

EESTI ÕDEDE LIIDU AMETLIK VÄLJAANNE

Eesti Õde

NR 3
SEPTEMBER
2018

EOL liikmetele tasuta



Aeg on küps arukateks otsusteks

Aasta 2018 on eriline kõigi eestimaalaste jaoks, sest Eesti Vabariik sai 100 aastaseks. Lisaks sellele on see aasta eriline ka Eesti Õdede Liitu kuuluvate inimeste jaoks, sest tähistasime oma organisatsiooni 95. aastapäeva. Need arvud panevad õhkama – mõtle vaid, kui vana. Suvel sai minu vanaema 100 aastaseks. Kui ma tema peale mõtlen, siis tekib küsimus, kui vana on vana. Tal on raskusi käimisel, kuid mõistus on selge ja oma igapäevase eluga saab hästi hakkama. Ise väidab ta juba aastaid, et nii head elu, kui praegu, pole ta kunagi saanud elada. Küsisin vanaemalt, kui elu on olnud nii raske, siis kuidas ta nii vanaks on suutnud elada. Vastus tuli kiirelt, polnud aega tegeleda tühja-tähjaga. Ta lisas kavalalt muia-tes, kui tehti tööd, siis tehtigi tööd ja kui peeti pidu, siis seda täiega. Naeratas nukralt elukogenud inimesena ja küsis, kuhu te kogu aeg ruttate ja ütle mida eluliselt olulist jõuate oma päevaga teha. Olen nüüd püüdnud oma tegemisi analüüsida – kord jõuan, kord kulub mõni päev tühisele sekeldamisele. Vaadates enda ümber näen, et pole see ainult minuga nii. Ehk tulekski laiemalt pidurit tõmmata ja vaadata üle need eesmärgid, mis kunagi sai püstitatud. Tunnetan oma igapäevases töös, et protsessituhinas on nii mõnigi



ähmastunud. Pean siin silmas inimeste tervist ja selle nimel tegutsemist. Sageli raugab jõud ametnikelt tulevate nõudmiste, s.o eeskirjade ja juhendite rägastikus. Kurb on ka see, et ega keegi oskagi öelda, kes selle peale tuli, kas ja kellele seda vaja on ja kuidas on võimalik seda tulemuslikult rakendada. Näiteks töö- ja puhkeaeg, kuid nii nagu ka varem ei tööta suur osa inimestest täistööajaga vaid kaugelt suurema koormusega. Kas ja kui palju kasu on praegusel moel töötervishoiust, asutuste keskkon-naspetsialistidest ja volinikest jne. Elu näitab, et hätta sattunud inime-ne peab ise tekkinud problee-midega toime tulema. Haigekassa ja töötukassa nimemuutus pole halb plaan, kuid kas praegu on selleks kõige õigem raha kulutada või peaksidki nad tegelema selle-ga, milleks nad sai loodud. Need suvest kaasa võetud mõtted teki-tavad omakorda mõtte, kas poleks viimane aeg korraldada tervis-hoius mõttetalgud. Siis saaksime selgust eesmärkidest ja ei rabeleks igapäevaselt tühja. Nii ehk püsik-sime tervemad ja elurõõmsamad ning mine tea, ehk peaksime ka oma 100. sünnipäeva.

Tatjana Oolo
Peatoimetaja

Sisukord

- 3 EÕL 95.aastapäeva konverents "Tervis on inimõigus"
- 5 Aasta tegusaim öde 2018
- 6 Aasta tegu 2018
- 7 Teadustööde tunnustamine 2018
- 8 Õnnitleme!
- 9 Haigekassa nõukogule nõuandva komisjoni moodustamisest
- 10 Õe baaspädevused on kinnitatud
- 12 Hoiatuse mõju töölepingu lõpetamisel
- 14 Rohkem valikuid akadeemiliseks õppeks
- 17 Eetiline konflikt – õe töö pärisosa
- 20 Ravimite manustamine kliinilisel õppepraktikal – õendusüliõpilaste kogemused ja ettepanekud
- 23 Õendusüliõpilaste probleemid kliiniliste oskuste omandamisel ning nende võimalikud lahendused
- 32 Populaarsust koguva süsivesikutevaese rasvarikka dieedi mõjud
- 33 Digitaalne surmateatise teenus

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

Vastutav väljaandja:





Eesti Õdede Liidu

95. aastapäevale pühendatud konverents „Tervis on inimõigus“

17. mail kogunesid õdede liidu liikmed ning meie sõbrad ja toetajad Tallinnasse. Iga-aastase konverentsiga tähistasime nii öeks olemist. Lisaks juubelile kohaselt vaatasime ka minevikku. Kõik ikka vaid selleks, et veel julgemalt edasi liikuda.

Anneli Kannus
Eesti Õdede Liidu president

Konverentsipäeva avaettekanded olid inspireerivad. Urmas Sule haiglate liidu esindajana leidis, et õed on suisa sündinud meeskonnamängijad ning kinnitas oma ettekandes, et kui sa tahad, et asjad tehtud saavad, siis anna need õdedele teha. Terviseameti juht Merike Jürilo tõi välja tänase registri kitsaskohad ning andis lootust asjade paranemiseks. Haigekassast Rain Laane näitas numbreid, mis tõestas, kuidas õendusabiteenused patsientide heaks on kasvanud. Ta lisas, et mõistmine, empaatia ja inimlikkus on õdedele nii



omased. Eesti Õdede Liidu asepresident Gerli Liivet andis ülevaate ICN 2018. aasta sõnumist, millega sisendatakse kindlustunnet, et õed seisavad ja võitlevad õigete asjade nimel, sest tervises peitub võlujõud. Päeva edenedes jagunes saalitäis rahvast kaheks. Osa kuulas ja vaatas killukesi ajaloost ning teine pool kogus tarkust teadusradadelt. Esmakordselt said sõna värske seltsingu loonud õendusliõpilased, maalides meie ette pildi helgest õenduse tulevikust. Ettekanded on kättesaadavad Eesti Õdede Liidu kodulehel.

Päeva tagasisides hinnati konverentsi tervikuna koos korraldusliku poolega väga heaks. Konverentsil peeti väga oluliseks, et see võimaldas uhke olla õeks olemise üle ning andis motivatsiooni edaspidiseks. Nuriseti registreerimislaua korralduse, s.o registreerimise tähistus oleks pidanud olema seinal ning päeva pikkuse üle. Tehti ettepanek korraldada üritus kahepäevaseks või siis alustada hiljem, et jaksaks pidutseda ka. Vaatamata pikale konverentsipäevale jõudsid pooled osalised õhtul veel meie juubeliaastat tähistada.



Kõlasid suurepäraseid ettepanekud, et õdede päeva konverentsi võiks korraldada üle Eesti, et igal konverentsil võiks mõni auliige rääkida huvitavaid seiku, kogemusi, mälestusi. Sooviti, et Eesti Õdede Liit 100

tuleks tähistada ERM-is. Kõike arvesse võttes on 2019. aasta Rahvusvahelise Õdede Päeva tähistamise ideed olemas. Eesti Õdede Liidu volikogu kinnitab 2019. aasta tegevused juba novembrikuus.





Eesti Õdede Liidu juubelikonverentsil anti üle **aasta** **teigusaima õe tiitel**

Tiina Sildver-Kikas, EÕL volikogu esimees

Traditsiooniliselt on valiku tegemise au ja kohustus Eesti Õdede Liidu volikogul. Sellel aastal esitati õdede liidu piirkondadest neli kandidaati. Valiku tegemine on alati keeruline, sest piirkondadest esitatakse ju ainult väga häid kandidaate. Kõik esitatud on tublid oma igapäevases õe töös ning on õdede liidu tegemistes alati aktiivsed osalejad ja toetajad.

2018. aasta kandidaadid

Hille Vaht on EÕL liige 1984. aastast, Võrumaa piirkonna juhatusse on kuulunud 2007–2015.

Hille on olnud pikka aega aktiivne liige ja seisnud hea õdede ja hooldajate koolitamise ja eetiliste väärtuste hoidmise eest. Hille on alati huvitatud uute teadmiste saamisest ja nende jagamisest oma kolleegidele. Hille on alati aktiivselt kaasa löönud EÕL ürituste korraldamisel, tal on häid ideid ja varasemat kogemust, et üritustel kõik hästi toimiks.

Hille töötab Lõuna-Eesti Haiglas ning on õendusabikeskuse vastutav õde.



Regyta Eriste on EÕL liige 2007. aastast. Sellest ajast alates on ta olnud aktiivne liige õdede organisatsioon-
nis. Mitmed aastad kuulus ta ka Pärnumaa piirkonna
volikogusse. Regyta on aktiivselt osalenud Pärnumaa
ÕL töös, abistanud piirkondlike ürituste organiseeri-
misel heade mõtetega. Regytal on olnud oluline osa
Pärnu piirkonna Pärnu-Jaagupi ümbruses töötavate ja
elavate liikmeteni informatsiooni viimises. Oma käi-
tumise, suhtumise ja tegudega on tema eesmärgiks
olnud edendada õendust, tutvustada ning populari-
seerida Eesti Õdede Liitu. 2017. aastal oli Regyta suu-
reks abiks Pärnu piirkonna tegevuste planeerimisel ja
korraldamisel.

Regyta töötab SA Pärnu-Jaagupi Hoolduskodu
õendusjuhina ja SA Vändra Tervisekeskuses kodu-
õena Pärnu-Jaagupi piirkonnas.

Ilme Tropp on Eesti Õdede Liidu liige aastast 1977.
Organisatsioon kandis siis nime Meditsiini Õdede
Selts. Ilme on aktiivne olnud ametiühingu tegevuses.
Alates 1992. aastast on Ilme tegelenud Eesti Õdede
Ühingu töö koordineerimisega Viljandi polikliinikus,
alates 1994. aasta sügisest Viljandi haiglas. 2003. aasta
lõpust 2016. aasta novembrini on Ilme juhtinud EÕL
Viljandimaa piirkonda. 2014. novembrist 2015. aasta
detsembrini oli ta EÕL volikogu esimees. Alates 2017.
aasta juunist on Ilme SA Viljandi Haigla usaldusisik.

Ilme töötab SA Viljandi Haigla ambulatoorse ravi
ja diagnostika kliiniku ülemõena.

Irina Tohus on EÕL liige 1997. aastast. Ta kuulub
alates aastast 2002 pereõdede seltsingusse, kus ta oli
2009–2013 seltsingu juhatuse liige. 2008. aastast on
Irina olnud EÕL Tallinna- ja Harjumaa piirkonna
(nüüd Põhja piirkond) juhatuse liige. Aastal 2016 oli
ta pereõdede seltsingu kontaktisik. Tänu tema asjaaja-
misele, kindlameelsusele ja töökusele taastati 2018.
aastal pereõdede seltsing. Alates 2017. aastast on Irina
valitud neljaks aastaks EÕL Põhja piirkonna aseesi-
meheks. Irina on konkreetne, sõnapidav, oma arva-
must omav ja ettepanekuid tegev meeldiv meeskonna
liige.

Irina töötab 2000. aastast Nõmme PAK pere-/
terviseõena ja 1997. aastast SA PERH erakorralise
kirurgia õena.

Nelja auväärse kandidaadi hulgas
osutus salajasel hääletamisel valituks

Irina Tohus (pildil).



Eesti Õdede Liidu Aasta Tegu 2018

Eesti Õdede Liidu juubelikonverentsil
tunnustati EÕL Aasta Tegu 2018 – **Ees-
ti Õdede Liit rahvusvahelistes vetes.**

Volikogu pidas valikut tehes oluliseks rahvus-
vaheliste suhete arendamist ning suhete taas-
tamist kahe rahvusvahelise organisatsiooniga:
Rahvusvaheline Õdede Nõukogu (ICN – In-
ternational Council of Nurses) ning Euroopa
Õendusorganisatsioonide Föderatsioon (EFN
– European Federation of Nurses Associations).

Tänukirja pälvisid Tallinna Tervishoiu Kõrg-
kool ja SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, kelle
eestvedamisel toimus 2017. aasta novembris
konverents „Õendusabi parim tava – standar-
ditud õenduskeel”. Konverentsi raames tutvus-
tati kuulajatele NANDA õendusdiagnooside,
sekkumiste ja tulemuste klassifikatsiooni. Kon-
verentsi korraldusmeeskonda kuulusid Kristi
Rannus, Aleksei Gaidajenko ja Kristi Puusepp.

Teadustööde tunnustamine 2018

Gerli Liivet

Eesti Õdede Liidu asepresident

Eesti Õdede Liit peab oluliseks, et teadustööde tulemused jõuaksid praktikasse ning seeläbi toimuks õenduse järjepidev areng. Juba kolmandat korda tunnustas EÕL teadustööde tegijaid, kes on seisnud hea selle eest, et nende tööd leiaksid kasutamist ja oleksid praktikasse rohkemal või vähemal määral rakendunud. Kõikide aastate jooksul kokku on tunnustatud 25 teadustööd.

Veebruaris moodustati EÕL volikogu otsusega teadustööde tunnustamise ajutine komisjon, kuhu kuulusid Anneli Kannus, Maie Türkson, Siret Läänelaid, Kristi Rannus ja Gerli Liivet. Komisjoni ülesandeks oli esitatud kandidaatide teadustöödega tutvumine ja tunnustuse saajate otsustamine. Otsustusprotsessi aluseks oli EÕL asjaajamise korra Lisa 4, mis on liikmetele kättesaadav liidu siseveebis.

Sellel aastal pälvis tunnustuse viis teadustööd, mis kõik olid aktuaalsed ja seostusid valdkonna arengustrateegiaga.

Tiina Freimann – doktoritöö „Skeleti-lihasvalud õdedel: levimus, ohutegurid ja sekkumine” (Musculoskeletal pain among nurses: prevalence, risk factors, and intervention) (2017). Tulemuste põhjal on avaldatud 19 teaduspublikatsiooni rahvusvahelise levikuga teadusajakirjades ja konverentside kogumikes. Uurimistulemusi kasutati 18 riigi osalusega uurimisprojekti „Kultuurilised ja psühhosotsiaalsed tööväimeetuste tegurid”. Teadustöö põhjal ilmusid populaarteaduslikud artiklid ajakirjades

Novaator ja Eesti Arst ning ajalehes Postimees. Doktoritöö tulemusi on arvesse võetud ka SA Tartu Ülikooli Kliinikumi õendusarengu plaanides.

Carine Gross – magistritöö „Kodusel hapnikravil olevate eakate patsientide lähedaste narratiivid elukvaliteedist, õendusabist ning abi- ja tugiteenuste vajadusest” (2014). Töö tulemusi on rakendatud SA Tartu Ülikooli Kliinikumis, kus töö autor töötab igapäevaselt hapnikravil olevate inimestega. Lisaks on tööd kasutatud erinevate siseriiklike ja rahvusvaheliste koolituste alusmaterjalina ning töötulemusi on tutvustatud 2015. aasta teaduskonverentsil.

Egeli Keldo – magistritöö „Õdede töökoormus Eesti piirkondlike ja keskskaiglate täiskasvanute III astme intensiivravi osakondades Nursing Activities Score'i põhjal” (2015). Tööd on tutvustatud 2015. aasta teaduskonverentsil, lisaks rahvusvahelisel konverentsil Berliinis. Ilmunud on artikkel ajakirjas Eesti Õde. Praktikute hinnangul on tulemused rakendatavad.

Ljudmilla Linnik – magistritöö „Eesti tervishoiuikõrgkoolide õe õppekava viimase kursuse üliõpilaste enesetõhusus hoolivuse väljendamisel patsientide suhtes: enesehindamise mõõdikute “CES” tulemused” (2014). Töö tulemusi on esitletud rahvusvahelistel üritustel ja 2015. aasta teaduskonverentsil. Töö tulemusi kasutatakse igapäevaselt õppetöös.

Kadi Soome – magistritöö „Koduõendusteenust saavate Tartumaa eakate seisundi kirjeldus interRAI meetoodika alusel” (2015). Töö tulemusi on esitletud 2015. aasta teaduskonverentsil ning autor on läbi viinud koduõdedele suunatud koolitusi, tuginedes antud töö tulemustele. SA Tartu Ülikooli Kliinikumis on InterRAI koduhooldusvormi elektrooniline versioon rakendatud koduõdede töös.

Aprillis 2018 kinnitati volikogu koosolekul tähtajaliselt teadustööde komisjon koosseisus Gerli Liivet, Anneli Kannus, Siret Läänelaid ja Kristi Rannus. Komisjoni volitused kestavad 1. märtsini 2021. Tulenevalt sellest, et teadustööde tunnustamise kriteeriumid vajavad üle vaatamist, tegi volikogu komisjonile ülesandeks läbi arutada ning uuendada teadustööde tunnustamise korda. Eesmärgiks on viia tunnustamine läbi iga aastast, laiendades võimalike tunnustatavate ringi, määraates ajakava ja uuendades hindamiskriteeriumeid. Dokumendi uuendamine tuleb viia lõpule 2018. aasta jooksul. Esimesed arutelud teadustööde tunnustamise korra üle toimuvad juba augusti lõpus õenduse õppejõududega, mille järel koguneb komisjon ning algab töö tunnustamise korra uuendamiseks.

Kui teil on ettepanekuid ja arvamusi, mida ja kuidas teadustööde tunnustamise korras parendada, siis saatke need komisjoni esimehele e-posti aadressil: gerli.liivet@ena.ee.

Õnnitleme!

Uurimistööde täisversioonidega on võimalik tutvuda aadressil <http://dSPACE.ut.ee/handle/10062/57175> ja/või õendusteaduse õppetoolis Tartus, Ravila 19-4056.

31. mail ja 1. juuni 2018. aastal kaitsesid Tartu Ülikoolis terviseteaduse (õendusteaduse) magistrikaadi:

Laura Kalja

„Ämmaemandate hinnang Perttu (2004) lähisuhtevägivalla skriinimise küsimustiku kasutatavusele rasedate puhul – kvalitatiivne uurimus SA Tartu Ülikooli Kliinikumis“;
juhendajad: Merle Seera, MSc ja Janne Pühvel, MSc;
retsensent: Siiri Põllumaa, MSc.

Tulemused kajastavad ämmaemandate arvamused küsimustiku ning selle täitmise kohta.

Helina Pedak

„Lastevanemate arusaamad koolitervishoiuteenusest ja ootused koostööle kooliõega – kvalitatiivne sisuanalüüs“;
juhendajad: Tiina Tõemets, MSc ja Merle Seera, MSc;
retsensent: Evelyn Evert, MSc.

Tulemused annavad ülevaate, kuivõrd teadlikud on lapsevanemad kooliõe tööst, koolitervishoiuteenusest üldiselt ning mis on peamised kokkupuutepunktid kooliõe ja lastevanemate vahel. Lisaks, millised ootused on lastevanematel kooliõele ning kuidas nad sooviksid olla kaasatud oma lapse tervist puudutavates tegevustes ja otsustes.

Marleen Mägi

„Enneaege vastsündinu ja tema vanemate füüsiline lähedus ning pere toetamine vastsündinute ravis Eestis“; juhendajad: Liis Toome, PhD ja Ere Uibu, MSc; retsensent: Sirje Kõvermägi, MSc.
Uurimistöö oli osa rahvusvahelisest uurimisprojektist, kus osales Eestist Tartu Ülikooli Kliinikumi ja Tallinna Lastehaigla lasteintensiivravi ja/või vastsündinute osakonnad. Tulemused annavad ülevaate, milline on füüsiline lähedus erinevates osakondades erinevates läheduse aspektides: vanemate kohalolekus ja lapse süles ning nahakontaktis hoidmises. Uurimistöös võrreldi Eesti osakondades füüsilise läheduse võimaldamist teiste uuringus osalenud Euroopa keskustega.

Mari Teugjas-Koit

„Eesti tervishoiukõrgkoolide õe ja ämmaemanda õppekavade õppejõudude arusaamad õppejõu professionaalsusest ja selle arengut mõjutavatest teguritest“; juhendaja: Ere Uibu, MSc;
retsensent: Kadri Kõöp, MSc.
Tulemustest selgub, milliseid väärtusi ja oskusi õppejõud rõhutasid õppejõu professionaalsusest rääkides. Lisaks, millised isiklikud ja organisatsioonist tulenevad tegurid mõjutavad õppejõu professionaalset arengut ning kuidas tööstaaz mõjutab nii arusaamu professionaalsusest kui ka seda mõjutavatest teguritest.

Ingrid Karu

„SA Pärnu Haigla statsionaarsetes osakondades töötavate õdede tervisedenduslikud tegevused ja neid mõjutavad tegurid: kvalitatiivne uurimistöö“; juhendajad: Saima Hinno, PhD ja Ere Uibu, MSc; retsensent: Airin Treiman-Kiveste, MSc.
Tulemused kirjeldavad, milline on õdede teadlikkus ja arusaam tervisedenduslikust tegevusest ning mis tegureid peetakse olulisteks tervisedendusliku tegevuse läbiviimise toetamiseks.

Kaja Eiche

„Kliinilise toitmise rakendamine Põhja-Eesti Regionaalhaiglas. Õdede ja arstide hinnang praegusele olukorrale“; juhendajad: Kaja Solom, MSc, Kai Saks, knD (med) ja Hanna-Liis Lepp, MD; retsensent: Tiina Tõemets, MSc.
Tulemustest selgub, milline on personali nägemus toitmise korraldusest ja hinnang hetkeolukorrale. Lisaks, millest on tingitud toitmise seotud kitsaskohad ning miks ei vasta tegelik seis toitmise korralduses ESPEN-i (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) ravijuhendite soovitudele.

Katrin Klein

„Legaalne kordusabort ja seda mõjutavad tegurid Eestis 2011–2016: registripõhine uuring“; juhendajad: Kaire Sildver, MSc ja Merle Seera, MSc; retsensent: Janne Pühvel, MSc.
Tulemustest selgub, millised sotsiaaldemograafilised ning reproduktiivtervise tegurid mõjutavad šanse kordusabortiks. Samuti võrreldi uurimistöös kordusabortide esinemissageduse muutusi 2004–2011 aastate andmetega.

Kersti Naelapää

„Õendusdiagnooside, -sekkumiste ja -tulemuste dokumenteerimise kvaliteet Põhja-Eesti Regionaalhaigla õendusdokumentatsioonis“; juhendajad: Kristi Rannus, PhD ja Merle Seera, MSc; retsensent: Jana Trolla, MSc.
Tulemused kirjeldavad dokumenteerimise kvaliteeti. Lisaks annab uurimistöö mõtteainet dokumenteerimise ülevaatamiseks, et see täidaks oma eesmärgi.

Agnes Mikk

„Eesti tervishoiukõrgkoolide III–IV kursuse õendusüliõpilaste kogemused ravimite manustamisega kliinilisel õppepraktikal“; juhendajad: Ireen Bruus, MSc ja Ere Uibu, MSc; retsensent: Marit Kiljako, MSc.
Tulemustest selgub üliõpilaste vaatekoht ravimite manustamise ning selle tegevuse juhendamise protsessiga.

Haigekassa nõukogule nõuandva komisjoni moodustamisest

Anneli Kannus

Eesti Õdede Liidu president

Veebruaris jõudis meieni töö- ja terviseministri pöördumine, milles paluti nimetada vastavalt Eesti Haigekassa nõukogu 19.01.2018 otsusele nr 3 Eesti Õdede Liidul, Eesti Keskastme Tervishoiutöötajate Kutseliidul ja Eesti Ämmaemandate Ühingul kokku üks esindaja ja asendusliige uude moodustatavasse haigekassa komisjoni.

Komisjoni nimeks sai alaline nõuandev komisjon Eesti Haigekassa arengu strateegilistes küsimustes.

Komisjoni ülesanded:

- Eesti Haigekassa arengukava koostamine järgmiseks 4 aastaks koos tulemuskaardiga jooksvaks aastaks,
- Eesti Haigekassa eelarve finantsproгноos ja eelarve planeerimise põhimõtted järgnevas 4 aastaks,
- Eesti Haigekassa eelarve,
- tervishoiuteenuste nõudluse hindamise meetoodika,
- ravi rahastamise põhimõtted,
- Eesti Haigekassa aastaaruanne,
- muud küsimused, mille kohta Eesti Haigekassa nõukogu komisjoni arvamust taotleb,
- muud strateegilised Eesti Haigekassa arengu küsimused, mille kohta komisjon peab oluliseks arvamust avaldada.

Komisjoni liikmed esindavad vastavaid organisatsioone.

Komisjoni põhikoosseis:

- Andres Kork – Eesti Arstide Liit,
- Lee Vallikivi – Eesti Perearstide Liit,
- Anneli Kannus – Eesti Õdede Liit, Eesti Tervishoiutöötajate Kutseliit, Eesti Ämmaemandate Ühing,
- Andrus Loog – Eesti Erameditsiinasutuste Liit,
- Miia-Kersti Sultsmann – Eesti Hooldusravi Osutajate Ühendus,
- Urmas Sule – Eesti Haiglate Liit,
- Ago Kõrgvee – Eesti Kiirabi Liit,
- Timo Danilov – Eesti Apteekrite Ühendus,
- Riho Tapfer – Eesti Ravimitootjate Liit.

Lisaks osalevad komisjoni töös sõnaõigusega, kuid mitte hääletusõigusega, sotsiaalministeeriumi, Tartu Ülikooli meditsiinivaldkonna ja Tervise Arengu Instituudi esindajad. Komisjon on loodud tegema ettepanekuid ja langetama konsensuslikke otsuseid.

Nagu näete, siis on komisjonis esindatud kõik olulised organisatsioonid. Kolme organisatsiooni (Eesti Õdede Liit, Eesti Tervishoiutöötajate Kutseliit, Eesti Ämmaemandate Ühing) ühiseks paremaks esindamiseks on kokku lepitud, et materjalide saabumisel jagame neid kolme organisatsiooni juhatusega ning üks päev enne haigekassa nõuandva komisjoni koosolekut saadakse kokku ja arutatakse ühiselt meie seisukohad, küsimused, ettepanekud läbi.

Komisjoni esimene koosolek toimus juunis, kus valiti komisjoni esimeheks Urmas Sule ning aseesimeheks Andres Kork. Kohal olid ka töö- ja terviseminister Riina Sikkut ning haigekassa juht Rain Laane. Mõlemad panid komisjonile suured ootused ning loodavad saada sisulist sisendit enne iga haigekassa nõukogu. Arutlusel oli haigekassa arengukava, mida soovitati olulisel määral muuta. Oma ettepanekud saatsime ka meie. Järgmine koosolek toimus augustis. Haigekassa arengukava arutelu jätkub septembris.

Õe baaspädevused on kinnitatud

Selle aasta aprillikuus kinnitas volikogu õe baaspädevused. Dokumendi valmimisest võtsid 10 kuu jooksul osa õendusõppejõud, -juhid ja töötavad õed. Eriõe baaspädevustega seonduvad arutelud veel jätkuvad. EFNi (Euroopa Õendusorganisatsioonide Föderatsiooni) assambleel aprillis otsustati luua tööriühm ekspertidest, kes toetab ENRFi (Euroopa

Õendusuringute Fondi) nende töös APN (Advanced Practice Nurse) ehk Eesti mõistes eriõe rolli selgendamisel. EFN võtab edasises töös aluseks ICNi poolt kasutusel oleva eriõe definitsiooni. Lepiti kokku et APNi puhul peetakse silmas eelkõige magistriõppe läbinud õdesid ja nende pädevust.

KINNITATUD

Volikogu otsusega nr. 12

27. aprill 2018.a.

ÕE BAASPÄDEVUSED

Pädevuste määratlemisel on aluseks võetud EU parlamendi ja nõukogu direktiiv 2013/55/EL ning EFNi pädevuse raamistik (EFN Competency Framework 2015), mis kinnitati EFNi üldkogul Brüsselis 2015. aasta aprillis. Konsulteritud Eesti õenduspraktikute ja õendusõppejõududega.

1. **Pädevus suhelda igas vanuses inimestega**, austada patsienti, tema perekonda ja lähedasi, olla oma kutsetöös eetiline ja seaduskuulekas, osutada kvaliteetset õendusabi.
2. **Pädevus iseseisvalt hinnata igas vanuses patsiendi terviseseisundit**, tundes ära kogutud objektiivsete andmete kõrvalekalded normleiuist (vt Lisa 1) ning püstitada koostöös patsiendi ja/või patsiendi lähedasega tõenduspõhiseid õendusdiagnoose.
3. **Pädevus planeerida ja rakendada iseseisvalt tõenduspõhiseid õendussekkumisi**, lähtudes patsiendi terviseseisundist ning õendusabivajadusest (vt Lisa 2).
4. **Pädevus iseseisvalt ja tõenduspõhiselt nõustada, juhendada, õpetada ja motiveerida patsienti**, tema lähedasi ja kogukonda tervisedendamiseks ning haiguste ennetamiseks:
 - 4.1. Inimese anatoomia ja füsioloogia.
 - 4.2. Tervise iseärasused, nende jälgimine, enesekontrolli mehhanismid.
 - 4.3. Õendussekkumised (vt pädevused nr 2 ja 3).
 - 4.4. Eluviisid ja tervisekäitumine nii tervena kui ka ägeda ja kroonilise haiguse korral.
 - 4.5. Töötervishoid, tööohutus, ergonoomika.

5. **Pädevus kriitiliselt hinnata ja analüüsida õendussekkumiste tulemuslikkust**, dokumenteerida õendusprotsessi ning võtta vastutus tehtud ja tegemata tegevuste eest.
6. **Pädevus anda esmaabi (sh taaselustamine)**, kasutades selleks tõenduspõhiseid teadmisi.
7. **Pädevus mõista uurimistöödega saadud tõenduspõhiseid tulemusi** ning osata neid õenduspraktikas rakendada.
8. **Pädevus teha koostööd interdistsiplinaarses ja multidistsiplinaarses meeskonnas**, et tagada inimese parim võimalik tervis.
9. **Pädevus kasutada nüüdisaegset infotehnoloogiat** nii õendusprotsessi dokumenteerimisel kui ka patsientide ja tema lähedaste ning kolleegidega suhtlemisel, arvestades alati isikuandmete töötlemisega kaasnevat vastutust ja järgides seadusi.

Lisa 1. Tervises seisundi hindamisel kasutatavad objektiivsed andmed.

PÄDEVUS nr 2.

Pädevus iseseisvalt hinnata igas vanuses patsiendi tervises seisundit, tundes ära kogutud objektiivsete andmete kõrvalekalded normleust ning püstitada koostöös patsiendi ja/või patsiendi lähedasega tõendus põhiseid õendusdiagnoose.

1. Teadvuses seisund.
2. Kaal, pikkus, kehamassiindeks.
3. Hingamissagedus, saturatsioon.
4. Arteriaalne vererõhk, pulss.
5. Kehatemperatuur.
6. Pea-, rinna- ja vööümbermõõt.
7. Nahk, limaskestad ja lümfisõlmed.
8. Luu- ja lihaskond.
9. Kopsude ja südame auskulteerimine.
10. Elektrokardiogramm.
11. Otoskopeerimine.
12. Seedeelundkonna funktsionaalsus.
13. Kõhu palpatsioon ja perkussioon.
14. Nägemisteravus.
15. Kuulmisteravus.
16. Kõne ja suhtlusoskus.
17. Suguline areng.
18. Vereanalüüsid kapillaar- ja veeniverest: Glükoos (fP-Gluc), Protrombiini aeg (P-PT-INR), Glükohemoglobiin (B-HbA1c), Creaktiivne valk (fS-CRP), Kolesteroool (S-Chol), LDL-kolesteroool (fS-LDL-Chol), HDLkolesteroool (fS-HDL-Chol), Triglütseriidid (fS-Trig), Hemogramm leukogrammiga (BCBC 5-diff).
19. Uriinianalüüs.
20. Rooja analüüs.
21. Ninaneelu külv.
22. Bakterioloogiline külv.
23. Väljahingatava õhuvoolu tippkiirus.
24. Valu tugevus.
25. Vedelikubilanss.
26. Lamatiste tekkerisk.
27. Kukkumiskriis.
28. Abivahendite vajadus.
29. Tervise- ja elustiili andmed.
30. Emotsionaalne enesetunne.

Lisa 2. Iseseisvalt osutatavad õendussekkumised tulenevalt patsiendi tervises seisundist ning õendusabi vajadusest.

PÄDEVUS nr 3.

Pädevus planeerida ja rakendada iseseisvalt tõendus põhiseid õendussekkumisi, lähtudes patsiendi tervises seisundist ning õendusabivajadusest.

1. Hooldustegevused

- 1.1. Patsiendi pesemine, riietamine ja/või abistamine enesehooldusel.
- 1.2. Patsiendi protseduuriks või operatsiooniks ettevalmistamine.
- 1.3. Patsiendi abistamine söömisel ja/või eritamise seotud toimingutel.
- 1.4. Voodi korrastamine, voodipesu vahetus.
- 1.5. Lamatiste ennetamine.
- 1.6. Surnu korrastus.

2. Õendussekkumised

- 2.1. Kätehügieeni teostamine.
- 2.2. Töökoha dekontamineerimine.
- 2.3. Hooldusvahendite ja meditsiiniseadmete dekontamineerimine ja nõuetekohane hoiustamine.
- 2.4. Isikukaitsevahendite sihipärane kasutamine protseduuride ajal, patsiendi transpordil ja isolatsiooni tingimustes.
- 2.5. Patsiendi isolatsiooni üldpõhimõtete teadmine ja abinõude rakendamine.
- 2.6. Steriilse materjali nõuetekohane käsitlemine ja hoiustamine.
- 2.7. Jäätmekäitlust reguleerivate seaduste ja juhendite järgimine.
- 2.8. Steriilse laua katmine.
- 2.9. Patsiendi hemodünaamika jälgimise teostamine ja tulemuste hindamine.
- 2.10. Patsiendi vajadustest tulenevalt patsiendiõpetuse planeerimine ja läbiviimine.
- 2.11. Ravimite kontsentratsiooni arvutamine, lahjendamine ja lahustamine.
- 2.12. Ravimite manustamine lokaalselt, inhalatsioonina, aerosoolina, suukaudselt, silma, kõrva, rektaalselt, naha alla, naha sisse, lihasesse, perifeerse või tsentraalveeni kaudu, trahheaalselt, gastrostoomi, epiduralkateetri ja nasogastraalsondi kaudu.

- 2.13. Perifeerse veenikanüüli paigaldamine, hooldus ja eemaldamine.
- 2.14. Tsentraalveenikateetri hooldus.
- 2.15. Infusioonravi ettevalmistamine ja teostamine.
- 2.16. Infusori ja perfusori kasutamine.
- 2.17. Vereanalüüsides võtmine ja analüüsides teostamine POCT meetodil.
- 2.18. Veregrupi määramine.
- 2.19. Verepreparaatide ülekande teostamine koos töös artsiga.
- 2.20. Suuõõne aspiratsioon.
- 2.21. Trahheakanüüliga patsiendi hooldus.
- 2.22. Epiduraalkateetri hooldus ja eemaldamine.
- 2.23. Arterikanüüli hooldus.
- 2.24. Nasogastraalsondi paigaldamine ja hooldus.
- 2.25. Stoomi ja gastrostoomi hooldus.
- 2.26. Epitsüstoomkateetri hooldus.
- 2.27. Dreenide hooldus.
- 2.28. Kusepõie kateteriseerimine, põie püsikateetri hooldus ja eemaldamine.
- 2.29. Klistiiri teostamine.
- 2.30. Haavade sidumine ja haavahooldus (sh haava-õmbluste eemaldamine).
- 2.31. Kipslahaste hooldus, eemaldamine.
- 2.32. Otsese arteriaalse rõhu mõõtmine.
- 2.33. Hapnikravi teostamine.
- 2.34. Enteraalne ja parenteraalne toitmine.
- 2.35. Asendravi teostamine.
- 2.36. Sooja ja külma aplikatsiooni paigaldamine.
- 2.37. Intubatsiooni assisteerimine ning intubeeritud patsiendi hooldus.
- 2.38. Lumbaalpunktsioonil assisteerimine.
- 2.39. Terve vastsündinu hooldus.

Hoiatuse mõju töölepingu lõpetamisel

Linda Jürisson

Eesti Õdede Liidu asepresident

Usun, et kõik tervishoiuteenuse osutajad teevad oma tööd täie pühendumuse ja empaatiaga. Aga vahel tuleneb see kas siis ülekoormusest, halvast töösisekliimast või veel millestki, tekib ebakõlasid, arusaamatusi töötaja ja tööandja vahel.

Varakevadel pöördus minu poole tervishoiutöötaja küsimusega hoiatuse mõjust töölepingu lõpetamisel. Siinkohal on ehk kohane seda teemat lahti kirjutada, et mõlemad osapooled teaksid ja toimiksid vastavalt seadusele.

Tööandjapoolne hoiatus on töötaja tähelepanu juhtimine mingile tõsisemale tööalasele rikkumisele, millele võib järgneda sama tegevuse kordumisel töölepingu ülesütlemine. Töölepingu lõpetamise

aluseks on töötaja töökohustuste rikkumine või töötaja töövõime vähenemine, sellest tulenevalt eeldab see töötaja eelnevat hoiatamist (TLS § 88 lg 3).

Tööandjal on õigus tööleping erakorraliselt üles öelda, kui töötaja on korduvalt eiranud tööandja mõistlikke korraldusi või rikkunud töökohustusi ning tööandja on töötajat hoiatanud, et sellise käitumise jätkumine ei ole lubatud ja võib tuua kaasa töölepingu ülesütlemise (TLS § 88 lg 1 p 3, VÕS § 196 lõige 2).

Praktikas esineb tihti küsimusi seoses hoiatuse vormistamisega. Seadusega ei ole määratud, millises vormis hoiatus teha tuleb. Seega võib hoiatuse teha suuliselt, kirjalikult (allkirjastatult) või kirjalikus taasesitamist võimaldavas vormis (näiteks e-postiga edastatult).



Oluline on, et tööandja suudaks eelneva hoiatuse tegemist vajadusel tõendada, mistõttu on soovitatav hoiatus saata töötajale vähemalt e-posti teel. Kirjaliku hoiatuse kättesaamist kinnitab tavaliselt töötaja allkiri, millele on lisatud hoiatuse kättesaamise kuupäev.

Tööandja peab olema võimeline eelneva hoiatamiseta töölepingu ülesütlemist üksikisajalikult põhjendama, kui seadus on eeldanud töötaja hoiatamist. Tööandja saab töölepingu töötajaga lõpetada üksnes erakorraliselt töölepingu seaduses (TLS) sätestatud alustel, mille aluseks on töölepingu rikkumine töötaja poolt.

Kas töölepingut saab lõpetada hoiatuse põhjal, et lõpetamine vastaks seaduse nõuetele?

Hoiatuse eesmärk on anda töötajale teada, et tema käitumine ei ole tööandja poolt aktsepteeritav ning anda töötajale võimalus oma käitumist parandada. Seega peab hoiatuse sisust tulema piisavalt selgelt välja, milline töötaja käitumine sobilik ei ole. Samuti peab hoiatuses selgelt väljenduma tööandja kavatsus öelda tööleping üles, kui töötaja oma käitumist ei paranda. Hoiatus tuleb töötajale teha mõistliku aja jooksul pärast töötaja rikkumisest teada saamist.

Hoiatus muutub kehtivaks pärast selle töötaja poolt kättesaamist. Hoiatuse kättesaamise kohta on soovitatav võtta eraldi kinnitus kas kirjalikult või e-posti teel. Töötaja ei pea hoiatuse sisuga nõustuma. Samas hoiatuse vaidlustamiseks eraldi menetlust seaduses ei ole. Võimalik on küsida töötajalt täiendavalt eraldi selgituskirja pärast hoiatuse edastamist.

Eelneva hoiatuse tegemine ei ole töölepingu üleütlemiseks vajalik, kui tegu on eriliselt raske rikkumisega. Eriline raskus sõltub konkreetsetest asjaoludest. Hoiatust töövaidlusorganisaatsiooni eraldi vaidlustada ei saa, kuigi töötajal on võimalus hoiatuse saamisel esitada omapoolsed selgitused ja kindlasti kirjalikult.

Eelneva hoiatuse puudumisel võib töötaja ülesütlemise vaidlustada, mis võib tööandjale kaasa tuua hüvitise maksmise kohustuse. Seetõttu võib alati küsida nõu ka juriidiliselt nõustajalt, kuidas on mõistlik käituda just konkreetse juhtumi puhul.



Rohkem valikuid akadeemiliseks õppeks

Oleme Eestis jõudnud ajajärku, kus õdedel ja ämmaemandatel on valikuid akadeemilise hariduse omandamiseks rohkem kui üks. Sellest tulenevalt võib tekkida küsimus, mis on täpsemalt ühe või teise õppekava suund või kitsam eriala.

Ere Uibu

TÜ õendusteaduse magistriõppekava programmijuht

Reet Urban

Tartu Tervishoiu Kõrgkooli õppejõud-dotsent

Tänavu juunis kasvas Tartu Ülikooli õendusteaduse magistriõppekava vilistlaskond esimese sajani ning ühtlasi lõppes „teerajamise ajajärk“, mis kestis veidi üle kahekümne aasta. Just nii kaua oli õendusteaduse magistriõppekava ainus omataoline Eestis, mis pakkus magistritasemel õpet kitsale sihtgrupile, spetsiaalselt õdedele ja ämmaemandatele. Samal ajal, täpsemalt aastast 2006, võimaldati tervishoiukõrgkoolides põhiõppejärgset erioe õpet, mis jäi siiski kõrghariduse esimesele astmele ehk rakenduskõrghariduse tasemele.

Vastamaks teadmispõhise ühiskonna, sealhulgas kiiresti

areneva tervishoiu vajadustele, tuli akadeemiline õendusharidus viia uuele tasemele. See tähendas tervishoiukõrgkoolide erioe õppekavade arendamist magistritaseme õppekavadeks. Saabuval sügisel avataksegi uued õppekavad, mille vajaduse väljaselgitamiseks ja tõestamiseks on läbi käidud pikk tee (vt Eesti Õde 1/2018, lk 17–18). Tervishoiukõrgkoolide uued õppekavad ja juba toimiv õppekava ülikoolis käivad tegelikult ühte sammu – nende ühine tulem on arengualdis ja tõhus õenduspraktika ning vastutustundlik, efektiivselt ja terviklikult töötav tervishoiusüsteem.

Milles siiski seisneb magistriõppekavade erinevus? Misesuguste teadmiste ja oskustega spetsialiste võib kõrgkoolidest oodata?

Kolme magistriõppekava ühine eesmärk on ette valmistada uurimis- ja arendustööks vajalike oskuste ning doktoriõppe potentsiaaliga tervishoiuspetsialiste.

Tervishoiukõrgkoolide terviseteaduse magistriõppekavadel omandavad üliõpilased süvendatud teadmisi ühel õenduse erialal (kliiniline õendus, terviseõendus, intensiivõendus, vaimse tervise õendus) vastavalt nende endi valikule. Seega on õppekavade spetsiifilisem eesmärk ette valmistada eriõdesid, kelle teadmised ja oskused valitud kitsamal erialal on suuremad kui põhiõppe lõpetanuil, mis muuhulgas tähendab suuremat asjatundlikkust ja iseseisvat otsustusvõimet. Põhjalikumad teadmised tervishoiu multiprofessionaalsusest võimaldavad magistriõppe läbinutel olla liidrid interdistsiplinaarses meeskonnatöös. Magistriõppe läbinud on pädevad osutama kõrgemal tasemel iseseisvat õendusabi, neil on valmidus juhtida ja eest vedada kutsealast arendustööd ning nad on võimelised vastutama teenuste koordineerimise eest kõikidel tervishoiusüsteemi tasanditel.

Tartu Ülikooli õendusteaduse magistriõppekava annab

üliõpilastele süsteemsed ja süvendatud teadmised õendusteadusest, -juhtimisest ja -pedagoogikast, teadmised Eesti tervisesüsteemist ja hariduskorraldusest, kriitilise mõtlemise oskuse, laia silmaringi ning praktilise kogemuse uurimise- ja arendustöös. Õppekava lõpetanud on oskused korraldada ja arendada õendusabi ning töötada juhi, vastutava spetsialisti või koolitajana tervisesüsteemi organisatsioonides, samuti saavad nad väljaõppe töötamiseks juhi või õppejõuna kõrgharidussüsteemis (vt täpsemalt Eesti Õde 2/2018, lk 21–25).

Nii tervishoiukõrgkoolide magistriõppekavade loomise kui ka Tartu Ülikooli õendusteaduse magistriõppekava uuendamise eesmärk on olnud akadeemilise õendushariduse võimaluste avardamine ning õenduse kui teaduspõhise eriala arendamine. Edu võti peitub aga seniste strateegiliste partnerlussuhete jätkamises ja süvendamises Tartu Ülikooli, tervishoiukõrgkoolide, Eesti Õdede Liidu, erialaseltsingute, Eesti Ämmaemandate Ühingu, tööandjate, ministriumide ning vilistlaste vahel. Vaid koostöös on võimalik kasvatada ja tugevdada õdede-ämmaemandate akadeemilist kogukonda ning selle mõju tervishoius ja ühiskonnas tervikuna.

Tugev ja jätkusuutlik magistriõpe vajab doktorikraadiga, sh erialase doktorikraadiga õppejõudusid ja teadlasi. Seega seisab õendushariduse arendajate ees ülesanne parendada doktorioppe kättesaadavust õdedele ja ämmaemandatele, mis kaugemas tulevikus võiks päädida terviseteaduse/õendusteaduse doktorioppekava loomisega Tartu Ülikoolis (vt ka joonist). Selle eesmärgi saavutamine eeldab aga kogu õeskonna avatust ja entusiasmi, koostöövalmidust ja toetust.

KÕRGHARIDUSSÜSTEEM

III astme õpe

DOKTORIÕPE

Eestis saab doktorioppe lõpetanu filosoofiadoktori kraadi. Doktorikraadi omandanud on tippteadmised ja oskused teadustöös oma erialal, lai teaduslik maailmakäsitlus ning arendus-, juhtimis- ja pedagoogilise töö pädevus. Õed on seni doktorikraadi omandanud või omandamas kas Soome ülikoolides, Tartu Ülikoolis meditsiiniteaduste valdkonnas arstiteaduse doktorioppekaval või Tallinna Ülikoolis loodus- ja terviseteaduste instituudis tervisekäitumise ja heaolu doktorioppekaval.

Magistriõppe läbinu saab õpinguid jätkata doktorioppes



II astme õpe

MAGISTRIÕPE

Õendusteadus

Tartu Ülikool

Akadeemiline kraad: terviseteaduse magister (õendusteadus)

Õppe maht 120 EAP, sh magistriritöö 25 EAP ja praktika 8 EAP; nominaalne õppeaeg 2 aastat, osakoormusega tasuta sessioonõpe (2–5-päevased kontaktõppesessioonid 12 nädalal õppeaastas)



II astme õpe

MAGISTRIÕPE

Terviseteadus

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

Tartu Tervishoiu Kõrgkool

Akadeemiline kraad: terviseteaduse magister

Õppe maht 90 EAP, sh magistrieksami 15 EAP ja praktika 15 EAP; nominaalne õppeaeg 1,5 aastat; täiskoormusega tasuta päevaõpe

Rakenduskõrgharidusõppe läbinu saab õpinguid jätkata magistriooppes



I astme õpe

RAKENDUSKÕRGHARIDUSÕPE

Õde

Ämmaemand

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

Tartu Tervishoiu Kõrgkool

Lõpetanu saab rakenduskõrgharidusõppe diplomi

Õppe maht õe õppekaval 210 EAP, nominaalne õppeaeg 3,5 aastat

Õppe maht ämmaemanda õppekaval 270 EAP, nominaalne õppeaeg 4,5 aastat

Joonis. Õendusharidus Eesti kõrgharidussüsteemis aastal 2018

A photograph of a woman with long, straight red hair and bangs, sitting on a dark wooden bench. She is wearing a light-colored, sleeveless dress with a ruffled hem and black high-heeled sandals. She is looking down at her lap. The background is a light-colored wall with a grid pattern. The entire image is overlaid with a semi-transparent red filter.

Eetilised konfliktid
on õendusprakti-
ka paratamatu osa,
sest selles kohtuvad
erinevate inimes-
te ja huvigruppide
vajadused, püüd-
lused ja eesmärgid
(Thompson jt 2006).

*Artikkel on kirjutatud 2017. aastal Tartu
Ülikooli õendusteaduse magistriõppekava
õppeaines koostatud seminaritöö põhjal.*

Eetiline **konflikt** – õe töö pärisosa



Gerli Usberg,
Tartu Ülikooli üliõpilane

Õed töötavad kiirelt muutuv
ja vastuolulises valdkonnas ning
omavahelisele hierarhiale rajatud
meeskonnas. Niisugustes oludes
ei saa õed alati järgida neile olulisi
väärtusi ning eetilisi põhimõtteid
ja võivad seetõttu kogeda tõsis
eid eetilisi konflikte (Redman ja Fry
2000, Falco-Pegueroles jt 2015.)
Mõiste eetiline konflikt on levi
nud nii igapäevases kõnes kui ka
teaduskirjanduses, ent selle täpne
täendus ei ole päris selge. Mõis
te defineerimiseks ja tähenduse
selgitamiseks analüüsiti mõistet
Walker ja Avant'i (1995) mõiste
analüüsi meetodil. Mõisteanalüüsi
käigus uuritakse mõiste tähendust
ja kasutust erinevate valdkondade
teaduskirjanduses ning sõnaraa
matutes. Analüüsi tulemusena
mõiste defineeritakse, kirjeldatak
se selle iseloomulikud tunnused
ning selgitatakse välja mõiste sar
nased ja vastanduvad mõisted.

Kuidas ja kus mõistet kasutatakse?

Kirjandust analüüsid
ilmnes, et mõiste on kasutusel tegevusvald
kondades nagu haridus (McGee ja Mansfield 2014), juhtimine (Kammeyer-Mueller jt 2012), personalijuhtimine (Valentine jt 2012), sotsiaaltöö (Banks ja Williams 2005), avalikud suhted (Kang 2010), turundus (Kavali jt 1999) ja tervishoid (Redman ja Fry 2000, Thompson jt 2006, Falco-Pegueroles jt 2015). Torkab silma, et mõistes kasutatakse nii sõna eetiline kui ka moraalne ning seda isegi ühe allika piires. Sõnade kasutust täpsemalt uurides selgus, et sõnaga moraal tähistatakse kitsamalt ühiskonnas käibivaid moraalinorme või -standardeid, sõnaga eetika aga moraalifilosoofiat või -õpetust, mis uurib eetilisi põhimõtteid, otsuse langetamise protsessiga seonduvat ning seda, mida moraalsed normid endast kujutavad (Pojman 2005, Thompson jt 2006). Eetika on seotud ka professionaalse käitumise juhistega (Weaver jt 2008). Kuna mõlemad tegelevad väärtuste, vooruste ja printsiipidega, kasutatakse neid erinevate allikate kinnitusel üldjuhul sünonüümide

Sünonüümisõnastik, Õigekeelsus
sõnaraamat, Wordnik Dictionary,
Pojman 2005, Thompson jt 2006,
Kulju 2016).

Sõnaraamatud mõistet **eetiline konflikt** ei seleta, küll aga on mõiste konflikt (*conflict*) definitsioonide hulgas tähendusi, milles võib tajuda eetilist dimensiooni. Näiteks konflikt kui psüühiline võitlus või meeleseisund, milles samaaegselt eksisteerivad vastandlikud, kokku sobimatud ja teineteist välistavad tingimused, impulsid, ihad või suundumused, mida ei ole võimalik samaaegselt täita (Wordnik Dictionary, Collins Dictionary, Merriam Webster Dictionary). Uurimistöös selgitatakse eetilist konflikti kui erinevate väärtuste ja põhimõtete põrkumist, mis võib aset leida inimese sees, inimeste vahel või inimese ja organisatsiooni vahel. Vastuolu tekib väärtuste, veendumuste, põhimõtete või teooriate vahel, mis eraldi võttes on kõik moraalselt õiged või õigustatud, ent samaaegselt esinedes üksteise suhtes konkureerivad ja üksteist välistavad. Seetõttu ei ole võimalik neid kõiki samaaegselt järgida ja mistahes valik viib soovimatu tulemuseni. (Kammeyer-Mueller jt 2012, Valentine jt 2012, McGee ja Mansfield 2014, Falco-Pegueroles jt 2015) Õe isiklikud ja kutseväärtused võivad

põrkuda teiste õdede, patsientide või nende lähedaste, kolleegide, juhtide ja organisatsiooni väärtustega ning tekitada küsimuse, milline oleks õena tegutsedes moraalses mõttes õige tegu või õe esmane kohustus (Jameton 1984, Redman ja Fry 2000, Gaudine jt 2011). Mõnikord võib õde küll sisimas teada, milline oleks moraalses mõttes õige tegu või otsus, ent selle ellu viimist takistavad teised inimesed või institutsioonid (Jameton 1984). Seega kasutatakse mõistet eetilise konflikt koondmõistena erinevat tüüpi konfliktiolukordadele.

Milliste tunnustega eetilist konflikti kirjeldatakse?

Analüüsides mõiste kasutust uurimistöodes, selgusid *mõiste iseloomulikud tunnused, mis aitavad seda eristada* teistest sarnastest mõistetest.

Eetilisele konfliktile on iseloomulik:

- eraldiseisvana võttes moraalselt õigustatud, ent samaaegselt esinedes üksteisega konkureerivate väärtuste, eetiliste põhimõtete või veendumuste

kokkupõrge inimese sees, inimeste vahel või inimeste ja institutsioonide vahel, mille korral on vajadus nende vahel valida.

- Ühegi valiku korral ei õnnestu kõiki väärtusi, põhimõtteid või veendumusi järgida ning tehtud valik läheb vastuollu eetiliste põhimõtetega või rikub kellegi heaolu või huve ning toob kaasa emotsionaalse, psühholoogilise ja/või füüsilise ebamugavuse.

Millised mõisted sarnanevad eetilisele konfliktile?

Kirjanduses esineb mitmeid lähedase tähendusega mõisteid. Näiteks moraalne distress (moral distress), moraalne ebakindlus (moral uncertainty) ja moraalne dilemma (moral dilemma) ning selle sünonüüm, väärtuskonflikt (value conflict) (Jameton 1984, McGee ja Mansfield 2014), mis kõik on eetilise konflikti alatüübid. Uurimistöodes kasutatakse sageli just konkreetsele eetilisele konfliktile tüübile vastavat mõistet. Eetilist probleemi eristab konfliktist

kasvõi hüpoteetilise lahenduse olemasolu, puudub eetilisele konfliktile iseloomulik lahendamatu vastuolu (Thompson jt 2006). Ka rollikonflikti (role conflict) korral esinevad mitmed eetilise konflikti tunnused. Selle puhul erinevad rollile omistatud ootused ja eeldused tegelikkusest või tekib väärtuste ja põhimõtete kokkupõrge ainult samaaegselt erinevaid rolle täites. Olles vaid ühes neist rollidest vastuolu ei teki. (Pandey ja Kumari 1997)

Mõisteanalüüsi tulemusena defineeriti **eetiline konflikt kui vastuolu või kokkupõrge vastandlike väärtuste, eetiliste põhimõtete või veendumuste vahel.**

Õdede eetilised konfliktid vajavad senisest rohkem tähelepanu, kuna nende mõju õdede vaimsele ja füüsilisele tervisele võib olla laastav. Need võivad jätta õele jälje aastakümneteks ning mõjutada õendusprotsessi vahetu iseloomu tõttu nii patsienti (Falco-Pegueroles 2015, McCarthy ja Gastman 2015), kui ka laiemalt võttes üldist tervishoiuteenuste kvaliteeti (McHugh 2011).

Kirjandus

Banks, S., Williams, R. (2005). Accounting for ethical difficulties in social welfare work: issues, problems and dilemmas. *British Journal of Social Work*, 35(7): 1005–1022.

Falco-Pegueroles, A., Lluch-Canut, A., Martinez-Estalella, G., Zabalegui-Yarnos, A., Delgado-Hito, P., Via-Clavero, G., Guardia-Olmos, J. (2015). Levels of exposure to ethical conflict in the ICU: Correlation between sociodemographic variables and the clinical environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 33: 12–20.

Gaudine, A., LeFort, S., Lamb, M., Thorne, L. (2011). Clinical ethical conflicts of nurses and physicians. *Nursing Ethics*, 18(1): 9–19.

Jameton, A. (1984). *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.

Kammeyer-Mueller, J. D., Simon, L. S., Rich, B. L. (2012). The psychic cost of doing wrong: ethical conflict, divestiture socialization and emotional exhaustion. *Journal of Management*, 38(3): 784–808.

Kang, J.-A. (2010). Ethical conflict and job satisfaction of public relation practitioners. *Public Relations Review*, 36: 152–156.

Kavali, S. G., Tzokas, N. X., Saren, M. J. (1999). Relationship marketing as an ethical approach: philosophical and managerial considerations. *Management Decision*, 37(7): 573–581.

Kulju, K., Stolt, M., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H. (2016). Ethical competence: a concept analysis. *Nursing Ethics*, 23(4): 401–412.

McCarthy, J., Gastman, C. (2015). Moral distress: a review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics*, 22(1): 131–152.

KUTSE UURIMISTÖÖS OSALEMISEKS

Hea õde!

**Olen Tartu Ülikooli õendusteaduse magistriõppe üliõpilane
Gerli Usberg ning kutsun Teid osalema uurimistöös
„Õdede kogemused eetiliste konfliktidega – kvalitatiivne uurimus”.**

Eetiliste konfliktide mõju nii õdedele, õendusabile kui ka kogu tervishoiuteenusele on märkimisväärne, ent tegemist on pigem varjatud nähtusega, mida Eestis seni uuritud ei ole. Seetõttu on käesoleva uurimistöo eesmärk uurida õdede kogemusi eetiliste konfliktidega, et jõuda selle tundliku ja ulatusliku mõjuga nähtust kirjeldavate tunnusteni õdede vaatekohast. Kutsun uurimistöös osalema kõiki õdesid, kes on kogenud eetilisi konflikte oma kutsetöös ja kes soovivad ning suudavad oma kogemusi eesti keeles kirjeldada.

Uurimistöös osalemine tähendab Teie jaoks osalemist ühel intervjuul, milleks kulub umbes 1,5 tundi ja mis salvestatakse. Intervjuul palun Teil kirjeldada, millised on Teie kogemused eetiliste konfliktidega õe töös. Teil on õigus soovi korral uurimistöös osalemine katkestada kuni intervjuu lõpuni. Teie intervjuud sel juhul uurimistöös ei kasutata ning sellega ei kaasne Teile mingisuguseid tagajärgi. Uurimistöös osalemine on konfidentsiaalne ning tulemused avaldatakse magistritöös anonüümselt ja üldistatud kujul. Teie isikuandmed on teada vaid uurimistöo teostajale.

Uurimistöo teostaja on nõus vastama kõigile tekkivatele küsimustele ning uurimistöo eesmärki ja selle läbi viimisega seonduvaid üksikasju Teile põhjalikumalt selgitama. Kui Te olete nõus uurimistöös osalema või soovite selle kohta täpsemat teavet, palun võtke uurimistöo teostajaga ühendust telefoni või e-posti teel. Uurimistöo läbiviimiseks on taotletud luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt.

Meeldivat koostööd soovides,

Gerli Usberg, õendusteaduse magistrant

Ravila 19-4056, 50411 TARTU

Tel. 5687 2023, e-post: gerliusberg.uurimus@gmail.com

McGee, J. W., Mansfield, K. C. (2014). Negotiating the double mandate: mapping ethical conflict experienced by practicing educational leaders. *Education Leadership Review of Doctoral Research*, 1(1): 157–174.

McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*, 30(2): 202–210.

Pandey, S., Kumar, E. S. (1997). Development of a measure of role conflict. *International Journal of Conflict Management*, 8: 187–215.

Pojman, L. P. (2005) Eetika. Õiget ja väärast avastamas. Tallinn.

Redman, B.K., Fry, S.T. (2000). Nurses' ethical conflicts: What is really known about them? *Nursing Ethics*, 7(4), 360-366.

Thompson, I. E., Melia, K. M., Boyd, K. M., Horsburgh, D. (2006). *Nursing ethics*. Churchill Livingstone, Edinburgh.

Valentine, S., Hollingworth, D., Eidsness, B. (2012). Ethics-related selection and reduced ethical conflict as drivers of positive work attitudes. Delivering on employees' expectations for an ethical workplace. *Personnel Review*, 43(5): 692–716.

Walker, L. O., Avant, K. C. (1995). *Strategies for theory construction in nursing*. Appleton&Lange, London.

Weaver, K., Morse, J., Mitcham, C. (2008). Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(5): 607–618.

Veebisõnastikud: Collins Dictionary, Merriam-Webster Online Dictionary, Wordnik Dictionary, EKI Sünnonüümisõnastik ja Õigekeelsussõnaraamat.



Agnes Mikk, RN, MSc
*SA Tartu Ülikooli Kliinikumi
anestesioloogia ja intensiivravi
kliiniku 2. intensiivravi
osakonna õde*

Ravimite manustamiseks nimetatakse ravitoimega aine organismi viimist (Eesti keele seletav sõnaraamat), mis omakorda tähendab ravimite ettevalmistamist, annustamist, patsiendi ja perekonna õpetamist ning ravimite manustamise reeglite järgimist selleks, et vältida ravimvigu (Bourbonnais ja Caswell 2014).

Ravimite manustamine kliinilisel õppepraktikal – õendusüliõpilaste kogemused ja ettepanekud

Artikkel on koostatud Tartu Ülikoolis 2018. aastal kaitstud magistritöö „Eesti tervishoiu-
kõrgkoolide III-IV kursuse õendusüliõpilaste kogemused ravimite manustamisega kliinili-
sel õppepraktikal“ põhjal.

Taust ja uurimisprobleem

Ravimite manustamine on üks vastutusrikkamaid ülesandeid nii väljaõppinud õele kui ka õeks õppivale üliõpilasele, sest valesti manustatuna võivad ravimid patsienti kahjustada (Alexis ja Caldwell 2013).

Kliinilise õppepraktika juhendaja ülesanne on suunata üliõpilasi praktika eesmärkide täitmiseni, võimaldades neil muuhulgas ravimite manustamise oskusi demonstreerida, oma teadmisi kinnistada ja vigu korrigeerida (Lin jt 2014). Kliinilise praktika keskkond on see turvaline ja toetav koht, kus üliõpilane on juhendatud ja jälgitud ning saab ravimite manustamiseks vajalikke praktilisi oskusi omandada. Kogu praktika aja vastutab juhendaja üliõpilase ohutu ravimite manustamise tehnika omandamise ja seeläbi ka tervishoiuteenuse ohutuse eest (Reid-Searl jt 2010a).

Varasematest uurimistöödest on teada, et üliõpilased kogeavad ravimite manustamisel kliinilisel õppepraktikal mitmesuguseid raskusi, mistõttu nende tähelepanu võib tegevuse käigus kergesti hajuda. Näiteks on üheks kirjeldatud probleemiks juhendajate soovimatus juhendada ning usaldamatus üliõpilaste suhtes, mis tekitab viimastes ebakindlust, aktsepteerimatuse tunnet ja omakorda usaldamatust juhendajate suhtes. (Reid-Searl jt 2010b) Ebakindlust süvendavad ka olukorrad, milleks üliõpilased ei pruugi veel ettevalmistatud olla, näiteks patsiendi või lähedaste küsimused väljakirjutatud ravimite kohta (Betts 2016). Paraku on ka kirjeldatud, et õpikogemused, mis tekitavad üliõpilastes ebakindlust, ajendavad neid valitud erialast loobuma ning suurendavad seeläbi globaalset õdede puudust (Flott ja Linden 2016).

Metoodika

Uurimistöö oli kvalitatiivne ja uuritavateks olid Tallinna ja Tartu Tervishoiu kõrgkoolide III ja IV kursuse üliõpilased (n=27). Andmeid koguti fookusgrupi- ja individuaalintervjuudega. Fookusgrupi intervjuu (F) on oma olemuselt vestluslik rühmaintervjuu kindlal teemal. Individuaalintervjuu (I) on intervjuu ühe intervjuueeritava. (Lepik jt 2014) Intervjuud viidi läbi eelnevalt ettevalmistatud küsitluskava abil. Fookusgrupi intervjuudes osales 14 ja individuaalintervjuudes 13 üliõpilast. Kogutud andmeid analüüsiti induktiivselt. Induktiivne sisuanalüüs on suure hulga tekstilise andmestiku analüüsimine, mille käigus luuakse ja kodeeritakse mõttetervikud ning moodustatakse kategooriad ja teemad (Elo ja Kyngäs 2008).

Üliõpilaste ettevalmistatus

Uurimistöö tulemustest ilmneb, et üliõpilastele tähendab ravimite manustamine eelkõige tegevuste korrektset sooritamist, eelteadmisi ravimitest ning patsiendiohutust. Ladusat ja probleemideta teostatud ravimi manustamist kogetakse eduelamusena. Väärtustatakse head koostööd patsiendiga, harjutades tekkivat vilumust ja saadud tagasisidet ravimi toime avaldumisel.

„... kõigepealt on see arusaamine, kui ma lähen kuhugi õppekeskkonda ..., kuidas see süsteem neil töötab, ravimite jagamine ... ravimilahuste tegemine, ... ja hügieeni-nõuete järgimine.” (I1)

„... meeldivad sellised koostööal-tid patsiendid ..., teevad töö tegemise oluliselt lihtsamaks.” (F1)

„niisugused asjad on väga meeldivad, kus on näha kohest mõju. ... furosemiidi puhul tursed alanevad. Väga meeldiv vaadata, et

patsiendil ei ole enam turseid, tal on kergem olla.” (I1)

Kogemused juhendamisega

Üliõpilased kogesid ravimite manustamisel mitmesugust juhendamist. Kirjeldati nii toetavat ning üliõpilase teadmiste ja oskuste taset arvestavat kui ka tõrjuvat ja isegi ebapädevat juhendamist.

„... juhendaja oli tableti jagamise juures väga toetav ja õpetav, ... tegi täiesti puust ja punaseks selgeks ... oli väga julgustav, ... kogu aeg kontrollis ja küsis, ... oli väga põhjalik ja hästi-hästi toetav, ... jälgis alati.” (FI2)

„õeldigi, et ... keegi ei näe, keegi ei saa teada, ... endal on tahtmine, et teed ikka õigesti.” (I5)

Ravimite manustamisega seotud raskused

Ravimite manustamisega seotud raskustena kogeti muret ravimite õige ja korrektse manustamise pärast, näiteks kirjeldati kogemusi ja üleelamisi nii potentsiaalsete kui ka tegelike ravimvigadega.

„On olnud niimoodi, et ma olen läinud patsiendi juurde, ... hakanud ravimit manustama, aga siis on öeldud, et teine õde juba tegi selle ära. Tegelikult siis ... oleks võinud küll täiesti halvasti minna.” (I3)

Ravimvigade tegemine üliõpilaste poolt on kinnitust leidnud ka varasemates uurimistöödes (Lin jt 2014, Edwards ja Axe 2015), niisamuti ka enesevigastamine, mille peamiseks põhjusteks on oskamatus ja kogenematus, soov teha uusi, veel tundmatuid protseduure või ka juhendaja surve (Hambridge jt 2016). Üliõpilased kirjeldasid enesevigastamist nii ravimite ettevalmistamisel kui ka manustamisel.

„... juhendaja ... võib-olla piisavalt ei selgitand ka seda, et ... oli vaja

valuvaigistit teha veeni ... mõne aja tagant, ... ma ei saanud aru sellest, ..., siis ma tegin ... kõik korraga." (I10)

„... tegin Clexane'i süsti kõhule ja pärast hakkasin panema korki otsa ... ja siis ma õrnalt torkasin ennast." (FI2)

Üliõpilaste ettepanekud

Üliõpilased soovivad, et kliinilise õppepraktika juhendajad arvestaksid rohkem üliõpilaste kogenematusena ravimite manustamisel ning ei ootaks neilt oma pädevuse ületamist. Teravishoiukõrgkoolid peaksid pakkuma senisest enam täiendavaid võimalusi ravimite manustamise õppimiseks, näiteks vastavaid valikaineid, rohkem praktikumipõhist õpet farmakoloogias ja Moodle'i teste ravimannuste arvutamiseks. Ka varasem kirjandus kinnitab, et kui üliõpilastele pakkuda mitmekesiseid ravimite manustamise õppimisvõimalusi, võib see oluliselt kaasa aidata üliõpilaste vastavate teadmiste, oskuste ning vilumuste saavutamisele (Betts 2016).

Kokkuvõtteks

Uurimistööst selgus, et kliinilisel õppepraktikal viibides peavad üliõpilased end järjepidevalt erinevate olukordadega kohandama ning ilmselt just seetõttu on nad alati nii enesevigastamisele kui ka potentsiaalsete ja tegelike ravimvigade tegemisele. Uurimistöö tulemused kinnitavad kliinilise praktika keskkonna ja seal toimuva juhendamise tugevat mõju üliõpilase praktikakogemuse ja ravimite manustamise oskuste kujunemisele. Toetudes nii varasemate uurijate järeldustele (Orbæk jt 2015) kui ka käesoleva uurimistöö tulemustele, tuleks praktika juhendajatel senisest veelgi enam teadvustada oma tegevuse tähendust tulevaste kolleegide ravimite manustamise oskuste kujunemisel ning seeläbi tervishoiuteenuste ohutuse tagamisel.

Kirjandus

- Alexis, O., Caldwell, J. (2013). Administration of medicines – the nurse role in ensuring patient safety. *British Journal of Nursing*, 22(1): 32–35.
- Betts, K. J. (2016). Bachelors of Science in Nursing students and a qualitative analysis of their medication administration experiences. *Journal of Education and Practice*, 7(27): 76–81.
- Bourbonnais, F., Caswell, W. (2014). Teaching successful medication administration today: more than just knowing your „rights“. *Nurse Education in Practice*, 14(4): 391–395.
- Edwards, S., Axe, S. (2015). The 10 R's of safe multidisciplinary drug administration. *Nurse Prescribing*, 13(8): 398–407.
- Eesti keele seletav sõnaraamat: manustamine. „Eesti keele seletava sõnaraamatu“ kodulehekül. <http://www.eki.ee/dict/ekss/index.cgi?Q=manustamine&F=M> (15.12.2016).
- Eesti keele seletav sõnaraamat: ravim. „Eesti keele seletava sõnaraamatu“ kodulehekül. <http://www.eki.ee/dict/ekss/index.cgi?Q=ravim&F=M> (15.12.2016).
- Elo, S., Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1): 107–115.
- Flott, A., Linden, L. (2015). The clinical learning environment in nursing education: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3): 501–513.
- Hambridge, K., Nichols, A., Endacott, R. (2016). The impact of sharps injuries on student nurses: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 25(19): 1064–1071.
- Lepik, K., Harro-Loit, H., Kello, K., Linno, M., Delg, M., Strömpl, J. (2014). Intervjuu. Tartu Ülikooli sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas. <http://samm.ut.ee/> (15.07.2018).
- Lin, F. Y., Wu, W. W., Lin, H. R., Lee, T. Y. (2014). The learning experiences of student nurses in pediatric medication management: a qualitative study. *Nurse Education Today*, 34(5): 744–748.
- Orbæk, J., Gaard, M., Fabricius, P., Lefevre, R. S., Møller, T. (2015). Patient safety and technology-driven medication – a qualitative study on how graduate nursing students navigate through complex medication administration. *Nurse Education in Practice*, 15(3): 203–2011.
- Reid-Searl, K., Moxham, L., Happell, B. (2010). Enhancing patient safety: the importance of direct supervision for avoiding medication errors and near misses by undergraduate nursing students. *International Journal of Nursing Practice*, 16(3): 225–232.
- Reid-Searl, K., Moxham, L., Walker, S., Hapell, B. (2010). „Whatever it takes”: nursing students experiences of administering medication in the clinical setting. *Qualitative Health Research*, 20(7): 952–965.



Õendusüliõpilaste probleemid

kliiniliste oskuste omandamisel ning nende võimalikud lahendused

Ivi Prits,

*Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õenduse
õppetooli õppejõud-õpetaja*

Kliiniliste oskuste omandamine on kompleksne protsess, mis hõlmab mitut erinevat dimensiooni ning on õendushariduse oluline osa. Kliiniliste oskuste omandamisel puutuvad õendusüliõpilased tihti kokku erinevate

probleemidega ning nende väljaselgitamine on oluline õendushariduse parendamise seisukohalt. (Heidari jt 2015)

Kliiniliste oskuste mõiste käesoleva uurimistöö raames kasutatud kirjandusallikate alusel on järgmine: kliinilised oskused võivad sisaldada ühte või mitut tegevusvaldkonda, nagu näiteks patsiendi/kliendi füüsiline läbivaatus, praktilised

õendusprotseduurid, suhtlemisoskused ja meeskonnatöö. Kliinilised oskused sisaldavad endas kolme komponenti: õppimine, kuidas läbi viia teatud protseduuri (protseduuriline teadmine), teaduspõhisuse seostamine oma tegevustega ning teadmine, mida kliiniline leid võib tähendada (kliiniline põhjuslikkus). (Michels jt 2012)

Tervishoid on tänapäeval väga kiires muutumises ning õed puutuvad kokku kompleksete situatsioonidega, mis hõlmavad endas sotsio-kultuurilisi, tehnoloogilisi ja moraaliküsimusi. Arvesse tuleb võtta kasvavat tervisekultuuri, sotsiaalseid faktoreid, tervise seisundis suhtumise muutust. Sellest lähtuvalt on kliiniliste otsuste vastuvõtmine ning kriitiline mõtlemine väga olulised oskused. (Heidari ja Shahbazi 2014)

Suurem osa Egwu jt (2011) poolt läbiviidud uuringus osalenud üliõpilasi uskus, et õpikeskkond omab suurt mõju nende stressitasemele enne eksameid. Üliõpilased, kes olid õpikeskkonnaga rahul näitasid madalamat stressitaset, kui need, kes ei olnud rahul õppimisvõimalustega. Üliõpilased tõid välja, et suuremas grupis õppimine ja praktiliste oskuste omandamine on vähemtulemuslik.

Teisalt ootavad patsiendid ja nende lähedased õdedelt kiiret ning parimat võimalikku abi lähtudes patsientide vajadustest. Erinevad uurinud näitavad, et õendustudengite hulgas on madal probleemide lahendamise ning otsuste vastuvõtmise võime ning see on tänapäevastest tervishoiule esitatavatest nõuetest lähtudes oluline puudus. (Heidari ja Shahbazi 2014)

Õendusüliõpilaste probleemid kliiniliste oskuste omandamisel

Õendusharidus vajab nii praktika kui ka teooria kombineerimist, et saavutada tööle asuvate õdede parim võimalik psühhomotoorne ja kognitiivne ettevalmistus. Kliiniliste oskuste õpetamine ja õppimine läbi simulatsioonõppe on hea võimalus õendusüliõpilaste jaoks omandada kliinilisi oskusi võimalikult elulähedases, kuid siiski turvalises keskkonnas ilma patsientidele kahjustusi

tekitamata. (Mackenzie 2009) Hoolimata katsetest pakkuda õendushariduses parimat õppekeskkonda on säilinud märkimisväärne lõhe teoreetiliste ja praktiliste teadmiste omandamise vahel (Henneman jt 2005). Kliiniliste oskuste omandamisel tekkinud puudujäägid mõjutavad otseselt patsientidele/klientidele osutatava õendusabi kvaliteeti ja läbi selle nende turvalisust ning ohutust (Mwale jt 2016).

Simulatsioonõpe on muutunud õendushariduse oluliseks ja orgaaniliseks osaks ning ühe õppemeetodina kasutatakse seal rollimänge. Rollimängude kasutamine simulatsioonõppes on põhjendatud ja tunnustatud õppemeetod (Clapper 2010). Osalejate halb kaasatus, patsiendi rolli täitvate isikute halb ettevalmistus ning osatäitmine, õendusüliõpilaste suhtumise probleemid situatsioonülesannetes ning juhendajate ning vaatlevate kaasüliõpilaste mittetoetav tagasiside ei anna soovitud tulemust vaid pigem tekitavad kogemusest kahetise mälestuse (McNamara 2015). Takistavaks teguriks rollimängude läbiviimisel on ka osatäitjate esinemishirm (Riera jt 2010).

Goffi uuring (2011) oli esimehe, mis keskendus õendusüliõpilaste stressoritele, akadeemilisele tulemuslikkusele ning omandatud leidlikkusele. Uuring näitab, et esineb hulk stressoreid, mis mõjutavad reaktsioone, õpivõimet ning oskust lahendada probleeme. Omandatud leidlikkus sõltub vanusest (vanemad õendusüliõpilased tulevad stressiga paremini toime), soost (meessoost õendusüliõpilased on stressist vähem mõjutatud) ning rassist (valge rassi esindajad saavad stressiga hakkama). Uuringus osalenud õendusüliõpilaste emotsionaalsed reaktsioonid stressoritele olid hirm, ärevus, muretsimine, nutuvalmidus ning kõrgendatud ärrituvus

kaaslaste suhtes. Lisaks emotsionaalsetele reaktsioonidele esines ka füüsilisi stressi ilminguid nagu higistamine, kurnatus, värisemine ning kehakaalu kasv. Stressoriteks on tööalane ja eluline ülekoormus, tähtaegade surve, tööalane konkurents, muretsimine testide ja õpitulemuste pärast, eksamiperiood.

Toetudes Aldridge (2017) uuringule saab väita, et mõnede õendusüliõpilaste jaoks on kliiniliste oskuste omandamisel probleemiks vahetu füüsiline kontakt – see, kuidas puudutada võõrast (patsienti/klienti) ja olla ise võõra (patsiendi/klienti) poolt puudutatud. Selle küsimuse lahendamisel on õendusõppejõudude ülesandeks leida sobiv õpetamisstrateegia, et õendusüliõpilased muutuksid selles küsimuses enesekindlaks ning tunneksid ennast kliinilisi protseduure täites enesekindlalt.

Erinevate õpetamismeetodite vähene varieeruvus ning õpetamise monotoonus mõjub õendusüliõpilastele demotiveerivalt ning mõjutab kliiniliste oskuste omandamise edukust. Õppekeskkond omab olulist mõju kliiniliste oskuste omandamisel. Samuti on oluline roll inimestevahelistel suhetel üliõpilaste ja mentorite vahel, vastastikune usaldus ning austus on hädavajalikud. (Mwale jt 2016) Kahjuks on mõned õendusõppejõud eemaldunud kliinilisest praktikast ning selle tõttu pole enam võimalised ühendama õpetatavaid teoreetilisi teadmisi ajakohaste praktiliste oskustega. Kui õppejõul on mitmeid takistusi, miks ta ei saa oma kliinilisi oskusi praktiseerida, on ta silmitsi mitte ainult oma kliinilise kompetentsi kadumisega vaid ka võimaluse puudumisega kunagi kliinilisse praktikasse naasta. Samas on oluline välja tuua asjaolu, et kui õppejõud ei ole võimeline praktiseerima, siis ei ole ta ka võimeline kliiniliste oskuste omandamist

õpetama, kuna õpetatav ei ole ajakohane ning tänu sellele kannatab õendusüliõpilaste kliiniliste oskuste omandamise tase. (Mackenzie 2009)

Juhendaja vähene toetus kliiniliste oskuste omandamisel on õendusüliõpilaste jaoks probleem. Juhendaja motiveeriv toetus aitab stressiga paremini toime tulla ja kliiniliste oskuste omandamine sujub paremini. Kiirustamine ja üliõpilaste survestamine toimingud kiiresti lõpetada mõjub õppeprotsessile halvasti. (Heidari jt 2015) Uued õpetamismeetodid mõjutavad õendusüliõpilaste kliiniliste oskuste omandamist, kuna negatiivsena tuuakse välja üliõpilaste suurenenud ärevus seoses õppejõudude kriitilisuse ning ootamatu verbaalse või mitteverbaalse reaktsiooni suhtes üliõpilase õppesooritusele (Lin 2016). Õendusüliõpilased on toonud probleemina välja asjaolu, et haiglas töötav personal ei ole huvitatud üliõpilaste õpetamisest, tuues argumendiks, et see ei ole nende töö (Mwale jt 2016).

Patsiendiõpetus on oluline komponent patsiendi toimetuleku hindamises ning parandamises. Patsiendiõpetuse läbiviimise takistusteks võivad olla õdedepoolne motivatsioonipuudus, teadmiste puudus, ning enesekindluse puudus, et patsiendiõpetust läbi viia. (Sherman 2016) Uuringud näitavad õendusüliõpilaste teadmiste vähesust ja samas ka patsiendiõpetuse meetodite vähest tundmist. Nende teadmiste

kontseptualiseerimise võime ja patsiendiõpetuse tase on madal. Tervishoiualane "kirjaoskus" on defineeritud erinevalt, kuid selle uurimuse kontekstis on see kuldstandard efektiivse patsiendiõpetuse pakkumiseks. (Sheckel jt 2010) Õed, kuuludes tervishoiumeeskonda, omavad olulist osa patsiendiõpetuses. Sellest lähtuvalt on õendusüliõpilaste positsioon ja valmisolek patsiendiõpetuse läbiviimises suhtumisel võtmetähtsusega, andes infot, milline saab olema patsiendiõpetuse kvaliteet tulevikus ning õe käitumine tema edasises tööelus. Õendusüliõpilased toovad piirangutena patsiendiõpetuse läbiviimisel välja väheseid suhtlemisoskusi, kommunikatsiooniprobleeme, aja vähesust, meeskonnatöö oskuste puudulikkust ning ka abivahendite ja teavikute vähesust. (Ghorbani jt 2014)

Kui patsiendid/kliendid ei mõista, mida neile õpetatakse, on neil väga väike võimalus kasutada neile antud tervishoiualast informatsiooni korrektselt. Seega on tervishoiutöötajal ja õendusüliõpilasel sealhulgas oluline osa tervishoiualase kirjaoskuse arendamisel ning patsiendiõpetuse edendamisel. (Scheckel jt 2010) Efektivne kommunikatsioon patsiendi ja tervishoiutöötaja vahel on elulise tähtsusega oskus, mida tuleb arendada õendusõppe käigus. Patsiendiga suhtlemist, talle lähenemist ja veenmist õpetatakse õendusüliõpilastele esimesel kursusel ning hiljem toimub nende teadmiste kinnistamine erinevate kliiniliste ainete ja praktikumide läbimise käigus. Kuigi teoreetiline õpe on läbitud on probleemiks teoreetiliselt omandatud suhtlemisoskuste vähene praktiline kasutamine praktikas õendusüliõpilaste poolt. (Ramsay jt 2008)

Iraanis Ghorbani jt (2014) poolt läbiviidud uuring, milles osales 96 õde ja 79 õendusüliõpilast, näitas

veenvalt, et ei esine suuri erinevusi õendusüliõpilaste ja õdede suhtumises patsiendiõpetuse läbiviimises suhtes. Probleemidena toodi välja teadmiste vähesus õpetatava osas (27,4% õdesid ja 82,3% õendusüliõpilasi), õpetamismeetodite vähene tundmine mõjutas 25,5% õdesid ja 60% õendusüliõpilasi. Erinevuseks saab välja tuua vastutust õendusüliõpilaste ja õdede suhtumises patsiendiõpetuse eest vastutamisel. Kui 95% õdesid tunnistab, et nemad vastutavad, siis 63,3% õendusüliõpilastest ei tunne endal vastutust patsiendiõpetuse eest. Meessoost õed toovad takistusena välja teadmiste vähesuse haiguse suhtes, mille kohta patsient õpetust vajab, samuti üldise soovimatuse patsiendiõpetuses osaleda. Teadmiste vähesus õpetatava suhtes leiti olevat oluline takistus, et patsiendiõpetust läbi viia. See on probleem eriti õendusüliõpilaste arvates. Tervishoiutöötaja faktiteadmine ja patsiendile õpetatava selgus on võtmetähtsusega. Arendamist vajavad oskus üldistada ja esitada patsientidele vajalikku infot baseerudes laiemale teadmiste baasile (Scheckel jt 2010).

Ghorbani jt (2014) poolt läbiviidud uuringu kohaselt esineb ka patsiendist lähtuvaid takistusi, et edukalt patsiendiõpetust läbi viia. Nii õed kui ka õendusüliõpilased toovad takistusena välja patsientide pikema haiglasviibimise aja, seisundi raskuse ja madalama haridustaseme. 31,6% uuringus osalenud õdedest leidis, et osa patsiente ei vaja mingit õpetust või mõistavad patsiendiõpetust väärtalt. Õendusüliõpilased toovad takistusena välja patsientide/klientide umbusu üliõpilaste poolt antava patsiendiõpetuse suhtes, piiratud suhtlemisvõime ning samuti haigusega seotud uskumuste mõju patsiendiõpetuse kasumlikkusele. Vanemaealised patsiendid eelistavad,

Õed, kuuludes tervishoiumeeskonda, omavad olulist osa patsiendiõpetuses.

et neid õpetaks kogemustega õde. Hinnanguliselt 14% täiskasvanud ameeriklasel (30 miljonit inimest), kelle tervishoiualane kirjaoskus on alla keskmise taseme, on raskusi ka lihtsamate tervishoidu või tervist puudutavate instruksioonide lugemise ning mõistmisega. Need on need täiskasvanud, kes suurema tõenäosusega hindavad oma tervises seisundit pigem halvaks (42%). USAs on hinnanguliselt 54 miljonit inimest, kes tänu oma puuetele või üldisele tervises seisundile on eriti haavatavad küsimustes, mis puudutavad terviseinfost arusaamist ning tänu sellele nende tervist puudutavate otsuste vastuvõtmist. (National Action ... 2010)

Vastavalt Lukewichi jt (2015) poolt aastatel 2010–2013 Kanadas läbiviidud uuringule väljendavad õendusüliõpilased ebakindlust, kui on vaja juhtida kolleegide või kaasüliõpilaste tähelepanu patsiendiohutuse printsiipide rikkumisele. Samuti on probleemne töötamine meeskonnas või interdistsiplinaarse tervishoiu meeskonna liikmena. Üldiselt on õendusüliõpilased suhteliselt kindlad küsimustes, mis haakuvad kliiniliste oskuste omandamise ja sealhulgas patsiendiohutuse küsimustega. Vähem kindlust on neil patsiendiohutuse sotsiokultuuriliste aspektide suhtes. Enamus uuritud üliõpilastest ei tunne ennast vabalt rääkides patsiendiohutuse teemadel. Seda võib selgitada teoreetilise õppe ja praktilise tegevuse kattuvuse erinevustega. Sotsiokultuurilised patsiendiohutuse aspektid hõlmavad endas meeskonnatööd, efektiivset kommunikatsiooni nii tervishoiu meeskondade kui ka patsiendi vahel, patsiendiriskide hindamist, inimliku faktori mõistmist. Õed omavad patsientide

ohutuse tagamisel võtmerolli, samuti on nende osa ülisuur tervishoiuteenuste osutamise kaasneda võivate ohtude vähendamisel. Patsiendiohutust rõhutatakse õendusõppes pidevalt ning see kuulub orgaanilise osana koolitusse. Sellest hoolimata väljendavad õendusüliõpilased ebakindlust patsiendi ohutuse tagamise küsimuste lahendamisel.

Õendusüliõpilaste kliiniliste oskuste parendamise võimalused

Kliiniliste oskuste omandamine kliinilises keskkonnas ehk haiglas on õendusüliõpilase jaoks hea ja kindlasti parim võimalus saada tulevikus kompetentseks ning pädevaks tervishoiutöötajaks. Üliõpilase

kujunemisel heaks spetsialistiks on oluline roll nii õendusõppejõududel kui ka kliinilise keskkonna praktikamentoritel. (Asberg 2008) Üldiselt hindavad Eesti tervishoiu koolide õendusüliõpilased teoreetilise ja praktilise õppe mõju, mentorite ja õppejõudude toetust õppeprotsessile ning läbi selle valmisolekule osutada kliendikeskset õendusabi kõrgelt. Juhendaja eeskuju mõju kliendikesksuse omandamisele



hindasid õendusüliõpilased nii positiivselt (47 üliõpilast 195-st vastanust) kui ka negatiivselt (48 üliõpilast 195-st vastanust) (Treiman-Kiveste 2010).

Aldridge (2017) poolt tehtud uuring, mis keskendus aastatel 1989–2016 läbiviidud kuue uuringu, milles osales kokku 354 õendusüliõpilast, analüüsimisele, näitas veenvalt, et õendusüliõpilaste ootused kliiniliste oskuste omandamisel on selged. Õendusüliõpilased ootavad juhendajatelt empaatilistust ning leebet tähelepanu juhtimist vigadele, läbi mille on võimalik õppida rahulikku ning võimalusel korduvat kliiniliste protseduuride demonstreerimist.

Samuti on juhendajatel oluline roll vähendada õendusüliõpilaste ärevust psühhomotoorsete oskuste demonstreerimisel. Õendusüliõpilased toovad välja soovi harjutada reaalsete patsientide ning „reaalse anatoomiaga”, et saada kinnitust tunde, et nad on võimelised osutama abi ka reaalses situatsioonis. Samuti toovad üliõpilased välja korralikult ja nõuetekohaselt sisustatud õppeklasside olulisuse, samuti võimaluse harjutada materjalidega ning vahenditega, millega nad puutuvad kokku ka reaalses situatsioonis kliinilises keskkonnas. Mida elulähedasemalt ning haiglaoludele sarnasemalt on sisustatud õppekoht, seda rohkem kasu näevad üliõpilased selles keskkonnas harjutamisest.

Simulatsioonõppe kasutamisel õendushariduses on kindel eesmärk – imiteerida võimalikult elulähedasi olukordi ning anda simulatsioonõppes osalevatele õendusüliõpilastele realistlik kogemus. Lisaks sellele annab simulatsioonõpe võimaluse tegevuste salvestamiseks, korduvas läbivaatamiseks ning tagasisidestamiseks, et läbi selle omandada uusi oskusi. (Demiray jt 2016) Simulatsioonõpe on hea võimalus üliõpilaste jaoks harjutada oma kliinilisi oskusi turvalises keskkonnas saades kohest adekvaatset ning toetavat tagasisidet (Mackenzie 2009) ning õppida läbi oma vigade analüüsimise (Henneman jt 2005). Simulatsioonõpe toimib sillana teooria ning praktika vahel, täites edukalt lõhet klassiruumis omandatud teoreetiliste teadmiste ning praktiliste oskuste vahel. Mida elulähedasem on situatsioon, seda paremini jääb seal õpitu üliõpilastele meelde ning seda tulemuslikum on õppeprotsess (Demiray jt 2016). Simulatsioonõpe peaks liikuma lihtsamatelt ülesannetelt raskematele, komplekssetele situatsioonidele, et harjutada õendusüliõpilasi tehnoloogiaga ning õpetada lihtsamaid kliinilisi oskusi, näiteks patsiendi ohutust puudutavad küsimusi (Henneman jt 2005).

Uuringus osalenud üliõpilased leivad, et simulatsioonülesanded on olulised ja kasulikud, kuna suurendavad nende kriitilise mõtlemise oskust. Läbi selle paraneb patsiendi õpetamise tase ning üldine õendus-tegevuste planeerimise oskus (Mac-kenzie 2009).

Et õendusüliõpilased tunneksid ennast praktilisi kliinilisi oskusi demonstreerivates ülesannetes julgelt ning võimalikult stressivabalt on vaja tagada võimalikult selgelt formuleeritud situatsioonülesanded, tuttav keskkond ja võimalus esitada oma ülesannet ilma hirmuta eksida. Õendusüliõpilaste probleemilahendusoskuste kasv on otseses seoses praktiliste ülesannete lahendamise hulga. Mida enam praktilisi harjutusi sooritatakse, seda väiksem on ärevus ja stress, seda julgemalt osaletakse aruteludes ning tegevustes ning seda suurem on üldine huvi õppimise vastu. (Teixeira jt 2014, Park jt 2015)

Rollimäng kui simulatsioonõppe integreeritud osa annab õendusüliõpilastele võimaluse osaleda õppeprotsessis aktiivselt, arendada meeskonnatöö ning kriitilise mõtlemise oskusi (Clapper 2010), samuti on see hea võimalus integreerida praktilisi oskusi ja teoreetilisi teadmisi (Riera jt 2010). Situatsioonülesande dramatiseerimine muudab ülesande palju realistlikumaks. Õppimine toimub nii üksikisiku kui ka grupi tasandil, vähendab kliiniliste oskuste demonstreerimisega seonduvat ärevust ning on reaalse patsientide suhtes nende turvalisust mitte ohustav. (Cogo jt 2016) Rollimäng kui simulatsioonõppe osa parandab õendusüliõpilaste praktiliste oskuste eksamite tulemusi (Shepard jt 2010). Samuti annab rollimängude kaasamine osalejatele võimaluse analüüsida erinevates situatsioonülesannetes ette tulevaid emotsioone, nii patsiendi kui ka õe seisukohast, mis omakorda annab võimaluse tulevikus nende olukordadega paremini toime

tulla (Poughaznein jt 2014). Selleks, et lahendada situatsioonülesannetes püstitatud ülesandeid, on vaja õendusüliõpilasi julgustada leidma parimaid lahendusi ning samuti esitada küsimusi (Cogo jt 2016).

Suhtlemisoskuste omandamiseks ning harjutamiseks on rollimäng parim võimalus. Simulatsioonõppes, kus kasutati patsiendi rollis mannekeeni, piirdus õendusüliõpilaste poolne suhtlus üldiste fraasidega, näiteks kirjeldusega, mida hetkel tegema hakatakse. Läbiviidud uuring tõestas veenvalt, et nii simulatsioonõppe kui ka rollimängud aitavad ülesandeid muuta palju reaalsemaks ning õendusüliõpilaste tulemused olid sarnased, väljaarvatud suhtlemisoskuste osas, kus rollimäng omab selgeid eeliseid. (Shepard jt 2010)

Rollimängudes, kus osalejad ei tunne isiklikult patsientide rolle täitvaid inimesi, muudavad situatsioonülesanded palju elulähedaseks. Siin oleks võimalus kasutada

Kirjandus

Aldridge, M. D. (2017). Nursing students' perceptions of learning psychomotor skills: a literature review. *Teaching and Learning in Nursing*, 12(2017): 21–27.

Asberg, M. (2008). Eesti tervishoiu kõrgkoolide õendusüliõpilaste hinnang õpikeskkonnale ja mentorlusele kliinilisel õenduspraktikal. Magistritöö õendusteaduses. Tartu.

Burkhart, J. A. (2008). Training nurses to be teachers. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, November Vol 39(11): 503–510.

Clapper, T. C. (2010). Role play and simulation: returning to teaching for understanding. *The Education Digest*, April 2010.

Cogo, A. L. P., Dal Pai, D., Aliti, G. B., Hoefel, H. K., Azzolin, K. O., Busin, L., Unicovsky, M. A. R., Kruse, M. H. L. (2016). Case studies and role play: learning strategies in nursing. *Rev Bras Enferm*, Nov–Dec; 69(6): 1163–1167.

Dal, U., Sarpkaya, D. (2013). Knowledge and psychomotor skills of nursing students in North Cyprus in the area of cardiopulmonary resuscitation. *Pak J Med Sci*, Vol.29(4): 966–971.

Demir, S. G., Bulut, H., Dal, Ü. (2009). Student's experience with developing patient education materials. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 1: 2828–2831.

Demiray, A., Kececi, A., Cetinkaya, M. Y. (2016). Students' perceptions of psychomotor skills training: a qualitative study. *International Archives of Nursing and Health Care*, Vol 2(1).

Egwu, O. A., Dimkpa, U., Orji, J. O., Njoku, C. O., Eni, E. O., Besong, E. (2011). Medical students – self-assessed confidence level before a major physiology examination: affective factors in a Nigerian Medical School. *AIM*, 19(3): 153–157.

Ghorbani, R., Soleimani, M., Zeinali, M.-R., Davaji, M. (2014). Iranian nurses and nursing students' barriers and facilitators to patient education: a survey study. *Nurse Education in Practice*, 14: 551–556.

Goff, A.-M. (2009). Stressors, academic performance, and learned resourcefulness in baccalaureate nursing students. (https://www.researchgate.net/publication/49807929_Stressors_Academic_Performance_and_Learned_Resourcefulness_in_Baccalaureate_Nursing_Students?enrichId=rgreq-463bc8c524d0c0a90b21fa490e27c19f)

patsientide ja nende pereliikmete osades teatritudengeid või ka hääti ettevalmistatud vabatahtlikke. (McNamara 2015) Kogemus oleks kasulik nii teatritudengitele kui ka õendusüliõpilastele oma oskuste lihvimisel. Samuti aitab teatritudengite kasutamine rollimänguritena ära hoida professionaalse žargooni kasutamist, mis kaasub paratamatult tervishoiutöötajate omavahelise suhtlusega. (Lewis jt 2013)

Rollimängudes on oluline koht tagasisideandmisel, milles peaks jälgima Lewise jt uuringus (2013) viidatud Pendeltoni tagasisideandmise reeglitele, mille olulised punktid on, et õendusüliõpilased, kes osalesid rollimängus aktiivsete mängijatenä, saavad võimaluse esimesena oma muljeid ja mõtteid jagada; aktiivselt osalenud tudengid saavad võimaluse pakkuda välja alternatiivseid tegevusstrateegiaid, kuidas ülesannet oleks võinud lahendada; vaatlejad annavad tagasisidet toimunule, kuid samuti on rõhk positiivsetel

momentidel, mida esitatakse esimesena. Üldine tagasisideandmine peab toimuma positiivses võtmes ning mitte riidavana.

Õpitud või omandatud leidlikkus ehk võime oma emotsioone ja tundeid reguleerida ja juhtida annab parema võimaluse oma stressi juhtida ning sellega toime tulla. Erinevad uurinud, mis on tudengite hulgas läbi viidud, näitavad seda. Kuigi kahjuks ei ole uuritud konkreetselt õendusüliõpilasi selles küsimuses. Kasvanud teadlikkus stressiga hakkamasäämise küsimustes võib omada mõju õenduskoolitusele, mis võimaldab õendustudengite stressi vähendada ning läbi selle paranevad õpitulemused, akadeemiline võimekus, ning pikemas perspektiivis osutatud õendusabi kvaliteet. (Goff 2011)

Õendusüliõpilased, kes lõpetavad õendusõppe, eeldatakse olevat valmis läbi viima kvaliteetset patsiendi/kliendiõpetust nii üksikisikutele, peredele kui ka gruppidele.

Selleks on oluline õendusüliõpilastele anda baasteadmisi patsiendiõppe läbiviimiseks. Enesekindlus ning head faktiteadmised on aluseks edukale patsiendiõpetuse läbiviimiseks. Kahjuks ei ole õendusüliõpilased oma teadmistes kindlad ning seega on patsiendiõpetuse kogemus pigem negatiivne, mis võib jätta pikaajase vastuseisu patsiendiõpetuse läbiviimise suhtes. Selle vältimiseks tuleb õendusüliõpilasi julgustada mõtlema kliiniliselt ning nägema ennast koolitaja ja õpetajana. Kui koolituskeskond ning õhkkond on õendusüliõpilast toetav ning mitte hirmutav, siis on õpitulemused paremad. Siin on oluline roll juhendajal ja õendusõppejõul, kes loob turvalise ja toetava keskkonna õppimiseks. (Little 2006) Suhtlemine patsientidega, kellel on suhtlemisbarjäärid (nagu näiteks afaasia), on alati väljakutseid pakkuv kogemus. Õendusüliõpilased, kes on saanud eelnevat koolitust ja praktilist kogemust suhtlemistakistusega

XXX&enrichSource=Y292ZXJQY-WdlOzQ5ODA3OTISO0FTOjISO-TAxOTA1OTM4NDMyMEAxNDQ4M-zAzMTA3MDYw&el=1_x_2&esc=publicationCoverPdf) (28.09.2017).

Heidari, M., Norouzadeh, R. (2015). Nursing students' perspectives on clinical education. *Journal of Advances in Medical Education and Professionalism*, Vol 3 No 1: 39–43.

Heidari, M., Shahbazi, S (2014). The effect of problem solving training on decision making skills in nursing students. *International Journal of Nursing Education*, January–June Vol 6 No 1: 15–19.

Hennemann, E. A., Cunningham, H. (2005). Using clinical simulation to teach patient safety in an acute/critical care nursing course. *Nurse educator*, 30(4): 172–177.

Lewis, D., O'Boyle- Duggan, M., Chapman, J., Dee, P., Sellner, K., Gorman, S. (2013). „Putting Words into Action” project: using role-play in skills training. *British Journal of Nursing*, 22(11).

Lin, H. H. (2016). Effectiveness of simulation based learning on student nurses' self-efficacy and performance while learning fundamental nursing skills. *Technology and Health Care*, 24: 369–375.

Little, M. (2006). Preparing nursing students to be health educators: personal knowing through performance and feedback workshops. *Journal of Nursing Education*, 45(3): 131–135.

Lukewich, J., Edge, D. S., Tranmer, J., Raymond, J., Miron, J., Ginsburg, L., VanDenKerkhof, E. (2015). Undergraduate baccalaureate nursing students' self-reported confidence in learning about patient safety

in the classroom and clinical settings: an annual cross-sectional study (2010–2013). *International Journal of Nursing Studies*, 52: 930–938.

Mackenzie, K. (2009). Who should teach clinical skills to nursing students? *British Journal of Nursing*, 18(7): 395–399.

McNamara, N. (2015). Preparing students for clinical placement: the student's perspective. *Nurse Education in Practice*, 15: 196–202.

Michaels, M. E. J., Evans, D. E., Blok, G. E. (2012). What is a clinical skill? Searching for order in chaos through a modified Delphi process. *Medical Teacher*, 34: e573–e581.

Mwale, O. M., Kalawa, R (2016). Factors affecting acquisition of psychomotor skills by student nurses and midwives in CHAM Nursing Colleges in Malawi: a qualitative exploratory study. *BMC Nursing*, 15: 30.

patsiendiga suhtlemiseks, on oma edaspidises töös märksa edukamad. Eelnev praktiline kogemus annab võimaluse kasutada hilisemas töös häid kommunikatsioonioskusi, mis tagavad hea terapeutilise suhte kien- di ja tervishoiutöötaja vahel. (Ram- say jt 2008)

Patsiendiõpetus on kogu maa- ilmas ödede esmane kohus- tus ning selle tõttu peab see olema oluline osa õendusharidusest (Scheckel jt 2010). Patsiendiinfo materjalide loomine on hea võima- lus õendusüliõpilasele viia oma teo- reetilisi teadmisi praktikasse, abis- tada patsiendil teha tervislikumaid valikuid ning edendada nende toi- metulekut. Läbi eduka patsiendiõpe- tuse vähenevad tervishoiukulud, pa- raneb õendusabi tase ning väheneb hilistüsistuste arv patsientide jaoks. Kirjalikud patsiendiõpetuse mater- jalid omavad ilmselget eelist suulise õpetuse ees. Kirjalikud materjalid annavad õendusüliõpilastele hea või- maluse jõustada patsiente nende ter- viseprobleemidega toime tulemises.

Patsiendiinfo materjalid peavad ole- ma lihtsad lugeda ja mõista igasugu- se haridustasemega inimeste jaoks. Samuti on vajalik nende materjalide hea kujundus, info kättesaadavuse soodustamine jooniste ja diagram- midega. Patsiendiinfo materjalide loomine peaks olema orgaaniline osa õendusharidusest, kuna just öed on need, kes patsienti kliinilises keskkonnas õpetavad ja juhenda- vad. Seega on patsiendiõpetus olu- line osa ödede kliinilistest oskustest. (Demir jt 2009)

Hospitaliseerimise järgselt vajavad patsiendid selgeid teadmisi, kuidas oma sei- sundiga toime tulla kodustes oludes. Ödedel on suur roll selles, et paran- dada patsientide enesehoolduse ta- set ja iseseisvat toimetulekut. (Sher- man 2016) Patsiendid vajavad infot oma tervises seisundi kohta, kas ja millal nad ennast paremini tundma hakkavad, mida on vaja selleks teha, kas on võimalik, et nende enesetun- ne hoopis halveneb. Samuti vajavad patsiendid infot ravimite võtmise

kohta, näiteks seda, kas nad peavad ravimeid võtma elu lõpuni (Ross jt 2014). Ravipäevade hulga piiramise tõttu lahkuvad patsiendid haiglast kiiremini ja haigematena kui kuna- gi varem. Tänu sellele tõuseb pati- siendiõpetuse vajadus väga kiiresti. Kasutoova patsiendiõpetuse läbivi- miseks peab arvestama patsientide individuaalseid infovajadusi, nende võimet infot vastu võtta ning õpe- tatavat mõista. Oluline on lähene- da igale patsiendile individuaalselt, universaalseid õpetamismeetodeid ei ole. Õendusüliõpilastele õpetatak- se teoreetilisi ning praktilisi oskusi, kuid kahjuks ei õpetata õendusüli- õpilasi olema õpetajad, seega vaja- vad õendusüliõpilased ja laiemalt kõik öed koolitust, kuidas patsiente edukalt õpetada (Burkhart 2008). Edukamaks patsiendiõpetuse läbi- viimiseks tuleb patsiente julgustada nende õpetusvajadusi kirja panema. See meetod on kuluefektiivne ja in- formatiivne ning parandab oluliselt läbiviidava patseindiõpetuse kvali- teeti (Ross jt 2014).

National Action Plan to Improve Health Literacy. (2010). U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. Washington, DC.

Park, S. N., Chu, M.-S., Hwang, Y.-Y., Kim, S.-L., Lee, S.-K. (2015). Effects of integrated nursing practice simulation- based training on stress, interest in learning, and problem-solving ability of nursing students. *J Korean Acad Fundam Nurs*, 22(4): 424–432.

Ramsay, J., Keith, G., Scott Ker, J., Hogg, G. (2008). Use of simulated patients for a communication skills exercise. *Nursing Standard*, 22(19): 39–44.

Riera, J. R. M., Cibanal, J. L., Mora, M. J. P. (2010). Using role playing in the integra- tion of knowledge in the teaching-learning

process in nursing: assessment of students. *Texto Contexto Enferm*, 19(4): 618–626.

Ross, A., Ohlsson, U., Blomberg, K., Gustafsson, M. (2015). Evaluation of an intervention to individualise patient educa- tion at a nurse-lead Heard failure clinic: a mixed method study. *Journal of Clinical Nursing*, 24: 1594–1602.

Scheckel, M., Emery, N., Nosek, C. (2010). Addressing health literacy: the experiences of undergraduate nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 19: 794–802.

Shepard, C. K., McCunnis, M., Brown, L., Hair, M. (2010). Investigating the use of simulation as a teaching strategy. *Nursing Standard*, 24(35): 42–48.

Sherman, J. (2016). An initiative to im- prove patient education by clinical nurses. *Medsurg Nursing*, 25(5): 297–333.

Teixeira, C. R. S., Kusumota, L., Pereira, M. C. A., Braga, F. T. M. M., Gaioso, V. P., Zamarioli, C. M., Carvalho, E. C. (2014). Anxiety and performance of nursing students in regard to assessment via clinical simulations in the classroom versus filmed assessments. [https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/ view/19966/16922](https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/19966/16922) (01.11.2017).

Treiman-Kiveste, A. (2010). Tervis- hoiukõrgkoolide viimase kursuse õen- dusüliõpilaste hinnang oma valmidusele kliendikeskseks õendustööks ning õppe mõju selle kujunemisel. TÕ arstiteadus- kond, magistratöö.

Arutelu ja järeldused

Kliiniliste oskuste omandamine ja õpetamine on väljakutseid pakkuv ülesanne nii õendusüliõpilastele kui ka õppejõududele. Rahuldavat tulemust on võimalik saavutada vaid läbi pideva õppimise ning kordamise ja õpitu praktikas rakendamise. Ärevus ning sooritushirm on tavapärased praktiliste oskuste demonstreerimisega seotud probleemid, mida saab läbi toetava juhendamise ja individuaalse lähenemise maandada.

Uurimistöö autor nõustub käesolevas töös väljatoodud kirjandusallikate autorite seisukohtadega, kus nad räägivad ärevuse ja stressi mõjust õpisooritusele ning kliiniliste oskuste omandamisele (Goff 2009, Park 2015, Demiray jt 2016, Lin 2016, Aldridge 2017). Autor näeb oma igapäevases töös õendusõppejõuna, kuidas soorituspinge ning ärevus mõjutavad otseselt kliiniliste oskuste omandamist. Olulist rolli mängib ärevuse tasemele see, kuidas ning millises sõnastuses anda tagasisidet teostatud protseduurile või ülesande täitmisele.

Rollimängudel on kahtlemata oluline osa kliiniliste oskuste omandamisel, millele on viidanud ka mitmed autorid, kelle töid on kasutatud antud uurimistöö koostamisel (Clapper 2010, Shepard jt 2010, Rieta jt 2010, Lewis jt 2013, McNamara 2015, Poughaznein jt 2015, Cogo jt 2016). Käesoleva uurimistöö autor nõustub täielikult viidatud autorite seisukohtadega ning seda kinnitab ka tema praktiline kogemus. Parimaid õpitulemusi saavutatakse just nimelt õppimisel läbi rollimängude, kus õendusüliõpilasel on võimalus kogeda kas patsiendi või tema pereliikme või õe tundeid ja emotsioone ning nendega toime tulla.

Õppejõul või juhendajal on siin oluline roll luua toetav ja õppimist soodustav õhkkond, selle olulisusele ning vajadusele on viidanud oma töödes ka teised uurijad (Mackenzie 2009, Heidari 2015) ning sellega oleks keeruline mitte nõustuda. Individuaalne lähenemine, teoreetiliste teadmiste sidumine praktilise tegevuse juurde on õppejõu erialase kompetentsi küsimus. Esineb lõhe teoreetiliste teadmiste ning oskuse vahel seda praktikasse rakendada, samuti probleemi kompleksne nägemine ning kliinilise olukorra tajumine. Sellele on viidanud oma uurimustes Hennemann jt (2005), kelle töödele on hilisemalt viidanud veel mitmed autorid nagu Mackenzie (2009) ja Ramsay jt (2008).

Oluline on õendusõppejõudude kliiniliste oskuste hoidmine ning värskendamine, et tagada ajakohane ning adekvaatne kliiniliste oskuste edasiandmine õendusüliõpilastele. Samuti on stažeeriva õppejõu kliinilises keskkonnas viibimine oluline haigla või asutuse jaoks, kuna ka asutus saab sel juhul asjatundjalt tagasisidet oma töökorraldusele ning lõppkokkuvõttes on see rikastav kogemus mõlema osapoole jaoks. Kokkuvõtteks – kliiniliste oskuste omandamist ning õpetamist on raske alahinnata, kuna see omab olulist seost hilisema osutatava õendusabi kvaliteediga.

Eelpooltoodule tuginedes saab teha järgmised järeldused:

- Õendusüliõpilased puutuvad kliinilisi oskusi omandades kokku mitmete probleemidega nagu näiteks stress, hirm ning ärevus, mis on seotud akadeemilise võimekusega ning kliiniliste oskuste omandamise ning demonstreerimisega. Probleemideks on lõhe teoreetiliste teadmiste praktikas

kasutamisel, patsiendiõpetuse läbiviimisel ning üldiselt nõrk suhtlemisoskus, mis kokkuvõttes halvendab tulevikus osutatava õendusabi kvaliteeti ning patsiendiohutust. Samuti on probleemiks harjutuskohtade vähesus ning nende ebapiisav varustatus, kliinilisi oskusi õpetavate juhendajate vähesus, nende vähene kliiniline kompetents ning huvi õendusüliõpilaste õpetamise vastu.

- Õendusüliõpilaste kliiniliste oskuste omandamisega seonduvaid probleeme aitab lahendada motiveeritud ning empaatiliste õendusõppejõudude kaasamine õppeprotsessi, individuaalne lähenemine õendusüliõpilaste vajadustele ning ootustele õpetatava suhtes, samuti häästivarustatud õppekeskkonna olemasolu. Simulatsioonõppe kasutamine õendusõppes on hea võimalus luua võimalikult elulähedasi situatsioone, kus õendusüliõpilane saab turvalises ning toetavas keskkonnas omandada ja kinnistada kliinilisi oskusi, saada individuaalset tagasisidet juhendajalt ning õppida vigadest. Simulatsioonõppe edukuse tagavad selgelt formuleeritud ülesanded ning pidev harjutamine kogu õppeprotsessi vältel. Rollimängud aitavad kujundada simulatsioonülesannetest võimalikult elulähedased olukorrad ning pöörata tähelepanu osalejate emotsioonidele ja tunnetele ning neid analüüsida ning neist õppida. Suhtlemisoskuste pidev arendamine ning patsiendiõpetuse oskuste omandamine ning patsiendi infomaterjalide loomine on heaks võimaluseks kasutada teoreetilisi teadmisi praktikas.



Eliise Hoogand, RN

Piret Simm-Pärle, MSc,
Tartu Tervishoiu Kõrgkooli lektor

Populaarsust koguva süsivesikutevaese rasvarikka dieedi mõjud

terve täiskasvanud inimese kehakaalule ja vööümberrõõdule, vere lipiidide ja triglütseriidide tasemele, vererõhule, veresuhkru väärtustele

Ülekaalulisus ja rasvumine on päevakajaline teema juba mõnda aega, nii Eestis kui mujal maailmas on ülekaaluliste inimeste osakaal tõusuteel. WHO (World Health Organisation 2016) andmetel on rasvumine alates 1980. aastast rohkem kui kahekordistunud ja 2014. aasta seisuga kannatab selle all kuni 600 miljonit täiskasvanut kogu maailmas. Süsivesikutevaesed dieedid on seejuures näidanud teatud efektiivsust lühiajaliste katsetuste korral nagu kuus kuud kuni aasta (Hession jt 2009). Eesti toitumis- ja liikumissoovituste alusel peaksid süsivesikud moodustama päevasest soovitatud energiast 50-60%, valgud 10-20% ja rasvad 25-30%. Süsivesikutevaese rasvarikka dieedi

puhul on süsivesikute osakaal viidud minimaalseks, tavaliselt mitte rohkem kui 15-20% päevas ning dieedipidajad jälgivad toitu tarbides, et süsivesikute sisaldus toiduaines ei ületaks 5g/100g kohta (Fernholm 2015). Teema aktuaalsust Eestis ilmestab artikkel Postimehes (Mägi 2017), kus selgus tõsiasi, et ka Eestis populaarsete toitumise nõustajate (näiteks Erik Orgu ja Fitlap) toitumiskavades on väiksem süsivesikute osakaal ning omakorda suurem rasvade sisaldus kui riiklikes toitumissoovitustes.

Kehakaal ja vööümberrõõd

Üldjuhul on erinevate dieetide jälgimise eesmärk langetada kehakaalu, mille tagajärjel väheneb ka vööümberrõõd. Oma uuringutes dieetide makrotoitainete (süsivesikud, rasvad, valgud) sisalduse varieeruvuse olulisust ja mõju uurinud autorid

Sacks jt (2009) ja Frisch jt (2009) leidsid, et kaalu langetamisel ja vööümberrõõdu kahandamisel ei mängi rolli, kas inimene saab >55% või <40% kogu päevasest energiahulgast süsivesikutest. Ka mitmed võrdlevad uuringud (Brinkworth jt 2009, Foster jt 2010), kus uuritavad jagati kahte gruppi võrdlemaks kaalulangust süsivesikuid piiraval ja rasvu piiraval dieedil, leidsid, et kaalu kaotus on sarnane mõlemal juhul. Samas avaldus kaalulangus rohkem dieetide alguses (Frisch jt 2009, Foster jt 2010), näiteks oli 6 kuu möödudes teostatud mõõtmisel kaalukaotus ligi 2 kg suurem kui ühe aasta möödudes (Frisch jt 2009).

Vere lipiidid ja triglütseriidid

Üldkolesterooli tase, vastupidiselt levinud arvamusele, langeb süsivesikute piiramisel (Paoli jt 2011).

Artikkel on koostatud Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis 2018. aastal kaitsitud lõputöö põhjal

Seejuures on oluline HDL- ja LDL-kolesterooli sisaldus üldkolesteroolis. Õigete rasvade tarbimisel ja süsivesikute piiramisel tõuseb ka HDL-kolesterooli tase veres (Sacks jt 2009, Brinkworth jt 2009, Foster jt 2010). Mitte ühelgi juhul ei lan-

getanud süsivesikutevaene rasvarikas dieet hea

kolesterooli osakaalu üldkolesteroolis. Tuginedes kolmele autorile (Brinkworth jt 2009, Urbain jt 2017, Zinn jt

2017) saab väita, et süsivesikutevaene rasvarikas dieet tõstab LDL-kolesterooli taset. Samas Foster jt (2010)

töös esines LDL-kolesterooli taseme tõus süsivesikutevaese rasvarikka dieedi jälgijatel, kuid seda vaid dieedi esimesel kuuel nädalal, hiljem HDL- ja LDL-kolesteroolide tasemed ühtlustusid kahe erineva dieedi jälgijatel. Siin võib olla seos tarbitavate rasvade tüübi ja vere kolesterooli sisaldusega.

Triglütseriidide tase on lisaks kolesterooli näitudele informatiivne rasvumise täheldamisel. Foster jt (2010) uuringus, mis võltas kaks aastat, langes süsivesikutevaese dieedi foonil küll triglütseriidide tase, kuid seda vaid uuringu esimeses pooles, pärast kaht aastat oli triglütseriidide tase võrdväärne rasvavaese dieedi jälgijatega. Seega võib oletada, et pikemalt kui üks aasta kestnud süsivesikutevaene rasvarikas dieet ei pruugi triglütseriidide tasemele nii tugevat ja märkimisväärset mõju avaldada.

Vererõhk

Vererõhu näitajad alanesid süsivesikutevaese rasvarikka dieedi jälgijatel sarnaselt rasvavaese süsivesikuterikka dieedi pidajatega (Frisch

jt 2009, Brinkworth jt 2009, Foster jt 2010). Antud uuringutes osalejatel langesid nii süstoolne kui ka diastoolne vererõhk. Frisch jt (2009) hinnangule tuginedes võib vererõhu väärtuste langust pidada üheks tunnuseks, mis kaasneb üldise kehakaalu kaotusega.

Veresuhkur

Lühi- või pikemaajalisem süsivesikute piiramine alandab inimese veresuhkru väärtuseid (Urbain jt 2017, Paoli jt 2011). Samas on ka rasvavaese dieedi jälgimise korral veresuhkru väärtused langevas tendentsis (Zinn jt 2017) ning selles osas ei täheldatud märkimisväärset erinevust. Seega võib veresuhkru taseme langust samuti seostada pigem üleüldise kaalu kaotuse ja metaboolse sündroomi riskitegurite alanemisega, kui makrotoitainete sisaldusega toitumises. Kanamori jt (2017) teostatud katsetus näitas, kuidas muidu tasakaalustatult toituvat täiskasvanu veresuhkru väärtus tõusis oluliselt pärast lühiajalist (24h) ekstreemset süsivesikute piiramist. Seda, kuidas süsivesikutevaese rasvarikka dieedi pidamise esimestel päevadel veresuhkru tase võib muutuda, ei ole uuritud, kuid võib oletada, et veresuhkru väärtus algselt tõusebki ning pikemas plaanis langeb. Antud juhul (Kanamori jt 2017) võib veresuhkru taseme tõus olla tingitud väga ekstreemsest süsivesikute piiramisest ning iga radikaalne järsk muutus toob esile mõne kiire vastureaktsiooni.

Kokkuvõte

Tuginedes erinevatele uuringutele võib väita, et pikemas perspektiivis oleks kaalulangus sarnane nii süsivesikutevaese rasvarikka dieedi kui ka madala kalorsusega dieedi jälgijatel. Süsivesikutevaene rasvarikas

dieet võib tõepoolest viia veidi kiiremini soovitud tulemuseni, kuid pikemas plaanis ja stabiilse kaalunumbri saavutamisel toimib sama efektiivselt ka kaloreid piirav või madala rasvasisaldusega dieet. Autori hinnangul võib aga neist eelnevalt nimetatud kolmest dieedist kõige kergem olla jälgida rasvavaest dieeti, kuna ühiskonnas on pigem levinud mõtteviis, et madala rasvasisaldusega tooted on kaalu langetuse aluseks. Antud töö põhjal selgus ka, et rasvunud ülekaalulised langetavad kaalu igal juhul kiiremini olenemata dieedi süsivesikute või rasvade sisaldusest.

Süsivesikutevaese rasvarikka dieedi positiivsetest mõjudest tasub välja tuua vere lipiidide taseme muutused: triglütseriidide taseme langus ja HDL-kolesterooli taseme tõus, samuti ka veresuhkru ja vererõhu väärtuste alanemine. Neid muutusi võib aga pigem seostada üleüldise kaalu kaotuse ja metaboolse sündroomi riskitegurite alanemisega, kui makrotoitainete sisaldusega toitumises.

Mistahes dieedi katsetusest võib tihtipeale saada pikemaajalisem toitumisharjumus, mille puhul teadmiste defitsiit võib kasu asemel kahju tuua. Seega vajaks põhjalikumalt uuringut just normaalkaalulised inimesed, sest autori isiklik kokkupuude näitab süsivesikutevaese rasvarikka dieedi populaarsust just normaalkaalus ja krooniliste haigusteta inimeste seas. Samuti võib põhjendada süsivesikutevaese rasvarikka dieedi aina kasvavat menu asjaoluga, et selle lühiajaline (kuni 6 kuud) mõju kehakaalu alanemisele on veidi suurem ja sellest tuleneb ka vastava dieedi populaarsus. Dieedi tulemusi soovitakse näha võimalikult kiirelt, mis aga alati ei pruugi tähendada parimat efektiivsust.

Kirjandus:

- Brinkworth, G. D., Noakes, M., Buckley, J. D., Keogh, J. B., Clifton, P. M. (2009). Long-term effects of a very-low-carbohydrate weight loss diet compared with an isocaloric low-fat diet after 12 months. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 90: 23–32. <http://ajcn.nutrition.org/content/90/1/23.full.pdf> (12.11.2017).
- Ferholm, A. (2015). Magus veri: suhkursõltuvuse needus. Tartu: Petrone.
- Foster, G. D., Wyatt, H. R., Hill, J. O., Makris, A. P., Rosenbaum, D. L., Brill, C., Stein, R. I., Mohammed, S., Miller, B., Rader, D. J., Zemel, B., Wadden, T. A., Tenhave, T., Newcomb, C. W., Klein, S. (2010). Weight and metabolic outcomes after 2 years on a lowcarbohydrate versus low-fat diet. *Annals of Internal Medicine*, 153(3): 147–157. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2949959/pdf/nihms228493.pdf> (12.11.2017).
- Frisch, S., Zittermann, A., Berthold, K. H., Götting, C., Kuhn, J., Kleesiek, K., Stehle, P., Körtke, H. (2009). A randomized controlled trial on the efficacy of carbohydrate-reduced or fat-reduced diets in patients attending a telemedically guided weight loss program. *Cardiovascular Diabetology*, 8: 36–46. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2722581/pdf/1475-2840-8-36.pdf> (04.11.2017).
- Hession, M., Rolland, C., Kulkarni, U., Wise, A., Broom, J. (2009). Systematic review of randomized controlled trials of low-carbohydrate vs. low-fat/low-calorie diets in the management of obesity and its comorbidities. *Obesity Reviews*, Jan;10(1): 36–50. https://www.researchgate.net/profile/John_Iain_Broom/publication/23168630_Systematic_review_of_randomized_controlled_trials_of_low-carbohydrate_vs_low-fatlowcalorie_diets_in_the_management_of_obesity_and_its_comorbidities/links/02bfe51024c8131630000000.pdf (16.03.2017).
- Kanamori, K., Ihana-Sugiyama, N., Yamamoto-Honda, R., Nakamura, T., Sobe, C., Kamiya, S., Kishimoto, M., Kajio, H., Kawano, K., Noda M. (2017). Postprandial glucose surges after extremely low carbohydrate diet in healthy adult. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 243(1): 35–39. https://www.jstage.jst.go.jp/article/tjem/243/1/243_35/_pdf (13.11.2017).
- Mägi, M. (2017). Toitumisnõustajad omavahel riius – kas Eesti toitumissoovitused on aegunud? *Postimees*, 254(8155): 22–23. https://tervis.postimees.ee/4293489/toitumisnõustajad-omavahel-riius-kas-eestitoitumissoovitused-on-aegunud?_ga=2.162146428.1983615076.151041875165755378.6.1436904031 (12.11.2017).
- Paoli, A., Cenci, L., Grimaldi, K. A. (2011). Effect of Ketogenic Mediterranean diet with phytoextracts and low carbohydrate/highprotein meals on weight, cardiovascular risk factors, body composition and diet compliance in Italian council employees. *Nutrition Journal*, 10: 112. <https://nutritionj.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1475-2891-10112?site=nutritionj.biomedcentral.com> (04.11.2017).
- Pitsi, T., Zilmer, M., Vaask, S., Ehala-Aleksejev, K., Kuu, S., Lõhmus, K., Maser, M., Nurk, E., Lindsaar, M., Sooba, E., Sammel, A., Raukas, R., Parts, L., Villa, I., Radin, M., Liebert, T., Einberg, Ü., Simm-Pärle, P., Lamp, H., Hiis, T., Rajasalu, P., Vacht, P., Vallikivi, L., Raudsepp, P., Praakle, K., Tuvike, A., Kanamäe, H., Dreyersdorff, S., Eksin, M., Vihalemm, T., Potisepp, S. (2017). Eesti Toitumis- ja liikumissoovitused 2015. Tervise Arengu Instituut. Tallinn: Puffet Invest OÜ.
- Sacks, F. M., Bray, G. A., Carey, V. J., Smith, S. R., Ryan, H. D., Anton, S. D., McManus, K., Champagne, C. M., Bishop, L. M., Laranjo, N., Leboff, M. S., Rood, J. C., de Jonge, L., Greenway, F. L., Loria, C. M., Obarzanek, E., Williamson, D. A. (2009). Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. *The New England Journal of Medicine*, 360: 859–873. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0804748> (10.11.2017).
- Zinn, C., McPhee, J., Harris, N., Williden, M., Prendergast, K., Schofield, G. (2017). A 12week low-carbohydrate, high-fat diet improves metabolic health outcomes over a control diet in a randomised controlled trial with overweight defence force personnel. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 42: 1158–1164. <http://www.nrcresearchpress.com/doi/pdf/10.1139/apnm-2017-0260> (14.11.2017).
- Urbain, P., Strom, L., Morawski, L., Wehrle, A., Deibert, P., Bertz, H. (2017). Impact of a 6week non-energy-restricted ketogenic diet on physical fitness, body composition and biochemical parameters in healthy adult. *Nutrition & Metabolism*, 14: 17–25. <https://nutritionandmetabolism.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12986-017-0175-5> (14.11.2017).
- World Health Organisation. (2016). Obesity and overweight. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (16.03.2017).

Digitaalne surmateatise teenus

Annike Sims
projektijuht

Monika Soosaar,
kommunikatsiooni- ja rahvus-
vaheliste suhete juht
Tervise ja Heaolu Infosüsteemide
Keskus

Selleks, et inimene ei peaks oma lähedase surma registreerimiseks minema edaspidi enam kohaliku omavalitsusse kohale, on loomisel digitaalne surmateatise teenus. Teenuse käivitumisel väheneb ka kohaliku omavalitsuse koormus surmade registreerimisel rahvastikuregistrisse. Rahvastikuregister hakkab saama surmaandmeid standardiseeritult ja kohe pärast surma fakti tuvastamist. Surma põhjuste register saab standardiseeritud surma fakti ja surma põhjuse andmed 24 tunni jooksul pärast surma põhjuse tuvastamist.

Riigikogu kinnitas 13. detsembril 2017. aastal perekonnaseisutoimingute seaduse ja surma põhjuse tuvastamise seaduse

eelnõu, millega tehti võimalikuks surmade elektroonne registreerimine. Seaduse muudatused hakkasid jõustuma üleminekusättena 1. juulist 2018 ja täismahus jõustuvad 1. juulist 2019. See tähendab, et 1. juulist 2019 peavad kõik tervishoiuteenuse osutajad, sh ka öed registreerima tuvastatud surmad elektroonselt.

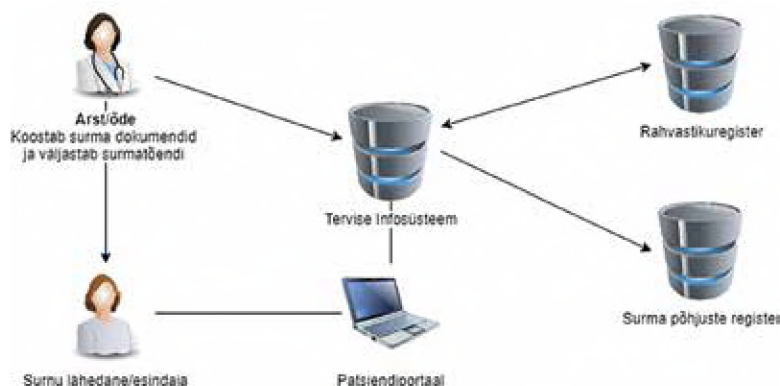
2017. aastal alustasid sotsiaalministeerium ja siseministeerium ühisprojekti „e-Surmasündmus“, mida rahastatakse Euroopa Regionaalarengu Fondist. Projekti eesmärk on vabastada surnu lähedased surma registreerimise protseduurist. Projekti tulemusena paberkandjal arstlik surmateatis (4-l isekopeeruva paberil) asendatakse täielikult digitaalse surmateatisega ja surma põhjuse teatisega, mida hakatakse elektroonselt edastama tervishoiuteenuse osutaja infosüsteemist rahvastikuregistrisse ja surma põhjuste registrisse.

Surma põhjuse tuvastamise seadus ütleb, et iseseisvalt osutada lubatud öendusabiteenuse

osutamise käigus surnud isiku surma fakti tuvastab öde või arst. Eelistatud on surma tuvastamine arsti poolt. Kui aga arst pole asutuses kohal, siis võib surma fakti tuvastada ka öde. Surma tuvastajana peab öde kohe pärast surma tuvastamist koostama surmateatise oma infosüsteemis ja saatma selle TIS-i. Seejärel teavitama asutuse raviarsti või surnud isiku perearsti isiku surmast.

Antud teenuse puhul on online, et surmateatisele oleks surnu õiged isikuandmed. Inimese surnuks tunnistamisel rahvastikuregistris suletakse isikule kõik teenused, mis kasutavad rahvastikuregistri andmeid (nt ei saa logida enam eesti.ee ja digilugu.ee, telefoni operaator lõpetab teenuse pakkumise) ja surma järgsel kuupäeval muutuvad kehtetuks surnu isikultõendavad dokumendid.

Lisaks surma fakti tuvastamisele ja surmateatisele tekib öel võimalus väljastada lähedasele surmatõend, mis on riiklik dokument ning on matmistoomingute ja pangaga suhtlemise aluseks. Kuna surma registreerimine toimub rahvastikuregistris automaatselt, siis öde saab surmatõendi pärida tervise infosüsteemist (digiloost) juba 5 minutit pärast surmateatise sinna edastamisest. **Surmatõend on ametlik dokument alles siis, kui sellel on väljastaja allkiri ja asutuse tempel (mitte digitaalne).** Tervishoiuteenuse osutaja väljastab esmase surmatõendi ühekordselt. Korduvaid surmatõendeid väljastab ainult kohalik omavalitsus või perekonnaseisumamet.





17. mai 2018

Eesti Õdede Liidu
95. aastapäeva konverents
„Tervis on inimõigus”

