EESTI ÕDEDE LIIDU AMETLIK VÄLJAANNE

Eesti Õde

NR 2
APRILL
2018

EÕL liikmetele tasuta

Aeg puhastamiseks ja puhastumiseks

Kevadega kaasneb soov puhastada, tuulutada. Tungiv soov soetada midagi uut. Paratamatult on vaja vabaneda vanast, sest uuele on vaja kohta. Kogu selles virr-varris ja saginas on alati midagi, mis jääb, s.o kestab. Eks nii ole meie õdede liidugagi. Küll on tal olnud erinevaid nimetusi ja logosid. Ometi on jäänud kestma eesmärgid ja pürgimused patsientide rahulolu ja meie enda heaolu nimel. Patsiendi- ja perekeskus on saanud, kus rohkem, kus vähem, tegelikkuseks. See ei ole enam moodne seisukohavõtt kõnedes, sest kirjandus ütleb ja mujal maailmas ka tehakse nii. Jõudsate sammudega on arenenud patsiendiõpetus, mis peaks muutuma aina rohkem individuaalsemaks nõustamiseks. Elu on näidanud, et see, mis sobib kõigile, ei sobi sageli kellelegi. Tore on see, et meid on palju ja jõuame palju, aga tahaksime veelgi rohkem ja kiiremini. Ülim aeg oleks koondada jõud ja teha koos meid kõiki ühendavaid asju, raisates võimalikult vähe ressursse (iga asutus nokitseb sageli omaette) või võtta aluseks olemasolevad, et neid parendada. Kindlasti on siin tulevikus abiks ka uus Eesti õenduse- ja ämmaemanduse arengustrateegia. Seekord räägivad kaasa ka meie tulevased kolleegid üliõpilaste seltsingust, kes näevad asju värskema pilguga ja pole kogenud heitunult käega löömist – niikuinii ei hakka see tööle. Mulle meeldiks väga, kui need noored meile otsa vaadates aeg-ajalt küsiksid, miks te ainult räägite, aga ei tee. Ehk proovime ikkagi koos mõtte teoks teha. Nendest noortest võrsuvad ka uued juhid. Selleks, et töötajate heaolu töökeskkonnas oleks tagatud, peaksid eelkõige pingutama juhid. Kui me teame, kes on õde, ämmaemand, hooldustöötaja jne, siis juhile pole siiani seatud mingeid nõudeid. Tegemist on ebameeldiva teemaga, kui see puudutab üksikisikut. Kuid kas jaanalinnu moodi pea peitmine viib edasi? Küsitlused näitavad, et uus põlvkond ei hooli ainult rahast. Järelikult peame pingutama, et meil kõigil oleks rõõm tulla tööle ja minna siit särasilmil koju. Nii ongi, et tegutsedes patsientide rahulolu nimel ei tohi unustada, et ka meil peavad olema inimväärsed töötingimused – nii vaimsed kui ka füüsilised. Ja selles osas saab igaüks eraldi ja kõik me koos väga palju ära teha.

Tatjana Oolo
peatoimetaja

Sisukord

3 Marina Kaldas – Aasta Hooldustöötaja
4 Miks kuuluda Õdede Liitu?
6 Hüvitised Eesti Õdede Liidus
7 Eesti Õdede Liidu 2017. aasta tegevusaruanne
11 Ühtsena saame kujundada õenduse tulevikku
12 Millal maksan memme vaeva
15 Kaheksa sammu inimese tervise heaks
21 Oodatud uuendused Tartu Ülikooli õendusteaduses
26 Lamatiste ennetamise ja konservatiivse ravi- ja patsiendijuhendi tutvustus ja koolituste korraldamine
28 Puusaliigese endoproteesimise järgsed terviseprobleemid
32 Õe ja õppejõuna Aafrikas
35 EÕL 2018 II poolaasta tegevused

Kaanepildi ja EÕL juubelikujunduse autor EÕL liige Eva Näf

Toimetuse aadress: Koidu 20-34, Tallinn 10136
info ja küsimused: info@ena.ee

Vastutav toimetaja: Tatjana Oolo
tel 533 18261; e-post: tatjana.oolo@kliinikum.ee

Keeletoimetaja: Merit Kuusk
Kujundus: Kalle Müller
Trükikoda: Paar

Eesti Õdede Liidu ametlik väljaanne
Ilmub alates 1996. aastast

Eesti Õdede Liit
Estonian Nurses Union

Marina Kaldas
– Aasta Hooldustöötaja

15. veebruaril 2018 anti Pärnus toimunud Eesti Õdede Liidu Hooldustöötajate Seltsingu konverentsil välja **Aasta Hooldustöötaja** aunimetus.

Sellel aastal anti aunimetust Aasta Hooldustöötaja juba kolmandat korda. Aasta Hooldustöötaja tiitli saamiseks esitati piirkondadest Eesti Õdede Liidu volikogule kolm kandidaati.

Lõuna piirkonnast esitati kaks kandidaati

Maarja Pundonen – Valga haigla erakorralise meditsiini osakond, EÕL liige 2015. aastast;

Sirje Surva – Tartu Ülikooli Kliinikumi spordimeditsiini ja taastusravi kliiniku statsionaarse taastusravi osakond, EÕL liige 2009. aastast;

Pärnumaalt esitati üks kandidaat:

Marina Kaldas – Pärnu haigla erakorralise meditsiini osakond, EÕL liige 2014. aastast.

Traditsiooniliselt valisid EÕL volikogu liikmed salajasel hääletusel auväärsete kandidaatide seast välja ühe, kellele 2018. aastal omistada Aasta Hooldustöötaja aunimetus. Valituks osutus Marina Kaldas, kelle suurepärast tööd on esile tõstnud patsiendid, kolleegid ja tööandjad. Marina Kaldas asus 25. septembril 1984. aastal tööle Pärnu haigla erakorralise meditsiini osakonda ja töötab samas osakonnas siiani. Ta osaleb aktiivselt Eesti Õdede Liidu Pärnumaa piirkonna töös, sh võtab osa piirkondlike ürituste organiseerimisest. Lisaks sellele osaleb ta aktiivselt hooldustöötajate seltsingu töös. Oma tegevusega nii haiglas kui ka õdede liidus on Marina eesmärgiks edendada hooldajate erialast arengut ja tutvustada ning populariseerida Eesti Õdede Liitu.

Märkimisväärne on EÕL hooldustöötajate seltsingu esimehe öeldu: „Hooldustöötajad on väga oluline osa tervishoiumeeskonnast, kes puutuvad kõige rohkem kokku abi ja hooldust vajavate inimestega. Elanikkonna vananedes kasvab järjest ka hooldustöötajate roll ning on oluline seda tööd märgata ja tunnustada.

Esimene austav tiitel sel aastal on üle antud. Aprillikuisel volikogu koosolekul on volikogu liikmetel au ja kohustus valida Aasta Tegusaim Õde ja Aasta Tegu. Aunimetuste üleandmine toimub 17. mail rahvusvahelisele õdedepäevale pühendatud konverentsil.

Tiina Sildver-Kikas
EÕL volikogu esimees

Miks kuuluda õdede liitu?

Seda küsimust esitatakse nii sageli, et peatume sellel korraks. Kui õdede liit oleks vaid ametiühing, siis oleks vastus lihtne – mida rohkem meid on, seda enam peab meid kuulda võtma ning seda lihtsam on oma õigusi kaitsta. See kõik on õige ja tähtis, kuid mitte ainult.

Anneli Kannus
Eesti Õdede Liidu president

Eesti Õdede Liit on lisaks kutseorganisatsioon, mis on tegutsenud juba 95 aastat. Kutseorganisatsioonina on meie mure ja rõõm Eestis arendada nii tervishoidu kui ka tõenduspõhist õendustegevust. Kui liit ei seisaks seaduste, määruste väljatöötamisel ning muutmisel oma liikmete huvide, patsiendikesksuse ning kvaliteedi säilitamise eest, siis kes seda teeks.

Ikka ja jälle on meid püütud võrrelda kutseliidu või arstide liiduga. Uuritakse „millist kasu mina liitu kuulumisest saan". Mõlemad eelnimetatud liidud täidavad ametiühingulisi funktsioone. Arstidel on lisaks piirkondlikud ühendused ja erialaseltsid/ühingud ja nad kõik tegelevad selgelt oma valdkonna arstlikke erialade arendamisega. Kutseliit koondab erinevate erialade esindajaid, pakkudes ametiühingulist kaitset ning tehes koostööd erinevate erialadega. Kindlasti on need kolm organisatsiooni erinevad, sest nad täidavad erinevaid rolle. Tõsi on, et ka õdede liit täidab ametiühingulist rolli, pakkudes liikmetele kaitset, tegeledes palga- ja töötingimuste küsimustega ning hüvitistega.

Õdede liidu peamine ülesanne on pakkuda õdedele ja hooldustöötajatele arenemisvõimalusi nii info vahetamise kui ka koolituste abil. Olla esindatud erinevate organisatsioonide töörühmades, arendades sealhulgas seadusloomet, et Eesti tervishoid tervikuna muutuks paremaks.

Kui ma varasemalt lootsin, et tervishoid on tervik ning selles süsteemis seisavad kõik koos peamise ehk patsiendi eest, siis viimase pooleteise aasta kogemused näitavad midagi muud. Iga eriala, iga valdkond kaitseb kõige enam oma valdkonda. Hästi sobib tegevust iseloomustama vanasõna oma särk on ihule ikka kõige lähemal. Alati pole üldsegi probleem selles, et ei taheta teise eest seista, vaid lihtsalt infot napib. Elutempo on kiire ja nii tegeletakse enda jaoks kõige põletavamate küsimustega. Nii tekib paratamatult olukord, et kui õed pole kohal, siis võib mõni oluline tükk puudu või üldse unustusse jääda või siis valesti suurde puslesse sobituda. Hiljem parandada on alati raskem, kui kohe kohal olla ja panustada ehk vähemalt proovida õigesti teha.

Õdede liidu tegutsemine rahvusvahelisel areenil kogub üha rohkem tuure. Teame ise, mida küsida ja millest võiks abi olla. Ei taha me ju kuidagi maha jääda sellest, mida

ja kuidas Euroopas tehakse. Ilma kahtluseta on meditsiinilised arengud meil maailmatasemel. Tervishoiualased arengud, sh nii seadusandlik tervikvaade kui uute asjade juurutamine juhtimises, kvaliteedis, e-teenustes, ei liigu kaugeltki nii koordineeritult või kiiresti, kui me seda tahaksime. Oleme läinud riigile appi. Oleme valmis ja nõus tegema ettepanekuid, juhtima arutelusid ja muutma tervishoiusüsteemi. Esimesed sammud on astutud, tegevuste loetelu muudkui täieneb.

Eesti Õdede Liit on kutse identiteedi kandja. Kui sa kuulud õdede liidu ridadesse, siis kuulud suurde globaalsesse organisatsiooni. Kui oled õdede liidus, siis on sul võimalus muutustes kaasa lüüa. Veelgi enam – olla eestvedaja, otsida ja leida koos lahendusi.

Ideaalses maailmas kuuluksid kõik Eestis töötavad õed Eesti Õdede Liitu. See looks selge õe kutse kuvandi, ühtse identiteeditunde, julguse ühiselt seista probleemide lahendamise eest ning olla suurem, võrdsem ning uhkem organisatsioon, võrreldes isegi arstide liiduga. Ilmselt ei ole me veel selleks valmis, kuid oleme poolel teel. Õdede liit koondab erinevate valdkondade tegijad seltsingutesse ja eraldi seltsingu liikmemakse ei eksisteeri vastupidiselt arstide tegevusele. Mitmeid valdkondi kaetakse täna Eestis ka eraldi, mõnda jonni ja mõnda sisulisel põhjusel. Peale õdede erialade on meie liidus esindatud ka hooldustöötajad, sest tervishoiumeeskonnas üks teiseta hakkama ei saagi. Ideaalset organisatsiooni ei ole olemas – mida suurem hulk inimesi ühte organisatsiooni kuulub, seda keerulisem on tagada iga liikme õnnelikkus. Samas saab iga liige teha ära palju, et päriselt õnnelik olla. Unistada tuleb ju suurelt?

Eelmise aasta kulude ja tulude kokkulöömine näitas selgelt, et meie liikmete poolt olid alakasutatud koolitushüvitised. Tuletame kõigile meelde, et vastavalt volikogu poolt kehtestatud hüvitiste maksmise korrale on liikmel võimalik esitada avaldus koolitushüvitise saamiseks.

Koolituskulude all on mõeldud koolituse maksumust ehk osalustasu (mitte koolitusele sõitmisega seotud kulutusi). Paljud meie liikmed kuuluvad ka teistesse organisatsioonidesse, kus koolitustel tuleb tasuda osalustasu. Eelkõige selliste koolituste hüvitamiseks on koolitushüvitis mõeldud. Lisaks saab kompenseerida ka koolitusi, kus näiteks tööandja tasub vaid osa koolituse maksumusest ja teil tuleb ise tasuda teine osa.

Piirkonna juhtorgani otsusega toimub koolituskulude hüvitamine pärast koolitusel osalemist, kui on täidetud järgmised tingimused:

- taotleja on olnud EÕL liige vähemalt 2 aastat ja täitnud kohustused liidu ees;
- koolitus on seotud õdede liidu eesmärkide täitmisega ehk kulu on taotleja poolt põhjendatud;
- digiallkirjastatud koolitushüvitise taotlus on esitatud viie (5) tööpäeva jooksul pärast koolituse toimumist EÕL raamatupidamisele koos nõutavate lisadokumentidega;
- koolitushüvitise lisadokumentidena tuleb esitada maksekorralduse koopia koolitustasu maksmise kohta, väljastatud tunnistus ja koolituse päevakava.

Meilt on korduvalt küsitud, kas saab hüvitada ka väiksema summa kui 45 eurot. Jah, saab. Samuti on võimalik suurema koolituse arve korral saada hüvitist kuni 45 euro ulatuses.

Volikogu otsusega on suurendatud haigushüvitise summat 30 euroni. Eelmisel aastal rakendus seaduses võimalus tööandjal maksta töötajale hüvitist juba teisest haiguspäevast. Paljud tööandjad on seda kasutanud. Loodame, et ka tervishoiusüsteemi tööandjad jõuavad sellise hüvitise rakendamiseni.

Erakorralist hüvitist on võimalik taotleda ning seda on 2017. aastal tehtud seitsmel korral. Loodame, et erakorralised sündmused meie liikmeid ei taba, kuid kui see juhtub, siis püüame oma liikmeid toetada. Alates käesoleva aasta esimesest jaanuarist on võimalik kõigil taotleda matusetoetust kohalikult omavalitsuselt. Antud toetuse väljamaksmine on tehtud kohustuseks, kuid toetussumma on varieeruv sõltuvalt omavalitsuse võimekusest.

Meie siseveebis on volikogu otsusega 11. november 2016 kinnitatud „Hüvitiste maksmise tingimused ja määrad", kust on võimalik saada igakülgset teavet hüvitiste kohta.

Hüvitised Eesti Õdede Liidus

Eesti Õdede Liidu 2017. aasta **tegevusaruanne**

Eesti Õ dede Liit (edaspidi EÕL) on mittetulundusühing, mis asutati 1923. aastal. Ta tegutseb nii mittetulundusühingute kui ka ametiühingu seaduse alusel, lähtudes oma igapäevases tegevuses EÕL kongressi poolt 29. septembril 2016. aastal vastu võetud põhikirjast.

1. Muutused organisatsioonis ja asjaajamises

2017. aastal jätkusid EÕL ümberkorraldused. Lepinguliste isikutena tegutsevad igapäevaselt kolm juhatuse liiget, kellest kaks töötab täiskoormusega ning üks osakoormusega. Lisaks täiskoormusega raamatupidaja-finantsjuht, osakoormusega juhatuse assistent ning volikogu esimees. Aasta jooksul sõlmiti 30 võlaõiguslikku lepingut, sh pikaajalised lepingud nii pädevuse hindamise komisjoni liikmetega kui ka IT spetsialisti ning ajakirja pea- ja keeletoimetajaga. Juriidiliste isikutega sõlmiti lepinguid nii veebipoe avamiseks kui ka erinevate elektrooniliste lahenduste kasutuselevõtuks (dokumendihaldussüsteem ning küsitluskeskkond).

Täies mahus rakendus elektrooniline asjaajamine koos dokumendihaldussüsteemi Amphora kasutuselevõtuga, mis lõi võimaluse piirkondade esimeestele dokumentide kooskõlastamiseks elektrooniliselt, säästes aega. Loodi EÕL siseveeb, mis on piiratud kasutajatele ehk ainult liikmetele mõeldud elektrooniline lahendus. Siseveebis kuvatakse kõik volikogu poolt kinnitatud dokumendid, kajastatakse lähemalt EÕL tegevusi, jagatakse seltsingute, piirkondade ja koostööpartnerite infot. Ametiühingulise tegevusega seonduvalt on siseveebis leitavad usaldusisikute kontaktid ning ametiühingu koolitusmaterjalid. Ühtlasi on siseveebis foorum, mis on avatud kõikidele liikmetele infovahetuseks. Foorumis on eraldi rubriik töökuulutustele, koolitustele, ametiühingulistele tegevustele, kutse arengule ja vabale teemale. Kõikidesse foorumitesse saavad kirjutada küsimusi ja uudiseid ka liikmed.

Toimus üheksa EÕL volikogu koosolekut. Volikogu kinnitas eelarve ja tegevuskava, EÕL igapäevast tegevust reguleerivaid dokumente, pädevuse hindamise komisjoni, Eesti Õe toimetuskolleegiumi, koolituste kooskõlastamise komisjoni. Kõik dokumendid on kättesaadavad liikmetele EÕL siseveebis. Toimus 32 juhatuse koosolekut, kus arutati organisatoorseid jt sisulisi küsimusi. Vastavalt kehtestatud korrale kinnitas juhatus EÕL koolituste programme ja kooskõlastas eelarveid. Juhatuse ja volikogu koosolekud toimusid ka elektrooniliselt.

2017. aasta keskel alustati liikmeregistri korrastamisega, et tagada registri vastavus 2018. aastal jõustuva andmekaitse seadusega. Ühtlasi kustutatakse registrist kõik liikmed, kelle andmed on puudulikud ning kellega pole õnnestunud poole aasta jooksul kontakti saada. Registri korrastamine osutus mahukamaks kui esialgselt arvatud. Uuendatud register on planeeritud valmima 2018. aasta maiks.

Volikogu otsusega tunnustati Eesti Õdede Liitu ja liidu liikmete tegevust aasta teo väärilisek, mille tähistamiseks korraldati 1. novembril 2017. aastal Paides tunnustamisüritus, millel osales ligi 300 liiget ning mille tagasiside oli väga hea.

Täpsustusid juhatuse liikmete vastutusvaldkonnad, ülevaate andmiseks koostati vastav tabel, mis on kättesaadav siseveebis.

EÕL dokumendihaldussüsteemi ja seal sisalduva kirjavahetuse registreerimise tulemusena on muutunud läbipaistvamaks liidu tegevus. Sisuliste tegevuste ulatus on suur. Sellest tulenevalt on vajalik suurendada meeskondi ja ekspertide arvu. Tõstatus küsimus põhikirja muutmiseks sisulistes ja korralduslike küsimustes. Suuremate piirkondade juhtimine vajab töö ümberkorraldamist, sh osalise koormusega töötajate lisandumist. Põhikirja muutmise arutelu käivitatakse 2018. aasta kevadel.

2. Kutsealane tegevus

2.1. Koolitused

Koolitustegevuse korraldamine liikmetele on EÕL tegevustest üks olulisematest kutseala arengut toetavatest tegevustest. 2017. aastal

käivitus elektrooniline koolitustele registreerumise platvorm, mille kaudu korraldati ka tunnistuste väljastamine. 2017. aastal toimus 26 koolitust/konverentsi. Osalenutele väljastati 1690 tunnistust. Koolitustel osalejate ringi laiendati, s.o piirkonnas toimuvatel koolitustel võivad vabade kohtade olemasolul osaleda ka teiste piirkondade liikmed. Kasutusele võeti koolituste tagasiside ja küsitluste korraldamiseks elektrooniline keskkond *Connect*, mille kaudu viidi läbi 20 küsitlust. Näiteks selgus koolituste tagasisidest, et parimad päevad koolituste korraldamiseks on kolmapäev ja neljapäev. EÕL eestvedamisel toimus kaks seminari. Kohtumisel tervishoiu kõrgkoolide õendusõppejõududega (30 osalejat) arutati õe ja eriõe miinimumpädevuste kehtestamist. Toetati Tartu Ülikooli õendusteaduse õppekava magistrantide (9) ja juhendajate (5) eesmärgipärast magistritöö projektide arutelu ja arendamist Metsaülikoolis.

2.2. Töörühmad jt algatused

Jätkus paralleelne tegevus kutsealaste küsimustega regulatiivsel tasandil. EÕL esindajad osalesid nii epikriisi kui ka saatekirja töörühmas, algatati õdede piiratud retseptiõiguse laiendamisküsimus, kooskõlastati ning tehti ettepanekuid meile saadetud määruste ja seadusemuudatuste osas. Osaledes 3N (NANDA-NIC-NOC) töörühmas liituti otsusega, kus kinnitati õendusdiagnooside ja sekkumiste elektroonilise klassifikatsiooni vajadust Eestis. Korraldati konkurss pädevuse hindamise komisjoni liikmete leidmiseks, uuendati pädevuse hindamise dokumentatsiooni ning komisjoni töökorraldust. Pädevuse hindamiskomisjoni töö tulemusena väljastati 99 pädevustunnistust.

Juhatus tegutses lisaks mitmete nõukogude ja komisjonide/töörühmade tegevuses

- Tartu Ülikooli Peremeditsiini- ja Rahvatervise Instituudi Nõukogus (TÜ),
- Õendusteaduse magistriõppe programminõukogus (TÜ),
- Tallinna ja Tartu Tervishoiu kõrgkooli õppekavade nõukogudes (õde, ämmaemand, kutseõpe) ning nõunike kogudes,
- Kutsekoja Tervisevaldkonna Ekspertkogus (Kutsekoda),
- Sotsiaalministeeriumi (SM) koolituskomisjonis,
- OSKA projektis (Haridus- ja Teadusministeerium ja Kutsekoda),
- Kliinilise otsustustoe töörühmas (SM),
- NNN rakendamise töörühmas (Tallinna Tervishoiu Kõrgkool ja haiglad),
- Digitaalsete (õendus)saatekirjade töörühmas (SM),
- PAIK projekti töörühmas (SM),
- Epikriisi töörühmas (SM),
- Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühmas (Riigikantseleis).

Töörühmades valminud dokumendid on kättesaadavad siseveebis või vastavate organisatsioonide kodulehel. Seltsingute esindajad on kaasatud erinevate ravijuhendite töörühmadesse, mille kohta on info olemas liidu siseveebis.

Ajakiri Eesti Õde ilmus kaks korda, sh esmakordselt elektroonilise väljaandena. Ajakiri on kõigile kättesaadav kodulehel www.ena.ee. Paberkandjal ajakiri jõudis viimast korda kõikide liikmete postkastidesse kevadel 2017. Sügisest 2017 trükitakse ajakirja 1000 eksemplari, millest enamus jaotatakse haiglatele osakondadesse jagamiseks ning raamatukogudele, sh Tallinna ja Tartu Tervishoiu Kõrgkoolile, kust on võimalik ajakirja laenutada. Kinnitati ajakirja uus toimetuskolleegium aastateks 2018–2020.

Arstiteaduse üliõpilaste seltsi korraldatud kevadkonverentsil tegi EÕL president ettekande „Õde arsti kolmas käsi?“ ning ühiselt kolleegidega arutati meeskonnatöö üle. Arstiteaduskonna üliõpilaste seltsi poolt tehti ettekanne õdedepäeva konverentsil.

Tartu Ülikooli eetikakeskuse poolt kutsuti meid osalema Paide arvamusfestivalile, et arutada teemal „Helesinine unistus patsiendikesksest tervishoiust“, kus EÕL esindasid Anneli Kannus, Gerli Liivet ja Pilleriin Lekko-Kutateladze.

EÕL eestvedamisel toimus „Õenduse ja ämmaemanduse riiklik arengustrateegia 2011–2020” vahehindamine, milles osalesid nii EÕL kui ka ämmaemandate volikogude ja juhatuste liikmed, õendusjuhtide esindajad ning õendusõppejõud mõlemast kõrgkoolist. Vahehindamise kokkuvõtted ja sellest tulenevad edasised tegevused ning õe ja eriõe miinimumkompetentside kirjeldamine, mis on kestnud aprillist 2017, jõuavad lõpule 2018. aasta kevadel.

2.3. Elanikkonnale suunatud tegevused

Tervisedendusliku tegevuse raames toimus Tallinna Keskraamatukogu ja EÕL Põhja piirkonna koostöös kuus elanikkonnale suunatud terviseloengut sarjast „Tunnike tervise heaks“, kus kokku osales 295 inimest. EÕL koostöös nii Tallinna kui ka Tartu Tervishoiu Kõrgkooliga toimus kokku kolm elanikkonnale suunatud tervisepäeva, kus osales ligikaudu 200 inimest. Ühtlasi viisid mitmed piirkonnad koostöös haigla või kohaliku omavalitusega läbi tervisepäevi. Lääne-Viru piirkond korraldas kaks elanikkonnale suunatud teabepäeva teemal „Kas nohu on haigus?” ja „Kuidas kaitsta ennast gripi eest?”. Teabepäevadel osales umbes 60 inimest. EÕL Viljandi piirkond on käinud kahel nädalavahetusel

elanikkonna tervisenäitajaid mõõtmas ja tervisealast infot jagamas Päri Spordihoones ja Viljandi järve ääres üritusel „Meeste mehine rada". Nõuandeid soovis 35 inimest.

2.4. Seltsingud ja erialane areng

Seltsingute korraldatud koolitustel osalemine oli avatud kõikidele soovijatele. Populaarsemad olid erakorralise meditsiini õdede seltsingu ning psühhiaatriaõdede seltsingu koolituspäevad.

Toimus kaks kokkusaamist juhatuse ja seltsingute esindajate vahel, et koos kaardistada probleeme ning teha uusi plaane 2018. aastaks. Ühtlasi tekkis arutelu – kas senini korraldatud seltsingute töös ei peaks tegema korrektiive. Näiteks psühhiaatriaõdede seltsingu ümbernimetamine vaimse tervise õdede seltsinguks, silmaõdede seltsingu likvideerimine jms. Mõne seltsingu esimehe ja aseesimeeste valimised on olnud samuti keerulised ning on tekkinud vajadus ning soov teha oluliselt rohkem koostööd. Arutelu jätkatakse.

Mais osaleti Euroopa Onkoloogiaõdede ühingu kutsel rahvusvahelisel onkoloogiaõdede päeval, mille raames toimus konverents ja ümarlaud Eestis. Ühiselt arutati onkoloogiaõdede spetsialiseerumisvõimalusi ja teisi murekohti Eestis. EÕL esindasid Liivet ja Kannus. SA Tartu Ülikooli Kliinikumi operatsiooniõdedel tekkis probleem seoses edasiõppimisvõimalustega Rootsis, kus ei tunnistata Eestis väljaantud tõendeid ja tunnistusi operatsiooniõdede spetsialiseerumise kohta. Selleks, et teemaga edasi tegeleda, tegi EÕL ettepaneku probleemi kirjeldamiseks kirjalikult.

2.5. Seadusandlik tegevus

Koos perearstide seltsiga tehti ettepanek seadusemuudatuste algatamiseks, mis seadustaks mitmed praktilised tegevused pereõdede töös. Sotsiaalministeeriumi poolt edastatud seaduste ja määruste muudatusettepanekud või kooskõlastused said liidu poolt läbi töötatud ning õigeaegselt esitatud. Kõik esitatud muudatusettepanekud ei saanud EÕL poolt kooskõlastust. Tegelesime nii kiirabi nõuetega kui ka haigekassa ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muudatustega. Kõik dokumendid on leitavad EÕL elektroonilisest dokumendihaldussüsteemist.

Eesti Õdede liidu eestvedamisel jätkub meditsiiniseadmete väljakirjutamise ja piiratud retseptiõiguse laiendamise küsimuse lahendamine. See tingis vajaduse õendusabi erialade määruse muutmiseks. Ühtlasi algatasime arutelu tervishoiutöötajate registri parandamiseks ja täiendamiseks.

2.6. Rahvusvaheline tegevus

Eesti eesistumisega seonduvalt toimus tegevus rahvusvahelise koosoleku korraldamiseks, mis toimus 4.–6. juulil 2017. aastal Tallinnas. Eesistuja maa korraldab reguleeritud kutseala esindajate kohtumise ehk kohtuvad Chief Medical Officers, Chief Nurses Officers ja Chief Dental Officers – tuntud ka CMO – CNO – CDO *meetinguna*. Ühiselt teiste reguleeritud kutsealadega korraldati koos arstide esindaja Üllar Kaljumäe ning hambaarstide esindaja Taavo Seedrega 2017. aastal Eestis CMO – CNO – CDOde kahepäevane koosolek-seminar, mille teemaks oli „Insult. Võrdne ja hea kvaliteetne ravi kõikidele patsientidele". Eesti õdede esindajatena esinesid ettekandega Triinu Kurvist ja Anneli Jaska. Ametliku delegaadina esindas EÕL ja Eesti õdesid Gerli Liivet, külalisena Anneli Kannus. Organiseerimistegevuses abistasid meid Pilleriin Lekko-Kutateladze, Janno Kuldkepp, Marleen Mägi, Karena Leiger ning Saima Hinno. Väärtuseks omaette on koos arstide ja hambaarstidega arutleda ühe laua taga Euroopa tervishoiukorralduse suunamiseks.

Aasta jooksul on liit palju panustanud rahvusvaheliste suhete taastamisse. Aasta esimesel poolel oli tegevuse eesmärk taastada otsekontaktid organisatsioonidega, kuhu liiduna kuulume - EFNi ehk Euroopa Õendusorganisatsioonide Föderatsiooniga (www.efnweb.be) ja ICNiga ehk Rahvusvahelise Õdede Nõukoguga (www.icn.ch). Eesistumine ning suhete taastamine rahvusvaheliselt on toonud kaasa infovahetuse intensiivistumise.

Teiseks poolaastaks olime aktiivselt ühenduses mõlema rahvusvahelise organisatsiooniga. Saime juurdepääsu organisatsioonide siseveebidele ning seeläbi ka erinevatele dokumentidele, mis aitasid meid Eesti sisestes tegevustes ja töörühmades. Gerli Liivet ja Karena Leiger esindasid EÕL oktoobris EFNi koosolekul ning samal kuul oli Liivet ametlik EFNi delegaat rahvusvahelisel eTervise konverentsil Tallinnas. Konverentsil kuuldust tehti kokkuvõte, mille EFN avaldas oma kodulehel ning tõi välja 2017. aasta tegevusaruandes. ICNiga koostöös jõuavad liiduni uuemad tõenduspõhised andmed ja poliitilised suunad erinevate maailma riikide tervishoiusüsteemide kohta. Juba mitmeid aastaid oleme õdedepäeval konverentsi teema põhisuunad saanud ICNi juhendmaterjalist ning see traditsioon jätkub.

Sügisel kohtuti Soome Sairaanhoidaja Liito presidendi, rahvusvaheliste suhete juhi ning teiste liidu juhtidega. Kohtumise eesmärk oli vastastikku tutvuda liitude tegevuste ja struktuuriga. Arutati eelkõige edaspidise koostöö võimalikkust ning tõdeti, et ühiseid teemasid on mitmeid, mida koos rahvusvaheliselt arutada ning kus meie liitude seisukohad on sarnased. Peamised kokkupuute

teemad olid õdede pädevus, koostöö EFNis ja Põhja-Euroopa õendusorganisatsioonidega.

3. Ametiühinguline tegevus

2017. aasta mais viidi edukalt lõpuni 2016. aastal alustatud kollektiivlepingu läbirääkimised, mille tulemusena allkirjastati kollektiivleping aastateks 2017–2018.

EÕL liikmetele kehtestati liidu siseselt, lisaks haigushüvitistele, võimalus saada koolitushüvitist, mille kasutajaid oli oodatust vähem. Ilmselt oli tegemist info vähesusega.

2017. aastal keskendusime ametiühingu usaldusisikute võrgustiku loomisele ning usaldusisikute seadusliku esindamise õiguste ja kohustuste selgitamisele, sh et usaldusisik oleks valitud asutuses läbi viidud üldkoosolekul ja otsus protokollitud.

EÕL liikmeskonna hulgast on valitud asutustesse 30 usaldusisikut, kes töötavad tööandja juures põhitöökohaga. Usaldusisikutele viidi läbi kahel korral koolitus (kokku 14 tundi), millest võtsid osa usaldusisikud üle Eesti. Koolitustel oli lektoriks EMSA õigusbüroo jurist Tiia E. Tammeleht. Regulaarselt kohtusid EÕL president ja SA Tartu Ülikooli Kliinikumi usaldusisikud, et olla kursis EÕL päevakajaliste teemadega ning vahendada infot tööandjatelt.

Usaldusisikute valimine viidi täiendavalt läbi Põlvas ja Võrus. Valga usaldusisik loobus oma töökohustustest, seoses põhitöö koormuse suurenemisega. Uue usaldusisiku valimine lükkus 2018. aastasse.

Tulenevalt üleriigilise kollektiivleppe punkt 4 Töö ja puhkeaeg ning puhkus punkti 4.3. on õigus saada 3–7 kalendripäeva tasulist lisapuhkust kalendriaastas. Kollektiivlepingus eelnimetatud punkti täitmise hindamiseks tegime järelepärimise 18-le tervishoiuteenust osutavale asutusele ja perearstide seltsile. Vastati 17 asutusest, millest lisapuhkepäevi antakse 16 tervishoiuteenust osutavas asutuses. Perearstide seltsi vastuses anti teada, et lisapuhkepäevi antakse vastavalt kollektiivlepingus ette nähtud korrale. Üks vastanutest pole siiani lisapuhkusepäevi töötajatele võimaldanud, arutelud/vaidlused kestavad. Teine vastanutest ei võimaldanud lisapuhkusepäevi 2017. aastal, kuid on lubanud need töötajatel võimaldada 2018. aastal.

Ühtlasi on peetud läbirääkimisi ühe tervishoiuasutusega, kus pole rakendatud miinimum tunnipalga kokkulepet. Kohtumistel otsustasid töötajad avaldust tööinspektsiooni mitte teha. Suurenenud on nii telefoni teel kui ka kirjalike pöördumiste hulk, et täpsustada või küsida kollektiivleppe rakendamisega seonduvaid punkte või lahendada igapäevaseid tööalaseid küsimusi.

4. Finantstegevus

EÕL volikogu ja juhatuse koostöös on uuendatud kõik regulatsioonid, mis puudutavad liidu raamatupidamist ja finantstegevust. Siseveebis on koha leidnud nii kinnitatud dokumendid, vormid kui ka eelarve. Ühtlasi on näha eelarve muutmine ja muutuse kinnitamine.

Elektrooniline arvete liikumine ja kooskõlastamine loob suurema läbipaistvuse ning kiirendab asjaajamist. Kinnitatud regulatsioonid püüavad tagada suurema võrdsuse liikmete vahel erinevates piirkondades. Loodi streigifondi regulatsioon ning kasvatati eesmärgipäraselt streigifondi. Arvestades 2018. aastal EÕL 95. aastapäeva tähistamist ning suuremat aktiivsust välissuhtluses planeeriti aasta lõpuks eelarve jäägi tekkimine, mis ka õnnestus. Eelarves esialgselt planeeritud tegevused korraldati kokkuhoidlikult, milles on suur osa piirkonna esimeestel ja aseesimeestel. Mõni seltsingute poolt kavandatud tegevus jäi ka ajapuudusel ära. Seoses registri korrastamisega paranes ka liikmemaksude laekumine.

Arveldusarvete koondamine jätkub, kuna 2017. aastal ei saavutatud soovitud eesmärki täielikult. Suhtlus erinevate asutuste raamatupidamiste ja EÕL raamatupidaja vahel on hoogustunud ning ühiselt on leitud lahendusi paremaks infovahetuseks.

Liikmetel on võimalus taotleda haigus-, koolitushüvitist ja hüvitist erakorralise situatsiooni korral. 2017. aastal vähenesid kõikide hüvitiste taotlused võrreldes 2016. aastaga. Haigushüvitist taotleti ja maksti 7308 eurot, muid toetusi kokku 869 eurot ning koolitushüvitisi 715 eurot. Kuna koolitustoetust oli võimalik 2017. aastal esmakordselt taotleda, siis tõenäoliselt oli vähese taotlemise põhjuseks asjaolu, et sellekohane info ei jõudnud kõigi liikmeteni.

2017. aasta tulud on sarnased 2016. aasta tuludele. Kulude struktuuris esineb erinevusi seoses raamatupidamise ümberkorraldamise ning sellega seonduvalt mitmete reeglite täpsustumisega. Ühtlasi on näiteks meenete kulu eelarves vähenenud oluliselt seoses e-poega ning ajakirja väljaandmise kulud vähenenud seoses elektroonilise variandiga. Uute kuludena on lisandunud dokumendihalduskeskkonna kulud. Erakorraliste kuludena tasuti 2017. aastal rahvusvaheliste organisatsioonide liikmemaksude võlad eelnevate aastate eest. EÕL volikogu otsusega muudeti ja täiendati 2017. aasta eelarvet aasta jooksul ühel korral. EÕL finantsvõimekus on vastav EÕL tegevuskavadele ning igapäevategevustes jälgitakse kinnitatud eelarvet.

Ühtsena saame kujundada õenduse **tulevikku**

Ragne Õitspuu,
Tartu Tervishoiu Kõrgkool

Tartu ja Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolide õendusüliõpilased ei tähista edaspidi 8. märtsil mitte ainult naistepäeva, vaid ka õendusüliõpilaste seltsingu loomise aastapäeva. Seltsi asutamine sai alguse Eesti Õdede Liidu initsiatiivil. Nimelt pöördus õdede liidu poole Euroopa õendusüliõpilasi liitev organisatsioon *European Nursing Students Association*. Tunti huvi, kas Eestis on organisatsioon, kellega oleks võimalik koostööd teha. Niisugust organisatsiooni meil sel hetkel ei olnud, sellest tuleneski mõte asutada Eesti õendusüliõpilaste selts. Eesti Õdede Liidu president Anneli Kannus käis Tartu ja asepresident Gerli Liivet Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis seltsingu loomisest rääkimas. Aktiivsed üliõpilased olid kohe sellest huvitatud. Nii toimuski 8. märtsil koosolek, kus asi ametlikuks sai ja õendusüliõpilaste seltsing loodi. Esimeseks esimeheks valiti üksmeelselt Tartu Tervishoiu Kõrgkooli õe õppekava kolmanda kursuse üliõpilane Martti Ojamaa.

Seltsingu eesmärgiks on edendada kahe tervishoiu kõrgkooli vahelist koostööd ja tugevdada sõprussidemeid. Martti sõnul on see oluline, sest siis on üliõpilaste hääl tugevam ja kuuldavam. Ühisel jõul on võimalus paremini lahendada erinevaid probleeme, mis mõlema kooli üliõpilasi vaevavad. Üheks niisuguseks on õppepraktika korraldus. Siinkohal on hea võimalus arvestada mõlema kõrgkooli kogemustega ning leida parim lahendus. Grete Tartu Tervishoiu Kõrgkoolist: „Olen ise kogenud ning näinud kursusekaaslasi, kellele põhjustab praktikaeelne periood praktikakohtade pärast liigset stressi. Sellepärast loodangi, et õendusüliõpilaste seltsinguna saame seda süsteemi parandada koostöös õdede liidu ja Haiglate Liiduga."

Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli esimese kursuse üliõpilane Kerli ootab põnevusega kahe kõrgkooli koostööd. „On tore, et lõpuks on loodud võimalus üliõpilastele omavahel suhtlemiseks, et arutleda tervishoiuga seotud teemadel, olla üliõpilaste hääl kõiges, mis puudutab õppetööd jpm. Kuna esindan seltsingus Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli, siis minu südamesoov on kindlasti tulevikus koos Tartu üliõpilastega korraldada ühiseid töötubasid, arutelusid, ajurünnakuid ja muid vahvaid üritusi." Kerli sõnul on seltsingu loomine abiks uurimus-, kursuse- ja lõputööde kirjutamisel või projektide läbi viimisel, sest seltsingu kaudu on võimalik teha koostööd teiste seltside ja organisatsioonidega. Näiteks on seltsing loonud juba esimesed kontaktid Eesti Arsiteaduse Üliõpilaste Seltsiga.

Õendusüliõpilaste seltsingu visiooniks on olla tugev ja arvukas organisatsioon, mis ühendab kõiki või valdavat enamust õendusüliõpilasi. Tartu Tervishoiu Kõrgkooli üliõpilane Meelike usub, et see on täiesti võimalik. „Meie värske seltsingu eesotsas on noored tahet täis õendusüliõpilased, kes on võtnud südameasjaks organisatsiooni käimalükkamise. Mentoriks on karismaatiline Eesti Õdede Liidu juhatus. Usun, et just praegu on hea aeg liitumiseks, kui leiad endas soovi midagi väga ägedat ja loodetavasti suurt käima lükata. Soovitan igal õendusüliõpilasel värske organisatsiooniga liituda."

Õendusüliõpilaste seltsing on loodud Eesti Õdede Liidu seltsinguna. Kui sul on soov meiega liituda, siis registreeri end õdede liidu kodulehel liikmeks ning vali seltsinguks õendusüliõpilaste seltsing.

Kuuludes õdede liitu, on sul võimalik osaleda huvitavatel koolitustel, üritustel ja kuuluda suurde õdede perekonda. Kui sa kuulud juba õdede liitu ja soovid õendusüliõpilaste seltsiga liituda, siis saada oma soov gerli.liivet@ena.ee. Üliõpilasena liitudes ei teki kohustust ka edaspidi õdede liitu jääda, kuid tekib võimalus liidus jätkata, kui oled omandanud õe kutse kõrgkoolis – see on võimalus täna alustatut edasi viia.

Tartus vasakult: Grete Laats, Mirell Mölder, Ragne Õitspuu, Anneli Kannus EÕL president, Martti Ojamaa. Tallinnas vasakult: Arne Vunk, Valeria Larina ja Pilleriin Lekko-Kutadeladze EÕL finantsjuht, Gerli Liivet EÕL asepresident

Millal maksan memme vaeva

Eesti elanikkond vananeb. Suureneva hooldusteenuse vajaduse tõttu on vaja ka arendada pikaajalise hoolduse süsteemi. Pikaajalise hoolduse peamised vajajad ei ole ainult eakad. Järjest enam vajavad seda teenust ka noored ning lapsed, kelle hooldajateks on valdavalt tööturult eemale jäänud tööealised emad.

Väike sündimus ja suur väljaränne on kaasa toonud noorema põlvkonna kiire vähenemise. Sellest johtuvalt langeb üha suurem hoolduskoormus väiksemale osale rahvastikust. Valitsuse otsusega loodi kaheaastase tegutsemistähtajaga hoolduskoormuse vähendamise rakkerühm, et selgitada välja hoolduskoormusega seonduvad probleemid ja töötada välja lahendused.

Linda Jürisson
EÕL asepresident

„Statistikaameti prognoosi järgi kahaneb Eesti rahvaarv praeguselt 1,3 miljonilt inimeselt ligikaudu 1,2 miljonini 2030. ning 1,1 miljonini 2060. aastal. Väga eakate inimeste osakaal (80-aastased ja vanemad) elanikkonnast suureneb aastatel 2016–2030 eeldatavalt 5,1%-lt 7,1%-ni. 65-aastaste ja vanemate inimeste osakaal rahvastikust jõuab 19%-lt 25%-ni 2030. ning 30%-ni 2060. aastal. Pikaajalise hoolduse nõudlus tulevikus kasvab nii vanemaealiste inimeste osakaalu suurenemise kui ka vanemaealiste seas sagedamini esinevate haigusseisundite ning puuete tõttu"(1).

Ametlikult tuvastatud puude raskusastmega inimeste arv on viimastel aastatel tõusnud hoolimata rahvastiku vähenemisest. Üha rohkem on neid abivajajaid, kellel on ühe või enama igapäevatoimingu tegemisel raskusi. Üle 65-aastased inimesed vajavad kõrvalist abi - neil on rohkem liikumispiiranguid ning keskmisest suurem tõenäosus ülekaalule.

„Eurostati andmetel on Eesti tervena elatud eluaastate poolest märgatavalt allpool ELi keskmist, seda eriti naiste seas"(1).

Mis on pikaajaline hooldus?

Tegemist on hooldusega inimestele, kes vajavad igapäevaelu korraldamisel abi pikema aja jooksul, sest nende füüsilised ja/või vaimsed võimed on vähenenud. Pikaajaline hooldus sisaldab tervishoiuteenuseid, isikuhooldust ja inimese igapäevast toimetulekut. Sellega tegelevad ja on seotud omastehooldajad. Viimane on inimene, kes hooldab, üldjuhul tasuta oma kroonilise haiguse või puudega pereliiget või lähedast, kellel on vajadus igapäevase hoolduse järele. Hooldajal on väga suur koormus, mis sageli mõjutab tema enda tervist. Seetõttu võib hooldaja ise suure koormuse tõttu saada hooldatavaks.

„Eestis on hoolduskohustus ligikaudu 30 000 naisel ja 17 000 mehel. Omastehooldajate koormus on suur nii hoolduse pakkumisel kui ka hooldusteenuste eest tasumisel. Inimesed jäävad hoolduskoormuse tõttu tööturult eemale (tööjõu-uuringu andmetel on 8000 inimest tööturult eemal ja 5000 töötab osaajaga) või on lisaks täisajaga töötamisele koormatud oma lähedaste hooldamisel"(1).

Kuidas olukorda saaks parandada?

Hoolduse korraldamisel, vajaduste hindamisel ja teenuste pakkumisel puudub inimese tervikliest vajadustest lähtuv lähenemine, st inimese kui terviku vajadusi ei hinnata kompleksselt ja puudub teenuste koordineerimine.

Olukorra lahendamiseks on vajalik töötada välja esmatasandi pikaajalise hoolduse koordinatsioonimudel. Samuti koordinaatori ülesanded, vastutusalad, õigused ja kohustused. Hoolduskoordinaatoril peaks olema õigused sotsiaal- ja terviseandmetele ligipääsuks. Näiteks kui kiirabitöötaja on kiirabikaardile märkinud, et patsiendil on tema hinnangul sotsiaalse hoolduse vajadus, siis peaks see info jõudma ka hoolduskoordinaatorini.

Pereliikme või lähedase hooldajaks määramise eelduseks on abivajaja hooldusvajaduse hindamine ning sellest tulenevalt inimese vajaduste kaardistamine. Omastehoolduse kaasnevad suured riskid hooldaja enda heaolule ja tervisele. Hooldaja võib jääda pikaks ajaks, sageli terveks eluks tööturult eemale. See viib omakorda hooldaja majanduslikku kitsikusse.

Rakkerühma aruteludes jõudsime järeldusele ka õigusaktide ebaselguses, mis võimaldavad erinevalt tõlgendada pereliikmete ülalpidamiskohustuse sisu. Seetõttu on tarvis täpsustada pereliikmete hooldamise ja ülalpidamiskohustusega seotud õigusakte.

Pereliikme või lähedase ametlikuks hooldajaks määramisega peab kaasnema automaatne õigus hooldushüvitisele, et hüvitada osaliselt hooldamise tõttu saamata jäänud tulu.

Vajalik on kehtestada õigusaktides hooldushüvitise maksmise kohustuslikud kriteeriumid ja määrata ühtne hooldajatoetuse miinimum koos 2–3astmelise diferentseerimisega tulenevalt hooldusvajadusega isiku tegevuspiirangutest ja iseseisva toimetuleku tasemest. Hüvitise miinimum võiks soovitavalt olla seotud töötasu alammääraga, nt aastatega kasvav koefitsient miinimumpalgast (1). Hüvitist võiks olla võimalik maksta nii täismahus kui ka osaliselt, tulenevalt olukorra hindamisel selgunud vajadusest.

Üks võimalus on eraldada kohalikele omavalitsustele sihtotstarbeliselt täiendavaid riigieelarvelisi vahendeid minimaalse sotsiaalmaksu tasumiseks nende inimeste eest, kes on määratud oma pereliikme või lähedase ametlikuks hooldajaks ning ei tööta. Teiseks võimaluseks on lugeda hooldajaks määratud ja mittetöötavad isikud sotsiaalkindlustuskaetusega võrdsustatuks sarnaselt laste ja pensionäridega, st tegelikkuses nende eest sotsiaalmaksu ei maksta, aga nad on sotsiaalkindlustusega kaetud ja nende tegevus loetakse hõivatud aastateks.

Pikaajalise hoolduse teenuste rahastamisel on peamine vastutus inimestel endil, seda suuresti sotsiaalteenuste avaliku sektori poolse ebapiisava rahastamise tõttu. Seega sõltub teenuste kättesaadavus üha enam teenusekasutaja maksevõimest, mis viib teenuste kasutamisest tingitud vaesumise riski kasvule. See on võimaldanud hoida avaliku sektori kulutused väikesed, kuid tagatud ei ole hooldusvajadusega inimeste ja omastehooldajate inimväärne elu.

Viis päeva hoolduspuhkust

Rakkerühma kaheaastase töö tulemusena on valitsus heaks kiitnud seaduseelnõu, millega on kavas kehtestada töölepingu seaduse alusel kuni viie tööpäevane tasuline hoolduspuhkus töötajale, kes on täisealise sügava puudega inimese lähedane või kohaliku omavalitsuse poolt määratud hooldaja. Hoolduspuhkuse loomist arutab edasi Riigikogu. Planeeritav jõustumise aeg on 1. juuli 2018.

Üks etapp omastehoolduse rakkerühma tööst on saanud seadustatud. Edasi on vajadus tegeleda esmatasandil toimiva hoolduse koordinatsiooni süsteemi loomisega. Selleks, et oleks sätestatud erinevate osapoolte vastutus ja suhted, suure ja keerulise hooldusvajadusega inimeste jaoks on kättesaadavad vajalikud teenused, mida aitab koordineerida hoolduskoordinaator. Töörühm peaks hoolduskoordinaatori mudeli loomisega valmis jõudma 2019. aasta lõpuks. Eesti Õdede liitu esindas/esindab töörühmas artikli autor.

Kirjandus

Riigikantselei (2017). Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma poolt välja töötatud poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks. https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/hoolduskoormus/hoolduskoormuse_rakkeruhma_lopparuanne.pdf

Kaheksa sammu inimese tervise heaks

Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011–2020

Arengustrateegia vahehindamine viidi läbi EÕL eestvedamisel 2017. aastal. Hindajateks olid õendusjuhid, Eesti Õdede Liidu volikogu, Tallinna ja Tartu Tervishoiu Kõrgkooli õppejõud ja ämmaemandate ühingu juhatus koos volikoguga. Hinnati nii eesmärke kui ka tegevusi etteantud skaalade alusel. Hindamise käigus tekkis kolmel grupil soov anda tegevustele hinnanguid konkreetselt väljatoodud tegevuste, mitte eesmärkide kaupa. Nii tekkisid mõne eesmärgi puhul kirjeldatud 4–5 tegevuse kohta eraldi hinnangud, kus mõni tegevus sai hindeks miinimum- ja sama eesmärgi teine tegevus maksimumhinde. Seetõttu on lisatud vahehindamise kokkuvõttesse ka nn tõendid, mida erinevad grupid hindamise aruteludes välja tõid.

Eesmärkide hindamisel kasutati 5 palli skaalat: 1 – pole märkimist väärivaid tulemusi, 2 – on mõningad tulemused ehk saavutatud vähesel määral, 3 – on mitmeid tulemusi erinevates kohtades, 4 – on tulemusi üle Eesti ja mitmeid märke, mis on seotud konkreetse eesmärgi saavutamisega, 5 – saavutatud.

Tegevuste hindamisel kasutati 4 palli skaalat: 1 – pole tegeletud, 2 – on vähesel määral tegeletud, 3 – on palju tehtud, 4 – kõik on tehtud

Arengustrateegia koostamisel aastatel 2010–2011 kirja pandud tegevustest olid paljud sel hetkel vaid unistuseks, kuid on tänaseks ellu viidud. Arengustrateegias on kirjeldatud maksimumi. Jälgides eesmärkides või tegevustes kirja pandud sõnu "kõik", "kõikjal", "kõikides valdkondades" jms, siis ei ole mitmel juhul võimalik püstitatud eesmärki täidetuks lugeda isegi mitte osaliselt. Nii ongi enamus eesmärke saanud hinde 3 ehk on mitmeid tulemusi erinevates kohtades ning tegevustes kipub koondhinne olema pigem 2 ehk on vähesel määral tegeletud. Samas ei tohi unustada, et mõni tegevus on tänaseks ka täielikult saavutatud. Kõige enam tuntakse puudust ühtsest, tegevuste koordineerimisest. Jõuti ikka ja taas küsimuseni, et kui riik ei loo teadus- ja arenduskeskust õendus- ja ämmaemandusvaldkonnas, siis kas ja kui palju on võimelised tegutsema kutseorganisatsioonid ning võtma selle funktsiooni üle.

Kõik hindajad on ühel meelel, et kirja pandud ja eelnevalt läbi vaieldud eesmärgid ning tegevused on oluliselt mõjutanud meie valikuid, prioriteete ning ettevõtmisi viimase seitsme aasta jooksul. Arengustateegia lõpuni jäänud kahe ja poole aasta jooksul keskendutakse jätkuvalt probleemsematele valdkondadele, s.o kvaliteedile ning patsiendi- ja perekesksusele. Parimaks saavutuseks võib lugeda tulemust kutse kuvandi osas, kus konkursi suurused õppima asumiseks ning elanikkonnale õe kutse teadvustamises ehk õendus- ja ämmaemandusabi iseseisvumises, on selgelt nähtavad. Uurimis- ja arendustöö koordineerimiseks vajame jätkuvalt n-ö keskust või otsust, kes ja kuidas seda rolli kannab.

Kõik hindajad on veendunud, et vajame 2020–2030 perioodiks uut Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegiat. Ühiselt planeeritakse alustada arutelusid selle koostamiseks 2019. aastal.

Valdkonnad	Eesmärk ja tegevused arengustrateegiast	Hinnang	Tõendid
Patsiendi- ja pere-kesksus	Teenused on patsiendi- ja perekesksed kõigis õendus- ja ämmaemandusabi valdkondades. Teenused tagavad patsiendi ja tema perekonna füüsilise ja psühhosotsiaalse toimetuleku. Patsiendi ja tema perekonna võimestamine on õendus- ja ämmaemandusabi lahutamatu osa. **Tegevused:** • võimestada õdesid ja ämmaemandaid osutama patsiendi- ja perekeskseid tervishoiuteenuseid; • võimestada patsienti ja perekonda hoolitsema oma tervise eest; • teha koostööd ja võrgustikutööd asutuste ja ametkondadega, et arendada tervishoiuteenuste patsiendi- ja perekesksust.	**Eesmärgile 3:** on mitmeid tulemusi erinevates kohtades ERIARVAMUS 2 ehk on mõningad tulemused saavutatud vähesel määral **Tegevustele 2:** on vähesel määral tehtud	*Ämmaemandusteenus ja perekoolid on äärmiselt patsiendikesksed.* *Esmatasandil töötavad ämmaemandad õe ametikohtadel ja emadushoolduse kõikides valdkondades ei ole ämmaemand kaasatud meeskonna liikmeks (neonatoloogia).* *Tervishoiuasutustes on toodetud tohutu kogus patsiendijuhendeid, aga koordineeritud (riiklikku) tegevust selles ikka ei toimu.* *Oluline, et meie suund on väga õige.* *Kõrgkooli ja haiglate koostöö on tihenenud, toimuvad tervisepäevad elanikkonnale.* *Kõrgkoolis õpetatakse nii põhiõppes kui ka täiendkoolituses patsiendi- ja perekesksust, kuid kogemus praktikast näitab, et seda ei rakendata.* *PAPEK – oli nii kaua fookuses, kui seda oli vaja, aga vajaks töö jätkumist, kuna enesehindamise instrument peaks siisk i kõigile ühine tulema.* *Esmastasandil kroonilise haige nõustamine toimib, aga perekonna nõustamine mitte.* *Pakutakse kõrgkoolide poolt teenust kogukonnale ja püütakse inimeste teadlikkust tõsta.* *Tervisedenduslik pool õppekavades on süvendatud võrreldes arengustrateegia eelse perioodiga.* *NANDA õppeprotsessis toetab patsiendi- ja perekeskust, kuid pole ühtset dokumentatsiooni.* *Erinevus on valdkonniti kindlasti, aga kuna eesmärk oli KÕIGIS, siis vähesel määral täidetud.*
Patsiendi ohutus	Õendus- ja ämmaemandusabi teenused ning keskkond on patsiendile ja tema lähedastele ohutud **Tegevused:** • rakendada vigade ennetamise ja vähendamise süsteeme; • tõhustada meetmeid patsiendi ja tema lähedaste konfidentsiaalsuse ja privaatsuse tagamiseks; • tõhustada patsiendi identifitseerimise süsteeme; arendada õdede ja ämmaemandate suhtlemisoskust vältimaks suhtlemisvigu; • tõhustada patsienti puudutava teabe liikumist; • rakendada meetmeid nakkusohu vähendamiseks.	**Eesmärgile 3:** on mitmeid tulemusi erinevates kohtades **Tegevustele 2-3:** 2 on vähesel määral tegeletud; 3 on palju tehtud	*Viimased 4-5 aastat on väga palju tegeletud.* *Kasutusel on ohutuskaardid.* *POI on osades kohtades, aga võiks olla kõikjal ühtne.* *POI jt süsteemid, mida rakendatakse lokaalselt, lisaks kasutavad osakonnad n-ö oma süsteemi. Üleriigiline süsteem puudub. Palju on tegeletud süsteemide loomisega, aga kasu on küsitav. Ilmselt arendatakse praegu haiglates rohkem kui esmatasandil.* *Hea on retseptikeskusest antav koostoimete teave.* *Lamatiste juhend on valminud.* *e-maailmas on siiski palju ära tehtud.* *Ehitustegevusega seoses on loodud ruumilised uued lahendused, mis tagavad konfidentsiaalsuse ja privaatsuse.* *Küsimus – mis on puudu? Kus on arenguruumi?* *Patsiendi identifitseerimises, mida haiglas tehakse, tundub olevat asi korda saanud. Käepaelad on praktikas kasutusele tulnud. Voodite juurde lisatud nimed.* *Metoodilisi suhtlemistreeninguid ei toimu.* *Info vahetamises on suuri puudujääke, mida saab pigem riik teha.* *Digilugu arendatakse, aga praktikas info ikka ei liigu, eriti erinevate tasandite vahel. Õendusepikriisid on arengus, aga pole siiani informatiivsed. Juhendeid siiski kaasajastatakse pidevalt.* *Õppeprotsessis süsteemne lähenemine ei ole väga hea ja raske õppekava mahtu sellele teemale hinnata. Õpetades räägitakse palju.* *Hoolivus ja hoiakud ei ole oluliselt paranenud.* *Vajalik on endiselt meeskonnatöö arendamine ja multidistsiplinaarsete meeskondade toimimine ning vastutusvaldkondade täpsustamine/fikseerimine.*

Õendus- ja ämmaemandusabi kättesaadavus ja järjepidevus	Õendus- ja ämmaemandusabi teenused on elanikkonnale kättesaadavad, koordineeritud ja järjepidevad. **Tegevused:** • arendada uusi teenuseid, mis lähtuvad elanikkonna tervisevajadustest ja hõlmavad tervise edendamist ja säilitamist ning haiguste ja vigastuste ennetamist; • võimestada õdesid ja ämmaemandaid pakkuma uusi teenuseid ning tagama nende järjepidevust; • arendada koostööd, võrgustumist ja infovahetust ametkondade, asutuste ja struktuuriüksuste vahel; • suurendada õendus- ja ämmaemandusjuhtide ning eriõdede vastutust teenuste koordineerimisel tervishoiusüsteemi kõigil tasanditel.	**Eesmärgile 3:** on mitmeid tulemusi erinevates kohtades **Tegevustele 2-3:** 2 on vähesel määral tegeletud; 3 on palju tehtud	*Raha ja ressursipuudus on ikkagi suur, seega on järjepidevuse tagamine keeruline.* *Seadus ja tahtmine on olemas ja toetavad – tegeletud on ja püütud on ka leida lisavahendeid.* *Palju on tehtud ära ka entusiasmist.* *Uusi teenuseid on tulnud juurde väga palju, aga võimalus neid kasutada on piirkonniti väga erinev.* *Kui strateegia sündis, siis polnud infovahetust ja koostööd ning õendusabi teenuseid praktiliselt veel üldse.* *Koostöö on oluliselt paremaks, sisulisemaks muutunud, kuid koostöö erinevate teenuseosutajate vahel on limiteeritud ning reguleerimata.* *Eriõde pole päriselt omaks võetud.* *Ämmaemanduses on vastutus ja teenuste pakkumine isegi ühtlasemalt arenenud, õenduse valdkond on kindlasti laiem ja seega on ka areng ebaühtlasem, näiteks kasvõi eriõenduses.* *Koduõendus ja statsionaarse õendusabi areng – eelmise perioodiga võrreldes on tehtud tohutu hüpe.* *Riigiasutustes töö vähene, et tagada edukad terviseedendused, sotsiaaltööga sidusus ja järjepidevus patsientide jaoks.* *Eriõdede iseseisvad vastuvõtud on hüppeliselt kasvanud kõikjal.* *Kõrgkoolide ja haiglate poolt pakutavad teenused elanikkonnale oma tervise kontrollimiseks.* *Lisaks brigaadijuhid-õed kiirabis, õe vastuvõtud ka EMOs jne. Järjepidevus on siiski küsitav. On püütud arendada koostööd ja infovahetust, kuid see pole piisav.* *Ämmaemanda koduvisiit, imetamisnõustamine ja aktsepteerimine tervisenõustajana jne.* *Puudub selge ülevaade, kas ämmaemandusabi tervisekeskustes täiel määral vajaduse katab.*
Õendus- ja ämmaemandusabi kvaliteet ja areng	Teenused on kvaliteetsed kõigis õendus- ja ämmaemandusabi valdkondades. Teenuste riiklikud kvaliteedistandardid, tegevusjuhendid ja klassifikaatorid on tõenduspõhised, ajakohased ja praktikas rakendatavad. **Tegevused:** • koostada, ajakohastada ja rakendada teenuste riiklikke kvaliteedistandardeid, tegevusjuhendeid ja klassifikaatoreid; • võimestada tervishoiu- ja õppeasutuste töötajaid kvaliteeditööks; • arendada teenuste kvaliteedi juhtimist; • kasutada teenuste arendamiseks uusimat tõenduspõhist teavet ning info- ja meditsiinitehnoloogia saavutusi.	**Eesmärgile 3:** on mitmeid tulemusi erinevates kohtades **Tegevustele 2:** on vähesel määral tegeletud	*TULEMUS kuum teema.* *Me pakume häid teenuseid ja **hästi.*** *Riiklikult ei ole ikka mitte midagi tehtud ehk kvaliteedikeskust pole.* *Lamatiste ravijuhend näiteks on valminud, mis on kindel kvaliteeditulemus, sellega seonduvad koolitused käivad ja tagasiside on hea, aga see on vaid üks näide!* *Ravijuhendid on tõenduspõhised ja nende osas toimub pidev edasiminek, kuid neid on vähe ja need on liiga vähe ette planeeritud – valik tundub juhuslik ehk kes viitsib teema fookusesse tõmmata.* *Asutusesiseselt rakendatakse mitmeid kvaliteedi parandamise tegevusi, aga riiklikult on siiski vähe tehtud.* *Kaks magitranti esitavad praegu magistritöö projekti kvaliteediindikaatorite kohta õendusabis, seega on lootust, et infot tuleb.* *Ettepanek, et tuleks ikka valida ka riiklikult 2–3 indikaatorit konkreetsete tegevuste kohta, et asi hakkaks liikuma.* *Kõrgkoolide tubli töö on tehtud NANDA väljaandmisel ja õpetamisel.* *NANDA on kokku lepitud aga rakendamine vähene, kuigi kõrgkoolides õpetatakse. Kvaliteeditöö osa teeb haigekassa osaliselt ja ka pisut haiglad ise.* *Kvaliteedijuhtimises on spetsiifilised kursused, auditid, õppekavade enesehindamine toimub regulaarselt. Rakendatud on ka IT arengut, uuringutulemusi praktikas jms.* *Töötavate inimeste valmidus rakenduste kasutamiseks vajab selgitamist ning toetamist.* *Puuduvad tunnustatud meditsiinitehnoloogia võimalused, mis toetavad ämmaemandusabi osutamist ning koostööd sihtrühmaga.*

Õendusteaduslik uurimistöö ning tõenduspõhine õendus- ja ämmaemandus	Õendusteaduslik uurimistöö on koordineeritud ja rahastatud. Uurimistööde kvaliteet on rahvusvaheliselt tunnustatud tasemel. Uurimistulemused on rakendatud praktikasse kõigis õenduse ja ämmaemanduse valdkondades. **Tegevused:** • luua õendus- ja ämmaemandusalast teadus- ja arendustööd koordineeriv keskus; • luua tervishoiuasutustesse ja tervishoiu kõrgkoolidesse teadus- ja arendusspetsialistide ametikohad; • algatada ja ellu viia riigisiseseid ja rahvusvahelisi teadusprojekte, mis vastavad riiklikele uurimistöö prioriteetidele; • luua uurimisprojektide andmebaas.	**Eesmärgile 3:** on mitmeid tulemusi erinevates kohtades **Tegevustele 2:** on vähesel määral tegeletud Selle eesmärgi hindamisel oli enamus hindajaid kõige kriitilisemad. Mitmed tegevused said hindeks 1 ehk pole tegeletud!	*Areneb, aga ilma riigi toeta.* *EKKA tagasiside alusel on kõrgkoolidele antud rakendusuuringutes kõrge hinne. Kõrgkoolide uurimistööd on jõudnud kogumikeks, mis on kättesaadavad õdedele.* *Riiklikud tunnustused ka üliõpilaste lõputöödele ehk mitmed lõputööd on jõudnud üleriigilisele tunnustamisele teiste erialadega võrdluses.* *Keskust, mis uurimist koordineeriks, ikka ei ole.* *Artiklite avaldamine ja konverentsil esitamine on tõusnud nii kõrgkoolides kui ka osades haiglates.* *Puudub süsteemne lähenemine riiklikul tasandil. Piiranguks on kutsealase magistriõppe puudumine ja riigi leige suhtumine.* *Magistritööde rakendamiseks praktikas on olemas positiivseid näiteid ehk kasu on hinnatav olnud, tunnustatakse magistritöid, mis on praktikas kasutusele võetud, edasi arenenud.* *Kõrgkoolides on arendusspetsialistid olemas, dotsendi ametikohad ka. Uurimistööd tehakse ka osades haiglates, kuid vähe. Osaliselt on uurimistöö ka ravijuhendite töö. Haiglatest vaid ITK-s on teadusosakond.* *Infovahetus, mida üldse uurida, liigub haiglatelt kõrgkoolidele.* *Tegevus on killustunud ja seetõttu pole ka ressursse väga efektiivselt kasutatud.* *Puudu endiselt selline uurimisprojektide andmebaas, info kõrgkoolides olemas. Asutustel on uuringutest andmebaasi, aga ühist pole ja ega oma olemasolevat väga ei jagata ka. On erinevad projektid – tervisekeskused, tõmbekeskused, ikka ei tea, millised haiglad meil alles jäävad. Koolide rakendusuuringud on rakendunud, kõrgkoolides tegevused toimuvad, haiglates on olukord väga kaootiline, v.a. üksikud asutused.* *Võimestamiseks kasutatakse koolitusi ja tulemustasusid.* *RAK uuringuid on hetkel vähe ning kõik valdkonnad ei ole veel kaetud.*
Inimvara areng	Õendustöötajate arv ja isikkoosseis on tõenduspõhiselt hinnatud ning vastavad tervishoiuteenuste mahule ja kvaliteedinõuetele. Õe ja ämmaemanda haridus on Euroopa Liidus järjepidevalt konkurentsivõimeline. Õendustöötajad ja -pedagoogid on ametialal pädevad. **Tegevused:** • reguleerida inimvara rakendamist õigusaktide ning tõenduspõhiste mudelite ja meetoditega; • edendada erialast haridust ning hinnata järjepidevalt selle kvaliteeti kõigis õppeastmetes ja -vormides; • luua õdedele ja ämmaemandatele riiklik toetussüsteem doktoriõpinguteks Euroopa ülikoolides;	**Eesmärgile 4:** on tulemusi üle Eesti ja mitmeid märke, mis on seotud konkreetse eesmärgi saavutamisega **Tegevustele 2-3:** 2 on vähesel määral tegeletud; 3 on palju tehtud	*Koormusnormid on olemas 9/1le – tööaeg voodikoha hinnas ja neid on võimalik reaalselt rakendada, kuid need pole nn määruse tasandil kirjas.* *Õpet pakutakse (endiselt) tasuta - nii tasemeõpe, põhiõpe kui ka eriõe õpe.* *Õpiväljundid on määratletud jõudu mööda ka täiendustel.* *Õpimeetodite paljusus kõikides kõrgkoolides ja ka täienduskoolituses.* *Õe ja ämmaemandusharidus on konkurentsivõimeline (EKKA otsused, mis baseeruvad rahvusvahelistel hindamistel), sh ka täiendkoolitus.* *Pädevuse hindamise süsteemid on haiglates olemas, aga raha puudusel on süsteemid külmutatud, kuna ei saa diferentseeritud palka maksta.* *Riiklikult vaid EÕL pädevuse hindamine eelkõige pere- ja koduõdedele. Pereõdede süsteem toimib eelkõige seetõttu, et haigekassa rahastab perearste kvaliteedimõõdikute alusel ning õe pädevuse hindamine on üks mõõdikutest.* *Õigusakte, mudeleid jms on vähe, doktoriõppe toetusskeeme pole.*

	• toetada õdede ja ämmaemandate pidevõpet ning enesejuhitud õppimist; • töötada välja mudelid õdede, ämmaemandate, eriõdede, juhtide ja pedagoogide pädevuse hindamiseks ning neid rakendada.	Selle eesmärgi tegevuste juures esines kõige suurem erinevus hindajate arvamuste vahel. Võib öelda, et juhid andsid kõrgemaid hindeid kui praktikud.	*Eesti õed on Euroopas hinnatud. Õppekavade arendus on pidev, eriõe ja tasemeõppe võimalused. Tööandjad suhtuvad soodustavalt õppimisse, säilitatakse palk ja on tehtud riiklikke soodustusi ka doktoriõppes õppimiseks. EÕL on teinud pingutusi, aga tegelik hääleõigus paljudes otsustes on veel küsitav.* *Pädevuse hindamise mudeleid õendusjuhtidele pole, eriõele EÕL alles tegi. Kõrgkoolides on tähtajalised lepingud muutunud tähtajatuteks ja rakendunud atesteerimissüsteem, mida võiks lugeda pädevuse hindamiseks.* *Õppekava lõpetavate ämmaemandate arv on suurenemas, kuid vajab jätkupidevat toetamist.* *Haiglates olukord äärmiselt erinev.* *Ämmaemandusvaldkonna püsimajäämine ja truudus kutsealal töötamise jätkamiseks vajab uurimist ja strateegiat ämmaemandate jätkusuutlikuks toetamiseks.*
Tervislik töökeskkond	Õdede ja ämmaemandate töökeskkond säilitab tervist ja töövõimet. **Tegevused:** • rakendada meetmeid tervisliku töökeskkonna tagamiseks; • võimestada õdesid ja ämmaemandaid tervishoidlikuks ja ohutuks töökäitumiseks; • tõhustada meetmeid töötajavastase vägivalla ennetamiseks ja vähendamiseks ning vägivallaohvrite abistamiseks; • rakendada meetmeid tööst põhjustatud läbipõlemise, haiguste ja vigastuste ennetamiseks.	**Eesmärgile 3:** on mitmeid tulemusi erinevates kohtades ERIARVAMUS 2 ehk on mõningad tulemused saavutatud vähesel määral **Tegevustele 2:** on vähesel määral tegeletud; Tegevuste osas palju erimeelsust, hinded erinesid pigem kahe palli võrra, sellest ka eesmärgi üldisel hindamisel eriarvamus.	*Paindlik töögraafik, sh püütakse ühildada erinevates töökohtades töötamist ehk arvestada töötaja soove – tõstab küll koormust, kuid on töötajasõbralik.* *Töötervishoiuarsti külastus ja tasuta vaktsineerimine.* *Riskianalüüside läbiviimine ja võimaluste piires arvestamine.* *Toitlustamisvõimalused tööaja sees.* *Töökorras aparatuur ja juhised kasutamiseks.* *Töökoormuse ja – normide kasutamine, õdede ja hooldajate arv – pole küll kõikjal rakendunud, kuna ei jätku raha.* *Turvalisuse tagamiseks – häire nupud, turvamees.* *Ohujuhtumite kindlustus, mis on haiglate poolt tehtud – eelkõige kiirabile, psühhiaatrias.* *Koolitused – psühholoogilised, supervisiooni võimalused.* *Rahulolu uuringud ka töötajatele.* *Õdede ja arstide vastutusalad ja suhtearv ning reaalne töökoormus peaksid ka saama kokku lepitud määruste tasandil.* *Tervist edendavate haiglate võrgustik, suitsuvabad haiglad, renoveeritud tööruumid, uued haiglakorpused ehk kaasaegsed vahendid ja töökeskkond enamuses haiglates. Edasi sama protsess tervisekeskustes. Soodustatakse suitsetamisest loobumist.* *Töötervishoiuarsti juures käimine, samas haigena tööl käimine ja endiselt ergonoomiliste töövahendite alakasutus või puudus. Endiselt personalinappus ja pikad valved, mis tekitavad nii meditsiinilisi vigade tõusu kui ka tööohutuse probleeme. Endiselt keeruline võtta haiguslehte.* *Supervisiooni rakendamine, aga kas õigesti? Kas ikka saab oma töötaja aidata oma töötajat?* *Endiselt suured käärid töökoormus – töökeskkond – töötasu.* *Suur töökoormus, haiglate tsentraliseerimine.* *Üldjuhul töötasu ei ole enam piiranguks.*

Kutse kuvand	Õe ja ämmaemanda kutse on ühiskonnas väärtustatud. **Tegevused:** • välja töötada riiklik kommunikatsioonistrateegia kutse kuvandi kujundamiseks; • võimestada õendustöötajaid ja -pedagooge kujundama kutse kuvandit; • võimestada õendustöötajaid järgima eetikakoodeksit.	**Eesmärgile 3:** on mitmeid tulemusi erinevates kohtades ERIARVAMUS 4 on tulemusi üle Eesti ja mitmeid märke, mis on seotud konkreetse eesmärgi saavutamisega **Tegevustele 3:** on palju tehtud Õppejõud hindasid tulemusi kõrgemalt kui praktikud, kuid üldiselt oldi enamuses seda meelt, et tegemist on kõige parema tulemuseni jõudnud tegevuste elluviimisega.	*Oluliselt olukord paranenud.* *Tekkinud on iseseisev statsionaarne õendusabi.* *Kõik iseseisvad teenused.* *Vastutusvaldkond on oluliselt muutunud.* *Piiratud retseptikirjutamisõiguse lisandumine.* *Partneriks* päris paljude laudade taga. *Kõrgkoolid on tegelenud ja konkursid on väga head, viimastel aastatel kõrgeimad riigis.* *Ministeeriumid ei ole tegelenud, v.a. konsensuslepe, mis põhjustas probleeme tervishoiuasutustele ehk lahendati n-ö* poolikult. *EÕL kommunikatsioonistrateegia, mis valmis 2016. aasta alguses.* *EÕL ja kõrgkoolid on tegelenud, praktikas tuntakse ehk muutust vähem.* *Hirmutamistaktika võimestamise asemel. Oluline on ise eeskujuks olemine, mida on veel vähe.* Koostöö ja tunnustamine erinevatel tervishoiu tasanditel vajab jätkuvat tööd.

Magistrandid seminaritööd tegemas.

Oodatud uuendused Tartu Ülikooli õendusteaduses

Pilk magistriõppe senisele käekäigule

Esimesed kaks õeteaduse magistritööd Tartu Ülikoolis kaitsti 1997. aastal, kui magistriõppekava ei olnud veel välja töötatudki. Kaitsnute õppetöö oli toimunud individuaalse õppeplaani järgi. Esimene toimiv õeteaduse magistriõppekava loodi Tartu, Kuopio ja Göteborgi ülikooli õppejõudude koostöös 1998. aastal. Toonane õppekava keskendus teadustööle ning õdede-õppejõudude koolitamisele. Uue aastatuhande algusaastad olid aga muutusterohked. See oli aeg, mil Eesti kõrgharidussüsteem ühtlustus Euroopa omaga ning vastutuse õdede ja ämmaemandate kõrghariduse eest olid võtnud tervishoiukõrgkoolid. Õendusteaduse osakond keskendus kitsamalt magistriõppele ning avas 2002. aastal 3 + 2 süsteemi magistriõppekava, mis kehtib praeguseni. Õppekava on varasemaga võrreldes praktikakesksem ning on seni võimaldanud üliõpilasel otsustada kas õendusjuhtimise või õenduspedagoogika eriala kasuks. Ent 2016. aasta sügiseks oli selgunud vajadus õppekava põhjalikult korrigeerida.

Sõna „või" asemel „ja". Miks?

Vaid ühe sidesõna asendamine teisega erialade nimetuste vahel tähendab õppekava seisukohast siiski suuremat sorti muutust. See tähendab, et üliõpilane ei spetsialiseeru enam ühele kahest erialast, vaid et õppekaval omandatud teadmised ja oskused võimaldavad tal töötada võrdväärselt nii juhi kui ka õppejõuna.

Õppekava uue versiooni aluseks on vilistlaste karjääri seire ja huvirühmade koostöö.

Erialade ühendamise asjakohasusele osutas vilistlaste karjääri järjepidev seire. See kõneles karjäärivõimaluste avardumisest nii vertikaalselt kui ka horisontaalselt, kusjuures vilistlaste tegelikud tööelulised valikud ei käinud alati ühte sammu magistriõppes valitud kitsama erialaga. Nii on õppejõudude seas õendusjuhtimise eriala lõpetanuid ning õendusjuhtide seas õenduspedagoogika kasuks valinuid. Sagedane on seegi, et õendusjuhtimise eriala lõpetanud õendusjuht juhendab üliõpilaste uurimistöid või korraldab ametialaseid koolitusi kolleegidele või teeb õppetööd kõrgkoolis. Need on vaid mõned näited rohketest võimalustest ja variantidest, millest nähtub õppekava sisuliste muudatuste ning erialade ühendamise vajadus ja eesmärk – vastata nendele võimalustele ja variantidele.

Õppekava uue versiooni väljatöötamine otsustati 2016. aasta detsembris õendusteaduse magistriõppekava programminõukogus. Konstruktiivse tagasiside ja põhjalike arutelude kaudu osalesid versiooni väljatöötamises kõik õppekava huvirühmad: üliõpilased, vilistlased ja õppejõud, tööandjad ja kutseühendused. Uus versioon kinnitati ülikooli senatis 2017. aasta septembris ning see hakkab kehtima alates 2018/2019. õppeaastast. (Õppekava uut ja vana versiooni ning ainete jaotumist semestritele illustreerib joonis)

Õppekava praktikakeskne sisu

Erialade ühendamine tingis õppekava moodulite ja ainete sisulisi ning mahulisi muudatusi. Kõnekas on näiteks fakt, et õppekava vanast versioonist „kolis”

Magistrandid õppeaine lõpusirgel (esireas keskel professor Mari Kangasniemi).

muutmata kujul uude üle vaid kaheksa õppeainet 25-st. Või seegi, et vana versiooni järgi läbis üliõpilane erialaaineid 45 ainepunkti ulatuses, uues versioonis on erialaainete mooduli maht aga 58 ainepunkti. Mahukas moodul pakub teadmisi ja oskusi senisest enam ning tugevam on erialaainete seotus lõpetanute võimalike tulevaste töövaldkondadega.

Õppekava sisu lähtub tõenduspõhise õenduspraktika vajadustest.

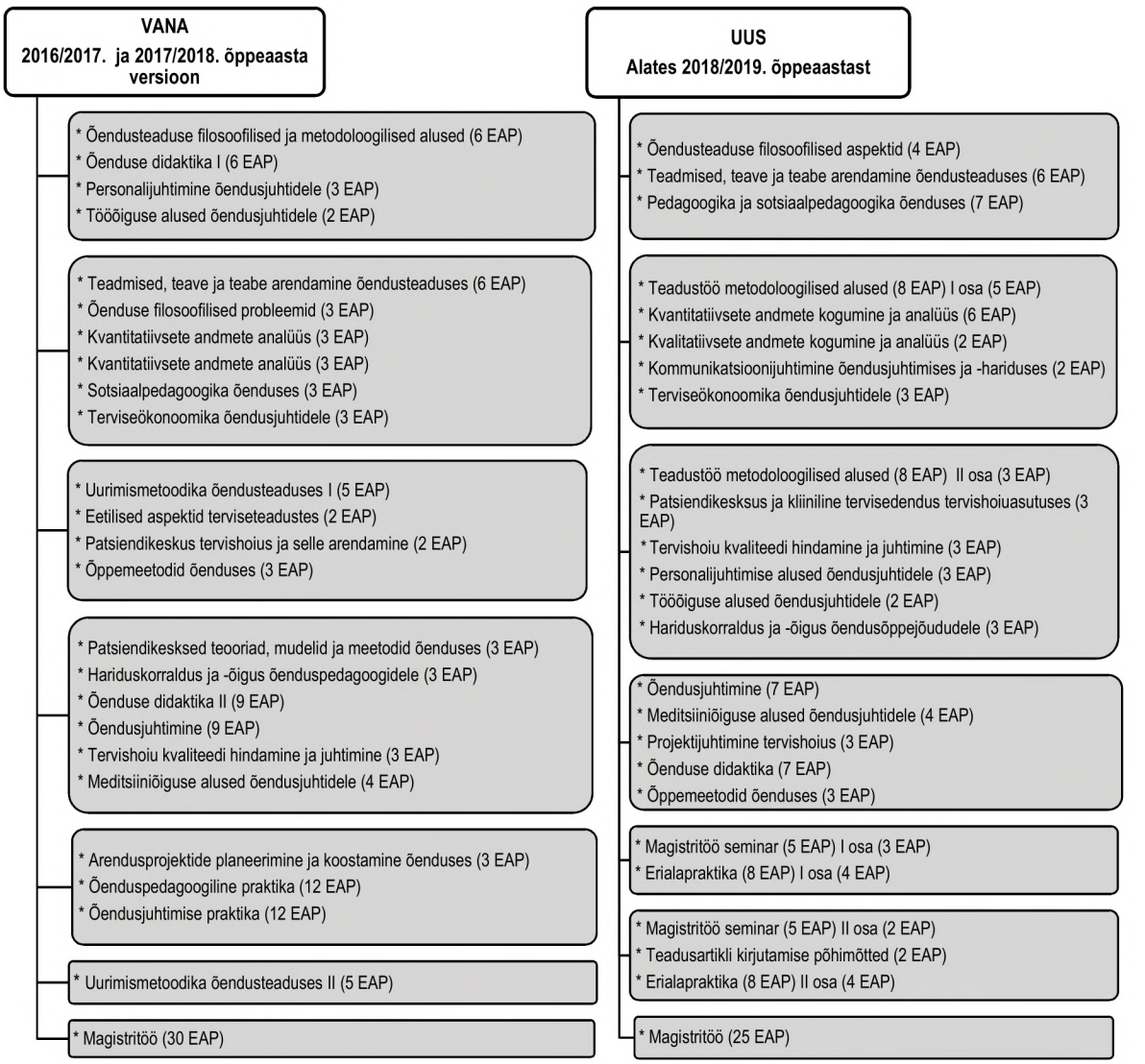
Erialamoodulis käsitletakse organisatsiooni- ja juhtimisteooriaid ning õendusabi planeerimise ja järelevalve mudeleid. Õpitakse rakendama personalijuhtimise põhimõtteid kollektiivis ning tegema õiguspäraseid otsuseid töösuhetes. Analüüsitakse meditsiiniõiguslikke probleeme ning otsitakse lahendusi asutuses ette tulevatele kommunikatsiooniprobleemidele. Samuti käsitletakse kvaliteedijuhtimist, tervishoiuteenuste rahastamist ning projektipõhist arendustööd. Õpitakse tundma õendushariduse spetsiifikat üldise hariduskorralduse kontekstis, õppimise ja õpetamise aluseid ning õppeprotsessi alates kavandamisest kuni hindamiseni. Näiteks omandatakse oskused koostada ainekava, tunnimudelit ja õppematerjale ning anda ja küsida tagasisidet. Ainetes omandatu pannakse proovile erialapraktikal. Selle osakaal on endisega võrreldes väiksem (12 ainepunkti asemel 8) ning see jaguneb kaheks võrdseks osaks: juhtimispraktikaks suuremas haiglas ja tervishoiusüsteemi juhtivas riigiasutuses ning pedagoogiliseks praktikaks tervishoiukõrgkoolis.

Õppekava annab teadmised õendusteadusest, -juhtimisest ja pedagoogikast ning on ainus omataoline Eestis.

Alusainete mooduli maht on vähenenud 39 ainepunktilt 33-le. Mooduli sisu tervikuna keskendub uurimistööks vajalikele teadmistele ja oskustele ning on senisest veelgi tugevamas seoses magistritööga (25 ainepunkti). Seejuures toetab ka alusainete järjestus semestrite lõikes üliõpilase uurimistöö kulgu õpingute algusest kuni kaitsmiseni. Teisisõnu, üliõpilane saab alusainetest ammutatud teadmisi paralleelselt koostatavas uurimistöös kohe rakendada. Alusainete ja magistritöö mooduli läbinud üliõpilane on pädev tegema rakendusuuringuid ning arendama tõenduspõhist praktikat.

Oma isiklikust või erialasest huvist lähtuvalt saavad õppijad valida nelja ainepunkti mahus vabaaineid nii Tartu Ülikoolist kui ka teistest ülikoolidest ning laiendada oma teadmisi valdkonnas, mida õppekava ei sisalda.

Nagu eelkirjeldatust ilmneb, pakub õppekava mitme valdkonna teadmisi ja oskusi, mida tulevased magistrid oma igapäevatöös vajavad. Seetõttu töötavad õppekaval eri teadusharude, näiteks arstiteaduse, terviseteaduste,



Joonis. Õppekava (120 EAP) vana ja uue versiooni ained ning nende jaotus semestritele.

õigusteaduse, majandusteaduse, pedagoogika, psühholoogia ning kommunikatsioonijuhtimise õppejõud ja praktikud. Paljud uurimistööde juhendajad töötavad tervishoiu- ja riigiasutustes ning tervishoiukõrgkoolides. See võimaldab üliõpilastel teha praktikakeskseid uurimistöid ning osaleda asutuste uurimis- ja arendusprojektides.

Muutmata jäänud õppekorraldus

Õendusteaduse üliõpilased õpivad avatud ülikooli osakoormusega õppes, mis tähendab 3–4-aastaseid õpinguid ja kuni nädalasi õppetsükleid keskmiselt kuuel nädalal semestris. Õppe kestuse kas kolmele, kolmele ja poolele või neljale aastale planeerivad üliõpilased ise. Ülikooli ning Haridus- ja Teadusministeeriumi kokkuleppe alusel on õpe tasuta. Suure osa õpingutest hõlmab juhendatud iseseisev töö.

Õppetöö vorm ja meetodid võimaldavad ühitada töö, õpingud ja pereelu.

Aeg-ajalt on üles kerkinud küsimus, kas peaks korraldama õppetööd päevase ehk kaheaastase õppena. Seetõttu küsisime taas arvamusi õppevormi ja auditoorse töö sageduse kohta. Tagasiside näitas, et lõviosa üliõpilastest ja vilistlastest ei oleks pidanud töistel, majanduslikel ja perekondlikel põhjustel võimalikuks päevast õpet ja sagedasemat auditoorset tööd. Nende hinnangul on avatud ülikooli osakoormusega õpe paindlik ning kättesaadav töötavale perekonnainimesele. Tööandjate esindajatest olid samal seisukohal peaaegu pooled. Niisiis jäime endise õppekorralduse juurde, lähtudes omal nahal kogenute arvamusest.

Magistriõppe ained täienduskursustena laiemale sihtrühmale

Juba aastaid oleme pakkunud enesetäiendusvõimalusi neile õppijatele, kelle eesmärk ei pruugigi olla kraadiõppe läbimine. Täiendusõppijatele on avatud kõik õppekava ained, välja arvatud magistritöö seminarid ja magistritöö. Kuna õendusel on suur ühisosa tervishoiu teiste valdkondadega, siis on täiendusõppesse oodatud ka rakenduskõrgharidusega füsioterapeudid, tegevusterapeudid, radioloogiatehnikud, bioanalüütikud ja tervisekaitse spetsialistid. Kui õppija otsustab hiljem magistriõpingute kasuks, on võimalik varem täiendusõppes läbitud aineid VÕTA alusel üle kanda.

Täiendus õppejõudude ridadesse

Märkimisväärne muutus on toimunud ka õppetooli akadeemilises koosseisus. Alates 1. veebruarist 2018 töötab meil külalisprofessor Mari Kangasniemi Ida-Soome Ülikoolist. Professor Kangasniemi teeb kaastööd mitmele tunnustatud teadusajakirjale, näiteks International Journal of Nursing Practice, Journal of Advanced Nursing, Nurse Education Today, Nursing Ethics jt. Samuti on ta Soome eelretsenseeritava õendusteadusliku ajakirja Tutkiva Hoitotyö peatoimetaja.

Professori tulekuga on meie eeldused rahvusvahelistes teadusprojektides osalemiseks ning tulemuste publitseerimiseks paremad kui kunagi varem. Projektidesse kaasatakse tavapäraselt ka üliõpilasi, kes on huvitatud teadustööst, ning see on suurepärane võimalus neile, kes planeerivad jätkata õpinguid doktoriõppes.

Professori tulekuga on meie eeldused rahvusvahelistes teadusprojektides osalemiseks ning tulemuste publitseerimiseks paremad kui kunagi varem.

Tänaseks on terviseteaduse (õendusteaduse) magistrikraadi kaitsnud 91 õde ja ämmaemandat. Mõned neist on jätkanud oma õpinguid doktoriõppes ning kaitsnud kõrgeima teaduskraadi. Suur osa senistest magistritest on tervishoiuasutustes eri tasandite õendusjuhid või töötavad muudel juhtivatel ametikohtadel (näiteks koolitusjuhi, projektijuhi, kvaliteedijuhi või vastutava õena). Neljandik lõpetanutest töötab tervishoiukõrgkoolides või ülikoolis õppejõuna. Õendusteaduse magistreid on ka ravimifirmades, kutseühendustes ja riigiasutustes. Õpitu on rakendunud: oma teadustegevuse ja igapäevatööga panustavad nad tõenduspõhise õendus- ja ämmaemanduspraktika arendamisse.

Lamatised

Lamatiste ennetamise ja konservatiivse ravi- ja patsiendijuhendi tutvustus ja koolituste korraldamine

Ljudmila Linnik, *RN, MSc*
Mare Oder, *RN, MSc*
Siret Piirsalu
Ivi Prits, *RN, kliiniline õde*
Marina Kopti, *RN*
Mirge Orasmaa, *RN, MA*

Ravijuhend on dokument, mis annab soovitusi tervist mõjutavate tegevuste kohta. Selles antakse tervishoiutöötajatele tõenduspõhiseid juhiseid haiguste diagnoosimise ja ravimise viiside kohta, samuti võib see sisaldada soovitusi haiguste ennetamiseks, patsientide koolitusstrateegiaid vms. Eestis on tõenduspõhiste ja kindla rahvusvahelise metoodika järgi koostatavate ravijuhendite loomise kogemus juba 2011. aastast. Ravijuhendite teemaalgatusi saavad esitada kõik organisatsioonid – nii patsientide esindusühingud, tervishoiuteenuse osutajad kui ka mitmed erialaesindused.

2012. aastal sai alguse lamatiste ravijuhendi loomine. Selleks moodustati Eesti Haigekassa eestvedamisel töörühm ja sekretariaat ning koostamisse kaasati asjakohaste kutsealade esindajad. Ravijuhend sai Ravijuhendite Nõukoja heakskiidu 2016. aastal.

Ravijuhend käsitleb liikumis- ja aktiivsuspiiranguga täiskasvanud patsientide lamatise tekkeriski hindamist, lamatise ennetamiseks kasutatavaid survejaotust vähendavaid abivahendeid, soovitusi patsiendi asendi muutmiseks, nahahooldust ja nahakaitsevahendeid ning toitumissoovitusi. Samuti käsitleb juhend tekkinud lamatise esmaseid hooldus- ja ravisoovitusi, sh patsiendi asendivahetust, spetsiaalsete madratsite kasutamist, lamatise puhastamist ning korrastamist, haavahooldusvahendite kasutamist. Ravijuhendis lepitakse kokku lamatise käsitluse dokumenteerimissoovitused, mis on kirjeldatud lamatise ennetusmeetmete ja lamatise hooldusplaanis. Lisaks on juhendist leitavad hädavajalike abivahendite kirjeldused ning nende hankimise võimalused. Tervishoiutöötajale on oluline info juhendi kolm algoritmi, mis annavad ette plaani voodihaige patsiendi käsitluseks. Ravijuhendi käsitlusala koos kõigi kliiniliste küsimustega ja oluliste tulemusnäitajatega on ravijuhend.ee veebilehel.

Koos ravijuhendi koostamisega peeti väga oluliseks luua ka patsientide lähedastele ja omastehooldajatele suunatud abistav infomaterjal – patsiendijuhend. Selle juhendi oluline osa on seitse lamatiste ennetuse ja ravi videokoolitust, mis õpetavad ja suunavad lamatistega tegelevaid inimesi. Õpetused on nii neile, kes osutavad tervishoiuteenust kui ka neile, kes hooldavad kodus oma pereliiget.

Nii ravi- kui ka patsiendijuhendi parimaks integreerimiseks tervishoiusüsteemi ja seeläbi ka lamavate pereliikmete hooldajateni jõudmiseks otsis Eesti Haigekassa pädevat koolitajat, kelleks osutus hanke tulemusel Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. Kõrgkoolis viidi riigihanke raames ajavahemikus 18.07.2016.–15.12.2017 läbi tervise edendamise projekt „Lamatiste ravijuhendi alane koolitus“. Projekti tegevused hõlmasid teavitustegevusi, videomaterjalide stsenaariumite kirjutamist ja filmimist, koolitatavate baastaseme hindamist, täienduskoolituste läbiviimist ja tagasiside kogumist.

Videokoolituste loomine toimus koostöös kõrgkooli õppejõudude, üliõpilaste ja animaatoriga. Videokoolitusi on võimalik vaadata veebilehel ravijuhend.ee: https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/12/lamatiste-kasitlus-ennetamine-ja-konservatiivne-ravi. Projekti käigus koolitati üle Eesti toimunud täiendkoolitustel kokku 288 spetsialisti: 38 koduõde, 39 pereõde, 83 hooldekodu hooldusõde, 128 haiglaõde. Projekti juhtis Ljudmila Linnik. Meeskonda kuulusid Marina Kopti, Kristi Voll, Ivi Prits, Olesja Zeel, Siret Piirsalu, Liis Johanson, Marek Marana, Mikhail Bendera ja Kairi Ainjärv. Täiendkoolitustel käsitleti väga põhjalikult Eesti Haigekassa juhendis välja toodud lamatise ennetuse ja konservatiivse ravi põhimõtteid. Tagasisides toodi kommentaaridena välja koolitajate hea kontaktiloomise oskus, praktiline kogemus õpetataval teemal, positiivsus ja sõbralikkus. Edastatud infot peeti kaasaegseks ning väga vajalikuks. Lisaväärtuse koolitusele andis võimalus osaleda situatsioonülesannete lahendamisel. Tallinna ja Harjumaa koolitatavad said praktilisi situatsioonülesandeid lahendada Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli simulatsioonikeskuses.

Koolituse lõpetanud spetsialistid tõid tagasisides välja enda jaoks neli uut täiendkoolitusel käsitletud teemat, mille nad omandasid koolituse jooksul. Kõige rohkem mainiti järgmisi teemasid:

- Bradeni skaala kasutamine,
- lamatiste klassifikatsioon ja astmed,
- haavaravi ja vahendid,
- survejaotusega madratsite kasutamine,
- määramata sügavusega/astmega lamatis,
- ergonoomika,
- libitoru ja -lina kasutamine,
- meditsiiniline Austraalia lambanahk,
- hooldusplaani täitmine,
- lamatiste ennetamine.

Tagasisides tehti järgmisi ettepanekuid sarnaste täiendkoolituste läbiviimiseks tulevikus:

- Koolitused peaksid toimuma regulaarselt intervalliga 1–2 aastat.
- Koolitused peaksid olema tasuta.
- Haavahooldust ja -ravi puudutavad koolitused.
- Teooria ja praktilise ühendamine koolitustel.
- Näitlike vahendite kasutamine.
- Lamatiste dokumenteerimine.
- Ergonoomika koolitused hooldustöötajatele.
- Abivahendite tutvustamine.
- Õppematerjali saadavus paberil enne koolitust, et oleks võimalik vajadusel märkmeid teha.

Projekti tegevused näitasid, kui tähtis ja vajalik on teema käsitlemine nii õdedele kui ka hooldustöötajatele, kes puutuvad iga päev kokku liikumispiiranguga patsiendi abistamisega Eesti Haigekassa tõenduspõhisele juhendile tuginedes.

Nii ravi- kui ka patsiendijuhendite- ja videomaterjali eest on tasunud Eesti Haigekassa ning need on kasutajatele tasuta.

Fotol paremalt Eesti Haigekassa projekti koordinaator Mare Oder ja Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli lektor Ljudmila Linnik.
Foto Andrei Pugatšov.

Puusaliigese endoproteesimise järgsed terviseprobleemid

ning nende ennetamise ja/või leevendamise võimalused eakatel patsientidel

Anne Malinen RN,
OÜ Maarjavälja Perearstid pereõde
Piret Simm-Pärle, MSc,
Tartu Tervishoiu Kõrgkooli lektor

Arenenud ühiskonnas on keskmine eluiga tõusuteel, vananeva elanikkonna osakaal suureneb (Bergman jt 2013, WHO 2014) ja aina enam on neid eakaid, kes vajavad liigeste endoproteesimist. Eakate (vanus ≥ 65 aastat) elukvaliteedis toimuvad puusaliigese endoproteesimise järgselt suured muutused, esile kerkivad nii füüsilised kui ka emotsionaalsed probleemid, mille tõttu toimub sotsiaalse funktsiooni muutus, teisenevad rollid ja suhted (Ng jt 2007).

Endoproteesimise järgselt kogeb eakas patsient valu ja vähenenud kehalist liikuvust (Joelsson jt 2010, Harding jt 2013, Olsson jt 2016), samuti suureneb liigese dislokatsiooni ja süvaveenitromboosi risk (Muñoz-Figueroa ja Ojo 2015). Endoproteesimise järgsete terviseprobleemidena on välja toodud veel deliiriumi (Sivakumar jt 2012), infektsiooni (Walker 2012), häiritud on eaka patsiendi hakkamasaamine igapäevatoimingutega, uus olukord nõuab kohanemist ja ümberorienteerumist, lisaks on eakas sõltuv teiste abist. Suureneb ärevus ja hirm (Olsson jt 2016), tekkida võivad stress, meeleolu langus (Grant jt 2009) ja unetus (Manning jt 2017), välja võib kujuneda depressioon (Gjertsen jt 2016). Eakal patsiendil on tasakaalu leidmine füüsiliste võimete säilitamise ja piiratud võimekuse vahel raske ning puusaliigese endoproteesimise järgsel perioodil tuleks patsiendi kannatusi kindlasti vähendada või leevendada.

Patsiendi seisukohalt on kõige suurem ning kõige kiiremat lahendust vajav terviseprobleem valu, mis mõjutab nii füüsilist kui psühhosotsiaalset aspekti. Valu on äärmiselt intensiivne esimestel postoperatiivsetel päevadel, kuid see väheneb iga haiglas viibimise päevaga. Valu on seotud nii hilisema liikumisvõime taastumisega (Joelsson jt 2010), unehäiretega (Manning jt 2017), hirmu ja ärevuse suurenemisega (Joelsson jt 2010, Olsson jt 2016), meeleolu languse ja depressiooniga kui ka kordades sagedasema deliiriumi esinemisega (Greene jt 2016). Valu tõttu kannatavad partnerite suhted ja seksuaalelu (Lavernia ja Villa 2016), eaka patsiendi enesehinnang langeb, kuna ta on teistest sõltuv (Mosk jt 2017). Valu leevendamiseks saab kasutada nii farmakoloogilisi kui mittefarmakoloogilisi meetodeid. Varajases postoperatiivses perioodis peetakse opioide vägagi efektiivseks (Joelsson jt 2010), kuid kaasuva uimasuse, iivelduse ja halva enesetunde tõttu võib liikumisvõime taastumine olla oluliselt pidurdatud. Kasutusel on mittesteroidsed põletikuvastased ravimid (MSPVA), samuti koksiibid (Suomen Artroplastiayhdistys 2015). Eakatele on iseloomulik kaasuvate haiguste tõttu erinevate ravimite tarbimine, seetõttu tuleb hoolikalt kaaluda MSPVA-ravimitest loodetud efekti saavutamist ning kardiovaskulaarsete ja seedetraktihäirete tekke riske. Mittefarmakoloogiliste leevendusvõtetena saab välja tuua lokaalset külmaravi (Suomen Artroplastiayhdistys 2015), patju, asendiravi (Joelsson jt 2010), lõõgastus- ja hingamistehnikaid, seljamassaaži, kujutluste juhtimist ja muusikateraapiat. **Patsiendid, kes saavad efektiivset valuleevendust, on võimelised liikuma varem ja lihtsamini, mis vähendab ka selliste postoperatiivsete komplikatsioonide riski, nagu süvaveenitromboos ja respiratoorne infektsioon (Walker 2012).** Parima tulemuse valuleevendusel saab, kui kombineerida farmakoteraapiat nii abivahendite kui lõõgastustehnikatega.

* *Artikkel on koostatud Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis 2018. aastal kaitstud lõputöö põhjal.*

Äärmiselt oluline on selgitada eakale patsiendile liikumise tähtsust, sest endoproteesimine üksinda, ilma patsiendipoolsete pingutusteta, füüsilist aktiivsust ei tõsta. Liikumine võib olla häiritud ka teiste tegurite tõttu, mis mõjutavad füüsist postoperatiivses faasis, nagu näiteks iiveldus, valu, hüpovoleemia ja üldine nõrkus, mis kõik kahanevad järgnevate päevadega. Tähelepanuta ei tohiks jätta aneemia esinemist, millel on otsene seos funktsionaalse liikumisega (Foss jt 2008). Patsiendile tuleb anda suuniseid õige tehnikaga jalaharjutuste sooritamiseks, selgitada asendravi toimet, rääkida puusa keeramise ja sügavasse tugitooli istumise ohtudest, et ennetada dislokatsiooni riski, rõhutada **kõrgenduste kasutamise tähtsust igapäevaelus ja turvalise ning hästi valgustatud koduse keskkonna olulisust (Järveots 2007, Jõeloo 2008).** Patsiendi haiglast lahkumise kriteeriumiks võiks olla see, kui ta saab isesisvalt voodisse minna ja voodist välja tulla, kõndida sööma ja tagasi, iseseisvalt kasutada tualetti ning kõndida abivahendiga (Foss jt 2008).

Infektsiooni tekkimine endoproteesitud liigeses on üheks raskemaks tüsistuseks. Infektsiooni ennetamise meetoditena on välja toodud antibiootikumiprofülaktikat ning haava reeglipärast käsitlust (Haviko jt 2009). **Oluline on osata tunda ära infektsioonile viitavaid märke ja alustada kiirelt ravi, et infektsioon ei kanduks pindmistest kihtidest endoproteesitud liigeseni.**

Venoosne trombemboolia on tavaline 40–80% ortopeedilistest patsientidest (Walker 2012). Euroopas ollakse seisukohal, et tromboprofülaktika peab algama 10–12 tundi enne operatsiooni. Ameerika autorid aga eelistavad profülaktilise raviga alustada 12–24 tundi pärast operatsiooni (Sell 2010). Venoosse trombemboolia ennetuses on tähtsal kohal farmakoloogilised meetmed, kuid kindlasti ei tohiks tähelepanuta jätta füüsilise tegevuse suurt rolli, samuti kompressioonsukkade kasutust. Meditsiinilised kompressioonsukad vähendavad verepaisu ja staasi, avaldades survet jala erinevatele piirkondadele ning nende kasutamine koos farmakoloogilise profülaktikaga on kindlasti efektiivsem kui ainult sukkade kasutamine (Muñoz-Figueroa ja Ojo 2015). Eakale patsiendile tuleb kindlasti selgitada ravimite võtmise vajadust, liikumise tähtsust, abistada ja õpetada teda sukkade jalgapanekul ning põhjendada, miks antud meetodid on vajalikud ja milline on nende toime.

Eakad puusaliigese endoproteesimise läbi teinud patsiendid kogevad nii hirmu, ärevust, meeleolu alanemist kui depressiooni, mis võivad mõjutada paranemise protsessi (Joelsson jt 2010, , Olsson jt 2016). Patsient hakkab tundma hirmu liikumise ees, suureneb funktsionaalne võimetus ja võimendub ärevus (Olsson jt 2016). Hirmu tuntakse ka igapäevaeluga toimetuleku ees (Tammsaar 2013), intiimelu harvenemise ja pereprobleemide ees (Meiri jt 2014). On tähelepanuväärne, et depressioon ei piirdu vaid psühholoogiliste ja emotsionaalsete mõjudega, vaid on seotud ka füüsilise

funktsiooniga, avaldudes unehäirete, kehakaalu tõusu ja luu-lihaskonna valuna ning on tugevalt seotud postoperatiivsete komplikatsioonide suurema riskiga (Schwartz ja Lange 2017). Kindlasti on vajalik suhtlus patsiendiga, mille käigus tuleb julgustada neid rääkima, mida või miks nad kardavad, sisendama usku, et saadakse iseseisvalt hakkama. Eakatele juhiste andmise iseärasuseks on see, et lisaks suulistele juhistele tuleb anda need ka kirjalikult ja üldjuhul mitte suunata eakat patsienti internetist infot otsima. Depressiooni ja ärevuse leevendamiseks tuuakse välja farmakoteraapiat, psühhoteraapiat ja toetavaid ravisekkumisi, mida sageli omavahel kombineeritakse (Puis jt 2017). Oluline on välja tuua, et valu ja depressioon on omavahel tugevas korrelatsioonis ja pole kinnitust leidnud, kas valu on põhjustanud depressiooni või kas depressioon põhjustab patsiendil suurenenud valu kogemist (Greene jt 2016). Erinevate autorite uurimistulemusi üldistades võib tõdeda, et ärevust ja hirmu saab oluliselt vähendada, kui eakas patsient saab osaleda individuaalsel endoproteesimiseelsel nõustamisel.

Väga sagedaseks komplikatsiooniks eakate hulgas on deliirium, mille vallandajateks võivad olla kõrge vanus, paljude erinevate ravimite tarbimine suurtes kogustes, varasemad deliiriumiepisoodid, liikumatus ja sõltuvus teistest inimestest, madal hemoglobiini tase, massiivne vereülekanne, hooldekodus elamine, samuti alaravitud valu ja opioidide,

Kirjandus

Bergman, H., Karunananthan, S., Robledo, L. M .G., Brodsky, J., Chan, P., Cheung, M., Bovet, P. (2013). Understanding and meeting the needs of the older population: a global challenge. Canadian Geriatrics Journal, 16(2): 61–65. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3671014/ (19.10.2017).

Foss, N. B., Kristensen, M. T., Kehlet, H. (2008). Anaemia impedes functional mobility after hip fracture surgery. Age and Ageing, 37(2): 173–178. Doi: 10.1093/ageing/afm161 https://academic.oup.com/ageing/article/37/2/173/40506/Anaemia-impedes-functional-mobility-after-hip (19.09.2017).

Gjertsen, J. E., Baste, V., Fevang, J. M., Furnes, O., Engesæter, L. B. (2016). Quality of life following hip fractures: results from the Norwegian hip fracture register. BMC Musculosceletal Disorders. Doi: 10.1186/s12891-016-1111-y https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4936302/ (02.10.2017).

Greene, M. E., Rolfson, O., Gordon, M., Annerbrink, K., Malchau, H., Garellick, G. (2016). Is the use of antidepressants associated with patient-reported outcomes following total hip replacement surgery? Acta Orthopaedica, 87(5): 444–451. doi: 10.1080/17453674.2016.1216181 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5016901/ (25.09.2017).

Harding, P., Holland, A. E., Delany, C., Hinman, R. S. (2014). Do activity levels increase after total hip and knee arthroplasty. Clinical Orthophaedics and Related Research, 472(5): 1502–1511. doi: 10.1007/s11999-01 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3971219/ (30.08.2017).

Haviko, T. (2009). Ortopeedia areng Eestis: kuhu oleme jõudnud? Eesti Arst. http://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/viewFile/10528/5714 (18.10.2017).

Joelsson, M., Olsson, L. E., Jakobsson, E. (2010). Patients' experience of pain and pain relief following hip replacement surgery. Journal of Clinical Nursing, 19(19-20): 2832–2838.

http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=12935537-043f-49f2-95bd-17c467f5549f%40sessionmgr101&vid=5&hid=128 (20.09.2017).

Jõeloo, A. (2008). Kõnni kinemaatilised näitajad enne ja kuus kuud pärast ühepoolset puusaliigese endoproteesimist. Tartu Ülikool. Magistritöö liikumis- ja sporditeaduste erialal. http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/6189/joeloo...;jsessionid=36C4A37DB6AAEEA1213536FB1FD04D31?sequence=1 (03.09.2017).

Krenk, L., Jennum, P., Kehlet, H. (2014). Postoperative sleep disturbances after Zolpidem treatment in fast-track hip and knee replacement. Journal of Clinical Sleep Medicine, 10(3): 321–326. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3927439/ (07.10.2017).

Lavernia, C. J., Villa, J. M. (2016). High rates of interest in sex in patients with hip arthritis. Clinical Orthophaedics And Related Research, 474(2): 293–9. doi: 10.1007/s11999-015-4421-8. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26152779 (15.09.2017).

Manning, B. T., Kearns, S. M., Bohl, D. D., Edmiston, T., Sporer, S. M., Levine, B. R. (2017). Prospective assessment of sleep quality before and after primary total joint replacement. Orthopaedics. https://www.healio.com/orthopedics/journals/ortho/%7Bc94a0a7e-f649-451d-80d4-efef9b1f1821%7D/prospective-assessment-of-sleep-quality-before-and-after-primary-total-joint-replacement (13.10.2017).

Meiri, R., Rosenbaum, T. Y., Kalichman, L. (2014). Sexual function before and after total hip replacement: narrative review.

unerohtude-sedatiivumite ja alkoholi tarvitamine. Deliiriumi ennetamiseks või leevendamiseks tuleks pärast endoproteesimist koheselt lubada pereliikmeid patsiendi juurde. Kiiresti tuleks eakale anda tagasi prillid ja/või kuuldeaparaat, pakkuda talle oma abi ning tagatud peab olema turvaline keskkond. Võimalusel tuleks vähendada või vältida keskkondlikku müra. (Mosk 2012)

Unehäired on tavaline probleem puusaliigese endoproteesimise läbi teinud patsientide hulgas. Unetuse peamiseks põhjuseks varasel endoproteesimise järgsel perioodil on valu, mis hilisemas postoperatiivses perioodis leeveneb (Manning jt 2017). Välja saab tuua valu ja une kvaliteedi omavahelise seose, kuna probleemideta une korral valu väheneb. Valu efektiivse leevenduse korral paraneb patsiendi une kvaliteet ja eakas on ka vaimse tervise seisukohalt stabiilne. Krenk jt (2014) toovad oma uurimistöös välja, et vähenenud uni viib valutundlikkuse olulise tõusuni ja opioidide vajadus suureneb, samas on aga teada opioidide negatiivne mõju une struktuurile.

Taastumine puusaliigese endoproteesimisest hõlmab endas nii füüsilisi kui ka psüühilisi valdkondi. Kui alguses on füüsiline taastumine peamiseks prioriteediks, siis psüühikaga seotud probleemid muutuvad tähtsamaks taastumisprotsessi kestel. Taastumise tempo on varieeruv, kui esinevad piirangud füüsilises funktsioonis, mõjutab see tugevalt ka psühhosotsiaalset valdkonda.

Sexual Medicine. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4272247/ (24.09.2017).

Mosk, C. A., Mus, M., Vroemen, J. PAM., Van der Ploeg, T., Vos, D. I., Elmans, L. HJG, Van der Laan, L. (2017). Dementia and delirium, the outcomes in elderly hip fracture patients. Clinical Interventions In Aging. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5354532/ (12.09.2017).

Muñoz-Figueroa, G. P., Ojo, O. (2015). Venous thromboembolism: use of graduated compression stockings. British Journal of Nursing, 24(13): 680–685. http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=5b724e1a-08d2-4aed-be5d-055d0031359c%40sessionmgr101&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=109828097&db=c8h (28.09.2017).

Ng, C. Y., Ballantyne, J. A., Brenkel, I. J. (2007). Quality of life and functional outcome after primary total hip replacement. The Bone and Joint Journal http://www.bjj.boneandjoint.org.uk/content/89-B/7/868.full#sec-1 (10.10.2017).

Olsson, L. E., Hansson E., Ekman, I. (2016). Evaluation of person-centred care after hip replacement - a controlled before and after study on the effects of fear of movement and self-efficacy compared to standard care. BMC Nursing doi: 10.1186/s12912-016-0173-3 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5017008/ (10.09.2017).

Puis, L., Suija, K., Ööpik, P., Lomp, Ü., Meister, T., Kivisto, K. (2017). Kokkuvõte kliinilisest auditist „Depressiooni diagnostika ja ravi esmatasandil". Eesti Arst, 96(2): 69–72. http://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/viewFile/13340/8398 (07.10.2017).

Schwartz, F. H., Lange, J. (2017). Factors that affect outcome following total joint arthroplasty: a review of the recent literature. Current Reviews in Muscosceletal Medicine, 10(3): 346–355. doi: 10.1007/s12178-017-9421-8 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5577422/ (05.10.2017).

Sell, A. (2010). Perioperatiivne süvaveenitromboosi profülaktika. Eesti Arst, 89(2): 127–131. http://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/viewFile/10792/5977 (03.10.2017).

Sivakumar, B. S., McDermott, L. M., Bell, J. J., Pulle, C. R., Jayamaha, S., Ottley, M. C. (2012). Dedicated hip fracture service: implementing a novel model of care. ANZ Journal of Surgery, 83(7-8): 559–563. doi: 10.1111/j.1445-2197.2012.06201.x 45

http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=22943562&site=ehost-live (05.10.2017).

Suomen Artroplastiayhdistys. (2015). Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa 2015. http://www.suomenartroplastiayhdistys.fi/files/hyva_hoito_lonkan_ja_polven_tekonivelkirurgiassa_2015.pdf (18.10.2017).

Tammsaar, Ü. (2013). Patsientide hinnangud õdede patsiendikeskusele statsionaarsetes ortopeedia ja traumatoloogia osakondades. Tartu Ülikool Arstiteaduskond Õendusteaduse osakond. Magistritöö õendusteaduses http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/31234/tammsaar_mag_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y (12.09.2017).

Walker, J. (2012). Care of patients undergoing joint replacement. Nursing Older People, 25(1): 30–36. http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104516224&site=ehost-live (12.10.2017)

World Health Organization (2014). Facts about ageing. http://www.who.int/ageing/about/facts/en/ (07.09.2017).

Õe ja õppejõuna Aafrikas

Marit Kiljako
Tartu Tervishoiu Kõrgkooli õppejõud

Olen töötanud pikki aastaid õena SA Tartu Ülikooli Kliinikumis ja nüüd juba kümme aastat õppejõuna Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis. 2017. aasta varakevadel tuli kõrgkooli pakkumine minna vabatahtlikuks Aafrikasse. Otsiti just sellist inimest, kes on töötanud nii õena kui ka õppejõuna. Minemise võimalused ja tingimused olid alguses segased, aga siiski otsustasin minna. Olen veendunud, et kuigi maailmas valitseb paljudes valdkondades suur ebavõrdsus saab siiski ka üksikisik olukorda mõjutada. Olgu see siis pudelivee ostmata jätmine või vabatahtliku töö Aafrikas. Õppejõuna arutlen tihti teemadel antibiootikumide resistentsus, puhas joogivesi, mitmekülgne toitumine, multikultuursus, keskkonnareostus jne. Mis need mõisted tegelikult tähendavad, on siiani jäänud minu jaoks peamiselt teoreetilisteks teadmisteks. Vaevalt, et kõigele Aafrikas vastuse sain, aga pilt läks kindlasti kordades selgemaks.

Projekt, mille kaudu MTÜ Mondo mind Aafrikasse saatis, kandis nime „Vabatahtlikud Aafrikasse ja Aasiasse – Eesti ekspertide panus arengukoostöös 2017–2018". Projekti üks eesmärkidest oli parendada tervishoiu kutseõppe kvaliteeti Ghanas. Minu vabatahtliku töö peamine ülesanne oli analüüsida ja anda soovitusi umbes Tartu suuruse linna Bolgatanga ämmaemandate kooli õppekava arendamiseks. Lisaks jagada oma teadmisi õppejõududele, töötavatele õdedele ja üliõpilastele. MTÜ Mondo on Ghanas, Kongo külas tegutsenud juba üheksa aastat. Umbes viis viimast aastat on saadetud sinna ka ämmaemandaid ja õdesid, et nad saaksid küla väikekliinikutes oma kogemusi jagada. Koolidega varasemalt koostööd pole tehtud. Seega olime meie (teine vabatahtlik, kes neli nädalat enne mind Aafrikasse jõudis, oli Silja Mets-Oja Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolist) ülesanne arendada koostööd koolidega. Kokku viibisin Ghanas kuus nädalat, mis on ilmselgelt väga lühike aeg, et midagi väga radikaalselt muuta saaks. Samas ei tohi ka kaardistamise tööd ja väikeseid muudatusi, mida iga vabatahtlik teeb, alahinnata.

Mul õnnestus külastada kahte kõrgkooli ja kahte suuremat haiglat ning töötada pikemalt väikeses Elva suuruse linna kliinikus ja ühes koolis. Selgus, et õppekvaliteet koolis on täiesti arvestataval tasemel. Mõlema eriala õpe kestab kolm aastat ja on meie süsteemiga küllalt sarnane, põhinedes samuti õpiväljundite saavutamisel. Kindlasti õpitakse rohkem asju pähe, kui meie pragune õpe seda nõuab, aga õppematerjalid on kaasaegsed. Samas võib olla õpetatavate teemade rõhuasetus meiega võrreldes suhteliselt erinev, mis tuleneb olukorrast riigis. Nt suurt rõhku pööratakse pereplaneerimisele. Oluline on rasestumisvastaste vahendite propageerimine, mida aga katoliiklikud koolid ei pruugi teha. Teadaolevalt on Ghana sügavalt usklik maa, mistõttu laste arvu piiramine on ajalooliselt olnud väga keeruline. Täiesti tavaline on, et peres on 5–8 last. Lubatud on ka kooselu mitme naisega.

Ghana õdede ja ämmaemandate koolide õppekavad on riiklikud, mille mõjutamine väljastpoolt kooli tulijale on päris keeruline. Õdede õppes on umbes 2/3 noormehi. Ghana riik on vaene. Haridus on igal astmel tasuline, mis tähendab, et perekonnad ei jõu lapsi koolitada. Varakult sunnitakse lapsed põldudele, sest põlluharimine ja loomakasvatus on oluline sissetuleku allikas. Juba ajalooliselt on naised saanud vähem haridust, seetõttu jäävad ka nende elukutsevalikud piiratuks. Tänaval laste käest küsides, kelleks nad saada tahavad tuleb väga kiirelt vastuseks kas õde, ämmaemand või õpetaja. Need ametid on stabiilse sissetuleku saamiseks väga olulised ja prestiižsed. Ghana on olnud demokraatlik vabariik alates 1957. aastast. Paraku ei ole siiani väga hästi iseseisvalt toime tuldud. Paljud eluvaldkonnad, sh haridus ja tervishoid saavad pidevalt toetust teistelt maadelt. Kohalike inimestega suheldes kuuleb tihti, et üks või teine suurem projekt on läbi viidud Hollandi, Saksamaa või Taani riigi toel. Paraku on need samad riigid varasemalt rohkelt Ghana inimesi orjadena kasutanud, seega toimub omamoodi lunastuse saamine. Enne vabaks saamist oli Ghana riik üle 100 aasta Inglismaa koloonia ja tuntud kui Kullarannik (*Gold Coast*). Mis tähendab, et siiani on nii riigi tervishoiu kui ka haridussüsteemis märgata Inglismaa traditsioone. Näiteks kannavad kõik õe ja ämmaemanda üliõpilased koolivormi, mis oleks kui maha joonistatud ERR-is linastuvatest briti haigla seriaalidest. Ajas tagasiminemise tunne tekkis vabatahtliku aja jooksul pidevalt. Kui palju meiega võrreldes ajast maas ollakse on võimatu täpselt määratleda. Mobiiltelefonid on noortel enamjaolt nagu meilgi, tihti aga on teises taskus ka tavatelefon, mida elektrikatkestusel sidevahendina kasutatakse. Haiglavarustus jääb pigem 20–30 aasta tagusesse aega. Kes mäletavad, kuidas töötada trumlite ja marlisidemetega, saavad seal edukalt hakkama. Ühekordsetest tarvikutest olid ainult süstlad ja kindad. Akendeta elu pole meist aga ilmselt keegi kogenud. Nimelt on enamustes kodudes, koolides ja haiglates akende ees klaasribid, mida täielikult sugeda pole võimalik. See aga tähendab pidevat kõrbeliiva ja tolmuga võitlemist. Samas on olemas ka neid kodusid ja asutusi, kus on pakettaknad ja konditsioneerid. Väikehaiglas, kus mina töötasin, oli selliseid ruume kaks: kliiniku juhataja kabinet, kus toimus haigete vastuvõtt, ja laboratoorium.

Väikekliinikute ja suurhaiglate teenuse kvaliteedi vahe on väga suur. Materiaalse ja haritud inimressursi puudus valitseb aga kõikjal. Väikekliinikud sarnanevad mõnevõrra meie perearstikeskustele. Lisaks on neis reeglina ämmaemandate osakond, kus jälgitakse rasedaid ja võetakse vastu sünnitusi. Samuti on kliinikutes väikesed statsionaarsed osakonnad, kus pakutakse lühiajalist ööpäevaringset abi. Kliinikusse pöördumisel tuleb arvestada tundide pikkuse ooteajaga. Aegu ei reserveerita, õnneks aga võetakse tõsisemad haiged kiiremini ette. Nendeks võivad olla liiklustraumad, aga ka malaaria ägedad vormid, kus patsient on teadvuse kaotanud. Kõige enam esines selles piirkonnas, kus mina töötasin erinevaid ülemiste

hingamisteede haigusi, malaariat, naha- ja liigeseprobleeme. Kuigi väljas valitseb 35 °C kuumus, on väikelastel sarnaselt meie omadega pidevalt nohu ja/või köha. Sageli tuli ette olukordi, kus kõrges palavikus laps oli tugevas vedelikupuuduses ja saabus kliinikusse juba poolteadvuseta. Kergemate juhtumite korral pidid emad palaviku langetamiseks kõigepealt lapsed kliiniku hoovis jaheda veega üle kastma. Edasi tuli kasutusele paratsetamooli küünal või diklofenaki süst, mis oli seal maal veel väga au sees ravim.

Kui Eesti haiglates ei ole vaja pikalt selgitada, mis asi on haiglanakkus ja kuidas see levib, siis Ghanas on asjad selles vallas väga halvad. Isegi, kui teadmised on olemas, ei ole enamuses väikekliinikutes elementaarseid a- ja antiseptika reeglite täitmisteks vajalikke vahendeid. Näiteks on täiesti tavaline, et väikekliiniku sidumistoas peab õde toimetama mittesteriilsete instrumentidega. Sidumisvahendeid hoitakse kas käe peal või asetatakse puhastamata lauale. Sidumislinu või kandikuid praktiliselt pole. Ka käte antiseptika vahendeid ei ole tavaks kasutada. Antiseptikum on küll apteegis olemas, aga igapäevaselt seda haiglatesse osta ei jõuta. Kätepesu on au sees, aga ka seda toimingut saab teha poolikult, sest paljudes kohtades pole seepi ja/või võimalust käte kuivatamiseks. Süstete tegemiseks on piirituselahus küll olemas, aga tihti saab see nädalalõpuks otsa. Instrumentide puhastamiseks pesti neid veega ja leotati kloori lahuses. Autoklaavid või instrumentide keetmise seadeldised olid tihti katki või töötasid küsitava kvaliteediga. Kui kliiniku apteegist ravimid otsa saavad, minnakse neid laenama naaberkliinikust. Kui ka seal on otsas, siis ravi ei alustatagi. Samas on toiminguid, mida väikekliinikute sidumistoas tuleb palju teha. Alustades poisslaste ümberlõikamisest kuni suurte infitseerunud haavandite sidumisega. Samuti tuleb tegeleda mao või skorpioni hammustustega. Mina olingi suurema aja kliiniku tööst sidumistoas või mõõtsin patsientide elulisi näitajaid. Lisaks viisin töötajatele läbi koolitusi ja tuletasin meelde eelmiste vabatahtlike soovitusi. Õe vastutus kliinikutes on väga suur, sest arstide puudus valitseb kõikjal.

Vabatahtlikuna töötades ei ole kellelgi kaasas rahapakki, mida kohalikele jagada. Samas tekib kohe kiusatus oma raha mõne asja parandamiseks kasutada. Paraku pole see kuigi mõistlik, sest tihti on suurem probleem hoopis suhtumises. Selle muutmine on aga hulga keerulisem ja võtab oodatust kauem aega. Vabatahtlikuna ei saa kunagi jäigalt oma teadmisi kohalikele peale suruda. Jagatud info peab nende kultuuriruumi ja võimalustega sobituma. Vastasel korral soovitusi omaks ei võeta. Samas võib mõne väikese annetuse tõukel liikuma minna palju suurem asi, kui alguses paistab. Omalt poolt püüdsin parandada Ayamfooya kliiniku sidumistoa füüsilist keskkonda ja olla oma sealoleku ajal neile eeskujuks töökultuuri kujundamisel. Roostevabast terasest tarvikute ostmiseks ressursse polnud, aga verest ja ravimitest nõretavad pinnad sai puhtaks küüritud ja uue vakstuga kaetud. Kaasa võetud antiseptikumi dosaator pani samuti töötajate silmad särama, sest nüüd on neil vähemalt anum, kust paremate päevadel antiseptikumi pihustada saab. Samuti koostasin kliiniku juhile nimekirja odavamatest ja kallimatest asjadest, mida oleks hädavajalik soetada, et üldse elementaarset puhtust kliinikus tagada. Praeguseks saan rõõmuga tõdeda, et osad nimekirjas mainitud asjad said hiljem heade eestlaste abiga neile saadetud. Selliste tegevuste mõju on raske hinnata, aga mind lohutab teadmine, et nüüd on umbes sajal haigel, kes iga nädal sidumistoa teenust vajavad, võimalik saada kvaliteetsemat teenust ja vahest pääseb mõni neist HI-viiruse või hepatiidi nakkusest, mille levikut olemasolev keskkond igati soosis.

Vaesust kohtab Põhja-Ghanas igal sammul. Iga neljas laps on alakaaluline. Oma kuuenädalase missiooni ajal ei kohanud ma ühtegi last, kes oleks olnud veidigi normist suurema kehakaaluga. Laste jalad ja käsivarred on kõhetud aga lihaselised, sest füüsilist tööd tuleb teha juba varakult. Mõtlen piinlikkusega, kuidas heaolu riikides toitu valitakse ja raisatakse ning missuguseid ressursse kulutatakse sellele, et kehakaalu alandada. Kuidas neid siis aidata, raske vastata. Usun haridusse – panustades sellesse võib olukord paraneda küll. Teadlikkuse tõusuga saavad nad ise luua endale töökohti ja leida sobivaid lahendusi. Õnneks on ka kohalikud hariduse väärtusest aru saanud, mis tõttu ollakse väga tänulikud, kui oma teadmisi nendega jagad.

Mitmed autorid ja allikad ütlevad, et vabatahtlik tegevus on kodanikuühiskonna alustala ja küpse demokraatia tunnus. Vabatahtlik tegevus suurendab inimestevahelist usaldust, aitab kujundada ühiseid norme ja luua sotsiaalseid võrgustikke, mis omakorda soodustab koostööd ühiste eesmärkide nimel. Pean isiklikult vabatahtliku tööd väga tähtsaks. Alati ei pea seda tegema võõrriigis ja sellisel kujul, aga leian, et õe elukutse loob ideaalse võimaluse erinevates vabatahtlikes töödes osalemiseks. Võõrriigis vabatahtliku tööd tehes areneb kindlasti palju just ise. Oluliselt avardub maailmapilt, areneb suhtlemisoskus erineva kultuuritaustaga inimestega ja oskus ennast veenvaks

muuta täiesti võõras keskkonnas. Vabatahtlik töö on justkui kingituse tegemine, mille järgselt tunneb kingituse tegija ennast sama hästi või veel pareminigi kui kingi saaja. Mina ei läinud Aafrikasse kindlasti seiklusi otsima, aga paratamatult kaasneb sellise väljakutse vastu võtmisel palju seiklusi, sest elu, mida Ghanas elatakse on meie rutiinsest elus väga erinev. Huvi korral võite minu blogipostitusi igapäevaelust Ghanas lugeda http://vabatahtlikunagaanas.blogspot.com.ee/search/label/Marit.

EÕL 2018 II poolaasta tegevused

Eesti Õdede Liit
Estonian Nurses Union

Piirkond	Kuup	Kuu	Koolituse nimetus/ Sündmuse sisu
EÕL	24	**August**	Suvine volikogu koosolek
EÕL	27		Seminar õendusõppejõududele
EÕL	29		Koosolek Õendusüliõpilaste seltsinguga
EÕL		Sügis	Metsaülikool õendusteaduse magistriõppijatele
Lääne Virumaa/ EÕL	1.-30.	**September**	Heateokuu
Pärnumaa	2		Kahe Silla jooks - Tervisenäitajad
EÕL	6		AÜ koolitus
Pärnumaa, Viljandimaa, Saaremaa	14		Kolme piirkonna koolitus - Viljandi
Läänemaa	14		Matk Peraküla
EÕL	15		Teeme ära - Maailmakoristus koos Õdede Liiduga
Põhja	18		Piirkonna õppepäev: Toitumine, ravimite koosmõju organismis
Lõuna	21		Rabamatk
Põlvamaa	25		Sügismatk
Pärnumaa	27		Terviseloeng ja mõõtmised
Psühhiaatriaõdede Seltsing	28		Koolitus- erinevad isiksused ja meeskonnatöö (Pärnu)
Põhja	2	**Oktoober**	**Aastakoosolek** koos koolitusega
Põhja	4		LTKH koolitus koos UI valimistega
Viljandimaa	4		**Aastakoosolek** koos koolitusega (sh UI teemad)
Ida Virumaa	5		Ekskursioon koos **aastakoosolekuga**
EÕL	11		Volikogu koosolek
EÕL	12.-13.		Seltsingute ja juhatuse koosolek
Pärnumaa	18		**Aastakoosolek** koos koolitusega
Lõuna	18		**Aastakoosolek** koos koolitusega
Hambaraviõdede Seltsing	20		Koolitus: Motiveeritud hambaraviõde (Tartus)
Lääne Virumaa	25		**Aastakoosolek** koos koolitusega, eeemaks toitumine.
Lasteõdede Seltsing	25		Koolitus: vaktsineerimine
Läänemaa	31		**Aastakoosolek** koos koolitusega: Digimaailm
Põhja	2.-3.	**November**	**Aastalõpu koosolek**
Viljandimaa	8		Motivatsiooni üritus piirkonna aktiivile 2019 EE ja tegevuskava
Põhja	15		PERHi koolitus koos UI valimistega
Saaremaa	16		**Aastakoosolek** koos piduliku üritusega.
EÕL	22-23		VOLIKOGU koosolek ja koolitus
Hooldustöötajate Seltsing	14		Koolitus "Lamatiste ravijuhend" + töötoad
Põlvamaa	2	**Detsember**	Jõuluüritus Kubija Spas (omaosalus)
Viljandimaa	4		Mulgi Savikoda, Jõuluüritus
Lõuna	5		Motiveeriv koolitus UI-dele
Lõuna	7		Laste Jõulupidu
Järvamaa	9		Aastakoosolek koos koolitusega
Läänemaa	14		Ühispidu koos haigla ja EALga

EÕL 95.aastapäevale pühendatud konverents

17.mail 2018, Swisshotel Tallinn

TERVIS KUI INIMÕIGUS

09.30 – 10.00	Kogunemine, registreerimine, hommikukohv
10.00 – 10.30	Meeskonnas on tähtis iga lüli. **Urmas Sule**, Eesti Haiglate Liit
10.30 – 11.00	Ainsad, kes suudavad tervishoidu muuta, on õed. **Anneli Kannus**, EÕL
11.00 – 11.30	ICN 2018 – Tervis on inimõigus. **Gerli Liivet**, EÕL
11.30 – 11.40	SIRUTUSHARJUTUS konverentsi moderaatorilt
11.40 – 12.10	Elanikkonna vananemisega kasvab õendusabi vajadus. **Rain Laane**, Haigekassa
12.10 – 12.40	Õdedest registri vaates. **Merike Jürilo**, Terviseamet
12.40 – 13.00	EÕL aasta õde ja EÕL aasta tegu väljakuulutamine Õendusteaduslike uurimistööde tunnustamine
13.00 – 14.15	LÕUNA

Paralleelsessioon: Eesti Õdede Liidu sessioon
EESTI ÕDEDE LIIT 1923–2018

14.15 – 14.35	Muutuste algus õenduses. **Ilve-Teisi Remmel**
14.35 – 14.55	Kolm kollast transporditöölist, kaks õde ja üks viltuse nokamütsiga raudteelane. **Ester Öpik**
14.55 – 15.15	Miks on EÕL vajalik? **Reet Urban**
15.15 – 15.30	SIRUTUSPAUS
15.30 – 15.50	Killukesi õendusajaloost Eesti Tervishoiu Muuseumi kogude näitel. **Merike Metsala-Niglas**
15.50 – 16.10	Parimad palad liikmetelt. **Esitavad Tiina Sildver – Kikas ja Gerli Liivet**
16.10 – 16.40	Tulevik on õdede päralt. EÕL Õendusüliõpilaste Seltsing
16.40 – 17.00	Töötoa ja päeva kokkuvõte

Paraleelsessioon: Tartu Ülikooli õendusteaduse õppetooli sessioon
TÕENDID PRAKTIKASSE – VÄÄRTUSTADES KOGEMUSI

14.15 – 14.35	**Avamine ja õppetooli ning õppekava tutvustus Ere Uibu**
14.35 – 14.55	Meeste kogemused perekeskse sünnitusabiga – kvalitatiivne uurimus LääneTallinna Keskhaigla ja Lõuna-Eesti Haigla sünnitusosakonnas **Käthlin Vahtel**
14.55 - 15.15	Lapsevanemate tajutud vanemlik kompetentsus kaheaastase lapse heaolu tagamisel – PSOC hindamisvahendi alusel **Janne Kommusaar**
15.15 – 15.30	Oma kogemusest! – õppetooli vilistlane **Gerli Liivet**
15.30 – 15.40	SIRUTUSPAUS
15.40 – 16.00	Patsientide kogemused ja vajadused seoses elustiili nõustamisega perearstikeskustes **Kadri Kööp**
16.00 – 16.20	Keemiaravi saavate patsientide kogemus suhelda tervishoiutöötajaga täiendavast ja alternatiivmeditsiinist ning asjakohase nõustamise vajadus – kvalitatiivne uuring **Elina Müürsepp**
16.20 – 16.40	Kuula üliõpilast! – õppetooli õendusjuhtimise eriala üliõpilaste etteaste
16.40 – 17.00	**Kokkuvõte, küsimused ja diskussioon (juhivad õppetooli assistendid)**

Konverentsi osalustasu 175 eurot. EÕL liikmetele tasuta.

Registreerimine www.ena.ee kuni 7.maini või kuni kohti jätkub. Lisainfo juhatus@ena.ee
NB! Registreerimisel võtad kohustuse osaleda. Võetud kohustuse mittetäitmisel on Eesti Õdede Liidul õigus saata Sulle tasumiseks koolitusarve.

TARTU ÜLIKOOL