

EESTI ÕDEDE LIIDU AMETLIK VÄLJAANNE

Eesti Õde

NR 4
DETSEMBER
2018

tõl liikmetele tasuta



Tore aasta saab läbi, toredam ootab ees

Käes on kõige pimedam, samas tuledes säravam, pildulikum ja rõõmsam aeg. Viimast jagub aasta viimasel kuul nii endale, oma lähedastele ja paljudel ka teistele, sh võõrastele jagamiseks. Aasta viimane kuu toob sageli meis vaoshoitud inimestes välja hea, mida oleme osanud suvepäikesega koguda ja tallel hoida. Kas poleks siis aeg tunnustada hea sõnaga neid, kes oma põhitöö kõrvalt on palju ära teinud meie kõigi jaoks.

Aastale 2018 sai ilus punkt pandud kollektiivlepingu sõlmimisega. Mööduval aastal toimusid ümberkorraldused seltsingute osas, jätkus koostöö nii siseriiklikes kui ka rahvusvahelistes töörühmades/organisatsioonides. Tore on tõdeda, et hooldustöötajate seltsing on nii tegus. Mis siin salata, üha raskemaks läheb pädevate hooldustöötajate leidmisega. Samas vajadus nende järele nii haiglates kui ka hooldusasutustes aina kasvab, sest noored pole motiveeritud hooldustööd õppima ja/või seda tegema. Kindlasti aitab meie

hooldustöötajal jääda valitud tööle, kui on võimalus kolleegidega kohtuda, osaleda ühistel koolitustel ja miks mitte ka omavahel mõõtu võtta.

Õppetööd alustasid öed kliinilise magistrikraadi omandamiseks. Me liigume selles suunas, et üha enam arvestatakse juba õpitut ja töökoost, mis annab inimesele hea tunde, et ta ei pea ikka ja jälle õppima minnes alustama otsast peale. Kindlasti peaksid magistrikraadiga öed tulevikus saama oma teadmisi ja oskusi rakendada ning saama ka kõrgemat töötasu. Samas ei tohi ära unustada meie raudvara, s.o staažikaid ödesid. Kellelegi pole saladus, et meie töös on kogemus hindamatu väärtusega, mida jagatakse kolleegidega.

Aina rohkem lisandub õnneks asju, millega võiks ja peaks rahul olema. Millest ma ei saa aga ei üle ega ümber – bürokraatia. Püüame vähemalt meie ise õenduses

lähutada tervest talupoja mõistusest. Ei ole tingimata maailmas kõike vaja tõendada ja tõestada, päike tõuseb ja loojub selletagi. Ärgem mingem tõenduspõhisusega liiale ja kuulakem, mida ütlevad inimesed, kes on patsiendi kõrval. Teine murekorts on tekkinud, mõeldes sellele, et suurtes asutustes bürokraatia kasvades, ei hakataks jälle üle lugema ödesid ja hooldajaid. Kust muidu

sa sellele uuele ametnikule tõsiselt võetava palganumbri saad.

Aitab muretisemisest, endal on ka vaja muutuste heaks midagi ära teha. Head sõbrad, sellega võib kohe peale hakata. Pole vaja oodata aasta lõpuni lubaduste andmisega ja uue aastani nende täitmisega. Uskuge mind, kui on mõistust ja süda on õiges kohas, jõuame koos palju ära teha nii enda, oma lähedaste, kolleegide kui ka patsientide heaks.



Tatjana Oolo
Peatoimetaja

Sisukord

- 3 2019 – ees ootav muudatuste aasta
- 4 Kollektiivleping
- 7 Eesti Ödede Liidu seltsingute ümberkorraldamine
- 8 EÕL tegevus erinevates riiklikes töörühmades
- 11 Milleks meile EFN?
- 13 Öed rahvusvahelises poliitikas
- 16 Usaldusisikud asutustes
- 17 Mõõtu võtsid hooldustöötajad
- 18 Koduõendusteenus
- 19 Koostöö viis konverentsini
- 21 Erakorralise õenduse ja trauma konverents Hollandis
- 23 Kokkuvõtte kliinilisest auditist
- 31 5–7-aastaste lasteaiatüdrukute keheline aktiivsus
- 34 Ajakirja Eesti Öde autoritele

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 Ödede Liidu ametlik väljaanne
Ilmub alates 1996. aastast

Vastutav väljaandja:



Kaks aastat tagasi ei kujutanud ma hästi ette, mida kõike võiks või peaks tegema. Ideid oli palju, kuid täpselt, kuidas või kellega koos kõike saab ellu viia, tegelikult ei olnud. Oli lihtsalt põnev. Oli soov katsetada, kuidas jõuda liikmeteni, kuidas panna kogu meie masinavärk niimoodi liikuma, et rutiinsed asjad toimiksid ning uued ideed saaksid lendu tõusta.

2019

– ees ootav muudatuste aasta



Täna võib öelda, et teame juba päris täpselt, mida peab tegema, mida saab teha ning kuidas jõuame tulemusteni. Oleme olnud tegusad, haarates kinni erinevatest mõtetest ja püüdes töökoormusega toime tulla. Uskumatult palju on võimalik ära teha ühe MTÜga nii tervishoiusüsteemi mõjutades kui ka uusi asju käima lükates.

Kuigi kõiki asju on olnud vaja teha paralleelselt ning vahel toimub täielik rööprähklemine, siis võime täna tõdeda:

2017 oli organisatsiooni arendamise aasta ehk saime organisatsiooni toimima, leppisime kokku reeglid ning saime kõikidest asjadest ülevaate. Nii mõnigi asi läks praktikasse kiiremini kui lootsime.

2018 oli lobitöö aasta, mille tulemusel räägivad nii minister kui ka haigekassa õdede rollist ning nende organisatsioonide töötajate sõnavarasse on lisandunud eriõde. Lisaks oleme saavutanud rahvusvahelisel areenil tunnustuse ning allkirjastanud rahumeelselt järgmise kollektiivlepingu.

2019 tuleb aasta, kus paljudes valdkondades tegevus jätkub, sh nii organisatsiooni uuendamisel, seltsingute tegevuses kui ka põhikirja aruteludes ning väga oluline, et ka seadusloomes eriõde küsimuses. Tulemata ei jää uued asjad ning käivitub öenduse- ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021–2030 koostamine.

Mina isiklikult soovin, et õed muutuksid julgemaks. Õed on tublimad ja säravamad, kui nad ise ennast hindavad. Julgust ja enesekindlust tuleb kasvatada. Enesekindluse kasvatamine toimub läbi koolituse ja eneseteadlikkuse tõusu, millele aitavad kaasa nii tervishoiukõrgkoolide magistriõppe võimalused kui ka meie endi koolituste korraldamine. Julgusega on paraku nii, et tuleb lihtsalt hinnata – kas mul on rohkem võita

või kaotada. Kui võita, siis tuleb proovida.

Õdede liidu tööd saab teha igal pool ja igal ajal, nii olen patsiendikogemuse kaudu saanud just viimastel aastatel väga selgelt aru, et patsiendikeskus tervishoius ei sõltu rahast või arstide suhtlemisoskusest, eelkõige sõltub see sellest, kes ja kuidas tervishoiumeeskonnast patsiendikeskust mõistab ning selle arengut toetab. Õdedel on siinkohal võtmeroll.

2018. aasta lõpul soovin teile kõigile tervist, natukene rohkem teineteisemõistmist, kuulamist ja kuulamist, jõulurõõmu ja uue aasta alguse salapära. Kui oleme toetavad, hoolivad ja naeratame, siis on kõigil meie ümber pisut parem. Õed on imelised ja õdede teod muudavad maailma. Muutes maailma iga üksiku inimese jaoks, muutub lõpuks maailm ka meie ümber. Headus tekitab headust, naeratus naeratusi. Vahel on olale pandud käsi just ainus asi, mida teine inimene vajab. Olgem teineteise jaoks olemas.

Siiralt teie
Anneli Kannus



Eesti Haiglate Liit
Eesti Kiirabi Liit

Eesti Arstide Liit
Eesti Tervishoiutöötajate Kutseliit
Eesti Õdede Liit

Kollektiivleping

Käesolev kollektiivleping (edaspidi nimetatud Leping) on sõlmitud vabatahtliku kokkuleppe ja vastastikuse usalduse alusel järgmiste poolte vahel: tööandjate esindajad – Eesti Haiglate Liit, Eesti Kiirabi Liit; töötajate esindajad – Eesti Arstide Liit, Eesti Tervishoiutöötajate Kutseliit, Eesti Õdede Liit (edaspidi nimetatud Pooled).

Pooled peavad esmatähtsaks kvaliteetse õigeaegse arstiabi ja õendusabi kättesaadavust kõigile patsientidele, võtavad eesmärgiks tervishoiutöötajate töökoormust järgmistel aastatel mitte tõsta ja lähtuvad demokraatlikus ühiskonnas tunnustatud sotsiaalse dialoogi põhimõtetest, et tagada tervishoius töörahu.

Leping on sõlmitud teadmises, et

1. Vabariigi Valitsus kehtestab Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelud, mille kõigides teenustes hindades sisalduvad järgmised palgakomponendid:
 - a) alates 01.04.2019. a: arsti puhul 12,40 eurot tunnis, õe puhul 7,45 eurot tunnis ning hooldustöötaja puhul 4,65 eurot tunnis;
 - b) alates 01.04.2020. a: arsti puhul 13,30 eurot tunnis, õe puhul 8,00 eurot tunnis ning hooldustöötaja puhul 5,00 eurot tunnis;
2. Arst-residentidele ja teistele tervishoiutöötajatele, kelle töötasu rahastatakse riigieelarvest, tagatakse vähemalt käesolevas kollektiivlepingus kokkulepitud tunnitasude alammääradele vastav summaarne palgakulu.

1. Üldsätted

- 1.1. Lepingus kasutatakse mõisteid järgmises tähenduses: 1.1.1. Arst – arsti kutsega isik, kes töötab arsti kvalifikatsiooni nõudval ametikohal;
- 1.1.2. Arst-resident – residentuuris eriala omandav arst;
- 1.1.3. Eriarst – eriarstina registreeritud isik, kes osutab eriarstiabi, üldarstiabi või kiirabi;
- 1.1.4. Õde – õe kutsega isik, kes töötab õe kvalifikatsiooni nõudval ametikohal;
- 1.1.5. Ämmaemand – ämmaemanda kutsega isik, kes töötab ämmaemanda kvalifikatsiooni nõudval ametikohal;
- 1.1.6. Tervishoiu tugispetsialist – füsioterapeut, tegevusterapeut, radioloogiatehnik, bioanalüütik, kes töötab vastavat kvalifikatsiooni nõudval ametikohal;
- 1.1.7. Kiirabitehnik - kiirabibrigaadi liige, kes on läbinud vähemalt 400-tunnise erakorralise meditsiini alase õppe ning omab lisaks alarmsõiduki juhtimise õigust;
- 1.1.8. Erakorralise meditsiini tehnik – erakorralise meditsiini tehniku kutsega kiirabibrigaadi liige;
- 1.1.9. Hooldustöötaja – hooldaja, põetaja, abiline, kes töötab vastava nimetusega ametikohal ja osaleb tervishoiuteenuse osutamisel.

- 1.2. Lepinguga reguleerimata küsimustes juhindu-
vad pooled Eesti Vabariigi seadustest ja teis-
test õigusaktidest.

2. Töötasu

- 2.1. Töötasu alammäärad
- 2.1.1. Alates 01.04.2019. a on töötasu alammäär
arstidel 12,40 eurot tunnis; eriarstidel 13,40
eurot tunnis; õdedel, ämmaemandatel ja ter-
vishoiu tugispetsialistidel 7,45 eurot tunnis;
kiirabitehnikutel 6,30 eurot tunnis, erakorrali-
se meditsiini tehnikutel 6,70 eurot tunnis ning
hooldustöötajatel 4,65 eurot tunnis.
- 2.1.2. Alates 01.04.2020.a on töötasu alammäär
arstidel 13,30 eurot tunnis; eriarstidel 14,40
eurot tunnis; õdedel, ämmaemandatel ja ter-
vishoiu tugispetsialistidel 8,00 eurot tunnis,
kiirabitehnikutel 6,80 eurot tunnis, erakorrali-
se meditsiini tehnikutel 7,20 eurot tunnis ning
hooldustöötajatel 5,00 eurot tunnis.
- 2.2. Arst-residendi töötasu alammäär on võrdne
arsti töötasu alammääraga.
- 2.2.1. Arst-residentide tasustatud tööaeg on 40 tun-
di nädalas. Arst-residentidel on õigus tööaja
sees osaleda residentuuri programmi kuuluval
teoreetilisel koolitusel.

3. Öötöö, puhkepäevadel tehtava töö ja ületunni- töö hüvitamine

- 3.1. Ööajal (kl 22.00 – 06.00) töötamise eest mak-
sab tööandja vähemalt 1,3-kordset töötasu.
(Jõustub alates 01.04.2019).
- 3.2. Kui tööaeg langeb laupäevale või pühapäevale,
maksab tööandja töö eest päevasel ajal (kl
06.00 – 22.00) vähemalt 1,1-kordset töötasu.
(Jõustub alates 01.04.2020).
- 3.3. Ületunnitöö hüvitamisel rahas võetakse töö-
tasu arvestamisel aluseks töölepingujärgne
põhitöötasu ja tööandja poolt määratud või
töölepingus kokku lepitud püsivad lisatasud.

4. Töö- ja puhkeaeg ning puhkus

- 4.1. Tööaja summeeritud arvestuse korral on ar-
vestusperioodi pikkus kuni 4 kuud. Tööajaka-
vasse kantakse kõik planeeritavad töötunnid.
- 4.2. Punktides 1.1.1–1.1.9 nimetatud töötajal on
õigus saada lisaks põhipuhkusele 5–7 kalend-
ripäeva tasulist lisapuhkust kalendriaastas,
kui ta töötab tööandja juures täistööajaga, või
proportsionaalselt töölepingus kokkulepitud
tööajaga, kui ta töötab osalise tööajaga.

5. Töökoormus

- 5.1. Ambulatoorse töö standard eriarstiabis
- 5.1.1. arsti ja teda assisteeriva õe esmase vastuvõtu
kestus on 25 minutit, korduva vastuvõtu kes-
tus 15 minutit, õe iseseisva esmase vastuvõtu
kestus on 30 minutit;
- 5.1.2. psühhiaatrias on vastuvõtu kestus aktiivravis
55 minutit, toetusravis 30 minutit;
- 5.1.3. täistööajaga ambulatoorse töö puhul moo-
dustab 8-tunnisest tööpäevast vastuvõtuaeg
7 tundi, 1 tund on muudeks tööülesanneteks,
osalise tööaja korral väheneb summaarse vas-
tuvõtuaja ja muudeks ülesanneteks ettenäh-
tud tööaja kestus proportsionaalselt;
- 5.1.4. vastuvõtule registreeritakse nii esmased kui
korduvad patsiendid;
- 5.1.5. koormuse hindamise aluseks on vastuvõetud
patsientide arv kvartalis;
- 5.1.6. töötaja ja tööandja kirjalikul kokkuleppel on
lubatud, kuid töötajat ei või selleks kohustada:
a) töötada intensiivsemalt, juhul kui töötaja
ja tööandja on kokku leppinud täiendava töö
tegemises ja selle tasustamises; intensiivsema
töö korral vastutavad töö kvaliteedi eest tööta-
ja ja tööandja võrdselt.
b) töötada väiksema intensiivsusega ja piken-
dada summaarset vastuvõtuaega tööpäevas
kuni 8 tunnini.
- 5.2. Pooled jätkavad personalistandardite välja-
töötamist koostöös Eesti Haigekassa ja vasta-
vate erialaühendustega.
- 5.3. Pooled kohustuvad teise poole ettepanekul
osalema tööandja ja konkreetse töötaja va-
helistele probleemide lahendamises, mis on
seotud töö tegemise aja piirangu ning igapäe-
vase ja iganädalase puhkeaja nõuete rikku-
misega, arvestades sh mitme tööandja juures
töötamist. Tööandjad ja töötajad kohustuvad
juhtumite käsitlemisel andma töötajate ja töö-
andjate esindajatele ammendavat teavet tööta-
ja tegeliku töö- ja puhkeaja kohta. 3

6. Koolitus

- 6.1. Tööandja tagab töötajale tööalaste teadmiste,
oskuste ning erialase pädevuse arendamiseks
vajaliku koolituse.
- 6.2. Töötaja on kohustatud mõistlikus ulatuses ka
ise panustama oma kvalifikatsiooni säilimisse,
hoides end iseseisvalt kursis oma eriala aren-
gutega temale kättesaadavate kanalite kaudu.

- 6.3. Tasemekoolitusega ja tööalase koolitusega seotud õppepuhkuse ajal makstakse töötajale ja avalikule teenistujale keskmist töötasu 20 kalendripäeva eest aastas vastavalt täiskasvanute koolituse seaduse § 13 lõikele 3.
- 6.4. Tööandja ja töötaja koostavad koolitusplaani, millega tagatakse arstidele, eriarstidele, õdedele, ämmaemandatele ja hooldustöötajatele erialane täienduskoolitus vastavalt sotsiaalministri 15.detsembri 2004.a määruses nr 128 „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“ kehtestatud korrale.
- 6.5. Tööandja kannab erialasel täienduskoolitusel osalemisega seotud tõendatud kulutused (osalemistasu, sõidu- ja majutuskulud) vastavalt õigusaktidega kehtestatud korrale. Töötaja nõusolekul võib vajadusel kokku leppida koolituskulude osalises katmises, eelkõige välisriigi toimuva koolituse puhul.

7. Lepingu laiendamine

- 7.1. Lepingu punktides 2, 3, 4.1 ja 5.1 sätestatud tingimusi laiendatakse kollektiivlepingu seaduse § 4 lg 4 tähenduses järgnevalt:
- 7.1.1 tööandjate poolel kõigile asutustele ja ettevõtetele, kes osutavad tervishoiuteenuseid Terviseameti poolt väljastatud tegevusloa alusel ja kelle tegevust rahastatakse Haigekassaga sõlmitud ravi rahastamise lepingu alusel või riigieelarvest;
- 7.1.2 töötajate poolel kõigile Lepingu punktides 1.1.1–1.1.9 nimetatud töötajatele, kes töötavad Lepingu punktis 7.1.1 sätestatud asutustes ja ettevõtetes.

8. Lepingu registreerimine kollektiivlepingute andmekogus

Eesti Arstide Liit esitab Lepingu 15 tööpäeva jooksul pärast allkirjastamist Sotsiaalministeeriumile registreerimiseks kollektiivlepingute andmekogus ja avaldamiseks väljaandes Ametlikud Teadaanded.

9. Lepingu kehtivus ja selle muutmise kord

- 9.1. Leping jõustub alates allkirjutamise hetkest ja kehtib kuni 31. detsembrini 2020.a.
- 9.2. Lepingus saab muudatusi teha Poolte kokkuleppel. Muudatuste tegemist sooviv Pool peab sellest teistele pooltele kirjalikult teatama. Muudatused tehakse kirjalikult.
- 9.3. Pooled on kohustatud täitma Lepingus kokkulepitud tingimusi kuni uue kollektiivlepingu sõlmimiseni. Lepingu kehtivuse ajal kohustuvad pooled mitte kuulutama välja streiki või töösulgu Lepingus sätestatud tingimuste muutmise ajendil (pidama töörahu).

10. Leping on vormistatud 5 võrdset juriidilist jõudu omavas eksemplaris, millest kõik allakirjutanud saavad ühe eksemplari.

Tallinnas, 30. novembril 2018. a

Urmas Sule, Eesti Haiglate Liit

Ago Kõrgvee, Eesti Kiirabi Liit

Jaan Sütt, Eesti Arstide Liit

Iivi Luik, Eesti Tervishoiutöötajate Kutseliit

Gerli Liivet, Eesti Õdede Liit



Eesti Õdede Liidu seltsingute ümberkorraldamine

Sotsiaalministri määrus „Õenduserialade loetelu“ kehtib aastast 2001. Määruse eesmärk oli õenduserialad koondada ning korraldada laiemaid spetsialiseerumisi. Riiklikult rahastatud koolituste pakkumine oli võimalik vaid tervishoiukõrgkoolides neljal kokkulepitud õenduserialal. Kitsamad erialad jäid tööalase koolituse katta. Täna on eelnimetatud määrus oma aja ära elanud, tekkinud uued erialad ning mõni erialadest vajunud unustuse hõlma. Ühtlasi on segadus tervishoiutöötajate registris, kus endiselt eksisteerib 16 erinevat eriala, infot on topelt ja infot on puudu. Lisaks tegutseb õdede liidus 10 erialaseltsingut, kes on formeerunud kunagi pigem õhina-põhiselt ning tegutsevad väga erinevalt, samuti on nii mõnigi uus eriala seltsinguga katmata. Segadust on nii seltsingute, erialade kui ka eriõe või õde-spetsialisti ümber liiga palju.

Seega otsustasime paralleelselt käivitada mitmed arengud. EÕL juhatus tegi koostööd terviseametiga, andes sisendit uue registri arendusse ning esitas märtsis 2018 sotsiaalministeeriumile „Õenduserialade loetelu“ määruse muutmise ettepaneku. Ühtlasi on EÕL volikogu poolt kinnitatud õe pädevuse miinimumnõuded ja alustatud paralleelselt Euroopas toimuvate aruteludega eriõe pädevuse miinimumnõuete dokumenti koostamist.

Läbi aasta toimunud arutelude, erinevate riiklike algatuste, määruste kooskõlastuste ja muu erialase tegevusega tunnetame vajadust üha rohkem kaasata Eesti Õdede Liidu tegevusse kitsamate valdkondade eksperte. Mõni valdkond on nii väike, et eraldi seltsingut luua pole mõistlik. Lisaks muutub üha tähtsamaks valdkondade vaheline koostöö, seega tuli mõelda, kuidas luua sünergiat.

Täna oleme jõudnud otsusele, et mõistlik on kasutada ühesuguseid lähenemisi, ühiseid mõisteid, et need juurduks ja kinnistuks nii õenduses kui ka väljaspool. Läbi palgaläbirääkimiste, ministri delegatsioonis osalemise kui ka tervishoiusüsteemis tervikuna on vajalik, et meid üheselt mõistetak. Meie olemasolevate seltsingute esimehed ja aseesimehed koos seltsingu liikmetega on jõudnud otsusele, kuidas koondada uutesse seltsingutesse.

Alates jaanuarist 2019 tegutseb Eesti Õdede Liidus 7 seltsingut:

- Terviseõenduse seltsing (TÕS)
- Kliinilise õenduse seltsing (KÕS)
- Intensiivõenduse seltsing (IÕS)
- Vaimse tervise õenduse seltsing (VTÕS)
- Hooldustöötajate seltsing (HTS)
- Õendusüliõpilaste seltsing (ÜS)
- Hambaravi õdede seltsing (HRÕS)

Seltsingud tegutsevad võrgustiku põhimõttel. Seltsingul on esimees ja aseesimehed, kes on nn avalikud eksperdid. Seltsingu sees tekivad aga lisaks kitsamate erialade ekspertgrupid, kes soovivad oma eriala/valdkonna arengusse rohkem panustada. Need on inimesed, kes kindlasti on abiks oma valdkonnas, kuid keda kaasatakse riikliku arengu töörühmadesse ning kelle poole saab pöörduda iga liitu kuuluv õde. Kitsama erialaeksperti kontaktid saavad kirja siseveebi.

Kuulumine seltsingusse tervikuna on ka edaspidi vabatahtlik. Kuulumine oma erialaseltsingusse annab võimaluse südamelähedase eriala arendamiseks, võimaluse osa saada ning panustada infovahetusse sotsiaalministeeriumi, haigekassa ja terviseametiga. Lisaks on võimalik esindada Eesti Õdede Liitu ekspertina erinevates töörühmades.

EÕL volikogu kinnitab EÕL seltsingute dokumendi detsembrikuu volikogus ning seejärel on dokument kättesaadav siseveebis ning muudatused seltsingutes nähtavad ka kodulehel. Jälgi muudatusi. Vastava infokirja, mida just Sina peaksid muudatuste ajal tege- ma, saad liikmelisti kaudu jaanuari alguses. Ootame erinevaid inimesi panustama ning ekspertideks hakkama.

Eesti Õdede Liidu juhatus



Eesti Õdede Liit on oma liikmete kaudu tegus koostööpartner ja kaasarääkija mitmetes olulistes töögruppides. Organisatsioonina mõjutab ta meie tervishoiusüsteemi toimimist ja kindlasti ka parandab informatsiooni ja teenuse kättesaadavust elanikkonnale. Järgnev on lühiülevaade töörühmade tegevusest.

Eesti Õdede Liidu tegevus erinevates riiklikes töörühmades

Töörühma „Kainem ja tervem Eesti” kuulub Reet Tohvre. Töörühma informatsioon on kättesaadav TAI koduleheküljel. <http://www.tai.ee/et/kainem-ja-tervem-eesti>

Töörühm alustas oma tegevust 2014. aastal.

Töörühma eesmärgid:

- Parandada alkoholi liigtarvitamise ennetamiseks ning raviks vajalike tervishoiu- ja tugiteenuste kättesaadavust ja kvaliteeti.
- Pakkuda alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühisekkumise teenust ning alkoholitarvitamise häire ravi teenust.
- Suurendada Eesti rahva teadlikkust alkoholi tarvitamise riskidest ja riskipiiridest ning alkoholi liigtarvitamise ennetuseks ja raviks vajalikest tervishoiuteenustest ja tugitegevustest.

Programmi raames toimub hea koostöö erinevate elukutsete esindajate vahel ning vaimse tervise õdede ettepanekuid on igati arvesse võetud. Tööpõld kainema ja tervema Eesti saavutamiseks on jätkuvalt suur. Töörühmal on regulaarsed kohtumised teenusepakujatega Põhja-Eesti regionaalhaigla, Tartu Ülikooli kliinikumi, Lõuna-Eesti haigla, Narva haigla, Pärnu haigla, Viljandi haigla meeskonnaga ning iga kord liitub meiega erinevatest haiglatest uusi õdesid.

Sotsiaalministeeriumis 0-18-aastaste laste tervisekontrolli töörühma kuuluvad Katrin Kippar ja Tiina Käi.

Töörühma ülesanne on vaadata üle kirurgide ja ortopeedide soovitud lapse jälgimisel ning kooliõe tegevused koolilaste tervisekontrollil. Suurimaks probleemiks, kus ei ole jõutud kokkuleppele,

on koduviit vastsündinule koju. Eesti Õdede Liidu esindajad on veendunud, et kodus tuleb käia vastavalt vajadusele ning oluline on koostöö perekonnaga.

Töörühma kuuluvad perearstid ja -õed, lastearstid, kooliõed, lastevanemate esindajad, psühholoogid, ämmaemandad ja Eesti Haigekassa esindaja. Alates 2016. aasta jaanuari lõpust moodustati sotsiaalministeeriumi algatusel töögrupp lapse tervisekontrolli juhendi (2009) uuendamiseks ja kaasajastamiseks. Juhend hõlmab 0–18-aastaseid lapsi ja nende vanemaid/peresid ning näeb ette laste arengu jälgimist ja tervise- ning arenguhäirete varajase avastamise kaudu lapse arengu ja toimetuleku toetamist. Juhend laieneb kõigile Eestis sündinud ja kasvavatele lastele ning nende vanematele. Juhendi lõplikuks valmimise tähtjaks loodetakse 2019. aasta esimest poolt.

Tartu Tervishoiu Kõrgkooli kutsevaldkonna nõukokku kuulub Madeann Alamets.

Koosolekute üheks teemaks on hooldustöötajate vähene huvi hooldustöötaja kutse omandamise vastu ja suur väljalangevus õpingute ajal. Eestis on suur hooldustöötajate puudus. Selle põhjuseks on raske ja vähetasustatud töö. Tartu Tervishoiu Kõrgkoolil on kutse andja õigused alates 2016/2017 õppeaastast. Hooldustöötaja kutset annavad Eestis Tartu ja Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, Kuressaare Ametikool ja Pärnumaa Kutsehariduskeskus. Kutse antakse tähtajatult.

Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsiooni (ESTA) sotsiaaltöö kutsekomisjoni kuulub Madeann Alamets, asendusliikmena Linda Jürisson.

Koosolekute päevakorras on hindamiskomisjoni aruannetega tutvumine, kutsete kinnitamine ja uute hindamisvoorude aegade määramine. Tööturul tegutsivatele töötajatele kutse andmise õiguse saamiseks tuleb osaleda Kutsekoja korraldatud avalikul konkursil. Kutse andjana võib tegutseda avalikul konkursil kutse-nõukogu otsusega võitjaks kuulutatud ja kutseregistris sellekohast registreeringut omav juriidiline isik.

Komisjonis on arutusel, kas anda hooldustöötaja kutse kõigile kutsevõistlustel osalenutele või omistada see ainult esimesele kolmele kohale tulnule. Kutsevaldkonna nõukogu liikmed toetavad seisukohta, et kõik võistlustel osalenud hooldustöötajad võiks vabastada kutseksamist, kui kutsevõistluse ülesanded on

realistlikud ja adekvaatsed ning hindamiskriteeriumid on läbi paistvad ning avalikustatud kõigile võistlusel osalejatele.

Tartu Ülikooli Peremeditsiini- ja Rahvatervise Instituudi nõukogu töös osaleb Anneli Kannus, asendab Gerli Liivet.

Koosolekud toimuvad regulaarselt, aastas on 5-6 koosolekut. Arutatakse nii tervishoiu valdkonna arenguga seotud küsimusi kui ka üliõpilaste vastuvõtuga seonduvat, toimub õppekavade muutmine ja kinnitamine ning õppejõudude valimised. 2018. aastal seoses õendusteaduse dotsendi koha täitmisega Soome kolleegi poolt on lisaks toimunud sisulised arutelud ning ühiselt paika pandud meie ootused õendusteaduse osakonnale.

Õendusepikriisi ja saatekirjade töörühma kuulub Linda Jürisson, periooditi on kaasatud erinevad praktikud.

Õendusepikriisi ja digisaatekirja ning digiregistratuuri juhtrühm kinnitas juunis 2017 digisaatekirja ja üleriigilise digiregistratuuri lahenduse eesmärgid ja peamised toimenõuded, mis on aluseks info- ja kommunikatsioonitehnoloogia arendustele ning õigusruumi muudatustele. Töörühma põhieesmärgiks on õendusepikriisi ja digisaatekirja, e-konsultatsiooni ja -registratuuri kasutuselevõtu toetamine, et tagada patsiendi õigustatud õendusabi vajadus ja vastava ravi alustamine, et järgida õendusabi järjepidevust ja kvaliteeti.

Ühtlasi esindas Linda õdede liitu hoolduskoormuse vähendamise

rakkerühmas, mille lõppraport on kättesaadav Eesti Õdede Liidu siseveebis.

Patsiendiohutuse arenduse algatusrühma kuulub Gerli Liivet.

Töörühma eesmärk on kokku leppida riiklikult peamised patsiendiohutuse valdkonnad ja jagada vastutusvaldkonnad erinevate osapoolte vahel. Lõplik algatusrühma töö vormistatakse kas kvaliteedisuundade roheliseks raamatuks või osana „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“. Algatusrühma töö tulemusena lepatakse kokku patsiendiohutuse peamised tegevussuunad, antakse sisend patsiendikindlustuse seaduse ettevalmistamisse, lepatakse kokku ravivigadest õpimise süsteem ja täpsustatakse patsiendiohutusega seonduv terminoloogia. Tänapäevaks on algatusrühma koosolekutel kokku lepitud patsiendiohutuse tegevussuunad, mis koondati nelja teema alla: patsiendiohutuse kultuuri arendamine, ohujuhtumite ennetamine ja vähendamine, patsiendikindlustuse rakendamine ja ohutu tervishoiuteenuste osutamine. Töö jätkub.

Maailemapanga koostööprojekti „Toward Integrated Health Care Study“ juhtrühm, III etappi kuulub Gerli Liivet.

Tegemist on jätkuprojektiga. Projekti II etapi eesmärgiks oli töötada välja mudel, mille abil võimaldada perearstidel tuvastada oma nimistus patsiente, kelle puhul ennetavate, nõustavate ja jälgivate tegevuste elluviimine tooks enim kasu patsientide tervisele ja elukvaliteedile. Tänapäevaks

on Maailmapank koostöös haigekassa ja projektis osalevate perearstidega töötanud välja tõenduspõhise riskipatsientide mudeli ning eelmisel aastal testiti seda 11 perearstikeskuses. Projekti III etapi eesmärgiks on hinnata ravi integreeritust tervisesüsteemi vaates, ennekõike keskendudes esmatasandi ja eriarstiabi koostööle. Jätkatakse eelnevas etapis välja töötatud mudeliga ning kasutajate ringi laiendatakse ka eriarstiasse. Kolmandas etapis on planeeritud e-tervise arendused, mis peaksid lihtsustama andmete töötlust ja andmete vahetamist, et patsiendi käsitlus oleks veel terviklikum. Projekti II etapi tulemustele pühendatud konverentsist ja seal käsitletud materjalid leiab lingilt <https://www.haigekassa.ee/uudised/eesti-haigekassa-ja-maailmapanga-konverents>.

Noorsportlase tervisekontrolli tööühma kuulub Annika Härmits.

Tööühma põhiküsimus on, kuidas kooliõde oma tegevusega saab kaasa aidata, et intensiivselt treeningutel osalevad õpilased jõuaksid õigeaegselt spordiarsti juurde tervisekontrolli. Juhend on valmis ja avaldatakse Haigekassa kodulehel ja Meditsiiniuudistes. Kavas on trükkida infovoldikuid, et kooliõed saaksid vajadusel paremini edastada informatsiooni lapsevanematele.

Haigekassa koolitervishoiu tegevusjuhendi tööühma 2018 kuuluvad Helina Pedak, Annika Härmits ja Irina Tohus.

Koolitervishoiu töögrupp alustas jaanuaris 2018. Koolitervishoiu

teenuse arendamiseks on koondatud erinevaid osapooli hõlmav töögrupp, mille eesmärk on hetkeolukorra kaardistamine ning sellest tulenevalt koolitervishoiuteenuse kaasajastamine. Tegevusjuhendi teemad:

Laste tervisekontrolli juhendi uuendamine kooliõde tegevuse osas. Muudatused tehakse vastavalt koostööle ja kokkuleppele laste tervisekontrolli juhendi tööühmaga. Koolitervishoiuteenuse dokumentatsiooninõuete ja kooliõdede pädevussüsteemi kaasajastamine.

Tehniline innovatsioon. Kommunikatsioon.

Plaanis on kaasata töösse teisi olulisi osapooli, sh lastevanemate esindajaid, koolide ja kohaliku omavalitsuse esindajaid, teiste tugispetsialistide esindajaid. Ouline oleks teada ka nende ootusi ja arvamusi, milline peaks olema koolitervishoiuteenus ja selle korraldus.

Immunoprofülaktika ekspertkomisjoni kuulub Helina Pedak.

Immunoprofülaktika ekspertkomisjon moodustati Sotsiaalministeeriumi poolt 2006. aastal, mis on tervise- ja tööministrile nõuandva õigusega tähtajatult tegutsev komisjon. Sellesse kuuluvad seotud asutustena Sotsiaalministeerium, Terviseamet, Ravimiamet, Haigekassa, Eesti Perearstide Selts, Eesti Lastearstide Selts, Eesti Infektsioonhaiguste Selts, Eesti Immunoloogide ja Allergoloogide Selts, Eesti Õdede Liit, Lastekaitse Liit ja Tartu Ülikooli Mikrobioloogia Instituut. Komisjoni tegevuse eesmärgiks on jälgida ja analüüsida riiklikku immunoprofülaktilist tegevust ja selle tulemuslikkust,

nõustada tervise- ja tööministrit nakkushaiguste ennetamise ja leviku tõkestamise poliitika kujundamisel. Komisjon nõustab Sotsiaalministeeriumi riikliku immunoprofülaktilise tegevuse, sh riikliku immuniseerimiskava rakendamisel, täiendamisel ja ajakohastamisel. Komisjon teeb vajadusel vastavasisulisi ettepanekuid riikliku immunoprofülaktilise tegevuse rakendamiseks, täiendamiseks või ajakohastamiseks ning annab vajadusel ekspertarvamusi poliitika kujundamiseks. Komisjon arvestab, analüüsib ja põhjendab oma pädevuse piires tehtud ettepanekute:

- prioriteetsust rahvatervise seisukohast;
- tõendatud meditsiinilist efektiivsust;
- mõju epidemioloogilisele olukorrale;
- kulutõhusust ja vastavust riigieelarve rahalistele võimalustele;
- realiseeritavust;
- alternatiivsete võimaluste olemasolu;
- positiivset või negatiivset toimet elanikkonnale.

Komisjon kooskõlastab immunopreparaatide riiklikud hankeplaanid, annab arvamusi ning nõustab vajadusel Sotsiaalministeeriumi immunopreparaatide riigihangete ettevalmistamisel. Komisjoni koosolekud protokollitakse ning alates 2018. aastast on Sotsiaalministeeriumi kodulehel avaldatud lühendatud formaadis ekspertkomisjoni koosolekute päevakava ja otsused.



Rahvusvaheline õenduse ja ämmaemanduse konverents ja EFNi (*European Federation of Nurses Association*) assamblee toimus 8.–12. oktoobril Slovakkias. Eestit esindasin koos Karena Leigeriga. Mina andsin oma ettekandes ülevaate valminud õdede baaspädevuste dokumendist ning Karena Leiger tutvustas Eestis kasutusel olevat tervishoiutöötajate registrit.

Milleks meile EFN?

Gerli Liivet
EÕL asepresident

Saime kinnitust, et oleme mõlemas tegevuses Euroopas eesrindlikud. Mitmetel riikidel ei ole õe baaspädevusi kirjeldatud või ei ole seda tehtud sellise suure koostöö tulemusena. Samuti ei ole paljudes riikides kohustusliku registrit, mis annaks ülevaate tervishoiutöötajatest.

Sama nädala teisel poolel toimus traditsiooniline EFNi (<http://www.efnweb.be>) assamblee. Kohal oli 28 Euroopa riigi õdede esindust. Peamisteks arutelu-teemadeks olid tervishoiuteenuse kättesaadavus, õdede haridustase, vananeva ühiskonna tingimustes suurenev pikaajase ravi koormus tervishoius. Pikalt peatuti ka õdede palkade teemal.

Tervishoiuteenuste kättesaadavuse juures rõhutati uurimistööde tulemuste olulisust, sest on üheselt tõendatud, et investering õdedesse päästab elusid. Toodi välja erinevate riikide hea praktika näiteid ja tutvustati Euroopa komisjoni

poolt ellu kutsutud Hea Praktika Portaali (<https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/>). Soovita-me kindlasti seda minna vaatama ja võimalusel oma osa panustama. Saime kinnitust, et mitmed riigid astuvad samme, et kohandada oma õdede õppekavad Euroopas kehtivale direktiivile vastavaks (näiteks Läti, Slovakkia, Tšehhi jne). Rõhutamist leidis veelkord, et Euroopas liigutakse kindlalt eriõdede magistriõppe poole. Oli hea partneritele kinnitada, et Eestis alustas septembris 120 eriõde oma magistriõpingutega ning püsimise õigel kursil.

Palgateemadel peatuti pikemalt EFNi Tööjõu Komitees. Selle aasta kevadel saadeti kõikidele EFNi liikmesriikide esindajatele küsimustik õdede palkade kohta. Ka meie andsime oma sisendi. Kuigi ametlikud tulemused ei ole veel avaldamiseks valmis, saime kinnitust, et oleme liikmesriikide võrdluses ühed madalamapalgalised. Suurim erinevus seisneb aga selles, et enamuses riikides diferentseeritakse õdede palka ka vastavalt tööstäajale, kuid meil mitte.

Kindlasti püüame õdede liidus sellel erisusel pikemalt arutleda järgneval kahel aastal. Kui ametlik uurimisraport valmib, siis informeerime teid sellest kindlasti. Kuna andmeid on paljudel juhtudel vajalik täpsustada, siis loodame ametlikke tulemusi saada aprillis 2019.

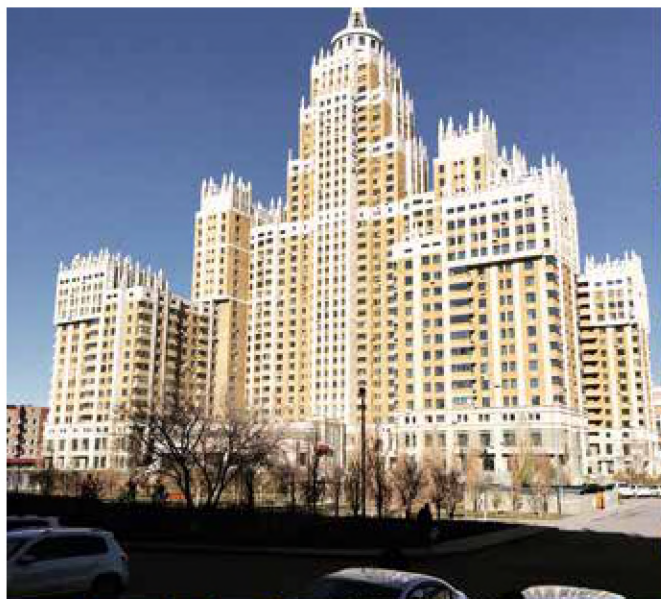


EFNi assambleel osales Nursing Now kampaania juht Lord Nigel Crisp, kes tutvustas nimetatud liikumist ning kutsus sellega liituma. Kampaania kohta saab lugeda <https://www.nursingnow.org>. Kampaania eesmärgiks on tõsta teadlikkust õdedest ja nende panusest

parendada inimeste tervist üle maailma. EFN liitus samuti kampaaniaga ning Eesti Õdede Liit planeerib seda teha uuel aastal.

Eesti Õdede Liidu esindajatena saime ametliku kinnituse, et EFNi assamblee toimub 2020. aasta oktoobris Eestis. Kuigi aega sinnani

on veel peaaegu kaks aastat, siis ettevalmistused selleks ürituseks on alanud. Nimetatud ürituse korraldamine on suur tunnustus ning oleme uhked ja rõõmsad, et meile see võimalus anti.



25.–26. oktoobril toimus Astanas, Kasahstanis tervisepoliitika globaalne tippkohtumine, kus kõigi WHO liikmesriikide poolt võeti ühehäälselt vastu Astana deklaratsioon. Kohtumisega tähistati 40 aasta möödumist Alma-Ata deklaratsioonist, milles rõhutati esmakordselt esmatasandi arstiabi olulisust.

Õed rahvusvahelises poliitikas

Gerli Liivet

Eesti Õdede Liidu asepresident

Kutse osaleda nimetatud üritusel Eesti delegatsiooni liikmena saime suvel. Tervise- ja tööminister Riina Sikkutit saatvas delegatsioonis osalesid lisaks minule Eesti Perearstide Seltsi juhatuse liige Karmen Joller ja Eesti Haigekassa juhatuse liige Pille Banhard. Tippkohtumise üheks eesmärgiks on vastu võtta uus, esmatasandile suunatud deklaratsioon, mis asetaks esmatasandi tervishoiu tänapäevasesse konteksti.

Deklaratsiooniga **ühinenud** riigid võtsid eesmärgiks ehitada üles tugev ja jätkusuutlik esmatasandi tervishoid, investeerides nii taristusse, teenuste laiendamisse kui ka esmatasandi tervishoiutöötajate pädevuste laiendamisse. Oluline on, et kvaliteetne esmatasandi tervishoiuteenus oleks kõigile kättesaadav ja taskukohane ning seda pakuvad tervishoiutöötajad professionaalsed, motiveeritud ja pühendunud. Eesmärkides on valdkonnana rõhutatud uuenduslike tehnoloogiate kasutusele võtmise

olulisust, patsiendiohutust, teenuse kättesaadavuse parendamist ning teenuse kvaliteeti. Ei ole unustatud ka rahastamise suurendamise vajadust ning eesmärkides rõhutatakse, et investeerides esmatasandi tervishoiuteenuse parendamisse, vähendatakse tervise ebavõrdsust ja inimeste omaosalust. Oluline eesmärk on koostöö tugevdamine inimeste, kogukonna ja riigi vahel.

Tänaseks ei ole veel deklaratsioon eesti keelde tõlgitud, kuid kõigil on võimalik sellega tutvuda aadressil https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf?fbclid=IwAR1sQrdl-VA8EzZuw4-yG_roo8FJ-miVQiew0HPURDZSYpnSxni-XsdCUIKaQ.

Vaatamata viimase aja aruteludele meedias, võime kindlalt väita, et Eestis on pereõed esmatasandi tervishoiu hinnatud kolleegid ja spetsialistid, kelle poole patsiendid meeleldi pöörduvad ja abi küsivad. 2016. aasta andmetel külastas Eesti inimene keskmiselt pereõde 1,6 korral. Samal aastal kasvas öendustöötajate iseseisvate

visiitide arv 16%, kolmandik neist visiitidest tehti pereõdede juurde. Pereõde on usaldusväärne spetsialist, kes koostöös perearsti ja teiste meeskonna liikmetega pakub kvaliteetset abi ja toetust. Astana deklaratsiooni ja meie ühiskonnas toimuvate arutelude valguses saame loota, et esmatasandi roll Eesti tervishoius suureneb lähiaastatel veelgi. Tervisekeskuste meeskonnadesse kaasatakse koduõed ja ämmaemandid, paraneb koostöö erinevate erialaspetsialistide vahel ning kõik see parendab tervishoiuteenuse kättesaadavust.

Viimane sellesügisene lähetus toimus 12.–13. novembril Viini, kus toimus Euroopa Liidu riikideühine koosolek, millest võtsid osa iga riigi öenduse (CNO), arstiteaduse (CMO) ja hambaravi (CDO) esindajad. Kohtumine toimus juba 11 korda. Meie õed on teemaga kursis alles eelmisest aastast, kui võõrustasime nende erialade esindajaid Eestis ehk toimus Eesti eesistumise raames analoogne üritus ning Eesti Õdede Liit oli kaasatud nii organiseerimisse kui osalesime kohapeal suuremas delegatsioonis.

Joint Meeting of the Chief Medical Chief Dental Officers 12-13 November 2018, Vienna



Austria õdede esindaja rõhutas oma avasõnavõtet, et õed on võrdsed partnerid tervishoius ja vaid sellise suhtumisega jõuame soovitud tulemuseni – elanikkonna parema terviseni. Kahe päeva jooksul arutati kolmel põhiteemal: terviseinfo mõistmise olulisus ja toetamine (*health literacy*, eestikeelse vastena võiks kasutada ka tervisealane pädevus), antimikroobne resistentsus ning haavatavate elanikkonna gruppide toetamine. Lisaks minule osales koosolekul Sotsiaalministeeriumist Heli Paluste (CMO) ja Eesti Hambaarstide Liidust (CDO) Taavo Seedre.

Terviseinfo mõistmise või tervisealase pädevuse juures jõuti ühisele arusaamisele, et tervishoiutöötajatenä peame just meie olema suunanäitajad ja õpetajad, kelle selge eneseväljendus lihtsustab tervisealase informatsiooni mõistmist ja seeläbi suurendab patsiendi võimekust võtta vastutus oma terviseotsuste eest. Just viimastel aastatel on teadlikkus selle teema olulisusest jõudnud tervishoiupoliitilistesse aruteludesse. Teema on oluline kõikjal ning uus rahvatervise arengukava aastateks 2020–2030 tõstab sama teema fookusesse ka Eestis.

Antimikroobne resistentsus on maailmas kasvamas. Lõuna-Euroopa riikides, eriti Türgis ja Itaalias on see suureks probleemiks. Samas on neis riikides antibiootikumid lihtsalt kättesaadavad. WHO prognoosib, et kui me ei suuda takistada põhjendamatult antibiootikumide tarvitamist, siis 2050. aastaks prognoositakse 2,4 miljonit surmajuhtu maailmas, mis on põhjustatud antimikroobsest resistentsusest. Esitletud statistikale tuginedes saame olla Eestis uhked, sest võrreldes teiste maailma riikidega, kasutame me koos Hollandiga tunduvalt vähem raviskeemides antibiootikume.

cal, Chief Nursing and

e 20
u 18
• a t



Seega sellist suhtumist tuleb jätkata ja antibiootikumide kasutamist hoida kontrolli all. Rõhutati infektsioonikontrolli olulisust ja õdede kaasamist kontrollimeeskondadesse ning strateegiate väljatöötamisse.

Haavatavate elanikkonna rühmade puhul räägiti avaettekandes noortest hooldajatest ehk siis alla 18-aastastest lastest, kes hoolitsevad oma lähedase eest regulaarselt ning kes võtavad sellisel juhul vastutuse, mis pigem on omane täiskasvanutele. Statistika kohaselt on selliseid lapsi 2–5 % hooldajate seast. Enamus koosolekul osalejatest ei käsitle koduriigis noorte

hooldajate temaatikat eraldi ja seadusloome nende suhtes ei ütle midagi. Seeläbi jäävad noored vajaliku toetuseta. Nende olemasolu on aga vaja teadvustada, nende õigust lapsepõlvele kaitsta ning neile pakkuda vajalikku abi ja toetust.

Veel käsitleti eakate liikumisharjumuste ning suuhügieeni olulisust. Liikumine suurendab vastupidavust ning parendab koordineerimist, mis omakorda vähendab kukumisriski. Oskuslik valuravi tõstab eaka liikumisaktiivsust. Eakate suuhügieeni puhul toodi välja, et puuduvad suunatud kampaaniad, mis rõhutaksid eakatel samuti hambapesu olulisust

ning esitleti hea praktika näidet Šotimaalt, kus on välja töötatud nimekiri esmavajalikest hambaravi teenustest, mida pakutakse eakale hooldekodus.

Lähetustel olles tajusin ma mitmel korral, et meie liidu tegevused on kooskõlas maailmas toimuvate muudatustega. Kõigil rahvusvahelisel üritusel rõhutati õdede olulisust ning nende kaasamise vajadust. Vastutuse suurenemine nii esmatasandi tervishoius kui ka statsionaarses õendusabis on meie tulevik. Liidu seisukohalt on väga tähtis, et saime kinnitust valitud suuna olulisusele – investeerides õdedesse paraneb elanikkonna tervis.

Usaldusisikud asutustes

Linda Jürisson, EÕL asepresident

Pärast sügisest usaldusisikute koolituspäeva soovisime teada saada, millised on ootused usaldusisikutele, kuidas usaldusisiku toimetamistega asutustes ollakse rahul ja mis vajab muutmist. Tänu neile, kes võtsid vaevaks küsimustikule vastata.

Vastanuid oli 159. Küsimusele, kas tuntakse oma asutuse usaldusisikut, saime jaatava vastuse 67% vastanuist. Vähem kui veerand ei teadnud, kes on nende asutuse usaldusisik. Samuti ei mäletata, kes on nende asutuse usaldusisik ja välja oli ka toodud, et puudub usaldusisik.

Tahtsime ka teada, millistes küsimustes usaldusisiku poole pööratakse. Teati, et kui tekib arusaamatusi/vaidlusi töö- ja puhkeaja suhtes. Arvati, et tööküsimine võiks olla see probleem, kui läheb vaja usaldusisiku abi. Segaduses oldi, millistes küsimustes üldse usaldusisiku poole pöörduda. Toodi välja, et usaldusisik peaks olema usaldusväärne, et temalt abi paluda.

Vastuseks, milliseid ülesandeid usaldusisik täidab, anti hulgaliselt ja erinevaid.

Vastatud oli ka: et usaldusisik toimetab palgaläbirääkimistel, töö- ja juubelite meelepidamisel. Samuti tuli

välja, et ei teata oma usaldusisiku olemasolust midagi. Sooviti, et oleks usaldusisik rohkem nähtav.

Tundsiime huvi, kui sageli liidu liikmed soovivad saada informatsiooni liidu tegevustest ja kohtuda usaldusisikutega. 36,9% vastanutest soovis, et kohtumine usaldusisikuga oleks vähemalt kord aastas. Veerand vastanutest sooviks kohtumisi neli korda aastas. Piirkonna esimeeste ja aseesimeestega soovivad 51,7% liikmetest kokkusaamisi kord aastas. Nelikümmend vastajat arvas, et piirkonna esimeeste ja aseesimeestega võiks kokku saada ja nendelt otsest informatsiooni kuulda kaks korda aastas.

Küsimusele, kui sageli on soov kohtuda meie liidu liikmetel EÕL juhatuses, avaldas arvamust üheksakümmend kaheksa liiget. Neist kord aastas soovis kokkusaamist 65,8%.

Küsitlusest saame teha järelduse, et **üldiselt teatakse oma asutuse usaldusisikut ja suheldakse vajadusel**. Teavitamise ja enda nähtavastegemiseks on kindlasti veel ruumi ja sellega tasub tegeleda. Usaldusisikuga kohtumisele tuleks suuremat rõhku panna, olgu see siis infotundide, ümarlaudade, koosolekute jne vormis. Kõige tähtsam on omavaheline suhtlus, siis saavad probleemid selgemaks ja koos on võimalik leida lahendusi. Ka Eesti Õdede Liidu juhatus jätkab kindlasti liikmetega kokkusaamisi. Sellel aastal on valitud usaldusisikud ka nendes se asutustesse, kus neid varem pole olnud.

Küsimustiku kokkuvõte usaldusisiku ülesannetest organisatsioonis

Korraldada koolitusi	36	5%
Teha liikmetele regulaarseid infotunde	64	5%
Kohtuda organisatsiooni juhtidega ja kaubelda välja paremaid töötingimusi	64	9%
Olla lihtsalt olemas	50	7%
Jagada infot stendil, e-posti teel või lihtsalt inimestega rääkides	96	13,4%
Esindada mind vajadusel töövaidluskomisjonis	75	10,5%
Esindada mind vaidlustel, aruteludel juhtkonnaga	77	10,8%
Jälgida töötervishoiu tingimuste täitmist	59	8,3%
Jälgida kollektiivlepingu täitmist töökohal	99	13,8%
Teha ettepanekuid juhtkonnale töö ümberkorraldamiseks või uute asjade kasutuselevõtuks	87	12,2%
Muu	8	1,1%

Nüüd, kus allkirjad on saanud üleriigiline kollektiivleping, tasub usaldusisikutel silma peal hoida asutusesisest kollektiivlepingutel või lepingu lisadel. Tasuks mõelda, milliseid tingimusi täiendavalt lepingutele lisada. Pöörata tähelepanu koolituste võimalustele, tööohutuse nõuete täitmisele, millistel tingimustel käib töökohal immuniseerimine näiteks vere ja teiste kehavedelikega kokkupuutuvatele töötajatele. Mõistlik on kindlaks määrata ja tööandjaga kokku leppida, kas on võimalik saada vabastust matusete korraldamiseks, kooli lõpetamiseks jne. Kui asutuses ei ole veel välja töötatud töötajate tunnustamise korda, siis teha sellega algust. Kindlasti tuleks kokku leppida, kuidas on lahendatud töövaidlused, sh. koondamisega seoses töölepingu lõpetamine. Nagu näete, on tööpõld suur ja lai. Igas asutuses kindlasti omad probleemid. Kogemusi vahetades ja tegutsedes saame aga kindlasti oma töökeskkonda paremaks muuta.

Mõõtu võtsid hooldustöötajad

Erika Pärnala

Eesti Õdede Liidu hooldustöötajate seltsingu esimees

Hooldustöötaja on erialase ettevalmistusega töötaja, kes oskab aidata abivajajat, lähtudes tema vajadustest. Hooldaja toetub teadmistele, oskustele, lähtub kutse-eetikast ja vajadusel teeb koostööd teiste meeskonnaliikmetega. Käesoleva aasta 27. septembril toimusid IV hooldustöötajate kutsemeistrivõistlused. Korraldajateks olid Lõhaverse Ravi- ja Hooldekeskus SA ning Eesti Sotsiaalasutuste Juhtide Nõukoda (ESJN). Võistlus osales 16 kaheliikmelist meeskonda. Võistlus toimus kahes etapis. Esimene ülesanne oli meeskondlik – hooldajad leidsid toast maas lamava teadvusetu diabeetikust hoolealuse. Kohtunikud hindasid nii seda, kas enne sisenemist uksele koputati ja muidugi esmaabi andmise kiirust. Nii mõnigi võistleja tahtis alustada käte antiseptikast. Samas oli meeskondi, kes oskasid esmaabi andes kasutada väga oskuslikult ergonoomikat. Võistkondliku võistluse võitsid Lõuna-Eesti Hooldekeskuse Põltsamaa Kodu hooldajad.

Teine ülesanne oli individuaalvõistlus – kurtumm klient oli eelmisel päeval kuuma veega ära põletanud oma käed (need olid kinni seotud) ja soovis, et hooldaja helistaks tema sõbrale ja õnnitleks sünnipäeva puhul. Suure-Jaani gümnaasiumi lõpuklassi õpilased, kes mängisid hoolealuseid, näitasid üles suurt leidlikkust. Võistlejate fantaasia pandi korralikult tööle. Kes hoolealustest joonistas õhus torti ja lilli, kes näitas padjal olevale lillemustrile. Paras pähele, tegi palju nalja nii võistlejatele kui ka kohtunikele. Selle võistluse võitis Lõhaverse Ravi- ja Hooldekeskuse hooldaja Kadri Kuik.

Üldvõitjaks tulid Lihula Südamekodu OÜ esindajad. Niisugused võistlused annavad kõigile osalejatele võimaluse suhelda ja vahetada kogemusi. Võistlemine sunnib oma mugavustsoonist välja tulema, rakendama fantaasiat ja meelde tuletama ning rakendama õpitut. Nägin osalejate silmis sära ja uhkust saavutatu üle, mis annab pikaks ajaks energiat, et jätkata tööd hooldustöötajana. Kõlama jäi lootus, et hooldustöötaja ametist võiksid huvituda ka nooremad inimesed. Selleks on vajalik meie kõigi panus hooldustöötaja töö väärtustamisel nii organisatsioonides kui ka üksikisiku tasandil.



Üldvõitja Lihula Südamekodu OÜ: vasakult võistlejad Marje Nikkel ja Diana-Vivian Tõnsing, hooldusjuht Raili Küttmann.

Individuaalvõitja (vasakul) Kadri Kuik.



Eakatel ja liikumispuudega inimestel on raske käia igapäevaselt tervishoiuasutuses õendusabi saamas. Sellisel juhul on suureks abiks koduõendusteenus. Teenuse peamise sihtgrupi moodustavad patsiendid, kes ei vaja haiglaravi, kuid vajavad õendusabi.

Koduõendusteenus on üks kiiremini arenenud tervishoiuteenus

Julia Kapponen, RN
OÜ Koduõde

Angela Eensalu-Lind, MA
Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli õppe-
jõud-lektor, Järveotsa Perearstikes-
kuse pereõde

Esimesed sammud koduõendusteenuse loomiseks tehti 1996. aastal, kui esitati taotlus Tallinna Haigekassale iseseisvaks koduõenduse tegevuseks. 2003. aastal alustas haigekassa koduõendusteenuse finantseerimist. Juba järgmisel, s.o 2004. aastal koostati esimene koduõenduse tegevusjuhend Eesti Õdede Liidu, Eesti Haigekassa ning Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsiooni poolt. Tegevusjuhendit parandati ja täiendati 2011 ning uuendati 2015. aastal, kuhu lisati kvaliteediindikaatorid.

Eakate osakaal rahvastikus suureneb ja sellega seoses kasvab ka koduõendusteenuse vajadus. Koduõendusteenuse kasutaja Eestis on keskmiselt 65–85-aastane patsient, kes põeb kroonilisi haigusi. Lisaks põhihaigusele on tal keskmiselt kolm kaasuvat haigust.

Koduõde teeb keskmiselt 148 visiiti kuus, läbides keskmiselt 553 km. Ta kannab kaasas kotti, mis kaalub 6–7 kg. Teenuse saajatest 50,1% põeb vereringeelundite haigusi (hüpertoonia, südamepuudulikkus, peajuinfarkt jne), 29,9% toitumis- ja ainevahetushaigusi (diabeet, aneemia jne), 27,8% naha- ja nahaaluskoe haigusi (lamatiseid, krooniliseid, troofiliseid ja muud haavandid, nahaaluskoe muutused), 19,3% pahaloomulisi kasvaja, 15,5% närvisüsteemi haigusi (insult, para-hemipleegia, skleroosis multipleks jne), 12,9% kuse- ja suguelundite haigusi ja 7,8% väliste põhjuste tagajärgedest tekkinud traumasid.

Koduõendus on üks esmatasandi tervishoiuteenuse osa. Seega on väga oluline koostöö multidistsiplinaarses meeskonnas, mis tähendab koostööd perearstikeskuste ja koduõendusteenuse osutajate vahel. Koostöös on oluline järgida õendusprotsessi, mis on aluseks patsiendile osutatavale kombineeritud õendusabile. Koostöö parendamiseks ja võimalike e-lahenduste leidmiseks osaleb Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli rahvusvahelises projektis NURED (*Nurse Education Development*). Projekt kestab

Eakate osakaal rahvastikus suureneb ja sellega seoses kasvab ka koduõendusteenuse vajadus.

01.09.2016–31.08.2019. Lisaks Eestile osalevad selles veel Läti, Soome ja Rootsi. Eesti eesmärk projektis on analüüsida koduõenduses praegu kasutusel olevaid e-lahendusi. Kuna lahendused on riigiti erinevad, siis lähtumegi meie endi võimalustest ja kuidas seda integreerida koostöösse multidistsiplinaarses meeskonnas.

NURED projekti raames on toimunud infopäev, koolitus hooldustöötajatele ning koolitus kodu- ja pereõdedele. Mõlema valdkonna spetsialistid said kaasa rääkida hetkel praktikas kasutusel olevatest e-lahendustest ja mida oleks vaja tulevikus arendada, sh mida saaks patsient kasutada oma kodus skriningus. Enesekriitingu võimalusi on ka hetkel mitmeid – patsient saab kodus mõõta näiteks veresuhkrut ja vererõhku. Aga, et info mõõtmistulemustest jõuaks kiiresti spetsialistini, on hetkel olnud suuresti projektipõhine

ja ei ole enamusele abivajajatele kohandatav. Seega võivad jääda patsiendi eluliselt tähtsad näitajad märkamata. Valveseadmetest on praegu kasutusel häirenuputeenus. Dementsetele patsientidele on abiks ravimidosaatid.

Perearstikeskuste ja koduõendusteenuse pakkujate vaheline koostöö on üldjuhul heal tasemel. Parem koostöö võiks olla pere- ja koduõe vahel. Palju abi on kindlasti meeskonda kaasatud sotsiaalvaldkonna spetsialistil. Kui pereõdedel on hetkel teave, et patsiendil ilmneb vajadus sotsiaalteenuse järele või on patsient sotsiaalteenuse saaja, siis see sageli ei jõua koduõendusteenuse osutajani. Sellest tingituna on ka suur vajadus ühtse e-lahenduse järele. Lisaks võiks pereõel olla õigused väljastada digisaatekirja koduõendusteenuse saamiseks. Hetkel on need õigused ainult pere- ja eriarstidel. Uute loodavate ja ka juba loodud tervisekeskuste meeskonnad koosnevad erinevatest spetsialistidest, kelle koostöö tagab kindlasti patsientidele ja nende lähedastele kvaliteetse teenuse.

Kirjandus

Esmatasandi tervisekeskused.
<https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/perearstile/esmatasandi-tervisekeskused>

Koduõenduse tegevusjuhend 2015.
http://www.ena.ee/images/KUTSE_ARENG/Koduõenduse_tegevusjuhend_2015.pdf

Pereõe tegevusjuhend 2008.
https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Pereoe_tegevusjuhend_07%2004%202009%20tunnustatud.pdf



Koostöö viis konverentsini

17.-18. mail 2018. aastal toimus SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglas Eesti Ortopeedia Õdede Seltsi ja Soome Endoproteesiõdede Liidu ühistöös konverents teemal „Endoproteesipatsiendi käsitus Eestis ja Soomes“. Osalejaid oli 83: 49 soome ning 34 eesti õde, hooldajat ning füsioterapeuti.

Maret Aru
Eesti Ortopeedia Õdede Seltsi juhatuse liige

Eesti Ortopeedia Õdede Selts (EOÕS) on asutatud 2005. aastal ning koondab õdesid, hooldajaid ja füsioterapeute, kes töötavad ortopeediliste ning traumatoloogiliste

patsientidega. Seltsi kuulub 91 liiget erinevatest Eesti haiglatest: Tartu Ülikooli kliinikumist, Põhja-Eesti regionaalhaiglast, Ida-Tallinna keskhaiglast, haiglast Ortopeedia Arstid, Pärnu haiglast. EOÕS on ellu kutsunud eelkõige, et koolitada liikmeid, vahetada kogemusi õendusabi kvaliteedi tagamiseks ja koolitada elanikkonda.

Koostöö Soome Endoproteesiõdede Liiduga sai alguse 2017. aasta alguses. Esialgu suhtlesime e-kirjade teel, aga sama aasta mai kuus kohtusid mõlema organisatsiooni juhatused, et arutada koostöövõimalusi. Mõlema osapoole huvi oli kutsuda ellu ühine koolitus, mis aasta pärast esmakohtumist ka teoks sai. Põhjanaanabritega koostööd alustades ei julenud me loota, et aasta hiljem korraldame koos ligi 100 osalejaga konverentsi. Mõlemale osapoolele oli sellise ühisürituse korraldamine esmakordne kogemus. 2017. aasta sügisel kohtusime Tampere, kus hakkasime konkreetsemalt paika panema konverentsi ajakava ja sisu. Kavas sisaldasid nii loengud kui ka teemadega haakuvad töötoad.

Konverentsil tutvustasime põgusalt mõlemat organisatsiooni

ning ka ürituse toimumiskohta PERH-i. Räägiti endoproteesipatsiendi käsitlest Eestis, haavaravist, haava- ja endoproteesiinfektsioonidest, revisjonendoproteesimisest, periproteetilisest murrust, tegevusterapeudi panusest endoproteesimise järgses taastumises. Soome külalised tutvustasid meile endoproteesimise protsessi optimeerimist, saime ülevaate endoproteesiõe tööst, isiklikust endoproteesimise kogemusest ning internetilehtede *polvenkuntoutus.fi* ja *lonkankuntoutus.fi* ellukutsumisest ning eesmärgist. Töötoad jagunesid järgmiselt: preoperatiivne patsiendi käsitus, haavaravi, infektsioonide ennetamine, valuravi, postoperatiivne füsioteraapia.

Konverentsil osalejatel palusime täita ka tagasisidelehed, mida tagastati 60. Üldiselt

jäädi konverentsiga rahule. Meeldis omavaheline kogemuste jagamine, mitmekülgne teemade valik, keelepraktiseerimine, toodete tutvustused. Miinustena toodi välja keeleoskuse puudumine, liiga tihe ajakava, oleks soovitud rohkem aega rühmatöödeks.

Ettepanekutena sooviti jätkata samalaadseid koolituspäevi ning koostööd. Huvi oleks pakkunud veel ülevaate erinevate haiglate praktikatest, loengud tänapäevastest suundadest, patsientide pre- ja postoperatiivne rühmanõustamine ja selle kasutegur, luupanka puudutav informatsioon. Osalejatel oli soov ka ühiselt majutuda.

Tagasiside tekitas mõlema organisatsiooni juhatusele rahulolu tehtuga ja andis kindlustunde, et koostöö on jätkamist väärt.



Rahvusvaheline erakorralise õenduse ja trauma konverents Hollandis

Noordwijkerhouti konverentsikeskuses toimus
4.–6. oktoobrini 3. rahvusvaheline erakorralise
meditsiini õdede konverents. Teemaks oli
erakorraline õendus ja traumakäsitus.

Katriin Ivanov, Liisa Põld
*SA Ida-Tallinna Keskhaigla
erakorralise meditsiini keskuse õed*

Tegemist on iga kahe aastaga tagant toimuva koolituskonverentsiga, mille sihtgrupiks on erakorralise meditsiini õed. Rahvusvaheline õdede ühendus on loodud aastal 2012, mis on üks noorimaid õdede ühendusi. Konverentside korraldajaks on Elsevier, mille andmebaasiga on õed tuttavad juba põhiõppe läbimisel.

Konverentsi sessioonid toimusid neljas ruumis, mis eeltööna tuli ise oma päevakavva huvipakkuvatest loengutest kokku panna. Lisaks ettekannetele sai tutvuda Expo alal asuvate postrite ja nende autoritega.

Sissejuhatavas ettekandes oli suuresti äratundmisrõõmu. Nii Eestis kui teistes riikides on sarnased murekohad ning probleemid, alustades erakorralise meditsiini osakondade ja kiirabide ülekoormusega, põhjendamatute pöördumistega EMOdesse, tihti erakorralist abi mittevajavate patsientide nõustamisega, kes pole pöördunud

oma perearsti või -õe poole ning vaksineerimise teadlikkuse langusega. Ettekannete tegijad olid nii õed, õppejõud kui ka parameedikud. Eesti kiirabitehnik on nii õppeajalt kui õppemahult erinev näiteks Suurbritannia meedikust, kus kiirabis töötavad põhiliselt parameedikud.

Konverentsi programm jagunes kuue põhiteema vahel: erakorralise abi erinevad tasemed, eripärad erakorralises õenduses, haigla eelne käsitus, teaduslik praktika, uurimused ja õdede haridus, patsiendi turvalisus ja mittetehnilised oskused.

Ettekannetest selgus, et paljuski on vanemate patsientide saabumine EMOsse põhjustatud korratust raviplaani täitmisest, mida saaksid ennetada perearst või lähedased. Alustada tuleks ravimite korrapärasest võtmisest. Samuti on ebapiisav valuravi määramine ja skeemide koostamine. Uuringu andmetele tuginedes selgus, et järjest on suurenenud vaimsete tervisehäiretega ja suitsidaalsete patsientide osakaal. Selle raames on Suurbritannias projekti käigus katsetatud psühhiaatria osakonna poolt nõustamist päevasel ajal (muul ajal telefoni teel). Nende ülesanne on vaimse häirega patsientide kiire käsitlemine

EMOs ja suunamine psühhiaatria osakondadesse.

Traumade hulgast ja põhjustest toodi näiteid, kus paljusid, kui mitte kõiki, õnnetusi saaks ära hoida. Traumasid saaks ennetada, alustades autos turvavarustuse nõuetekohasest kasutamisest, helkuri kandmisest, tööohutusest, laste ohutusest, eakatele turvalise keskkonna loomisest jne.

Hingamisteede käsitlese ettekanne traumaga patsiendil oli konverentsi üks põhjalikumaid. Populariseeriti südame massaažiga alustamist, kõrimaski kasutamist ja kiiresti intubeerimist. Probleemidest toodi kiirabi etapil välja personali erinevat praktikat, kus ühed käivad pidevalt nn perearsti kutsetel, teised saavad aga mitu korda

**Eesti kiirabitehnik
on nii õppeajalt kui
õppemahult erinev
näiteks Suurbritannia
meedikust, kus
kiirabis töötavad põhi-
liselt parameedikud.**

kuus elustada. Rõhutati, et tihti on hingamisteede käsitus puudulik, mistõttu vajab see pidevalt harjutamist.

Rahvuvaheliselt on piir arenegumaade ja arenenud riikide vahel, kuid 90% õnnetusjuhtumeid toimub arenenud riikides ja seda enamjaolt kiire linnastumise tulemusena. Erinevus on näiteks põletustega patsientide osas, kus arengumaades on naiste osakaal suurem, arenenud riikides aga meeste osakaal. Põhilised laste surmade põhjused on uppumised ja olmekeemia mürgistused, täiskasvanutel kukkumised. Esirinnas on töötraumad. Palju ennetatavaid õnnetusi juhtub vanemate inimestega, kus oluliseks peeti D-vitamiini tarbimist, et tugevdada luustikku.

Huvitav ja uudne oli meie jaoks Suurbritannia õdede loeng raskete traumapatsientide käsitusel erütrotsüütide ülekande tegemine kiirabi etapil. Üle 10 aasta teaduslikke uuringuid ja statistikat ning traumapatsientide eluloomus ja prognoos on tõusvas joones. Suremus on vähenenud ning paljude trauma patsientide käsitus haiglas on selle võrra lihtsam, sest nad on paremas seisus. Üldine seisukoht oli, et see on tulevikus järjest rohkem rakendatav ja olenevalt võimalusest ka kasutatav.

Konverentsi teemad olid harivad, õpetlikud. Palju oli äratundmisrõõmu samade probleemide üle.

Kõige rohkem oli kasu Elsevieri näitusest, võimalusest saada õenduslaseid materjale. Hindamatu oli võimalus vestelda kolleegidega teistest riikidest ning kogemuste ja muljete vahetamine.

Eesti veel pole rahvusvahelise erakorralise meditsiini õdede ühenduse liige, kuid loodetavasti ühel päeval me selleks ka saame.



Vasakult Liisa Pöld ja Katriin Ivanov

Kokkuvõte kliinilisest auditist

„Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil“



**Anneli Rätsep, Ruth Kalda, Katrin Martinson,
Signe Asi, Lilli Gross, Katrin Poom**
Eesti Perearstide Selts

Pille Lõmps, Tiina Unukainen, Sirli Joonas
Eesti Haigekassa

Südame-veresoonkonnahaigused, sh hüpertensioon oma tüsistustega, on Eestis haigestumuse ja surma põhjuste hulgas esikohal. Kõrge vererõhk on insuldi, müokardiinfarkti, südamepuudulikkuse, neerukahjustuse, kognitiivsete häirete ja enneaegse surma oluline riskitegur. Samas on kõrge vererõhk kõige valdavam mõjutatav riskitegur südame-veresoonkonnahaiguste ennetamisel (Ezzati jt 2002, Forouzanfar jt 2015).

Metaanalüüside tulemused tõendavad, et süstoolne vererõhk alla 130 mm Hg vähendab südame-veresoonkonnatüsistuste riski (Xie jt 2016, Thomopoulos jt 2016). Eri riikide tulemused näitavad, et hüpertensiooniga patsientidel on haigus eesmärkväärtusteni ravitud 15–60%-l juhtudest (Galzerano jt 2010).

2012. aastal valmis Eesti ravijuhend eesmärgiga parandada täiskasvanute kõrgvererõhktõve

diagnoosimist, ravi ja jälgimist Eesti esmatasandi arstiasutustes (Kalda jt 2012). Aastal 2014 avaldati Eesti Haigekassa tellitud kliinilise auditi „Kõrgvererõhktõvega patsientide nõustamine perearstikeskustes“ aruanne. Auditi tulemusel selgus, et kõrgvererõhktõve esmane käsitus on väga varieeruv, esines puudujääke tervisekaartide kvaliteedis ning sageli ei olnud esmase ravi valikud kooskõlas ravijuhendi soovitusetega.

Eesti Haigekassa perearstide kvaliteedisüsteemis oli 2017. aastal jälgimisel 319 885 kõrgvererõhktõvega isikut. Kõrgvererõhktõve korrektne diagnoosimine ja haigete jälgimine võiks ennetada tüsistuste tekkimist, tagada patsientide töövõime ja elukvaliteedi säilimise ning võimaldada tervishoiukulude kokkuhoidu.

Tuginedes eelnevale, otsustas Eesti Haigekassa korraldada järelauditi teemal „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil“. Kliinilise auditi viisid läbi Eesti Perearstide Seltsi esindajad.

Auditi eesmärk ja ülesanded

Auditi eesmärk oli hinnata esmaselt diagnoositud kõrgvererõhktõvega patsiendi käsitlust esmatasandil ning võrrelda käesoleva auditi tulemusi 2014. aastal avaldatud auditi tulemustega.

Auditis kasutatud ravijuhendid ja juhendmaterjalid

Kliinilise auditi „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil“ hindamiskriteeriumite koostamisel lähtuti järgmistest juhendmaterjalidest:

Ravijuhend „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil“ (Eesti Ravijuhend).

Eesti Haigekassa 2014. aasta kliiniline audit „Kõrgvererõhktõvega (I10) patsientide nõustamine perearstikeskustes“ (Kliiniliste auditite kokkuvõtted).

Auditi valim

Auditi valimi moodustasid 2013. aastal auditeeritud perearstikeskused, millele lisandus seitse juhuvalimina valitud perearstikeskust. Kokku auditeeriti 33 perearstikeskust ja auditis hinnati 316 patsiendi andmeid.

Igast perearstikeskusest valis perearst uuringusse 2015. aastal esmaselt diagnoositud kõrgvererõhktõvega (põhidiagnoosiga I10) patsiendid. Visiite ja uuringuid hinnati perioodil 01.01.2015–30.06.2016.

Et valimisse ei satuks patsiente, kellel oli juba varem kõrgvererõhktõve ehk I10 diagnoos pandud, seati tingimuseks, et isikul ei ole 2009.–2014. aastal perearsti- ega eriarstias alustatud I10 diagnoosiga raviarvet.

Auditi tulemused

Esmane kõrgvererõhktõve diagnoosimine ja patsientide jälgimine

Ravijuhendis on soovitatud esmaseks diagnoosimiseks kasutada kas 24 tunni vererõhujälgimist või patsiendi enda kodust vererõhupäevikut. Kui tegemist on III astme vererõhu kõrgenemisega ($\geq 180/110$ mm Hg) või elundikahjustuse tunnustega patsiendiga, siis võib ravi alustada kohe, tegemata lisauuringuid.

Selgus, et valimi patsientidest 14%-l ($n = 44$) esineski diagnoosimise visiidi III astme vererõhk. Ülejäänud patsientidest 44%-l kasutati diagnoosimiseks 24 tunni vererõhujälgimist ning 34%-l kodust vererõhupäevikut. Kumbagi neist uuringutest ei olnud tehtud viiendikule patsientidest ($n = 62$), kellel täiendav diagnostiline uuring oleks olnud ravijuhendi kohaselt näidustatud.

Anamnees

Kardiovaskulaarhaiguste riski hindamiseks on vajalik patsienti küsitleda päriliku eelsoodumuse, kaasuvate haiguste, suitsetamise, kehalise aktiivsuse, toitumisharjumuste (soola tarbimine) ja stressitaseme kohta ning vastav info ka ravi dokumentidesse kirja panna. Auditist selgus, et kõige paremini kirjeldatud anamneesi osa oli patsiendi kaebuste registreerimine tervisekaardil (90%). Umbes pooltel juhtudel oli tervisekaardil märge suitsetamise (54%), kaasuvate haiguste (53%), toitumisharjumuste (51%), kehalise aktiivsuse (48%) ja päriliku eelsoodumuse (48%) kohta. Kõige vähem puudutatud teema oli stress (23%).

Kardiovaskulaarse riski hindamiseks on olulised patsientide antropomeetrilised näitajad ja eluviis.

Kehamassiindeks oli mõõdetud ja märgitud 53%-l ning vööümbermõõt 25%-l juhtudest. Valdavalt on kõrgvererõhktõvega patsiendid ülekaalulised (84%).

Kui patsiendil on eluviisidega seotud riskitegurid – tasakaalustamata toitumine, sh liigne soola tarbimine, vähene kehaline aktiivsus, ülekaal, suitsetamine ja liigne stress –, siis võiks patsienti nõustada eluviisi muudatuste tegemisel. Üldjuhul ei suuda patsiendid ellu viia kõiki vajalikke muudatusi, seetõttu on oluline kaasata patsient otsustesse ning hinnata, millest on ta valmis alustama ehk millised on tema ravieelistused. 44%-l juhtudest oli tervisekaartidelt võimalik järeldada, et edasine tegevuskava oli patsiendiga läbi arutatud. Patsiente on enim nõustatud toitumise, k.a soolatarbimise (57%) ning liikumise (44%) teemal. Kõige vähem tõstatati patsientidega suitsetamise (18%) ja stressi (16%) teemat.

Tabel 1. Patsientide arv ja osakaal, kellel esmasel kõrgvererõhktõve diagnoosimisel on teostatud vajalikud analüüsid ja uuringud

Analüüs/uuring	Analüüs/uuring teostatud
Kreatiniin	216 (68%)
Kolesterool ja LDL, HDL	198 (63%)
Veresuhkur või HbA1c	244 (77%)
EKG	165 (52%)

LDL – kõrgtiheduslik lipoproteiin; HDL – madalatiheduslik lipoproteiin, HbA1c – glükoheemoglobiin;
EKG – elektrokardiogramm

Analüüsid ja uuringud diagnoosimisel

Kardiovaskulaarhaiguste riski ja tüsistuste esinemise hindamiseks on vaja esmasel diagnoosimisel teha ka teatud analüüsid ja uuringud. Need olid tehtud pooltel kuni kolmveerandil uuritavatest (Tabel 1).

Kõrgvererõhktõvega patsiendi jälgimine

Patsientide kontaktide arv perearsti või -õega oli üsna varieeruv. Uuritava aasta jooksul oli kõrgvererõhktõvega haigel arstiga 2–8 kontakti ning pereõega 0–4 kontakti. Osades perearstikeskustes oli võrreldes 2014. aastaga märgatavalt suurenenud pereõdede kaasamine hüpertooniahaigete jälgimisse, kuid oli perearstikeskusi, kus õdede osalus hüpertooniahaigetega puudus või oli minimaalne.

Patsiendi haigusega toimetuleku ja enesetõhususe suurendamiseks on oluline õpetada vererõhu kodust jälgimist ja tulemuste hindamist. 64%-l patsientidest oli tervisekaardil märges, et neile on enesejälgimiseks jagatud koduse vererõhumõõtmise õpetusi, ning 37%-l oli soovitatud dokumenteerida tulemusi vererõhupäevikusse.

Farmakoloogiline ravi

Patsientidele on valdavalt määratud monoterapia (61%), ligi viiendik saab kaht ravimit (24%) ning 14% tarvitab 3–4 ravimit. Üksikud patsiendid saavad 5–8 ravimit, mis on välja kirjutatud kõrgvererõhktõve diagnoosikoodiga, kuid nende seas esineb ravimeid, mis ei ole kõrgvererõhktõve näidustusega: allopurinool, diasepaam, alprasolaam, diklofenak.

Kõrgvererõhktõve ravijuhendis on soovitatud esmavalikuravimina kasutada angiotensiini konverteeri-va ensüümi inhibiitorit või kaltsiumikanali blokaatorit. Patsientidele kõige sagedamini määratud ravim on beetablokaator nebivolool, kuigi ravijuhendi kohaselt on beetablokaator valikravimiks müokardiinfarkti läbipõdemisel või stenokardia korral, mitte teistel juhtudel. Kaltsiumikanali blokaatorid ei ole auditi andmetel esmavaliku ravimitena kasutusel.

Ravi tulemuslikkus

85% (n = 264) patsientidest oli auditeeritud perioodi lõpuks teinud täiendavaid visiite ning neil oli uuesti mõõdetud vererõhku. Ülejäänud patsientide ravi tulemuslikkuse kohta ei saa hinnangut anda, sest patsient kas ei tulnud enam vastuvõtule või ei mõõdetud vererõhku. Nendest, kellel vererõhku mõõdeti (n = 264), vastas 60%-l vererõhk auditeeritud perioodi lõpuks eesmärkväärtusele.

Ravimite kõrvaltoimed on sagedaseks ravi katkestamise põhjuseks ning neid on oluline hinnata. Kõrvaltoimete kohta oli küsitletud ja vastav sissekanne tehtud 31%-l juhtudest.

Praksise töökorraldusest sõltuvad kõrgvererõhktõve patsientide jälgimise tulemused

Alates 2013. aastast on perearstikeskustel haigekassa rahastus kahe pereõe palkamiseks. Suurem meeskond võiks võimaldada tõhusamat tööjaotust ning jagatud vastutust krooniliste haigete jälgimisel. Alates 2006. aastast on Eesti Haigekassa koos Eesti

Tabel 2. Kõrgvererõhktõve diagnoosimiseks kasutatud täiendavad uuringud sõltuvalt teise pereõe olemasolust (patsientide osakaal %-des, kellel vastavad uuringud läbi viidi)

	PAK nimistul 2 lepingulist õde	95% uv	PAK nimistul ei ole 2 lepingulist õde	95% uv	p-väärtus
Tunnused					
24 tunni vererõhujälgimine tehtud	48,4 %	41,7–55,1	35,1 %	25,6–44,5	0,03
Kodune vererõhupäevik täidetud	39,8 %	33,2–46,4	22,9 %	14,5–31,3	0,003

PAK – perearstikeskus; uv – usaldusvahemik

Perearstide Seltsiga välja arendanud perearstide kvaliteedisüsteemi, mille raames makstakse praksistele haigusi ennetava ja krooniliste haigete jälgimise tulemusliku töö ja erialase lisapädevuse eest lisatasu. Eeldasime, et praksised, kus on tööl kaks pereõde, ning praksised, kes täidavad kvaliteedisüsteemi (KS) kriteeriumid, võivad erineda töökorralduse poolest, mis omakorda võib mõjutada kliinilise töö kvaliteeti. Seetõttu võrdlesime esmase kõrgvererõhktõvega patsientide käsitlust ühe ja kahe pereõega praksistes ning KS kriteeriume täitvates ja mittetäitvates praksistes.

Uuritud perioodil oli 69% praksistes tööl teine pereõde ning 86% oli täitnud KS kriteeriumid 0,8 või 1,0 koefitsiendiga.

Selgub, et kahe pereõega perearstikeskustes tehakse vererõhu täpsustamiseks enam täiendavaid uurin-
guit kui ühe pereõega keskustes (Tabel 2) ning KSi kriteeriumid täitnud praksistes soovitakse enam kodust vererõhu jälgimist 24 tunni jooksul (40% vs 2% $p = 0,00$) võrreldes KSi kriteeriumeid mittetäitnute-
tega. Vererõhu ambulatoorses jälgimises olulist erinevust ei esinenud.

Diagnoosimisel vajalike vereanalüüside tegemises praksised ei eristu, kuid EKG tehakse sagedamini praksistes, kus on tööl teine pereõde (59% vs 42% $p = 0,005$) või täidetakse KS-i kriteeriumid (57% vs 33% $p = 0,006$).

Kõrgvererõhktõve diagnoosimisel vajalikku elu-
anamneesi kogub perearstikeskustes ilmselt perearst,

Tabel 3. Eluanamneesi dokumenteerimise osakaal sõltuvalt kvaliteedisüsteemi (KS) kriteeriumite täitmisest

Eluanamnees	KS-i kriteeriumid täidetud n = 273 %	95% uv	KS-i kriteeriumid täitmata n = 43 %	95% uv	p-väärtus
Patsiendi kaebused	86,4	82,4–90,5	83,7	72,7–94,8	0,63
Pärilik eelsoodumus	49,5	43,5–55,4	18,6	6,9–30,2	0,0002
Kaasuvad haigused	53,8	47,9–59,8	27,9	14,5–41,3	0,001
Toitumisharjumused	51,6	45,7–57,6	27,9	14,5–41,3	0,003
Kehaline aktiivsus	50,2	44,3–56,1	16,2	5,2–27,3	0,00
Stress	24,9	19,8–30	4,6	1,6–10,9	0,003
Suitsetamine	54,9	49,0–60,8	27,9	14,5–41,3	0,001

uv – usaldusvahemik

Tabel 4. Patsientide riskitegurite ning ravieelistuste arutelu sõltuvalt teise pereõde olemasolust praksises (patsientide osakaal %-des, kellel tervisekaardi andmetel oli vastav tegevus läbi viidud)

Tunnused	PAK nimistu kohta on 2 lepingulist õde	95% uv	PAK nimistu kohta ei ole 2 lepingulist õde	95% uv	p-väärtus
KMI määratud	59,6 %	53–66,2	38,8 %	29,1–48,4	0,0006
Vööümbermõõt mõõdetud	31,5 %	25,2–37,7	9,1 %	3,4–14,8	0,00
Ravimite kõrvaltoimed hinnatud	34,0 %	27,5–40,3	24 %	15,4–32,5	0,08
Ravieelistuste arutelu patsiendiga	49,3 %	42,6–56	32,3 %	22,9–41,6	0,005

PAK – perearstikeskus; uv – usaldusvahemik

sest teise pereõe olemasolu ei mõjuta anamneesi kogumise kvantiteeti, küll aga on oluline erinevus riskitegurite küsimisel ja dokumenteerimisel KS-i kriteeriumite täitjate ja mittetäitjate vahel (Tabel 3).

Patsiendi edasisel jälgimisel vererõhu mõõtmise sagedust pereõe olemasolu ega KS-i kriteeriumite täitmine ei mõjuta. Küll aga õpetatakse patsientidele sagedamini koduse vererõhumõõtmise tehnikat nii teise pereõega praksistes (36% vs 19%) kui ka KS-i kriteeriumid täitnud praksistes (34% vs 7%). Vererõhuväärtuste dokumenteerimist on enam kahe pereõega praksistes (45% vs 20%) ning KS-i kriteeriumid täitunud praksistes (34% vs 7%). Samuti oli jälgimisperioodi lõpus patsientide vererõhk ohjatud sagedamini praksistes, kus on töö teine pereõde

(53% vs 44%), ning veelgi suurem erinevus on KS-i kriteeriumeid täitvate ja mittetäitvate praksiste vahel (53% vs 36%).

Olulised erinevused esinevad kahe eeltoodud rühma puhul ka patsientide antropomeetriliste näitajate, riskitegurite ja ravimite kõrvaltoimete dokumenteerimises ning nõustamise läbiviimises.

Kahe pereõega praksistes on patsientidel objektiivsed näitajad paremini dokumenteeritud ning on selgelt näha erinevus selles, kui paljude patsientidega ravieelistused läbi arutati (Tabel 4 ja 5).

Erinevused esinesid ka kõrgvererõhktõvega patsientide riskitegurite dokumenteerimises ning ravieelistuste arutelu läbiviimises KS-i kriteeriumid täitnud või mittetäitnud rühmade võrdlemisel (Tabel 6 ja 7).

Tabel 5. Patsientide kaasamine ravieelistuste arutellusse sõltuvalt teise pereõe olemasolust (patsientide osakaal %-des, kellega tervisekaardi andmetel olid vastavad teemad läbi arutatud)

Raviga seotud valikud	PAK nimistu kohta on 2 lepingulist õde	95% uv	PAK nimistu kohta ei ole 2 lepingulist õde	95% uv	p-väärtus
Ravisoostumus	47,7 %	41–54,4	28,4 %	19,3–37,5	0,001
Stressi vähendamine	17,7 %	12,6–22,8	10,8 %	4,5–17	0,12
Toitumine, sh soola tarvitamine	60,2 %	53,7–66,7	48,5 %	38,5–58,4	0,05
Kehakaal	34,6 %	28,2–41	30,5 %	28,2–41	0,49
Suitsetamine	22,1 %	16,8–27,8	9,6 %	3,6–15,5	0,008

PAK – perearstikeskus; uv – usaldusvahemik

Tabel 6. Patsientide riskitegurite ning ravieelistuste arutelu sõltuvalt kvaliteedisüsteemi (KS) kriteeriumite täitmisest (patsientide osakaal %-des, kellega oli tervisekaardi andmetel teemat arutatud)

Tunnused	KS-i kriteeriumid täidetud % (n)	95% uv	KS-i kriteeriumid täiitmata % (n)	95% uv	p-väärtus
KMI määratud	57,8 (268)	51,9–63,7	23,3 (43)	10,6–35,8	0,00
Vööümbarmoot mõõdetud	31,5 (213)	25,2–37,7	9,1 (99)	3,4–14,8	0,00
Ravimite kõrvaltoimete esinemine hinnatud	35,3 (266)	29,6–41,1	2,3 (42)	–2,2– –6,9	0,00
Ravieelistuste arutelu patsiendiga	47,8 (268)	41,8–53,7	20,9 (43)	8,8–33,1	0,001

uv – usaldusvahemik

Tabel 7. Patsientide kaasamine ravieelistuste arutellu sõltuvalt kvaliteedisüsteemi (KS) kriteeriumite täitmisest (patsientide osakaal %-des, kellega oli tervisekaardi andmetel teemat arutatud)

Raviga seotud valikud	KS-i kriteeriumid täidetud % (n)	95% uv	KS-i kriteeriumid täitmata % (n)	95% uv	p-väärtus
Ravisoostumus	46,6 (266)	40,6–52,6	11,6 (43)	2,0–2,1	0,00
Stressi vähendamine	17,7 (266)	13,1–22,3	2,4 (42)	–2,2– –6,9	0,01
Toitumine, sh soola tarvitamine	59,3 (270)	53,4–65,1	39,5 (43)	24,9–54,1	0,02
Kehaline aktiivsus	46,4 (267)	40,5–52,4	26,2 (42)	12,9–39,5	0,01
Kehakaal	35,9 (267)	30,2–41,7	16,7 (42)	5,3–27,9	0,01
Suitsetamine	19,3 (264)	14,6–24,1	11,9 (42)	2,1–21,7	0,25

uv – usaldusvahemik

Tabel 8. Uuritavate andmete võrdlus aastatel 2013 ja 2016

Tunnused	Aasta 2013 n = 250	95% uv	Aasta 2016 n = 316	95% uv	p-väärtus
	%		%		
Perearsti visiitide arv	12,2	11,4–13,1	3,9	3,7–4,2	0,000
Pereõe visiitide arv	1,4	1,2–1,7	1,3	1,1–1,5	0,3
24 tunni vererõhu jälgimine	29,2	23,6–34,8	44,2	38,7–49,7	0,0003
Kodune vererõhupäevik	18,4	13,6–23,3	34,5	29,2–39,8	0,00
Kreatiniin	77,2	71,9–82,4	69,4	64,3–74,6	0,04
Veresuhkur	90,4	86,7–94,1	77,7	73,1–82,3	0,0001
EKG	77,2	71,9–82,4	53,6	48,0–59,1	0,00
KMI	35,9	29,9–41,9	53,1	47,5–58,6	0,0001
Vööümbermõõt	42,9	34,7–51,1	24,4	19,6–29,1	0,0001
Ravimite kõrvaltoimete esinemine hinnatud	9,2	5,6–12,8	30,8	25,7–30	0,00
Ravieelistuste arutelu (sh motivat- sioon teemaga tegelemiseks)	61,6	55,6–67,6	44,1	38,5–49,6	0,00
Ravisoostumus	55,6	49,4–61,8	41,7	36,2–37,2	0,001
Stressi vähendamine	20,8	15,8–25,8	15,6	11,5–19,6	0,11
Kehakaal	24,8	19,4–30,1	33,3	28,1–38,6	0,02
Patsiendi juhendmaterjal	16,8	12,1–21,6	9,9	06,6–13,2	0,01

uv – usaldusvahemik; KMI – kehamassiindeks; EKG – elektrokardiogramm

Ülevaade auditi tulemustest aastatel 2013 ja 2016

Võrreldes 2013. aasta auditi tulemustega, on 2016. aastal oluliselt paranenud kõrgvererõhktõve esmase diagnoosimise täpsus – saagenud on nii 24 tunni vererõhu jälgimine (44,2% vs 29,2%) kui ka kodune vererõhu jälgimine (44,2% vs 29,2%) diagnoosi kinditamiseks. 2016. aasta auditi tulemusel selgus ka, et sagedamini hinnati ravimite kõrvaltoimeid (30,8% vs 9,2%; $p = 0,00$) ning ravidokumentides paranes oluliselt ka patsientide kehakaalu märkimine (33,3% vs 24,8%; $p = 0,02$).

Oluliselt vähem oli 2016. aastal ravidokumentide alusel tehtud esmaseid uuringuid: määratud kreatiniini (53,6% vs 77,2%), veresuhkrut (77,7% vs 90,4%), tehtud EKG (53,6% vs 77,2%). Erinevus esines eri aastatel ravieelistuste arutelus ja ravisoostumise märkimises (Tabel 8).

Kokkuvõte

Kõrgvererõhktõve esmasel diagnoosimisel on paranenud vererõhu 24 tunni hindamise ja koduse jälgimise kasutamine, samas tehakse elektrokardiogramme ja laboratoorseid analüüse vähem. Nii kahe

pereõe olemasolu kui ka kvaliteedisüsteemi tulemuse saavutamine mõjutab kõrgvererõhktõve diagnoosimise, patsiendi jälgimise ja ravi tulemuslikkuse kvaliteeti. Ilmselt on kahe pereõega praksistes enam aega ja tööjõudu patsientide nõustamiseks ning KS-is osalemine võimaldab süstemaatiliselt patsiente jälgida ja tagasi kutsuda.

Kuigi kõrgvererõhktõve ravijuhend valmis juba 2011. aastal ning ravijuhendi tutvustamiseks tehti üle Eesti ka mitmeid koolitusi, ei ole esmase farmakoloogilise ravi valikud ravijuhendi soovitustega sageli kooskõlas.

Soovitused

Vaja on soodustada esmatasandi tervishoiu rahastamise ja koolituste kaudu meeskonnatöö tõhustamise võimalusi ning jätkata kvaliteedisüsteemi arendamist.

Auditi käigus selgus, et sissekanded ei kajasta patsiendi kardiovaskulaarseid riskitegureid ning mittefarmakoloogilise ravi käsitlust. Dokumenteerimise lihtsustamiseks ja aja kokkuhoidmiseks võib kasutada struktureeritud sissekandeid, kus vajalike tegevuste nimekiri on koostatud ning tuleb täita konkreetse patsiendi andmetega.

Kirjandus

Eesti Ravijuhend „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlus esmatasandil“ <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/15/takiskasvanute-korgvererohktove-kasitlus-esmatasandil>.

Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., et al. (2002) Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, 360: 1347–60.

Forouzanfar, M. H., Afshin, A., Alexander, L. T., et al. (2016). Risk factors collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388: 1659–724.

Galzerano, D., Capogrosso, C., Di Michele, S., Bobbio, E., Paparello, P., Gaudio, C. (2010). Do we need more than just powerful blood pressure reductions? New paradigms in end-organ protection. *Vasc Health Risk Manag*, 6: 479–94.

Kalda, R., Viigimaa, M., Irs, A. (2012). Uus Eesti ravijuhend „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlus esmatasandil“. *Eesti Arst*, 91: 437–9.

Kliiniliste auditite kokkuvõtteid. <https://www.haigekassa.ee/partnerile/tervishoiuteenuste-kvaliteet/kliinilised-auditid#tab-auditid-2007-2013>.

Thomopoulos, C., Parati, G., Zanchetti, A. (2016). Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 7. Effects of more versus less intensive blood pressure lowering and different achieved blood pressure levels – updated overview and meta-analyses of randomized trials. *J. Hypertens*, 34: 613–22.

Xie, X., Atkins, E., Lv, J., et al. (2016). Effects of intensive blood pressure lowering on cardiovascular and renal outcomes: updated systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 387: 435–43.



Viie- kuni seitsmeaastaste lasteaiatüdrukute kehaline aktiivsus

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

Mari Mets

Tartu Teraapiasalongi füsioterapeut

Ivi Vaher, MSc

*Tartu Tervishoiu Kõrgkooli
õppejõud-ektor*

Kehaline aktiivsus on igasugune skeletilihaste abil tehtud liigutus, mis põhjustab rahuoleku tasemest suurema energiakulu (Kaldmäe ja Piisang 2003). WHO (2017) soovib 5–17-aastastele lastele vähemalt 60 minutit kehalist aktiivsust päevas. Vähemalt 15 minutit sellest peaks olema mõõdukat või mõõduka-tugevat kehalist aktiivsust (Lätt jt 2015). Tervise Arengu Instituudi uuringud on näidanud, et laste kehaline aktiivsus on soovituslikust madalam nii Eestis kui ka kogu Euroopas (Konstabel jt 2014, Uuring: Eesti laste 2015, TAI 2016).

Uurimistöös viie- kuni seitsmeaastaste lasteaiatüdrukute kehalist aktiivsust ja seda mõjutavaid

tegureid osales kokku 29 tüdrukut¹ mitmest Tartu lasteaiast. Uuringu eesmärk oli hinnata vaatlusaluste kehalist aktiivsust ning leida võimalikud seosed lapsevanematelt kogutud andmetega pere liikumiskäitumisega. Kehalise aktiivsuse objektiivseks mõõtmiseks kandsid vaatlusalused seitse päeva järjest randmel aktiivsusmonitori Polar A300, mis registreeris nende ööpäevase aktiivsusprotsendi, sammude arvu ja kilometraaži päevas, kehaliselt mitteaktiivsetele tegevustele (nt lamamine ja

magamine)², passiivsele käitumisele (nt istumine)*, kerge intensiivsusega kehalistele tegevustele (nt seismine)*, keskmise intensiivsusega kehalistele tegevustele (nt kõndimine)* ning mõõduka kuni tugeva intensiivsusega kehalistele tegevustele (nt jooksmine) kulunud aja*, uneaja (sh rahuliku ja rahutu une osakaal), magamamineku ja ärkamise kellaaja.

Tähtis on laste liikumiskasvatust ja aktiivne liikumine perega (Kaldmäe ja Piisang 2003). Seetõttu sisaldasid küsimustikud lapsevanematele küsimusi laste tausta kohta (vanus, kehakaal, pikkus, võimalikud diagnoosid), sh ka näiteks pere liikumistavade ja

1 Edasisest analüüsist jäeti välja üks tüdruk, kes eristus oma kehaliselt aktiivsusest ülejäänud valimist. Tema ööpäevane aktiivsusprotsent oli keskmiselt 100–150%, ülejäänud 28 tüdrukul keskmiselt 20%.

2 Selle loetelu tärniga (*) tähistatud mõisted on võetud kasutusele Svetlana Jürissoni magistritöö järgi (Jürisson 2017).

-harjumuste kohta (kas laps läheb hommikul lasteaeda ja tuleb lasteaiast koju jalgsi/ühistranspordiga/bussiga; kas laps käib peale lasteaeda eraldi kuskil trennis jms).

Uurimistöö tulemustest selgus, et vaatlusalustel jäi ööpäeva keskmine aktiivsusprotsent madalaks: nädalas keskmiselt $20,4 \pm 6,3\%$. Palju oli istumisele kuluvat aega (keskmiselt $627,8 \pm 55,9$ min), selle arvelt oli vähe kehaliselt aktiivset aega (keskmiselt $163,9 \pm 40,7$ min). Vaatlusalused tüdrukud kõndisid ja jooksid vähe (vastavad keskmised $17,8 \pm 8,0$ ja $4,8 \pm 3,3$ min). Selles sarnanesid lasteaiatüdrukute tulemused koolilaste kohta tehtud uuringutega (Treier 2015, Suss 2016, Jürisson 2017), kus leiti samuti, et laste päevane kehaline aktiivsus jäi madalamaks WHO (2017) soovitatud normist. Ka mõõdukas-tugeva intensiivsusega kehaliste tegevuste (nt jooksmine, pallimängud jms) kulunud aeg jääb lasteaiatüdrukutel soovituslikust normist (vähemalt 15 min päevas) madalamaks.

Vaatlusaluste lasteaiatüdrukute ööpäevast kehalise aktiivsuse protsenti ja istumisele kulunud aega mõjutas oluliselt see, kuidas tüdrukud läksid kodust lasteaeda ja tulid lasteaiast koju. Jalgsi lasteaeda minevatel ja lasteaiast koju tulevatel vaatlusalustel oli aktiivsusprotsent kõrgem (lasteaiapäeval keskmiselt $26,9 \pm 7,2\%$) võrreldes tüdrukutega, keda transporditi autoga (keskmiselt $19,0 \pm 6,4\%$) (ka lapsevanemad ise kasutasid peamiselt transpordivahendina autot). Samas nädalavahetusel istusid kõige enam need tüdrukud, kes käisid lasteaiapäeval jalgsi (keskmiselt $696,9 \pm 37,4$ min). Seega on lasteaiapäeval jalgsi liikumine oluline tegur tüdrukute kehalise aktiivsuse

mõjutajana. Jalgsi käimist on uuritud ka mujal maailmas ning näiteks Austraalias on leitud, et suurem osa kooliealistest tüdrukutest võrreldes sama vanade poistega kõnnivad kooli (Leslie jt 2010). Seda, kuidas lapsed ühest kohast teise liiguvad, võib pidada lapsevanemate otseseks mõjuku: viie- kuni seitsmeaastane laps sõltub oma liikumises väga palju lapsevanemast ja tema liikumisharjumustest. Palju oleneb sellest, kas lapsel lubatakse naabruskonnas oleva sõbra juurde kõndida või jalgrattaga sõita ning kas istuvatele tegevustele seatakse piiranguid (McMinn jt 2013).

WHO (2017) soovib lisada laste igapäevasele kehalisele aktiivsusele vähemalt kaks organiseeritud treeningkorda nädalas (Treier 2015). Viie- kuni seitsmeaastaste lasteaiatüdrukute kohta tehtud uuringus ilmneski treeningute positiivne mõju kehaliselt aktiivsele ajale (nädala keskmine $183,3 \pm 36,2$ min) ja seismisele kulunud ajale ($157,9 \pm 31,5$ min). Treeningutel mitteosalevatel vaatlusalustel olid vastavad näitajad $131,6 \pm 10,3$ ja $114,5 \pm 14,4$. 8–12-aastaste koolilaste kohta on samuti leitud, et treeningul oli oluline roll:

treeninguvabadel päevadel ja nädalavahetusel oli aktiivsusprotsent madalam (Jürisson 2017).

Tervise Arengu Instituudi (TAI 2016) andmetel on Eesti kahe- kuni kümneaastaste tüdrukute liikumisaktiivsus soovituslikust madalam. Uurimistöös osalenud tüdrukute vanemad olid erinevatel seisukohadel selles, kas nende laste kehalist aktiivsust on vaja suurendada või mitte. Kõige madalam aktiivsusprotsent oli tüdrukutel, kelle vanemate arvates oli laste kehalist aktiivsust vaja suurendada (nädalas keskmiselt $17,7 \pm 3,6\%$). Kõrgem aktiivsusprotsent oli tüdrukutel, kelle vanemate arvates ei olnud nende kehalist aktiivsust vaja suurendada (nädalas keskmiselt $25,9 \pm 5,5\%$). Siiski on oluline märkida, et ühelgi tüdrukul ei olnud see 100%, vaid jäi alla 30% – see kinnitab varasemate uuringute (Corder jt 2012) tulemusi, mille järgi lapsevanemad hindavad oma laste kehalist aktiivsust tegelikust suuremaks. Lasteaiatüdrukute uuringu (Mets 2018) tulemuste järgi oleks vaja kõikide valimis olevate tüdrukute kehalist aktiivsust tunduvalt suurendada.



Kirjandus

Corder, K., Crespo, N. C., van Sluijs, E. M. F., Lopez, N. V., Elder, J. P. (2012). Parent awareness of young children's physical activity. *Preventive Medicine*, 55(3): 201–205. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3509192/pdf/nihms395248.pdf> (03.03.2017).

Jürisson, Svetlana (2017). Normaal- ja ülekaaluliste 8–12-aastaste laste liikumisaktiivsus ja uni Laste Tervisekooli näitel. Tartu Ülikool, sporditeaduste ja füsioteraapia instituut. Tartu. Magistritöö. http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/59067/Jyrisson_Svetlana.pdf?sequence=1&isAllowed=y (04.07.2018).

Kaldmäe, P., Piisang, M. (2003). Laste kehaline aktiivsus. Raamatus: Maser, M., Varava, L. (koost.). *Tervisedendust lasteaias*. Tartu: Tervise Arengu Instituut, 94–98. www.digar.ee/arhiiv/et/download/22670 (02.03.2017).

Konstabel, K., Veidebaum, T., Verbestel, V., Moreno, L. A., Bammann, K., Tornaritis, M., Eiben, G., Molnár, D., Siani, A., Sprengeler, O., Wirsik, N., Ahrens, W. and Pitsiladis, Y. (2014). Objectively measured physical activity in European Children: the IDEFICS study. *International Journal of Obesity*, 38: 135–143.

Leslie, E., Kremer, P., Toumbourou, J. W., Williams, J. W. (2010). Gender differences in personal, social and environmental influences on active travel to and from school for Australian adolescents. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 13: 597–601. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2010.04.004> (20.05.2018).

Lätt, E., Mäestu, J., Ortega, F. B., Rääsk, T., Jürimäe, T., Jürimäe, J. (2015). Vigorous physical activity rather than sedentary behaviour predicts overweight and obesity in pubertal boys: a 2-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43: 276–282. doi: 10.1177/1403494815569867 (20.05.2018).

McMinn, A. M., Griffin, S. J., Jones, A. P., van Sluijs, E. M. F. (2013). Family and home influences on children's after-school and weekend physical activity. *European Journal of Public Health*, 23(5): 805–810. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3784797/pdf/cks160.pdf> (03.03.2017).

Mets, Mari (2018). Viie- kuni seitsmeaastaste lasteaiatüdrute kehaline aktiivsus ja nende lähedaste hoiakud kehalise aktiivsuse suhtes. Tartu Tervishoiu Kõrgkool, füsioterapeudi eriala. Tartu. Lõputöö.

Suss, Ülle (2016). Uneaja kestus, kehakoostis ja liikumisaktiivsus 7–12-aastastel Eesti koolilastel. Tartu Ülikool, sporditeaduste ja füsioteraapia instituut. Tartu. Magistritöö.

TAI (Tervise Arengu Instituut). Uuring: Eesti laste kehaline aktiivsus ei ole piisav optimaalse tervise säilitamiseks. 20. märts 2016. <http://tai.ee/et/instituut/pressile/uudised/3541-uuring-eesti-laste-kehaline-aktiivsus-ei-ole-piisav-optimaalse-tervise-sailitamiseks> (03.03.2017).

Treier, Piia (2015). Eesti 6. klassi õpilaste liikumisharjumused ja nende seosed isiklike, sotsiaalsete ja keskkondlike teguritega. Tartu Tervishoiu Kõrgkool, füsioterapeudi õppekava. Tartu. Lõputöö. https://www.curriculum.ut.ee/sites/default/files/ht/piia_treier.pdf (04.07.2018).

Uuring: Eesti laste kehaline aktiivsus ei ole piisav optimaalse tervise säilitamiseks. 05. jaanuar 2015. <http://perejalaps.delfi.ee/lapsetervis/uuring-eesti-laste-kehaline-aktiivsus-ei-ole-piisav-optimaalse-tervise-sailitamiseks?id=70491963> (02.03.2017).

WHO (World Health Organization). Physical Activity. Fact sheet. Updated February 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/> (03.03.2017).





Ajakirja **Eesti Õde** kaasautorile

Ajakiri Eesti Õde on Eesti Õdede Liidu ametlik perioodiline väljaanne. Ajakiri avaldab tervishoiutöötajate uurimistööde tulemusi, kirjutisi sündmustest, tähtpäevadest, käsitleb õenduslaseid ja tervishoiukorralduslikke probleeme ning kajastab Eesti Õdede Liidu tegevust.

Ajakirja toimetuskolleegium on kinnitatud EÕL volikogu poolt. Artikleid ootame e-posti aadressil: tatjana.oolo@kliinikum.ee ja/või anneli.kannus@ena.ee. Artikli võite edastada sõltumata ajakirja ilmumisaastast. Planeeritavad numbrid sh artikli esitamise tähtaeg järgmisesse numbrisse kajastub EÕL kodulehel www.ena.ee.

Info artikli esitajale ehk millest juhinduda

Artikkel kirjutatakse eesti keeles, järgides õigekirja reegleid, maksimaalselt 5400 tähemärki.

Pealkiri kajastab kirjutise sisu.

Sisu ülesehitus on loogiline, selgelt ja üheselt mõistetav. Teksti võib liigendada alapealkirjadega, et hõlbustada teema käsitlemist ja teksti mõistmist. Sisesejuhatuse on lühike ja konkreetne, tutvustades käsitletavat teemat ning tekitades huvi. Kirjandusallikate kasutamisel tuleb neile viidata, kasutades autori nime ja ilmumisaastat, näiteks (Alsulami jt 2013). Arutelu osas tuleb selgitada ja põhjendada autori seisukohti ning rõhutada tähtsaimat, mida soovitakse lugejale öelda.

Kasutatud kirjandus ja elektroonilised allikad esitatakse tähestikulises järjekorras.

Raamatud: autori(te) perekonnanimi, initsiaalid, raamatu ilmumisaasta, pealkiri, väljaandmise koht. Näiteks: Mustajoki, P., Kaukua, J. (2005). Patsiendi 100 sagedasemat uuringut. Tallinn: AS Medicina.

Ajakirjad: autori(te) perekonnanimi, initsiaalid, artikli ilmumisaasta, pealkiri, ajakirja nimi, number, artikli esimese ja viimase lehekülje number. Näiteks: Cottney, A., Inne, J. (2015). Medication-administration errors in an urban mental health hospital: A direct observation study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24: 65–74.

Elektroonilised allikad: autori(te) perekonnanimi, initsiaalid, kirjutise ilmumisaasta, pealkiri, elektrooniline aadress, selle vaatamise kuupäev. Näiteks: Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord (RTL 2008, 80, 115; 27.09.2008). <https://www.riigiteataja.ee/akt/107072011002> (27.12.2016).

Tabel, joonis ja joonealune märkus paigutatakse teksti sisse sidusalt tekstiga. Allkiri joonise alla ja tabeli kohale. Joonise ja tabeli võib esitada eraldi doku-mendina artikliga ühiselt.

Oodatud on artikli sisu illustreerivad fotod koos pildiallkirjaga/viitega.

Autori(te) andmetes esitada täisnimi, haridus/teaduskraad, amet ja töökoht koos kontaktandmetega (telefon, e-posti aadress). Lisaks palume saata eraldi failis autori foto.

NB! Artiklit edastades annate toimetusele õiguse artiklit vajadusel lühendada. Üldjuhul lühendatud artikleid uuesti autorile läbivaatamiseks ei saadeta. Vajadusel võetakse autori(te)ga ühendust sisu täpsustamiseks.

Toimetuskolleegiumil on õigus saadetud artikleid avaldada või mitte avaldada.



TARTU ÜLIKOOL

Uurimistöö tegemise põhioskused – ainepakett tervishoiuspetsialistidele (15 EAP)

- **Sihtgrupp:** kõrgharidusega tervishoiuspetsialistid (õed, ämmaemandad, tegevusterapeudid, füsioterapeudid, bioanalüütikud jt)
- **Ainepaketi eesmärk:** kujundada teadmised ja oskused uurimistööks tervishoius, sh kliiniliste uuringute valdkonnas
- **Sisu:**
 - uurimisprotsessi täpsuse ja usaldusväärsuse ning uurimiseetika järgimise põhimõtted;
 - kvantitatiivsed andmekogumismeetodid, statistika põhimõisted ja analüüsimeetodid, andmete analüüs, interpreteerimine ning tulemuste esitamine;
 - kvalitatiivsed andmekogumismeetodid, sisuanalüüs ja tulemuste interpreteerimise põhimõtted;
 - uurimistöö ja teadusprojekti ülesehitus ning hindamise põhimõtted.
- **Ained:**
 - Teadustöö metodoloogilised alused, I osa (5 EAP)
 - Kvantitatiivsete andmete kogumine ja analüüs (6 EAP)
 - Kvalitatiivsete andmete kogumine ja analüüs (2 EAP)
 - Töötamine uurimisgrupis, I osa (2 EAP)
- **Hind:** vastavalt aine mahule 50 €/EAP, kogu kursus 750 €

Toimumise aeg ja koht: vastavalt õendusteaduse magistriõppe tunniplaanile (<https://tervis.ut.ee/et/oppimine/tunniplaan-akadeemiline-kalender>)



Head uut aastat!

