

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Anastassia Org

**ISESEISVA STATIONAARSE ÕENDUSABI OSAKONNAS VIIBINUD PATSIENTIDE
LÄHEDASTE HINNANGUD TERVISHOIUTEENUSTE JÄRJEPIDEVUSELE –
KVANTITATIIVNE UURIMUS**

Magistritöö

Tartu 2020

Põhijuhendaja: Anna Vesper, MA (organisatsioonikäitumine)

Kaasjuhendaja: Merle Seera, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Jana Trolla, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega 18.11.2020.

Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

LIHTLITSENTS MAGISTRITÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

Mina, Anastassia Org,

annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose

Iseseisva statsionaarse õendusabi osakonnas viibinud patsientide lähedaste hinnangud tervishoiuteenuste järjepidevusele – kvantitatiivne uurimus

mille juhendaja on Anna Vesper, MA

ja kaasjuhendaja: Merle Seera, MSc

reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

1. Annan Tartu Ülikoolile loa teha eelnimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Anastassia Org

18. november 2020

KOKKUVÕTE

Iseseisva statsionaarse õendusabi osakonnas viibinud patsientide lähedaste hinnangud tervishoiuteenuste järjepidevusele – kvantitatiivne uurimus

Tervishoiuteenuste, sh õendusabi ja hoolduse, järjepidevus ning selle tagamine on tänapäeval endiselt aktuaalne, vaatamata sellele, et järjepidevuse puudumisega seotud probleeme on teadvustatud juba pikemat aega. Nii riiklikud õigusaktid kui rahvusvahelised juhendid suunavad tervishoiuteenuse osutajate tähelepanu tervishoiuteenuste järjepidevuse tagamise olulisusele. Olukorras, kui eakas patsient ei ole võimeline enda eest seisma, on tähtis patsiendi haiglast väljakirjutamisel ja edasiste tegevuste planeerimisel kaasata patsiendi lähedasi, kes on hapra eaka patsiendi usaldusisikud.

Käesoleva kvantitatiivse empiirilise uurimistöö eesmärk on kirjeldada iseseisval statsionaarsel õendusabiteenusel viibinud patsientide lähedaste hinnanguid tervishoiuteenuste järjepidevusele, leida võimalikke erinevusi hinnangutes uuritavate taustaandmete alusel ning seoseid patsiendi lähedaste poolt õendusabi järjepidevusele antud hinnangutes. Andmed koguti ajavahemikul 01.07.2018–31.10.2019 kuues Eesti haiglas (ühes piirkondlikus, ühes kesk- ja neljas maakonnahaiglas) Hadjistavropoulos jt poolt välja töötatud hindamisinstrumendiga *Patient Continuity of Care Questionnaire (PCCQ)*. Analüüsiti 196 ankeeti (vastamismäär 73%). Andmete analüüsiks kasutati SPSS Statistics 26 ning Microsoft Office Excel programme. Analüüsimeetodina kasutati kirjeldavat statistikat, hii-ruut testi, dispersioonianalüüsi, Spearmani korrelatsioonanalüüsi ja deduktiivset sisuanalüüsi.

Uurimistöö tulemustest selgus, et iseseisva statsionaarse õendusabi osakonnas viibinud patsientide lähedased olid rahul informatsiooniga ravimite, diagnoosi ning võimalike tüsistuste kohta, usaldasid tervishoiutöötajaid ning olid veendunud, et dokumentatsiooni haldamine on korras. Puudust tunti õppematerjalide, tugirühmade ja /või ühiskondlike organisatsioonide infost, toitumisalastest soovitustest patsiendile ja järearvi kava koostamises osalemisest. Kõige kõrgemalt hinnati inimestevahelisi suhteid. Esinesid mõningad erinevused meeste ja naiste, koos ja eraldi elavate lähedaste, samuti tööl käivate ja mitte töötavate ning kesk- ja kõrgharidusega uuritavate hinnangutes. Kõrgem usaldus tervishoiutöötajate suhtes oli seotud tajutud tervishoiutöötajate informeeritusega patsiendi hetkeseisundist ning võimalusega rääkida tervishoiutöötajatega ja neile küsimusi esitama.

Märksõnad: tervishoiuteenuste järjepidevus, eakad, lähedane, iseseisev statsionaarne õendusabi.

SUMMARY

Inpatient nursing care facility patients' close person's assessment of the continuity of care – a quantitative study

The continuity and assurance of health care services, including nursing care, is still topical nowadays, despite the fact that the problems associated with the lack of continuity have been recognized for long time. Both national legislations and international guidelines direct the attention of healthcare providers towards the importance of the continuity of care. In a situation where a fragile elderly patient is unable to care for him- or herself, it is important to involve their close persons, who act as the fragile elder's confidants by discharging the patient from the hospital and planning further activities.

The aim of this quantitative empirical study is to describe inpatient nursing care facility patient's close person's assessment of the continuity of care, identify potential differences in assessments based on background data and identify possible correlations in close person's assessments of the continuity of care. The data were collected in period of 01.07.2018–31.10.2019 in six Estonian hospitals (one regional, one central and four county hospitals) using the Patient Continuity of Care Questionnaire (PCCQ) developed by Hadjistavropoulos et al. 196 questionnaires (response rate 73%) were analyzed using the SPSS Statistics 26 and Microsoft Office Excel software. The analysis methodology comprised descriptive statistics, chi-square test, analysis of variance, Spearman's correlation analysis, and deductive content analysis.

According to the results of the study, the close persons of patients who had received inpatient nursing care were satisfied with the information provided about medications, diagnosis, and potential complications, trusted the health care workers, and believed documentation management to be in order. The areas that the respondents found to be lacking included information about educational materials and support groups, and/or dietary recommendations for the patient, as well as involvement in the preparation of the follow-up treatment plan. Interpersonal relationships were rated the highest. Some differences occurred between the assessments of men and women, close persons living together and separately, employed and unemployed respondents, and those with secondary and higher education. Greater trust in health care workers was associated with perceived level of their awareness of the patient's current condition and the opportunity to talk to and ask questions of the health care workers.

Keywords: continuity of care, elderly, close person, inpatient nursing care

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS	5
2. TERVISHOIUTEENUSTE JÄRJEPIDEVUS, PATSIENDI LÄHEDASTE ROLL SELLE TAGAMISEL NING JÄRJEPIDEVUSE HINDAMINE	7
2.1. Tervishoiuteenuste järjepidevus	7
2.2. Lähedase roll eakale patsiendile osutatavate tervishoiuteenuste järjepidevuse tagamisel	9
2.2.1. Lähedase roll informatsiooni järjepidevuse tagamisel	11
2.2.2. Lähedase roll inimestevaheliste suhete järjepidevuse tagamisel	12
2.2.3. Lähedase roll teenuste korraldamise järjepidevuse tagamisel	13
2.3. Tervishoiuteenuste järjepidevuse hindamine	14
3. UURIMISTÖÖ METOODIKA	17
3.1. Metodoloogilised lähtekohad	17
3.2. Uuritavad ja nende värbamine	17
3.3. Andmete kogumine	18
3.4. Andmete analüüs	19
3.5. Uurimistöö usaldusväärsuse tagamine	20
4. TULEMUSED	22
4.1. Täidetud küsimustike kaasamine analüüsi	22
4.2. Uuritavate taustaandmed	22
4.3. Patsiendiga seotud andmed	23
4.4. Patsientide lähedaste hinnangud tervishoiuteenuste järjepidevusele	27
4.4.1. Informatsiooni järjepidevus	27
4.4.2. Inimestevaheliste suhete järjepidevus	28
4.4.3. Teenuste korraldamise järjepidevus	30
4.5. Patsientide lähedaste hinnangute erinevused tervishoiuteenuste järjepidevust käsitletavatele väidetele	31
4.6. Seosed hindamisinstrumendi väidetele antud hinnangute ning dimensioonide vahel	33
4.7. Lähedaste tähelepanekud	34

5. ARUTELU	36
5.1. Olulisemad uurimistulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistulemustega	36
5.2. Uurimistöö eetilised aspektid	43
5.3. Tulemuste usaldusväärsus ja uurimistöö kitsaskohad	45
5.4. Uurimistulemuste olulisus praktikale ning edasist uurimist vajavad teemad	47
6. JÄRELDUSED	49
KASUTATUD KIRJANDUS	51

LISAD

Lisa 1. Hindamisinstrument „Patsiendi hoolduse järjepidevuse küsimustik“ (Patient Continuity of Care Questionnaire), kohandatud patsiendi lähedastele	58
Lisa 2. Üleskutse uurimises osalemiseks	62
Lisa 3. Statsionaarse õendusabi osakonnas viibinud patsientide lähedaste hinnangute keskmised, standardhälbed ja väidetega mittenõustunute osakaal, grupeeritud järjepidevuse dimensioonide järgi ning järjestatud väitega mittenõustunute osakaalu järgi, kahanevalt	63
Lisa 4. Hindamisinstrumendi autori H.Hadjistavropoulos-e luba instrumendi kasutamiseks ja kohandamiseks	66
Lisa 5. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus	67
Lisa 6. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus uurimistöö jätkamisele	68

1. SISSEJUHATUS

Tervishoiuteenuste, sh õendusabi ja -hoolduse järjepidevus on viimastel aastakümnetel pälvinud tähelepanu üle kogu maailma. Maailma Terviseorganisatsioon (MTO) on määratlenud tervishoiuteenuste järjepidevuse ja koordineerituse patsiendi- ja perekeskse tervishoiuteenuse alustaladena, milleta soovitud ravitulemuste saavutamine on raskendatud ning mis on kogu maailmas tervishoiusüsteemide põhieesmärk (Continuity and coordination of care... 2018). Eestis läbi viidud Maailmapanga uuring „Ravi terviklik käsitus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis“ juhtis tähelepanu ravi piisava koordineerituse ja järjepidevuse saavutamise olulisusele (Kurowski jt 2015). Eesti Õdede Liit (EÕL), Eesti Ämmaemandate Ühing (EÄÜ) ja Eesti Õendusjuhtide Ühing (EÕJÜ) on oma ühises arengustrateegias määratlenud olulise arengusuunana järgmisel aastakümnel valdkondade teenuste inimkesksuse ja kättesaadavuse, sealhulgas ka patsientide lähedastele (Seitse sammu terve tervishoiuni 2020).

Patsientide lähedaste hinnanguid tervishoiuteenuste järjepidevusele on varasemalt uuritud kvalitatiivsetes uurimistöodes ning Allen jt (2016) teostasid perioodil 1990-2014 ilmunud teemakohaste artiklite metasünteesi. Metasünteesi eesmärk oli parandada arusaamist sellest, milline on eakate patsientide, nende hooldajate ja teenuseosutajate kogemus haiglast väljakirjutamise ning mitme kroonilise terviseprobleemiga eakatele inimestele osutatavate tervishoiuteenuste ja hoolduse integreerituse kohta. Autorid töid välja, et tervishoiuteenused ja hooldus olid koordineerimata ja killustunud, kiire haiglast väljakirjutamine põhjustas hilisemaid raskusi igapäevatoimingutes, teenuste koordineerimise häired võisid olla põhjustatud ressursside puudumisest, patsientidel ja nende lähedastel puudus informatsioon ja/või toetus muutustega kohanemiseks (Allen jt 2016).

Iseseisev statsionaarne õendusabi on eraldi teenus Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus ning teenuse sisu on reguleeritud Eesti Haigekassa poolt ja õigusaktides (Ravi rahastamise lepingu..., Õendushaiglas iseseisvalt osutada...). Kehtiv sotsiaalministri määrus, mis kohustab tervishoiuteenuse osutajat koostama patsiendile haigus- ja õenduslugu, kus on põhjalikult dokumenteeritud kõik patsiendiga seonduv, kaasa arvatud näiteks sotsiaälvõrgustik ja kontaktisik(ud), patsiendi ja/või lähedase õpetusvajadus, teostatud õendustegevused, väljakirjutamisel esinevad õendusprobleemid ja soovitud edaspidiseks (Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimine...2008), aitab kaasa järjepidevuse tagamisele teenuse osutamisel. Keskmiselt viibisid patsiendid 2018. aastal iseseisva statsionaarse õendusabi osakondades 25 päeva (Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas), mis käesoleva uurimistöo autori arvates

on piisav periood, et täita reguleeritavates õigusaktides ja teenuse osutamise lepingutes sätestatud nõudmisi ning patsiente ja nende lähedasi toetada ja informeerida.

Käesolevas uurimistöös on tervishoiuteenuste järjepidevust kirjeldatud ja hinnatud kvantitatiivselt lähtudes Reid jt (2002) tervishoiuteenuste järjepidevuse kontseptsioonist, tuginedes selle kolmele dimensioonile: informatsiooni järjepidevusele, inimestevaheliste suhete järjepidevusele ning teenuste korraldamise järjepidevusele. Varasemates uurimistöodes ei ole kontseptsiooni kõigi kolme dimensiooni alusel iseseisva statsionaarse õendusabi osakonnas või sarnasel teenusel viibinud patsiendi lähedase hinnanguid tervishoiuteenuste järjepidevusele kvantitatiivselt uuritud. Eestis ei ole autorile teadaolevalt sellel teemal varasemalt uurimistöid teostatud.

Uurimistöö tulemuste põhjal võib edaspidi planeerida tervishoiuteenuste järjepidevust parandavaid tegevusi iseseisva statsionaarse õendusabi osakondadest väljakirjutamisel uurimistöös osalenud haiglates ning edasisel andmete kogumisel ja analüüsimisel ka riiklikul tasandil. Tervishoiuteenuste järjepidevuse parandamine suurendab teenusesaajate rahulolu, parandab tervisetulemusi, vähendab rehospitalseerimisi ja seega koormust tervishoiusüsteemile.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada iseseisval statsionaarsel õendusabiteenusel viibinud patsientide lähedaste hinnanguid tervishoiuteenuste järjepidevusele, leida võimalikke erinevusi hinnangutes uuritavate taustaandmete alusel ning seoseid patsiendi lähedaste poolt õendusabi järjepidevusele antud hinnangutes.

Uurimistöö küsimused:

1. Millised on iseseisva statsionaarse õendusabi osakonnas viibinud patsiendi lähedaste hinnangud tervishoiuteenuste järjepidevusele?
2. Kas ja milliseid erinevusi esineb patsiendi lähedaste poolt õendusabi järjepidevusele antud hinnangutes lähtuvalt uuritavate taustaandmetest?
3. Kas ja milliseid seoseid esineb patsiendi lähedaste poolt õendusabi järjepidevusele antud hinnangutes?

2. TERVISHOIUTEENUSTE JÄRJEPIDEVUS, PATSIENDI LÄHEDASTE ROLL SELLE TAGAMISEL NING JÄRJEPIDEVUSE HINDAMINE

2.1. Tervishoiuteenuste järjepidevus

Tervishoiuteenus on tervishoiutöötaja tegevus haiguse, vigastuse või mürgistuse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema terviseseisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus). **Õendusabi** on ambulatoorne või statsionaarne **tervishoiuteenus**, mida osutavad õde ja ämmaemand koos pere-, eri- või hambaarstiga või iseseisvalt (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus). **Iseseisev statsionaarne õendusabi (ISÕ)** ehk õendusabi osutamine haiglas on mõeldud stabiilses seisundis patsiendile, kes ei vaja pidevat arstiabi, kuid kes vajab abi ja raviprotseduuride osutamist statsionaaris. ISÕ teenusele suunamise vajaduse otsustab pere- või eriarst (Õendusabi). ISÕ teenusele sarnast teenust pakutakse erinevates riikides erinevate nimede all, nt USAs „*skilled nursing facility*“ (Skilled nursing facility) ja Inglismaal „*NHS continuing healthcare*“ (NHS continuing healthcare). Sarnaselt Eesti tervishoiusüsteemiga on nendes üksustes viibimine kompenseeritud tervisekindlustuse poolt ning ajaliselt piiratud vastavalt seisundi paranemisele.

ISÕ patsientide arv on aastate jooksul järjepidevalt tõusnud. Kui 2010. a. oli ISÕ patsientide arv veidi üle 16 000 ja patsiendid viibisid haiglas umbes 408 000 voodipäeva aastas, 2018. a. oli patsiente juba peaaegu 20 000 ja vastavalt kokku peaaegu 500 000 voodipäeva. ISÕ osakonna patsiendid on valdavalt eakad – aastal 2018 oli 90% ISÕ osakonna patsientidest vanuses 65 aastat ja vanemad (Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas). Eakatel inimestel on märkimisväärselt suurem tõenäosus sattuda haiglasse – iga kolmas üle 65-aastane inimene võrreldes iga üheksanda inimesega vanuses 0-64 aastat (Rahvastikupüramiid, Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas). Seda põhjustab asjaolu, et eakatel on reeglina mitu kroonilist terviseprobleemi, mis võivad mõjutada nende elukvaliteeti ja toimetulekut, samuti võivad esineda funktsionaalsed ja sotsiaalsed häired. See omakorda tingib eakate multiprobleemsete patsientide vajaduse erinevate sotsiaal- ja tervishoiuteenuste, sh haiglas osutatavate teenuste järele (Hirschman jt 2015). Tervishoiuteenuste areng, oodatav eluea pikenemine ja vähenev sündimus põhjustavad eakate osakaalu kasvu elanikkonnas, seega vajadused erinevate sotsiaal- ja tervishoiuteenuste järele suurenevad. Tarasova (2015) teostatud uurimistöö tulemused kinnitavad seda ka Eesti eakate kohta.

Õendusabi on aastate jooksul palju arenenud, andes õdedele võimaluse täielikul määral rakendada oma teadmisi, oskusi ja hoiakuid üksikisiku, perekonna ja/või kogukonna abistamisel. Vastavalt patsiendi, perekonna ja elanikkonna vajadustele saab õde pakkuda sobivaid õendusabiteenuseid ning oma pädevuse piires arendada koostööd ja infovahetust ametkondade ja asutuste vahel, ka ühe asutuse struktuuriüksuste vahel. (Seitse sammu terve tervishoiuni 2020, Õde 2017, Õendusabi.) Õdedel on tähtis roll lähedaste nõustamisel (Foust jt 2012), asjakohase infovahetuse tagamisel (Olsen jt 2014), patsientide, eriti eakate ja krooniliste tervisehäiretega patsientide, toitumise jälgimisel ja hindamisel (Rasmussen jt 2010, Tappenden jt 2013, Halvorsen jt 2016). Eestis teostatud magistritöö tulemuste põhjal kulub ISÕ osakonna õdedel patsientidega suhtlemisele ja õpetamisele keskmiselt 71 minutit ööpäevas ning patsientide lähedastega suhtlemisele keskmiselt 45 minutit ööpäevas (Viitkar 2008), mis keskmise osakonnas viibimise perioodi jooksul moodustab märkimisväärse ajahulga.

Järjepidevus (*continuity*) on omavahel seotud tegevuste või sündmuste katkematu jada, mis taotleb mingi eesmärgi või olukorra saavutamist (Kurm 2012). **Tervishoiuteenuste, sh õendusabi ja -hoolduse järjepidevus** (*continuity of care*), on käesolevas töös isiku poolt tajutud ning ajas kestev tervishoiuteenuste jada, mis sobib tema tervisevajaduste ja eelistustega (Haggerty jt 2003, *Continuity and coordination of care...* 2018). Tajutud järjepidevus on patsiendi rahulolu aluseks (Gulliford jt 2006). Nähtuse kirjeldamiseks kasutatakse ka mõisteid „hoolduse koordineerimine” (*care coordination*) (Naylor jt 2007), hoolduse järjepidevus (*care continuity*) (Pollack jt 2016) „väljakirjutamise planeerimine” (*discharge planning*) (Bull jt 2000, Rose jt 2000, Popejoy 2011, Foust jt 2012), “ülemineku hooldus” (*transitional care*) (Naylor ja Keating 2008, Byrne jt 2011, Toles jt 2017), haiglale järgnenud üleminek (*posthospital transition*) (Foust jt 2012).

Reid jt (2002) on koostöös teadlaste ja valdkonna ekspertidega loonud tervishoiuteenuste järjepidevuse (*continuity of [health]care*) kontseptsiooni. Selle järgi on mõistel kaks tuumelementi – see põhineb patsiendi kogemusel ning kestab ajas. Järjepidevus väljendub läbi kolme dimensiooni, mis on omavahel tihedalt seotud ja esinevad paralleelselt, kuid eri tingimustes dimensioonide mõjud varieeruvad:

- informatsiooni järjepidevus – piisav ja efektiivne infovahetus erinevate tervishoiuteenuse osutajate ning patsiendi/lähedaste vahel ja patsiendi kohta kogutud teadmiste talletamine ja kasutamine,
- inimestevaheliste suhete järjepidevus – kestev terapeutiline suhe patsiendi ning lähedaste ja tervishoiutöötaja vahel,

- teenuste korraldamise järjepidevus – järjepidev tervishoiuteenus, sh õendusabi, korraldamine, nt ühtsete mõistete ja dokumentide kasutamine erinevatel teenuse osutamise tasanditel ning paindlikkus, mis võimaldab läheneda igale abivajajale individuaalselt. (Reid jt 2002.)

2.2. Lähedase roll eakale patsiendile osutatavate tervishoiuteenuste järjepidevuse tagamisel

Lähedane (*close person*) on defineeritud kui „kallis või oluline inimene, kellega indiviidil on tihedad suhted, ühised kogemused ning emotsionaalne side” (Tarasova 2011). Erialakirjanduses kasutatakse ka mõisteid perekonnaliige (*family member*) (Bull jt 2000), hooldaja perekonnas (*family carer/caregiver*) (Rose jt 2000, Naylor ja Keating 2008, Popejoy 2011), mitteametlik hooldaja (*informal carer*) (Naylor jt 2007), sugulased (*relatives*) (Hvalvik ja Reiersen 2015), abikaasa-hooldaja (*spousal caregiver*) (Byrne jt 2011) ja lähisugulased (*next of kin*) (Allen jt 2016). Lähedased pakuvad tihti habrastele eakatele igapäevast mittetasustatud abi, mis sisaldab nt abistamist isikliku hügieeni toimingute teostamisel, koristamisel ja pesupesemisel, toidu ja sisseostude tegemisel, asutustega suhtlemisel (nt arvete maksmine, arstiabi korraldamine), aga vajadusel ka ravirežiimi jälgimisel (Triantafillou jt 2010).

Sõltumata patsiendi diagnoosi raskusest, prognoosist ja hospitaliseerimise erakorralisusest on haigestumine ja hospitaliseerimine alati patsiendi ja lähedaste jaoks kriis (Rose jt 2000) ning lähedasi ei tohiks jätta kõrvale, kui patsient satub haiglasse (Cameron ja Gignac 2007). Olukorras, kus eakas patsient ei ole võimeline tervise seisundi tõttu teavitama personali oma vajadustest ja eelistustest või kaasa rääkima haiglast väljakirjutamisel tervishoiu- ja sotsiaalteenuste valikul, saavad patsientide eestkõnelejaks tema lähedased (Naylor jt 2007, Byrne jt 2011). Lähedasel isikul on teadmised patsiendi elust ja terviseseisundist, väärtustest, soovidest ja vajadustest (Olsen jt 2014). Oluline informatsioon, mida saab lähedane jagada haigla personalile, on patsiendi toitumise kohta – 20-50% haiglasse sattunud patsientidel on alatoitumus, mis süveneb haiglas olemise ajal ning eakate ja krooniliste tervisehäiretega patsientide risk alatoitumuse süvenemiseks on kõrgem (Rasmussen jt 2010).

Pärast haiglast väljakirjutamist on perekonnal tähtis roll eakate hakkamasaamise toetamisel, kuna majanduslik surve lühendab haiglas olemise perioodi (Bull jt 2000, Rose jt 2000, Hvalvik ja Reiersen 2015). Eaka, krooniliste haigustega patsiendi puhul tähendab see tihti seda, et ta ei ole lõplikult taastunud ning kui hooldus jätkub kodus, langeb vastutus selle eest ette valmistamata lähedaste õlule (Bull jt 2000, Rose jt 2000, Naylor jt 2007, Naylor ja Keating 2008, Foust jt 2012,

Hvalvik ja Reiersen 2015). Selliseid tegevusi nagu ravimite manustamine, igapäevaste toimingute teostamisel abistamine, elutähtsate näitajate jälgimine jms teostas haiglas viibimise ajal koolitatud personal. Kodustes tingimustes tegelevad sellega lähedased ning ideaalis peavad nad olema õdede poolt piisavalt nõustatud ja õpetatud, et abistada patsienti olemasoleva tervise säilitamisel, parema elukvaliteedi ning parema (enese)hoolduse- ja funktsioneerimisvõime saavutamisel (Grimmer ja Moss 2001, Naylor ja Keating 2008, Bauer jt 2009). Valmistades lähedasi ette, on nende abiga võimalik luua järjepidevat ja integreeritud teenust patsiendile, nt sujuvat üleminekut tervishoiuteenuselt sotsiaalhoolekandeteenustele või kodustesse tingimustesse (Popejoy 2011). Haiglast väljakirjutamise puhul ning üleminekul ühelt teenuselt teisele, tähendab patsiendikeskne lähenemine eakate patsientide puhul ka patsiendi lähedastega arvestamist, kuna nad on tihti hapra eaka esindajateks/usaldusisikuteks (Bull jt 2000, Naylor ja Keating 2008, Foust jt 2012). On leitud, et ebapiisav väljakirjutamise planeerimine ja lähedaste juhendamine, samuti puudulik perekonna kaasamine planeerimisse võivad viia eaka inimese rehospitalseerimiseni (Bauer jt 2009, Foust jt 2012, Hvalvik ja Reiersen 2015), põhjustada kõrvalekaldeid raviskeemist (Moore jt 2003), lähedase füüsilise tervise halvenemist (Byrne jt 2011) ja emotsionaalset läbipõlemist (Foust jt 2012).

Wong-Cornall jt (2017) poolt läbi viidud kvalitatiivse uurimistöö eesmärgiks oli selgitada, kuidas panustavad patsientide lähedased tervishoiuteenuste järjepidevuse tagamisse, lähtudes kolmest dimensioonist – informatsiooni, suhete ja korraldamise järjepidevusest. Kolmeteistkümnest poolstruktureeritud intervjuust saadud andmete alusel leiti, et patsientide lähedased osalesid aktiivselt oma eakate pereliikmete tervishoiuteenuste järjepidevuse tagamises, edastades tervishoiuteenuse osutajatele informatsiooni sellest, mis on juhtunud varasemalt, esindades patsiendi huve edasiste tegevuste planeerimises ning luues ja hoides suhteid tervishoiutöötajatega, kes hoolitseb nende pereliikme eest tulevikus. Patsientide lähedastel oli oluline roll krooniliste haigustega patsientidele mõeldud tervishoiu- ja sotsiaalteenuste korraldamises.

Vaheri (2020) poolt läbi viidud kvalitatiivse uurimistöö eesmärk oli kirjeldada iseseisval statsionaarsel õendusabiteenusel viibinud patsientide lähedaste kogemusi saadud teenusega ning nende teadmisi ja ootusi seoses teenusega. Töö tulemustest selgus, et lähedastel on ootused nii õendusabi kui ka sellele järgnevate teenuste parema korraldamisele. Samuti ootavad lähedased koostööd ja ladusamat korraldust info liikumisel õendushaigla arsti, perearsti ja eriarsti vahel ning sujuvat informatsiooni jagamist patsiendi kohta lähedastele haiglas olemise ajal. Lähedased tahaksid, et patsiendile oleks tagatud emotsionaalne tugi ning individuaalne lähenemine. Samuti

muretsesid lähedased enda tervise pärast ning kirjeldasid, et neil puuduvad kodus hooldamise oskused ja võimalused ning nad ei saa töölt eemale jääda.

2.2.1. Lähedase roll informatsiooni järjepidevuse tagamisel

Tulemuslik kommunikatsioon haiglapersonali ja lähedase vahel võib jääda saavutamata personali vähesuse tõttu, sest sel juhul on piiratud töötajate võimalused piisavalt suhelda ja nõustada patsienti ning tema lähedasi. Patsiendi haiglasse tulekul on sageli olukorra kaardistamine puudulik, näiteks puudub informatsioon patsiendi sotsiaalse võrgustiku kohta, tähelepanu pööratakse rohkem arstlikule, mitte õendusdiagnoosile. Juhul, kui patsient ei ole võimeline andma informatsiooni enda kohta, ei täpsustata detaile lähedaste käest. Murekohana tuuakse välja õendusdokumentatsiooni kooskõla puudumine haiglas viibimise perioodil – nt sissekirjutamise probleemid ei kajastu väljakirjutamise kokkuvõttes (õendusepikriisis), õe soovitused patsiendile, tema lähedastele, pere- või koduõele väljakirjutamise järgseks perioodiks kas puuduvad või on üldsõnalised. (Rose jt 2000, Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel 2015, Iseseisva statsionaarse õendusabi põhjendus ja kvaliteet 2016.) Mõnikord on puudulikud ka raviskeemid (Vaher 2020).

Foust jt (2012) ning Hvalvik ja Reiersen (2015) on uurinud patsientide lähedaste kogemusi seoses haiglast väljakirjutamisega. Vaatamata sellele, et patsiendi väljakirjutamine oli plaaniline, ei kaasatud patsiendi lähedasi väljakirjutamise planeerimisse. Lähedased täheldasid puudulikkust kommunikatsiooni ning informatsiooni vähesust, mis tekitas ebakindlust ja emotsionaalset stressi. Informatsiooni vajadus ei ole tingitud ainult lähedase soovist teada, mis ja miks patsiendiga toimub, aga ka vajadusest edaspidi anda selgitusi patsiendile, kui ta ei ole võimeline väljakirjutamise hetkel informatsiooni vastu võtma. Lähedastel on olnud kogemusi ka erinevate tervishoiutöötajate vahel liikunud informatsiooni puudulikkusega. Sellisel juhul tundis lähedane hirmu tagajärgede ees ning andis ise täiendavat informatsiooni patsiendi käekäigu kohta tervishoiutöötajatele, olles vahendajaks haigla ja esmatasandi teenusepakkujate vahel. Lähedasele, kui ta ise ei olnud tervishoiuvaldkonna spetsialist, põhjustas olukord ebakindlust ja pettumust. Väljakirjutamise planeerimisest kõrvale jätmine tekitas patsiendi lähedases frustratsiooni. (Foust jt 2012, Hvalvik ja Reiersen 2015.) Erinevate tervishoiutöötajate vahel toimuva infovahetuse puudujääkidega on kokku puutunud ka Eesti haiglate ISO osakonnas viibinud patsientide lähedased (Vaher 2020).

Informatsiooni andmisel lähedastele peaksid tervishoiutöötajad arvestama, mis seisundis on patsient, millises ravietapis ta on, samuti hindama, mis määral on lähedane võimeline informatsiooni vastu võtma. Äreva, ebakindla või hirmunud lähedase informeerimine patsiendi haiguse kaugmõjudest, kui patsient on haiguse ägedas faasis, ei pruugi lähedasele meelde jääda ega olla antud hetkel vajalik. Parem on pakkuda lähedastele kirjalikku informatsiooni patsiendi hetkeseisundist, ravi- ja tugiteenuste võimalustest. Lähedane saab seda informatsiooni kasutada enda jaoks vajalikul ja sobival hetkel ning samuti saab selle alusel hinnata oma ressursse ja vajadusi. (Cameron ja Gignac 2008.)

2.2.2. Lähedase roll inimestevaheliste suhete järjepidevuse tagamisel

Eakad, krooniliste terviseprobleemidega patsiendid külastavad sageli erakorralise meditsiini osakonda ning kasutavad statsionaarseid ning ambulatoorseid tervishoiuteenuseid, mis nõuab teenuse osutajatelt hästi integreeritud teenuste ja ühelt teenuselt teisele ülemineku planeerimist. Dokumentatsioon ei edasta alati kõikehõlmavat infot patsiendi kohta. Tervishoiutöötaja teadmine patsiendi seisundist erinevatel etappidel (nt enne ja pärast haiglat) loob eelduse tervikliku lahenduse pakkumisel. (Reid jt 2002, van Walraven jt 2004, Naylor ja Keating 2008, Allen jt 2016.)

Liikumine erinevate asutuste ja tervishoiuteenuse osutajate vahel vähendab järjepideva ning usaldusliku suhte tekkimise võimalust, samuti võib raskendada patsienti üle võtval tervishoiutöötajal patsiendi vajaduste ja terviseprobleemide väljaselgitamist, kuna tal puudub teadmine ja kogemus, millised olid patsiendi varasemad probleemid ja/või seisund. Järjepideva, usaldusliku ja lugupidava suhte tekkimise aluseks on korduvad kontaktid kindlate tervishoiutöötajatega, kuna mõnede detailide märkamine toimub intuitiivselt (nt patsiendi tunded), nende dokumenteerimine ei ole alati sobilik või neid ei dokumenteerita. Seda näiteks juhul, kui patsient avaldab isiklike detaile, mis otseselt ei aita teda ravida, kuid tugevdavad suhet ja usaldust. Süsteemsed puudujäägid (nt igal visiidil patsient näeb uut arsti jms), personali ajapuudus, personali oskamatus luua terapeutilist suhet, võivad olla takistavateks teguriteks hea inimestevahelise suhte loomisel. (Rose jt 2000, Freeman jt 2003, Gulliford jt 2006.)

Tervishoiutöötajad peavad arvestama, et lähedase emotsionaalne toetamine on oluline igas patsiendi ravietapis. Haiguse ägedas faasis on lähedase emotsionaalse toetuse vajadus seotud pigem tema enda reaktsiooni ja toimetulekuga. Kui patsiendi seisund on stabiliseerumas, võib lähedane vajada kedagi, kellega rääkida oma tunnetest ja patsiendiga seotud muredest. Selles faasis

saab patsiendi lähedast toetada nt haigla sotsiaaltöötaja, hingehoidja, aga ka perekond ja sõbrad ning sarnase kogemusega inimesed ja neid koondavaid tugirühmad. (Cameron ja Gignac 2008.)

2.2.3. Lähedase roll teenuste korraldamise järjepidevuse tagamisel

Eakad patsiendid on tihti komplekssete vajadustega – lisaks füüsilise tervise probleemidele esinevad ka kognitiivsed ja funktsionaalsed häired, mõnikord lisanduvad sotsiaalsed probleemid. Kognitiivse võimekuse langusega patsientide hoolduse koordineerimine pärast haiglast väljakirjutamist toimub sageli nende lähedaste osalusega. Kuid kognitiivse võimekuse langusega patsientide lähedased on kurtnud, et neil on puudulikud oskused tulla toime patsiendi haigusega ja teadmised muudest hooldusvõimalustest. Nad tõid välja vähest psühhosotsiaalset toetust ja toimetulekut. Lähedastel tekkis kõrge vajadus nõustamise ning tegevuste koordineerimise ja juhendamise järgi õendustöötajate poolt, kes omakorda vajasisid perearstide, eriarstide ja õdespetsialisti abi. (Naylor jt 2007.)

Lähedased tajuvad vajadust koduseks toimetulekuks ettevalmistamiseks siis, kui patsiendi seisund on stabiliseerumas ja saab selgemaks, milliseid pikaajalisi tagajärgi võib tekkinud haigus kaasa tuua. Juba haigla tingimustes saab lähedasi kaasata patsiendi hooldamisse ja aktiveerimisse, selgitades tegevusi ning julgustades ja juhendades lähedast neid praktikas proovima. Kodus võib tekkida vajadus elamistingimuste hindamiseks ja elamise kohendamiseks vastavalt patsiendi ja lähedase vajadustele. Selline nõustamine ja juhendamine saab võimalikuks, kui kodustes tingimustes on korraldatud rehabilitatsioonispetsialisti või kogunud õe supervisioon. Nii patsiendi kui lähedase seisund ajas võib muutuda, seega konsulteerimise ja täiendava juhendamise vajadus jääb ajas püsima. (Cameron ja Gignac 2008.)

Vaher (2020) toob oma uurimistöös välja, et lähedaste korraldada on patsientide liikumine erinevate ISÕ teenuseosutajate vahel. Lähedased on märkinud, et informatsioon teenuse kättesaadavuse kohta on oluline ning vajaka jääb läbimõeldud teavitustööst teenuse korraldamisest ja läbiviimisest. Ka patsiendi üleminekul statsionaarist esmatasandile ja vastupidi jäävad mõnikord korraldamata raviga seotud detailid.

Patsiendi liikumine erinevate tervishoiuteenuste ja -tasandite vahel ning patsiendi edasise tervishoiuteenuste ja hoolduse terviklik ja järjepidev planeerimine on aktuaalne teema. Eakate, sageli ka multiprobleemsete patsientide puhul tuleb kindlasti kaasata teenuste planeerimisse patsientide lähedasi, kes pakuvad asutuste väliselt enamus abi ja hooldust. Uurimistöõ autori

kogemus näitab, et ISÕ osakonda saabumisel on patsientidel ja nende lähedastel sageli vale arusaam ees ootavatest toimingutest, ei ole informatsiooni kehtivast omaosalustasust, puudub ülevaade teistest tervishoiuteenustest ja/või sotsiaalabi võimalustest.

2.3. Tervishoiuteenuste järjepidevuse hindamine

Tervishoiuteenuste järjepidevuse erinevate dimensioonide hinnanguid patsiendi lähedaste poolt on uuritud seoses aktiivravis hospitaliseeritud eakate patsientide haiglast väljakirjutamisega (Bull jt 2000, Rose jt 2000, Grimmer ja Moss 2001, Naylor jt 2007, Naylor ja Keating 2008, Hill jt 2009, Popejoy 2011, Foust jt 2012, Hvalvik ja Reiersen 2015, Hagedoorn jt 2017), spetsialiseeritud geriaatrilise rehabilitatsiooni osakonnast väljakirjutamisega (Byrne jt 2011) ning õendusabi osakonnast väljakirjutamisega (Toles jt 2017).

Õdede ja lähedaste hinnangud patsiendi tervise seisundi ja vajaduste kohta erinesid nii haiglasse tuleku kui väljakirjutamise hetkel ning patsiendi edaspidise käekäigu osas ei olnud õdedel ja lähedastel ühtset arvamust (Rose jt 2000). Selline olukord tekitab küsimuse, kas patsiendi lähedased järgivad soovitusi ja/või korraldusi, mille otstarbekuses nad ei ole kindlad. Erilist tähtsust omab ühelt teenuselt teisele ülemineku ja õendusabi planeerimine mitme kroonilise seisundiga eakate ja nende lähedaste jaoks. Olles patsiendi kõrval, märkavad lähedased tervishoiuteenuse kõrvalekaldeid ning tunnevad, et peavad patsiendi eest seisma ning „olema valvel” (Popejoy 2011).

Tervishoiuteenuselt kodustesse tingimustesse üleminekuga kaasnenud tegurite uurimisel leiti, et puudulik kommunikatsioon ja infovahetus, patsiendi ja lähedaste nõustamine, kindla kontaktisiku, kes saaks aidata probleemide korral, puudumine, viivad lähedaste rahulolematuse ja negatiivse kogemuseni (Naylor jt 2007, Naylor ja Keating 2008), kusjuures häiritud kommunikatsiooni põhjuseks võib olla õdede oskamatus kommunikatsiooni juhtida, samuti ei pruugi õed suhtuda lähedaste õpetamise/nõustamise kui oma professionaalsesse tegevusse (Hagedoorn jt 2017). Mida rohkem olid lähedased kaasatud eaka patsiendi väljakirjutamise planeerimisse, seda paremaks nad hindasid teenuste järjepidevust (Bull jt 2000). Mida rohkem tunnetasid patsiendi lähedased, et väljakirjutamisel ei arvestata perekonnaga, seda rohkem tundsid nad ennast kõrvale jäetuna (Foust jt 2012). Selline seis põhjustab ebakindlust, koormuse tõusu ja stressi ning lähedased ei tunne ennast patsiendi kojutulekuks ettevalmistatuna (Grimmer ja Moss 2001, Hvalvik ja Reiersen 2015).

Byrne jt (2011) uuris eakate patsientide abikaasade kogemust, mis puudutas spetsialiseeritud geriaatrilise rehabilitatsiooni osakonnast (GRO) väljakirjutamist koju. Uurimistöö tulemusena selgus, et patsientide abikaasad muretsesid, et mõni asjaolu võib takistada abikaasa eest hooldust kanda, kui patsient koju jõuab. Arvestades eakate patsientide abikaasade enda vanust (keskmine vanus antud uurimuses oli 77,4 aastat), oli koormus, millega nad pidid tulema toime, märkimisväärne. Patsientide eakad abikaasad pidid tulema toime suurte muutustega suhtes ja elukorralduses ning samal ajal tegelema hoolduse meditsiinilise, füüsilise, emotsionaalse ja sotsiaalse aspektidega.

Toles jt (2017) uurimistöö otsis vastust küsimusele, kuidas planeeritud ja kindla struktuuriga väljakirjutamine õendusabi osakonnast ning sellele järgnenud sama osakonna töötaja ühenduse võtmine mõjutab patsientide ja nende lähedaste hinnangut valmisolekule väljakirjutamiseks. Samuti uuriti, kui keeruline ja/või kasulik on õendusabi osakonna personalil planeeritud ja struktureeritud väljakirjutamise vormi kasutamine. Patsiendid ja nende lähedased, keda valmistati ette uurijate poolt väljatöötatud plaani järgi, hindasid oma ettevalmistust osakonnast lahkumiseks paremaks kui kontrollrühma osalejad. Osakonna personal leidis, et pakutud vorm sobiks igapäevaseks kasutamiseks.

Tartu Ülikooli Kliinikumis teostati siseaudit, mille eesmärgid olid hinnata tegevusjuhendi „Patsiendi ettevalmistamine haiglast lahkumiseks” rakendumist kliinikumi statsionaarsetes osakondades, kui patsient oli pärast statsionaarset ravi suunatud koju, järelravile teisse asutusse või ISÕ osakonda, koguda ettepanekuid juhendi täiendamiseks ning koguda ettepanekuid juhendi rakendumise tagamiseks. Andmeid koguti haiguslugudest ning töötajate küsitluse abil, siseauditis osalesid valitud osakondade arstid ja õed. Selgus, et juhendi osaks olev kontrollkaart oli olemas keskmiselt 33% haiguslugudes ning kõige vähem olid täidetud järgmised kontrollkaardi väljad – õendusepikriis, järgmise tervishoiuteenuse osutaja informeerimine ning patsiendiõpetus (abivahendite vajadus ja hankimine; hooldus- ja abivahendite kasutamine; antud patsiendiinfo materjalid). Suurem osa töötajatest nõustus, et kontrollkaardi kasutamine tuleb meelde olulisimad tegevused patsiendi ettevalmistamisel haiglast lahkumiseks ning koondab infot erinevate spetsialistide tehtud tegevuste osas. Auditi käigus kerkis ülesse küsimus, kuidas kaasata lähedasi haiglaravi ajal nii, et olulistel teemadel osakonna personal vestleb vajadusel üheaegselt nii patsiendi kui ka lähedastega. (Pärn jt 2019.)

Varasemate uurimistöödega tutvumisel selgus, et hetkel puudub kokkulepitud, terviklik ning täismahus vabalt saadav hindamisinstrument, mis võimaldaks kirjeldada patsiendi lähedaste

hinnanguid tervishoiuteenuste järjepidevusele, lähtudes selle kolmest dimensioonist. Seetõttu kasutati käesolevas töös hindamisinstrumendina Hadjistavropoulos jt (2008) poolt koostatud hindamisinstrumenti, mis aitab hinnata patsiendi haiglast väljakirjutamise kogemust ning täpsustada tervishoiuteenuste järjepidevust mõjutanud tegureid. Toetudes oma tööühma varasematele uurimistöodele on Hadjistavropoulos jt välja töötanud erinevate terviseseisunditega patsientidele mõeldud tervishoiuteenuste järjepidevuse hindamisinstrumenti – „Patsiendi hoolduse järjepidevuse küsimustiku“ (*Patient Continuity of Care Questionnaire, PCCQ*). Selle abil saab süstematiseeritud ülevaate patsientide hinnangutest ning teenuseosutaja saab parandada enda tegevusi teenuste järjepidevuse tagamiseks. Hadjistavropoulos jt poolt koostatud hindamisinstrumendi väiteid on käesoleva uurimistöo jaoks muudetud minimaalselt nii, et hindamisinstrumendi abiga saaks uurida patsiendi lähedaste kogemust ja hinnanguid tervishoiuteenuste järjepidevusele (vt lisa 1).

3. UURIMISTÖÖ METOODIKA

3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Käesolev uurimistöö on empiiriline, kvantitatiivne ja kirjeldav. Kvantitatiivse meetodi kasutamisel toimub empiirilise info kogumine tavatingimustes. Kogutud andmed võimaldavad loendada ja klassifitseerida nähtust ja selle omadusi, võimaldades tegelikkusest paremini aru saada. Kvantitatiivne lähenemine põhineb positivistlikul filosoofial, vastavalt millele on empiiriline avastus ainus usaldusväärsete teadmiste allikas. Lihtne kirjeldav uuring loob aluse edasiste, keerukamate uuringute läbiviimiseks. (Gray jt 2017.) Patsientide lähedaste tähelepanekud, mida nad esitasid vaba tekstina, on analüüsitud deduktiivse sisuanalüüsiga. Deduktiivse sisuanalüüsi aluseks on olemasolev teooria või raamistik ning see võimaldab teooriat testida (Elo ja Kyngas 2008).

3.2. Uuritavad ja nende värbamine

Uuritavateks olid Lõuna-Eesti Haigla AS, Põlva Haigla AS, SA Pärnu Haigla, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi, Valga Haigla AS ja SA Viljandi Haigla ISÕ osakonna patsientide lähedased, kes külastasid patsienti ISÕ osakonnas ja/või tulid patsiendile järele osakonnast väljakirjutamisel. Uuringusse kaasati patsientide lähedasi, kes olid täisealised, võimelised suhtlema eesti keeles ning nõus uurimistöös osalema. Kaasatud asutuste valikul lähtuti haigla liigist, et esindatud oleksid nii üld-, kesk- kui ka piirkondlik haigla. Uuritavate kutsumine uurimistöösse toimus kahe perioodi jooksul. Esimene uuritavate kutsumine leidis aset ajavahemikus juuli 2018–detsember 2018, kuid selle aja jooksul osutus vastajate määr väikeseks. Seetõttu taotleti uuritavate kutsumise perioodi pikendamist ning teine uurimistöösse kutsumine toimus ajavahemikus veebruar 2019–august 2019 (kaasa arvatud).

Uurimistöös osalenud haiglate vastava osakonna õendusjuhiga lepiti kokku uurimistöö eesmärgi ja sisu tutvustamise aeg osakonna personalile. Osakonna töötajatele selgitati uurimuse teemat ja läbiviimise plaani. Kohtumised/koosolekud toimusid ühes osakonnas korduvalt, et tutvustada uurimistöö sisu personalile, kes töötasid erinevatel päevadel/vahetustes. Uuritavate uurimistöösse kutsumise perioodil olid osakondadesse paigutatud üleskutsed uurimuses osalemiseks nii teadetahvlile (A3 formaadis paberil) kui ka nähtavale kohale kaasa võtmiseks (A4 paberil) (vt lisa 2). Üleskutse oli avaldatud ka haiglate ja/või osakondade kodulehtedel. Osakonna personalil paluti juhtida patsientide lähedaste tähelepanu toimuvale uurimistööle ja julgustada lähedasi osalema. Juhul, kui patsiendi lähedasel oli uurimistöö kohta küsimusi, paluti osakonna töötajatel suunata

teda pöörduma uurimistöö autori poole. Osakonna personalil oli samuti kogu uurimistöö läbiviimise perioodil võimalus pöörduda uurimistöö autori poole küsimuste ja tähelepanekutega, mis olid seotud patsientide lähedaste uurimistöösse kutsumisega.

Kui patsiendi lähedane oli huvitatud uurimistöös osalemisest, võttis ta ühendust uurimistöö läbiviijaga kas e-maili või telefoni teel. Kui uurimusest huvitatud patsiendi lähedane kontakteerus uurijaga, tutvustati talle veelkord uurimistöö olemust, teavitati täiendavalt vabatahtlikkuse ja konfidentsiaalsuse tingimusi ning täpsustati, kas ja millisel viisil (paberil või veebikeskkonnas) soovib uuritav hindamisinstrumenti täita. Ükski lähedane ei soovinud täita paberil hindamisinstrumenti. Lisaks täpsustas uurimistöö läbiviija, millal orienteeruvalt on planeeritud patsiendi haiglast väljakirjutamine ning millisele e-maili aadressile võib hindamisinstrumendi veebilingi saata. Uurija saatis e-maili uurimistöös osalemise üleskutsega ning hindamisinstrumendi veebilingiga 3-4 nädalat pärast patsiendi planeeritavat haiglast väljakirjutamist. Hindamisinstrumendi saatmise aeg valiti tuginedes originaaluurimusele – osalejaid küsitleti neli nädalat pärast haiglast väljakirjutamist (Hajistavropoulos jt 2008) ning uurimise läbiviija lähtus eeldusest, et selle aja jooksul on saavutatud kontakt perearsti ja/või -õega või vajadusel muu vajaliku teenuse osutajaga (koduõde, sotsiaaltöötaja jms). Selle aja möödumist jälgis uurimistöö läbiviija, lähtudes uuritava poolt antud informatsioonist patsiendi väljakirjutamise kuupäeva kohta. Sellest ajast veel ühe nädala möödudes saadeti meeldetuletuskiri sama sisuga kõigile uuritavatele.

3.3 Andmete kogumine

Andmete kogumine toimus kahel perioodil juuli 2018–detsember 2018 ja veebruar 2019–oktoober 2019. Uuritavate vastused tulid uurimistöö läbiviija isiklikku parooliga kaitstud Google Drive keskkonda, tabeli kujul. Andmete kogumiseks kasutati Hajistavropoulos jt (2008) koostatud hindamisinstrumenti “Patsiendi hoolduse järjepidevuse küsimustik” (*Patient Continuity of Care Questionnaire, PCCQ*), mille abiga on originaaluurimuses uuritud patsiendi haiglast väljakirjutamise kogemust ja tervishoiuteenuste järjepidevust mõjutanud tegureid. Hindamisinstrument oli koostatud lihtsas keeles ning selles sisalduvaid väiteid oli võimalik ilma sisu muutmata kohandada käesoleva uurimistöö jaoks. Kohandatud hindamisinstrumendi abil sooviti saada ülevaade patsiendi lähedase hinnangutest tervishoiuteenuse järjepidevusele. Hindamisinstrument koosnes 41 väitest, mille sobivust vastaja hindas 5-astmelisel Likerti skaalal. Kui väide ei olnud kohaldatav, sai vastaja valida „ei ole kohaldatav” variandi. Vastusevarianti “ei ole kohaldatav” ei võetud analüüsimisel arvesse. Hindamisinstrumendi vastused olid kodeeritud

arvudeks, 5-astmelisel skaalal, kus 1 pallile vastas variant „Ei ole üldse nõus“ ja 5 pallile „Olen täiesti nõus“. Hindamisinstrument võimaldas anda hinnanguid tervishoiuteenuse järjepidevusele enne haiglast väljakirjutamist (27 väidet) ja pärast haiglast väljakirjutamist (14 väidet). Väited liigitati vastavalt mõõdetavale järjepidevuse dimensioonile, tuginedes originaaluurimusele ja väidete sisule. Informatsiooni järjepidevust mõõtsid väited 1-7, 9, 11, 13-16 ja 37, inimestevaheliste suhete järjepidevust – väited 17-22, 27-32 ning teenuste korraldamise järjepidevust – väited 8, 10, 12, 23-26, 33-36, 38-41.

Hindamisinstrument tõlgiti tõlkebüroos AS Dialoog. Tõlge vaadati üle koos juhendajatega ja mõned sõnastused kohendati vastavalt Eestis kasutatavatele terminitele, jälgides, et sisu ei muutuks. Käesoleva uurimistöö tarbeks küsimuste muutmine toimus minimaalselt, et need viia kooskõlla käesoleva uurimistöö teemaga. Hindamisinstrumendile lisaks paluti patsiendi lähedasel märkida demograafilised ja täpsustavad andmed – vastaja sugu, vanus, haridus, tööga hõivatus, elukorraldus ja seos patsiendiga, samuti patsiendi terviseprobleem, mille tõttu ta haiglasse sattus ning kui kaua patsient viibis haiglas. Vastajatel oli võimalik soovi ja võimaluse korral lisada vabas vormis küsitluse lõppu enda jaoks olulisi asju või tähelepanekuid.

3.4. Andmete analüüs

Andmete analüüsiks kasutati SPSS Statistic 26 ning Microsoft Office Excel statistilist tarkvara. Hindamisinstrumendi abil saadud andmete analüüsi meetodina kasutati kirjeldavat statistikat, mille eesmärk on kirjeldada situatsiooni sellisena, nagu ta tegelikult on. Tulemused on esitatud sagedusjaotustabelitena. Tunnuste vaheliste erinevuste leidmiseks kasutati χ^2 – testi ja ANOVA testi ning seoste leidmiseks korrelatsioonanalüüsi. Tulemuste olulisuse nivooks oli määratud 0,05 (vastab 95% tõenäosusele). Vabatekstina sisestatud patsiendi ISÕ osakonda suunamise põhjused on esitatud vastavalt lähedaste poolt kõige sagedamini esile toodud seisundile/diagnoosile. Lähedaste poolt üle 10 korda väljatoodud diagnooside/seisundite alusel on moodustatud grupid võimalike erinevuste leidmiseks. Lähedase poolt väljatoodud diagnooside/seisundite arvu alusel on analüüsi teostamiseks moodustatud kaks gruppi – patsiendil toodud välja üks diagnoos/seisund ja patsiendil esineb kaks või enam diagnoosi/seisundit. Lisas 3 on toodud keskmised (M), standardhälve (SD) ning antud väitega mittenõustunud patsientide lähedaste osakaal, mille alla koondati vastused 1 (ei ole üldse nõus) ja 2 (pigem ei ole nõus). Uuritavate vastused on grupeeritud kolme järjepidevuse dimensiooni alusel ning järjestatud mittenõustunud patsientide lähedaste arvu järgi, suuremast väiksemani, kokku on võetud iga dimensiooni keskmine ja standardhälve. Vabatekstina sisestatud vastajate tähelepanekud on analüüsitud sisuliselt.

3.5. Uurimistöö usaldusvärsuse tagamine

Uurimistöö jaoks kasutati patsientide tervishoiuteenuste järjepidevuse hinnangute uurimiseks koostatud hindamisinstrumenti “Patsiendi hoolduse järjepidevuse küsimustik” (*Patient Continuity of Care Questionnaire, PCCQ*) (Hadjistavropoulos jt 2008). Käesolevas uurimistöös kasutatud hindamisinstrumendiga oli võimalik tutvuda originaaluurimust kirjeldavas artiklis, see käsitleb kolme tervishoiuteenuste järjepidevuse dimensiooni nii patsiendi haiglas olemise ajal kui ka patsiendi haiglast väljakirjutamise järgselt. Originaaluurimuse läbiviijate hinnangul on hindamisinstrument sisemiselt kooskõlas, valideeritud tervishoiuteenuste järjepidevuse mõõtmiseks ning usaldusväärne. Selle valmimise järgselt testiti instrumenti patsientide uurimisel ning eraldi testiti hindamisinstrumendi sisemist kooskõla kolmes alajaotuses, vastavalt kolmele järjepidevuse dimensioonile. Alajaotuste Cronbach-i α oli vahemikus 0,80 kuni 0,93 (Hadjistavropoulos jt 2008). Cronbachi α koefitsient jääb vahemikku ühest kuni nullini ning kõrgem Cronbachi α näitab, et eri küsimused usaldusvärselt mõõdavad konkreetset nähtust, olles omavahel korrelatsioonis (Tavakol ja Dennik 2011). Chen ja Chen (2017) tõlkisid “Patsiendi hoolduse järjepidevuse küsimustiku” kasutamiseks Taiwanis, kus eksperdid hindasid hindamisinstrumendi sisuvaliidsuse indeksiks 0,93. Antud indeks, jäädes vahemikku alates 0,8 ja kõrgem, näitab suurepäraselt sisuvaliidsust ehk hindamisinstrumendi võimet mõõta nähtust (Chen ja Chen 2017).

Hindamisinstrumendi kasutamise ja kohandamise luba saadi instrumendi autorilt Heather Hajistavropouloselt (vt lisa 4). Käesoleva uurimistöö teostamiseks taotleti luba kõikidelt uurimistöösse kaasatud haiglatelt ning kooskõlastus Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt (vt lisa 5). Uurimistöö pikendamiseks pöörduiti uuesti haiglate ja Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee poole ja saadi kooskõlastus (vt lisa 6). Uurimistulemuste usaldusvärsuse tagamiseks ei tutvustatud osakonna personalile andmete kogumise instrumenti, kuna esines võimalus, et hindamisinstrumendi väited võiksid mõjutada personali käitumist võrreldes tavapäraste toimingutega.

Sarnaselt originaaluurimusega hinnati patsiendi haiglast väljakirjutamisega kaasnenud hinnanguid tervishoiuteenuste järjepidevusele, kuid seda uuriti lähedaste käest. Kohandatud küsimustiku usaldusvärsuse hindamiseks arvutati Cronbachi α koefitsient. Kasutatud hindamisinstrumendi esimese osa (27 väidet, lähedaste kogemused patsiendi haiglas viibimise ajal) Cronbachi α oli 0,95 ning teise osa (14 väidet, lähedaste kogemused pärast patsiendi haiglast väljakirjutamist) Cronbachi α oli 0,92. Kohandatud hindamisinstrumendi sisemist kooskõla arvutati ka lähtuvalt

kolmest järjepidevuse dimensioonist ning Cronbachi α oli vahemikus 0,89 kuni 0,92. Kõigi 41 väite Cronbachi α oli 0,97.

Kõigile uurimuses osalejatele oli tagatud konfidentsiaalsus ja anonüümsus. Kõiki, kes võtsid kontakti uurimistöö läbiviijaga, teavitati vabatahtlikkusest ja õigusest loobuda uurimistöös osalemisest. Uurimistöö andmebaasi ei tekkinud isiklikke andmeid, mis võiksid viidata kindlale isikule või patsiendile, samuti ei ole eristatav tervishoiuasutus. Igale küsimustikule omistati unikaalne kood. Tulemusi esitati üldistatud kujul. Muude andmete (nt e-kirjad, telefoninumbrid, nimed jms) jaoks moodustas uurimistöö läbiviija parooliga kaitstud arvutis eraldi kausta, kus säilitati andmebaasi ja muid uurimistööga seotud dokumente. Pärast uurimistöö kaitsmist dokumendid ja andmebaasid kustutatakse. Uurimistöö läbiviija ei ole tööalaselt seotud enamiku asutustega (va Valga Haigla), kus toimus töö läbiviimine, mis välistas võimalust mõjutada personali, uuritavaid ja tulemusi. Andmete töötlemisel kontrolliti üle, et andmestikus ei ole tekkinud vigu.

Valitud uurimis- ja analüüsimeetodid sobisid antud uurimistöö jaoks, kuna võimaldasid saavutada püstitatud eesmärgi. Töö eesmärgist lähtuvalt võimaldas uuritavate grupp ehk patsientide lähedased koguda usaldusväärset ja olukorda kirjeldada võimaldavat teavet. Kirjandusest oli võimalik leida teisi tervishoiuteenuste järjepidevust mõõtvaid hindamisinstrumente, kuid need olid käesolevas töös kasutatud hindamisinstrumendist märkimisväärselt mahukamad (*CARE Tool Discharge*) või olid esmatasandi ehk perearsti-kesksed (Uijen jt 2012, Aller jt 2013), mis ei sobinud ISÕ osakonna patsientide lähedaste hinnangute kirjeldamiseks.

4. TULEMUSED

4.1. Täidetud küsimustike kaasamine analüüsi

Iga patsienti haiglas viibimise perioodil külastanud lähedane võis osaleda uurimuses. Uurimistöö läbiviimise aja jooksul võis uuringus osalenud haiglate ISÕ osakonda külastada ~ 4200 lähedast (Tervishoiustatistika), kellest moodustus käepärane valim. Uurimistöö läbiviijaga võttis ühendust 267 inimest, kes avaldasid soovi uurimuses osalemiseks ning neile edastati link küsimustikule. Vastamiskeskonda laekus 203 täidetud küsimustikku, vastamismäär 76%. Küsimustike analüüsimisel selgus, et osa patsientide lähedasi täitis selle ka siis, kui nende lähedane oli küsimustiku täitmise ajaks surnud, märkides seda vabavastuse väljal ankeedi lõpus – 7 vastust (3%). Kuna oluline oli hindamisinstrumendi mõlema osa analüüs, haiglas viibimise ajal ja haiglast väljakirjutamise järgselt, jäeti need küsimustikud analüüsist välja. Lõplik valim moodustus 196 uuritavast ning korrigeeritud vastamismäär oli 73%.

4.2. Uuritavate taustaandmed

Uuritavate taustaandmed on esitatud tabelis 1. Enamus vastanutest olid naised (67,9%), kõrgharidusega (67,3%), töötasid (66,9%), elasid patsiendist eraldi (64,8%) ja olid patsiendi lapsed või lapse abikaasad (59,2%). Uuritavatest suurima vanuselise rühma moodustasid 51-60 aastased vastajad (36,2%).

Tabel 1. Uuritavate taustaandmed

Vastused	N (%)	Vastused	N (%)
Sugu		Töötamine	
Naine	133 (67,9)	Töötate	131 (66,9)
Mees	53 (27,0)	Ei tööta	58 (29,7)
Vastamata	10 (5,1)	Muu	4 (2,2)
		Vastamata	2 (1,1)
Vanus		Kas Te elate:	
18 – 30 aastat	5 (2,5)	Koos patsiendiga	66 (33,7)
31 – 40 aastat	17 (8,7)	Patsiendist eraldi	127 (64,8)
41 – 50 aastat	34 (17,3)	Vastamata	3 (1,5)
51 – 60 aastat	71 (36,2)		
61 – 70 aastat	35 (17,9)	Teie suhe patsiendiga	
71 – 80 aastat	24 (12,3)	Abikaasa/elukaaslane	46 (23,5)
81 ja rohkem aastat	8 (4,1)	Laps/ lapse abikaasa	116 (59,2)
Vastamata	2 (1,0)	Muu	31 (15,8)
		Vastamata	3 (1,5)
Haridus			
Põhiharidus	1 (0,5)		
Keskharidus	59 (30,1)		
Kõrgharidus	132 (67,3)		
Vastamata	4 (2,1)		

4.3. Patsiendiga seotud andmed

Taustaandmetes küsiti kaks küsimust patsiendi kohta. Küsimusele „Kui kaua käesoleval korral haiglas viibimine on kestnud?” vastamiseks sai valida sobivaima vastusevarianti. Tulemused on esitatud tabelis 2.

Tabel 2. Patsientide haiglas viibimise kestus

Patsiendi haiglas viibimise kestus	N(%)
7 – 14 päeva	15 (7,7)
Rohkem kui 14 päeva, kuid vähem kui 1 kuu	91 (46,4)
Rohkem kui 1 kuu	89 (45,4)
Vastamata	1 (0,5)

Vastused küsimusele „Millise mure või terviseprobleemiga oli patsient viibinud haiglas?” esitasid uuritavad vabatekstina. Patsientide lähedased tõid seisundite/diagnoosidena välja: nõrkus/jõuetus – 42 korda, insult/peajuinfarkt – 28 korda, südamehaigused/-puudulikkus – 28 korda, valud – 24 korda, põletikud (sh kopsupõletik) – 24 korda, kukkumine – 18 korda, operatsioon – 17 korda, kõrgvererõhktõbi – 11 korda, kasvaja/vähk – 12 korda, lamatised – 9 korda, diabeet – 8 korda, hooldusvajadus – 8 korda, tasakaaluhäire – 7 korda, Parkinsoni tõbi – 6 korda, vanadus – 4 korda, jt.

Kaks või rohkem erinevat seisundit/diagnoosi oli lähedase poolt välja toodud 123 korral (62,8%) ning üks diagnoos/seisund oli välja toodud 72 vastuses (36,7%). Ühel korral (0,5%) oli küsimus vastamata. Kahe ja enama diagnoosiga patsientide viibimine haiglas oli keskmiselt pikem, kui lähedaste poolt määratud ühe seisundi/diagnoosiga patsientidel ($\chi^2=6,697$, $p=0,035$). Statistiliselt olulised erinevused lähedaste hinnangutes küsimustikus toodud väidetele olenevalt patsiendi diagnooside arvust on esitatud tabelis 3. Kaks või rohkem diagnoosi väljatoonud vastajate hinnang antud väidetele oli madalam, kui lähedastel, kes märkisid patsiendi haiglas viibimise põhjusena ühe diagnoosi/seisundi.

Tabel 3. Vastajate hinnangute erinevused patsiendil esinenud diagnooside/seisundite arvu alusel

Hindamisinstrumendi väide	χ^2	df	p
11. Mulle anti kirjalikku teavet lähedasele soovitatavate tugiteenuste (nt koduhoolduse, intervallhoolduse, päevakeskuse) kohta ning teatati esimese vastuvõtu kuupäev.	10,958	4	0,027
15. Mind ja teisi mitteametlikke hooldajaid (nt perekonda, sõpru) informeeriti tugirühmadest ja/või ühiskondlikest organisatsioonidest.	9,069	3	0,028
16. Mind informeeriti minu lähedase terviseseisundist määral, mis on vajalik tema abistamiseks.	9,831	4	0,043

χ^2 – Hii-ruut statistik
df – vabadusastmete arv
p – olulisuse tõenäosus

Lisaks analüüsiti, kes leidub erinevusi lähedaste hinnangutes selle alusel, kas patsiendil esines kindel diagnoos/seisund või mitte. Uuritavad, kes märkisid, et patsiendil esines kõrgvererõhktõbi, nõustusid vähem sellega, et nendele räägiti lähedase haiguse sümptomitest, mis ei vaja kiireloomulist abi ja sellest, kuidas nendega toime tulla ning, et neid teavitati olemasolevatest patsientidele ja nende hooldajatele mõeldud tugirühmadest, võrreldes selle diagnoosi/seisundi mitte väljatoonud uuritavatega. Uuritavad, kes tõid välja, et patsiendil esines kõrgvererõhktõbi, nõustusid rohkem sellega, et nad said kirjalikku teavet lähedasele soovitatavate tugiteenuste kohta ning nendele teatati esimese vastuvõtu kuupäev. Nende osalemine patsiendi järelravi kava koostamises ja sellega nõusolek, tunnetus, et nad on patsiendi osakonnast väljakirjutamiseks piisavalt ette valmistatud, ka tajutav perekonna osalemine patsiendi järelravi kava koostamises oli suurem, kui selle diagnoosi/seisundi mitte väljatoonud uuritavatel.

Patsiendi lähedased, kes märkisid, et patsiendi ISÕ osakonnas viibimise põhjuseks oli varasem operatsioon, nõustusid rohkem sellega, et nad olid piisavalt informeeritud patsiendi abistamiseks tema tervises seisundist ning et patsiendile oli koostatud järelravi kava, mida selgitati lähedasele. Ka hindasid nad kõrgemalt enda ja kogu perekonna osalemist patsiendi järelravi kava koostamises, kui uuritavad, kes ei toonud operatsiooni välja. Uuritavad, kes tõid välja patsiendil esineva südamehaiguse, nõustusid vähem sellega, et patsiendi eest pärast haiglast väljakirjutamist hoolitsenud tervishoiutöötajad teadsid tema hetkeseisundit kui uuritavad, kes ei toonud südamehaiguse välja.

Valu tõttu haiglas olnud patsientide lähedaste hinnangud teavitamisele patsiendi diagnoosi ja prognoosi kohta, samuti haiguse kiireloomulist sekkumist vajavate sümptomite kohta olid madalamad, võrreldes lähedastega, kes ei olnud märkinud patsiendil olevat valu. Samuti olid valu tõttu haiglas olnud patsientide lähedased vähem rahul patsiendi haiglas ravivate ja hooldavate tervishoiutöötajate poolt edastatud teabega ning perekonna osalemisega järelravi kava koostamises. Nemad olid ebakindlamad, kas kõik vajalikud dokumendid olid täidetud ning kas kõik patsiendi dokumendid või teave säilis pärast haiglast väljakirjutamist, võrreldes lähedastega, kes ei olnud märkinud patsiendil olevat valu.

Kukkumist välja toonud patsientide lähedased nõustusid vähem sellega, et neid teavitati jätkuravist, mis võib osutada patsiendile vajalikuks pärast haiglast väljakirjutamist (nt ravi eesmärgist, kuidas ja millal see võib toimuda), ja sellest, kas neil säilib ühendus patsiendi ravivate tervishoiutöötajatega (nt arstiga jt), kui kukkumist mitte väljatoonud patsientide lähedased. Põletiku, sh kopsupõletiku tõttu haiglas viibinud patsientide lähedased nõustusid rohkem sellega,

et neid teavitati patsiendile soovitatavatest ja ebasobivatest tegevustest, harjutustest ja abivahenditest ning olid rohkem rahul võimalusega rääkida patsienti ravivate ja hooldavate tervishoiutöötajatega ja võimalusega esitada neile küsimusi, võrreldes selle diagnoosi/seisundi mitte väljatoonud uuritavatega.

Ajuinsuldi tõttu haiglas olnud patsientide lähedased nõustusid vähem, et nad said selget teavet patsiendi diagnoosi ja prognoosi kohta, samuti haiguse kiireloomulist sekkumist vajavate sümptomite kohta ja kellega nende ilmnmisel peaks ühendust võtma, kui seda diagnoosi mitte välja toonud lähedased. Ajuinsuldi tõttu haiglas olnud patsientide lähedased olid vähem rahul võimalusega rääkida patsienti haiglas ravinud ja hooldanud tervishoiutöötajatega ning ei olnud veendunud, et infovahetus eri tervishoiutöötajate vahel oli hea, kui patsient viibis haiglas.

Tabelis 4 on esitatud tulemused väidetele antud hinnangute statistiliselt oluliste erinevuste osas patsientide lähedaste poolt väljatoodud diagnooside/seisundite alusel moodustatud gruppide ning selle diagnoosi/seisundi mitte väljatoonud uuritavate vastuste alusel. Lähedaste hinnangud teistele väidetele ei erinenud statistiliselt olulisel määral diagnoosi/seisundi alusel.

Tabel 4. Patsientide lähedaste hinnangute erinevus patsientide haiglas viibimise põhjusena esitatud diagnooside/seisundite alusel

Diagnoos/seisund ja väide	χ^2	df	p
Kõrgvererõhktõbi			
3. Mulle räägiti lähedase haiguse sümptomitest, mis ei vaja kiireloomulist abi ja sellest, kuidas nendega toime tulla.	14,335	4	0,006
11. Mulle anti kirjalikku teavet lähedasele soovitatavate tugiteenuste (nt koduhoolduse, intervallhoolduse, päevakeskuse) kohta ning teatati esimese vastuvõtu kuupäev.	9,867	4	0,043
13. Mind teavitati olemasolevatest patsientidele ja nende hooldajatele mõeldud tugirühmadest.	8,889	3	0,031
25. Osalesin lähedase järelravi kava koostamises ja olin kavaga nõus.	17,792	4	0,001
26. Ma tundsin, et olen lähedase osakonnast väljakirjutamiseks piisavalt ette valmistatud.	11,662	4	0,020
27. Perekond osales lähedase järelravi kava koostamises vajalikul määral.	20,233	4	0,000
Eelnenud operatsioon			
16. Mind informeeriti minu lähedase terviseseisundist määral, mis on vajalik tema abistamiseks.	10,446	4	0,034
24. Minu lähedasele koostati läbimõeldud ja realistlik järelravi/edasise hoolduse kava ning seda selgitati mulle.	25,965	4	0,000
25. Osalesin lähedase järelravi kava koostamises ja olin kavaga nõus.	13,432	4	0,009
27. Perekond osales lähedase järelravi kava koostamises vajalikul määral.	13,596	4	0,009
Südamehaigused			
28. Tunnen, et tervishoiutöötajad, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist, teavad tema hetkeseisundit.	9,993	4	0,041
Valu			
1. Mulle anti lähedase diagnoosi kohta selget teavet	10,134	4	0,038
2. Mulle anti lähedase haiguse prognoosi kohta selget teavet.	9,983	4	0,041
4. Mulle räägiti lähedase haiguse sümptomitest, mis võivad osutada kiireloomulise abi vajadusele ja sellest, kellega peab nende ilmnemisel ühendust võtma (nt eriarsti, perearsti, hooldajaga).	10,420	4	0,034
20. Ma olin rahul minu lähedast ravivate ja hooldavate tervishoiutöötajate poolt edastatud teabega.	10,943	4	0,027
27. Perekond osales lähedase järelravi kava koostamises vajalikul määral.	14,893	4	0,005
39. Nii palju kui ma tean, olid kõik vajalikud dokumendid täidetud.	6,670	2	0,036
41. Nii palju kui ma tean, ei läinud pärast haiglast väljakirjutamist kaduma ühtegi minu lähedase dokumenti ega teavet.	7,956	3	0,047
Kukkumine			
12. Mind teavitati jätkuravist, mis võib osutada lähedasele vajalikuks pärast haiglast väljakirjutamist (nt ravi eesmärgist, kuidas ja millal see võib toimuda), ja sellest, kas säilib ühenduslähedast ravivate tervishoiutöötajatega (nt arstiga jt).	17,261	4	0,002
Põletik, kopsupõletik			
8. Mind teavitati lähedasele soovitatavatest ja ebasobivatest tegevustest, harjutustest ja abivahenditest.	10,666	4	0,031
22. Ma olin rahul võimalusega rääkida minu lähedast ravivate ja hooldavate tervishoiutöötajatega ning võimalusega esitada neile küsimusi.	10,267	4	0,036
Ajuinsult			
1. Mulle anti lähedase diagnoosi kohta selget teavet	12,078	4	0,017
2. Mulle anti lähedase haiguse prognoosi kohta selget teavet.	10,797	4	0,029
4. Mulle räägiti lähedase haiguse sümptomitest, mis võivad osutada kiireloomulise abi vajadusele ja sellest, kellega peab nende ilmnemisel ühendust võtma (nt eriarsti, perearsti, hooldajaga).	11,807	4	0,019
22. Ma olin rahul võimalusega rääkida minu lähedast ravivate ja hooldavate tervishoiutöötajatega ning võimalusega esitada neile küsimusi.	12,900	4	0,012
23. Kui minu lähedane oli osakonnas, oli infovahetus eri tervishoiutöötajate vahel hea.	11,458	4	0,022

χ^2 – Hii-ruut statistik
df – vabadusastmete arv
p – olulisuse tõenäosus

4.4. Patsientide lähedaste hinnangud tervishoiuteenuste järjepidevusele

4.4.1. Informatsiooni järjepidevus

Patsientide lähedased hindasid informatsiooni järjepidevust, valides enda jaoks kõige sobivama vastuse väidetele 1-7, 9, 11, 13-16 ja 37. Vastuste sagedusjaotus on toodud tabelis 5. Patsientide lähedaste keskmine hinnang informatsiooni järjepidevuse dimensioonile oli 2,82 (vt lisa 3).

Tabel 5. Lähedaste hinnangud informatsiooni järjepidevusele

Väide	Vastused ja sagedus, N(%)					
	Ei ole üldse nõus	Pigem ei ole nõus	Ei oska hinnata, kas olen või ei ole nõus	Pigem olen nõus	Olen täiesti nõus	Ei ole kohaldatav
Enne väljakirjutamist						
1. Mulle anti lähedase diagnoosi kohta selget teavet.	1 (0,5)	20 (10,4)	28 (14,5)	100 (51,8)	44 (22,8)	3 (1,5)
2. Mulle anti lähedase haiguse prognoosi kohta selget teavet.	3 (1,5)	20 (10,4)	59 (30,6)	80 (41,5)	31 (16,0)	3 (1,5)
3. Mulle räägiti lähedase haiguse sümptomitest, mis ei vaja kiireloomulist abi ja sellest, kuidas nendega toime tulla.	1 (0,5)	47 (24,4)	101 (52,3)	37 (19,2)	7 (3,6)	3 (1,5)
4. Mulle räägiti lähedase haiguse sümptomitest, mis võivad osutada kiireloomulise abi vajadusele ja sellest, kellega peab nende ilmnmisel ühendust võtma (nt eriarsti, perearsti, hooldajaga).	2 (1,0)	41 (21,4)	90 (46,8)	51 (26,6)	8 (4,2)	4 (2,0)
5. Mulle räägiti probleemidest ja tüsistustest, mis võivad mu lähedase tervist või hooldusvajadust tulevikus mõjutada (nt trombide tekke riskist, vähktõvest, kõrge vererõhust).	3 (1,5)	31 (16,0)	29 (15,0)	101 (52,0)	30 (15,5)	2 (1,0)
6. Mulle anti täielik ülevaade lähedase ravimitest (nt ravimitüübist, ravimi toime eesmärgist, kuidas ravimit manustada, millal, kui tihti, kui kaua, millises annuses, kõrvaltoimetest, koosmõjudest teiste ravimitega, mõjust vereringele ja pulsisagedusele).	3 (1,5)	8 (4,1)	21 (11,0)	78 (40,2)	84 (43,2)	2 (1,0)
7. Mulle anti toitumissoovitused lähedase jaoks (nt mida peab tarbima ja mida piirama, kuidas koostada päevamenüüd).	68 (35,5)	49 (25,5)	43 (22,4)	25 (13,0)	7 (3,6)	4 (2,0)
9. Mind teavitati lähedase meditsiiniseadmetest ning abivahenditest (nt mida on vaja, kuidas hankida).	4 (2,1)	15 (7,8)	55 (28,6)	97 (50,5)	21 (11,0)	4 (2,0)
11. Mulle anti kirjalikku teavet lähedasele soovitatavate tugiteenuste (nt koduhoolduse, intervallhoolduse, päevakeskuse) kohta ning teatati esimese kontakteerumise/vastuvõtu kuupäev.	100 (51,8)	64 (33,2)	20 (10,4)	7 (3,6)	2 (1,0)	3 (1,5)
13. Mind teavitati olemasolevatest patsientidele ja nende hooldajatele mõeldud tugirühmadest.	113 (60,8)	52 (28,0)	19 (10,2)	0	2 (1,0)	10 (5,0)
14. Mind teavitati erinevatest eneseabi- ja õppematerjalidest (nt päevikutest, raamatutest, videotest jms), mis võiksid lähedasele abiks olla.	128 (68,1)	43 (22,9)	16 (8,5)	1 (0,5)	0	8 (4,0)
15. Mind ja teisi mitteametlikke hooldajaid (nt perekonda, sõpru) informeeriti tugirühmadest ja/või ühiskondlikest organisatsioonidest.	135 (71,0)	41 (21,6)	10 (5,3)	4 (2,1)	0	6 (3,0)
16. Mind informeeriti minu lähedase terviseseisundist määral, mis on vajalik tema abistamiseks.	5 (2,6)	28 (14,4)	70 (35,9)	74 (38,9)	18 (9,2)	1 (0,5)
Pärast väljakirjutamist						
37. Ma sain järjepidevat teavet oma lähedase hoolduse kohta kõikidelt tervishoiutöötajatelt.	5 (2,6)	67 (35,4)	68 (36,0)	40 (21,2)	9 (4,8)	7 (3,5)

Kõige rohkem uuritavad nõustusid täielikult või pigem nõustusid väidetega: „Mulle anti täielik ülevaade lähedase ravimitest” – 162 (84%), „Mulle anti lähedase diagnoosi kohta selget teavet” –

144 (75%), „Mulle räägiti probleemidest ja tüsistustest, mis võivad mu lähedase tervist või hooldusvajadust tulevikus mõjutada” – 131 (68%).

Kõige rohkem ei nõustunud üldse või pigem ei nõustunud uuritavad väidetega: „Mind ja teisi mitteametlikke hooldajaid (nt perekonda, sõpru) informeeriti tugirühmadest ja/või ühiskondlikest organisatsioonidest” – 176 (93%), „Mind teavitati erinevatest eneseabi- ja õppematerjalidest (nt päevikutest, raamatutest, videotest jms), mis võiksid lähedasele abiks olla” – 171 (91%) ning „Mind ja teisi mitteametlikke hooldajaid (nt perekonda, sõpru) informeeriti tugirühmadest ja/või ühiskondlikest organisatsioonidest” – 165 (89%).

Kõige rohkem uuritavaid ei osanud hinnata, kas nad on või ei ole nõus, järgmiste väidetega: „Mulle räägiti lähedase haiguse sümptomitest, mis ei vaja kiireloomulist abi ja sellest, kuidas nendega toime tulla“ – 101 (52%), „Mulle räägiti lähedase haiguse sümptomitest, mis võivad osutada kiireloomulise abi vajadusele ja sellest, kellega peab nende ilmnemisel ühendust võtma (nt eriarsti, perearsti, hooldajaga)“ – 90 (47%) ning „Ma sain järjepidevat teavet oma lähedase hoolduse kohta kõikidelt tervishoiutöötajatelt” – 68 (36%).

4.4.2. Inimestevaheliste suhete järjepidevus

Patsientide lähedased hindasid inimestevaheliste suhete järjepidevust, valides enda jaoks kõige sobivama vastuse väidetele 17-22 ning 27-32. Vastuste sagedusjaotus on toodud tabelis 6. Patsientide lähedaste keskmine hinnang inimestevaheliste suhete järjepidevusele oli 3,35 (vt lisa 3).

Kõige rohkem nõustusid või pigem nõustusid uuritavad haiglas viibimise perioodi kohta käivate väidetega: „Ma usaldasin minu lähedast ravivaid ja hooldavaid tervishoiutöötajaid” – 135 uuritavat (69%), „Ma olin rahul võimalusega rääkida minu lähedast ravivate ja hooldavate tervishoiutöötajatega ning võimalusega esitada neile küsimusi” – 127 uuritavat (65%) ning „Tundsin, et minu lähedast ravivad ja hooldavad tervishoiutöötajad teadsid tema hetkeseisundit ja juhtumit” – 127 uuritavat (64%). Märkimisväärne osa vastanutest ei osanud hinnata, kas nad on või ei ole nõus, haiglas viibimise perioodi kohta käivate väidetega: „Ma olin rahul minu lähedast ravivate ja hooldavate tervishoiutöötajate poolt pakutud emotsionaalse toega” – 107 (60%) ning „Ma tundsin, et olen lähedase osakonnast väljakirjutamiseks piisavalt ettevalmistatud” – 96 (50%).

Haiglast väljakirjutamise järgselt nõustus täielikult või pigem nõustusid uuritavad kõige rohkem

väidetega: „Ma usaldan tervishoiutöötajaid, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist” – 126 uuritavat (70%), „Tunnen, et tervishoiutöötajad, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist, teavad tema hetkeseisundit” – 111 uuritavat (61%) ning „Ma olen rahul võimalusega rääkida tervishoiutöötajatega, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist, ning võimalusega neile küsimusi esitada” – 107 uuritavat (59%). Haiglast väljakirjutamise järgselt 93 lähedast (58%) ei osanud hinnata, kas nad on või ei ole nõus väitega „Ma olen rahul emotsionaalse toega, mida saan tervishoiutöötajatelt, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist”. Eraldi tahaks tuua välja väite „Ma olen rahul infoga, mida jagavad tervishoiutöötajad, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist”, mille puhul ei osanud hinnata, kas ollakse nõus või mitte 83 uuritavat (46%) ning nõustus täiesti või pigem nõustus peaaegu sama palju – 81 uuritavat (45%).

Tabel 6. Lähedaste hinnangud inimestevaheliste suhete järjepidevusele

Väide	Vastused ja sagedus, N(%)					
	Ei ole üldse nõus	Pigem ei ole nõus	Ei oska hinnata, kas olen või ei ole nõus	Pigem olen nõus	Olen täiesti nõus	Ei ole kohaldatav
Enne väljakirjutamist						
17. Tervishoiutöötajad said aru minu lähedase ootustest, uskumusest ja eelistustest.	4 (2,1)	26 (13,5)	91 (47,4)	61 (31,8)	10 (5,2)	4
18. Tundsin, et minu lähedast ravivad ja hooldavad tervishoiutöötajad teadsid tema hetkeseisundit ja juhtumit.	3 (1,5)	6 (3,0)	60 (30,6)	100 (51,0)	27 (13,8)	0
19. Ma usaldasin minu lähedast ravivaid ja hooldavaid tervishoiutöötajaid.	2 (1,0)	1 (0,5)	58 (29,6)	93 (47,5)	42 (21,4)	0
20. Ma olin rahul minu lähedast ravivate ja hooldavate tervishoiutöötajate poolt edastatud teabega.	2 (1,0)	15 (7,6)	86 (43,9)	75 (38,3)	18 (9,2)	0
21. Ma olin rahul minu lähedast ravivate ja hooldavate tervishoiutöötajate poolt pakutud emotsionaalse toega.	9 (5,0)	23 (12,9)	107 (60,1)	22 (12,4)	17 (9,6)	18 (9,2)
22. Ma olin rahul võimalusega rääkida minu lähedast ravivate ja hooldavate tervishoiutöötajatega ning võimalusega esitada neile küsimusi.	2 (1,0)	15 (7,7)	52 (26,5)	83 (42,3)	44 (22,5)	0
27. Ma tundsin, et olen lähedase osakonnast väljakirjutamiseks piisavalt ettevalmistatud.	11 (5,8)	40 (20,7)	96 (49,7)	40 (20,7)	6 (3,1)	3 (1,5)
Pärast väljakirjutamist						
28. Tunnen, et tervishoiutöötajad, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist, teavad tema hetkeseisundit.	1 (0,6)	9 (4,9)	61 (33,5)	85 (46,7)	26 (14,3)	14 (7,2)
29. Ma usaldan tervishoiutöötajaid, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist.	0	0	55 (30,4)	98 (54,1)	28 (15,5)	15 (7,7)
30. Ma olen rahul infoga, mida jagavad tervishoiutöötajad, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist.	1 (0,6)	16 (8,8)	83 (45,8)	59 (32,6)	22 (12,2)	15 (7,7)
31. Ma olen rahul emotsionaalse toega, mida saan tervishoiutöötajatelt, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist.	7 (4,3)	26 (16,1)	93 (57,8)	23 (14,3)	12 (7,5)	35 (17,9)
32. Ma olen rahul võimalusega rääkida tervishoiutöötajatega, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist, ning võimalusega neile küsimusi esitada.	3 (1,7)	15 (8,3)	56 (30,9)	75 (41,4)	32 (17,7)	15 (7,7)

4.4.3. Teenuste korraldamise järjepidevus

Patsientide lähedased hindasid teenuste korraldamise järjepidevust, valides enda jaoks kõige sobivama vastuse väidetele 8, 10, 12, 23-26, 33-36, 38-41. Vastuste sagedusjaotus on toodud tabelis 7. Patsientide lähedaste keskmine hinnang teenuste korraldamise järjepidevuse dimensioonile oli 2,69 (vt lisa 3).

Tabel 7. Lähedaste hinnangud teenuste korraldamise järjepidevusele

Väide	Vastused ja sagedus (n)					
	Ei ole üldse nõus	Pigem ei ole nõus	Ei oska hinnata, kas olen või ei ole nõus	Pigem olen nõus	Olen täiesti nõus	Ei ole kohaldatav
Enne väljakirjutamist						
8. Mind teavitati lähedasele soovitatavatest ja ebasobivatest tegevustest, harjutustest ja abivahenditest.	4 (2,1)	32 (16,7)	65 (33,8)	75 (39,1)	16 (8,3)	4 (2,0)
10. Mind teavitati lähedase järelkontrolliks broneeritud vastuvõtuaegadest ja vastuvõttudest, millele peab talle aja broneerima.	61 (31,8)	82 (42,7)	30 (15,6)	12 (6,3)	7 (3,6)	4 (2,0)
12. Mind teavitati jätkuravist, mis võib osutada lähedasele vajalikuks pärast haiglast väljakirjutamist (nt ravi eesmärgist, kuidas ja millal see võib toimuda), ja sellest, kas säilib ühendus lähedast ravivate tervishoiutöötajatega (nt arstiga jt).	38 (19,6)	37 (19,1)	77 (39,7)	34 (17,5)	8 (4,1)	2 (1,0)
23. Kui minu lähedane oli osakonnas, oli infovahetus eri tervishoiutöötajate vahel hea.	2 (1,0)	6 (3,1)	104 (53,1)	76 (38,7)	8 (4,1)	0
24. Minu lähedasele koostati läbimõeldud ja realistlik järelravi/edasise hoolduse kava ning seda selgitati mulle.	118 (62,1)	28 (14,7)	30 (15,8)	8 (4,2)	6 (3,2)	6 (3,1)
25. Osalesin lähedase järelravi kava koostamises ja olin kavaga nõus.	153 (81,8)	16 (8,5)	11 (5,9)	5 (2,7)	2 (1,1)	9 (4,6)
26. Perekont osales lähedase järelravi kava koostamises vajalikul määral.	157 (84,9)	7 (3,8)	13 (7,0)	5 (2,7)	3 (1,6)	11 (5,6)
Pärast väljakirjutamist						
33. Nii palju kui ma tean, on infovahetus haigla eri tervishoiutöötajate ja perearsti, pereõe ja/või koduõe vahel seoses minu lähedase hooldusega olnud hea.	2 (1,1)	4 (2,1)	97 (53,0)	66 (36,1)	14 (7,7)	13 (6,6)
34. Nii palju kui ma tean, on minu lähedase perearstiga või teise eriarstiga ühendust võetud ja teda lähedase hooldusega seotud tähtsaimatest aspektidest teavitatud (nt diagnoosist, prognoosist, ravist, ravimitest jne).	11 (6,6)	25 (14,9)	120 (71,9)	9 (5,4)	2 (1,2)	29 (14,8)
35. Pärast haiglast väljakirjutamist olen lähedase üldise raviplaani koos tema arstiga üle vaadanud.	156 (87,6)	15 (8,4)	1 (0,6)	3 (1,7)	3 (1,7)	18 (9,2)
36. Minu lähedase järelravi kava on järgitud või vajadusele vastavalt kohandatud.	59 (39,1)	7 (4,6)	76 (50,3)	5 (3,3)	4 (2,7)	45 (22,9)
38. Ma sain meeldetuletusi minu lähedase tähtsate arstivastuvõttude kohta (nt kirja või telefoni teel).	123 (66,1)	48 (25,8)	4 (2,2)	4 (2,1)	7 (3,8)	10 (5,1)
39. Nii palju kui ma tean, olid kõik vajalikud dokumendid täidetud.	0	0	68 (35,4)	87 (45,3)	37 (19,3)	4 (2,0)
40. Nii palju kui ma tean, saadeti kõik vajalikud dokumendid vastavatesse asutustesse/töötajatele.	0	1 (0,5)	66 (34,5)	88 (45,7)	37 (19,3)	4 (2,0)
41. Nii palju kui ma tean, ei läinud pärast haiglast väljakirjutamist kaduma ühtegi minu lähedase dokumenti ega teavet.	0	1 (0,5)	66 (34,5)	86 (44,8)	39 (20,2)	4 (2,0)

Kõige rohkem nõustusid täielikult või pigem nõustusid uuritavad väidetega: „Nii palju kui ma tean, olid kõik vajalikud dokumendid täidetud” – 124 uuritavat (65%), „Nii palju kui ma tean, saadeti kõik vajalikud dokumendid vastavatesse asutustesse/töötajatele” – 125 uuritavat (65%)

ning „Nii palju kui ma tean, ei läinud pärast haiglast väljakirjutamist kaduma ühtegi minu lähedase dokumenti ega teavet” – 125 uuritavat (65%).

Kõige rohkem ei nõustunud üldse või pigem ei nõustunud uuritavad väidetega: „Osalesin lähedase järelravi kava koostamises ja olin kavaga nõus” – 169 lähedast (90%), „Pärast haiglast väljakirjutamist olen lähedase üldise raviplaani koos tema arstiga üle vaadanud” – 171 lähedast (96%) ning „Perekond osales lähedase järelravi kava koostamises vajalikul määral” – 164 uuritavat (89%).

Suur osa vastanutest ei osanud hinnata, kas nad on või ei ole nõus, väidetega: „Nii palju kui ma tean, on minu lähedase perearstiga või teise eriarstiga ühendust võetud ja teda lähedase hooldusega seotud tähtsaimatest aspektidest teavitatud (nt diagnoosist, prognoosist, ravist, ravimitest jne)” – 120 uuritavat (72%), „Kui minu lähedane oli osakonnas, oli infovahetus eri tervishoiutöötajate vahel hea” – 104 uuritavat (53%) ning „Nii palju kui ma tean, on infovahetus haigla eri tervishoiutöötajate ja perearsti, pereõe ja/või koduõe vahel seoses minu lähedase hooldusega olnud hea” – 97 uuritavat (53%).

Eraldi tahaks tuua välja küsimuse 12 „Mind teavitati jätkuravist, mis võib osutada lähedasele vajalikuks pärast haiglast väljakirjutamist (nt ravi eesmärgist, kuidas ja millal see võib toimuda), ja sellest, kas säilib ühendus lähedast ravivate tervishoiutöötajatega (nt arstiga jt)”, mille puhul ei osanud hinnata, kas ollakse nõus või mitte 77 (40%) vastanutest ning ei nõustunud üldse või pigem ei nõustunud lähedasi oli peaaegu sama palju – 75 (39%).

4.5. Patsientide lähedaste hinnangute erinevused tervishoiuteenuste järjepidevust käsitletavatele väidetele

Eraldi elavate lähedaste hinnang väidetele „Mulle räägiti probleemidest ja tüsistustest, mis võivad mu lähedase tervist või hooldusvajadust tulevikus mõjutada (nt trombide tekke riskist, vähktõvest, kõrgest vererõhust)” ja „Ma tundsin, et olen lähedase osakonnast väljakirjutamiseks piisavalt ette valmistatud” oli statistiliselt oluliselt kõrgem, kui patsiendiga koos elavate lähedaste hinnang ($\chi^2 = 15,057$, $df = 4$, $p = 0,005$; $\chi^2 = 14,774$, $df = 4$, $p = 0,005$). Koos patsiendiga elavate lähedaste hinnang oli statistiliselt oluliselt kõrgem väitele „Ma olen rahul võimalusega rääkida tervishoiutöötajatega, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist, ning võimalusega neile küsimusi esitada”, võrreldes patsiendist eraldi elavate lähedastega ($\chi^2 = 11,721$,

df = 4, p = 0,020). Hindamisinstrumenti teiste väidete hinnangute erinevusi uuritavate patsiendiga koos või patsiendist eraldi elamise alusel analüüsi käigus ei leitud (p > 0,05).

Naiste hinnangud olid meeste omadest statistiliselt oluliselt kõrgemad väidete „Mind teavitati lähedase meditsiiniseadmetest ning abivahenditest (nt mida on vaja, kuidas hankida)” ja „Nii palju kui ma tean, on infovahetus haigla eri tervishoiutöötajate ja perearsti, pereõe ja/või kodusõe vahel seoses minu lähedase hooldusega olnud hea” puhul ($\chi^2 = 10,125$, df = 4, p = 0,038; $\chi^2 = 12,408$, df = 4, p = 0,015). Meeste hinnang väitele „Osalesin lähedase järelravi kava koostamises ja olin kavaga nõus” oli naiste omast kõrgem ($\chi^2 = 10,469$, df = 4, p = 0,033). Hindamisinstrumenti teiste väidete hinnangute erinevusi lähedaste soo alusel analüüsi käigus ei leitud (p > 0,05).

Tabelis 8 on toodud välja väited, mille puhul oli tööl käivate uuritavate hinnang statistiliselt oluliselt kõrgem, kui mittetöötavate või muu tööstaatuselga uuritavate hinnang. Hindamisinstrumenti teistele väidetele antud hinnangutes lähedaste tööstaatusel erinevusi analüüsi käigus ei leitud (p > 0,05).

Tabel 8. Vastajate hinnangute erinevused tööstaatusel

Hindamisinstrumenti väide	χ^2	df	p
4. Mulle räägiti lähedase haiguse sümptomitest, mis võivad osutada kiireloomulise abi vajadusele ja sellest, kellega peab nende ilmnmisel ühendust võtma (nt eriarsti, perearsti, hooldajaga).	14,713	4	0,005
5. Mulle räägiti probleemidest ja tüsistustest, mis võivad mu lähedase tervist või hooldusvajadust tulevikus mõjutada (nt trombide tekke riskist, vähktõvest, kõrgest vererõhust).	14,757	4	0,005
6. Mulle anti täielik ülevaade lähedase ravimitest (nt ravimitüübist, ravimi toime eesmärgist, kuidas ravimit manustada, millal, kui tihti, kui kaua, millises annuses, kõrvaltoimetest, koosmõjudest teiste ravimitega, mõjust vereringele ja pulsisagedusele)	13,654	4	0,008
18. Tundsin, et minu lähedast ravivad ja hooldavad tervishoiutöötajad teadsid tema hetkeseisundit ja juhtumit.	9,488	4	0,050
19. Ma usaldasin minu lähedast ravivaid ja hooldavaid tervishoiutöötajaid	9,535	3	0,023
27. Perekond osales lähedase järelravi kava koostamises vajalikul määral	20,521	4	0,000
41. Nii palju kui ma tean, ei läinud pärast haiglast väljakirjutamist kaduma ühtegi minu lähedase dokumenti ega teavet	8,059	3	0,045

χ^2 – Hii-ruut statistik
df – vabadusastmete arv
p – olulisuse tõenäosus

Tabelis 9 on toodud välja väited, mille puhul keskharidusega lähedaste hinnang statistiliselt oluliselt kõrgem, kui kõrgharidusega lähedaste hinnang. Hinnangud hindamisinstrumendi teistele väidetele lähedaste haridustaseme alusel ei erinenud ($p > 0,05$).

Tabel 9. Vastajate hinnangute erinevused haridustaseme alusel

Hindamisinstrumendi väide	χ^2	df	p
15. Mind ja teisi mitteametlikke hooldajaid (nt perekonda, sõpru) informeeriti tugirühmadest ja/või ühiskondlikest organisatsioonidest.	8,795	3	0,032
26. Ma tundsin, et olen lähedase osakonnast piisavalt ette valmistatud.	15,681	4	0,003
33. Nii palju kui ma tean, on infovahetus haigla eri tervishoiutöötajate ja perearsti, pereõe ja/või koduõe vahel seoses minu lähedase hooldusega olnud hea.	11,849	4	0,019
37. Ma sain järjepidevat teavet oma lähedase hoolduse kohta kõikidelt tervishoiutöötajatelt.	11,295	4	0,023

χ^2 – Hii-ruut statistik
df – vabadusastmete arv
p – olulisuse tõenäosus

Patsiendiga suhte alusel grupeeritud andmete analüüsil ilmnisid erinevused lähedaste hinnangutes kahe väite osas. Patsientide laste/laste abikaasade hinnang oli statistiliselt oluliselt kõrgem väidetele „Mulle anti täielik ülevaade lähedase ravimitest (nt ravimitüübist, ravimi toime eesmärgist, kuidas ravimit manustada, millal, kui tihti, kui kaua, millises annuses, kõrvaltoimetest, koosmõjudest teiste ravimitega, mõjust vereringele ja pulsisagedusele)” ning „Ma tundsin, et olen lähedase osakonnast väljakirjutamiseks piisavalt ette valmistatud” ($\chi^2 = 9,583$, $df = 4$, $p = 0,048$; $\chi^2 = 11,749$, $df = 4$, $p = 0,019$). Patsientide abikaasade hinnang oli statistiliselt kõrgem väite „Ma sain meeldetuletusi minu lähedase tähtsate arstivastuvõtude kohta (nt kirja või telefoni teel)” puhul, võrreldes laste/laste abikaasadega ($\chi^2 = 11,936$, $df = 4$, $p = 0,018$). Statistiliselt olulisi erinevusi hindamisinstrumendi teiste väidete osas patsiendiga suhte alusel analüüsi käigus ei ilmnenu (p > 0,05). Samuti ei ilmnenu erinevusi uuritavate hinnangutes lähedase vanuserühma alusel (p > 0,05).

4.6. Seosed hindamisinstrumendi väidetele antud hinnangute ning dimensioonide vahel

Mida madalamalt hindasid patsientide lähedased mitteametlikke hooldajate (nt perekond, sõbrad) tugirühmadest ja/või ühiskondlikest organisatsioonidest informeeritust, seda madalamad olid hinnangud eneseabi- ja õppematerjalidest teavitamisele ($r = 0,755$, $p < 0,001$). Madalam hinnang eneseabi- ja õppematerjalidest teavitamisele tervishoiutöötajate poolt oli omakorda seotud madalama hinnanguga informeeritusele olemasolevatest patsientidele ja nende hooldajatele mõeldud tugirühmadest ($r = 0,826$, $p < 0,001$).

Mida rohkem tundsid patsientide lähedased, et patsienti ravivad ja hooldavad tervishoiutöötajad teadsid tema hetkeseisundit ja juhtumit, seda kõrgem oli nende usaldus tervishoiutöötajate suhtes ($r = 0,763$, $p < 0,001$) ning veendumus, et tervishoiutöötajad said aru patsiendi ootustest, uskumusest ja eelistustest ($r = 0,741$, $p < 0,001$). Mida madalam oli patsientide lähedaste hinnang nende osalemisele patsiendi järelravi kava koostamises ja kavaga nõusolekule, seda madalam oli hinnang sellele, et patsiendile oli koostatud läbimõeldud ja realistlik järelravi kava ning seda on patsiendi lähedastele selgitatud ($r = 0,766$, $p < 0,001$), samuti tundsid lähedased, et nad ei ole piisavalt ette valmistatud patsiendi osakonnast väljakirjutamiseks ($r = 0,837$, $p < 0,001$). Mida kõrgemalt hindasid patsientide lähedased usaldust tervishoiutöötajate suhtes, kes hoolitsesid patsiendi eest pärast haiglast väljakirjutamist, seda rohkem nad olid rahul infoga, mida jagasid tervishoiutöötajad ($r = 0,707$, $p < 0,001$), samuti võimalusega rääkida tervishoiutöötajatega ning võimalusega neile küsimusi esitada ($r = 0,736$, $p < 0,001$) ning tundsid, et tervishoiutöötajad, kes hoolitsesid patsiendi eest pärast haiglast väljakirjutamist, teadsid tema hetkeseisundit ($r = 0,757$, $p < 0,001$).

Kolm järjepidevuse dimensiooni olid omavahel tugevalt seotud, kusjuures korraldamise järjepidevusel on suurim seos inimestevahelise suhete järjepidevusega ($N = 123$, $r = 0,838$, $p < 0,001$), millele järgneb seos informatsiooni järjepidevusega ($N = 135$, $r = 0,829$, $p < 0,001$). Inimestevaheliste suhete ja informatsiooni järjepidevuse seos on mõnevõrra väiksem ($N = 138$, $r = 0,780$, $p < 0,001$).

4.7. Lähedaste tähelepanekud

Patsientide lähedastel oli soovi korral võimalik lisada küsimustiku lõppu nende jaoks olulisi tähelepanekuid vabatekstina. Oma arvamust avaldas kokku 47 vastajat (24%). Vastuste analüüsil lähtuti nende sisust. Tervishoiuteenuste järjepidevuse kolm dimensiooni olid deduktiivse sisuanalüüsi aluseks, mille käik on toodud välja tabelis 10.

Tabel 10. Patsientide lähedaste tähelepanekute analüüs

Uuritavate vastused	Alateema/alakategooria	Ülateema/ülakategooria
Alati saab vastuseid Arstidelt saab infot Infot on piisavalt	Positiivsed kogemused informatsiooni järjepidevusega	Informatsiooni järjepidevus
Palju infot Süsteemiseerimata info Ravi selgitamata Vähe kirjalikku infot Teadmatus Voodipäevatasu selgitamata Info on vastuoluline	Negatiivsed kogemused informatsiooni järjepidevusega	
Hea koostöö perearstiga/-õega Hea koostöö eriarstiga/ osakonna juhatajaga Hooldajate abivalmidus ja tublidus Lähedase kaasamine Arstide abivalmidus	Positiivsed kogemused inimestevaheliste suhetega	Inimestevaheliste suhete järjepidevus
Ebakindlus tervishoiutöötajate pädevuses Ebakindlus tervishoiutöötajate tegevustes Lähedase kõrvalejätmine Emotsionaalselt raske olukord Õdedega ei saa suhelda Puudus kontakt arstiga Personal ei ole alati viisakas	Negatiivsed kogemused inimestevaheliste suhetega	
Tagati vajalik tervishoiuteenus Tagati vajalik hoolekandeteenus Hea patsiendiõpetus Korraldatud hooldus Korraldatud abivahendid	Positiivsed kogemused korraldamise järjepidevusega	Korraldamise järjepidevus
Töötajatel on palju tööd ja vähe aega Raskused hakkamasaamisega kodus Järeldravi ja kontroll on puudulikud Lähedane peab tegelema korraldamisega ise Lähedasel on endal toimetulekuraskused	Negatiivsed kogemused korraldamise järjepidevusega	

5. ARUTELU

5.1. Olulisemad uurimistulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistulemustega

Käesolev uurimistöö on autorile teadaolevalt esimene Eestis läbiviidud uurimistöö, mis uuris kvantitatiivselt ISÕ osakonnas viibinud patsientide lähedaste hinnanguid tervishoiuteenuste järjepidevusele, lähtudes Reid jt (2002) järjepidevuse kolmest dimensioonist. Varasemalt ei olnud teada, milliseid hinnanguid annavad ISÕ osakonnas viibinud patsientide lähedased informatsiooni, inimestevaheliste suhete ja teenuste korraldamise järjepidevusele. Kõrgemat hinnangut tervishoiuteenuste järjepidevusele on seostatud rahuloluga väljakirjutamise planeerimisega (Bull jt 2000) ja teenustega tervikuna (Gulliford jt 2006). Patsientide lähedaste hinnangute analüüsi tulemused võimaldavad parendada patsientide lähedaste poolt tajutavat tervishoiuteenuste järjepidevust patsiendi haiglas viibimise ajal ning pärast väljakirjutamist.

ISÕ osakonnas viibinud patsientide lähedased leidsid, et patsiendi ravimite, diagnoosi, võimalike tüsistuste ja prognoosi kohta saadud informatsioon oli hea. Piisav oli ka informatsioon meditsiiniseadmetest ja abivahenditest, mida patsient vajab. Sarnased tulemused saadi Hajistavropoulos jt (2008) uurimuses, mittenõustunute osakaal oli originaaluurimuses mõnevõrra kõrgem (keskmiselt 5%). Käesoleva uurimistöö põhjal võib väita, et informatsioon raviga seotud aspektidest edastati nii, et suurem osa lähedastest hindas seda piisavaks. Byrne jt (2011) geriaatria osakonna patsientide abikaasade kogemuse uurimise tulemused on aga kinnitanud, et abikaasad hindasid ravimite ja meditsiiniliste aspektidega seotud informatsiooni puudulikuks. Käesoleva töö autori arvates võivad paremad tulemused olla tingitud asjaolust, et antud uurimistöös osalesid peamiselt patsiendi lapsed/laste abikaasad, kes võtsid uue informatsiooni paremini vastu, kui eakate patsientide eakaaslastest abikaasad.

Käesolevas uurimistöös osalenud lähedased ei olnud kindlad, kas neile räägiti lähedase haiguse sümptomitest, mis ei vaja kiireloomulist abi või, mis vastupidi võivad osutada kiireloomulise abi vajadusele, samuti kuidas sellisele olukorrale reageerida. Ka informeerimist lähedastele ja patsientidele suunatud tugirühmade ja organisatsioonide ning eneseabi ja õppematerjalide kohta hindasid vastajad puudulikuks. Uuritavate arvates oli puudulik ka kirjalik informatsioon erinevate tugiteenuste ja esimese vastuvõtu kohta. Originaaluurimuses ei nõustunud üle poole vastanutest samuti, et informatsioon lähedastele ja patsientidele suunatud tugirühmade ja organisatsioonide ning eneseabi ja õppematerjalide kohta oli piisav (Hadjistavropoulos jt 2008). Tuleb märkida, et käesolevas uurimuses ei nõustunud lähedased väidetega „Mind teavitati olemasolevatest

patsientidele ja nende hooldajatele mõeldud tugirühmadest”, „Mind teavitati erinevatest eneseabi- ja õppematerjalidest (nt päevikutest, raamatutest, videotest jms), mis võiksid lähedasele abiks olla” ning „Mind ja teisi mitteametlikke hooldajaid (nt perekonda, sõpru) informeeriti tugirühmadest ja/või ühiskondlikest organisatsioonidest” keskmiselt 28% rohkem, kui patsiendid originaaluurimuses. Cameron ja Gignac (2008) oma ülevaates on juhtinud tähelepanu patsiendi lähedaste vajadusele saada toetust sarnase kogemusega inimestelt ja neid koondavatest tugirühmadest. Madal informeeritus tugirühmadest ja/või ühiskondlikest organisatsioonidest patsientidele ja nende hooldajatele, samuti eneseabi- ja õppematerjalidest oli omavahel tugevalt seotud, mis annab alust arvata, et patsientide lähedaste informeerimine on keskendunud ravile ja tegevustele/teenustele haiglas. Olemasolevate andmete põhjal ei ole võimalik anda hinnangut, kas kirjalik informatsioon tugirühmade ja organisatsioonide kohta üldse puudus uuringusse kaasatud haiglates või seda jagati ebasobival ajal või viisil. Eestis tegutsevad nii kogemusnõustajad kui ka diagnoosi põhiselt patsiente ja lähedasi ühendavad organisatsioonid, nt vähihaigete ühing, diabeedi ühing, dementsuse tugirühm lähedastele jms. Autori arvates jätab tervishoiutöötajate poolt jagatav informatsioon selliste ühenduste kohta usaldusväärsema mulje ja lähedasel on rohkem julgust sinna pöördumiseks. Eakatel võib olla ka raskusi informatsiooni otsimiseks veebist, sobiva informatsiooni pakkumine haiglas ja paber kandjal võib vähendada nende ebakindlust.

Töö autori arvates on tõsiseks murekohaks puudulik informeerimine patsiendile suunatud toitumissoovituste kohta, mida märkis ligikaudu 60% vastanutest. Eakatel inimestel esinevad sageli kroonilised haigused, mille puhul õige toitumine on väga oluline. Patsiendil võivad esineda funktsionaalsed häired (neelamishäire, võimatus iseseisvalt süüa jms), mille puhul lähedane, kes kodus hooldab patsienti, vajaks praktilist õpetust ja vahendite kasutamise õpetust. On leidnud kinnitust, et alatoitumus on tavaline nähtus haiglas viibimise ajal, eakatel ja krooniliste haigustega patsientidel võib see süveneda ning negatiivselt mõjutada ravitulemusi, kuid alatoitumus on sageli alahinnatud (Rasmussen jt 2010, Tappenden jt 2013). Õed, kes planeerivad patsiendi väljakirjutamist, peavad arvestama patsiendi toitumisvajadustega, sh toitainete tarbimisega, kehakaalu muutustega, ligipääsuga toidule jms. Toitumisvajadustele vastav dieet on haiglast väljakirjutamise plaani oluline osa (Tappenden jt 2013). Käesoleva töö autori kogemus näitab, et diabeedi puhul on toitumisalane nõustamine korraldatud paremini, kui teiste seisundite puhul. Alatoitumus võib olla seotud ka sotsiaalsete probleemidega ning sellel juhul on vajalik kompleksne lahendus.

Antud uurimistöö tulemuste põhjal usaldasid patsientide lähedased tervishoiutöötajaid nii ISÕ osakonnas viibimise ajal kui pärast haiglast väljakirjutamist, nad tajusid, et patsiendiga tegeleb tema olukorrast ja hetkeseisundist teadlik personal. Samuti oli suurem osa vastanutest rahul võimalusega esitada küsimusi tervishoiutöötajatele nii haiglas kui pärast haiglast väljakirjutamist. Sarnaste tulemusteni jõudsid ka Hadjistavropoulos jt (2008). Grossi (2009) uurimistööst selgus, et vähihaigete patsientide lähedastele oli oluline võimalus esitada tervishoiutöötajatele küsimusi ning see oli rahuldatud umbes pooltel juhtudel. Tähelepanu väärrib tajutud valmisolek haiglast väljakirjutamiseks – kui originaaluurimuses ei nõustunud väitega „Ma tundsin, et olen osakonnast väljakirjutamiseks piisavalt ette valmistatud“ kümnendik vastanutest, siis käesolevas uurimuses ei nõustunud väitega „Ma tundsin, et olen lähedase osakonnast väljakirjutamiseks piisavalt ette valmistatud“ peaaegu kolm korda rohkem vastanutest. Bull jt (2000) töid välja, et suurem valmisolek haiglast väljakirjutamiseks oli nendel patsientide lähedastel, kes osalesid rohkem patsiendi väljakirjutamise planeerimises. See kinnitab vajadust rohkem kaasata patsientide lähedasi hooldusesse ja otsustamisse, pakkuda neile praktilist õpet haiglatingimustes ja vajadusel ka kodus. Sarnaste järeldusteni on jõudnud oma töös ka Foust jt (2012) ning Pärn jt (2019) Tartu Ülikooli Kliinikumis läbiviidud siseauditis. Käesoleva uurimistöö tulemuste põhjal võib väita, et patsientide lähedased on rahul võimalusega rääkida tervishoiutöötajatega ning neile küsimusi esitada, nad usaldavad spetsialiste eri tasandil, kuid kahtlevad enda oskustes tulla toime pärast haiglast lahkumist. Tuginedes töö autori kogemusele, ei oska lähedased tihti küsida praktilisi asju, näiteks kuidas kodustes tingimustes rakendada asendiravi, kuidas kohandada elamist dementse patsiendi jaoks jpm. Patsiendile ja lähedasele pakuks turvatunnet õdede poolne nõustamine ja seejärel praktiline tegevus, mille käigus saab õdede ja hooldajate abiga ning juhendamisel toimingud läbi teha. Selle võimaldamiseks peab lahendama praktilisi probleeme, nt looma ISÕ osakondades võimaluse riiete vahetamiseks ja lähedaste isiklike asjade hoidmiseks, planeerima personali aega nõustamiseks ja praktiliseks õppeks vastavalt lähedastelt tulnud juhendamissoovidele jne. Selle õnnestumiseks peaksid olema kaasatud nii osakonna juhtivad töötajad kui ka asutuse juhtkond.

Patsiendi lähedased ei osanud vastata, kas nad on või ei ole rahul tervishoiutöötajate poolt pakutud emotsionaalse toega, nii patsiendi haiglas viibimise ajal kui pärast väljakirjutamist. Ka Gross (2009) tõi oma uurimuses välja, et vähihaigete lähedaste emotsionaalsed vajadused olid tihti jäänud rahuldamata. Viitkari (2008) läbiviidud uurimistöö tulemustest selgus, et vestlemisele omastega kulus iseseisva statsionaarse õendusabi osakonna õdedel ajavahemikus 8.00–20.00 keskmiselt 40 minutit, kuid ei ole täpselt selgitatud, mis oli vestlemise sisu – kas see oli informatsioon ravist, patsiendi seisundist ülevaate andmine, lähedase toetamine vms. Kindlasti

peaks arvestama sellega, et ka need 40 minutit on jagatud mitme inimese vahel. Lähedastele emotsionaalse toe võimaldamiseks on paljudes iseseisvat statsionaarset õendusabi pakutavates asutustes tööl hingehoidjad, kuid nende töö rahastamine ei sisaldu statsionaarse õendusabi osakonna riigipoolses rahastamises. Psühholoogiline abi kriisidega toimetulekuks jääb pahatihti kättesaamatuks spetsialistide, rahaliste vahendite ja süsteemsete puudumiste tõttu. Kui patsient viibib ISÕ osakonnas, saab temale psühholoogilist abi osutada ainult kliiniline psühholoog (Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu). Patsiendi lähedasele, kes antud juhul ei ole patsient, soov saada abi psühholoogilt tähendab eraldi suunamiskirja saamist perearstilt või psühhiaatril ning järjekorras ootamist. Ideaalis võiks teatud arvu voodikohtadega osakonnale planeerida ravijuhitudest sõltumatu rahastamise psühholoogilise abi tagamiseks nii patsientidele kui nende lähedastele. Kas selle abi osutajaks on hingehoidja, psühholoog või vaimse tervise õde, oleks teenuseosutaja otsustada. Ka osakonna töötajad võivad vajada toetust, surmade ja ravimatu haigustega kokkupuute tagajärjel.

Vaher (2020) märgib oma uurimistöös, et lähedasele pakub rahuldust teadmine emotsionaalse abi pakkumise kohta ISÕ osakonna patsiendile. Käesoleva uurimistöö tulemustest selgus, et lähedased tundsid ebakindlust selle osas, kas tervishoiutöötajad haiglas said aru patsiendi ootustest, uskumustest ja eelistustest. Võimalusi suhtlemiseks ja nõustamiseks võib mõjutada rahastamisest tingitud personali nappus (Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel 2015, Iseseisva statsionaarse õendusabi põhjendatus ja kvaliteet 2016), mida tajusid ka selles uurimistöös osalenud patsiendi lähedased, tuues selle välja vabavastusena: „...*töötajatel on alati palju tööd*”, „*osakonnas on alati kõigil palju tegemist ja aega ei ole*”. Samas üle poole Tartu Ülikooli Kliinikumi aktiivravi osakondade töötajatest (52%), kes osalesid Pärn jt (2019) poolt läbiviidud siseauditis, ei nõustunud sellega, et patsientide nõustamiseks ja õpetamiseks ei ole personalil piisavalt aega ning 73% vastanutest ei nõustunud, et osakonnas ei osata patsiendi nõustamiseks ja õpetamiseks aega planeerida. Ka väitega, et personali teadmised ja/või patsiendiõpetuse oskused pole piisavad, et patsiente väljakirjutamiseks vajalikul määral ette valmistada, ei nõustunud valdav osa (81%) vastanutest töötajatest (Pärn jt 2019). Varasemad uurimistööd osutavad sellele, et personal ja lähedased võivad hinnata patsiendi seisundit ja vajadusi erinevalt (Rose jt 2000) ja sellest tingituna ei ole kommunikatsioon tulemuslik ja informatsioon jääb puudulikuks (Hvalvik ja Reiersen 2015). Teatud osa selles võib mängida personali ettevalmistus/koolitus (Rose jt 2000) ja oskused pakkuda informatsiooni ja emotsionaalset toetust õigel hetkel ja õigel kujul (Cameron ja Gignac 2008), ning arvamus, et õdede professionaalne tegevus ei hõlma lähedaste õpetamist/nõustamist vaid piirdub patsiendi nõustamise, ravimise ja protseduuridega (Hagedoorn jt 2017). Kahjuks juhtub ka tänapäeval, et patsiendi lähedastesse suhtutakse kui segavatesse teguritesse, mitte kui ressursi.

Käesoleva uurimistöö läbiviija arvates oleks hea viia sisse patsiendi lähedase kaasamise õpetus personalile, mis toimuks igas osakonnas kohapeal, võimaldaks töötajatel näha nende töökeskkonna tugevusi, nt arvestada ruumide eripäraga, võtta kasutusele olemasolevaid vahendeid jms.

Nii käesolevas uurimistöös kui ka Hajistavropoulos jt (2008) uurimuses oli suurem osa vastanutest rahul dokumentatsiooni haldusega. Suured erinevused originaaluurimusega ilmneseid hinnangutes tervishoiuteenuste korraldamise järjepidevuse kohta haiglast väljakirjutamise järgselt. Sellega, et pärast haiglast lahkumist on koos patsiendi raviarstiga üle vaadatud patsiendi raviplaan, ei nõustunud käesolevas uurimuses peaaegu kõik vastanud, originaaluurimuses aga ligilähedaselt kolmandik. Meeldetuletusi vastuvõttude kohta sai käesolevas uurimuses veidi vähem kui kümnendik vastanutest ning originaaluurimuses peaaegu kolmveerand vastanutest. Käesolevas uurimuses väitega „Perekond osales järelravi kava koostamises vajalikul määral“ nõustus veidi üle kümnendiku vastanutest, originaaluurimises oli nõustunute osakaal peaaegu kolm neljandikku.

Põhjuseid, miks originaaluurimuse ja käesoleva uurimistöö tulemused erinevad nii palju, võib autori arvates olla mitu. Esiteks, erinevused sotsiaal- ja tervishoiusüsteemide korralduses, kui ravi ja järelravi on korraldatud sujuvamalt ning tegevuste ja teenuste järjepidevusele on suunatud suurem tähelepanu ravi ja hoolduse eri etappidel. Kui Eestis läheb patsient ISÕ osakonnast ära, tema side osakonna töötajatega katkeb ning tema eest hakkab vastutama perearst. Selline praktika, et patsiendil ja tema lähedasel säiliks võimalus võtta ühendust osakonnaga, Eestis levinud ei ole. Samuti ei ole tavapärane koos patsiendi ja/või lähedastega ravidokumentide läbi vaatamine. Teiseks, mujal maailmas võib olla rohkem spetsialiste, kelle abiga saab tagada tegevuste ja teenuste järjepidevust. Aastal 2016 oli õdede ja ämmaemandate arv 1000 elaniku kohta Eestis 6,5 ja Kanadas, kus toimus originaaluurimus, oli see suhtarv 9,9 (Nurses and midwives...). Kolmandaks, süsteemid võivad olla erinevates nõ arenguetappides: kui ühes süsteemis on patsiendi- ja perekesksus juba saanud selle süsteemi lahutamata osaks, siis teises alles toimub patsiendi- ja perekesksuse teadvustamine ja ühendamine praktikaga. Kindlasti tuleb võtta arvesse, et originaaluurimuses olid vastajateks eakad patsiendid, käesolevas uurimuses suurim grupp oli patsientide lapsed ja nende abikaasad, mille tõttu tulemused ei olegi üks ühele võrreldavad.

Lähedaste vastustest selgus, et nad ei saanud hinnata, kas nad on või ei ole nõus, kui nendelt küsiti perearsti või eriarsti teavitamist patsiendi hoolduse aspektidest, infovahetusest eri tervishoiutöötajate vahel patsiendi osakonnas viibimise ajal ja infovahetusest haigla ja esmatasandi tervishoiutöötajate vahel. See võib osutada protsesside läbipaistmatusele. Kuigi

haiglast väljakirjutamise järgselt edastavad tervishoiuteenuse osutajad väljavõtte haigusloost arstliku tegevuse kohta riiklikusse Tervise Infosüsteemi, ei sisalda väljavõtetes kajastatud informatsioon õendustegevusi ja näiteks sotsiaalseid vajadusi (Tervise infosüsteemi edastatavate dokumentide...), mis osutab vajadusele täiendada olemasolevaid dokumenteerimise standardeid. Ka Vaher (2020), tuginedes varasemate uurimistööde tulemustele, toob välja lähedaste poolt tajutava vajaduse ladusama informatsiooni vahetuse järgi eri tervishoiutasandite vahel.

Lähedaste taustaandmete alusel teostatud analüüs tõi välja erinevusi meeste ja naiste, samuti koos patsiendiga ja patsiendist eraldi elavate lähedaste hinnangutes. Mõningad erinevused esinesid ka töötavate ja muu tööstaatusel lähedastel ning erineva hariduse tasemega lähedastel. Üksikute väidete puhul esinesid erinevused patsientide abikaasade ja patsientide laste/nende abikaasade hinnangute vahel. Antud erinevused olid paljudel juhtudel statistilist, kuid mitte praktilist olulisust. Ühe näitena võib tuua väidet „Mind ja teisi mitteametlikke hooldajaid (nt perekonda, sõpru) informeeriti tugirühmadest ja/või ühiskondlikest organisatsioonidest”, millele antud hinnang keskharidusega inimeste poolt oli statistiliselt kõrgem, kui kõrgharidusega inimestel. Samas selle väitega mittenõustunute osa kõikide uuritavate hulgast oli üle 90%. Sarnane seis on ka väitega „Minu lähedasele koostati läbimõeldud ja realistlik järelravi/edasise hoolduse kava ning seda selgitati mulle”, mille keskmine hinnang keskharidusega inimestel samuti oli statistiliselt kõrgem, kui kõrgharidusega inimestel ning kogu valimis oli mittenõustunud väitega rohkem, kui kolmveerand uuritavatest. Meeste ja naiste vaheliste statistiliste erinevuste näitena võiks tuua väidet „Osalesin lähedase järelravi kava koostamises ja olin kavaga nõus”, mida mehed hindasid kõrgemalt. Selle väitega mittenõustunute osakaal oli kõikide vastanute hulgast veidi üle 90%. Võib oletada, et suurema valimi puhul erinevuste põhjused on selgemad. Praegu ei ole selle uuringu tulemuste põhjal võimalik teha üldistusi taustaandmetest lähtuvalt.

Kui patsiendi lähedased tajusid, et haiglas viibimise ajal tema eest hoolitsenud tervishoiutöötajad teadsid tema hetkeseisundit ja juhtumit, kasvas nende usaldus tervishoiutöötajate suhtes ning veendumus, et patsiendi ootustest, uskumusest ja eelistustest on aru saadud. Võib järeldada, et lähedastega patsiendi seisundi ja juhtumi arutamine, samuti patsiendi vajadustest/soovidest rääkimine aitab kaasa usaldussuhte tekkele. Need aspektid mõjutavad omakorda patsientide rahulolu teenusega (Gulliford jt 2006). Õdede poolt juhitud ja ette planeeritud arutelud, milles osalevad ISÕ osakonna töötajad, patsient ja lähedased, võivad tõhustada kommunikatsiooni ning tõsta patsiendi ja lähedaste rahulolu tervishoiuteenusega.

Patsientide lähedaste madalam hinnang oma ettevalmistatusele patsiendi osakonnast väljakirjutamiseks oli ootuspäraselt seotud madalama hinnanguga järelravi kava koostamises osalemisele ning läbimõeldud ja realistliku järelravi kava patsiendi lähedasele selgitamisele. Sama seisukohta toetab ka Cameron ja Gignac (2008) uurimistöö – lähedase osalemine järelravi kava koostamises või vähemalt personali poolt koostatud kava selgitamine ning lähedase arvamuse arvesse võtmine parandas oluliselt nii lähedase tajutud ettevalmistust kodustes tingimustes hakkama saamises, kui ka tegelikke oskusi ja keskkonna kohandamist. Umbes veerand vastanutest ei nõustunud, et nad olid informeeritud patsiendi haiguse sümptomitest, mis ei vaja kiireloomulist abi ja sellest, kuidas nendega toime tulla. Umbes viiendik vastanutest ei nõustunud, et neid informeeriti patsiendi haiguse sümptomitest, mis võivad osutada kiireloomulise abi vajadusele ja sellest, kellega peab nende ilmnemisel ühendust võtma. See teeb kodustes tingimustes erinevate seisunditega toimetuleku patsiendi lähedastele tõsiseks väljakutseks. Patsientide ja nende lähedaste vajaduste väljaselgitamine statsionaaris viibimise ajal ning koduse toimetuleku hõlbustamiseks sobivate lahenduste otsimine aitaks vähendada ebakindlust, luua selgemat pilti järelravist, luua toetavat kontakti tervishoiutöötajatega.

Haiglast väljakirjutamise järgselt oli lähedaste kõrgem usaldus patsiendi eest hoolitsenud tervishoiutöötajate suhtes seotud kõrgema rahuloluga tervishoiutöötajate poolt jagatud informatsiooniga. Kõrgema usaldusega oli seotud ka võimalus rääkida patsiendi eest hoolitsevate tervishoiutöötajatega ning esitada neile küsimusi, samuti tajumine, et tervishoiutöötajad teadsid patsiendi hetkeseisundit. Võib oletada, et esmatasandi tervishoiutöötajatega on patsientide lähedastel olnud pikem suhe, mille käigus on usaldus välja kujunenud. Patsiendi lähedased on harjunud nendega kontakti võtma ning arutama patsiendi hetkeseisundit ja edasisi tegevusi.

ISO osakonnas viibinud patsientide lähedased tõid välja vabavastusena oma tähelepanekuid tervishoiuteenuste kohta. Üks ja sama vastaja võis anda korraga nii positiivset kui ka negatiivset hinnangut. Näiteks patsiendi lähedane, kes kirjutas vaba vastusena „*Emotionaalselt oli raske ja töötajatel on alati palju tööd. Hooldajad on tublid!*“, ei nõustunud väitega, et ta on rahul patsiendi haiglas ravinud ja hooldanud tervishoiutöötajate poolt pakutud emotsionaalse toega ning ei osanud hinnata, kas ta on või ei ole rahul emotsionaalse toega, mida pakkusid tervishoiutöötajad, kes hoolitsesid tema lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist. Patsiendi lähedane, kes vabavastusena kirjutas „*Mõnes kohas vastasin "ei ole kohaldatav", kuna minuga ei ole nendel teemadel räägitud või ma ei tea sellest midagi - nt ma ei tea, kas perearstiga on ühendust võetud ja kas ravikava on jälgitud. Sellistele küsimustele on raske vastata. Muidu olen rahul nii haigla*

kui perearsti töötajatega”, hindas kõrgemalt inimestevaheliste suhete dimensiooni, võrreldes teenuste korraldamise dimensiooniga, mille puhul esinesid „Ei ole kohaldatav” vastused.

Taustaandmete osas olid ka patsiendiga seotud küsimused. Lähedased said esitada vabavastusena patsiendi diagnoosid/seisundid ning märkida haiglas viibimise kestuse. Käesoleva uurimistöö tulemustest selgus, et kahel kolmandikul patsientidest oli kaks või rohkem erinevat seisundit/diagnoosi. Sarnase tulemuseni jõudsid ka Gulliford jt (2006) oma uurimistöös. Multiprobleemsete patsientide haiglas viibimise kestus oli ootuspäraselt pikem, kui ühe terviseprobleemiga patsientidel. Tervishoiutöötajatele esitavad multiprobleemsete patsientide ja nende lähedaste nõustamisvajadused tõsise väljakutse, kuna lahendada tuleb mitu muret üheaegselt ja ei saa keskenduda ainult ägedale terviseprobleemile.

Kui uurimistöö läbiviija külastas ISÕ osakondi ja suhtles personaliga, selgus, et mõnes uurimistöösse kaasatud haiglate ISÕ osakonnas oli uurimise läbiviimise ajal kasutusel patsiendi haiglast väljakirjutamise tegevusjuhiseid ja osades osakondades selliseid juhiseid ei olnud. Toles jt (2017) teostatud uurimistöös on kinnitatud patsiendi haiglast väljakirjutamise tegevusjuhiste positiivset mõju teenuste järjepidevusele ning personali tagasiside põhjal saab väljakirjutamise plaani kujundada lihtsalt kasutatavaks ning kasulikuks töövahendiks väljakirjutamise planeerimisel. Kuna käesolevas uurimistöös saadud andmed ei olnud seostatavad haiglaga, ei olnud võimalik hinnata, kuidas väljakirjutamise tegevusjuhised võiksid mõjutada lähedaste vastuseid. Tervishoiutöötajatel on kohustus pakkuda patsiendile soovitusi edaspidiseks ning korrektselt dokumenteerida ravi- ja õendusprobleemidega seotud aspektid. Dokumenteerida tuleb probleemide lahendamise protsess ning anda hinnang teostatud tegevustele. Kuigi mainitud tegevused on sätestatud õiguskorra tasandil, jääb see osa tegevusest patsientide lähedaste hinnangul puudulikuks. Võimalusel peaks ühtlustama ja süstematiseerima informatsiooni, mida edastatakse patsientidele ja nende lähedastele haiglas ning osakonnast lahkumisel.

5.2. Uurimistöö eetilised aspektid

Uurimistöö läbiviimisel tagati osalejate anonüümsus ja konfidentsiaalsus. Jälgiti ka seda, et küsimustikule vastamisega ei tekiks uuritavatel vaimset ja/või füüsilist kahju. Patsiendi lähedane, kes oli nõus osalema uurimuses, võttis ise ühendust uurimistöö läbiviijaga ning ei pidanud küsima osakonna personalilt küsimustikke või jätma täidetud ankeeti haiglas asuvasse kasti, mis võimaldas vastata küsimustele vabalt. Kui osaleja võttis ühendust uurimistöö läbiviijaga, avaldas ta oma nime ja kontaktandmeid. Selle tõttu selgitati osalejale uurimistöö teostamise detaile –

kuidas toimub andmete säilitamine ja kasutamine, et isikustatud andmetele ei ole ligipääsu mitte kellelgi peale uurimistöö läbiviija, et vastused ei ole seostatavad haigla või patsiendiga ning kui küsimustiku täitmine toimub veebis, siis ka uurimistöö läbiviijal ei ole võimalik vastajat tuvastada.

Ankeetide analüüsimisel selgus, et osa patsientide lähedasi täitis ja saatis ära ankeeti ka siis, kui nende lähedane oli hindamisinstrumendi täitmise ajaks surnud, märkides seda vabavastuse väljal ankeedi lõpus – 7 vastust (3%). See võis olla tingitud uurimistöö meetodist. Uuritavatega võeti ühendust e-kirja teel patsiendi planeeritud väljakirjutamise aja paiku ning meeletuletav e-kiri edastati ühe nädala pärast. Meeldetuletav e-kiri võis mõjutada patsiendi lähedast vastata küsimustikule siis, kui patsient oli selleks ajaks surnud. Teiselt poolt, kuna uuritavatel oli igal hetkel võimalus vastamisest loobuda, võis ankeedi täitmine ja ärasaatmine olla märk kindlast soovist jagada oma kogemust lähedase haiglas viibimisest. Ankeete, milles oli märgitud patsiendi surm vastamise hetkeks, ei kaasatud analüüsi, kuna ei olnud kindlust, et emotsionaalselt raskel ajal vastatud ankeedis on vastused objektiivsed. Küsitav on antud juhul vaimse kahju mittetekitamine, kui sellisel niigi raskel perioodil saadetakse küsimustik, mis kutsub uuesti lähedase surmaga seotud asjaolusid meelde tuletama. Tulevikus sarnase uurimise meetoodika kasutamisel peaks uurija mõtlema enda jaoks läbi, kuidas toimida, kui uurimus puudutab eakaid ja terviseprobleemidega inimesi ning andmete kogumine on planeeritud uuritava kontakti suhtes tulevikus. Ühe võimalusena käesoleva töö autor näeb saadetava e-kirja teksti täiendamist palvega anda teada asjaoludest, mis võivad takistada uurimistöös osalemist. Sellisel juhul saab e-posti aadressi andmebaasist kustutada ja mitte saata meeldetuletavat kirja.

Meeldetuletav e-kiri võis mõjutada ka teisi uuritavaid. Nimelt, need patsientide lähedased, kes on täitnud hindamisinstrumendi kohe esimese kontakti järgselt, võisid olla häiritud meeldetuletavast e-kirjast või arvata, et nende esimene vastus ei jõudnud kohale ning täita ankeeti veel korra. Samas ankeetide analüüsimisel sellele viitavaid märke ei olnud.

Eetika aspekte jälgiti ka osakonna igapäevasse töösse sekkudes. Uurimistöösse kaasatud haiglaid ja ISÕ osakondi oli vaja korduvalt külastada ja saavutada hea kontakt nii osakonna õendusjuhiga kui ka õdede ja hooldajatega, sest nendel oli vahetu võimalus pakkuda lähedasele kutset uuringus osalemiseks. Personali positiivse suhtumise saavutamine oli väga oluline uurimuse teostamisel ning uurimuse läbiviija käis kohapeal mitmel korral, mis omakorda oli seotud ka personali tööpäeva teatud segamisega, kuigi seda püüti vältida. Personalile ei tohtinud tekkida täiendavaid koormavaid ülesandeid, aga ka soovi/võimalust muuta käitumist võrreldes tavapärase tegevusega hindamisinstrumendi mõjul. Uurimistöö läbiviija ei kallutanud tulemusi ega interpreteerinud neid

endast lähtuvalt, kuigi on teemaga seotud ning töötab ühes uurimistöös osalenud haiglas õendusjuhina.

5.3. Tulemuste usaldusvärsus ja uurimistöö kitsaskohad

Käesoleva uurimistöö teadusliku tausta kirjeldamiseks kasutati teemakohaseid empiirilisi ja teoreetilisi usaldusväärseid ja tõenduspõhiseid kirjandusallikaid alates 2000. aastast. Eelretsenseeritud artiklid pidid olema avaldatud õendus- ja tervishoiuajakirjades, auditeerimine ja teoreetiline kirjandus aktsepteeritud vastava riigi pädeva asutuse poolt. Kasutatud on teemakohast siseauditit, mille tulemusi tutvustati õendusjuhtidele arenguseminari raames. Uurimistöös kasutati ka teemakohaseid õiguslikke akte, statistilisi aruandeid, kehtivaid infomaterjale ja arengukavasid. Kasutatud allikad on nõuetekohaselt viidatud.

Uurimistöö tulemusi tutvustavas artiklis (Hadjistavropoulos jt 2008) hindamisinstrument on nimetatud küsimustikuks (*questionnaire*), samuti lühendis on PCCQ (*Patient Continuity of Care Questionnaire*), kuid hindamisinstrumendi vormi pealkirjas on „*Patient Continuity of care Checklist (PCCQ)*” ehk “Patsiendi hoolduse järjepidevuse kontroll-leht”. Sõna „kontroll-leht (*checklist*)” artikli tekstis ei esine. Selline nimetuste ebakõla võib tekitada segadust, kuid ei mõjuta sisuliselt tulemuste usaldusvärsust.

Käesoleva uurimistöö üheks kitsaskohaks võib pidada planeeritust väiksemat uuritavate arvu. Uurimistöö läbiviija esialgne kava nägi ette, et temaga võtab ühendust umbes 10% patsientide lähedastest. Uurimistöö läbiviimise perioodil viibis kaasatud haiglates ISÕ osakondades ligilähedaselt 4200 patsienti. Igal täisealisel külastajal, kes antud perioodis külastas ISÕ osakonnas patsienti ning soovis uurimistöös osaleda, oli võimalik võtta ühendust uurimistöö läbiviijaga. Kui iga patsiendi üks lähedane oleks patsienti külastanud ja nendest 10% võtnuks ühendust uurimistöö läbiviijaga, oleks kontaktide arv olnud 420. Uurimistöö läbiviijaga võttis ühendust peaaegu poole vähem patsiendi lähedasi (267) ja küsimustikud täitis 203 inimest, kelle vastustest omakorda pidi välja jätta seitse küsimustikku patsiendi surma tõttu.

Kitsaskohana võib välja tuua veebipõhist keskkonda, kus patsientide lähedased täitsid hindamisinstrumenti. Antud keskkond võimaldas osaleda ilma oma isikliku e-posti aadressi või muud identifitseerimise võimalust kasutamata. Uuritavatele oli edastatud e-kirja teel isikustamata veebilink ning teoreetiliselt oli võimalik saata vastuseid mitu korda. Samuti läks meeldetuletav e-kiri kõigile uuritavatele, kuna uurimistöö läbiviijal ei olnud ülevaadet, kes juba vastas ja kes mitte.

Järgmisel korral uurimistöö planeerides tuleks mõelda ka sellele aspektile. Teiselt poolt on see ka tugevus, sest võimaldas täieliku anonüümsust osalejatele ning uurimistöö läbiviijal ei olnud võimalik seostada laekunud vastuseid kindla isikuga. See asjaolu omakorda mõjutab võimalust edastada lähedasele informatsiooni magistratöö tulemuste kohta. Jaatava vastuse korral paluti lähedasel lisada kontaktandmed küsimustiku lõppu, kus oli vabavastuse võimalus. Kuigi jaatavalt oli vastanud sellele küsimusele 32 inimest (16,3%), ei olnud ükski nendest lisanud oma andmeid, et uurimistöö läbiviija saaks vastajaga hiljem ühendust võtta. On võimalik, et vastajad ei soovinud avaldada isikut ja seostada selle kaudu vastust patsiendi või haiglaga. Samas, kuna ükski vastaja ei ole märkinud oma kontakti ning selle tõttu ei ole võimalik temale edastada infot töö valmimise ja tulemuste kohta, võib uuritaval jääda mulje, et töö autor unustas või loobus uuritavate informeerimisest ning tulevikus võib see tekitada vastajas teatud umbusklikkust uurimistöodes osalemise suhtes. Üheks veebikeskkonna tugevuseks võib lugeda vastuste laekumist kompaktsesse tabelisse, mille arvutisse laadimine välistas võimaluse uurimistöö läbiviijal teha vigu andmete sisestamisel.

Uurimistöö läbiviimine oli keerukas. Valitud meetodika tagas uuritavatele konfidentsiaalsuse, kuid tegi keeruliseks uuritavate värbamise. Teavitamisel läbi infotahvlite või -lehtede oli arvatust vähem mõju. Selle tõttu ei saavutatud esialgse uurimisperioodi jooksul analüüsi võimaldavat andmebaasi ning uurimistöö läbiviija pidi taotlema pikenduse nii haiglatest kui Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteest. Uurimistöö läbiviija pidi isiklikult suhtlema osakondade personaliga tunduvalt rohkem, kui esialgselt planeeris, paludes töötajaid levitada informatsiooni uurimistöö kohta. See omakorda võis segada töötajaid ja halvimal juhul tuua kaasa negatiivset suhtumist uurimusse.

Uurimistöö tulemused kirjeldavad ISÕ osakonnas viibinud patsientide lähedaste hinnanguid ning ei ole laiendatavad teistes osakondades viibinud patsientide lähedaste hinnangute kirjeldamiseks. Käesolevas uurimistöös saadud andmed ei ole üldistatavad kogu Eesti ISÕ osakonnas viibinud patsientide lähedaste hinnangute kirjeldamiseks, kuna uurimistöösse kaasatud haiglad asuvad Lõuna- ja Lääne-Eestis ning pole kaasatud ISÕ haiglaid või osakondi teistest regioonidest. Üldistamist võimaldavate andmete kogumine võib toimuda järgnevate uurimistööde käigus.

Hindamisinstrument sisaldas mitu väidet, mille puhul lähedastel võis olla keeruline otsustada, kas nad on või ei ole nõus nendega. Mõned väited sisaldasid tegelikult kaks väidet (nt väide „Minu lähedasele koostati läbimõeldud ja realistlik järelravi/edasise hoolduse kava ning seda selgitati mulle“ ja väide „Osalesin lähedase järelravi kava koostamises ja olin kavaga nõus“). See võis

tekitada segadust uuritavates, mis osale väites nad siis lõppude lõpuks vastavad. Segaduse ärahoidmiseks oleks võinud muuta küsimust nii, et selle sisu oleks üheselt arusaadav, moodustades vajadusel kaks eraldi küsimust, nt „Minu lähedasele koostati läbimõeldud ja realistlik järeldravi/edasise hoolduse kava“ ning „Mulle selgitati minu lähedasele koostatud järeldravi/edasise hoolduse kava“.

Hindamisinstrumendi täitmine pidi toimuma 3–4 nädalat pärast patsiendi haiglast väljakirjutamist, eeldusega, et see aeg on piisav perearsti, -õe või teise spetsialistiga ühenduse võtmiseks ja hoolduse korraldamiseks. Grimmer ja Moss (2001) uurimistöös on toodud välja, et kõige rohkem küsimusi tekib patsientidel ja nende lähedastel ühe nädala möödudes väljakirjutamisest. Kuidas olid võimalikud küsimused lahendatud, kas 3-4 nädalat on tegelikult piisav aeg tervishoiutöötajaga kontakti loomiseks, kui palju patsiendi lähedasel on meeles see, mis toimus ISÕ osakonnas ja mis enne seda, kuidas praegune suhe teenuseosutajatega mõjutab patsiendi lähedase vastuseid – jääb hetkel vastuseta ning vajab uurimist tulevikus.

5.4. Uurimistulemuste olulisus praktikale ning edasist uurimist vajavad teemad

Käesoleva uurimistöö tulemused omavad praktilist tähtsust tervishoiuteenuste, sh õendustegevuse järjepidevuse parandamiseks. Üks käesoleva töö autori ettepanekutest on rakendada patsiendi haiglast väljakirjutamise tegevusjuhiseid igas haiglas ja osakonnas. Tegevusjuhise peaks personali töö lihtsustamiseks sisaldama ka väljakirjutamise kontroll-lehte. Samuti oleks vaja ühtlustada patsiendi lähedaste kaasamist väljakirjutamise planeerimisse, lähtuvalt patsiendi seisundist ja/või diagnoosist ning lähedaste vajadustest. Patsientide ja nende lähedaste kaasamise juhised ja vastav kontroll-leht võiks olla osa väljakirjutamise juhendist. See töövahend õdedele mitte ainult ISÕ osakonnas, aga ka aktiivravi osakondades aitaks suurendada patsientide ja nende lähedaste rahulolu tervishoiuteenustega, vähendada rehospitalseerimist ja koormust tervishoiusüsteemile.

ISÕ osakonnas lähedaste kaasamine, nõustamine ja õpetamine jääb õdede ülesandeks. Nende oskuste täiendamine patsiendi lähedase kaasamise valdkonnas, mis toimuks igas osakonnas kohapeal, võimaldaks töötajatel näha nende töökeskkonna tugevusi, nt arvestada ruumide eripäraga, võtta kasutusele olemasolevaid vahendeid jms. Kõikide tervishoiutöötate kommunikatsioonioskuste täiendamine võimaldaks lahendada uuritavate poolt välja toodud puuduliku informatsiooni jagamist tugirühmadest, ühiskondlikest organisatsioonidest ning samuti eneseabi- ja õppematerjalidest. Tervishoiutöötajate parem oskus kaasata lähedasi ja nendele

informatsiooni pakkuda võib vähendada töötajate pinget ning luua usaldusliku suhet patsientide ja lähedastega.

Käesoleva uurimistöö tulemusi võiks arvestada tervishoiuteenuste korraldamisel. Patsientide lähedased tõid välja emotsionaalse toega seotud ebakindlust. Patsiendi lähedasele, kes ei olnud käesoleva uurimistöö kontekstis patsient, ei pruugi praeguse korralduse juures jätkuda olemasolevate tervishoiutöötajate tähelepanu ja toetust. Lahendusena võiks kas suurendada osakonnas töötava personali arvu ning planeerida nende tegevustesse tööd lähedastega või rakendada spetsialiste.

Autori arvates on vajalik uurida teiste haiglate ISÕ osakondade patsientide lähedaste hinnanguid tervishoiuteenuste järjepidevusele, eesmärgiga kaardistada olukorda ja luua üldistusi võimaldav andmekogu. Samuti oleksid vajalikud kvantitatiivsed tervishoiuteenuste järjepidevuse uurimused ISÕ osakondades, kuhu peaks kaasama patsiente, nende lähedasi ja osakonna töötajaid. Hetkel jääb mulje, et esineb vastuolu patsientide lähedaste ja personali hinnangute vahel, patsiendi ja tema lähedaste tegelikud vajadused jäävad välja selgitamata.

6. JÄRELDUSED

Iseseisva statsionaarse õendusabi osakonnas viibinud patsiendi lähedased andsid tervishoiuteenuse järjepidevusele nii positiivseid kui ka negatiivseid hinnanguid. Kõige rohkem nõustuti, et informatsioon patsiendi ravimitest ja meditsiiniseadmetest oli piisav ning dokumentatsiooni haldus oli korras. Suur oli ka usaldus tervishoiutöötajate suhtes. Kõige vähem nõustuti, et informatsioon tugirühmadest ning eneseabi- ja õppematerjalidest oli piisav. Samuti ei nõustunud lähedased, et nad osalesid järeldravi kava koostamises, said meeldetuletusi patsiendi arstivastuvõtude kohta ning vaatasid koos raviarstiga patsiendi raviplaani üle. Patsientide lähedased ei olnud kindlad, kas neile räägiti lähedase haiguse kiiret abi mittevajavatest sümptomitest, kas nad olid rahul emotsionaalse toega ning kas patsiendi perearstiga võeti ühendust patsiendi hooldusega seotud tähtsaimatest aspektidest teavitamiseks. Kvalitatiivsed andmed kinnitasid hinnangute varieeruvuse. Kõige kõrgemalt hinnati inimestevaheliste suhete järjepidevust ning kõige madalamalt teenuste korraldamise järjepidevust.

Leiti mõned erinevused hinnangutes uuritavate taustaandmete alusel. Patsiendist eraldi elavad lähedased hindasid kõrgemalt oma informeeritust võimalikest tulevikuprobleemidest ja -tüsistustest. Koos patsiendiga elavad lähedased hindasid kõrgemalt haiglast väljakirjutamise järgselt võimalust rääkida tervishoiutöötajatega ning neile küsimusi esitada. Naised hindasid kõrgemalt, kui mehed, teavitamist patsiendile vajalikest meditsiiniseadmetest ja abivahenditest ning infovahetust haigla ja esmatasandi tervishoiutöötajate vahel. Tööl käivad uuritavad hindasid kõrgemalt informeeritust patsiendi haiguse kiiret reageerimist vajavatest sümptomitest, samuti võimalikest tulevikuprobleemidest ja -tüsistustest ning patsiendi ravimitest. Patsientide lapsed/laste abikaasad hindasid patsientide abikaasadest kõrgemalt oma informeeritust patsiendi ravimitest. Patsientide lähedaste hinnangud teistele väidetele ei erinenud soo, koos või eraldi elamise, hariduse taseme või tööstaatusel. Samuti ei erinenud keskmised hinnangud õendusabi järjepidevusele vanuse alusel.

Patsientide lähedaste madalam hinnang informeeritusele patsientidele ja nende hooldajatele mõeldud tugirühmadest ja/või teistest organisatsioonidest ning eneseabi- ja õppematerjalidest oli omavahel tugevalt seotud. Kõrgem usaldus tervishoiutöötajate suhtes haiglas oli seotud tajutud tervishoiutöötajate teadmistega patsiendi hetkeseisundist, sh arusaamisega patsiendi ootustest, uskumusest ja eelistustest. Väljakirjutamise järgselt kõrgem usaldus oli seotud suurema rahuloluga infoga, mida jagasid tervishoiutöötajaid, võimalusega nendega rääkida ning neile küsimusi esitada ning tundega, et tervishoiutöötajad teadsid patsiendi hetkeseisundit. Lähedaste madalam hinnang

osalemisele patsiendi järelravi kava koostamises tõi kaasa negatiivse hinnangu ettevalmistatusele patsiendi osakonnast väljakirjutamiseks. Kolm järjepidevuse dimensiooni olid omavahel tugevalt seotud.

KASUTATUD KIRJANDUS

Aktiivsena vananemise arengukava 2013–2020. (2013). Sotsiaalministeerium. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Eakatele/aktiivsena_vananemise_arengukava_2013-2020.pdf (29.03.2020).

Allen, J., Hutchinson, A.M., Brown, R., Livingston, P.M. (2016). User Experience and Care Integration in Transitional Care for Older People From Hospital to Home. *Qualitative Health Research*, 27(1): 24 – 36.

Aller M.B., Vargas, I., Garcia-Subirats, I., Coderch, J., Colomes, L., Llopart, J.R., Ferran, M., Sanchez-Perez, I., Vasquez, M.L. (2013). A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. *International Journal of Integrated Care*, Vol.13.

Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E. and Manfrin, M. (2009), Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 18: 2539–2546.

Bull, M.J., Hansen, H.E., Gross C.R. (2000). Differences in family caregiver outcomes by their level of involvement in discharge planning. *Applied Nursing Research*, 13 (2): 76 – 82.

Byrne, K., Orange, J.B., Ward-Griffin, C. (2011). Care Transition Experiences of Spousal Caregivers: From a Geriatric Rehabilitation Unit to Home. *Qualitative Health Research*, 21(10):1371 – 1387.

Cameron, J.I., Gignac, M.A.(2008). "Timing It Right": a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseling*. 70(3):305-14

CARE Tool Discharge. <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Post-Acute-Care-Quality-Initiatives/Downloads/CARE-Discharge-Assessment-Tool.pdf> (12.04.2020)

(järgneb)

Chen, H.M., Chen, C.M. (2017). A Chinese version of the Patient Continuity of Care Questionnaire: reliability and validity assessment. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10):1338-1350.

Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. (2018). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628> (01.02.2020)

Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu (RT I, 18.08.2020, 1)

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

Foust, J.B., Vuckovic, N., Henriquez, E. (2012). Hospital to home health care transition: patient, caregiver, and clinician perspectives. *Western Journal of Nursing Research*. 34(2): 194 – 212.

Freeman, G.K., Olesen, F., Hjortdahl, P. (2003). Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Family Practice*. 20(6): 623-627.

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

Grimmer, K., Moss, J. (2001). The development, validity and application of a new instrument to assess the quality of discharge planning activities from the community perspective. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*.

Gross, L. (2009). Vähktõvega täisealise patsiendi lähedaste vajadused ja nende rahuldamine Eesti regionaalhaiglates. Magistritöö õendusteaduses. Tartu Ülikool

Gulliford, M., Naithani, S., Morgan, M. (2006). What is „continuity of care“? *Journal of Health Services Research and Policy*. 11(4): 248-250.

Hadjistavropoulos, H., Biem, H., Sharpe, D., Bourgaultfagnou, M., Janzen, J. (2008). Patient perceptions of hospital discharge: reliability and validity of a Patient Continuity of Care Questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care*. 20(5): 314-323.

(järgneb)

Hagedoorn, E. I., Paans, W., Jaarsma, T., Keers, J. C., van der Schans, C., Luttik, M. L. (2017). Aspects of family caregiving as addressed in planned discussions between nurses, patients with chronic diseases and family caregivers: a qualitative content analysis. *BMC Nursing*, 16.

Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327(22): 1219-1221.

Halvorsen, K., Eide, H., Sortland, K., Almendingen, K. (2016). Documentation and communication of nutritional care for elderly hospitalized patients: Perspectives of nurses and undergraduate nurses in hospitals and nursing homes. *BMC Nursing*, 15(1).

Hill, K., House, A., Hewison, J. (2009). Continuity of care in stroke and its relation to outcomes. Research Summary. National Institute for Health Research. http://www.netscc.ac.uk/hedr/files/project/SDO_FR_08-1109-197_V01.pdf (01.04.2020).

Hirschman, K.B., Shaid, E., McCauley, K., Pauly, M.V., Naylor, M.D. (2015). Continuity of Care: The Transitional Care Model. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(3).

Hvalvik, S., & Reiersen, I. Å. (2015). Striving to maintain a dignified life for the patient in transition: Next of kin's experiences during the transition process of an older person in transition from hospital to home. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10

Iseseisva statsionaarse õendusabi põhjendatus ja kvaliteet. Kliinilise auditi aruanne. (2016). Eesti Haigekassa. Tallinn.

Kurm, K. (2012). Järjepidevus (*continuity*). Valik mõistete definitsioone. Tartu Ülikooli õendusteaduse õppetooli koduleht. https://tervis.ut.ee/sites/default/files/tervis/ot_2017_moisted_ja_definitsioonid.pdf (03.03.2020).

Kurowski, C., Chandra, A., Finkel, E., Plötz, M. (koostajad) (2015). Ravi terviklik käsitus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis: kokkuvõttev aruanne. Maailmapanga Grupp. Eesti Haigekassa. http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/6046/1/EHK2015_ek.pdf (12.02.2019.)

(järgneb)

Naylor, M. D., Hirschman, K. B., Bowles, K. H., Bixby, M. B., Konick-McMahan, J., & Stephens, C. (2007). Care Coordination for Cognitively Impaired Older Adults and Their Caregivers. *Home Health Care Services Quarterly*, 26(4), 57–78.

Naylor, M., & Keating, S. A. (2008). Transitional Care: Moving patients from one care setting to another. *The American Journal of Nursing*, 108(9 Suppl), 58–63.

NHS continuing healthcare. National Health Service homepage. <http://www.nhs.uk/Conditions/social-care-and-support-guide/Pages/nhs-continuing-care.aspx> (11.09.2016.)

Nurses and midwives (per 1,000 people). The World Bank Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3?end=2018&locations=CA-EE&start=1990> (02.04.2020)

Olsen, R., Hellzén, O., Skotnes, L., Enmarker, I. (2014). Breakdown in informational continuity of care during hospitalization of older home-living patients: A case study. *International journal of integrated care*. April – June.

Pollack, C. E., Hussey, P. S., Rudin, R. S., Fox, D. S., Lai, J., Schneider, E. C. (2016). Measuring Care Continuity: A Comparison of Claims-based Methods. *Medical care*, 54(5).

Popejoy, L. L. (2011). Complexity of family caregiving and discharge planning. *Journal of family nursing*, 17(1), 61-81.

Pärn, M.-L., Kalliver, I., Freimann, J., Salus, L. (2019). Patsiendi haiglast lahkumiseks ettevalmistamise protseduuri PKL-185 rakendumine kliinikumis. Siseauditi tulemused 2019. Ettekanne õendusjuhtide arenguseminaril 17.10.2019.

Rahvastikupüramiid. Statistikaamet. <https://www.stat.ee/public/rahvastikupyramiid> (06.01.2020)

Rasmussen, H.H., Holst, M., Kondrup, J. (2010). Measuring nutritional risk in hospitals. *Clinical Epidemiology*. Vol. 2:209-216

Ravi rahastamise lepingu lisatingimused eriarstiabis, hambaravis ja õendusabis. Lisa 2. (2020). Eesti Haigekassa. <https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/RRL/2020/RRL%20lisa%202.pdf> (16.04.2020). (järgneb)

Reid, R., Haggerty, J., McKendry, R. (2002). Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare (Final Report). Canadian Health Services Research Foundation.

Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel. Kas patsiendid saavad teenuseid, mida vajavad? Aruanne Riigikogule. (2015). Riigikontroll. Tallinn.

Rose, J.H., Bowman, K.F., Kresevic, D. (2000). Nurse versus family caregiver perspectives on hospitalized older patients: an exploratory study of agreement at admission and discharge. *Health Communication*. 12(1): 63-80.

Skilled Nursing Facility. Merriam-Webster seletav sõnaraamat. <https://www.merriam-webster.com/medical/skilled%20nursing%20facility> (11.09.2016).

Seitse sammu terve tervishoiuni. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021–2030. Projekt (versioon 27. aprill 2020). Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing, Eesti Õendusjuhtide Ühing. Tallinn.

Tarasova, K. (2011). Lähedane (*close person*). Valik mõistete definitsioone. Tartu Ülikooli õendusteaduse õppetooli koduleht. https://tervis.ut.ee/sites/default/files/tervis/ot_2017_moisted_ja_definitsioonid.pdf (03.01.2016).

Tarasova, K. (2015). Koduõendusteenust saavate Tartumaa eakate seisundi kirjeldus interRAI meetoodika alusel. Magistritöö õendusteaduses. Tartu Ülikool.

Tappenden, K.A., Quatrara, B., Parkhurst, M.L., Malone, A.M., Fanjiang, G., Ziegler, T.R. (2013). Critical Role of Nutrition in Improving Quality of Care. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 37: 482-497.

Tavakol, M., Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach' s alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55.

Tervise infosüsteemi edastatavate dokumentide andmekoosseisud ning nende esitamise tingimused ja kord. (RTL 2008, 78, 1098; RT I, 06.03.2020, 17).

(järgneb)

Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. Tervise Arengu Instituut.
<http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/index.html> (14.02.2019.).

Tervishoiustatistika. Eesti Haigekassa. https://statistika.haigekassa.ee/PXWeb/pxweb/et/lepingud/lepingud__4_oendusabi/OE05.px/?rxid=eb0eef7e-3de8-4b9d-819b-53707ebfe8b7
(25.05.2020)

Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise tingimused ja kord (RTL 2008, 80, 1115; RT I, 12.09.2019, 5).

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (RT I 2001, 50, 284; RT I, 17.05.2020, 12)

Toles, M., Colón-Emeric, C., Naylor, M. D., Asafu-Adjei, J., Hanson, L. C. (2017). Connect-Home: Transitional Care of Skilled Nursing Facility Patients and their Caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65: 2322-2328.

Triantafillou, J., Naiditch, M., Repkova, K., Stiehr, K., Carretero, S., Emilsson, T., Di Santo, P., Bednarik, P., Brichtova, L., Ceruzzi, F., Cordero, L., Mastroiannakis, T., Ferrando, M., Mingot, K., Ritter, J., Vlanton, D. (2010) Informal care in the long-term care system. European Overview paper. Athens/Vienna. <http://interlinks.euro.centre.org> (30.03.2020).

Uijen, A.A., Schers, H.J., Schellevis, F.G., Mokkink, H., van Weel, C., van den Bosch, W.J.H.M. (2012). Measuring continuity of care: psychometric properties of the Nijmegen Continuity Questionnaire. *British Journal of General Practice*.

Vaher, M. (2020). Iseseisval statsionaarsel õendusabiteenusel viibinud patsientide lähedaste kogemused, teadmised ja ootused seoses teenusega: kvalitatiivne uurimus. Magistritöö õendusteaduses. Tartu

van Walraven, C., Mamdani, M., Fang, J., Austin, P.C. (2004). Continuity of Care and Patient Outcomes After Hospital Discharge. *Journal of General Internal Medicine*, 19: 624 – 631.

Viitkar, K. (2008). Õendus- ja hoolduspersonali tööajajaotus hooldusravi osakonnas. Magistritöö õendusteaduses. Tartu Ülikool.

(järgneb)

Wong-Cornall, C., Parsons, J., Sheridan, N., Kenealy, T., Peckham, A. (2017). Extending "Continuity of Care" to include the Contribution of Family Carers. *International journal of integrated care*, 17(2), 11.

Õde. (2017) Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. Õppekava. Tallinn.
https://www.ttk.ee/sites/ttk.ee/files/O%CC%83de_23.05.2017.pdf (24.03.2020).

Õendusabi. Eesti Haigekassa. <https://www.haigekassa.ee/oendusabi> (24.03.2020).

Õendushaiglas iseseisvalt osutada lubatud õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning nõuded statsionaarse õendusabi iseseisvalt osutamiseks vajalikule töötajate koosseisule, ruumidele, sisseseadele, aparatuurile ja töövahenditele (RT I, 17.01.2014., 4).

Lisa 1. Hindamisinstrument „Patsiendi hoolduse järjepidevuse küsimustik“ (*Patient Continuity of Care Questionnaire*), kohandatud patsiendi lähedastele

Lugupeetud vastaja!

Teie lähedane viibis õendusabi osakonnas perioodil juuli 2018 – august 2019, seoses millega olete palutud osalema uurimistöös. Küsimustiku täitmisega annate nõusoleku uuringus osalemiseks.

Juhised täitmiseks. Käesolevad väited on kavandatud hoolduse järjepidevuse hindamiseks. Lugege iga väide läbi ning tõmmake ring ümber numbrile, mis kõige enam sobib Teie arvamuse või kogemusega – 1 (ei ole üldse nõus), 2 (pigem ei ole nõus), 3 (ei oska hinnata, kas olen või ei ole nõus), 4 (pigem olen nõus), 5 (olen täiesti nõus). Kui väide ei ole kohaldatav Teie lähedase haiglast väljakirjutamise aegse hoolduse kohta, tõmmake ring ümber lühendile E/K (ei ole kohaldatav).

Kuidas hindate järgmisi väiteid?	Ei ole üldse nõus	Pigem ei ole nõus	Ei oska hinnata, kas olen või ei ole nõus	Pigem olen nõus	Olen täiesti nõus	Ei ole kohaldatav
	1	2	3	4	5	E/K
ENNE VÄLJAKIRJUTAMIST						
1. Mulle anti lähedase diagnoosi kohta selget teavet.	1	2	3	4	5	E/K
2. Mulle anti lähedase haiguse prognoosi kohta selget teavet.	1	2	3	4	5	E/K
3. Mulle räägiti lähedase haiguse sümptomitest, mis ei vaja kiireloomulist abi ja sellest, kuidas nendega toime tulla.	1	2	3	4	5	E/K
4. Mulle räägiti lähedase haiguse sümptomitest, mis võivad osutada kiireloomulise abi vajadusele ja sellest, kellega peab nende ilmnemisel ühendust võtma (nt eriarsti, perearsti, hooldajaga).	1	2	3	4	5	E/K
5. Mulle räägiti probleemidest ja tüsistustest, mis võivad mu lähedase tervist või hooldusvajadust tulevikus mõjutada (nt trombide tekke riskist, vähktõvest, kõrgest vererõhust).	1	2	3	4	5	E/K
6. Mulle anti täielik ülevaade lähedase ravimitest (nt ravimitüübist, ravimi toime eesmärgist, kuidas ravimit manustada, millal, kui tihti, kui kaua, millises annuses, kõrvaltoimetest, koosmõjudest teiste ravimitega, mõjust vereringele ja pulsisagedusele?).	1	2	3	4	5	E/K
7. Mulle anti toitumissoovitused lähedase jaoks (nt mida peab tarbima ja mida piirama, kuidas koostada päevamenüüd).	1	2	3	4	5	E/K
8. Mind teavitati lähedase soovitatavatest ja ebasobivatest tegevustest, harjutustest ja abivahenditest.	1	2	3	4	5	E/K
9. Mind teavitati lähedase meditsiiniseadmetest ning abivahenditest (nt mida on vaja, kuidas hankida).	1	2	3	4	5	E/K
10. Mind teavitati lähedase järelkontrolliks broneeritud vastuvõtuaegadest ja vastuvõttudest, millele peab talle aja broneerima.	1	2	3	4	5	E/K
11. Mulle anti kirjalikku teavet lähedasele soovitatavate tugiteenuste (nt koduhoolduse, intervallhoolduse, päevakeskuse) kohta ning teatati esimese kontakteerumise/vastuvõtu kuupäev.	1	2	3	4	5	E/K

(järgneb)

Kuidas hindate järgmisi väiteid?	Ei ole üldse nõus	Pigem ei ole nõus	Ei oska hinnata, kas olen või ei ole nõus	Pigem olen nõus	Olen täiesti nõus	Ei ole kohaldatav
	1	2	3	4	5	E/K
12. Mind teavitati jätkuravist, mis võib osutada lähedasele vajalikuks pärast haiglast väljakirjutamist (nt ravi eesmärgist, kuidas ja millal see võib toimuda), ja sellest, kas säilib ühendus lähedast ravivate tervishoiutöötajatega (nt arstiga jt).	1	2	3	4	5	E/K
13. Mind teavitati olemasolevatest patsientidele ja nende hooldajatele mõeldud tugirühmadest.	1	2	3	4	5	E/K
14. Mind teavitati erinevatest eneseabi- ja õppematerjalidest (nt päevikutest, raamatutest, videotest jms), mis võiksid lähedasele abiks olla.	1	2	3	4	5	E/K
15. Mind ja teisi mitteametlikke hooldajaid (nt perekonda, sõpru) informeeriti tugirühmadest ja/või ühiskondlikest organisatsioonidest.	1	2	3	4	5	E/K
16. Mind informeeriti minu lähedase tervises seisundist määral, mis on vajalik tema abistamiseks.	1	2	3	4	5	E/K
17. Tervishoiutöötajad said aru minu lähedase ootustest, uskumusest ja eelistustest.	1	2	3	4	5	E/K
18. Tundsin, et minu lähedast ravivad ja hooldavad tervishoiutöötajad teadsid tema hetkeseisundit ja juhtumit.	1	2	3	4	5	E/K
19. Ma usaldasin minu lähedast ravivaid ja hooldavaid tervishoiutöötajaid.	1	2	3	4	5	E/K
20. Ma olin rahul minu lähedast ravivate ja hooldavate tervishoiutöötajate poolt edastatud teabega.	1	2	3	4	5	E/K
21. Ma olin rahul minu lähedast ravivate ja hooldavate tervishoiutöötajate poolt pakutud emotsionaalse toega.	1	2	3	4	5	E/K
22. Ma olin rahul võimalusega rääkida minu lähedast ravivate ja hooldavate tervishoiutöötajatega ning võimalusega esitada neile küsimusi.	1	2	3	4	5	E/K
23. Kui minu lähedane oli osakonnas, oli infovahetus eri tervishoiutöötajate vahel hea.	1	2	3	4	5	E/K
24. Minu lähedasele koostati läbimõeldud ja realistlik järelravi/edasise hoolduse kava ning seda selgitati mulle.	1	2	3	4	5	E/K
25. Osalesin lähedase järelravi kava koostamises ja olin kavaga nõus.	1	2	3	4	5	E/K
26. Ma tundsin, et olen lähedase osakonnast väljakirjutamiseks piisavalt ette valmistatud.	1	2	3	4	5	E/K
27. Perekond osales lähedase järelravi kava koostamises vajalikul määral.	1	2	3	4	5	E/K

(järgneb)

Kuidas hindate järgmisi väiteid?	Ei ole üldse nõus	Pigem ei ole nõus	Ei oska hinnata, kas olen või ei ole nõus	Pigem olen nõus	Olen täiesti nõus	Ei ole kohaldatav
	1	2	3	4	5	E/K
PÄRAST VÄLJAKIRJUTAMIST						
28. Tunnen, et tervishoiutöötajad, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist, teavad tema hetkeseisundit.	1	2	3	4	5	E/K
29. Ma usaldan tervishoiutöötajaid, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist.	1	2	3	4	5	E/K
30. Ma olen rahul infoga, mida jagavad tervishoiutöötajad, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist.	1	2	3	4	5	E/K
31. Ma olen rahul emotsionaalse toega, mida saan tervishoiutöötajatelt, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist.	1	2	3	4	5	E/K
32. Ma olen rahul võimalusega rääkida tervishoiutöötajatega, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist, ning võimalusega neile küsimusi esitada.	1	2	3	4	5	E/K
33. Nii palju kui ma tean, on infovahetus haigla eri tervishoiutöötajate ja perearsti, pereõe ja/või koduõe vahel seoses minu lähedase hooldusega olnud hea.	1	2	3	4	5	E/K
34. Nii palju kui ma tean, on minu lähedase perearstiga või teise eriarstiga ühendust võetud ja teda lähedase hooldusega seotud tähtsaimatest aspektidest teavitatud (nt diagnoosist, prognoosist, ravist, ravimitest jne).	1	2	3	4	5	E/K
35. Pärast haiglast väljakirjutamist olen lähedase üldise raviplaani koos tema arstiga üle vaadanud.	1	2	3	4	5	E/K
36. Minu lähedase järelravi kava on järgitud või vajadusele vastavalt kohandatud.	1	2	3	4	5	E/K
37. Ma sain järjepidevat teavet oma lähedase hoolduse kohta kõikidelt tervishoiutöötajatelt.	1	2	3	4	5	E/K
38. Ma sain meeldetuletusi minu lähedase tähtsate arstivastuvõtude kohta (nt kirja või telefoni teel).	1	2	3	4	5	E/K
39. Nii palju kui ma tean, olid kõik vajalikud dokumendid täidetud.	1	2	3	4	5	E/K
40. Nii palju kui ma tean, saadeti kõik vajalikud dokumendid vastavatesse asutustesse/töötajatele.	1	2	3	4	5	E/K
41. Nii palju kui ma tean, ei läinud pärast haiglast väljakirjutamist kaduma ühtegi minu lähedase dokumenti ega teavet.	1	2	3	4	5	E/K

(järgneb)

Taustaandmed

Märkige palun sobiv variant:

Teie sugu: naine mees

Teie vanus: 18 – 30 aastat 31 – 40 aastat 41 – 50 aastat
 51 – 60 aastat 61 – 70 aastat 71 – 80 aastat
 81 ja rohkem aastat

Teie haridus: põhiharidus keskharidus kõrgharidus

Kas Te: töötate ei tööta muu

Kas Te elate: koos patsiendiga patsiendist eraldi

Teie suhe patsiendiga: abikaasa laps sõber
muu (palun täpsustage) _____

Millise mure või
tervisprobleemiga on Teie
lähedane sattunud haiglasse
käesoleval korral?

(mitme tervisemure korral palun märkige põhiprobleem, kuid soovi korral saate märkida ka kaasuvaid kaebusi)

Kui kaua Teie lähedane viibis
viimasel korral haiglas?

vähem kui 1 nädal 7 – 14 päeva
 rohkem kui 14 päeva, kuid vähem kui 1 kuu
 rohkem kui 1 kuu

Kui teil on soov ja võimalus lisada midagi olulist, palun edastage oma tähelepanekuid:

Lisa 2. Üleskutse uurimises osalemiseks

Lugupeetud patsiendi lähedane!

Olen Tartu Ülikooli magistrant Anastassia Org ning kutsun Teid osalema uurimistöös „*Iseseisva statsionaarse õendusabi osakonnas viibinud patsientide lähedaste hinnangud õendusabi järjepidevusele*”. Uuringut viiakse läbi Lõuna-Eesti Haigla AS, Põlva Haigla AS, SA Pärnu Haigla, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi, Valga Haigla AS ja SA Viljandi Haigla iseseisva statsionaarse õendusabi üksustes, perioodil juuli 2018 – august 2019. Olete palutud osalema uurimistöös, kuna Teie lähedane viibib antud perioodil õendusabi osakonnas.

Uurimistöös osalemine on vabatahtlik ning anonüümne. Teil on võimalus sellest soovi korral igal hetkel loobuda või katkestada selles osalemine. Saadud andmeid säilitatakse kõrvalistele isikutele ligipääsmatus kohas, need on kättesaadavad vaid käesoleva uurimistöö läbiviijale. Kogutud andmeid esitatakse üldistatult ning Teie vastused ei ole seostatavad Teie, patsiendi või haiglagaga.

Uuringus osalemiseks palutakse Teid täita ankeet, mille väited puudutavad Teie lähedase iseseisva statsionaarse õendusabi osakonnas väljakirjutamist ja sellele järgnenud perioodi. Samuti küsitakse üldiseid demograafilisi andmeid. Ankeedi täitmine võtab aega keskmiselt 20 minutit ning seda saab täita paberil või veebis.

Paberkandjal ankeet edastatakse Teile Teie poolt öeldud aadressile ning sellele on lisatud margiga ja tagasisaatmise aadressiga ümbrik. Veebis ankeedi täitmise korral edastatakse ankeedi täitmise link Teile Teie poolt öeldud e-posti aadressile, kus saate ankeedi täita ning saata otse uurijale. Mõlemal juhul ankeedi täitmine on anonüümne.

Uurimistöö tulemustega saab tutvuda pärast magistratöö valmimist 2020. aastal. Teie soovi korral edastatakse Teile infot magistratöö valmimisest.

Uurimistöö läbiviimiseks on olemas luba haiglalt ja Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt. Uurimistöö läbiviija on valmis hea meelega vastama kõigile uurimistööd puudutavatele küsimustele.

Uurimistöös osalemiseks ja/või küsimuste korral palun võtta ühendust uurimistöö läbiviija Anastassia Org-iga telefonil 51 31 520 või e-posti aadressil anastassia.org@gmail.com

Täna Teid koostöö ja panuse eest!

Lisa 3. Statsionaarse õendusabi osakonnas viibinud patsientide lähedaste hinnangute keskmised, standardhälbed ja väidetega mittenõustunute osakaal, grupeeritud järjepidevuse dimensioonide järgi ning järjestatud väitega mittenõustunute osakaalu järgi, kahanevalt

Informatsiooni järjepidevust käsitlevad väited	Vastanute arv, n	Keskmine	SD	Väitega mittenõustunud patsiendid, n (%)
15. Mind ja teisi mitteametlikke hooldajaid (nt perekonda, sõpru) informeeriti tugirühmadest ja/või ühiskondlikest organisatsioonidest.	190	1,38	0,69	176 (92,6%)
14. Mind teavitati erinevatest eneseabi- ja õppematerjalidest (nt päevikutest, raamatutest, videotest jms), mis võiksid lähedasele abiks olla.	188	1,41	0,67	171 (91,0%)
13. Mind teavitati olemasolevatest patsientidele ja nende hooldajatele mõeldud tugirühmadest.	186	1,53	0,77	165 (88,7%)
11. Mulle anti kirjalikku teavet lähedasele soovitatavate tugiteenuste (nt koduhoolduse, intervallhoolduse, päevakeskuse) kohta ning teatati esimese vastuvõtu kuupäev.	193	1,69	0,88	164 (85,0%)
7. Mulle anti toitumissoovitused lähedase jaoks (nt mida peab tarbima ja mida piirama, kuidas koostada päevamenüüd).	192	2,24	1,17	117 (60,9%)
37. Ma sain järjepidevat teavet oma lähedase hoolduse kohta kõikidelt tervishoiutöötajatelt.	189	2,90	0,93	72 (38,1%)
3. Mulle räägiti lähedase haiguse sümptomitest, mis ei vaja kiireloomulist abi ja sellest, kuidas nendega toime tulla.	193	3,01	0,78	48 (24,9%)
4. Mulle räägiti lähedase haiguse sümptomitest, mis võivad osutada kiireloomulise abi vajadusele ja sellest, kellega peab nende ilmnemisel ühendust võtma (nt eriarsti, perearsti, hooldajaga).	192	3,11	0,82	43 (22,4%)
5. Mulle räägiti probleemidest ja tüsistustest, mis võivad mu lähedase tervist või hooldusvajadust tulevikus mõjutada (nt trombide tekke riskist, vähktõvest, kõrgest vererõhust).	194	3,64	0,98	34 (17,5%)
16. Mind informeeriti minu lähedase tervises seisundist määral, mis on vajalik tema abistamiseks.	195	3,37	0,93	33 (16,9%)
2. Mulle anti lähedase haiguse prognoosi kohta selget teavet.	193	3,60	0,93	23 (11,9%)
1. Mulle anti lähedase diagnoosi kohta selget teavet.	193	3,86	0,90	21 (10,9%)
9. Mind teavitati lähedase meditsiiniseadmetest ning abivahenditest (nt mida on vaja, kuidas hankida).	192	3,60	0,86	19 (9,9%)
6. Mulle anti täielik ülevaade lähedase ravimitest (nt ravimitüübist, ravimi toime eesmärgist, kuidas ravimit manustada, millal, kui tihti, kui kaua, millises annuses, kõrvaltoimetest, koosmõjudest teiste ravimitega, mõjust vereringele ja pulsisagedusele?).	194	4,20	0,90	11 (5,7%)
Informatsiooni järjepidevuse dimensiooni keskmine ja standardhälve		2,82	0,95	


(järgneb)

Inimestevaheliste suhete järjepidevust käsitlevad väited	Vastanute arv, N	Keskmine	SD	Väitega mittenoostunud patsiendid, n (%)
27. Ma tundsin, et olen lähedase osakonnast väljakirjutamiseks piisavalt ette valmistatud.	193	2,95	0,88	51 (26,4%)
31. Ma olen rahul emotsionaalse toega, mida saan tervishoiutöötajatelt, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist.	161	3,04	0,88	33 (20,5%)
21. Ma olin rahul minu lähedast ravivate ja hooldavate tervishoiutöötajate poolt pakutud emotsionaalse toega.	178	3,08	0,91	32 (18,0%)
22. Ma olin rahul võimalusega rääkida minu lähedast ravivate ja hooldavate tervishoiutöötajatega ning võimalusega esitada neile küsimusi.	196	3,78	0,92	32 (16,3%)
17. Tervishoiutöötajad said aru minu lähedase ootustest, uskumusest ja eelistustest.	192	3,24	0,83	30 (15,6%)
32. Ma olen rahul võimalusega rääkida tervishoiutöötajatega, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist, ning võimalusega neile küsimusi esitada.	181	3,65	0,92	18 (9,9%)
30. Ma olen rahul infoga, mida jagavad tervishoiutöötajad, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist.	181	3,47	0,84	17 (9,3%)
20. Ma olin rahul minu lähedast ravivate ja hooldavate tervishoiutöötajate poolt edastatud teabega.	196	3,47	0,81	17 (8,7%)
28. Tunnen, et tervishoiutöötajad, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist, teavad tema hetkeseisundit.	182	3,69	0,80	10 (5,5%)
18. Tundsin, et minu lähedast ravivad ja hooldavad tervishoiutöötajad teadsid tema hetkeseisundit ja juhtumit.	196	3,72	0,79	9 (4,6%)
19. Ma usaldasin minu lähedast ravivaid ja hooldavaid tervishoiutöötajaid.	196	3,88	0,78	3 (1,5%)
29. Ma usaldan tervishoiutöötajaid, kes hoolitsevad minu lähedase eest pärast haiglast väljakirjutamist.	181	3,85	0,66	0 (0,0%)
Inimestevaheliste suhete järjepidevuse dimensiooni keskmine ja standardhälve		3,35	0,67	

(järgneb)


Korraldamise järjepidevust käsitlevad väited	Vastanute arv, N	Keskmine	SD	Väitega mittenoostunud patsiendid, n (%)
35. Pärast haiglast väljakirjutamist olen lähedase üldise raviplaani koos tema arstiga üle vaadanud.	178	1,21	0,70	171 (96,1%)
38. Ma sain meeldetuletusi minu lähedase tähtsate arstivastuvõtude kohta (nt kirja või telefoni teel).	186	1,52	0,92	171 (91,9%)
25. Osalesin lähedase järelravi kava koostamises ja olin kavaga nõus.	187	1,33	0,79	169 (90,4%)
26. Perekont osales lähedase järelravi kava koostamises vajalikul määral.	185	1,32	0,85	164 (88,6%)
24. Minu lähedasele koostati läbimõeldud ja realistlik järelravi/edasise hoolduse kava ning seda selgitati mulle.	190	1,72	1,08	146 (76,8%)
10. Mind teavitati lähedase järelkontrolliks broneeritud vastuvõtuaegadest ja vastuvõtudest, millele peab talle aja broneerima.	192	2,07	1,03	143 (74,5%)
36. Minu lähedase järelravi kava on järgitud või vajadusele vastavalt kohandatud.	151	2,26	1,10	66 (43,7%)
12. Mind teavitati jätkuravist, mis võib osutada lähedasele vajalikuks pärast haiglast väljakirjutamist (nt ravi eesmärgist, kuidas ja millal see võib toimuda), ja sellest, kas säilib ühendus lähedast ravivate tervishoiutöötajatega (nt arstiga jt).	194	2,68	1,10	75 (38,7%)
34. Nii palju kui ma tean, on minu lähedase perearstiga või teise eriarstiga ühendust võetud ja teda lähedase hooldusega seotud tähtsaimatest aspektidest teavitatud (nt diagnoosist, prognoosist, ravist, ravimitest jne).	167	2,80	0,69	36 (21,6%)
8. Mind teavitati lähedasele soovitatavatest ja ebasobivatest tegevustest, harjutustest ja abivahenditest.	192	3,35	0,93	36 (18,8%)
23. Kui minu lähedane oli osakonnas, oli infovahetus eri tervishoiutöötajate vahel hea.	196	3,42	0,67	8 (4,1%)
33. Nii palju kui ma tean, on infovahetus haigla eri tervishoiutöötajate ja kogukonna tervishoiutöötajate vahel seoses minu hooldusega hea olnud.	183	3,47	0,72	6 (3,3%)
40. Nii palju kui ma tean, saadeti kõik vajalikud dokumendid vastavatesse asutustesse/töötajatele.	192	3,84	0,73	1 (0,5%)
41. Nii palju kui ma tean, ei läinud pärast haiglast väljakirjutamist kaduma ühtegi minu lähedase dokumenti ega teavet.	192	3,85	0,74	1 (0,5%)
39. Nii palju kui ma tean, olid kõik vajalikud dokumendid täidetud.	192	3,84	0,72	0 (0,0%)
Korraldamise järjepidevuse dimensiooni keskmine ja standardhälve		2,69	0,92	

Lisa 4. Hindamisinstrumenti autori H.Hadjistavropoulos-e luba instrumendi kasutamiseks ja kohandamiseks

 **Heather Hadjistavropoulos** <Heather.Hadjistavropoulos@uregina.ca> 07.12.16 ☆ ↶ ▾
saajale mina ▾

inglise ▾ > eesti ▾ Tõlgi sõnum Lülita välja: inglise x

Hello,
Please feel free to use the PCCQ in your research. Good luck with your research.
Kind regards,
heather

>>> Anastassia Org <anastassia.org@gmail.com> 12/7/2016 10:39 AM >>>


Dear Dr. Heather Hadjistavropoulos

I am a Master's degree student in Nursing at Tartu University. I am in process of preparing master thesis with subject "Family needs during patient stay in nursing hospital and discharge planning".
I found paper "Patient perception of hospital discharge:reliability and validity of a Patient Continuity of Care Questionnaire" (attached). I would ask You to allow use Patient Continuity of Care Checklist, translated to Estonian and Russian.
My target group is family, not patients, so - if You allow - I would modify questions, as little as possible. For example question "I was provided with clear information on my diagnosis." will be changed to "I was provided with clear information on my close person's diagnosis."
If You will permit questionnaire using and modifying, before using this I would send You modified version to final approve.
In case of questions please contact me or my consultant Anna Vesper.

Thank You in advance!

Anastassia Org

Lisa 5. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus

Protokolli number: 282/T-4

Koosolek: 21.05.2018

Otsus: Kooskõlastada uurimistöõ.

Lisa 6. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus uurimistöö jätkamisele

Protokolli number: 290/M-5

Koosolek: 18.02.2019

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö jätkamine