

Tartu Ülikool

Meditsiiniteaduste valdkond

Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

Õendusteaduse õppetool

Taivi Mutso

**INTENSIIVRAVIJÄRGSE ÕENDUSABI OSUTAMISE KOGEMUSED
AKTIIVRAVIOSAKONDADE ÕDEDEL: KVALITATIIVNE UURIMUS**

Magistritöö

Tartu 2021

Põhijuhendaja: Ere Uibu, RN, MSc (õendusteadus)

Kaasjuhendaja: Tiina Freimann, PhD (arstiteadus)

Retsensent: Helle Peterson RN, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega 05.05.2021.

Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

LIHTLITSENTS MAGISTRITÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

Mina, Taivi Mutso,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose **Intensiivravijärgse õendusabi osutamise kogemused aktiivraviosakondade õdedel: kvalitatiivne uurimus**, mille juhendajad on Ere Uibu ja Tiina Freimann, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, alates 1.06.2022, 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.

Taivi Mutso

12.05.2021

TÄNUSÕNAD

Soovin avaldada tänu kõigile, kes on mind aidanud ja toetanud magistritöö valmimisel. Tänan oma juhendajaid, Ere Uibut ja Tiina Freimanni, kes jagasid oma pikaageid kogemusi teadustöö kirjutamisel. Erilist tänu soovin avaldada Ere Uibule, kes kannustas ja motiveeris rasketel hetkedel. Olen tänulik uurimiskeskondadele, kes võimaldasid mul uurimistööd läbi viia ning kliinikute ja osakondade õendusjuhtidele, kes edastasid kutsed osakonna õdedele. Tänan oma peret, lähedasi ja sõpru, kes olid kogu magistritöö kirjutamise perioodil olemas.

Kõige tänulikum olen õdedele, kes raskel ja keerulisel pandeemia ajal leidsid võimaluse ja nõustusid minuga oma kogemusi jagama. Ilma Teie panuseta ei oleks uurimistööd saanud läbi viia. Teie panus on hindamatu!

KOKKUVÕTE

Intensiivravi järgse õendusabi osutamise kogemused aktiivravi osakondade õdedel: kvalitatiivne uurimus

Intensiivravi osakonna voodikohtade arv on piiratud ressursid ning tervishoiusüsteemile kulukas. Samas on teada, et intensiivravi vajavate patsientide arv kasvab ning seetõttu viiakse üha enam patsiente üle aktiivravi osakonda, mõnikord ka ülemäära vara. Patsiendi intensiivravi järgse perioodi edukas ja jätkusuutlik kulgu sõltub paljus aktiivravi osakonna õdede poolt osutatavast õendusabist. Maailmas tehtud uurimistöödest on selgunud, et mõnikord napib neil õdedel vajalikke teadmisi ja oskusi, ning et esineb ka probleeme intensiivravi- ja aktiivravi osakondade vahelises suhtlemises. Selleks, et tagada kvaliteetne intensiivravi järgne õendusabi, sealhulgas patsiendihutus, tuleb ka Eestis uurida, millised on aktiivravi osakondade õdede kogemused intensiivravi järgse õendusabi osutamisel. Õdede vahetud kogemused aitavad mõista õendusabi praegust korraldust, õdede võimalikku koolitus- ja õendusabi parendamise vajadusi. Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada aktiivravi osakondade õdede kogemusi intensiivravi järgse õendusabi osutamisel.

Uurimistöö andmeid koguti perioodil september 2020 kuni aprill 2021 avatud individuaalintervjuudega. Uuritavateks olid kümme õde Eesti piirkondlike haiglate aktiivravi osakondadest. Intervjuud salvestati ja transkribeeriti veebipõhise programmi abil. Andmete analüüsimisel kasutati induktiivset sisuanalüüsi meetodit ning MAXQDA tarkvara. Analüüsi tulemusena moodustus 13 alakategooriat ning neli ülakategooriat, mis kirjeldavad uuritavate kogemusi intensiivravi järgse õendusabi osutamisel.

Uurimistöö tulemustest selgub, et intensiivravi osakonnast patsiendi saabumisel suureneb õdede töökoormus märgatavalt. Patsiendid vajavad aktiveerimist ja lisatähelepanu, neil võib esineda neelamishäireid, teadvusehäireid ning nad on voodikesksed. Koostöö intensiivravi osakonnaga on õdede sõnul hea, kuid parendamist vajab osakonnasisene meeskonnatöö. Õded vajavad intensiivravi järgse õendusabi osutamiseks vajalike pädevuste tagamiseks ja arendamiseks spetsiifilisemaid koolitusi ning rohkem praktilisi töökogemusi. Töövahendite- ning ruumipuudus muudab intensiivravi järgse õendusabi osutamise keeruliseks. Tulemustele tuginedes võib öelda, et intensiivravi järgse õendusabi korraldamine vajab enam juhtide tähelepanu ja rohkem ressursse, et tagada selle aktsepteeritud kvaliteet ja patsientide edukas tervenemine.

Märksõnad: aktiivravi osakond, intensiivravi järgne õendusabi, patsiendihutus, ravi kvaliteet

SUMMARY

Ward nurses' experiences providing post-ICU nursing care: a qualitative research

The number of beds in intensive care units (ICU) are a limited resource and expensive for the healthcare system. It is known that the number of patients requiring intensive care is growing and an increasing number of patients are transferred to be taken care of by ward nurses. Successful and sustainable progress of post-intensive care is highly dependent on the nursing care provided by the nurses working in wards. Research shows that in some cases, ward nurses lack the critical knowledge and skills to provide post-ICU care and there is often a gap in communication between ICU and ward nurses. In order to ensure patient safety and nursing care of high quality for post-intensive care patients, it is important to have information about the experiences of the ward nurses. That helps to understand the current situation and organisation of nursing care in ward units, identify the training needs of nurses and develop guidelines for better organisation of work. The aim of the research was to describe general ward nurses' experiences with post-intensive nursing care.

The data for the research was gathered during the period of September 2020 to April 2021 through open individual interviews with ten nurses of general ward units working in regional hospitals in Estonia. Interviews were recorded and transcribed with a web-based program. The data was analysed using the inductive content analysis method and MAXQDA software. The analysis resulted in thirteen subcategories and four main categories which describe nurses' experiences in providing nursing care to post-intensive care patients.

The research results describe how ward nurses have experienced a growth in workload when a patient is transferred from an ICU to a ward. Patients need extra attention and require extra help. They might have problems with swallowing or consciousness and often they are bed-centered. Cooperation with ICUs were described as good, but teamwork within the ward still needs improvement. Ward nurses need specific post-ICU care courses to keep their knowledge and skills up to date. Shortage of working equipment, lack of funds and space complicates post-ICU nursing. Based on the results, it can be said that the organization of post-ICU nursing needs more attention from managers and more resources to ensure its quality and successful recovery of patients.

Keywords: post-intensive nursing care, general ward, patient safety, treatment quality

SISUKORD

TÄNUSÕNAD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

| | | |
|------|--|----|
| 1. | SISSEJUHATUS | 6 |
| 2. | INTENSIIVRAVIJÄRGSE ÕENDUSABI OLEMUS JA KORRALDUS | 8 |
| 3. | INTENSIIVRAVIJÄRGNE ÕENDUSABI VARASEMATES UURIMISTÖÖDES | 9 |
| 3.1. | Intensiivravijärgse õendusabi uurimine | 9 |
| 3.2. | Intensiivravijärgse õendusabi osutamiseks vajalikud teadmised ja oskused | 9 |
| 3.3. | Patsiendi üleviimine ning koostöö ja suhtlemine üksuste vahel | 11 |
| 3.4. | Ülekoormus ja sellest põhjustatud läbipõlemine | 12 |
| 4. | METOODIKA | 14 |
| 4.2. | Uuritavad ja nende värbamine | 14 |
| 4.3. | Andmete kogumine | 15 |
| 4.4. | Andmete analüüs | 18 |
| 4.5. | Uurimistöö usaldusväarsus | 19 |
| 5. | TULEMUSED | 21 |
| 5.1. | Intensiivravijärgse õendusabi osutamine tavaosakonnas | 21 |
| 5.2. | Teadmised ja oskused intensiivravijärgse õendusabi osutamiseks | 21 |
| 5.3. | Intensiivravijärgse õendusabi korraldus ja selleks vajalikud ressursid | 24 |
| 5.4. | Koostöö | 29 |
| 5.5. | Suurenenud töökoormus | 31 |
| 6. | ARUTELU | 35 |
| 6.1. | Uurimistöö olulisemad tulemused | 35 |
| 6.2. | Uurimistöö eetilised aspektid | 40 |
| 6.3. | Uurimistöös ettetulnud probleemid ja kitsaskohad | 41 |

| | |
|--|----|
| 6.4. Uurimistulemuste rakendamine ja uute uurimisprobleemide püstitamine | 43 |
| 7. JÄRELDUSED | 44 |
| KASUTATUD KIRJANDUS | 45 |
| LISAD | 49 |
| Lisa 1. Tartu Ülikooli Inimuringute Eetikakomitee luba | 49 |
| Lisa 2. Kutse uurimistöös osalemiseks | 51 |
| Lisa 3. Informeeritud nõusoleku vorm | 52 |

1. SISSEJUHATUS

Intensiivraviosakonnas (IRO) ravitakse kriitilises ja eluohtlikus seisundis patsiente eriväljaõppe saanud meeskonna poolt, kelle kasutada on kõrgtehnoloogilised seadmed patsientide eluliste näitajate pidevaks jälgimiseks ja seisundi muutuse varajaseks avastamiseks (Wassenaar jt 2014). Eesti haigekassa andmetel on intensiivravi kogumaht viie aasta jooksul suurenenud 9,5% ning seda just I ja II astme jälgimispatite voodikohtade arvelt. Põhjuseks arvatakse olevat tehnoloogia kiire areng, mis võimaldab osutada patsientidele järjest keerukamat ravi, ning eakate ja krooniliste haigustega patsientide osakaalu kasv. (Kliinilised indikaatorid 2018..., Kliiniliste indikaatorite ülevaade..., Intensiivravi indikaator: Intensiivravijärgne....) Arvestades intensiivravi vajavate patsientide arvu pidevat kasvu ning 2020.-2021. aastatel Eestit ning kogu ülejäänud maailma tabanud COVID-19 pandeemiast tingitud tervishoiusüsteemi ülekoormust, võib IRO voodikohtade suurenenud nõudlus tekitada olukorra, kus patsientide oodatust kiirem üleviimine aktiivraviosakondadesse (edaspidi nimetatud ka tavaosakond ehk osakond) on vältimatu.

Kirjanduse andmetel võib intensiivravijärgselt patsientidel esineda erinevaid terviseprobleeme, nagu neuropaatia, neuromuskulaarne nõrkus, valu, kaalukaotus, neelamishäired, hirm, depressioon, paanika ja palju teisi probleemseid seisundeid (Chaboyer jt 2005). Tavaosakonnas enamasti puuduvad võimalused komplitseeritud terviseprobleemidega patsiendi pidevaks jälgimiseks (Enger ja Andershed 2018) ning patsientide arv õe kohta on tavaliselt suurem kui intensiivravis (Häggström jt 2009). See omakorda on potentsiaalne kvaliteediprobleem ning risk patsiendiohutusele, kuna intensiivravijärgse patsiendi seisundi ootamatu halvenemine võib jääda õigeaegselt märkamata (Prin ja Wunsch 2014).

Varasemate uurimistööde tulemustest selgub, et tavaosakondade õed tunnevad intensiivravijärgsele patsiendile õendusabi osutades aja, teadmiste ja oskuste puudust (Häggström 2012, Kauppi jt 2018), töökoormuse kasvu (Elliott jt 2011, Cypress 2013), hirmu ning lähedaste kõrgendatud tähelepanu (Kauppi jt 2018). Oluliseks peetakse intensiivraviõdede poolt korrektselt täidetud dokumentatsiooni (Kauppi jt 2009, Enger ja Andershed 2018) ning head koostööd ja kommunikatsiooni osakondade vahel (Kauppi jt 2009). Patsiendi üleviimine peab olema hästi ajastatud ja läbimõeldud ega tohiks sõltuda intensiivravi voodikohtade piiratud arvust (Ofoma jt 2018). Uuriija isiklik, rohkem kui kümneaastane töökogemus intensiivraviõena, kinnitab, et aeg-ajalt tuleb ette olukordi, kus pidevat jälgimist vajavad patsiendid viiakse voodikohtade puuduse tõttu tavaosakondadesse üle liiga vara.

Mujal läbiviidud uurimistulemuste põhjal saab öelda, et intensiivravijärgse õendusabi osutamine pakub osakonnaõdedele mitmeid väljakutseid ning võib põhjustada õdede tööalase läbipõlemise. Eestis pole nähtust varem uuritud ning puudub teaduslik teave, mis aitaks mõista intensiivravijärgse õendusabi olemust ja korraldust ning juhtida tähelepanu võimalikele kitsaskohtadele. Lisaks erineb Eesti haiglate intensiivravijärgne ravikorraldus ja -ravisüsteem teiste riikide omast, mille tõttu ei ole varasemad uurimistulemused mujalt maailmast ilmtingimata kohased.

Patsiendiohutuse seisukohalt on oluline, et õendusabi kvaliteet oleks ühtlase tasemega kõigil teenuse osutamise etappidel (Kaheksa sammu inimese... 2011). Selle tagamiseks intensiivravi järgselt on vaja teada, millised on tavaosakondade õdede kogemused õendusabi osutamisel intensiivraviosakonnast üle toodud patsientide puhul. Uurimistöö tulemused võiksid anda väärtuslikke teadmisi intensiivravijärgse õendusabi olukorrast ja korraldusest, õdede toimetulekust, koolitusvajadusest ning vajalikest ressurssidest seoses intensiivravist üle toodud patsientide eest hoolitsemisega. Uurimistöö eesmärk on kirjeldada aktiivraviosakondade õdede kogemusi intensiivravijärgse õendusabi osutamisel.

2. INTENSIIVRAVIJÄRGSE ÕENDUSABI OLEMUS JA KORRALDUS

Intensiivravijärgne periood algab patsiendi üleviimisel intensiivraviosakonnast (IRO III või IIIa aste) (*intensive care unit, critical care unit*) tavaosakonda (*general ward, clinical ward*) ning intensiivravijärgse õendusabi kvaliteet ja edukus sõltuvad paljuski hästi korraldatud üleviimisest. Üleviimise protsess tähendab interdistsiplinaarset koostööd haigla erinevate etappide vahel ning sellesse peavad olema kaasatud nii patsient, tema lähedased kui ka haigla meeskond (Häggström jt 2009). Patsiendi üleviimisel tekkinud puudujääke seostatakse tihti sotsiaalsete barjääridega, milleks võivad olla ebapiisav suhtlus õdede vahel või see, et puudub harjumus üksteisele tagasisidet anda. Õdede sõnul takistab patsiendi sujuvat üleviimist näiteks olukord, kui neid teavitatakse patsiendi tavaosakonda saabumisest alles vahetult enne üleviimist. (van Sluisveld jt 2017.)

Intensiivravijärgne õendusabi tavaosakonnas seisneb patsiendi eest hoolitsemises ning abi osutamises vastavalt patsiendi seisundile ja vajadustele. Intensiivravijärgselt võivad patsiendil esineda tõsiseid probleeme nii somaatilise ja psüühilise tervisega kui ka igapäevase elukvaliteedi tagamisega (Svenningsen jt 2017, Kauppi jt 2018), mis tähendab, et õed peavad patsienti rohkem jälgima ja abistama. Jälgimisvõimalused tavaosakonnas on aga enamjaolt piiratud ning kui intensiivraviosakonnas on patsientide pidevaks jälgimiseks kasutada spetsiaalne tehnika ja monitorid, siis tavaosakonna jälgimisvõimalused on piiratud (Kauppi jt 2018). Samuti on tavaosakonnas vähem valvepersonali ühe patsiendi kohta (Häggström jt 2009, Häggstrom jt 2012).

Tavaosakonda käsitletakse antud uurimistöös, kui intensiivraviosakonnale järgnevat tasandit olenemata sellest, milline on osakonna spetsiifika ja kas seal on jälgimispalateid. Jälgimispalatid on tavaosakondadesse rajatud voodikohad, mis tagavad patsientide sujuvam üleviimine intensiivraviosakonnast tavaosakonda. Haigla liikide nõuded määrusega (2004) on Eestis kehtestatud tervishoiuteenuste osutamise miinimumnõuded ning need reguleerivad vajalike töötajate, aparatuuri ja sisustuse olemasolu. Selle määruse kohaselt on õe-patsiendi suhtarv III astme intensiivraviosakonnas 1:2, II ja I astme jälgimispalatites vastavalt 1:3 kuni 1:6. Õe-patsiendi suhtarv tavaosakonnas jääb vahemikku 1:8 kuni 1:10. Jälgimispalateid või voodikohti ei ole rajatud aga kõikidesse tavaosakondadesse, mis paneb osakondade õed ebavõrdsesse olukorda.

3. INTENSIIVRAVIJÄRGNE ÕENDUSABI VARASEMATES UURIMISTÖÖDES

3.1. Intensiivravijärgse õendusabi uurimine

Varasematest uurimistöödest selgub, et intensiivjärgset õendusabi on uuritud ja valdavalt kvalitatiivsel meetodil. Uuritud on õdede kogemusi õendusabi osutamisel intensiivravijärgsetele patsientidele ja veelgi rohkem on uuritud üleviimise protsessi, mis on intensiivravijärgse õendusabi seisukohast väga oluline toiming. (Häggström jt 2009, Häggström jt 2012, James jt 2013, Cogneta ja Coyer 2014, Enger ja Andershed 2018, Kauppi jt 2018.) Uuritud on ka seda, kui tihti ja miks satuvad intensiivravijärgsed patsiendid tagasi intensiivraviosakonda ning mis tegurid osakonnas seda põhjustasid (Elliott jt 2011, Town jt 2014, Ofoma jt 2018).

Õdede kogemuste kirjeldamiseks on varasemates uurimustes uuritavatena kaasatud kas tavaosakonna õed (Cogneta ja Coyer 2014, Enger ja Andershed 2018) või tavaosakonna ja IRO õed korraga (Häggström jt 2009, Häggström jt 2012, James jt 2013). Uuritud on ka õdede ja arstide arusaamu ja kogemusi seoses nähtusega (Elliott jt 2011, Ofoma jt 2018). Intensiivravijärgse õendusabi osutamise uurimiseks ei ole autorile teadaolevalt loodud küsimustikku, ning seetõttu ei leitud kvantitatiivselt läbiviidud uurimistöid, mis iseloomustaksid nähtust.

3.2. Intensiivravijärgse õendusabi osutamiseks vajalikud teadmised ja oskused

Õdede pädevus on kvaliteetse õendusabi osutamisel oluline tegur. Varem läbiviidud uurimistöödest selgub, et tavaosakondade õed kogevad, nagu oleks neil intensiivravijärgsete patsientide eest hoolitsemiseks vähe teadmisi ja oskusi (Häggström 2012, Enger ja Andershed 2018). Teatud õendustoiminguid, näiteks trahheekanüüli hooldust, tuleb osakonnas teha harva ja vilumuse puudumise tõttu ei tunne õed end kindlalt (Elliott jt 2011, Enger ja Andershed 2018). Õdede sõnul puuduvad neil piisavad spetsiifilised oskused, teadmised ja kogemused, mis on vajalikud töötades intensiivravijärgsete patsientidega ja nad kipuvad ennast võrdlema intensiivraviosakonna õdedega. Kriitilisi olukordi ei oska tavaosakonna õed tihti ise lahendada ja paluvad abi IROst, mis omakorda tekitab osakonnaõdedes tunde, et nad on läbi kukkunud ja ebpädevad ning et nende töö on ebaõnnestunud. (Kauppi jt 2018.)

Hoolitsemine patsientide eest, kes veel hiljuti viibisid intensiivraviosakonnas, ei ole tavaosakonna õdede arvates nende igapäevane töö (Kauppi jt 2018). Õdede sõnul jõuab osakonda ebastabiilses ja raskes seisundis patsiente. Patsient võib olla mittekontaktne, deliriosne, näha hallutsinatsioone. Õdedel tuleb hooldada trahheekanüüle ja aspireerida kopsu kogunenud röga. Patsientidel võivad olla invasiivsed drenid, mida ei näe osakonnas tihti. (Elliott jt 2011, Enger ja Andershed 2018.) Õed kirjeldavad pidevat antibiootikumide manustamise vajadust ning nasogastraalsondi või gastrostoomi kaudu toitmist. Osakonda on jõudnud ka samal päeval ekstubeeritud patsient, kes vajab lisahapniku manustamist. (Elliott jt 2011.)

Tulenevalt intensiivravijärgse patsiendi raskest seisundist (näiteks ebastabiilne vererõhk) tuleb õdedel jälgida märksa rohkem patsientide elulisi näitajaid ning hinnata nende terviseseisundit. Samas võib osakonnas puududa vajalikud jälgimisvõimalused ja tihti on osakonnas üksipalatiid ehk patsient on ilma pideva järelvalveta. Patsiendi raske seisund võib kulmineeruda sellega, et patsient jõuab tagasi intensiivraviosakonda. (Elliott jt 2011, Kauppi jt 2018.) Tavaosakondade õed tunnevad, et haigla juhtkond ei mõista intensiivravijärgsete patsientide raskusastet ning õdedel puudub võimalus osakonna töökorralduses kaasa rääkida. Kahe tasandi interdistsiplinaarne koostöö ei ole õdede sõnul hästi organiseeritud. (Cypress 2013, Ofoma jt 2018.)

Uurijad Häggström jt (2012) rõhutavad, et intensiivraviõe järelvisiitid tavaosakonda annavad osakonna õdedele kindlustunnet ning aitavad leevendada teadmiste puudust. Selgub, et patsiendiohutuse tagamiseks intensiivravijärgsel perioodil on teistes riikides kasutusel erinevad osakonna õdesid toetavad tugisüsteemid, nagu näiteks intensiivravijärgse hoolduse meeskond (*Post Intensive Care Group – PIG team*), kriitilise abi meeskond (*Critical Care Outreach Team – CCOT or Critical Care Outreach Service*), kontaktõe teenus (*Liaison Nurse Service*), järelravi teenus (*Aftercare Service*), mis on ellu kutsutud selleks, et aidata tavaosakondade õdedel intensiivravijärgse õendusabiga paremini toime tulla (James jt 2013, Prin ja Wunsch 2014, Häggström jt 2018). Tavaosakonna õdede sõnul tõstis täiendav tugisüsteem õdede enesekindlust ja vähendas patsientide ärevust (Häggström jt 2018).

Intensiivraviõdede järelvisiite tavaosakondadesse kirjeldavates uurimistöodes on esile tõstetud ka mõningasi selle teenuse kitsaskohti. Nimelt ei mõista osakonna õed järelvisiidi eesmärki ega järelkontrolli meeskonna vajalikkust. (Häggström jt 2018.) Intensiivraviosakonna õdedele

heideti ette üleolevat suhtumist ja seda, et nad ei mõista tavaosakonna töö spetsiifika (James jt 2013, Enger ja Andershed 2018). Õdede kogemusel mõistetakse patsientidele osutatava õendusabi põhimõtteid intensiivraviosakonnas ja tavaosakonnas erinevalt (Cognet ja Coyer 2014). Tavaosakonna õed ootavad teavet visiitide toimumisaja kohta, et nad saaksid oma tööpäeva planeerida. Probleemi aitaks lahendada järelvisiitide töökorralduse juhendi väljatöötamine. (Häggström jt 2018.)

3.3. Patsiendi üleviimine ning koostöö ja suhtlemine üksuste vahel

Intensiivravijärgse õendusabi jätkusuutlikkuse tagamiseks peab ühest osakonnast teise üleviimise protsess olema väga hästi korraldatud ja ajastatud. Kui patsient viiakse üle öösel või valvevahetuse ajal, kannatab märkimisväärselt patsiendiohutus ning olukord võib lõppeda patsiendi seisundi halvenemisega (Guest 2017). Osakonna õed soovivad patsienti vastu võtta isiklikult patsiendi juures, et näha olemasolevaid dreene, kanüüle ja muud olulist patsiendiga seonduvat (Cognet ja Coyer 2014). Selline ladus üleviimine võib osutuda aga väljakutsuvaks, kui üleviimine toimub öösel või kiirel ajal. Patsiendi üleviimisel valvevahetuse ajal on tavaosakonna õed kogenud segadust; nad ei oska valvevahetuse ajal tööle tulnud õele patsiendi seisundi kohta midagi öelda. Patsient on toodud intensiivraviosakonnast vaid kümme minutit enne valvevahetust ja õed pole jõudnud tema haiguslooga tutvuda. (Ofoma jt 2018.) Sellises olukorras võib juhtuda, et oluline teave patsiendi kohta jääb edastamata.

Õdede meelest võiks patsientide ettevalmistus ravi jätkumiseks järgmises etapis alata juba intensiivraviosakonnas. Intensiivraviõdedel tuleks patsiente ennetavalt nõustada ja neile selgitada, et tavaosakonnas ei pruugita nende vajadustele vastata nii kiiresti kui intensiivraviosakonnas seda tehti, kuna tavaosakonnas on valves vähem õdesid. (James jt 2013, Cognet ja Coyer 2014, Kauppi jt 2018.) Samuti soovivad tavaosakonna õed, et monitoring oleks lõpetatud piisavalt enne patsiendi üleviimist. Eelnevalt kirjeldatud võtted on olulised, et patsiendid mõistaksid, mis neid tavaosakonnas ees ootab ning nad kohaneksid uue olukorraga kiiremini. (Kauppi jt 2018.)

Tavaosakondade õdede sõnul raskendab nende tööd osakonnas see kui intensiivraviõed on dokumentatsiooni puudulikult täitnud, väljavõtted on liiga pikad või napisõnalised (Kauppi jt 2009, Enger ja Andershed 2018). Õed sooviksid dokumentides näha teavet konkreetse patsiendi vajaduste kohta ja valmis õendusplaani järgmiseks paariks päevaks (James jt 2013, Cognet ja

Coyer 2014, Enger ja Andershed 2018). Ofoma jt (2018) läbiviidud uurimistöös kirjeldavad õed, kuidas ravieesmärkide puudumine muudab õendusabi osutamise väljakutsuvaks. Õdede meelest tuleks selgelt ja üheselt mõistetavalt kirja panna, kas ning millises ulatuses patsiendile ravi ja õendusabi osutatakse. Eriti oluline on see palliatiivsel ravil viibivate patsientide hoolduses.

Kommunikatsiooni kahe osakonna vahel kirjeldavad tavaosakonna õed kui väga olulist lüli, mis aga tihti on organisatsioonisiselt ebapiisavalt korraldatud. Puuduliku suhtluse näitena on õed kirjeldanud olukorda, kus patsiendi üleandmisel ei maininud intensiivraviosakonna õde patsiendi tavapärasest madalat süstoolset vererõhku. See aga tekitas olukorra, kus osakonnas hakati tavapärasest madalat vererõhku ravima. (Ofoma jt 2018.) Õdedevaheline kommuniatsioon ja ühtse ravieesmärgi mõistmine aitab saavutada intensiivravijärgsel perioodil edu (Oerlemans jt 2015).

Tugivõrgustiku olemasolu ja toe tajumine muudab õed enesekindlamaks. Neile pakub turvatunnet, kui nad saavad kellegagi patsiendi seisundit arutada või kui mõni kolleeg aitab neil otsustada, kuidas raskemas seisundis patsiendi eest hoolitseda. Paraku on selgunud, et õed ei teagi täpselt, kelle poole pöörduda, kui neil tekib intensiivravijärgset õendusabi puudutavaid küsimusi ja ennekõike probleeme. (Kauppi jt 2018.)

3.4. Ülekoormus ja sellest põhjustatud läbipõlemine

Intensiivravijärgsete patsientide eest hoolitsemine põhjustab tavaosakonna õdede igapäevatoos ülekoormust (Häggström 2012, Enger ja Andershed 2018), kusjuures õdede töökoormus võib kasvada märkimisväärselt (Häggström jt 2009, Elliott jt 2011). Õdede sõnul on aastatega tavaosakonda ületoodavate patsientide ravi keerukus kasvanud ning teinekord on ühel õel valve ajal aega tegeleda vaid ühe patsiendiga (Elliott jt 2011). Suur töökoormus ja õdede vähesus on tekitanud olukorra, kus nad peavad intensiivravijärgse patsiendi eest hoolitsemise seadma esikohale, aga samal ajal võivad teised osakonnas viibivad patsiendid jääda vajaliku tähelepanuta (Elliott jt 2011, Kauppi jt 2018). Eluliste näitajate halvenemise varajane märkamine osakonnas võib hilineda, kuna õdesid on vähe (Elliott jt 2011), mis omakorda põhjustab õdedes tunnet, et neil pole situatsiooni üle kontrolli (Kauppi jt 2018).

Ebapiisava või puuduliku aja- ja personaliressurssi tõttu kannatavad tavaosakonna patsiendihutus ja ravikvaliteet (Elliott jt 2011, Kauppi jt 2018). Teema uurijad pakuvad välja, et õdede ajapuudust saab kompenseerida näiteks üliõpilaste kaasamisega. Üliõpilastele võib anda lihtsamaid kuid aeganõudvamaid ülesandeid nagu patsiendi ja tema lähedastega vestlemine ning nõustamine. See võiks kergendada osakonna õdede tööd. (Enger ja Andershed 2018.) Läbipõlemist kirjeldavad õed mitmes läbiviidud uurimistöös. Tavakonnaõed kardavad teha valesid otsuseid ja kahjustada patsiendi heaolu (Kauppi jt 2018). Tunne, et nad ei suuda intensiivravijärgsetele patsientidele pakkuda piisavat hoolt, tekitab neis frustratsiooni, ebakindlust ja kurbust, mis võib lõppeda läbipõlemisega (Elliott jt 2011, Enger ja Andershed 2018, Kauppi jt 2018). Liiga suurt vastutust üksi otsuste vastuvõtmise osas tunnetavad eelkõige need õed, kes on alles hiljuti kutse omandanud ja õekarjääri alustanud (Kauppi jt 2018).

Ärevust ja ebakindlust põhjustab patsientide ja nende lähedaste kõrgendatud tähelepanu ning kontrolliv suhtumine. Lähedased otsivad pidevalt kinnitust tavaosakonna õdede kompetentsusest. (Häggström jt 2012, Kauppi jt 2018.) Võrdlevad tavaosakonna õdede oskusi ja teadmisi intensiivraviosakonna õdede omadega (Kauppi jt 2018). Näiteks ootavad patsient ja tema lähedased ka tavaosakonnas pidevat jälgimist, nagu seda tehti intensiivraviosakonnas (Enger ja Andershed 2018). Tänu sellele peavad õed lisaks oma tavapärasele kutsetööle tegelema ka patsiendi ja tema lähedaste veenmisega, et pakutav teenus on endiselt kvaliteetne ning et patsient teeb edusamme paranemise suunas (Cognet ja Coyer 2014, Enger ja Andershed 2018).

4. METOODIKA

4.1. Metodoloogilised lähtekohad

Uurimistöö on empiiriline ja kvalitatiivne, andmeid koguti avatud intervjuudega ning analüüsimiseks valiti induktiivne sisuanalüüsi meetod. Autorile teadaolevalt pole Eestis varem tavaosakondade õdede kogemusi intensiivravijärgse õendusabi osutamisel uuritud, kuid vajadus selleks on. Inimliku kogemuse uurimiseks sobib fenomenoloogiline uurimismeetod (Gray jt 2017), mis on ka käesoleva uurimistöö teadusfilosoofiliseks raamistikuks. Kvalitatiivne fenomenoloogiline meetod valiti eesmärgiga koguda parim teadmine uuritava nähtuse mõistmiseks ning saada rikkalikult uusi teadmisi intensiivravijärgse õendusabi osutamise kohta (Merriam ja Tisdell 2015, Kallio jt 2016). Meetodi sobivust kinnitavad ka varem läbiviidud uurimistööd.

Uurimistööga sooviti välja selgitada Eesti haiglates töötavate tavaosakondade õdede intensiivravijärgse õendusabi osutamise kogemusi, võimalikke uudseid vaatenurki ja praktilisi soovitusi intensiivravijärgse õendusabi osutamiseks ning selleks uuritigi õdede sõnalist väljendust süvitsi (Elo ja Kyngäs 2008). Kvalitatiivse uurimismeetodiga on võimalik leida uusi fakte ja neid avalikkuse ette tuua (Hirsijärvi jt 2005).

4.2. Uuritavad ja nende värbamine

Uurimistöös osalemise kutse edastati kahe piirkondlikku haigla, Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) ja Tartu Ülikooli Kliinikumi (TÜK), tavaosakondade õdedel, kellel olid kogemused intensiivravi osakonnast üleviidud patsientidele õendusabi osutamisel. Uurimiskeskondadeks valiti piirkondlikud haiglad, kuna need on Eesti suurimad ja neis on suurim intensiivravipatsientide arv. Seega on ka intensiivraviosakonnast tavaosakonda üle viidavaid patsiente kõige enam ja õdedel rohkem kogemusi intensiivravijärgse õendusabi osutamisel. Lähtuvalt uurimistöö eesmärgist ja metoodikast, püstitati uuritavatele järgmised valikukriteeriumid:

- uuritavad on registreeritud õed;
- uuritavatel on intensiivravijärgse õendusabi osutamise kogemused ja nad on nõus oma kogemusi vabatahtlikult jagama;
- uuritavad on nõus ja suudavad jagada oma kogemusi eesti keeles.

Uurimistöö kooskõlastati uurimiskeskuste volitatud isikutega ja Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteega (vt lisa 1). Pärast kooskõlastuste saamist tutvustas autor uurimiskeskondade kliinikute õendusjuhtidele uurimistöö eesmärki, andmete kogumise vajalikkust ja oodatavat kasu haiglate teenuste kvaliteedi arendamisel. Tutvustamise eesmärgiks oli informeerimine, selgitamine ning toetuse saamine kliinikute õendusjuhtidelt, kes olid planeeritud informatsiooni edastajateks (vt lisa 2) tavaosakondade õendusjuhtidele. Viimased edastasid kutsed omakorda õdedele.

Elektroonselt edastaval uurimistöö kutsel oli viide uurimistöö kodulehele <https://iropatsient.voog.com/et>, mille kaudu sai potentsiaalne uuritav esmalt tutvuda uurimistöö eesmärgi ja andmete kogumise plaaniga ning teemakohase artikliga, mille uurimistöö läbiviija oli avaldanud ajakirjas Eesti Õde. Koduleht sisaldas ka detailset infot uurimistöös osalemise soovist teada andmise ehk registreerumise kohta. Registreerimiseks oli vajalik märkida eesnimi (pöördumiseks), kontakt (ühenduse võtmiseks) ning töökoht (andmebaasi iseloomustamiseks).

Pärast uurimistöös osalemise soovist teada andmist võeti uurija poolt e-kirja teel uuritavaga ühendust ning lepitati kokku intervjuu toimumise aeg ja koht. Prognoositav uuritavate arv oli algselt 10–15 uuritavat, sõltuvalt andmete küllastumisest. Uurimistöös osalemise soovi avaldas kokku 15 tavaosakonna õde. Intervjuud viidi koheselt läbi kaheksa õega, ent seitse õde ei vastanud kahele meeldetuletuskirjale, milles uurija pakkus intervjuu tegemise aega ja kohta. Registreerunud, kuid järelepärimistele mittevastanud õdedele saadeti veel üks meeldetuletav e-kiri, millele siis vastas kaks õde. Kokku viidi läbi kümme intervjuud, sealhulgas ühes uurimiskeskonnas kaheksa ja teises kahe uuritavaga.

4.3. Andmete kogumine

Uurimistöö andmeid koguti ajavahemikul september 2020 kuni aprill 2021 avatud individuaalintervjuude meetodil. Individuaalintervjuu meetodit nimetatakse ka vabaintervjuuks, süvaintervjuuks, vestlusintervjuuks, struktureerimata intervjuuks või suunamata intervjuuks (Laherand 2008). Individuaalintervjuu valiti põhjusel, et meetodi puhul kasutatakse avatud lõpuga sissejuhatavat küsimust/ teemapüstitust, mis on paindliku ja uuriva loomuga. Struktureerimata, vabad vestlused loovad eelduse, et kuigi vastajaid on vähe, kirjeldavad nad oma kogemusi ainulaadsel viisil. (Merriam ja Tisdell 2015.)

Avatud intervjuu meetodit kasutati, kuna see võimaldab saavutada nähtuse süvitsi mõista. Intervjuu struktureerimine seevastu võib seada uuritavate vastustele teatud piirid ning sellega võib uurija saada ebaolulist teavet uuritava nähtuse kohta. (Zhang ja Wildemuth 2009.) Avatud intervjuu andis uurijale vabaduse intervjuu ajal toetada uute teemade esile kerkimist, täpsustada uuritava mõtteid ning lähtuda intervjuueerimisel oma intuitsioonist ning intervjuu käigust (Merriam ja Tisdell 2015). Autor kasutas avatud intervjuu meetodit, et saada võimalikult sügavat ja põhjalikku teavet õdede kogemuste kohta intensiivravijärgses õendusabis ja jõuda seni nähtamatute vaatenurkadeni.

Intervjuusid viidi läbi andmete küllastumiseni ehk seni, kuni uut teavet uuritava nähtuse kohta enam ei lisandunud. Andmed küllastusid üheksanda intervjuuga, kuid viidi läbi ka eelnevalt kokku lepitud kümnes intervjuu, mis kinnitas andmete küllastumist. Andmete küllastumist hinnati pärast iga intervjuu transkribeerimist ja analüüsimist. Intervjuu läbiviimise koht lepitati uurija ja uuritava vahel kokku e-kirja vahendusel. Uuritaval paluti valida intervjuuks sobiv koht, kus ta tunneks ennast vabalt ja turvaliselt, sest uuritavad peavad saama oma kogemusi kirjeldada vabalt ja sundimatus keskkonnas (Laherand 2008). Tingimusteks oli, et ruum asuks neutraalsel pinnal, oleks vabalt ligipääsetav ja vastuvõetav mõlemale osapooltele, ruumi ei kostaks segavaid helisid, ruumis oleks vähemalt kaks tooli või diivan kahele inimesele ja laud. Kui uuritaval ei olnud endal ühtegi sellist ruumi pakkuda, leiti koht intervjuu läbiviimiseks uurija poolt. Neljal juhul leidis uuritav sobiva koha ja kuuel juhul uurija.

Intervjuu alguses selgitati uuritavale uurimistöö eesmärki, andmete kogumise põhimõtteid ja andmete ehk intervjuude tekstide hoidmise tingimusi. Selgitati kuidas on uurimistöös tagatud andmete konfidentsiaalsus ja uurimistöös osalemise vabatahtlikkuse printsiip. Kui uuritav oli läbi lugenud informeerimise ja teadliku nõusoleku vormi (vt lisa 3), allkirjastati dokument kahes eksemplaris, millest üks jäi uuritavale ja teine uurijale. Intervjuu salvestati diktofoniga. Mobiiltelefoni olemasolul paluti kasutada hääletut seadistust, et vältida tähelepanu hajumist intervjuu ajal. Uurija planeeris intervjuu kestuseks 20–60 minutit, kuigi kirjanduse andmetel kestavad intervjuud orienteeruvalt 60–90 minutit (Gary jt 2017). Lühema aja planeerimine tundus mõttekas, kuna liiga pikk intervjuu aeg võib uuritavatele hirmutav näida ja raskendada uuritavate värbamist. Läbiviidud intervjuudele kulus keskmiselt 38 minutit. Lühim intervjuu kestis 16 minutit ning pikim 58 minutit.

Lähtuvalt uurimistöö eesmärgist pöörduiti intervjueeritava poole järgmiselt: „Palun rääkige oma kogemustest intensiivravijärgse õendusabiga ehk oma tööst patsientidega, kes on intensiivraviosakonnast Teie osakonda üle toodud“. Sõltuvalt intervjuu edenemisest, kasutati abistavaid küsimusi ja intervjueeritava poolt öeldu kordamist ning peegeldamist: „Rääkige mulle sellest täpsemalt“, „Rääkige mulle sellest veel“, „Mida Te sellega täpselt mõtlesite?“, „Ütlesite, et, kas saaksite täpsustada?“. Abistavad küsimused aitasid uuritaval paremini avaneda, selgitada uuritavat nähtust ning soodustada ja julgustada uuritava eneseväljendust (Kallio jt 2016). Juhul kui uuritav kaldus uurija arvates teemast kõrvale, küsiti: „Kuidas on see seotud Teie intensiivravijärgse õendusabi osutamise kogemusega?“. Intervjuu lõpus võeti teema uurija poolt kokku: „Kui soovite seoses meie eelneva vestlusega lisada veel midagi, mis Teie arvates jäi ütlemata, siis palun tehke seda nüüd.“

Intervjueerimine nõuab asjakohast ettevalmistust (Kallio jt 2016) ning selleks viidi läbi kaks prooviintervjuud, mille eesmärk oli harjutada uurija intervjueerimisoskust ning kontrollida, kas esialgne avatud intervjuu pöördumine sobib nähtuse uurimiseks. Prooviintervjuud viidi läbi nii kolleegiga (*internal testing*) kui ka potentsiaalse uuritavaga (*field-testing*). Kolleegiga läbi viidud prooviintervjuu andis kasulikku teavet selle kohta, kui selge oli sissejuhatav teemapüstitus. (Kallio jt 2016.) See kustutati koheselt, seda ei kasutatud andmete analüüsis. Prooviintervjuu uuritavaga andis selguse uurimisteedest arusaamise ja intervjuu kestuse kohta (Kallio jt 2016).

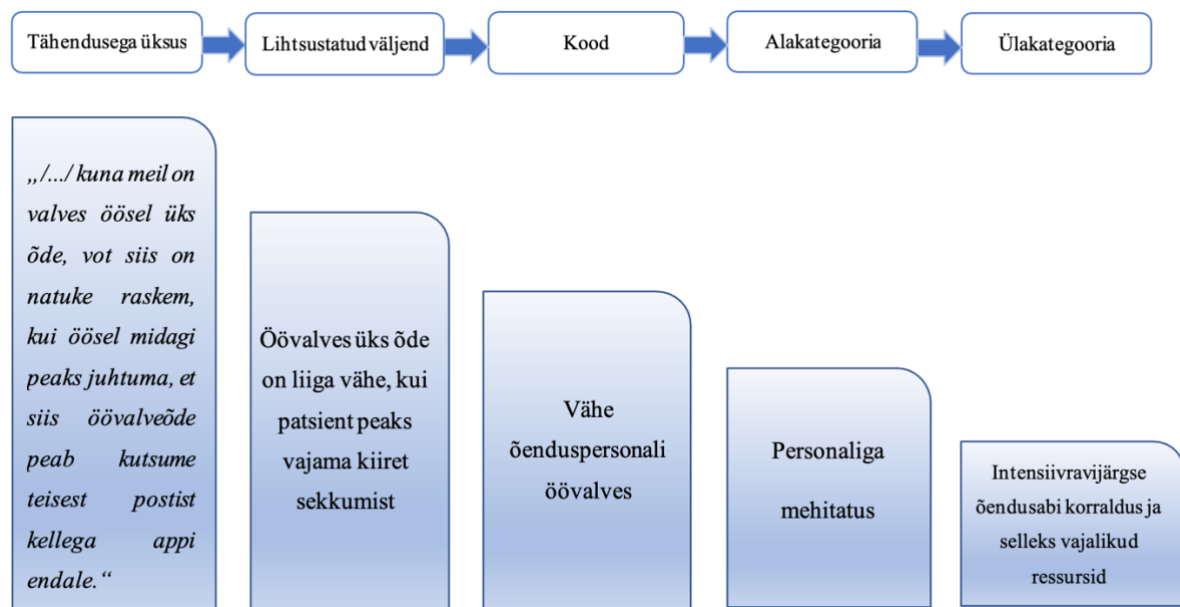
Uuritavaga prooviintervjuud tehes teavitati teda uurimistöö eesmärgist ja vajalikkusest, andmete kogumise ja säilitamise detailidest, intervjuus osalemise vabatahtlikkusest ja uurimistööst taganemise võimalusest. Seejärel allkirjastati informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm. Suuliselt lisati, et saadud andmeid kasutatakse vaid juhul, kui avatud intervjuu küsimust ei muudeta pärast prooviintervjuu läbiviimist. Seega oli uuritav teadlik prooviintervjuu eesmärgist. Pärast prooviintervjuu läbiviimist küsiti uuritavalt kohe, kas ta sai uurimisteedest aru ja kuidas ta end intervjuu ajal tundis. Uuritava sõnul oli teemapüstitus arusaadav ning ta tundis ennast turvaliselt: „Räägiks nagu vana tuttavaga.“ Vastavalt sellele tagasisidele ei muudetud avatud teemapüstituse sõnastust ning prooviintervjuul kogutud andmed lisati uurimismaterjali hulka.

4.4. Andmete analüüs

Lähtuvalt uuritavast teemast ja uurimismeetodist, analüüsiti andmeid induktiivse sisuanalüüsi meetodil (*inductive content analysis*) kuna see võimaldab analüüsida verbaalset kommunikatsiooni (Cole 1988). Uurimistöös kasutati sisuanalüüsi meetodit tööriistana, millega luua uusi teadmisi, parandada uurija arusaamist nähtusest, mõista põhjalikult ja tuua avalikkuse ette inimeste kogemusi (Krippendorff 2004, Hsieh ja Shannon 2005). Induktiivne sisuanalüüs iseloomustab liikumist üksikult üldisemale ning induktiivse sisuanalüüsi protsess sisaldas endas kolme osa: ettevalmistus ja analüüsimine, andmete korrastamine ning tulemuste esitamine (Elo ja Kyngäs 2008).

Andmestiku ettevalmistamine algas intervjuude salvestiste transkribeerimisega kahe ööpäeva jooksul uurija isiklikku arvutisse. Transkribeerimisega muudeti salvestatud intervjuud tekstiks, ehk audiotekstile anti kirjalik kuju ning helisalvestised muudeti andmestikuks. Transkribeeriti nii palju ja nii täpselt, kui seda nõudis uurimistöö eesmärk. (Laherand 2008.) Transkribeerimisel kasutati Alumäe jt (2018) veebipõhist kõnetuvastusprogrammi. Pärast kõnetuvastusprogrammi kontrolliti kogu tekst käsitsi üle ning parandati või täiendati seda, lisati transkriptsioonimärgid (Jeffersoni transkriptsioonimärgid) teksti täpsustamiseks ja anti intervjuude tekstidele kodeeritud nimed 1–10. Andmestikust eemaldati inimeste- ja kohanimed, osakondade nimetused ja muu, mis oleks võinud seada uuritava konfidentsiaalsuse ohtu ja muuta ta äratuntavaks. Kokku saadi 72 lehekülge A4 formaadis teksti reavahega 1,5 ja tähesuurusega 12. Toetudes Elo ja Kyngäs (2008) meetoodilistele juhisteile, loeti ettevalmistuse etapis kogu andmestik korduvalt läbi, et saavutada terviklik arusaamine materjalist.

Kvalitatiivse sisuanalüüsi andmete korrastamise etapp sisaldas tähendustega üksuste (*meaning unit*), lihtsustatud väljendite (*condensed meaning unit*) ja koodide (*code*) loomist ning koodide grupeerimist ja kategoriseerimist. Koodide loomisel tugineti uurimistöö eesmärgile ja jäeti alles vähendatud tekst. Koodideks olid lauseosad või märksõnad, millega tähistati tekstilõike. Sellega vähendati mahukat teksti ja jäeti järele vaid uurimistööks oluline sisu. Alakategooriad ja ülakategooriad (*subcategory, category*) on uurija loodud analüütilised üksused, millesse koondati sarnased koodid ja mis kirjeldavad uuritavat nähtust. Sarnaste koodide ja nende omavaheliste sarnasuste, seoste ja hierarhiate põhjal moodustati alakategooriad ja ülakategooriad. (Elo ja Kyngäs 2008.) Joonisel 1 on kujutatud näide koodi moodustumisest ja kategooriate tekkimisest.



Joonis 1. Näide koodi moodustumisest ning kategooria tekkimisest

Kodeerimisel ja kategoriseerimisel kasutati MAXQDA2020 kvalitatiivsete andmete analüüsimise tarkvara, mis võimaldas käsitleda suurt hulka tekste. Lisaks pakkus see kiiret ja lihtsat ligipääsu andmetele ja koodidele samaaegselt. Kogu andmestik ning moodustatud koodid ja kategooriad on koos programmis ja uurijale kergesti kättesaadavad. Tarkvara kasutamiseaega säästeti uurija aega. (García-Horta ja Guerra-Ramos 2009.)

Tulemused esitati sisutiheda analüüsitud teksti ja tabelitena. Tulemuste ja kodeerimisloogika paremaks mõistmiseks esitati uurimistöö tulemuste peatükis uuritavate otsesed tsitaadid intervjuudest ning need on märgistati kodeeritult (1–10). Tsitaadid esitati jutumärkides ja kaldkirjas ning vajadusel lühendati (/.../).

4.5. Uurimistöö usaldusväarsus

Uurimistöö usaldusväarsus tagati hästi läbimõeldud ja korrektselt kavandatud uurimismetoodikaga: uuritavate valik, andmete kogumise viis ja andmete analüüsimiseetodi valik. Tõenduspõhise kodeerimisskeemi loomisel ja järgimisel toetuti Elo ja Kyngäs (2008) tehtud uurimistööle. Andmeid kogudes ja analüüsidis suhtuti kriitiliselt uurija enda maailmavaadetes, arvamustes ja kogemustes, et need ei mõjutaks uurimistulemusi (Merriam ja Tisdell 2015). Intervjuudel külluslikuma informatsiooni saamiseks arendati uurija intervjuueerimisoskusi ning peeti uurimistöö päevikut. Päeviku pidamise eesmärk oli uurija

enesereflektisioon ja arenguanalüüs kogu uurimisperioodi vältel. Iga läbi viidud intervjuuga arendati uurija intervjuerimisoskust ja valmistati teda ette avatuma ja sisukama intervjuu jaoks. Sel viisil kindlustati, et kogutud on võimalikult rikkalik ja usaldusväärne andmestik.

Intervjuude läbiviimisel ei suunatud uuritavaid, vaid kasutati öeldu peegeldamist ja ümbersõnastamist. Teadvustati, et kvalitatiivse uurimistöö puhul on peamiseks instrumendiks inimene (uurija), kes kogub ja analüüsib andmeid ning andmete interpreteerimine sõltub paljuski just temast (Merriam ja Tisdell 2015). Kvalitatiivse analüüsimeetodi puhul kujutab liigne tõlgendamine ohtu edukale sisuanalüüsile (Elo ja Kyngäs 2008). Usaldusväärsete uurimistulemusteni jõudmiseks tehti koostööd juhendajatega, kes hindasid andmete kodeerimise loogikat ja tulemuste tõlgendamist.

5. TULEMUSED

5.1. Intensiivravijärgse õendusabi osutamine tavaosakonnas

Andmete analüüsi tulemusena kujunes neli ülakategoriat, mis iseloomustavad intensiivravijärgse õendusabi osutamist tavaosakonnas: 1) teadmised ja oskused intensiivravijärgse õendusabi osutamiseks, 2) intensiivravijärgse õendusabi korraldus ja selleks vajalikud ressursid, 3) koostöö ja 4) suurenenud töökoormus. Kategooriate kujunemine on kujutatud tabelis 1.

Tabel 1. Õdede kogemusi iseloomustavad ala- ja ülakategoriad

| Alakategoriad | Ülakategoriad |
|---|--|
| Teadmiste hankimine ning arendamine Vilumuste ja oskuste omandamine ning säilitamine | Teadmised ja oskused intensiivravijärgse õendusabi osutamiseks |
| Valvepersonaliga mehitatus Vajalikud töövahendid Patsiendi üleviimine Osakonnasisene töökorraldus | Intensiivravijärgse õendusabi korraldus ja selleks vajalikud ressursid |
| Kogemused intensiivraviosakonnaga Osakonnasisene koostöö Muu koostöökogemus | Koostöö |
| Õendustoimingud intensiivravijärgse patsiendiga Intensiivravijärgse patsiendi lisavajadused Töökoormus Lähedased | Suurenenud töökoormus |

5.2. Teadmised ja oskused intensiivravijärgse õendusabi osutamiseks

Ülakategooria teadmised ja oskused intensiivravijärgse õendusabi osutamiseks koondab enda alla kaks alakategoriat: 1) teadmiste hankimine ning arendamine ning 2) vilumuste ja oskuste omandamine ning säilitamine. Alakategooriate kujunemine on kujutatud tabelis 2.

Tabel 2. Õdede teadmised ja oskused intensiivravijärgse õendusabi osutamisel ülakategooriat kirjeldavad koodid ja alakategoriad

| Koodid | Alakategoriad |
|--|--|
| Õelt-õele teadmiste jagamine Koolitused vastavalt osakonna vajadustele E-õpe uutele õdedele Teadmised suremisest ja surmast | Teadmiste hankimine ning arendamine |
| Varasem töökogemus Vähene praktiline kogemus Roteerumine Tehtud ravivead | Vilumuste ja oskuste omandamine ning säilitamine |

Intensiivravijärgse õendusabi osutamiseks vajalike **teadmiste hankimine ning arendamine** käib õdede sõnul pigem läbi üksteise juhendamise ja õpetamise. Õed kirjeldasid, kuidas nad õpetavad nooremaid õdesid tuginedes oma enda varasematele töökogemustele. Õdede sõnul puuduvad osakonnaspetsiifilised koolitused, mis sisaldaks intensiivravijärgse patsiendi käsitlust ning hetkel koolitatakse ennast iseseisvalt. Koolituste läbiviimiseks tuleks rohkem kasutada e-õppe keskkondasid. Veebipõhised koolitused annaks uutele õdedele võimaluse kiiremini saavutada teatud teadmiste taset juhuks, kui osakonda saabub patsient intensiivraviosakonnast. Samuti võimaldavad veebipõhised spetsiifilised koolitused värskendada kogenud õdede teadmisi, kes pole pikka aega oma töös kokku puutunud intensiivravijärgse patsiendiga.

„ /.../ ei ole sellega varem kokku puutunud väga ja teine, kes on sellega kokku puutunud. Ta siis saab temaga nüüd õppida.“ (1)

„See kuidas seda haava siduda... intensiivraviõde seletab mulle, mina siis vahetuse ajal ütlen järgmisele edasi, aga ülejärgmiseni see info enam ei jõua.“ (10)

„ /.../ mina näen siin vajadust ka õdede osakonna spetsiifilise õpetamise standardiseerimise järele.“ (6)

„Digitaalset võimalust, /.../ uutele õdedele mingi spetsprogrammid, e-õppe vormis. Näiteks saab igasuguseid teste teha ja materjale üles riputada ja näiteks noh /.../ et oleks mingi kindla teema olema selleks ajaks omandanud.“ (5)

Tavaosakonna õed kirjeldasid teatud ebakindlust osutades õendusabi ravipiiranguga patsientidele. Suremine ja surm on teemad, millest teadmised on kas puudulikud või pole need üheselt mõistetavad. See valmistab õdedele teinekord raskusi enda tunnete valitsemisega.

„/.../ viimane patsient oli nelikümmend pluss ((40+ aastane)). Noh, tal oli samamoodi otsus vastu võetud (mitte elustada). Lähedased, noh naine, laps või väikesed lapsed, olid ka kogu aeg pidevalt nagu juures. // Et sellist patsienti on raskes lasta, et ikka annad endast maksimumi, elustad kui vaja on, ja ikkagi hoolitsed selle eest, et tal oleks nahk terve ja et lamatisi ei tekiks ja kõike seda ka.“ (1)

„Kui suremise hetk käes, siis tegelikult ei peaks neid elustama. /.../ kas sa nüüd siis toimid õieti/.../“ (6)

„Ma olen tundnud, et väga raske on nagu lasta patsiendil surra /.../“ (5)

Vilumuste ja oskuste omandamine ning säilitamine sõltuvad õdede kirjeldusel pikaajsest töökogemusest ning praktiseerimise võimalustest. Õed, kellel on varasem intensiivravivis, kiirabis või erakorralise meditsiini osakonnas töötamise kogemus, tunnevad ennast ka tavaosakonnas vilunudena ning intensiivravijärgse patsiendi eest hoolitsemine ei valmista neile raskusi. Samas väheste praktiliste kogemustega õdede sõnul tuleb teatud õendustoiminguid teha tavaosakonnas harva ning selles pärast nad kardavad neid teha.

„Ma olen nii palju aastaid töötanud ja minu jaoks ei ole üldse probleem.“ (6)

„Töötasin enne intensiivis mitu aastat /.../.“ (10)

„/.../ mõned võib-olla ilmselgelt kardavad sellist noh nooremad õed just, ütleme et nad võibolla kardavad seda teha /.../.“ (1)

„Trahheostoomide vahetused muidugi, mõni õde vahetab /.../ saavad õed hakkama.“ (1)

„Me ei tee neid ju igapäevaselt, vahel /.../.“ (9)

Praktiliste oskuste arendamiseks sobib hästi roteerumine intensiivraviosakonda, kus on võimalik teostada rohkem käelisi tegevusi vilumuste omandamiseks. Õdede sõnul on koolitused olulised, kuid kindlasti on seejuures vaja ka praktilist kogemust. Teadud lihtsamaidki õendustoiminguid (nagu igapäevane suuhügieen) tuleb tavapärase osakonna patsientidega teha harva, sest nad teevad seda ise ning seetõttu pole õdedel ka kogemust märgata.

„/.../ selline poolkohustuslik roteerumine, et antakse õdedele nagu valida.“ (9)

„Ma ei kujuta ette, kas koolitus aitab? Samas ei ole mõtet, kui seda praktikat on ka vähe.“ (3)

„Deffi ((defibrillaatori)) kasutamine, nagu meil on ta olemas osakonnas, aga seda kogemust ei ole ju põhimõtteliselt.“ (2)

„/.../ see patsient jääb sageli tavaosakonnas hooldamata. /.../ suus olid tekkinud väga rasked haavandid ja sellised asjad, ühesõnaga mitte keegi ei tulnud selle peale, et haigel võiks hambaid pesta, suud hooldada.“ (5)

Teatud ravimite manustamist samuti tuleb õdede kirjeldusel osakonnas ette harva ning nad pole omandanud piisavalt oskusi nende ravimite ohutuks manustamiseks.

„/... / dopamiini või sellise toetava ravimiga on mõned üksikud juhtumid olnud.“ (5)

„Muidugi on ka neid epiduraale ja on olnud juhused, kus aeti sassi epiduraal ja et issand, ma ei mäleta, mis sinna teise läks. Mingi asi läks veeni sinna ja pandi, õde pani paljusid epiduraali süstlaid. Aga õnneks see juhe on nii pikk. Teine õde avastas, ja võttis maha selle.“ (3)

„/.../ oleme saanud kätte küll niimoodi, et on mindud tegema antibiootikume, nad saavad kõik ühte sama antibiootikumi, aga noh, kellaajad on erinevad.“ (4)

5.3. Intensiivravijärgse õendusabi korraldus ja selleks vajalikud ressursid

Ülakategooria intensiivravijärgse õendusabi korraldus ja selleks vajalikud ressursid koondab enda alla neli alakategooriat: 1) valvepersonaliga mehitatus, 2) vajalikud töövahendid, 3) patsiendi üleviimine, 4) osakonnasisene töökorraldus. Alakategooriate kujunemine on kujutatud tabelis 3.

Tabel 3. Intensiivravijärgse õendusabi korraldus ning ja selleks vajalikud ressursid ülakategooriat kirjeldavad koodid ja alakategooriad

| Koodid | Alakategooriad |
|---|-----------------------------|
| Arst ei ole koguaeg osakonnas Vähe õenduspersonali öövalves Intensiivravijärgne patsient vajab lisaõde Kogemusteta õed valves Hoolduspersonali puudus | Valvepersonaliga mehitatus |
| Monitoorimise ja jälgimise võimalused Vahendid ravimite manustamiseks Elustamisvahendid Muud vajalikud vahendid | Vajalikud töövahendid |
| Patsiendi juhendamine üleviimisel Sujuv patsiendi üleviimine Informatsioon üleviimisel Patsiendi varajane üleviimine | Patsiendi üleviimine |
| Ebaselge töökultuur Patsientide paigutamine osakonnas Palju intensiivravijärgseid patsiente tavaosakonnas Ei saa pakkuda soovitud abi Ruumipuudus | Osakonnasisene töökorraldus |

Tavaosakonna õed kirjeldasid kuidas nende osakonnavalved on **valvepersonaliga mehitatud**. Töökorralduse järgi on arst tavaosakonnas vaid teatud aegadel või on üks arst/ konsultant mitme osakonna peale. Probleemide tekkimisel on õed hakanud arsti otsima ning teda patsiendi haiguslooga kurssi viima, sest arstidel puudub terviklik ülevaade osakonnas viibivatest patsientidest. Õed tunneksid ennast turvalisemalt, kui osakonnas viibiks arst pidevalt, nad saaksid vajadusel kohe arsti poole pöörduda, nõu küsida ning arstil oleks olemas täielik ülevaade patsientide seisunditest. Õed tunnevad end abita jäetuna ja ei ole olukorraga rahul.

„/.../ meil puuduvad siin põhimõtteliselt arstid. Meil on ainult konsultandid /.../. Kas ta on siis nädalas korra, kaks või ta on siis igapäevaselt kaks tundi. Ülevaatlikkust kui sellist neil tegelikult haigetest ei ole. /.../ ma võin informeerida seal kodus olevat konsultanti mis ta, mind ta ei saa mind aidata.“ (1)

„Kuna meie osakonnas ei ole olemas arsti väljaspool tööaega või seda kaheksast neljani on arst olemas ja pärast seda meie osakonnas arsti ei ole siis tegelikult on üsna kehvasti /.../.“ (3)

Õdede puudust on püütud kompenseerida abiõdede palkamisega, kuid nende väljaõpe ja kogemused ei vasta õdede hinnangul diplomeeritud õe oskustele. Õed kirjeldasid olukordasid, kui osakonnas viibiva intensiivravijärgse patsiendi jälgimiseks oli vaja lisaõde, kuid seda võimaldada ei saadud kuna tähelepanu ja hoolt vajasisid ka teised osakonnas viibivad patsiendid. Samuti on õdede sõnul hooldajate töökoormus väga suur.

„/.../ kuna meil on valves öösel üks õde, vot siis on natuke raskem, kui öösel midagi peaks juhtuma, et siis öövalveõde peab kutsume teisest postist kellega appi endale.“ (1)

„/.../ on ka öid, mis on nagu väga keerulised, aga öösel on kaks õde. /.../ Et noh, et öösel peab ikkagi olema mingi moment, et kus saab ka teine puhata, et noh, olukorrast välja minna, et tee siis oma selle tunni või poolega, mis sa tahad, et maga või seisa või jookse.“ (3)

„Päeval on 2 õde 18 patsiendi kohta /.../ kui satub veel intensiivist tulnud patsient /.../.“ (9)

Õdede puudust on püütud kompenseerida abiõdede palkamisega, kuid nende väljaõpe ja kogemused ei vasta õdede hinnangul diplomeeritud õe oskustele. Õed kirjeldavad olukordasid, kui osakonnas viibiv intensiivravijärgne patsiendi jälgimiseks on vajab lisaõde, kuid selleks pole valves piisavalt õdesid, sest tähelepanu ja hoolt vajavad ka teised osakonnas viibivad patsiendid. Samuti on hooldajate töökoormus suur.

„Personali puudus, see on kindlasti üks asi, mis sageli halvendab intensiivravist tulnud nii-öelda üles putitatud haige seisundit seal tavaosakonnas /.../ Õdesid on ka erinevaid, et meil on väga palju abiõdesid praegu tööl või selliseid õdesid, kes on lühikest aega töötanud.“ (5)

„Täna näiteks mul on kaks tüdrukut, üks on medkooli tüdruk, teine on arstitudeng. Üks on lõhna saanud, ütleme jutumärkides ja teine ei ole üldse lõhna saanud, eks ole ju.“ (7)

„Meil on öösiti üks hooldaja terve osakonna peale, kus on kakskümmend patsienti ja ta peab hommikul suutma need patsiendid abistada, pesta, hooldada, et, et see on noh, väga suur koormus.“ (5)

Tavaosakonna õdedel on olnud kogemusi õendusabi pakkumiseks **vajalike töövahendite** olemasoluga ja kasutatavusega. Õdede kogemustel on intensiivravijärgse patsiendi jälgimisvõimalused tavaosakonnas piiratud. Õed peavad leidma erinevaid lahendusi, kui tekib vajadus patsienti osakonnas pidevalt jälgida. Näiteks on nad kasutanud transportmonitori, kuid sellise lahenduse puhul pole kõrvalekaldeid elulistes näitajates tuvastatavad väljaspool palatit. Õed on palatis oleva monitori jälgimiseks kasutanud ka õepostis asuvat kaamerat, mille pilti nad saavad suurendada ning sel viisil numbrilisi näitajaid eemalt jälgida.

„/.../ meil võiks ka olla telemeetria patsientidele, et pärast oppi on väga tihti need rütmihäired, mida on väga raske tuvastada. Et minul on näiteks üks patsient niimoodi hommikul voodis olnud surnud üksinda erapalatis, tõenäoliselt üle rütmihäire, kuna ta üksi oli, eks ole, šokk kõigile.“
(4)

„/.../ ühendame transportmonitori külge, kui haige rohkem nagu jälgimist vajab.“ (2)

„Intensiivravis nad on sul monitori all ja sa näed kohe, kuidas nende seisund on. Aga, aga üldpalatis ju ei näe kohe, siis peadki eeldama seda, et patsient ise ütleb oma seisundi kohta midagi.“ (10)

„Ja teine koht, kuhu meile tulevad IRO patsiendid tagasi, on infektsiooni palatid, isolaatorid. Ja seal on patsiendid ihuüksinda. Meil on ainult ühes palatis kaamera. Teised on ilma jälgimiseta. Ja siis nad seal, niimoodi on, seal omaette.“ (3)

„/.../ isolaatoreid on meil kuus, /.../ ainult üks monitoorimise võimalus.“ (9)

Ravimite manustamiseks ei jätku õdede kogemustel piisavalt vahendeid. Põhjuseks arvatakse olevat automaatsüstalde ja tilgalugejate harv kasutamisevajadus ning seetõttu ei ole neid osakonda varutud. Samas kirjeldati mitmeid olukordi, kui õel tuli intensiivravijärgsele patsiendile manustada ravimit perfuusoriga. Töövahenditest nimetasid õed veel aspiraatorit, mille kasutamist tuleb neil osakonnas ette, kuid aspiraator pole olnud valmis kasutamiseks. Puudu on olnud oluline vaheosa, milleta masin ei tööta. Elustamisvahendite asukohas ei olnud õed kindlad.

„/.../ meil praegu hetkel ei jätku kõikide jaoks.“ (7)

„Ma ei tunnegi sellest tilgalugejast niivõrd palju puudust, perfuusorist küll, vahel on vaja panna.“ (4)

„Aspiraator tuleb kohe, sest et seal on üks väike ühendus, voolik, ilma milleta miski ei toimi, tegelikult peaks ta seal kogu aeg küljes olema, see vahel koristatakse ära, ja seda ei pruugi nagu kuskil laos olemas olla.“ (4)

„ /.../ elustamisasju ei ole tegelikult nagu patsiendi juures, et need on ikkagi kas siis noh, karbiga siis niiöelda seina peal või siis on neil (vanemõde) omaenda ruumis.“ (1)

Patsiendi üleviimist intensiivraviosakonnast tavaosakonda kirjeldavad osakonnaõed positiivselt. Õdede sõnul on neil häid kogemusi patsiendi üleviimisega ning kõik oluline informatsioon on üldjuhul kirja pandud epikriisi. Suuliselt lisatakse tähtsaim intensiivraviosakonnas patsiendi üleandmisel. Selline teadmiste jagamine on õdede sõnul hästi korraldatud ning toimib efektiivselt. Tavaosakonna õed saavad piisavalt vajalikku informatsiooni jätkamaks patsiendi eest hoolitsemist osakonnas. Õdede sõnul toimib üleandmisel kommunikatsioon mõlemas suunas, see tähendab, et ka intensiivraviõed võtavad kuulda osakonnaõdede soovitusi ja ettepanekuid edaspidise ravi tõhusamaks muutmise osas.

„Aastate jooksul on nii ilusti välja kujunenud, et helistame ette, küsime, mida me võtame kaasa, mis aparatuuri, hapnikuballooni /.../ vaatame juba enne valmis (epikriisist), mis patsient on. Kohapeal saab kõik ära räägitud /.../ Ja põhiliselt väga kiirelt ja sujuvalt läheb haige üleviimisega.“ (2)

„See õde, kes tookord ta mulle üle andis, andis täpse ülevaate, mis nad täna teinud olid /.../.“ (9)

„Ma arvan, et kui see on paberil kirjas, siis võib-olla nagu noh võetakse seda kuidagi tõsisemalt, või pööratakse rohkem tähelepanu /.../ et patsient vajab abi näiteks suu hooldamisel. /.../ ma arvan, mina tahaks patsiendi hooldamise kohta nagu rohkem sellist teavet intensiivist saada, et mida ta nüüd vajab ja näiteks ka füsioteraapiat, mida me peame tegema.“ (5)

„Ma nüüd juba pikemat aega olen seda meelt ja ma olen neile seal intensiivis ka öelnud, et teeme nii, et kui patsient on hommikul istunud, siis aitame ta istuma, tõuseb ise oma jalale ja istub ümber voodisse ja tegelikult see aitab väga palju. Esiteks patsient ei tee endale üldse nii palju haiget, teine asi, ta saab natuke julgust juurde, et ta ei lähegi kohe katki.“ (4)

Hoolimata headest kogemustest patsiendi üleviimisel on ka kogemusi patsiendi liiga varajase üleviimisega. Õed kirjeldavad, kuidas intensiivraviosakonnas on vaja vaba voodikohta ning seal ravil viibiv patsient tuleb kiiresti tavaosakonda toimetada. Näitena kirjeldas üks

osakonnaõde valvet, kui intensiivraviosakonnast toodud patsiendi raske seisundi tõttu käis intensiivraviarst teda pidevalt jälgimas ning tavaosakonna arsti ja õdesid nõustamas.

„/.../ kui meil näiteks on ootamas EMOs, tuleb mingi raskem haige või siis intensiiv palub, et palun võtke oma patsient, neil on kohta vaja.“ (10)

„Teinekord tundub, et natuke liiga kiiresti on tulnud patsiendid alla ja siis see intensiivi arst käib edasi tagasi meie juures /.../.“ (3)

Tavaosakonna õdede kogemused **osakonnasisese töökorraldusega** annavad mõista, et osakonnasisene töökultuur võib olla ebaselge, tavaosakonda satub intensiivravijärgseid patsiente tihti ning osakondades valitseb ruumipuudus. Ebaselgust töökultuuris on õed kogunud siis, kui kõik valves olevad õed tegelevad kõikide patsientidega samaaegselt, puudub süsteem. Osakonnas kas puuduvad selged tööjuhised või kõik õed ei lähtu oma töös nendest.

„Aga välja on kujunenud selline asi, et kõik jooksevad igale poole, mis tähendab, et kõik teevad kõike ja vastutust ei võta keegi, et ma olen üsna palju sellest rääkinud ja lõpuks ikkagi põrkab vastu seda seinat. Aga mis siis, kui minul on rohkem patsiente kui teil? Et, et see ei ole ka selline jätkusuutlik lahendus.“ (5)

Õdede sõnul on intensiivravijärgseid patsiente palju ning jälgimispatite olemasolu kergendab nende tööd. Samas, isegi kui osakonnas on jälgimispalat, ei pruugi nad alati sinna ära mahtuda. Ruumipuudus on tekitanud olukordi kui pidevat jälgimist vajav patsient on paigutatud hoopis osakonna palatisse. Ruumipuuduse tõttu ei saa alati eraldada mehi ja naisi ning pakkuda patsientidele piisavalt privaatsust.

„Vanasti kui intensiivravi jälgimispatit ei olnud, oli küll keeruline neid patsiente jälgida palatis. Nüüd me ikka püüame raskemad patsiendid jälgimispalatisse tuua ja seal neid jälgida.“ (10)

„Aga eriti siis, kui ei mahu ära sinna intensiivi (jälgimispalatisse), paneme siis nagu palati poolele.“ (2)

„Jälgimispalatisse ei mahu kõik ära /.../ (7)

„/.../ neid haigeid tuleb. Neid lihtsalt ei ole mitte kuskile panna.“ (9)

„/.../ sest patsiendid, kes tulevad üldintensiivist ei ole palati haiged.“ (1)

„Olen kurb /.../ väga raske on jätta patsient ootama /.../.“ (8)

„Oleme üritanud ikkagi mehed ja naised eraldi, aga on ka juhuseid, kui nad on küll ühel poolel, lihtsalt ei ole muud moodi võimalik.“ (9)

„/.../ kui sul on seal kahe patsiendi vahel pool meetrit ja nad on sul seal üksteise kõrval, esiteks ei ole see nagu inimlik. Nad on põhimõtteliselt ju pikali maas /.../ oma neid hädasid, seal niimoodi, teine on seal pool meetrit eemal, siis mõtlen, et huvitav küll, miks ta ei saa siibri peale tehtud.“ (3)

„/.../ kakskümmend kuus voodikohta on, aga meil on täituvus viimasel ajal mingi kolmkümmend kaks või niimoodi.“ (5)

5.4. Koostöö

Ülakategooria koostöö koondab enda alla kolm alakategooriat: 1) kogemused intensiivraviosakonnaga, 2) osakonnasisese koostöö ning 3) muu koostöökogemus. Alakategooriate kujunemine on kujutatud tabelis 4.

Tabel 4. Koostöö ülakategooriat kirjeldavad koodid ja alakategooriad

| Koodid | Alakategooriad |
|--|-----------------------------------|
| IRO meeskond Koostöö IRO õdedega Elustama tuleb IRO | Kogemused intensiivraviosakonnaga |
| Õdede suhtumine Meeskonnatöö hooldustöötajatega Meeskonnatöö arstidega Meeskonnatöö puudumine | Osakonnasisese koostöö |
| Lähedaste toetus Üksuste juhid | Muu koostöökogemus |

Kogemusi intensiivraviosakonnaga kirjeldasid õed olukordades kui nad vajasid abi või soovisid nõu küsida intensiivraviosakonnast üleviidud patsiendile õendusabi osutades. Õdede sõnul helistavad nad julgelt intensiivraviosakonna õdedele, et paluda selgitust näiteks ravimite manustamise küsimustes. Õed on kogenud intensiivraviosakonna poolset mõistvat suhtumist nende küsimustesse. Õdedele on selge, millise intensiivraviosakonna poole tuleb pöörduda patsiendi elustamise korral.

„Helistad sinna intensiivi, kuts me oma haiged toome /.../ teinekord õed, tüdrukud, on tulnud appi ka.“ (4)

„/.../ tüdrukud ((intensiivravi õed)) ei ole abist keeldunud, mitte kunagi.“ (7)

„Meil on päris hea koostöö olnud kõikide IROdega.“ (2)

„Ma olen isegi paar korda pidanud helistama, ükskord meil tekkis segadus nende ravimitega. /.../ Oleme ka siis nende tsentraalveenikateedrite pärast näiteks helistanud ja küsinud sealt, /.../ osasid liine kasutatakse seal ühtede ravimite jaoks, teine teiste jaoks. /.../.“ (3)

„Elustamist me väga ei oska, siis tuleb ikkagi IRO brigaad appi.“ (10)

Osakonnasisest koostööd kirjeldasid õed situatsioonides oma osakonna õdede, arstide ja hooldajatega. Õed on kogenud kolleegide halvustavaid sõnavõtte ning teatud hoiakuid osutatavasse õendusabisse. Koostöö kogemused kirjeldavad kõigi osapoolte panustamise vajalikkust.

„/.../ ega meil ei ole siin sanatoorium ((olukorras, kui õde soovib patsiendiga pikalt tegeleda)).“ (8)

„Et mõni õde pöörab nagu rohkem, mõni ei pööra üldse tähelepanu.“ (5)

„/.../ siis peab keegi kiiresti tooma ja siis keegi peab seda seisundit jälgima ja et siis on nagu meeskonnatööd suuremat vaja.“ (1)

„Et meil põetajad teavad, kus on mingid õdede asjad, et et kui kiireks läheb, siis oskavad nagu asju ulatada.“ (2)

„/.../ et hooldaja oleks, mitte niimoodi, et ma ainult ütlen, et tee seda või teist, vaid et ta olekski olemas.“ (6)

Arstiga suheldes on tavaosakonna õed ettevaatlikud. Senised kogemused on tekitanud olukorra, kus õed ei julge kõigi küsimustega arsti poole pöörduda.

„/.../ arsti poole ma nagu ei julge nagu pöörduda, sest et äkki mul on väga-väga rumal küsimus.“ (8)

„/.../ et siis jah, tihti on niimoodi, et aga miks te nii teete ja miks ta nii ei ole teinud, pigem saad nagu pahandada.“ (5)

Õed kirjeldasid üldise meeskonnatöö puudumist ja abitust, kui neil tuli tegeleda intensiivravijärgse patsiendiga.

„/.../ see pool on omaette, see pool on omaette ((olukorras, kui osakonda loodi jälgimispalat)). Ja me tundsume, et noh, natukene oleme üksinda jäänud.“ (7)

./.../ ega nüüd nii-öelda abi või rääkida sellest kellelegi siin ei ole võimalik, seda ei ole lihtsalt.“(2)

Muu koostöökogemusena kirjeldasid õed häid kogemusi lähedastega ning nendega koostöö ja üksteise mõistmise olulisust. Koostöö üksuste juhtidega on õdede sõnul ebapiisav, õed tunnevad juhtide poolset mõistmatust.

„No õesse suhtutakse ikkagi austusega. Minu arvates õe juttu peetakse selliseks, iga lauset arvestatakse.“ (8)

„ Millegipärast arvatakse, et kõik on hästi, aga pole ju. ./.../ meie osakonna juhataja on selgelt öelnud, et meie probleem ei ole mitte tööjõupuudus ./.../ (3)

„./.../ ütles ((juht)), et tuleb ennast kokku võtta.“ (9)

5.5. Suurenenud töökoormus

Ülakategooria suurenenud töökoormus koondab enda alla neli alakategooriat: 1) õendustoimingud intensiivravijärgse patsiendiga, 2) intensiivravijärgse patsiendi lisavajadused, 3) kogemused töökoormusega ning 4) kogemused lähedastega. Alakategooriate kujunemine on kujutatud tabelis 5.

Tabel 5. Töökoormuse ülakategooriat kirjeldavad koodid ja alakategooriad

| Koodid | Alakategooriad |
|---|---|
| Patsiendi aktiveerimine Postoperatiivne periood Trahheakanüüli hooldus Ravimite manustamine | Õendustoimingud intensiivravijärgse patsiendiga |
| Intensiivravijärgne patsient vajab lisatähelepanu Neelamisprobleemid Patsiendi intensiivravijärgne teadvus Voodikesksed patsiendid Patsiendi ootused pärast intensiivravi | Intensiivravijärgse patsiendi lisavajadused |
| Ebavajalikud protseduurid Puudulik hooldusabi Suur töökoormus | Kogemused töökoormusega |
| Lähedaste ükskõiksus Lähedased ei aktsepteeri õe tööd | Kogemused lähedastega |

Õdede kogemustel tuleb neil teostada intensiivraviosakonnast üleviidud patsientidega erinevaid **õendustoiminguid**, mida tavapärase osakonnapatsiendiga ette ei pruugi tulla. Näiteks vajavad nad abi asendi muutmisel, söömisel, joomisel ja muude elamistoimingute läbiviimisel. Kindlasti tuleb intensiivravijärgset patsienti aktiveerida, et toetada tema taastumist. Õed on tavaosakonnas kokku puutunud trahheakanüüli hooldusega, erinevate dreenide ja kanüülidega ning ravimite manustamisega, mida nad igapäevaselt ei teosta.

„Keeramine ja pööramine iga kolme tunni tagant/.../.“ (1)

./.../ traumajärgsed, keda siis õpetatakse, uuesti kõndima.“ (3)

„./.../ kindlasti see aktiveerimine. Kuidas ma ütlen, oluliselt rohkem õel ressursi läheb aktiveerimise peale, et tihti alguses ju jõuetud, neid on vaja toetada. ./.../ Ja mitme inimese jõul võib-olla püsti abistada, see kipub ka jääma nagu sageli tegemata. ./.../ hingamisfüsioteraapiat nad vajavad, samas noh, nad kogu aeg ju ise ei puhu sinna pudelisse, et nad vajavad ikkagi abistamist ja seda, et keegi kõrval seisaks.“ (5)

„./.../ need suured dreenid, mis on selle müokardi ja perikardi õõntest, need võetakse neil ka peaaegu vahetult enne meile saatmist välja ja tegelikult seal üldiselt väga ebamugav ja valulik, nad alati kirjeldavad, et see oli nii hirmus. Et nendega on seal tegeletud.“ (4)

„./.../ tuleb jälgida seda mansetirõhku ja asju, et need oleks korras, et toru välja ei kõhiks.“ (9)

„Päris tihti nad tulevad noradrenaliini toetusega, mingid insuliinid lähevad. ./.../“ (2)

„IRO patsiendile tuleb teinekord manustada vererõhku toetavaid ravimeid ja teha hingamisteid toetavaid protseduure ./.../.“ (3)

Osakonna õdede kirjeldusel ei ole intensiivravijärgne patsient päris tavaline osakonnas statsionaarsel ravil viibiv patsient. Nad jagasid kogemusi intensiivravijärgsete patsientide spetsiifikast. Näiteks vajavad need patsiendid jätkuvalt eluliste näitajate pidevat jälgimist, neil võib olla trahheakanüül ja lisahapniku manustamise vajadus, enesehooldusdefitsiit jpm. See kõik tähendab lisandunud töökoormust õdedele.

„./.../ eluliste näitajate pidev jälgimine.“ (1)

„./.../ minu arvates ta vajab rohkem tähelepanu. Ta ei ole päris see, kes tuleb omal jalal osakonda. Et ta tuleb ikkagi intensiivist ja ta vajab sellist hooldust, rohkem tähelepanu. Olen kohanud palju patsiente, kes ei saa väikest kohvipakki lahti, et seda tuleks aidata ja seda peab märkama siis põetaja.“ (8)

„Toitmine ja söötmine tuleb siis nasogastraalsondi kaudu ./.../ gastrostoom.“ (1)

./.../ Aga meil on ühed intensiivravijärgsed patsiendid veel, need, kes on olnud intensiivis kaua, kes on olnud trahheostomeeritud, kellel on neelamisprobleemid. Et nemad on küllaltki rasked patsiendid. “ (4)

„./.../ enam ei ole iseseisvalt võimeline hingama. “ (6)

Teadvusehäired on samuti omased intensiivravijärgsele patsiendile. Õed kirjeldasid psühhooside ja deliiriumi esinemist intensiivravijärgsel patsiendil. Õdede sõnul soovivad ja vajavad just need patsiendid rahu, mida tavaosakonnas on raske tagada.

„Just need, kes värskelt intensiivsest tulevad, nendel on hästi suur probleem psühhoosid. ./.../ need patsiendid, kes lähevad sul psühhoosi niimoodi, et ta ongi, närib kaniüülid läbi, et lõikab Pismeikeri (pace maker) elektroode läbi. “ (4)

„./.../ ta ei ole ka kontaktne üldjuhul. “ (9)

„Suuremas IROs neil on näiteks lubatud televiisorit vaadata ning tuuakse see televiisor, meil ikka sellist võimalust ei ole. Veel päris paljud hakkavad kurtma, et kuulge, mul oli seal telekas, viige mind tagasi. “ (2)

„Ja asi, mis nad tahavad, kui nad tulevad, kolmanda astme intensiivist, tahavad puhata. “ (7)

Tavaosakonna õed on **kogenud töökoormuse** üldist suurenemist kui osakonnas on intensiivravijärgne patsient. Õed on võtnud kasutusele töökoormust leevendavaid õendusabivõtteid, mis piisava personaliressursi olemasolul poleks vajalikud. Näiteks kirjeldas üks õde patsiendile põiekateetri paigaldamist puhtalt hügieeni tagamiseks, sest neil ei olnud aega tegeleda pidevalt mähkmete vahetamisega.

„Nad on ikkagi täiesti selles mõttes liikumatud. Nende eest tuleb rohkem ehk tõesti hoolt kanda juba ainuüksi selle naha pärast, et sinna lamatsi juurde ei saaks. “ (10)

„./.../ märgamine kogu aeg, ./.../ kuivem piirkond oleks puhas, ./.../ sellega saad juba ära hoida niipalju seda hügieeni mõttes. “ (1)

„Meil on osakond hästi täis ja siis, kui tuleb intensiivi haige siis ongi niimoodi, et kui mulle õena neliteist patsienti hooldada et siis ma ei jõua tegeleda selle just intensiivist üle tulnud haigega niimoodi, nagu on tegeletud intensiivis. Ja sellest tulevad ka erinevad probleemid. “ (10)

„Kindlasti on ka see, et meil on töökoormus metsik. “ (3)

„./.../ aga üldiselt enamasti on ju kõik see seisundi hindamine õdede peal. “ (4)

Kogemused lähedastega võivad õdede sõnul samuti tõsta töökoormust. Õdedel on kogemusi lähedaste ükskõikse suhtumisega patsienti, kui viimane on osakonnas näiteks elumuutva trauma tagajärel ning vajab suurt toetust ja abi. Õed ootavad lähedaste suuremat panust. Õdede kogemusel võivad lähedased külaskäikude ajal olla ebaviisakad ja taktitundetud ning õed peavad oma tööd ja vastu võetud otsuseid õigustama.

„/.../ ja põhimõtteliselt ei lähe ta mitte kellelegi ((ühiskonnale)) korda. Eriti lähedastele.“ (6)
„/.../ lähedane, kes ei aktsepteeri sinu ühtegi pingutust. Noh, lihtsalt, kas ta sõimab sind või siis üritab nagu rääkida, et me oleme kõik asjad valesti teinud.“ (1)
„Lähedastele tuleb vahel ikka selgitada, miks ta((patsient)) siin on ja mis edasi saab.“ (9)

6. ARUTELU

6.1. Uurimistöö olulisemad tulemused

Osakonnaõdede kogemused iseloomustasid nende **teadmisi ja oskusi intensiivravijärgse õendusabi osutamisel**. Kirjeldatud kogemustest selgus, et nad hangivad teadmisi intensiivravijärgse õendusabi osutamiseks peamiselt üksteiselt ning kasuks tuleb varasem pikaajaline töökogemus erinevates osakondades. Kuna aga puudub pidev praktiline töökogemus teatud õendustoimingute sooritamisel, ei tunne osakonna õed ennast piisavalt pädevatena, kui neil tuleb tegeleda erinevate intensiivravijärgsete lisavajadustega patsientidega. Teadmiste ja oskuste puudumisest tavaosakonna õdedel on kirjeldatud ka varasemates uurimistöödes (Häggström 2012, Enger ja Andershed 2018). Teatud õendustoiminguid, näiteks trahheakanüüli hooldust, tuleb osakonnas teha harva ja vilumuse puudumise tõttu ei tunne õed endid kindlalt (Elliott jt 2011, Enger ja Andershed 2018). Samu kogemusi on ette tulnud ka uurimistöös osalenud õdedel, lisaks töid õed näiteid teatud ravimite manustamisest, mida tuleb teha harva ja vilumust selles osas alati pole.

Tavaosakonna õed rõhutavad pädevuste olulisust kvaliteetse õendusabi osutamisel ning õdede sõnul vajavad nad rohkem osakonnaspetsiifilisi intensiivravijärgse õendusabi koolitusi, mida praegu neile ei pakuta. Puuduvaid oskusi ja teadmisi kirjeldasid ka Kauppi jt (2018) uurimistöös osalenud õed. Hoolditsemise keerukate patsientide eest, kes veel hiljuti viibisid intensiivraviosakonnas, ei ole õdede arvates nende igapäevane töö (Kauppi jt 2018) ning olukord, kus õed ei oska osutada adekvaatset õendusabi, võib kulmineeruda patsiendi intensiivraviosakonda tagasi saatmisega (Elliott jt 2011, Kauppi jt 2018). Patsiendi seisundi halvenemist niivõrd, et ta oleks tulnud tagasi IROsse saata, ei kirjeldanud käesoleva uurimistöö uuritavad. Mis aga ei tähenda, et tavaosakonna õdede väljaõpe on piisav osutamaks intensiivravijärgset õendusabi.

Käesolevas uurimistöös pakkusid õed välja mõned lahendused, kuidas omandada rohkem teadmisi ja oskusi intensiivravijärgsest õendusabist. Veebipõhiste osakonnaspetsiifiliste koolituste loomine intensiivravijärgse õendusabi osutamisest võib olla lahendus teadmiste ja oskuste defitsiidile. Lisaks tuleb kasuks vabatahtlik roteerumine IROda, kus ka omandatud teadmisi ja oskusi rakendada ning kinnistada saaks. Roteerumist ei ole kirjeldanud mujal läbi viidud uurimistööd, see ei pruugi olla tavapärase praktika mujal maailmas.

Tavaosakonna õdede kogemused iseloomustasid **intensiivravijärgse õendusabi korraldust ja selleks vajalikke ressursse**. Tulemustest selgus, et õed ootavad valvete komplekteerimist vastavalt hetkel osakonnas valitsevale töökoormusele ning kolleegide kogemustele ja pädevustele. Ebapiisav või puudulik personaliressursi kasutamine võib varasemate uurimistööde kirjeldusel põhjustada olukorra, kus kannatab patsiendiohutus ja ravikvaliteet (Elliott jt 2011, Kauppi jt 2018). Eesti piirkondlike haiglate tavaosakondade õed kirjeldasid kogemusi, kus õendusabi osutamine tuleb seada tähtsuse järjekorda ning õed osutasid suurele õdede puuduse probleemile. Varem on kirjeldatud, et õdede vähesuse tõttu on õed olukorras, kus nad peavad intensiivravijärgse patsiendi eest hoolitsemise seadma esikohale, samal ajal jäävad teised osakonnas viibivad patsiendid vajaliku tähelepanuta (Elliott jt 2011, Kauppi jt 2018). Käesoleva uurimistöös osalenud õed kirjeldasid samuti olukordasid, kui nad peavad tegelema intensiivravijärgse patsiendiga olles öösel valves üksinda. Sellises situatsioonis pole võimalik tegeleda teiste osakonnas viibivate patsientidega samaaegselt, kes võivad samuti vajada öösel abi.

Tavaosakonda üleviidavate patsientide keerukus on ajas kasvanud ning intensiivravijärgne patsient vajab teinekord isegi üks-ühele õde (Elliott jt 2011), mis ei erine suuresti selle uurimistöö tulemustest. Valve tuleks mehitada vastavalt osakonnas valitsevale töökoormusele ning patsientide seisundile. Õed ise avaldasid arvamust, et valvetesse rakendatakse liigselt abiõdesid, kelle oskused ja teadmised ei vasta veel diplomeeritud õe tasemele ning neil puuduvad piisavad teadmised tegeleda intensiivravijärgsete patsientidega.

Uurimistöö tulemustena kirjeldavad tavaosakonna õed, kuidas arsti pidev osakonnatööst eemalolek paneb nad keerulisse olukorda. Õdede sõnul on arst osakonnas vaid teatud kellaegadel, muul ajal valvavad konsultandid, anestezioloogid või teise osakonna arstid. See tähendab, et kui õel peaks kiiresti abi vaja olema, mida intensiivravijärgsete patsientidega võib ette tulla, ei ole arsti osakonnas vaid talle tuleb helistada. See aga tekitab olukorra, et arstidel puudub täielik ülevaade patsientide seisunditest. Varasemates uurimistöödes pole kirjeldatud õdede kogemusi arsti pideva osakonnas viibimisega. Selle põhjuseks võib olla tervishoiusüsteemide erinevad korraldused või ei ole tunnetanud osakonna õed selles märkimist väärivat aspekti.

Õendusabi korralduslikes küsimustes juhtisid õed tähelepanu kogemustele patsiendi üleviimisega. Patsiendi üleviimisega seotud kogemusi kirjeldasid õed pigem positiivsetena. Nende arvamusel on patsiendi üleviimine aastatega kujunenud ning toimib edukalt. Õed peavad oluliseks hästi täidetud epikriisi ning kommunikatsiooni. Mujal läbiviidud uurimistööde tulemuste kohaselt pole õed rahul intensiivravi õdede poolt täidetud dokumentatsiooniga, epikriisid ei ole piisavalt informatiivsed (Kauppi jt 2009, Enger ja Andershed 2018). Eesti tavaosakonna õed ei täheldanud vajadust valmis õendusplaani järele nagu seda kirjeldasid varem läbiviidud uurimistöödes osalenud õed (James jt 2013, Cognet ja Coyer 2014, Enger ja Andershed 2018, Ofoma jt 2018). Varasematest uurimistöödest selgus, et õdede poolt peetakse oluliseks, kui patsienti puudutav informatsioon jagatakse patsiendi juures õelt-õele, õde näeb patsienti isiklikult, olemasolevaid dreene, kanüüle ja muud olulist patsiendiga seonduvat. (Cognet ja Coyer 2014.) Õdede sõnul toimub piirkondlike haiglate tavaosakondades patsiendi üleviimine sarnaselt mujal maailmas toimivale korrale ja nad on sellega rahul.

Tavaosakonna õed sooviksid intensiivraviosakonna õdede ettevalmistust üleviimiseks, mis nende meelest toetab ravi jätkumist osakonnas. Ka varem on jõutud järeldustele, et patsientide ettevalmistus ravi järgmiseks etapiks võiks olla alustatud juba intensiivraviosakonnas. Intensiivraviõed peavad patsientidele selgitama, et tavaosakonnas ei pruugita nende vajadustele vastata nii kiiresti kui intensiivraviosakonnas, kuna osakonnas töötab valves vähem õdesid. (James jt 2013, Cognet ja Coyer 2014, Kauppi jt 2018.) Käesolevas uurimistöös osalenud õed soovisid, et monitoring oleks lõpetatud enne üleviimist. Põhjusena tuuakse patsientide kiirem kohanemine uue olukorraga kui nad ei vaja enam intensiivset jälgimist. Sama kirjeldas ka Kauppi jt (2018). Lisaks on õdedel oluline patsiendi aktiveerimine juba intensiivraviosakonnas ning õdede kogemustel võtavad intensiivraviõed nende ettepanekuid kuulda. Kuigi varasematest uurimistöödest selgus patsiendi üleviimise ajastamise olulisus (Ofoma jt 2018), ei kirjeldanud Eesti õed kogemusi selle teemaga. Küll aga on Eesti õdedel kogemusi patsiendi liiga varajase üleviimisega. Nende sõnul on tulnud ette olukordasid, kui intensiivraviosakonnas või erakorralise meditsiini osakonnas on vaja kiiresti vaba voodikohta ning seal viibiv, palju tähelepanu nõudev patsient, tuleb kiiresti tavaosakonda toimetada.

Uurimistöö tulemustes tõid õed välja puuduvaid vahendeid, mida nad vajavad intensiivravijärgse õendusabi osutamiseks. Patsiendi jälgimisvõimalused on õdede sõnul osakonnas piiratud. Näiteks eluliste näitajate varajane muutus halvemuse suunas võib jääda märkamata, kui osakonnas napib patsiendi jälgimisvõimalustest (Elliott jt 2011). Õdede

kogemuste põhjal tuleks tavaosakondadesse luua rohkem patsientide monitoorimise võimalustega palatid, sest intensiivravijärgseid patsiente on palju ning nad vajavad tihti eluliste näitajate jälgimist. Patsientide jälgimist tavaosakonnas ilma spetsiaalse tehnikata kirjeldavad ka teised autorid (Kauppi jt 2018). Käesolevas uurimistöös osalenud tavaosakonna õdede sõnul tuleb neil leida erinevaid lahendusi patsientide jälgimiseks, sest osakonnas puuduvad selleks võimalused. Õed on kasutanud patsiendi jälgimiseks tavapalatis transportmonitori, kaamerat või puudub neil üldse jälgimise võimalus. See on põhjustanud ka olukorra, kui patsient on leitud hommikul üksikpalatist surnuna.

Käesoleva uurimistöö tulemused kirjeldavad ruumipuudust tavaosakondades, mida ei ole puudutatud varasemates uurimistöodes. Õdede kogemustele tuginedes saab väita, et osakonnad on patsientidega ülekoormatud ning isegi, kui osakonda on rajatud jälgimispalatid, ei pruugi patsiendid sinna alati ära mahtuda. Ruumipuuduse tõttu satub ohtu patsiendikeskse õendusabi osutamine, mida tänapäevane tervishoiukorraldus taotleb.

Õed kirjeldasid **koostöö kogemusi** intensiivraviosakonnaga, osakonnasiseselt, lähedaste ja üksuste juhtidega. Õdede arvates sujub koostöö intensiivraviosakonnaga hästi ning tavaosakonna õed julgevad intensiivraviosakonda helistada, kui nad soovivad täpsustada patsiendi ravi või küsida mõne õendustoimingu kohta. Kommunikatsiooni olulisust on rõhutanud ka teised uurija (Ofoma jt 2018), juhtides tähelepanu kahe osakonna vahelise suhtluse korraldamatusele. Käesoleva uurimistöö tulemustest viiteid korraldamatusele järeldada ei saa, sest õdede kogemused osakonnavälise koostööga olid positiivsed. Sama ei saa aga öelda osakonnasisese koostöö kohta. Õdede sõnul tunnevad nad teatud aukartust arstide ees ning tuntakse vajadust arstilt küsida vaid „tarkasid“ küsimusi.

Uurijale teadaolevalt ei rakendata Tartu Ülikooli kliinikum IRO järelvisiidi teenust, Põhja-Eesti regionaalhaiglas on selline teenus võetud kasutusele hiljuti. Osakonnaõdede kogemused selle teenusega on väikesed. Arvestades uurimistulemustest välja tulnud hästi toimivat koostööd intensiivraviosakonna õdedega, tuleks kaaluda ka TÜKs järelvisiidi rakendamist ja juurutamist. Sel viisil saab toetada osakonnaõdede tööd intensiivravijärgsete patsientidega. Varasemates uurimistöodes on kirjeldatud intensiivraviosakonna järelvisiidi positiivseid ja negatiivseid külgi ning intensiivravijärgse järelvisiidi olulisust tavaosakonna õdede toetuseks (James jt 2013, Prin ja Wunsch 2014, Enger ja Andershed 2018, Häggström jt 2018).

Uurimistöö tulemustest selgus, et intensiivravi järgsetele patsientidele õendusabi osutamine põhjustab õdedele **töökoormuse suurenemist**. Töökoormus kasvab intensiivravi järgse patsiendi erinevate lisavajaduste, nagu teadvusehäired, neelamisraskused, madal kehaline aktiivsus jm arvelt. Töökoormust tõstavad ka mitmed osutatavad õendusabivõtted, mille osutamine on iseloomulik tihti just intensiivravi järgsetele patsientidele. Näiteks patsientide aktiveerimine, trahheekanüüli hooldus, hemodünaamikat toetavate ravimite manustamine, postoperatiivne õendusabi. Enger ja Andershed (2018) kirjeldasid lisaks ebastabiilsetes seisundites patsientide tavaosakonda jõudmist, patsiendid võivad olla mittekontaktset, deliiriumis, värskelt omahingamisele võetud jne. Sarnaselt käesoleva uurimistöö tulemustega on teised uurijad jõudnud järeldustele, et töökoormus osakonnas võib kasvada märkimisväärselt (Häggström jt 2009, Häggström 2012, Elliott jt 2011, Enger ja Andershed 2018).

Käesolevas uurimistöös ei tulnud nii selgelt välja stressi kategooria, kuigi varem läbiviidud uurimistöödest selgus õdede kogemused läbipõlemise ja stressiga (Elliott jt 2011, Enger ja Andershed 2018, Kauppi jt 2018). Õed kirjeldasid töökoormuse kasvamist, mille tulemusena võivad nad läbi põleda, kuid otseselt stressile ja läbipõlemisele viitavaid kogemusi uurija ei tuvastanud. See võib uurija arvates tuleneda ka Eesti õdede vaoshoitusest ning kindlameelsusest, ei taheta oma tundeid välja näidata. Kuigi käesolevas uurimistöös ei kerkinud esile stress ja läbipõlemine, on sellest kirjutatud teiste autorite uurimistöödes. Näiteks tunnevad tavaosakonnaõed hirmu teha valesid otsuseid, ning seeläbi kahjustada patsiendi heaolu (Kauppi jt 2018). Tunne, et nad ei suuda intensiivravi järgsetele patsientidele pakkuda piisavat hoolt, tekitab õdedes frustratsiooni, ebakindlust ja kurbust ja võib lõppeda õe läbipõlemisega (Elliott jt 2011, Enger ja Andershed 2018, Kauppi jt 2018). Arvestades mujal kogutud teadmisi, tuleb ka Eestis uurida õdede läbipõlemist ning kaaluda erinevaid meetodeid selle tuvastamiseks.

Varem läbiviidud uurimistulemustest on selgunud, et üliõpilaste kaasamine ja neile lihtsamate ülesannete jagamine, nagu patsientide nõustamine, võib kergendada osakonnaõdede töökoormust (Enger ja Andershed 2018). Käesoleva uurimistöö tulemused juhtivad aga tähelepanu asjaolule, et abiõdede ja üliõpilaste valvetesse lisamine võib põhjustada soovitud vastupidise tulemuse. Tavaosakonna õed soovivad abiõdesid näha pigem lisaressursina, mitte kolleegina, kes on valvesse arvestatud võrdväärse õena. Värskelt õediplomi saanud õdedel lasub liiga suur vastutus, et võtta üksinda vastu otsuseid (Kauppi jt 2018).

6.2. Uurimistöõ eetilised aspektid

Uurimistöös osalemise vabatahtlikkus ja autonoomia, uuritava privaatsus ning heaolu on uurimiseetika olulised aspektid (Juurik jt 2017). Uuritavate vabatahtlikkus tagati uurija korrektselt vormistatud kutse edastamisega uurimistöös osalemiseks, milles sisalduv informatsioon oli tõene ja arusaadav ning mille alusel uuritav sai soovi korral ise uurijaga ühendust võtta. Uuritaval oli võimalik loobuda uurimistöös osalemisest intervjuu lõpuni, ning see oli fikseeritud ka uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vormis. Ükski uuritav seda võimalust ei kasutanud ning kõik alustatud intervjuud arvati andmete hulka. Uurimistööst ei saanud rahalist kasu uurimistöõ autor ega ka uurimistöös osalejad. Kaudselt saadav kasu väljendus uute teadmiste saamises ning on oluline ja vajalik õendusabi kvaliteedi ning patsiendiohutuse arendamiseks.

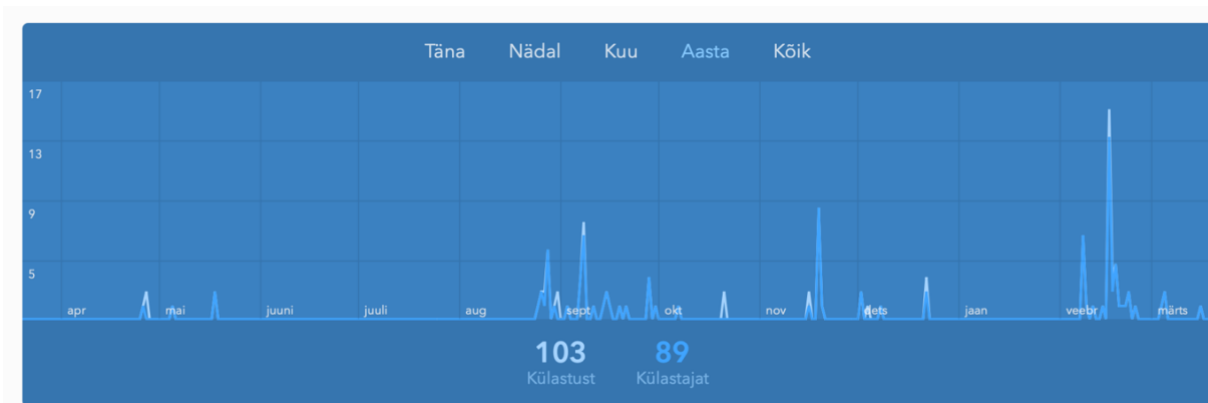
Uuritavatele tagati võrdsed võimalused uurimistöös osaleda. Korduvad kutsed saadeti kõigile kliinikute õendusjuhtidele, kellel paluti kutsed edastada osakondade õendusjuhtide vahendusel tavaosakonna õdedele. Austuse uuritavate eraelu vastu tagati uurija ebavajalike küsimuste mitteesitamisega, lähtuti vaid ettevalmistatud avatud intervjuu teemapüstitusest. Arvestati asjaoludega, et uuritavatelt andmete kogumine (intervjuude läbi viimine) võib põhjustada ebamugavust, kui nad näiteks pidid meenutama mõnda emotsionaalset kogemust, mis neil on oma kutsetöös ette tulnud. Samuti Eesti väiksus võis tekitada olukorra, kus valmis uurimistöös välja toodud anonüümsed ütlused on siiski mõnele kolleegile äratuntavad. Nende kahjudega toimetulekuks informeeris uurija osalejaid nende võimalikkusest alati enne intervjuu algust suuliselt.

Privaatsuse ja konfidentsiaalsuse tagamiseks kaitses uurija uuritava isikuandmeid, säilitas ja menetles neid korrektselt, tagas suhtlemise ning intervjuude läbiviimise privaatsuse ning kasutas talle usaldatud informatsiooni diskreetselt. Andmeid koguti isikustamata kujul ning kodeeriti intervjuu transkribeerimise järgselt, peale seda kustutati salvestis diktofonilt. Uurijale jäi vaid isiku nimega nõusoleku vorm ning kodeeritud kujul elektroonilistes tekstifailides andmestik. Allkirjastatud dokumente hoidis autor vastutava uurija tööruumis, Tartu Ülikoolis, Peremeditiini ja rahvatervishoiu instituudis (Puusepa 1a), lukustatavas sahtlis. Paberdokumente säilitatakse kolm aastat pärast magistristöõ edukat kaitsmist ning uurimistulemuste avaldamist ja hävitatakse hiljemalt detsembris 2024. Hävitamiseks kasutatakse paberhunti, elektroonilised intervjuude tekstid kustutatakse. Koduleht ja uurimistööks loodud meiliaadress kustutatakse aasta pärast magistristöõ kaitsmist, juunis 2022.

6.3. Uurimistöös ettetulnud probleemid ja kitsaskohad

Uuritavate värbamine osutus keerulisemaks, kui autor oli oodanud. Kokku edastati kutsed neljal korral: september, oktoober, november 2020 ning veebruar, 2021. Esimesed kolm korda edastati kutsed piirkondlike haiglate õendusjuhtidele palvega edastada kutsed kliinikute õendusjuhtidele, sealt edasi osakondade õendusjuhtidele ja õdedele. Kahel esimesel korral edastati vaid kirjalikud kutsed, kolmandal lisati videokutse, kus autor kutsus isiklikult õdesid uurimistöös osalema. Peale kolme korda ja väga vähest huvi otsustas autor vähendada kutsete edastamise jada ning saatis isiklikult kõigile tavaosakondade õendusjuhtidele e-kirjad, mis sisaldasid kirjalikku kutset, videokutset ja infograafikut planeeritava uurimistöo tutvustamiseks (leitav: www.iropatsient.voog.com). Õendusjuhtide e-posti aadressid on leitavad haiglate kodulehtedelt. Isiklike kohtumisi tavaosakondade õendusjuhtide ja õdedega ei kaalutud, arvestades kehtivat eriolukorda, piiranguid ja õdede suurt töökoormust. Viimased kaks uuritavat leiti varem uurimistöösse registreerunud õdede hulgast, kellega side katkes intervjuu aja kokkuleppimisel, hoolimata kahest meeldetuletuskirjast.

Õdede osalemise suhtes huvi puuduse põhjuseks võib olla suur töökoormus pandeemia olukorras, ebapiisava huvi tekitamine kliinikute õendusjuhtides uurimistöo tutvustamisel või ka kutsete ebaefektiivne õdedeni jõudmine. Joonisel 2. võib näha kodulehekülje vaatamisi pärast kutsete laialisaatmisi neljal korral. Huvi osutus suuremaks peale esimese kutse saatmist, kuid veelgi suuremat huvi äratas uurija isiklik pöördumine tavaosakondade õendusjuhtide poole. Autori arvates ei pruukinud kõik kutsed tänu pikale teekonnale õdedeni jõudagi. Seda kinnitab ka uuritavate enda ütlused intervjuudel, pärast kolmandat või neljandat kutset, et nemad varem kutset ei olnud saanudki. Autor leiab, et õdedeni jõudmiseks tuleb tulevikus uurijatel vähendada lülisid uuritava ja uurija vahel, isiklik pöördumine äratav usaldust ja huvi. Lisaks soovib autor õdede teadmisi, uurimistöode olulisusest ja vajalikkusest tõsta artikliga haiglate enda väljaannetes või muudes olulistest ajakirjades (nt Eesti Õde).



Joonis 2. Ülevaade kodulehe külastajatest 20.03.2021 seisuga

Kitsaskohtadena toob autor välja uuritavate valiku ning andmete kogumise meetodi. Uurimistöös osalemiseks avaldasid soovi nii tavaosakonna õed, kes töötasid „tavapalates“ ja puutusid kokku intensiivravijärgsete patsientidele osutatava õendusabiga, kui ka II ja I astme jälgimispalatite õed. Nende ettevalmistused ja kasutatavad töövahendid võisid suuresti erineda ning tulevikus tuleb neid uurida eraldi. Algaja uurijana oli avatud intervjuude läbiviimine väljakutsuv. Eestlastele omane vaoshoitus mõjutas suuresti intervjuu sujuvat kulgu. Kuna käesolevas uurimistöös osalejatele ei saanud esitada konkreetseid uurimisküsimusi, vaid uurija esitas teemapüstituse, siis oli uuritavate jaoks keeruline leida kohe intervjuu alguses pidepunkt, millest rääkima hakata. Kuigi uurija pidas andmete kogumise ajal päevikut ning arendas enda intervjuueerimise oskusi, vajab selline meetod rohkem kogemusi.

Uurimistöös andmete analüüsimisel kasutas autor kvalitatiivsete andmete analüüsimise tarkvara. MAXQDA tarkvara kasutamise üheks kitsaskohaks on liigne kvantifitseerimine, mida tarkvara võimaldab (García-Horta ja Guerra-Ramos 2009). Programm märgib koodide järele korduste arvu, mis võib seada koodid uurija jaoks tähtsuse järjekorda. Autor vältis koodide kvantifitseerimist ning arvestas iga koodi väärtuslikuna, olenemata esinemissagedusest intervjuutekstides.

6.4. Uurimistulemuste rakendamine ja uute uurimisprobleemide püstitamine

Uurimistöö tulemused annavad informatsiooni tavaosakonna õdede hetkeolukorrast osutades õendusabi intensiivravijärgsetele patsientidele. Uurimistulemusi tuleb tutvustada õendusjuhtidele, üksuste juhtidele ning haigla juhtkonnale, olukorra paremaks mõistmiseks ning intensiivravijärgse ravikorralduse planeerimiseks. Tagamaks intensiivravijärgse õendusabi jätkusuutlikkus ning patsientide kiirem taastumine, tuleb intensiivravijärgse õendusabi praegune korraldus üle vaadata ning vajadusel korrigeerida. Tähelepanu tuleb edaspidi pöörata töötajate arvule valves, see peab olema vastavuses patsientide vajaduste ja osakonnas valitseva töökoormusega.

Uurimistulemused viitasid kitsaskohtadel Eesti piirkondlike haiglate tavaosakondades, kuhu on rajatud ka jälgimispalateid intensiivravijärgsete patsientide paremaks jälgimiseks. Kuna kesonhaiglates võivad õed olla vähem ettevalmistatud selleks, et intensiivravi järgsete patsientidega tegeleda, tuleks uurida ka olukorda intensiivravijärgse õendusabi osutamisega ka Eesti väiksemates haiglates. Lisaks puuduvad väiksemates haiglates eraldi jälgimispalatid intensiivravijärgsetele patsientidele, mis võib muuta õdede töö vastutusrikkamaks ja patsientide jälgimise keerulisemaks. Autor leiab, et tulevikus võiks kaaluda intensiivravijärgse tugisüsteemi väljatöötamist ja kasutusele võtmist, mille eesmärk oleks intensiivraviosakonna õdede poolt teostatud järelevisiidid tavaosakonda ja sellega nende toetamine.

Uurimistöö keskendus kvalitatiivselt tavaosakonna õdede kogemustele. Ka mujal on nähtust uuritud valdavalt kvalitatiivselt ning intensiivravijärgset õendusabi kirjeldavat küsimustiku ei ole autorile teadaolevalt loodud. Sellest tuleneval on tarvis koostada intensiivravijärgset perioodi iseloomustav küsimustik, et läbi viia laiaulatuslikum uurimistöö intensiivravijärgse õendusabi osutamisest ja õdede rollist selles. Samuti leiab autor, et iga osakonna tasemel tuleks välja selgitada, milline on konkreetse osakonna võimekus osutada intensiivravijärgset õendusabi ning millised parendusmeetodid tagaksid selle osakonna intensiivravijärgse õendusabi kvaliteetse osutamise.

7. JÄRELDUSED

Tulemustest selgub, et intensiivravijärgsed patsiendid ei ole tavapärased osakonna patsiendid, sest neil võib esineda teadvusehäireid, nad on voodikesksed, vajavad lisatähelepanu ja jälgimist ning aktiveerimist. See aga tõstab õdede üldist töökoormust ning tavaosakonna õed ei tunne ennast piisavalt pädevatena osutades intensiivravijärgsele patsiendile õendusabi. Pädevatena tunnevad ennast need õed, kellel on pikk tööstaaž või intensiivraviosakonna töökogemus. Intensiivravijärgse õendusabi kvaliteedi arendamisel tuleb tähelepanu pöörata õdede koolitamisele, näiteks korraldada spetsiifilisemad ja sisukamad koolitused intensiivravijärgse õendusabi teemadel ning luua võimalusi praktiliste oskuste arendamiseks. Kasutada tuleb rohkem veebikoolitusi, kuna see võimaldab jõuda suurema hulga õdedeni. Samuti lisaks enesekindlust roteerumine, õed omandaksid praktilisi oskusi, mida edaspidi oma osakonnas rakendada.

Uurimistulemustest võib järeldada et puudus on jälgimisvõimalustest tavapalates, mis teeb õdede töö keerulisemaks. Iga osakonna juurde peaks kuuluma monitoorimise ning kogenud lisaõe võimalusega palat, kuhu vajadusel paigutada pidevat jälgimist vajavad patsiendid. Osakonna valved on mehitatud vastavalt võimalustele, kuid tuleks lähtuda osakonnas viibivate patsientide arvust ning terviseseisunditest ja õdedele on oluline ning turvatunnet tekitav, kui arst viibiks osakonnas pidevalt. Uurimistöö tulemustest järeldub, et koostöö intensiivraviosakonnaga, on valdavalt hea ning tavaosakonna õdesid toetav. Õed teavad kuhu ja kellele abi küsimiseks helistada. Osakonnasisest koostööd ja meeskonnatööd on aga vaja arendada. Ebaefektiivne meeskonnatöö võib seada ohtu patsiendiohutuse ning kvaliteetse õendusabi pakkumise.

KASUTATUD KIRJANDUS

Alumäe, T., Tilk, O., Asadullah. (2018). Advanced Rich Transcription System for Estonian Speech. *Human Language Technologies–The Baltic Perspective*, 307: 1–8.

Chaboyer, W., Gillespie, B., Foster, M., Kendall, M. (2005). The impact of an ICU liaison nurse: a case study of ward nurses' perceptions. *Journal of clinical nursing*, 14(6): 766–775.

Cognet, S., Coyer, F. (2014). Discharge practices for the intensive care patient: a qualitative exploration in the general ward setting. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(5): 292–300.

Cole, F. L. (1988). Content analysis: process and application. *Clinical nurse specialist*, 2(1): 53–57.

Cypress, B. S. (2013). Transfer out of intensive care: an evidence-based literature review. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 32(5): 244–261.

Elliott, M., Crookes, P., Worrall-Carter, L., Page, K. (2011). Readmission to intensive care: a qualitative analysis of nurses' perceptions and experiences. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 40(4): 299–309.

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

Enger, R., Andershed, B. (2018). Nurses' experience of the transfer of ICU patients to general wards: A great responsibility and a huge challenge. *Journal of clinical nursing*, 27(1–2): 186–194.

García-Horta, J. B. ja Guerra-Ramos, M. T. (2009). The use of CAQDAS in educational research: some advantages, limitations and potential risks. *International Journal of Research & Method in Education*, 32(2): 151–165.

Graneheim, U. H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2):105–112.

Gray, J. R., Grove, S. K., Sutherland, S. (2017). Burns and Grove's The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence, Edition 8. Elsevier, Missouri.

Guest, M. (2017). Patient transfer from the intensive care unit to a general ward. *Nursing Standard*, 32(10): 45–51.

Haigla liikide nõuded (RTL 2004, 116, 1816).
<https://www.riigiteataja.ee/akt/793970?leiaKehtiv> (25.09.2019).

Hirsijärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. (2005). Uuri ja kirjuta. *Medicina*.

Hsieh, H. F., Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9): 1277–1288.

Hägström, M., Asplund, K., Kristiansen, L. (2009). Struggle with a gap between intensive care units and general wards. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 4(3): 181–192.

Hägström, M., Asplund, K., Kristiansen, L. (2012). How can nurses facilitate patient's transitions from intensive care? A grounded theory of nursing. *Intensive and critical care nursing*, 28(4): 224–233.

Hägström, M., Fjellner, C., Öhman, M., Holmström, M. R. (2018). Ward visits-one essential step in intensive care follow-up. An interview study with critical care nurses' and ward nurses'. *Intensive and Critical Care Nursing*, 49: 21–27.

Intensiivaravi indikaator: Intensiivravijärgne 12 kuu elulemus.
<https://www.haigekassa.ee/partnerile/tervishoiuteenuste-kvaliteet/ravikvaliteedi-aruanded#tab-2018> (06.01.2020).

James, S., Quirke, S., McBride-Henry, K. (2013). Staff perception of patient discharge from ICU to ward-based care. *Nursing in critical care*, 18(6): 297–306.

Jeffersoni transkriptsioonimärgid. Tartu Ülikooli suulise kõne uurimisrühma kodulehekülj. <https://www.cl.ut.ee/suuline/Transk.php> (08.12.2019).

Juurik, M., Lille-Heisar, L., Lõuk, K., Meriste, H., Parder, M.-L., Soone, M., Sutrop, M., Velbaum, K., Veski, L. (2017). Hea teadustava. Tartu Ülikooli eetikakeskus, Tartu.

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

Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of advanced nursing*, 72(12): 2954–2965.

Karjagin, J. (2019). [Anestesioloogia ja intensiivravi 2018. aasta aruanne](#). Eesti Anestesioloogia Selts, Tartu. (12.05.2021).

Kauppi, W., Proos, M., Olausson, S. (2018). Ward nurses' experiences of the discharge process between intensive care unit and general ward. *Nursing in critical care*, 23(3): 127–133.

Kliinilised indikaatorid 2018. aasta tulemused. https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Indikaatorite-raportid/Kliinilised_indikaatorid2018.pdf (06.01.2020).

Kliiniliste indikaatorite ülevaade. 2019. aasta tulemused. <https://www.haigekassa.ee/partnerile/tervishoiuteenuste-kvaliteet/ravikvaliteedi-indikaatorid/ravikvaliteedi-aruanded> (28.01.2021).

Krippendorff, K. (2004) Content Analysis: An Introductory to Its Methodology. Sage Publication Inc, California.

Laherand, M. L. (2008). Kvalitatiivne uurimisviis. OÜ Infotrükk, Tallinn.

Merriam, S. B., Tisdell, E. J. (2015). Qualitative research: A guide to design and implementation. John Wiley & Sons, San Fransisco.

Oerlemans, A. J., van Sluisveld, N., van Leeuwen, E. S., Wollersheim, H., Dekkers, W. J., Zegers, M. (2015). Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: a qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands. *BMC medical ethics*, 16(1): 1–10.

Ofoma, U. R., Dong, Y., Gajic, O., Pickering, B. W. (2018). A qualitative exploration of the discharge process and factors predisposing to readmissions to the intensive care unit. *BMC health services research*, 18(1): 6.

Prin, M., Wunsch, H. (2014). The role of step-down beds in hospital care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 190: 1210–1216.

van Sluisveld, N., Oerlemans, A., Westert, G., van der Hoeven, J. G., Wollersheim, H., Zegers, M. (2017). Barriers and facilitators to improve safety and efficiency of the ICU discharge process: a mixed methods study. *BMC health services research*, 17(1): 1–12.

Svenningsen, H., Langhorn, L., Ågård, A. S., Dreyer, P. (2017). Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: an integrative review. *Nursing in Critical Care*, 22(4): 212–220.

Town, J. A., Churpek, M. M., Yuen, T. C., Huber, M. T., Kress, J. P., Edelson, D. P. (2014). Relationship between ICU bed availability, ICU readmission, and cardiac arrest on the general wards. *Critical care medicine*, 42(9): 2037–2041.

Wassenaar, A., Schouten, J., Schoonhoven, L. (2014). Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 51(2): 261–273.

Zhang, Y., Wildemuth, B. M. (2009). Unstructured interviews. In Wildemuth, B., M. (Ed.) (2009). *Applications of social research methods to questions in information and library science* (second edition) (239–246). Libraries Unlimited, California.

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

LISAD

Lisa 1. Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetikakomitee luba

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 315/T-11

koosolek: 18.05.2020

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiinieetika assistent

Aseesimees

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

Liikmed

Diva Eensoo Tervise Arengu Instituut, analüütik

Jaanika Jaanits MTÜ Rakendusliku Antropoloogia Keskus, antropoloog / organisatsiooni- ja büroojuht

Katrin Kaarna Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste teadusuuringute üksuse tegevjuht

Annika Kask Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, psühholoogia doktorant

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

Kalle Kisand Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, laborimeditsiini professor

Martin Mooses Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, treeningu füsioloogia lektor / kehalise kasvatus ja spordididaktika osakonna juhataja

| | |
|----------------|--|
| Marje Oona | Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini dotsent / kliinilise meditsiini instituudi täienduskeskuse juhataja |
| Indrek Peedu | Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, religiooniuuringute nooremteadur |
| Maire Peters | Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika vanemteadur |
| Margit Piirman | Riigikohus, tsiviilkolleegiumi nõunik |
| Mare Remm | Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütiku õppekava dotsent |

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus: Intensiivravijärgne õendusabi üldravi osakondade õdede vaatekohast: kvalitatiivne, intervjuupõhine uurimus.

Vastutav uurija (asutus): Ere Uibu (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19, 50411 Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, 12.06.2020
2. SA Tartu Ülikooli Kliinikum kooskõlastus uurimistöö läbiviimise kohta
3. Kutse uurimistöös osalemiseks, 26.05.2020
4. Informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm, 12.06.2020
5. Uurimistöö läbiviijate CVd (E. Uibu, T. Freiman, T. Mutso)

Uurimistöö lõpp: 30.04.2021

Komitee esimees: Aime Keis /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Kaire Kallak /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: /viimase digitaalallkirja kuupäev/

Lisa 2. Kutse uurimistöös osalemiseks

KUTSE UURIMISTÖÖS OSALEMISEKS

Hea õde!

Olete kutsutud osalema uurimistöös „**Intensiivravijärgne õendusabi aktiivraviosakondade õdede vaatekohast: kvalitatiivne, intervjuupõhine uurimus**“. Uurimistöö eesmärk on saada teavet õdede kogemustest intensiivravijärgse õendusabiga aktiivraviosakonnas. Teadmised on vajalikud kvaliteetse ja jätkusuutliku õendusabi tagamiseks ning selleks vajalike ressursside planeerimiseks.

Uuringus osalemine on vabatahtlik ning tähendab Teie jaoks oma kogemuste jagamist individuaalintervjuul, mis on oma olemuselt privaatne, uurija ja uuritava vahel toimuv vestlus, orienteeruva pikkusega 20–60 minutit.

Olete kutsutud osalema kui Teil on kogemusi intensiivravijärgse õendusabiga ehk Te olete hoolitsenud intensiivravist üle toodud patsiendi eest. Kui olete nõus neid kogemusi jagama, siis palun registreerige end uuringule iropatsient.voog.com. Samal leheküljel saate soovi korral tutvuda ka uurija poolt avaldatud artikliga intensiivravijärgsest õendusest.

Kui Teil on seoses uurimistööga küsimusi, pöörduge kindlasti uurimistöö läbiviija poole alloleval e-posti aadressil.

Taivi Mutso

Uurimistöö läbiviija

TÜ Õendusteaduse õppetool

iropatsient@gmail.com

„Intensiivravijärgne õendusabi aktiivraviosakondade õdede vaatekohast: kvalitatiivne, intervjuupõhine uurimus“

Lisa 3. Informeeritud nõusoleku vorm

Informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm

Hea õde!

Olete palutud osalema uurimistöös „**Intensiivravijärgne õendusabi aktiivraviosakondade õdede vaatekohast: kvalitatiivne, intervjuupõhine uurimus**“. Uurimistöö eesmärk on saada teavet õdede kogemustest intensiivravijärgse õendusabiga aktiivraviosakonnas. Teadmised on vajalikud kvaliteetse ja jätkusuutliku õendusabi tagamiseks ning selleks vajalike ressursside planeerimiseks. Uurimistöö tulemused annavad väärtuslikke teadmisi pakutava intensiivravijärgse õendusabi hetkeolukorrast ja korraldusest, õdede toimetulekust ja vajadustest seoses intensiivravist üle toodud patsientide eest hoolitsemisega, ning patsiendiohutusest intensiivravijärgsel perioodil.

Uuringus osalemine on vabatahtlik ning tähendab Teie jaoks oma kogemuste jagamist individuaalintervjuul, mis on oma olemuselt privaatne, uurija ja uuritava vahel toimuv vestlus, orienteeruva pikkusega 20 –60 minutit. Uurimistöö on kooskõlastatud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteega.

Teil on õigus loobuda uurimistöös osalemisest kuni intervjuu lõpuni. Hiljemalt see enam võimalik ei ole, kuna intervjuud transkribeeritakse elektroonilistesse failidesse ning tekstid kodeeritakse tagasikodeerimist mittevõimaldavalt. Registreerimisel kogutud info töökoha kohta on vajalik üksnes uuritavate üldise tausta kirjeldamiseks. Kõik registreerimisel ja intervjuu käigus kogutud andmed on kaitstud ning kõrvalistel isikutel puudub neile ligipääs. Intervjuud kustutatakse pärast nende transkribeerimist, elektroonilised tekstifailid kustutatakse ja paberil nõusoleku vormid hävitatakse paberhundis pärast uurimistulemuste avaldamist, hiljemalt detsembris 2024.

„Intensiivravijärgne õendusabi aktiivraviosakondade õdede vaatekohast: kvalitatiivne, intervjuupõhine uurimus “

Nõusolek

Mind,, on informeeritud uuringust „Intensiivravijärgne õendusabi aktiivraviosakondade õdede vaatekohast: kvalitatiivne, intervjuupõhine uurimus.“ ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja uuringu metoodikast. Kinnitan oma nõusolekut selles osalemiseks allkirjaga. Tean, et uuringu käigus tekkivate küsimuste kohta annab mulle täiendavat informatsiooni **Taivi Mutso, iropatsient@gmail.com**

Uuritava allkiri:Kuupäev, kuu, aasta

Uuritavale uuringust informatsiooni andnud isiku

nimi ja allkiri:Kuupäev, kuu, aasta