu tutvustamine ja hiljem allkirjastamine on arsti kohustus. Ligi 18% õdedest informeerib patsienti informeeritud nõusoleku vormi sisust arstiga koostööd tegemata ning võtab sellele patsiendi allkirja teades, et see ei kuulu nende pädevusse ja võib kaasa tuua juriidilised probleemid. (Akyüz ja Erdem, 2021.)

Operatsiooniga seotud informatsiooni kvaliteet sõltub tihti informatsiooni jagajast (Akyüz ja Erdem, 2021). Patsientidele ülevaate andmine ooteaegadest, informatsiooni jagamine ja raviga seotud aspektide selgitamine aitab vähendada patsiendi stressi ja ärevust enne operatsiooni ning suurendab patsiendi rahulolu teenusega. Patsiendid vajavad ülevaadet kirurgilisest protseduurist ja selle eeldatavast kestvusest. (Colussi jt, 2021.) Samuti vajavad patsiendid informatsiooni, mis tehakse operatsiooniks ettevalmistamisel (Davis jt, 2014). Operatsiooniks hästi ettevalmistatud patsient kogeb vähem ärevust, vajab väiksemas doosis anesteetikume, vajab vähem analgeetikume operatsioonijärgselt, kogeb tõenäoliselt vähem tüsistusi, paraneb kiiremini ja kirjutatakse haiglast välja varem (Akyüz ja Erdem, 2021). Patsiendid soovivad lähedaste juuresviibimist operatsiooni ooteajal, kuna nad jäetakse tihti üksinda operatsiooniteenistuse ootealale ning ootamine tundub lõputuna (Gobbo jt, 2020; Gualandi jt, 2019). Operatsioonitoa töö sujuvust mõjutab teiste patsientide hilisem operatsiooni tuppa toomine ja tänu sellele järgmise operatsiooni edasilükkumine, kuna operatsioonituba on vaja ette valmistada järgmise patsiendi saabumiseks. Sellised ajalised nihked operatsioonitoas võivad tekitada olukorra, kus viimase patsiendi operatsioon lükkub edasi. (Gualandi jt, 2019.)

Operatsioonitoas on õdede vastutusalaks patsiendi identifitseerimine ja osalemine kirurgilise ohutuse kontrolli lehe täitmisel, patsiendi positsioneerimine, patsiendi kehatemperatuuri säilitamine ja infektsiooni kontroll. Lisaks vastutab õde patsiendi monitooringu eest ja oma valmisoleku eest reageerida situatsioonile vastavalt. Õde omab eetilist vastutust seoses patsiendi väärikuse tagamisega operatsiooni ajal. (Nilsson jt, 2020.) Patsiendid ootavad, et nende kohta oluline info oleks edastatud operatsioonitoa personalile enne patsiendi saabumist operatsioonituppa. Samuti soovivad patsiendid teada milline on operatsioonitoa personali roll ja ülesanded seoses operatsiooniga. (Davis jt, 2014.) Patsiendi saabumisel operatsioonituppa on oluline ära kuulata tema mured ja hirmud seoses operatsiooniga (Peñataro-Pintado jt, 2020). Patsiendi ja kirurgi vaheline kokkupuude vahetult enne operatsiooni mõjub patsiendile rahustavalt (Gualandi jt, 2019).

Postoperatiivne periood keskendub patsiendi seisundi jälgimisele ning operatsioonijärgsete tüsistustega tegelemiseks. Postoperatiivne osakond omab kõrgharidustehnoloogiat ja võimalusi hoida tervishoiutöötajate kõrget valvsust. Postoperatiivses osakonnas jälgitakse pidevalt patsiendi füüsilisi ja psühholoogilisi funktsioone, aktiivsust, hingamistööd, vereringet, teadvust ja saturatsiooni. Lisaks eelnevale jälgitakse patsiendi kirurgilise verejooksu, temperatuuri, valu, iivelduse ja oksendamise osas. Kirurgilised patsiendid vajavad järjepidevat patsiendikeskset õendusabi. Õdede ülesanne on märgata operatsiooni mõju patsiendi toimetulekule ning pakkuda igakülgselt hoolitsust lähtudes patsiendi isiklikest vajadustest. Õed tegutsevad vastavalt väljatöötatud juhiste iseseisvalt või koostöös arstide ja teiste spetsialistidega. (Akyüz ja Erdem, 2021; Bolcato jt, 2022; Dahlberg jt, 2023.) Tervishoiutöötajate professionaalne lähenemine paneb patsiendi tundma austusväärse ja mõistetuna. Professionaalne lähenemine tekitab patsientides hea tunde ja paneb neid tundma hoolitsetuna. Patsiendid vajavad võimalust rääkida iseenesest, oma tundeid ja mõtteid, kuid see eeldab tervishoiutöötajaga hea suhte loomist. (Unbeck jt, 2023.) Patsiendid vajavad informatsiooni oma seisundi kohta pärast operatsiooni ning seetõttu küsib patsient operatsioonijärgselt küsimusi erinevatelt spetsialistidelt. Patsientide sõnul on vestlused tervishoiutöötajatega haiguspõhised ning unustatakse ära, et patsiendi elus on ka muud peale käesoleva haiguse. (Davis jt, 2014; Kaptain jt, 2019.) Patsientide osalust oma raviprotsessis mõjutavad mitmed tegurid nagu valu, väsimus ja ravimite kõrvaltoimed. Patsiendid ei ole valmis vastama küsimustele kui nende enesetunne on halb. (Unbeck jt, 2023.)

Patsiendid soovivad lähedase visiiti vahetult pärast operatsiooni. Lähedase viibimine ärkamistoas aitab vähendada nii patsiendi kui tema lähedase ärevust ning tekitab patsiendis rahulolutunde

(Alssaban jt, 2020; Davis jt, 2014; Gobbo jt, 2020.) Patsientide lähedased vajavad informatsiooni nii operatsiooni kohta kui ka võimalust suhelda operatsiooni teostanud kirurgiga ning küsida küsimusi ja jagada oma muresid haigla personaliga (Davis jt, 2014). Patsiendi lähedaste kaasamine raviprotsessi tekitab õdedes segadust. Patsiendi lähedased võivad mõjutada patsiendiohutust, kuna soovivad hoolitseda patsiendi vajaduste eest. Õed tunnevad emotsionaalset stressi otsuste tegemisel lähedaste juuresolekul, kuna see võib kaasa tuua mittevajalike sekkumisi patsiendi jaoks. (Alssaban jt, 2020.) Kui operatsioonist on möödas mõned päevad, siis soovivad patsiendid oma lähedastega aega veeta ilma tervishoiutöötajate vahele segamiseta. Lähedaste viibimine patsiendi kõrval annab patsiendi lähedastele kinnituse, et patsiendiga on kõik korras. (Gualandi jt, 2019.)

Patsiendi haiglast väljakirjutamine on osa raviprotsessist ning selle eesmärk on vähendada patsiendi kodust eemal viibimise aega ja tagada samal ajal voodikohad uutele patsientidele (Bolcato jt, 2022). Pärast operatsiooni on oluline tähelepanu pöörata nii patsiendi taastumisele, tema krooniliste haigustega tegelemisele, ravimite väljakirjutamisele kui ka järelravi planeerimisele. Siinkohal on oluline patsiendile ja tema lähedastele informatsiooni jagamine erinevatest järelravi võimalustest. Ravimite välja kirjutamisel peaks tähelepanu pöörama ravimite rohkusele ning vajadusel kirjutama välja uued ravimid, mis aitavad vähendada patsiendi poolt tarvitavate ravimite kogust. Raviarst peaks patsiendile selgitama raviskeemi muutmise põhjuseid haiglas viibimise ajal. Raviskeemi mõistmise lihtsustamiseks võiks ravimid jagada arsti poolt „ei ole muudetud“, „uued“ ja „katkestatud“ ravimid ning patsiendile peaks selgitama kõikide ravimite peamisi toimeid. (Grocott jt, 2019; Luo jt, 2019.)

Haiglast väljakirjutamisel on kriitilise tähtsusega patsiendi informeerimine ning õpetamine kuidas endaga hakkama saada ja tagasi saada oma iseseisvus. Patsientidel on puudulikud teadmised postoperatiivsetest juhistest ja raviplaanist. Viimane põhjustab patsientidele vältitavaid tüsistusi, planeerimata haiglaravi ja üleüldist rahulolematust haiglaravi kogemusega. (Kang jt, 2019.) Patsiendi võimet teavet vastu võtta mõjutavad erinevad aspektid nagu haiguse protsess, taastumine ja võimalikud tüsistused. Lisaks mõjutavad patsiendi informatsiooni vajadust sugu, vanus, haridustase, sisseregannu või mittesisseregannu staatus ja terviselugemise oskuse tase. Patsiendi suhtlemist tervishoiutöötajatega mõjutavad tema isiksus ja vaimse tervise seisund (ärevus, hirm ja ebareaalset ootused) ning see mõjutab omakorda patsiendi teadmisi. Piisav personal, hästi organiseeritud süsteem ja personali positiivne hoiak patsientidesse tagab eduka patsiendi õpetamise. (Koivisto jt, 2020.) Patsiendid kogevad ebakõlasid kirjaliku ja suulise informatsiooni

vahel põhjustades ebakindlust eesootava taastumise osas. Tihti jagatakse sama informatsiooni erinevate tervishoiutöötajate poolt ning see tekitab usaldamatust tervishoiutöötajate suhtes. Patsiendid on valmis koju minema kui neile jagatakse asjakohast informatsiooni nii koju saamise päeva kui koduse ravi osas. Patsiendid ootavad detailsemat infot kodus lubatud tegevuste ja liikumise osas. Mida selgem ja asjakohasem informatsioon on, seda suurem on patsiendi turvatunne ja suutlikkus väljakirjutamise perioodil. (Sibbern jt, 2017.)

2.4. Posthospitaliseerimise periood

Operatsioonist taastumine tähendab patsiendi jaoks energiat nõudvat protsessi jõudmaks normaalsuse ja tervenemiseni. Postoperatiivne taastumine tähendab individuaalset protsessi, mida mõjutavad füüsilised, psühholoogilised, sotsiaalsed ja käitumuslikud funktsioonid. Need funktsioonid sisaldavad tervislikku toitumist, naha hooldamist, liikuvust ja teadmisi kuidas toime tulla sümptomitega nagu postoperatiivne väsimus ja valu. Samuti vajatakse informatsiooni haavahoolduse kohta ja kuna tuleks pöörduda abi saamiseks tervishoiuasutuse poole. Eelnev vajab kõikehõlmavat patsiendi õpetamist, et valmistada patsient ette enda eest hoolitsemiseks postoperatiivsel perioodil. (Blöndal jt, 2022; Larsson jt, 2022; Nilsson jt, 2020.)

Operatsioonijärgse taastumise võib jagada viieks faasiks. Esimene faas algab enne operatsiooni ja see sisaldab vaimset, füüsilist ja praktilist ettevalmistust operatsiooniks ja operatsioonijärgseks taastumiseks. Teine faas taastumisel on patsiendi ärkamine anesteesiast ning reflekside ja motoorse aktiivsuse taastumine pärast anesteesiat. Kolmas taastumise faas leiab aset patsiendi palatis, mil taastuvad tema koordineerimine ja füsioloogilised funktsioonid. Neljas taastumise faas ehk hilisem taastumine algab ajal, mil patsient on haiglast välja kirjutatud, kuid tema ravi jätkub ja patsient on saavutanud oma tavapärase funktsionaalsuse ja aktiivsuse. Pikaajaline taastumine võtab aega kuni kuus kuud, mil taastuvad patsiendi funktsionaalsed ja kognitiivsed võimed. Pikaajalise taastumise faasis võib esineda postoperatiivset valu kuni 10% patsientidest. (Nilsson jt, 2020).

Pärast haiglast väljakirjutamist tundsid patsiendid endal ülemäära vastutust ja raskusi enesega hakkama saamisega. Patsientidel esinesid probleemid väsimuse, liikuvuse ja valuga neli kuni seitse päeva pärast operatsiooni. (Halding jt, 2021.) Postoperatiivset väsimust kirjeldasid patsiendid kui väsimustunnet ja vähenenud keskendumisvõimet ning see mõjutas nende taastumist ja elukvaliteeti. Sümptomid (näiteks kurnatus), mida patsiendid kogevad rohkem kui 30 päeva pärast operatsiooni, vajavad tähelepanu tervishoiutöötajate poolt. Taastumisel kogetud sümptomitega

seotud stress võib viia ärevuse ja depressioonini. (Blöndal jt, 2023.) Koju saabudes tundsid patsiendid hirmu, kuna nad ei teadnud mis on pärast operatsiooni normaalne ja mis mitte (seoses valu ja ebamugavustundega) ning neil puudus informatsioon vajaminevatest vahenditest kodus taastumiseks. Lisaks ei teadnud patsiendid kuidas toime tulla uues situatsioonis, eriti piirangutega igapäevases elus. Patsiendid kurtsid, et operatsiooni „edukus“ ei vastanud nende „heaolu“ tundele. Varasemalt aktiivsed patsiendid hindasid võimlemist oluliseks osaks taastumisest ning püüdsid leida tasakaalu aktiivsuse ja puhkuse vahel. Samas oli patsiente, kes kartsid ohtu seada operatsiooni tulemuse ning loobusid kodusest võimlemisest täielikult. Lisaks kogesid patsiendid ärevust seoses sooviga naasta võimalikult kiiresti normaalse elu juurde ning minimeerida mõju oma lähedastele. (Gobbo jt, 2020; Larsson jt, 2022.)

Patsiendid vajavad kinnitust, et nad on õigel teel ja nende paranemine kulgeb rahuldavalt. Patsiendid tundsid ennast maha jäetuna, kuna regulaarseid järelkontrollivisiite kokku ei lepitud. Järelkontrollivisiitidel kohtumine arsti, õe või füsioterapeudiga ei pea toimuma füüsiliselt, piisaks video- või telefonikonsultatsioonist. Järelkontrollivisiidid annavad patsiendile kinnituse, et nende taastumiseprotsess kulgeb ootuspäraselt. Patsientidel puuduvad teadmised taastumise protsessist ning neil on raske ise hinnata oma taastumise kulgu. (Larsson jt, 2022.) Järelkontrollivisiitide osas eelistavad patsiendid kohtuda arstiga, kes neid opereeris (Gualandi jt, 2019). Patsientidele tuleb tagada järelkontrollivisiidid väiksemateks protseduurideks ja võimalike komplikatsioonide avastamiseks. Nende tegevuste eesmärgiks on vähendada rehospitaliseerimist ja tagada taastusravi. (Bolcato jt, 2022.)

Taastumise perioodil on lähedaste olemasolu ülitähtis, eriti vanemaealiste patsientide haiglast koju kirjutamisel (Gualandi jt, 2019). Lähedaste olemasolu annab patsiendile kindlustunde haiglast väljakirjutamisel ning võimaldab lühendada tema haiglas viibimise perioodi (Sibbern jt, 2017). Lähedaste ja sugulaste olemasolu vähendab patsientide üksindustunnet. Üksindustunne ja isoleeritus on tunded, mida patsiendid kogevad koju jõudes. Patsientide jaoks on taastumine protsess, millega tuleb ise hakkama saada. Üheks üksindustunde põhjuseks oli Covid-19 pandeemia, mis mõjutas patsientide lähedaste osalemist patsiendi toetamisel kodusel taastumisel, kuna kehtestati isolatsiooninõuded. Patsiendid peavad lähedaste olemasolu oluliseks, kuna vajavad kellegagi suhtlemist ja tunnet, et keegi on lähedal. Lisaks pakuvad lähedased patsiendile emotsionaalset tuge. (Larsson jt, 2022.)

Operatsioonijärgse taastumise osas tunnevad patsiendid puudu ajast, mil on võimalik küsida küsimusi. Kuigi patsiendid saavad informatsiooni taastumise kohta pärast operatsiooni, siis ei pruugi see neil meeles olla pärast koju saabumist. Küsimused tekivad tihti kodus olles ning patsiendid ei tea kuhu pöörduda vastuste saamiseks. Patsiendid vajavad nii lähedaste kui tervishoiutöötajate tuge kogu taastumise perioodil. (Larsson jt, 2022.) Patsiendid tunnevad, et haiglasse tagasipöördumine on keeruline. Komplikatsioonide tekkimisel pöörduvad patsiendid kõige pealt oma kohaliku arsti ja/või haigla poole ning alles siis saavad nad pöörduda haiglasse, kus toimus nende operatsioon. Pikk ooteaeg spetsialisti juurde võib põhjustada patsiendi tõsisemat haigestumist. (Kaptain jt, 2019.)

3. METOODIKA

3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada patsientide kogemusi kirurgilisel raviteekonnal ning töö eesmärgist lähtuvalt kasutati antud teema uurimiseks kvalitatiivset uurimismeetodit. Kvalitatiivne uurimistöö võimaldab uurida nähtust loomulikes tingimustes. Kvalitatiivses uurimistöös töötatakse mitteamvuliste andmetega ning tulemuseks on põhjalikud ja detailsed kirjeldused uuritavast nähtusest. Kvalitatiivne uurimismeetod võimaldab vastata küsimustele seoses kogemuste, tähenduste ja perspektiiviga ning seda uuritavat nähtust kogenud inimese seisukohast. (Hammarberg jt, 2015; Õunapuu, 2014.)

Kuna uurimistöö keskendub patsientide kogemuste uurimisele, siis kasutati uurimistöös fenomenoloogilist lähenemist. Fenomenoloogilisel lähenemisel keskendutakse sellele, mida inimesed ühe või teise nähtuse puhul kogevad ja kuidas nad oma kogemusi tõlgendavad. Fenomenoloogilisel lähenemisel vaatab uurija asju teiste inimeste silme läbi. Uurija esitab inimeste kogemusi võimalikult algupäraselt ja tõetruult. (Õunapuu, 2014.)

Uuringu läbiviimiseks taotleti kooskõlastus Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, mille esitas antud uurimuse Eesti-poolne koordinaator (vt lisa 1).

3.2. Uuritavad

Uuritavate värbamine uuringusse toimus eesmärgipäraselt. Uuringusse kaasati 12 SA Tartu Ülikooli Kliinikumi patsienti järgnevate kriteeriumite alusel: patsient on täisealine ja on nõus vabatahtlikult uuringus osalema; patsient räägib eesti keeles; patsient viibis haiglas vähemalt 24 tundi; patsient on läbinud ühe järgnevatest plaanilistest operatsioonidest (puusaliigese endoproteesimine, koletsüstektoomia ja perifeersete veresoonte operatsioon) ja patsiendi operatsioonist on möödas kolm kuni kuus nädalat. Eesmärgipärane uuritavate värbamine võimaldab saada võimalikult täpset informatsiooni uuritava nähtuse kohta uuritavatelt, kes on uuritavat nähtust ise kogenud (Elo jt, 2014).

Uuritavate uuringusse värbamine toimus SA Tartu Ülikooli Kliinikumi töötaja abil, kes edastasid kriteeriumitele vastavatele patsientidele kutse uuringus osalemiseks (vt lisa 2). Uuringus osalemise

soovist andis patsient teada kliinikumi töötajale, kes edastas kontaktid uurimismeeskonnale meili teel. Uuriija võttis ühendust uuritavatega viie kuni kümne päeva jooksul pärast operatsiooni toimumist. Uuritavaga lepitati kokku sobiv aeg ja koht intervjuu läbi viimiseks. Informeeritud nõusoleku vorm (vt lisa 3) allkirjastati enne intervjuu toimumist digitaalselt või vahetult enne intervjuu alustamist paberkandjal uuritava ja uuriija poolt. Digiallkirjastatud informeeritud nõusoleku vormid hoiustati Tartu Ülikooli pilveserveris, mis on kaitstud parooliga ning kustutati koheselt pärast intervjuu toimumist. Paberkandjal nõusoleku vormid hävitati paberhundis esimesel võimalusel pärast intervjuu toimumist Tartus.

3.3. Andmete kogumine

Uurimistöös kasutati kvalitatiivset uurimismeetodit, milleks oli poolstruktureeritud intervjuu. Poolstruktureeritud intervjuu võimaldab uurida intervjuueeritava kogemusi nähtusega tema seisukohast lähtuvalt (Hammarberg jt, 2015). Intervjuukava töötati välja SAFEST projekti rahvusvahelise meeskonna poolt, kuhu kuuluvad uurijad, kes omavad ekspertteadmisi nii patsiendihutusest kui kvalitatiivsest uurimismetoodikast. Intervjuukava koosnes põhiküsimustest, lisaküsimustest ja täpsustavatest küsimustest (vt lisa 4). Intervjuukava põhiküsimused sisaldasid küsimusi tervise seisundi, prehospitaalseerimise, statsionaarse ravi ning posthospitaalseerimise perioodil asetleidva ravi ja taastumise kohta. Täpsustavad ja lisaküsimused aitasid uurijal esitada täpsustavaid küsimusi patsiendi kogemuste kohta kirurgilisel raviteekonnal.

Intervjuueerija läbis prooviintervjuu eelselt instruksiooni rahvusvahelise uuringumeeskonna poolt. Intervjuukava testimiseks viidi prooviintervjuu läbi eesti keeles juunis 2023. Prooviintervjuu aitab välja selgitada kas küsimused aitavad koguda andmeid, mis annaksid vastuse uurimisküsimusele (Elo jt, 2014). Intervjuukava testimisel mõõdeti intervjuule kuluvat aega, küsimuste arusaadavust ning küsimuste järjestuse loogilisust. Uuritaval paluti teha tähelepanekuid ja/või ettepanekuid temale oluliste teemade osas. Prooviintervjuu järgselt uuritaval ettepanekud küsimuste osas puudusid. Uuritav hindas küsimused hästi arusaadavaks ja küsimuste järjekorda loogilisteks. Intervjuude eel toimus intervjuueerijatele teine instruksioon rahvusvahelise uuringu meeskonna poolt. Instruksioon sisaldas nõuandeid ja uuringu läbiviimise osas oluliste aspektide täpsustamist ning üle kordamist. Prooviintervjuul kogutud andmeid ei kaasatud uuringu tulemustesse, kuna prooviintervjuul osalenud uuritava operatsioon toimus 11 kuud tagasi.

Andmete kogumine toimus poolstruktureeritud intervjuukava alusel ajavahemikul oktoober 2023-jaanuar 2024. Poolstruktureeritud intervjuukava küsimuste eesmärk on julgustada uuringus osalejat jagama oma kogemusi, sealhulgas tundeid ja emotsioone ning hoida fookust kõnealustel kogemustel või spetsiifilisel sündmusel (Moser ja Korstjens, 2018). Intervjuud viidi läbi uuritavatega privaatsetel kohtudes või veebikeskkonnas (Zoom, Teams). Veebikeskkonnas intervjuu läbi viimiseks saadeti uuritavale universaalne link umbes nädal enne intervjuu toimumist uuritava poolt antud meili aadressile. Näost näkku toimuvate intervjuude asukohad lepidi lõplikult kokku umbes nädal enne intervjuu toimumise aega. Intervjuu alguses tutvustas uurija intervjuu oodatavat kulgu ja sellele kuluvat aega. Uuritavat teavitati võimalusest mitte vastata tema jaoks ebamugavatele küsimustele ja võimalusest loobuda oma ütlustest kuni intervjuu lõpuni. Uurija teavitas uuritavat intervjuu lindistamisest, selle eesmärgist ning andis enne lindistamise algust uuritavale võimaluse küsida täpsustavaid küsimusi. Intervjuu käigus küsis uurija vajadusel täpsustavaid küsimusi ning reflekteeris uuritava poolt öeldut, et veenduda kas ta mõistis uuritava poolt öeldut õigesti. Uuritavatele pakuti võimalust pöörduda tekkinud küsimuste korral uuringu läbiviija poole meili või telefoni teel. Kõige lühem intervjuu kestis 22 minutit ja kõige pikem intervjuu 58 minutit.

Andmete kogumisel saavutati andmete küllastus üheksandal intervjuul ning uut informatsiooni intervjuude käigus ei saadud. Andmete küllastus saavutatakse kui rohkem uut analüütilist informatsiooni ei teki ja uuring annab maksimaalse vastuse uuritavale nähtusele (Moser ja Korstjens, 2018). Andmete kogumisega jätkati, kuna uuringusse kaasatud viimase kolme patsiendiga olid kokkulepped intervjuude toimumise osas tehtud ning sooviti veenduda, et uut informatsiooni juurde ei tule. Lähtuvalt Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteele esitatud avaldusest lõpetati andmete kogumine jaanuaris 2024. Kõik informeeritud nõusoleku vormid hävitati vahetult pärast intervjuu toimumist samal päeval ja kõik helisalvestised kustutati jaanuaris 2024.

3.4. Andmete analüüs

Uurimistöö andmebaasi moodustasid 12 poolstruktureeritud intervjuu helifaili. Helifailid transkribeeriti ühe nädala jooksul tekstifailideks ning need salvestati Tartu Ülikooli pilveserverisse OneDrive. Kõige olulisem osa transkribeerimisel on fookus uuritavate sõnadel. Kõik helifaili osad tuleb korduvalt üle kuulata ning vajadusel tagasi kerida ja uuesti transkriptsiooni lugeda. Autor peab veenduma, et transkriptsioonid on täpsed ja reflekteerivad intervjuud täielikult, sealhulgas

pause, kirjavahemärke ja mittesõnalisi andmeid. Et mõista andmete tähendust sügavuti, tuleb transkriptsioone hoolikalt ja korduvalt läbi lugeda. (Moser ja Korstjens, 2018.) Helifailide transkriptsioon toimus programmis Microsoft Word ning selle tulemusena tekkis 144 leheküljeline andmebaas. Leheküljed olid A4 formaadis, fondiga Times New Roman, fondisuurusega 12 ja reavahega 1,5. Tekstifailid loeti autori poolt läbi korduvalt ning helifaili transkribeerimise käigus tekkinud vead parandati intervjuude korduval ülekuulamisel. Transkribeerimise käigus eemaldati kõik isikut ja haiglas viibimise perioodi identifitseerimist võimaldavad andmed ning need tähistati sümboliga /../. Lähtudes kodeerimismaatriksist märgistati ära kõik nähtust kirjeldavad andmeühikud, mille moodustasid laused ja/ või lause osad. Tekstifailid lihtsustati üleliigsete sidesõnade ja korduste eemaldamisel teksti tähendust muutmata. Sarnase tähendusega andmeühikutele loodi substantiivsed koodid.

Kogutud andmete analüüsil kasutati deduktiivset sisuanalüüsi, mille aluseks oli SAFEST rahvusvahelise uuringumeeskonna poolt koostatud kodeerimismaatriks. Deduktiivne sisuanalüüs kasutab andmete analüüsiks teooriat, teoreetilist raamistikku või kontseptuaalset mudelit kasutades neid kodeerimismaatriksis (Moser ja Korstjens, 2018). Deduktiivsel sisuanalüüsil koostatakse kodeerimismaatriks, mille põhjal vaadatakse andmestik üle kindlaks määratud kategooriate vastavuse või näitlikustamise osas. Kodeerimismaatriksit saab pidada kehtivaks kui kategooriad kirjeldavad uuritavat nähtust adekvaatselt ning usaldusväärsuse seisukohalt kajastab kodeerimismaatriks seda, mis oli ette nähtud. Tulemuste kirjeldamisel lähtutakse nähtust kirjeldavatest kategooriatest, kasutades valitud meetodit (induktiivne või deduktiivne). (Elo jt, 2014.)

Andmete analüüsi tulemusel jagunesid substantiivsed koodid kodeerimismaatriksis ette antud üla- ja alakategooriate alla (vt tabel 1). Nendeks ülakategooriateks olid: patsientide kogemused prehospitaliseerimise perioodil, patsientide kogemused statsionaarse raviga ning patsientide kogemused posthospitaliseerimise perioodil. Prehospitaliseerimise perioodi alla jagunesid patsientide positiivsed ja negatiivsed kogemused ning soovitud seoses prehospitaliseerimise perioodiga. Statsionaarse ravi alla jagunesid patsientide positiivsed ja negatiivsed kogemused ning soovitud seoses statsionaarsel ravil viibimisega. Posthospitaliseerimise perioodi alla jagunesid patsientide positiivsed ja negatiivsed kogemused ning soovitud seoses posthospitaliseerimise perioodiga.

Tabel 1. Kodeerimismaatriks-patsientide kogemused kirurgilisel raviteekonnal ambulatoorse ja statsionaarse tervishoiuteenusega

Patsientide kogemused kirurgilisel raviteekonnal ambulatoorse ja statsionaarse raviga	Patsientide kogemused prehospitalseerimise perioodil	Patsientide kogemused statsionaarse raviga	Patsientide kogemused posthospitalseerimise perioodil
Positiivsed kogemused	Kaasati operatsiooni üle otsustamisse ...	Operatsioonile minekut hinnati ohutuks ...	Koeti piisavat toetust lähedastelt ...
Negatiivsed kogemused	Informatsiooni anesteesia kohta ei jagatud ...	Koeti halba ja puudulikku juhendamist ...	Puudus teadlikkus taastusravile saamise osas ...
Soovitused	Jagada rohkem informatsiooni esmase operatsioonikogemusega patsientidele. ...	Selgitada rohkem operatsioonijärgset taastumist ja ravi (toitumine, lubatud tegevused) ...	Esimene füsioterapeudi vastuvõtt võiks toimuda 2-3 nädala jooksul pärast operatsiooni ...

Töö usaldusväärsust aitab tagada detailne kirjeldus töö protsessist (uuringu eesmärk, kuidas uuring läbi viidi, kuidas tehti protseduurilised otsused). Andmete kogumise ja analüüsi detailid peavad olema selged ja läbipaistvad. Kõige sobivama andmete kogumise meetodi valik tagab sisuanalüüsi usaldusväärsuse. Kogutud andmed peavad andma vastused uurimistöös püstitatud eesmärgile. Andmete analüüsil tuleb lähtuda uuritavate saadud informatsioonist ja vältida andmete välja mõtlemist töö autori poolt. Töö peab olema kirjutatud nii, et lugeja on võimeline jälgima kogu uurimistöö protsessi, seal asetleidnud sündmuseid ja autori poolt tehtud otsuseid. Töö lugeja peaks aru saama autori loogikast tänu adekvaatsetele kirjeldustele, selgitustele ja õigustustele metodoloogia ja meetodite valiku osas. Töö usaldusväärsus on seotud töö järeldustega, mis on tehtud kogutud andmete põhjal ja mis ühilduvad olemasolevate teadmistega. Tulemuste interpreteerimisel lisatakse uuritavate tsitaate, et illustreerida ja toetada autoripoolset tõlgendust tulemuste osas. (Elo jt, 2014; Hammarberg jt, 2015).

4. PATSIENTIDE KOGEMUSED KIRURGILISEL RAVITEEKONNAL AMBULATOORSE JA STATSIONAARSE TERVISHOIUTEENUSEGA

4.1. Patsientide kogemused prehospitalseerimise perioodil

Patsientide kogemused prehospitalseerimise perioodil olid seotud ambulatoorsete tervishoiuteenustega nagu perearsti ja -õe vastuvõtt ning eriala spetsialistide konsultatsioonid (vt tabel 2).

Tabel 2. Patsientide kogemused prehospitalseerimise perioodil

Patsientide kogemused prehospitalseerimise perioodil	
Positiivsed kogemused	Teostati uuringud ja analüüsid Kutsuti tagasi perearsti vastuvõtule Suunati eriarstile või EMO -sse Suunati teiste spetsialistide vastuvõtule Kaasati operatsiooni üle otsustamisse Selgitused olid põhjalikud Pöörati tähelepanu muredele ja küsimustele Lisati operatsiooni järjekorda Saadi piisavat tuge oma lähedastelt Operatsiooni ooteaega hinnati mõistlikuks
Negatiivsed kogemused	Perearsti vähene huvi Perearsti halb kättesaadavus Perearsti soovimatus järgida ravijuhiseid Ooteajad teisele eriarstile olid pikad Ei räägitud operatsiooniga seotud riskidest ja ohutusest ning anesteesiast Informatsiooni operatsiooni kohta hinnati väheseks Jagatud informatsioon ei aidanud operatsiooniks ette valmistuda Liiga palju informatsiooni jagati suuliselt Operatsioon lükati edasi Operatsiooni ooteaega hinnati pikaks Operatsiooni ooteajal kogeti ärevust, hirmu ja muret
Soovitused	Jagada rohkem informatsiooni esmase operatsioonikogemusega patsientidele Selgitada patsientidele ravimite ära jätmise vajadust Tervisetööend väljastada eriarstile pärast ravi lõppemist Vähendada operatsiooni ooteaega Juhendada haavahoolduse ja vajaminevate vahendite osas enne operatsioonile minekut Meelde tuletada patsientidele sõnumi või emaili teel haiglasse saabumise kuupäev

Kirurgiline raviteekond saab alguse patsientide pöördumisega perearstile või kirurgile. Patsiendid pöördusid perearstile olukorras, kus kaebuste süvenemise ja valu tõttu oli oluliselt langenud nende elukvaliteet ja töövõime. Patsientide sõnul tehti perearsti poolt esmased vereanalüüsid ja uuringud (röntgen, kompuutertomograafia ja elektrokardiogramm) ning määrati valuvaigistav ravi. Mõne aja möödudes kutsus perearst patsiendi tagasi oma vastuvõtule. Patsientide sõnul arutleti nendega erinevate ravivõimaluste (füsioteraapia, võimlemine, konservatiivne ravi) üle. Esines olukordi, kus patsientidega teiste ravivõimaluste üle ei arutletud, kuna operatsioon oli vältimatu. Oli patsiente, kes kogesid perearstiga head koostööd ja nad hoidsid omavahel pidevalt kontakti.

„Perearst juba ütles, et pange ennast ära operatsiooni järjekorda, et ooteajad on väga pikad.“ (8)

Samas väitsid osa patsiente, et perearst ei tundnud huvi nende raviteekonna edenemise vastu. Patsiendid hindasid perearsti kättesaadavust halvaks. Perearsti vastuvõtule saamist ootasid patsiendid enda sõnul mitu nädalat ning telefoni teel oli perearsti keeruline kätte saada. Oli patsiente, kelle sõnul ei soovinud perearst järgida kehtivaid ravijuhiseid ega teha koostööd teiste erialade spetsialistidega. Osa patsiente leidis, et perearst võiks rohkem huvi tunda kas patsient saab kuskile vastuvõtule või ei saa.

„Perearst võiks nagu patsientidest rohkem hoolitseda. Rohkem tunda huvi kas ma saan kuskile või ei saa kuskile. Perearstid võiks rohkem selle eest nagu seista, et su patsient saaks nagu kiiremini operatsioonile. Kui sa näed, et ta enam ei saa kõndida ja ta võtab iga kuu pakkide viisi valuvaigisteid.“(12)

Perearst otsustab patsientide eriarstile saatmise vajaduse esmaste uuringute ja vereanalüüside põhjal. Perearst väljastas patsientidele digitaalse saatekirja eriarstile koos uuringute ja vereanalüüside vastustega. Esines olukordi, kus patsientide seisund vajas erakorralist sekkumist ning nad suunati perearsti poolt erakorralise meditsiini osakonda (EMO).

„Pöördusin perearstile ja ta tegi ultraheli, mis kinnitas diagnoosi ja ta saatis mind edasi kirurgi juurde.“(1)

Samas väitsid osad patsiendid, et nad pidid korduvalt pöörduma perearstile, et saada saatekirja eriarstile. Oli patsiente, kes kasutasid eriarstile saamiseks isiklikke tutvuseid, kuna haigla ega perearst ei võtnud nendega ühendust. Mõned patsiendid kasutasid eriarsti tasulist vastuvõtu teenust, et lühendada aega operatsioonini.

„././ Ma pidin koguaeg ise helistama ja küsima kaugel asjad on. Lõpuks nad vist tüdinesid minust ja andsid saatekirja eriarstile.“(6)

Enne haiglasse vastuvõtmist toimusid patsientidel konsultatsioonid eriala spetsialistidega ning vajadusel suunati patsiendid teise eriala spetsialisti konsultatsioonile. Operatsioonieelsetel konsultatsioonidel eriala spetsialistidega räägiti patsientidele eesisevast operatsioonist, selle ohutusest ja riskidest ning rõhutati hügieeni ja toitumise olulisust. Patsiendid tundsid, et neid kaasati operatsiooni üle otsustamisse ning eriala spetsialistid pöörasid tähelepanu nende muredele ja küsimustele. Patsientidele jagati operatsioonieelsetel konsultatsioonidel informatsiooni suuliselt ja kirjalikult (patsiendi infoleht, brošüür). Patsientide sõnul selgitati neile eriala spetsialistide poolt kõike põhjalikult ning seetõttu ei muretsenud eesiseva operatsiooni pärast.

„Väga üksikasjalikult seletati mida see operatsioon endast kujutab. Igasugused ohud, mis võivad sellega kaasneda. Paremini on ikka teada kui teadmatus.“(10)

Samas oli patsiente, kelle sõnul jagasid eriala spetsialistid oma konsultatsioonidel informatsiooni vähe ja see ei aidanud neid operatsiooniks ettevalmistumisel. Patsientide sõnul jagati suuliselt informatsiooni rohkem ja seetõttu oli seda raske meelde jätta kuna informatsiooni oli liiga palju. Osa patsiente väitsid, et nendega ei arutletud operatsiooni riskide ja ohutuse üle ning nad ei saanud informatsiooni anesteesia kohta. Oli patsiente, kes kasutasid tasulist eriarsti teenust, kuna ooteajad teisele eriarstile olid pikad või neil puudus ravikindlustus.

„Ausalt öeldes ega see informatsioon ei valmistanud mind küll operatsiooniks ette. Informatsiooni oli ikkagi vähe. Just selles osas mis operatsioon see on ja kuidas see läbi viiakse ja kaua see haiglas olemine kestab.“(11)

Operatsiooni ooteajal hoolitsesid patsiendid oma tervise eest vastavalt eriarsti soovitudele ja õe poolt antud juhistele. Ortopeedilised patsiendid külastasid hambaarsti ja tegid oma hambad korda. Patsiendid hoolitsesid oma naha eest ja jälgisid pidevalt selle seisukorda ning vajadusel käisid patsiendid jalaravi spetsialisti juures. Operatsiooni eel viisid patsiendid ennast kurssi eesmiseva operatsiooniga. Operatsiooniks ettevalmistumisel said patsiendid tuge oma abikaasalt, lastelt või lähedastelt. Oli patsiente, kes valmistusid operatsiooniks ise ja nad ei vajanud tuge oma lähedastelt. Hea enesetunde korral hindasid patsiendid operatsiooni ooteaega mõistlikuks.

„Ma eelnevalt teadsin, mis mul tuleb oma tervisenäitajatega teha. Hambad sai korda tehtud ja eriarstid, mis vajalikud, olid läbi käidud.“(2)

Patsientide sõnul oli operatsiooni ooteaeg (puusa endoproteesimisel kuni neli ja pool aastat) liiga pikk, kuna nende kaebused tervise osas süvenesid ja need mõjutasid oluliselt patsientide elukvaliteeti. Oli patsiente, kes kogesid operatsiooni edasi lükkumist mitu korda. Patsientide sõnul lükati operatsiooni edasi järgmistel põhjustel: mõne teise terviseprobleemi ilmnemine operatsioonieelsel konsultatsioonil, Covid-19 pandeemia, patsientide enda haigestumine, ravimite tarvitamine ning nahaprobleemid ja -vigastused. Operatsiooni ooteajal kogesid patsiendid hirmu, kuna puudus varasem kogemus operatsiooni ja anesteesiaga. Täiendavat informatsiooni eesmiseva operatsiooni kohta otsiti internetist ja haigla koduleheküljelt. Patsiendid tundsid operatsiooni eel muret, kuna iga operatsioon on erinev ja juhtuda võib igasuguseid asju. Patsiendid kogesid operatsiooni eel ärevust, sest tervis oli oluliselt halvem kui eelneva operatsiooni eel.

„Kui ta nii väga valu ei teeks siis oleks ükskõik, aga kui ta nii jõhkralt valutab, no siis tahaks ikka rutem. No see töö värk ka, niisama ju ei saa. Ja ta takistas töö tegemist ja ei olnud väga lihtne.“(12)

Patsiendid soovitasid lühendada operatsiooni ooteaega juhul kui avastatakse operatsiooni vajav seisund. Sapikivide diagnoosimisel kogesid patsiendid haiguse ägenemist operatsiooni ooteajal ning nad pidid rangelt järgima toitumissoovitusi vältimaks haiguse ägenemise episoodi. Puusaliigese kaugele arenenud artroosi tõttu kogesid patsiendid kaebuste süvenemist ning olulist elukvaliteedi langust. Patsientidel oli raskusi trepist käimisel ja töövõime säilitamisel.

„Mul valu ei olnud, aga just liikuvuse, kükitamise ja jalgade painutamise oli probleem.“(3)

„Ma saan aru, et operatsiooni ei saanud kohe teha sellepärast, et põletik oli nii suur. Pidi ju ootama. Aga muidu kui ikkagi avastatakse sapikivid, siis võiks nagu operatsiooni ooteaeg olla natuke lühem.“(7)

Esmase operatsioonikogemusega patsiendid tegid ettepaneku jagada rohkem informatsiooni eesseisva operatsiooni ja selle käigu kohta. Patsiendid, kelle puudus varasem kogemus operatsiooniga, kogesid operatsiooni ooteajal teadmatust ning otsisid puuduolevat informatsiooni internetist.

„Ikkagi võiks patsientidele rääkida operatsiooni käigust. Minu jaoks oli see esimene kogemus ja olin üldiselt tundmatus kohas. Seda küsitakse kas esimene operatsioon või mitte. Aga eraldi ei pööratud tähelepanu et see oli esimene operatsioon.“(5)

Tervishoiutöötajatel soovitati jagada informatsiooni haavahoolduse ja selleks vajaminevate vahendite osas enne operatsiooni. Haavahooldusvahendite kättesaadavus on piirkonniti erinev ja igal pool ei ole vajalike vahendeid saada. Haavahooldusvahendite ostmiseks pidi minema suuremasse linna või keskusesse. Lisaks ootasid patsiendid selgitusi seoses ravimite ära jätmisega enne operatsiooni.

„Enne operatsiooni tuleks rääkida haavahooldusest ja selleks vajaminevatest vahenditest, sest nende kättesaadavus on piirkonniti erinev. Pikki veekindlaid plaastreid ei ole igal pool saada. Neid on vaja dušši all käimiseks.“(2)

Patsientide poolt tehti ettepanek, et patsiendid võiks saada sõnumiga meeldetuletuse haiglasse vastuvõtmise päeva kohta. Haiglasse vastuvõtmise päev teavitatakse patsientidele telefoni teel ja alati ei ole kohe kirjutusvahendit käe pärast ning nii võib haiglasse tuleku päev ununeda.

„Kui telefoni teel antakse (teavitatakse) haiglasse vastuvõtu päev, siis võiks saata vahetult enne meeldetuletuse haiglasse tuleku kuupäevaga. Juhul kui kohe ei ole kuhugi kirjutada, siis võidki selle kuupäeva ära unustada või paberi ära kaotada. Samamoodi nagu eriarsti (ambulatoorse) vastuvõtu eel tuleb meeldetuletus, et ootame Teid“ (11)

4.2. Patsientide kogemused statsionaarse raviga

Patsientide kogemused statsionaarse raviga algasid hetkest, mil patsiendid võeti haiglasse vastu ja lõppesid ajal, mil patsiendid kirjutati haiglast välja (vt tabel 3).

Tabel 3. Patsientide kogemused statsionaarse raviga

	Patsientide kogemused statsionaarse raviga
Positiivsed kogemused	Jagati selget ja arusaadavat informatsiooni Arstid ja õed tutvustasid ennast ja oma tööülesandeid Opereeriti konsultatsioonil olnud arsti poolt Räägiti anesteesiast, ravimitest, allergiatest ning operatsiooniga seotud ohutustest ja riskidest Operatsioonile minekut hinnati ohutuks Manustati ravimeid operatsioonieelse ärevuse vastu Operatsiooni kulgu hinnati ootuspäraseks Valu tekkel manustati valuvaigisteid Operatsioonijärgsed visiidid tekitasid turvatunde Haiglast välja kirjutamisel jagati informatsiooni suuliselt ja kirjalikult
Negatiivsed kogemused	Voodikohta oodati mitu tundi Hospitaliseeriti teise osakonda Arstide ja õdede poolt ei tutvustatud ennast ega oma tööülesandeid Opereeriv arst oli teine kui konsultatsioonil Ei räägitud operatsiooniga seotud riskidest ja ohutusest ning anesteesiast Operatsiooniplaanis puudus kanne operatsiooni toimumise ja selle koha kohta Operatsiooniriietus oli kulunud ja kinnitused ei töötanud Anestesioloogiga kohtuti esimest korda operatsiooni toas Spinaalanesteesia ei toimunud Ei arutletud ootamatute sündmuste võimalike põhjuste üle Operatsioonijärgseid visiite ei toimunud Puudus privaatsus Juhendati puudulikult ja halvasti Oli probleeme haigla inventariga Lähedasi ei kaasatud vestlusesse Suuliselt jagati rohkem informatsiooni Informatsiooni otsiti internetist Transpordi puudumine
Soovitused	Organiseerida transport haigla ja kodu vahel Kirjutada detailsemalt lahti operatsiooniga seotud asju ja kodus lubatud tegevusi

Patsientide haiglasse vastuvõtt toimus päev enne operatsiooni. Patsientidele vormistati isikut tõendava dokumendi alusel haiguslugu registratuuris ning nad suunati osakonda, kuhu neid oli kutsutud. Osakonda vastuvõtmisel teostati patsientide sõnul neile vajalikud protseduurid ja uuringud (mõõdeti elulised näitajad, võeti vereanalüüsid, tehti vajadusel röntgen ja elektrokardiogramm) ning üldine läbivaatus. Patsientide sõnul jagas vastuvõtu õde neile informatsiooni riitumise, hügieeni, ravimite ja operatsiooni toimumise kohta. Patsientide

hinnangul oli jagatud informatsioon selge ja arusaadav ning vajadusel küsisid nad informatsiooni juurde.

„Minul oli niimoodi, et kui ma läksin sinna sisse siis võtsin oma riided ära. Siis natukene ootasin. Siis õde hakkas minuga tegelema, andis selle juhendi. Siis läks tõi mulle riided, juhatas palatisse, andis voodi, näitas kõik ära, kuidas voodi alla käib ja ülesse. Nagu mina vanainimene ei osanud teha, siis tema kõik tegi ette taha ära ja kõik on hästi.“(7)

Oli patsiente, kes ootasid oma voodikohta tunde. Voodikohtade puuduse tõttu hospitaliseeriti patsiendid teise osakonda ning sellega seoses kogesid patsiendid ebamugavustunnet ja pinget.

„Paljud osakonna töötajad kõndisid minust mööda, kuid ei seletanud millest selline olukord tingitud oli.“(2)

„Eks see on ebamugav ja pingeline. Kui sa ei tea, et kuhu palatisse lähed ja kus sa saad oma riided ära panna. Kusjuures ega õigele korrusele ei saanudki, kuna lihtsalt vaba kohta ei tekkinud. Viidi valele korrusele. Jah, ma saan aru, et tuleb ootamatult ega siin ei saagi nagu viriseda...Aga, jah päris pikk ooteaeg oli...“(11)

Pärast patsientide palatisse paigutamist toimusid patsientide palatis operatsioonieelsed visiidid kirurgi või anestezioloogi poolt. Oli patsiente, kelle sõnul arstid ja õed tutvustasid ennast ja oma tööülesandeid. Patsiendid tundsid head meelt kui neid opereeris sama arst, kes oli konsultatsioonil enne hospitaliseerimist. Patsientidega räägiti operatsioonist, anesteesiast, ravimitest ja allergiatest ning võimalikest riskidest ja ohtudest seoses operatsiooniga. Patsiendid hindasid operatsioonile minekut ohutuks vaatamata ärevusele, hirmule ja esmasele kogemusele operatsiooniga. Patsiendid ei mõelnud operatsiooni turvalisusele, kuna omasid varasemat kogemust operatsiooniga või nende operatsioon oli vältimatu.

„Arst oli ettevalmistusperioodil ja operatsioonil sama. Mina tundsin selles suhtes ennast väga hästi, sest ta teadis ju mind.“(4)

Mõned patsiendid väitsid, et arstid ja õed ei tutvustanud ennast ja oma tööülesandeid. Patsientidele ei meeldinud, et neid opereerib teine arst, mitte see kes oli konsultatsioonil enne hospitaliseerimist. Oli patsiente, kelle sõnul ei räägitud neile operatsiooni ohutusest ja riskidest ning nad ei saanud informatsiooni anesteesia kohta.

„Arstid ja õed ei tutvustanud ennast küll. Lugesin nimesildilt, kes nad on.“(2)

„Vaata seda informatsiooni (operatsiooni ohutuse ja riskide osas) mina nagu polegi saanud üldse.“(4)

Patsientide operatsioonid toimusid päev pärast haiglasse vastuvõttu. Operatsioonipäeva hommikul järgisid patsiendid osakonna õe poolt antud juhiseid. Patsiendid käisid duši all, panid selga operatsiooniriietuse, võtsid ära vajalikud ravimid ja jäid ootama operatsioonituppa viimist. Patsientide sõnul manustati neile operatsiooni eel ravimit, mis aitab vähendada operatsioonieelset ärevust ja rahustab neid. Patsientide sõnul toimusid nende operatsioonid nii spinaal- kui üldanesteesias. Spinaalanesteesias toimunud operatsioonidel kuuldi kõike ja nähti instrumente kuid see ei pannud patsiente muretsema tänu varasemale kogemusele operatsiooniga.

„Operatsioonitoas tehti mingi süst ja öeldi et see rahustab ja võtab ärevuse ära.“(3)

Vahetult enne operatsioonituppa viimist palutakse patsientidel selga panna operatsiooniriietus, kuid patsientide sõnul olid need kulunud ja kinnitused ei töötanud. Patsiendid väitsid, et operatsiooniplaanis puudus kirje patsiendi operatsiooni ja selle toimumise koha osas. Lisaks ei olnud operatsiooniteenistuse personal teadlik patsiendi operatsiooni toimumisest ja patsiendi saabumisest operatsiooni osakonda. Oli patsiente, kes kohtusid anestesioloogiga esimest korda operatsioonitoas ja informatsiooni anesteesia kohta jagati vahetult enne operatsiooni algust. Osa patsiente kogesid spinaalanesteesia mittetoimimist (ebaõnnestumist), kuid hiljem ei seletatud neile mis võis olla tekkinud olukorra põhjuseks.

„Anestesioloog seljas lülivahe leidis, aga ei saanud tuimaks. Mitu korda kontrolliti kas on õiges kohas või ei ole. Lõpuks tuli kirurg ja otsustati üldnarkoosile üle minna. Ise mõtlesin ka, et alakeha ei lähe üldse tuimaks. Hiljem ei rääkinud sellest keegi.“(12)

Pärast operatsiooni viidi patsiendid ärkamistuppa ning sealt hiljem edasi patsiendi palatisse osakonnas. Patsientide sõnul hoolitsesid nende eest nii õed kui hooldajad. Patsiendid tundsid pärast operatsiooni ennast hästi ja valu kogeti vähesel määral. Patsientide operatsioon kulges nende sõnul ootuspäraselt. Operatsioonijärgsete visiitide ajal kogesid patsiendid turvatunnet, kuna hinnati nende üldseisundit ja vaadati operatsioonihaava. Patsientidele manustati valuvaigisteid regulaarselt ning valuvaigistite lisadoose juhul kui raviskeemis olevatest ravimitest jäi väheseks. Patsientide sõnul õpetati neile abi kutsumist kutsunginupu abil ning tänu sellele said kõik mured ja probleemid lahendatud. Füsioterapeut alustas patsiendiga võimlemist esimesel võimalusel ning õpetas patsiente kasutama abivahendeid ja tegema igapäevaseid operatsioonijärgseid harjutusi.

„Läks kõik selliselt nagu ette teadsin ja kõik läks plaanipäraselt.“(1)

„Mina olin koguaeg intensiivravis ja seal õde istub koguaeg. Nii kui ma midagi liigutasin, siis õde tuli kohe minu juurde ja küsis. Arst tuli mõnikord hommikul ja mõnikord õhtul. Siis võtsid plaastrid maha ja vaatasid haavad üle.“(9)

Osa patsiente väitsid, et neil ei toimunud ühtegi operatsioonijärgset arsti visiiti haiglas. Lisaks kogesid patsiendid halba juhendamist endaga hakkama saamise osas. Oli patsiente, kes kogesid probleeme haigla inventariga. Patsientide sõnul arstid ja õed patsientide lähedastega ühendust ei võtnud.

„Operatsioonijärgselt ei juhendatud kuidas voodist tõusta ja see tekitas abituse tunde. Kartsin iseendale liiga teha või midagi ära rebestada. Operatsioonijärgne juhendamine oli väga halb.“ (5)
„Seekord ortopeed ei tulnud vaatama, aga õed see eest käisid kogu aeg ja küsisid.“ (3)

Oli patsiente, kelle sõnul jagati neile enne haiglast välja kirjutamist informatsiooni suuliselt ja kirjalikult (patsiendi infoleht, väljavõtte patsiendi haigusloost). Patsientide sõnul said nad informatsiooni seoses ravimite, toitumise, haavahoolduse, abivahendite ja järelkontrollivisiitidega ning eraldi rõhutati isikliku transpordi vajadust koju minemiseks. Patsiendid hindasid oluliseks informatsiooni seoses ravimite ja toitumisega ning kuidas endaga kodus paremini hakkama saada.

„Toitumissoovitused olid väga põhjalikud ja head.“ (1)
„Sidumistoa õde oskas väga hästi juhendada kuidas endaga kodus hakkama saada kuid oli töötajaid, kes suhtusid sinu muresse ükskõikselt.“ (5)

Osa patsiente väitsid, et koju kirjutamisel jagati suuliselt informatsiooni rohkem ning seetõttu oli seda raske meelde jätta. Mõned patsiendid kogesid puudulikku juhendamist kuidas operatsioonijärgselt endaga paremini hakkama saada (kui kaua võib istuda või kuidas voodist püsti tõusta). Toitumise osas ootasid patsiendid detailsemat toitumise lahti seletamist. Patsientide lähedasi vestlusesse, mis toimus vahetult enne haiglast väljakirjutamist, ei kaasatud. Patsiendid kogesid muret tekitava olukorrana transpordi puudumist haigla ja kodu vahel.

„Kirjutatud on küll kuna ja mida teha võib, aga kui kaua näiteks järjest istuda võib, seda ei saa kuskilt teada.“ (4)
„Varem oli transport erinevate linnade vahel olemas, aga nüüd pead ise vaatama kuidas koju saad. Minu elukaaslane ei julge suures linnas sõita.“ (3)

Patsiendid andsid lähtuvalt oma kogemustest järgnevaid soovitusi seoses statsionaarse raviga haiglas. Kuigi patsiente õpetati kutsunginuppu kasutama, siis reaalses olukorras reageeriti kutsungile pikalt. Patsient kutsus abi palatikaaslasel ja vajutas kutsunginuppu mitu korda enne kui valvepersonal kohale jõudis. Pikk kutsungile reageerimiseaeg põhjustas patsiendis hirmu ja pani mõtlema kuidas ta abi saab. Hiljem ei räägitud patsiendiga asetleidnud juhtumist kuigi patsient oleks tahtnud uurida, kas palatikaaslasega on kõik korras.

„Kui ma vajutan kutsunginuppu, siis ootan, et tullakse ruttu. Pikk ooteaeg oli hirmutav ja pani muretsema kuidas ma abi saan. Selliste sündmuste korral võiks tekkinud olukorda hiljem selgitada ja rääkida juhtunust lähedal viibinud patsientidega.“(5)

Kuigi informatsiooni saadi nii kirjalikult kui suuliselt, siis vajati detailsemat infot mida ja kui kaua võib ajaliselt teha. Näiteks jäi puudu informatsioonist kaua võib puusaliigese endoproteesimise järgselt ajaliselt istuda. Kõikidel patsientidel ei ole interneti kasutamise oskust ega võimalust. Lisaks oodati detailsemat seletust toitumise kohta, kuna operatsioonijärgne toitumine oli patsientide jaoks keeruline.

„Rohkem võiks lahti kirjutada operatsioonijärgsetest asjadest, mida sa võid kodus teha. Mõni inimene ei oska sealt internetist mitte midagi otsida.“(4)

Transpordi puudumist kogesid patsiendid kui muret tekitavat olukorda. Kõikidel patsientidel ei ole lähedasi, sugulasi või naabreid, kes saaks neid transpordiga aidata ning sellisel juhul on koju saamine suur murekoht. Antud uuringus osalenud patsiendid korraldasid transpordi ise ja see oli tasuline.

„Haigla-kodu vahelist transporti ei ole kuid see teenus võiks olemas olla. Eriti mõtlen nendele, kes elavad maal ja kellel ei ole sugulasi või lähedasi või on sugulased, kes ei julge linnas sõita.“(3)

4.3. Patsientide kogemused posthospitaliseerimise perioodil

Posthospitaliseerimise perioodil kogesid patsiendid ambulatoorseid tervishoiuteenuseid nagu perearsti ja -õe vastuvõtt, erinevate spetsialistide vastuvõtt ja füsioteraapia (vt tabel 4).

Tabel 4. Patsientide kogemused posthospitaliseerimise perioodil.

	Patsientide kogemused posthospitaliseerimise perioodil
Positiivsed kogemused	Kodu oli piisavalt ettevalmistatud Lähedased toetasid piisavalt Taastumist hinnati ootuspäraseks Pöörduti otse raviarsti poole Raviarst oli vastutulelik Hea kontakt perearsti ja -õega Perearsti informeeritust operatsioonist hinnati heaks Korraldati füsioteraapia ja taastusravi
Negatiivsed kogemused	Järelkontrolliviisi eriarsti juures ei toimunud Puudus teadlikkus taastusravile saamise osas Taastusravile saamiseks pidi ise soovi avaldama Taastusravile saadeti ainult meditsiinilisel näidustusel Perearsti informeeritust operatsioonist hinnati halvaks
Soovitused	Teavitada patsiente taastusravile saamise võimalustest Taastusravis korraldada spetsialisti juuresolek Esimene füsioterapeudi vastuvõtt planeerida 2-3 nädala jooksul pärast operatsiooni

Patsiendid valmistasid oma kodu ette operatsiooni eel, et luua paremad tingimused operatsioonijärgseks iseseisvaks toimetulekuks. Patsiendid hindasid oma taastumist ootuspäraseks vaid mõned patsiendid hindasid seda keskpäraseks. Patsiendid kogesid piisavalt toetust oma lähedastelt. Oli patsiente, kes lähedaste tuge ei vajanud, kuna nad said ise hakkama. Oli patsiente, kellele anti võimalus pöörduda otse oma raviarsti poole. Osa patsiente kogesid oma raviarsti vastutulelikkust ja abi seoses konsultatsiooni kokkuleppimisega teise eriala spetsialisti juures.

„Mul oli paistetust kubemes. Helistasin eriarstile Tartusse. Ja tema andis mulle aja varem.“(9)

Oli patsiente, kelle sõnul ei ole neil toimunud ühtegi järelkontrollivisiiti eriarsti juures. Patsiendid väitsid, et nad ei olnud teadlikud või ei omanud informatsiooni taastusravile saamise võimalustest. Patsiendid väitsid, et kui perearst ei näe näidustust taastusraviks siis patsienti sinna ei suunata.

„Kui operatsioonist on juba kaks kuud möödas siis on taastusravi hiljaks jäänud. Kodused juhtnöörid ei ole ikka päris see. Kui nad annavad soovitusel, siis võib patsient neid valesti tõlgendada või neid harjutusi valesti teha. Võib juhtuda ka, et täna nagu ei viitsigi teha.“(8)

Oli patsiente, kes hoidsid oma perearsti ja õega pidevalt kontakti ning seetõttu hindasid patsiendid perearsti informeeritust operatsioonist ja selle käigust väga heaks. Perearsti ja -õe poole pöörduti haavaõmbluste või -klambrate eemaldamiseks ning nõu saamiseks seoses ravimite kasutamisega pärast operatsiooni. Vajadusel korraldas perearst patsiendile taastusravi ja füsioteraapia.

„Minul oli tihe suhtlus pereõega.“(2)

„Õde võttis klambrid ära ja perearst vaatas ka üle.“(6)

Perearstide informeeritus operatsioonist ja selle käigust sõltus kontaktist oma patsiendiga kui ka erialaspetsialistide poolt koostatud haigusjuhu väljavõtte kinnitamisest digiloos. Mõnede patsientide sõnul ei olnud perearstid teadlikud operatsiooni toimumisest ega selle käigust. Patsiendid väitsid, et perearst oli saanud informatsiooni operatsiooni toimumisest päev enne patsiendi visiiti perearstile.

„Kui võtsin perearstiga ühendust, siis ta ei teadnudki et ma operatsioonil käisin ning ta sai operatsiooni kirjelduse päev enne minu vastuvõttu.“(5)

Patsiendid andsid soovitusi seoses posthospitaliseerimise perioodiga. Patsientide sõnul ei pruugi vanemad inimesed teada, et taastusravile saamiseks peab perearst andma saatekirja. Lisaks tuleb arvestada asjaoluga, et taastusravile ei pruugi kohe saada. Kui patsient avaldab soovi taastusravile saamiseks, siis perearst otsustab taastusravile saatmise meditsiiniliste näidustuste olemasolul.

Patsiendid vajavad füsioterapeudi juhendamist harjutuste tegemisel ja võimalust nendega regulaarselt kohtuda (näiteks iga kahe-kolme nädala tagant). Iseseisvalt harjutusi tehes kardavad patsiendid valesti harjutusi tehes endale viga teha. Patsiendid leiavad, et taastusravi peaks algama umbes kahe kuni kolme nädala möödumisel operatsioonist. Taastusraviarsti vastuvõttu peab patsientide sõnul ootama mitu kuud ja nende sõnul on siis taastusraviks/füsioteraapiaks juba hilja. Taastusraviarsti vastuvõtt tähendab füsioteraapia määramist ja füsioterapeudiga kohtumise kokkuleppimist.

„Idealis kui mul on operatsioonist möödas 2-3 nädalat ja ma juba suudan liikuda, siis võiks olla ka esimene aeg kirjas.“ (12)

Patsientide kogemustest kirurgilisel raviteekonnal ambulatoorsete ja statsionaarsete tervishoiuteenustega annab ülevaate joonis 1 (vt lisa 5).

5. ARUTELU

5.1. Arutelu uurimistöö olulisemate tulemuste üle

Osa patsiente kogesid perearstiga väga head koostööd, kuna hoiti pidevalt kontakti ja tegeleti aktiivselt patsiendi tervisemurega. Patsient suunati esimesel võimalusel kirurgi vastuvõtule, kus toimus operatsiooni aja määramine arvestades patsiendi soove ja eelistusi. Samas oli patsiente, kes kogesid perearstiga halba koostööd seoses perearsti vähese huviga patsiendi raviteekonna edenemise vastu ja soovimatusega järgida kehtivaid ravijuhiseid. Koostööd perearstiga hindasid patsiendid vastuoluliselt ning üheks põhjuseks võib olla patsiendi teadmatuse kirurgilise patsiendi esmasest käsitlest esmatasandi tervishoius. Perearst otsustab saatekirja väljastamise kirurgile teostatud uuringute ja analüüside põhjal. Perearst peaks patsienti teavitama kui tema analüüsid ja uuringud on korras ning talle määratakse konservatiivne ravi (valuvaigistid, ortopeediliste patsientide puhul lisaks füsioteraapia). Kui patsiendi kaebused ajas süvenevad, siis võiks perearst korrata uuringuid ja suunata patsiendi uuesti eriarsti vastuvõtule. O'Halloran jt (2021) uuringust selgub, et perearstidel puudub ettevalmistus patsiendi seisundi optimeerimiseks enne kirurgilist protseduuri ning selge ülevaade erinevate kirurgiliste haiguste raviplaanidest ja kirurgiliste erialade spetsialiseerumisest. See võib olla üks põhjus miks antud uuringus osalenud patsiendid kogesid halba koostööd perearstiga. Perearstid ei pruugi olla kursis kõikide ravijuhistega ja seetõttu võib patsiendi raviteekond viibida.

Osa patsiente hindasid perearsti kättesaadavust heaks, kuna perearstiga sai ühendust võtta nii telefonitsi, meili teel kui ka veebikeskkonna kaudu. Samas oli patsiente, kes hindasid perearsti kättesaadavust halvaks, kuna ooteaeg perearsti vastuvõtule oli mitu nädalat ning telefoni teel oli perearsti keeruline kätte saada. Perearsti kättesaadavust võib mõjutada perearstikeskuse töökorraldus ning patsientide teadmatuse pereõde pädevustest ja tööülesannetest. Suuremates perearstikeskustes on patsiendi esimeseks kontaktisikuks pereõde. Pereõde teeb telefonitriaaži patsiendi kaebuste põhjal ja otsustab kui kiiret vastuvõttu patsient vajab perearsti või -õe juurde. Siinkohal tuleb arvestada, et kõik terviseseisundid ei eelda perearsti konsultatsiooni/vastuvõttu ning patsientide nõustajaks jääb pereõde. Väiksemate perearstikeskuste puhul võib esimeseks kontaktisikuks olla perearst, kuna varasemalt on olnud patsientide nõustajaks arst mitte õde. Viimaste aastatega on pereõde roll esmatasandi tervishoiuteenuse osutamisel oluliselt muutunud. Pereõde on iseseisev spetsialist, kes omab õigusi iseseisvate vastuvõttude tegemiseks, patsientide nõustamiseks ja retseptide pikendamiseks. Perearsti kättesaadavust võib parendada

perearstikeskuste tööpõhimõtete ühtlustamine ehk kõikides perearstikeskustes toimiks töökorraldus sarnaselt. Patsientide teadlikkuse tõstmiseks tuleb patsiente informeerida patsiendikäsitluse põhimõtetest tema raviteekonnal. Informatsiooni jagajaks võib olla nii pereõde kui perearst. Oluline on patsiendi informeerimine planeeritavatest uuringutest, analüüsides ja tegevustest, et anda patsiendile ülevaade eesootavast raviteekonnast.

Hea tervise ja kaebuste puudumise tõttu hindasid osa patsiente operatsiooni ooteaega mõistlikuks. Samas hindasid ortopeedilised patsiendid ooteaega operatsioonile liiga pikaks. Operatsiooni ooteaega mõjutas ortopeediliste patsientide sõnul kõige enam Covid-19 pandeemia, mille tõttu lükkusid edasi kõik plaanilised operatsioonid korduvalt. Plaaniliste operatsioonide edasilükkumise peamiseks põhjuseks oli teadmatus koroonaviiruse olemusest ning soov tagada patsientide ohutus seoses koroonaviiruse levikuga haiglates. Operatsiooni edasilükkumise põhjustena nimetasid patsiendid veel ravimite tarvitamist, nahaprobleeme ning tervisemurede esinemist. Sarnaselt antud uuringule selgub Johnson jt (2014) uuringust, et operatsiooni ooteaeg sõltus patsiendi esmasest pöördumisest perearstile ning pöördumist perearstile lükkas patsient edasi paratamatusest (operatsiooni vajadus) või isiklikel põhjustel (lähedase hooldamise vajadus, ravikindlustuse puudumine). Operatsiooni ooteaja lühendamiseks kasutasid patsiendid eriarsti tasulist vastuvõttu, kuna ooteaeg tasulisele eriarsti vastuvõtule oli oluliselt lühem. Patsiendid eelistasid opereeriva arstina konsultatsioonil olnud arsti, kuid operatsiooni edasilükkumise vältimiseks lepitati teise kirurgiga. Ka Johnson jt (2014) uuringu tulemustest selgub, et osad patsiendid kasutasid võimalust vahetada kirurgi operatsiooni varasemaks toimumiseks. Patsiendid kogesid operatsiooni ooteajal nii ärevust, hirmu kui muret. Muret tundsid patsiendid eelkõige seetõttu, et iga operatsioon on erinev. Osa patsiente seostasid operatsioonieelset ärevust oluliselt halvenenud tervisliku seisundiga. Sarnaselt Gobbo jt (2020) uuringuga kogesid patsiendid hirmu seoses anesteesiast ärkamisega, kuna neil puudus varasem kogemus operatsiooni ja anesteesiaga. Operatsiooni ooteajal kardavad patsiendid kaebuste süvenemist ja erakorralise sekkumise vajadust ning kogevad ärevust seoses operatsiooni aja mitte määramisega (Gobbo jt, 2020). Patsientide põhjalik informeerimine eesseisvast operatsioonist/protseduurist ja sellega seotud aspektidest aitab vähendada patsientide operatsioonieelset ärevust ning paneb neid tundma kaasatuna oma raviga seotud otsustesse.

Patsiendid tundsid, et tervishoiutöötajad kaasasid neid operatsiooni üle otsustamisse ja nendega arutleti erinevate ravivõimaluste üle. Patsientide sõnul pöörati tähelepanu nende küsimustele ja muredele. Osa patsiente soovisid operatsiooni edasi lükkamist, kuid arstide rangel soovitusel

nõustuti operatsiooni toimumisega esimesel võimalusel. Sarnased tulemused olid Arakelian jt (2016) uuringus, kus küsimused patsiendi seisundi ja eelistuse kohta panid patsienti tundma, et ta saab mõjutada osutatavat raviteenust. Gobbo jt (2020) ja Unbeck jt (2023) leidsid oma uuringutes, et patsiendid ootasid enda kaasamist raviga seotud otsustesse (sh milline oleks parim operatsiooni aeg, millised anesteesia liigid on võimalikud ja kes teostab operatsiooni). Patsientide kaasamine raviga seotud otsustusprotsessi mõjutab patsiendi jõustumist, iseseisvust ja paremat ettevalmistumist paranemiseks (Bavin jt, 2023). Informatsiooni jagamine ei tähenda patsiendi osalemist raviotsustes ning tihti ei tunne patsiendid ennast pädevana, et teha iseseisvalt otsuseid oma ravi osas (Unbeck jt, 2023). Patsientidel puudub teadlikkus erinevatest haigusseisunditest, ravimeetoditest ja protseduuridest. Patsiendi teadlikkuse tõstmine tema haigusest ja erinevatest ravivõimalustest peaks olema tervishoiutöötajate prioriteet, mis omakorda aitaks patsiendil mõista raviteekonna erinevaid etappe ja parendaks patsiendi valmisolekut osaleda oma tervisega seotud otsuste tegemisel.

Patsiendid kogesid tervishoiutöötajate poolt nii head kui halba suhtumist. Oli arste ja õdesid, kes tutvustasid patsiendile ennast ja oma tööülesandeid, kuid oli neid, kes seda ei teinud. Patsiendid vaatasid tervishoiutöötaja nime ja ametit nimesildilt, kuid seda ei suudetud meelde jätta. Patsiendid soovivad teada tervishoiutöötajate nimesid ja rolli, et teada kes nendega tegelevad (sh residentide nimesid) (Luo jt, 2019). Enda tutvustamine ja patsiendi tervitamine osakonda saabumisel tekitab patsientides rahulolu ning aitab luua patsiendiga usaldusliku suhte (Kaptain jt, 2019). Patsiendid ootavat lugupidamist Davis jt (2014), individuaalset käsitlust Kang jt (2019) ja aja võtmist nende jaoks Kaptain jt (2019). Patsiendid ootavad, et neid kutsutakse nime pidi ja koheldakse kui indiviidi mitte kui diagnoosi (Arakelian jt, 2016). Patsiendid vajavad ära kuulamist ning avatud suhtlemine tagab parema koostöö patsiendi ja tervishoiutöötaja vahel (Unbeck jt, 2023). Samas selgub Kaptain jt (2019) uuringust, et tihti on teave saabuvast patsiendist vähene ning õed aitavad üksteist patsiendist ülevaate saamisel. Teave saabuvast patsiendist edastatakse raviarsti ja/või osakonna sekretäri poolt ning plaanilised patsiendid saavad osakonda kindlal kuupäeval etteantud ajavahemikul. Patsiendid tunnetavad kui nad on osakonda oodatud. Õde peaks aega leidma patsiendiga suhtlemiseks pärast haiglasse sisse kirjutamist, et vähendada patsiendi ärevust enne operatsiooni (Alssaban jt, 2020). Uue patsiendi osakonda vastuvõtmisel tuleb võtta aega patsiendiga suhtlemiseks ning tema küsimuste ära kuulamiseks. Patsiendid hindasid kõrgelt vastuvõtu õe ja osakonna töötajate suhtlemisostkust ja nende positiivset hoiakut patsientidesse. Õdede ja hooldajate suur töökoormus ning personali puudus ei võimalda alati patsiendikeskse tervishoiuteenuse osutamist, kuid see ei tohi olla takistus patsiendile aja võtmiseks.

Oli patsiente, kes ootasid oma voodikohta mitu tundi ning voodikohtade puudusel hospitaliseeriti patsiendid teise osakonda põhjustades patsientidele pinget ja ebamugavustunnet. Voodikohtade puuduse põhjuseks on kestev personali puudus osakondades ning seetõttu on osakondades voodikohad osaliselt suletud. Patsiendid hospitaliseeritakse teise osakonda, kuna SA Tartu Ülikooli Kliinikum töötab ühise voodifondi põhimõttel. Kui profiilses osakonnas puudub voodikoht siis hospitaliseeritakse patsient vabale voodikohale mitteprofiilses osakonnas. Siinkohal on asjakohane selgitada ja põhjendada patsiendile hospitaliseerimise vajadust mitteprofiilsesse osakonda ning vastata patsiendi küsimustele.

Patsiendid said prehospitaliseerimise perioodil informatsiooni nii suuliselt kui kirjalikult (infolehed, brošüür). Osa patsiente hindasid informatsiooni selgeks ja arusaadavaks, kuid oli patsiente, kelle jaoks oli informatsiooni vähe ning see ei aidanud neid operatsiooniks ettevalmistumisel. Patsientide sõnul jagati suuliselt informatsiooni rohkem ning seetõttu oli seda raske meelde jätta. Nii antud kui ka Akyüz ja Erdem (2021) uuringus selgus, et osa patsiente said informatsiooni operatsiooni ohutuse ja riskide osas, kuid oli patsiente, kes seda informatsiooni ei saanud. Sarnaselt Akyüz ja Erdem (2021) uuringule tajusid patsiendid tervishoiutöötajate poolt hoiakut nagu patsiendid oleksid teadlikud eesseisvast operatsioonist ning jagasid informatsiooni kasutades erialast terminoloogiat, mis raskendas informatsioonist aru saamist. Esmase operatsiooni kogemusega patsiendid vajasid rohkem informatsiooni operatsiooni käigu kohta kui varasema operatsiooni kogemusega patsiendid. Samas selgus Blöndal jt (2022) uuringust, et varasema operatsiooni kogemusega patsiendid vajavad samuti informatsiooni ning ei tohi eeldada, et nad vajavad seda vähem. Jagatud informatsioon on tihti üldine ning patsiendid ei mõista kuidas antud informatsioon kehtiks nende puhul (Kaptain jt, 2019). Samas puuduvad kokkulepped millist informatsiooni peaks patsiendile enne operatsiooni jagama (Almutary ja Amashi, 2024). Operatsioonieelne informatsiooni jagamine on ülioluline, et patsient mõistaks eesseisvat operatsiooni täielikult (Arakelian jt, 2016). Patsiendi teadlikkuse tõstmine operatsioonist ja operatsioonijärgsete sümptomitega toimetulekust aitab vähendada operatsioonieelset ärevust ning parandab patsiendi võimekust toime tulla operatsioonijärgsete sümptomitega (Alssaban jt, 2020). Operatsioonieel vajatakse rohkem informatsiooni võimalike komplikatsioonide, ravimite kõrvaltoimete, valuga toimetuleku ja haavahoolduse osas (Blöndal jt, 2022). Lisaks vajavad patsiendid informatsiooni operatsioonieelsetest protseduuridest ning teavitust kui operatsioon lõkkub edasi (Davis jt, 2014). Sarnaselt Davis jt (2014) uuringu tulemustele vajasid patsiendid meeldetuletust haiglasse vastuvõtmise päeva osas. Patsientide informeeritust võiks parendada detailsem kirjalik materjal, infotundide korraldamine (nt puusa endoproteesimise infotund) või

videomaterjali koostamine, mille abil antakse patsiendile (ja tema lähedastele) detailne ülevaade kogu kirurgilisest raviteekonnast.

Antud uuringus osalenud patsientide operatsioonid toimusid õigeaegselt ja nende operatsioone haiglas viibimise ajal edasi ei lükatud. Operatsioonipäeval jagatud informatsioon on väga oluline ning aitab säilitada patsiendi turvatunnet (Kaptain jt, 2019). Oli patsiente, kelle operatsiooni ja selle toimumise kohta puudus kanne operatsiooniplaanis ning operatsiooniteenistuse töötajad ei olnud teadlikud patsiendi saabumisest operatsioonituppa. Patsiendid soovivad, et oluline info oleks edastatud operatsioonitoa personalile enne kui patsient saabub operatsiooni tuppa (Davis jt, 2014). Operatsioonituppa viimist kogevad patsiendid hirmutava ja ärevust tekitavana (Gualandi jt, 2019). Peñataro-Pintado jt (2019) uuringust selgub, et patsiendi saabumisel operatsioonituppa on oluline ära kuulata tema mured ja hirmud seoses operatsiooniga ning see on üks viis näidata oma empaatiavõimet patsiendi suhtes. Informatsiooni jagamine erinevate spetsialistide vahel mõjutab patsiendi kogemust raviteekonnal (Kaptain jt, 2019). Operatsioonitoa personali informeerimine on kirurgi ülesanne ning kui see ei ole mõjuval põhjusel võimalik siis tuleb leida alternatiivne võimalus vajaliku informatsiooni edastamiseks (nt arst-residendi või telefoni kaudu). Teadmatus patsiendi saabumisest operatsiooniteenistusse võib tekitada personalis ebavajalike emotsioone ja pingeid ning patsient võib kogeda ebameeldivat suhtumist ja hoiakut personali poolt. Informatsiooni jagamine on võtmetähtsusega sujuva koostöö tagamiseks erinevate erialaspetsialistide vahel ning tagab patsiendi efektiivse käsitlemise tema raviteekonnal.

Sarnaselt Dahlberg jt (2023) uuringuga ei mäletanud osa patsiente ärkamistuppa viimist ega seal toimunut. Patsientidel oli raskusi informatsiooni meeldejätmise ja küsimuste küsimisega vahetult pärast anesteesiast ärkamist ning seda mõjutasid väsimus, valu ja ravimite kõrvaltoimed (Unbeck jt, 2023). Patsiendid kogesid ärkamistoas turvatunnet ja individuaalset lähenemist, kuna nende seisundit jälgiti pidevalt ja nende vajadusi märgati koheselt. Ärkamistoas vajab patsient teadmist, et ta ei ole üksik ning õe kohalolu tekitab patsiendis turvatunde (Arakelian jt, 2016). Patsiendid tundsid ennast üksiku ja hüljatuna kui personal ei näidanud üles huvi patsiendi vastu ning nad tundsid, et neid jälgib monitor mitte inimene (Dahlberg jt, 2023.) Patsiendid kogesid operatsioonijärgset valu vähesel määral, kuna valuvaigisteid manustati regulaarselt ja vajadusel manustati valuvaigistite lisadoose kui raviskeemis olevatest ravimitest ei piisanud. Vastupidiselt antud uuringule kogesid Gobbo jt (2020) uuringus osalenud patsiendid „ebavajalikk“ valu seoses tervishoiutöötajate vastumeelsusega kasutada tugevamaid valuvaigisteid ning oodati tervishoiutöötajate paindlikkust valuvaigistite lisadooside tegemise osas. Mõned patsiendid

kogesid puudulikku juhendamist endaga hakkama saamise osas ning tervishoiutöötajate üleolevat suhtumist abi palumisel. Mõned patsiendid kogesid probleeme haigla inventariga. Õdedel puudusid tehnilised teadmised ja oskused kuidas lahendada probleeme seoses haigla inventariga. Ärkamistuba on avatud ruum ja tervishoiutöötajad peavad arvestama, et nad ei viibi ruumis üksinda. Patsiendid kuulevad pealt tervishoiutöötajate omavahelist vestlust ja näevad millega töötajad tegelevad tööülesannetest vabal ajal. Patsiendid märkavad tervishoiutöötajate hoiakuid ja suhtumist. Tervishoiutöötaja võiks tekkinud vaba hetke pühendada patsiendiga suhtlemisele ja tema kuulamisele (küsi tema enesetunde kohta, julgustada teda küsima abi, olema valmis vastama patsiendi küsimustele, abistama asendite muutmisel, võimaldama telefoniga suhtlemist kui see on patsiendi soov, vajadusel abistama telefoninumbri valimisel jne). Loomult on patsiendid tagasihoidlikud ning nad ei taha tervishoiutöötajaid asjatult tülitada. Vahetu suhtlemine patsiendiga paneb teda tundma hoituna ja hoolitsetuna ning ta teab, et keegi on tema jaoks olemas.

Operatsioonijärgsed visiidid tekitasid patsientides turvatunde, kuid oli patsiente, kellele operatsioonijärgseid visiite ei toimunud. Pärast operatsiooni ootavad patsiendid informatsiooni enda seisundi Davis jt (2014) ja operatsiooni edukuse kohta, mitte detailset kirjeldust operatsiooni käigu kohta Unbeck jt (2023). Operatsioonijärgselt ootavad patsiendid informatsiooni seoses taastumisaja, füüsilise võimekuse, väsimuse ja operatsioonijärgse valu kohta (Blöndal jt, 2022). Patsiendid ei tule toime teadmatusena ning vajavad informatsiooni nii operatsiooni õnnestumise kui ebaõnnestumise kohta. Operatsioonijärgsed visiidid annavad patsiendile võimaluse suhelda opereerinud arstiga ja saada informatsiooni oma tervisliku seisundi kohta. Samas puudus teadmine millist informatsiooni on patsient saanud teise spetsialisti käest, kuna tihti jagatakse informatsiooni suuliselt. Patsiendid vajavad aega informatsiooniga tutvumiseks ning leiavad et informatsiooni jagamine võiks toimuda erinevatel päevadel enne haiglast välja kirjutamist. (Kang jt, 2019.) Sarnaselt Luo jt (2019) uuringu tulemustele said antud uuringus osalenud patsiendid põhjaliku informatsiooni seoses ravimite kasutamisega. Patsiendile selgitada raviskeemi muudatusi (nt kirjutada haigusloo väljavõttes, millised ravimid raviskeemis jäid, millised jäeti välja ja millised ravimid on uued) (Luo jt, 2019). Patsiendid said informatsiooni operatsioonijärgse toitumise ja võimlemisharjutuste kohta. Osa patsiente vajasis detailsemat seletust operatsioonijärgse toitumise kohta. Jagatud informatsioon peaks patsienti ette valmistama enesega hakkama saamiseks pärast haiglast välja kirjutamist, kuid jagatud informatsioon oli tihti killustunud (Halding jt, 2021). Sõltumata sellest, et patsiendid said informatsiooni nii suuliselt, kirjalikult kui videote abil, vajasis patsiendid rohkem informatsiooni (Bavin jt, 2023). Sarnaselt Bavin jt (2023) uuringus tõdesid patsiendid, et suuliselt jagati rohkem informatsiooni ja seda oli raske meelde jätta. Sarnaselt Gobbo

jt (2020) uuringule vajasid antud uuringus osalenud patsiendid rohkem informatsiooni mida võib ja mida ei või teha ning soovitusi operatsioonijärgseks taastumiseks kodus. Puudu jäänud informatsiooni otsiti internetist, kuid mõnedel patsientidel puudus oskus ja võimalus internetti kasutada ning leitud informatsiooni ei osatud õigesti interpreteerida. Patsiendi kogemust mõjutab haiglast väljakirjutamisel jagatava informatsiooni kvaliteet ning patsiendid vajavad ligipääsu kirjalikule materjalile, mis toetaks nende taastumist kodus (Kang jt, 2019). Sarnaselt Halding jt (2021) uuringule tundsid osad patsiendid puudust haiglapoolsest transpordist. Transport koju tuli patsientidel ise organiseerida ning osad patsiendid kogesid seda kui muret tekitavat olukorda. Arstide ajapuuduse tõttu on tihti õde see, kes vastab patsientide ja tema lähedaste küsimustele. Õdede roll patsiendiõpetamises ja -nõustamises järjest kasvab. Erinevate erialade õded teevad iseseisvaid vastuvõtte ambulatoorselt ning nad on patsientide poolt hinnatud spetsialistid. Patsiendi nõustamise ja -õpetamise osas ei erine statsionaarse osakonna töö ambulatoorse osakonna tööst. Osakonnas viibivad patsiendid vajavad samuti juhendamist, nõustamist ja õpetamist ning tihti täidab seda rolli osakonna õde. Ei tohi unustada, et lisaks õdedele töötavad osakonnas ka hooldusõded/põetajad, kes saavad patsienti juhendada lihtsamates elamistoimingutes. Samuti on olemas füsioterapeudid, kes oskavad patsienti juhendada asendite muutmise ja abivahendite kasutamise osas. Kuigi patsiendi ravi eest vastutab raviarst, osalevad ravi teostuses kõik meeskonnaliikmed (sh arst-residendid, õded, abiõded, füsioterapeudid, hooldajad/põetajad, konsultandid ja tugipersonal). Haiglast välja kirjutamisel tuleb veenduda patsiendi valmisolekus kojuminekuks ning püüda selgitada välja põhjused kui ta ei ole kojuminekuks valmis. Kojuminek on ühelt poolt positiivne märk raviteekonnal, kuid teisalt tähendab see üksinda elavale patsiendile üksindustunnet ja iseseisvalt hakkama saamise võimekust. Lähedaste kaasamine vestlusesse vahetult enne kojuminekut annaks lähedastele ülevaate patsiendi vajadustest seoses koduse taastumisega ja võimaluse küsida täpsustavaid küsimusi patsiendi taastumise toetamiseks.

Oli patsiente, kes kogesid statsionaarsel ravil viibimisel ootamatuid sündmuseid. Mõned patsiendid kogesid spinaalanesteesia mittetoimimist (ebaõnnestumist). Patsiendid ootasid, et hiljem keegi seletaks tekkinud olukorra põhjuseid kuid seda ei tehtud. Oli olukord, kus patsient kutsus abi palatikaaslasel kutsunginupu abil. Kutsunginuppu vajutati mitu korda, kuid abi saabumine võttis aega. See tekitas patsiendis hirmu kuidas ta kiiremini abi saaks. Hiljem patsiendiga juhtunust ei räägitud, kuigi patsient ootas infot kas palatikaaslasega on kõik korras. Patsientide sõnul mõjutab informatsiooni jagamist tervishoiutöötajate hooletus, ajapuudus või sobiva hetke puudumine Akyüz ja Erdem (2021) ning suur töökoormus Almutary ja Amashi (2024). Kriitilise situatsiooni lahendamise hetkel ei pööra tervishoiutöötajad tähelepanu kõrval

viibivatele patsientidele ning hiljem unustatakse tahtmatult neile selgituste andmine. Samas tekitab keeruline olukord palatikaaslastes muret ja nad vajavad hilisemat teavet oma palatikaaslase kohta. Keeruliste situatsioonide järgselt peab leidma aega, et selgitada palatikaaslastele tekkinud olukorra võimalike põhjuseid ning vähendada nende muret palatikaaslase osas.

Patsiendid kogesid privaatsuse puudumist seoses inimeste rohkusega palatis. Patsiendid lootsid arstiga pikemalt vestelda, kuid privaatsuse puudumise tõttu loobuti küsimuste küsimisest. Patsiendid kurtsid privaatsuse puudumist, kuna jagavad palatit teiste patsientidega (Bavin jt, 2023). Gobbo jt (2020) uuringust selgus, et patsiendid vajavad privaatsust eelkõige ajal mil räägitakse operatsioonist taastumisest või haigusega seotud detailidest ning tundsid, et isikuandmete kaitse ei olnud alati tagatud. Hetkel puudub kokkulepe millist informatsiooni jagab õde ja millist arst, kuigi selline kokkulepe oleks hädavajalik. Õed viibivad patsiendi kõrval oluliselt rohkem ning patsiendid esitavad oma küsimusi just õdedele. Valmisolek adekvaatse informatsiooni jagamiseks sõltub tervishoiutöötaja pädevusest ja kogemusest oma erialal. Mida lühem on tööstaaž, seda ebakindlamalt informatsiooni jagaja ja küsimustele vastaja ennast tunneb. See võib olla üks põhjustest miks noored arstid ei oska vastata kõikidele patsiendi poolt esitatud küsimustele. Samas võib arsti/õe oskamatus vastata küsimustele tekitada patsientides usaldamatust kogu meeskonna vastu (Kaptain jt, 2019). Informatsiooni jagamisel võime tahtmatult rikkuda andmekaitseseadust ja patsiendi privaatsust (näiteks tervise ja operatsiooniga seotud detailide üle arutlemisel). Osakonna palatis viibib korraga tavaliselt kaks kuni neli patsienti ja seetõttu on privaatsuse tagamine väga keeruline (eriti kui patsient on voodikeskne või ei ole võimeline abivahendite abil liikuma). Privaatsuse tagamiseks võiks igas osakonnas olla ruum, kus arst ja patsient (ja tema lähedased) saaksid segamatult vestelda. Ruumi uksele võiks olla silt kirjaga „mitte segada“.

Osa patsiente said võimaluse pöörduda otse oma raviarsti poole, kuid osadel patsientidel ei ole toimunud ühtegi järelkontrollivisiiti spetsialistide juures. Perearstide informeeritus patsiendi operatsioonist sõltus patsiendi ja perearsti vahelisest suhtlusest ning eriarsti poolt koostatud haigusloo väljavõtte kinnitamisest digiloos. Meditsiinilistel näidustustel korraldas perearst füsioteraapia ja taastusravi, kuid osadel patsientidel puudus info (teadmine) taastusravile saamise osas. Halding jt (2021) uuringust selgus, et osad patsiendid said kontrollkõne haigla õelt ning seda hinnati patsientide poolt väga oluliseks. Õe kontrollkõne andis patsiendile võimaluse anda ülevaade oma paranemisest ning küsida täiendavaid küsimusi seoses taastumisega. Sarnaselt Kang jt (2019) uuringule tundsid patsiendid, et järelkontrollivisiidid on tihti organiseerimata ning

puudus võimalus raviarstile pöördumiseks. Patsiendid vajavad võimalust operatsioonijärgseteks konsultatsioonideks spetsialistidega, et arutada tekkinud muresid ja saada täiendavat informatsiooni oma taastumise osas. Patsiendid vajavad võimalust küsida küsimusi erinevatelt spetsialistidelt (nii oma perearstilt, pereõelt, raviarstilt kui ka füsioterapeudilt). Otse oma raviarstile pöördumist kasutasid mitmed patsiendid ning nad olid väga rahul, et selline võimalus neile anti. Patsiendid tõid välja taastusravi olulisuse kirurgilisel raviteekonnal. Ortopeediliste patsientide sõnul toimub nende taastusraviarsti vastuvõtt mitme kuu pärast ning see tähendas, et füsioterapeudi vastuvõtt toimub veel hiljem. Patsientide sõnul on nad valmis füsioteraapiaks umbes kolm nädalat pärast operatsiooni, ajal mil nad suudavad abivahenditega liikuda. Ortopeedilised patsiendid tunnevad vajadust spetsialisti poolt juhendatud füsioteraapia järgi. Regulaarseid kohtumisi füsioterapeudiga soovivad patsiendid harjutuste tegemise ja füsioteraapia mõju hindamiseks ning uute harjutuste õppimiseks. Patsiendid kardavad harjutusi interpreteerida valesti ning teha endale tahtmatult viga. Halding jt (2021) uuringu tulemustele tuginedes vajavad patsiendid taastumisperioodil nii emotsionaalset kui praktilist tuge nii lähedastelt kui tervishoiutöötajatelt. Järelkontrollivisiidid peaksid olema kokku lepitud enne haiglast välja kirjutamist ja see info peaks olema kirjas haigusjuhu väljavõttes. Patsientidele tuleb anda võimalus pöörduda erialaspetsialisti poole (nt ortopeedia õde, kirurgia õde, füsioterapeut), kes oskab anda erialaselt pädevat nõu. Perearst ja/või -õde ei pruugi omada erialaspetsiifilisi teadmisi ega oska seetõttu nõustada patsienti erialaspetsialisti tasemel.

5.2. Uurimistöö eetilised aspektid, usaldusväarsus ja praktiline väärtus

Autor andis uuritavatele detailse ülevaate uuritava anonüümsuse tagamisest, uurimistöö eesmärgist, intervjuu eeldatavast toimumise ajast ning võimalusest uuringus osalemisest loobuda kuni intervjuu lõpuni. Uuritavad said võimaluse mitte vastata küsimustele, mis tundusid neile ebamugavad või isiklikud. Ükski uuritav antud võimalust ei kasutanud. Intervjuu eel allkirjastasid uuritav ja töö autor digitaalselt või paberkandjal informeeritud nõusoleku vormi ning need hävitati vahetult peale intervjuu lõppemist esimesel võimalusel. Intervjuude ajal suhtus autor uuritava poolt öeldusse lugupidavalt ja neutraalselt ning vältis emotsioonide ja reaktsioonide välja näitamist. Andmete analüüsil lähtus autor uuritavate poolt öeldust ega kasutanud töös oma mõtteid ja seisukohti. Tulemuste kirjeldamisel muutis autor uuritavate tsitaadid anonüümseks ning eemaldas kõik isiku tuvastamist võimaldavad tunnused. Uuringu läbiviimiseks taotleti Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt kooskõlastus antud uuringu Eesti-poolse koordinaatori poolt.

Uurimistöös kasutatud allikad on teemakohased eelretsenseeritud teaduslikud artiklid, Eesti Vabariigis kehtivad seadused, teemakohased veebilehed ja üks raamat. Uurimistöös kasutatud allikad on viidatud korrektelt ning vastavalt Tartu Ülikooli Õendusteaduse õppetoolis kehtivale kirjalike tööde vormistamise juhendile. Töö autor on teadlikult vältinud plagieerimist ja tsiteerimist ning ei ole esitanud teiste autorite mõtteid enda omadena.

Uurimistöö kirjeldab patsientide kogemusi esmatasandi tervishoiuteenuse ja raviastutusega kirurgilisel raviteekonnal. Lähtudes uurimistöö tulemustest teen ettepaneku uurida patsientide kogemusi ja vajadusi postoperatiivsel perioodil pärast haiglast väljakirjutamist, kuna antud uuringus osalenud ortopeediliste patsientide taastumisprotsess käis ning nende kogemusi taastumisperioodiga saime teada hetkeni, mil uuring läbi viidi (so keskmiselt 4 nädalat pärast operatsiooni). Ortopeediliste patsientide taastumine operatsioonist võib võtta aega kuni aasta (vahel isegi kauem) ning seetõttu ei saanud me koguda informatsiooni patsientide kogemuste osas kuni täieliku paranemiseni. Uurima peaks veel informatsiooni jagamist mõjutavaid tegureid nii õdede kui arstide vaatekohast. Antud uuringu tulemustest selgub, et patsiendid vajavad detailsemat informatsiooni ja aega küsida küsimusi, kuid samas ei selgu millised tegurid takistavad arstidel ja õdedel informatsiooni jagamist. Lisaks vajaks uurimist millised tegurid soodustavad ja takistavad patsientide arusaamist jagatud informatsioonist. Teaduslikust taustast saame teada, millised tegurid mõjutavad patsiendi võimet informatsiooni vastu võtta, kuid me ei saa teada patsientide endi seisukohta antud teemal.

5.3. Uurimistöö kitsaskohad

Uurimistöö esimese kitsaskohana toon välja piiratud uuritavate arvu. Tartu Ülikooli inimuuringu eetikakomiteele esitatud avalduses taotlesime luba 10-12 patsiendi värbamiseks uuringusse. Iga patsiendi kogemus oli tööle väga väärtuslik ning suurem uuritavate arv oleks võimaldanud kaasata uuringusse kõik patsiendid, kes olid valmis uuringus osalema. Samas tekkis andmete küllastus üheksandal intervjuul, kuid otsustasin värvata maksimum arvu uuritavaid veendumaks, et uut informatsiooni juurde ei tule.

Teiseks kitsaskohaks pean kahe intervjuu toimumist avalikus kohas (kohvik). Uuringu kutses ja patsiendile antud infolehes on kirjas, et intervjuu viiakse läbi uuritavale sobival ajal ja kohas, mistõttu toimus intervjuu kohvikus vastavalt uuritavate soovile. Töö autorina viitasin võimalikule mürarikkale keskkonnale, kuid uuritavad arvasid, et hommikul on kohvikute külastus madal ja

inimesi viibib seal vähe. Kohviku mürarikas keskkond võis mõjutada küsimustest arusaamist ja neile vastuste andmist. Väga tugeva taustamüra korral kordasin küsimusi uuesti ja/või täpsustasin arusaamist vastusest esitatud küsimusele.

Kolmanda kitsaskohana toon välja uuringu läbiviimise aja. Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada patsientide kogemusi ambulatoorsete ja statsionaarsete tervishoiuteenustega kirurgilisel raviteekonnal. Uuritavate seas oli patsiente, kelle kirurgiline raviteekond ei olnud lõppenud. Järelkontrollivisiidid olid planeeritud umbes kuus kuud pärast operatsiooni toimumist, kuid antud uuring toimus kolm kuni kuus nädalat pärast plaanilist operatsiooni. Uuringu läbiviimine hiljem oleks võimaldanud koguda põhjalikumat informatsiooni seoses taastumisega pärast haiglast väljakirjutamist. Samas valiti uuringu perioodiks kolm kuni kuus nädalat, kuna patsiendid võivad unustada ja hiljem ei pruugi nad mäletada oma kogemusi kirurgilisel raviteekonnal.

Neljanda kitsaskohana toon välja enda ja uuritavate keele oskuse. Minu vähese vene keele oskuse tõttu ei saanud uuringusse värvata kõiki patsiente, kes olid avaldanud soovi uuringus osalemiseks. Samas osales uuringus patsiente, kelle emakeel oli vene keel ja seetõttu ei pruukinud nad aru saada esitatud küsimustest. Küsimustest arusaamise parandamiseks lihtsustasin küsimuse ehitust ja sõnastust nii, et uuritav sai küsimusest aru kuid samal ajal küsimuse mõte ei muutunud.

Uuringu läbiviimise ajal olin töösuhtes SA Tartu Ülikooli Kliinikumiga, kuid mul puudus kokkupuude kirurgiliste patsientidega, kes vastasid uuringus osalemise kriteeriumitele. Kinnitan, et minu töötamine intensiivraviõena ei mõjutanud minu uuringu tulemuste tõlgendamist ja nendest järelduste tegemist.

6. JÄRELDUSED

Uuringu tulemused on olulised patsiendikogemuse parendamiseks nii ambulatoorse kui statsionaarse tervishoiuteenuse osutamisel kirurgilisel raviteekonnal. Patsientide positiivsed kogemused on seotud tervishoiutöötajate hooliva ja empaatilise hoiakuga. Patsiendid soovivad teada, kes nende eest hoolitsevad ning nad hindavalt kõrgelt võimalust suhelda oma raviarstiga. Arusaadava ja selge informatsiooni jagamine kogu kirurgilise raviteekonna vältel tagab usaldusväärse suhte patsiendiga ning mõjutab patsiendi kogemust raviteekonnal positiivselt. Patsientide negatiivsed kogemused on seotud tervishoiutöötajate vähese empaatiatunde ja üleoleva suhtumisega. Lisaks on patsientide negatiivsete kogemuste põhjuseks vähene informeeritus eesootavast operatsioonist, erialaste terminite kasutamine informatsiooni jagamisel ja teadmatus erinevatest ravivõimalustest nii enne kui pärast operatsiooni.

Patsientide kogemusi mõjutavad perearsti kättesaadavus ning koostöövalmidus patsiendi ja teiste erialaspetsialistidega. Patsiendid vajavad detailset informatsiooni kogu kirurgilisel raviteekonnal asetleidvate sündmuste kohta. Patsiendid vajavad aega informatsiooniga tutvumiseks ja küsimuste küsimiseks. Tervishoiutöötajate roll on jagada kõikehõlmavat ja arusaadavat informatsiooni vastavalt oma pädevusele ning veenduda, et patsient on jagatud informatsioonist aru saanud. Patsiendi privaatsus ja isikuandmekaitse peaksid olema tervishoiutöötaja üheks prioriteediks ning seetõttu tuleb informatsiooni jagamisel pöörata tähelepanu kus ja kelle juuresolekul seda tehakse. Patsiendid vajavad võimalust pöörduda spetsialistide poole kui neil tekib mure või küsimus pärast haiglast välja kirjutamist. Taastusravile suunatud patsiendid vajavad regulaarseid kohtumisi füsioterapeudiga oma taastumise hindamiseks ja postoperatiivsete võimlemisharjutuste õigesti sooritamiseks.

Patsientide kogemuse parendamiseks peaks ühtlustama perearstikeskuste töökorraldust ning tõstma patsientide teadlikkust erinevatest raviteekondadest paberkandjal infomaterjalide ja veebilehekülgede abil. Tervishoiutöötajate erialane koolitamine aitab säilitada/tõsta nende erialast pädevust ning tõstab tervishoiutöötajate valmisolekut jagada patsiendile kõikehõlmavat ja arusaadavat informatsiooni. Meeskonnatöö simulatsioonõpe aitab parendada erialade vahelist koostööd, mille tulemuseks on efektiivsem suhtlemine ja informatsiooni jagamine meeskonnaliikmete vahel. Personalipuuduse ja töökoormuse leevendamiseks peab veel rohkem populariseerima erinevate tervishoiuspetsialistide erialasid, et tagada järelkasv olemasolevatele tervishoiutöötajatele.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Akyüz, E., & Erdem, Y. (2021). Patients' Experiences of Informed Consent and Preoperative Education. *Clinical Nursing Research*, 30 (5), 529-538.
<https://doi.org/10.1177/1054773820963>
- Almutary, H., Almashi, A. (2024). Preoperative Patient Education: Perceptions and Actual Practice among Nurses Working in Surgical Units. *SAGE Open Nursing*, 10.
<https://doi.org/10.1177/237796082312260>
- Alsabban, W., Alhadithi, A., Alhumaidi, F. S., Al Khudhair, A. M., Altheeb, S., & Badri, A. S. (2020). Assessing needs of patients and families during the perioperative period at King Abdullah Medical City. *Journal of Perioperative Medicine*, 9 (10).
<https://doi.org/10.1186/s13741-020-00141-9>
- Arakelian, E., Swenne, C. L., Lindberg, S., Rudolfsson, G., & Vogelsang, A. C. (2016). The meaning of person-centered care in the perioperative nursing context from the patient's perspective-an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 2527-2544.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13639>
- Bavin, E., Tobiano, G., Gillespie, B. M. (2023). Patient experience of elective general surgery: An integrative review. *Collegian*, 30(5): 676-685.
<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2023.08.002>
- Blöndal, K., Sveinsdóttir, H., & Ingadottir, B. (2022). Patients' expectations and experiences of provided surgery-related patient education: A descriptive longitudinal study. *Nursing open*, 9(5), 2495–2505.
<https://doi.org/10.1002/nop2.1270>
- Bolcato, M., Rodriguez, D., & Aprile, A. (2022). Guiding Principles for Surgical Pathways: A Tool for Improving Outcomes and Patient Safety. *Frontiers in Public Health*, 10.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.869607>

- Colussi, G., Frutos, E., Rapisarda, R., Sommer, J., Descalzo, J., Plazzotta, F., & Luna, D. (2021). Information needs at the operation waiting room. *Journal of Public Health Informatics*.
<http://doi.org/10.3233/SHTI210313>
- Dahlberg, K., Jaensson, M., Nilsson, U., & Hugelius, K. (2024). The Transition Between Surgery and Ward: Patients' Experiences of Care in a Postoperative Care Unit. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 39(2), 288–293.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.08.022>
- Davis, Y., Perham, M., Hurd, A. M., Jagersky, R., Gorman, W. J., Lynch-Carlson, D., & Senseney, D. (2014). Patient and family member needs during the perioperative period. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 29(2), 119-128.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2013.05.013>
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *Sage Open*, 4(1).
<https://doi.org/10.1177/2158244014522633>
- Gobbo, M., Saldaña, R., Rodriquez, M., Jiménez, J., García-Vega, M., Pedro, J., M., & Cea-Calvo, L. (2020). Patients' experience and needs during perioperative care: a focus group study. *Journal of Patient preference and adherence*, 14: 891-902.
<https://doi.org/10.2147/PPA.S252670>
- Grocott, M.P.W., Plumb, J.O., Edwards, M., Fecher-Jones, I., & Levett, D. Z. H. (2017). Re-designing the pathway to surgery: better care and added value. *Perioperative Medicine*, 6(9).
<https://doi.org/10.1186/s13741-017-0065-4>
- Grocott, M. (2019). Pathway redesign: Putting patients ahead of professionals. *Clinical Medicine*, 19(6): 468-472.
<https://doi.org/10.7861/clinmed.2019-0292>

- Gualandi, R., Masella, C., Viglione, D. & Tartaglini, D. (2019). Exploring the hospital patient journey: What does the patient experience? *PLoS ONE* 14(12): e0224899.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224899>
- Haigla liikide nõuded.2023. RT I, 23.05.2023, 1.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/123052023014?leiaKehtiv>
- Halding, A. G., Hovland, G., Johansen, V. A., Petrin, H. E., & Kringeland, T. Å. (2020). A planned but vulnerable pathway towards self-management following day surgery. Orthopaedic patients' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 35 (4), 1114-1122.
<http://doi.org/10.1111/scs.12926>
- Hammarberg, K., Kirkman, M., & de Lacey, S. (2016). Qualitative research methods: when to use them and how to judge them. *Hum Reprod*, 31(3), 498-501.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dev334>
- Harris, K., Søfteland, E., Moi, A.L., Harthug, S., Ravnøy, M., Storesnd, A., Jurmy, E., Thakkar, B., Haaverstad, R., Skeie, E., Valen H. W., Sevdalis, N., & Haugen, A. S. (2022). Development and validation of patients' surgical safety checklist. *BMC Health Services Research*, 22(259).
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-07470-z>
- Johnson, E. C., Horwood, J., & Gooberman-Hill, R. (2014). Conceptualising time before surgery: The experience of patients waiting for hip replacement. *Social Science & Medicine*, 116, 126-133.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.037>
- Kang, E., Gillespie, B. M., Tobiano, G., & Chaboyer, W. (2020). General surgical patients' experience of hospital discharge education: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(1-2), e1–e10.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15057>

- Kaptain, K., Ulsøe, M. L., & Dreyer, P. (2019). Surgical perioperative pathways-Patient experiences of unmet needs show that a person-centred approach is needed. *Journal of Clinical Nursing*, 28(11-12), 2214–2224.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14817>
- Koivisto, J. M., Saarinen, I., Kaipia, A., Puukka, P., Kivinen, K., Laine, K. M., & Haavisto, E. (2020). Patient education in relation to informational needs and postoperative complications in surgical patients. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 32(1), 35–40.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz032>
- Larsson, F., Strömbäck, U., Gustafsson, S.R. & Engström, Å. (2022). Postoperative recovery: Experiences of patients who have undergone orthopedic day surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 37, 515-520.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.10.012>
- Luo, L., Forster, A. J., Gartke, K., Trickett, J., & Rubens, F. D. (2019). Developing a strategy for the improvement in patient experience in a Canadian Academic Department of Surgery. *Journal of Patient Experience*, 6(1), 11-20.
<https://doi.org/10.1177/2374373518774399>
- Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*, 24(1), 9–18.
<https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>
- Nilsson, U., Gruen, R., & Myles, P. S. (2020). Postoperative recovery: the importance of the team. *Anaesthesia*, 75 Suppl 1, e158–e164.
<https://doi.org/10.1111/anae.14869>

- O'Halloran, T., Colquhoun, J., Danjoux, G., Partridge, J. S., & Dhesi, J. K. (2021). Towards integrated perioperative medicine: a survey of general practitioners' attitudes, beliefs and behaviours regarding perioperative medicine for older people. *Clinical medicine*, 21(2), e192–e197.
<https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0851>
- Peñataro-Pintado, E., Rodríguez, E., Castillo, J., Martín-Ferreres, M. L., De Juan, M. Á., & Díaz Agea, J. L. (2021). Perioperative nurses' experiences in relation to surgical patient safety: A qualitative study. *Nursing Inquiry*, 28(2), e12390.
<https://doi.org/10.1111/nin.12390>
- Saunders, R., Seaman, K., Emery, L., Crompton, D., Lynch, C., Penjor, D., & Sagar, S. (2022). My hip journey: A qualitative study of patients' experiences of an eHealth program for patient preparation and recovery from hip replacement surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 31, 1580–1587.
<https://doi.org/10.1111/jocn.16011>
- Sibbern, T., Bull Sellevold, V., Steindal, S. A., Dale, C., Watt-Watson, J., & Dihle, A. (2017). Patients' experiences of enhanced recovery after surgery: a systematic review of qualitative studies. *Journal of clinical nursing*, 26(9-10), 1172–1188.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13456>
- Sotsiaalministeerium. *Esmatasand*. Vaadatud 05.04.2024
<https://www.sm.ee/esmatasand>
- Tervishoiuteenuse korraldamise seadus. 2019. RT I, 21.12.2018, 1.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/120032024004?leiaKehtiv>
- Unbeck, M., Lidgren, F., Tabbakh, E., & Nymark, C. (2023). The patient's experience of participation when admitted for elective surgical procedures: an interview study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 18(1).
<https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2163958>

Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Tartu Ülikool.

WHO. (2024). *Primary Health Care*. World Health Organization. Vaadatud 22.04.2024

https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1

WHO. (2024). *Hospitals*. World Health Organization. Vaadatud 22.04.2024

https://www.who.int/health-topics/hospitals#tab=tab_1

WHO. (2024). *Patients for patient safety*. World Health Organization. Vaadatud 22.04.2024

<https://www.who.int/initiatives/patients-for-patient-safety>

LISAD

Lisa 1. Inimuurigute eetika komitee kooskõlastus

Tartu Ülikooli inimuurigute eetika komitee

Protokolli number: 373/T-8

koosolek: 16.01.2023

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiineetika nooremlektor

Aseesimees

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

Liikmed

Margit Jäätma	Riigikohus, tsiviilkolleegiumi nõunik
Katrin Kaarna	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste uurigute keskuse juhataja
Kalle Kisand	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, laborimeditsiini professor
Piret Koosa	Eesti Rahva Muuseum, teadur
Malle Kuum	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur
Maire Peters	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika kaasprofessor
Raivo Puhke	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, funktsionaalse morfoloogia lektor
Anna-Liisa Tamm	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, füsioteraapia ja tervisekaitse osakonna juhataja
Anni Tamm	Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, arengu- ja koolipsühholoogia lektor / arengupsühholoogia teadur

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus eesti keeles: Kirurgilise ravi kvaliteedi ja ohutuse parandamine perioperatiivse patsiendikäsitluse standardite ühtlustamise abil Euroopa riikides (SAFEST)
Uurimistöö nimetus inglise keeles: *Improving quality and patient SAFETY in surgical care through STANDARDISATION and harmonisation of perioperative care in Europe (SAFEST)*

Vastutav uurija (asutus):

Kaja Põlluste (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliinilise meditsiini instituut, L. Puusepa 6, 50406, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuurigute eetika komiteelt, 01.02.2023
2. Uuritava või tema seadusliku esindaja informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm, 01.02.2023
3. Kutse uurigusse, 26.01.2023
4. Intervjuu kava
5. Форма информированного и осознанного согласия исследуемого, 01.02.2023
6. Приглашение на исследование, 26.01.2023
7. Uurimistöö läbiviijate CVd (K. Põlluste, J. Starkopf, J. Pühvel, K. Tombu)

Uurimistöö lõpp: 31.05.2026

Komitee esimees: Aime Keis /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Kaire Kallak /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: /viimase digitaallkirja kuupäev/

Tartu Ülikool
grandikeskus
Raekoja plats 9
51004 Tartu

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

Lisa 2. 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 [HAIGLA NIMI] 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 leiate lehe allosas.

Uurimistöö läbiviimiseks on saadud kooskõlastus Tartu Ülikooli Inimuurigute 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 (HAIGLA NIMI).

Ettevalmistusi Teil enne intervjuud teha ei ole vaja.

Kui kaua võtab aega osalemine?

Kõigi eelduste kohaselt kulub osalemiseks maksimaalselt tund aega.

Millal mind intervjueeritakse?

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

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 uurimuse lõplikku valmimist juunis 2026.

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 mittevõimaldavad kommentaarid) võidakse kasutada avalikes teaduslikes väljaannetes.

Kes on uurijad?

Selle uurimuse meeskonda kuuluvad oma ala professionaalid meditsiini, psühholoogia ja poliitika teadustest, ökonoomikast, statistikast, tervishoiuteenuste spetsialistid ning ka patsientide esindajad järgnevatest Euroopa organisatsioonidest:

- Tartu Ülikool (ICM-UT), Eesti
- Avedis Donabedian Uurimisinstituut (FAD), Hispaania
- Hollandi tervishoiu uurimisinstituut (Nivel), Holland
- OptiMedis AG, Saksamaa
- Rahvatervise riiklik kool- Lisboni NOVA ülikool (NSPH-NUL), Portugal
- Radboud ülikooli meditsiinikeskus, Holland
- Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR), Hispaania
- Euroopa Haigla ja Tervishoiu föderatsioon (HOPE), Belgia
- Euroopa Anestesioloogia ja Intensiivravi Ühing, Belgia
- Ühendatud akrediteerimiskomisjon (SAK), Tšehhi.

Kes rahastab seda uurimust?

Uurimistöö rahastajaks on Euroopa Liit – Horizon Euroopa raamprogrammi toetuslepingu nr 101057825 alusel.

Kellega ühendust võtta?

Küsimuste korral või lisainformatsioon saamiseks pöörduda:

Kaja Põlluste

Tartu Ülikool, Kliinilise meditsiini instituut

sisehaiguste kaasprofessor

L. Puusepa 6, 50406 Tartu

telefoninumber: 7318616

e-post: kaja.polluste@ut.ee

Kui Teil on üldiseid küsimusi projekti kohta, võite võtta ühendust ka:

Projekti koordinaator

Dr. Carola Oregonist

Fundacion Avedis

Donabedian e-mail:

safestteam@fadq.org

Telefon: +34 93 207 66 08 (Hispaania)

Kuidas saaksin koostööd teha?

Kui soovite osaleda, palun võtke meiega ühendust kirjutades aadressile kaja.polluste@ut.ee.

Me täname Teie koostöövalmiduse eest!

Lisa 3. 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 (HAIGLA NIMI).

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 mitte võimaldavat ja seega pole osalemisest loobumine enam võimalik. Uurimistöös osalemine või mitteosalemine ei mõjuta Teile osutatavat tervishoiuteenust.

Intervjuu viiakse läbi Teile sobival ajas ja kohas ning, vastavalt Teie soovile, kas näost-näku või virtuaalkeskonnas (Zoom, Teams) kaudu. Intervjuu jooksul palutakse Teil vastata küsimustele seoses Teie eelneva operatsiooniga (HAIGLA NIMI). Intervjuud helisalvestatakse ja salvestisi hoiustatakse parooliga kaitstult Tartu Ülikooli pilveruumis OneDrive. Intervjuud transkribeeritakse (kirjutatakse sõna-sõnalt ümber) ja seejärel helisalvestised kustutatakse. Transkripteeritud 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. Kõik uurimusega seotud originaalandmeid säilitatakse elektroonilisel kujul kuni aastani 2026, misjärel andmed kustutatakse. Uurimus on kooskõlastanud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteega. Kui Teil on küsimusi selle uurimistöö 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

Kui Teil on üldiseid küsimusi projekti kohta, võite võtta ühendust ka: Projekti koordinaator

Dr. Carola Oregonist Fundacion
Avedis Donabedian e-mail:
safestteam@fadq.org
Telefon: +34 93 207 66 08 (Hispaania)

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee
Kontakt: eetikakomitee@ut.ee,
komitee sekretär: 737 6215.

Andmekaitse Inspeksioon
Kontakt: info@aki.ee,
üldtelefon: 627 413

Mind, ..., on informeeritud
üldmainitud uurimusest ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja uurimuse
metoodikast.

Kinnitan oma nõusolekut uurimuses osalemiseks. Kinnitan
oma nõusolekut oma isikuandmete töötlemiseks.

Tean, et uuringu käigus tekkivate küsimuste kohta annab mulle täiendavat informatsiooni

.....

Uuritava allkiri:.....

Kuupäev, kuu, aasta.....

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi

Uuritavale informatsiooni andnud isiku allkiri

Kuupäev, kuu, aasta

Lisa 4. Poolstruktureeritud intervjuukava

Intervjuukava 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 x haiglas.

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		
<u>Küsimused</u>	<u>Lisaküsimused</u>	<u>Täpsustavad küsimused</u>
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
Kes olid need tervishoiutöötajad, kellega Te enne haiglasse minemist suhtlesite? Kuidas nad	Mitu korda Te enne operatsiooni haiglas konsultatsioonil käisite? Millist infot Te enne operatsiooni saite (kirjalikult/suuliselt/videod/pildid)?	Kuidas Te sellest aru saite?

Teid operatsiooniks ette valmistasid?	Kuidas see info Teid operatsiooniks ette valmistas?	
Kas Te kohtusite ettevalmistusperioodil kirurgiga?	Kas see oli sama kirurg, kes Teid opereeris?	Mida Te sellest arvasite?
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?		
Haiglas viibimise periood		
<u>Küsimused</u>	<u>Lisaküsimused</u>	<u>Täpsustavad küsimused</u>
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 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?	Palun selgitage?
Kas Teil esines operatsiooni ajal või pärast operatsiooni tüsistusi, näiteks infektsiooni?	Kuidas arstid ja õed neid Teiega arutlesid?	
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 tervishoiumeeskond 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?	
Pärast operatsiooni (kodus, taastusravil)		
<u>Küsimused</u>	<u>Lisaküsimused</u>	<u>Täpsustavad küsimused</u>
Nüüd sooviksin Teilt küsida paranemise kohta. 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?
Kokkuvõtteks		
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. Täna 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 5. Patsientide kogemused kirurgilisel raviteekonnal ambulatoorse ja statsionaarse tervishoiuteenusega.

